

# 92 例伤寒临床误诊分析

★ 徐恩道 (浙江省温州市瓯海第三人民医院 温州 325000)

**摘要:**目的:探讨5年来本地区伤寒病例误诊原因。方法:分析2001年1月~2005年12月92例确诊伤寒的临床资料。结果:伤寒四季均发病,以夏秋季多见,92例中均有发热,大多有多系统损伤表现,玫瑰疹未见,白细胞在正常范围48例(52.2%),嗜酸性粒细胞均低于正常,血培养阳性54例(58.7%),肥达氏反应阳性85例(92.4%),误诊30例(26.1%)。结论:伤寒缺乏典型流行病特征,临床表现不典型,常多系统损伤,血培养阳性率低是导致误诊率高的主要原因。

**关键词:**伤寒;误诊

**中图分类号:**R 378.2<sup>+</sup>3 **文献标识码:**A

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组2001~2005年92例伤寒患者均符合《传染病学》的诊断标准。其中男性54例,女性38例。发病年龄18~42岁,18~20岁20例,20~30岁48例,30~40岁22例,40~50岁2例;四季均发病,夏秋多见70例,其中2003年9月份一次小流行共收住32例。

**1.2 临床表现** 92例中均有发热,稽留高热40例(43.5%),弛张热43例(46.7%),低热表现9例(9.8%);入院前发热时间3~7天73例,8~14天15例,15~30天4例。伴消化道症状(腹痛、稀便、腹泻)21例(22.8%),上呼吸道症状(咽痛、流涕)45例(48.9%),出现中毒性脑病4例(4.3%),肝脾肿大40例(43.5%),肝炎表现(肝肿大、右上腹胀痛、转氨酶升高)3例(3.3%),支气管炎(咳嗽、胸片有模糊阴影)2例(2.2%),中毒性心肌炎(心悸、心律失常、心电图异常、心肌酶转度升高)1例(1.1%),肠出血、肠穿孔各1例(1.1%),相对缓脉64例(69.6%),玫瑰疹未见。

**1.3 实验室检查** 血分析白细胞 $<4 \times 10^9/L$ 30例(32.6%), $4 \times 10^9 \sim 10 \times 10^9/L$ 48例(52.2%), $>10 \times 10^9/L$ 8例(8.7%),中性粒细胞 $>75\%$ 18例(19.6%);红细胞91~100 g/L 7例,60~90 g/L 2例,其余正常;血小板正常,嗜酸性粒细胞计数0值71例,低于正常值21例。伤寒杆菌血培养阳性者54例(58.7%),肥达氏反应阳性85例(92.4%)。

**1.4 药物敏感试验** 血培养54例阳性中氨苄青霉素敏感11例(20.4%),氯霉素敏感30例(55.6%),氟罗沙星敏感44例(81.5%),氧氟沙星敏感12例(22.2%),丁卡敏感13例(24.1%),头孢塞肟钠32例(59.3%),SMZ敏感8例(14.8%)。

**1.5 诊断结果** 92例中入院诊断与出院诊断相符68例(73.9%),不相符30例(26.1%),后均根据血培养,肥达氏反应检查及回顾性诊断,最终确诊为伤寒。

## 2 讨论

伤寒是人感染伤寒杆菌后,以回肠下段淋巴组织增生,坏死为主要病变,典型病例临床表现以持续发热、相对缓脉、神志淡漠、脾肿大、玫瑰疹与白细胞减少等为主要特征的急性肠道传染病。由于伤寒对人存在普遍易感,四季均可发病,病变累及多系统。近年来出现临床表现多不典型、多样化,并发症多、病情复杂,滥用抗生素造成耐药菌株增多,给

诊断带来很大困难,极易出现误诊,本组病例误诊率高达26.1%。因此我们有必要进行误诊原因分析,以提高诊断率,达到有效治疗目的。

根据本组病例,可能发生误诊原因分析如下:(1)流行病学原因:伤寒虽以夏秋季多发,但是一年四季均有发病,散发情况多见,同时人群对该病普遍易感,造成病例缺乏流行病特征,给流行病学的诊断依据带来很大困难。(2)临床表现的不典型性:①根据以往的资料和统计,稽留热是该病的特征性热型,但近年来报道以弛张热和不规则为主,其次是稽留热<sup>[1]</sup>。本病例组有相似性;②伤寒可造成多系统损伤,并发症遍及心、肝、胆、胰、肾、血液系统及免疫功能等30余种<sup>[2]</sup>,故在发热的基础上,首发表现多样性、复杂性,可表现上呼吸道症状、心悸、头痛、咳嗽,胸片异常,神经系统,重症肝炎,更少见如腰部脓肿、下肢感染等体外局部感染;③典型病例少见,本病例中相对缓脉仅67.6%,玫瑰疹未见,白细胞减少仅32.6%;④早期不规则应用抗生素可使病情减轻,无典型症状成为逍遥型;本地区以外来务工较多,工作强度大,生活条件较差,使患者免疫力下降,迁延型时有出现。(3)血象反应不典型:典型的伤寒,外周血象应低于正常,但本病例组中的细胞减少仅32.6%,而大多是正常范围,甚至8.1%表现出升高,给早期诊断造成误导,容易诊断为其他感染性疾病。(4)对肥达反应的评价:肥达氏反应阳性率较高,是诊断伤寒重要指标之一,但该检查结果有假阳性和假阴性存在,近年来报道表现渐增多<sup>[3]</sup>。也就给诊断增加难度。(5)血培养阳性降低:伤寒杆菌培养阳性是确诊最可靠依据,由于培养的时间限定性,滥用抗生素等原因使阴性率下降<sup>[1]</sup>,易导致误诊。(6)L型伤寒杆菌的出现:罗瑞德报道,L型菌株的出现某些抗生素破坏或抑制菌体细胞壁肽聚糖的合成,使菌体细胞壁部分受损,伤寒杆菌细胞壁肽聚糖含量不高,胞浆渗透压比革氏阳性菌低,故在渗透环境中仍有生存能力,适当条件下致病。

## 参考文献

- [1]刘传英,门光国. 儿童伤寒196例临床特点分析[J]. 中华现代儿科学杂志,2004,1(1):20
- [2]岳林红,王建秀. 伤寒合并多系统损害临床新进展[J]. 内蒙古医学杂志,2000,32(1):57
- [3]曾玫,朱启巍,王晓红. 肥达氏反应对儿童伤寒诊断价值的再评价——附87例分析[J]. 新医学,2002,33(2):73

(收稿日期:2006-11-14)