

doi: 10.7629/yxdwfwz201904029

• 疾病控制与临床 •

# 1 例肺吸虫病误诊结核病分析

赵琴<sup>1,2</sup>, 胡波<sup>1</sup>, 李儒贵<sup>1</sup>, 李金科<sup>1</sup>, 李健<sup>1</sup>, 谭华炳<sup>1</sup>

1. 十堰市人民医院(湖北医药学院附属人民医院), 湖北 442000;

2. 房县人民医院

**摘要:** 目的 对1例肺吸虫病误诊为结核病病例进行分析, 提出预防肺吸虫病误诊的方法。方法 报告1例以皮下结节为主要临床表现, 肺部CT显示典型“隧道样”病变的肺吸虫病被误诊为结核病长达1月, 在抗结核治疗过程中又出现以肝脏损害为主要表现的消化道副作用的病例诊治过程。结果 提示强化临床医师对肺吸虫病的认识, 强化影像学医生对肺吸虫病肺部“隧道样”改变的认识, 强化临床医师系统体检意识、分析血常规变化的能力, 及时进行肺吸虫皮试, 是减少误诊的办法。结论 提高认识、强化“三基”, 可以避免肺吸虫病误诊。

**关键词:** 肺吸虫病; 游走性皮下结节; 肺部“隧道样”改变; 嗜酸性粒细胞; 皮试

中图分类号: R532.22 文献标识码: A 文章编号: 1003-6245(2019)04-0402-02

## Clinical analysis of a case with paragonimiasis misdiagnosed as tuberculosis

ZHAO Qin\*, HU Bo, LI Rugui, LI Jinke, LI Jian, TAN Huabing

\* Shiyan People's Hospital( People's Hospital Affiliated to Hubei Medical College), Hubei 442000, China

**Abstract: Objective** To analyze one case of paragonimiasis misdiagnosed as tuberculosis, and provide a method for preventing misdiagnosis. **Methods** One case was reported as a subclinical nodule as the main clinical manifestation. Pulmonary CT showed that the typical “tunnel-like” lesion of paragonimiasis was misdiagnosed as tuberculosis for up to 1 month. The anti-tuberculosis treatment process, there are cases of diagnosis and treatment of digestive tract side effects with liver damage as the main manifestation. **Results** To reduce the misdiagnosis, it suggests prompt intensive clinicians' understanding of paragonimiasis, enhance imaging physicians' understanding of “tunnel-like” changes in the lungs of paragonimiasis, strengthen clinicians' awareness of physical examination and analysis of blood routine changes, and receive timely lung fluke skin test. **Conclusion** Misdiagnosis of paragonimiasis will be avoid through understanding and strengthening the “three basics”.

**Key words:** Pagumogonimiasis; Migratory subcutaneous nodule; Lung “tunnel-like” changes; Eosinophils; Intradermal test

肺吸虫病(paragonimiasis)在十堰市周边致病原为斯氏狸殖吸虫(*Pagumogonimus skrjabini*), 人是斯氏狸殖吸虫的非适宜宿主, 感染后易引起游走性皮下结节, 易被误诊为肿大淋巴结; 也可发生肺脏幼虫移行症等病理改变<sup>[1]</sup>。由于搬迁性移民, 导致肺吸虫病发病率下降, 医务人员对其警惕性下降, 易将肺吸虫病上述改变误诊为结核病<sup>[2]</sup>。本文报告1例肺吸虫病被误诊为结核病长达1月的病例, 抗结核治疗过程中又出现肝脏和胃肠道副作用, 希望提高对肺吸虫病的诊断和鉴别认识。

### 1 病例介绍

1.1 病史资料 病例女, 7岁, 学生, 因“右侧腹壁包块1月, 再发腹股沟包块1周”于2016年7月26日入院。病人于1月前不明原因出现右侧腹壁包块, 局部无红肿热痛, 在1周内增大至蚕豆大小, 无发热、盗汗、咳嗽、腹痛、腹泻, 至十堰市某三甲医院就诊。CT检查提示右肺结节、空洞, 心包积液。

血常规示WBC  $12.62 \times 10^9/L$ , 嗜酸性粒细胞(Eosinophil, EOS) 54.4%。以“肺结核、淋巴结核”转市传染病医院治疗。市传染病医院予以规范抗结核治疗无效, 于1周前在腹股沟部位又出现包块, 且有恶心、呕吐、腹胀, 家属要求转感染性疾病科治疗。既往无肝炎、结核病史。计划免疫同社会。出生、生长于原籍, 追问病史: 病人于1月前有生食河蟹史, 无特殊食物和药物服用史。体检: 右下腹及腹股沟可见2枚蚕豆大小、紧靠皮下、轻度压痛、边界不清的结节, 局部无红肿。右侧腹股沟多枚肿大淋巴结, 其他部位淋巴结未见肿大。心肺未闻及异常, 腹平软, 肝脾未及, 肝区叩痛(-), 腹水征(-)。生理反射存在, 病理反射未引出。

1.2 实验室检查结果 入院检查(7月27~29日): Hb 101 g/L, WBC  $9.44 \times 10^9/L$ , N 18.9%, L 29.4%, M 4.0%, EOS 47.2%, B 0.4%, BPC  $404 \times 10^9/L$ ; 凝血酶原时间比值1.2, 凝血酶原时间国际标准比值1.31, 凝血酶原活动度89.6%, 纤维蛋白原含量1.560 g/L, 凝血酶原时间20.0 s; ALT 80 U/L, AST 69 U/L, 前白蛋白156 ng/L。大便常规: 未发现寄生虫卵。AFP、免疫五项、肿瘤标志物、hCRP、PCT、铁蛋白正常。

1.3 病原学检查 肺吸虫皮试(+++); PPD(+); 结

基金项目: 2014年十堰市人民医院/湖北医药学院附属人民医院创新团队项目(201404)

作者简介: 赵琴(1978-), 女, 副主任技师, 从事临床检验工作

通讯作者: 谭华炳, E-mail: renmthb@163.com

核抗体 IgM(-); HBV-M、抗 HAV、抗 HCV、抗 HDV、抗 HEV、抗核抗体 12 项均(-); T.SPOT.TB(-)。

1.4 影像学检查结果 肺部 MSCT: 右肺下叶前基底段及外基底段近右侧胸壁处见长条状薄壁空洞影, 呈“隧道状”改变, 其中外基底段空洞影周围见炎性渗出, 右肺上叶见小片状影, 右肺中叶见直径 0.6 cm 小结节影, 上述改变符合肺吸虫病肺部改变(见图 1)。腹部 CT: 右前下腹壁、腹股沟区软组织肿胀, 延至右侧会阴部, 其内密度不均匀, 边缘模糊; 右侧腹股沟见多枚结节影, 较大者 1 cm × 0.5 cm, 陶氏腔内见水样密度影。头颅 CT、肝脏 CT 未见异常。

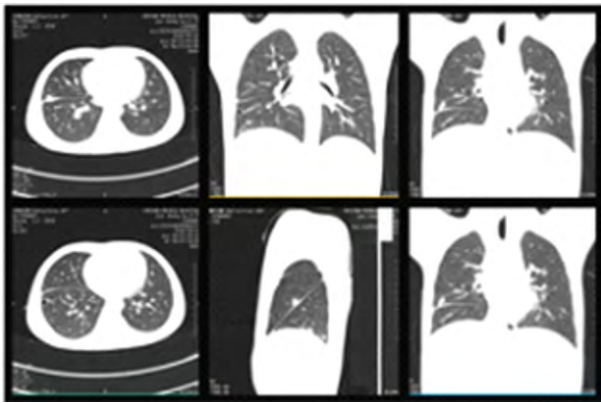


图 1 肺部 MSCT 显示肺部隧道样改变

1.5 诊断和治疗 入院诊断为: 1. 肺吸虫病; 2. 药物性肝损害(Drug induced liver injury, DILI)。根据临床诊断给予护肝护胃治疗。在肺吸虫皮试显示(+++)后, 采用吡喹酮大剂量驱虫治疗<sup>[3]</sup>。驱虫治疗方案(每次总量 210 mg/kg, 3 日疗法, 每日 3 次; 间隔 1 周, 进行第 2 次驱虫治疗)。鉴于吡喹酮副作用较重, 治疗前签署知情同意书<sup>[4]</sup>。首疗程治疗结束后 EOS 比率为 32.8%, 间隔 1 周后开始第 2 疗程驱虫治疗, 第 2 疗程结束后 EOS 比率为 12.2%, 继续护肝护胃治疗, 并观察病人症状、体征、EOS、ALT、AST 变化。8 月 16 日, 病人无不适, Hb 111 g/L, WBC  $8.00 \times 10^9/L$ , N 60.2%, L 29.7%, M 2.1%, EOS 7.9%, B 0.1%, BPC  $289 \times 10^9/L$ ; ALT 40 U/L, AST 39 U/L。凝血功能、尿常规复查正常。家属拒绝复查肺部 MSCT, 临床治愈出院。

## 2 讨论

传染病诊断原则是临床症状、体征、疫区生活史、实验室检测出病原和/或抗体。本例病人所在地区为肺吸虫病疫区。多年研究证实, 肺吸虫病原皮试具有敏感性高、特异性高、操作简便的特点<sup>[5]</sup>。根据传染病诊断原则, 本例病人可以确诊为肺吸虫病, 并排除结核病。本文主要探讨发生误诊的教训。

病史询问不仅是临床诊断的基础, 更是传染病诊

断成立与否的关键之一。病史询问不仔细、体检不仔细是临床误诊的原因<sup>[6-7]</sup>。在新发和少见的传染病诊断中, 个人史和生活史的询问显得更加重要, 本例病人通过系统询问病史很快了解到其生食螃蟹史, 对明确诊断产生了导向作用; 系统体检是发现异常体征的重要手段, 通过体检确定病人的新发肿块不是淋巴结, 更不是肺外结核寒性脓肿, 结合病史, 初步确定为肺吸虫病皮下结节。

血常规分析对肺吸虫病诊断具有提示意义, 而对结核病具有排除价值。EOS 增高(计数和百分比)常见于过敏性疾病、寄生虫感染、嗜酸性胃炎、高嗜酸性粒细胞综合征等, 在结核病病人中不升高。本例病人在白细胞总数正常的情况下、EOS 比例一直持续在 50% 以上, 没有引起多位接诊医师注意, 是误诊的重要原因。许多临床医师对基础检验的重要性认识不足, 对异常结果的分析不足是经常发生低级误诊的原因。提高医务人员对基础检验结果的分析能力迫在眉睫。

本例病人在抗结核治疗过程中出现较重的恶心、呕吐、腹胀, 转院后停用抗结核药物, 并予以护胃、护肝治疗, 症状很快消失。抗结核药物导致的消化系统副作用常见, 尤其是肝脏副作用<sup>[8]</sup>, 本例病人既有消化道症状, 又有肝功能损害, 临床上应该高度注意。乙型肝炎病毒感染者使用抗结核药物更容易导致药物性肝损害<sup>[9-10]</sup>, 应用抗结核药物治疗应更加慎重。

## 参 考 文 献

- [1] 肖纯凌, 赵富玺. 病原生物学和免疫学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 244-247.
- [2] 刘雪艳, 严晓峰, 吕圣秀, 等. 14 例肺吸虫病误诊为结核的原因及胸部 CT 表现分析[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(1): 119-122.
- [3] 朱名胜, 耿家荣. 大剂量吡喹酮治疗胸肺型斯氏肺吸虫病的疗效观察[J]. 医学动物防制, 2005, 21(6): 417.
- [4] 李黎, 蒋朝东, 李彦, 等. 吡喹酮治疗肺吸虫病出现中枢神经功能—过性障碍 1 例[J]. 寄生虫病与感染性疾病杂志, 2009, 7(3): 171.
- [5] 朱名胜, 朱敬, 朱艳霞, 等. 丹江口库区肺吸虫病流行现状调查[J]. 中国热带医学, 2011, 11(11): 1308-1309.
- [6] 谭雪梅, 刘园园, 雷旭, 等. 恙虫病基础和临床诊治研究进展[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2017, 11(5): 437-440.
- [7] 赵琴, 李儒贵, 杨靖, 等. 恙虫病临床表现联合实验室检测积分诊断体系的建立[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2016, 10(2): 188-193.
- [8] 蒋博峰, 马晨晨, 陈阳贵, 等. 抗结核药物不良反应发生率及其影响因素分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2017, 21(2): 161-163.
- [9] 张霞, 李儒贵, 谭华炳. 抗结核药物致乙型肝炎病毒感染者肝损伤机制及其中西结合干预治疗[J]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2013, 5(2): 66-68.
- [10] 谢杏榕, 李金科, 李芳, 等. 抗结核药致乙型肝炎病毒携带者急性肝衰竭的中西医结合治疗[J]. 中国中医急症杂志, 2013, 22(1): 148-149.

(收稿日期: 2018-03-05)