

患者住院 1 个月后出院,因经济原因,没能及时到本院复诊。出院 5 个月后电话随访,获知患者每天监测体温,无发热,食欲可,体重增加 2.5 kg;遵医嘱规律服用抗结核药物,无明显不适症状。每月均于当地医院复查,血常规及肾功能大致正常,颈胸部 CT 示颈部淋巴结明显缩小,纵隔占位未增大。

最终诊断:胸腺瘤合并淋巴结结核。

讨 论

该患者为中年男性,以右侧腋窝痛性淋巴结肿大起病,头孢类抗生素治疗无效,后出现咳嗽、发热,伴明显盗汗、憋气,不支持普通感染所致淋巴结炎。

影像学检查提示全身浅表与深部多发淋巴结肿大伴前纵隔肿物、右肺病变,鉴别诊断需首先考虑肿瘤性疾病,包括淋巴瘤和实体肿瘤(如胸腺瘤、肺癌等),但胸腺瘤、肺癌等难以解释患者长期发热,结合病史曾使用头孢类抗生素效果不佳,应警惕特殊感染,如结核、真菌及猫抓病等。

淋巴结穿刺检查对淋巴瘤诊断效率不高,但有

助于除外实体肿瘤的淋巴结转移。该患者右侧腋下肿大淋巴结穿刺抽出脓液高度提示感染可能,病原学检查证实有分枝杆菌感染;CT 引导下纵隔占位穿刺活检证实前纵隔肿物为胸腺瘤,提示患者同时存在恶性肿瘤和分枝杆菌感染,但左锁骨上(因未作穿刺病理检查)及纵隔内肿大淋巴结是结核感染还是胸腺瘤转移所致尚无法鉴别。

患者用莫西沙星后体温渐降至正常,提示在肿瘤基础上合并感染的可能。抗结核治疗 5 个月后,颈胸部淋巴结明显缩小,提示存在结核感染,考虑其最终诊断为胸腺瘤合并淋巴结结核。

综上,临床上对表现复杂的患者,医生们倾向于用一元论的观点思考解释疾病全貌,但有时患者的某些症状体征不能用已有的诊断解释时,需要跳出固有的诊断模式去考虑同时合并其他疾病的可能。病原学和病理学证据始终是诊断的金标准,对合理的临床诊治具有至关重要的作用。对于复杂疑难病例,包括诊断明确但治疗方案复杂的患者,进行多学科会诊将使患者最大程度受益。

(收稿日期:2012-08-22)

· 消 息 ·

2013 北京协和急诊医学国际高峰论坛征文通知

“2013 北京协和急诊医学国际高峰论坛”将于 2013 年 4 月 12 日至 14 日在北京国际会议中心举行。论坛主题“为急诊医学发展提速”。现将有关事宜通知如下。

一、征文内容

(1) 急诊科建设与管理; (2) 急诊教学与科研; (3) 多器官功能衰竭与脏器功能支持; (4) 急诊中毒、创伤的救治与管理; (5) 院前急救及灾难医学; (6) 全科医学; (7) 急诊流行病学; (8) 急诊急救质量控制与管理; (9) 心肺脑复苏的基础与临床研究、诊疗; (10) 急诊与急救护理; (11) 临床病例分析; (12) 急诊医学基础理论研究; (13) 急诊新思维、新理念及新技术; (14) 急诊的病情判断与医患沟通。

二、征文要求

(1) 来稿是未在国内刊物上发表过的论文;

(2) 全文字数为 3000 字左右(含图表、参考文献等),并附摘要; (3) 摘要为 500 字,内容包括研究目的、方法、结果及结论; (4) 稿件为 A4 规格、Word 格式并注明详细联系方式:姓名、单位及科室、手机及单位电话和 E-mail 等; (5) 来稿注明“2013 协和急诊高峰论坛”征文字样,如需《论文录用函》,请标注; (6) 请自留底稿,未录用者恕不退稿; (7) 截稿日期:2013 年 3 月 15 日。

三、论文审稿及参会信息

大会组委会将组织专家进行审稿,确定是否接受及相关交流形式。会议将邀请国内外著名急诊医学专家授课并授予国家级继续教育 I 类学分。详情请登录大会官方网站: www.puem.org 或垂询大会组委会,联系人:曹珣,电话:15300029271, E-mail: puemed@163.com。