

DOI:10.3969/j.issn.1671-9638.2015.10.019

• 病例报告 •

1 例误诊误治麻疹病例分析

Misdiagnosis and mistherapy of measles; a case report

闫玉光(YAN Yu-guang), 马玉梅(MA Yu-mei), 张明香(ZHANG Ming-xiang)

(沈阳市第六人民医院, 辽宁 沈阳 110006)

(The Sixth People's Hospital of Shenyang, Shenyang 110006, China)

[关键词] 麻疹; 误诊; 误治; 早期诊断

[中图分类号] R511.1 [文献标识码] E [文章编号] 1671-9638(2015)10-0715-02

麻疹(measles)是由麻疹病毒(measles virus)引起的,经呼吸道飞沫传播的病毒性传染病。在麻疹黏膜斑(Koplik's spots, 科氏斑)出现之前,与其他病毒性感冒相比,并无特征性表现,容易误诊。本院2014年5月收治1例因误诊而导致误治病例,现将其诊断与治疗情况总结分析如下。

1 病历资料

1.1 病史

1.1.1 他院诊治情况 患儿,男性,10个月,2014年4月22日因咳嗽7d就诊于当地某医院,于门诊静脉滴注克林霉素、阿奇霉素(共6d);2014年4月24日出现发热、喘息症状,26日出现腹泻症状,28日发热加重而收住院治疗。入院后改用头孢替唑、喜炎平静脉滴注,30日发现胸部出皮疹后改用磷霉素钠(共7d)、美罗培南(共7d)、利巴韦林(共4d),并请当地传染病医院医生会诊后排除麻疹诊断,之后皮疹隐退,5月2日口腔内出现白色乳酪状物,不易拭去,加用制霉菌素漱口(共5d)、双歧杆菌及氟康唑口服(共5d),5月4日加静脉用丙种球蛋白1次,静脉滴注后全身出现皮疹,5月5日,停用丙种球蛋白,加用地塞米松、苯海拉明、维生素C抗过敏治疗。相关检查结果,胸部CT:肺内感染以两肺野内中带为著伴少许网格状密度增高影及条带状透光度增高区,两肺少许间质浸润,气道重建未见明显异常;肺功能:混合性肺通气功能障碍,支气管舒张试验阴性;心电图正常;肝炎病毒标志物阴性;生

化全项:肝功能正常,乳酸脱氢酶(LDH)1244 U/L;尿常规正常;粪便常规:脂肪球+;粪便隐血阴性;C反应蛋白(CRP)1.19 mg/L;其余生化检查结果未见明显异常;降钙素原<0.1 ng/mL;肺炎支原体 IgM 阴性;结核分枝杆菌抗体阴性;咽拭子支原体阴性;细菌培养正常咽喉杂菌;血常规:白细胞(WBC)计数 $9.38 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比(N)40.30%,淋巴细胞比率(L)53.10%,血红蛋白(Hb)114.00 g/L,血小板计数(PLT) $319.00 \times 10^9/L$;心脏彩超未见冠状动脉扩张。出院诊断:(1)急性毛细支气管炎;(2)鹅口疮;(3)皮疹待查(多形性红斑);病毒感染?;(4)疱疹性咽峡炎。

1.1.2 本院诊治情况 5月6日转至本院诊治。以“发热10d,出皮疹7d”为主诉入院。入院时有发热,体温波动在37.2~38.4℃之间,无畏寒及寒战,流清涕,干咳,声音嘶哑,无气促,无腹泻,食欲不佳,大小便正常。经询问,患儿无麻疹疫苗接种史。入院体格检查:T 38.2℃,P 120次/分,R 30次/分,体重9kg,四肢密布暗红色斑丘疹,压之退色,疹间皮肤正常,头面及躯干部可见色素沉着,口腔内未见麻疹黏膜斑,双肺呼吸音粗,未闻及啰音,余无阳性体征。实验室检查结果,血常规:WBC $11.50 \times 10^9/L$,N 48.60%,L 42.00%,红细胞计数(RBC) $4.28 \times 10^{12}/L$,PLT $342.00 \times 10^9/L$;Hb 101.00 g/L;CRP<3.45 mg/L;生化检查:K⁺ 4.86 mmol/L、谷丙转氨酶(ALT)38.00 U/L、谷草转氨酶(AST)61.00 U/L、肌酸激酶(CK)31.00 U/L、同工酶(CKMB)54.00 U/L、LDH

[收稿日期] 2015-03-22

[基金项目] 国家科技重大专项“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”(2012ZX10004301-006)

[作者简介] 闫玉光(1974-),男(满族),辽宁省沈阳市人,副主任医师,主要从事传染病研究。

[通信作者] 张明香 E-mail: ZMX6511@163.com

1 790.00 U/L;麻疹 IgM 阳性(酶联免疫吸附剂测定,采用德国维润赛润麻疹抗体检测试剂)。入院诊断为麻疹合并肺炎、喉炎。考虑到患儿皮疹已出齐,且入院前已长时间应用高级别抗菌药物,因此停用所有抗菌药物,仅予多种维生素营养支持,复合辅酶保护脏器及布地奈德雾化吸入等对症治疗,咽拭子、尿、粪便真菌培养均为阴性,1 周后病情痊愈出院。

1.2 病情分析 患儿因咳嗽 7 d 就诊于当地某医院呼吸内科门诊,时值麻疹流行,加之未能按计划接种麻疹疫苗,感染麻疹病毒后发病。回顾病情,患儿 4 月 28 日发热加重时即为麻疹发病第 1 d,30 日胸前区出现皮疹应为麻疹前驱疹,鉴于当时未见麻疹黏膜斑,故排除麻疹,怀疑药疹,改用其他抗菌药物。5 月 2 日,发现口腔内出现麻疹黏膜斑后,因患儿长时间应用了高级别的抗菌药物,致使临床医生误认为是菌群失调而致的真菌感染,未再次考虑麻疹的可能,从而加用了抗真菌药物治疗。病情进入出疹期后,临床症状进一步加重,在使用丙种球蛋白后发现大面积皮疹,又误认为丙种球蛋白过敏所致,加用了肾上腺糖皮质激素及抗过敏药物治疗。经过一系列抗感染及对症治疗,病情一直不见好转,故转至本院继续诊治。

2 讨论

麻疹是由麻疹病毒引起的呼吸道传染病,人是麻疹病毒的唯一宿主,麻疹患者是唯一传染源,人类对麻疹病毒普遍易感,易感者接触患者后 90% 以上均可发病^[1],潜伏期一般在 6~21 d 左右。麻疹是我国计划免疫的 6 种传染病之一,自 1978 年开展计划免疫工作后,我国麻疹发病率得到有效控制,1997 年以来呈递减趋势,这是由于麻疹疫苗广泛的使用,使易感人群积累的速度大大减慢,即流行周期被打破或消失^[2]。出生后 6 个月内的婴儿,胎传麻疹病毒抗体可起保护作用,如未能及时接种麻疹疫苗,6 个月后的婴幼儿易遭受麻疹病毒的侵害^[3]。近年来,媒体对个别疫苗接种不良反应的报道,家长和医生对疫苗接种越来越谨慎,致使部分儿童未能按计划接种疫苗,另外因为未能进行强化 2 次免疫接种,人群体内由麻疹疫苗免疫应答的抗体水平和细胞免疫随年龄的增长逐年衰减,当达到较低界限时还会再感染麻疹野病毒引起麻疹暴发、流行、散发及隐性感染^[4]。近年来,麻疹在个别地区小规模暴发。由于医院是各类疾病、各类人群聚集的地方,也是易感人群汇聚的地方,是感染或传染最容易发生

的场所,医院感染成为麻疹流行的重要特点^[5]。

麻疹作为一种 RNA 病毒,目前仍无特效抗病毒药应用于临床。因此麻疹治疗重在早期诊断,正确护理和防治并发症等方面。麻疹发病早期,在科氏斑出现之前,与病毒性感冒相比,并无特征性表现,极易误诊,但因为麻疹病毒感染过程中机体免疫反应明显降低,只要不使用激素类等免疫抑制药物,并不会影响病程的发展,典型麻疹经过前驱期、出疹期和恢复期后,多能痊愈。因此,临床医生在诊治发热患者时,在常规视诊扁桃体时,还应注意是否存在科氏斑,尤其是在麻疹流行期间。另外,一旦发现患者口腔内出现白色黏膜斑时,除考虑真菌感染外,还应与科氏斑相鉴别,以免误诊误治。

纵观本病例的诊治过程,因为误诊致使患者接受了长时间高级别抗菌药物治疗,虽然未能严重影响麻疹病程的发展,但必然会对患者体内的菌群结构有一定程度上的损害,也加重了患者的经济负担;而后期误诊为药疹后应用了激素类药物,则进一步抑制了患者机体免疫系统,延长了麻疹病程。因此,麻疹的早期诊断至关重要,关于麻疹的早期临床表现,祖国医学中亦有较多记载,如麻疹相是指在初热的第 1~2 d 泪水汪汪,眼泡微肿,眼哆多,眉眼发痒;麻疹线指发热 1~2 d,在下眼睑黏膜上有一条横的红线,长短不一,似蚯蚓;指冷耳凉指发热后指尖与耳轮发凉;麻疹相和麻疹线是麻疹相对其他疾病眼结膜炎较重的特点^[6]。

临床中,发热、出疹患者不一定首先均到传染病院或传染科就诊,因此,综合医院的呼吸内科、皮肤科等相关科室医生在接诊发热、出疹患者时要能准确诊断,尤其是在麻疹流行期间,必要时请传染科会诊,以免造成误诊误治。

[参考文献]

- [1] 李兰娟,任红.传染病学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:63-68.
- [2] 李淑华.计划免疫后麻疹流行特征与预防策略研究[D].上海:复旦大学,2007.
- [3] 陈必全,夏春琴.2009—2013年麻疹住院患儿的免疫状态、流行病学及临床特点[J].中国感染控制杂志,2014,13(4):218-221.
- [4] 许文波.麻疹病毒的分子流行病学[J].中国计划免疫,2001,7(1):54-59.
- [5] 李卫光,徐华,朱其凤,等.儿科病房 4 例麻疹医院感染暴发流行病学调查[J].中国感染控制杂志,2013,12(1):41-43.
- [6] 李丰衣,聂为民,涂波,等.麻疹的中医论治及现状[J].传染病信息,2014,(27)1:59-62.