

## 脾结核误诊为脾肿瘤一例

宜春医专附属医院 336000 易桂华 陈根梅

患者男性,25岁,因午后低热、盗汗、乏力、食欲不振、消瘦、腹胀痛两月,无明显咳嗽及咯血,在院外中西药抗感染治疗无效,于1997年5月11日来我院就诊,体检:慢性消耗性病容、左颈部扪及一蚕豆大小淋巴结,两肺呼吸音粗糙,无干、湿性罗音,心脏正常,肝肋下未触及,脾肋下3厘米,质中,表面不光滑,肝区及双肾区无叩痛。化验:血球计数及肝、肾功能正常;胸片示两肺纹理增粗;B超示1、脾内多发性占位性病变;2、腹腔多发性淋巴结肿大。外科会诊考虑为脾肿瘤,于1997年5月29日行剖腹探查术,术中见腹腔内多个肿大淋巴结(直径1cm以内),脾脏表面呈结节状,肝、胰、胃及肠系膜均未发现异常。病理诊断(病理号12441)腹腔淋巴结结核、脾结核。术后经用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素正规化疗后症状消失,B超示脾脏缩小至正常。抗痨治疗一年后,患者症状消失,查体正

常。

### 讨 论

单纯性脾结核罕见,因脾脏是一个较大的网状内皮系统,结核菌随血流侵入脾脏不易生长繁殖与扩散,病变多自愈。加之脾结核无特异性症状,临床诊断困难,往往不易确诊。特别是脾外无活动性结核时,诊断更为困难,容易漏诊、误诊,本例即误诊为脾肿瘤。脾结核主要是结核菌经血播散的结果,在脾内形成结核性肉芽肿,多个结核结节融合成较大结节,B超示为占位性病变,以至误诊为脾肿瘤。凡找不到脾大的明确原因,临床表现上如有明显的结核中毒症状,可做结素试验,并进行诊断性抗痨治疗,可减少误诊,漏诊。

(收稿 1999-09-28)