

15例小儿麻疹误诊分析

秦伟玲

作者单位:530003 南宁,广西壮族自治区妇幼保健院儿科

作者简介:秦伟玲(1971-09),女,大学本科,主治医师,研究方向:小儿心血管疾病。

【摘要】 目的 探讨小儿麻疹误诊原因。方法 对15例小儿麻疹误诊病例的发病年龄、季节、临床表现、实验室检查、诊断及治疗进行分析。结果 误诊为荨麻疹1例,风疹1例,鹅口疮2例,药疹2例,急性肠炎4例,肺炎5例。结论 临床表现不典型是本组小儿麻疹误诊的主要原因。

【关键词】 麻疹; 误诊

【中图分类号】 R 511.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)01-0068-01

麻疹是一种急性出疹性传染病。多年来,因麻疹疫苗的普及及应用,其发病率已有所下降。目前发病者多以临床轻型麻疹多见,因其临床症状不典型,早期容易误诊。我院2006-01~2008-08共收治47例小儿麻疹病例,误诊15例,误诊率为31.91%。现将误诊原因分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组15例,均符合《诸福堂实用儿科学》麻疹诊断标准^[1]。其中男10例,女5例,男女之比为2:1。发病年龄5个月~8个月者10例,9个月~2岁者4例,2~7岁者1例。农村9例,城镇6例。发病季节:春季1例,夏季10例,秋季2例,冬季1例。

1.2 临床表现 本组15例中发热15例(100%),皮疹15例(100%),口腔麻疹黏膜斑6例(40%),呼吸道卡他症状6例(40%),肺部湿啰音11例(73.33%),腹泻4例(26.27%)。

1.3 实验室检查 外周血白细胞减少5例(33.33%),增高3例(20%),淋巴细胞计数增高6例(40%),血小板计数增高5例(33.33%),C反应蛋白升高3例(20%),血清麻疹IgM抗体阳性15例(100%)。X线胸片示肺纹理增多,有点片状阴影10例(66.67%)。

1.4 误诊情况 误诊为荨麻疹1例,风疹1例,鹅口疮2例,药疹2例,急性肠炎4例,肺炎5例。误诊时间为2~10d,平均为5d。

1.5 诊疗情况 确诊后予对症支持治疗,合并细菌感染者加用抗生素治疗,均临床治愈。

2 讨论

2.1 误诊原因分析 (1)发病年龄发生改变;以前8个月以下婴儿极少有麻疹发病,因婴儿从母体获得足够的抗体,而本组15例中有10例为8月龄内婴儿发病,考虑其原因主要是经预防接种的母亲大多数没有患过麻疹,且接种麻疹疫苗后时间久远又没有及时补种,使其抗体在孕母体内水平较低,增加了所生婴儿麻疹的患病风险^[2]。(2)发病季节发生

改变;过去麻疹多发生在冬春季,本组病例显示一年四季均有发病,且多在夏季。(3)本组病例均为散发病例,且都无明确麻疹接触史。(4)临床表现不典型也是误诊的主要原因之一。本组15例均为非典型麻疹(典型麻疹的皮疹为起病后3~4d开始出疹,3~4d出齐)。15例中仅5例在3~4d出疹,2例发热当天出疹,5例发热第2d出疹,3例发热5d后出疹,1例24小时皮疹出齐;典型麻疹出疹顺序始于发际、颈侧部、耳后,渐蔓延至颈部、上肢、上胸部、躯干、下肢、掌跖;本组15例中有5例皮疹先从胸部出疹,后到头部、四肢;典型麻疹为直径2~4mm斑丘疹,由稀疏渐加密,可有不同程度融合;本组中有1例伴有风团样皮疹,且同时有颜面、手足水肿,误诊为荨麻疹。(5)部分病例局部症状突出,干扰了早期诊断。本组中有5例肺部症状严重,接诊医生只注意肺部情况,而忽视了身上稀疏的皮疹,从而误诊为“肺炎”,有4例肠道症状突出,解稀水烂便较为严重,而皮疹不典型,从而误诊为“急性肠炎”。(6)本组病例误诊多为基层医生或年轻医生对本病认识不够,警惕性不高,体格检查不够认真、全面,又不注意查看患儿的口腔,不能及时发现有诊断意义的柯氏斑等所致。

2.2 避免误诊的体会 (1)提高基层医生和年轻医生对不典型麻疹的认识和基本功的训练,强调详尽的病史采集和仔细的体格检查,以便早诊断、早隔离、早治疗。(2)对诊断不明的病例,不要急于退热和应用抗生素及激素,以免掩盖病情,凡有出疹性的疾病,均应想到本病可能,必要时进行相关实验室检查,如血清麻疹抗体IgM检测等,以帮助诊断,从而减少误诊和漏诊。

参考文献

- 胡亚美,江载芳. 诸福堂实用儿科学[M]. 第七版. 北京:人民卫生出版社,2002:728-729.
- 熊 苑,刘作义,裴 伦. 儿童麻疹372例临床特点分析[J]. 中国实用儿科杂志,2003,18(3):171.

[收稿日期 2008-08-10][本文编辑 谭 毅 章柯滔]