

# 横结肠淋巴瘤误诊1例

代时莉, 王敏, 杨秦南, 万群

## ■背景资料

恶性淋巴瘤起源于淋巴结和淋巴组织, 而淋巴结和淋巴组织遍布全身, 且与血液系统相互沟通, 故淋巴瘤可发生在身体任何部位, 其中, 淋巴结、扁桃体、脾及骨髓是最易受累的部位。由于每个患者的病变部位和范围不同, 故淋巴瘤的临床表现具有多样性。恶性淋巴瘤的发病率, 在西方国家占肿瘤的第八位, 在我国占恶性肿瘤的第九位(男性)和第十一位(女性), 其中非何奇金淋巴瘤(NHL)的发病率每年以3%的速度增长, 并且有逐年增加的趋势。

代时莉, 王敏, 杨秦南, 万群, 贵州省黔西南州人民医院内一科 贵州省黔西南州 562400  
作者贡献分布: 代时莉、王敏负责诊治, 组织会诊; 代时莉、王敏、杨秦南、万群共同收集资料; 写作由代时莉完成。  
通讯作者: 代时莉, 562400, 贵州省黔西南州人民医院内一科。daishili2005@126.com  
电话: 0859-3299152  
收稿日期: 2007-12-27 修回日期: 2008-03-04

## One-case analysis of misdiagnosis for transverse colon lymphoma

Shi-Li Dai, Min Wang, Qin-Nan Yang, Qun Wan

Shi-Li Dai, Min Wang, Qin-Nan Yang, Qun Wan, the First Department of Internal Medicine, People's Hospital, Qianxi'nan 562400, Guizhou Province, China  
Correspondence to: Shi-Li Dai, the First Department of Internal Medicine, People's Hospital, Qianxi'nan 562400, Guizhou Province, China. daishili2005@126.com  
Received: 2007-12-27 Revised: 2008-03-04

## Abstract

Transverse colon involvement of malignant lymphoma is rare in clinic. It has peculiar manifestations, and is easy to be misdiagnosed. We report a patient who has been misdiagnosed with pyogenic peritonitis, intestinal perforation, and intestinal tuberculosis. He was confirmed with non-Hodgkin's lymphoma in a superior hospital after focuses were found by colonoscopy. Clinicians should be broad-minded, patients should be transferred to a superior hospital if necessary.

**Key Words:** Transverse colon; Lymphoma; Misdiagnosis

Dai SL, Wang M, Yang QN, Wan Q. One-case analysis of misdiagnosis for transverse colon lymphoma. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(15): 1708-1709

## 摘要

恶性淋巴瘤在横结肠受累, 临床少见, 表现特殊, 易造成误诊, 本例患者曾被误诊为化脓性腹膜炎、肠穿孔和肠结核等疾病, 经肠镜检查才发现病灶, 转上级医院最终确诊。临床医生要拓

宽思路, 若条件有限时尽快转上级医院确诊。

**关键词:** 横结肠; 淋巴瘤; 误诊

代时莉, 王敏, 杨秦南, 万群. 横结肠淋巴瘤误诊1例. 世界华人消化杂志 2008; 16(15): 1708-1709  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/1708.asp>

## 0 引言

恶性淋巴瘤累及胃肠道部位以小肠为多, 其次为胃, 结肠很少受累<sup>[1]</sup>, 现将我院1例以腹膜刺激征为首发症状的横结肠淋巴瘤报道如下。

## 1 病例报告

患者为20岁男性, 因发热1 wk(39-41℃), 持续腹痛2 d, 院外输氨苄青霉素不缓解, 于2006-11-16入我院普外科。体查: 体温40.3℃, 血压100/50 mmHg, 急性病容, 浅表淋巴结不大, 腹平, 肌卫, 全腹压痛, 以下腹为主, 有反跳痛, 肝脾不清, 移动性浊音(±), 肠鸣音正常。做诊断性腹腔穿刺抽出脓性分泌物, 涂片白细胞4+, 红细胞2-4; 血常规: WBC  $8.4 \times 10^9/L$ , 中性74.9%, Hb 127 g/L, 血小板 $237 \times 10^9/L$ , 肝肾功能、电解质、淀粉酶、凝血四项正常, 诊断为肠伤寒并穿孔。急诊剖腹探查, 术中见脓性分泌物200 mL, 小肠充血水肿, 反复查找均未见肠穿孔灶及肠管包块, 后关腹, 予头孢派酮和氟罗沙星抗感染1 wk, 仍发热, 体温波动在38-40℃, 伴盗汗。转至感染科, 作胸片正常, 血培养及肥达反应阴性, 继头孢派酮和甲硝唑抗感染及支持治疗, 1 wk后病情同上, 但患者渐进性消瘦。2006-11-28因心率减慢(心率50次/分)转至我科, 查体: 体温38℃, 脉搏50次/min, 恶病质, 浅表淋巴结未及肿大, 心肺(-), 舟状腹, 腹中一长约10 cm手术切口愈合好, 减张线未拆, 左上腹压痛, 肝脾未及, 神经系统(-)。查血钾3.1 mmol/L, 考虑系低钾引起, 予补钾后心率很快升至70-80次/min。因病情诊断未明, 停抗生素监测热型, 做胸腹盆腔CT平扫正常, 心脏彩超正常, 血、大便及骨髓培养阴性, PPD阴性,

## ■同行评议者

丁惠国, 主任医师, 首都医科大学附属北京佑安医院肝病消化科

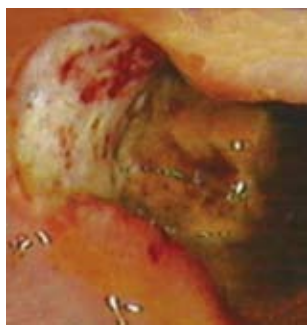


图1 纤维结肠镜检查  
结果.

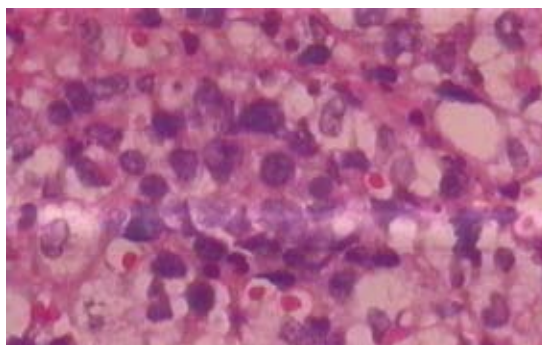


图2 病理检查结果.

#### ■同行评价

本文报道结肠淋巴瘤, 临床少见, 对临床医生有一定的帮助.

尿常规正常, 血常规: WBC  $9.94 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞74%, 血红蛋白106 g/L, 血小板 $178 \times 10^9/L$ 之间, 血涂片未找到疟原虫, 血沉53 mm/h, C反应蛋白228 mg/L, 骨髓提示感染征象, 请全院会诊倾向伤寒和肠道结核. 监测体温为不规则热(36-39℃), 患者仍诉左上腹痛, 盗汗明显, 未解血便, 无咳嗽、咯血. 做结肠镜检查见横结肠中段及结肠脾曲两处巨大溃疡面, 基底污秽, 覆盖厚白苔及大量坏死物质, 溃疡边缘不规则, 隆起增生样改变, 局部肠腔狭窄(图1), 并做活检恶性细胞生长, 未分型(图2). 追问病史, 发热前2 mo患者开始有盗汗, 再次体检在腋下扪及一花生米大小的淋巴结. 转上级医院, 最后诊断为非霍奇金淋巴瘤, 后因经济困难出院返家, 未治疗.

## 2 结果

淋巴瘤是一组原发于淋巴结或淋巴组织的恶性肿瘤, 部分原发于结外的淋巴瘤由于侵犯部位不同, 其表现复杂多样, 尤其是在疾病早期缺乏特异性, 少数患者可仅表现为急腹症而误诊<sup>[2]</sup>. 本例因发热后出现腹痛, 有腹膜刺激征, 诊断性腹穿抽出脓性腹腔积液, 而本地伤寒常年流行, 入院时血象不高, 根据本地常见病种诊断为伤寒肠穿孔是有依据的, 在剖腹探查时见腹腔脓液, 未发现穿孔肠管及包块, 未想到溃疡型. 因

此辗转于外科、感染科、内科之间, 造成诊断延误. 主要原因: (1)没仔细询问病史, 仅围绕常见病、多发病诊治, 导致患者在多科之间辗转, 病情迁延加重时才做进一步检查而确诊. (2)临床医师思路狭窄, 对不明原因的发热、腹痛未能及时作相关的骨髓检查及结肠镜检查也是导致延误诊断的原因之一. (3)淋巴瘤是恶性血液病, 以结肠受累临床少见, 加之本患者骨髓象改变不明显, 易造成误诊. 通过此次教训, 我们体会到: (1)临床工作中详细询问病史, 仔细体格检查, 仍然是基本功, 是作出正确诊断的重要依据. (2)患者出现发热、盗汗、腹痛及腹膜刺激征时, 除考虑常见病外, 亦要想到少见的血液系统恶性疾病, 及时进行相关检查以求及时正确诊断, 防延误病情. (3)基层医院医生也要通过在临床实践中不断学习, 拓宽思路, 要考虑到少见病的特殊表现, 如果条件有限尽早转上级医院, 以求明确诊断.

## 3 参考文献

- 1 陈灏珠. 实用内科学(下册). 第12版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2405
- 2 王芸, 汤敏, 秦海春, 郭强, 范红. 原发性T细胞性恶性淋巴瘤1例. 中国实用内科杂志 2002; 22: 175

编辑 李军亮 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

## • 消息 •

## 世界华人消化杂志投稿方式

本刊讯 本刊只接受在线投稿, 不接受其他方式的投稿, 如E-mail, 印刷版. 在线投稿网址: <http://wcjd.wjgnet.com>/在线提交未成功, 请通过[submission@wjgnet.com](mailto:submission@wjgnet.com), 电话: 010-8538 1892, 传真: 010-8538-1893寻求帮助. 投稿须知下载网址:<<http://www.wjgnet.com/1009-3079/tgxz.pdf>>审稿过程平均时间需要14 d. 来稿均经2-3位同行专家严格评审, 2位或以上通过为录用, 否则将退稿或修改后再审. 接受后的稿件作者需缴纳稿件处理费及发表费, 文章发表后可获得2本样刊及20套单行本(稿酬). (常务副总编辑: 张海宁 2008-05-28)