

病例报告·写作要求



1 **题名**：简明确切地反映论文的特定内容，鲜明而有特色，阿拉伯数字不宜开头，不用副题名，一般 20 个字。避免用“的研究”或“的观察”等非特定词。

2 **作者**：作者署名的次序按贡献大小排列，多作者时姓名间用逗号。英文摘要中，先名后姓，首字母大写，如：Ying-Qiu Huang, Ming Li.

3 **单位**：作者后写单位的全称空 1 格后再写省市及邮政编码，不同作者单位分别写出。

4 **基金资助项目**：可以增加省市级以上基金资助项目，并加基金号。英文摘要中翻译为准确的英文。

5 **通讯作者**：本刊只设一位通讯作者，不设共同通讯作者，需增加职称。

6 **摘要**：应包括中英文摘要，一段式非结构摘要，字数应该在 250 字内为宜。

7 **关键词**：应包括中英文关键词，作者应在关键词列表中提供 3-10 个关键词，来反映论文中的核心内容。请尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版 *Index Medicus* 中医学主题词表 (MeSH) 内所列的词。必要时可采用惯用的自由词。每个关键词之间用“;”分隔。格式如：肠道菌群；急性胰腺炎；慢性胰腺炎；自身免疫性胰腺炎。每个英文关键词第一个字母大写。每个关键词之间用“;”分隔。

8 **正文**：文章层次为：0 引言；1 病例报告；2 讨论；3 参考文献。

9 **图表**：图表的数量要精选。表应有表序和表题，并有足够具有自明性的信息，使读者不查阅正文即可理解该表的内容。表内每一栏均应有表头，表内非公知通用缩写应在表注中说明，表格一律使用三线表(不用竖线)，在正文中该出现的地方应注出。图应有图序、图题和图注，以使其容易被读者理解，所有的图应在正文中该出现的地方注出。同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图，统一用一个注解分别叙述。如：图 1 萎缩性胃炎治疗前后病

理变化。A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: …。曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号。统计学显著性用:^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ ($P > 0.05$ 不注)。如同一表中另有一套P值, 则^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$; 第3套为^e $P < 0.05$, ^f $P < 0.01$ 。

10 参考文献: 本刊采用“顺序编码制”的著录方法, 即以文中出现顺序用阿拉伯数字编号排序。提倡对国内同行近年已发表的相关研究论文给予充分的反映, 并在文内引用处右上角加方括号注明角码。文中如列作者姓名, 则需在“Pang 等”的右上角注角码号; 若正文中仅引用某文献中的论述, 则在该论述的句末右上角注角码号。如马连生^[1]报告……, 潘伯荣等^[2-5]认为……; PCR 方法敏感性高^[6-7]。文献序号作正文叙述时, 用与正文同号的数字并排, 如本实验方法见文献[8]。文献量达3条以上, 可以参考本刊相关文章。

11 名词术语: 应标准化, 前后统一, 如原词过长且多次出现者, 可于首次出现时需要包含中英文全称, 以后直接用简称。

写作格式实例

●病例报告●

横结肠淋巴瘤误诊 1 例

代时莉, 王敏, 杨秦南, 万群

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

通讯作者: 代时莉, 教授, 562400, 贵州省黔西南州, 贵州省黔西南州人民医院内一科. daishili2005@126.com

收稿日期:

修回日期:

接受日期:

在线出版日期:

One-case analysis of misdiagnosis for transverse colon lymphoma

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

Shi-Li Dai, Min Wang, Qin-Nan Yang, Qun Wang, the First Department of Internal Medicine, People's Hospital,

Qianxi'nan 562400, Guizhou Province, China

Correspondence to: Professor Shi-Li Dai, the First Department of Internal Medicine, People's Hospital, Qianxi'nan 562400, Guizhou Province, China. daishili2005@126.com

Received:

Revised:

Accepted:

Published online:

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, Wang Q. One-case analysis of misdiagnosis for transverse colon lymphoma. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008

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

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^[1], 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

男性, 20 岁, 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++++, 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/分, 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, 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 $178 \times 10^9/L$, 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氏淋巴瘤, 后因经济困难出院返家, 未治疗。

2 讨论

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^[2]。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

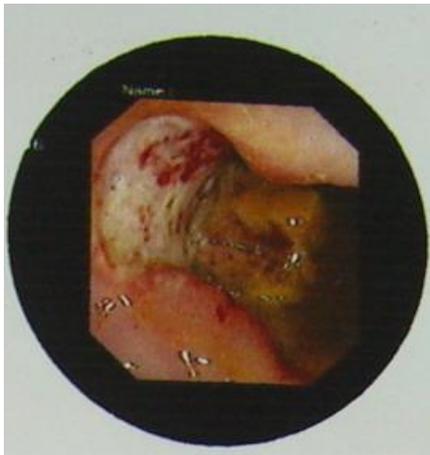


图 1 纤维结肠镜检结果.

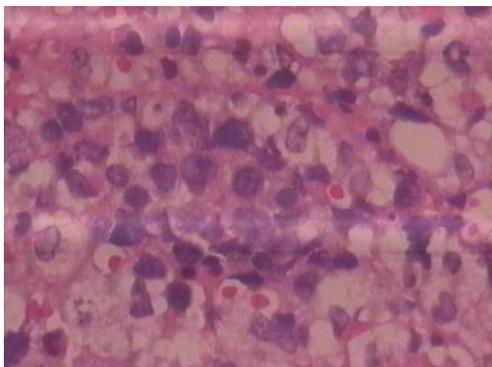


图 2 病理检查结果(HE×400).