

17 例肺支气管囊肿长期误诊肺结核原因分析

孙怡芬¹, 胡 瑛¹, 胡培安¹

摘要: **目的** 通过对肺支气管囊肿(pulmonary bronchogenic cyst, PBC)长期误诊为肺结核的原因分析, 提高对二种疾病的鉴别诊断能力。 **方法** 对 17 例经手术病理证实的 PBC 长期误诊肺结核原因进行回顾性分析。 **结果** 长期误诊肺结核的 PBC 患者占同期手术治疗的 PBC 的 43.6%(17/39)。 **主要症状:** 咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、低热和乏力。 **X 线表现** 形态多样, 球形病变 10 例, 部分有卫星灶及钙化灶、空洞或溶解等, 大片密度不均匀阴影 5 例, 一侧毁损肺 1 例, 叶间裂积液 1 例。所有病人均查痰结核菌阴性。正规抗结核治疗后反复咳痰、咯血、发热 11 例(64.7%), 无效 6 例(35.3%)。 **结论** 误诊原因是, 对不典型的 PBC 缺乏认识。痰结核菌阴性而临床症状和 X 线表现与肺结核相似、经正规抗结核治疗后仍反复发作或无效的病人, 应考虑到 PBC。

关键词: 支气管源囊肿; 误诊; 结核, 肺

Analysis of causes for 17 patients with pulmonary bronchogenic cyst (PBC) being long-term misdiagnosed as pulmonary tuberculosis (TB)

SUN Yi-fen, HU Ying, HU Pei-an.

Beijing Tuberculosis and Thoracic Tumor Research Institute, Beijing 101149

Abstract: **Objective** To improve the ability to differentiate the two diseases through the analysis of causes for PBC being long-term misdiagnosed as pulmonary tuberculosis (TB). **Methods** Retrospective analysis of 17 cases which are verified through surgical pathology as PBC which had been long-term misdiagnosed as pulmonary TB. **Results** PBC being long-term misdiagnosed as pulmonary TB to PBC being treated by operation the same time is 43.6% (17/39). Main symptoms: cough, sputum, hemorrhage, thoracic pain, low fever and tired. Chest X-ray shows variedly, globular of 10 cases, the part with satellite focus and calcification, cavity or melting, etc. Big uneven density flat of 5 cases, unilateral damaged lung of 1 case, interlobe fluid of 1 case. Of all patients sputum for tuberculous bacterium is negative. Sputum, hemorrhage and fever repeatedly occur through regularly anti-tuberculosis treatment of 11 cases (64.7%) ineffective of 6 cases (35.3%). **Conclusion** Causes of misdiagnosis are the lack of knowledge about atypical PBC. PBC should be considered in patients with negative sputum for tuberculous bacterium but clinical symptoms resembling pulmonary TB and after treated by regularly anti-tuberculosis repeatedly occurring or effective.

Key words: Bronchogenic cyst; Misdiagnosis; Tuberculosis, Pulmonary

PBC 是较少见的先天发育异常疾病, Georges 等^[1]报告占支气管囊肿(BC)的 23.3%。PBC 因缺

乏典型临床表现和影像学特征, 常易误诊。国内文献报道^[2] PBC 误诊为肺结核占 68.4%。我院外科

自 1995 年 1 月至 1999 年 12 月共手术切除并经病理证实 PBC39 例, 其中长期误诊肺结核(包括结核性胸膜炎)17 例, 占 43.6%。通过 17 例病人的临床特点分析, 提高对两种疾病的鉴别诊断能力。

临床资料

1. 一般情况: 本组男性 13 例, 女性 4 例, 男:女 = 3.3:1。年龄 19~59 岁, 平均 40.8 岁。既往有 II 型糖尿病史、高血压病史和淋巴结核(经病理证实)史 1 例; 结核性脓胸并手术治疗 1 例; 鼻囊肿 1 例; 类风湿性关节炎 2 例; 余体健。

2. 临床症状: 咳嗽 11 例, 占 64.7%; 咯血或痰带血丝 10 例, 占 58.8%; 反复咳黄、白痰 9 例, 占 52.9%; 胸痛 6 例, 占 35.3%; 低热 5 例, 占 29.4%; 乏力 4 例, 占 23.5%; 盗汗 3 例, 占 17.6%; 胸闷、纳差各 2 例, 分别占 11.8%; 无症状 1 例, 占 5.4%。

3. 胸部 X 线检查: 17 例病人均摄胸部 X 线正、侧位片, 其中 9 例摄病灶断层片, 8 例行胸部 CT 检查, 1 例行胸 MRI 检查。病变部位: 左肺 6 例, 其中左上叶尖后段 4 例, 左下叶背段 1 例, 左全肺 1 例; 右肺 11 例, 其中右上叶尖、后段 5 例, 右下叶背段 2 例, 右下叶后、内基底段 3 例, 右叶间裂积液 1 例。病灶形态: 呈球形改变 10 例, 病灶大小在 $1\text{cm} \times 1.5\text{cm} \sim 3.5\text{cm} \times 6\text{cm}$ 之间, 边界清晰, 2 例有卫星灶, 1 例有钙化灶; 大片状密度不均匀阴影 5 例; 表现为一侧毁损肺 1 例; 右胸腔水平裂、斜裂及基底部积液 1 例。17 例中有 12 例显示有空洞或溶解改变, 洞壁均较厚, 8 例边界模糊不清, 周围有条索状结节状影。1 例病灶对侧有陈旧性结核灶。

4. 实验室检查: 17 例病人均做痰结核菌(9~20 次)和癌细胞检查(3~12 次), 均阴性。痰霉菌涂片 2 例有霉菌丝。痰普通培养: 不动杆菌 1 例, 肺炎克雷伯氏菌 2 例, 大肠杆菌 1 例。红细胞沉降率增高 5 例。7 例血白细胞偏高, 抗炎治疗后恢复正常。

5. 抗结核治疗情况: 17 例病人均正规抗结核治疗, 时间 9~48 个月平均 23 个月。使用药物有: 异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素、乙胺丁醇、对氨基水杨酸钠、利福喷丁、左旋氧氟沙星、环丙沙星、力排肺疾、1321Th、卫菲特等。其中症状有好转但长期反复发作、咳嗽、咳痰、咯血、发热 11 例, 无效 6 例。

6. 术前误诊肺结核类型: 结核球 10 例, 占 58.8%; 浸润性肺结核 6 例(包括 1 例毁损肺), 占 35.3%; 结核性胸膜炎 1 例, 占 5.9%。误诊时间: ≥ 1 年 < 2 年 4 例, ≥ 2 年 < 3 年 3 例, ≥ 3 年 < 5 年 2 例, 5 年 1 例, ≥ 6 年 < 10 年 2 例, ≥ 10 年 < 15 年

3 例, 15 年 1 例和 16 年 1 例。

7. 手术原因: 反复咯血 9 例, 病灶无好转 7 例, 病灶增大 1 例。

8. 病理结果: 肺支气管囊肿 5 例, 肺支气管囊肿合并感染、支气管扩张 6 例, 其中 2 例腔内充满脓性液体及坏死组织; 肺支气管囊肿合并曲霉菌感染 6 例; 12 例显示慢性炎症, 多量纤维组织增生, 炎性肉芽组织改变。

讨 论

1. 长期误诊肺结核原因分析: (1)临床症状与肺结核相似。本组多数患者以咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、发热和乏力等为主要表现, 这些表现难与肺结核区分。(2)受既往结核病史影响。本组有 2 例 20 多年前曾经病理确诊为淋巴结核及结核性脓胸, 其中 1 例同时患糖尿病, 易诊为结核病。(3)抗结核治疗后多数病人症状及 X 线表现有不同程度的好转, 虽然痰菌阴性却认为诊断性治疗有效, 忽视了抗结核药物中部分属广谱或窄谱抗生素, 虽病情缓解但易复发, 始终不愈。(4)X 线表现不典型。PBC 为先天发育异常, 由气管及支气管树芽在胚胎发育过程中脱离肺组织异常发育而成, 常为实性囊肿, 其内壁为柱状假复层纤毛上皮细胞, 可含有粘液腺、软骨、弹性组织和平滑肌, 囊内可充满浅黄色液体成为液囊肿或液体排空成为气囊肿^[3]。根据 PBC 在胚胎发育的迟早及部位不同, 典型 PBC 的 X 线表现为单发或多发的薄壁囊腔, 大部分内含气液等, 单发的大小各异, 多发者可作为双侧, 呈囊圈状, 蜂窝状; 多发生于双肺中、下野, 内中带, 尤以左肺为多^[4]。本组表现与上述不同, 从病变部位上, 发生于结核好发部位者 12 例(占 70.6%); 由于病程长, 病理结果提示 12 例患者病灶内分别有细菌、霉菌感染或混合感染所致的慢性炎症, 囊壁及周围肺组织多量纤维组织增生或炎性肉芽肿形成甚至一叶肺组织毁损, 在 X 线上侧表现为厚壁空洞、大片阴影、条索状及结节形, 失去了典型的 PBC X 线特征, 与肺结核的 X 线表现难以区分。1 例病人只表现为叶间裂积液而无囊肿病灶, 以往又有结核病史, 容易局限地考虑结核性胸膜炎。(5)缺乏对病史系统分析: 本组患者主要特点是病程长、易复发、痰菌阴性, 而肺结核病人经正规抗结核治疗如果有效, 不易出现好转与恶化的反复交替; 在反复咯血的肺结核病人中往往容易查到结核菌; 在重症肺结核中(如一侧毁损肺), 多数都会出现对侧肺有不同程度的播散, 而本组 1 例肺毁损者却显示对侧肺组织比较干净。结核性胸膜炎在抗结核

及抽胸水治疗胸水消失后,局部多易出现胸膜增厚粘连,很少表现为局部反复液体增多而无明显的胸膜肥厚。如果仔细分析,就会发现多数病灶具有反复感染特征,结合 X 线表现,应考虑到 PBC 合并感染,如能及早手术治疗,可以减少病人的精神与经济负担。

2 经验教训:通过 17 例误诊病人分析,对诊断为肺结核的病人,经正规抗结核治疗后病情长期出现好转与恶化反复交替,痰中始终未查到结核菌者,应想到 PBC 的可能,有条件者,宜尽早手术。(本文图

1~6 见插页 4)

参考文献:

- 1 Georfes S R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult [J]. Ann Thorac Surg, 1991, 52: 613.
- 2 吴宝林, 罗尚佐, 王生华, 等. 19 例支气管肺囊肿误诊原因分析 [J]. 中华外科杂志, 1988, 26(1): 2.
- 3 谢惠安, 阳国太, 林善梓, 等主编. 现代结核病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 272.
- 4 陈正光, 马欣, 严洪珍, 等. 支气管囊肿的 X 线诊断及其组织胚胎学基础 [J]. 临床放射学杂志, 1995, 14(3), 154~156.

· 病例报告 ·

抗结核药物引起白细胞减少至零 1 例

辜家莉¹, 陈 明¹

患者, 女, 27 岁, 既往身体健康, 因间断发热 30 天, 于 2001 年 4 月 26 日以左上浸润肺结核给予异烟肼(0.3g, 1 次/d)、利福平(0.45g, 1 次/d)、吡嗪酰胺(0.5g, 3 次/d)、链霉素(0.75g, 肌注, 1 次/d)治疗。5 天后因症状持续加重入院治疗。入院查体: 双肺呼吸音清晰, 无干湿性啰音, 胸腹均无阳性体征。血常规: WBC $6.6 \times 10^9/L$, N 98%, L 2%, RBC $4.47 \times 10^{12}/L$, Hb 115g/L。入院后继续异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素治疗, 其发热等症状缓解。2001 年 5 月 30 日复查 WBC $2.2 \times 10^9/L$, N 0.6 $\times 10^9/L$ (47%), RBC $4.58 \times 10^{12}/L$, Hb 115g/L, Pt $113 \times 10^9/L$ 。5 月 31 日 WBC $1.4 \times 10^9/L$, N 0.49 $\times 10^9/L$ (35%), 红细胞、血红蛋白、血小板正常, 即停用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素, 给予血美安、惠尔血治疗。患者白细胞继续下降, 并出现高热。行骨髓穿刺检查提示粒细胞缺乏。6 月 12 日白细胞计数降至 0, 红细胞、血红蛋白、血小板正常。予惠尔血、瑞白、浓缩白细胞 3 人份治疗, 并应用抗生素控制感染, 患者白细胞计数逐渐升至正常, 病情好转。随访 1 年, 患者血象正常。

讨论: 周围血液白细胞计数低于 $4.0 \times 10^9/L$, 称为白细胞减少症。粒细胞绝对计数低于 $(0.1 \sim 0.5) \times 10^9/L$, 称为粒细胞缺乏症。本例患者既往身

体健康, 入院时白细胞正常, 在未用其它药物亦未接触有关有毒物质的情况下, 仅在给予抗结核药物治疗后, 白细胞尤其中性粒细胞明显减少, 可以确定为抗结核药物引起。临床上抗结核药物引起白细胞下降并不少见, 异烟肼、利福平、氨硫脲、对氨基水杨酸均可引起白细胞减少。但如本例患者出现如此严重状况, 以至白细胞下降为 0 尚属罕见。药物引起白细胞减少的机制主要为: (1) 直接引起的损伤。正常成人每日在骨髓内生成大量的中性粒细胞, 约 10^{11} 以上, 由粒系祖细胞增殖、分化而来。药物可直接杀伤增殖细胞群, 抑制或干扰粒细胞核酸合成, 影响细胞代谢, 阻碍细胞分裂, 同时可有直接的细胞毒性使粒细胞生成减少。(2) 免疫因素, 药物作为半抗原进入敏感者体内与粒细胞膜蛋白结合或与血浆蛋白结合成全抗原, 吸附于粒细胞表面。这些全抗原刺激机体产生相应的抗粒细胞抗体 IgG 或 IgM。当重复用药时, 引起粒细胞凝集和破坏。因本病后果严重未能对该患者再行药物激发试验, 故尚不能明确具体是何种药物引起。本例患者病情的迅速变化提示: 临床医师在进行抗结核治疗时, 应注意定期观察血象变化, 以便及时发现, 及时处理, 以免导致严重后果。

17 例肺支气管囊肿长期误诊肺结核原因分析

(正文见 80 页)

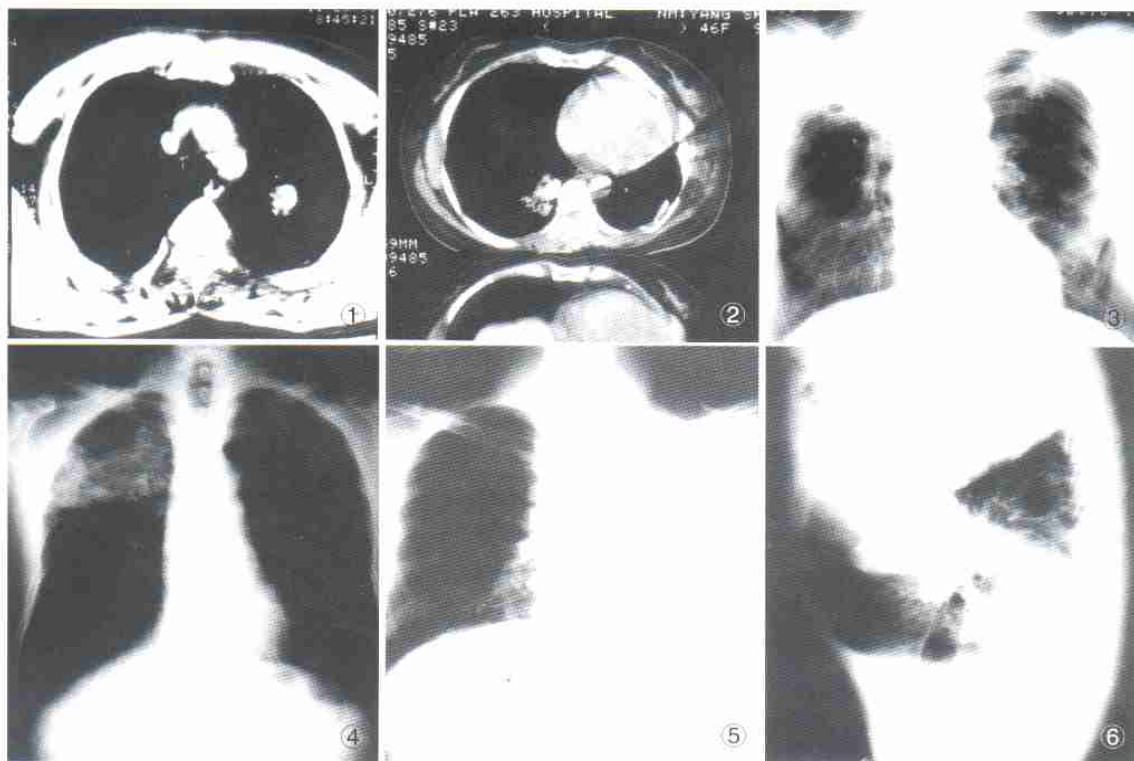


图1 胸部CT显示,病例灶位于左上叶尖后段,球形病灶,边界清楚,密度较高,不均匀,灶内近心缘处有溶解。图2 胸部CT显示,病灶位于右下叶后基底段,不规则球形影,边界清晰,病灶中心有钙化,病灶后下方有子灶与之相连,内有空洞。图3 后前位胸片,病灶位于右上叶尖段,呈大片状密度不均匀阴影,边界模糊,气管略向右侧偏移。左上叶尖段陈旧性结核灶。图4 后前位胸片,病灶位于右上叶后段,呈密度不均匀大片阴影,内有多处溶解,近胸膜处密度较高。图5 后前位胸片,左侧呈毁损肺改变,气管、纵隔向左侧偏移。图6 右侧位片,水平裂及斜裂,下斜裂的基底段呈积液改变。

扁桃体结核1例

(正文见 116 页)

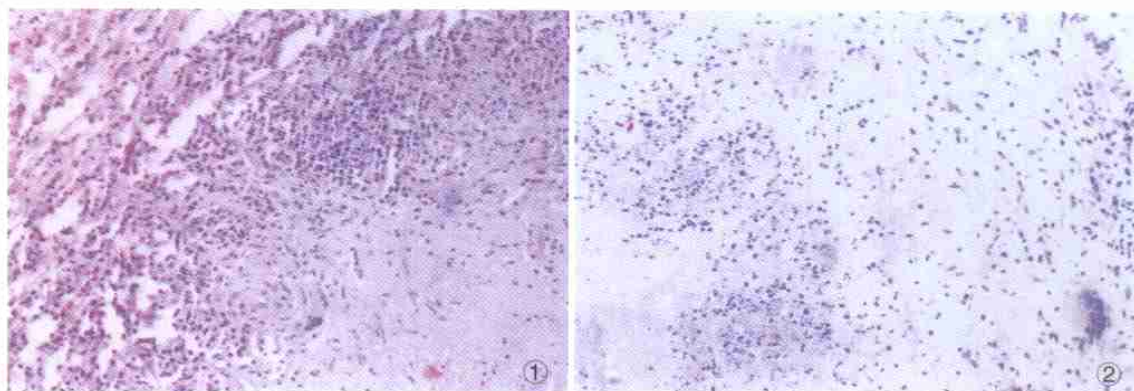


图1 左侧扁桃体切片:少量干酪样坏死,大量淋巴细胞浸润。HE $\times 100$ 图2 右颈前淋巴结切片:干酪样坏死,可见郎罕氏细胞及淋巴细胞浸润。HE $\times 100$