

病例报告

变应性支气管肺曲霉菌病误诊 2 例

赵新国, 陈季北

(江苏省盐城市第三人民医院 呼吸科, 江苏 盐城, 224400)

关键词: 变应性支气管曲霉菌病; ABPA; 血清总 IgE; 粘液栓; 糖皮质激素; 伊曲康唑

中图分类号: R 562.2 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)24-178-01 DOI: 10.7619/jcmp.201324079

例 1, 女, 48 岁, 农民, 因“咳嗽、咳痰、活动后气喘两月余”入院。既往有甲亢病史, 平素口服“甲巯咪唑、普萘洛尔”治疗。有“青霉素”过敏史。患者出现阵发性咳嗽, 咳白痰或黄痰, 有时咳痰粘稠, 略呈红色, 伴活动后气喘, 在当地门诊予以输液治疗, 咳嗽咳痰可略有好转, 但停药后咳嗽、咳痰加重, 并伴有明显消瘦, 时觉心悸。查胸部 CT 提示右下肺占位伴阻塞性肺不张、右侧胸腔少量积液。SpO₂ 94%, 心率 134 次/分, 口唇无紫绀, 两肺未闻及干湿罗音。行支气管镜检查: 右中间支气管腔内见黄绿色粘稠分泌物, 吸取标本作细菌培养。支气管吸痰培养: 曲霉生长(2 次)。临床考虑肺癌合并曲霉菌肺炎, 给予伊曲康唑抗真菌治疗 1 周后, 复查胸部 CT 病灶吸收不明显, 行支气管镜检查诊断: 右下叶支气管化脓性感染。分泌物培养: 烟曲霉。血 G 实验、BAL 中 GM 实验: 阴性。后一直口服伊曲康唑治疗。1 年后复查胸部 CT, 病灶明显吸收, 停用伊曲康唑。后病情反复, 间断抗感染、化痰治疗, 症状时有反复。给予强的松、伊曲康唑治疗, 患者症状基本缓解。

例 2, 患者, 男, 35 岁, 已婚, 因“反复咳嗽、咳痰 5 年, 再发半年”。自幼有感冒后喘息发作, 给予抗感染、平喘等治疗后缓解。在本院多次行支气管镜检查及镜下冲洗。入院半月前上述症状再发, 咳大量白色粘痰, 痰中带血, 每日十余口, 在当地医院中药治疗, 疗效不佳, 在本院门诊查胸片示右上肺不张。入院查体: 右上肺呼吸音低, 两下肺少许湿性罗音。入院后查血常规未见异常。心电图正常。胸部 CT 示虫蚀样改变。支气管镜示右上叶开口基本阻塞, 无法插入, 管口可见少许脓性分泌物。肺功能示 FEV₁ 及 MVV 均降低。考虑支气管内膜结核可能性大。胸外科手术术后病理示: 切面囊性, 囊内见灰褐色坏死物, 囊壁光滑, 周围气管扩张, 肺实变。病理诊断: 肺脓肿、支气管扩张伴慢性炎, 肺组织纤维结缔组织增生实变。术后抗结核 2 年。期间每感冒后喘息反复发作, 间断输液治疗症状时有反复。支气管镜镜下示左

上叶舌段见较多脓性分泌物; 右上叶见术后疤痕改变。灌洗液检查示烟曲霉, 总 IgE 阳, 霉菌类中度敏感。给予强的松、伊曲康唑治疗, 患者咳嗽、气喘症状基本完全缓解。

讨 论:

本研究 2 例患者都出现了喘息、咳嗽、咳褐色或黑色黏液痰, 1 例患者消瘦明显, 加重时出现难以控制的哮喘症状。且 2 例患者都出现了肺实变, 抗细菌治疗及支气管镜下冲洗治疗效果不佳, 1 例患者因肺不张行右上肺叶切除术。

变应性支气管曲霉菌病(ABPA)非特异性的影像表现为反复性、移行性的肺部浸润影, 从磨玻璃样到实变影, 以及因痰栓引起的肺不张等, 晚期可出现肺气肿和纤维化等。ABPA 的特异性影像表现为以上叶为主的中心性支气管扩张, CT 扫描可见支气管管壁增厚、管径扩张和双轨征、印戒征。由于分泌物痰栓阻塞支气管可表现为条带状、分枝状或牙膏样、指套样阴影。ABPA 患者痰曲霉培养阳性率可达 50%~78%。外周血嗜酸粒细胞明显增多。血清总 IgE 升高、血清烟曲霉特异性 IgE 和(或)IgG 水平升高, 可伴有曲霉沉淀抗体阳性。本研究 2 例患者胸部 CT 都出现了条带状、分枝状或牙膏样、指套样阴影, 血 IgE 明显增高; 1 例患者曲霉皮肤试验呈速发阳性反应。肺功能表现为一定程度上可逆的阻塞性通气功能障碍。慢性 ABPA 患者晚期出现肺纤维化时可表现为限制性通气功能障碍、弥散障碍和固定的气流受限。

ABPA 需与哮喘、慢性嗜酸粒细胞肺炎、Churg-Strauss 综合征及肺结核等相鉴别。早期诊断和早期治疗的 ABPA 患者预后较好, 因此掌握正确的诊断程序进行早期诊断非常重要。本研究 2 例患者 1 例被误诊为肺结核, 且行右上肺叶切除术, 术后再抗结核治疗 2 年, 另 1 例被误诊为肺癌合并霉菌性肺炎, 2 年后才确诊为 ABPA。

ABPA 治疗首选口服糖皮质激素。给予糖皮
(下转第 179 面)

气管性支气管 2 例

开慧华, 潘昌杰, 钱 农

(南京医科大学附属常州市第二人民医院 影像科, 江苏 常州, 213003)

关键词: 气管; 支气管; 诊断治疗

中图分类号: R 562.2 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)24-179-01 DOI: 10.7619/jcmp.201324080

例 1, 男, 6 个月, 受凉后出现咳嗽, 呈阵发性痉挛性连咳, 有痰咳不出, 咳剧时面色涨红, 伴有气喘, 稍气急, 出生 2 月有喘息史, 患儿 1 月前因“毛细支气管炎”住院治疗 12 天好转出院。体检呼吸稍促, 可闻及喘鸣音及少许湿罗音。胸片示两肺斑片状影, 隐约见气管分叉上方右侧壁有异常的支气管样透亮影。MSCT 扫描及肺气道三维重组示气管分叉上方约 1.5cm 处右侧壁有异常的支气管影与气管壁相通, 左主支气管远段局部管腔变细, 两肺见散在小斑片状、絮状模糊影。诊断右侧气管型 TB; 左主支气管远段局部狭窄; 支气管肺炎。经抗感染及对证治疗后好转出院。

例 2, 男, 4 岁, 反复咳喘 1 月余, 吸入治疗效果不佳, 体检两肺闻及呼气相哮鸣音, MSCT 扫描及肺气道三维重组示右上叶支气管管腔变细, 移位开口于气管、主支气管交界处的右侧壁, 呈细管状, 与气管夹角变小, 约为 87 度, 两肺上叶见小斑片状模糊影。诊断右侧气管、主支气管型 TB; 两肺上叶少许炎症, 给予抗感染、化痰、平喘对症治疗后症状好转。

讨论: 气管性支气管(TB)是儿童呼吸道发育异常较为常见的疾病之一, 异常的支气管大多起源于主气管的右后侧壁, 部分病例伴发其他畸形, 如先天性气管狭窄、气管软化、先天性心脏病等。TB 患者大部分有临床症状及体征, 主要表现为反复右上叶不张、反复肺炎或先天性喘鸣, 也有无临床症状及体征因纤支镜偶尔发现者。

以往主要通过支气管镜检查或支气管碘油造影来诊断 TB, 但二者均属于侵入性检查, 有一定创伤, 患者不易耐受。目前认为胸部 CT 气道后处理技术即多平面重建、最小密度投影、容积重组、仿真支气管内镜能良好地显示气管及支气管的解剖形态。因此是用于诊断气管性支气管的最佳检查方法, 逐渐取代了以往的支气管造影和支气管镜检查。

TB 在多层螺旋 CT 肺气道三维重建可发现气管或支气管上有异常的支气管影与其壁相通, 气管性支气管远端可为盲端或伴充气肺组织(副肺叶, 并伴副叶裂胸膜与正常肺组织隔开)。气管型 TB 在多层螺旋 CT 肺气道三维重建中发现气管分叉上方有异常的支气管影与气管壁相通即可诊断。螺旋 CT 扫描及图像后处理技术有助于提高该病的检出率, 可明确反复咳嗽、气喘的病因, 对指导临床治疗具有重要意义。

气管性支气管的治疗取决于症状的严重程度, 部分患儿可采取保守治疗(药物治疗), 但在有持续或反复喘息、右上肺炎、肺不张、肺气肿而药物治疗效果欠佳时, 建议尽早行纤维支气管镜灌洗治疗, 清除异常开口处的分泌物, 这对于临床治疗可起到关键的作用, 病情反复发作时还可考虑手术切除异常的支气管及其肺叶和支气管扩张成形术等。此外该类患者行气管插管时应注意插管位置, 不要插管过深以免引起肺不张及肺部感染等。

收稿日期: 2013-05-19

通信作者: 钱农, E-mail: qiannong007@163.com。

(上接第 178 面)

质激素治疗后, 应每 6 周随访 1 次并检测血清总 IgE 水平和 x 线胸片, 必要时胸部 CT 检查。使用抗曲霉菌的药物治疗可以清除或减少支气管内定植的曲霉菌, 减轻免疫反应, 并能减少糖皮质激素的用量。伊曲康唑可以抑制皮质激素在肝脏的代谢, 增加激素的作用。

ABPA 患者如果能早期诊断和治疗常常预后较好。ABPA 加重期使用糖皮质激素和抗真菌药物治疗通常可以使病情得到控制, 经过规范的治疗一般不会出现不可逆性肺功能损害。某些患者

在激素减量过程中容易出现复发, 少数患者病情可进展到 V 期, 其肺结构和功能均会出现不可逆性进行性损害, 且易合并细菌感染, 预后较差。文献报道出现中心性支气管扩张不仅提示肺脏已发生不可逆的破坏, 更是预后不良的显著指标, 合并中心性支气管扩张者病情更易于反复, 也更难以治愈。目前 ABPA 激素治疗的标准方案及疗程、联合抗真菌药物的必要性及临床应用价值还有待于进一步研究证实。