

28 例肺结核不典型表现分析

王登堂

【中图分类号】R521, R814, R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2003)01-0027-02

近些年来由于城市流动人口增加, 人群感染机会增多, 导致肺结核发病率增高^[1], 加之治疗和用药不规范等原因, 因此在临床经常发现一些影像学 and 临床症状都不典型的肺结核病例。所谓不典型病例或发病部位不在肺结核常见部位; 或表现在病灶形态、密度等方面更接近非特异性炎症或肺部肿瘤, 或两者兼有之, 常给影像诊断带来困难, 甚至造成误诊。

材料与方 法

现搜集我院和外院 1995 年~ 1999 年经痰查到抗酸杆菌 26 例, 手术病理证实肺结核不典型患者 2 例, 从影像学 and 病理学角度分析。其中男 13 例, 女 15 例, 年龄 19~ 65 岁, 平均年龄 38 岁。28 例中, 8 例就诊时表现为高热等急性症状, 体温在 38.5~ 39.5℃ 之间, 血常规示白细胞增高; 15 例咳嗽, 咳痰; 9 例有血痰; 13 例胸痛胸闷; 19 例乏力盗汗; 6 例无明显临床症状; 21 例血沉略快; 8 例结核菌素试验强阳性, 9 例为一般阳性; 痰查抗酸杆菌多次 26 例阳性。

28 例均拍正侧位胸片和定期复查胸片, 其中 5 例曾作 CT 扫描, 2 例手术。

结 果

影像学表现: ①发病部位: 16 例病变分别位于双下肺内外前后基底段; 2 例位于舌叶, 2 例位于肺门区, 有 8 例病变位于结

核好发部位。②病变形态: 17 例胸片为大小不等的单发或多发片状淡薄病灶; 7 例为大片状密度不均匀增高; 2 例肺门增大; 2 例呈肿块状; 3 例 CT 扫描为有块, 内部密度不均匀, CT 值最高可达 120HU, 未见“分叶”及“毛刺”。

26 例经抗结核治疗痊愈, 2 例手术切除病灶, 病理诊断为慢性干酪性结核。

讨 论

本组 28 例中 20 例病灶位于两下肺野、肺门和舌叶等结核不常见发病部位 (图 1~ 3), 其原因可以是多种多样, 它与结核菌量、毒力大小与机体免疫力状态有关, 在肺内引起不同类型的病变, 其中 6 例可见病变区有纤维化、钙化表现; 14 例有渗出及增殖表现, 说明虽然发病部位比较特殊, 但结核的基本病理过程和影像学基础应该都是相同的, 仍具备肺结核的基本特征。

本组中另有 17 例无论其发病部位如何, 其不典型之处在于它主要表现为大小不等的淡薄片状阴影, 病变早期酷似非特异性肺炎, 但仔细观察发现肺结核渗出性实变, 以细胞渗出或干酪样坏死物质为主, 故片状影以腺泡分布为主, 不易融合, 密度较高, 而一般细菌所致的炎症, 以浆液或纤维素渗出为主, 密度较低且均匀, 易通过肺泡孔彼此融合, 以小叶、段为主^[2] (图 2~ 4)。渗出性肺结核, 在结核分类中属 III 型肺结核, 以渗出病变为主, 同时可伴有少量增殖性和干酪性病变。渗出性病变是机体过敏占优势, 抵抗力差的表现, 临床上中毒症状较重, 渗出性病变肺组织的结构大体完整, 血供丰富, 当机体的免疫

作者单位: 741020 甘肃, 天水铁路医院放射科
作者简介: 王登堂 (1966~), 男, 甘肃秦安人, 医师, 主要从事影像诊断工作。

与小空泡区分, 误为肺癌; 1 例胸膜粘连带误为胸膜凹陷征误为肺癌。韩玉成等^[4]报道分叶征、毛刺、棘突、胸膜凹陷征等在良性结节中出现率为 10%~ 33%, 因此过分依赖某个征象, 武断作出诊断容易造成误诊; ④影像检查不全面: 本组 1 例上叶后段结核病因贴近胸壁, 平片表现为片状模糊影而误为炎症, CT 示结节边缘光整, 并见裂缝洞而诊断为结核瘤; 2 例下叶结核平片示片状模糊影误诊为炎症, CT 示病灶形态多样诊断为结核。因此, 以正侧位胸片为基础, CT 为重要补充手段, 同时针对性地采用 CT 增强、HRCT、MIP、SSD、CTVE 等技术, 更能清楚了解病灶内部、边缘情况及与周围结构的关系, 可避免大量误诊; ⑤不重视临床。本文 1 例 II 型结核以中下肺密集伴蜂窝肺, 而年龄仅 19 岁被忽视误为肺泡癌或转移癌, 1 例误为大叶性肺炎, 而忽视实验室检查 (血白细胞 $5 \times 10^9/l$)。

作者认为, 为避免误诊必须认识到肺结核的不典型性, 影

像检查要全面客观分析影像表现, 结合临床表现及相关实验室检查作出诊断。诊断困难时, 应尽早使用进一步确诊手段如纤支镜检, 经皮肺穿活检等, 以期尽早确诊, 及时治疗。

参考文献

- 1 黄通, 石木兰, 林冬梅, 等. 慢性肺炎的影像学表现[J]. 临床放射学杂志, 2001, 20(7): 500-503.
- 2 金德勤, 马炳义, 王颂章. X 线、CT 与纤维支气管镜对支气管结核的诊断[J]. 临床放射学杂志, 1994, 13(4): 217-218.
- 3 殷泽富, 赵永碧. 肺部局限性韦格纳肉芽肿的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(6): 442-444.
- 4 韩玉成, 郎志谨, 张连君, 等. 高分辨率 CT 对周围型肺癌的诊断价值[J]. 中华放射学杂志, 1994, 28(11): 737-740.

(2002-03-04 收稿 2002-05-09 修回)

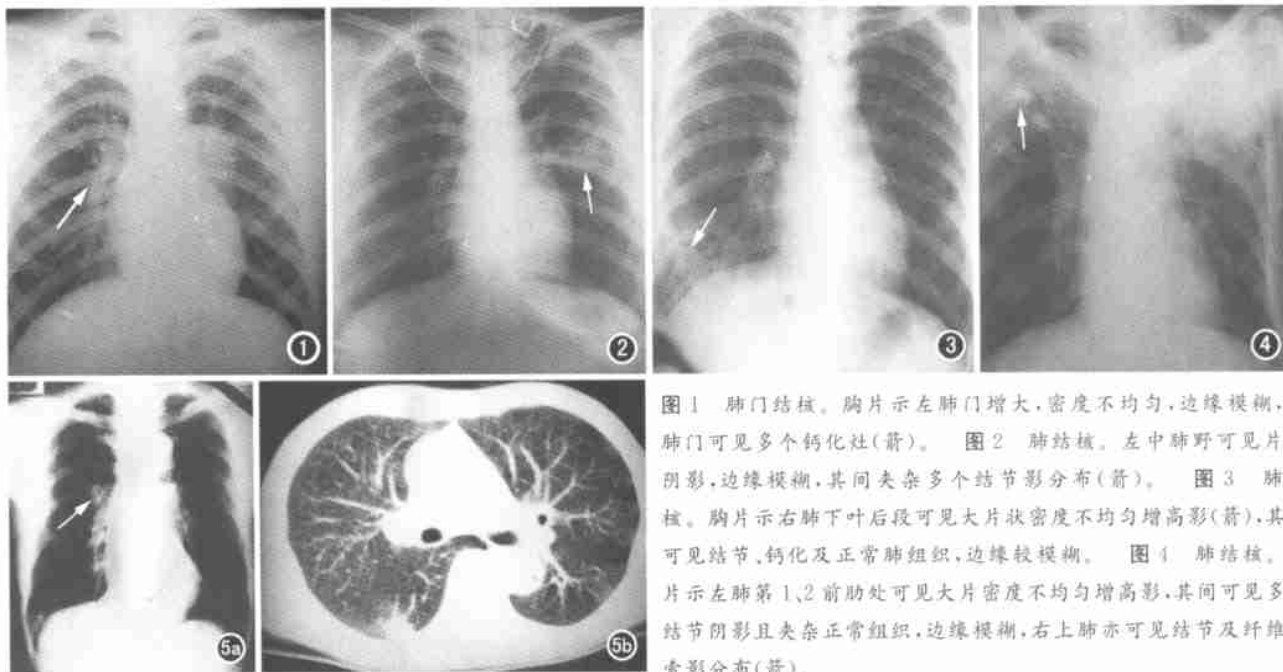


图 1 肺门结核。胸片示左肺门增大,密度不均匀,边缘模糊,右肺门可见多个钙化灶(箭)。图 2 肺结核。左中肺野可见片状阴影,边缘模糊,其间夹杂多个结节影分布(箭)。图 3 肺结核。胸片示右肺下叶后段可见大片状密度不均匀增高影(箭),其间可见结节、钙化及正常肺组织,边缘较模糊。图 4 肺结核。胸片示左肺第 1、2 前肋处可见大片密度不均匀增高影,其间可见多个结节阴影且夹杂正常组织,边缘模糊,右上肺亦可见结节及纤维条索影分布(箭)。

图 5 a)胸片示右肺下叶背段可见 2.0cm×2.5cm 大小肿块影(箭); b) CT 观察为密度不均匀,经反复多次调节窗宽、窗位观察肿块由多个结节灶聚集而成,其间有正常肺组织,后手术病理证实为慢性干酪性肺结核。

力提高,特别是经有效的化疗,病变可以完全吸收而不留痕迹,轻微干酪性坏死或增生型病变,也可经化疗吸收缩小,仅遗留细小的纤维疤痕^[3]。13 例经抗炎治疗后,临床症状缓解,病灶虽然有缩小,但仍长期不消失,经多次查痰找到抗酸杆菌,经抗结核治疗后,临床症状和影像学表现明显好转,作者认为此类属于肺结核病合并慢性特异性感染所致。

有 2 例胸部 X 线片上表现为肺野肿块或结节状病灶(图 5),这类病例须与肺部肿瘤鉴别,结核瘤一般直径为 2~3cm,有明确包膜或中心钙化或有尖角状牵引外突,周围肺野可有卫星病灶。作者认为对这类病例的诊断应十分慎重,尤其对中老年病人即使考虑肺结核诊断,但在短期内经抗结核治疗无效或症状不能完全消失的病例,应进一步检查,即使经抗结核治疗病灶缩小,但仍是肿块状的病例也不能排除其它诊断,同时应警惕与肺癌并存,因二病同时侵犯呼吸道症状很相似,肺癌早期,肺结核掩盖肺癌的症状,胸片二病重叠,失去各自的特征,且已静止的结核灶又可以因肺癌并存而崩溃,不论查痰结核菌是否阳性,均需做痰液癌细胞检查、支气管镜刷洗或活检,必要时考虑穿刺或手术治疗^[4]。

小 结

解剖学、组织学和病理学是影像诊断学的基础,肺结核的

影像呈不典型表现,但其病理学基础是不变的,基本病理表现仍是渗出、增殖、纤维化、钙化、空洞等。作者认为只要抓住这些本质性的影像表现,再结合临床、实验室检查,一般对其诊断并不困难。但对中老年人肺部肿块等影像表现的性质判断一定要慎重,有手术指征者尽量首选外科治疗。对影像学表现不典型的肺部炎症,而且使用一般抗生素治疗无效者,可进行诊断性抗结核治疗亦是一种有效的诊断方法^[5]。对渗出性结核应早期抗结核治疗,可获得理想效果,而延误治疗则可能使病情发展,体质下降合并其它细菌感染为治疗带来较大的困难。

参考文献

- 1 朱广卿,纪树国. 结核性大叶性肺炎误诊分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1998, 2(2): 85.
- 2 肖蓉,刘荣波,等. 120 例老年结核 X 线分析[J]. 实用放射学杂志, 1997, 13(1): 43.
- 3 戴自英. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 223.
- 4 计威廉. 老年性肺结核与肺癌并存的 X 线诊断[J]. 中华放射学杂志, 1986, 20(3): 265.
- 5 何权赢,李跃华,母双,等. 综合医院确诊的 39 例肺结核患者转诊情况分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(12): 748.

(2002-10-23 收稿 2002-11-20 修回)

位于湖北省十堰市的郧阳医学院影像学系于 2002 年 9 月 2 日正式成立,并举行了开课典礼。医学院领导、附属太和医院领导、放射学老专家及学院部分系部负责人应邀出席了典型。医学影像学是现代临床医学的三大支柱学科之一,具有良好的发展前景,就业形势看好。该校医学影像学系师资力量较强,目前在校学生已近 120 人。

(张云枢)