

# 支气管结核 73 例临床分析

毛娟华 郑逸华 徐增凤

(浙江省江山市人民医院 江山 324100)

**摘要** 目的 探讨支气管结核的临床特点及误诊原因。方法 对 73 例支气管结核进行回顾性临床分析。结果 男女发病比例为 1:2.04, 其中中青年女性占较大比例, 临床表现为刺激性干咳、一过性咯血、单纯性胸闷。结论 为提高早期确诊率, 对可疑病人应行胸部 CT、纤支镜检查。

**关键词** 支气管内膜结核; 诊断; 纤支镜检查; CT

中图分类号 R 523

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06-0069-02

支气管内膜结核是气管、支气管粘膜及粘膜下层的结核病变, 因其临床表现及胸部 X 线表现不典型, 临床诊断困难, 极易误诊, 其发病率近年有逐渐增高趋势。提高支气管内膜结核的早期诊断, 对改善病人的预后具有重要意义。为此, 我们对 1991 年 1 月~2003 年 9 月间经纤支镜确诊的 73 例支气管内膜结核进行回顾性分析。现报道如下:

## 1 临床资料

73 例支气管内膜结核均经纤支镜检查确诊, 其中男性 24 例, 占 32.9%, 女性 49 例, 占 67.1%; 其中 <50 岁者, 男性 12 例, 占 16.4%, 女性 40 例, 占 54.8%; 中青年女性占较大比例; 咳嗽 69 例, 一过性咯血 52 例, 胸闷 37 例, 午后低热 28 例, 乏力 32 例, 盗汗 26 例, 局部湿罗音 12 例, 局部呼吸音低 13 例, 胸片有局部肺纹理增粗且尖端指向肺门 27 例, 纵隔向患侧移位 7 例, 胸片正常 46 例。胸部 CT 示: 支气管开口凹凸不平, 不规则狭窄 28 例, 阻塞性肺炎 16 例, 肺段肺不张 19 例, 肺内空洞 6 例, 胸部 CT 正常者 39 例。痰涂片阳性率 (21 例) 31.5%, 痰培养阳性率 (17 例) 23.3%, PPD 试验阳性率 (29 例) 39.7%。

## 2 结果

本组 73 例中只有 3 例在 30d 内经纤支镜检查确诊, 其余 70 例均被长期误诊。其中最长期确诊时间 15 个月, 平均 6.7 个月; 其中 3 个月内确诊者为 12 例, 4~6 个月确诊为 26 例, 7~12 个月 29 例, 12 个月以上 3 例。误诊为慢性支气管炎者 32 例, 咳嗽变异型哮喘 19 例, 肺部感染 16 例, 肺结核 6 例。所有病例均经纤支镜检查 (活检、病理确诊), 其中表现为管

壁粘膜局部充血水肿, 管腔有不同程度狭窄或闭塞 16 例, 表现为管壁肿块突出管腔, 肿块表现粘膜光滑或糜烂; 表现为覆盖灰白色坏死物, 较大肿块可造成管腔狭窄或闭塞者 23 例, 表现为粘膜溃疡, 表面凹凸不平, 覆盖有灰白色坏死物; 其基底及边缘有肉芽组织者 19 例, 表现为管壁疤痕纤维收缩, 管壁不同程度狭窄或变形甚至闭塞者 15 例。

## 3 讨论

近年来, 支气管内膜结核发病率有逐渐增高趋势<sup>[1,2]</sup>, 因其临床表现及胸部 X 线表现不典型, 临床诊断困难, 误诊率高。本组患者在 1991 年 1 月~1999 年 12 月为 28 例, 2000 年 1 月~2003 年 9 月为 45 例, 表明其发病率近年明显上升, 这可能与近年肺结核发病率的升高有关, 支气管内膜结核的常见症状多为刺激性干咳、一过性痰中带血、单纯性胸闷, 只有少数病人有午后低热、盗汗、乏力等表现, 与其他呼吸道疾病有相似之处, 其临床特征性不强, 故极易误诊为支气管炎等疾病。支气管内膜结核的胸片和胸部 CT 表现不典型, 胸片大部分病人正常, 只有少数病人表现为肺纹理增粗, 纵隔向患侧移位, 且这部分病人既往有肺结核史, 故极易漏诊。胸部 CT 检查在早期也一般表现为正常, 只有少数病人有支气管开口狭窄, 阻塞性肺炎或肺段肺不张的表现, 一般在 3~6 个月以后, 胸部 CT 才能有一定的表现, 且其胸部 CT 无特异, 故极易误诊漏诊。另有一部分肺结核病人因行常规纤支镜检查而发现其合并有支气管内膜结核。

支气管内膜结核是气管、支气管粘膜及粘膜下层的结核病变, 早期诊断和治疗能明显改善患者预后, 防止支气管狭

窄和空泡征。表现为碎片状阴影的早期肺癌要注意和肺部的炎性病变相鉴别, 根据我们的经验, 肺部的炎性病变很少表现为非常局限的碎片影, 当胸片发现局限的小碎片影, 特别是其中有高密度的线状影时, 或者抗炎后反复发作就必须提高警惕。动态的观察对早期肺癌的发现有很重要的意义。

早期肺癌的鉴别诊断: 早期结节状的病灶应和结核、肿瘤样病变、良性肿瘤鉴别, 一般说来, 结核有卫星灶, 但是, 在陈旧结核突然出现小结节灶时候就必须密切随访或进一步检查。从我们这组病例来看, 倍增时间对早期肺癌与良性病变鉴别无意义; 而分叶征和空泡征在早期肺癌的鉴别时具有重要意义; 肺部良性肿瘤和肿瘤样病变密度较均匀, 少有分

叶和空泡征。表现为碎片状阴影的早期肺癌要注意和肺部的炎性病变相鉴别, 根据我们的经验, 肺部的炎性病变很少表现为非常局限的碎片影, 当胸片发现局限的小碎片影, 特别是其中有高密度的线状影时, 或者抗炎后反复发作就必须提高警惕。动态的观察对早期肺癌的发现有很重要的意义。

## 参考文献

- [1] 胡小新. 周围型肺癌的早期 X 线征象分析[J]. 江西医学院学报, 1994, 34(2): 83~84
- [2] 赖吉盛. 原发周围型肺癌的早期诊断[J]. 肿瘤防治研究, 1994, 21(5): 326~327

(收稿日期: 2004-04-14)

# 46 例铅中毒腹绞痛临床分析

段志 肖方威 周锦英 黄奇松

(福建省三明市职业病防治中心 三明 365000)

关键词 :铅中毒 ;腹绞痛 ;依地酸二钠钙 ;黄连上清丸 ;中西医结合疗法 ;临床分析

中图分类号 :R 595.2

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)06- 0070-01

铅中毒致腹绞痛见于中等及较重的中毒病例,近年来我院收治 46 例,应用络合剂依地酸二钠钙 (CaNa<sub>2</sub>EDTA) 驱铅并予对症支持治疗。现报告如下。

## 1 对象和方法

1.1 对象 46 例均为铁矿烧结工和炼铁高炉炉前工,因矿石中含铅,在冶炼过程中接触铅烟尘。根据临床表现和血铅 (PbB)、红细胞锌原卟啉 (ZPP) 及驱铅试验,依照 GBZ37-2002 “职业性慢性铅中毒诊断标准”,均诊为慢性中度铅中毒。其中男性 43 例,女性 3 例;年龄 19~53 岁。

## 1.2 方法

1.2.1 临床观察 主要对症状、治疗效果及 EKG、BP、WBC 数进行观察。

1.2.2 治疗方法 用 CaNa<sub>2</sub>EDTA 1g 加入 5%GS 或 0.9%NS 500mL 静滴,一般 1 日 1 次;病情严重者治疗首日用量 2g。分 2 次静滴。用药 3d 停药 4d 为 1 个疗程,视病情一般用药 3~5 个疗程。在驱铅治疗的同时予能量合剂、18 氨基酸支持治疗。有水电平衡紊乱时及时纠正,腹绞痛发作难忍时予阿托品肌注,或予 10%葡萄糖酸钙 10~20mL 静推以暂缓疼痛,合并感染时予抗生素,另予西沙必利片、黄连上清丸、开塞露通便。

1.2.3 尿铅、血铅及 ZPP 测定 在每疗程用药第 1 天收集患者 24h 尿测定尿铅,判断驱铅效果,在治疗前及治疗结束后 10d 检测患者 PbB 及 ZPP。

## 2 结果

2.1 46 例铅中毒主要临床表现 见表 1。

表 1 46 例铅中毒临床表现

临床表现	例数	百分比(%)
腹绞痛	46	100
腹胀和 / 或便秘	38	82.61
恶心和 / 或呕吐	32	69.56
暂时血压升高	20	43.48
四肢酸痛乏力	16	34.78
贫血 (Hb 低值)	9	19.57
窦性心动过缓	9	19.57
白细胞数增高	7	15.22

2.2 驱铅效果观察 随着驱铅疗程的继续,患者体内铅大量排出,各疗程用药第 1 天尿排铅量均值分别为 25.24 μmol/24h, 19.17 μmol/24h, 12.03 μmol/24h, 4.32 μmol/24h。

腹绞痛在开始驱铅治疗的 1~2d 内得到控制,恶心呕吐、腹胀便秘、暂时性血压升高均在 3~5d 内缓解。

2.3 在治疗结束后 10d 复查血铅及锌原卟啉,血铅降至正常值,治疗前后有明显差异 ( $P < 0.01$ ); 锌原卟啉值在治疗前后有不同程度下降,但与治疗前相比意义不大,  $P > 0.05$ 。详见表 2。

表 2 驱铅治疗前后 PbB 及 ZPP 变化比较

观察指标	治疗前	治疗后	治疗前后对比
PbB/μg·L <sup>-1</sup>	987.68	203.34	$P < 0.01$
ZPP/μg·g <sup>-1</sup> Hb	17.23	11.34	$P > 0.05$

## 3 讨论

铅中毒致腹绞痛常表现为脐周或上、下腹部突发绞痛,应与其他急腹症相鉴别,腹部症状与体征不相符是其特点之一,询问铅接触史及血铅、尿铅检测是诊断关键。一般认为<sup>[1]</sup>铅可抑制肠壁碱性磷酸酶和 ATP 酶的活性,使平滑肌痉挛。亦有人认为铅所致太阳神经丛病变而引起肠壁平滑肌痉挛,或使小动脉壁平滑肌收缩引起肠道缺血所致。因此,铅绞痛发作时的对症治疗是治“标”之法,驱铅才是治“本”之法。

依地酸二钠钙是氨羧络合剂,对铅中毒疗效好,一般每日剂量不宜超过 3g,且要在有尿量情况下使用,以免损伤肾脏<sup>[2]</sup>。我们最多每日用 2g,且分 2 次使用。在用药日的尿铅相当于正常值的 3~5 倍时停药,这时病情控制,剩余的铅可自动逐步排出;而不能以用药日的尿铅低于正常值为停药指标。

血铅是反映近期铅接触较为灵敏的指标,血铅浓度与中毒程度密切相关,治疗后血铅值明显下降。由于 ZPP 测定快速、稳定、简便,目前已成为筛检铅中毒的首选指标。但 ZPP 值在治疗后恢复较慢,常在驱铅结束时仍未恢复到正常,因此不能作为疗效判断指标。不过驱铅结束后 4 个月内应逐步转为正常,否则说明铅的毒性作用仍存在<sup>[1]</sup>。铅中毒多伴腹胀便秘,西沙必利加速胃肠蠕动,中药泻火解毒通便,再辅以开塞露迅速解决便秘症状,可减轻患者痛苦程度。

### 参考文献

[1]何凤生.中华职业医学[M].北京:人民卫生出版社,1999.219~226  
[2]王世俊.铅中毒的解毒疗法[J].中国医刊,2000,35(7): 18~20

(收稿日期: 2004-08-19)

窄和阻塞的发生。故对不明原因的咳嗽、咳痰、咯血、胸闷的患者,经积极治疗 1~2 周无效者,应考虑支气管结核的可能,及时行纤支镜检查。

### 参考文献

[1]郑纪阻,李志红.支气管内膜结核·抗结核治疗前后纤支镜检查 9

例分析[J].中国实用内科杂志,1998,18(5): 289

[2]靳二虎,李铁一,兰红林.气管支气管结核的 CT 诊断[J].中华放射学杂志,1997,31(2):101~105

(收稿日期: 2004-04-14)