

支气管内膜结核的临床影像学误诊原因分析

崔庆平¹ 王生换²

(甘肃省庆阳市人民医院 庆阳 745000)

摘要:目的:提高对支气管内膜结核影像学的认识,避免误诊。方法:分析 30 例确诊为支气管内膜结核患者的影像学表现及误诊情况。结果:30 例病例中确诊支气管内膜结核患者 12 例;18 例误诊为其他疾病:支气管扩张症 6 例,中央型肺癌并肺不张 5 例,慢性支气管炎、阻塞性肺气肿 3 例,支气管肺炎 2 例,胸膜增厚并少量积液 2 例。结论:支气管内膜结核常被漏诊、误诊,除了本病临床特征和影像学表现缺乏特异性外,对本病认识不足也是原因之一。

关键词:支气管内膜结核;影像学诊断;漏诊误诊

中图分类号:R 521.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.056

支气管内膜结核 (endobronchial tuberculosis, EBTB)是发生于气管、支气管黏膜或黏膜下层的结核病变,占肺结核病人的 10%~20%。由于本病起病隐匿,胸部 X 线平片、CT 缺乏特征性影像学改变,确诊需依靠支气管镜检查^[1]。本文对 30 例确诊为支气管内膜结核的患者,进行分析、总结,明确对其漏诊误诊的原因,以提高对支气管内膜结核的认识。现将我院 2010~2012 年收集的 30 例支气管内膜结核病例进行分析,以提高对本病的认识及诊断。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 30 例病例中确诊支气管内膜结核患者 12 例,18 例误诊为其他疾病。男性 21 例、女性 9 例,年龄 18~70 岁,病程 1~6 年。主要临床表现有:胸部不适 25 例,呼吸困难 18 例,哮鸣音 8 例,顽固性、刺激性咳嗽 12 例,反复咯血或痰中带血 10 例,午后盗汗、低热 8 例,颈部淋巴结肿大 2 例;肺部无阳性体征者 3 例。

1.2 方法 所有病例均行胸部 X 线片及纤维支气管镜检查并取病变组织行病理检查,20 例行胸部 CT 检查。

2 结果

2.1 影像学检查 胸部 X 线片示:双下肺纹理增多伴多个小点片状影 12 例,双下肺炎性渗出 7 例,肺不张 5 例,肺门影增浓 3 例,右下肺炎性病变伴部分不张 6 例,无异常 2 例。20 例行胸部 CT 检查:右肺中叶不张 8 例,主支气管管腔狭窄 5 例,纵隔淋巴结肿大 5 例,右肺尖后段钙化 2 例,胸膜增厚 2 例。

2.2 实验室检查 PPD 皮试呈阳性 7 例,血沉增快 12 例,痰检中仅 3 例痰涂片查抗酸杆菌。

2.3 纤支镜检查 本组 30 例病人均作了纤支镜检查,28 例病人经纤支镜检查后直接获得了阳性结果。其中支气管充血水肿 4 例,溃疡及干酪样坏死 7 例,黏膜肥厚肉芽组织增生 8 例,纤维组织增生瘢痕狭窄 11 例,30 例确诊为 EBTB,其活检标本阳性者 15 例,刷检阳性者 13 例,纤支镜检后再行痰检

并找到抗酸杆菌 1 例,1 例行右肺下叶切除后病检证实为结核。

2.4 误诊情况 18 例患者误诊为其他疾病:支气管扩张症 6 例,中央型肺癌并肺不张 5 例,慢性支气管炎、阻塞性肺气肿 3 例,支气管肺炎 2 例,胸膜增厚并少量积液 2 例。确诊支气管内膜结核患者 12 例。

3 讨论

气管、支气管内膜结核是发生于气管、支气管黏膜或黏膜下层的结核病变,其开始先侵犯黏膜层,为黏膜的单纯性炎症,之后相继形成结核结节、浅表性溃疡、肉芽肿,还可侵犯黏膜下层和软骨,进而造成气管堵塞或纤维化疤痕性狭窄,本病大都继发于再感染肺部结核,也可初感淋巴结结核或血源性传播。由于这种特殊的病理过程造成临床与影像学无固定的和特异的表现,因而易出现漏诊和误诊。本病的主要临床表现是哮鸣、呼吸困难、刺激性咳嗽以及咯血^[2]。其临床漏诊误诊原因分析如下:

3.1 临床医生对 EBTB 认识不足、警惕性不高 肺结核在我国是常见病、多发病,且 EBTB 中多数继发于肺结核,少数病例亦可单独发病,值得注意的是单纯的 EBTB 也不少见,临床医生对这类病的认识不足、警惕性不高,是造成误诊、漏诊的主要原因。

3.2 查体不详细 查体时只注重肺部罗音而忽略了局限性哮鸣音这一重要体征。当支气管内膜结核时间较长且未经治疗,可因支气管结构改变或干酪样坏死物质阻塞支气管腔,查体时可出现局限性哮鸣音。

3.3 痰检抗酸杆菌阳性率不高 其原因可能与留痰方法及痰检次数少有关;还有可能与其病灶多为支气管黏膜下浸润、增殖灶处于相对静止状态,肉芽组织阻塞近端支气管,使带有结核菌的坏死物及分泌物菌不易外排有关^[3]。总之,痰检抗酸菌是 EBTB 的重要确诊手段之一,决不能因为一次痰检阴性而终止。

3.4 影像学缺乏特异性表现, 临床过分注重胸部 X 线及 CT 检查 若不伴有肺结核, 而且 EBTB 尚未形成活瓣或管腔未完全阻塞时, 此时 X 线胸片常为阴性表现。胸部 CT 检查有时可发现支气管管壁凹凸不平、增厚, 管腔狭窄、闭塞, 气管、支气管旁及纵膈内淋巴结肿大、钙化^[4], 若同时伴有肺部感染、局限性肺气肿、肺不张及肺实变影, 容易误诊为中央型肺癌。支气管结核的影像征象需与慢性支气管炎、支气管扩张及中央型肺癌作鉴别。慢性支气管炎时支气管腔少有固定性狭窄改变; 支气管扩张则见支气管囊状或柱状扩张, 无管腔狭窄、闭塞; 中央型肺癌于受累支气管可多见软组织肿块。故 CT 检查也不具有特异性。临床医生只注意胸部 X 线及 CT 检查报告单, 不结合病人其它情况综合分析, 也是造成漏诊误诊的原因之一。

本组 30 例患者最后经纤维支气管镜检查确诊 12 例。误诊为其他疾病: 支气管扩张症 6 例, 中央型肺癌并肺不张 5 例, 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿 3 例, 支气管肺炎 2 例, 胸膜增厚并少量积液 2 例。纤支镜检查是 EBTB 诊断最重要的方法之一, 可行灌洗、刷检、活检以获取组织、细胞学诊断, 纤支镜检查不但能对 EBTB 进行诊断分型, 而且对指导治疗

判断愈后具有重要价值。EBTB 的影像学表现缺乏特征性, 诊断时必须结合病史、体征及痰查抗酸杆菌与胸部 X 线检查等资料, 综合分析, 做出诊断, 尤其对有干咳胸闷、咯血或痰血、喘息而结核中毒症状不明显者, 经抗炎、对症等治疗 2 周末见好转, 应尽早作纤支镜检查, 镜下刷检、涂片找抗酸杆菌及作活检送病理组织检查, 若送检标本无阳性发现者而高度怀疑本病的 2 周后可再次作纤支镜检查。当高度怀疑 EBTB 而一时找不到依据的, 必要时诊断治疗和追踪观察, 以防漏诊^[5]。所以, 纤支镜检查不但对 EBTB 早期的正确诊断有重要价值, 而且能为尽可能早的抗结核治疗提供依据, 对防止气道狭窄或完全阻塞, 维持肺功能的正常, 具有同样重要的意义。

参考文献

- [1]董琼雄, 郑滨滨, 李史来. 支气管内膜结核的临床影像学诊断[J]. 实用放射学杂志, 2007, 23(3): 326-327
- [2]谢惠安, 阳国太, 林善铎, 等. 现代结核病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 315-317
- [3]许建英, 李菊英, 裴彰, 等. 76 例气管与支气管结核临床 X 线及纤维支气管镜下特征分析[J]. 中国内镜杂志, 1998, 4(2): 10-11
- [4]潘纪戊, 张国楨, 蔡祖龙, 等. 胸部 CT 鉴别诊断学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003. 282-285
- [5]付向东, 邓永聪, 曾丽红. 胸片正常的支气管内膜结核 15 例临床分析[J]. 临床肺科杂志, 2004, 9(3): 226-227

(收稿日期: 2013-04-12)

(上接第 76 页) 具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较 例

组别	n	显效	有效	有效率(%)
对照组	38	21	13	89.5
治疗组	42	18	23	97.6

3 讨论

口腔畸形会使口腔功能受到影响, 且损害脸部美观。口腔正畸能够改善患者的口腔功能及患者面部的美观。在口腔正畸中, 成功治疗的一个重要因素即支抗的控制。口外弓加强支抗中, 由于支抗的技术不完善, 所以患者在治疗后应积极配合, 必须收回患者的前牙才能改善患者面型, 期间还需提供支抗牙齿和肌肉, 且支抗牙无法移动, 同时口外弓加强支抗治疗也无法治疗压低磨牙。而微螺钉种植体这种新型支抗可弥补传统支抗的不足。微螺钉种植体支抗的耐受力 and 耐压力均较传统支抗要好, 稳定性也较强, 对于面型的改善效果也较好。

微螺钉种植体具有螺纹状的骨内部分, 当其旋入骨组织后, 可依靠机械力量进行固位, 与周围骨组织之间不形成骨性结合^[2]。微螺钉种植体与传统的种植体不同, 不需要受到植入方向、施力方向等条件的限制^[3]。与口外弓加强支抗比较, 其稳定性更好, 植入部位较灵活, 手术方式简单, 且费用较低。由于微螺钉型种植体的本身性质, 其允许骨组织在

表面沉积形成骨结合, 可避免由于患者身体的排异反应而对治疗效果有所影响, 还可满足高固的要求。但是种植体周围的炎症易导致种植体的松动甚至脱落, 因此口腔卫生的保持非常重要。本研究中, 治疗组有 1 例患者在治疗后未遵循医嘱, 以致无效。无效的具体原因为患者未注意口腔卫生, 造成种植体支抗出现松动并且脱落, 而后患者对再次植入产生排斥, 最终导致无效。对照组有 4 例患者治疗后无效, 其原因主要为佩戴时间不充分, 期间医生反复强调和劝阻, 患者不愿配合, 导致无效。在现今的口腔正畸技术中, 微螺钉种植体支抗成为一种新型的矫正技术, 其对患者刻意的配合性要求不高, 矫正后的美观程度让患者较为满意。

通过本文研究发现, 微螺钉种植体支抗作为一种特殊的支抗, 扩展了种植体的用途, 为正畸学的发展提供了一种新思路和新工具, 尤其在成人正畸方面显示出其独特的优势。在口腔正畸中, 使用微螺钉种植体支抗, 效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1]袁玉霞. 青少年口腔正畸疗程与口腔卫生的相关分析[J]. 中国当代医药, 2011, 3(12): 186-187
- [2]张琼. 微螺钉种植体支抗在口腔正畸中的临床应用探讨[J]. 中国当代医药, 2011, 3(24): 36-38
- [3]李联钦. 微型种植体支抗在口腔正畸临床中的应用[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 26(30): 45

(收稿日期: 2013-05-23)