

编者按: 2015年12月26日, 重庆市医学会结核病专委会2015年学术年会暨特殊情况下结核病的诊治继续教育学习班在重庆召开, 本次会议以“结核病诊治难题”为主题, 对容易误诊误治为结核病的多种情况进行了系统介绍。本期特摘取部分精彩报告, 以飨读者。

形形色色易被误诊误治的结核病

综合医院诊治重症结核更具优势

▲ 重庆医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 陈虹



陈虹 教授

重症肺结核患者在生命垂危时, 特别在结核未明确诊断前, 往往首先选择大型综合性诊治中心为首诊医院, 以获得呼吸、循环等重要脏器支持; 综合医院设备相对齐全, CT数字气管/血管重建技术

等气道介入技术运用娴熟, 能为患者后续治疗争取更多时间; 在结核确诊方面, 综合医院也能提供符合结核菌型鉴定和药物敏感性实验严格质量要求的实验室设备和人员。

自身基础疾病加重或恶化是不少老年危重症肺结核患者的可能表现, 如慢阻肺急性加重等。此外, 合并淋巴结、骨与关节、泌尿生殖系统、肠道及腹膜、中枢神经系统等肺外结核患者也有相当比例。这部分人群在药物选择、化疗方案的制定及疗程上均需适当调整, 且治疗过程中药物不良反应多, 治疗失败率高。以器官或系统为中心, 协同多学科诊治的综合医院在这方面更有优势。

结核涉及多种药物的联合应用, 危重症患者机体多并发各器官系统功能不全, 药物不良反应发生率较高, 消化道毒性、肝毒性和关节痛更为常见。治疗中, 不良反应监测和及时处理是保证患者完成全程治疗的重要环节。综合医院, 尤其是大型教学医院在人力和物力方面更有优势。

尽管综合医院在危重症结核患者诊治方面拥有诸多优势, 但同时也面临着财力和物力方面的挑战。综合医院不是传染病专科医院, 不具有传染病医院相应的有效防控结核杆菌二次传播的制度机制和设备设施。

因此, 综合医院需建设独立的负压病房, 配备空气净化系统, 同时强化医护人员的空气传播性疾病的规范临床操作意识。此外, 综合医院需引进呼吸机环路净化技术, 防止结核杆菌污染已用过的呼吸机设备。

易误诊一

器官移植后结核 需综合考虑多因素

▲ 第三军医大学第二附属医院 王建春

随着现代医疗技术的进步, 器官移植病例逐年增多, 移植受体因免疫抑制剂的使用, 容易发生结核感染。

发病率 器官移植受体结核的发病率为0.35%~15%, 是普通人群的20~74倍。约2/3的结核发生在术后第1年, 中位时间9个月。51%为肺结核, 16%为肺外结核, 33%为播散型结核。其中, 肝移植、肾移植和造血干细胞术后结核的发病率分别为0.6%~2.2%、0.5%~14.7%、0.4%~1.6%。

发生因素 西班牙移植感染协作网在2009年分析4338例实体器官移植病例发现, 受体年龄和肺

移植为结核发生的危险因素。器官移植后的结核既可为新发感染, 也可以是冬眠结核菌重新繁殖, 导致结核复燃。

临床表现 由于基础疾病、激素使用或其他免疫抑制药物干扰, 其临床表现隐匿或不典型, 临床诊断困难。

临床症状以发热多见, 半数以上缺乏呼吸道症状, 可有干咳、乏力、胸闷、消瘦等症状; 结核极易播散, 肝、脾、骨髓受累占20%~40%, 骨关节和皮肤受累占5%~10%; 同时13.2%的患者尚合并其他感染。

此外, 还可表现为无反应性结核, 主要侵犯肝

脾、淋巴结等网状内皮系统, 没有或少有肺部病变, 并发脑膜结核者甚少。临床类型以继发型肺结核和血行播散型肺结核、淋巴结和肾结核多见, 52.7%的患者侵犯两个以上器官。

影像学表现 病灶分布范围广, 以非肺结核好发部位, 如上叶前段、双肺中下肺野多见; 病灶形态可表现为斑片状、粟粒状、结节状、间质改变、空洞以及胸腔积液。血行播散型肺结核超过半数, 支气管播散亦较常见。

临床诊断 由于器官移植患者基础疾病重而复杂, 而结核的临床表现不典型, 导致诊断困难, 误



王建春 教授

诊率高达60%, 诊断时间长。结核的诊断应根据器官移植病史、免疫抑制剂使用、临床表现、影像学资料、痰检、组织病理、移植前和移植后的结核菌素试验以及 γ 干扰素释放试验等资料综合分析, 做出诊断。

易误诊二

妊娠合并结核 需全面评估权衡利弊

▲ 重庆医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 彭丽

结核病是导致女性死亡的首要感染性疾病, 也是造成妊娠女性死亡的主要非产科病因之一。每年约70万女性死于结核病, 其中1/3为25~44岁育龄女性。妊娠合并结核是严重危害母婴健康的妊娠并发症之一, 如果处理不当, 可能对母婴引起严重损害。

结核菌素皮肤试验和 γ -干扰素释放试验是妊娠期用于辅助诊断结核的安全的免疫技术。

结核菌素试验阳性和有结核病临床症状的妊娠女性, 需行常规胸部X线检查, 以确定有无活动性肺结核, CT检查原则上应在妊娠12周后, 并在腹部放置遮护物以避免放射线对胎儿的损害。

当疑为粟粒型肺结核或纵隔淋巴结结核时应行胸部CT检查, 原则上应在妊娠28周后, 且应在腹

部放置遮护物后进行。

对于肺外结核, 尤其是脊柱结核、颅内结核, 磁共振成像比胸部X线、CT更具优势。目前建议妊娠3个月内的女性不宜行磁共振成像检查, 妊娠期最好不使用造影剂。

在细菌学方面, 涂片染色镜检和分枝杆菌分离培养是确诊妊娠合并结核的依据。

美国胸科学会建议对于妊娠合并结核患者, 异烟肼和乙胺丁醇是治疗的首选药物。妊娠女性使用异烟肼后暴发型肝炎的发生率增加2.5倍, 死亡率增加4倍。因此, 在用药前和用药时, 至少每月常规检查肝功能1次。

国际防痨联盟将吡嗪酰胺作为妊娠合并结核治疗的常规用药, 但目前缺少吡嗪酰胺治疗妊娠合并结核安全性的报道。鉴于

吡嗪酰胺对妊娠尤其胎儿的不良反尚不清楚, 应谨慎使用。

链霉素对胎儿无致畸作用, 但对于妊娠期的胎儿有很大影响, 高达17%的婴儿有第八对颅神经损害, 包括从轻度的听力障碍到双耳听力丧失。因此, 妊娠全程应禁用链霉素。

在妊娠前3个月发现结核, 要对患者病情进行全面评估, 权衡利弊。若病情轻, 不排菌, 建议妊娠3个月后开始抗结核治疗。若病情较重, 如血行播散性肺结核、结核性脑膜炎伴胸腔积液或肺内病变严重等, 必须在妊娠3个月内立即化疗者, 此期用药必须建立在患者知情同意化疗的基础之上。

妊娠3个月后发现结核病, 应立即行抗结核药物为主的治疗。美国疾病预防控制中心建议常规使



彭丽 副教授

用HRE方案。如果证实为耐药时, 可选择含有吡嗪酰胺和二线抗结核药物组成的方案。

病情较轻的妊娠女性应提倡尽可能给予保留妊娠, 重症结核患者在充分知情的基础上决定终止妊娠。理想终止妊娠时间应为妊娠前3个月, 中后期终止妊娠须行剖宫手术或引产, 会增加出血和感染的机会, 病死率明显增高。

(下转第24页)

呼吸专栏编委会

名誉主编: 钟南山 王辰

指导专家:

林江涛 康健 白春学
沈华浩 陈荣昌 孙铁英
陈良安 王娟 代华平

主编: 曹彬

执行主编:

白冲 黄克武 李海潮
王玮 朱元林 应颂敏
张艰 冯靖 陈亚红

本期轮值主编: 陈虹

编委(按姓氏拼音排序):

边玛措 蔡志刚 曹孟淑
陈成 陈虹 陈娟
陈磊 陈燕 陈湘琦
范晔 郭强 郭岩斐
何晓琳 何志义 何志明
胡毅 李颖群 解立新
李和权 李敏超 李燕明
刘晶 刘国梁 刘维佳
刘先胜 卢文菊 卢献灵
马德东 孟莹 苗丽君
庞敏 苏楠 苏欣
孙加源 唐昊 田庆
王琪 王凯 王佳烈
王晓平 王静 吴司南
肖丹 邢西迁 徐金富
许小毛 叶小群 翟振国
詹庆元 张静 张晓菊
赵俊 赵丽敏 周为
周林福 朱玲