

(上接第23页)

易误诊三

肺曲霉菌病与“大模仿师”难鉴别

▲ 第三军医大学大坪医院呼吸内科 曹国强



曹国强 教授

有人称,结核病为“大模仿师”,其实曲霉菌复杂性和多样性也常令医生陷入困境,两者鉴别困难。

相似的发病机制,非特异的临床表现 老年人、HIV感染者、免疫抑制剂使用者、慢性疾病患者等免疫力低下,

都是结核病易感人群。免疫功能受损者也是曲霉菌的好发人群,曲霉菌还可发生于肺结构受损(如肺结核病空洞、支扩及慢阻肺等)。两病均可表现为发热、咳嗽、咯痰、呼吸困难以及咯血等非特异性表现。

临床表型均复杂 肺结核病分为五个临床类型,同样曲霉菌病也有五个类型:(1)侵袭性肺曲霉菌病;(2)气管支气管曲霉菌病;(3)慢性坏死性肺曲霉菌病;(4)曲霉球又称曲菌球;(5)变应性支气管肺曲霉菌病。

影像学的相似性 肺结核病的基本病理变化是炎性渗出、增生和干酪样坏死,其病理过程特点是破坏与修复常同时进行,故上述三种病理变化多同时存在,也可以某一种变化为主,可相互转化,故有作者将肺结核病的特点概括为“三多和三少”。

肺曲霉菌引起的肺炎炎症、凝固坏死、脓肿和空洞形成及真菌球等病理改变,在不同时期形成不同的CT表现。

因此影像学对判断是否为真菌感染,是否为曲霉菌感染无显著价值。如能根据多形性、多灶性、多变性以及晕征、新月征、空洞征、楔形实变征等征象综合分析可能为该病的诊断提供重要线索。

临床诊断要求高 临床中,多数肺结核病为痰菌阴性,菌阴肺结核病的诊断标准有8条之多。肺曲霉菌感染临床诊断的程序应依据高危因素、临床表现(症状+影像学表现)、微生物学证据(培养方法+非培养方法)等综合判断诊断的等级。

因此,面对结核病和曲霉菌难以鉴别时,要结合免疫功能受损的病史、临床表现、实验室检查和影像学资料等综合分析,其中影像学资料是医生最重要的辅助检查资料,抓住蛛丝马迹就可抓住重要的诊断线索,结合病史和其他客观检查形成正确的诊断路线。

易误诊四

七种被误诊的“结核”

▲ 重庆医科大学附属第一医院放射科 李琦



李琦 主治医师

肺结核的影像学表现多样,同时受抗生素不规范使用的影响及免疫损害宿主的增加,不典型肺结核亦愈来愈多,其误诊率逐年增高。笔者根据易被误诊为肺结核病例的CT表现,主要分为7种情况。

淋巴结肿大 以纵隔和(或)肺门淋巴结肿大为主要CT表现,易把具有相似表现的疾病,如淋巴瘤、结节病、转移性淋巴结肿大等误诊为胸内淋巴结结核。受累淋巴结的部位、融合情况、有无坏死、强化特点及肺内病变情况可资鉴别。其中原发恶性肿瘤对转移性淋巴结肿大的诊断至关重要,当肺内尚未发现可疑结节或肿块时,一定要注重对气管、支气管的观察,以警惕中央型肺癌的可能。

多发小结节 主要CT表现为双肺多发小结节,易将血行性肺转移、结节病、尘肺及外源性过敏性肺炎等疾病误诊为粟粒性肺结核。结合肺内小结节的分布特点、大小、密度、边缘及职业史等可资鉴别。

多发多态型 病变表现为数目多发、形态多样,易把具有这一特点的疾病,如炎症性肺癌、淋巴瘤肺浸润、血管侵袭性肺曲霉菌病等误诊为继发性肺结核。正确把握上述疾病的影像学特点,结合临床病史及患者免疫功能状态,可降低误诊率。

多发空洞型 以大片状密度增高影伴多发空洞形成为主要CT表现。最常见的误诊情况是将中央型肺癌伴阻塞性炎症及多发脓肿形成误诊为干酪性肺炎。气管支气管有无阻塞、腔内有无增多软组织影、同侧或对侧肺内有无播散灶对两者的鉴别至关重要。

孤立结节或肿块型 该型误诊率是7种情况中最高的,

主要CT表现为肺内孤立结节或肿块影,多位于上叶,常见的2种误诊情况是:(1)将伴有钙化或空洞的周围型肺癌误诊为结核球。结核和周围型肺癌都可以发生钙化和空洞,均可呈现出外观,诊断时不能片面强调病灶形态及部位,鉴别的关键点在于病灶的强化方式。

(2)将以含有充气支气管征、假空洞、空泡或磨玻璃密度的团片状影为主要表现的肺癌误诊为结核。当病变表现为团片状实变及磨玻璃密度影,内见不规则充气支气管征、假空洞或空泡征且邻近胸膜凹陷时,要首先考虑到肺癌的可能。

伴树芽征 CT上病灶周围有树芽征的出现。易把伴有树芽征的其他病变,如中央型肺癌、支气管扩张等误诊为肺结核。因此需结合树芽征的分布范围、伴随征象、段及段以上支气管改变等综合分析。

肺癌合并肺结核 在诊断中仅提及肺结核而忽略肺癌的存在。注重气管支气管的观察对全面诊断非常重要。

总之,在影像诊断过程中,一定要注重病变细节、强化方式及对气管支气管的观察,需正确识别肺结核及与之具有相似影像学表现的其他疾病的CT征象,牢牢抓住这些疾病的细微差别,并结合临床作综合分析,才能降低肺结核的误诊率。

病例讨论

骨髓移植后爆发多系统结核1例

▲ 重庆医科大学附属第二医院呼吸与危重症医学科 杜先智



杜先智 教授

主诉 女,38岁,因“反复胸痛、发热7月”于2015年9月2日入院。7个月前患者出现发热、胸痛,伴潮热盗汗、乏力,胸部CT示:左肺尖见团片状高密度影,外院诊断为“肺部感染”,予以抗炎及抗真菌治疗

症状无缓解。3个月前在某三甲医院行肺穿,找到抗酸杆菌(+++),予HRZE抗痨治疗,但患者仍有发热、胸痛、恶心表现,为进一步诊治入我院。入院时肺部无阳性体征。

既往史 9月前因“重度再生障碍性贫血”于重庆市某三甲医院行弟供姐HLA4/6相合造血干细胞移植术,术后规律服用免疫抑制剂(先为克莫司,后为环孢素)。

入院诊断 (1)重度再生障碍性贫血;(2)骨髓移植术后;(3)继发性肺结核。入院后给予HRZE+左氧抗结核治疗,并继续环孢素早

50 μg,晚25 μg。

治疗经过 入院后1周患者仍夜间发热,伴头痛、恶心,但无神经系统体征。考虑:抗结核药胃肠道反应?结核性脑膜炎?

调整抗结核方案:口服利福喷丁、乙胺丁醇、吡嗪酰胺,静滴异烟肼及对氨基水杨酸,加用甲泼尼龙40 mg、qd后,体温较前降低,而头痛无缓解。遂于9月20日行腰穿,脑脊液中蛋白明显升高,氯离子下降,考虑结核性脑膜炎,抗痨方案再次调整为静滴异烟肼0.9 g及对氨基水杨酸,口服利福喷丁、乙胺丁醇及吡嗪

酰胺,泼尼松60 mg、qd。患者头痛明显缓解,再于10月20日行腰穿脑脊液中蛋白明显下降,氯离子正常。患者住院50 d后肺部阴影变化不明显,但症状明显好转于10月21日出院。

出院诊断 (1)继发性肺结核涂阳;(2)结核性脑膜炎;(3)重度再生障碍性贫血造血干细胞移植术后。出院后继续抗结核治疗,1月后复查胸部CT示肺部阴影吸收明显。

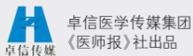
笔者体会 骨髓移植后肺部可出现不同病原菌感染,包括结核分枝杆菌感染;骨髓移植后易爆发多系统结核。



医师报

社址:北京市西城区西直门外大街1号西环广场A座17~18层 邮编:100044 广告经营许可证号:2200004000115

编委会主任委员:张雁灵
 编委会名誉主任委员:殷大奎
 编委会副主任委员:
 杨民 庄辉 蔡忠军
 梁万年 胡大一 郎景和
 王辰 马军 赵玉沛
 张澍田 齐学进
 总编辑:张雁灵



卓信医学传媒集团
 《医师报》社出品
 社长 王雁鹏
 常务副社长兼执行总编辑 张艳萍
 副社长 黄向东
 副 总 编 杨进刚

新闻人文中心主编 陈惠 转6844
 新闻人文中心助理 张雨 转6869
 新闻人文中心助理 杨萍 转6847
 学术中心主编 许奉彦 转6866
 学术中心助理 裘佳 转6858
 市场部总监 张新福 转6692
 市场部常务副总监 李顺华 转6614

市场部副总监 陈亚峰 转6685
 公共关系部部长 于永 转6674
 公共关系部副部长 王蕾 转6831
 公共关系部副部长 林丽芬 转6889
 新媒体副主管 宋攀 转6884
 法律顾问 邓利强
 首席医学顾问 张力建

东北亚出版传媒主管、主办 网址:www.mdweekly.com.cn 邮箱:ysb@mdweekly.com 微信号:DAYI2006

每周四出版 每期24版 每份4元 各地邮局均可订阅 北京国彩印刷有限公司 发行部电话:(010)58302970 总机:010-58302828