文章编号:1000-5404(2010)12-1373-01

个案与短篇

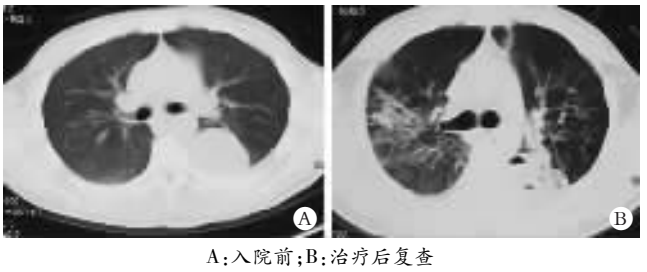
结核瘤 1 例诊治分析

何　建,朱钦剑,龚仕涛,唐春兰　　(400038 重庆,第三军医大学西南医院呼吸科)

[关键词]　结核瘤;CT;诊断;治疗
[中图法分类号]　R521　　[文献标志码]　B

1　临床资料

患者,男性,20 岁,因"干咳、左胸背痛 1 月余,发热半月余,活动后气促 1 周"于 2009 年 10 月 13 日入院。患者 2009 年 9 月初无明显诱因出现干咳,左侧胸背部疼痛,无咯血、盗汗等不适;9 月 29 日出现发热,以午后夜间为主,最高体温 40℃,在当地诊所治疗 1 周,症状无好转。10 月 7 日出现活动后气促。就诊于我院。查血常规:白细胞 9.84×10^9/L,中性粒细胞比例 89.3%,血红蛋白 95 g/L,血小板 464×10^9/L。胸部 CT 示左后纵隔旁球形肿块影,约 5.7 cm×4.2 cm 大小(图 1A)。入院查体:双下肺闻及中等量细湿罗音。血气分析(未吸氧):氧分压 81 mmHg。肝功:白蛋白 26 g/L。血沉:第 1 小时末 53 mm。结核抗体阳性。PPD(++)。初步诊断:左后纵隔神经源性肿瘤、肺部感染。予以"克林霉素+头孢米诺"抗感染治疗,患者发热无好转,干咳、气促症状逐渐加重。10 月 18 日血气分析(吸氧 2 L/min):氧分压 52 mmHg。10 月 19 日胸部 X 线示双肺广泛分布斑片状渗出影。调整抗感染治疗方案为"去甲万古霉素+泰能+氟康唑",同时静脉予甲基泼尼松龙(40 mg,1~2 次/d)。患者症状逐渐减轻。10 月 25 日复查胸部 CT 示左后纵隔旁肿块出现空洞、扩散,双肺散在索条及絮状高密度影(图 1B)。11 月 4 日再次出现发热,复查胸部 CT 见左侧后纵隔旁肿块减小,双肺索条及絮状高密度影较前吸收,但双上肺仍可见较多渗出病灶,考虑"肺结核"、"肺曲霉菌病"不能排除,调整抗感染治疗方案为"去甲万古霉素+盐酸莫西沙星+伏立康唑",患者发热消失,仍有咳嗽、轻微气促。11 月 7 日行纤维支气管镜,灌洗液结核分枝杆菌 PCR 荧光检测阳性。11 月 10 日行 CT 引导下经皮肺穿刺术,穿刺物涂片抗酸染色阳性,病理为慢性肉芽肿性炎症伴坏死。明确诊断:结核瘤,予以四联(HRZE)抗痨治疗。随访 1 个月,病情稳定。



A:入院前;B:治疗后复查

图 1　患者治疗前后胸部 CT 示左后纵隔旁肿块

2　讨论

结核瘤是以肿块为表现的肺结核。以中老年多见,好发于上叶尖后段和下叶背段,多<3 cm,典型特点是结节内有钙化、周围有卫星灶、邻近胸膜有牵拉、皱缩和(或)增厚等。本例为青年男性,入院时胸部 CT 见左后纵隔旁球形肿块影,病灶直径>3 cm,边界光滑,密度均匀,无毛刺、钙化、卫星病灶等特征,发热可用合并肺部感染来解释,故误诊为神经源性肿瘤。

该患者入院后病情继续进展,出现明显的呼吸衰竭,原因考虑:①结核诱发的急性呼吸窘迫综合征(ARDS);②合并严重感染;③结核播散。结核分枝杆菌细胞壁含有脂阿拉伯甘露糖,它属特异性抗原,具有较强的免疫原性,可能激发严重的炎症反应,导致 ARDS[1]。对于结核诱发的 ARDS,除了积极的抗结核治疗外,常需要呼吸机辅助呼吸,但是否使用糖皮质激素尚无统一意见[2,3]。结核诱发的 ARDS 死亡率高,特别是粟粒性肺结核。本患者在没有正规抗结核治疗和使用呼吸机辅助呼吸治疗的情况下,使用糖皮质激素和强力抗感染治疗后,病情好转,这提示糖皮质激素在某些肺结核诱发的 ARDS 的治疗中具有重要作用。

近年来,莫西沙星在抗结核治疗中的作用越来越受到重视。有多项临床试验[4,5]表明在肺结核的治疗初期,在一线抗结核方案的基础上,联合莫西沙星可以缩短痰菌转阴的时间,提高转阴率,并且其治疗效果不逊于乙胺丁醇[4]、异烟肼[5]。本患者在使用莫西沙星后,发热消失,也提示莫西沙星具有较强的抗结核作用。

结核瘤易被误诊为周围型肺癌。本例提示我们:后纵隔肿块除了考虑神经源性肿瘤外,不能忽视结核瘤的可能性,特别是伴有发热、盗汗等症状者。

参考文献:

[1] Shinnick T M, King H C, Quinn F D. Molecular biology, virulence, and pathogenicity of mycobacteria[J]. Am J Med Sci, 1995, 309(2): 92-98.
[2] Agarwal R, Gupta D, Aggarwal A N, *et al*. Experience with ARDS caused by tuberculosis in a respiratory intensive care unit[J]. Intensive Care Med, 2005, 31(9): 1284-1287.
[3] Sharma S K, Mohan A, Banga A, *et al*. Predictors of development and outcome in patients with acute respiratory distress syndrome due to tuberculosis[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2006, 10(4): 429-435.
[4] Conde M B, Efron A, Loredo C, *et al*. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial[J]. Lancet, 2009, 373(9670): 1183-1189.
[5] Burman W J, Goldberg S, Johnson J L, *et al*. Moxifloxacin versus ethambutol in the first 2 months of treatment for pulmonary tuberculosis[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2006, 174(3): 331-338.

(收稿:2010-05-13;修回:2010-05-30)
(编辑　汪勤俭)

[通信作者]　唐春兰,E-mail:chunlantangok@yahoo.com.cn