个案与短篇

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.10.036

变应性支气管肺曲霉病伴中心型支气管扩张 1 例

余纪会，郭述良，王　璞
（重庆医科大学附属第一医院呼吸科，重庆　400016）

【中国图书分类法分类号】R651.2　　【文献标志码】B　　【收稿日期】2011-09-08

1　临床资料

患者男性，37 岁，因“发热 17 d，咳嗽、咯痰伴呼吸困难 9 d”入院。入院前 17 d 患者因受凉后出现畏寒、发热，测体温 37.8℃~38.8℃，无咳嗽、气促、咯血，院外予头孢曲松钠抗炎治疗无效。入院前 9 d 开始出现咳嗽，咳大量黄绿色脓痰，伴呼吸困难，作胸片示“肺炎”，予氨苄西林钠、左氧氟沙星抗感染 5 d 无效，换为头孢哌酮/舒巴坦及甲基强的松龙等治疗 3 天，症状仍无好转，呼吸困难逐渐加重，作胸部 CT 提示双侧肺内病灶明显增多，呈蜂窝样改变，故来我院。患病以来，精神、食欲明显下降，体重下降约 10 kg。入院查体：T 37.6℃，P 133 次/min，R 32 次/min，BP 100/70 mmHg，神清神萎，半卧位，可见吸气性三凹征，口唇紫绀；双肺闻及大量湿罗音和散在哮鸣音；心界不大，心率 133 次/min，律齐，无杂音；腹部无阳性体征；双下肢不肿。入院诊断：1.肺炎？2.肺结核？3.间质性肺病？入院后查血常规示 WBC 28.66×10^9 个/L，N 96.1%，L 2.3%，E 0%；吸氧 3 L/min 下血气分析示 pH 7.455，PO_2 92 mmHg，PCO_2 40.7 mmHg，SO_2 98%；肝功示白蛋白 27 g/L；肾功示尿素 13.8 mmol/L，肌酐 240 μmol/L；降钙素原 0.52 ng/ml；血沉 83 mm/h；结核抗体及 HIV-Ab 阴性；痰找抗酸杆菌、痰培养、血培养均阴性；痰涂片找到革兰氏阳性菌；胸部 CT 示双肺支气管扩张并感染（图 1）。入院后予吸氧，哌拉西林/他唑巴坦、环丙沙星抗感染，甲基强的松龙等治疗 5 d，患者仍发热，体温波动在 37.4℃~38℃，仍咳嗽，咳大量黄绿色脓痰，并咯鲜红色血液 1 次，量约 20 ml，呼吸困难明显加重。吸氧 5 L/min 下血气分析示 pH 7.276，PO_2 70 mmHg，PCO_2 62.3 mmHg，SO_2 95%；痰涂片找到少量真菌菌丝；复查降钙素原 20.12 ng/ml。给予无创通气，并将抗生素换为亚胺培南、替考拉宁抗感染治疗。入院第 7 天痰培养回示革兰氏阴性菌，曲霉菌 3+，拟予伊曲康唑或卡泊芬净抗真菌治疗，但患者家属因经济困难强烈拒绝。患者仍发热，咳嗽、咳痰、呼吸困难进一步加重。入院第 8 天体温骤升至 40.6℃，并出现上消化道出血，血压下降，神志恍惚，血气分析示 pH 7.265，PO_2 78 mmHg，PCO_2 73.5 mmHg，SO_2 95%，予支气管镜引导下经鼻气管插管

作者介绍：余纪会（1977-），女，主治医师，硕士，研究方向：弥漫性肺浸润。
通信作者：郭述良，男，教授，Email：guosl999@sina.com。

脉供应还是经肠供应的产能营养物质。所有静脉和肠内营养提供的产能营养物质都为机体提供能量和营养需要。而在此当中，我们不应忽略静脉营养所提供的三大产能物质的供应量。这提醒我们，对于呼吸重症患者早期，静脉营养往往也会占据非常重要的位置，是否需要考虑静脉营养中三大产能物质对于呼吸商的影响。可这样的考虑往往为临床医师所忽视。本研究中 2 组患者均存在呼吸功能严重损害，我们对研究组患者给予适当的低糖高脂肪肠外与肠内营养支持，适量补充蛋白质以减少呼吸负荷。通过对研究前后的血气分析指标、呼吸功能状况测定，发现研究组较对照组有明显改善（$P<0.05$）。本研究较以往的研究更全面地说明了适当的低糖高脂肪营养支持不仅改善 COPD 患者营养状态，而且有利于改善血气分析状况，有利于 COPD 患者肺功能的恢复，值得引起临床实践人员的注意。

参　考　文　献

[1]　张懿韵，秦德英，倪小毅.高能低糖肠内营养液改善机械通气 COPD 患者的临床疗效[J].中国临床营养杂志，2005，14（1）：33-36.
[2]　徐甲芬，施万英，蒋文国，等.肺病专用低糖类营养配方对呼吸衰竭病人的影响[J].肠外与肠内营养，2004，11（4）：202-204.
[3]　陆再英，钟南山.内科学[M].第 7 版.北京.人民卫生出版社，2008.62-68.
[4]　杨勤兵，林江涛.稳定或慢性阻塞性肺疾病和肺心病患者营养状况分析[J].中国临床营养杂志，2003，11（2）：85-87.
[5]　王晓如，李　群，陈宇清，等.COPD 急性呼衰期肠内外营养支持的研究[J].临床肺科杂志，2004，9（6）：634-637.
[6]　吴淑华，卜小铁.高脂及低脂营养对重症慢性阻塞性肺病患者的影响[J].大连医科大学学报，2006，28（3）：252，262.

（责任编辑：冉明会）

有创通气（见气道内较多粘稠脓血性分泌物），并予升压、抑制胃酸等治疗，病情进一步加重，出现昏迷，肾功能进一步恶化（尿素 22.4 mmol/L，肌酐 389 μmol/L），家属放弃进一步救治，患者很快死亡。死后肺穿病检结果 HE 染色见大量曲霉菌丝（图 2），至此明确诊断为变应性支气管肺曲霉病伴中心型支气管扩张。



图 1　胸部 CT 示双肺支气管扩张并感染

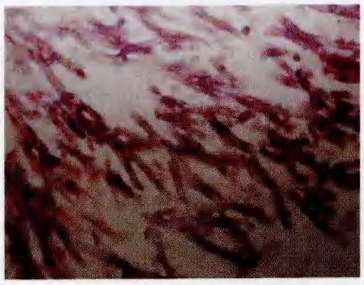


图 2　患者死后肺穿病检 HE 染色见大量曲霉菌丝

2　讨　论

变态反应性支气管肺曲霉病（Allergic bronchopulmonary aspergilosis，ABPA）是机体对曲霉菌的过敏反应，曲霉菌抗原刺激机体产生 IgE 和 IgG 抗体，引起Ⅰ型、Ⅲ型变态反应和细菌介导的Ⅳ型变态反应，其抗原与 IgE 致敏的肥大细胞发生特异性结合，释放炎性介质，导致支气管痉挛，支气管黏膜通透性增加，抗原进入组织，引起肺和血内嗜酸性粒细胞增多。此外，曲霉菌抗原与 IgG 抗体结合形成免疫复合物，免疫复合物形成后与补体结合，进一步导致炎性介质释放，强烈的炎症反应可以使支气管破坏、支气管扩张，产生肺间质炎症以及肺纤维化[1]。目前推荐将 ABPA 分为两种类型[2]，即：变态反应性支气肺曲菌病-血清 IgE 增高型（ABPA-S）和变态反应性支气管肺曲菌病-中心支气管扩张型（ABPA-CB）。ABPA-S 型表明病变尚未进展至中心型支气管扩张阶段[3]，不伴中心型支气管扩张的 ABPA 可能是疾病早期或侵袭性较弱的一种形式。参照实用内科学第 12 版诊断标准[1]：①发作性支气管哮喘；②周围血嗜酸粒细胞增多；③血清 IgE 升高；④肺部 X 线片或 CT 示肺游走性浸润影（目前或过去）；⑤经纤维支气管镜吸出分泌物涂片有曲霉菌丝，或培养有曲霉菌生长；⑥中心型支气管扩张。符合上述 1、2、3、4 及 5 条者诊断为血清 IgE 增高的 ABPA（ABPA-S）；符合上述 1、2、3、4、5 及 6 条者诊断为 ABPA 伴中心型支气管扩张（ABPA-CB）。

分析该例患者误诊的主要原因：①临床医生对该病认识不足。根据影像学表现易将其误诊为单纯的支气管扩张症合并感染。游走性肺内浸润影和中心型支气管扩张是 ABPA 的典型影像学表现，对其典型影像学表现认识不足，易发生误诊、漏诊；另一方面，ABPA 呈反复发作性喘息、发热、咳嗽、咳痰，查体两肺布满哮鸣音，症状体征类似支气管哮喘，症状体征不具有特异性，也是易发生误诊、漏诊的重要原因。②未能及时行支气管镜检查取下呼吸道分泌物行细菌、真菌培养，或肺组织活检行病理学检查及组织培养。由于患者及家属对上述有创检查存在畏惧心理，未能及时检查、早期确诊，未能得到及时有效的抗真菌治疗，导致病情很快恶化，最终因呼吸循环衰竭致死。

因此，对中心型支气管扩张伴有明显喘鸣、不能用单纯支气管扩张症或支气管哮喘解释的患者，应考虑 ABPA 可能，应行反复多次痰培养，行血清学抗原（GM 或 G 试验）检测，尽可能早期行支气管镜检查取下呼吸道分泌物行细菌、真菌培养，或肺组织活检行病理学检查及组织培养以明确诊断，尽可能减少误诊、漏诊率，减少病死率。对于重症不能行有创检查的患者，只要影像学表现典型，应考虑尽早给予经验性抗曲霉菌治疗，可予糖皮质激素缓解急性期症状，予伏立康唑、两性霉素 B、伊曲康唑或卡泊芬净抗真菌治疗，充分意识、早期诊断、及时治疗对改善 ABPA 预后具有重要意义。

参 考 文 献

[1]　张敦华.支气管-肺真菌病.见：陈灏珠，主编.实用内科学[M].北京：人民卫生出版社，2000.1686-1691.

[2]　Whest L J，GoldmanM，Sarosi G.State-of-the-art review of pulmonary fungal infections[J].Semin Resp ir Infect，2002，17(2)：158-181.

[3]　龚　瑾，胡必杰，朱惠莉，等.19 例变态反应性支气管肺曲霉病临床分析[J].老年医学与保健，2008，14(01)：33-35.

（责任编辑：冉明会）