

肺结核误诊为大叶性肺炎患者的临床分析及文献复习

杨浪¹ 杨波² 田宗武¹

(1.长沙医学院医学影像学院; 2.长沙医学院第一临床学院 湖南长沙 410219)

摘要: 临床中典型肺结核容易诊断,但不典型肺结核因其临床表现多样化,容易误诊,故临床医生应予以足够重视。本文通过1例不典型肺结核病例及检索相关文献报道,分析大叶性肺结核的临床特点、常见误诊原因及肺结核诊断相关进展,为提高临床不典型肺结核的诊断提供一定参考。

关键词: 肺结核; 大叶性肺炎; 误诊; 文献复习

肺结核为我国常见呼吸道传染病,2010年世界卫生组织估算,我国结核病发病例数为100万,占全球发病总例数的11.4%,位居全球第二位。临床中典型肺结核容易诊断,但不典型肺结核因其临床表现多样化,实验室检查及影像学表现均不典型,容易造成误诊误治,加重患者的经济负担。笔者回顾性分析了1例曾误诊为大叶性肺炎的不典型肺结核患者的临床资料,并检索呈大叶性肺炎表现的肺结核相关文献进行复习,为临床肺结核和大叶性肺炎做出更加准确的对比分析,给临床提供参考,避免误诊误治。

1 病例介绍

患者,女,44岁,出租车司机,因“咳嗽咳痰伴发热1周”入院,既往体健。患者入院2周前出现咳嗽,咳黄白粘痰,感畏寒发热,最高体温38.5℃,伴鼻塞流涕、咽喉疼痛、全身肌肉酸痛,于当地诊所行静脉滴注治疗后(具体用药不详),体温恢复正常,咳嗽咳痰症状无明显改善,入院2天前再次间断发热,于2020-06-10至本院发热门诊,完善血常规:WBC $10.4 \times 10^9/L$, N 0.748,红细胞沉降率65 mm/h; CRP 85 mg/L。查体:体温38.7℃,呼吸急促,精神差,胸廓无畸形,叩诊右下肺稍浊,听诊两上肺呼吸音粗,右下肺湿啰音。心腹查体无特殊异常。双下肢无水肿。入院查血气分析:pH 7.50,氧分压(PO_2)79 mm Hg,氧饱和度(SO_2)95%,二氧化碳分压(PCO_2)32 mm Hg;降钙素原0.15 μg/L。甲/乙流检测阴性;肝肾功能、电解质指标基本正常。胸片显示:右下肺大片实变影。胸部CT显示:两肺感染,右侧少量积液。初步诊断:肺部感染,胸腔积液。入院后予以头孢哌酮舒巴坦联合阿奇霉素抗感染治疗3天,体温波动于38.0-40.0℃,弛张热型,咳嗽、咳痰症状无明显改善。完善实验室检查:血培养阴性;痰细菌培养阴性;呼吸道病原体IgM抗体九联检测阴性;结核抗体测定阳性;PPD试验阴性;痰找抗酸杆菌阴性;随即调整抗生素为美罗培南联合替考拉宁继续抗感染治疗5天。患者体温仍未见降至正常范围,复查血常规:WBC $6.1 \times 10^9/L$, NO.827; CRP 117 mg/L;复查胸部CT提示:两肺感染伴多发空洞形成,双侧少量积液。再次调整抗生素予头孢吡肟联合莫西沙星抗感染治疗。继续完善血培养及结核菌涂片,结果阴性。外院送检结核感染T细胞斑点试验(T-SPOT试验)阳性;G试验(-)。继续抗感染治疗5天,体温波动范围37.0-38.5℃,直至12天后,第6次痰结核菌涂片结果才提示:抗酸杆菌(++++)。随转我院感染科,予抗结核治疗8天后体温恢复正常。痰结核菌培养3周后提示人结核分枝杆菌。最终诊断:肺结核(初治,涂阳),结核性胸膜炎。

2 文献复习

以“大叶性肺炎”“肺结核”为检索词通过中国知网数据库、万方医学数据库及维普数据库对中文文献进行检索,检索时间为2010-2022年,检索有效文章41篇。筛选其中20篇^[1-20],整合并分析908例呈大叶性肺炎表现的肺结核患者的临床资料。

2.1 一般资料及临床表现

908例患者中男477例,女431例,男女比例为1.11:1;年龄14-87岁,平均年龄 24.9 ± 4.5 岁。其中,发热881例(97.03%),咳嗽咳痰832例(91.63%),胸痛187例(20.60%),乏力、盗汗339例(37.33%)。

2.2 确诊方式

痰涂片及培养确诊439例(48.34%);纤维支气管镜刷检及经支气管壁透壁肺活检(TBLB)确诊444例(48.90%);经皮肺穿刺活检确诊25例(2.75%)。

2.3 实验室检验

血常规检查:263例(28.96%) WBC $> 10.0 \times 10^9/L$;红细胞沉降率增快638例(70.26%);PPD试验强阳性327例(36.01%)。

2.4 影像学检查

病变为单侧824例(90.74%);病变为双肺68例(7.49%);合并胸腔积液,单侧胸腔积液24例(2.64%),双侧胸腔积液4例(0.44%)。

2.5 治疗结局

855例(94.16%)患者抗结核治疗半月-1个月,肺内病灶明显吸收,1-3个月基本吸收;40例(4.41%)患者因耐药已形成纤维空洞;13例(1.43%)患者病变范围较大或合并其他基础疾病,最终选择放弃治疗。

3 讨论

大叶性肺炎是临床常见的肺炎之一,主要是由肺炎双球菌所引起的急性肺部感染。临床特征为突发的寒战、高热、胸痛、咳嗽和铁锈色痰。发病以青少年多见,男性多于女性,冬春季节是好发季节^[21]。由于抗生素的广泛应用,发展至整个大叶实变的典型肺炎比较少见。病理改变分为充血水肿期、红色肝样变期、灰色肝样变期、溶解消散期。病变基本特征是肺组织的急性纤维蛋白性炎^[22]。不同时期病理表现不一,表现为由肺组织充血水肿,肺泡内浆液析出和红细胞渗出,继而白细胞浸润,吞噬细胞,随后纤维蛋白渗出物溶解,吸收消散,肺泡重新充气^[23]。一般情况情况下,根据典型的临床表现如稽留热、咳嗽、铁锈色痰、肺实变体征等,再经胸片检查,大叶性肺炎不难诊断,一般不需要CT和磁共振检查。

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病,在世界范围内均有流行^[24]。可侵袭人体多个脏器,以肺部结核感染最为常见。排菌者为其重要的传染源。人体感染结核菌后不一定发病,当抵抗力降低或细胞介导的变态反应增高时,才可能引起临床发病^[25]。其基本病理改变是渗出性病变、增殖性病变和干酪样坏死,病理过程特点是破坏与修复常同时进行,而且可以相互转化,病理变化决定了其影像学表现,胸部X线及CT检查是诊断肺结核的常规首选方法^[26]。临床症状主要表现为低热(午后为著)、盗汗、乏力、纳差、消瘦、女性月经失调等;呼吸道症状有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、不同程度胸闷或呼吸困难。本文整合并分析908例呈大叶性肺炎表现的肺结核患者的临床资料,结果指示血常规检查:263例(28.96%) WBC $> 10.0 \times 10^9/L$;红细胞沉降率增快638例(70.26%);PPD试验强阳性327例(36.01%)。影像学病变为单侧824例(90.74%);病变为双肺68例(7.49%);合并胸腔积液,单侧胸腔积液24例(2.64%),双侧胸腔积液4例(0.44%)。855例(94.16%)患者抗结核治疗半月-1个月,肺内病灶明显吸收,1-3个月基本吸收;40例(4.41%)患者因耐药已形成纤维空洞;13例(1.43%)患者病变范围较大或合并其他基础疾病,最终选择放弃治疗。

肺结核误诊原因可归纳以下几点：①临床表现呈非典型性：患者青壮年发病，高热伴咳嗽咳痰，部分患者咳黄脓痰，与典型肺结核表现不符。②忽略对病史及治疗反应的认真分析，抗感染疗效不好时仅考虑更换抗生素或者重复检查血常规、影像学等，忽略了非典型特殊菌感染情况，以致误诊。③对结核抗体、结核菌素试验及影像学检查过于依赖，尤其是影像学检查，有文献报道继发性肺结核的好发部位在肺尖部和上叶后段，而发生在肺下叶者较为少见，导致部分临床医生未结合患者具体临床表现综合分析，发生误诊。④抗生素选择不恰当，采用了具有抗结核作用的抗生素致使临床症状暂时好转，而误认为是抗感染作用有效，从而造成误诊。⑤部分基层医院医生在诊断未完全明确，特别在伴有高热情况下使用地塞米松等激素类药物退热，掩盖病情从而导致诊断延误。总之，临床工作中对大叶性肺炎经验性抗感染治疗疗效不佳时特别警惕不典型肺结核的可能，及早完善相关检查，减少误诊的发生。

参考文献：

- [1]赵子勇.继发性肺结核放射线诊断分析[J].中国医疗器械信息,2022,28(9):83-85.
- [2]唐晓红.肺结核合并曲霉菌属感染患者 CT 的临床诊断[J].影像研究与医学应用,2021,5(12):167-168.
- [3]郭世威.探讨胸部 CT 在肺结核合并真菌感染诊断中的价值[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(54):126-127.
- [4]盛维伟,杨震,彭程.等.结核性大叶性肺炎 2 例并文献复习[J].中国临床研究,2017,30(12):1688-1690.
- [5]王高强.肺结核误诊为大叶性肺炎回顾性分析[J].卫生职业教育,2013,31(05):144-145.
- [6]刘海滨.结核性大叶肺炎低场磁共振诊断[J].河北医药,2013,35(04):534-535.
- [7]王波.肺结核误诊 1 例分析[J].中国医药导报,2010,7(14):123.
- [8]赵建业,魏龙晓.大叶性肺炎误诊为肺癌一例[J].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(06):1664-1665.
- [9]王瑞峰,李平.支原体肺炎误诊 15 例分析[J].中国民间疗法,2014,22(02):78-79.
- [10]郑莉萍.表现为大叶性肺炎的肺结核患儿病例报告[J].医学信息,2014(11):524-525.
- [11]秦莉.急重症菌阴肺结核 8 例诊断分析[J].中国民康医学,2011,23(20):2508-2509..
- [12]许克文,刘苏麟.胸部 CT 在肺结核合并真菌感染诊断中的价值[J].转化医学电子杂志,2016,3(6):39-41.
- [13]马峰.大叶性肺结核 120 例误诊分析[J].临床荟萃,2010,25(5):421-422.
- [14]黎先江.成人不典型肺结核 31 例影像表现及误诊分析[J].临床误诊误治,2010,23(z1):22-23.
- [15]李海涛.肺实变初治肺结核误诊临床分析[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(16):306.
- [16]赵素春.干酪性肺炎 29 例临床分析[J].现代医药卫生,2012,28(3):399-400.
- [17]黄伟杰,张晓婷,鲁植艳.糖尿病合并干酪性肺炎影像学表现[J].武汉大学学报(医学版),2010,31(5):661-663.
- [18]马华.16 例肺炎型细支气管肺泡细胞癌影像特点及误诊原因分析[J].健康必读(下旬刊),2013(2):1.
- [19]李伟健,余肖兰,李桂梅.结核性大叶性肺炎的诊治研究[J].当代医学,2013,19(34):20-21.
- [20]郑建洲,王亚楠,俞小卫.两种 γ -干扰素释放试验诊断结核病的性能比较[J].临床检验杂志,2013,31(7):556-557.
- [21]Fitzgerald Deirdre B et al. Ultrasound Clues in Lobar Pneumonia.[J]. Chest, 2022, 161(1) : e59-e62.
- [22]Bechtel Kirsten and Siew Lawrence. Arm pain and fever as an unusual presentation of lobar pneumonia in a 3-year-old girl: case report.[J]. Pediatric emergency care, 2011, 27(5) : 420-421.
- [23]Yin Genquan et al. Effect and mechanism of calpains on pediatric lobar pneumonia[J]. Bioengineered, 2017, : 374-382.
- [24]李冰,王萍,谢波文.江山市 2011—2017 年肺结核流行状况及空间自相关分析[J].上海预防医学,2019(11):1-4.
- [25]朱文丰.5 例老年涂阳肺结核病例分析[J].第四军医大学学报,2008,28(16):1529
- [26]Bates JH,CampbellGD,BarronAL,etal.Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients[J].Chest,1992,101(4):1005-1012.

项目基金：2020 年度湖南省大学生创新训练项目：[2020]191 号-3921；2020 年长沙医学院创新训练项目：长医教[2020]26 号-141
第一作者：杨浪，2000-02，女，本科在读，医学影像学专业
通讯作者：田宗武，1966-09，男，学士学位，主任医师，研究方向：医学影像诊断