

肺吸虫病与胸腔积液相似疾病的临床鉴别诊断要点分析

罗胜发 代茨萍^(通讯作者) 韦庆 韦真
(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

摘要: 肺吸虫病胸腔积液的发生率约为 30%，与结核性、化脓性及肺腺癌转移性胸腔积液等病的症状极为相似，给临床诊断带来困难，常导致误诊误治。四者之间在影像学常存在不同程度的重叠。本文拟结合最新研究进展和自身工作经验，阐述如何通过流行病学、血液生化、胸水生化、免疫学、影像学及内科胸腔镜图谱，分析与肺吸虫病胸腔积液相似疾病的鉴别诊断，为临床医师对肺吸虫病的明确诊断提供参考。

关键词: 肺吸虫病；胸腔积液相似疾病；鉴别诊断要点

肺吸虫病是由肺吸虫引起的一种慢性地方性寄生虫病^[1]。感染肺吸虫通常是食用未高温煮熟的鱼、虾或蟹类，或饮用被肺吸虫虫卵污染的疫水而引起。据大数据分析^[2]，肺吸虫病引起的胸腔积液约 30%，结核性及恶性胸腔积液分别 39% 及 29.6%。患者一般以低热、乏力、盗汗、咳嗽、咳痰、胸痛、胸闷等呼吸系统症状而入院，由于临床症状与结核性及恶性胸腔积液极为相似，给临床诊断带来困难^[3]。因此，通过询问病史及综合临床检验对肺吸虫病诊断与鉴别诊断尤为重要。本文采用回顾性研究，通过对相关实验室检查最终确诊为肺吸虫病 10 例患者的综合报告进行分析，探讨肺吸虫病的诊断及相似疾病的鉴别诊断。总结如下。

1 肺吸虫病的病因及临床诊断要点

(1) 本组病例 10 例中，生食鱼、醉蟹 7 例，进食生水、青蛙 2 例，无明确流行病学史 1 例；病史最长者 1-2 年，最短者 7 天；发热、咳嗽、咳痰、胸痛、胸闷 8 例，盗汗 2 例；PPD 阳性 3 例。(2) 化验室生化检查：①胸水外观黄色，无凝块，混浊 8 例；嗜酸性粒细胞均升高 10 例；葡萄糖含量低，胸水蛋白均阳性 9 例。②血常规检查：白细胞总数增 3 例，最高达 $21.6 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞增高 8 例，绝对值计数最高达 $6.88 \times 10^9/L$ ，嗜酸性粒细胞百分比均增高达 65%。③酶联免疫吸附法 (ELISA)：IgM、IgG 抗体测定均为定性试验，特异性较强，可作为诊断参考^[4]。本组病例中，IgM 和 IgG 均为阳性 6 例，仅 IgG 阳性 5 例。免疫组化结果：PCK 阴性，CD68 少许阳性，CR 阴性，MC 阴性，KI-67 强阳性 (大于 20%)。(3) CT 影像学表现：肺内病灶多发 8 例；病灶单发 2 例；全部肺浸润 7 例。(4) 胸腔镜表现：所有患者胸腔镜下可见脏层胸膜大片黄色松软组织，质碎，钳夹即脱落；胸膜增厚充血。附图 1-3。(5) 病理检查结果：多数可见炎症性肉芽组织及增生的纤维组织，抗酸染色未见抗酸杆菌，PAS 染色未见诊菌。中心凝固性坏死物质内有大量嗜酸性粒细胞有 7 例；夏科-雷登结晶 1 例。

鉴于上述临床病学特征，对胸腔积液原因不明的患者，如外周血嗜酸性粒细胞升高，中等量胸腔积液持续存在或反复出现，有时出现交替性胸腔积液；肺部 CT 影像见隧道征及病灶游走，应考虑到肺吸虫病的可能，由于胸腔镜下表现独特，宜尽早施行胸腔镜检查。

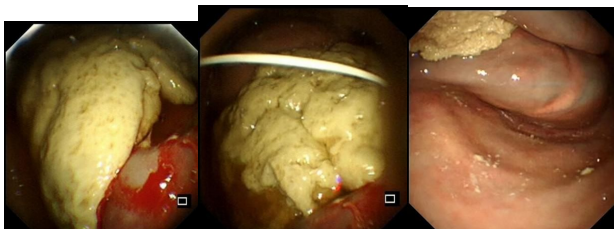


图 1-3 肺吸虫病的胸腔镜下表现

2 诊断与鉴别诊断

2.1 肺吸虫病与结核性胸腔积液 (TPE) 的鉴别诊断

肺吸虫病与 TPE 都有相似的临床症状，也有不同程度的胸腔积液，应注意与之鉴别。TPE 血常规检查以淋巴细胞增多为主，生化中 ADA 增高为主；胸水 ADA 测定阳性。痰脱落细胞检测或结核分枝杆菌涂片染色法分离培养法阳性是 TPE 诊断的“金标准”，可资与肺吸虫病相鉴别^[5]。但该两种检测阳性率均较低；IFN- γ 及白介素-22 均对 TPE 的诊断有一定的参考价值；结核分枝杆菌/利福平耐药荧光定量核酸扩增检测技术 (Xpert MTB/RIF) 是一种新兴的诊断技术，可在检测 MTB 同时判断是否出现利福平耐药，具有较高的敏感性及特异性，近年已在许多研究中作为重要的 TPE 标志物^[6]。胸部 CT 可显示结节、钙化、包裹性积液的程度和部位、胸膜病变等，病灶多分布于肺尖或肺上野。与赵凡杰^[7]等研究的结核性胸膜炎患者镜下以胸膜充血水肿、广泛粘连、均匀一致结节为主的观点一致。TPE 胸腔镜下的主要表现胸膜充血水肿，纤维素样粘连或蚕茧样包裹，与肺吸虫镜下完全不同，可资与肺吸虫病的大片黄色棉花状样松软组织相鉴别，附图 4-6。TPE 的病理特点为干酪样坏死和上皮样肉芽肿，与肺吸虫的病理结果不同。临床上标本的病理诊断多为肉芽肿炎症，倾向于结核；特殊染色可见少许的抗酸杆菌，AB/PAS 阴性，六胺银阴性。细胞荧光 ROSE 诊断：真菌孢子阴性，曲霉菌阴性，念珠菌阴性，抗酸分枝杆菌阳性，其他异常细胞、上皮细胞、球菌等阴性。在临床实践中确实发现，肺吸虫病引起的胸腔积液与结核性胸腔积液临床症状非常相似，化验室检查及 CT 影像又无法明确，此时如何界定病变的性质颇为困惑。笔者的经验是，若发现上述情况建议尽早进行胸腔镜检查，这一观点也被其他呼吸科工作者所采纳^[8]。

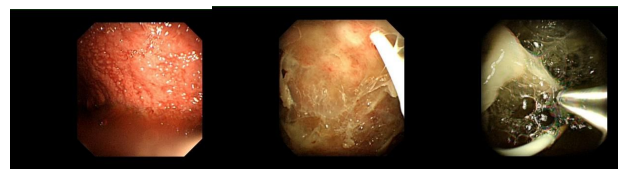


图 4-6 结核性胸腔积液的胸腔镜下表现

2.2 肺吸虫病与化脓性胸腔积液的鉴别诊断

临床以金黄色葡萄球菌肺炎多见。患者以寒战、高热、咳嗽、胸闷及胸痛等症状而入院，发热常见“弛张热”，发汗后甚至虚脱，特点为脓毒症状严重，病程演变迅速^[9]。此病胸水常有脓块或组织残屑；胸水中白细胞计数及乳酸脱氢酶值明显增高，葡萄糖和 PH 值进行性降低，与肺吸虫病的嗜酸性粒细胞增高可资鉴别。显著特征是经抗生素治疗后全身脓毒症暂时缓解旋即又见恶化，应考虑化脓性胸腔积液的可能。体检时若如有剧烈胸痛、气促及胸壁局部

烧灼感,并持续咳血痰且痰量渐增应考虑支气管胸膜漏的可能。望诊可见患侧胸壁膨隆,有压痛,肋间隙饱满,局部叩诊实音,呼吸音和语音均消失等均可与肺吸虫病胸腔积液向鉴别。胸部 CT 表现为两肺广泛性炎症甚或伴有空腔形成;胸腔镜下胸膜表现:以充血水肿及广泛粘连为主要表现,且未见明显胸膜结节及增生增厚。

2.3 肺吸虫病与肺腺癌转移性胸腔积液的鉴别诊断

肺腺癌转移患者也有不同程度的咳嗽、胸闷及气紧等,但其胸水多为血性,呈洗肉水样;镜检中红细胞超过 $5.0 \times 10^9/L$,可呈淡红色,通常无明显发热症状,大部分患者可出现持续胸痛的现象,表现出咯血或者血痰等症状,同时患者胸水量多,胸水中癌细胞阳性是鉴别诊断的重要依据。凤婧,罗凤鸣^[10]等研究认为,胸腔积液中脱细胞的阳性率仅为 50.25-52.45%;超过 70.00% 患者 CEA 水平升高,超过 40.00% 的 CA199 水平升高,80.00% 以上的患者 AFP 无明显变化。从胸腔积液常规及生化指标对癌转移性胸腔积液的诊断有一定的提示价值,但与胸腔镜下胸膜活检比较,上述指标仍缺乏足够的敏感度和特异度。恶性胸腔积液的胸部 CT 有如下四种征象:周边胸膜增厚型、结节型增厚、壁层胸膜增厚型及纵隔胸膜受累型,但胸部 CT 仅能显示病变结构,只作为胸腔积液鉴别辅助检查的参考。附图 7-9。恶性肿瘤患者胸腔镜下胸膜表现分镜下以胸膜增生增厚、大小不等结节、肿块为主要表现。陈慧敏,徐轲^[11]通过对 100 例胸腔积液原因不明患者进行胸腔镜检查,得出胸腔镜对恶性胸腔积液的诊断率约为 96.60%,与本研究大致相符。

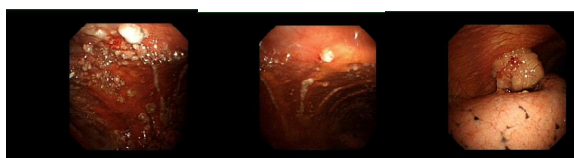


图 7-9 恶性胸腔积液胸腔镜下表现

3 小结

肺吸虫病在临床上虽少见,但近几年来我们桂西北地区也开始发现散发病例,由于临床表现无特异性,给临床医生的诊断带来困惑。因而,当收治“胸腔积液查因”患者时,接诊医生应避免惯性思维,仔细询问流行病学史,血常规及胸水常规显示嗜酸粒细胞增多时要考虑有肺吸虫病的可能。如遇到反复发生胸水者,在给予一般抗生素治疗后无好转,在排除结核及肿瘤的情况下,应该想到肺吸虫感染可能。笔者通过对 10 例肺吸虫患者的胸腔镜检查,根据胸腔镜下的表现,发现直视下的肺吸虫患者胸膜均有特征性表现,同时结合组织标本的病理结果,最终明确诊断。

肺吸虫病胸腔积液一直以来是诊断之难点,除开展流行病学调查外,影像学结构的复杂性也是鉴别诊断困难的原因之一^[12]。结核性胸腔积液是临床最为常见的病种,是最需鉴别诊断的类型。临床医生熟悉并掌握其临床特点,同时全面细致询问病史,进行必要的相关实验室检查,避免误诊或漏诊,同时掌握其胸腔镜图像的特征性表现,有助于以胸腔积液为共同表现的疾病鉴别。

肺吸虫病胸腔积液与其他相似疾病的胸腔积液可以从许多检查手段如胸水常规检查、血生化检查、细菌学及细胞学检查等获取

结果,但经这些检查手段阳性率只有 70%-80%,还有部分患者无法明确诊断。随着内镜技术的不断发展,胸腔镜对胸膜的全面探查越来越受到关注。胸腔镜检查虽然是有创操作,但毕竟其创伤小,患者恢复快,因而从整体上是利多与弊。我们通过对 10 例肺吸虫患者进行胸腔镜检查,根据病理分析,诊断符合率达到 96% 以上。说明胸腔镜对此类患者的诊断是非常有意义的。当然,这需要呼吸科及内镜操作的医生必须掌握相关的专业技术,在掌握相关疾病特点的基础上,也要不断提升自身的操作实践能力,要不断摸索,不断总结失败的教训及成功的经验。只有这样,才能达到患者满意、家属满意及社会满意的效果。

参考文献:

- [1]黄兰,王宋平.50 例并殖吸虫病相关性浆膜腔积液患者临床特征[J].中国血吸虫病防治杂志,2018,30(4):452-454.
- [2]姜山,赵亚滨.以反复胸腔积液为主要表现的肺吸虫病 2 例报告[J].中国实用内科杂志,2021,41(12):1078-1082.
- [3]段媛媛,周刚.三峡库区儿童肺吸虫病的发病现状及诊治情况[J].中国热带医学,2018,18(5):493-495.
- [4]刘雪艳,严晓峰,吕圣秀,等.14 例肺吸虫病误诊为结核的原因及胸部 CT 表现分析[J].临床肺科杂志,2018,23(01):119-122.
- [5]郑晓燕,王非.18 例误诊为肺结核的胸肺型并殖吸虫病临床特点分析[J].传染病信息,2020,30(33):217-221.
- [6]傅莉媛,张冰松,张更臣,等.胸膜厚度联合外周血结核感染 T 细胞斑点试验鉴别诊断结核性与恶性胸腔积液[J].中国介入影像与治疗学,2022,19(03):157-160.
- [7]赵凡杰,侯飞飞,樊芳芳,等.结核性与恶性胸腔积液内科胸腔镜下特征比较及诊断相关因素分析[J].国际呼吸杂志,2020,40(9):651-655.
- [8]唐添祥,龙明伟,李俊华,等.结核性胸腔积液患者胸水中白细胞介素-27、 γ -干扰素、腺苷脱氨酶水平及临床意义[J].实用医院临床杂志,2019,16(06):141-144.
- [9]台小东,徐保平.蜂窝组织炎致社区获得性耐甲氧西林金黄色葡萄球菌重症肺炎和多处软组织迁徙性感染 1 例[J].临床肺科杂志,2021,26(12):1923-1926.
- [10]凤婧,罗凤鸣,颜浩.渗出性胸腔积液在内科胸腔镜下特征比较及诊断相关因素分析[J].重庆医学,2022,51(07):1140-1146,1151.
- [11]陈慧敏,徐轲,闫雪波,等.内科胸腔镜对不明原因胸腔积液诊断价值及结核性胸腔积液镜下表现特征分析[J].临床肺科杂志,2018,23(06):980-983.
- [12]李青,张静静,王丹阳,等.Xpert MTB/RIF 在结核病诊断中的研究进展[J].中国临床研究,2022,35(06):849-853.