

73-76

[5] 于洋,王旖,孙晓琳,等.1994—2013 年中国患者人群红细胞同种抗体阳性率及特异性分析(英文)[J].中国实验血液学杂志,2015,23(6):1734-1741.

[6] CARRERAS VESCIO L A, TORRES O W, VIRGILIO O S, et al. Mild hemolytic disease of the newborn due to anti-Lewis a[J]. Vox Sang, 1993, 64(3): 194-195.

[7] 单桂秋,吴国平,吕品,等. IgG 抗-Le^a 引起急性溶血型输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2000, 13(2): 113.

[8] 毛娟,吴大洲,王满妮,等. 凝聚胺漏检抗-Le~a 致溶血性输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2013, 26(2): 178-179.

[9] 洪毅,高娟,孟洁,等. 4 种检测 IgG 型血型抗体方法的对比研究[J]. 临床血液学杂志(输血与检验), 2016, 29(4):

650-651.

[10] 陶翠华,涂茹. 检出 IgG 性质抗-Le~a 不规则抗体 1 例[J]. 临床输血与检验, 2012, 14(3): 273-274.

[11] 马晓莉,张晓娜. IgG 性质抗-Le~a 不规则抗体 1 例检测分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(10): 1036-1038.

[12] 方春富,王利军. IgM 抗-Le~a 致急性溶血性输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(11): 975-976.

[13] 叶健忠,蔡于旭,梁延连,等. IgG 抗-Le~a 致严重溶血性输血反应 1 例及其家系调查[J]. 中国输血杂志, 2003, 16(4): 287-288.

(收稿日期:2018-07-29 修回日期:2018-11-23)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.046

不典型肺结节病 1 例误诊分析及文献复习

夏德刚¹, 李传文¹, 王朝敏², 苏祥磊²

(江苏省徐州市第六人民医院:1. 呼吸科;2. 胸外科 221006)

关键词:肺结节病; 不典型; 误诊; 胸部 CT
中图分类号:R563.9 **文献标志码:**C

文章编号:1672-9455(2019)08-1150-03

结节病是一种病因未明、以非干酪样坏死性上皮细胞肉芽肿为病理特征的多系统性少见疾病,因累及的组织器官不同而具有不同的表现。主要表现为双侧肺门淋巴结肿大、肺部浸润、皮肤和眼的损害,其他如肝、脾、心脏、肾脏、淋巴结、唾液腺、骨骼、肌肉、神经系统等也可累及。肺结节病是结节病的一种,在结节病中发病率高,临床表现无特异性,尤其是胸部 CT 不典型的肺结节病,极易误诊。现将本院胸外科收治的误诊为肺癌的 1 例不典型肺结节病结合相关文献分析报道如下。

1 一般资料

患者,女,47 岁,因体检发现左肺门增大 2 d 于 2018 年 4 月 18 日入院。患者因其母亲患肺癌在本院呼吸科住院治疗,主动要求体检,查胸部 CT 显示左下肺门增大结构不清,纵隔内未示明显肿大淋巴结,诊断考虑肺癌可能,见图 1、2。患者无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛及憋喘等症状,浅表淋巴结未及肿大,皮肤黏膜无皮疹及皮下结节,肺部查体未见阳性体征。收入胸外科进一步诊治。入院后查血常规示白细胞 $2.82 \times 10^9/L$,红细胞、血小板、超敏 C 反应蛋白均正常。血生化、肿瘤 5 项正常,肝炎标记物、HIV 抗体、梅毒螺旋体抗体阴性。胸部增强 CT 示左侧肺门软组织结节影,中度强化,CT 值约 60 Hu,边界清晰,包绕左下肺动脉,见图 3。气管镜检查示左下叶支气管开口处及背段支气管黏膜轻度充血水肿,管腔通畅,未见出血、新生物,见图 4。

2 结 果

入院后初步诊断为左肺占位性病变,肺癌可能性

大,予头孢地嗪、依替米星抗感染治疗,2018 年 5 月 2 日复查胸部 CT 示肺部病灶无明显变化,考虑肺门占位。经家人同意后于 2018 年 5 月 5 日予手术治疗,术中见左肺门淋巴结肿大,予游离切除,快速病理报淋巴结炎,术后病理报肉芽肿性改变(图 5),诊断为结节病。

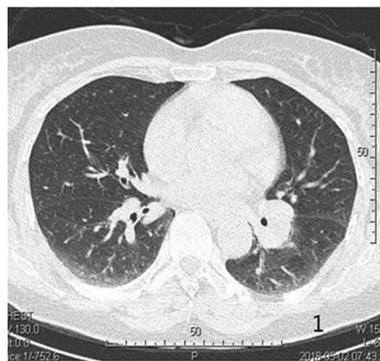


图 1 胸部平扫 CT



图 2 胸部 CT



图 3 胸部增强 CT



图 4 气管镜检查

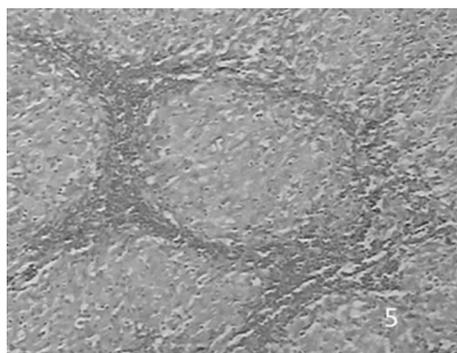


图 5 显微镜下病理切片 (HE, ×100)

3 讨论

3.1 结节病临床及相关检查 结节病是一种病因不明的肉芽肿性疾病,以 20~40 岁好发,女性稍多见,寒冷的地区和国家多见。结节病病因及发病机制不明,目前认为感染、环境、遗传因素是其发病原因^[1]。90%的结节病累及肺,仅有 40%~60%患者出现呼吸道症状,起病隐匿,主要表现为干咳、胸闷、呼吸困难,少部分有胸痛,肺部通常无明显阳性体征。其诊断依靠肺部影像学检查、支气管镜检查、支气管肺泡灌洗液、血清生化指标及组织病理学检查等多种检查方法相结合。实验室检查中,血常规在活动性结节病中可出现轻度贫血及全血细胞减少,淋巴细胞减少等^[1]。血清血管紧张素转换酶升高、PPD 实验阴性或弱阳性、高血钙、高尿钙症、碱性磷酸酶增高等均有协助诊断及排除诊断作用^[2]。支气管肺泡灌洗(BALF)细胞分类和 T 细胞亚群分析对结节病的诊断、活动性判断有一定价值,活动性结节病患者 BALF 中淋巴细胞明显增高,特别是 CD4⁺细胞明显增高,一般认为 BALF 中淋巴细胞>28%或 CD4⁺/CD8⁺>3.5 可作为判断

结节病活动的指标^[2]。结节病典型的病理特征是非干酪样坏死性上皮细胞肉芽肿。获取病理组织的方法既往多为支气管镜下肺活检及支气管黏膜活检术,近年来超声支气管镜引导下针吸活检术(EBUS-TBNA)对结节病诊断更有意义,南京鼓楼医院呼吸科对比研究发现,EBUS-TBNA 诊断结节病的阳性率为 90.4%(19/21),高于常规支气管镜活检术诊断结节病的阳性率 66.6%^[3-4]。

3.2 肺结节病影像学 胸片尤其是胸部 CT 在肺结节病的诊断中起重要作用。根据胸部 X 线表现,肺结节病分为 5 期^[2]。胸部 CT 在发现肺部渗出性病灶及纵隔淋巴结肿大、对结节病治疗效果的评判、鉴别肺炎和肺纤维化方面有明显优势^[5]。肺结节病的胸部 CT 典型表现为双侧肺门淋巴结对称性肿大,纵隔淋巴结增大,肺内表现为沿支气管血管束周围及胸膜下、叶间裂附近分布的结节状、网格状或斑片状阴影,双侧对称性分布,上中肺多见,这些特征具有提示诊断意义^[6]。晚期肺结节病患者可出现以上中肺野分布为主的肺纤维化,表现为蜂窝肺、条索状影、牵拉性支气管扩张、肺结构扭曲等改变。约 30%肺结节病胸部 CT 表现不典型,可表现为单侧肺门淋巴结增大或不伴纵隔淋巴结增大、单纯纵隔淋巴结增大、肺内斑片状实变影、多发结节影、结节星系征、磨玻璃影、空气潴留征、反晕征等^[7-8]。胸内淋巴结不典型表现包括单侧肺门淋巴结增大或不伴纵隔淋巴结增大和单纯纵隔淋巴结增大。肺门肿大的淋巴结大小不一,直径多在 1~4 cm,呈软组织密度,无液化坏死,边缘清晰。胸内淋巴结肿大以中纵隔淋巴结肿大最多见,随着病程的延长,少部分淋巴结可出现钙化^[9]。增强扫描肿大的淋巴结呈中度以上均匀强化。胸内淋巴结不典型表现主要与淋巴瘤、结核、肺癌相鉴别。淋巴瘤胸部 CT 可有纵隔及肺门淋巴结肿大,肿大淋巴结边缘模糊不清,易融合成块,包绕血管,部分淋巴结内可发生囊性改变。增强扫描淋巴结往往不均匀中度强化,对激素不敏感,对放疗敏感^[10]。肺门淋巴结结核:多有结核中毒症状,胸部 CT 多见于单侧肺门淋巴结肿大,其内常可见坏死及钙化,增强扫描常出现环形强化,结核菌素试验阳性,抗结核治疗有效。肺癌多有咳嗽、咳痰、憋喘、咯血等症状,胸部 CT 表现局部占位效应,可伴有阻塞性改变,肺门及纵隔淋巴结肿大,气管镜检查多能明确诊断。肺部不典型表现包括斑片状实变影、多发结节影或肿块影、粟粒影、线状影、结节星系征、磨玻璃影、反晕征等^[11]。斑片状实变影密度较高,边缘模糊,以两上肺多见,多有肺门纵隔淋巴结肿大。多发结节或肿块影表现为两肺多发结节或肿块,其边界清或不清,直径 1~4 cm,其内可有支气管充气征,多位于肺门或肺外周。当结节或肿块影周围有较多小结节状卫星灶时,称为结节星系征^[12]。结节星系征也可见于肺结核^[13]。隐源性机化

性肺炎胸部 CT 可表现为多发肺泡实变影、浸润影及局灶性实变影,但肺门及纵隔淋巴结肿大少见。线状影表现为线-网状影,是小叶间隔及小叶内间质增厚形成,多见于中上肺野,胸膜下分布少,半数肺结节病可有孤立线状阴影。需与癌性淋巴管炎相鉴别,但癌性淋巴管炎累及小叶间隔更广泛,小叶间隔增厚更明显、形态更不规则,且累及胸膜下区域^[14]。

磨玻璃影是结节病肺炎阶段的表现,单纯表现为磨玻璃影的肺结节病罕见,通常伴随沿着血管和淋巴管分布的微-小结节影。表现为磨玻璃影的疾病如肺泡出血、肺腺癌、肺水肿、急性过敏性肺炎等。反晕征在肺结节病中罕见,马骏等^[11]统计 190 例肺结节病中仅 1 例有反晕征,表现为圆形病灶,中央磨玻璃影,周围环样实变影,而该征象在隐源性机化性肺炎相对较多,其他如肺结核、肺曲霉病、肉芽肿性多血管炎中也能见到,需注意鉴别^[15]。

本例无明显临床症状,仅有左肺门淋巴结肿大,纵隔淋巴结无肿大,肺内无病灶,临床比较少见,最初误诊为肺癌,最终经术后病理确诊。

3.3 误诊原因分析 (1)临床表现不典型:肺结节病仅有半数患者出现干咳、胸闷、呼吸困难等症状,肺部通常无明显阳性体征,临床表现无特异性,容易误诊为肺部感染性疾病如支气管炎等而予以抗感染治疗。(2)对该病认识不足:肺结节病为少见病,临床医生对该病缺乏足够的认识,尤其是不典型肺结节病,当发现胸部 CT 上表现为肺门、纵隔淋巴结肿大及肺内病变时多考虑肿瘤、结核、感染等疾病,该例患者就是因为左肺门淋巴结肿大而误诊为肺癌予手术治疗,因此需要引起临床医生的重视。(3)诊断思维狭窄:患者出现咳嗽、胸闷、呼吸困难症状就考虑肺部感染,胸部 CT 上出现纵隔、肺门淋巴结肿大就考虑肿瘤、结核、感染,尤其当仅表现为单侧肺门淋巴结肿大等不典型表现时,不能进一步拓展思维,导致误诊。(4)检查手段缺乏:胸部 HRCT 能够发现肺部更加细微的改变,但多数医院只能行常规胸部 CT 检查,对该病的鉴别不利。肺结节病的确诊最终需要病理,而肺门、纵隔淋巴结及肺内病变的穿刺活检技术难度大,需要设备的支持,例如超声支气管镜、胸腔镜等,对肺结节病的诊断非常重要,缺乏相应的技术设备容易导致误诊、漏诊。本例如果能够进一步予 EBUS-TBNA 则能避免手术。

3.4 防范误诊措施 (1)熟悉该病临床表现及体征,掌握诊断要点。肺结节病有临床表现轻,肺部体征常正常,而胸部影像表现较重的特点,一定要临床、影像和病理相结合。(2)掌握该病胸部影像特点尤为重要,临床医生不但要掌握典型肺结节病影像学特点,还要熟悉不典型肺结节病胸部影像学表现。(3)积极开展相关检查技术如 TBLB、纵隔淋巴结穿刺及 EBUS-

TBNA 等,都是减少误诊的必要手段。(4)注意鉴别诊断,要熟悉有相似胸部影像表现的其他疾病并能加以鉴别,才能形成正确诊断思路。

综上所述,结节病诊断需要综合临床、影像、病理及相关实验室检查,并排除其他有相似影像学表现的疾病。熟悉并掌握肺结节病典型及不典型胸部影像学特点,对结节病诊断有重要作用,获取病理组织手段的改善能提高阳性诊断率,减少误诊及漏诊。

参考文献

- [1] 蔡后荣,张湘燕,李惠萍.实用间质性肺疾病[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:186-214.
- [2] 中华医学会呼吸病学会肺结节病学术组.肺结节病诊断及治疗方案(第三次修订稿草案)[J].中华结核和呼吸杂志,1994,17(1):9-10.
- [3] BUTLER M W,KEANE M P. Pulmonary sarcoidosis[J]. Med Sci Direct,2016,44(6):367-372.
- [4] 李慧,曹敏,徐大庆,等.超声支气管镜引导下针吸活检术与常规支气管镜活检术对肺结节病诊断价值的比较[J/CD].中华医学超声杂志(电子版),2016,13(2):144-149.
- [5] SPAGNOLO P,SVERZELLATI N,WELLS A U, et al. Imaging aspects of the diagnosis of sarcoidosis[J]. Eur Radiol,2014,24(4):807-816.
- [6] CRIADO E,SANCHEZ M, RAMIREZ J, et al. Pulmonary sarcoidosis: typical and atypical manifestations at high-resolution CT with pathologic correlation[J]. Radiographics,2010,30(6):1567-1586.
- [7] POLVEROSI R,RUSSO R,CORAN A, et al. Typical and atypical pattern of pulmonary sarcoidosis at high-resolution CT: relation to clinical evolution and therapeutic procedures[J]. Radiol Med,2014,119(6):384-392.
- [8] 顾占军,潘纪成,于经瀛.不典型胸部肺结节病的 CT 表现[J].中华放射学杂志,2003,37(4):15-18.
- [9] WEBB W R,CHARLES B H.胸部影像学[M].北京:科学出版社,2014:467-478.
- [10] 阮丽萍.胸部恶性淋巴瘤的 CT 诊断及临床表现[J].黑龙江医药,2015,33(5):1028-1030.
- [11] 马骏,王余椿,孙希文,等.肺结节病胸部不典型表现的影像学特点分析[J].中华结核和呼吸杂志,2017,40(12):925-930.
- [12] 路明,朱翔,姚婉贞.左下肺星系征[J].中华结核和呼吸杂志,2017,40(8):637-638.
- [13] 李慧,邱玉英,黄妹,等.影像学表现为簇性微结节聚集征的肺结核一例[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(9):744-745.
- [14] 赵波,刘永利,李英杰. HRCT 对肺癌性淋巴管炎的诊断价值[J].医学影像学杂志,2015,26(10):1894-1895.
- [15] 齐菲,苏宪灵,李玉柱.隐源性机化性肺炎 24 例临床分析[J].中日友好医院学报,2015,29(4):211-213.