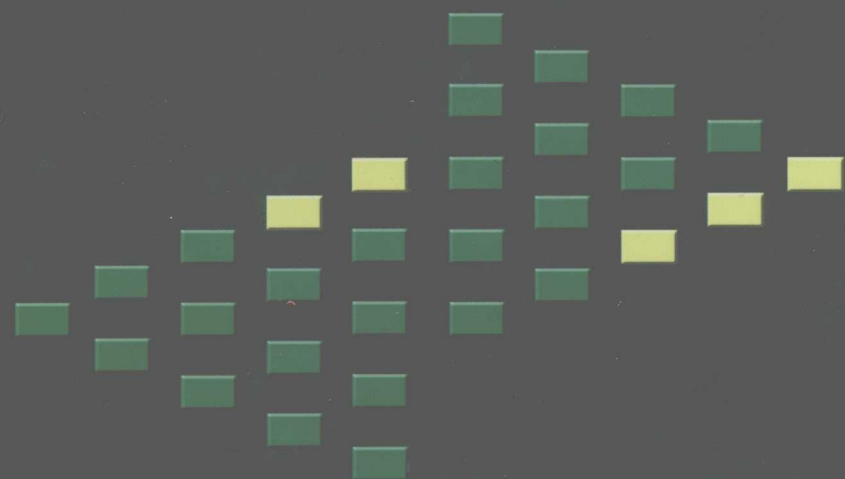


消化系统 疑难病例分析

主 编 杨冬华



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

消化系统 疑难病例分析

主 编 杨冬华

副主编 陈其奎 黄卫 丁祥武 汤绍辉

编委（按姓氏笔画排序）

丁世华	丁祥武	于皆平	王凌云	吕小飞
刘 浏	刘序友	汤绍辉	李宇海	李俊峰
杨冬华	别彩群	余保平	张文洁	陈友鹏
陈为宪	陈其奎	罗和生	钟英强	黄 卫
黄开红	崔 俊	梁旭竞		



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疑难病例分析/杨冬华主编. —北京: 人民卫生出版社, 2009. 1

ISBN 978-7-117-10536-1

I. 消… II. 杨… III. 消化系统疾病: 疑难病—病案—分析 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 123521 号

消化系统疑难病例分析

主 编: 杨冬华

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 23.5 插页: 1

字 数: 569 千字

版 次: 2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10536-1/R·10537

定 价: 58.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

作者名单

(按姓氏笔画排序)

姓名	单位	职称
丁世华	暨南大学附属第一医院消化内科	主治医师 医学博士
丁祥武	襄樊市中心医院消化科 武汉大学人民医院消化科	副主任医师 医学博士
于皆平	武汉大学人民医院消化科	教授 主任医师 博士生导师
王凌云	中山大学第二附属医院消化内科	副教授 副主任医师 医学博士
吕小飞	暨南大学附属第一医院消化内科	住院医师 医学硕士
刘 浏	暨南大学附属第一医院消化内科	住院医师 医学硕士
刘序友	暨南大学附属第一医院消化内科	主治医师 医学硕士
汤绍辉	暨南大学附属第一医院消化内科	副教授 副主任医师 医学博士
余保平	武汉大学人民医院消化科	教授 主任医师 博士生导师
李宇海	暨南大学附属第一医院消化内科	住院医师 医学硕士
李俊峰	暨南大学附属第一医院消化内科	主治医师 医学硕士
杨冬华	澳门科技大学基金会科大医院	教授 主任医师 博士生导师
别彩群	暨南大学附属第一医院消化内科	主治医师 医学博士
张文洁	广州市番禺区人民医院	副主任医师 医学硕士
陈友鹏	暨南大学附属第一医院感染科	副主任医师 医学博士
陈为宪	中山大学第二附属医院消化内科	主任医师
陈其奎	中山大学第二附属医院消化内科	教授 主任医师 博士生导师
罗和生	武汉大学人民医院消化科	教授 主任医师 博士生导师
钟英强	中山大学第二附属医院消化内科	副教授 副主任医师 医学博士
崔 俊	毓璜顶医院消化内科	副主任医师 博士后
黄 卫	暨南大学附属第一医院消化内科	副主任医师 医学博士
黄开红	中山大学第二附属医院消化内科	副教授 副主任医师 医学博士
梁旭竞	暨南大学附属第一医院感染科	主治医师 医学博士

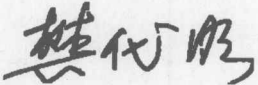
序 言

一名优秀而合格的临床医师不仅要有坚实的专业理论和相关学科的知识，还要有娴熟的专业操作技能，更重要的是需要具备对疑难疾病的诊断水平和有效的治疗手段。现代的医疗模式和社会需求对医务人员提出了更新、更高的要求，这就需要我们不断的学习与探索，对我们的日常工作不断的总结与思考。

杨冬华教授主编的《消化系统疑难病例分析》是已出版的消化专业书籍中的一部新作，全书共分八章，针对每一个病例既阐述了消化系疾病的常见特点，又重点论述了它们不同之处，由通常的临床诊断演绎到少见病的思路拓展，由浅入深，循序渐进，完整地体现了临床实践从诊断到治疗的全过程。值得一提的是，作者们追踪近年来国内外消化专业的最新研究进展，将本单位丰富的工作经验及新信息的科研成果融会于案例的诊治中，拓宽了我们对消化系疾病中少见病、罕见病、疑难病的诊治思维，具有启迪性、可操作性和实用性。

为此，我真诚地向消化界同仁推荐这本首次出版的消化专业书籍，这对从事消化专业临床工作的医师、研究生、进修生以及相关学科的专业人士都是一本极有实用价值的参考书。

中国工程院院士
中华医学会消化学会主任委员
第四军医大学 校长

 教授

2007年10月19日

前 言

消化系统疾病是一类临床上常见的多发病。近十几年来，消化领域无论是在疾病的预防、发生机制、遗传因素，还是在临床的诊治方面均取得了令人瞩目的成绩，这促进了消化事业的蓬勃发展，推动了各专业人士进行新的探索与研究。

临床医学是一门实践性强，涉及面广，思考与不断总结的学科门类，尤其是对疑难杂症尽可能早期作出正确的诊断，以便制订有利的治疗方案，这是一名合格的临床医师所需要具备的基本素质，也是现代医疗形势和社会人群对我们医务工作者的期望。

为此，我们总结了部分在临床工作中所遇到的疑难杂症病案，选择了我们亲身参与并获得明确诊治结果的案例，合力编著此书，旨在与同道们交流，以不断提高自身的临床水平。

全书按消化系统的顺序共分为八章，重点突出了每一个病案以临床上常见症状为首发特征以及在诊治过程中跌宕起伏的全部实践经历，提供了我们的感想和教训。温故而知新，学涯无止尽。

在此书的编著过程中，本人对澳门基金会和澳门科技大学给予的热情支持与帮助表示由衷感谢。

由于本人才疏学浅，经验不足，难免有不尽人意之处，敬请同道们和广大读者批评指教。

杨冬华

2008年4月9日

目 录

第一章 食管疾病病例分析	1
第1例——咽下困难，胸骨后疼痛	1
第2例——上腹部疼痛，胸骨后烧灼痛	3
第3例——睾丸精原细胞瘤治疗5年，间断性干咳4年，伴烧心	5
第4例——Barrett食管合并高度异型增生	13
第5例——食管癌患者，频繁恶心呕吐、顽固性呃逆	19
第6例——反复呕吐，胸骨后烧灼痛	24
第二章 胃和十二指肠疾病病例分析	27
第1例——腹痛发热半年	27
第2例——反复上腹痛、呕吐、消瘦	31
第3例——反复腹泻、腹痛	32
第4例——腹痛、呕吐、腹部包块	35
第5例——反复上腹不适，黄疸	37
第三章 小肠和大肠疾病病例分析	40
第1例——发热、便血、腹痛	40
第2例——反复腹痛	42
第3例——发热、便血	45
第4例——腹痛、腹泻、便血	48
第5例——肺癌术后、腹泻	51
第6例——贫血、腹痛、腹泻	54
第7例——发热、腹痛、血便	56
第8例——口腔溃疡、发热、腹痛、腹泻	59
第9例——心悸、气促、肝脏肿大	61
第10例——反复便血40年	64
第11例——甲状腺癌手术8个月，伴间断性便血	70
第12例——腹痛、呕吐、血便和腹部肿块	75
第13例——肾移植后8年，腹痛、腹泻	79
第14例——腹痛、发热、腹泻	86
第15例——慢性贫血、急性腹痛	92
第16例——糖尿病、克罗恩病患者，右足红肿疼痛	98
第17例——艾滋病患者，黏液脓血便、直肠痛	104

第 18 例——有结肠息肉和结肠癌家族史	108
第 19 例——反复腹痛、黑便	116
第 20 例——心血管疾病和终末期肾病患者，出现腹痛腹胀	122
第 21 例——腹痛、便血	128
第 22 例——反复上腹痛 8 年	131
第 23 例——腹泻、发热	135
第 24 例——腹痛、低热、便血	137
第 25 例——反复呕吐宿食 10 个月，再发并加重 7 天	139
第 26 例——反复无痛性便血 3 年	142
第 27 例——颅脑外伤术后，反复血便	145
第四章 肝脏、胆系疾病病例分析	149
第 1 例——肝功能异常、皮肤瘙痒	149
第 2 例——发热、皮疹、黄疸	152
第 3 例——身目黄染、全身皮肤瘙痒、白陶土样大便	155
第 4 例——发现肝脏肿块 5 个月	157
第 5 例——休克、昏迷、腹水、腹壁静脉曲张、下肢水肿	163
第 6 例——体重下降、夜间盗汗、肝脏肿块	167
第 7 例——夜间盗汗 2 个月，发热 6 周	173
第 8 例——疼痛性骨肿块和多发性肝脏病灶	180
第 9 例——溃疡型结肠炎、腹痛、瘙痒、黄疸，伴恶心呕吐	187
第 10 例——反复右上腹疼痛	195
第 11 例——嗜酸性粒细胞增多，波动性肝脏肿块	200
第 12 例——长期发热、出汗、体重下降	206
第 13 例——恶心呕吐、进行性黄疸、体重下降、转氨酶升高	213
第 14 例——间断性腹泻、梗阻性黄疸	221
第 15 例——腹胀、双下肢水肿、乳糜性腹水	226
第 16 例——双下肢无力进行性加重 4 个月	229
第 17 例——皮肤巩膜黄染 3 个月	231
第 18 例——右上腹痛 4 个月	233
第 19 例——间断右上腹痛半年，加重 3 天	236
第五章 胰腺疾病病例分析	241
第 1 例——反复腹胀、恶心、呕吐	241
第 2 例——反复上腹痛伴恶心	244
第 3 例——腹痛、肝脏肿大、胰腺占位病变	246
第 4 例——腹痛、淀粉酶升高	249
第 5 例——黄疸、胰腺肿块	255
第 6 例——痛性皮肤小结、脂肪酶水平升高、胰腺异常	261

第7例——反复上腹痛1年，再发并加重1个月·····	267
第六章 腹膜、肠系膜、网膜及横膈疾病病例分析·····	271
第1例——腹痛20余天·····	271
第2例——左下腹痛3个月余，加重1周·····	273
第3例——腹水、消瘦、腹腔内多发囊性病变·····	276
第4例——不孕不育、腹胀、消瘦·····	278
第5例——反复腹胀8个月，消瘦2个月·····	280
第6例——腹膜后巨大肿块·····	282
第7例——发热2个月，腹胀1个月·····	289
第七章 中毒病例分析·····	291
第1例——腹痛、腹泻、恶心、呕吐2天·····	291
第2例——意识模糊6小时·····	293
第3例——尿黄、全身皮疹·····	295
第八章 其他病例分析·····	298
第1例——胸痛、右上肢麻木·····	298
第2例——持续腹痛、低热、白细胞升高·····	300
第3例——发热、腹胀、腹痛、全结肠扩张·····	303
第4例——长期腹胀、便秘、左下腹包块·····	306
第5例——反复发热20天，突发耳聋10余天·····	309
第6例——反复呕吐5年余、上腹痛10个月·····	311
第7例——腹痛、发热、胰周肿块·····	313
第8例——阵发性腹痛、呕吐、便血·····	319
第9例——发热、反复胸痛、咯血2周·····	324
第10例——腹胀伴呕吐、腹痛、休克、猝死·····	327
第11例——发热、腹痛、腹泻、呕吐·····	330
第12例——发热、腹痛、血便·····	332
第13例——发热、肝脾肿大、外周血细胞减少·····	334
第14例——腹痛、腹泻、呕吐、消瘦·····	337
第15例——腹痛、腹泻一周·····	340
第16例——反复恶心、呕吐，伴肝功能异常·····	343
第17例——反复食欲减退、乏力，尿黄·····	346
第18例——反复头晕、乏力，伴恶心，呕吐·····	349
第19例——腹痛、腹泻、呕吐半个月·····	351
第20例——反复肝功能异常·····	355
英中文名词对照·····	358

第一章

食管疾病病例分析

第1例

——咽下困难，胸骨后疼痛

一般资料 性别：女 年龄：45岁 职业：工人

主诉 咽下困难5年，加重伴胸骨后疼痛1年

现病史 患者于5年前无明显诱因出现咽下困难，开始进硬质食物时明显，用水送服后食物可咽下，近1年出现上述症状加重，同时出现进食时胸骨后疼痛，不能进硬食，经常有食物反流至咽喉部引起咳嗽，无恶心呕吐，无腹痛，无嗝气、腹胀、腹泻、黑便等，无黄疸、鼻出血、胸痛、咳嗽等，曾服用硝苯地平10mg tid治疗，症状一度缓解，近1年服用该药物无明显效果，为进一步诊治收入院。自发病以来，患者食欲尚好，睡眠及大小便正常，体重减轻约10kg。

既往史 身体健康，无外伤及手术史，无药物过敏史。

体格检查 T 36.0℃，P 76次/分，R 18次/分，Bp 105/75mmHg，营养中等，皮肤、黏膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，心肺未见异常，未见胃肠型、蠕动波，腹软，振水音（-），肝脾肋下未触及，移动性浊音（-），肠鸣音正常。

实验室检查 血常规：白细胞 $6.13 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 79.0%，淋巴细胞 12.1%，单核细胞 6.5%，嗜酸性粒细胞 2.1%，嗜碱性粒细胞 0.3%；血红蛋白 103g/L，血小板 $178 \times 10^9/L$ ；血生化：肝功能、肾功能正常，血糖正常；尿常规、粪常规、乙肝病毒血清标志物检测（常称乙肝五项、乙肝两对半）均正常。

辅助检查 心电图、胸片均未见异常。

初步诊断 食管癌？

诊治经过 入院后给予多潘立酮治疗，症状无明显缓解，行上消化道造影检查见食管下

段狭窄,钡剂通过困难,有钡剂逆流现象,考虑为食管癌或贲门失弛缓症。

临床讨论与分析 本病例特点:①女性,45岁;②主要表现为咽下困难5年,加重伴胸骨后疼痛1年;③无发热,外周血象正常;④上消化道造影见食管下段狭窄,钡剂通过困难,有钡剂逆流现象。据此,考虑良性疾病可能性大,首先应考虑贲门失弛缓症,另外需排除食管癌及食管少见其他疾病,下一步需先行胃镜检查。

贲门失弛缓症又称贲门痉挛,临床表现为吞咽困难、胸骨后疼痛及食物反流。晚期,狭窄段上端食管明显扩张。患者取卧位时,食管内滞留大量食物和唾液可逆流入口腔或反流入肺,导致并发吸入性肺炎、肺脓肿、肺不张等。晚期贲门失弛缓患者的胸部平片上食管可呈纵隔旁阴影,食管内有时可见液平面;钡剂造影可见食管下端呈锥形缩窄,边缘光滑而对称,食管高度扩张、延长、迂曲。潴留的固体食物在食管造影时可形成大小不等的充盈缺损。贲门失弛缓症行胃镜检查可排除其他疾病,特别是肿瘤。贲门失弛缓症内镜表现为食管腔扩大,可见食物和液体潴留,食管黏膜大致正常或呈现糜烂、溃疡和充血水肿,贲门口狭窄,内镜往往能够通过。

弥漫性食管痉挛的特征为食管,特别是其下的1/3~2/3缺乏正常推进性蠕动,而作为一种异常强烈的、非推进性的和持续性的收缩所代替,导致食管呈螺旋状、串珠状。胸痛是该病最具有特征性的症状之一,特别是老年人,疼痛位于胸骨后并向后背部放射,因而有时酷似心绞痛。疼痛不一定与吞咽动作有关,有时可为进食过热或过冷食物诱发。咽下困难也常见,呈发作性,吞咽固体食物或液体食物均可感到困难,过冷或过热饮食易诱发。体格检查多无阳性发现,内镜检查主要用于排除其他疾病,确诊有赖于X线检查和测压检查。食管钡剂造影可见蠕动波仅达主动脉弓水平,食管下2/3为一种不协调的、异常强烈的、非推进性收缩波取代,食管腔出现一系列同轴性狭窄,食管呈螺旋状或串珠状。

食管癌的特征性临床表现是进行性吞咽困难,早期可表现为吞咽时胸骨后烧灼感、针刺样或牵拉样痛。内镜检查可见食管内占位病变,多为隆起型,少部分可表现为溃疡型,病理检查可确诊。该患者需行胃镜检查排除食管占位性病变。首先考虑真菌性食管炎,其次考虑反流性食管炎。

根据现有资料,患者咽下困难5年,加重伴胸骨后疼痛1年,需排除心脏疾病所致胸骨后疼痛。另外患者吞咽困难时间较长,需行胸部CT检查排除食管腔外病变压迫食管所致吞咽困难。

从临床表现看,发病时间较长,恶性疾病的可能性不大,考虑为良性疾病所致吞咽困难,需行内镜检查排除器质性病变。

根据上述资料讨论与分析意见后,行胃镜检查见食管扩张,食管腔内可见潴留物,可见食管收缩环,贲门口呈关闭状态,食管黏膜基本光滑,内镜可进入胃内,翻转胃镜贲门口未见明显异常,胃及十二指肠未见明显异常。结合上消化道造影所见,诊断为贲门失弛缓症。行内镜下气囊扩张治疗,患者吞咽困难症状明显好转,复查上消化道造影见钡剂通过顺利。

最后诊断 贲门失弛缓症

经验教训与总结 贲门失弛缓症的临床表现特点为吞咽困难、胸骨后疼痛及食物反流。晚期,狭窄段上端食管明显扩张,故又称巨食管。其基本损害是肠肌丛即Auerbach神经丛的神经节细胞和迷走神经运动核细胞的变性。诊断依靠X线检查和内镜检查。临床上凡有咽下困难和返食症状,且无吞服腐蚀剂或其他损伤史的患者均应考虑到失弛缓症的可能。

对贲门失弛缓症的治疗目前有以下几种方法:①一般治疗,主要采用钙离子拮抗剂阻断钙离子进入细胞,促使细胞内钙离子耗尽,从而降低食管下括约肌的张力;②扩张疗法,目前多采用气囊扩张治疗,利用胃镜或X线引导行贲门口气囊扩张治疗,扩张时可出现少量出血和疼痛,并发穿孔者少见;③肉毒毒素局部注射治疗;④手术治疗。

由此病例,我们总结以下体会:①凡临床上遇到吞咽困难的患者,尤其是中青年,应首先考虑到贲门失弛缓症的可能;②对疑诊为贲门失弛缓症者首先行食管造影,如看到食管下端呈鸟嘴样狭窄,则提示该疾病,需行胃镜检查进一步排除其他疾病;③胃镜检查可排除其他原因引起的吞咽困难,尤其可排除器质性疾病所致的吞咽困难;④内镜下气囊扩张治疗是治疗贲门失弛缓症的有效方法。

参考文献

1. Tutuian R, Castell DO, Katz PO. Pneumatic dilatations for achalasia; a safe and effective choice for most patients. Am J Gastroenterol, 2006, 101(10): 2441-2442.
2. Yamamuro EM, Ceconello I, Iriya K, et al. Lugol staining and histological evaluation of esophageal mucosa in achalasia. Hepatogastroenterology, 2006, 53(70): 506-510.
3. Dogan I, Mittal RK. Esophageal motor disorders: recent advances. Curr Opin Gastroenterol, 2006, 22(4): 417-422.

(崔俊 杨冬华)

第2例

——上腹部疼痛, 胸骨后烧灼痛

一般资料 性别:男 年龄:68岁 职业:退休干部

主诉 上腹痛1年余,加重伴胸骨后疼痛4天

现病史 患者于1年前无明显诱因出现上腹部隐痛,程度轻,无放射痛,空腹时为重,餐后减轻,无恶心呕吐、反酸、嗝气、腹胀、腹泻、黑便等,无黄疸、鼻出血、胸痛、咳嗽等,于机关卫生所就诊,口服多潘立酮、快胃片等,症状时轻时重,4天前出现上症加重,伴胸骨后不适,以吞咽时为重,无进食梗阻感、发热、消瘦、食欲减退等,口服上述药物,效果欠佳,为进一步诊治收入院。自发病以来,患者食欲尚好,睡眠及二便正常,体重无明显增减。

既往史 30年前患“肺结核”,已治愈。20年前患“胆囊炎”,10年前患“冠心病”,因症状轻,未行系统治疗。有“糖尿病”史8年,口服降糖药物治疗。3年前因“腰部及臀部纤维瘤”行切除治疗。

体格检查 T 36.0℃,营养中等,皮肤、黏膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,心肺未见异常,未见胃肠型、蠕动波,腹软,振水音(-),肝脾肋下未触及,移动性浊音(-),肠鸣音正常。

实验室检查 血常规:白细胞 $5.36 \times 10^9/L$,中性粒细胞 70.7%,淋巴细胞 16.4%,单

核细胞 12.2%,嗜酸性粒细胞 0.5%,嗜碱性粒细胞 0.2%,血红蛋白 128g/L,血小板 $306 \times 10^9/L$;血生化:肝功能、肾功能正常,空腹血糖 9.2mmol/L;尿常规、粪常规、乙肝五项、甲胎蛋白、癌胚抗原均正常。

辅助检查 心电图、胸片均未见异常。

初步诊断 胃食管反流病?

诊治经过 入院后给予奥美拉唑、多潘立酮药物治疗,症状略缓解,但患者仍有胸骨后疼痛。入院治疗 2 天后行胃镜检查:进镜 28~35cm 食管黏膜见大量白苔,部分白苔可用盐水冲洗掉,白苔行涂片送检查真菌,同时钳取白苔组织行病理切片检查,胃及十二指肠未见明显异常。

临床讨论 本病例特点:①男性,68 岁;②主要表现为上腹痛 1 年余,加重伴胸骨后疼痛 4 天;③无发热,外周血象正常;④胃镜检查见食管白苔。据此,首先应考虑真菌性食管炎,另外需排除食管癌及食管少见的感染性疾病。结合临床表现及胃镜检查所见,考虑以下疾病:真菌性食管炎、食管癌、反流性食管炎等。

真菌性食管炎是由于真菌侵入食管黏膜引起的一种假膜性炎症,临床表现为不同程度的吞咽疼痛和吞咽困难等症状,真菌性食管炎多见于以下人群:①肿瘤患者,尤其是晚期肿瘤,并接受放射治疗或抗肿瘤药物治疗者;②长期接受抗生素或激素治疗者;③某些慢性病,如糖尿病或再生障碍性贫血患者;④反流性食管炎,食管黏膜有明显糜烂或溃疡者;⑤艾滋病或艾滋病病毒携带者等免疫缺陷性疾病者。

食管癌的特征性临床表现是进行性吞咽困难,早期可表现为吞咽时胸骨后烧灼感、针刺样或牵拉样痛。内镜检查可见食管内占位病变,多为隆起型,少部分可表现为溃疡型,病理检查可确诊。该患者胃镜检查所见食管癌的可能性小。首先考虑真菌性食管炎,其次考虑反流性食管炎。

反流性食管炎是由多种因素造成的消化道动力障碍性疾病,反流性食管炎是食管抗反流防御机制下降和反流物对食管黏膜攻击作用的结果。临床表现为反酸和烧心,吞咽困难和吞咽痛、胸骨后不适或疼痛,可并发上消化道出血、食管狭窄、Barrett 食管。内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法,可见食管中下段黏膜纵行充血水肿、糜烂,有时可合并食管裂孔疝。

根据现有资料,有些疑点无法解释:①患者上腹部疼痛 1 年,近 4 天加重且伴有胸骨后不适,单纯用真菌性食管炎不能完全解释。②患者年龄较大,需排除腹部恶性肿瘤,尤其是胰腺肿瘤。需尽快行腹部 CT 及血清胰腺肿瘤标记物检查。

患者有糖尿病,存在真菌感染的易患因素,可行抗真菌治疗,同时积极寻找引起食管真菌感染的其他原因。如长期大剂量应用抗生素、激素、免疫抑制剂,恶性肿瘤、艾滋病等。

根据上述资料讨论与分析意见后,行腹部 CT 检查及胰腺肿瘤标记物检查未见明显异常,患者口服制真菌素治疗 3 天,胸骨后不适减轻。查艾滋病抗体为阴性,1 周后复查胃镜见食管黏膜白苔消失,症状缓解出院。

最后诊断 1. 真菌性食管炎 2. 糖尿病

经验教训与总结 食管真菌感染是引起食管炎症的主要原因之一,其中以白色念珠菌感染最为多见,占感染性食管炎的 40%~50%,其发生取决于人体对真菌的易感性、防御力和真菌的侵袭力,在某些情况下,如癌症晚期、艾滋病、大剂量激素和免疫抑制剂治疗、老年

病患者、放化疗后等免疫力低下均可使食管感染真菌的机会增加,而长期大剂量使用抗生素、抑制胃酸分泌的药物、高血糖可促使真菌繁殖。临床上常见症状为吞咽困难(46.15%),胸骨后灼热感(28.21%),吞咽疼痛、进食固体食物加重(16.24%),恶心呕吐(5.98%),个别病例还可以出现呕血、厌食等症状。症状持续时间多数较短,常为数天或数月,少数可达数年。溃疡和假膜是特征性病理改变,典型表现为黏膜上皮被覆乳白色假膜斑块,假膜剥脱后则呈现出充血水肿的黏膜面或糜烂面或局限性表浅溃疡。有经验的医生根据典型的镜下表现,结合病史可诊断,不必等待病理结果,即予抗真菌治疗。

由此病例,我们总结以下体会:①糖尿病患者因血糖高于正常,为条件致病菌的生长提供了条件;②真菌性食管炎也见于合并艾滋病感染的患者,如疑诊为真菌性食管炎,需行艾滋病抗体检查,排除艾滋病;③抗真菌治疗是真菌性食管炎的有效治疗措施。

参考文献

1. Miller CD, Lomaestro BW, Park S, et al. Progressive esophagitis caused by *Candida albicans* with reduced susceptibility to caspofungin. *Pharmacotherapy*, 2006, 26(6): 877-880.
2. Laverdiere M, Lalonde RG, Baril JG, et al. Progressive loss of echinocandin activity following prolonged use for treatment of *Candida albicans* oesophagitis. *J Antimicrob Chemother*, 2006, 57(4): 705-708.
3. Villanueva A, Gotuzzo E, Arathoon EG, et al. A randomized double-blind study of caspofungin versus fluconazole for the treatment of esophageal candidiasis. *Am J Med*, 2002, 113(4): 294-299.

(崔俊 杨冬华)

第3例

——睾丸精原细胞瘤治疗5年,间断性干咳4年,伴烧心

一般资料 性别:男 年龄:47岁 职业:高级管理人员

主诉 精原细胞瘤治疗5年,间断性干咳4年,伴烧心

现病史和诊治经过 患者5年前诊断为左侧睾丸精原细胞瘤,手术切除了左侧睾丸,当时无淋巴结转移和血管浸润的证据,切除的边缘、附睾和精索无肿瘤。口服造影剂后作胸部CT见前心包膜稍微增厚,无肺门和纵隔淋巴结肿大,双肺和胸膜正常。口服造影剂后作腹腔和盆腔CT以及淋巴管造影术,未发现肿瘤转移的证据。进行全面系统的体检,包括残留的睾丸,未发现异常;体重102.7kg。测定人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)和甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)正常。1个月后对髂、主动脉旁、腔静脉旁淋巴结进行放疗(总剂量2970cGy)。治疗期间出现间断性恶心,服用丙氯拉嗪可控制,还出现烧心、服用制酸剂可部分缓解。

放疗1年后随访,患者诉干咳;拍胸片无异常。精原细胞瘤治疗后2年复诊,口服造影剂作腹盆腔CT未见异常。33个月后,诉双腿疼痛水肿,发作性劳力性呼吸困难;体检踝部水肿(++),余无异常。双下肢超声无深静脉血栓的证据;核素肺通气/灌注扫描提示肺栓

塞的可能性小;血尿常规、尿素氮、肌酐、糖、总胆红素和结合胆红素、白蛋白、天冬氨酸转移酶、丙氨酸转移酶和乳酸脱氢酶等正常;HCG 和 AFP 正常。

9 个月后,因左眉上方皮肤微痛、压痛性脓疱疹就诊,怀疑带状疱疹(herpes zoster),给予阿昔洛韦口服;16 天后,拍胸片在肺左下叶边缘新发现模糊的肿块样病灶、直径 3.2cm;3 天后作胸部 CT 平扫,见肺野外带多个阴影、呈片状毛玻璃样改变,其中左下叶一个为环状阴影、2.8cm×2.2cm,与胸片所见符合;未见特异性心包增厚;无纵隔或肺门淋巴结肿大,也没有其他病变的证据。

3 天后,接诊医师询问出患者有大约 2 年的间断性干咳病史,近期无呼吸困难;体检双肺呼吸音清晰,无踝部水肿,皮肤病灶清晰可见。复查 CT(没有静脉注射造影剂),见肺外周多个毛玻璃样结节性阴影、与 6 天 CT 所见无变化,左下肺最大的肿块仍可见,与前次 CT 比较稍透亮;在右下叶和肺叶大裂隙可见 2 个新结节、直径 2mm 和 4mm,怀疑有转移。由于患者 2 天后要出差,并且最大的病灶有好转,没有作 CT 引导下穿刺活检。

3 周后复查 CT(没有静脉注射造影剂),见全肺的多个结节增大,左下叶的毛玻璃样结节增大到 4.2cm×2.6cm,右下叶的结节从 4mm 增大到 6mm。2 周后,注射¹⁸F-氟脱氧葡萄糖后作正电子发射断层扫描(positron-emission tomographic, PET),没有发现近期 CT 所见的多个病灶有异常摄取。鉴于结节病灶的表现差异大、并且 PET 扫描无异常,没有必要立即作穿刺活检。

2 个月后又一次作胸部 CT,仍见双肺外周多个结节样阴影,数个缓解,但多数增大,另外可见多个新病灶。同一天作上消化道和小肠气钡双重造影,见正常肠-气型,食管、胃和近端小肠黏膜正常;食管原发性蠕动波稍减弱,伴钡剂残留和继发性收缩;胸廓入口处可见严重胃食管反流的证据,无食管裂孔疝。对左下肺外带的结节作细针穿刺活检,无转移癌的证据;可见机化纤维、反应性支气管上皮细胞、组织细胞和淋巴细胞;细胞学检查未发现恶性肿瘤细胞。

患者仍有烧心感,口服奥美拉唑有好转。体重稳定,体检无异常。奥美拉唑更换为兰索拉唑治疗。

4 个月后复查 CT,肺部结节和肺野外带的阴影和以前比较稍透亮,呈轻微的毛玻璃样改变;少数几个稍增大;又可见多个类似的新病灶;无淋巴结肿大和胸膜炎的证据。HCG 正常。再过了 4 个月,有一次胸部 CT 见双肺多个新发的不规则阴影;左下肺的阴影比最近一次 CT 所见增大;无淋巴结肿大和骨病的证据。再 5 个月后 CT 仍见此消彼长的肺外周结节阴影。

2 个月后患者诉自从服用兰索拉唑后,反流症状明显改善、但没有消失;体重稳定。再次作 CT(未注射造影剂)仍见一些结节阴影好转、另一些增大,未见新发病灶;心包膜轻度增厚;无淋巴结肿大或骨病的证据。

个人史、既往史、家族史 患者是高级管理人员,中量饮酒,不吸烟。有脊柱侧凸病史,16 年前用哈灵通棒矫正治疗。唯一的有的症状是严重反复发作的烧心感。其哥哥和母亲都患肾癌,并都只接受手术治疗;患者母亲还患乳腺癌;祖父患胃癌,外祖母患多处转移癌(未发现原发病灶)。妻子和小孩身体健康。

初步诊断 1. 闭塞性细支气管炎,继发于胃食管反流病 2. 嗜酸性肉芽肿? 3. 需排除精原细胞瘤复发并肺转移

临床讨论与分析 患者的主要特点:①47岁男性;②精原细胞瘤治疗5年,间断性干咳4年,伴烧心;③CT见肺部此消彼长的结节阴影,针刺活检及细胞学检查无癌的证据;肺部淋巴结无肿大;④抑酸药可缓解反流症状,但症状未消失;⑤实验室检查无异常;⑥体重无变化。

患者18个月前作后前位和侧位胸片见脊柱哈灵通棒;左下肺可见外周结节阴影,侧位平片中与脊柱重叠。胸部CT平扫见前心包膜稍增厚,纵隔淋巴结无肿大;肺外周可见数个阴影;在主动脉弓水平见多个胸膜下结节阴影,一些呈毛玻璃样改变;在肺底,左下肺见一较大毛玻璃样病灶、边缘呈增厚的不规则密度增高,无空洞形成,无胸膜渗出的证据。9天后上肺的病灶无变化,无新病灶,左下肺病灶增大,边缘稍变薄。

3周后胸部CT见上叶病灶无改变,左下肺病灶稍增大,但阴影密度稍减低。PET扫描见这些肺实质病灶无异常摄取。此次会诊前5个月和2个月的CT扫描见肺实质外周多个结节样病灶,一些为圆形边缘密度稍高的病灶、未形成空洞;每次检查这些病灶此消彼长,一些病灶变小甚至消失,周期性的出现新的病灶然后又变小。

肺部结节的鉴别诊断范围很广。患者的病史、临床表现和影像学所见可明显缩小鉴别的范围。首先,患者的病程和放射学所见不符合肺部感染的表现,需要考虑其他病因:

1. 恶性肿瘤 患者5年前患精原细胞瘤,近期出现肺部结节,应该考虑原发性精原细胞瘤复发伴转移。I期精原细胞瘤手术和放疗的患者,约3%复发,多数病例在诊断和治疗后2~3年内复发。但也有延迟复发或转移的病例,甚至30年以后复发或转移的病例报道。精原细胞瘤最常转移到主动脉旁淋巴结,也会转移到肺、脑和肝。对侧睾丸发生癌的危险性增加,从这一肿瘤转移也有可能。但体检和实验室检查排除了对侧睾丸患第2原发精原细胞瘤。

接受精原细胞瘤放疗的患者在照射野内和照射野外出现第2癌的危险也明显增加。一项29000例睾丸肿瘤的病例研究发现,接受睾丸切除术和放疗后5~10年内,膀胱癌、小肠癌、淋巴瘤的发病率明显增加,但肺癌无增加;非霍奇金淋巴瘤的发病危险也增加,但不一定与治疗有关。淋巴瘤样肉芽肿被认为是与Epstein-Barr病毒有关的一种低度恶性的非霍奇金淋巴瘤,特点就是此消彼长的肺部结节(表1-1)。肺外肿瘤的癌栓伴随梗死和出血也有可能。然而,考虑到结节的数量、这种此消彼长的病灶无进行性加重、缺乏临床症状、无第2癌的证据以及PET扫描无异常等表现,可以判断该患者的病程和影像学所见不符合恶性肿瘤的发病过程。

表1-1 此消彼长肺部结节的病因

1. 感染	嗜酸性肉芽肿
真菌、细菌、病毒、分枝杆菌	韦格内肉芽肿
2. 恶性肿瘤	类风湿关节炎
精原细胞瘤转移(原发或第2原发)	系统性硬化症
继发性,非精原细胞瘤	过敏性肺炎
转移癌	肺尘埃沉着症
淋巴瘤	闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎
癌栓	4. 血管
淋巴瘤样肉芽肿	肺栓塞
3. 炎症、自身免疫性和环境	
结节病	

2. 肺部结节的非感染、非恶性肿瘤性病因 有报道精原细胞瘤确诊时或随访期间并发结节病。有报道男性接受睾丸肿瘤治疗者结节病的发病危险是无睾丸肿瘤并治疗者的 100 倍;但作者也指出由于肿瘤患者比普通人群更频繁的接受监测,该结论有偏倚。这种多系统慢性肉芽肿病以非干酪样肉芽肿为特征,可累及任何组织,但以累及纵隔、肺门淋巴结和肺最常见;通常在 20~40 岁发病,多数无症状。未经治疗,这种结节病的病灶可此起彼伏,常见自然缓解。多数合并精原细胞瘤的结节病也引起淋巴结肿大,胸片或胸部 CT 可以发现。另外浸润往往累及支气管血管束,也罕见大于 1cm 的结节。因此患者的影像学所见不符合典型的结节病表现。

嗜酸性肉芽肿(肺朗格罕细胞组织细胞增多症)、韦格内肉芽肿(Wegener granulomatosis)或肺变应性肉芽肿与血管炎(Churg-Straus disease)表现为双侧此起彼伏的肺部结节、呈毛玻璃样改变。这些嗜酸性粒细胞性肉芽肿常发生在 20~40 岁,90%以上的患者吸烟;主要累及中、上肺野,结节病灶直径常小于 5mm,伴随薄壁的囊性改变。该患者不吸烟,胸部 CT 无囊性病灶,结节性阴影主要弥漫性分布在肺外周和下肺野,这些表现不符合嗜酸性肉芽肿的特点。

韦格内肉芽肿是多系统疾病,以广泛的小血管炎和进行性坏死性肉芽肿为基本特征。确诊的平均年龄为 40~55 岁。胸部影像学检查证实肺部受累者,多达 34%的患者无症状。胸部 CT 扫描可见双肺多发性结节或肿块、直径可达 3cm。虽然韦格内肉芽肿能只局限在肺部,但常伴随上呼吸道疾病和肾病。另外未经治疗的韦格内肉芽肿呈进行性发展、预后差,平均生存时间为 5 个月。该患者无肾病的表现,临床表现稳定,因此可排除韦格内肉芽肿。

肺变应性肉芽肿与血管炎是多系统受累的疾病,以哮喘、过敏性鼻炎外周血嗜酸性粒细胞增高为特点。患者的临床表现与之不符合。

类风湿性关节炎可伴发肺部结节,当关节炎缓解时肺部病灶可自行消失;进行性系统性硬化症也可见胸膜下毛玻璃样阴影和结节。然而类风湿性关节炎的肺部结节常形成空洞,患者肺部结节没有这种表现。另外没有相关病史,体检也没有类风湿性关节炎或系统性硬化症的体征。

慢性过敏性肺炎和肺尘埃沉着症在胸片和 CT 上可见多发性肺部结节。但患者没有过敏的全身症状,不是过敏体质,没有服用过药物;也没有职业或环境暴露史;因此可以排除。

慢性复发性肺栓塞、脓毒性肺栓塞或血源性肿瘤转移(瘤栓)伴出血能引起短暂的结节性浸润和毛玻璃样阴影。但是作核素肺通气/灌注扫描无栓塞的证据,也没有急性感染或原发性肿瘤的临床表现,因此可以排除这些情况。

3. 闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎(bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia, BOOP) 组织学特征为肉芽组织闭塞小气道(闭塞性细支气管炎)、伴随较多机化渗出物累及细支气管、肺泡管和肺泡,是对肺损伤的一种常见非特异性反应。可见于可累及肺实质的多种疾病(表 1-2),多数患者病因不明。男性和女性发病率无差别,平均发病年龄为 40~60 岁,常为亚急性起病,发病过程从数周到数月。一些患者发病前有呼吸道感染史。典型表现为症状较轻,慢性干咳,劳力性呼吸困难;肺部听诊可闻及双肺底吸气相湿啰音,吸气中期也可闻及吱吱音,罕见哮鸣音;体检也可无异常。