



华夏英才基金学术文库

王俊 主编

胸外科疑难病例 诊疗分析精粹



北京大学医学出版社

主编 王健

胸外科疑难病例 诊疗分析精粹

■ 华夏英才基金学术文库

胸外科疑难病例 诊疗分析精粹

王 俊 主编

北京大学医学出版社

2010

图书在版编目(CIP)数据

胸外科疑难病例诊疗分析精粹 / 王俊主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2010

华夏英才基金学术文库

ISBN 978-7-81116-891-4

I. ①胸… II. ①王… III. ①胸腔外科学—疑难病—病例—分析 IV. ①R655

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第017967号

胸外科疑难病例诊疗分析精粹

主 编: 王 俊

出版发行: 北京大学医学出版社(电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京圣彩虹制版印刷技术有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 陈 然 责任校对: 杜 悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 889mm × 1194mm 1/16 印张: 16.5 字数: 482千字

版 次: 2010年5月第1版 2010年5月第1次印刷 印数: 1-2000册

书 号: ISBN 978-7-81116-891-4

定 价: 168.00元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

胸部解剖结构的重要性和复杂性使一些胸外科疾病的诊断和处理相对比较困难,常成为临床工作中的疑点和难点。近年来,随着外科技术的发展及相关学科的进步,尤其是以胸腔镜为代表的胸部微创手术的应用和普及,胸外科正掀起一场全面的手术技术革命,各种新理论、新技术、新方法层出不穷。这些均为疑难病例的诊断和治疗提供了更为有效和安全的技术保障。

纵观目前国内外已出版的胸外科专著,多是从不同角度讲述胸外科的基本知识、基本理论和相关技术,而具体针对临床实际工作中一些复杂、疑难和罕见病例的诊疗进行详细分析的专著尚不多见。北京大学人民医院胸外科暨胸部微创中心是国内开展各种胸外科新技术种类最全、技术最先进、经验最丰富的医疗中心之一,承担着来自北京乃至全国各地的疑难病患的诊治任务,积累了大量罕见病例和疑难病例。本书的编撰以此为基础和切入点,通过真实而系统地再现这些疑难病例的诊疗过程,总结分析每一病例的特点和经验教训,与同道们分享我们的得失体会,同时以点评的形式阐述国际上对相关疾病和技术的最新认识和观点,以期共同提高临床诊治水平。对于本专业的广大临床医生,尤其是年轻医生,该书将是一本启迪临床思维、开拓诊疗视野、更新学科知识的难得教材。

本书共分为肺部良性疾病、肺部恶性疾病、食管疾病、自主神经及胸膜胸壁疾病、纵隔及膈肌疾病、气管支气管疾病6个章节,以我科临床病例资料库为基础,精选出一批具有代表性的疑难病例,力求覆盖本学科大部分病种。针对每一病案的特殊性,有重点地再现其诊断和治疗的全过程。每个案例均包括病史简介、诊疗经过、病例特点分析以及经验总结和专家点评,力求达到分析解决临床疑难问题、总结经验教训的编写宗旨。文中配以大量影像学、手术、标本或病理图片,内容新颖、文字精练、图文并茂。本书的问世,将为胸外科、呼吸科、肿瘤科以及相关学科的同道们提供接触和认识大量罕见和疑难胸外科病例的机会,同时也为医学教育提供丰富的临床案例。

在本书编写过程中,北京大学人民医院病理科沈丹华教授和放射科杜湘柯教授及其同人给予了无私的帮助,各位编者都付出了艰辛的劳动。另外,本书的出版得到了华夏英才基金的资助,在此一并感谢。

由于我们水平有限,加之时间仓促,错漏之处在所难免,敬请读者批评指正。

王 俊

2009年10月于北京

目 录

第一章 肺部良性疾病	1
病例 1 肺曲霉菌病	2
病例 2 肺部隐球菌感染	6
病例 3 肺结核瘤伴气胸	10
病例 4 肺胸膜纤维瘤	14
病例 5 巨大肺硬化性血管瘤	18
病例 6 儿童肺炎性假瘤	22
病例 7 肺炎症性肌纤维母细胞瘤误诊血管瘤	26
病例 8 肺血管畸形	30
病例 9 肺隔离症	34
病例 10 巨型肺大疱	38
病例 11 弥漫性肺气肿	42
第二章 肺部恶性疾病	49
病例 1 原发性肺血管肉瘤	50
病例 2 胸腔 Askin 瘤	54
病例 3 心包内全肺切除术后心脏瘤	58
病例 4 成人型胸膜肺母细胞瘤	62
病例 5 原发肺化学感受器瘤	66
病例 6 周围型小细胞肺癌伴胸膜转移	71
病例 7 周围型肺癌胸膜种植转移	75
病例 8 右肺下叶鳞癌伴胸腔积液、锁骨上淋巴结肿大	80
病例 9 右肺下叶腺癌	85
病例 10 右肺上叶癌合并结节病	89
第三章 食管疾病	93
病例 1 贲门癌误诊贲门失弛缓症	94
病例 2 食管动静脉畸形继发食管壁内血肿伴感染	97
病例 3 食管巨大平滑肌瘤	102
病例 4 食管巨大脂肪肉瘤	107

病例 5	贲门部食管平滑肌瘤继发胃食管反流	113
病例 6	食管憩室急性穿孔	117
病例 7	食管双原发癌	122
病例 8	罕见食管炎性假瘤	126
病例 9	IV期贲门失弛缓症的胸腔镜手术	130
病例 10	食管巨大息肉	135
病例 11	贲门失弛缓症继发食管多源癌	138
病例 12	食管憩室继发慢性气管食管瘘	143
病例 13	食管、贲门双原发癌	147
病例 14	贲门胃底恶性间质瘤	151
病例 15	巨大咽食管憩室	155

第四章 自主神经及胸膜胸壁疾病

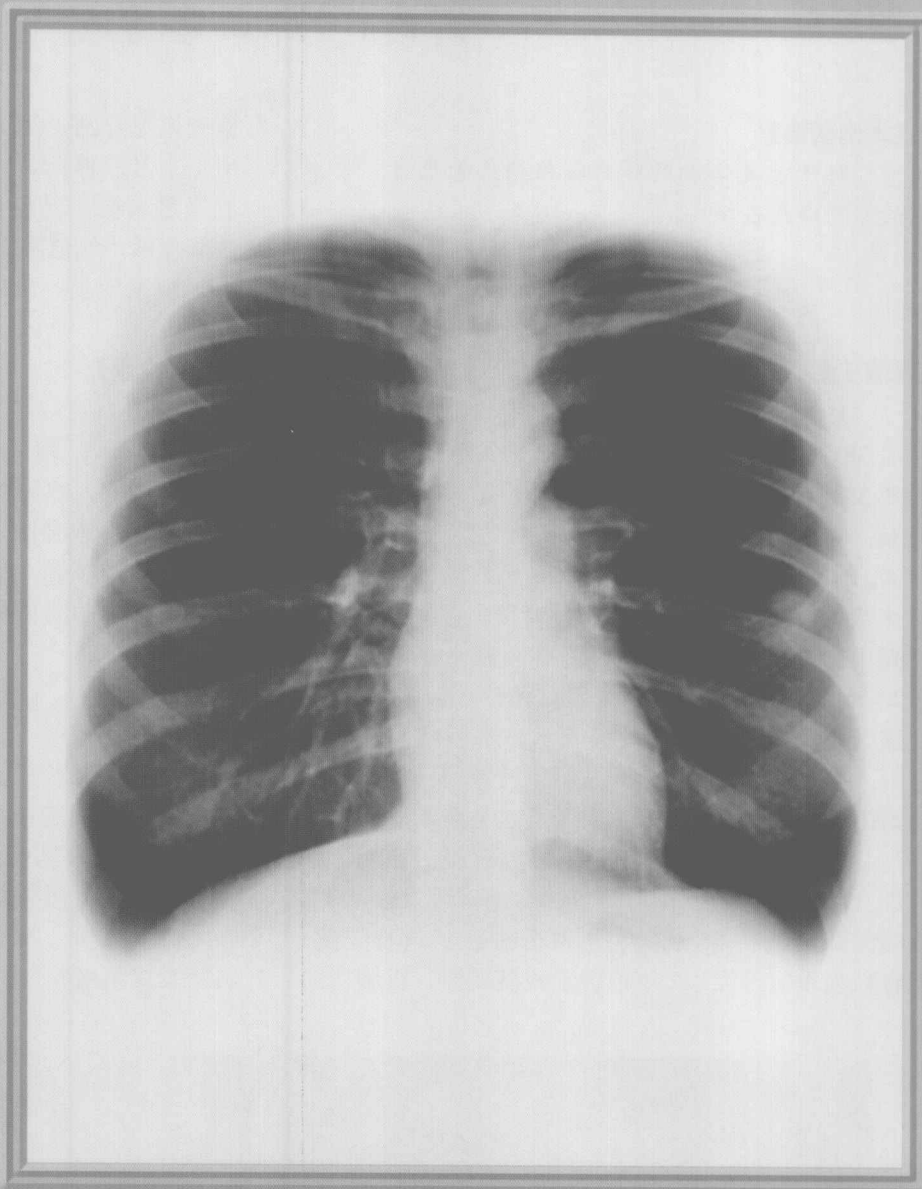
病例 1	原发性手汗症	160
病例 2	长 QT 综合征	163
病例 3	雷诺综合征	167
病例 4	胸骨柄动脉瘤样骨囊肿	170
病例 5	胸壁纤维瘤病	174
病例 6	炎性胸水误诊胸膜转移瘤并恶性胸水	178
病例 7	肋骨孤立性浆细胞瘤	182

第五章 纵隔及膈肌疾病

病例 1	胸部结节病	186
病例 2	纵隔小细胞癌伴 Lambert-Eaton 综合征	190
病例 3	病情特殊的胸腺癌	193
病例 4	纵隔畸胎瘤伴胸膜及支气管瘘	197
病例 5	纵隔巨大淋巴结增生症	201
病例 6	小儿巨大心包囊肿	205
病例 7	膈肌膨出症	209
病例 8	陈旧性创伤性膈疝	212

第六章	气管支气管疾病	217
病例 1	气管错构瘤	218
病例 2	气管平滑肌瘤	221
病例 3	右主支气管外伤后狭窄	224
病例 4	气管腺样囊性癌	229
病例 5	气管腺癌	233
病例 6	气管内多发恶性肿瘤	237
病例 7	食管癌压迫气管	241
病例 8	复杂的气管内异物	245
病例 9	气管内炎症性肌纤维母细胞瘤	248

第一章



肺部良性疾病

病例1 肺曲霉菌病

【本例精要】

对于反复咯血的肺曲霉菌病感染患者，手术治疗可以改善预后。

一、临床资料

【病史】

1. 现病史：患者女性，58岁，主因“间断咯血38年，发现左肺下叶占位1个月”入院。患者38年前无明显诱因出现咽部不适，伴阵发性咳嗽，咯暗红色血块，量约10ml，之后未予特殊诊治。本次入院1个月前胸部CT示右肺支气管扩张伴感染，左肺感染，左肺下叶背段占位。入我院呼吸内科病房治疗。入院后仍有间断咯血，量10~200ml，予垂体后叶素静脉滴注治疗，但效果欠佳。遂予支气管动脉造影及栓塞术。术后咯血症状缓解。根据CT表现，考虑左肺下叶背段占位为肺曲霉菌球可能性大，遂转入胸外科进一步治疗。

2. 既往史：30余年前接触敌敌畏、油烟、香烟、尘土、柳絮、花粉等气味后出现阵发性咳嗽、喘憋，脱离特殊气味后约30分钟症状自行缓解，春秋换季时多发。2年前曾于我院就诊，行肺功能

检查未见异常，给予异丙托溴铵（爱全乐）bid应用1个月后停药。12天前行肺功能检查示通气功能严重减损，以阻塞型为主，残气量增高，弥散功能降低，气道阻力增高，支气管扩张试验阳性。

3. 家族史：患者父亲患有哮喘及慢性阻塞性肺病。

【体格检查】

锁骨上及双腋窝未触及淋巴结。气管居中。胸廓无畸形，胸式呼吸存在，胸壁静脉无曲张。未见桶状胸，双侧肋间隙无增宽。呼吸动度对称，语颤对称，未及胸膜摩擦感。左肺叩诊清音，右下肺可闻及啰音，肺下界位于锁骨中线第6肋间、腋中线第8肋间、肩胛下角线第10肋间。未见杵状指。

【辅助检查】

1. 胸部CT：双肺下叶及右肺上叶可见支气管呈囊状、柱状扩张。左肺下叶背段降主动脉后方可见一薄壁囊腔，大小约为23mm×14mm，腔内见一结节，未见明显强化。影像学诊断（图1-1）考虑肺部曲菌感染可能性大。

2. 痰培养：绿色链球菌属、卡他球菌。痰找真菌及真菌培养为阴性。

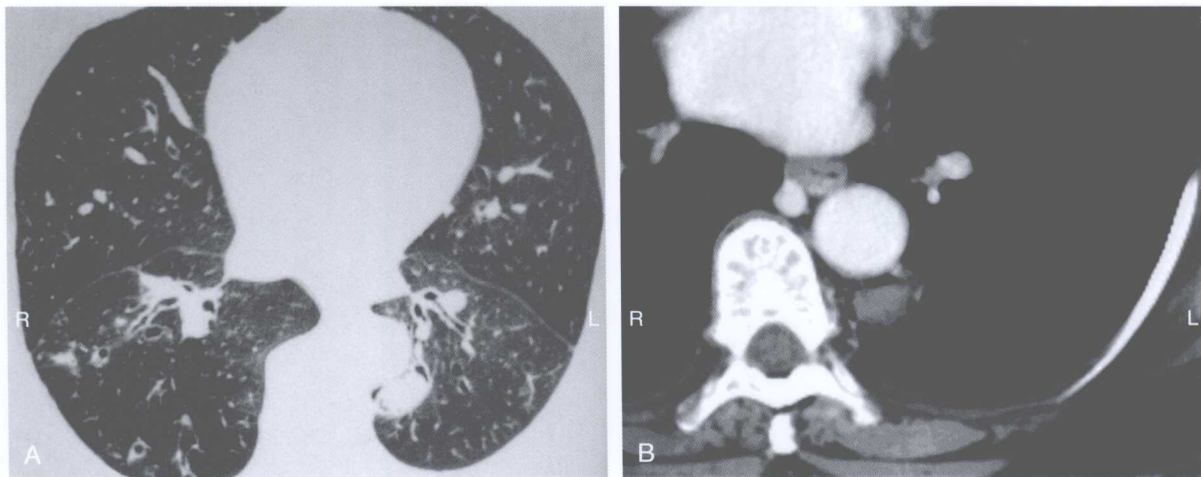


图1-1 胸部CT

A. 肺窗。左肺下叶背段降主动脉后方可见一薄壁囊腔，腔内可见一结节。

B. 纵隔窗。结节增强扫描后未见明显强化。

【初步诊断】

1. 左肺下叶占位：肺曲霉菌病？
2. 支气管哮喘。
3. 支气管扩张症。

二、术前讨论**【病例特点】**

中年女性，主因“间断咯血 38 年，发现左肺下叶占位 1 个月”入院。胸部 CT 提示双肺下叶支气管囊柱状扩张，左肺下叶背段占位，该病灶具有较为典型的肺部曲霉菌感染影像学表现，术前诊断为支气管扩张症伴左肺下叶背段霉菌病。

【诊断与鉴别诊断】

1. 支气管哮喘：患者为中年女性，接触异味后出现阵发性咳嗽、喘憋，脱离特殊气味后约 30 分钟症状自行缓解，春秋换季时多发，12 天前行肺功能检查提示通气功能严重减损，以阻塞型为主，残气量增高，弥散功能降低，气道阻力增高，支气管扩张试验阳性，结合病史及肺功能检查结果可以诊断支气管哮喘。

2. 支气管扩张症：患者为中年女性，长年间断咯血，咯血量为中等量，胸部 CT 提示双肺多发支气管扩张症，故本病诊断明确。

3. 左肺下叶背段占位：患者胸部 CT 可见左肺下叶背段一大小约 23mm × 14mm 的薄壁囊腔，腔内见一结节，考虑该占位的性质可能为：

(1) 肺曲霉菌病：肺部曲菌感染常见于免疫功能低下或者有肺部基础疾病如支气管扩张症病史的患者，可表现为肺部浸润性改变，局部类圆形软组织影，其内可见空洞，并可引起咯血。该患者有长期支气管扩张症病史，合并肺部感染，胸部 CT 可见左下叶背段降主动脉后方可见一薄壁囊腔，腔内见一结节，未见明显强化。根据患者病史、临床症状以及影像学表现，考虑该诊断的可能性大。

(2) 肺结核：本病常有明确的结核接触史，临床上出现咳嗽、咳痰、咯血、食欲缺乏、乏力、盗汗、消瘦、低热等结核中毒症状，胸部影像学有典型结核表现。该患者出现间断咯血，应注意鉴别本

病，但患者无明确接触史，缺乏典型结核中毒症状，影像学不支持结核，基本上可以除外此诊断。

(3) 原发性肺癌：患者为中年女性，出现咳嗽、咳痰、咯血等症状，自觉有时咳嗽音调为高调，应该注意本病可能，但结合其长期间断咯血的病史，且咯血量较多，200ml/d，胸部 CT 所示结节影无明显增强，考虑本病的可能性不大。

【治疗方案与注意点】

该患者有长期支气管扩张症病史，合并肺部感染，手术前应充分进行抗感染治疗以控制肺部感染，尽量减少患者的痰量。手术拟行左肺下叶背段楔形切除，术中行冰冻病理检查以明确诊断。若证实为结核则行抗结核治疗；若为结核杆菌或曲霉菌感染则进行相应的药物治疗。

三、手术及术后恢复情况

入院后 3 天行外科手术——全麻下行左侧开胸左肺下叶楔形切除术。

全麻成功后，患者取右侧卧位，常规消毒、铺单。术中经左侧第 5 肋间保留胸肌小切口进胸，术中探查胸腔内少量膜片状粘连，无明显积液。分离粘连后进一步探查发现左肺下叶背段一大小约 2cm × 2cm 质韧肿物，余肺未见异常。以直线型切割缝合器距肿物边缘约 1cm 处行左肺下叶背段楔形切除（图 1-2）。术中冰冻病理提示炎性病变，不除外真菌感染。以生物蛋白胶封闭加固切缘，无菌生理盐水反复冲洗胸腔，膨肺后检查切缘无漏气，无活动性出血。留置胸腔闭式引流管后关闭胸壁各切口，术毕。手术顺利，术后患者清醒拔除气管插管后安返病房。

患者术后顺利，术后第 3 天拔除胸腔闭式引流管后出院。门诊进一步进行抗真菌治疗，定期随访，至今无复发。

四、最终诊断

1. 左肺下叶曲霉菌感染。

2. 病理诊断：送检肺组织内可见囊壁样成分，被覆假纤毛柱状上皮及鳞状上皮，伴有炎性细胞浸润，其中可见少量真菌。

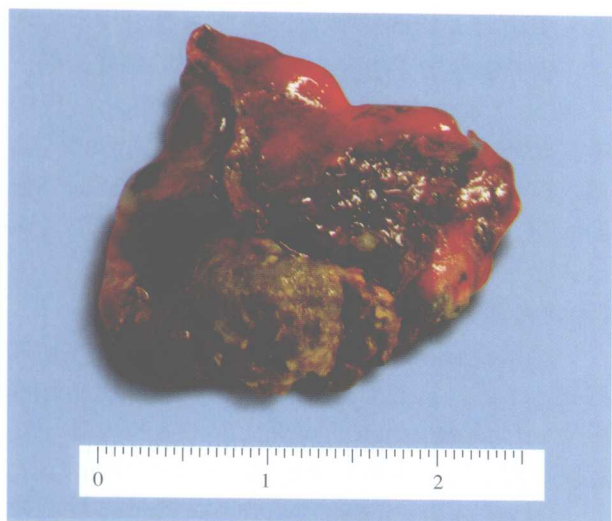


图 1-2 大体标本

囊性肿物，大小约 2.5cm × 1.5cm × 1.5cm。

五、病例特点分析

肺曲霉病多因吸入大量病原体或患有严重疾病、免疫力低下、大量长期应用抗生素时发生。临床上可分为局部寄生型、急性炎症型和变态反应型。其中局部寄生型肺曲霉病多有肺的原发病变，如结核空洞、支气管扩张症、支气管囊肿等。咯血为最主要的症状。该患者具有很典型的支气管扩张症影像学表现（见图 1-1），因此，CT 所显示的左肺下叶背段降主动脉后方之含气新月形囊性占位可以较为容易地诊断为肺曲霉菌球。该患者咯血量较大，最多一次量约 200ml，虽经支气管动脉栓塞治疗后有所好转，但仍有间断咯血，因此该患者手术指征较为明确。该患者曲霉菌球体积不大，周围胸膜腔内粘连以及肺组织病变均不严重，并且患者支气管扩张症临床表现以干性支气管扩张为主，因此手术仅行肺楔形切除术。术后恢复也很顺利，咯血症状消失。

六、专家点评

曲霉菌广泛存在于自然界中，尤其是谷物及谷物有关的制品中，其孢子直径 2.5 ~ 3μm，在空气中飞扬时容易被呼吸道吸入，绝大多数为非致

病菌。正常人可一过性携带曲霉菌，当机体抵抗力下降或病原体大量入侵时即可发病。曲霉菌造成肺实质感染多在吸入大量病原体或患有严重疾病、免疫力低下、大量长期应用抗生素时发生。临床上一般将肺曲霉病分为侵袭性与非侵袭性两大类，其中侵袭性肺曲霉病包括侵袭性肺曲霉病 (IPA) 和慢性坏死性肺曲霉病 (CAN)，非侵袭性肺曲霉病包括肺曲霉菌球和变态反应性支气管肺曲霉病 (ABPA) 两种类型。

肺曲霉病是最为常见的一种肺曲霉菌感染，多发生于先前存在空洞性病变的肺实质中。当曲霉菌在扩张的支气管或结核等形成的空洞内生长时，开始沿洞壁生长，进而菌丝、纤维蛋白、黏液以及坏死组织可在腔内形成球体，球体周围可形成丰富的血管网并可见周围组织的坏死。引起肺曲霉病最常见的菌种为烟曲菌，还有接合菌属和镰刀菌等。多种肺空洞性病变都可合并肺曲霉菌球，如结核、结节病、支气管扩张症、肺囊肿、肺大疱、肿瘤或肺部感染等。由于引流不畅导致了曲霉菌在洞壁内生长，真菌球可以在腔内移动。大部分肺曲霉菌球的体积可以长期保持稳定。

肺曲霉病患者多数无明显症状，症状中最常见的是咯血，原因多为洞壁血管受到侵犯，真菌释放内毒素或真菌球在空洞内滚动对血管结构产生机械刺激所致。由咯血导致的死亡率为 2% ~ 14%。其他症状还包括有咳嗽、呼吸困难以及发热等。肺曲霉病的不良预后因素包括肺部基础疾病的严重程度、病变的大小及数量、免疫抑制的程度、曲霉菌特异性 IgG 滴度、反复大量咯血以及合并结节病或 HIV 感染等。

肺曲霉菌球的诊断一般通过临床和影像学表现并结合血清学和微生物学检查结果即可诊断。典型胸部影像学表现为发生在上叶内的空洞性病变，其内可见球形占位，其周围可见新月形含气影。当患者变换体位时空洞内的真菌球位置可发生变化。当然该影像学表现并非曲霉病的特异性表现，诸如血肿、肿瘤、脓肿、肺包虫病、Wegener 肉芽肿等也可有上述表现。并且肺曲霉病亦可与上述病变共存。肺曲霉菌的痰培养阳性率约 50%。抗曲霉菌 IgG 抗体阳性率很高，但在接受肾上腺皮质激素治疗的患者中可能呈阴性。

对于肺曲霉病的治疗还存在一定争议，有

作者认为只有存在症状的患者才需考虑采取治疗。通过吸入、空洞内或支气管内注射抗真菌药物治疗肺曲霉菌病的尝试均有报道,但病例数量不多且疗效并不确实。CT引导下经皮注射二性霉素B对于肺曲霉菌病可以取得较好的效果,尤其对于咯血的患者,在几天内即可止血。而经静脉使用二性霉素B的疗效并不确切。由于伊曲康唑的组织渗透性很好,口服伊曲康唑可以使约2/3的患者在影像学及症状上获得改善,某些病例甚至达到完全缓解。但由于伊曲康唑的起效缓慢,对于威胁生命的大咯血无效。其他新型唑类药物如伏立康唑等的疗效还有待研究证实。

肺曲霉菌病在临床上可分为单纯型和复杂型。单纯型肺曲霉菌病是指病变为一个薄壁囊肿,周围肺组织病变不明显;复杂型肺曲霉菌病是指病变为一厚壁空洞和(或)合并严重的肺实质和胸膜病变。对复杂型曲霉菌病而言,由于曲霉菌球周围胸膜粘连及肺组织广泛病变等,不仅手术难度大,术后并发症的发生率和死亡率也较单纯型明显增高,手术死亡率约为7%~23%。术后死亡最常见的原因包括严重的肺基础疾病、肺炎、肺水肿、支气管胸膜瘘、急性心肌梗死以及IPA等,故应慎重考虑。Kim等认为虽然复杂型曲霉菌病的术后并发症发生率较高,但与单纯型相比较二者的远期生存率均很好,10年生存率可达80%。Lee等通过比较手术切除与保守治疗肺曲霉菌病的效果后也认为,手术治疗是改善患者预后的因素之一,通过手术切除不仅可以缓解咯血等症状,还可以延长患者的生存期。在急性大咯血时可以考虑行支气管动脉栓塞治疗。对于反复咯血的患者,只要肺功能允许即应该考虑行手术切除肺内空洞及真菌球。手术方式包括肺楔形切除、肺叶切除甚或全肺切除术等,对于肺功能不佳的

患者,可以考虑行空洞切开、曲霉菌球取出+肌瓣填塞手术。

本例患者为中年女性,既往有多年的支气管哮喘和支气管扩张症病史,通过影像学诊断支气管扩张症合并肺曲菌病并无困难。治疗的关键是对肺曲霉菌病手术适应证的掌握,目前尚存争议。一般来讲需要外科介入的曲霉菌病仅限于曲霉菌病和曲霉菌病引起的胸膜病变,对于肺曲霉菌病伴有咯血等症状,且不能除外脓肿或肿瘤时,也是手术适应证之一。

参考文献

- [1] Stevens DA, Kan VL, Judson MA, et al. Practice guidelines for diseases caused by aspergillus. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis, 2000, 30: 696-709.
- [2] Regnard JF, Icard P, Nicolosi M, et al. Aspergilloma: a series of 89 surgical cases. Ann Thorac Surg, 2000, 69: 898-903.
- [3] Kim YT, Kang MC, Sung SW, Kim JH. Good long-term outcomes after surgical treatment of simple and complex pulmonary aspergilloma. Ann Thorac Surg, 2005, 79: 294-298.
- [4] Lee JG, Lee CY, Park IK, et al. Pulmonary aspergilloma: Analysis of prognosis in relation to symptoms and treatment. J Thorac Cardiovasc Surg, 2009, 138:820-825.
- [5] Grima R, Krassas A, Bagan P, et al. Treatment of complicated pulmonary aspergillomas with cavernostomy and muscle flap: interest of concomitant limited thoracoplasty. Eur J Cardiothorac Surg, 2009, 5(7):1-4.

病例2 肺部隐球菌感染

【本例精要】

肺部隐球菌临床诊断困难，经电视胸腔镜明确诊断并行肺叶切除，术后继续给予足够疗程的系统抗真菌药物治疗。

一、临床资料

【病史】

患者男性，46岁，主因“间断咯血10天，发现右肺肿物4天”。于2009年5月11日经门诊以“右肺下叶占位”收入院。患者入院10天前无明显诱因出现咯血，多发生于晨起时，每次约5~10ml，色暗红，伴轻度憋气，无恶心、呕吐、无咳嗽、咳痰、咯血，无发热、盗汗、乏力等不适。4天前外院行胸部CT检查发现右下肺多发异常密度灶。为进一步明确诊断与治疗来我院门诊就诊，以“右肺下叶占位”收入院。患者自发病来精神、食欲、睡眠可，二便如常，体重无明显变化。

【体格检查】

生命体征平稳，皮肤黏膜无黄染、无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大。心腹未见异常。气管居中，胸廓无畸形，胸式呼吸存在，胸壁静脉无曲张，肋间隙稍增宽。双侧呼吸动度对称、语颤正常，未扪及胸膜摩擦感，双肺叩诊清音，双肺呼吸音清，右下肺呼吸音略低，未闻及湿啰音，无胸膜摩擦音。无副癌综合征，未见杵状指、Cushing征、肌无力及肺性骨关节病等。

【辅助检查】

1. 血常规：NE% 72.29%，LY% 19.24%。
2. 尿常规：RBC：16U/L，WBC：25U/L，上皮细胞：1+，黏液丝：4+。
3. 肝肾功能及各项生化检查正常。
4. 乙肝两对半：HbsAg(+)。
5. 电解质：K⁺：3.33mmol/L。
6. 心电图：窦性心律，大致正常。
7. 胸部CT报告：右膈抬高，右肺下叶前基底段近膈肌处可见片状高密度影，内可见支气管充气征，余右肺下叶沿肺纹理走行可见多发小斑片

影及索条影，临近胸膜受牵拉，气管及其分支通畅，纵隔内未见明显肿大淋巴结影，肺动脉主干不宽，心影不大，双侧胸腔未见积液，胸膜未见增厚及钙化。印象：考虑右肺下叶不张合并慢性炎症可能，右膈升高(图1-3)。

8. 肺功能：气道阻力正常，残气量增加。



图1-3 胸部CT

右肺下叶前基底段近膈肌处可见片状高密度影。

9. 经颅多普勒超声：双侧颈动脉系及椎基底动脉系高阻样频谱。

10. 头颅CT、上消化道造影检查未见异常。

11. CSF涂片：可见大量淋巴细胞，散在少量中性粒细胞及红细胞。CSF结核杆菌检测、新型隐球菌检测、病毒检测、真菌检测未见异常。

【初步诊断】

1. 右肺占位：肺癌？
2. 支气管肺炎？

二、术前讨论

患者男性，46岁，10天前无明显诱因出现咯血，多发生于晨起时，每次约5~10ml，色暗红，

伴轻度憋气，无恶心、呕吐，无咳嗽、咳痰、咯血，无发热、盗汗、乏力等不适。4天前外院行胸部CT检查发现右下肺多发异常密度灶。入院查体未见明显异常。入院后患者无明显诱因出现头痛，行头颅MRI及头部TCD检查均未见异常，腰穿结果提示颅内压稍高，余无异常，予以脱水、抗菌治疗后患者头痛无明显改善，再次行MRV检查提示颅内静脉窦血栓形成可能，遂予以抗凝治疗，此后患者头痛较前好转。住院期间患者查生化提示转氨酶升高，予以保肝治疗、停用可能致肝损害药物后患者转氨酶较前下降明显，复查血常规、生化正常。患者入院后监测血糖发现空腹及餐后血糖较高，请内分泌科会诊后予以胰岛素调整血糖，血糖控制尚可。为明确诊断，指导下一步治疗，拟在全麻下行VATS右胸探查、右肺下叶楔形切除术，备保留淋巴结清扫术，根据具体情况决定术式。

肺隐球菌病的治疗包括手术切除和药物治疗。手术治疗具有局部切除彻底、疗程短等优点。胸腔镜手术方式具有创伤小，术后恢复快等优点，在治疗球菌感染方面更具优势。有学者认为，下列情况应积极手术治疗：①经内科正规抗真菌治疗3~6个月后病灶无明显缩小或进行性增大者。②不易与肺部其他疾病相鉴别，尤其不能排除肺癌者。③药物不能控制症状者，如咯血、脓肿、窦道、脓胸等，需外科引流和（或）手术切除以改善症状，提高生活质量。④疑似但诊断不明者，可胸腔镜肺活检协助诊断，特别是周围型病灶。

三、手术及术后恢复情况

入院后行外科手术——经电视胸腔镜右胸探查、粘连松解、右肺下叶切除术。

全麻成功后，患者取左侧卧位，常规消毒、铺单。右侧第7肋间腋中线行胸腔镜切口，右侧第8肋间肩胛下角线，右侧第5肋间腋前线行操作切口。探查胸腔内少量膜状粘连。松解粘连后再次探查，胸腔内无积液，叶间裂分化一般，右肺下叶内多发质硬实性占位，表面胸膜的膨隆呈青色；壁层胸膜及上、中叶探查未见异常。楔形切除占位1枚（图1-4），冰冻回报“未见肿瘤”。因多发占位，全部楔形切除后无法保留下叶功能，

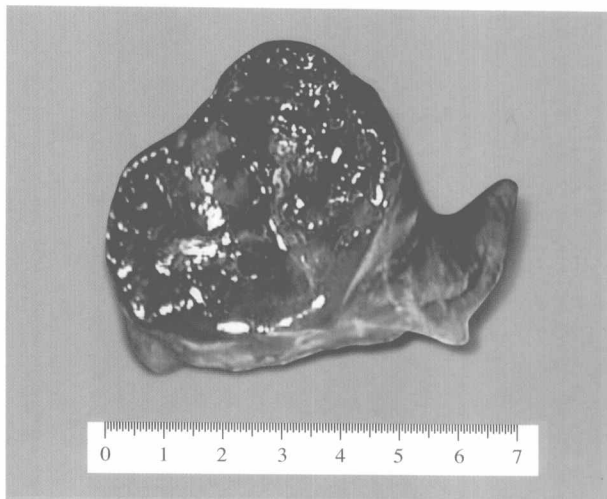


图 1-4 大体标本

右肺下叶楔形切除占位1枚。

向家属交代病情后决定行右肺下叶切除术。

离断下肺韧带，游离下肺静脉。解剖前后肺门。解剖斜裂，显露下叶肺动脉。断不全分化斜裂下段。游离右肺动脉背段支及基底干，内镜切割缝合器离断。断下肺静脉。显露中间段支气管，离断斜裂上段。游离下叶支气管，确认中叶通气良好后沿根部离断。标本离体，标本袋取出。台下剖视标本，右肺下叶内见多发青色实性病灶，无包膜。无菌生理盐水反复冲洗切口及胸腔，加压膨肺检查支气管残端及余肺无漏气出血。严密止血。腋中线切口留置胸引管1根，尖端至胸顶，关胸。

手术顺利，出血150ml。患者脱机拔管后安返病房。术后患者病情平稳出院。定期随访，无复发。

四、最终诊断

1. 肺隐球菌病。
2. 病理诊断：（右肺下叶）肺肉芽肿性炎伴坏死，巨噬细胞胞浆内可见大量病原体，考虑隐球菌感染。特殊染色结果：PAS(+)，抗酸染色(-)（图1-5）。

五、病例特点分析

肺隐球菌病临床表现无特征性，其主要症状

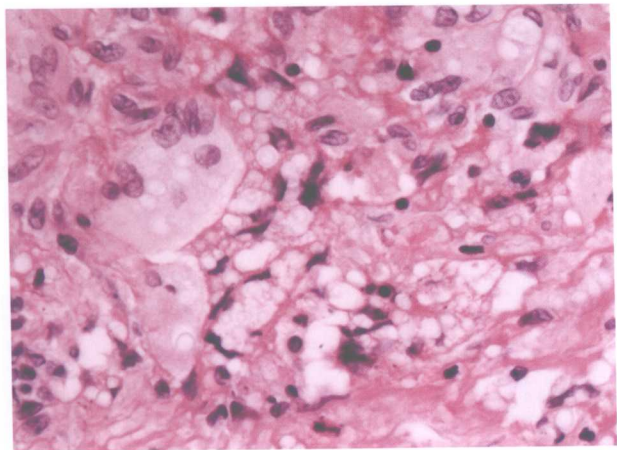


图 1-5 病理图片

细胞质内可见大量病原体，特殊染色 PAS(+)。

有咳嗽、咳痰、发热、胸痛、乏力等，一般来说症状较轻微，但严重时可能出现急性脑膜炎的表现。本病例虽出现急性脑膜炎症状，但脑脊液相关检查并未提供隐球菌感染证据。

本病胸部影像学改变可有分叶、毛刺征，孤立性病变与肺癌不易鉴别，多发性病变易误诊为转移性肿瘤，但以胸膜为基底，结节多位于胸膜下或肺外带是肺隐球菌病的特征。肺孤立性斑片状、结节状、团块状软组织病灶，CT 征象不典型时，应考虑肺隐球菌病的可能。据文献报道，中年患者伴轻微咳嗽、发热、胸痛，胸部 X 线发现肺阴影而无转移及恶病质（恶液质）表现，尤其有慢性病史和（或）长期免疫抑制剂或细胞毒药物应用史时，应考虑本病的可能。在各种组织标本中找到或培养有隐球菌生长，即能确诊本病，但痰、胸液标本中检出率较低。对病变靠近胸膜者，可尝试经皮肺穿刺活检的方法，但取材太小，造成诊断困难，阴性结果不能排除肺隐球菌病。多数病例仍需要开胸活检。本病例胸部 CT 表现为炎症浸润改变，与肺结核及肺炎难以区分。术前难以通过相关临床症状及辅助检查确诊，最终依靠术后病理诊断。

六、专家点评

新型隐球菌广泛分布于自然界，在鸽子或禽类排泄物污染的土壤和灰尘中大量存在。肺隐球

菌病主要是由新型隐球菌感染引起的一种较少见的肺部真菌病。免疫功能正常宿主的肺隐球菌病的年发病率约为 0.4/10 万~0.9/10 万，而免疫功能损害者，尤其是感染者年发病率约为 6%~10%。本病常发生于成年人，男性多于女性。长期应用抗生素、糖皮质激素和免疫抑制剂的患者可能是该病的易感人群。原发性肺隐球菌病可无临床症状，或只有低热、盗汗、乏力、体重下降、嗜睡等非特异性全身症状和咳嗽、咳痰、痰中带血、胸痛等呼吸道症状，但严重时也可出现急性脑膜炎的表现。

原发性肺隐球菌病的 X 线与 CT 影像表现多种多样，无特异性。可发生在肺部任何部位，但病变分布主要表现为以下肺为主，如为单发性结节或肿块，可大小不等，形态不规则，部分可有厚壁空洞，往往有分叶及毛刺，常误诊为肺癌；如为双肺分布的粟粒状阴影，易与转移癌、粟粒性结核、结节病相混淆；如为炎症浸润病变，表现为片状渗出阴影，常误诊为肺炎或浸润性结核。肺门淋巴结肿大比较常见，出现空洞、纤维化、钙化比较少见，累及胸膜者可有胸腔积液和胸膜增厚的征象。

鉴于该病临床诊断困难，对于中年男性，有不明原因的慢性咳嗽、发热、胸痛等症状；胸部 X 线及 CT 常表现为孤立性结节状阴影，但无转移和恶病质表现；特别是有长期应用免疫抑制剂、细胞毒药物以及有慢性病病史的患者，应警惕本病的可能。应积极寻找病原学证据，标本来源主要有痰、胸液、支气管镜刷检、支气管肺泡灌洗液等，也可通过经纤维支气管镜肺活检 (TBLB)、经皮肺活检和开胸肺活检等提取病理标本。但确诊主要还是靠术后病理诊断，其特征性表现为新生隐球菌肉芽肿，与周围组织界限较清，多核巨细胞内可见圆形或椭圆形的空泡状隐球菌。

肺隐球菌病的治疗包括药物和手术治疗。手术治疗具有局部切除彻底、疗程短等优点。尤其是不能明确诊断时，更应手术治疗。胸腔镜手术具有创伤小、术后恢复快等优点，在治疗肺隐球菌病上极具优势。手术方式尽量采取肺叶切除，避免部分切除，减少病灶扩散可能。术中操作应避免对病灶挤压，不宜过多翻动病灶，以防病灶破溃，术中常规应用生理盐水和新霉素冲洗胸腔，

以减少术后脓胸、术后复发和术后播散的可能。

肺隐球菌病对治疗反应好, 往往预后佳, 特别是免疫功能正常的原发性肺部隐球菌肺炎患者一般预后良好。但术后应辅以药物治疗, 以减少全身播散的机会。有文献报道手术切除的肺隐球菌病患者, 不采用术后抗真菌治疗, 1年后易出现隐球菌性脑膜炎。因此, 对于肺部隐球菌病, 一旦确诊, 即使当时未出现中枢感染的症状, 也必须进行脑脊液的常规检查, 并在手术后给予足够疗程的系统抗真菌药物治疗, 以免转化为隐球菌性脑膜炎。其中二性霉素 B 效果最为肯定, 尤其是在重症病例中, 但其毒性大。而氟康唑的疗效也较为确切, 而且毒性较小, 可作为治疗肺隐球菌病的常规用药。术后氟康唑 200mg/d, 静脉滴注, 疗程 7d; 然后氟康唑 200~400mg/d, 口服 6~12 个月, 必要时联合使用二性霉素 B。

参考文献

- [1] 于洪志, 吴琦. 国内肺隐球菌病临床资料汇总分析. 西南军医, 2009, 11(4):606-608.
- [2] Lam CL, Lam WK, Wong Y, et al. Pulmonary cryptococcosis: A case report and review of the Asian-Pacific experience. *Respirology*, 2001,6:351-355.
- [3] Jarvis JN, Harrison TS. Pulmonary Cryptococcosis. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*, 2008, 29: 141-150.
- [4] Hung MS, Tsai YH, Lee CH, et al. Pulmonary cryptococcosis: Clinical, radiographical and serological markers of dissemination. *Respirology*, 2008, 13(2):247-251.
- [5] 徐作军. 肺隐球菌感染的诊断和治疗. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(5): 295-296.
- [6] 刘明, 姜格宁. 肺隐球菌病的外科治疗. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(5): 307-309.
- [7] Saag MS, Graybill RJ, Larsen RA, et al. Practice guidelines for the management of cryptococcal disease. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis*, 2000, 30: 710-718.