

# 临床不合理诊疗 案例分析

熊 娟◎编著

云南出版集团公司  
云南科技出版社

# 临床不合理诊疗案例分析

熊 娟 编著

云南出版集团公司  
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床不合理诊疗案例分析 / 熊娟编著. -- 昆明: 云南科技出版社, 2014.6

ISBN 978-7-5416-8176-9

I. ①临… II. ①熊… III. ①误诊—病案—分析  
IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 133920 号

责任编辑: 欧阳鹏

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 10.25 字数: 300 千字

2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷

定价: 61.50 元

# 目 录

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 第一篇 内科不合理诊疗案例分析.....     | 1  |
| 第一章 呼吸内科 .....           | 2  |
| 第一节 气管和支气管异物 .....       | 2  |
| 第二节 肺 结 核.....           | 6  |
| 第三节 慢性阻塞性肺病合并自发性气胸 ..... | 14 |
| 第四节 肺间质疾病 .....          | 18 |
| 第五节 肺 栓 塞.....           | 23 |
| 第二章 心 内 科.....           | 30 |
| 第一节 急性心肌梗死.....          | 30 |
| 第二节 主动脉夹层 .....          | 36 |
| 第三节 心律失常 .....           | 41 |
| 第四节 心 肌 病.....           | 47 |
| 第五节 心血管神经官能症 .....       | 53 |
| 第三章 消化内科 .....           | 57 |
| 第一节 有消化道症状的非消化道疾病 .....  | 57 |
| 第二节 消化性溃疡 .....          | 66 |
| 第三节 肝脏疾病 .....           | 69 |
| 第四节 克罗恩病 .....           | 77 |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 第四章 神经内科 .....           | 90  |
| 第一节 格林 - 巴利综合征 .....     | 90  |
| 第二节 脑梗死 .....            | 95  |
| 第三节 癫痫 .....             | 101 |
| 第五章 肿瘤科 .....            | 107 |
| 第一节 肿瘤绪论 .....           | 107 |
| 第二节 肺癌 .....             | 113 |
| 第二篇 外科不合理诊疗案例分析 .....    | 120 |
| 第一章 急腹症 .....            | 121 |
| 第一节 急腹症概述 .....          | 121 |
| 第二节 急性阑尾炎 .....          | 124 |
| 第三节 急性胰腺炎 .....          | 131 |
| 第二章 美容整形外科 .....         | 137 |
| 第一节 黑色素瘤 .....           | 137 |
| 第二节 脂肪瘤 .....            | 146 |
| 第三篇 妇科不合理诊疗案例分析 .....    | 152 |
| 第一章 妇科急腹症 .....          | 153 |
| 第二章 异位妊娠 .....           | 158 |
| 第三章 羊水栓塞 .....           | 171 |
| 第四篇 儿科不合理诊疗案例分析 .....    | 177 |
| 第一章 儿科疾病误诊误治概述 .....     | 178 |
| 第二章 新生儿疾病误诊误治病例与分析 ..... | 182 |
| 第三章 儿科疾病误诊误治病例与分析 .....  | 188 |
| 第五篇 老年医学科不合理诊疗案例分析 ..... | 202 |
| 第一章 老年疾病与不合理诊疗 .....     | 203 |
| 第二章 老年疾病不合理诊疗病例与分析 ..... | 210 |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 第六篇 实验室检查谬误与防范.....    | 220 |
| 第一章 检验所致误诊误治病例分析.....  | 221 |
| 第二章 前标本因素对检验结果的影响..... | 231 |
| 第七篇 影像学检查谬误与防范.....    | 234 |
| 第一章 影像学致误诊误治概述.....    | 235 |
| 第二章 影像学致误诊误治病例及分析..... | 238 |
| 第一节 超 声 .....          | 238 |
| 第二节 X 线 .....          | 244 |
| 第三节 CT.....            | 250 |
| 第四节 MRI .....          | 258 |
| 第八篇 临床不合理用药与防范.....    | 263 |
| 第一章 不合理用药概述 .....      | 264 |
| 第二章 门诊处方 .....         | 271 |
| 第三章 急诊处方 .....         | 278 |
| 第四章 静脉用药配制中心 .....     | 281 |
| 第九篇 临床不合理护理与防范.....    | 288 |
| 第一章 护理不良事件及其原因分析.....  | 289 |
| 第二章 护理不良事件报告系统.....    | 294 |
| 第三章 外科护理 .....         | 300 |
| 第四章 内科护理 .....         | 303 |
| 第十篇 临床不合理诊疗法律分析.....   | 310 |
| 第一章 误诊误治纠纷的民事法律责任..... | 311 |
| 第二章 高新技术与临床不合理诊疗.....  | 316 |

## 第一篇 内科不合理诊疗案例分析



## 第一章 呼吸内科

### 第一节 气管和支气管异物

气管和支气管异物是指异物进入、停留或嵌顿于气管或支气管内的状态。多发生于5岁以下的儿童。常因儿童牙齿发育不完善、进食时哭闹或嬉笑，或因全身麻醉、昏迷病人将呕吐物或假牙等吸入所致。因右侧支气管管径较粗且陡直，故而异物常落入该侧支气管内；若两侧支气管受堵则可引起窒息死亡。临床表现为剧烈呛咳、呼吸不畅、气管拍击音，以及阻塞性肺不张或肺气肿症状。通过支气管镜检查可确诊，并可经此取出异物；若支气管镜不能取出则应及早手术取出异物。

气管和支气管异物是常见的危重急诊疾病，涉及耳鼻咽喉科、呼吸科和胸外科多学科，严重者可导致窒息死亡。气管和支气管异物常常发生于幼儿或儿童，大部分患者是5岁以下，尤其是3岁以下儿童，成年人较少见。成人气管支气管异物可因难以追溯到明确的异物吸入史而导致误诊，或临床表现常常不典型，导致

漏诊。为了便于总结经验教训,提高对该疾病的认识,减少误诊漏诊的发生,现介绍一些成人气管和支气管异物诊疗及误诊误治的病例。

### 一、不合理诊疗案例:成人支气管异物长期误诊 1 例

患者,男,30岁,主诉“反复咳嗽、咳痰、憋喘4年余”入院,对冷风、油烟刺激敏感,曾就诊于多家医院,胸部CT、支气管镜等检查均未见异常,支气管舒张试验阳性,诊断为支气管哮喘。吸入激素、抗炎、解痉治疗效果不明显。入院前1月突发晕厥, $\text{PaCO}_2$ 126mmHg,行气管插管,改善后成功脱机拔管。既往体健,不吸烟,长期从事汽车修理工作,接触油漆,曾有猫狗饲养史。体检:双肺可闻及双相哮鸣音。实验室检查:外周嗜酸性粒细胞572/mm<sup>3</sup>;血清IgE728.12IU/ml;血常规、血沉、自身抗体、冷凝集试验、T细胞亚群、肿瘤标记物、G/GM试验阴性。肺功能(吸入支气管扩张剂后):FCV占预计值%为68%,FEV<sub>1</sub>/FVC46%,FEV<sub>1</sub>占预计值%为39%,FEV<sub>50</sub>%21%,FEV<sub>75</sub>%22%,REF32%,MVV25%,RV/TLC223%,Raw500%,D1C0占预计值%为66%;气道可逆试验:FEV<sub>1</sub>绝对值提高<200ml,FEV<sub>1</sub>改善率4%。胸部CT示:双肺纹理增重,双肺弥漫性磨玻璃样改变,可疑支气管扩张,右侧中间支气管内见一月牙形充盈缺损,左下肺斑片影。诊断考虑“支气管异物”。行支气管镜检查可见支气管粘膜充血、水肿、增厚,管腔狭窄,可见较多分泌物;右侧中间支气管异物。检查过程中患者剧烈咳嗽,血氧饱和度下降明显,终止支气管镜检查后咳出一开心果壳。支气管肺泡灌洗液细胞分类:巨噬细胞1%,中性粒细胞67%,淋巴细胞11%,嗜酸性粒细胞21%。后给予甲泼尼龙片28mg/d治疗1周,患者肺部啰音明显减少,复查胸部CT恢复正常。肺功能:FCV占预计值%为106%,FEV<sub>1</sub>/FVC71%,FEV<sub>1</sub>占预计值%为93%,FEV<sub>50</sub>%66%,FEV<sub>75</sub>%57%,REF32%,MVV25%,RV/

T1C97%, Raw126%, D1C0 占预计值 % 为 88%。病情平稳后出院。出院后激素逐渐减量, 2 个月后停药, 5 个月后随诊患者未再出现明显咳嗽、咳痰、憋喘症状。

## 二、成人气管和支气管异物的诊治

成人气管支气管异物的特点: 成人气管异物临床上有其独特的特点: 异物种类繁多。本文报道的异物有枣核、食物(香蕉、苹果、辣椒、豌豆、花生)、猪骨、羊骨、鸡骨、图钉、痰栓、塑料片、气枪子弹、金属异物、药片、药胶囊、牙齿、喉模。异物分为进食性异物, 包括食物性和非食物性, 另外与儿童患者相比成人患者非进食性的医源性的较多, 曾有研究报道 1 例为喉狭窄患者, 行喉成形后, 置喉模, 固定不稳, 导致喉模掉入气管, 引发气管异物。还有报道医源性异物为带管患者误吸入断裂的气管套管下段至总气道以及佩戴牙冠套治疗时意外吸入牙冠套造成气管异物。

有研究发现成人气管支气管异物与儿童患者相比常常临床症状不明显, 病史隐匿, 症状可多样且不一定典型, 所以易误诊误治。患者年龄平均( $53.4 \pm 16.2$ ) 岁, 以老年人为主, 并且误诊误治的 6 例中有 5 例是老年人。气管异物发生常常由于进食时不慎, 进食过快或进食时说笑, 造成下咽、5 道和气道处功能紊乱, 导致食物误入气道。另外将图钉、气枪子弹、塑料片含在口中把玩, 也可导致误咽至气管。

成人气管支气管异物与儿童患者相比之所以有其特点, 分析其原因: ①异物种类不同。儿童患者以食物性异物居多, 大多含油脂类, 可引起气道黏膜的严重反应, 局部水肿严重, 而成人气管异物中动物性和金属性异物居多, 对黏膜刺激小, 反应轻, 局部肿胀不明显。②成人支气管管径相对儿童来说较大, 呼吸时气管和支气管扩张度较大, 异物周围仍有呼吸间隙, 所以呼吸困难可不明显。③成人的咳嗽反射较健全, 可使分泌物及时排出而

使症状不明显。④老年患者气道敏感性差，异物进入发生嵌顿一段时间后便不再有呛咳等刺激症状。成人耐受能力强或因早期症状不明显未能及时就诊，数例仅在支气管内炎症肉芽完全梗阻气道时出现并发症表现，如发热、大量黄脓痰、咯血时方才就诊。因此首诊症状常不典型或体征不明显，若不作进一步综合分析，常导致误诊。⑤临床医师未注意或患者不能提供异物吸入的病史，也是导致误诊误治的原因之一。

成人气管支气管异物的诊治和预防：一般成人气管异物在未发生并发症时，异物及时取出后，预后良好；气管支气管异物若不及时诊治，预后常常不良。所以对于不明原因长期咳嗽发热等症状，或可疑气管支气管异物症状时，需考虑做胸部CT（增强），必要时采用纤维支气管镜检查。纤维支气管镜检查在气管支气管异物诊断上有极重要的意义，多位学者认为对于以下情况应行纤维支气管镜检查，必要时可考虑2次或多次检查以免误诊：①对无异物吸入史，但长期原因不明的咳嗽、咳脓痰，肺部炎症吸收不良者；②X线胸片有肺不张、阻塞性肺炎吸收缓慢或不吸收者；③对于纤支镜检时发现酷似新生物的肉芽肿病变，活检或刷检又未能证明有肿瘤存在者；④对于夜间发作的哮喘病例，支气管扩张剂应用效果不佳，也应除外支气管内异物。

成人支气管异物重在预防，预防要点：①医师应提高对成人气管支气管异物的认识，对大众开展宣教工作，让大家了解到成人气管支气管异物的必要知识，平时养成良好的进食习惯，做到“食不言”，进食时应细嚼慢咽，勿高声谈笑，勿将物品含在口中；②加强对全身麻醉后、昏迷患者、有义齿和老年患者的护理，防止异物进入呼吸道；③咽部和喉部及口腔科操作时应注意器械、切除的组织等勿使其滑落而成为气管异物；④需长期佩戴气管套管或喉模患者，定期更换气管套管、喉模固定妥当防止脱落。

## 第二节 肺 结 核

肺结核 (pulmonary tuberculosis) 是由结核杆菌引起的慢性肺部感染, 咳嗽、胸痛、咯血、潮热、盗汗、消瘦、血沉增速为其主要临床特征。结核菌属于分枝杆菌属, 染色具有抗酸性, 所以又叫抗酸杆菌。能引起人结核病的有两种, 即人型结核菌和牛型结核菌, 以人型为主。结核菌从病人或带菌者的呼吸道分泌物排出, 并随灰尘飞扬于空中传与他人, 尤其是开放型肺结核病人, 其痰液更是主要的传播来源。其次, 咳嗽、喷嚏也可污染空气。其发病与否与机体的免疫力有密切关系。

肺结核是多发病、常见病, 有典型临床和影像学表现者诊断不难, 随着人口流动性增多、免疫损害人群的增加及糖皮质激素不恰当的治疗干预等多种因素从不同方面影响病变的性质和转归, 从而出现不典型的临床和影像学表现, 给诊断带来困难。现介绍一些近年来不典型肺结核以及同属呼吸内科范畴的支气管结核误诊误治的病例, 分析其原因, 以期降低误诊率, 提高诊疗技术。

### 一、成人不典型肺结核漏误诊及分析

有报道成人不典型肺结核 20 例, 男 12 例, 女 8 例; 年龄 24~75 岁, 平均 48.5 岁; 病程 1 周~半年。合并糖尿病 8 例, 肺间质纤维化 3 例。4 例发生在妊娠期。

临床表现包括: 发热 (体温  $37.5\sim 39.0\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) 14 例, 咳嗽、咳痰 16 例, 其中咳脓痰 8 例, 痰中带血 7 例。20 例均行 X 线胸片和肺部 CT 检查, 其影像表现: ①病灶部位: 右下叶基底段 6 例, 右中叶 2 例, 右上后叶 2 例; 左下叶基底段 4 例, 左上肺尖后段

I 例；双肺多叶病变 5 例。②病灶征象：本组 13 例 X 线胸片示大小各异的斑片状或叶段实变及多发实变影；CT 检查中 10 例主要实变病灶附近有点状、颗粒状病灶，4 例于片状实变影内可见蜂窝样小空洞，2 例除实变影外可见肺门、纵隔淋巴结增大。3 例 X 线胸片和既往 CT 示双下肺外周网格状影。2 例 X 线胸片未见异常，但 CT 示左下叶小片实变影及右下叶膨胀不全。2 例 X 线胸片示孤立肿块影，CT 发现分叶征。

在这个研究中误诊为肺炎 13 例，支气管炎 2 例，肺癌 2 例，合并肺间质纤维化而漏诊肺结核 3 例。误漏诊时间为半个月至半年。

3 例漏诊，初步诊断特发性肺纤维化合并感染，后经痰集菌试验发现抗酸杆菌而补充诊断肺结核。13 例误诊为肺炎，抗感染治疗后 4 例临床症状好转但复查影像学无改变，行纤维支气管镜（纤支镜）刷片、活检确诊肺结核；9 例抗感染治疗无效，复查 CT 发现树芽征、小空洞、支气管壁增厚不光滑等可疑肺结核征象，行 PPD 试验，3 例呈（+++）确诊，余 6 例行经皮肺穿刺活检确诊 3 例，纤支镜刷片、活检确诊 3 例。2 例误诊为支气管炎，进一步行肺 CT 检查示左下叶小片实变影及右下叶膨胀不全，经纤支镜刷片、活检阴性，后行试验性抗结核治疗 1~4 周有效确诊。2 例初步诊断肺癌，手术病理确诊肺结核。

治疗结果：18 例内科确诊后均予四联标准抗结核治疗，1 周~1 个月后临床症状及影像学征象均有改善。2 例手术切除术后予常规抗结核治疗。

不典型肺结核的临床特点是，成人多为继发型肺结核，其临床表现与肺内结核病变的性质、范围及身体素质等多种因素密切相关。近年随着糖尿病、大手术后恢复期患者增多及免疫抑制剂应用增加，免疫损害宿主显著增多，遇机体抵抗力降低或不恰当治疗干预时，肺结核临床症状更加多样化。也可因原发病治疗过

程中继发结核菌感染或结核病基础上合并细菌感染而出现高热、咳嗽、咳脓痰等急性感染中毒症状。影像学表现以均质性片絮状阴影较多,可在结核病非好发部位发生,如发生于下叶基底段的肺底结核,病变范围进展快,易形成空洞,与急性肺炎较难鉴别。本组3例肺纤维化长期应用糖皮质激素,出现发热、痰多等呼吸道感染征象,常规抗感染治疗后症状有缓解,但影像学无特殊提示,后经痰检发现抗酸杆菌。如过于强调肺结核的慢性长期病程、全身中毒症状,忽视免疫损害因素,就可能导致误漏诊。

不典型肺结核的影像特点主要是继发型肺结核病理学基础为多种病变形态并存,影像学常表现为多种性质病灶同时存在,以某种形态为主。由于成人免疫反应较强,病灶内干酪样坏死物质液化后经支气管扩展至肺野其他部位,此为成人肺结核最常见的播散方式,较少发生血行及淋巴播散。X线胸片是肺结核的首选和主要检查方法,但CT可发现更多的空洞和渗出性病灶、支气管播散灶、隐匿部位病灶、肺门及纵隔淋巴结增大等,是诊断肺结核的最佳方法。本组13例X线胸片诊断肺炎,治疗无好转后复查CT,10例可见小叶中心结节或分支状影及边缘模糊的腺泡结节影,4例发现薄壁空洞、支气管壁增厚不光滑等对肺结核诊断有重要提示意义的表现。2例X线胸片正常,临床症状持续存在,长期间断应用抗生素治疗达半年之久,后查CT发现下叶膨胀不全,纤支镜下见支气管黏膜已明显增生肥厚,管腔变窄。肺结核CT表现呈多灶性及多形性,可出现单发或多发小叶性实变或腺泡结节影,应注意与以下疾病鉴别:干酪性肺炎CT可见病灶内虫蚀样空洞,并可融合成大空洞;支气管播散病灶CT表现为小叶中心结节或分支线状影;对孤立性团块、结节影的分叶征和毛刺征易于识别,结核瘤CT可显示边缘较规整,中心密度不均匀,邻近肺野可见卫星病灶,必要时可行增强扫描加以鉴别;支气管结核CT可显示管壁增厚、管腔不规则狭窄。

误漏诊原因分析如下：①对长期咳嗽等呼吸道症状突出而 X 线胸片未见异常者，忽略了 X 线胸片检查的局限性，未能及时行 cT 等分辨率更佳的影像学检查。②肺部浸润影表现而抗感染效果不理想时，临床医生一味考虑耐药菌感染，频繁更换抗生素，对结核某些较特异性 CT 影像特点认识不够，未及时完善结核相关检查。③对肺间质纤维化等慢性肺病应用糖皮质激素、免疫抑制剂治疗者，忽视了继发肺结核的可能性，导致漏诊。

不典型肺结核的诊断策略：①提高对肺结核的警惕性：临床医生应了解肺结核的不典型临床表现及影像学特征，对糖尿病、长期应用糖皮质激素或免疫抑制剂等结核病好发人群，出现长期发热或呼吸道症状时应警惕继发肺结核，常规行痰检抗酸杆菌，并对肺部病灶动态观察，积极抗感染治疗 2 周影像吸收不明显、症状无改善者，需行 CT 检查，以及早发现微小、浅淡及隐匿病灶。②对高危人群应重视并发肺结核的可能：慢性支气管炎、肺间质纤维化等呼吸道原发疾病伴发肺结核可掩盖、混淆肺结核的非特异性临床表现，故基础呼吸疾病常规治疗效果不佳时，应警惕结核菌的混合感染。对临床抗感染治疗不佳者，不能一味考虑耐药菌感染而频繁更换抗生素，需考虑结核菌感染可能。③完善结核病原学检查：影像学特征虽可有更多提示，但诊断肺结核仍有一定限度。随着免疫损害宿主并发肺结核者增多及结核耐药性增强，不典型影像表现增多，根据影像学改变推断病灶性质与病灶的病理变化不可能完全一致，故对可疑病例积极行经皮肺穿刺活检及纤支镜检查等进行确诊，肺部孤立性结节定性困难者必要时需开胸探查，以确定病灶性质。对高度怀疑结核而相关检查未能明确或不配合检查者，行诊断性抗结核治疗可助诊。

## 二、支气管结核误诊与分析

支气管结核 (endobronchial tuberculosis, EBTB) 属肺外结核，是指发生在气管或支气管黏膜、黏膜下层及外膜 (软骨和

纤维组织)的结核病,也称作支气管内膜结核。确诊应包括微生物学和(或)病理学证据。肺结核合并 EBTB 患者痰菌阳性者约 60%~70%。单纯性 EBTB 即肺内未发现明显活动性结核病灶的 EBTB,约占 EBTB 总数的 5%~10%,且有明显增多趋势。

有报道支气管结核 102 例,男 34 例,女 68 例,男女之比为 1:2;年龄 18~86 岁,中位年龄 34 岁,其中  $\leq 20$  岁 6 例,21~30 岁 36 例,31~40 岁 37 例,41~50 岁 8 例,51~60 岁 6 例,61~70 岁 3 例,1>70 岁 6 例。病程 1 个月~18 个月,同时合并肺结核 30 例。所有患者均行 X 线胸片、肺部 CT、支气管镜及痰涂片检查,经微生物学和(或)病理学证实,其中病理学及细菌学诊断 54 例,病理学诊断 37 例,细菌学诊断 11 例。

临床表现包括咳嗽 95 例,咳痰 66 例,盗汗 56 例,发热 54 例,乏力、消瘦 52 例,咯血 45 例,咳血痰 32 例,胸痛 24 例,呼吸困难 21 例,胸闷、心悸 6 例,无症状 4 例;听诊有局限性喘鸣音 45 例,区域呼吸音低 35 例,湿啰音 26 例,胸廓不对称 23 例,气管偏移 12 例,未见明显阳性体征 54 例。

影像学征象:102 例行 X 线胸片检查,示肺结核影像 26 例,肺过度充气 24 例,阻塞性肺炎 23 例,肺不张 21 例,支气管扩张 16 例,肺充气不良 12 例,气管狭窄 5 例,未见明显异常 59 例;行肺部 CT 检查,示管腔狭窄 36 例,管壁局部增厚 32 例,肺结核影像征象 30 例,管腔闭塞 23 例,肺不张 21 例,管腔内肿物 15 例,管壁棘状突起 12 例,无常 3 例。

支气管镜下表现:EBTB 的支气管镜下形态分为 I 型(炎症浸润型)、II 型(溃疡坏死型)、III 型(肉芽增殖型)、IV 型(瘢痕狭窄型)、V 型(管壁软化型)、混合型。本组 I 型 18 例,II 型 28 例,III 型 25 例,IV 型 15 例,V 型 6 例,混合型 10 例。病变累及多个部位,以左侧支气管为主,左上叶 32 例,左下叶 20 例,左主支气管 10 例,右上叶 14 例,右下叶 10 例,右主支气管 5 例,右中

间支气管 4 例, 右中叶 3 例, 左右侧患病比为 1.72:1(62:36)。病变位于气管 4 例。

102 例中漏误诊 79 例 (77.4%), 漏误诊时间为 1 个月 ~1.5 年, 平均 3 个月, 其中漏诊 23 例, 原因为病原学方面 18 例, 体征方面 5 例; 误诊 56 例, 分别误诊为肺炎 24 例, 支气管炎 14 例, 肺癌 12 例, 支气管扩张 6 例。

治疗结果: 所有患者确诊后均予 2I-IREZ/10HR 方案化疗, 必要时行支气管镜下治疗。化疗治愈 92 例, 化疗后手术治愈 4 例, 失访 6 例。

EBTB 起病缓慢, 以中青年女性较多见, 国外报道统计女男比例为 2~3:1, 也有报道显示为 1.3~5.3:1。本组从年龄分布上看, 以 21~40 岁多见, 女性发病率高于男性, 左侧支气管结核多于右侧, 与相关文献报道类似。EBTB 症状和体征缺乏特异性, 故单纯依靠症状和体征诊断困难。患者常出现咳嗽、咳痰、咯血或咳血痰、胸痛等, 并可伴发热、盗汗、乏力及消瘦等结核引起的全身中毒症状, 亦有少数患者无任何症状。本组上述症状发生率: 咳嗽 93.1%, 咳痰 82.4%, 咯血 44.1%, 咳血痰 31%, 胸痛 23.5%, 发热、盗汗、乏力及消瘦等结核全身中毒症状 50%。4 例无症状, 于体检时发现。体征多与 EBTB 累及的气道大小及致气道狭窄的程度相关, 表现为引流区域呼吸音减低, 可闻及局限性哮鸣音, 胸廓变形, 气管偏移等, 病变区域还可闻及干、湿性啰音。故对出现慢性咳嗽、咳痰等症状, 查体闻及局限性哮鸣音及干、湿性啰音者, 应考虑 EBTB 可能。

X 线、CT 检查示 EBTB 的影像学检查包括 X 线胸片及肺部 CT。肺结核合并 EBTB 患者, X 线胸片主要表现为肺结核的影像学改变。若受累支气管阻塞或闭塞, X 线胸片可表现为引流区域的肺组织出现阻塞性肺炎、肺充气不良、肺不张等征象; 阻塞的支气管局部存在活瓣效应时, 引流区域的肺组织可出现肺过度充