

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

呼吸科临床心得

主 编 胡成平 罗百灵



科学出版社

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

呼吸科临床心得

主 编 胡成平 罗百灵

科学出版社

北 京

《呼吸科临床心得》编写人员

主 编 胡成平 罗百灵

副主编 杨红忠 潘频华

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

曹立明 陈金秀 陈清兰

冯俊涛 顾其华 海镇环

胡成平 李 敏 李 瑛

罗百灵 孟 婕 牛瑞超

潘频华 苏晓丽 唐勇军

杨红忠 杨华平

秘 书 李 敏

前 言

临床医学知识的学习包括两部分：一部分是从课堂、书本、文献等学习理论知识及其新的进展；另一部分是在临床工作实践中学习，并不断积累经验。一般的教科书对疾病的描述都是典型的临床特征和常规的临床处理，但临床实际工作中许多疾病存在明显的个体差异，同一疾病在不同的个体表现不一致，对治疗的反应也不一样，因此临床医生就需要在工作中不断地积累经验并学习其他人的经验。

由于个人的学识和经验是有限的，这就使临床工作中出现了一些误诊误治的现象。本书列举了湘雅医院在临床工作中所遇见的一些疑难的、误诊误治的疾病，希望通过对临床心得的介绍，扩大临床一线工作者的思路，提高他们临床思维能力和疾病诊治能力，从而减少误诊误治。

编 者

2011年4月

目 录

第一章 气道疾病	(1)
1. 突发呼吸困难勿忘排除喉部疾病	(1)
2. 吸气性呼吸困难的鉴别诊断	(1)
3. 肺部局限性哮鸣音的鉴别诊断	(2)
4. 致死性食管、气道异物一例	(3)
5. 误诊长达 12 年的支气管异物一例	(4)
6. 支气管异物的介入治疗	(7)
7. 误诊为支气管炎的麻疹	(8)
8. 刺激性干咳应考虑支气管内膜结核	(9)
9. 固定部位干啰音应考虑支气管内膜结核	(10)
10. 影像学阴性的干咳应考虑支气管内膜结核	(11)
11. 气管、支气管腺样囊性癌一例	(11)
12. 支气管类癌一例	(14)
13. 支气管神经纤维瘤一例	(15)
14. 气道肿瘤的介入治疗	(17)
15. 气管、支气管弥漫性狭窄、管壁增厚及钙化的鉴别诊断	(18)
16. 哮喘与 COPD 的鉴别	(19)
17. 误诊为哮喘的声带瘢痕	(19)
18. 误诊为哮喘的喉癌	(20)
19. 误诊为哮喘的气管结核	(21)
20. 误诊为哮喘的支气管结核	(22)
21. 误诊为哮喘的气管肿瘤	(23)
22. 误诊为哮喘的气管腺样囊性癌(一)	(24)
23. 误诊为哮喘的气管腺样囊性癌(二)	(25)
24. 误诊为哮喘的变应性支气管肺曲霉病	(26)
25. 哮喘背后隐藏的支气管扩张	(27)
26. 哮喘与闭锁肺综合征(一)	(28)
27. 哮喘与闭锁肺综合征(二)	(29)
28. 肺心病的诊治思维	(30)
29. COPD 患者突发呼吸困难的诊治思维(一)	(31)
30. COPD 患者突发呼吸困难的诊治思维(二)	(32)

31. COPD 患者因抗生素而致的意识障碍(一)	(33)
32. COPD 患者因抗生素而致的意识障碍(二)	(33)
33. COPD 患者因电解质紊乱而致的意识障碍	(35)
34. COPD 患者经鼻气管插管后持续发热的原因	(36)
35. 咯血的诊治思维(一)	(36)
36. 咯血的诊治思维(二)	(38)
37. 误诊为支气管扩张的肺出血-肾炎综合征	(39)
38. 误诊为支气管扩张的结缔组织疾病	(40)
39. 误诊为支气管扩张的肺肉瘤样癌	(40)
40. 咯血查因——肺隔离症一例	(41)
41. 咯血患者因电解质紊乱而致的意识障碍	(44)
42. 咯血患者因快速纠正低钠血症而致的意识障碍	(45)
第二章 肺部疾病	(47)
1. 反复治疗无效的肺炎(一)	(47)
2. 反复治疗无效的肺炎(二)	(47)
3. 临床症状好转而肺部影像学表现加重的肺炎	(48)
4. 支气管肺炎合并硬膜下血肿	(49)
5. 金黄色葡萄球菌肺炎一例	(50)
6. 军团菌致重症肺炎一例	(51)
7. 发热与抗生素的不良反应用	(52)
8. 肺脓肿的诊断思维(一)	(53)
9. 肺脓肿的诊断思维(二)	(54)
10. 误诊为肺炎的肺结核	(55)
11. 误诊为肺癌的肺结核	(56)
12. 误诊为淋巴瘤的结核性淋巴结大	(56)
13. 误诊为肺结核的肺癌	(57)
14. 误诊为肺结核的弓形虫病	(58)
15. 误诊为结核感染的心内膜炎	(58)
16. 肺结核治疗中追踪观察的重要性	(59)
17. 未坚持治疗导致结核病进展	(60)
18. 失语——异烟肼的副作用	(62)
19. 结核性风湿症一例	(63)
20. 继发于糖尿病的肺部真菌感染	(64)
21. 继发于肺癌的肺部真菌感染(一)	(65)
22. 继发于肺癌的肺部真菌感染(二)	(66)
23. 肺部真菌感染合并结核感染一例	(67)

24. 双肺弥漫性曲菌病、败血症	(68)
25. 变应性支气管肺曲菌病一例	(69)
26. 结核、曲霉菌还是毛霉菌	(70)
27. 肺部曲霉菌和毛霉菌的鉴别	(71)
28. 成功诊治的肺毛霉菌病一例	(72)
29. 雾化吸入两性霉素 B 治愈喉毛霉菌病	(74)
30. 肺隐球菌病一例	(76)
31. 非高危人群同样可以罹患隐球菌肺炎	(77)
32. 表现为右下肺多发结节的组织胞浆菌病	(79)
33. 进行性播散性组织胞浆菌病一例	(80)
34. 肺孢子丝菌病并结核感染一例	(81)
35. 马尔尼菲青霉菌病一例	(83)
36. 肺吸虫病一例	(85)
37. 血痰、肺不张的诊治思维	(86)
38. 误诊为肺结核的肺癌	(88)
39. 误诊为肺炎的肺癌	(89)
40. 肺癌并左锁骨上淋巴结转移一例	(90)
41. 肺癌患者不宜轻易更改有效的治疗方案	(92)
42. 以周期性发热为表现的肺淋巴瘤	(93)
43. 以肺实变为表现的肺淋巴瘤	(95)
44. 以双肺多发肿块为表现的肺淋巴瘤	(96)
45. 警惕药物性肺纤维化	(97)
46. 恶性组织细胞病肺部浸润一例	(98)
47. 双肺多发囊性病变的鉴别诊断	(98)
48. 非典型肺淋巴管平滑肌瘤病一例	(99)
49. 肺穿刺并发应激性溃疡一例	(100)
50. 肺栓塞的诊断思维	(101)
51. 误诊为肺炎的肺栓塞	(102)
52. 肺栓塞的治疗时机	(102)
53. ARDS 患者的氧疗策略	(103)
54. 上气道梗阻后肺水肿	(103)
55. 肺白细胞淤积综合征一例	(105)
第三章 胸膜、纵隔疾病	(107)
1. 胸腔积液的诊断思维(一)	(107)
2. 胸腔积液的诊断思维(二)	(108)
3. 胸腔积液的诊断思维(三)	(109)

4. 误诊为结核性胸膜炎的系统性红斑狼疮	(110)
5. 误诊为结核性胸膜炎的淋巴瘤所致胸腔积液	(110)
6. 急性胸膜炎合并“呼吸衰竭”	(111)
7. 肝性胸腔积液的诊治思维	(112)
8. 运用胸腔镜鉴别胸腔积液性质	(114)
9. 胸腔镜检查后急性肺水肿	(115)
10. 自发性气胸的诊治思维	(116)
11. 皮下、纵隔气肿的诊治思维	(117)
12. 胸穿导致的气胸	(118)
13. 胸腔置管治疗非张力性气胸	(119)
14. 支气管封堵术治疗难治性气胸	(120)
15. 外伤后肺血肿一例	(121)
16. 胸膜上皮样血管内皮瘤一例	(122)
17. 胸膜髓外浆细胞瘤一例	(123)
18. 髓外造血组织瘤样增生一例	(125)
第四章 其他	(128)
1. 就诊时胸部无疱疹的带状疱疹一例	(128)
2. 以胸痛为表现的多发性骨髓瘤一例	(128)
3. 泰齐综合征一例	(129)
4. 发作性睡病误诊癔症	(131)

第一章 气道疾病

1. 突发呼吸困难勿忘排除喉部疾病

【病例介绍】

女性,41岁,因发热、咳嗽、乏力2个月入院。2个月前患者无明显诱因出现发热,最高达40℃,伴畏寒、寒战、咳嗽、咳痰,偶呈脓性,乏力,当地治疗(具体不详)效差,入院后做骨髓穿刺诊断为急性白血病,患者在治疗过程中夜间突发呼吸困难,可平卧,双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音,急查床旁胸片未见异常。后查看咽腔发现患者喉头水肿,紧急行气管切开术,患者次日死亡。

分析 突发的呼吸困难常见于急性心肌梗死、急性左心衰竭、气胸、肺栓塞等心肺疾病,但在未发现心肺疾患的情况下,切勿忘记咽喉部疾病的可能,该患者就是突发喉头水肿所致。

心得 突发的不明原因的呼吸困难在未发现心肺疾患的情况下,切勿忘记咽喉部疾病的可能。

(牛瑞超)

2. 吸气性呼吸困难的鉴别诊断

【病例介绍】

男性,51岁,农民,因吸气性呼吸困难1个月入院。起病时无明显诱因,出现吸气性呼吸困难,活动后明显加剧,休息后可缓解,夜间可入睡,但不能平卧,无发热、咳嗽、咳痰,无头痛、胸痛,到当地医院就诊,行颈椎正侧位、胸部正位X线片检查,未见异常,抗炎治疗无好转,送地区人民医院,做CT三维成像,诊断为“气管狭窄”。患者既往于25年前曾因气管外伤接受气管切开术。查体:无声嘶,咽无充血,扁桃体不大,颈软,气管居中,锁骨上淋巴结不肿大,胸骨上窝可见1cm×1.5mm手术瘢痕,甲状腺不肿大,无颈静脉充盈、胸廓对称无畸形,叩诊为过清音,双肺可闻及高调哮鸣音,无胸膜摩擦音,心(-),腹无异常发现。诊断:气管病变查因——瘢痕,肿瘤?入院后检查肺功能,为重度限制性通气障碍,重度阻塞性通气障碍。支气管镜示支气管上段前壁软骨环愈合后瘢痕并片状软骨增生。根据支气管镜的改变,气管未见狭窄,不能解释吸气性呼吸困难,一时处于诊断的盲点。再请耳鼻喉科医生会诊行喉镜检查,诊断为双侧声带麻痹,喉狭窄,通过行激光治疗

症状好转。

分析 吸气性呼吸困难,应考虑上气道的病变,患者在25年前有过气管外伤行气管切开术,首先进行支气管镜检查排除气管瘢痕狭窄是应该的,同时可排除气管内有无肿瘤。当支气管镜检查结果仅有气管上段的瘢痕并片状软骨增生,无法解释吸气性呼吸困难。经上级医师分析认为该患者吸气性呼吸困难只有1个月,不可能用25年前的病史解释,而吸气性呼吸困难除气管病变外还要考虑咽、喉等部位病变,应请耳鼻喉科会诊,从而使该患者最后诊断明确,治疗好转。

心得 吸气性呼吸困难的病因主要为上呼吸道疾病所致,如咽、喉、气管等,呼吸科医师做支气管镜检查时声带一侧麻痹,以及声带的肿块、结节等病变可发现,但判断该患者“双侧声带固定正中位,不能外展,声门狭窄”是没有经验的,应该由专科医师确诊。因此,如吸气性呼吸困难未发现大气道病变时,需要仔细观察声带的改变并请专科会诊。

(陈清兰)

3. 肺部局限性哮鸣音的鉴别诊断

【病例介绍】

男性,58岁,因咳嗽4个月来医院就诊。患者近4个月反复咳嗽,以干咳为主,偶有少量白痰,无咯血,无发热,无胸痛及气促,在当地医院胸片检查未见异常,给予抗感染治疗(药物不详),无明显疗效。起病以来患者精神食欲可,体重无下降。既往身体健康,吸烟10余年,10~20支/天,无慢性咳嗽病史。

第一次门诊查体:一般情况可,锁骨上淋巴结不大,咽部正常,扁桃体不大,双肺呼吸音清,无啰音,心率70次/分,律齐,无杂音。门诊诊断:咳嗽查因——①支气管炎? ②咳嗽变异性哮喘? ③支气管结核?

辅助检查:①血常规正常;②胸部X线(正侧位)检查未见异常;③肺功能正常;④支气管激发试验阴性;⑤PPD皮试阴性;⑥结核抗体阴性。

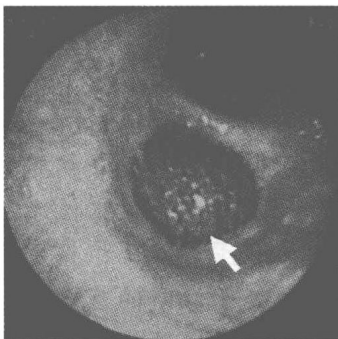


图 1-1 左下肺背支异物

第一次复诊:此次接诊的老教授通过仔细的体格检查,考虑有局部支气管狭窄。初步诊断:支气管病变查因——①支气管肺癌? ②支气管结核?

辅助检查:肺部CT(增强)未见异常。

第二次复诊:以上检查结果回报,仍未发现异常。查体:左下肺脊柱旁仍可闻及少量哮鸣音。申请支气管镜检查,结果回报:左下肺背段支气管异物(果核)(图1-1)。

治疗及转归:追问病史,患者自述半年前吃梅子时,有过一过性呛咳史,过后无不适,未引起重视。仔细阅读肺部CT片,左下支气管可见类圆形结节影,周边为环形骨密度影(图1-2)。在耳鼻喉科行全麻下取异物,术后患者恢复好。

最后诊断:左下肺背段支气管异物。

分析 支气管异物在临床上并不少见,尤其在儿童及老人多见。其临床表现常有进食时呛咳,气促,在儿童容易阻塞大气道,导致喘

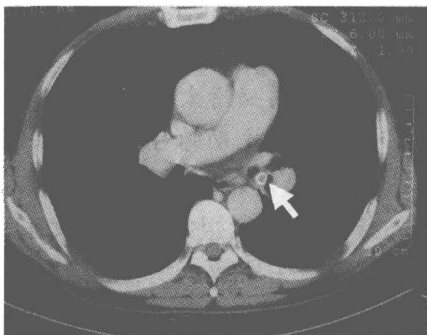


图1-2 左下肺背支异物

鸣、发绀,危及生命,需急诊处理,取出异物。如果异物体积较小、表面较圆滑,患者在呛咳后,异物很快进入段或亚段支气管内,咳嗽缓解,亦无明显气促,很容易被患者或家长忽视,最后导致慢性咳嗽,反复同一叶段的肺部感染,甚至形成包块,咯血,被误诊为肺癌的情况。肺部局限性哮鸣音是支气管异物的一个重要体征,仔细地询问病史,可能能追问到一过性呛咳的病史,这两点为支气管异物的诊断提供重要线索。

心得 在本病例诊疗过程中存在两个失误点。

(1) 在第一次门诊就医时,遗漏了肺部局限性哮鸣音这一重要体征。我们知道肺部局限性哮鸣音在临床诊断上有重要意义,尤其是局部吸气性哮鸣音常常表明有局部的支气管狭窄,如肿瘤、支气管结核、异物、痰栓等。但由于哮鸣音较局限而容易被我们忽视,尤其在门诊,患者多,环境吵闹,有时候体格检查不仔细,遗漏了一些有诊断价值的体征,延误了诊断。

(2) 临床医生在阅读CT片时不够仔细,过分相信报告单。

本例并不是疑难病例,但在诊断过程中还是费了一番周折,给了我们一个警示:详细的病史询问和查体对临床诊断和治疗至关重要,能帮助我们锁定诊断,缩小辅助检查范围,更快捷、更经济地诊断和治疗患者。

(苏晓丽)

4. 致死性食管、气道异物一例

【病例介绍】

男性,22岁,农民,吞咽困难,发热、咳嗽、咳痰、气促1个月,加重三天入院。患者在1个月前在姐姐家吃黄瓜后,感吞咽不适,疑有异物卡住食管,吃入饭团及醋后,症状有缓解,无咳嗽,数日后又感吞咽不适,逐渐感吞咽困难,反复地咳嗽、咳痰白色,无咯血,体温在39℃左右,呼吸困难,近三天高热、呼吸困难加重,WBC 20×

$10^9/L$, N 0.9。肺 CT:上纵隔见炎性肿块,约 $5\text{cm} \times 6\text{cm}$ 大小,诊断为上纵隔炎性肿块。经全院大会诊认为病变累及主动脉弓并有较广泛的粘连,先宜积极抗炎治疗。患者终因病情太重而死亡。死亡后尸解:右动脉处有一个炎性肿块,其内见一绣花针斜插入主动脉弓。回过头来再看胸片及 CT 上亦可见一绣花针斜插入主动脉弓,而在患者活着时,却没有任何人发现该绣花针。

分析 患者姐姐是绣花女工,右手袖子上别了一枚绣花针,可能在炒菜时,此针落入黄瓜中所致。绣花针吃进食管后逐渐向下,最后移位斜插入主动脉弓引起炎症、炎性肿块、脓毒症致死。

心得 本病例纯属于意外。患者进食后引起食管异物,出现炎症,进而因异物插入胸腔大血管,出现炎性肿块,脓毒症的诊断分析是正确的,诊断并不困难,易理解,但要思考的是病因问题。在患者生前很多医师均看过 CT 片,对绣花针的存在“视而不见”,尸解后再看 CT 片,绣花针则相当明显,人人可见,如果当时能有人仔细阅片发现端倪,患者或许还有生的希望。虽然这是一种意外,罕见、难于揣测,但却有着警醒我们仔细观察、发现细微线索的意义。

(陈清兰)

5. 误诊长达 12 年的支气管异物一例

【病例介绍】

男性,42 岁,因反复咳嗽、咳痰、咯血 12 年,再发 1 个月余,于 2005 年 11 月 22 日入医院。

患者于 1993 年因酗酒、吃花生后曾剧烈呛咳,并咯出少量鲜血。此后反复发生咳嗽,咳脓血痰或血痰,有时咯血量可达 $50 \sim 100\text{ml}/\text{次}$ 。偶有发热,无结核中毒症状,每次发作到当地医院诊治,考虑诊断肺部感染、支气管扩张,予以抗炎、止血等缓解症状。曾出现过左侧胸腔积液经治疗后缓解(具体不详)。2005 年 10 月以上症状复发加重,咯数口鲜血,到外院予以抗炎、止血等治疗症状缓解,为求进一步诊治入住湘雅医院。患者起病以来,睡眠、食欲可,大小便可,体重无明显下降。既往史无特殊。吸烟 28 年, $40 \sim 60$ 支/日。

体格检查: T 37.2°C , P 82 次/分, R 20 次/分。发育正常,营养中等,查体合作,自动体位,皮肤、巩膜无黄染,全身皮肤未见出血点及瘀斑。颈静脉无充盈,双锁骨上、颈部淋巴结未扪及。头颅五官无畸形,咽无充血,双侧扁桃体不肿大,颈无抵抗感,气管居中,甲状腺不大。胸廓两侧对称,左下肺闻及少量湿啰音。心界不大,心率 82 次/分,律齐,未闻及杂音及心包摩擦音。腹软,肝脾未扪及,四肢无畸形,克、布氏征阴性,巴氏征阴性。

辅助检查:血结核抗体阴性, AFP、CEA 未见异常。痰培养:铜绿假单胞菌。

胸部 CT 左上肺实质性肿块内见空洞,以结核可能性大。外院支气管镜检印象:左上肺新生物。病检示慢性炎症,表面较多鳞状上皮细胞化生。

入院后给予抗炎、止血,2005年11月22日行纤维支气管镜检:左下叶开口被乳头状肿块完全堵塞,肿块表面有包膜,周围黏膜肿胀肥厚,凹凸不平,病变累及左上叶开口,次隆突及左主支气管距隆突约1cm处。印象:左下叶肿块,癌?左下叶肿块病理组织活检:黏膜慢性炎症,个别不典型增生,恶性证据不足。2005年11月25日再次支气管镜检活检:送检少量黏膜为慢性炎症,其中一部分鳞状上皮显示不典型增生,为排除癌建议重检(见图1-3)。

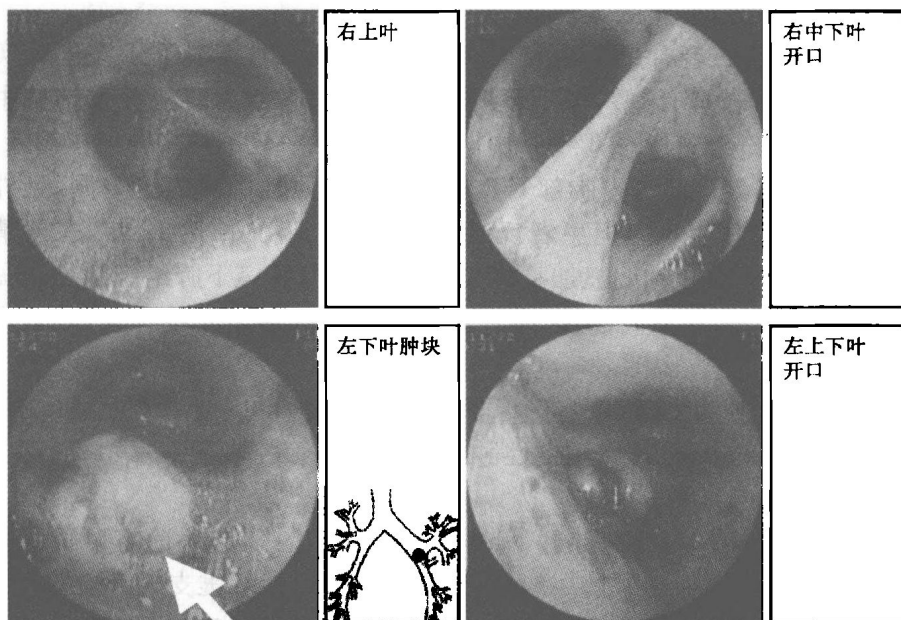


图1-3 支气管镜检示左下叶新生物

2005年11月29日CT左下叶支气管壁增厚、狭窄,远端支气管闭塞,左下肺体积缩小,左下肺可见一肿块,平扫CT值约33HU,增强后CT值约42.8HU,肺内可见多个透光区,并可见钙化。腔气间隙及隆突下淋巴结肿大。意见:左下叶支气管扩张改变及左下叶肿块符合左下叶肺癌,累及左主支气管下段。

转胸外科手术,2005年12月6日开胸行左下肺切除术,敞开左下肺支气管,见内有一约8mm×10mm大陈旧性花生壳。左下支气管壁有一约5mm×6mm大小肉芽肿组织。仔细探查未见其他异常。手术活组织病检:左下支气管内组织呈慢性炎症,鳞状上皮化生,增生,玻璃样变。左下肺组织:慢性炎症,充血明显,纤维组织增生,有玻璃样变,支气管扩张,支气管残端无特殊,送检淋巴结显示为反应性增生。手术后病情平稳无特殊不适,2005年12月14日出院。出院诊断:①左下支气管异物(花生壳);②左下肺炎症;③支气管扩张。出院后随访未再咯血。



分析 此患者反复咳嗽、咳痰、咯血 12 年,经手术确诊为支气管异物—炎性肉芽肿—堵塞性支气管扩张。入院时诊断思路:患者起病前有酗酒,吃花生后曾剧烈呛咳,应疑有误吸史。体重无明显下降,一般情况尚好,左下肺闻及少量湿啰音。血 CEA 正常。胸部 CT:左上肺实质性肿块内见空洞,以结核多见。外院支气管镜检印象:左上肺新生物。病检示慢性炎症,表面较多鳞状上皮细胞化生。据上应考虑下列疾病:

(1) 支气管扩张:患者反复长期咳嗽、咳痰、咯血 12 年,一般情况尚好,左下肺闻及少量湿啰音。但用支气管扩张不能解释支气管镜检所示左上肺新生物,并发支气管扩张有可能。

(2) 左肺结核:患者有过左胸腔积液治疗后好转。胸部 CT 示左上肺实质性肿块内见空洞,可以想到结核,但反复咳嗽、咳脓痰、咯血 12 年,而无结核中毒症状,双上肺未显示纤维条索影,肿块周围亦未见卫星灶,故不支持肺结核诊断。

(3) 左上肺癌:患者咯血,胸部 CT 示左上肺实质性肿块内见空洞,且外院支气管镜检示左上肺新生物。但患者反复咳嗽、咳痰、咯血长达 12 年,一般情况尚好;近期原有症状无变化和明显加重;CEA 阴性;支气管镜下肺组织活检未见癌细胞。所以肺癌可能性亦不大,但因患者近年并未进行胸部 X 线检查,是否合并有肺癌,待排除。

(4) 肺部良性肿瘤:支持点有影像学和支气管镜所见;但患者起病既有咳嗽、咳痰、咯血且反复发生,也难以用良性肿瘤逐渐出现管腔堵塞继发感染、支气管扩张解释。

(5) 支气管异物—炎性肉芽肿—堵塞性支气管扩张:起病前有可疑误吸花生史;反复咳嗽、咳痰、咯血 12 年,一般情况尚好;胸部 CT、纤维支气管镜发现肿块而病理检查为慢性炎症,未发现癌细胞。所以此诊断最有可能。

入院后尽管支气管镜检及胸部 CT 高度怀疑左上肺癌,但单纯肺癌解释不了症状,特别不能解释长达 12 年的病史,所以行胸部手术从而得以确诊及治疗。患者起病前有可疑误吸花生史及症状,支气管异物长时间镶嵌或堵塞左下支气管,引致支气管黏膜充血肿胀、渗出、炎性肉芽肿形成,堵塞远端支气管反复感染,破坏其平滑肌纤维和弹力纤维,即出现继发性支气管扩张。

心得 误吸花生壳入支气管,导致长达 12 年的咯血、咳嗽、咳脓血痰,长期诊断为肺炎和支气管扩张,入院后支气管镜检及胸部 CT 又高度怀疑左上肺癌,实属罕见。从中得到的体会是:

(1) 发病早期有误吸,咯血、咳嗽不缓解,应尽早行胸部影像学及支气管镜检查,支气管镜检能发现异物及排除异物并能镜下止血。

(2) 初发症状时间长了,患者对咯血的诱因渐淡忘,只知道症状的困惑,医生不主动询问,患者就难主动提及(此患者就是在反复追问后才说出来),无误吸诱因自然难考虑到支气管异物,所以问诊时一定要重视全面性、完整性,不能忽视起病

隐匿的诱因,诊断时要结合诱因。

(3) 辅助检查是帮助临床诊断必不可少的手段,但是相对的,不同的疾病可有相同的表现,而同一种疾病也可由不同的表现,一定要结合临床表现及特点。

(罗百灵)

6. 支气管异物的介入治疗

【病例介绍】

男性,9岁,因误吸入异物哨笛3年入院。患儿3年前玩耍时误吸入塑料哨笛一个,一阵刺激性咳嗽后,并无明显呼吸困难,但每于深呼吸或大哭时,体内有哨笛声传出,不要借助听诊器也能听到哨笛声,家属未予重视,3年后才前来医院就诊。给予支气管镜检查发现左主支气管可见一圆筒形塑料异物嵌顿,周围肉芽组织增长,气流尚通畅,见分泌物溢出(见图1-4A),支气管镜下予以异物钳钳夹,异物不见松动,不能摘除。遂先予支气管镜下对异物周围肉芽组织行多次冷冻治疗,3天后行支气管镜检查,发现异物周围肉芽组织明显消退,异物与周围组织明显松动,镜下用冷冻探头接触异物,冷冻后连同异物一起摘除(见图1-4B)。

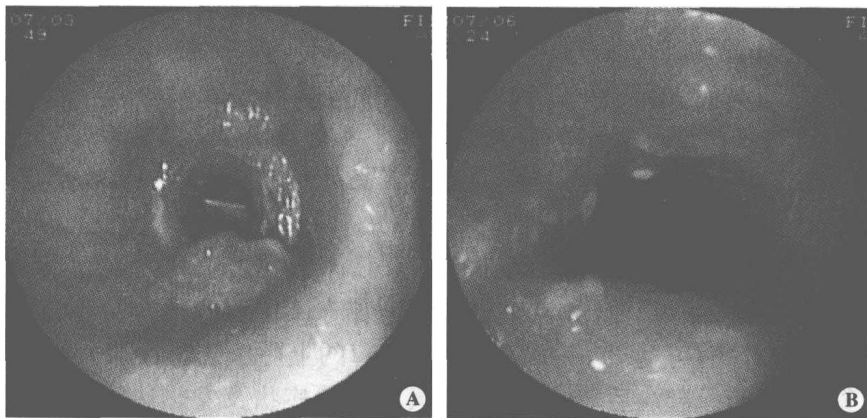


图1-4 A. 左主支气管管状异物嵌顿;B. 左主支气管异物摘除后

分析 异物误吸入支气管内,引起剧烈的咳嗽,水或流汁食物等比较小的异物大多数通过咳嗽,排出支气管,但较大的异物就可能由于嵌顿停留于支气管内,随着时间的推移,异物停留在支气管内,造成支气管阻塞,进而继发感染,周围肉芽组织增生,更加对异物起固定作用,更难以排除或摘除。

心得 异物误吸入在支气管内,应立即就诊,检查有无异物残留在支气管内,并即时予以摘除,以免继而感染,肉芽组织增生而使异物嵌顿,造成摘除困难。该患者有异物误吸入史,但因家属未予重视,未及时就诊,摘除异物,导致异物阻塞支气



管,继发感染,肉芽组织增生,使异物摘除困难。对于支气管内异物,一般来说,根据异物的形状、性质,所停留在支气管的位置,选用不同的工具,如异物钳、气囊导管、圈套器等,大多数异物均能顺利摘除,但当异物吸入比较长的一段时间,异物已被增生的肉芽组织包裹,企图直接将异物取出可能很困难,而且易造成术中和术后的出血。因此,对于这样的异物,应在异物摘除之前,先采用冷冻等手段将肉芽组织予以清理,充分将异物暴露后再行摘除。

(杨红忠)

参考文献

李强. 2003. 呼吸内镜学. 上海:上海科学技术出版社,178~192

7. 误诊为支气管炎的麻疹

【病例介绍】

男性,18岁,因发热2天到湘雅医院门诊就诊。高热,体温最高 40°C ,乏力,流涕,稍咳,少量白痰,无明显头痛、呕吐、胸痛、胸闷、气促等。查体:体温 39.5°C ,未见皮疹,淋巴结无肿大,咽充血,扁桃体不大,心肺腹及神经系统无明显异常。查血常规 $\text{WBC } 3.5 \times 10^9/\text{L}$, $\text{N } 0.5$ 。胸片:双下肺纹理增多,提示支气管疾患并感染。诊断为支气管炎,予头孢尼西钠抗感染,并予物理降温等对症支持,患者仍旧高热,并出现面部荨麻疹。考虑可能为药物过敏,换用左氧氟沙星继续治疗。第二天患者体温下降至 38.5°C ,但皮疹增多,累及胸、腹部,口腔内可查见科氏斑。诊断为麻疹,转诊感染病科。

分析 麻疹的前驱期一般持续3~5天,临床上主要表现为上呼吸道炎症的卡他症状。有发热、咳嗽、流涕、流泪、畏光等,伴有不同程度的全身不适。发热常日低夜高,逐日升高,可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。麻疹引起的上呼吸道黏膜炎症常可下延至喉部、气管、支气管。起病后3~5天当呼吸道卡他症状及发热达高峰时开始出现皮疹(出疹期)。出疹顺序常见为面部、颈部,自上而下扩展至胸、腹、背,最后达四肢,2~3天就可波及全身。科氏斑为麻疹前驱期的特征性体征,有麻疹早期诊断价值。科氏斑一般维持2~3天,迅速消失,有时在出疹后1~2天还可见到。

心得 发热、咳嗽、有胸片改变是呼吸科门诊最常见的病例类型,这类病例多数为呼吸道细菌感染,常规情况下我们会予以抗生素治疗。这例病例从常规诊断思路看是“发热、咳嗽、有胸片改变”,但事后反思却发现其中隐含了另一条诊断思路方向“发热,白细胞低,皮疹”。虽然白细胞不高,甚至偏低可以用患者在院外使用过抗生素来解释;虽然治疗第一天出现的皮疹可以用可能的药物过敏解释,但这些惯性化的临床经验却导致了当时的误诊。临床思维的反思过程在这个病例中显

得尤为重要,如果当时能反问自己:如果白细胞低不是院外使用抗生素导致的,那会是什么导致的?如果皮疹不是药物过敏的表现,那会是什么的表现?或许就能更早地考虑到病毒感染,更早地检查到科氏斑的存在。

(李 敏)

8. 刺激性干咳应考虑支气管内膜结核

【病例介绍】

男性,30岁,因干咳、间断血痰、活动时感气促2个月来院就诊,经询问病史,近3个月来感发热,以午后为主,手心发热,疲倦乏力,盗汗,继之出现咳嗽,干咳为主,时有少量黏液痰或血性痰,胸闷,活动后渐感气促,且日趋加重,较前消瘦,在县医院摄X线片检查,发现左下肺靠外缘有片状致密阴影。体格检查:消瘦,咽部轻度充血,扁桃体Ⅰ度肿大,浅表淋巴结不大,左下肺呼吸音粗糙,可闻及少许湿性啰音,余肺呼吸音正常,心率84次/分,律齐,心音正常,无杂音。门诊CT平扫检查报告:左下支气管不光滑伴狭窄,远端部分肺不张。遂行PPD皮试和支气管镜检查,发现左下支气管黏膜充血糜烂,不光滑,表面有灰白坏死物覆盖,管腔呈不规则的部分狭窄,少许黏稠脓性分泌物溢出。病灶黏膜活检及抽吸物送病理检查与涂片革兰染色和抗酸染色检查,病理报告:朗汉斯细胞,提示结核。分泌物涂片检查报告发现抗酸杆菌,PPD皮试(+++),诊断为左支气管内膜结核。

分析 患者系因干咳、间有血痰和逐渐加重的活动后气促就诊。首次胸片示左下肺外缘有片状致密影,报告为部分肺不张,听诊发现左下肺呼吸音粗糙,可闻及少许湿性啰音。临床考虑:左下肺感染的可能性,但患者年轻,有午后低热、盗汗,较前消瘦,因此需排除肺结核的可能性,但需解释其日渐活动后气促的原因,故先行胸部CT检查,发现其左下肺支气管有病变征象,其远端有部分肺不张而非确切的肺实质肿块,为进一步探明支气管病变的原因,结合患者PPD皮试结果为阳性,遂行支气管镜检查,发现左下叶支气管病灶,做活检和分泌物涂片抗酸染色检查,最终确定诊断为支气管内膜结核并左下肺叶部分不张。

心得 (1) 对于刺激性干咳的年轻患者,特别是伴有血痰,并逐渐出现气促时,首先要考虑是否存在常规的气道疾病的可能性,系支气管腔内疾病还是支气管腔外受压或刺激等原因所致,在国内资料中干咳为主的疾病,除咽喉部疾病外,气管、支气管疾病是最常见的疾病,在病史询问时,应重点询问有无咽喉疼痛、咽喉部异物感等症状?有无咳痰及胸痛、呼吸困难等局部症状,痰的性状如何?有无结核中毒症状,有无胸闷、胸痛或吞咽困难等症状?有无全身毒血症状,如畏寒、寒战与发热?或有无消耗症状,如纳差、消瘦等?从询问病史中寻找疾病病变的定位。从本例患者的病史中有血痰,提示病变在下呼吸道。