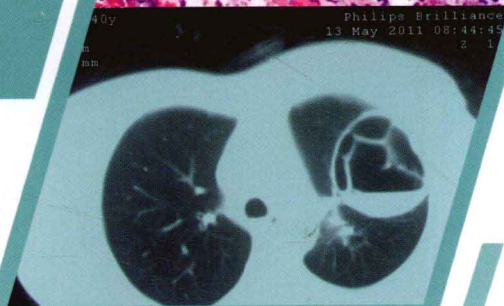
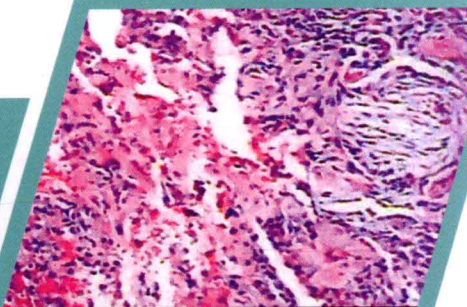


# 呼吸系统 疑难病例解析

主编 陈平 诸兰艳



- 本书从近年中南大学湘雅二医院呼吸科及全院疑难病例会诊中精选了128个经典病例；
- 这些病例为临床棘手的疑难案例，以呼吸系统的疑难、少见病为主；
- 每一病例以临床病症为切入点，内容涉及临床特征、医学影像、病理等；
- 每一病例包含诊治经过、转归，并介绍了诊断思路、方法，对误诊、误治的原因进行了深入剖析；
- 本书适于呼吸科医师、内科医师及普胸外科医师等参考阅读。



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

# 呼吸系统 疑难病例解析

主编 李 琳



ISBN 7-309-06329-9

定价：35.00元

人民卫生出版社

# 呼吸系统 疑难病例解析

主 编 陈 平 诸兰艳

副主编 康乃馨 杨 敏

编 者 (排名不分先后)

陈 平	诸兰艳	康乃馨	杨 敏
黄信刚	周 锐	吴尚洁	罗 红
蔡 珊	欧阳若芸	陈 燕	彭 红
石志辉	肖 奎	刘绍坤	宋 敏
张 艳	龙颖姣	贺志飏	刘 芳
栾兆吉	徐玉洁	陈 欢	纵单单
刘青清	陈 娟	叶吉如	王 倩
贾秀杰	夏淑兰	邢西迁	甘 烨
蒋洁菡	陈华妹	彭雅婷	欧阳茹
章晨晨	陈成艳		

人 民 卫 生 出 版 社

## 图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疑难病例解析/陈平等主编. —北京:人民卫生出版社,2013.3

ISBN 978-7-117-16759-8

I. ①呼… II. ①陈… III. ①呼吸系统疾病-疑难病-病案-汇编 IV. ①R56

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第280912号

人卫社官网	<a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	<a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

## 呼吸系统疑难病例解析

主 编: 陈 平 诸兰艳

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 28 插页: 4

字 数: 681千字

版 次: 2013年3月第1版 2013年3月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16759-8/R·16760

定 价: 69.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

# 前 言

---

呼吸系统疾病发病率高,严重危害着人类健康。因呼吸系统疾病病种多,与其他系统关系非常密切,所以其表现形式常呈现多样性和不典型性,同时其所依据的诊疗技术也很多,从而给临床医师正确诊断和及时、正确地实施治疗带来困难。近二十多年来呼吸专科疾病诊治取得了很大的进展,在大型教学医院,由于专科化发展,高年资的呼吸专科医师对本专科疾病的诊断和治疗已有较丰富的临床经验,并对本专科的新诊疗技术较为了解;而年轻医师和中、小型医院的内科医师面对许多专科性很强的疾病及少见或表现不典型的病例时,诊断和治疗往往很困难。为提高广大临床医生,尤其是青年医师及基层医院医师对呼吸系统疑难疾病的诊疗水平,加强临床医师对各种疑难少见病的临床、影像、检验以及病理等特征的认识,本书对从呼吸内科临床实践工作中搜集的处理棘手的一些疑难病例进行总结,希望通过一个个生动的案例,系统地将呼吸系统的疑难、少见病的各种表现形式呈现给广大临床医师,旨在提高广大临床医师对呼吸系统疑难少见病的识别和处理能力。

《呼吸系统疑难病例解析》的编写特点是侧重临床实用。以呼吸系统的疑难、少见病为主,所有病例均选自中南大学湘雅二医院呼吸科大查房、全院疑难病例会诊及胸部疾病讨论会诊的实际案例,在诊疗经过部分注重对临床经过的分析,体现临床思维;结合实例进行述评并总结其经验与教训;每一病例最后附有临床小贴士。本书适于有一定经验的呼吸专业、内科其他专科及普胸外科医师参考。

为了进一步提高本书的质量,诚恳地希望各位读者、专家提出宝贵意见,以供再版时修改。

编 者  
2013年2月

# 目 录

病例 1	20 岁,慢性肾功能不全,颈静脉置管术后发热,双肺弥漫多形性变	1
病例 2	食管异物 11 天,胸痛伴胸闷气促 8 天	4
病例 3	女性,咳嗽,喘息 11 天,进食后加重	7
病例 4	咳嗽咳痰 1 年,胸痛 10 天,咯血 2 天	10
病例 5	反复发作性喘息 56 年,加重 6 天,双肺渗出性病变	13
病例 6	咳嗽、活动后气促 10 余年,加重伴胸痛 20 余天,CT 示双肺多形性阴影	16
病例 7	反复咳嗽、咳痰、咯血 28 年,CT 示右下肺占位病变	22
病例 8	女性,发热,咳嗽 9 天,声嘶,气促 3 天	25
病例 9	青年女性,右上肺囊肿切除术后持续咳嗽、咳痰、咯血 3 个月余	28
病例 10	老年男性,咯血 20 余天,曾患肺结核,CT 示左上叶斑片状阴影	30
病例 11	咯血伴胸痛 8 年,加重 1 周,CT 示右上肺后段见斑片状、团块状影	33
病例 12	女性,咳嗽、喘息 5 个月,CT 示双肺门附近渗出病变	37
病例 13	反复胸闷、气促,CT 示左舌叶肺不张及渗出病变	41
病例 14	间歇性痰中带血 1 年半,CT 示左下肺病变	46
病例 15	女,61 岁,体格检查发现双下肺多发性小结节状阴影 9 天	50
病例 16	咳嗽、咳痰、咯血 25 天,影像示双肺空洞病变	53
病例 17	女性,咳嗽,脓痰,发热 20 天,左上肺空洞	57
病例 18	男性,气促、咳嗽 2 个月、发热半月,双肺弥漫性间质性病变	61
病例 19	男性,反复发热、咳嗽、气促半年,双下肺磨玻璃影	64
病例 20	青年男性,咳嗽、咳痰、胸痛 1 个月余	70
病例 21	男性,咳嗽、活动后气促、间断发热 8 个月,左肺门占位性病变	74
病例 22	咳嗽、咳痰 1 个月,外周血嗜酸性粒细胞增多,肺部 CT 示双肺多发结节	78
病例 23	咳嗽、胸痛、气促 2 个月余,胸水及血象嗜酸性粒细胞增高	80
病例 24	男性,发热、咳嗽、右侧胸痛 1 个月,白细胞 $56.7 \times 10^9/L$	84
病例 25	发热、气促 6 个月,腹痛 2 个月	87
病例 26	青年男性,咳嗽,间歇痰中带血 1 年,CT 示右肺占位病变	90

病例 27	打工女,咳嗽、咳痰、发热 1 个月,胸片示“右下肺炎”	93
病例 28	青年女性,颜面部、双下肢水肿,腰痛、发热 1 个月余	96
病例 29	学生,胸痛、发热 10 天,两肺多发结节,纵隔淋巴结肿大	99
病例 30	青年男性,气促、消瘦 1 个月余,发热 15 天,抗感染、抗结核治疗 半个月无效	103
病例 31	肺部肿块 11 个月余,咳嗽、咯血、胸闷气促 10 天	106
病例 32	咳嗽、咳痰 28 年,反复咯血、气促 2 年	109
病例 33	男性,反复发作性晕厥 1 年半,活动后胸闷气促 1 个月余	112
病例 34	外伤石膏外固定术后反复胸闷、呼吸困难半个月余,胸痛 5 天	116
病例 35	反复发作活动后气促 9 天	120
病例 36	老年男性,气促、咳嗽、反复晕厥,右肺上叶后段结节状影并渗出病变	123
病例 37	青年男性,胸闷气促 3 个月,双下肢水肿,CT 示双侧胸腔积液, 左下肺动脉栓塞	127
病例 38	青年,无诱因反复双下肢肿痛,胸闷、气促、胸痛,抗凝治疗欠佳	132
病例 39	老年男性,咳嗽咳痰,痰中带血 12 天,左下肺肿块	137
病例 40	老年男性,反复咳嗽、喘息 30 年,再发 2 个月,胸片示右上肺阻 塞性肺不张	140
病例 41	咳嗽、发热、活动后气促 1 周,胸部 CT 示左上肺渗出、实变及部分不张	143
病例 42	男性,发热、咳嗽、活动后气促 20 天	146
病例 43	反复咳嗽 2 年,加重伴气促半个月	149
病例 44	咳嗽、气促伴发热,肺部 CT 示双肺渗出性病变,纵隔及 左侧腋窝淋巴结肿大	152
病例 45	乳腺癌术后 5 年,干咳、呼吸困难半个月,右侧胸腔积液	155
病例 46	女性,咳嗽伴活动后气促 2 个月,双肺多发结节状影,抗感染、 抗结核治疗无效	158
病例 47	胸痛、呼吸困难 10 个月,左侧胸腔积液,抗结核治疗半年, 左侧胸膜环形增厚	161
病例 48	咳嗽、气促、胸痛,颈部淋巴结肿大,双肺弥漫性间质性病变 伴纵隔淋巴结肿大	165
病例 49	反复咳嗽半年,加重伴气促 2 个月,右上肺尖后段肿块, 双肺弥漫性结节影	168
病例 50	女性,活动后气促 6 个月余,双肺弥漫性病变	172
病例 51	女性,咳嗽,咳痰 2 年,气促 5 天,两肺弥漫性渗出性病变	175
病例 52	咳嗽,咳痰 2 年,复发伴胸闷气促 3 个月,两肺多肺段实变影	179
病例 53	女,咳嗽 2 个月,活动后气促 40 天,双肺渗出病变,多浆膜腔积液	184

病例 54	女性,干咳 3 年余,气促 1 年余,加重伴发热半个月 .....	188
病例 55	老年女性,间歇性发热,咳嗽、流脓涕、咽痛、声嘶,血尿 6 个月余 .....	192
病例 56	青年女性,皮下结节 3 个月,间歇发热、咳嗽 2 个月余,双肺多发病灶 .....	195
病例 57	男性,咳嗽,活动后气促 5 年,发热 1 个月 .....	198
病例 58	女性,咳嗽、咳痰、活动后气促 4 个月,左上肺大片实变影 .....	202
病例 59	女性,咳嗽,食欲缺乏 2 个月,左胸痛、低热 4 天,“肺炎”治疗无效 .....	205
病例 60	男性,全身皮疹、水肿、发热、关节痛、影像学示双肺间质性病变、 双侧胸腔和心包积液 .....	208
病例 61	老年男性,咳嗽伴胸闷、气促 7 个月,双侧胸腔积液 .....	212
病例 62	胸痛、发热 10 余天,双下肺渗出病变 .....	215
病例 63	老年女性,下肢水肿 3 个月,气促 1 个月,胸腔积液,胸水乳糜试验阳性 .....	219
病例 64	女性,左下胸痛 3 个月、咳嗽、咳痰 2 个月 .....	222
病例 65	男性,咳嗽、胸痛、发热 1 个月余,右侧胸腔积液 .....	225
病例 66	18 岁,咳嗽 4 个月,CT 示双肺弥漫性大小不等结及右肺团块影 .....	229
病例 67	气促 4 个月,发热 10 余天,CT 示双肺弥漫分布的网格状密度增高影 .....	233
病例 68	两兄弟,咳嗽、咳痰、进行性呼吸困难,双肺弥漫性间质性病变 .....	237
病例 69	咳嗽、咳痰 20 余年,气促 5 年,下肢水肿 20 天,CT 示肺气肿并 下肺纤维化病变,肺大疱 .....	243
病例 70	51 岁女性,气促 2 个月,低热 1 个月,双肺多发渗出性病变 .....	246
病例 71	中年女性,咳嗽、气促、间断咯血 3 个月,双肺弥漫性病变 .....	250
病例 72	男性,气促伴咳嗽、咳痰 40 余天,双肺间质性病变 .....	254
病例 73	咳嗽伴气促 40 余天,间断发热 20 余天,CT 示双肺多发结节 .....	257
病例 74	男性,34 岁,体检发现右下肺多发囊状改变 .....	261
病例 75	老年男性,气促 1 个月,颜面及下肢水肿,双肺弥漫分布斑片影 .....	264
病例 76	女性,干咳 2 个月,进行性呼吸困难 1 个月,影像学示双肺间质性病变 .....	268
病例 77	反复咳嗽 10 年,气促 20 天,双肺弥漫性间质性病变 .....	271
病例 78	老年男性,活动后气促、双下肢水肿半个月,多浆膜腔积液 .....	274
病例 79	女性,胸闷、气促 1 年余,双肺间质性病变 .....	277
病例 80	气促、关节痛 4 个月,发热 10 余天,双肺间质性病变 .....	280
病例 81	女性,咳嗽、气促 1 年,肺部 CT 示双肺弥漫性间质性病变 .....	283
病例 82	咳嗽、咳痰 5 年,再发 2 个月,气促 20 天,双肺间质性病变 .....	286
病例 83	男性,反复发热伴水肿、皮疹,关节肌肉疼痛 3 个月余 .....	290
病例 84	反复咳嗽、痰中带血 3 个月 .....	293
病例 85	老年男性,发热乏力 20 天,双侧胸腔积液 .....	295
病例 86	男性,间断发热伴头晕 3 年余 .....	299



病例 87	女性,咳嗽,活动后气促 3 个月伴发热 1 个月,双肺多发小片状模糊影,抗炎无效 .....	302
病例 88	咳嗽 6 年,气促 3 年余,发热、下肢疼痛 4 个月,双肺多发结节 .....	306
病例 89	发现胸片异常 2 年,气促、干咳 6 个月 .....	309
病例 90	青年男性,发热、咳嗽、流血涕 2 个月,额部疼痛,右下肺多个空洞 .....	314
病例 91	青年男性,咳嗽咳痰 2 年,听力下降、呼吸困难半年,两肺上中下肺野均有结节伴空洞形成 .....	317
病例 92	男性,发热,咳嗽、咳痰 4 天,双肺多发结节,右上肺空洞 .....	320
病例 93	女性,喘息、呼吸困难 9 年,哮喘治疗欠佳,嗜酸性粒细胞增高 .....	323
病例 94	肉眼血尿,腰痛,反复咯血,双肺渗出性病变 .....	326
病例 95	青年男性,痰中带血 3 年,气促 20 天,双肺弥漫性病变 .....	329
病例 96	中年女性,活动后气促半年,双肺满布小囊状低密度影 .....	333
病例 97	女性,52 岁,干咳,气促 1 年余,肺部 CT 示双肺弥漫性囊肿 .....	336
病例 98	中年女性,活动后气促半年,乳糜胸,双肺弥漫薄壁囊肿病变 .....	339
病例 99	女性,咳嗽、胸痛、气促 20 天,胸片示双肺多发团絮样片状模糊影 .....	342
病例 100	中年男性,咳嗽,肺部阴影 18 个月,肺 CT 示双肺弥漫病变 .....	344
病例 101	反复背痛、轻咳近两年,影像学示双肺野不规则斑片状模糊致密影 .....	347
病例 102	女性,咳嗽、咳痰半年,双肺门、纵隔淋巴结肿大 .....	350
病例 103	男性,气促半年,两肺弥漫性小结节及纵隔淋巴结肿大 .....	353
病例 104	男性,咳嗽 2 个月,双侧锁骨下窝、肺门及纵隔淋巴结肿大,肺内结节 .....	356
病例 105	中年男性,发热伴咳嗽,咳痰 5 天,CT 示双肺多发结节 .....	359
病例 106	女性,反复发热、咳嗽伴气促 9 个月,右肺多发结节 .....	363
病例 107	中年男性,反复咳嗽 6 个月余,痰嗜酸性粒细胞增多 .....	366
病例 108	男性,咳嗽、咳痰 3 年,气促 3 个月 .....	369
病例 109	青年男性,咳嗽半年,影像学示双肺斑片状、结节状增高密度灶 .....	372
病例 110	女性,气促 3 个月、发热、腹痛 2 个月,伴全身淋巴结肿大,多浆膜腔积液 .....	376
病例 111	男性,反复咳嗽、咯血 9 年,胸片示左上气胸 .....	380
病例 112	青年男性,咳嗽、痰中带血、气促 20 余天,双肺弥漫性病变 .....	383
病例 113	中年男性,无症状性肺部多发结节性病灶 .....	387
病例 114	中年女性,双肺广泛细小沙粒状弥漫性阴影 .....	391
病例 115	中青年女性,体检发现双肺野弥漫分布高密度微细结节影 .....	393
病例 116	青年,自幼反复发热、咳嗽、咳黄脓痰、流脓鼻涕 .....	395
病例 117	青年男性,反复咳嗽,咳脓痰 8 年,间断咯血 4 年 .....	400
病例 118	反复咳嗽、咳痰及大咯血 1 个月 .....	403

病例 119	男性,反复咯血 3 年,CT 示肺结核,抗结核治疗无效 .....	405
病例 120	青年男性,反复大咯血 26 天 .....	407
病例 121	女性,胸背痛伴咳嗽 5 天,左下肺团块状影 .....	412
病例 122	中老年男性,反复大咯血 2 年余,右上肺条状高密度影 .....	415
病例 123	女性,反复喘息发作 4 年,大气道阻塞 .....	418
病例 124	女性,咽部、胸前区疼痛、活动后气促 1 周,双侧胸腔大量积液 .....	422
病例 125	女性,咳嗽 2 年,CT 示双肺多发病灶,右下肺团块影 .....	425
病例 126	女性,反复气促、夜间憋醒半年,再发加重 3 天 .....	428
病例 127	男性,吸入化学气体后气促、咳嗽、胸痛 2 天 .....	432
病例 128	男性,27 岁,服食百草枯后反复呕吐、咳痰 6 天,气促 2 天, 双肺间质性病变 .....	435

## 病例 1

# 20岁,慢性肾功能不全,颈静脉置管术后发热, 双肺弥漫多形性变

### 一、病史摘要

患者,男性,20岁,个体。因头昏、乏力、少尿1个月,鼻出血半个月于2011年8月25日入院。患者诉1个月前无明显诱因出现头昏、乏力、恶心、心慌及尿量减少,劳累后上述症状加重但未予以重视。半个月前患者开始间断性鼻出血,每次流血50ml左右,每天流血3~4次,可自行停止。5天前鼻出血加重而至当地某省级医院住院,查血常规RBC  $1.98 \times 10^{12}/L$ 、Hb 56g/L、PLT  $45 \times 10^9/L$ (↓)、肾功能CREA  $2700 \mu\text{mol}/L$ ,诊断为“①贫血、血小板减少查因;②肾功能不全(慢性肾功能不全)尿毒症”,予以利尿及对症等治疗3天后无明显改善遂来我院求诊,予急诊血液透析治疗后收住我院肾内科。既往有血压升高病史2年。

**入院查体** T 37.0°C, P 102次/分, R 20次/分, BP 151/100mmHg。慢性病容,贫血面容,全身皮肤黏膜未见黄染及皮疹,全身浅表淋巴结未触及肿大。双侧呼吸运动度对称,语颤无增强,双肺叩诊清音,双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿性啰音。心脏、腹部、四肢及神经系统检查无明显异常。

**辅助检查** 血常规 WBC  $4.7 \times 10^9/L$ , RBC  $1.70 \times 10^{12}/L$  ↓, Hb 46g/L ↓, PLT  $76 \times 10^9/L$  ↓; 24小时尿量 100ml ↓, 尿比重 1.000 ↓, 蛋白质定性(+++); 肾功能 BUN 64.40mmol/L ↑, CREA 2336.4mmol/L ↑, UA 375.3mmol/L ↑; 血沉 105mm/h ↑; 血管炎三项、抗核抗体(ANA)、可提取性核抗原(ENA) 14项、免疫球蛋白、补体、C反应蛋白均(-)。心电图示窦性心律 QT 间期延长。心脏、腹部彩超:高血压所致心脏改变、左室壁增厚、左房增大、升主动脉内径增宽、二三尖瓣反流、左心功能测值正常范围,双肾实质弥漫性病变、肾脏缩小、腹腔积液。胸片示双肺无明显主质病变,心影稍增大。

### 二、诊治经过

患者入院后完善相关检查,予血液透析、护肾、降压、纠正贫血及营养支持治疗。9月3日患者出现发热,咳嗽、咳黄色黏稠痰,最高体温达40°C,5天后血培养回报:金黄色葡萄球菌;复查胸片示双肺广泛渗出灶。先后予氨曲南、美罗培南、哌拉西林/他唑巴坦、头孢米诺抗感染,效果欠佳,再次详细追问病史,患者入院时无发热、胸片亦未见异常,入院后曾行颈静脉置管术,术后5天即出现持续发热,后血培养回报为金黄色葡萄球菌,考虑金黄色葡萄球菌败血症,予替卡拉宁联合利福平抗感染,拔出导管后24小时患者体温下降,1周后患者

一般情况好转,无发热、咳嗽、咳痰,病情稳定,嘱回当地医院继续同方案抗感染治疗至少5周。

### 三、最后诊断

1. 金黄色葡萄球菌败血症;
2. 医院获得性肺炎(血源播散性金黄色葡萄球菌);
3. 慢性肾炎、慢性肾功能不全CKD 5期、肾性贫血、肾性高血压。

### 四、述评

导管相关血流感染(catheter related blood stream infection, CRBSI)是指带有血管内导管或者拔除血管内导管48小时内的患者出现菌血症或真菌血症,并伴有发热( $>38^{\circ}\text{C}$ )、寒战或低血压等感染表现,除血管导管外没有其他明确的感染源。包括局部和全身感染,其中全身感染最严重,死亡率约12%~25%。革兰氏阳性菌是CRBSI最主要的病原体。常见的致病菌有表皮葡萄球菌、凝固酶阴性葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、肠球菌等;表皮葡萄球菌感染主要是由皮肤污染引起,约占CRBSI的30%。金黄色葡萄球菌曾是CRBSI最常见的病原菌,目前约占院内血行感染的13.4%,而耐万古霉素肠球菌感染的发生率亦在升高。其他致病菌有铜绿假单胞菌、嗜麦芽窄食单胞菌、鲍曼不动杆菌等。

1. CRBSI的诊断 CRBSI的临床表现常包括发热、寒战或置管部位红肿、硬结或有脓液渗出。部分患者可合并医院获得性心内膜炎、骨髓炎及其他迁徙性感染。发热、寒战是CRBSI常见的临床表现,但缺乏特异性。在缺少实验室检查依据时,具有血行感染临床表现的患者,若拔除可疑导管后体温恢复正常,仅能作为CRBSI的间接证据。

#### 2. CRBSI诊断标准

(1)确诊:具备下述任意一项则可证明导管为感染来源:①有1次半定量导管培养阳性(每导管节段 $\geq 15\text{CFU}$ )或定量导管培养阳性(每导管节段 $\geq 1000\text{CFU}$ ),同时外周静脉血培养亦阳性,并与导管节段培养为同一微生物;②从导管和外周静脉同时抽血做定量血培养,两者菌落计数比(导管血:外周血) $\geq 5:1$ ;③从中心静脉导管和外周静脉同时抽血做定性血培养,中心静脉导管血培养阳性结果出现时间比外周血培养至少早2小时;④外周血和导管出口部位脓液培养均阳性,并为同一株微生物。

(2)临床诊断:具备下述任意一项,提示导管极有可能为感染的来源:①具有严重感染的临床表现,并导管头或导管节段的定量或半定量培养阳性,但血培养阴性,除了导管无其他感染来源可寻,并在拔除导管48小时内未用新的抗生素治疗,症状好转;②菌血症或真菌血症患者,有发热、寒战和(或)低血压等临床表现,且至少两个血培养阳性(其中一个来自外周血),其结果为同一株皮肤共生菌(如类白喉菌、芽孢杆菌、丙酸菌、凝固酶阴性葡萄球菌、微小球菌、念珠菌等),但导管节段培养阴性,且无其他引起血行感染的来源可寻。

(3)拟诊:具备下述任意一项,不能除外导管为感染的来源:①具有导管相关的严重感染表现,在拔除导管和适当抗生素治疗后症状消退;②菌血症或真菌血症患者,有发热、寒战和(或)低血压等临床表现,且至少有一个血培养阳性(导管血或外周血均可),其结果为皮肤共生菌(如类白喉菌、芽孢杆菌、丙酸菌、凝固酶阴性葡萄球菌、微小球菌、念珠菌等),但导管节段培养阴性,且无其他引起血行感染的来源可寻。

本例患者本身有基础疾病,自身抵抗力差,颈静脉置管术后出现发热、咳嗽、咳痰,肺部新发弥漫多形性病灶,血培养培养示:金黄色葡萄糖球菌,拔出导管后症状好转,虽然导管培养未见阳性结果,但综合考虑导管相关感染(金葡菌)诊断成立。

当临床出现可能的导管感染表现时,CRBSI 治疗方案主要包括导管本身的处理、全身或局部抗生素的使用以及必要的检查和化验。当有证据表明导管并发金黄色葡萄球菌感染时,应立即拔除导管,可选择新的部位重新置管,拔除的导管应进行尖端培养。鉴于金黄色葡萄球菌菌血症发生感染性心内膜炎的高风险性,如无禁忌,有条件时应行心脏超声检查,以确定是否存在感染性心内膜炎,并根据实际情况制定个体化治疗方案,避免因诊断不明导致治疗延误或疗程不当。鉴于葡萄球菌是导管相关感染最常见的病原菌,且存在高耐药性,糖肽类抗生素应作为导管相关感染经验性治疗的首选药物。金黄色葡萄球菌导致的导管相关感染,在拔除导管后,一般必须使用敏感抗生素治疗 14 天。



### 临床小贴士

1. 切开留置的周围静脉导管和带钢针的周围静脉导管导致的血行感染率较高。
2. 金黄色葡萄球菌曾是 CRBSI 最常见的病原菌,金黄色葡萄球菌菌血症发生感染性心内膜炎的风险性高。
3. 住院患者若怀疑医院获得性葡萄球菌肺炎,应首先予糖肽类抗生素治疗,比如万古霉素、去甲万古霉素、替卡拉宁等,应尽可能获得病原学依据。

(宋 敏)

### 参考文献

1. 中华医学会重症医学分会. 血管内导管相关感染的预防与治疗指南(2007). 中华内科杂志, 2008, 47(8): 691-699.
2. 王万碧, 邬红蓉. 血源性肺炎 11 例临床 X 线分析. 中国中医药杂志, 2005, 4(3): 688-689.

## 病例 2

# 食管异物 11 天,胸痛伴胸闷气促 8 天

### 一、病史摘要

患者,女性,54岁,因食管异物11天,胸痛伴胸闷气促8天于2011年9月8日入院。患者于2011年8月29日晚餐后感咽喉部有异物梗阻,吞咽时疼痛,未予重视,9月1日因疼痛加重在当地医院就诊,胸片示“食管异物”,胃镜检查见食管壁大量脓性分泌物,未见异物。当晚患者感右侧胸背部疼痛,伴呼吸困难,9月2日行肺部CT示“右侧液气胸”,立即行胸腔闭式引流,可见淡红色脓性液体流出,胸痛逐渐加重,为进一步诊治,来我院急诊,复查胸部CT示“右侧胸腔积液”,继续胸腔闭式引流及抗感染治疗,9月3日复查胸部CT示“①右侧液气胸(部分包裹)并右肺压迫性不张,左侧胸腔少量积液,左下肺叶渗出实变,右胸壁皮下气肿;②食管中上段管壁增厚,纵隔少量积液;③胆囊结石;④肝右前叶上段胆管结石并肝内胆管轻度扩张可能性大”。结合病史考虑胸腔积液与食管异物有关,行食管吞钡造影检查,未见食管瘘口,以“右侧液气胸”收入我科。

**入院查体** T 37.1℃,P 85次/分,R 20次/分,BP 117/73mmHg。神清合作,痛苦面容,精神差,被动体位,全身浅表淋巴结未扪及肿大。双肺呼吸运动度不对称,右侧腋中线第4肋间见胸腔闭式引流管,引流瓶中液体浑浊,引流管内见脓性分泌物,右侧语颤减弱,叩诊浊音,肺呼吸音稍低,左下肺可闻及湿啰音。

**辅助检查** 血常规 WBC  $21.8 \times 10^9/L \uparrow$ , N 78.2%  $\uparrow$ , Hb 100g/L  $\downarrow$ ; C反应蛋白 95.1mg/L  $\uparrow$ ; 血沉 102mm/h  $\uparrow$ ; 血气分析(未吸氧): pH 7.54  $\uparrow$ , PO<sub>2</sub> 51mmHg  $\downarrow$ , PCO<sub>2</sub> 32mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 28.7mmol/L, SaO<sub>2</sub> 90%; 胸水生化: TP 13.1g/L, ALB 6.5g/L, LDH 785.1U/L, GLU 7.78mmol/L, ADA 15.9U/L。

### 二、诊治经过

患者有进食后咽喉部异物梗阻感,随即出现吞咽时疼痛,外院胸片示“食管异物”,接着出现发热、咳嗽、胸闷、胸痛,右侧液气胸,胸腔引流出脓性液体,需考虑食管胸膜瘘,但外院胃镜检查未发现异物,食管造影未见瘘口,给诊断带来困难,为明确是否存在食管胸膜瘘,予亚甲蓝2支口服,嘱患者咳嗽后见从胸腔引流管引流出亚甲蓝,证实食管胸膜瘘的存在,转至胸外科进一步治疗。我院再次胃镜检查发现食管黏膜充血肿胀,距门齿25~27cm可见一纵行糜烂,距门齿约31cm右侧壁靠后壁可见一瘘管,约0.4cm×1.0cm大小,瘘管口周边黏膜溃烂,进一步证实食管胸膜瘘的诊断。全麻下行右侧脓胸清扫+食

管胸腔瘘修补+空肠造瘘术,术中见胸腔大量脓苔,与胸膜及右肺组织广泛粘连,压迫肺组织,食管中段右侧偏后处有一 0.4cm×1.0cm 瘘口,术后经积极抗感染治疗,患者康复出院。

### 三、最后诊断

1. 右侧食管胸膜瘘;
2. 脓气胸。

### 四、述评

食管损伤是一种常由于器械或异物引起的以食管破裂、穿孔为主要病变的疾病,如不及时处理,几乎毫无例外会发生急性纵隔炎、食管胸膜瘘,并可能致死。食管可被多种不同原因损伤,根据食管穿孔部位可分为颈部食管损伤、胸部食管损伤和腹部食管损伤,中上段食管穿孔常穿破胸腔,食管穿孔后引起的这种炎症过程和体液的大量蓄积在临床上表现为一侧胸腔剧烈疼痛,同时伴有呼吸时加重现象,并向肩胛区放射。在穿孔部位有明确的吞咽困难,低血容量,体温升高,心率增快,并且心率增快与体温升高不成比例。全身感染中毒症状、呼吸困难的程度,根据胸腔污染的严重性、液气胸的量以及是否存在气道压迫,而有轻重不同。该患者有明确的食管异物病史,后出现发热伴胸闷、胸痛,CT 示右侧液气胸,局部行闭式引流可见脓性液体,临床需考虑食管穿孔至胸腔,引起食管胸膜瘘。胸部 X 线检查对诊断有重要价值,X 线可见纵隔气肿,破入胸腔后可见胸腔内气液平面。许多患者就诊时并非都有典型症状,怀疑食管破裂时应行上消化道造影,造影可决定食管裂口的部位、大小。口服碘油造影剂效果较好,如使用钡剂一旦漏出食管外,手术清除困难。有液气胸时应做诊断性胸穿,如抽出浑浊性酸味液体,或发现含食物残渣,则可确诊。如食管破口小,胸腔污染轻,可行单纯胸腔闭式引流术。当临床怀疑有食管损伤而 X 线又不能提示确切诊断依据时,进一步诊断还包括选用胸腹部 CT 检查。该患者虽临床考虑食管胸膜瘘,但由于外院胃镜检查未发现异物及瘘口,同时食管造影结果阴性,给明确诊断带来困难。食管造影结果阴性考虑可能由于破口较小,吞钡剂时造影剂通过太快而未显示。根据典型病史及经过仍然高度怀疑食管穿孔及食管胸膜瘘,于是让患者口服亚甲蓝后见胸腔引流物中有蓝色液体,证实了食管穿孔至胸膜腔,诊断明确。

食管胸膜瘘手术治疗原则包括清除所有炎症和坏死组织,根据不同部位,用适当方法闭合穿孔,去除远侧梗阻。特别对于感染严重患者,如化脓性胸腔积液(脓胸)、肺不张、中毒性休克患者,应积极手术治疗,清除胸腔食物残渣及脓苔,同时积极加强抗感染治疗。



### 临床小贴士

1. 食管穿孔后的并发症和死亡率同从发病到诊断的时间有明显关系,因此早期迅速作出食管穿孔的诊断是非常重要的。
2. 在怀疑有食管损伤的病例口服小剂量亚甲蓝后可见引流物胸腔穿刺液中有蓝色,同样有助于诊断。

3. 治疗目的在于防止从破口进一步污染周围组织,清除已存在的感染,恢复食管的完整性和连续性;恢复和维持营养。

(诸兰艳 龙颖姣)

### 参 考 文 献

1. 王其彰. 食管外科. 北京:人民卫生出版社,2005.



## 病例 3

# 女性,咳嗽,喘息 11 天,进食后加重

### 一、病史摘要

患者,女性,63岁,因咳嗽、喘息 11 天于 2011 年 3 月 2 日入院。患者 2 月 20 日晚因反酸、呕吐后出现咳嗽、喘息、气促,不能平卧,伴全身大汗,持续约 1 小时后自行缓解。数日来喘息症状反复发作,多在活动或进食后诱发或加重。2 月 24 日至当地医院诊断为“喘息性支气管炎”,予“头孢噻肟”抗感染及化痰、解痉等对症治疗,症状无明显改善,轻微活动后及夜间仍有喘息发作,遂于 3 月 2 日至我科就诊。起病以来,精神、睡眠欠佳,进食极少,进食进饮后呕吐,大便干结,小便正常。既往有“胃病”病史 10 余年,未治疗,常感上腹不适,进食及饮水后易呕吐。

**入院体检** T 36.4℃,P 77 次/分,R 23 次/分,BP 135/94mmHg,SpO<sub>2</sub> 96%,营养较差,端坐位,呼吸稍急促,浅表淋巴结不大,两肺呼吸音粗,可闻及散在分布较多呼气相哮鸣音及干啰音,心界不大,心率 77 次/分,舟状腹,剑突下轻压痛,无反跳痛,肝脾不大,双下肢不肿。

**入院诊断** 喘息查因:①胃食管反流? ②支气管哮喘。

**辅助检查** 血常规检查:白细胞计数、血色素及血小板正常,中性粒细胞 79.6%,动脉血气(未吸氧)pH 7.45,PCO<sub>2</sub> 39mmHg,PO<sub>2</sub> 82mmHg。肝功能、肾功能、心肌酶、电解质正常,血沉:26mm/h。结核纯蛋白衍生物(PPD)IgG、IgM,金标结核抗体(结明试验)均为阴性,G 试验、人半乳甘露聚糖(GM 试验)均(-);2 次痰培养(-)。

### 二、诊治经过

入院时考虑诊断并不明确,结合患者既往有进食困难、反酸及进食后呕吐等症状 10 余年,近期出现喘息、气促,反复发作,且观察到症状加重与进食进饮关系密切,考虑喘息发作与消化系统疾病相关,常见的为胃食管反流诱发,常见原因包括:贲门失弛缓、食管裂孔疝、食管占位性病变、消化道溃疡所致梗阻等,即嘱患者禁食禁饮,予全静脉营养抗反流及制酸治疗后,患者喘息、气促症状未再发作,咳嗽、咳痰亦明显好转。

1. 肺部 CT 检查 双肺见斑片状模糊阴影,以左下肺明显;食管明显扩张,其内可见内容物影;气管、主支气管及双侧下叶支气管受压变窄。考虑:食管扩张:贲门失弛缓症可能性大;双肺感染(图 3-1)。

2. 食管钡餐 食管下端典型鸟嘴状改变,近端扩张明显,符合贲门失弛缓症(图 3-2)。