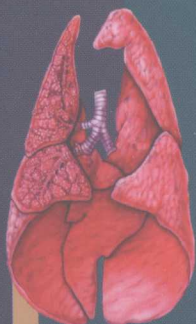


100

Pearls
of Complicated Cases
of Respiratory Disease

呼吸系统 疑难病百例

主编 穆魁津 何权瀛



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

呼吸系统疑难病百例

Pearls of Complicated Cases of Respiratory Disease

主 编 穆魁津 何权瀛

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疑难病百例/穆魁津,何权瀛主编. —北京:人民军医出版社,2008. 1
ISBN 978-7-5091-1397-4

I. 呼… II. ①穆…②何… III. 呼吸系统疾病:疑难病—病案—汇编
IV. R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 179024 号

策划编辑:吴 磊 文字编辑:王久红 责任审读:余满松
张忠丽

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8751

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:9 字数:128 千字

版、印次:2008 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:49.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

SUMMARY

中华医学会北京分会呼吸系统病专业委员会定期组织呼吸系统疑难病例讨论,积累了许多宝贵的病例。本书正是由曾任该委员会主任委员的穆魁津教授亲自遴选、整理的。这 100 个临床少见、症状不典型、病情复杂、诊断过程曲折、有一定的经验教训、可资借鉴的病例,根据不同病因区分为 12 类,每例附病史摘要和 X 线胸片等资料,病史简明,图片清晰,对提高专业阅片能力、拓宽诊疗思路具有极强的实用价值。本书曾作为中华医学会北京分会读片会内部资料,深受临床工作者欢迎,极具医学价值,特别适合广大临床医务人员、基层医务工作者以及相关专业技术人员学习参考。

编著者名单

(以姓氏汉语拼音为序)

陈良安	迟春花	崔德健	丁东杰
付霞	郭英江	何冰	贺正一
季蓉	纪树国	李继成	李树芬
林江涛	吕国平	马广义	缪竞智
王广发	文仲光	徐作军	张杰
朱红	朱元珏		

我国著名呼吸病学家穆魁津教授生平



穆魁津教授生前曾任中华医学会呼吸病学分会主任委员、名誉主任委员、北京医科大学第一附属医院呼吸内科主任、北京医科大学第一附属医院专家委员会委员,是我国呼吸专业奠基人之一,中国当代著名的呼吸病学家。

穆魁津教授 1917 年 11 月 26 日出生于北京,满族人,1946 年以优异成绩毕业于北京大学医学院(北京医科大学前身)医疗系。毕业后留校,在附属第一医院内科,历任住院医师、助教、主治医师、讲师、副教授、主任

医师、教授。一直从事教学、医疗、科研工作。在教学方面,由于穆教授博闻强记,在讲课时兼容并蓄,博引旁征,深受学生们的喜爱。特别是教书育人,注重对年轻一代品德的培养,尤其难能可贵。对于年轻医生的求教,他都是有求必应,以诚相待,循循善诱。1984 年荣获北京市高等教育“从事教育 30 年”奖状,1990 年荣获国家教委“从事高校科研 40 年成绩显著”奖。在医疗科研方面,长期致力于呼吸生理与呼吸疾病的研究工作,发表论文 50 余篇,编写专著 7 部。在不同时期,先后就结核病、职业肺病、呼吸衰竭、呼吸生理与呼吸功能等方面进行了研究,取得了优异的成绩,填补了多项国内呼吸疾病领域的空白,许多成果处于领先地位。1953 年《异烟肼治疗肺结核疗效观察》一文,首先在国内临床上验证了异烟肼的有效性,为该药的推广使用提供了临床依据。1958 年《抗结核药物与肾上腺皮质激素联合应用治疗结核病动物实验和临床观察》首次验证了在抗结核药物的使用下皮质激素的应用价值,特别是对结核性胸膜炎、脑膜炎、心包炎,目前已在临床上常规使用。1959 后在京西矿区进行了肺尘埃沉着病调查和肺功能测定,初步了解了矿区患病情况和患者肺功能障碍类型与程度,为后来矿区工人病情判断、疗效

观察、劳动能力鉴定提供了依据。1982年,曾在动物身上复制急性肺损伤模型并进行了肺损伤病理生理和实验治疗研究,前后写出论文5篇,加深了对成人型呼吸窘迫综合征的认识。在呼吸生理与呼吸功能方面,在1979—1986年间,主持了对小气道形态和功能的研究,先后发表论文13篇,在国内属领先地位;1986年,主持召集全国六大行政区有关同志开展在全国范围内肺功能正常值测定工作;1990年汇集成册发行,这项工作是继20世纪50年代以来第一次大规模采用现代仪器和测试方法取得的数据,客观反映了我国人民在现今的营养体质状态下的肺功能基本状况。在1987~1990年间,主持对肺表面活性物质的研究工作,写出论文7篇。1992年又对膈肌疲劳与肺气肿的关系进行了实验研究,初步探索了膈肌疲劳在呼吸疾病病理生理中的重要地位。

穆魁津教授曾任中华医学会呼吸系统病学会第一届主任委员、第二届名誉主任委员,《中华结核和呼吸系疾病杂志》第一届编委会副主编,《实用内科杂志》顾问等,国家科委发明评选委员会特邀审查员,卫生部重大医药卫生科技成果评审委员,卫生部医药卫生技术鉴定咨询专家,卫生部医学科学委员会结核病专业委员会主任委员等。1990年退休后,继续积极参加一定数量的医疗与教学工作,依然热情著书立说。穆教授不仅深谙专业知识,汉语及英语的功底也十分深厚,他积极参与1996年在北京召开的第四届亚太地区呼吸疾病会议的筹备工作,北京地区所有的中文论文的英译文都经他审阅、修改。医学会北京分会呼吸病学会出版的100例疑难疾病胸部X线片的幻灯片——经他详细审阅。他几十年为专业期刊审稿、撰文呕心沥血,为推动呼吸专业学术发展贡献了毕生精力。在工作中,他不计较报酬,生活十分俭朴,要求子女十分严格。他的一生是殚精竭虑,无私奉献,勇于进取的一生,实为广大医务工作者之楷模。

代前言

PREFACE

我之所以用代前言作为题名,主要是我认为自己没有资格为本书写前言,前言理应由穆魁津教授亲自撰写,然而穆魁津教授已经离开我们,作为穆老的开门弟子,继承穆老的遗志,整理他的遗作实为责无旁贷。从这一意义上讲我才敢于、也乐于写这篇代前言。

1997年穆魁津教授将1982~1997年由中华医学会北京分会读片会提供的100例疑难病例及胸片影像资料编辑成一套内部资料,深受临床医师们欢迎,大家都认为这是一套很有医学价值的资料。今年11月26日是穆老逝世10周年,为了纪念和缅怀穆老的业绩和贡献,经与人民军医出版社协商,正式出版这本《呼吸系统疑难病百例》。

20世纪80年代穆魁津教授兼任中华医学会北京分会呼吸病分会主任委员,这期间在他的倡导和大力支持下,北京分会坚持进行每月一次呼吸病读片会,此项工作一直坚持到现在,成为北京分会的一项带有特色的学术活动。虽然中间有一段时间因为读片场地有困难,读片会几乎中断,他老人家十分着急,亲自写信给北京市卫生局领导申诉此项工作对于提高临

床医疗水平和专业人才技术水平的重要性。1996~1997年年初,他又抱病主持疑难呼吸病X线胸片100例的资料搜集编辑出版工作,其中每一份病例摘要及X线胸片都经过他一一审校,可以毫不夸张地说,这是凝聚他心血的一本医学专著。此后不久,他便因呼吸衰竭住院治疗,而且永久地离开了他热爱的事业。穆老一生不慕虚名,执著地献身于医学科学事业,永远是我们学习的榜样。

熟练准确地阅片是呼吸科医师的一项十分重要的基本功。穆老生前一直强调,呼吸科医师一定要亲自看片子,而不能满足于阅读放射科的读片报告,因为呼吸科医师比放射科大夫更熟悉患者的临床资料,因此应当、也可能成为读片的高手。这一点至今仍具有重要的现实意义,尤其是对年轻医师来说尤为重要。穆老不仅这样说,而且以身作则。早年从事结核病防治工作时,不仅自己看片子还要亲自为患者胸透,后来自己去胸透的机会少了,但坚持读片的习惯一直坚持到晚年。不论谁向他请教,也不论在什么地点,他总是有求必应,并且耐心地讲解X线所见,提出自己的意见。更令人感动的是他读X线胸片从不枉下断言,常常根据临床资料结合胸片提出主要可能诊断及鉴别诊断意见,此后还经常通过各种途径或渠道了解后来的诊断和预后,以此验证他的诊断结果。正因为这样,大家对穆老的阅片水平十分钦佩,穆老的学风也永远值得我们效仿。

书中的临床病例大多数是十多年前、甚至二十多年前的,书中有些观点已有新的发展,在筹划出版此书的过程中征求各位编者意见时也有一些同道提出了这一点,但是为了尊重历史,保持此书的完整性,此次出版除个别错字加以改正或说明外,绝大多数保持原貌,欢迎各位同仁共同探讨学习。

感谢当年参加本书临床资料和X线胸片搜集整理的同道,他们的工作是本书的基础,这次正式出版也得到了他们的大力支持和热情帮助。还要感谢张忠丽编辑,此前她曾多次负责出版穆老的多本医学专著,这次又是她认真地编辑出版这本凝聚穆老心血的专著,在此一并致谢!

泽以长流乃称远,山因直上而成高。愿以本书的正式出版纪念穆老逝世十周年。

何权瀛

2007年8月8日

目 录

CONTENTS

一、肺部炎症	(1)
1. 右上叶克雷伯杆菌肺炎	(1)
2. 金黄色葡萄球菌脓毒血症、肺炎	(2)
3. 金黄色葡萄球菌脓毒血症,合并多脏器衰竭	(5)
4. 军团菌肺炎	(7)
5. 重症军团菌肺炎	(8)
6. 吸入性肺炎继发成人型呼吸窘迫综合征	(9)
7. 食管癌、食管气管瘘合并右下肺脓肿	(11)
8. 右中叶多灶性肺真菌感染	(13)
9. 肺隐球菌病	(13)
10. 弥漫性泛细支气管炎	(15)
11. 间质性脱屑性肺炎、合并成人型呼吸窘迫综合征	(17)
12. 急性间质性肺炎	(17)
二、肺结核	(19)
13. 不典型肺结核	(19)
14. 肺结核,临床表现复杂且不典型	(20)
15. 肺结核,多发性空洞形成	(21)
16. 双肺多发结核球	(22)
17. 肺结核球,误诊为肺癌(一)	(23)
18. 肺结核合并肺泡癌	(24)

19. 亚急性粟粒型肺结核	(26)
20. 肺结核球,误诊为肺癌(二)	(27)
21. 肺结核及肺门淋巴结结核,误诊为肺癌合并阻塞性肺炎	(28)
22. 肺结核,误诊为肺癌或胸膜间皮细胞癌	(29)
三、肺寄生虫病	(31)
23. 双侧多发性肺棘球蚴病	(31)
24. 肺棘球蚴病	(32)
25. 肺棘球蚴病,囊内“浮莲”样改变	(33)
26. 肝吸虫病	(34)
四、肺肿瘤	(36)
27. 双肺鳞癌空洞形成	(36)
28. 肺癌巨大空洞形成	(37)
29. 肺鳞癌伴副癌综合征	(38)
30. 酷似肺炎的肺腺癌	(39)
31. 肺黏液腺癌	(40)
32. 巨大肺腺癌空洞形成	(41)
33. 右肺上叶分化型腺癌切除后同侧转移	(43)
34. 左肺腺癌肺内转移	(45)
35. 不典型肺泡癌	(46)
36. 肺泡癌误诊为肺结核	(48)
37. 肺泡癌诊断过程曲折	(49)
38. 黑色素瘤肺转移	(50)
39. 肺癌误诊为纵隔肿瘤	(50)
40. 以肺部症状为主要表现的非霍奇金淋巴瘤	(51)
41. 肺原发性霍奇金病	(52)
42. 肺非霍奇金淋巴瘤,酷似肺癌	(54)
43. 血管中心性 T 细胞淋巴瘤	(54)
44. 微波烧灼加气道内支架治疗癌性大气道梗阻	(56)
45. 膈上腺泡样软组织肉瘤	(58)

46. 骨骼肌肉瘤双侧肺内转移	(59)
47. 肺内平滑肌肉瘤	(60)
48. 左胸壁恶性神经鞘瘤,酷似肺内肿物	(61)
49. 胸腺瘤,CT 诊断价值	(63)
50. 右肺中叶错构瘤	(64)
51. 原发性气管神经鞘瘤	(65)
52. 肺炎性假瘤(一)	(66)
53. 肺炎性假瘤(二)	(67)
五、肺囊肿、肺大疱	(69)
54. 左上肺先天性支气管型肺囊肿	(69)
55. 先天性多发性支气管肺囊肿继发感染	(70)
56. 左下巨大肺囊肿继发感染酷似液气胸	(71)
57. 右肺上叶先天性支气管型肺囊肿伴出血	(72)
58. 巨大肺大疱误诊为气胸	(73)
59. 右心包囊肿	(74)
六、先天性肺疾病	(76)
60. 肺隔离症	(76)
61. 一侧透明肺	(78)
62. 肺动-静脉瘘误诊为肺癌	(79)
七、全身性疾病肺部表现	(81)
63. 淋巴细胞性白血病肺、胸膜浸润	(81)
64. 干燥综合征与肺间质纤维化	(82)
65. 胸主动脉瘤	(83)
66. 肺韦格纳肉芽肿病(一)	(83)
67. 肺韦格纳肉芽肿病,多部位受累	(85)
68. 肺韦格纳肉芽肿病(二)	(87)
69. 脊髓、脊膜膨出疑似纵隔肿物	(88)
70. 左侧异位肾	(90)
71. 自发性食管破裂	(91)

八、原因未明性疾病	(93)
72. 肺泡蛋白沉积症	(93)
73. 原发性支气管淀粉样变性	(94)
74. 呼吸道淀粉样变性伴反复感染	(95)
75. 肺血管免疫母细胞性淋巴结病	(97)
76. Castleman 病	(97)
77. 多中心性浆细胞型巨大淋巴结增生病	(98)
78. 淋巴瘤样肉芽肿病(lymphomatoid granulomatosis)	(100)
79. 肺血管炎	(101)
80. 肺淋巴管肌瘤病	(103)
81. 复发性多软骨炎	(104)
82. 结节病合并双侧胸腔积液	(105)
83. 肺局限性结节病	(106)
84. 不典型肺结节病	(107)
九、纵隔疾病	(109)
85. 前纵隔霍奇金淋巴瘤	(109)
86. 酷似肿瘤之纵隔淋巴结结核	(111)
87. 第 5、8 胸椎椎体先天性畸形伴纵隔支气管囊肿	(112)
88. 纵隔巨大恶性淋巴瘤	(113)
89. 上纵隔囊性淋巴管瘤	(115)
90. 囊性畸胎瘤	(115)
十、横膈疾病	(117)
91. 创伤性膈疝	(117)
92. 巨大膈疝	(118)
十一、胸膜疾病	(120)
93. 胸膜间皮瘤	(120)
94. 呈多发肿块状恶性间皮瘤	(121)
95. 肺底积液	(122)
96. 左上胸膜炎误诊为肺上沟癌	(123)

十二、其他	(124)
97. 肺动脉瘤、肺栓塞	(124)
98. 自发性支气管破裂	(125)
99. 右心膈角脂肪蓄积	(127)
100. 肝肺综合征	(127)

一、肺部炎症

1. 右上叶克雷伯杆菌肺炎

××,男,58岁,1周前以发热(39.2°C),伴寒战、咳嗽、咳白黏痰、右胸部隐痛到医院就诊。既往吸烟20年,40支/日,饮酒20年,白酒50~75ml/d。

体格检查:体温(T) 38.9°C ,右锁骨中线上第2~4肋间语颤增强,右上肺叩浊,可闻及少量湿啰音。

X线胸片(图1,图2)示右上肺阴影,断层片显示右上肺病灶下缘呈弧形下坠(水平叶间裂向下膨出)。

实验室检查:血白细胞(WBC) $16\times 10^9/\text{L}$,痰培养为肺炎克雷伯杆菌。

经抗感染治疗,2周后体温正常,肺内湿啰音消失,复查胸片肺部阴影吸收。

叶间裂膨出可见于有多量分泌物蓄积的急性肺部炎症:如肺上叶克雷伯杆菌肺炎时,水平叶间裂即可向下膨出;急性肺脓肿,特别在伴有气道内活瓣时,由于脓腔内气量增多,叶间裂移位征象即可出现,曾有右下肺脓肿病人,在侧位片上可见斜裂向上膨出。肺大叶炎症,在一般情况下肺叶容积

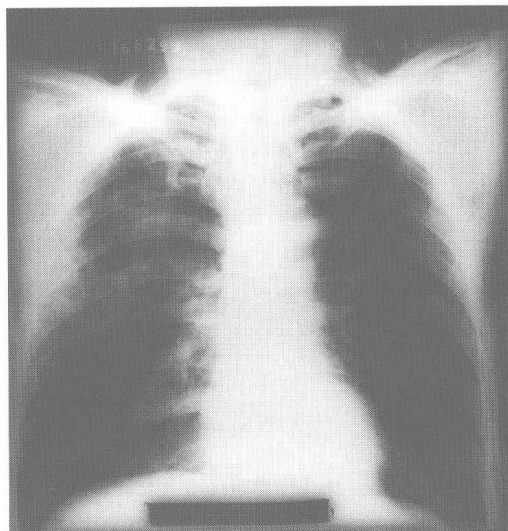


图1

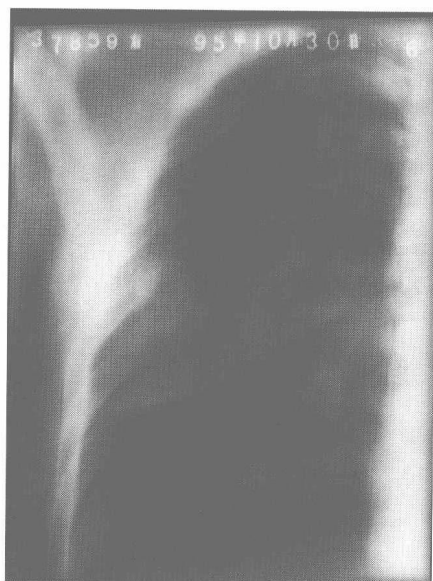


图 2

既不膨胀,也不缩小,因此叶间裂是不移位的。在特殊情况下,如炎症分泌物或含气量增多时,叶间裂可以膨出,反之若引流气道阻塞,肺叶萎缩,叶间裂可以内陷。因此,在 X 线片上叶间裂移位征象之诊断特异性不是绝对的,而是相对的。

2. 金黄色葡萄球菌脓毒血症、肺炎

××,男性,20岁,因下颏肿胀、疼痛,发热 11d,咳嗽、咳黄脓痰 3d 入院。

体格检查: T 39.1℃,脉搏(P)148/min,急性重病容,下颏脓肿如核桃大,已破溃,流出黄色分泌物,口腔有一绿豆大小窦道与下颏脓肿相通。胸左第 3 肋,右第 4 肋以下叩诊呈浊音,听诊满布水泡音。心界不大,心率(HR)148/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

X 线胸片(图 3):左肺第 2、3 前肋间大片密度增高影,边缘模糊,两肺野散布多数浓密片影,两肋膈角不清,膈面模糊。正侧位片(图 4,图 5)示双肺片状模糊影融合进展,出现多个气液面。

实验室检查:血 WBC $38.5 \times 10^9/L$,分叶 0.91。动脉血气分析:pH 7.486, PaCO₂ 5.16kPa, PaO₂ 5.85kPa, HCO₃⁻ 29.6mmol/L。

多次下颏脓性分泌物及痰培养均为金黄色葡萄球菌,痰内尚有克雷伯杆菌和卡他布拉汉菌。

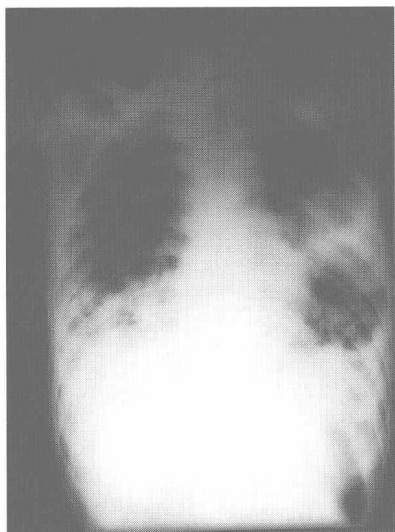


图 3

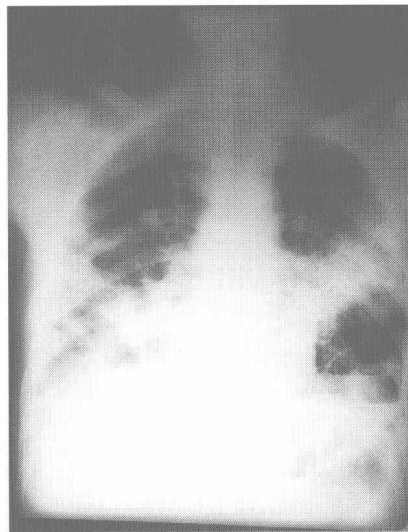


图 4

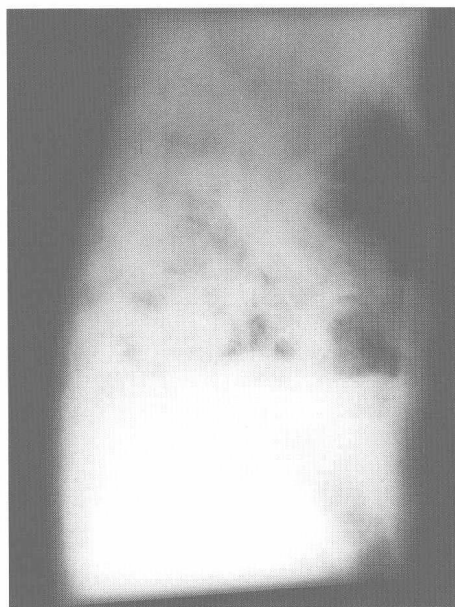


图 5