

120 例老年血行播散性肺结核临床分析

崔秀琴 肖志坚 韩伟

(河南新乡医学院一附院、河南省结核病医院 新乡 453100)

结核病仍然是严重危害我国人民健康的疾病之一,随着免疫性疾病发病率的增高和激素的广泛应用,临床表现不典型老年血行播散性肺结核不断增多,早期诊断较困难,延误诊断及误诊率均较高,为提高对本病的认识,回顾分析了 120 例老年血行播散性肺结核患者的临床资料。现报告如下。

临床资料

一、一般资料

我院 1998—2004 年住院或门诊的血行播散性肺结核共 120 例,男 86 例,女 34 例,年龄 60~78 岁,平均 68 岁。

二、临床表现

1. 病程和诱因:病程小于 3 个月者占 68%,最长者达 2 年。有结核病密切接触 24 例(24/120),既往有结核病史者 29 例(29/120)。常见的诱因有受凉、劳累、呼吸道感染、基础疾病共 48 例(48/120),应用糖皮质激素治疗者共 24 例(24/120),无明显诱因者 48 例(48/120)。

2. 症状和体征:120 例患者中发热 112 例(93.3%),咳嗽 92 例(76.7%),乏力 61 例(50.8%),消瘦 42 例(35.0%),咳痰 53 例(44.2%),盗汗 28 例(23.3%)等。除呼吸道症状外,其他表现为肝大 36 例(30.0%),脾大 24 例(20.0%),胸水征 4 例

(3.3%),腹水征 8 例(6.7%),脑膜刺激征 30 例(25.0%),眼底粟粒结节 6 例(5.0%)。

3. 伴发病:共 76 例,其中结缔组织病 32 例,糖尿病 23 例,恶性肿瘤 6 例,血液病 8 例,肝病 7 例,22% 的患者有 2 种以上的伴发病。

三、辅助检查

1. 实验室检查:PPD(5U)皮肤试验阳性 52 例,其中硬结直径 5~19 mm 者 48 例(40.0%),硬结直径 >20 mm 或出现水泡者 4 例(3.3%);PPD 试验阴性者 36 例(30.0%),未做 PPD 试验者 32 例(26.7%),痰涂片或集菌找抗酸杆菌 104 例,阳性 45 例(37.5%);查 ESR 正常 6 例,>16 mm/1 h 者 98 例(81.7%),>100 mm/1 h 者 12 例;较高至中度贫血者占 58 例,外周血 WBC > $10 \times 10^9/L$ 52 例(43.3%),发现类白血病反应 3 例。

2. 胸部 X 线检查:74 例患者发现两肺广泛粟粒结节状阴影,病灶多大小不一,分布欠均,其中,有 7 例结节影 >3 mm;呈亚急性或慢性改变 38 例伴肺气肿或间质改变或网格阴影,其中,16 例行 HRCT 发现粟粒状阴影;8 例呈典型“三均匀”征象。

3. 延误诊断分析:诊断标准根据《内科学》^[1],经 PPD 皮试,痰涂片抗酸染色,痰集菌和培养、痰和血聚合酶链反应技术检测、纤维支气管镜刷片或灌洗查找抗酸杆菌、肺穿刺活检,胸部 CT 扫描。有 43 例

在发病 2 周内确诊,痰菌阳性 18 例,肺穿刺活检符合结核改变 13 例,PPD 试验呈强阳性 4 例,X 线胸片呈典型粟粒性 8 例,确诊率为 36%,其余 77 例患者延迟或延误诊断,延迟或延误时间在 10 d 至半年,误诊疾病依次为上感、慢支急性发作 24 例,肺炎 19 例,肺间质纤维化 17 例,肺泡癌 10 例,矽肺 3 例,败血症 2 例,白血病肺浸润 2 例。

4. 治疗及预后:基本治疗方案为异烟肼(INH) + 利福平(RFP) + 乙胺醇(EMB) + 吡嗪酰胺(PZA),有 3 例 60 岁患者因 EMB 过敏而联用链霉素(SM),辅以各种对症、营养支持治疗。抗结核治疗过程中出现谷草转氨酶、谷丙转氨酶增高 36 例,胆红素异常者 32 例,白蛋白降低者 14 例,恶心、呕吐、食欲减退、腹胀者 53 例;血尿酸增高者 21 例,关节痛 26 例;粒细胞减少者 20 例。治疗后体温多在 1~3 周恢复正常,少数达 8~10 周恢复正常;X 线胸片吸收好转多在 6~8 周;死亡 5 例,死因为合并严重基础疾病、结核脑膜炎、呼吸衰竭、严重感染等。

讨 论

在肺结核病中,血行播散性肺结核是非常危重的类型。老年血行播散肺结核多有继发肺结核病的结核灶复燃、恶化导致血行播散,发病呈上升趋势^[2],在成人血行播散肺结核患者中,有 1/3 大于 65 岁^[3]。早期诊断、迅速治疗是治疗本病成功的关键。以上资料显示该病有以下特点:(1)结核接触史和结核患病史是老年血行播散肺结核的主要诱因,但有高达 40% 的患者无明显诱因可寻。(2)激素的应用可导致机体免疫功能降低,造成潜在的结核菌大量繁殖,引起血行播散。(3)常合并有基础疾病,临床表现多样化,症状不典型,给诊断造成困难,延误诊率较高。(4)早期 X 线检查缺乏特异表现,PPD 皮试和痰菌阳性低。(5)抗结核治疗后药物不良反应发生率较高,用药剂量应减少。

可能存在的误诊原因分析:(1)结核中毒症状不典型。据报道^[2]老年肺结核呈上升趋势,因其免疫功能低下,缺乏典型结核中毒症状,被称为“隐匿性粟粒性肺结核”,近年来滥用皮质激素发生无反应性

肺结核造成误诊较高。(2)对本病认识不足:大部分老年患者有严重的基础疾病,多以原发病诊治,忽视了多种疾病并存,因而造成误诊。(3)X 线缺乏特异表现:2 周内多有肺纹理增粗,无典型粟粒结节,必须动态观察,运用高分辨 CT 断层成像,可在胸部 X 线出现粟粒状阴影之前发现肺实质中的微结节病灶。(4)片面强调 PPD 试验和痰结核菌结果导致误诊。因年龄、营养、免疫功能的关系,致使迟发性变态反应受到抑制,PPD 反应呈阴性,痰菌阴性多为痰检查次数不够、病变分泌物引流不畅等也能导致误诊。

为了迅速早期诊断,避免延误诊,及时有效的治疗,我们应该注意:(1)长期发热病人或使用激素者,X 线胸片呈间质病变或正常者,不排除血行播散肺结核的可能。(2)多次查痰抗酸菌涂片,以提高阳性率。(3)聚合酶链反应检测分枝杆菌:李国利等^[4]以该技术测量痰菌及血中 TB-DNA 阳性率较涂片、集菌高的多。(4)纤维支气管镜、经皮肺穿刺活检、对诊断困难的病例有重要意义。

因此,在临床工作中,临床医师应提高对老年血行播散性肺结核的警惕性,对于不明原因的发热、体重下降、厌食、头痛、咳嗽、红细胞沉降率加快、白细胞计数升高等非特异性炎症时,尤其是长期营养不良、糖尿病、矽肺、长期应用激素或免疫抑制剂者,应考虑本病的诊断。痰抗酸菌涂片、聚合酶链反应技术检测结核分枝杆菌及纤维支气管镜检查、经皮肺穿刺活检是快速正确诊断本病的主要方法之一。

参考文献:

- 1 叶任高,主编.内科学(第 6 版)[M].北京:人民卫生出版社 2004, 39-56
- 2 杨玉.老年肺结核[J].中华结核和呼吸杂志,1996,19:199-201
- 3 马珂.浅谈血型播散型肺结核的诊断[J].中华内科杂志,1998, 37:795-796
- 4 李国利,庄玉辉,张晓刚,等.聚合酶链反应检测肺结核患者外周血结核分枝杆菌的临床应用价值[J].中华结核和呼吸杂志, 1995,18(6):343

(收稿日期:2005-05-09)