

11 例肺结核合并结核性肛瘘患者的临床分析

王志刚 鲁卫健

肛周结核是结核分枝杆菌在肛门周围组织形成的特异性感染,其发病相对较少,占肠结核的 4%^[1],并均有溃疡发生且易形成肛瘘,大多继发于肺结核,原发性肛周结核较少见^[2]。因部分肺结核合并结核性肛瘘的患者呼吸道症状表现不明显,结核中毒症状较轻,而肛周脓肿症状相对突出,由于临床表现缺乏特异性,因而容易引起临床医生的忽视,常被误诊为非特异性感染性肛瘘而进行治疗,其疗效差,易复发。现将盘锦市传染病医院 2009 年 1 月至 2013 年 9 月间收治的,且均已在院按普通肛瘘处理过的 11 例肺结核合并结核性肛瘘患者的临床资料分析如下,为临床提供相应的参考资料,以避免误诊。

资料和方法

1. 患者基本情况:我院 2009 年 1 月至 2013 年 9 月间共收治肺结核合并结核性肛瘘患者 11 例,其中男 9 例,女 2 例;年龄 21~47 岁,平均年龄(34±8.76)岁。结核性肛瘘延误诊断时间在 1 个月至 2 年,平均(9.27±8.16)个月。

2. 诊断依据:继发性肛瘘和肺结核的诊断标准参考文献^[3]。

结 果

1. 临床症状:所有患者均有肛周疼痛症状,均因肛周脓肿切开引流术后或者脓肿自行破溃后形成肛瘘。有咳嗽、咯痰、咯血、胸痛症状者 4 例,有发热、盗汗、消瘦、乏力等全身结核中毒症状者 5 例。其中合并肺结核空洞者 9 例;合并胸腔积液者 2 例,均为少量胸腔积液;合并糖尿病患者 3 例;11 例患者均未发现合并有肠结核,或直肠结核及结核性腹膜炎。初治肺结核患者 9 例,复治肺结核患者 2 例。

2. 细菌学及病理检查:痰涂片抗酸染色阳性者 6 例,痰结核分枝杆菌培养阳性者 8 例。肛周分泌物涂片抗酸染色阳性者 4 例,肛周分泌物结核分枝杆菌培养阳性者 5 例。取肛周组织做病理学检查证实为肛周结核者 4 例,2 例患者取肛周组织或分泌物做涂片、培养、病理学检查均为阳性;2 例患者取肛周组织或分泌物做涂片、培养检查为阳性,未做病理检查。1 例患者取肛周组织或分泌物做涂片检查为阴性,培养为阳性,病理学诊断为慢性炎症,未明确诊断为肛周结

核。2 例患者取肛周组织或分泌物做病理学检查为阳性,涂片和培养均为阴性。3 例患者取肛周组织或分泌物做涂片、培养、病理学检查均为阴性,其中 1 例为痰菌阳性,其他 2 例影像学检查表现为典型的肺结核征象;经治疗后随病情好转,肛周疾患痊愈。1 例肺结核患者经过抗结核化疗好转出院时自述,住院后经久不愈的肛瘘未经手术治疗已基本愈合。

3. 误诊状况:7 例患者因肛瘘久治不愈,常规进行胸部 X 线摄影检查而发现肺结核;3 例患者因肺结核症状就诊,询问病史和查体时发现有关肛瘘病史和体征。就“肛瘘”的诊断,11 例患者全部误诊。我院为传染病专科医院,没有肛肠科,均在外院肛肠科被误诊。11 例患者均因肺结核就诊我院,在诊断肺结核之前,11 例患者均或长或短的有肛周脓肿和肛瘘病史。在院外有肛瘘的治疗史。

4. 治疗和转归情况:入院后均按文献^[3]正规治疗,初治患者的治疗方案为 2HRZE/10HRE;复治患者的治疗方案(参照既往用药情况和药物敏感性试验结果制定)为 3HRZEAm/15HRE。每日肛周局部换药,抗结核药物(利福平胶囊或粉针、链霉素粉针),有较深窦道者将利福平 II 胶囊塑型后(大小形状合适、患者感觉无明显不适)嵌入窦道中。窦道较浅者,用无菌止血钳尽可能暴露窦道外口,将药物粉末撒在窦道内和周围创面上,无菌敷料覆盖。操作前嘱患者排大便,之后清洗会阴部,操作后并嘱患者反复行提肛动作,防止药物脱落,并有助药物延长在局部病灶保留的时间以充分溶化吸收。抗结核治疗 1 个月后 6 例肛瘘患者仍有流脓和肛周肿胀疼痛,再次行肛瘘手术,所有肛瘘患者在 19 d 至 3 个月内痊愈,平均痊愈时间(61.73±28.40)d,所有患者出院后进行短期随访 6 个月,尚未发现肛瘘复发者,未做长期随访及停药后随访。

讨 论

1. 结核性肛瘘形成的原因:目前,我国肺外结核的发病率有所增加,导致结核性肛瘘的发病率也有上升^[4]。肛周脓肿多由肛腺感染经外括约肌皮下部向外扩散形成。主要症状为肛周持续性跳动性疼痛,全身感染症状往往不明显^[5]。其特点是自行破溃,或在手术切开引流后常形成肛瘘。肛周脓肿多因革兰阴性杆菌等非特异性细菌感染引起,但部分肛周脓肿是由结核分枝杆菌或者是普通菌+结核分枝杆菌感染而引起的。分析其病因可能因肺结核患者机体免疫功能下降,肛门局部的生物屏障功能亦随之减弱。活动性肺结核患者多由于吞咽含有结核分枝杆菌的痰液后,随食物残渣到达肛窦部,并停滞存留而引起肛腺感染所致。也不排除经血

行播散或肠结核、腹膜结核等疾病的直接蔓延所致,王勃等^[2]曾报道 8 例肠结核合并结核性肛瘘的患者。本组 11 例患者中均未发现合并有肠结核。

2. 结核性肛瘘的临床特点:通过对我院收治的 11 例肺结核合并结核性肛瘘患者临床资料的分析,发现本病具有以下特点。(1)本组患者中青年男性多见,且多因肛周脓肿、疼痛或者大便带血为主诉就诊。(2)胸部 X 线摄影检查后发现肺结核,呼吸系统及结核中毒症状往往表现不明显。(3)实验室检查痰及脓性分泌物抗酸染色阳性率较高。肛周结核的确诊当以病理检查或者分泌物涂片和培养结果为金标准,PCR 结核分枝杆菌 DNA 检测较为可靠^[2]。(4)误诊时间多较长。11 例患者均在就诊我院前,在院外有较长时间按照非特异性感染性肛瘘进行治疗,且都应用过大量的抗生素,并反复切开引流形成肛瘘,被延误医治数月甚至数年之久。由于肛瘘不愈合,反复形成脓肿破溃而进一步检查才发现为结核病。这一结果提示我们,如肛周脓肿或肛瘘按常规切开及换药治疗,仍有新瘘道形成或原瘘道加深,伤口不愈合或复发,应想到结核性肛瘘的可能。(5)与其他非特异性感染性肛瘘的临床症状相比,结核性肛周脓肿多质地较软,且触痛不明显,有波动感;在形成肛瘘后,常有外瘘口凹陷,呈缸口状,无硬结,不规则,不新鲜,触之易出血,同时,周围皮肤常呈暗紫色,肉芽组织呈灰白色,可见干酪样坏死物,且脓液具有多而稀薄、色淡黄呈米泔样或洗肉水色等特点^[6]。

3. 怎样才能避免误诊:结核性肛瘘比较少见,临床上容易疏忽,防止误诊要做到以下几点。(1)应详细询问患者病史,注意查体。(2)即使无其他临床症状,也应进行胸、腹部 X 线摄影检查,必要时行 CT 检查,首先要排除其他脏器结核性病灶的存在。(3)对久治不愈的患者应考虑行结核菌素皮肤试验,或做脓液、分泌物的抗酸染色、结核分枝杆菌培养等检测,必要时取创面组织做病理学检查。(4)对不明原因

的肛周脓肿在没有排除结核性感染时,不可盲目切开引流;而要进行全面检查,结合临床表现及病史综合分析,以便尽早做出正确诊断。对一时不能明确诊断的患者,在治疗过程中要注意观察各种临床征象,认真寻找确诊的证据,以便尽早明确诊断^[7]。

4. 结核性肛瘘的治疗:结核性肛瘘多为继发感染所致,仅局部手术换药治疗是不够的,应该提倡以全身、全程抗结核为主的综合治疗。诊断明确后,全身抗结核化疗 1 个月,有手术指征的患者进行手术治疗,术后局部应用抗结核药物换药,促进创口愈合。手术后继续进行全身抗结核化疗,初治患者采用 2HRZE/10HRE 化疗方案,复治患者采用 3HRZEAm/15HRE 化疗方案;有条件的医疗机构应根据药物敏感性试验的结果选择用药方案。

参 考 文 献

- [1] 彭卫生,王英年,肖成志. 新编结核病学. 2 版. 北京:中国医药科技出版社,2003:285.
- [2] 王勃,毛晓辉,迟旭. 肺结核合并结核性肛周脓肿 38 例临床分析. 临床肺科杂志,2012,17(8):1512.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南 结核病分册. 北京:人民卫生出版社,2005:6.
- [4] 盛传亮,任毅. 肛门直肠病. 天津:天津科学技术出版社,1994:201.
- [5] 李伯虎,李宁汉. 实用痔瘘学. 北京:科技技术文献出版社,2000:237-238.
- [6] 许绍发,端木宏谨. 肺外结核的诊断和治疗. 中华结核和呼吸杂志,1997,20(3):131-132.
- [7] 刘振华,陈晓红. 误诊学. 济南:山东科学技术出版社,1993:105.

(收稿日期:2013-12-09)

(本文编辑:王然 张晓进)

· 简 讯 ·

2014 年现代结核病控制理论与实践暨临床诊治提高研讨班在北京举办

中国防痨协会于 2014 年 5 月 12—17 日在北京举办了“现代结核病控制理论与实践暨临床诊治提高研讨班”,来自北京、天津、河北、辽宁、吉林、黑龙江、广东、广西、山东、四川、重庆、陕西、甘肃、青海等 14 个省、自治区、直辖市疾控中心、结防所、定点医院、综合医院从事结核病防治、临床工作的医务人员共 118 人参加了培训。

著名专家马珂、朱莉贞、周新华、赵雁林等为学员授课,学员们还围绕结核病、耐药结核病及其相关问题进行了热烈

的讨论。学员们普遍反应,本次培训提高了他们的防治能力,将有助于提高当地结核病诊治水平。

中国防痨协会“现代结核病控制理论与实践培训”于 1998 年 6 月成功地举办了第一期,此后每年举办一期,到 2014 年已经连续举办 17 期,受到了各地各级结核病防治人员,特别是基层防痨人员的欢迎和好评。

中国防痨协会秘书处