

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.10.023

肺隔离症误诊 1 例分析并文献复习

周 蜜, 江 涛

(重庆医科大学附属第一医院呼吸内科, 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R655.3

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-04-19

肺隔离症(Pulmonary sequestration, PS)是一种先天性肺发育异常疾病,主要表现为咯血、咳嗽、咳痰、发热等,并可多年反复出现上述症状。该病发病率低,临床表现缺乏特异性,常规影像学检查难以与其他疾病鉴别,故易误诊漏诊。我院收治 1 例,结合文献复习,现报告如下。

1 临床资料

男性,29 岁,因“间断咯血 2 年”于 2012 年 3 月 14 日入院。患者于入院前 2 年无明显诱因出现咯血,约 100 ml,为鲜红色血液,于当地医院抗炎、止血治疗后好转。后就诊于某医院诊断为“支气管扩张,肺炎”,经对症治疗后再未发生咯血。12 d 前患者无明显诱因再次出现咯血,约 10 ml 鲜红色血液,无咳嗽、咳痰、发热、胸痛等不适,于当地医院经抗炎、止血治疗后未再出现咯血。3 d 前再次出现咯血,约 100 ml 鲜血,伴胸闷、咳嗽、咳痰,痰为白色黏痰,量少,无胸痛、发热、呼吸困难等不适。于当地医院就诊,予以对症处理后未再咯血。2 d 前来我院门诊行胸片检查示:双肺纹理增多;左侧肋膈角变钝伴胸膜粘连、增厚。胸部 CT 提示:左肺下叶前内基底段及外侧基底段、左肺上叶下舌段炎症;双肺底少许陈旧性纤维灶;右侧胸膜轻度增厚。为进一步诊治,门诊以“左肺下叶病变待查”收治入院。入院查体:体温 36.3℃,心率 80 次/min,呼吸 21 次/min,血压 100/60 mmHg。神清,全身皮肤黏膜无黄染,全身浅表淋巴结未扪及肿大。颈软,对称,无颈静脉怒张。双肺呼吸音稍低,未闻及明显干湿啰音。心、腹查体无异常。无杵状指。辅助检查:乙肝两对半:乙肝表面抗原、e 抗体、核心抗体均为阳性。肺癌标志物:神经原特异性烯醇化酶 14.09 ng/ml。结核菌素试验结果:中度阳性。血常规、尿便常规、血糖、肝肾功、电解质、凝血象、输血前检查无明显异常。心电图:窦性心动过缓。腹部 B 超:胆囊息肉样病变;右肾结石。纤维支气管镜抽吸灌洗液涂片:未找到癌细胞、抗酸杆

菌。入院后予以抗炎治疗 1 周后复查胸部 CT 提示:左肺底近后胸壁可见纤维条片索影及软组织影,软组织影大小约 6.9 cm × 4.0 cm,增强后见明显强化,其内含动静脉,其组织由胸主动脉供血。双侧胸膜增厚。左侧少量胸腔积液。支气管动脉 CT 血管造影(Computed tomography angiography, CTA):左下肺后基底段肺实变,由胸主动脉从左前壁发出分支供血,开口大小约 8 mm,左下肺静脉扩张分布于隔离肺内。考虑诊断:左下肺隔离肺。

2 结 果

胸外科会诊后同意我科诊断意见,建议手术治疗。于 2012 年 3 月 28 日在全麻下行左肺下叶隔离肺切除术,术中探查见:左下肺不张,呈实质性肝样改变;左下肺静脉下方 2 cm 处肺下韧带内可见一直径约 0.8 cm 动脉血管从降主动脉直接发出,然后扭曲走行进入左下肺叶。术后病理诊断:左下肺送检肺组织间质血管扩张,充血、出血,大部分肺组织实变,肺泡腔内充满红细胞,部分肺泡间隔纤维组织增生伴炎症细胞浸润,部分细支气管囊状扩张,符合支气管肺隔离症。术后恢复良好出院。

3 讨 论

PS 在胚胎时期,部分肺组织与主体肺分离并单独发育形成囊性肿块,接受体循环动脉供血,但不具备肺的功能。根据异常组织有无完整的胸膜与正常肺组织分界,通常分为叶内型和叶外型,叶内型多见,占 80%以上。PS 多发生在左下肺后基底段(66.43%),其次为右下肺后基底段(20.16%),也可见于左下叶与膈肌间、膈下、纵隔中、膈肌内,极少数发生于双肺。隔离肺的主要供血动脉来源于体循环的分支,大部分异常供血动脉来源于胸主动脉(76.55%),其次是腹腔或脾动脉,少数可来自于肋间动脉、锁骨下动脉、胸廓内动脉和心包膈动脉^[1]。

作者介绍:周 蜜(1988-),女,硕士,

研究方向:呼吸内科疾病。

通信作者:江 涛,女,教授,Email:j.tcq@163.com。

PS 的临床表现多样化,但无特异性。叶内型与支气管相通者可有发热、咳嗽、血性脓痰、胸痛、咯血等症状,经抗生素治疗可暂时缓解,但病情长期反复。叶外型 and 支气管不相通的叶内型可长期无症状,很多病例因体检时发现肺内阴影而得出诊断。

PS 的诊断主要依靠影像学检查。胸部 X 线可表现为:(1)圆形、椭圆形或不规则形肿块影;(2)节段性肺不张表现;(3)高密度渗出灶,肺纹理增粗、紊乱等。胸部 CT 可有下列表现:密度均匀或不均匀团块影,其间可见囊腔、液气平面;实质性肿块中见低密度区;病灶周围肺气肿征;部分可见异常动脉从胸腹动脉进入病灶内,CT 中异常动脉的表现为条索状、逗点状,可与主动脉相连,其强化密度也与主动脉一致^[2]。增强螺旋 CT 三维重建血管成像能清楚显示异常供血动脉的起源、走行、分支及回流静脉。CTA、核磁共振动脉造影(Magnetic resonance angiography, MRA)亦可立体显示供血动脉的起源及行程,对治疗方案的选择,尤其对手术方案的制定有很好的指导作用。B 超对本病也有一定的筛查作用。PS 诊断最重要的证据是肺内病灶有来自体循环的异常供血动脉,其金标准为血管造影,因其具有创伤性而逐渐被 CTA、MRA 代替,因 MRA 可能因病变周围的气体而产生伪影,故 CTA 逐渐成为诊断该病的首选检查^[3-5]。

PS 一旦诊断明确,若无其他手术禁忌症应及早手术治疗。随着介入技术的发展,血管介入栓塞治疗可取得肯定的效果,且创伤较小,逐渐运用于临床。

本病例病程 2 年,以间断咯血为主要症状,曾被误诊为“支气管扩张、肺炎”,病程中虽经对症处理可好转,但症状反复。此次入院时胸部 CT 仍提示左下肺炎症,但经抗炎治疗后复查 CT、CTA 诊断为隔

离肺,最后通过手术达到良好的治疗效果。

综上所述,PS 为一种少见的疾病,临床表现无特异性,易被误诊、漏诊,其诊断主要依靠影像学检查,如 CTA 等。治疗主要为手术治疗。为了减少漏诊率,笔者认为:对于反复出现肺部感染、咯血的患者,尤其是年轻者,应警惕该疾病可能,注意比较前后胸部影像学表现,疑似病例可行 CTA 等检查明确诊断。

参 考 文 献

- [1] 魏 勇,李 凡.肺隔离症 2625 文献复习[J].中华全科医师杂志,2010,9(10):714-716.
Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a literature review of 2625 cases [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2010, 9(10): 714-716.
- [2] 王晓新,刘桐林,尹兴儒.肺隔离症的诊断和治疗[J].中华医学杂志,2009,89(43):3061-3064.
Wang X X, Liu T L, Yin X R. Diagnosis and treatment of pulmonary sequestration [J]. National Medical Journal of China, 2009, 89(43): 3061-3064.
- [3] 左海英,丁长亮,李志勇.肺隔离症的影像学诊断[J].临床合理用药,2011,4(2B):96.
Zuo H Y, Ding C L, Li Z Y. Imaging diagnosis of pulmonary sequestration [J]. Chinese Journal of Clinical Rational Drug Use, 2011, 4(2B): 96.
- [4] 胡 芳,肖恩华.肺隔离症影像诊断研究进展[J].医学影像学杂志,2011,21(11):1763-1767.
Hu F, Xiao E H. Imaging diagnostic research development of pulmonary sequestration [J]. Journal of Medical Imaging, 2011, 21(11): 1763-1767.
- [5] 夏 宇,杨 迎,刘进康,等.CT 增强扫描及 CTA 诊断肺隔离症的价值[J].中国医学影像学杂志,2003,11(4):266-268.
Xia Y, Yang Y, Liu J K, et al. The value of contrast-enhanced CT and CTA in the diagnosis of bronchopulmonary sequestration [J]. Chinese Journal of Medical Imaging, 2003, 11(4): 266-268.

(责任编辑:关蕴良)