

肺下叶结核 X射线征象与临床分析

林黎娟

中图分类号: R812 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2008)04-0491-01

【摘要】 目的 提高肺下叶结核的诊断率,防止误诊。方法 收集并分析讨论肺下叶结核患者的 X射线征象及临床症状。结果 45例患者得到确诊并及时治疗。17例痊愈,16例好转。结论 肺下叶结核患者容易误诊,要根据 X射线征象及临床表现加以确诊,以免延误治疗和隐性传染。

【关键词】 肺下叶结核; X射线; 临床症状

肺下叶结核由于其无特异的临床症状和不典型的 X射线表现,极易误诊为其他呼吸道疾病,致使肺下叶结核误诊率增高,不仅延误病人早期治疗的机会,且成为社会上的一个隐蔽传染源。笔者收集肺下叶结核资料较完整者 45例,就其发病机制、临床 X射线表现及临床进行讨论。以期提高肺下叶结核的诊断率。

1 临床资料

45例患者均摄有 X射线胸部正、侧位片,确定病变位于肺下叶,其中男 30例,女 15例。年龄 10~58岁,平均 38.4岁。无症状者 8例,因健康体检或外伤就医发现;有症状者 37例,病程 5~180d,平均 60d。主要症状为咳嗽、咯血、胸痛、盗汗、乏力、畏寒和发热。体征无明显特异性,部分有干湿罗音。实验室检查:外周血白细胞计数多为正常,部分血沉加快,30~60mm/h之间。45例均经痰浓缩涂片、纤维支气管镜检查或手术病理确诊。

2 结果

2.1 首次 X射线征象 ①右下肺背段斑片状,密度均匀,边缘不清的阴影 24例,后基底段见边缘不清的密度增高阴影 10例,右下叶背段出现薄壁空洞,内有小液平,周围有卫星灶 3例。②左下肺后基底段边缘不清的斑片状阴影,密度较淡,肺纹理增粗 8例。③正位片肺门增浓,结构不清,侧位片见下叶背段密度增高阴影 5例。④右下肺背段见 2mm左右薄壁空洞,左肺内基底段见斑片状阴影 5例。⑤右下肺后基底段和右下肺背段球形密度不均病灶 3例。除以上 X射线改变外,其余肺野均未见实质性病变。

2.2 治疗效果 除手术病理证实为结核球 3例外,其余 42例均经 1~6次摄片复查,首次摄征到末次复查时间平均 192d。病灶吸收痊愈者 17例,好转 16例。空洞在吸收过程中大空洞变为蜂窝样,最后完全闭合消失者 1例,空洞变模糊 3例。

3 讨论

肺结核主要发生于上叶,上叶结核可通过支气管传播到下叶及中叶,称为下叶结核,实际上还应该包括肺门结核,有作者称为“基底结核”,文献报道发病率占 1%~7%^[1]。本病为继发性肺结核,是由于肺门淋巴结结核侵蚀和穿破支气管向下叶播散所致。由于解剖关系,右侧大于左侧,下叶结核常合并支气管内膜结核,因病变局限于下肺,常易误诊为非特异性炎症。

3.1 发病机制 主要是由于干酪化的淋巴结向下叶支气管破裂所致,或是一种不典型的血行感染。至于右下叶多于左下

叶,其原因有原发病灶多数发生于右下叶,引起右侧淋巴结增大;其次左肺下叶及舌叶的原发灶,除同侧的肺门支气管淋巴结增大外,尚可见右侧气管旁淋巴结增大,所以淋巴结结核右侧多于左侧;加上解剖和体位关系,穿孔破入右下支气管机会就增多。

3.2 X射线征象分析 ①支气管肺炎型下叶结核多表现为中下肺野出现片状渗出灶夹有点状阴影,有些病灶抗炎治疗后症状好转,但复查胸片病灶出现进展表现,与临床体征不符,甚至有空洞出现。仔细分析其 X射线表现与非特异性炎症有所不同,主要为浸润灶大小不等、形态不一,在阴影内夹有颗粒状小斑点,为增殖病灶所致,从而形成影像的多样性。②下叶结核较易出现空洞型,当下肺出现空洞时,应仔细观察空洞周围情况,如有多发性小结节及卫星病灶出现,且空洞变化缓慢,须考虑结核存在^[2]。③下叶结核出现类圆形病灶较为少见,大多为病程较长所致,表现为边缘不清的类圆形阴影,极易与肺癌相混淆,但仔细观察,其边缘不甚清晰,无分叶及毛刺征,周围可有少量渗出病灶,如不定期观察,不易与肺肿瘤区别。

3.3 临床症状 肺下叶结核多为继发感染,以青年好发,壮年次之,少年和老年最少。该病起病急,症状较缓和,病程长,痰菌阳性率低,其治疗方案的选择及疗程同其他位置肺结核^[3]。临床上主要与下列疾病鉴别:①肺炎:起病急,病程短,体温可高达 40℃,白细胞数显著增高, X射线阴影为均匀较淡的磨玻璃样,抗感染治疗效果明显。②肺脓肿:发病亦较急,体温高,多咳大量脓臭痰,白细胞数高达 $(20.0 \sim 30.0) \times 10^9/L$,较早出现杵状指, X射线示局限性致密的团块状阴影,中央可见透亮区,多有液平,周围绕以比较浓厚的炎性阴影,空洞壁较结核性空洞者厚,应用抗生素治疗效果显著。③肺癌:肺癌好发于中老年,早期可有痰中带血,大咯血者少见,胸痛的出现较早且较重,痰检及纤支镜检查有助鉴别。

为了提高对肺下叶结核诊断率,对于青壮年出现发热、咳嗽、咯血等症状,在下叶背段、后基底段出现渗出性病变,应进行痰菌检查及结核菌素试验,或进行抗菌治疗 1~2周后复查胸部 X射线,必要时做纤维支气管镜刷检检查,以排除肺下叶的结核病,再考虑为肺部感染性病变。

参考文献:

- [1] 祝斌,虞舜东.肺下叶结核 194例误诊分析[J].临床荟萃,1999,14(17):36-37.
- [2] 郭卡,马凯,齐保全.不典型肺结核的 X线征象分析[J].临床医学,1999,19(8):47-48.
- [3] 颜志平,吴贵华.肺结核不典型 CT表现误诊分析[J].放射学实践,2003,20(1):34-35.