



单纯性支气管内膜结核的纤维支气管镜检查分析

近年来,全球结核病的发病率有逐年增高趋势[1]。其中,支气管内膜结核(endobronchial tuberculosis, EBTB)因临床表现不典型,常导致临床误诊而延误治疗,引起了越来越多临床医师的重视。单纯性支气管内膜结核是气管、支气管粘膜或粘膜下层发生的结核病变,无传统肺部结核病灶,故纤维支气管镜检查对其诊断具有重要意义。本文对92例单纯性支气管内膜结核的纤维支气管镜检查特点进行了观察和对比分析。

1 材料与方法

1.1 病例资料

本研究所有病例来自我院1997年1月至2004年1月期间收治的经纤维支气管镜下活检、刷检及灌洗液检查确诊为支气管内膜结核的患者92例。其中女性58例,男性34例,年龄为22~56岁,平均年龄 37.5 ± 12.6 岁。主要症状为咳嗽(83.2%)、痰中带血(36.4%)、低热(25.6%)、胸痛(20.9%)、呼吸困难(14.1%)、其它(10.2%)。

1.2 方法

术前常规准备,采用日本Pentax产EB-1530 T型电子纤维支气管镜依次观察声门、气管、左右主支气管和各叶、段支气管开口、粘膜、管腔,于病变部位取活检、刷检及灌洗液查抗酸杆菌。

1.3 统计学处理

组间比较用非配对t检验。

2 结果

2.1 年龄分布

我院检查的92例病人中,高发年龄在25~35岁组共41例(44.6%),其次是35~45岁组24例(26.1%),大于55岁组10例(10.8%),小于25岁组9例(9.8%),我院检查的病例中最少的发病组是45~55岁共8例(8.7%)。

2.2 纤维支气管镜下的表现

本组病例中,纤维支气管镜下观察到的改变为充血水肿40例(43.5%),干酪样坏死23例(25.0%),管腔狭窄18例(19.6%),溃疡肉芽11例(11.9%)。

2.3 病变部位

92例中纤维支气管镜检查均有异常,左肺多见于上叶16例(17.4%)和下叶背段13例(14.1%);右肺多见于中叶11例(12.0%)和上叶10例(10.9%);主支气管共10例(10.9%),其中左主6例(6.5%),右主4例(4.3%);下肺病变共29例(31.5%)。

2.4 确诊方法的阳性率

刷检找到抗酸杆菌28例(30.4%)，支气管灌洗找到抗酸杆菌19例(20.7%)，活检病理学检查75例(81.5%，与刷检和支气管灌洗相比 $P<0.05$)。

3 讨论

支气管内膜结核于1964年首次报道[2]，临床发病率约在1.4%~4.1%之间，常继发于肺部或淋巴结结核。活动性肺结核患者中大约10%~40%伴有支气管内膜结核[3]，是由肺结核在病变侵犯支气管时结核杆菌植入所致。但更多情况下是由于结核杆菌经呼吸道的直接传播而首发支气管内膜结核，即单纯性支气管内膜结核[4]。

单纯性支气管内膜结核临床无特异性，可表现为咳嗽、咳痰，痰中带血，胸痛，呼吸困难，部分伴有低热、盗汗等结核中毒症状，胸片无异常或呈阻塞性肺炎改变，常规抗生素治疗效果差。早期症状较轻，不易重视，易误诊为支气管炎。单纯性支气管内膜结核导致粘膜充血、水肿、增殖性病灶趋向静止或干酪样坏死物质、结核肉芽肿以及管腔狭窄等阻塞近端支气管导致引流不畅，痰菌不易排除，痰涂片、培养难以检出结核杆菌，给单纯性支气管内膜结核早期诊断带来一定困难[5]。纤维支气管镜检查及其取材标本的进一步检验是确诊的主要手段。

我们研究发现，单纯性支气管内膜结核在25~35岁的年轻人群中发病率较高。纤维支气管镜下多表现为充血水肿、干酪样坏死，其次表现为管腔狭窄，有少部分病人表现为溃疡肉芽。经病理活检发现明显的结核结节或干酪样坏死，或者刷检、灌洗液查到抗酸杆菌，故而确诊。单纯性支气管内膜结核好发于上叶尖后段、中叶(舌段)和下叶背段支气管，可能与局部通气充分，而肺血流量相对不足有关。左肺(54.3%)多于右肺(45.7%)，可能与左肺支气管引流不通畅有关。

本组病例中，病理活检阳性率较高，与文献报道[8]一致。但其中有部分病人是经过多次活检才确诊的，这可能与取材的大小、部位和操作者的技术有关。虽然刷检和灌洗液查抗酸杆菌的阳性率较低，但对临床诊断也能提供一定的参考价值。上述几种方法联合检查更有助于提高诊断的阳性率[9][10]。

纤维支气管镜检查为呼吸系统疾病常用的检查方法之一。本组临床病例均为纤维支气管镜所确诊，检查后均给予了正规的抗结核治疗，临床症状明显改善，3~6个月后，随访病例经纤维支气管镜复查，其镜下改变也明显消退。提示我们对咳嗽、咳痰，痰中带血，胸痛，呼吸困难，胸片无异常或呈阻塞性肺炎改变，常规抗炎治疗效果差的患者应警惕单纯性支气管内膜结核的存在，宜尽早行纤维支气管镜检查，以明确诊断，早期治疗。

参考文献：

[1] Buddle BM, Wards BJ, Aldwell FE, et al. Influence of sensitization to environmental mycobacteria on subsequent vaccination against bovine tuberculosis[J]. *Vaccine*, 2002, 20: 1126-33.

[2] Pierson DJ, Lakshmi IS, Petty TL. Endobronchial tuberculosis[J]. *Chest*, 1993, 64(4): 537-9.

[3] Lee JH, Park SS, Lee DH, et al. Endobronchial tuberculosis—clinical and bronchoscopic features in 121 cases[J]. *Chest*, 1992, 102(4): 991-4.

[4] Han JK, Im JG, Park JH, et al. Bronchial stenosis due to endobronchial tuberculosis: successful treatment with self expanding metallic stent[J]. *Am J Roentgenol*, 1992, 159(5): 971-2.

[5] Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis[J]. *Chest*, 2000, 117(2): 385-92.

[6] Kurasawa T, Kuze F, Kawai M, et al. Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis[J]. *Intern Med*, 1992, 31(5): 593-8.

- [7] 余文聘, 容中生. 支气管内膜结核90例临床分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(7): 396-8.
Yu WP, Rong ZS. Clinical analysis of 90 cases with endobronchial tuberculosis[J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 1999, 22 (7): 396-8.
- [8] Altin S, Cikrikcioglu S, Morgul M, et al. 50 endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis[J]. Respiration, 1997, 64(2): 162-4.
- [9] 程 刚, 何蕴韶, 周新宇, 等. 结核分支杆菌荧光PCR试剂盒的研制及临床实验[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(6): 533-5.
Cheng G, He YS, Zhou XY, et al. Development and clinical trial of fluorescence PCR diagnostic kit to detect Mycobacterium tuberculosis[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(6): 533-5.
- [10] Oka M, Fukuda M, Nakano R, et al. A prospective study of broncho- scopy for endotracheobronchial tuberculosis[J]. Intern Med, 1996, 35(9):698-703.

参考文献:

- [1] Buddle BM, Wards BJ, Aldwell FE, et al. Influence of sensitization to environmental mycobacteria on subsequent vaccination against bovine tuberculosis[J]. Vaccine, 2002 ,20: 1126-33.
- [2] Pierson DJ, Lakshmi IS, Petty TL. Endobronchial tuberculosis[J]. chest, 1993, 64 (4): 537-9.
- [3] Lee JH, Park SS, Lee DH, et al. Endobronchial tuberculosis-clinical and bronchoscopic features in 121 cases[J]. Chest, 1992, 102 (4) :991-4.
- [4] Han JK, Im JG, Park JH, et al. Bronchial stenosis due to endobronchial tuberculosis: successful treatment with self expanding metallic stent[J]. Am J Roentgenol, 1992, 159(5): 971-2.
- [5] Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis[J]. Chest, 2000, 117(2): 385-92.
- [6] Kurasawa T, Kuze F, Kawai M, et al. Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis[J]. Intern Med, 1992, 31(5): 593-8.
- [7] 余文聘, 容中生. 支气管内膜结核90例临床分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(7): 396-8.
Yu WP, Rong ZS. Clinical analysis of 90 cases with endobronchial tuberculosis[J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 1999, 22 (7): 396-8.
- [8] Altin S, Cikrikcioglu S, Morgul M, et al. 50 endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis[J]. Respiration, 1997, 64(2): 162-4.
- [9] 程 刚, 何蕴韶, 周新宇, 等. 结核分支杆菌荧光PCR试剂盒的研制及临床实验[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(6): 533-5.
Cheng G, He YS, Zhou XY, et al. Development and clinical trial of fluorescence PCR diagnostic kit to detect Mycobacterium tuberculosis[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(6): 533-5.
- [10] Oka M, Fukuda M, Nakano R, et al. A prospective study of broncho- scopy for endotracheobronchial tuberculosis[J]. Intern Med, 1996, 35(9):698-703.