

气喘、呼吸困难、逐渐加重一年余

山东省立医院 内科 胸外科 放射科 病理科

病历摘要

患者男, 47岁, 干部。因气喘、呼吸困难且逐渐加重, 于1984年3月9日来我院就诊。患者吸烟十余年, 5年前开始咳嗽、吐痰, 冬季较重。1年前曾有突然呛咳, 持续十数分钟, 痰带血丝。此后出现气喘, 不能参加体力劳动。半年来发生呼吸困难, 并逐渐加重, 呼吸时能听到喘鸣音, 坚持一般室内工作。从未发热, 平日痰量不多。

查体: 一般情况佳, 营养中等。无明显紫绀。能闻轻度喘鸣。体温36.8℃, 呼吸26次, 脉搏96次, 血压115/70。颈部及锁骨上淋巴结无肿大, 气管居中, 甲状腺不大。胸廓无畸形, 心脏正常; 两肺叩诊清音, 除可闻气管喘鸣音外, 无其他异常。腹软, 肝脾未及。下肢无浮肿。实验室检查: 血红蛋白12.3克, 白细胞8,300, 中性65%, 淋巴32%, 单核2%, 嗜伊红1%。血沉5毫米/小时。小便常规正常。胸部正、侧位摄片未见异常。肺功能检查符合通气功能障碍。

讨论

李襄五副主任医师 (内科): 患者以往身体尚好, 慢性咳嗽5年, 1年来有逐渐加重的呼吸困难, 尚能坚持一般室内工作。当地医院长期按慢性支气管炎治疗, 但效果不佳。今天讨论的重点是该患者的诊断问题。

辛洪涛主治医师 (内科): 根据患者的病史, 临床表现及胸部X线检查等, 我认为应首先排除下列疾患:

1. 心源性呼吸困难: 该患者心脏无杂音, 肺底无罗音, 无肝大、浮肿等心功能不全表现, 故可排除心脏疾患所致呼吸困难。

2. 过敏性肺炎、热带嗜伊红细胞增多症: 该患者的呼吸困难等症持续1年多, 并逐渐加重, 胸部正、侧位摄片示肺部无明显病变, 白细胞分类嗜伊红细胞不高, 故皆不支持此病。

3. 支气管哮喘: 患者发病持续时间较

长, 无特殊诱因的非发作性呼吸困难, 肺部无典型的哮鸣音, 亦不符合本病的诊断。

4. 慢性喘息型支气管炎: 患者吸烟十余年, 5年前始有咳嗽, 冬季较重, 藉此可考虑慢性支气管炎。但患者近年来症状发展较快, 干咳, 很少咳痰, 体征主要为喘鸣, 此无法单纯用慢性喘息型支气管炎解释。

根据患者曾有呛咳、痰中带血、逐渐加重的呼吸困难和以喘鸣为主要体征等, 我认为有可能是慢性支气管炎基础上又发生气管内肿瘤。

高洪举副主任医师 (放射科): 同意上述分析。该病例胸部正侧位片示两肺纹理增多, 心脏、大血管、纵隔等均正常。摄体层片示肺门未见异常, 气管上端有边缘不整齐的块状阴影, 气道呈环形狭窄, 气管壁被破坏。此变化符合原发性气管上端肿瘤。根据本例的临床表现及体层片所示, 应考虑为恶性肿瘤。如何鉴别其良性、恶性? 主要依据以下几点: ①良性者多见于青壮年, 病程长, 症状轻, 发展慢; 恶性者多发生于40~50岁以上, 病程短, 症状重, 进展快。②良性肿瘤可发生于气管的任何部位, 病变光滑, 边缘清楚, 瘤床狭小; 恶性者多见于气管的上1/3或下1/3, 气道呈环形狭窄, 病变不光滑, 边缘不清楚, 瘤床宽大。③恶性肿瘤易破坏气管壁, 易发生气管软化症和向纵隔及颈部转移; 良性者则否。

李襄五副主任医师: 同意上述诊断。所谓原发性气管肿瘤, 不包括由附近组织肿瘤累及或转移到气管者。此病较为少见。据报道, 气管内肿瘤以恶性者为多见。Houston等曾报告90例气管内肿瘤, 其中53例为恶性, 37例为良性。恶性气管内肿瘤以鳞癌为最多, 腺样囊性癌(圆柱瘤形腺癌)次之。良性者有乳头状瘤、纤维瘤、平滑肌瘤、脂肪瘤、软骨瘤、神经鞘瘤及混合瘤等。该病的主要症状为气喘及呼吸困难, 且为发作性, 夜间、卧位及上呼吸道感染时加

重；咳嗽亦常见，病初多为干咳，继发感染时有痰但不易咳出；咳血者少见。

气管内肿瘤不管良、恶性，皆易发生误诊。Karlson等报告21例，病初皆发生误诊，误诊时间为1个月~16年，平均为10个月。常可误诊为慢性支气管炎、支气管哮喘或心力衰竭等。X线检查为确诊本病的较好方法，但只摄胸部正、侧位片很易漏诊。Houston等对53例患者摄片，仅13例有阳性发现。胸部后前位高千伏摄片的阳性率较高。Karlson等对7例患者作此项检查，结果6例阳性。较可靠的是气管体层摄片，它能显示肿瘤的形态、大小及其累及的范围。另外，痰细胞学检查对该病的诊断有一定帮助。Houston等曾对25例患者作此项检查，结果14例阳性，占56%。

牛三荣住院医师（内科）：原发性气管肿瘤与慢性喘息型支气管炎的主要表现皆为气喘及呼吸困难，不知二者在症状及体征方面有无明显不同之处？

李襄五副主任医师：近10年来我们共遇到3例原发性气管肿瘤，病初皆长期误诊为慢性喘息性支气管炎，主要原因是对本病认识不足。其实，本病的临床症状和体征，与慢性喘息型支气管炎有许多不同之处：①本病的气喘与呼吸困难是进行性的，发展快，无明显季节性，用止喘剂无效。②本病患者可有呛咳，咳痰甚少或无痰，用止咳祛痰剂无效。③肺部湿罗音较少，可闻及气管喘鸣音，音调较高，有时在患者身旁不用听诊器亦可清晰闻及。④瘤体较大，发生于气管下端、靠近隆突的侧壁时，由于呼吸时患侧气流受阻，可出现一侧呼吸音降低。

苏帆实习医师：气管内肿瘤发生呼气性呼吸困难的机理是什么？

李襄五副主任医师：气管口径的大小随呼吸而改变，呼气时其宽度约减少 $1/10$ ，长度约减少 $1/5$ 。因此，气管内肿瘤引起的气道阻塞，在呼气时更为显著，从而阻碍气体呼出。但应指出，并非所有气管内肿瘤都有呼吸困难症状，因气管具有弹性，其纵、横径富有伸缩性，故当瘤体很小时可无明显气道阻塞症状。只有在瘤体占管腔内径 $1/2$ 以上时，才会出现呼吸困难症状。

薛立福主治医师（内科）：本病较罕见。由于对其认识不够，临床上往往单凭症状体征及一般胸透而将其诊断为慢性支气管炎，有时甚至误诊为神经官能症。该患者来本院门诊就诊时，我们发现有些现象无法用慢性支气管炎解释，故建议作纤支镜检查。

辛洪涛、姚秀云（纤支镜室）：患者在局麻下作纤支镜检查。当纤支镜刚过声门，即见气管壁上有息肉状肿物，管腔明显狭窄，活检后极易出血。活检时因患者出现全身明显紫绀，四肢抽动，意识不清，脉搏微弱，故迅即取镜。

李襄五副主任医师：支气管镜检查是确诊原发性气管肿瘤最可靠的方法。但必须强调指出，对上呼吸道阻塞患者作呼吸道物理检查应特别慎重，因为此类患者的咽喉部特别敏感，有时轻微刺激就能引起喉痉挛，发生完全性上呼吸道阻塞，导致死亡。

王维屏主治医师（病理科）：标本体积为 $0.3 \times 0.1 \times 0.1$ 厘米，灰白色。显微镜下可见气管粘膜上皮下有瘤组织。瘤细胞呈多边形，大小较一致，胞浆少，细胞边界不清楚，细胞核呈圆形或椭圆形，核深染，分裂象少。瘤细胞呈筛状、腺管状和条索状排列。周围有扁平形、核较小、染色深、胞浆少的肌上皮细胞围绕。囊腔内含有粘液，间质结缔组织部分较致密，部分疏松呈粘液样变。病理诊断：腺样囊性癌。

原发性气管癌约占所有癌肿的0.1%。腺样囊性癌主要发生于大、小涎腺及呼吸道之粘液腺，是涎腺、粘液腺最多见的恶性肿瘤。腺样囊性癌来自粘液导管，多发生气管的后壁膜状部与软骨环连接处，呈息肉状、结节状或弥漫性浸润。腺样囊性癌为一种低度恶性癌，生长缓慢，常呈局部浸润，破坏性很强，切除后易复发，晚期可发生远处淋巴结转移。

冯宏副主任医师（内科）：本例气管恶性肿瘤的症状出现已有一年多，相当于中晚期。降低肿瘤病死率的关键在于早期发现，但目前对无症状的内脏早期癌瘤尚缺乏敏感、特异性高的普查方法。因此，加强对早期癌症状线索的探讨和癌前病变的研究很有必要。我们认为，基层医院应对有早期癌症

本文介绍一例罕见的结节性肝硬化合并自发性肝左叶破裂，以期吸取经验教训。

患者男，52岁，因上腹剧烈胀痛伴恶心呕吐2小时入院。2小时前，患者在弯腰劳动时，突发上腹部刀割样持续性剧痛，不放射。并伴恶心呕吐（吐物为少量酸臭食物及粘液）、胸闷气急及头昏无力，急症入院。患者曾患胆石症、胆汁性肝硬化多年，经针刺排石治疗后已数年无腹痛发作，肝功能正常，能从事正常工作。

体检：体温35.6℃，脉搏扪不清，血压测不到。痛苦表情，烦躁不安，面色苍白，冷汗淋漓，四肢厥冷，呈休克状态。巩膜无黄染，心肺无异常。上腹部膨隆、叩鼓，有明显压痛及轻度反跳痛。肝脾肋下可及拒按，下腹软，无包块及压痛，无移动性浊音，肠鸣音减弱。腹穿阴性。白细胞21,000，中性89%，淋巴11%。心电图正常。

入院时拟诊感染性休克、急性胃扩张，怀疑有胆道感染及坏死性胰腺炎。给抗生素及输血等治疗，病情一度好转。约4小时后出现下腹胀及移动性浊音，试穿抽出血液而

状线索患者提高警惕，即使常规检查方法为假阴性时，也应追踪复查，或及时上转有条件的专科医院诊断。原位癌→早期癌→进展期癌，从倍增时间(Doubling Time, TD)来看，越早期发展越慢，故应力争早期诊断；而晚期治疗往往难以收效。

郭兰敏主治医师(胸外科)：原发性气管癌以鳞癌及腺样囊性癌为最多。鳞癌多以咳血为主要症状，易于较早诊断；腺样囊性癌以喘鸣为主要表现，故容易延误诊断。腺样囊性癌的最大特点是沿粘膜下扩散，故距肿瘤一定距离处的气管壁亦应酌情多处作活检，以估测手术范围。气管血运丰富，在活检时易引起致命性大出血，值得注意。本病的外科治疗原则是：①若肿瘤局限，无远处转移，

考虑肝癌合并自发性肝破裂，旋即病情恶化死亡。尸解：肝明显缩小，肝左叶有一块状物，肉眼观察不像癌体，表面有破裂处；左肝下有大量血块，腹腔充满血液；脾明显肿大。肝块状物病理结果：结节性肝硬化，肝小叶脂肪变性。反复取材、切片、镜检，无肝癌。

分析与讨论

自发性肝破裂多见于肝癌，脂肪变、淀粉样变等肝实质变性及妊娠妇女严重呕吐导致腹内压增高时亦偶有发生。本例为结节性肝硬化及脂肪变引起，堪称罕见。自发性肝破裂一般不难诊断，但本例为自发性肝左叶破裂，临床表现特殊，加之医者对其临床特点认识不足，以及辅助检查不全面，过分重视白细胞显著增高而导致发病初期未得及时确诊，延误了手术时机，此应引以为训。

通过本例观察，特提出自发性肝左叶破裂的几个主要特点，供同道参考。

1. 突出表现为上腹部膨隆，叩鼓，酷似急性胃扩张。从解剖关系看，由于左肝破裂引起大量出血，开始时主要流入左肝前下

病变面积不大，向纵隔内侵入不深，应首先考虑手术切除。②术前应正确判断病变性质及范围，考虑到切除后应有足够的正常组织，以确保安全及重建手术的进行。③肿瘤位于气管下段时，需同时进行重建术。④无手术条件的病例可进行放射治疗，对鳞癌及腺样囊性癌均有效，但易复发；后者的效果较好，有时可缓解3~7年。

高洪举副主任医师：该病的治疗问题，可根据肿瘤的恶性程度而定。如果分化较好，低度恶性（例如腺样囊性癌），可行手术切除，术后酌情放疗。如果为未分化癌，恶性程度高，其早期可血行转移，故以放疗加化疗为宜。

(李襄五 姚秀云整理)