

食道结核临床诊治 2 例报告

王丽姣, 冷明芳, 周国华, 陈叶青

【关键词】 食道结核; 病例报告; 结核诊疗

【中图分类号】 R 523

【文献标识码】 B

结核可累及全身多个器官,其中肺是最常见的器官,其次是纵隔、脊柱等,食道虽位于身体中最容易发生结核部位的附近,但食道结核(esophageal tuberculosis)临床上非常罕见,极易误诊与漏诊。本文报告 2 例由病理证实为食道结核的诊疗经过。

1 临床资料

例 1,男,74 岁,退休工人。因胸骨后疼痛伴反酸、烧心 8 月余于 2007-04-16 日入院。自觉胸骨后疼痛与进食无关,起病后体重下降 3 kg。既往:30 岁时患“肺结核”,当时经抗痨治疗后已治愈。入院查体:浅表淋巴结无肿大。心肺听诊无异常。腹平,全腹无压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未及。辅助检查:三大常规、肝肾功能、心电图、腹部 B 超、肠镜均正常;结核抗体阳性;血沉 53 mm/h;结核菌素纯蛋白衍生物(Purified Protein Derivative of Tuberculin, TB-PPD)试验阴性;胸片示双肺门区见多个类圆形钙化影;胃镜检查距门齿 24 cm 处见一大约 3.0 cm×3.5 cm 瘻口样改变,边界清楚,周边粘膜光滑,考虑:肿瘤? 肺部 CT 检查见纵膈肺门多量淋巴结钙化影,食管内有不规则气影,管壁不清晰。患者于入院第 3 天出现胸骨后疼痛加重,伴咯血,饮水呛咳,行碘油造影见碘油自瘻道口流入左下肺支气管肺内,再次胃镜活检,食道粘膜符合干酪样坏死。诊断食道结核并食管气管瘻形成。

例 2,男,72 岁,退休工人。因间歇性上腹部不适伴胸闷、暖气半月于 2007-07-09 日入院。入院前门诊胃镜示食道粘膜下肿物(平滑肌瘤?),食道粘膜病检示少量鳞状上皮,拟“食道平滑肌瘤”收入科。起病以来一般情况可。既往于 1956 年患“肺结核”,当时经抗痨治疗后已治愈。查体:全身浅表淋巴结无肿大。心肺听诊无异常,腹平,全腹部无压痛及反跳痛,肝脾肋下

未扪及。辅查:三大常规、肝肾功能、CEA、CA125、CA199、心电图、腹部 B 超、肠镜均正常;结核抗体阳性;血沉 20 mm/h;TB-PPD 试验阳性;胸片检查示双上肺纤维硬结灶。入院后考虑食道粘膜下肿物拟再次活检明确诊断,胃镜检查见食道溃疡考虑:肿瘤? 平滑肌瘤? 病检示粘膜固有层见肉芽肿结节;纵膈 CT 检查示食道下段局限性增厚,纵膈肺门多量淋巴结钙化影;4 天后复查胃镜见食道溃疡较前明显扩大,取粘膜病检符合食道结核。诊断:食道结核。

2 讨论

食道结核是由于结核杆菌引起的食管慢性特异性炎性肉芽肿性病损,临床上罕见。法国 Denonvilliers 1837 年首次报道 1 例经尸检证实为食管结核的病例。吴志诚等^[1]总结了国内从 1960/2006 年共 102 篇文献报告,仅 197 例。据国外文献报道,在死于结核患者的尸检中,食管结核仅占 0.04%~0.2%。

2.1 病因及分型

食道结核是结核菌感染所致的一种食管壁炎性肉芽肿性病损,发病率低。食道结核分为原发性和继发性。感染途径临床上以继发性感染多见,食管周围及纵膈淋巴结结核直接或间接侵犯食管壁。原发性指结核杆菌直接侵犯食管粘膜,结核病灶以食管为主,身体其它部位无明显结核病灶。本病好发于食管中、上段,且在气管分叉水平以上,病变范围多在距切齿 2~13 cm,好发于下段者仅占 12%,这可能与气管分叉处淋巴结密集且同食管相邻密切相关。

2.2 临床表现

本病发于各年龄组人群,但以中青年较为多见,有资料结果显示^[1]从 17~71 岁,平均 44.1 岁,45 岁以下者居多,女性略多于男性,男女之比为 1.0:1.3。临床上可表现上腹部痛、吞咽困难、吞咽痛、胸骨后疼痛、烧心、咽部异物感、呕血,食欲不振、消瘦、贫血,后期可出现食道穿孔、出血等,但无特异性。大多数易误诊为食

道癌^[2],有文献报道误诊率高达65.7%。

2.3 实验室检查

2.3.1 胃镜检查 是诊断本病的首选方法^[3-4],表现为:食管粘膜浅表溃疡,呈灰白色,有渗出物,局部水肿;可有多个黄色隆起状肉芽组织,软而脆,不易出血;增殖型可见粘膜充血,粘膜上有较多微小黄色熬状覆盖;有食管气管痿形成时可见瘘口;病灶愈合可见不同程度瘢痕和狭窄。

2.3.2 组织病理学检查 干酪样坏死和肉芽肿组织可确诊本病。表现主要有2型:溃疡型,最常见,食管在感染结核初期出现粘膜下层或浅肌层结核性肉芽肿形成,随着病情加重结节内出现干酪样坏死、溃疡形成,甚至可形成痿管,如食管纵膈痿、食管胸膜痿、食管气管痿等;增殖型,粘膜下层可产生大量结核性肉芽组织和纤维组织增生,管壁增厚、管腔狭窄或形成假瘤。

2.3.3 食道吞钡造影检查^[5] 有一定的诊断价值。溃疡型主要表现为龛影形成,多位于食道中段,较深,直径一般1.0~2.0 cm,边界清楚,轮廓光滑,邻近粘膜无明显中断破坏,管壁柔软,蠕动正常。增殖型表现为食道不规则狭窄,境界不清,管腔增厚、僵硬,轮廓不光滑,或形成大小不等的多发性充盈缺损,部分较大的肉芽组织增生形成瘤样肿块突入管腔,可伴有不同程度的食道缩短。

2.3.4 胸部CT检查 可发现食管周围如肺、纵隔、脊柱是否并存结核病灶^[6]。

2.4 诊断及鉴别诊断

临床上50岁以下女性患者,病程短,吞咽困难及胸痛一般少于3月,既往有结核病史者,要高度怀疑食管结核的可能,完善结核方面指标、进行内镜检查和活检,病理组织学找到干酪样肉芽肿或抗酸杆菌明确诊断。该病应与下列疾病鉴别:①食管平滑肌瘤:是最常见的食管良性肿瘤,男性多见。主要症状为进食出现不同程度的吞咽困难,时有一过性哽噎,部分患者出现胸骨后隐痛,食管平滑肌瘤有包膜,大多呈圆形或卵圆形,表面光滑,质地坚韧,直径多在2~5 cm之间。超声内镜可与本病鉴别。②食管癌:多发生在50岁以上的男性,吞咽困难呈进行性加重,病程较长,常伴有消瘦或恶病质,单次或多次内镜活检可确诊。③食道淋巴瘤:临床上可表现为发热、贫血,影像学可表现为纵隔淋巴结肿大及食道溃疡或粘膜下肿块,与食道结核表现相似,临床与影像不典型时可经纵膈镜取肿大淋巴结活检或胃镜下多次食道粘膜活检可明确本病。④结节病(纵膈型):本病特征性的病理为淋巴细胞和单

核-巨噬细胞浸润及非干酪样坏死性类上皮肉芽肿形成。结节病的表现复杂多样,累及食管引起食管狭窄时则发生咽下困难。应用糖皮质激素治疗可使食管症状消失。

2.5 治疗

食管结核的治疗首选正规抗结核药物治疗,其治疗效果良好,一般不需手术治疗。多数学者认为对非手术治疗难以缓解的食管梗阻症状的病人及食管结核并发穿孔、纵膈食管痿或食管气管痿道形成时,应考虑外科手术治疗。总的来说,食管结核如能早期发现、早期诊断和早期治疗,其预后良好。本文报道2例食管结核患者,均为老年男性,与常规发病年龄不符,且与肺结核病史间隔30~50年不等,临床上以食道憩室样改变及食道粘膜下肿物为镜下首发表现,实为罕见。因此,在临床上为提高早期确诊率,以减少误诊和漏诊率,应注意以下四点:①内镜医师如发现食管呈憩室样改变或粘膜下肿物时,应仔细询问病史,对年龄偏大,既往有肺结核病史,出现胸骨后疼痛、胸闷,在常规排除食管癌或心脏病变的基础上,应高度怀疑食管结核的可能;②胃镜下常规取粘膜组织行病理检查时,尽可能从病灶边缘隆起处多块活检,可提高粘膜下肿物诊断的阳性率,同时活检处有可能形成溃疡、穿孔、痿管等并发症,事先应向家属做好解释工作,以免引起医疗纠纷;③临床上对食道粘膜下肿物,在未确定其性质前应慎用内镜下射频、微波或手术治疗。因食道结核(增殖型)可类似于粘膜下肿物,一旦进行以上处理极可能导致穿孔、痿管形成等并发症发生。④食道结核并发痿管形成时,首选内镜下带膜支架置入术,并在常规抗痨治疗1个月后取出带膜支架,可减少病人手术痛苦,降低医疗费用,有利于提高患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 吴志诚,张鸿晖,肖海.食管结核的诊断与外科治疗[J].中国现代医学杂志,2007,17(21):2681-2682
- [2] 胡敏,潘铁诚,魏翔.原发性食管结核误诊为食道癌1例分析并文献复习[J].中国误诊学杂志,2008,8(4):772-773
- [3] 肖永光,程邦昌,黄杰.食管结核9例及相关文献复习[J].武汉大学学报(医学版),2006,27(4):539-541
- [4] 王福让,常爱琴.食管结核的胃镜下表现4例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(3):630-631
- [5] 崔法,何云飞.食道结核的临床与影像表现(附1例报告并文献复习)[J].影像诊断与介入放射学,2006,15(5):243-244
- [6] 肖永光,黄杰,程邦昌.误诊的11例食管结核患者的临床特点与治疗[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(4):359-360

(2008-12-03 收稿)