



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2022.09.017

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2022.09.017

# • 病例报告 •

## 内科胸腔镜确诊胸膜肺结节病一例

王小军 虎维东 刘华 刘玉霞 赵凤辉

[关键词] 胸膜结节病; 内科胸腔镜; 临床特征

[中图分类号] R561

[文献标识码] B

患者,男,43岁,因“活动后胸闷、气短4个月”于2018年9月25日入院。患者4个月前无明显诱因出现活动后胸闷、气短于当地医院就诊,胸腔穿刺抽液体检查结果提示为渗出液,临床诊断结核性胸膜炎可能,诊断性抗结核治疗(异烟肼300mg每日1次口服、利福平450mg每日1次口服、吡嗪酰胺500mg每日3次口服)3个月,但胸腔积液仍反复出现,为求进一步诊治来我院,以“胸腔积液待查”收入院。既往身体健康。体格检查:左侧锁骨上淋巴结肿大,右下肺呼吸音减低甚至消失。血清肿瘤标志物:癌胚抗原、细胞角蛋白19片段、神经烯醇化酶、胃泌素释放肽前体及鳞状上皮细胞癌抗原均正常。结核抗体阴性。红细胞沉降率、血液总蛋白、白蛋白、乳酸脱氢酶、葡萄糖、C反应蛋白及血清血管紧张素转换酶均正常。T淋巴细胞亚群:CD3<sup>+</sup>T淋巴细胞:395个/ $\mu$ l(690~2540个/ $\mu$ l,括号内为正常参考值范围,以下相同),CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞:151个/ $\mu$ l(414~1590个/ $\mu$ l),CD8<sup>+</sup>T淋巴细胞:244个/ $\mu$ l(190~1140个/ $\mu$ l)。胸腔积液检验结果提示:黄色,RBC计数2520个/ $\text{mm}^3$ ,WBC计数1440个/ $\text{mm}^3$ ,淋巴细胞百分比86%,中性粒细胞百分比12%;李凡他实验:弱阳性;葡萄糖:5.21mmol/L,总蛋白44.90g/L,白蛋白31.60g/L,乳酸脱氢酶:153.0U/L,腺苷脱氨酶(ADA):24U/L。胸部CT检查结果:右侧中等量胸腔积液,左肺上叶舌段及右侧叶间胸膜下多发小结节,纵隔淋巴结增大(图1A、B)。内科胸腔镜检查结果:壁层、脏层及膈胸膜上多发分布、大小不等的结节样新生物,新生物周围的胸膜轻度充血、水肿,未见明

显的血管穿行,胸膜粘连不明显(图2)。电子支气管镜检查结果:气管-左/右支气管内多发结节样新生物改变(图3)。颈部超声检查结果:左侧锁骨上淋巴结明显增大(图4)。为排除肺结核、肺肿瘤及其他病变,行内科胸腔镜下胸膜活检和电子支气管镜下气管黏膜病变活检结果均提示为非干酪样肉芽肿性病变,真菌免疫荧光染色、抗酸染色结果均为阴性。锁骨上淋巴结活检结果亦提示为非干酪样肉芽肿性病变。结合病史、影像学检查及病理检查结果,诊断为结节病2期伴胸膜肺结节病(PPS)。给予患者强的松40mg每日1次口服治疗,治疗2周后复查胸腔超声未见胸腔积液,临床症状消失。继续治疗2个月后复查胸部CT结果:左肺上叶舌段及右侧叶间胸膜下小结节较前减少,纵隔增大淋巴结较前缩小,胸腔积液消失(图1C、D)。强的松按照每2周减量5mg的治疗方案逐渐减量至每日10mg维持治疗,治疗6个月后复查胸部CT结果:基本正常。随后继续门诊随访10个月无复发。

### 讨论

结节病是一种病因未明的非干酪样坏死性上皮细胞样肉芽肿性疾病<sup>[1-2]</sup>,可累及全身多器官,以肺、纵隔淋巴结最为常见,胸膜病变在临床中较少见<sup>[3]</sup>。为更好地理解结节病胸膜受累情况,有学者提出“PPS”的概念<sup>[4]</sup>,其表现形式包括胸膜肥厚、胸膜结节、胸腔积液、气胸、乳糜胸及血胸,其中以胸膜肥厚最为常见,以胸腔积液为临床表现的病例较少见,上述表现可独立或同时出现<sup>[5-6]</sup>。PPS多为咳嗽、气短、乏力等非特异性的

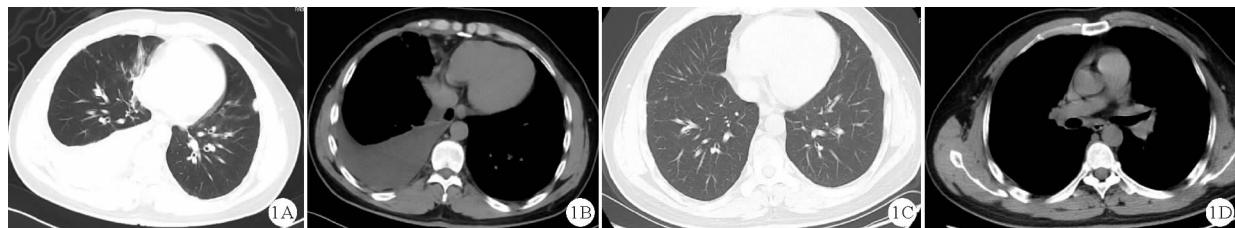


图1 患者胸部CT检查结果(1A、1B:治疗前;1C、1D:治疗2个月后;A、C:肺窗;B、D:纵隔窗)

基金项目:甘肃省自然科学基金资助项目(20JR10RA399);甘肃省青年科技基金计划资助项目(18JR3RA059);

甘肃省人民医院内科研基金资助项目(17GSSY7-1)

作者单位:73000 兰州,甘肃省人民医院呼吸与危重症医学科(王小军、虎维东、刘华),内镜中心(刘玉霞),病理科(赵凤辉)

通讯作者:虎维东,E-mail:weidong\_618@163.com

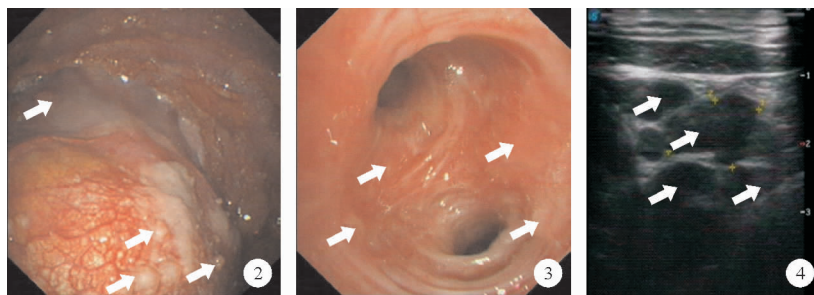


图2 患者内科胸腔镜检查结果:壁层、脏层及膈胸膜上多发分布、大小不等的结节样新生物(如箭头所示) 图3 患者电子支气管镜检查结果:气管-左/右支气管内多发结节样新生物改变(如箭头所示) 图4 患者颈部超声检查结果:左侧锁骨上淋巴结明显增大(如箭头所示)

临床表现,符合胸腔积液引起的不适表现,少部分患者具有低热、胸痛表现。男、女发病无明显差异,多为中青年患者。

本例 PPS 患者以胸腔积液为主要临床特征,依靠内科胸腔镜检查确诊,气短是其主要症状。回顾既往文献报道<sup>[5,7]</sup>,参照 Light 标准,PPS 的胸腔积液多为渗出液,细胞分类以淋巴细胞为主,ADA 不升高( $<30$  U/L)。本例患者的胸腔积液检验结果符合上述特点。PPS 临床上常不易与结核性胸膜炎、恶性胸膜病变相鉴别,采用内科胸腔镜检查观察胸膜的病变和胸膜活检具有较高的临床价值<sup>[8]</sup>。结核性胸膜炎在内科胸腔镜下多表现为:壁层胸膜及膈胸膜白色或淡黄色小结节、胸膜肥厚、广泛水肿、粘连及溃疡样改变,以肥厚、结节、粘连病变最为多见<sup>[5,9]</sup>。恶性胸膜病变因其病因不同而略有差异,内科胸腔镜下多表现为肿块/结节、充血水肿、粘连、斑片状及溃疡样改变,病变以脏层胸膜为多见,肿块及结节较结核性胸膜炎大、显著且大小不一,而结核性胸膜炎胸膜肥厚、粘连更为多见<sup>[10]</sup>。既往文献报道,PPS 胸腔镜下表现为壁层、脏层及膈胸膜上多发分布的灰白色、大小不等的结节样病变,结节周围的胸膜轻度充血、水肿,血管增生不明显,未见明显的胸膜粘连,内科胸腔镜下改变具有一定的特异性,可供临床鉴别与诊断<sup>[5,10]</sup>。本例患者的内科胸腔镜下改变基本符合既往文献报道结果。结合内科胸腔镜在胸膜及肺部疾病中具有很大的临床诊断价值,同时其安全可靠<sup>[11-12]</sup>,因此,内科胸腔镜在 PPS 中具有可靠的诊断价值,应该积极使用,可作为首选的诊疗手段。但目前 PPS 的文献报道样本量均较小,多以病例报告的形式阐述其临床特征及治疗方案,现有临床资料尚不能全面反映内科胸腔镜下 PPS 的全貌,开展大样本的临床研究可进一步认识本病。

张新红等<sup>[13]</sup>的报道中曾行 4 例胸膜活检但获得非干酪坏死性肉芽肿病理结果的仅有 1 例,其余 3 例均未发现典型的非干酪坏死性肉芽肿病变特征,最终结合临床资料诊断为结节病,经糖皮质激素治疗后好转。内科胸腔镜具有直观病灶、取材阳性率高的优势,可为 PPS 的诊断提供直接证据。同时,结节病累及胸膜时大部分存在气管-支气管、纵隔淋巴结、颈部淋巴结病变。因此,多样本来源的取材获得病理学依据可减少疾病的误诊率,缩小诊疗范围。

综上所述,因 PPS 患者的胸腔积液为渗出液、以淋巴细胞为主,同时反复胸腔积液脱落细胞学未找到肿瘤细胞,结合非特异的临床表现,临床诊断结核性胸膜炎病例实属不少,且部分患者

获得了一定程度的缓解。分析原因如下:(1)结节病具有一定程度的自限性,可自行缓解;(2)治疗结核性胸膜炎过程中糖皮质激素的使用;(3)胸膜活检少及非直视下取材困难;(4)病理诊断的困难,结核病的病理改变在一定程度上很难与结节病相鉴别,尤其是结核病灶中缺乏典型的干酪样病理改变时。因此,在临床工作中胸膜的直视活检非常重要,获得直接依据可缩短诊疗时间并减少误诊概率,同时,鉴于结节病的不典型特征和多系统累及,多样本来源的取材也很重要。本病例的优势在于:(1)内科胸腔镜检查获得了胸腔镜下直接依据;(2)同时行电子支气管镜及锁骨上淋巴结活检,进一步佐证了胸腔镜下的临床诊断。但总而言之,目前 PPS 相关病例研究较少,无法全面反映胸腔镜下 PPS 的特征,尤其是缺乏高质量、大样本的临床病例队列研究。因此,未来有必要进行胸腔镜下 PPS 特征的多中心、高质量队列研究。

## 参考文献

- [1] Valeyre D, Prasse A, Nunes H, et al. Sarcoidosis [J]. Lancet, 2014, 383 (9923): 1155-1167.
- [2] Jayakrishnan B, Al-Busaidi N, Al-Mubaihi S, et al. Sarcoidosis in the Middle East [J]. Ann Thorac Med, 2019, 14 (2): 106-115.
- [3] 张倩, 黄慧, 徐作军. 肺结节病的诊治进展 [J]. 临床内科杂志, 2020, 37 (10): 684-688.
- [4] Flammang d'Ortho MP, Cadranel J, Milleron BJ, et al. Pleural, alveolar and blood T-lymphocyte subsets in pleuropulmonary sarcoidosis [J]. Chest, 1990, 98 (3): 782-783.
- [5] Soskel NT, Sharma OP. Pleural involvement in sarcoidosis [J]. Curr Opin Pulm Med, 2000, 6 (5): 455-468.
- [6] 王峰, 童朝晖, 王臻, 等. 结节病胸膜病变合并胸腔积液六例报告及文献复习 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2015, 38 (2): 99-104.
- [7] Huggins J, Doelken P, Sahn S, et al. Pleural effusions in a series of 181 outpatients with sarcoidosis [J]. Chest, 2006, 129 (6): 1599-1604.
- [8] 张英为, 代静泓, 黄妹, 等. 伴胸水的结节病一例报告 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2011, 10 (5): 498-499.
- [9] Zhao T, Xu Y, Song Q, et al. Medical thoracoscopy for tuberculous pleurisy: A retrospective analysis of 575 cases [J]. Ann Thorac Med, 2019, 14 (2): 134-140.
- [10] Wu YB, Xu LL, Wang XJ, et al. Diagnostic value of medical thoracoscopy in malignant pleural effusion [J]. BMC Pulm Med, 2017, 17 (1): 109.
- [11] 王起, 方洁, 蒋源, 等. 内科胸腔镜联合深部热疗对包裹性结核性胸膜炎患者血清调节性 T 淋巴细胞相关细胞因子和趋化因子的影响 [J]. 临床内科杂志, 2021, 38 (3): 202-204.
- [12] 吕健, 鲍沈平, 李鹏飞. 孤立性肺结节良恶性影响因素及胸腔镜手术切除情况分析 [J]. 临床军医杂志, 2021, 49 (2): 139-142.
- [13] 张新红, 李庆棣, 郑红. 结节病并胸腔积液 6 例报道 [J]. 解放军医学杂志, 1999, 24 (4): 74-75.

(收稿日期: 2021-03-27)

(本文编辑: 周三凤)