

胰腺神经内分泌肿瘤、肺转移性腺癌、肺梗死 1 例

钟 旭, 张 力, 肖 毅

中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院呼吸内科, 北京 100730

通信作者: 钟 旭 电话: 010-65295037, E-mail: zhongxupumc@yahoo.com.cn

【关键词】肺梗死; 胰腺神经内分泌肿瘤; 肺内转移性腺癌

【中图分类号】R735.9; R734.2; R563.5

【文献标志码】B

【文章编号】1674-9081(2010)02-0206-03

肺梗死是一种常见病, 近年来越来越受到人们的重视, 但因其临床表现多种多样以及临床医生对其认识不足, 尤其当患者的高危因素不太明显时, 肺梗死往往容易被漏诊。本文拟对 1 例因肺部阴影待查就诊而最终诊断为肺梗死的病例作一介绍及分析, 以提高临床医师对肺梗死的警惕性。

临床资料

患者女性, 50 岁, 因“咳嗽、气短 1 月, 伴发热 3 周”于 2004 年 12 月 17 日入院。

患者入院前 1 个月无明显诱因出现咳嗽, 为刺激性干咳、无痰、气短, 活动后明显, 可上 4 层楼, 无发热、咳嗽, 无胸痛、咯血, 未予重视。3 周前在上述症状基础上出现发热, 最高体温 38.1℃, 以午后及傍晚为主, 左侧下胸痛, 深呼吸时明显, 与体位变化无关, 双腓肠肌疼痛, 无下肢水肿, 伴食欲减退, 偶有盗汗, 自服阿莫西林、头孢呋辛酯(达力新)无效。上述症状逐渐加重, 2004 年 12 月初就诊于当地医院查血常规: WBC 正常, 中性粒细胞比例轻度升高; 尿常规: 少量红白细胞; 肝功能转氨酶轻度升高; 血沉 90 mm/h; 心电图、超声心动图正常; 超声: 左侧胸腔积液 1.0 cm; 胸部 CT (2004 年 12 月 1 日): 左下肺近胸膜片状高密度影, 胸膜局部增厚黏连 (图 1)。予头孢曲松钠 (罗氏芬)、左氧氟沙星规律抗感染, 症状无明显好转, 体温高峰 37.8℃, 近 1 周不规则服用地塞米松 2~10 mg 不等, 患者感气短较前明显, 轻微日常生活活动后即出现, 胸部 CT (12 月 13 日) 双下肺近胸膜片状高密度影

(图 1), 为进一步诊治收住本科。既往史: 慢性鼻炎, 半年前眼睑、双下肢水肿史, 抗感染治疗后缓解, 否认哮喘史、避孕药服用史。

入院查体: 浅表淋巴结不大, 唇无发绀, 双肺呼吸音清, 双下肺湿罗音, 心律齐、各瓣膜区未闻及杂音, 腹软、无压痛, 无关节红肿、压痛, 肌力正常, 左腓肠肌轻握痛, 双下肢不肿, 髌下 10 cm 周径均为 29.5 cm。

诊治经过: 入院后查血常规: WBC、中性粒细胞轻度升高, 嗜酸性粒细胞正常, 血红蛋白轻度降低, 血小板正常; 尿常规: 蛋白 (-), 胆红素 (±); 肝肾功: 谷丙转氨酶 90~411 U/L, 谷草转氨酶 82~310 U/L, 白蛋白 28~35 g/L; 血沉 90 mm/h; C 反应蛋白 104 mg/L; 凝血功能: 纤维蛋白原 (Fbg) 7.9 g/L, 凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 正常; 补体: CH50 63.9 U/ml, C4 1.56 g/L; 蛋白电泳: 白蛋白 48.7%, α_1 6.1%, α_2 17.1%, γ 正常; PPD (+ +)。病原学检查: 痰培养、抗酸染色、真菌涂片 (-), 血培养 (-) $\times 2$ 。乙肝五项 (-), 抗 HCV (-), 抗 CMV IgG 1:128, 支原体 IgG 1:64、衣原体抗体 (-)。Ig 正常, 免疫指标均 (-)。血气: PCO_2 48.2 mm Hg, PO_2 114 mm Hg (吸氧 3 L/min)。胸部 X 线检查: 双肺纹理粗乱, 右下片影, 散在钙化灶。CT: 双下肺近胸膜斑片影, 较前增多 (图 1)。支气管镜: 未见明显异常, 肺泡灌洗液及毛刷: 病原 (-), 真菌培养、涂片、抗酸染色 (-)。经支气管镜肺活检病理报告: 胶原增多, 肺泡上皮细胞增生。腹部及盆腔超声: 肝囊肿, 双肾、子宫、双附件未见异常。心电图: II、III、aVF、V4-6

低平、倒置。超声心动图：肺动脉压 44 mm Hg。

入院后患者发热，最高 39℃，咳嗽、少许白痰，气短明显，低氧血症，予左氧氟沙星（可乐必妥）抗感染治疗无效，因未明确诊断、病情进展快，不排除血管炎。2004 年 12 月 24 日予甲泼尼龙 80 mg/d × 3 d。复查血常规：WBC $14.88 \sim 15 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 88% ~ 92%；肿瘤标志物 CA199 > 5000 U/ml，CA242 > 200 U/ml。12 月 27 日肺 V/Q 显像示肺梗死，D-二聚体（D-dimer）1.95 ng/ml；深静脉彩超：未见下肢深静脉血栓形成，临床高度怀疑肺梗死，予低分子肝素钙注射液（速避林）0.6 ml 皮下注射 q12h 抗凝，12 月 30 日重叠华法令 3 mg；12 月 27 日始予以头孢哌酮钠舒巴坦钠（舒普深）+ 阿奇霉素（希舒美）抗感染治疗。

12 月 24 日行 CT 引导下经皮肺穿刺活检，病理报告：较多脉管内见腺癌癌栓，不排除转移癌。经皮肺穿刺后少量气胸（图 1）。2005 年 1 月 18 日胰腺薄扫 + 肝脏增强：胰腺形态如常，实质内未见异常密度影，增强后胰腺实质强化均匀，肝内多发小囊肿。盆腔 CT：未见占位性改变。头颅 MRI：未见

明显异常。骨扫描：右侧肋骨放射性分布欠均匀，左第 4 前肋可见异常放射性稍增高点。生长抑素受体显像提示：胰腺神经内分泌肿瘤。患者自 2005 年 1 月 13 日开始接受多程正规化疗后，临床症状及肺部病变明显好转。

最后诊断：胰腺神经内分泌肿瘤、肺内转移性腺癌、肺梗死。

讨 论

患者为中年女性，病程 1 个月，主要表现为咳嗽、气短、午后发热，伴盗汗，影像学示双侧靠近胸膜处高密度斑片状影，以右下肺为重，症状及影像学改变成进行性加重。临床诊断上首先考虑感染，但正规的抗感染治疗效果不明显，近期尚有加重表现，且患者有发热、盗汗、血沉快等结核中毒症状，需警惕结核的可能，还需除外其他非典型病原菌感染。另外需考虑间质性肺炎，虽影像学不太典型，但仍提示间质病变；患者为中年女性，发热、血沉增快、有肝脏损害、尿中红白细胞等多系统受损的

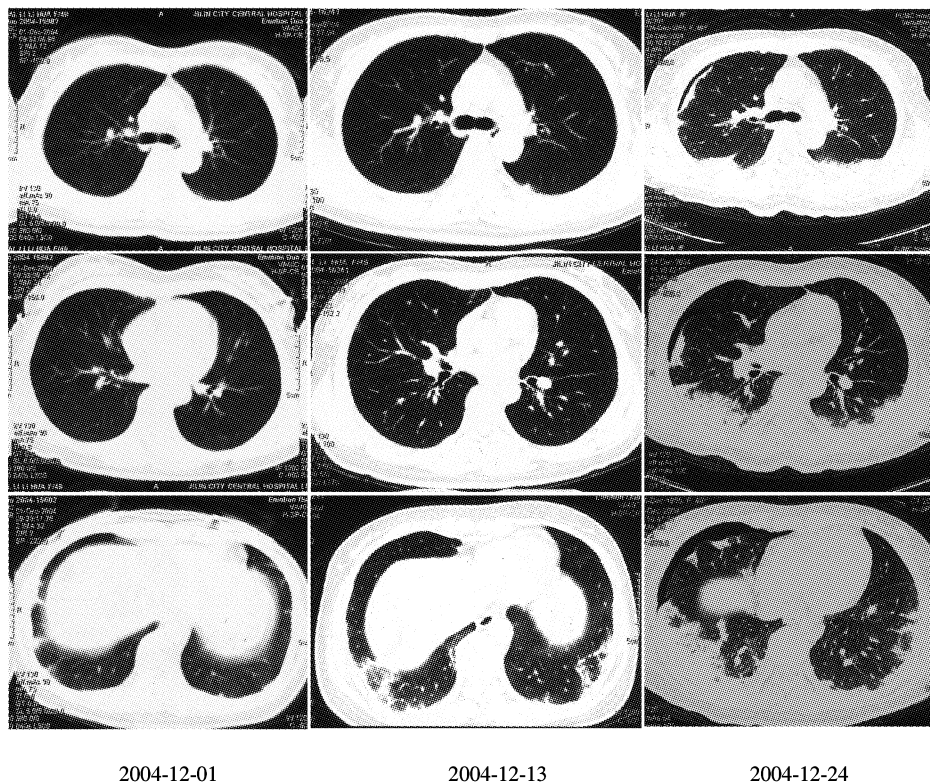


图 1 患者 2004 年 12 月 1、13 及 24 日胸部 CT 肺窗比较：可见双肺近胸膜处多发斑片影，呈楔形改变，且进展迅速；2004 年 12 月 24 日胸部 CT 穿刺活检后，右侧可见少量气胸

表现,需警惕结缔组织疾病(CTD)引起的肺间质病变的可能。患者病情进展快,但肺内病变不能解释严重低氧血症,需警惕深静脉血栓(DVT)、肺梗死,虽然患者无明确手术外伤、制动、服用避孕药等高危因素,但病程中曾有下肢肌肉疼痛、水肿等情况,需行相关检查予以明确。

本例患者最后经查D-dimer、行V/Q显像及肺穿刺活检病理均提示肺梗死。结合本例特点,肺梗死诊断明确。下一步的重点是查明肺梗死原因,肺梗死多与DVT伴发,但本患者为中年女性,临床上并无明显导致DVT及肺梗死的高危因素,超声检查也未发现DVT,需注意有无肿瘤因素。患者胰腺薄扫+肝脏增强CT、盆腔CT未见肿瘤原发灶,生长抑素受体显像最终证实为胰腺神经内分泌肿瘤。

本病例以低氧血症、发热、双肺弥漫性病变为首发表现,病程进展快,临床曾考虑感染及间质性肺炎,但最终证实为肺梗死。从该患者的临床特点看并非典型的肺梗死,说明肺梗死的临床表现常常并不具有特异性,表现可以多种多样。提示对于临床上不明原因的低氧血症患者要考虑肺梗死的可能性,应尽快行相应的特异性检查予以明确。

诊断肺梗死后需寻找肺梗死原因,这样对病因的治疗及以后的预防都有指导意义。肺梗死(pulmonary embolism, PE)是内源性或外源性栓子阻塞肺动脉引起肺循环障碍的临床和病理生理综合征,包括肺血栓栓塞症(pulmonary thromboembolism, PTE)、脂肪栓塞综合征、羊水栓塞、空气栓塞、肿瘤栓塞等。其中肺血栓栓塞症占肺梗死的绝大多数,是最常见的肺梗死类型,占PE的90%。肺梗死多与深静脉血栓伴发,是同一种疾病病程中两个不同阶段的不同

临床表现,因此统称为静脉血栓栓塞症(venous thromboembolism, VTE)。导致VTE的高危因素很多,常见的为手术、外伤、长时间制动、肥胖、服用避孕药、恶性肿瘤等,无论哪种高危因素,最终结果都是以导致血管壁损伤、血流淤滞或高凝状态而引起VTE。本患者在临床上并无以上常见高危因素,既往也无恶性肿瘤病史,因此在临床上很容易忽视肺梗死的可能性。但最后经D-dimer、V/Q显像及肺穿刺活检明确诊断为肺梗死,并证实患者的基础疾病为恶性肿瘤—胰腺神经内分泌肿瘤伴肺转移,这也再次证实了肺梗死的临床特点可以多种多样,

肺梗死的治疗,目前主要根据肺梗死的危险度分层制定治疗策略,对于非高危肺梗死患者,主要采取抗凝治疗;而对于高危患者才考虑溶栓或手术介入治疗,溶栓时间窗通常在急性肺梗死发病或复发后2周以内,症状出现48 h内溶栓获益最大,溶栓治疗开始越早,疗效越好。本患者危险分层属于中危,应予以抗凝治疗。对于肺梗死长期抗凝治疗的策略应该个体化,一般至少3个月,对于静脉血栓栓塞危险因素长期存在的患者,如癌症患者应长期抗凝治疗。

近10余年随着肺梗死病例的增多,临床上对该病的警惕性已提高,然而肺梗死的诊治需有规范。诊断前应评估危险因素、临床症状及考虑除外其他疾病。对有高度可疑的患者需行肺梗死特异检查,对中低度可疑患者行D-dimer检查。对肺梗死的诊断越早越好,早期干预治疗明显影响预后,临床上需建立绿色通道尽早明确诊断并积极治疗。

(收稿日期:2010-08-01)