

肺曲菌病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E8_82_BA_E6_9B_B2_E8_8F_8C_E7_c22_307605.htm 名称肺曲菌病所属科室呼吸内科病因

曲菌球是最常见的类型。曲菌常寄生于肺结核、支气管肺囊肿、肺癌及结节病等慢性肺部疾病形成的空腔内。空洞壁和四周的肺组织部分破坏、肺泡内出血、有大量慢性炎症细胞浸润和许多增生的小动、静脉、呈瘤样扩张，一般无菌丝侵入。洞内有黄褐色球状物，较松脆，切面有色素沉着，含成堆的有隔分支菌丝体，夹杂大量嗜酸性无定形物质和红细胞。ABPA是 型和 型变态反应的联合作用。吸入的短链曲菌孢子陷在较大的节段支气管分泌粘液中，形成菌丝体；其抗原与IgE致敏折肥大细胞发生特异性结合，释放介质，导致支气管痉挛，支气管粘膜通透性增加，抗原进入组织，引起肺和血内嗜酸粒细胞增多。此外，曲菌抗原与IgG抗体结合形成免疫复合物，在补体参与下引起支气管及其四周肺组织慢性炎症，导致支气管破坏、扩张和肺纤维化。支气管壁和肺实质有嗜酸粒细胞和单核细胞浸润及肉芽肿形成，管腔内有曲菌菌丝，但无菌丝侵入组织。IPA见于慢性消耗性疾病、菌群失调、免疫功能降低患者中。寄生在上呼吸道内的曲菌侵入肺组织，发展成坏死性出血性肺炎，可引起化脓，形成多发性脓肿或肉芽肿，病灶边缘可有小动脉栓塞。曲菌侵入肺血管导致血行播散，累及全身其他脏器。临床表现 曲菌球患者无明显全身症状，但有得利咯血和咳嗽。肺内孤立的新月型透亮区球型灶，为其典型X型表现。ABPA一般发生在特应性体质基础上，呈反复发作性喘息、发热、咳嗽、咳出棕色痰栓、咯血。体检两肺布满哮鸣音，肺浸润

部位有细湿罗音。胸部X线示肺叶、段分布的浸润病灶，常为游走性；肺实变，或因粘液栓塞支气管致肺段或肺叶不张，便无叶间裂移位，长期反复发作可导致中心支气管扩张，受累的段或亚段支气管呈囊状扩张，而远端正常。车轨线样、平行线、环状、带状或牙膏样、指套状等阴影亦常能见到。嗜酸粒细胞增多。血清IgE浓度升高。曲菌浸出液作皮内试验可呈双相反应：试验15~20分钟后，出现风团和红晕反应，约0.5~2小时消退（Ⅰ型反应）；4~10小时再次观察，在皮试局部出现Arthus反应，约24~36小时消退（Ⅱ型反应）。患者含曲菌特异性沉淀素，用浓缩的血清标本测定，阳性率达92%。IPA患者病情严重。有发热、咳嗽、咳脓性痰、胸痛、咯血、呼吸困难，以及播散至其他器官引起的相应症状和体征。体检发现肺部有干、湿罗音。X线早期可出现局限性或双肺多发性浸润，或结节状阴影，病灶常迅速扩大融合成实变成坏死形成空洞；或忽然发生大的、楔形的、底边对向胸膜的阴影，类似于肺梗塞。少数出现胸腔积液征象。诊断从支气管深部吸出分泌物，涂片找到菌丝，培养多次均阳性，有助于诊断。曲菌典型的X线特征有诊断意义。曲菌抗原皮内试验和血清沉淀试验阳性具诊断价值。发作性支气管哮喘、四周嗜酸粒细胞增多、血清IgE升高、X线示肺浸润灶，经纤支镜吸出分泌物涂片有曲菌菌丝，或培养有曲菌生长，即可诊断为变态反应性支气管肺曲菌病。透视下定位经纤支镜作肺活检，对曲菌球和侵入性肺曲菌病有确诊价值。治疗曲菌球一般对抗真菌药物治疗无效，应争取手术治疗。变态反应性支气管肺曲菌病患者，经气管滴入或雾化吸入两性霉素B等抗真菌药，虽对消灭支气管内曲菌有一定

疗效，但易复发。目前认为皮质类固醇是治疗本病最有效的药物，可抑制变态反应、减少痰液，使支气管管腔不利于曲菌种植。一般口服强的松0.5mg/kg/d，有助于肺浸润吸收。2周后改为隔日一次，至少维持3个月。亦可联合应用两性霉素B，雾化吸入疗效较满足。通常用氟美松2.5mg和两性霉素B 5mg加入生理盐水10ml中雾化吸入，每日2次，共1个月。对顽固性病者应作支气管镜冲洗，吸出粘稠的分泌物，保持气道通畅，以提高药物的疗效。IPA者主要采用抗真菌药物治疗。两性霉素B为首选药物，用法和剂量参阅rdquo.。亦可合并应用利福平，450mg/d，空腹一次口服。因两者联合应用有协同作用。也可应用氟胞嘧啶。伊曲康唑（itraconazole）抗真菌活性强，对曲菌感染具良好疗效，用量200mg/d逐增至400mg/日，分1~2次服用。对于顽固性或复发性、侵入性肺曲菌病患者，若病灶局限，可作部分肺切除。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com