

# 以食管狭窄为表现的食管结核 1 例临床分析 并文献复习

杨邦宪 张天闻 季峰

食管结核在临床上极为少见,主要表现为吞咽困难和胸痛,影像学、胃镜下征象均缺乏特异性,易导致误诊。本文报道以食管弥漫性狭窄为表现的食管结核 1 例,提高临床工作人员对这一疾病的认识,并回顾相关文献,总结该疾病在诊断、治疗方面的经验。

## 1 临床资料

患者,女,32岁,因“进食哽咽7个月”于2015年6月24日入院。患者7月前于无明显诱因下出现进食哽咽,进行性加重,伴夜间反酸,无发热畏寒,无咳嗽咳痰,无腹胀腹痛等不适。5月前患者症状明显加重,伴有呕吐,呕吐物为胃内容物,当地医院胃镜示“慢性浅表性胃炎伴糜烂”,病理示“胃窦黏膜慢性炎”。4月前,患者赴浙二医院行食管造影示“食道中下段局限性管腔狭窄,炎性改变”。遂至浙江省人民医院就诊,考虑为“食管狭窄(食道结核待排)”收住入院,并于2015年3月6日行食管支架置入术,4月24日取出支架,予利福平、异烟肼、乙胺丁醇抗结核治疗1月后自行停药。本次入院时患者进食流质困难,一般情况欠佳,体型消瘦,体重较前下降15 kg。既往史:7年前颈淋巴结结核病史,服用抗结核药规律治疗1年半余。入院体格检查:生命体征尚平稳,神志清,精神可,双侧颈部淋巴结可及数枚黄豆大小的肿大淋巴结,质硬,无压痛,活动度差,无粘连。肺部听诊呼吸音清,未闻及干湿性罗音。心律齐,各瓣膜听诊区未及病理性杂音。腹平软,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未及。辅助检查:上消化道测压示置管深度至57 cm起测压,食管下括

约肌压力显示不清;湿咽时,食管体部中下段呈持续非传导收缩,食管下括约肌压力低,松弛佳。胸部CT示两锁骨上、腋窝软组织内见多发高密度灶,考虑淋巴结钙化可能。食管CT增强扫描示食管中下段管壁增厚伴管腔狭窄,梗阻端以上食管扩张,两肺上叶肺结核。X线食管造影示食管上段扩张,中段狭窄(见封二图2、3)。胃镜示食道距门齿31~35 cm处管腔狭窄,双腔胃镜不能通过(见封二图4)。胃镜病理示食管黏膜慢性炎,溃疡及炎性肉芽肿。实验室检查:血沉34.00 mm/h,C反应蛋白56.3 mg/L。结合2015年3月外院检查结果,TSPOT阳性;PPD试验强阳性;肿瘤标志物阴性;抗核抗体全套阴性;白细胞计数 $6.39 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞百分比34.3%、中性粒细胞百分比56.6%、血红蛋白104 g/L、C反应蛋白61.7 g/L;右颈部淋巴结活检示纤维脂肪及钙化样物,坏死组织,结核不能除外。临床诊断:食管结核?予2HRZEM/2HRM抗结核治疗(开始2个月HRZEM方案,后2个月HRM方案),即异烟肼(H)0.3 g,每天一次;利福平(R)0.45 g,每天一次;吡嗪酰胺(Z)0.5 g,每天一次;乙胺丁醇(E)0.75 g,每天一次;莫西沙星(M)0.4 g,每天一次。治疗2周后带药出院继续治疗至4个月。7月10日复查超声内镜示食管壁弥漫增厚性病变伴周围淋巴结肿大(结核?)(见封二图5)。活检病理示:(食管)黏膜慢性炎伴鳞状上皮增生及间质水肿(见封二图6)。经抗结核治疗后,可进食半流质饮食,后逐渐可进食软食,临床症状明显缓解,故临床诊断为“食管结核”。

## 2 讨论

2.1 流行病学及发病机制 结核病是由结核分枝杆菌引起的一种慢性肉芽肿性疾病,侵犯消化系最常见的部位是回盲部、回肠,侵犯食管非常少见<sup>[1]</sup>。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.06.028

作者单位:315600 浙江宁海,宁海县中医医院消化内科(杨邦宪);浙江大学医学院附属第一医院消化内科(张天闻、季峰)

食管结核好发于食管中段<sup>[2]</sup>。任何年龄均可发病,以中青年为主,女性略多于男性,国外大样本尸解报告显示其占有结核患者0.14%和0.15%<sup>[3]</sup>。在结核疫区、免疫功能受损(器官移植或艾滋病的人群)中发病率相对较高。按照感染途径分类,食管结核分为原发性及继发性两种类型,原发性食管结核指结核杆菌直接侵入食管黏膜,结核病灶以食管结核为主,身体其他部位无明显结核病灶。继发性食管结核往往是食管周围及纵隔淋巴结结核直接或间接侵入食管壁而引起,临床以纵膈淋巴结途径多见<sup>[4]</sup>。本例患者既往有颈部淋巴结结核病史,不排除通过淋巴或血行转移途径播散至纵膈淋巴结,进而侵犯食管的可能。

**2.2 临床表现及诊断** 食管结核的临床症状取决于该疾病的累及程度和类型<sup>[5]</sup>。食管结核最普遍的症状是吞咽困难,占90%左右,其余的表现有吞咽痛、胸骨后疼痛、发热、体重下降等。部分病人会出现一系列并发症,如气管食管瘘、主动脉食管瘘、纵膈纤维化等。依据食管结核的病理类型及食管黏膜受损程度不同,可分为溃疡型、增殖型、颗粒型。溃疡型主要表现为胸骨后疼痛,增殖型主要表现为进行性吞咽困难,颗粒型一般症状较轻,较重者也可出现吞咽困难。各种类型均可伴有不同程度的结核中毒症状。但大部分患者症状没有特异性。

食管结核的诊断可结合病史、临床表现、影像学及内镜检查结果等资料进行综合分析及判断,本例患者既往有颈部淋巴结结核病史,为该病例明确诊断提供了重要线索。另外,CT上肿块外侧缘与邻近脂肪边界模糊,无清晰的轮廓征象,有助于与良性肿瘤鉴别,而肿块内密度不均,出现中心区更低密度区或散在点样钙化,则具有特征性意义<sup>[6]</sup>。本例患者食管增强CT表现为食道中下段管腔狭窄,广泛管壁增厚,内可见多发斑片状及点状钙化影,增强后黏膜明显强化。下颈部、纵膈、腋窝可见多发大小不等的淋巴结钙化。两肺上叶可见散在斑片状结节状密度增高影,边缘模糊。右侧叶间胸膜增厚,均提示结核考虑。

普通内镜及内镜下组织活检对于食管结核的诊断还是有很大局限性的,常常易误诊为食管癌或食管良性肿物。近年来,超声内镜的发展为观察食管壁结构成为了可能。溃疡型表现为食管壁不均质低回声增厚,层次不清或消失,增殖型表现为食管壁内低回声占位,病变内部回声不均,可见强回

声光斑,多伴有纵膈淋巴结肿大,且其内见散在钙化斑<sup>[7]</sup>。本例患者超声内镜示狭窄处食管壁明显增厚,呈不均质低回声改变,食管壁外周围多处低回声病灶,基本与文献报道相符,但活检病理未明确提示结核,遗憾的是未进一步行超声内镜引导下细针穿刺活检术获取病理标本以明确。本例患者的特殊之处在于食管中下段的弥漫性狭窄,食道造影呈鸟嘴样改变,以至于门诊考虑“贲门失迟缓”,行上消化道测压才得以排除。另外结核病的相关检查如PPD皮试、T-SPOT等也有助于结核的诊断。

**2.3 治疗及预后** 食管结核为良性病变,通常预后较好。接受正规抗痨药物治疗,三联或四联抗痨药物联合应用1年或1年半,多数病例可通过药物治疗达到痊愈。但有部分患者仍然需要手术治疗,其手术指征如下:①正规抗结核治疗,病灶继续增大;②增殖型病灶超过3 cm;③压迫食管引起梗阻症状者;④食管瘢痕性狭窄;⑤并发食管穿孔;⑥不能除外食管肿瘤者<sup>[8]</sup>。本例患者应用莫西沙星+HRZE抗结核治疗2周后,病情明显好转,可半流质饮食,后逐渐可进食软食。近期随访症状未反复,目前在进一步随访当中。

#### 参考文献

- 1 杨浩羿. 以上消化道大出血为首发症状的食管结核一例[J]. 海南医学, 2012, 23(10): 143-144.
- 2 秦秀敏, 贺舜, 张月明, 等. 食管结核的内镜和超声内镜特点以及鉴别诊断[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(7): 370-373.
- 3 Peixoto PC, Ministro PS, Sadio AD, et al. Esophageal tuberculosis: an unusual cause of dysphagia[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2009, 69(6): 1173-1176.
- 4 Puri R, Khaliq A, Kumar M, et al. Esophageal tuberculosis: role of endoscopic ultrasound in diagnosis[J]. Dis Esophagus, 2012, 25(2): 102-106.
- 5 Sood D, Singh T, Singh A, et al. Esophageal tuberculosis mimicking submucosal leiomyoma report of a case[J]. Indian J Surg, 2011, 73(6): 465-466.
- 6 张建福, 张延霞, 张红梅, 等. 食管结核的影像学诊断[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(11): 1710-1711.
- 7 郭瑾陶, 孙思予, 刘治军, 等. 超声内镜在食管结核诊断中的应用13例[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(2): 111-113.
- 8 祝明华, 施伟, 王浩. 108例食管结核手术治疗的临床分析[J]. 医学研究杂志, 2012, 41(9): 159-161.

(收稿日期 2019-03-03)

(本文编辑 蔡华波)