

[16] 程欣,钱敏伟,邹晓鸣,等. 2 型糖尿病合并高血压患者的临床特点[J]. 中国临床保健杂志,2019,22(4):530-533.

[17] do Valle Nascimento TM, Resnicow K, Nery M, et al. A pilot study of a community health agent-led type 2 diabetes self-management program using motivational interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil[J]. BMC Health Serv Res, 2017,17(1):32.

[18] Eghbali M, Khosravi A, Feizi A, et al. Prevalence, awareness, treatment, control, and risk factors of hypertension among adults: a cross-sectional study in Iran[J]. Epidemiol Health, 2018,40:e2018020.

[19] Chen L, Zong Y, Wei T, et al. Prevalence, awareness, medication, control, and risk factors associated with hypertension in Yi ethnic group aged 50 years and over in rural China: the Yunnan minority eye study[J]. BMC Public Health, 2015,15:383.

[20] 骆文书,郭志荣,胡晓抒,等. 腰围和体质指数动态变化对高血压发病的影响[J]. 中华预防医学杂志,2011,45(11):1012-1016.

[21] 丛守婧,林海,郭艳,等. 中山市成人体质指数和腰围与高血压和糖尿病以及血脂异常的关系[J]. 中国慢性病预防与控制,2019,27(7):533-537.

[22] 孙彦豹,金宝城,王静,等. 探讨高血压的主要危险因素与高危人群[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(16):3-4.

[23] Lu CH, Tang ST, Lei YX, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies[J]. BMC Public Health, 2015,15:33.

[收稿日期 2020-11-12][本文编辑 余军 吕文娟]

本文引用格式
梁秋丽,王剑,周吉,等. 南宁社区 2 型糖尿病患者合并高血压的影响因素分析[J]. 中国临床新医学,2021,14(4):395-399.

IgG4 相关性硬化性胆管炎误诊为胆管癌一例

• 病例报告 •

孙宏智, 李海军

作者单位: 232001 淮南,安徽理工大学(孙宏智); 518001 广东,深圳市罗湖区人民医院普外科(李海军)
作者简介: 孙宏智(1992-),男,在读硕士研究生,住院医师,研究方向:肝胆胰及胃肠道肿瘤的临床研究。E-mail:sunhz_dr@126.com
通讯作者: 李海军(1969-),男,医学博士,主任医师,教授,研究方向:肝胆胰及胃肠道肿瘤的临床和基础研究。E-mail:lhjun3408@163.com

[关键词] 胆管炎; 胆管癌; 误诊
[中图分类号] R 735.8 [文章编号] 1674-3806(2021)04-0399-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2021.04.16

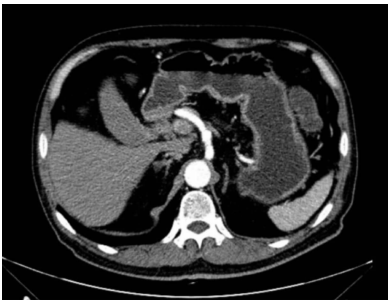
1 病例介绍

患者,男,62岁,因“腹痛、尿黄20余天”于2019-03-08入院。患者20余天前无明显诱因出现腹痛,可自行缓解,伴尿黄,未就诊。后因尿黄加重,伴身目黄染,大便呈陶土色,到当地医院就诊,查肝功能:谷丙转氨酶108 U/L,谷草转氨酶41 U/L,血清γ-谷氨酰基转移酶187 U/L,碱性磷酸酶152 U/L,予护肝及中药治疗,症状未见明显好转。遂至我院行进一步治疗。患者既往有脑梗死病史;有高血压、糖尿病史,均控制良好;无胰腺炎病史。近期体重下降约5 kg。专科查体:全身皮肤、巩膜黄染,无出血点,未见肝掌,未见蜘蛛痣,上腹部轻压痛,小便深黄呈浓茶样,大便呈陶土色。消化道肿瘤标志物、感染标志物均未见明显异常。腹部CT:(1)胆总管上段腔内见

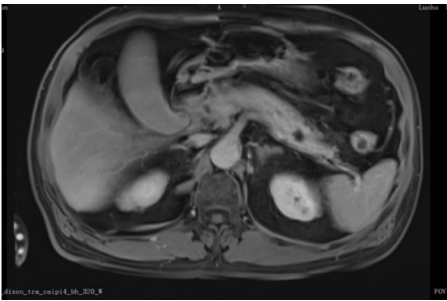
一结节状软组织样密度影,大小约1.6 cm×1.4 cm,可疑胆总管上段占位性病变并胆道梗阻。(2)胰尾囊性占位,考虑为假性囊肿(见图1)。上腹部磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)及磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP):(1)考虑胆总管上段占位性病变并胆道梗阻,性质待定。(2)胰尾囊性占位,考虑浆液性囊腺瘤或胰腺导管内乳头状黏液瘤(intraductal papillary mucinous neoplasm, IPMN)可能(见图2,3)。超声胃镜:胆总管扩张,最大直径10.8 mm。胆总管占位,考虑为胰腺囊肿。因患者无法配合,超声胃镜下未能取活检。结合临床表现及影像学检查,考虑梗阻性黄疸表现是由于胆总管占位导致胆管狭窄所引起,初步诊断:胆总管占位,胆管癌?梗阻性黄疸;

胰尾囊性占位。经积极治疗后身目黄染症状未明显改善,复查转氨酶及胆红素较入院时均有明显升高。为了明确肿瘤部位及确定下一步治疗方案,科室为患者制作了3D重建模型(见图4),显示胆管肿瘤与周围组织无明显粘连,未侵及门静脉、肝动脉等周围血管,目前是一个良好的手术时机。于3月15日为患者行胆管癌根治术。术中探查见肝内胆管无明显扩张,肝外胆管全程质硬,上段明显扩张,胆总管可扪及一大小约1.5 cm × 1.5 cm 肿块,质硬,活动差(见图5)。根据术中探查情况,先为患者实施肝外胆管肿物切除术+周围淋巴结清扫术,肿物送快速病理检查。冰冻结果显示为炎性肿物,上下切缘均为阴性。遂继续为患者行高位胆肠吻合术,不扩大切除范围,保留胰腺,提高患者术后生活质量。患者术后恢复良好,身目黄染逐渐消退,但肝功能指标仍然偏

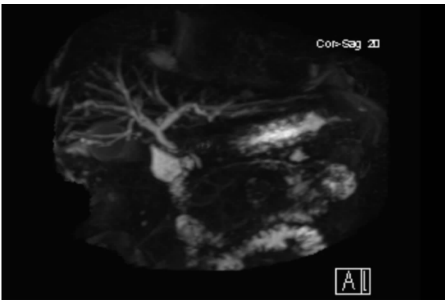
高。术后第8天,病理结果:(1)左、右肝管上切缘,尾状叶上切缘、胆总管下切缘未见癌组织。(2)胆囊内衬黏液柱状上皮,间质淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润。(3)淋巴结8枚(12组),未见癌转移(0/8);淋巴结7枚(16组),未见癌转移(0/7)。(4)胆总管黏膜慢性炎,局部胆管上皮轻度异型增生,囊壁纤维组织增生,全层大量淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润。周围见反应性增生性淋巴结约3枚(见图6)。由于病理结果提示胆管组织中有大量免疫细胞浸润,遂为患者行免疫球蛋白G4检查,结果为4.3 g/L。结合患者临床表现及各项辅助检查结果,可明确诊断为IgG4相关性硬化性胆管炎(IgG4-related sclerosing cholangitis, IgG4-SC)。患者目前规范化服用激素治疗,肝功能在正常范围,治疗达到预期效果,现在随访中。



胆总管上段占位,胆管狭窄
图1 腹部CT图像



考虑胆总管上段占位性病变并胆道梗阻
图2 腹部MRI图像

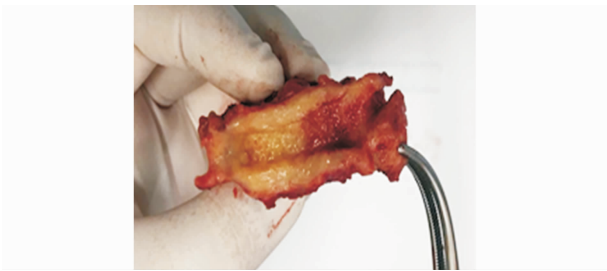


胆总管梗阻合并上段占位性病变
图3 上腹部MRCP所见

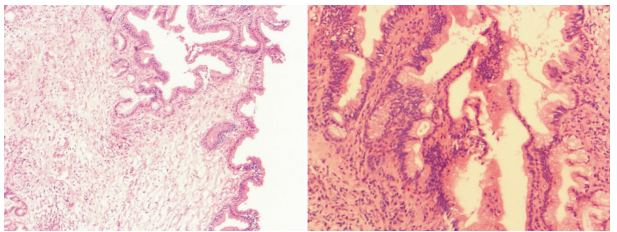


①显示胆总管占位与下腔静脉及肝固有动脉之间的关系;②显示胆总管占位与肝总动脉及胃十二指肠动脉之间的关系;③显示胆总管占位与肝门静脉及胰十二指肠上后静脉之间的关系

图4 3D重建后图像



可扪及一大小约1.5 cm × 1.5 cm 肿块,质硬,活动差
图5 术中切除的部分胆总管



可见黏膜慢性炎,局部胆管上皮轻度异型增生,囊壁纤维组织增生,全层大量淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润(HE × 40)

图6 病理结果

2 讨论

IgG4 相关性疾病(IgG4-related disease, IgG4-RD)是一种慢性、进行性、免疫介导的累及单个或多个器官炎症性纤维化性疾病,主要表现为血清 IgG4 升高和组织特征性病理表现,如硬化、浸润等。2001 年,日本学者 Hamano 首次提出 IgG4-RD 的命名,将此类具有相似病理特征疾病归纳在一起^[1,2],与 IgG4 相关的疾病几乎在每个器官系统都有描述:甲状腺、肝胆、胰腺、冠状动脉、肾脏等^[3~6]。由于其独特的临床及病理学表现, IgG4-RD 越来越引起医学界的关注。随着临床研究的重视和深入,越来越多的患者被发现并治疗,但仍有很多不确定因素影响诊断和治疗^[7]。IgG4-SC 累及胆管后的表现,主要是由于弥漫性炎症和纤维化而导致的胆管逐渐狭窄和破坏^[8,9],临床特点为梗阻性黄疸、轻度腹部不适、转氨酶及血清 IgG4 水平升高、胆管大量 IgG4 阳性细胞浸润,常伴有自身免疫性胰腺炎^[10]。还可以出现体重减轻、脂肪泻,有时可伴有全身乏力、瘙痒等非特异性症状,也有少数患者出现糖尿病和腹痛^[11]。该病年发病率为 0.28/10 万~1.08/10 万,对于该病国内外有关报道较少^[12]。

2.1 IgG4-SC 的诊断标准 由于 IgG4-SC 的临床表现常与胆管癌等疾病相似,故易发生术前误诊^[13,14]。2012 年,日本胆道学会提出 IgG4-SC 的临床诊疗标准^[15]中,血清 IgG4 浓度升高 ≥ 135 mg/dl,应该高度怀疑 IgG4-SC。值得注意的是, IgG4 的检测水平在正常范围内,也不能排除 IgG4-SC 的可能性。在 10%~20% 的原发性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis, PSC)或胆管癌患者中,也出现了 IgG4 水平升高^[16]。Boonstra 等^[17]做了大样本研究后提出, IgG4-SC 患者的平均 IgG4/IgG1 比值明显高于 PSC 患者,这说明了 IgG4/IgG1 比值在用于区分 IgG4-SC 与 PSC 上有一定的临床价值。另外,通过定量聚合酶链式反应(polymerase chain reaction, PCR)测定 IgG4/IgG-RNA 比值可以更准确地鉴别 IgG4-SC 与 PSC 或胆胰腺恶性肿瘤^[18]。

2.2 IgG4-SC 的治疗手段 对于诊断明确的 IgG4-SC 以及治疗后复发的患者,目前均以糖皮质激素治疗为主^[19],疗效及预后都比较好。对于糖皮质激素治疗效果不佳或治疗无效的患者,可以考虑给予免疫抑制剂及调节剂治疗。对于胆管严重狭窄的患者,在以上治疗都无效的情况下,可以考虑植入胆管支架或行手术治疗。鉴于 IgG4-SC 对激素治疗的高反应性,可以试验性地使用激素治疗进一步确定

IgG4-SC 的诊断。但前提是在排除肿瘤等病因明确的疾病后,才能开始使用^[20]。

2.3 IgG4-SC 的诊疗经验与思考 本例患者以梗阻性黄疸为首发症状入院,并伴有上腹部轻度不适,入院后考虑胆管癌可能性大。为患者制作 3D 重建后图像显示胆管肿物并未侵犯周围组织及脉管,遂为患者实施手术治疗。而术后患者胆红素仍居高不下,根据术后病理结果加做免疫球蛋白 G4 检测后,才明确诊断为 IgG4-SC。对于本例患者的误诊治疗经过,总结出以下几点,提醒更多的临床医师,避免误诊:(1)由于 IgG4-RD 是近些年新发现的疾病,且发病率较低,临床医师对于此类疾病认识不足。(2)缺乏特征性表现。IgG4-SC 患者主要表现为梗阻性黄疸及腹部不适等症状,与 PSC、胆管癌、胰头癌等临床表现相近,难以区分。(3)在有条件的情况下,对于无法确诊的胆管占位,可以行经内镜逆行性胰胆管造影或超声胃镜穿刺活检,病理结果可以提高诊断的准确性。IgG4-RD 是 21 世纪发现的新疾病。作为肝胆胰外科医师,应充分了解此类疾病,避免误诊、盲目手术。

参考文献

- [1] Khosroshahi A, Stone JH. IgG4-related systemic disease: the age of discovery[J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2011, 23(1): 72-73.
- [2] Stone JH, Chan JK, Deshpande V, et al. IgG4-related disease[J]. *Int J Rheumatol*, 2013, 2013: 532612.
- [3] Dahlgren M, Khosroshahi A, Nielsen GP, et al. Riedel's thyroiditis and multifocal fibrosclerosis are part of the IgG4-related systemic disease spectrum[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2010, 62(9): 1312-1318.
- [4] Kamisawa T, Takuma K, Egawa N, et al. Autoimmune pancreatitis and IgG4-related sclerosing disease[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2010, 7(7): 401-409.
- [5] 杨峰, 赵海涛. IgG4 相关性疾病致冠状动脉病变计算机断层摄影术表现一例[J]. *中国循环杂志*, 2019, 34(4): 402-403.
- [6] 王荣, 唐政. IgG4 相关性肾病的病理改变及特征[J]. *肾脏病与透析肾移植杂志*, 2019, 28(1): 73-77.
- [7] 王丽, 卢放根. IgG4 相关性疾病临床特点分析[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2019, 44(10): 1151-1156.
- [8] Lazaridis KN, LaRusso NF. Primary sclerosing cholangitis[J]. *N Engl J Med*, 2016, 375(25): 2501-2502.
- [9] Karlsen TH, Folseraas T, Thorburn D, et al. Primary sclerosing cholangitis—a comprehensive review[J]. *J Hepatol*, 2017, 67(6): 1298-1323.
- [10] Tanaka A. Immunoglobulin G4-related sclerosing cholangitis[J]. *J Dig Dis*, 2019, 20(7): 357-362.
- [11] Ghazale A, Chari ST, Zhang L, et al. Immunoglobulin G4-associated cholangitis: clinical profile and response to therapy[J]. *Gastroenterology*, 2008, 134(3): 706-715.
- [12] 张晓炜, 刘喈. IgG4 相关性疾病的研究进展[J]. *标记免疫分析与临床*, 2016, 23(3): 334-338.
- [13] 孙江阳, 孔晓宇, 肖朝文, 等. IgG4 相关性硬化性胆管炎误诊

- 为胆管癌 2 例病例分析及文献复习[J]. 肝胆胰外科杂志, 2019, 31(3): 168-171.
- [14] 易 勇, 宋保东, 罗荣奎, 等. IgG4 相关性硬化性胆管炎误诊为肝门部胆管癌 1 例报告[J]. 中国临床医学, 2019, 26(1): 154-156.
- [15] Ohara H, Okazaki K, Tsubouchi H, et al. Clinical diagnostic criteria of IgG4-related sclerosing cholangitis 2012[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2012, 19(5): 536-542.
- [16] Kamisawa T, Nakazawa T, Tazuma S, et al. Clinical practice guidelines for IgG4-related sclerosing cholangitis[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2019, 26(1): 9-42.
- [17] Boonstra K, Culver EL, de Buy Wenniger LM, et al. Serum immunoglobulin G4 and immunoglobulin G1 for distinguishing immunoglobulin G4-associated cholangitis from primary sclerosing cholangitis [J]. Hepatology, 2014, 59(5): 1954-1963.
- [18] Doorenspleet ME, Hubers LM, Culver EL, et al. Immunoglobulin G4 (+) B-cell receptor clones distinguish immunoglobulin G4-related disease from primary sclerosing cholangitis and biliary/pancreatic malignancies[J]. Hepatology, 2016, 64(2): 501-507.
- [19] Tabibian JH, Lindor KD. Ursodeoxycholic acid in primary sclerosing cholangitis: if withdrawal is bad, then administration is good(right?) [J]. Hepatology, 2014, 60(3): 785-788.
- [20] Brito-zerón P, Kostov B, Bosch X, et al. Therapeutic approach to IgG4-related disease: a systematic review[J]. Medicine(Baltimore), 2016, 95(26): e4002.
- [收稿日期 2020-03-18][本文编辑 韦 颖 韦所苏]

本文引用格式

孙宏智, 李海军. IgG4 相关性硬化性胆管炎误诊为胆管癌一例[J]. 中国临床新医学, 2021, 14(4): 399-402.

肺血栓栓塞症影响肺动脉肉瘤 早期诊断二例

• 病例报告 •

李世泽, 罗益锋

作者单位: 529000 广东, 江门市人民医院呼吸内科(李世泽); 510080 广东, 中山大学附属第一医院呼吸内科(李世泽, 罗益锋)

作者简介: 李世泽(1984-), 男, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 呼吸危重症的诊治。E-mail: 515198237@qq.com

通讯作者: 罗益锋(1977-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 呼吸危重症的诊治。E-mail: luoyif77@163.com

[关键词] 肺动脉; 肉瘤; 肺栓塞; 诊断

[中图分类号] R 734 [文章编号] 1674-3806(2021)04-0402-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2021.04.17

1 病例介绍

病例1 患者, 男, 41岁, 因“反复胸闷、气促半年, 加重1月”入院。患者半年前活动或登楼后反复出现胸闷、气促, 安静休息后可缓解, 无胸痛、咯血、心悸、呼吸困难及肢体浮肿, 起初症状不明显, 未予重视和就诊, 但病情反复。1个月前上述症状加重, 伴咳嗽, 以干咳为主, 安静休息后未见缓解, 遂至当地医院就诊, 予以抗炎、平喘治疗未见好转(具体不详), 遂行胸部CT肺动脉造影(computed tomography pulmonary angiography, CTPA)。结果发现: 肺动脉分叉、右肺动脉及其分支、左肺动脉舌段、左下叶肺动脉开口动脉血栓形成。遂转入我院。既往有继发性肺结核, 外院规律抗结核治疗1年, 未见复发。近期体重减轻3 kg。入院体查: 血压114/73 mmHg, 呼吸频率20次/min, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿啰音。心率95次/min, 胸骨左缘第二肋间可闻及收缩期3/6级

杂音。实验室检查, 血常规: 白细胞(white blood cell, WBC) $1.1 \times 10^9/L$, 血气分析: 动脉血氧分压(arterial partial pressure of oxygen, PaO_2) 65 mmHg, 动脉血二氧化碳分压(arterial partial pressure of carbon dioxide, $PaCO_2$) 35 mmHg, 血氧饱和度(blood oxygen saturation, SpO_2) 93%, D-二聚体0.84 mg/L, 脑尿钠肽前体(pro-brain natriuretic peptide, proBNP) 512 pg/ml, 肿瘤标志物未见异常。心电图: I导联深S波, III导联小Q波, T波倒置, 前壁导联T波低平、倒置, QRS波群递增不良、电轴右偏。彩色多普勒超声心动图: 主肺动脉增宽, 右房右室增大, 肺动脉高压(重度), 未除外肺栓塞, 三尖瓣关闭不全(轻度), 心包少量积液, 左室收缩功能正常。考虑诊断为肺血栓栓塞症(pulmonary thromboembolism, PTE), 遂予爱通立50 mg静脉注射溶栓治疗及序贯抗凝治疗。溶栓后患者自诉上述症状好转, 复查胸部CTPA提示: 肺动脉主干、左右肺