

病理分期在颌颈部淋巴结核治疗中的价值

黎昌学 沈亚峰 武辉 徐江

(石河子大学医学院第一附属医院口腔颌面外科 新疆 石河子 832000)

摘要 目的:探讨病理分期在颌颈部淋巴结核治疗中的价值,以期寻找颌颈部淋巴结核的最佳治疗方案。方法:收集我科近5年的临床资料,对颌颈部淋巴结核患者的发病及治疗情况作一临床统计,并结合淋巴结核的病理分期对之加以分析,寻找治疗规律。结果:所有颌颈部淋巴结核患者按病理分期采取不同治疗方案,均达到较佳治疗效果,处于病理初期和中期的患者,临床治疗周期明显小于常规化疗。结论:遵从病理分期治疗颌颈部淋巴结核是一种较为科学合理的思路和方法。

关键词 颌颈部淋巴结 结核 治疗 病理分期

中图分类号:R522 文献标识码:A 文章编号:1673-6273(2012)02-301-03

Value of Pathologic Stages in the Treatment of Cervical Lymph Node Tuberculosis

LI Chang-xue, SHEN Ya-feng, WU Hui, XU Jiang

(The First Hospital of Medical Institute of Shihezi University, Xinjiang, Shihezi 832000, P.R.China)

ABSTRACT Objective: To discuss the value of pathologic stages in cervical lymph node tuberculosis treatment, in order to find the best scrofulous treatment. **Methods:** We collect the patients' clinical data in nearly five years, and analyze it by combining with the scrofulous pathologic stage and ultrasound, looking for regular therapic patterns. **Results:** All patients with cervical lymph node tuberculosis were treated according to the different methods under the guidance of the pathological stage. They all achieved the better therapic effect. The clinical treatment cycle of patients in the early and mid-pathology was significantly shorter than conventional chemotherapy. **Conclusions:** Follow the treatment of pathological stage is more reasonable and scientific ideas and methods.

Key words: Jaws cervical lymph node; Tuberculosis; Treatment; Pathologic stage

Chinese Library Classification: R522 **Document Code:** B

Article ID: 1673-6273(2012)02-301-03

近年来结核在全身系统的发病渐有复增趋势^[1-3],淋巴结核也不例外。颌颈部淋巴结核临床上通过实验室及病理检查不难将其诊断^[4-7],但临床治疗却相对困难,治疗标准也不统一。目前淋巴结核的治疗主要有单纯化疗^[8-11],手术以及手术结合化疗^[12-14],这已是临床共识。但如何使我们在临床治疗思路及方法上达到统一,进而从循证医学的角度寻找个体化的治疗方案,这仍是一个难题。近些年来,我们根据颌颈部淋巴结核的临床病理特点结合B超影像,摸索出一套符合临床治疗规律的方法,并通过临床实践,治疗效果较为满意。在此我们复习临床资料,对之加以分析总结,以供大家探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

所有临床资料均来自2005~2010年石河子大学医学院一附院口腔颌面外科收治病人。患者年龄最小7岁,最大61岁,平均年龄34岁。其中男性16人,女性15人,比例约1.1:1。淋巴结核病变均发生于颈部、颌下三角区以及腮腺区,以颌颈部单侧单发、单侧以及双侧多发为主。上述大部分患者无低热、盗汗、疲乏、消瘦等典型结核病原体征,只有2例伴肺结核感染者出现全身症状。所有病例入院前PPD试验均为阳性,治疗前均行

B超检查确定感染淋巴结核的类型。病例通过细胞学穿刺、涂片或活组织病理检查确诊。具体发病情况见表一。

感染淋巴结核病理分期采用Bailey H^[4]和Robert J^[14]等的B超下分类方法,同时结合临床特点主要分为三型。结节型:指病变初期,淋巴组织增生、形成结节或肉芽肿,淋巴结核被膜完整。干酪坏死型:指病变中期,淋巴结核包膜破坏,有周围组织粘连,但边界尚清,结内液化坏死。脓肿和溃疡瘻管型:指病变晚期,干酪样物质穿破周围软组织形成冷脓肿或窦道,淋巴结核脓肿伴皮肤黏膜破溃。

1.2 治疗方法

1.2.1 临床治疗路径 对有PPD试验阳性病例首先行穿刺细胞学检查,确诊者结合B超决定淋巴结核病理分期,然后进入相应治疗方案。细胞学穿刺未确诊者,进入淋巴结核活检,对于单发淋巴结核活检病例,确诊后直接进入术后化疗。对于多发病变根据病理分期进入不同治疗方案。

1.2.2 病理分期下的治疗方案 ①结节型:治疗主要采取手术摘除感染淋巴结核,同时全身抗痨化疗(2HRE/7RH)。②干酪坏死型:治疗主要采取功能下局部扩大清创术,术中病灶以抗痨药(利福平,异烟肼,链霉素)浸泡,同时全身化疗(2HRE/7RH)。③脓肿和溃疡瘻管型:患者采用脓肿切排,抗痨药(利福平,异烟肼)局部封闭化疗,创腔灌洗,开放引流换药,坏死组织刮治,同时全身化疗(2HRE/7RH)。

1.2.3 淋巴结核化疗结束的临床标准 ①无临床症状。②B超下无复发再发淋巴结核病变,或原发灶可见纤维化、钙化影像。

作者简介 黎昌学(1969-)男,硕士,副主任医师,主要研究方向:口腔颌面部恶性肿瘤的综合治疗, E-mail: lichangxue100@163.com
(收稿日期:2011-05-21 接受日期:2011-06-17)

表 1 病变类型与病理分期的关系 (例)

Table 1 The relationship of Lesions type with pathologic stage (case)

	Lesions early (nodular type)		Lesions mid (Cheese necrosis type)		Lesions late (Abscesses and ulcer fistula type)		Total (person)
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
	Unilateral single	3	1	2	1	1	
Unilateral multiple *	5	4	1	3	0	0	13
Bilateral multiple *	0	1	2	4	2	1	10
Tota(person)	8	6	5	8	3	1	31

Note : *Two or more lymph nodes infection

2 结果

经过上述方案的治疗,14 例病变初期(结节型)的患者,术后伤口均获得临床甲级愈合,病程约 7 天;化疗 3~9 个月不等,随访 3 年未见复发,其中化疗周期≤ 3 个月的占 64%,4~6 月 29%。13 例病变中期(干酪坏死型)患者,大部分术后伤口甲级愈合,临床病程约 8~9 天,仅 2 例乙级愈合,经换药也于术

后两周愈合,化疗 4~12 个月后随访 3 年未见复发,其中化疗周期 4~6 月 23%,7~9 月 54%,>9 月 23%。4 例病变晚期(脓肿和溃疡瘘管型)患者,局部溃疡及瘘管按计划行局部换药引流,创周抗痨药(利福平,异烟肼)组织封闭治疗,3 例于治疗后 2 个月愈合,1 例经 3 个月愈合,化疗 7~9 月以上,有两例患区残存钙化病灶,随访 3 年有一例复发,余未见复发。具体结果见表 2。

表 2 病理类型与化疗周期的关系 (例%)

Table 2 The relationship of pathological type with chemotherapy cycles (case %)

Pathological type	Chemotherapy cycles (months)				Total (person)
	≤ 3M	4~6M	7~9M	>9M	
Nodular type	9(0.64)	4(0.29)	1(0.07)		14(100.00)
Cheese necrosis type		3*(0.23)	7**(0.54)	3**(0.23)	13(100.00)
Abscesses and ulcer fistula type			1(0.25)	3(0.75)	4(100.00)
Total(person)	9	7	9	6	31

Note : * Single type of cheese necrosis

** Multiple cheese necrosis type

3 讨论

淋巴结结核是结核杆菌感染淋巴组织而引起的一种病变形式,在肺外结核中,颌颈部淋巴结结核占发病的 50%以上。目前临床上诊断淋巴结结核并不困难,但治疗却相对不易。因为病变淋巴结有完整的包膜,抗痨药物很难渗透到淋巴组织中达到杀菌作用,加之肿大淋巴结中坏死物质不易排出、吸收困难等特点,使得在淋巴结结核治疗中,较长的治疗周期以及较难消除的临床学症状一直是临床医师较为头痛的事。如何利用现有的治疗手段,缩短疗程,提高临床治愈率,逐渐成为临床医生的关注点。

颌颈部淋巴结感染结核,其病理病变过程大致可分为五期:①淋巴组织增生、形成结节或肉芽肿,②淋巴结内部干酪样液化坏死,③淋巴结包膜破坏,互相融合,并有淋巴结周围炎,④干酪物质穿破至周围软组织形成冷脓肿或窦道^[4],⑤病变转归,可见纤维化、钙化。每一型均有其典型临床病理特点。结节型处于淋巴结结核病变的初期,这时感染位于结内,被膜尚完整,

感染淋巴结活动度基本正常。此期 B 超影像下不易与普通淋巴结炎相鉴别,诊断主要靠实验室检查及活检。一旦确诊,治疗采取口服抗痨还是手术为主目前存在争议。一般认为口服抗痨治疗有效,但周期漫长(9~12 个月),长期服药,药物毒副作用往往使治疗无疾而终。由于用药不规律,病变可能继续发展,从而形成久治不愈的皮肤或黏膜溃疡以及并发症,增加了患者的精神及经济负担。如果尽早采取手术摘除病变淋巴结,则很容易达到控制和消除病变的目的^[15,16]。对于首次感染结核的患者甚至可以大幅缩短规范化化疗的时间。我科 14 例结节型淋巴结结核患者均采用“单纯手术摘除病变淋巴结+术后化疗 3~6 个月”的治疗方案,其有效治疗周期显示,64%的患者 3~6 个月内即可达到有效治疗,随访两年未见复发再发。较 Lenci G^[11]等人认为单纯化疗应该持续 9 个月的周期明显缩短至少 3 个月。这一结果同 Artenstein AW^[17],Van Loenhout-Rooyackers JH^[13]等人认为的术后联合化疗 6 个月的周期相近。

病变中期,由于结核性干酪样液化坏死只位于淋巴结内部,虽然与邻近组织或相邻淋巴结粘连,但淋巴结被膜完整,边

界尚清。此期单纯手术不易完全控制感染,应结合局部和全身化疗,但仍应以手术为主,以终止病变扩散和向脓肿破溃转化,为化疗创造条件。手术中应尽可能锐性切除病变组织,避免挤压病灶和防止病变残存,但由于颌颈部解剖结构复杂,在局部解剖结构不清晰的前提下,应以保留功能为主,不主张扩大切除,治疗中要求将病变淋巴结尽可能完整摘除。病灶区可疑神经及结缔组织或创腔可予"明胶海绵+抗痨药"浸泡填塞,创口一期缝合,尽量减少死腔,创区压迫。由于此期病变局部复发可能性很大,故而对于此期患者,我们采用"功能下局部扩大清创术+术区抗痨药浸泡+全身化疗"治疗。经过上述治疗单发干酪坏死型肺结核的治疗周期一般在6个月内。而54%的多发病例治疗周期在6~9个月内。近84%的干酪坏死型肺结核病人治疗周期明显比9个月化疗时间短。

脓肿和溃疡瘻管型肺结核进入病变晚期。此时干酪样坏死、液化的淋巴结融合成片,突破淋巴结被膜,进入邻近组织,形成脓肿。破溃皮肤或黏膜后形成经久不愈的皮肤或黏膜窦道和溃疡。此期病变由于不能彻底清除结核性肉芽肿,脓肿周围有扩散可能,虽有化疗作保障,仍不易愈合,因此治疗周期较长,一般局部病变愈合均在3~4月,化疗周期在9个月以上。我们认为在确定脓肿形成时,应尽早切开引流,行创腔灌洗,必要时行坏死组织刮治,这将极大地缩短病程。同时采用抗痨药局部封闭注射治疗也将为后期清创创造条件^[15,16]。此外,对于病变晚期淋巴结结核的化疗同样应遵循:早期、联合、规律、全程、适量的化疗原则,同期化疗9月以上,甚至更长。我们有一位合并肺结核的病人治疗周期长达2年。因此合理化联合化疗对于合并肺结核的患者尤为重要。

综上所述,利用B超结合临床病理分期指导选择治疗方案,除了达到规范治疗,简化治疗流程的目的,还使结节型、浸润型淋巴结结核的病人缩短了病程,提高了临床治愈率。同时减小了病人的心理和经济负担,因此我们认为根据淋巴结结核的病理进程来制定治疗方案,更能体现个体化治疗的特点,值得临床探讨和推广。

参考文献(References)

- [1] 樊石磊,何广学,任依,等.我国东、中、西部地区肺结核病转诊和追踪工作现状分析[J].中国社会医学杂志,2008,02:55-57
Fang Shi-lei, He Guang-xue, Ren Yi, et al. TB Patients Transferring and Following Up in Different Development Areas in China [J]. Chinese Journal of Social Medicine, 2008, 02 : 55-57 (In Chinese)
- [2] 刘剑君.中国结核病防治进展 [J].结核病健康教育, 2005, 01:18-24
Liu Jian-jun. Progress in tuberculosis control in China [J].Health Education on Tuberculosis,2005,01:18-24 (In Chinese)
- [3] 马琦,朱莉贞,潘毓菡.结核病 [M].第1版.北京:人民卫生出版社,2006:285-293
Ma Yu, Zhu Li-zhen, Pan Yu-xuan. Tuberculosis [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2006 : 285 -293 (In Chinese)
- [4] BAILEY H. The stages through which a breaking-down tuberculous cervical lymph node passes [M]. In: Clain A, editor. Bailey's Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery. John Wright and Sons, Bristol 1973: 143
- [5] Oberbärsch K, Maurer HM4HESST, et al. Rational diagnostic strategy for tuberculous lymphadenitis [J]. Schweiz Med Wochenschr, 2000,130 (44):1702 -1705
- [6] F.Winkelbauer, Doris-Maria Denk, M.Ammannl, et al. Sonographic Diagnosis of Cervical Lymph Node Tuberculosis [J].Ultraschall in Med, 1993, 14(1):28-31
- [7] LEE J, Fernandes R. Neck masses: evaluation and diagnostic approach [J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2008, 20(3):321-37
- [8] Memish ZA, Mah MW, Mahmood SA, et al. Clinico-diagnostic experience with tuberculous lymphadenitis in Saudi Arabia [J]. Clin Microbiol Infect, 2000 , 6(3):137-141
- [9] Canova CR, Kuhn M. Reinhart WH. Problems in the diagnosis and therapy of lymph node tuberculosis in HIV-negative patients [J]. Schweiz Med Wochenschr, 1995, 125(51-52):2511-2517
- [10] Weiler Z, Nelly P, Baruchin AM, et al. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous lymphadenitis [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2000, 58 (5):477-481
- [11] Lenci G, Gartenschläger M. Current aspects of lymph node tuberculosis of the neck [J]. Pneumologie, 1996 , 50(7):462-468
- [12] Polesky A, Grove W, Bhatia G. Peripheral tuberculous lymphadenitis: epidemiology, diagnosis, treatment, and outcome [J]. Medicine (Baltimore) , 2005, 84(6):350-362
- [13] Van Loenhout-Rooyackers JH, Richter C. Diagnosis and treatment of tuberculous lymphadenitis of the neck [J]. Ned Tijdschr Geneesk, 2000, 144(47):2243 -2247
- [14] Robert J, Baatenburg De Jong A.D, Robert J, et al. Ultrasound in the diagnosis of cervical tuberculous adenitis [J]. Auris Nasus Larynx, 1998, 25:67-72
- [15] 任小华,唐凌,钟利.化疗加局部清扫术治疗颈淋巴结结核的观察 [J].寄生虫病和感染性疾病, 2005, 3 (3):142
Ren Xiao-hua, Tang Lin, Zhong Li. Observed chemotherapy and local of cervical dissection of lymph node tuberculosis [J]. Parasitoses and Infections Diseases, 2005, 3 (3):142 (In Chinese)
- [16] 郭冰,刘维波,邵彬等.颈淋巴结清扫术治疗颈淋巴结结核 [J].中华结核和呼吸杂志, 1998, 21(6): 352 -354
Guo Bing, Liu Wei-bo, Shao Bing, et al. Radical neck dissection in treating cervical lymph node tuberculosis [J]. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 1998, 21(6): 352-354 (In Chinese)
- [17] Artenstein AW, Kim JH, Williams WJ, et al. Isolated peripheral tuberculous lymphadenitis in adults: current clinical and diagnostic issues [J]. Clin Infect Dis, 1995, 20(4):876-882