

所得三维重建图像非常清晰, 可达到诊断要求。

4. 临床价值

通过运用螺旋 CT 薄层扫描, 肺内孤立性结节病灶可由多个层面显示, 病灶密度、大小、内部钙化、囊变、坏死液化等细节及病灶周围情况显示更为细致。经三维重建后, 既能完整显示结节形态, 又能直接反映结节与邻近组织如胸膜的关系, 有助于结节的立体定位, 为手术提供帮助, 拓宽诊断范围, 提高了诊断水平。

参考文献

- 1 Costello P, Anderson W, Blume D. Pulmonary nodules: evaluation with spiral volumetric CT [J]. Radiology, 1991, 179: 875-876.
- 2 Vock P, Soucek M, Daepf M, et al. Lung: spiral volumetric CT with single breath-hold technique [J]. Radiology, 1990, 176: 864-867.
- 3 周康荣. 胸部颈面部 CT [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1996. 405-407.

(2000-03-07 收稿)

• 短篇报道 •

过敏性肺炎误诊 1 例

曾利平

【中图分类号】R563.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)04-0277-01

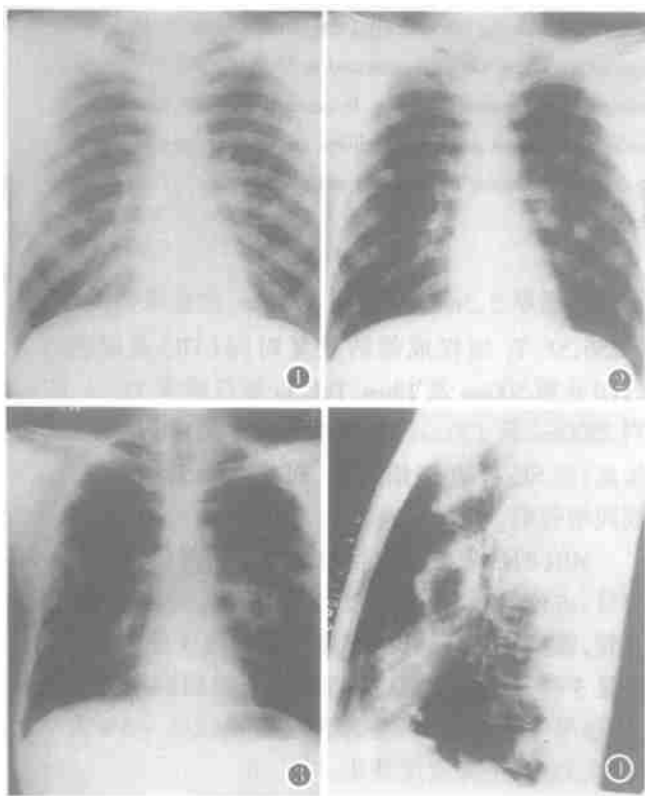


图1 左肺中野散在小片状模糊影。图2 抗炎治疗半月, 胸片示左中肺野及右中下肺野均可见团片状密度增高影, 边界不清。图3、4 抗结核治疗21d 胸片示双中下肺可见较广泛性絮状、纤维网状影, 尤以纤维灶为主, 病灶逐渐趋淡, 侧位象病灶相互网络并连, 形成边界不规则, “壁厚”不均之“空洞”影。

男, 34 岁, 干部。1998 年 8 月 30 日晨起后, 感腰背酸痛, 右肋有牵扯感, 胸闷、气促、咳嗽、有少量白痰, 无畏寒、鼻塞、流涕、咯血等症, 熟睡偶有盗汗, 无药物过敏史。翌日在单位摄胸片示左肺中野散在小片状模糊影(图1), 初诊为“肺炎”。给青霉素静滴 10d 后症状无改善。于 1998 年 9 月 14 日入院。

入院体检无异常。化验检查: Hb 138g/L, RBC $4.82 \times 10^{12}/L$, WBC $7.5 \times 10^9/L$, N 0.74, L 0.26。胸片示左中肺野片状浸润影较前增多, 密度增高(图2), 次诊为支原体肺炎。给红霉素及对症治疗 12d 后, 胸闷、咳嗽加剧, 痰明显增多, 呈泡沫状, 偶有血丝, 仍有盗汗。查 ESR 55mm/h, 痰 PCR 阳性, 冷凝集实验 1:8, 痰涂片未找到霉菌; 查支纤镜: 病发部位支气管充血水肿, 未见出血点, 再诊为浸润型肺结核, 抗结核治疗 21d, 胸闷、咳嗽进一步加重, 痰进一步增多。查痰未找到抗酸杆菌; 胸片示双肺中野均可见团块状模糊影(图3), 侧位示肺门处可见一厚壁“空洞”(图4)。经会诊可能为转移性肺癌。腹部 B 超检查未见异常; 胸部 CT 见双肺布满团状影, 直径 1~3cm, 密度不均, 边界不清, 支持特殊性感染或过敏性炎症。查血中嗜酸性细胞 15%, 最后诊断为过敏性肺炎。经抗过敏治疗 15d, 以上诸症消失, 胸片阴影消退明显, 病愈出院, 随访 1 年未复发。

讨论 本例首先忽略了全面认真地检查血液中各成份, 致整个病程历时 2 个多月才查血中嗜酸性细胞, 尤其是首次血象报告不全面, 以致屡次误诊。

本例临床及胸片均缺乏结核中毒典型症状。PCR 阳性、血沉较快、痰中偶有血丝、熟睡时有盗汗等似对诊断结核有支持, 但 PCR 假阳性高, 不应作为疾病诊断的主要依据, 痰中带血, 可考虑咳嗽过频、过烈, 使咽喉部毛细血管破裂所致; 本例患病在 8~10 个月, 正值四川盆地湿热季节, 熟睡盗汗是正常现象。对患者主诉考虑不周, 分析不细, 误诊结核教训深刻。

本例胸片无过敏性肺炎此起彼伏之特征, 而出现原发病灶增多、增密, 并波及对侧肺病变, 病程历时较长等的表现值得重视。

(2000-01-03 收稿)

作者单位: 611830 四川省都江堰市幸福医院

作者简介: 曾利平(1968~), 女, 四川简阳人, 放射医师, 主要从事医学影像学及护理工作。