

显, 血供丰富, 忽略了该病起源于翼内板、翼突上颌裂。嗅神经母细胞瘤的 CT 鉴别诊断主要是与血管源性恶性肿瘤, 横纹肌肉瘤及来自肾癌的转移瘤。CT 和 MR 成像对嗅神经母细胞瘤的检测和分期很重要, CT 很容易观察到肿瘤引起的骨质破坏和肿瘤内的钙化, 但 MRI 反映肿瘤在颅内的范围比 CT 更精确, 当 CT 扫描显示有颅内侵犯时, 可进一步行 MRI 检查。

参考文献

- 1 伍建林摘, 沈天真校. 嗅神经母细胞瘤的 MRI 评价[J]. 国外医学临床放射学诊断, 1994, 4: 147.
- 2 Chen Li, Yousem DM, Hagden RE, et al. Olfactory Neuroblastoma: MR Evaluation[J]. AJNR, 1993, 14: 592.
- 3 Elkon DH, Ghtower SI, Lin ML, et al. Esthesioneuroblastoma[J]. Cancer, 1979, 44: 766.
- 4 张挽时, 熊明辉. 临床副鼻窦影像诊断学[M]. 中国科学技术出版社, 1997, 5: 66.
- 5 王焕申, 王维. CT 诊断嗅神经母细胞瘤二例[J]. 中华放射学杂志, 1993, 27: 879.

(2000-08-14 收稿)

结节病一例

李然兵

【中图分类号】R563 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)02-0106-01

患者, 男, 26 岁, 咳嗽 2 个月余, 经外院积极抗炎治疗无效转入我院。体检: 体温: 37.8℃, 脉搏 77 次/分, 血压 14/8kpa, 消瘦体型, 精神萎靡, 脾肋下 3.0cm, 浅表淋巴结未及。

实验室结果: WBC $1.8 \times 10^9/L$; LymPh 46.4%; Gran 28.7%; Mid 24.9%;

LAM-TB-IgG 阴性; TB-IgM 阴性; 抗酸染色阴性; 痰细菌培养正常咽喉杂菌; PPD 试验阴性。

X 线平片检查: 肺门向两侧明显扩大, 增浓, 模糊, 夹杂多个大小不一结节(图 1), 左下肺淡片影。侧位示肺门区密度增高, 未见明显块影。初步考虑肺门影增大, 原因待查。

CT 扫描: 两侧肺门影增大, 平扫 CT 值 38HU, 增强 CT 值为 68HU, 纵隔及肺门区可见肿大淋巴结, 最大者直径为 1.5cm 左右(图 2), 腔静脉受压向外上移位, 右中间段支气管受压、变窄, 支气管尚通畅, 支气管血管束增粗, 两侧胸腔未见积液。肺门及

纵隔内淋巴结肿大考虑: ①淋巴瘤; ②结节病; ③结核; 建议进一步追查。

病理检查: 经上级医院行支气管粘膜活检及隆突下 7 组肿大淋巴结针吸取样检查, 均示非干酪性肉芽肿。未找到恶性细胞, 明确为结节病, 经激素治疗, 症状改善。

讨论 平片影像肺门向两侧扩大, 模糊。在一般情况下可考虑为: ①肺部感染; ②肺门结核; ③肺淤血; ④纵隔内病变等。本例经积极抗炎治疗无明显效果, 血象示中性粒细胞比例明显偏低, 结合临床可排除肺部炎症感染; IgG、IgM、PPD、抗酸染色, 痰细菌培养均为阴性, 患者自诉无盗汗等结核中毒症状, 可以排除肺门结核; 本例无心脏病理及影像学变化, 也无其他血管性病变, 结合临床也不支持肺淤血; 那么, 纵隔内病变可能性大。本例经 CT 扫描肺门见淋巴结肿大, 支气管粘膜活检及针吸涂片示非干酪性肉芽组织, 无恶性细胞, 明确为结节病。结节病是一种少见的肉芽肿疾病, 其中肺门影像学表现最为突出。在临床实际工作中, 如有原因不明的肺门扩大, 肺门区结节影, 均应考虑本病的可能性。

结节病是一种多系统多器官受累的肉芽肿性疾病, 结节病的诊断决定于临床症状和体征及组织活检。其诊断主要标准: ①胸部影像学检查显示双侧肺门及纵隔淋巴结对称肿大, 伴或不伴有肺内网格、结节状或淡片状阴影; ②组织学活检证实有非干酪性坏死性肉芽肿, 且抗酸染色阴性; ③SACE 或 SL 活性增高等。并需要和肺门淋巴结结核、淋巴瘤、转移瘤、其他肉芽肿相鉴别。

(2000-09-25 收稿)

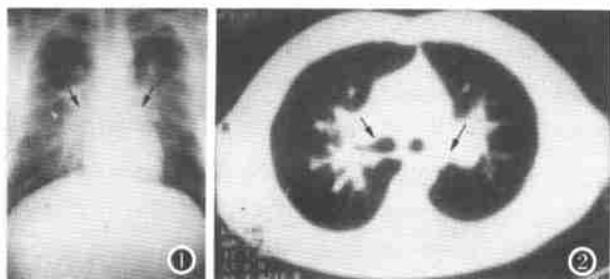


图 1 肺门明显向两侧扩大, 增浓。

图 2 肺门区见肿大淋巴结。右中间段支气管壁明显增厚。

作者单位: 415500 湖南澧县中医院放射科

作者简介: 李然兵, (1979~), 男, 湖南人, 主要从事临床放射学工作。