

参考文献

- 1 张海, 叶明福, 高广正. 肺原发性混合癌 7 例临床病理分析[J]. 第三军医大学学报, 1999, 21(11): 808-812
- 2 佟玉筠, 蔡执敏. 13 例肺原发性混合癌的外科疗效分析[J]. 首都医科大学学报, 1997, 18(1): 82-84.
- 3 彭延生, 蔡执敏, 潘晓东, 等. 223 例肺腺鳞癌的外科治疗分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1991, 14(3): 165.
- 4 黄志英, 徐佩钦, 周冕. 1286 例支气管肺癌病理变化与预后[J]. 结核病与肺部肿瘤, 1988, 3(1): 9.

(2000-12-18 收稿)

• 短篇报道 •

脾脓肿一例

袁希 龚红萍 董道先

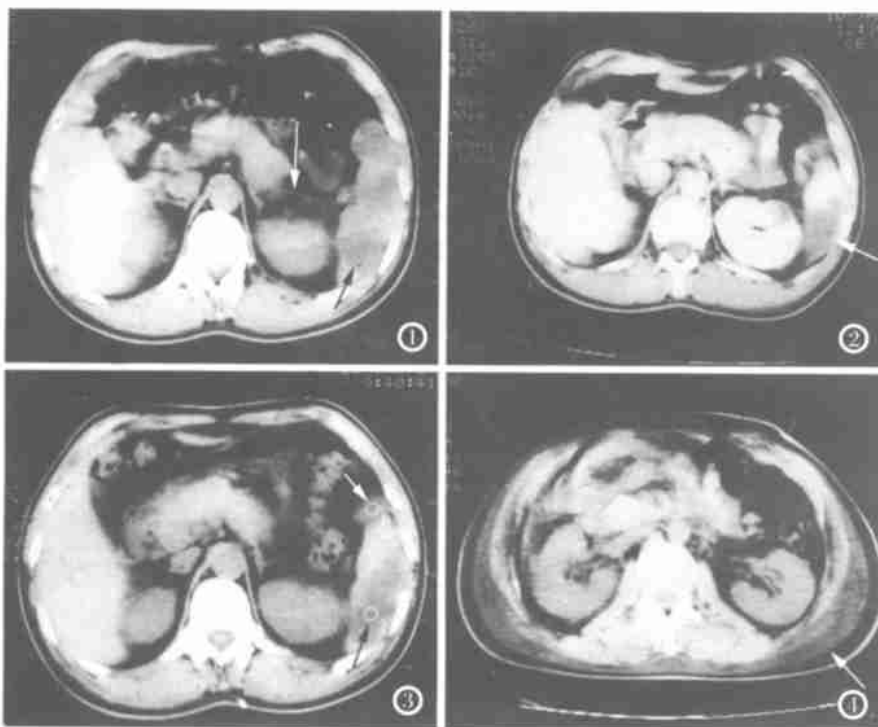
【中图分类号】R657.6⁺ 1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)04-0278-01

图1 脾下极片状低密度灶,周围未见积液,左肾前筋膜增厚。图2 增强扫描见脾内低密度灶无强化,肾实质内有类似的密度灶。图3 抗炎10天后CT平扫复查,脾内病灶与前类似。图4 脾切除后,CT复查见皮下水肿明显。

患者,男,31岁。不规则发热13天,伴左腹痛入院。体检: T 39.5℃,神志清楚,精神差。全身皮肤可见散在瘀斑。心率88次/分,律齐,双肺未闻及干湿罗音。左腹压痛,肝脾未扪及。血常规: WBC $2.71 \times 10^9/L$, N 0.94。骨穿发现中毒颗粒。B超提示脾下极可见约 $3.22 \text{ cm} \times 7.3 \text{ cm}$ 低回声团,边界清晰,内见不规则片状无回声区。CT初次平扫见脾增大,下极低密度灶,截面约 $3.2 \text{ cm} \times 7.3 \text{ cm}$, CT值 25.8HU,左肾前筋膜增厚,肾前间隙

无积液。双侧胸腔积液,左侧相对较多。增强后脾下极低密度灶无明显强化。抗炎10天CT平扫复查病灶无明显变化。血、尿细菌培养均阴性。外科手术脾切除,病理检查为脾脓肿。后病人症状加重,7天后再次CT平扫复查见胸腔积液增多,皮下水肿明显,肠壁僵硬,肠间隙变模糊,最终病人死亡。

讨论 脾脓肿多发生于全身感染、败血症患者。临床常有高热、寒战、白细胞计数升高,60%的病人有腹痛,具备一般感染特征。脓肿早期没有液化时,应注意与脾肿瘤鉴别。典型病例有脓肿壁强化和灶周水肿。感染向周围浸润,进一步可见左肾前筋膜增厚、左肾及左肾周受累,并且常有左侧胸腔积液及膈肌增厚^[1]。若病灶内见到气液或液-液平面,则为特征性表现^[2]。本例结合影像学表现、临床症状,诊断不难。

本病例作者体会到:①脾脓肿临床症状无特异性,CT检查对鉴别诊断有重要价值;②左肾前筋膜增厚是炎症直接浸润所致,病情加重时可同时累及左肾;③左侧反应性胸腔积液,增强可见膈肌强化,往往提示膈下感染存在,有利于鉴别诊断;④当胸腔积液增多,广泛皮下水肿,提示病人症状加重,是危险信号。

脾是重要的免疫器官,手术切除后,抵抗力进一步减低,加上手术创伤大,患者恢复较难。对于此类患者选择CT引导下脓肿穿刺引流,效果可能更好,这有待于进一步探讨。

参考文献

- 1 周康荣. 腹部CT[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 476-478.
- 2 李果珍. 临床CT诊断学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 93-94.

(2001-01-08 收稿)

作者单位: 430050 湖北省, 武汉市第五医院放射科CT室(袁希、董道先); 中心诊断室(龚红萍)

作者简介: 袁希(1970~), 男, 湖北人, 住院医师, 主要从事CT诊断工作。