

转移。在儿童,非霍奇金氏淋巴瘤,尤其是 Burkitt 淋巴瘤,最常累及肾脏,尸体解剖发现 62% 的淋巴瘤累及肾脏,但仅 3% ~ 8% 的病人在 CT 检查时被发现。由于肾实质不含有淋巴管,因此肾脏似乎不可能发生原发性淋巴瘤,但极少数淋巴瘤仅为肾脏受累,这一表现目前尚无合理解释。淋巴瘤累及肾脏常仅在病程晚期出现症状,腰腹痛、血尿、贫血、体重下降和腹部包块常见,高血压罕见。

影像学表现多样:单发或多发肾脏肿块或结节,弥漫性浸润,腹膜后邻近病变的直接侵犯,以及少见的孤立性肾周病灶。常见表现为多发实质性肿块或结节,偶可使肾外形改变或推挤集合系统。肿块在 CT 上无特征性,密度均匀,平扫和增强扫描

均为低密度,类似于多发囊肿。超声上为低回声。血管造影显示肿瘤血管较少。肾脏的弥漫性浸润可使肾外形增大,腹膜后病变偶可包绕血管和输尿管。肾周受累见于腹膜后病变(最常见)或肾实质病变穿破包膜。肾周病灶 CT 表现多样:小的高密度弧形病灶,软组织密度结节,吉氏筋膜增厚,或与腹膜后病灶相邻的肿块。单纯的孤立性肾周病变少见,典型者表现为低回声弧形或块状包绕肾脏,CT 平扫为高密度,增强为低密度。

安徽医科大学第一附属医院放射科 钱银锋 译 余永强 校
摘自 RadioGraphics. 2000, 20: 1585-1603.

(2001-03-28 收稿)

• 短篇报道 •

新生儿 Wilson Mikity 综合征一例

熊晓苓 荣嵘 刘栋志

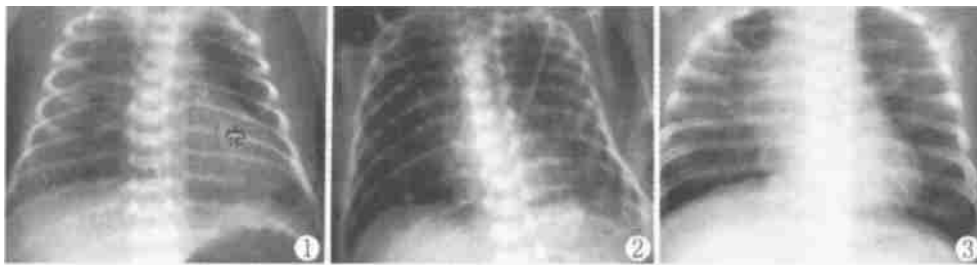


图1 患儿3d,双肺纹理模糊,右下见少许网状颗粒状影。图2 见肺部弥漫模糊网状和颗粒状结节影,其间夹杂泡性肺气肿。图3 肺容积增大,右中、下肺见大小不等囊状影。肺间质病变好转。

患儿,男,35⁺6周早产儿,平产,体重1800g,出生时无青紫、窒息,Apger评分8/9分,生后即予辐射台取暖,改良鼻导管、吸氧,心电及经皮氧饱和度(TsSO₂)监护,预防NRDS发生。生后第3天患儿出现呼吸急促,50~60次/min,可见吸气性凹陷,双下肢轻度硬肿,面积约20%。当天摄胸片见:双肺纹理模糊,右下见少许网状颗粒状影(图1)。拟诊右下肺发育不良、患儿行抗炎,光疗,改良鼻塞CPAP吸氧,反复监测血气,PCO₂于49.8~60.1mmHg间波动,提示通气功能障碍,CO₂潴留。治疗后硬肿消退,试停吸氧,患儿复又出现颜面发绀,改良鼻导管吸氧后即刻缓解。生后10天复查胸片:见肺见弥漫模糊网状和颗粒状结节,其间夹杂泡性肺气肿(图2)。肺间质病变有进展。临床考虑支气管肺发育不良。患儿家长要求出院,嘱随诊。3个月后患儿复诊胸片(图3):见肺纹理粗乱,右中、下肺大小不等囊状透亮影。间质病变明显改善。患儿一般情况好,生长发育正常。

据患儿X线表现发展和临床表现,尤其是3个月患儿预后好,诊断为Wilson Mikity综合征。

讨论 Wilson Mikity综合征又称肺发育不成熟,亦称婴儿呼吸困难综合征,近年来已少见,患儿死亡率高达25%~50%。多发生于早产儿,病因不明,有人认为是空气中正常浓度氧对不成熟肺之损伤^[1]。患儿生后几天完全正常,多于生后1~3周才出现症状,起病隐匿^[2]。

病理表现为肺泡发育不成熟,有灶性肺泡萎陷和过度扩张,细胞浸润少,纤维化罕见。X线表现以弥漫性间质浸润伴小囊状透光区为特征。本例生后第3天出现症状,生后第10天出现双肺弥漫性网状和颗粒状结节。并夹杂泡性肺气肿,3个月后,肺含气增加,于右中下肺见大小不等囊性透亮区,网状阴影明显减少,患儿症状消失,其病变进程,X线表现与Wilson Mikity综合征一致,本症预后好,存活儿两年左右可以完全恢复。

本病与慢性支气管肺损害或发育不良(BPD)的胸部X线改变极为相似,但BPD多见于发生肺透明膜病的早产儿应用高浓度氧和机械通气后,预后差,患儿依赖氧气和呼吸器生存,常出现进行性呼吸、心力衰竭。认真分析病史和胸部X线表现,做好临床追踪工作十分重要。

参考文献

- 徐襄英.实用儿科放射学.北京:北京出版社,1999,2(1):267-269.
- 吴蕊萍,胡亚美,江载芳.实用儿科学.北京:人民卫生出版社,1997.1202.

(2001-07-02 收稿)

作者单位:550003 贵州省,贵阳市妇幼保健院放射科
作者简介:熊晓苓(1973-),女,贵阳人,住院医师,主要从事小儿放射诊断。