

肺包虫病的 CT 诊断

吴钢

【摘要】 目的: 确定 CT 对肺包虫病的诊断价值。**方法:** 回顾性分析 13 例经手术病理证实的肺包虫病的 CT 表现。**结果:** 单囊性 9 例, 多子囊型 1 例, 多囊型 3 例, 6 例合并感染, CT 表现为气-液平面及内外囊分离。2 例有外伤史, 患者表现为多囊型。**结论:** 肺包虫在 CT 上有特征性表现, 不仅可显示病变, 而且可以显示并发症。

【关键词】 肺 包虫病 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R532.32, R814.42 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1000-0313(2002)01-0023-02

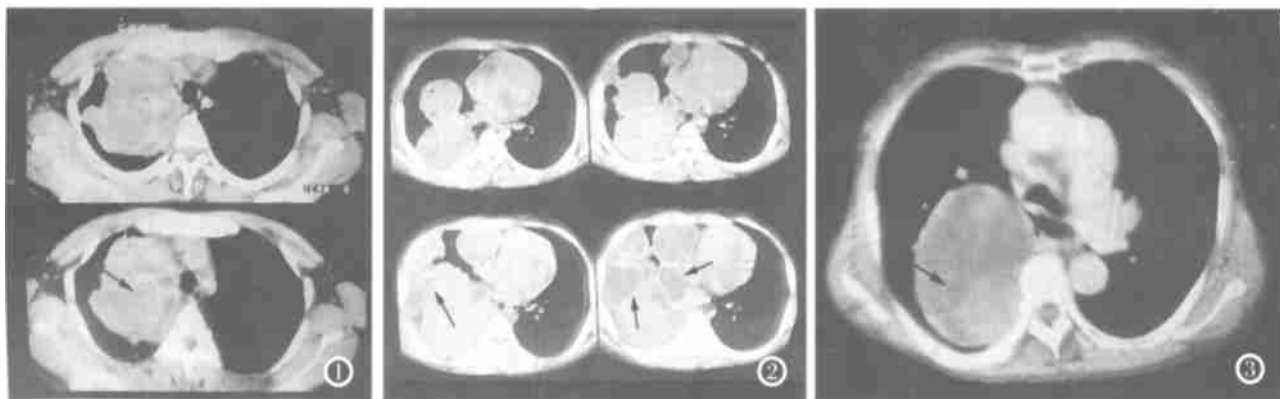


图 1 增强扫描, 可见内外囊分离呈花边样强化(→), 囊壁增厚, 与邻近胸膜粘连。图 2 增强扫描, 右下叶多囊型肺包虫病, 可见多个大小不一之囊肿(→), 包膜明显强化, 部分可见小气泡。图 3 增强扫描, 可见大囊内有多数小圆形子囊, 囊壁光滑(→)。

肺包虫病约占全身包虫病的 10%~15%^[1], 是细粒棘球绦虫侵入人体所致。本文报道 13 例经 CT 检查并手术病理证实的肺包虫病, 分析其 CT 表现和鉴别诊断。

材料与方 法 13 例中男 6 例, 女 7 例, 年龄 15~80 岁。临床表现为程度不同的咳嗽、胸痛, 8 例伴低热、咯血, 其中 5 例同时发现肝包虫病, 2 例有胸部外伤史。Casoni 试验均为阳性。

CT 检查采用 SOMATOM CRF 型 CT 机, 层厚层距均为 8mm, 扫描范围由肺尖至膈底, 6 例行增强扫描。13 例均经病理证实。

结果 13 例中, 9 例为单囊型, 左下叶 2 例, 左上叶 1 例, 右上叶 1 例, 右下叶 4 例, 右中叶 1 例。包虫囊肿直径 5.5~21.7cm, 平均 10.5cm, 圆形或卵圆形, 内外壁光滑完整呈均匀强化。4 例合并感染者中, 2 例可见液平面, 其中 1 例见囊壁钙化。2 例内外囊分离表现为大囊内花边样软组织影。多子囊型 1 例, 呈大囊内多个圆形小囊肿, 密度比大囊肿低, 且合并感染, 内外囊分离, 内囊呈花边样改变, 位于右上叶。多囊型 3 例, 分别位于右下叶、左叶及右中、左下叶, 共 26 个囊肿, 2 例有外伤史。表现为大小不一的圆形及不规则形囊肿, 多沿肺中、外带排列, 其中 1 例合并感染可见内外囊分离, 内囊萎陷呈花边样改变。13 例均有程度不同的胸膜粘连, 其中 1 例累及邻近胸壁。

讨论 包虫病是一种人畜共患的寄生虫病。在我国主要流行于畜牧业较发达的新疆、青海、宁夏、甘肃、内蒙等省区。诊断主要依靠 X 线、B 超、CT 等影像学检查以及 Casoni 试验。

据报道 CT 检查的准确率达 99.19%, Casoni 试验的诊断准确率为 88.72%^[2]。因此, CT 检查结合 Casoni 试验可使肺包虫病的诊断准确率达到相当高的精确度。本组病例经 CT 诊断为肺包虫病再行 Casoni 试验全部为强阳性。

参考肝包虫病的 CT 分型^[3], 肺包虫病以单囊型多见, 多子囊型及多囊型较少, 我们未见到实质钙化型。肺包虫囊肿一般呈圆形, 与邻近胸膜均有程度不同的粘连, 且少见钙化。这可能与肺包虫生长缓慢、胸腔生长空间有限且营养丰富有关。肺包虫病较小者无临床症状, 较大者与胸膜粘连, 出现胸痛症状, 或者合并感染出现咳嗽、低热、咯血来查时方能确诊, 这可能也是 13 例均有胸膜粘连且大多数合并感染的主要因素。

肺包虫病 CT 扫描是一种简便、安全、可靠的术前检查方法, 可以避免由于穿刺造成的囊液外漏、头节扩散, 以及由此造成的严重过敏反应或复发的危险, 依据肺包虫 CT 表现可作出正确诊断。本组无一例误诊, 诊断准确率为 100%。肺包虫病由血行播散, 下叶多于上叶, 右叶多于左叶, 与本文结果相符。文献报道外伤可引起肺及胸膜播散^[5], 本组 3 例多发囊肿中, 2 例有胸部外伤病史。肺包虫病合并感染时, 囊壁增厚, 囊液密度增高, 内外囊分离且内囊萎陷呈花边样改变, 与支气管相通可以咳出部分囊液出现囊内液平面。

肺包虫囊肿主要应与肺脓肿、空洞型肺结核、肺大泡合并感染及先天性周围型肺囊肿鉴别^[4]。肺脓肿临床表现较重, CT 上脓肿周围肺纹理反应明显, 壁厚薄不均, 且见不到囊内花边样改变。空洞型肺结核一般较小, 周围可见卫星灶; 且有播散病灶。肺大泡合并感染可见液平, 壁菲薄均匀, 直径较小。周

作者单位: 751100 宁夏, 吴忠市人民医院 CT 室
作者简介: 吴钢(1969~), 男, 安徽人, 主治医师, 主要从事胸部疾病 CT 诊断工作。

围型肺囊肿可见液平,壁薄均匀,常合并支气管肺发育不良。

参考文献

- 1 裴法祖. 外科学(第3版)[M]. 北京: 北京人民卫生出版社, 1988. 338-340.
- 2 李果珍. 临床体部 CT 诊断学[M]. 北京: 北京人民卫生出版社, 1986.

52.

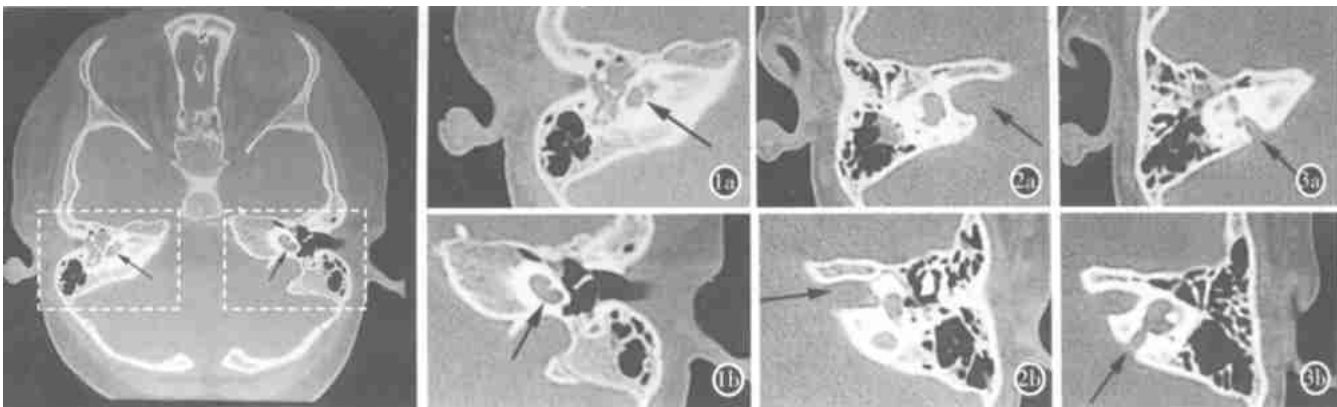
- 3 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 60.
- 4 李铁一. 胸部疾病 CT 诊断[M]. 北京: 北京出版社, 1993. 77-80.
- 5 肖树华, 徐淑惠. 第 16 届国际包虫病会议议况[J]. 中华医学杂志, 1994, 74(4): 247. (2001-05-16 收稿)

内耳畸形 CT 表现一例

• 短篇报道 •

李素丽 史河水

【中图分类号】R814.42, R764.7⁺3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)01-0024-01



左端图为横断面全貌,图1~3分别取自虚线范围内不同的层面,a为右侧,b为左侧。图1 两侧耳蜗底周扩大(→),中、上周缺如。右侧中耳乳突炎。图2 两侧内耳道短粗(→),左、右两侧前后径分别为7mm、10mm。图3 两侧前庭导水管扩大(→),其最大径均为3mm,左右两侧导水管内端分别与前庭、总脚相接,两侧前庭明显扩大。

病例资料 患者,女,3岁,自幼听力差,学语迟缓,右耳流脓3个月余。专科情况:两耳廓无畸形,右侧外耳道可见脓性分泌物,右侧鼓膜紧张部前下象限中央性小穿孔,左侧外耳道及鼓膜未见异常。脑干诱发电位示双耳感音性耳聋。临床诊断:①双侧感音性耳聋;②右侧中耳乳突炎。

颞骨轴位 HRCT 示:两侧骨性外耳道正常,右侧乳突气房密度增高,中耳鼓室及鼓室内可见软组织密度影,听小骨及听骨链完整,中耳腔无扩大。双侧耳蜗管扩大,缺乏螺旋状结构,两侧前庭导水管扩大,左右导水管口最大径均为3mm,左右两侧导水管内端分别与前庭、总脚相接,两侧前庭明显扩大。两侧内耳道短粗,左右两侧前后径分别为7mm、10mm(图1~3)。CT诊断:①右侧中耳乳突炎。②两侧耳蜗、前庭、前庭导水管及内耳道发育不良。

讨论 感音性耳聋病因复杂,先天性感音性耳聋有遗传性、药物性、感染性等原因^[1]。多有明显内耳畸形。由于内耳胚胎原基与中、外耳不同,内耳畸形可独立存在,亦可伴中、外耳畸形^[2]。每一种内耳畸形都以人名命名。多分为4型:①米切耳畸形(Michel):内耳完全不发育,只有外耳和中耳。也有的

停留在“听泡”发育阶段,不能进一步发育成蜗管和半规管。②Modini畸形:耳蜗仅底周发育,中顶周缺如、不整或增粗^[3]。③Mondini-Alexander畸形:蜗管发育不全,蜗基底转螺旋器和邻近的螺旋神经节细胞发育异常,并伴有前庭、半规管及前庭导水管的畸形^[1,4]。④Scheibe 和 Siebermann-Bing 畸形:指仅有膜迷路的畸形,骨迷路正常,没有特征性 CT 表现,CT 不能诊断^[3]。本例属于 Mondini-Alexander 畸形。

颞骨 HRCT 能清晰显示外耳、中耳和内耳的骨性结构,对先天感音性耳聋合并内耳畸形的诊断简单、经济、准确,弥补了常规 X 线或体层摄影的不足,从而为颞骨先天畸形提供了有价值的形态学资料。

参考文献

- 1 宫娟,兰宝森. 先天性感音性聋的 CT 所见[J]. 中华放射学杂志, 1990, 24(3): 154-157.
- 2 刘亚群. 内耳畸形的 CT 诊断(附2例报告)[J]. 中国医学影像技术, 2000, 16(8): 708.
- 3 曹丹庆,蔡祖龙. 全身 CT 诊断学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996. 250.
- 4 李果珍. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 183.

(2001-06-18 收稿)

作者单位: 437515 湖北省崇阳县第二人民医院放射科(李素丽); 430022 华中科技大学同济医学院附属协和医院放射科(史河水)

作者简介: 李素丽(1971~),女,湖北崇阳人,主治医师,主要从事内耳畸形放射诊断工作。