

包虫病而不致引起误诊。

鉴别诊断: ①肺癌: 本组误诊 4 例, 但包虫囊肿感染或破裂之团块影中心密度高而不均匀, 断层, CT 有裂隙状、圆形、不规则形透亮区, 周围有长毛刺等征象而不同于肺癌, 有助于区别。②肺炎: 包虫囊肿感染或破裂合并感染形成片状影, 但其部分边缘整齐, 密度不均匀, 断层, CT 片可见圆形, 裂隙状不规则透亮区, 可与肺炎加以鉴别。③结核球: 单发直径 2.5 cm 大小的包虫囊肿, 尤其是位于结核好发部位易误为结核球, 本组有 5 例。但包虫囊肿密度低而均匀, 有时可透见肺纹理及囊肿变形^[2], 周围无卫星灶。④胸膜病变: 包虫囊肿感染, 胸膜反应粘连或

破入胸腔产生胸腔积液误为包裹性积液 2 例, 但包裹性积液多发生于后胸壁及侧胸壁, 边缘光整, 密度均匀, 而本病边缘模糊, 密度不均匀, 经抗炎治疗后, 复查胸膜反应吸收可显示包虫囊肿的真面目。

参考文献

- 1 孙强生, 龚有若. 肺包虫体层摄影诊断的意义[J]. 中华放射学杂志, 1986, 20(5): 276.
- 2 郁慕仪, 叶俊雄, 尚焕起. 肺包虫囊肿破裂后不典型 X 线征象(附 20 例分析)[J]. 临床放射学杂志, 1988, 7(1): 15.

(2001-10-08 收稿 2001-12-17 修回)

• 病例报道 •

局限型韦格纳肉芽肿误诊一例

张维敏

【中图分类号】R734.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)05-0454-01

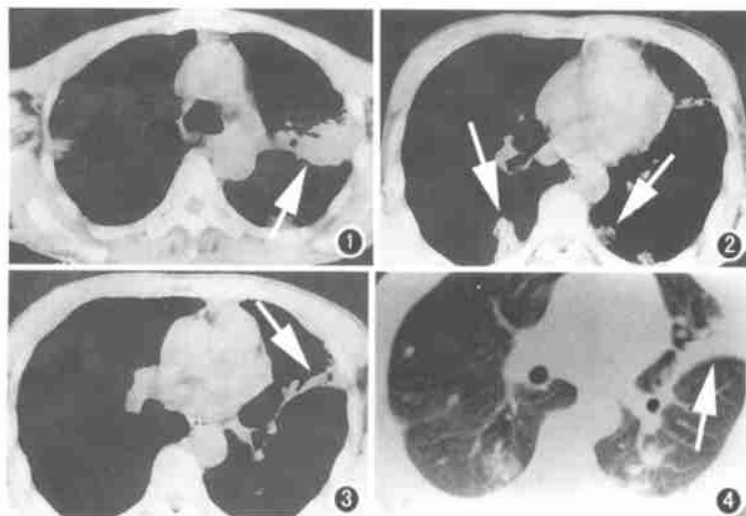


图 1 左肺见较大肿块, 边缘不规整, 内有小空洞及纵隔内淋巴结肿大。

图 2 两肺靠近胸壁处多发大小不等的尖端指向肺内的楔形高密度影。

图 3 左肺见楔形阴影, 边缘欠光整。

图 4 左舌叶见一楔形影, 前缘欠光整, 两肺大小不等的多发结节。

病例资料 患者, 男, 56 岁。因胸部疼痛及高热入院。体检: 消瘦, 贫血貌, 两肺呼吸音粗, 可闻及干湿罗音。实验室检查: 血沉 25mm/h, 血红蛋白 90g/l, 白细胞 $6.0 \times 10^9/l$ 。

CT 平扫: 左肺上叶靠近胸壁处可见较大不规则软组织肿块, 约 $2.0\text{cm} \times 4.0\text{cm}$, 周边较模糊, 内有小空洞; 两肺内有多发大小不等结节灶, 两肺边缘见多发大小不一, 类楔形病变, 基底位于胸膜面, 尖端指向肺内, 边界清, 尖端内密度较低; 两肺内多发片状高密度影, 边缘模糊, 左肺门可见肿大淋巴结

(图 1~4)。CT 诊断: 左上肺周围型肺癌, 两肺内多发转移灶, 左肺门淋巴结肿大。

经皮穿刺活检发现毛细血管增生, 并有大量炎性细胞, 中间夹杂少量纤维组织。病理诊断为韦格纳肉芽肿。

讨论 本病例的 CT 影像与周围型肺癌的相同之处: ①左上肺可见边缘不规则软组织肿块; ②肿块内有小空洞, 两肺内散在大小不等的结节灶; ③左肺门可见肿大淋巴结。

临床上韦格纳肉芽肿在 CT 影像中独有的特征: ①胸壁上多发楔形病变, 这是韦格纳肉芽肿区别其它病变最主要的征象, 其特点为宽基底位于胸膜面, 尖端指向肺内, 边界欠光整, 中央部有密度较低影。②片状阴影: 两肺内多发非叶、段分布片状高密度影, 其病理为肺泡毛细血管炎性出血与肿块无关。而周围型肺癌则表现为肿块周围的点片状高密度影, 为阻塞性炎症所致。

由于韦格纳肉芽肿在临床上较少见, 我们对其病理和表现都不是很了解, 特别是对其 CT 影像特征(肺内楔形病变)没有抓住, 造成了本病例的误诊。

另外, 韦格纳肉芽肿在临床和实验室检查中缺乏特异性, 并且在 CT 影像上与转移瘤、肺结核及霉菌病具有重叠性, 单凭 CT 影像或实验室检查很难做出明确诊断, 最终确诊仍依赖于病理检查。

参考文献

- 1 殷泽富, 赵永碧. 肺部局限性韦格纳肉芽肿的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(6): 442-443.

(2001-12-26 收稿 2002-01-29 修回)

作者单位: 110023 辽宁省, 沈阳市第五人民医院 CT 室
作者简介: 张维敏(1964~), 女, 江苏人, 主治医师, 主要从事放射医学在临床诊断及应用。