

先天性肺动静脉瘘二例

• 病例报道 •

刘裕, 房俊飞, 李兆廷, 吕晓春

【中图分类号】R563; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)11-0850-02

先天性肺动静脉瘘(pulmonary arteriovenous fistulas, PAVF)比较少见, 继我院 2 例经手术证实后, 又发现 2 例, 经螺旋 CT 强化扫描证实, 现报道如下。

病例资料 病例 1, 男, 55 岁。因咳嗽、痰中带血、检查发现右肺肿物而来我院。体检: 发育正常, 口唇无发绀, 无杵状指(趾)。实验室检查示低氧血症, 血常规正常。CT 平扫示: 右肺中叶有一增粗的条带样影, 自肺门斜向前下走行, 其边缘示有多个类圆形结节影与之相邻(图 1a)。增强薄层扫描见条带样影与其周围类圆形结节显著强化, 似葡萄串样, 其密度稍低于心脏大血管密度(图 1b)。下方另有一条增粗的内有对比剂的肺静脉影汇入上肺静脉进入左心房。延迟扫描病变内密度仍与心血管密度相近(图 1c), 诊断为右中叶 PAVF。

病例 2, 女, 64 岁。胸闷半年余, 在当地发现左肺小结节病灶, 肝内低密度灶, 疑肺癌肝转移而来我院会诊。体检: 发育正常。实验室检查均在正常范围。CT 平扫示: 左肺舌叶前外侧近胸膜下示有一小结节灶, 直径约 2cm, 密度较均匀, 后下缘有浅分叶征象, 其余边缘较光整(图 2a), 薄层扫描示块影前上方有一迂曲增粗的血管影与肺门相连; 肝右后叶低密度灶直径约 3cm。考虑为肺动静脉畸形。增强扫描示迂曲的血管影及结节灶均明显强化(图 2b), 且结节灶前下方另有一增粗强化的血管影连向前下胸壁与纵隔交界区(图 2c)。肝右后叶低密度灶上

缘有结节样强化, 边缘有向心性强化; 延迟扫描低密度灶明显充填缩小, 与肝实质密度相近。CT 诊断: ①左舌叶 PAVF。②肝血管瘤。

讨论 PAVF 是肺动静脉直接交通, 发生异常分流的一种右向左分流的先天性肺内血管病变。根据发生的血管部位及形态主要分为两种类型: I 型为弥漫性肺小动静脉畸形, II 型为肺动静脉畸形。I 型的病变广泛呈弥漫多发, 可满布一叶, 或一侧全肺, 甚至两肺均有病变, 主要发生在靠近毛细血管的小动静脉上。II 型呈孤立的单发或多发, 故比 I 型的分流血量少。单发者较多发者多见, 病变的部位可发生在各个肺叶, 以下叶肺的发生率较高。本文病例 1 应属 I 型, CT 显示多个结节似葡萄串样连于增粗的血管上(图 1a), 明显强化(图 1b), 同时可见增粗的供应血管影像(图 1c)。病例 2 属 II 型, 显示为肺外围孤立性结节, 薄层扫描示边缘较光整, 可见切迹(图 2a); 肺窗示有一条异常增粗迂曲的血管影与之相连, 增强扫描示结节及迂曲的血管均明显强化(图 2b), 且结节灶前内侧发现强化的引流血管影像(图 2c)。DSA 是确定本病的金标准^[1], 但螺旋 CTA 技术可以明确显示引流血管, 方便无创伤, 有替代 DSA 列为首选的可能。此 2 例均为平扫肺窗发现有迂曲增粗的血管影而考虑本病, 经增强扫描证实。

需与本病鉴别的主要是肺血管瘤, 肺血管瘤由许多增粗的

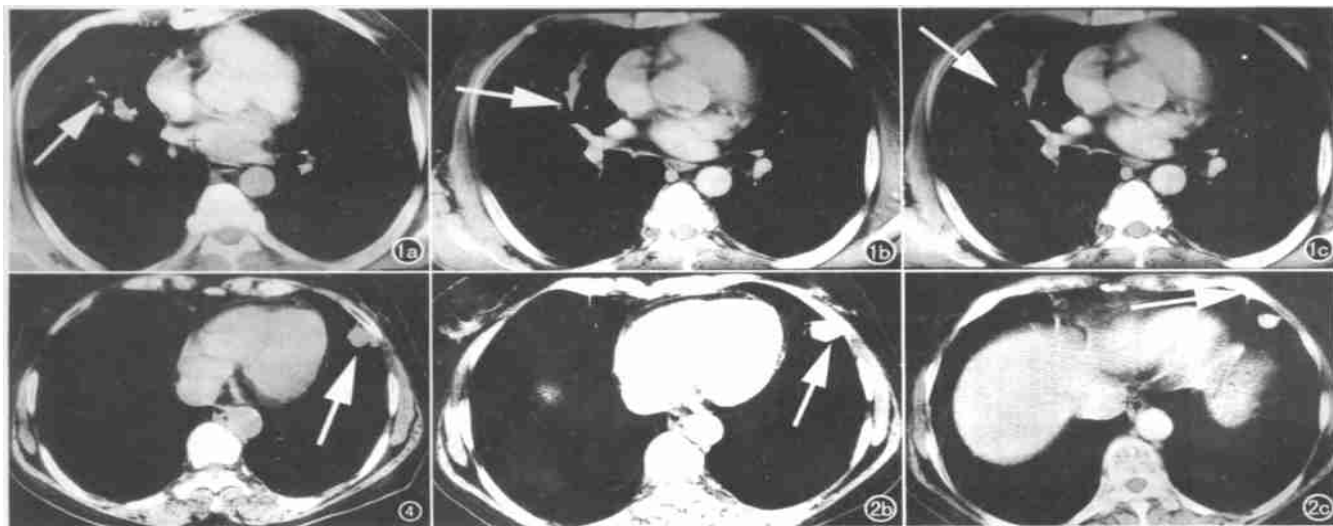


图 1 a) PAVF 平扫纵隔窗示右肺中叶多发结节灶; b) 增强扫描纵隔窗示病灶明显强化, 与心血管密度相近, 肺门区可见供应血管; c) 延迟扫描纵隔窗示病灶仍与心血管密度相近。图 2 a) 平扫纵隔窗示左肺舌叶胸膜下结节灶; b) 增强扫描纵隔窗示结节灶明显强化, 与心血管密度相近, 其内侧可见供应血管影; c) 增强扫描纵隔窗示结节灶前下方可见引流血管影。

毛细血管与结缔组织组成,有丰富血管可发生咯血,X线及CT常见表现为边缘锐利的肺内孤立结节或肿块,病变与肺血管无关,不像PAVF那样有粗大的血管与病变相连^[2]。其次应与周围型肺癌相鉴别,周围型肺癌边缘多有分叶及棘状突起,其内密度不均匀,有空泡征及支气管充气相,无明显增粗纡曲的供应及引流血管,可资鉴别。

参考文献:

- [1] 宋金松,严洪珍,汪五全.肺动静脉畸形影像学诊断[J].中国医学影像学杂志,1997,5(1):23-25.
- [2] 李果珍.临床CT诊断学[M].北京:中国科学技术出版社,1994.349. (2003-05-13 收稿 2003-06-11 修回)

钡餐检查对食管鱼刺存留的诊断价值及疗效观察

· 经验介绍 ·

吴巍

【中图分类号】R445; R571 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)11-0851-01

食管鱼刺存留在临床上较常见,患者常有明显的异物梗阻感及疼痛不适。许多经临床检查未见鱼刺的患者应行食管钡餐检查,以了解异物存在的部位、大小及有无并发症。现就40例食管鱼刺存留患者的钡餐检查结果及疗效进行统计分析、讨论如下。

病例资料 食管鱼刺属可透X线异物,易停留在食管入口第一生理狭窄处及主动脉弓、左主支气管压迹处。检查时应对此段重点观察,并严格按3个步骤进行。①常规颈胸部透视:观察病颈部纵隔是否有气肿、脓肿(见于较长时间患者)及食管气管瘘、胸膜瘘^[1];②食管吞钡检查:设备用500mA岛津透视点片胃肠机,钡剂要求浓度高,流动性好,粘附性强,选用200%W/V的粘稠双重钡剂具有上述特点^[2],检查时观察是否有异物涂沫征、钡剂分流及钡斑存留(图1)。其中异物涂沫、钡剂分流征见于较大的鱼刺存留,一旦发现即无需进行吞钡棉检查,如行此检亦需非常谨慎,以免鱼刺插入更深或折断进一步损伤食管及周围大血管;而钡斑存留常见于鱼刺损伤食管形成的表浅溃疡所致,但不能除外短小或折断鱼刺存留的可能;③经食管吞钡棉检查:一般需在第二步异物涂沫征及钡剂分流征阴性基础上采用,通常见于细小而软的鱼刺,检查时往往不能显示异物征象(图2),但对此类患者却有良好的治疗作用。

40例患者异物梗阻、疼痛不适感均位于食管中上段,以上段居多。经钡餐检查有:①异物涂沫征象(部分有钡剂分流)10例,见于较大鱼刺,经检查不能使之滑脱,需经食管镜取出。②钡斑存留8例,患者异物感常较轻,但疼痛较显著,多为鱼刺损伤粘膜水肿,表浅溃疡形成所致,但不除外较小异物存在可能。所有8例患者经检查后疼痛明显减轻,其中3例异物感持续存在者经食管镜于钡斑处取出小鱼刺。③未见异物征象,但吞钡或钡棉后患者异物感及疼痛完全消失者16例,了解病史见于小而软的鱼刺,此类鱼刺常刺入食管粘膜较浅,而且对食管的损伤也小,检查不易发现,但在钡剂或钡棉的强粘附性及摩擦重力,高流动性作用下常会使之滑脱,达到彻底的治疗效果。④未见异物征象,经吞钡或钡棉检查后患者异物感及疼痛无明

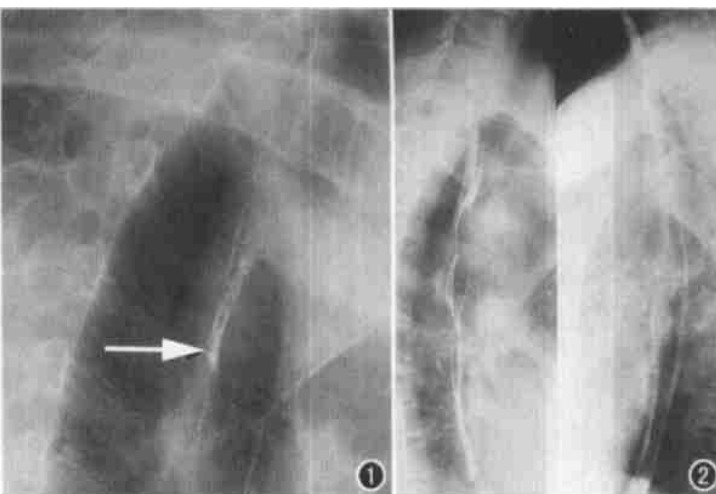


图1 食管中段异物(鱼刺)见钡剂存留(箭)。图2 食管细小软鱼刺(异物):吞服棉签未能显示异物征象。

显改善者6例。其中4例经内镜手术证实为较短细而刺入食管较深的鱼刺。

讨论 此项检查成功的关键在于结合患者提示的梗阻不适部位,通过反复多次吞咽钡剂或钡棉,并变换体位仔细观察。这样方可提高诊断阳性率和达到对部分患者的良好治疗效果。本组40例患者经食管吞钡或钡棉检查鱼刺存留患者的诊断阳性率达45%,治疗作用显著者达60%,其中症状完全消失者占40%。关于此项检查的诊断价值,有关放射影像书籍上均有明示,但关于其检查的疗效作用未见文献明显记载。笔者认为双重硫酸钡属高比重混悬剂,里面含有一定量的凝胶,经水调后具有很强的粘附性、流动性及摩擦重力作用,经反复吞咽对小而软且刺入食管较浅的鱼刺有明显的滑脱作用,对食管粘膜创面有涂抹覆盖、收敛及减轻水肿的作用,从而使患者疼痛明显缓解。

参考文献:

- [1] 陈炽贤.实用放射学[M].北京:人民卫生出版社,1999.441.
- [2] 尚克中.中华影像医学:消化系统卷[M].北京:人民卫生出版社,2002.3-4.

(2003-03-14 收稿)

作者单位:434200 湖北,松滋市人民医院放射科
作者简介:吴巍(1974~),男,湖北松滋人,医师,主要从事影像诊断工作。