

病灶,其中2例内见支气管气像,此为没有闭塞的支气管;另有2例呈多边形、斑片状不规则形态实变。这些病变有时并不按肺叶及肺段分布,大小不等,边缘不清。多数研究认为肺栓塞发展成梗死的病例只占很少一部分(10%~15%),因而楔形实变的典型表现在实际中并不多见。Sinner^[5]认为这是由于不完全的梗塞所致。栓塞中楔形或不规则病变的高密度影中,有时亦可见小的低密度影,这些低密度区为栓塞病变中未受损的肺组织,可能是接受邻近的未栓塞的肺动脉分支的供应。楔形病变中有2例见其尖端有条状影伸向肺门周围,这主要是扩张的血管管道,这些管道是栓塞的肺动脉分支或栓塞近端扩张的血管。

总之,只要在检查方法上通过严格的质量控制、规范地操作、客观地对CT肺病变的显示能力,运用螺旋CT,可以替代大部分的肺动脉造影,使大部分4级以上肺动脉栓塞得到诊断。结合我们运用的体会,笔者认为螺旋CT能提供肺实质、肺血管情况的同时,也提供了有关纵隔、肺门的信息,能够与肺栓塞表现相似的其它疾病进行鉴别,它通过显示栓塞血管的直接征象,避免了肺动脉造影的创伤性,成为当有肺动脉造影禁

忌证时的替代方法。同时,它通过较高的密度分辨率,更好、更早地发现肺实质密度改变,还可以用来监测肺栓塞患者,避免进行重复性的有创的肺动脉造影。而CTPA方便复查以了解治疗情况,因此,CTA是一种简便有效、值得推广应用的检查方法。

参考文献:

- [1] Stien PD, Henry JW. Prevalence of Acute Pulmonary Embolism Among Patients in a General Hospital and at Autopsy[J]. Chest, 1995,108(10):978-981.
- [2] Kauczor HU. Contrast-Enhanced Magnetic Resonance Angiography of the Pulmonary Vasculature: a Review[J]. Invest Radiol, 1998,33(5):606-617.
- [3] Bergin CJ, Sirlin CB. Chronic Thromboembolism: Diagnosis with Helical CT and MRI with Angiographic and Surgic Correlation [J]. Radiology, 1997,204(4):695-702.
- [4] Rubin GD, Silverman SG. Helical CT of the Retroperitoneum[J]. Radiol Clin North Am, 1995,33(4):903-932.
- [5] Jandik J, Endryš J, Rehulova E, et al. Bronchial Arteries in Experiment Pulmonary Infarction: Angiographic and Morphometric Study [J]. Cardiovas Res, 1993,27(5):1076-1083.

(收稿日期:2004-04-20)

· 读片追踪 ·

图片读解

孔平

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)05-0396-01

患者,男,27岁,左颈部触及一直径3cm的结节,质韧、活动,无疼痛。患者体温37.2℃,白细胞 $16 \times 10^9/l$,中性粒细胞占87%。偶有咳嗽,其它无不适。

CT定位片示右肺门占位(图1)。螺旋CT增强扫描:右肺上叶前段和中叶内侧段不规则形实变。外缘模糊,可见空气支气管征;内缘深入纵隔,边界不清。肿块缓慢、轻度增强,中央密度不均;上腔静脉后见肿大淋巴结(图2)。CT诊断:右肺癌并纵隔淋巴结转移。

综合临床和CT表现,您认为上述诊断是否正确,请分析病变性质。

(答案请在本期找)。

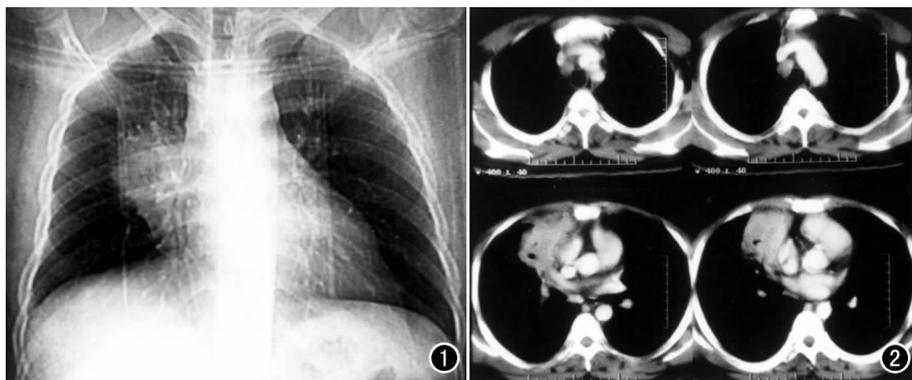


图1 CT定位片示右肺门肿块。图2 CT纵隔窗示右肺上叶前段和中叶内侧段不规则形实变,可见“空气支气管征”。

(收稿日期:2004-11-18)