

- [2] Jeong SW, Jung KH, Chu K, et al. Clinical and Radiologic Differences between Primary Intracerebral Hemorrhage with and without Microbleeds on Gradient-echo Magnetic Resonance Images [J]. ArchNeurol, 2004, 61(6):905-909.
- [3] Wycliffe ND, Choe J, Holshouser B, et al. Reliability in Detection of Hemorrhage in Acute Stroke by a New Three-dimension Gradient Recall echo Susceptibility-weighted Imaging Technique Compared to Computed Tomography: a Retrospective Study [J]. J

Magn Reson Imaging, 2004, 20(3):372-377.

- [4] 赵海, 肖新兰. 脑微出血的研究进展[J]. 山东医药, 2008, (1): 1040-1044.
- [5] 朱文珍, 漆剑频. MR 磁敏感成像技术在脑部血管性病变中的应用[J]. 中华放射学杂志, 2007, (10):1040-1044.
- [6] Koennecke HC. Cerebral Microbleeds on MRI Prevalence, Associations, and Potential Clinical Implications[J]. Neurology, 2006, 66(2):165-171.

(收稿日期:2008-11-05)

## 气管支气管巨大症一例

· 病例报道 ·

孙玉梅, 邵立军, 谢钦亮

【中图分类号】R562.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)01-0022-01

**病例资料** 患者,男,65岁,2003年开始咳嗽、憋喘、呼吸困难,咯大量白色黏痰,不易咳出,无咳血、发热。其爷爷、父亲、哥哥均在中年以后有此病史,家人均无抽烟史。

**CT表现:**第1~4级支气管明显扩张、增粗,管壁软化变形,呈波浪状,有多个大小不等的憩室形成,胸段气管横径和前后径分别为2.9cm和3.2cm,周围支气管管径正常(图1a、b)。双肺小叶间隔增厚,呈网格状,以下叶为著,伴蜂窝状囊腔及磨玻璃状、片状密度增高影(图1c)。诊断:气管支气管巨大症并双肺间质纤维化、肺部感染。

**讨论** 气管支气管巨大症(tracheobronchomegaly, TBM)又称 Mounier-Kuhn 综合征,主要发病于40~60岁左右的男性。累及声门下到隆突的全部气管,许多患者有第1~4级支气管扩张<sup>[1]</sup>。部分病例气管黏膜于气管软骨环间疝出形成气管憩室,憩室内可有分泌物聚集。

此病的病因学尚未明确,尸检提示可能与气管和支气管的先天性缺陷或者平滑肌萎缩有关。常染色体隐性遗传,一般父母均为致病基因携带者,其子女的再发风险为25%。后天获得性多与成人弥漫间质性纤维化和机械性通气障碍有关<sup>[2]</sup>。TBM无特异性临床表现,常以继发性咳嗽咳痰、细支气管扩张及下呼吸道感染为主要表现。呼吸道气流动力学异常改变,气管软骨环间较多肌肉黏膜组织显著凸出及分泌物积聚是TBM导致慢性肺部化脓性感染、细支气管扩张、肺气肿、肺纤维化的主要病理生理基础<sup>[3]</sup>。

常规CT和高分辨力CT均可清楚显示气管主支气管扩张、管壁呈波浪状变形及气管主支气管憩室。尤其呼气末CT扫描有时可显示气管主支气管完全萎陷。高分辨力CT有助于TBM合并的外周支气管扩张的显示<sup>[3]</sup>。累及声门下到隆突的全部气管,许多患者有第1~4级支气管扩张<sup>[1]</sup>。气管和支气管内径增大,可达30~50mm,最宽达50~60mm。主支气管内

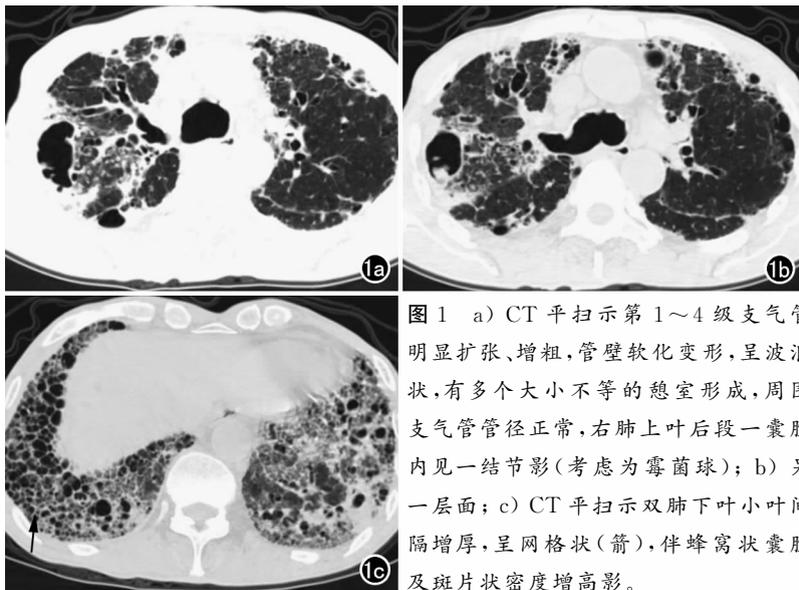


图1 a) CT平扫示第1~4级支气管明显扩张、增粗,管壁软化变形,呈波浪状,有多个大小不等的憩室形成,周围支气管管径正常,右肺上叶后段一囊腔内见一结节影(考虑为霉菌球); b) 另一层面; c) CT平扫示双肺下叶小叶间隔增厚,呈网格状(箭),伴蜂窝状囊腔及斑片状密度增高影。

径可达25~35mm,为正常时的1.5倍。一般当气管横径男性在25mm以上,女性在21mm以上时可诊断本病<sup>[4]</sup>。

本病主要应与获得性气管巨大症鉴别,后者见于弥漫性肺纤维化患者中,由于两侧肺的纤维化而增加的肺的弹性回缩压,长期作用到气管两侧壁上呈相反的牵引力,导致气管扩大。此外,长期的气管内插管,可引起获得性气管软化,它虽然多引起气管局限性狭窄,但偶尔也可引起局限性甚至弥漫性气管扩大。获得性气管巨大症之气管扩大常随肺纤维化之进展而加重,且无主支气管扩大,可与本病鉴别<sup>[5]</sup>。

### 参考文献:

- [1] 张向荣, 张侠, 于俊. 气管、支气管巨大症1例报道及文献复习[J]. 临床肺科杂志, 2004, 9(6):701.
- [2] 庞磊, 崔有斌, 连鑫, 等. 气管支气管巨大症1例报告[J]. 中国实用医药杂志, 2007, 2(1):15.
- [3] 田昭俭, 庞闻厦, 杨新国. 气管支气管巨大症1例[J]. 实用放射学杂志, 2007, 23(7):1007.
- [4] 李松年, 唐光健. 现代全身CT诊断学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 1999. 412.
- [5] 李铁一. 中华影像医学(呼吸系统卷)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 65. (收稿日期:2008-06-17 修回日期:2008-07-04)

作者单位:453400 河南,河南宏力医院影像科

作者简介:孙玉梅(1978-),女,河南新乡人,医师,主要从事腹部影像诊断工作。