

现。1例继发于动脉导管未闭,VR显示为主肺动脉梭形扩张,左、右肺动脉及其分支亦显示增粗,未闭的动脉导管通过3维旋转可显示其全程及走向。

部分性肺静脉畸形引流:本组2例,1例位于左上肺,thin-MIP及VR显示左上肺静脉经垂直静脉、左头臂静脉、右上腔静脉汇入右心房。1例合并房间隔缺损,右肺两支肺静脉直接流入右心房。

综上所述,MSCTPA结合二维、三维图像后处理技术能很好地显示肺血管病变,对临床手术及疗效评价重要的指导意义,可取代有创的肺血管成像。但肺血管病变种类繁多,笔者未能搜集到一些少见的病例,有待在今后的工作中更进一步积累经验。

参考文献:

[1] 齐滋华,崔凤玉,王青,等.16层螺旋CT在血管病变诊断中的临床应用[J].实用放射学杂志,2006,22(4):453-456.

[2] Harvey RT, Gefer WB, Hrun JM, et al. Accuracy of CT angiography versus pulmonary angiography in the diagnosis of acute pulmonary embolism: evaluation of the literature with summary ROC curve analysis[J]. Acad Radiol, 2000, 7(10): 786-797.

[3] Hong KC, Freeny PC. Pancreatoduodenal arcades and dorsal pancreatic artery: comparison of CT angiography with three-dimensional volume rendering, maximum intensity projection, and shaded-surface display[J]. AJR, 1999, 172(4): 925-931.

[4] Health DG, Soyer PA, Kwzyk BS, et al. Three-dimensional spiral CT during arterial portography: comparison of three rendering techniques[J]. RadioGraphics, 1995, 15(5): 1001-1011.

[5] 杨烁慧,詹松华,郑少强,等.16排螺旋CT血管成像的临床应用[J].同济大学学报(医学版),2006,27(3):40-44.

[6] 夏裕平,张文洪,李东,等.多层螺旋CT在诊断肺隔离症中的应用[J].实用医学影像杂志,2007,8(1):22-28.

(收稿日期:2010-03-01 修回日期:2010-05-11)

支气管内型错构瘤一例

· 病例报道 ·

宋绿林, 刘小斌, 毛志敏

【中图分类号】R814.42; R816.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)12-1357-01

病例资料 患者,女,65岁,刺激性咳嗽2年,加重1周。2年前开始出现偶发刺激性咳嗽,无痰,未引起重视;近1周加重,仍无痰,无咯血、发热及胸痛等任何不适。体检未发现异常体征。实验室检查未发现异常。

X线胸片:上纵隔增宽,肺内未见异常。X线诊断:上纵隔占位性病变(图1)。肺部CT扫描:于右肺上叶支气管内可见大小约20mm×18mm大小的肿块影,以脂肪密度为主,CT值-50HU,其内见斑点状软组织密度影,未见钙化影(图2),支气管壁外缘光滑规整;相应肺组织紧贴纵隔呈弧形肺不张改变;纵隔未见肿大的淋巴结。CT诊断:右肺上叶支气管良性肿瘤,错构瘤可能性大。

支气管镜所见:右肺上叶支气管开口处见新生物,表面光滑,管腔闭塞。考虑支气管腺瘤可能。行右肺上叶切除术。

病理所见:大体标本为暗红色组织大小约50mm×40mm×20mm,切开支气管其内见灰黄色肿块,大小约20mm×18mm×15mm,边缘光滑,质地软。病理诊断:错构瘤(图3)。

讨论 支气管内型错构瘤属肺错构瘤的一类,较少见,约占肺错构瘤的1.4%~10%。其病因尚不明,主要有4种病因学说:先天性畸形、真性肿瘤、正常组织增生、炎症演变。可发生于任何年龄,以40~60岁多见,男女比例为2~4:1,右肺多于左肺^[1]。临床表现多为咳嗽、咳痰、胸痛、发热、咯血等,X线片、CT表现为阻塞性肺炎、肺不张等。本例患者起病2年,临床症状轻微,X线表现纵隔增宽,CT表现右肺上叶支气管占

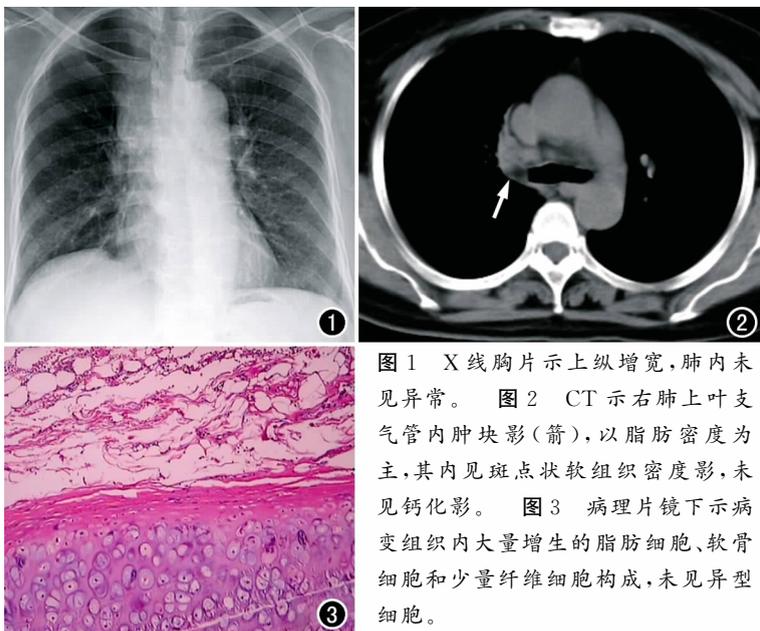


图1 X线胸片示上纵隔增宽,肺内未见异常。图2 CT示右肺上叶支气管内肿块影(箭),以脂肪密度为主,其内见斑点状软组织密度影,未见钙化影。图3 病理片镜下示病变组织内大量增生的脂肪细胞、软骨细胞和少量纤维细胞构成,未见异型细胞。

位,并完全堵塞及肺不张。这种病理改变与临床症状极不相称的现象,临床上并不多见。由于CT可明确分辨出脂肪组织、软组织及钙化,故诊断一般不难。目前治疗有纤维支气管镜直视下圈套器切割术及外科手术切除。前者创伤小、恢复快。但有报道错构瘤并发肺癌较正常人群高出6.3倍^[2]。因此,术后定期随访很有必要,特别是选择第一种治疗方法者。

参考文献:

[1] 阮琰,华丽,韩一平,等.支气管内型错构瘤临床分析(附3例报告)[J].第二军医大学学报,2004,25(6):689.

[2] 王洪武,王小平.肺错构瘤与周围型肺癌的鉴别诊断[J].临床荟萃,1995,10(12):543-544.

(收稿日期:2010-03-10)

作者单位:338000 江西,新余市中医院放射科

作者简介:宋绿林(1959-),男,江西新余人,主任医师,主要从事CT诊断工作。