

AIDS 并发肺部播散性结核伴食管瘘一例

李雪芹, 贾翠宇, 赵大伟

【中图分类号】R523; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)09-1032-02

病例资料 患者,男,36岁。4年前发现 HIV 抗体阳性,CD4 细胞计数 25 个/ μl ,诊断为获得性免疫缺陷综合征,给予抗病毒和复方新诺明治疗。3个月前患者出现咳嗽、咳痰,20天前患者出现发热(体温 38℃)伴恶心、呕吐、盗汗,于1年前入院就诊。入院后实验室检查结果:中性粒细胞百分比 88.9%,淋巴细胞百分比 8.5%,白细胞计数 $3.99 \times 10^9/\text{l}$ (正常值 $4 \times 10^9 \sim 10 \times 10^9/\text{l}$),血红蛋白 90 g/l(正常值 110~160 g/l),红细胞沉降率 88 mm/h(正常值 0~15 mm/h)。痰涂片抗酸杆菌(卅),高敏 C-反应蛋白 95.3 mg/l(正常值 0~3 mg/l),抗巨细胞病毒 IgM 阴性,抗 EB 病毒 IgM 阴性。

影像检查:入院后第 2 天胸片示双肺粟粒样阴影,双侧肺门增大,右上纵隔影增宽,纵隔内可见气液平面(图 1),诊断为纵隔及肺门淋巴结结核,右上纵隔脓肿可能。入院后第 3 天行胸部 CT 扫描可见双肺多发大小不等粟粒样小结节,以双上肺分布显著,部分病灶呈树芽征表现(图 2);纵隔内及两侧肺门多发肿大淋巴结,纵隔内食管旁可见不规则含气空腔,其内可见液平面,斜矢状面重组图像示空腔与食管间瘘道形成(图 3)。入院后第 20 天复查胸部 CT 示双肺内大小不等粟粒样小结节,右肺尖段及左肺门外仍可见斑片影,纵隔内可见多发增大淋巴结,纵隔内含气空腔消失。入院后 21 天行食管造影未见食管瘘道。患者自 1 年前行抗逆转录病毒治疗,入院后给予联合抗结核治疗,治疗期间病情反复,出现食管瘘。继续治疗 2~3 周后,患者体温恢复正常,呼吸道症状明显缓解,影像检查食管瘘消失,双肺内病变较前未见明显进展,入院 24 天患者症状缓解自行出院。

讨论 高效抗逆转录病毒治疗(highly active antiretroviral therapy, HAART)在重建保护性免疫应答和降低病死率方面起到了明显的积极作用。但在部分患者中可能出现与免疫重建相关的亚临床症状和病理性炎症反应,即免疫重建炎症综合征(immune reconstitution inflammatory syndrome, IRIS)。IRIS 临床表现包括治疗过程中机会性感染的恶化、感染的非典型表现和自身免疫性疾病等^[1-4]。

IRIS 影像表现包括肺实质病变的增加或新病变的出现、淋巴结受累、单独或合并其它病变出现的胸膜渗出等。近一半患者在病情恶化的开始阶段影像表现正常,特别是免疫抑制严重的 AIDS 并发结核患者^[4]。免疫重建导致的 IRIS 多发生在治疗的前几个月,也有少数患者发生在治疗后的 1~2 年。IRIS 的诊断还应排除重叠感染、治疗依从性不好、药物反应、耐药性等因素。同时出现肺内和肺外结核、CD4 细胞数较低的患者为高发人群^[4]。

结核是 HIV 感染者最常见的早期机会性感染之一。正常

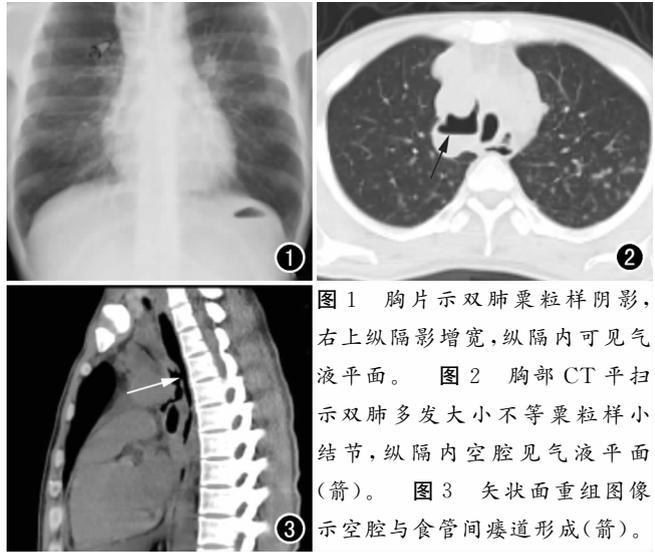


图 1 胸片示双肺粟粒样阴影,右上纵隔影增宽,纵隔内可见气液平面。图 2 胸部 CT 平扫示双肺多发大小不等粟粒样小结节,纵隔内空腔见气液平面(箭)。图 3 矢状面重组图像示空腔与食管间瘘道形成(箭)。

免疫人群的纵隔淋巴结结核较少见,而食管结核更为少见。食管结核包括原发性和继发性,原发性食管结核罕见。继发性食管结核的主要病因为吞咽含结核杆菌的痰液、血行播散性结核、纵隔淋巴结结核或肺部结核的直接侵犯,多累及食管的中下段^[5],食管钡餐造影表现为局限性管壁增厚、侧壁局限性充盈缺损及管腔狭窄程度不一;伴有溃疡者可见黏膜不规则,管壁僵硬扩张度受限,钡剂通过缓慢,梗阻少见。食管纵隔瘘 CT 表现为纵隔内含气空腔,部分病例可见气液平面甚至瘘道。本例患者的 MSCT 检查可见纵隔内食管旁多发不规则含气空腔,矢状面重组图像显示空腔与食管之间存在小的瘘道相通。

食管结核应与食管平滑肌瘤、食管癌、食管溃疡等食管病变相鉴别。食管平滑肌瘤所致的充盈缺损光滑整齐、边界清楚;食管癌则管壁不整、僵硬,黏膜破坏明显;食管溃疡多发生在食管下段,可见龛影,黏膜向龛影聚集,管壁扩张;同时存在其它部位结核时应想到食管结核的可能。

正常免疫人群食管结核治疗多采用联合化疗,而 AIDS 合并结核感染患者的治疗较复杂,特别是发生免疫重建时治疗更为复杂。对于出现 IRIS 的患者,通常不须停止 HAART 治疗,多数患者的病情可以得到控制,本例患者经过 HAART 和抗结核治疗后,病情明显缓解。

参考文献:

- [1] Shelburne SA, Montes M, Hamill RJ. Immune reconstitution inflammatory syndrome: more answers, more questions[J]. J Antimicrobial Chemotherapy, 2006, 57(2): 167-170.
- [2] Bower M, Nelson M, Young AM, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with Kaposi's sarcoma[J]. J Clinical Oncology, 2005, 23(22): 5224-5228.
- [3] Venkataramana A, Pardo CA, McArthur JC, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome in the CNS of HIV-infected patients[J]. Neurology, 2006, 67(3): 383-388.

[4] 袁春旺,赵大伟,梁连春,等. 艾滋病并发结核致免疫重建炎症综合征的临床及影像表现[J]. 中华放射学杂志, 2008, 42(2): 149-151.

2006, 28(2): 159.

(收稿日期: 2012-01-30 修回日期: 2012-03-14)

[5] 彭志红,唐波,彭贵勇. 食道结核 1 例[J]. 第三军医大学学报,

MRI 诊断眼睑液压油滴异物并周围组织炎症一例

· 病例报道 ·

文宝红, 程敬亮, 张会霞, 阎晨宇

【中图分类号】R779.14; R445.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)09-1033-01

病例资料 患者,女,21岁,2个月前左眼被液压油管击伤,当即昏迷,眼睑大面积撕裂,清醒后自觉视物不见,急诊至当地医院行左眼睑撕裂伤清创缝合术,术后给予抗生素、激素及神经营养治疗,视力下降未见明显改善,眼睑反复肿胀,进一步诊治转来我院。查体:右眼视力 1.0,左眼视力 0.04,左眼上、下眼睑高度红肿、肿胀,局部皮肤温度稍高,上睑中部及下睑内侧及外侧可触及局限性质硬结节,瞳孔圆,稍散大,直径约 4 mm,光反射稍迟钝,视盘边界清,颜色可,黄斑中心凹反光弥散。

外院 CT: 脑实质未见明显异常密度影,颅骨骨质连续性完整,左侧颞、颞部软组织增厚。

本院 MRI: 左眼上下眼睑、上直肌多发短 T_1 (图 1a)、长 T_2 信号(图 1b),抑脂像病灶呈低信号(图 1c~e),左眼上下眼睑、外眦、面颊部皮下软组织及外直肌肿胀,抑脂像可见稍高信号。MRI 诊断: ①左眼上下眼睑、上直肌内油滴异物; ②左眼上下眼睑、眶周炎症、水肿。

本院 CT: 左侧上眼睑及眼外侧炎性病变,内可见点状低密度(图 1f)。

手术所见: 全麻成功后,患者取仰卧位,左眼外眦处结膜切开约 8 mm 切口,结膜囊内可见大量脂质状物质,冲洗干净后向眶内分离,见一大小约 10 mm × 8 mm 肿物。沿下睑缘外 2 mm 处做长约 30 mm 弧形切口,分离皮下组织,暴露肿物,肿物质硬,与周围组织粘连,见肿物周围大量脂质状物质,仔细分离肿物与周围组织,完整切除肿物,肿物呈长条形,切开肿物,见其内含脂质状物质及少量黄色油滴。

病理: 肿物大体为黄色。(左眶)纤维脂肪组织慢性炎症伴多发小囊肿形成,另可见散在分布的不典型肉芽肿结构伴较多淋巴细胞和少量嗜酸性粒细胞浸润。

讨论 液体传动是利用液体作为介质,利用液体的压力能和动能来传动能量。通常将利用压力能的液压系统所使用的液压介质称为液压油。液压油的种类繁多,由于其具有脂溶

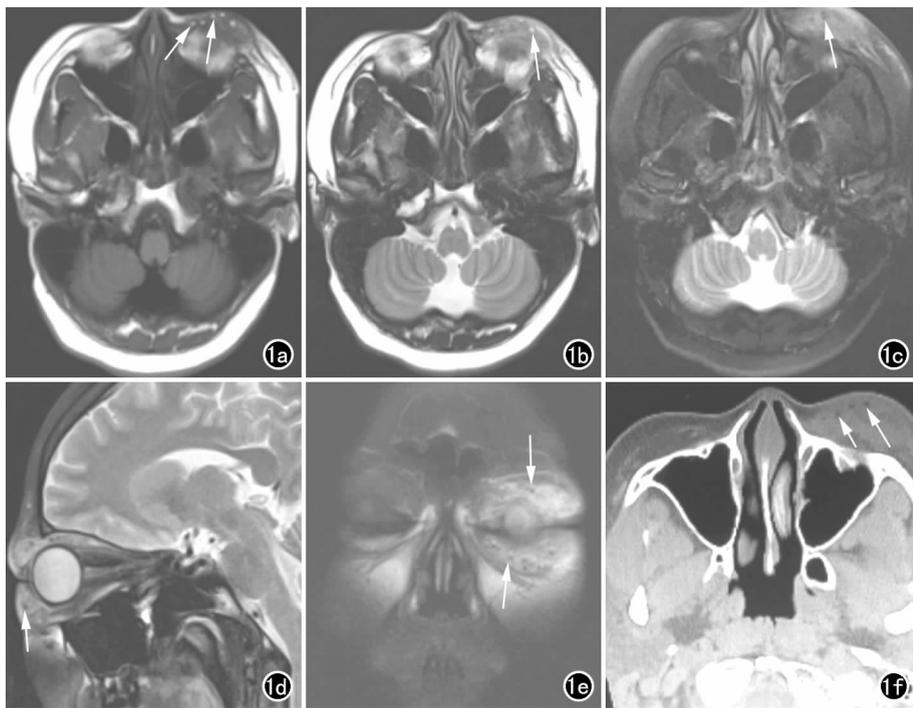


图 1 a) 横轴面 T_1 WI 示左眼下眼睑肿胀,可见多发点状高信号(箭); b) 横轴面 T_2 WI 示左眼下眼睑肿胀,可见多发点状高信号(箭); c) 横轴面抑脂 T_2 WI 示左眼上下眼睑、上直肌肿胀,内见多发点状低信号(箭); d) 矢状面抑脂 T_2 WI 示左眼上下眼睑、上直肌肿胀,内见多发点状低信号(箭); e) 冠状面抑脂 T_2 WI 示左眼上下眼睑、上直肌肿胀,内见多发点状低信号(箭); f) CT 示左眼下眼睑肿胀,内见多发点状低密度(箭)。

性,容易渗透至眼内形成炎症,引起继发性损害。不同的液压油,不同温度下的液压油密度是不同的,一般 1 升液压油 20℃ 时的质量为 1.05~1.10 kg,密度与眶内软组织相似,X 线及 CT 易漏诊,而 MRI 诊断脂质物质具有特异性,表现为典型的短 T_1 、长 T_2 信号,抑脂像呈低信号。

本病虽罕见,但有明确病史,结合临床特征,不难作出诊断。本例的特殊性是液压油以一定的压力射向眶部,导致眼睑大面积撕裂,液压油顺着伤口渗入到眼睑及眶周软组织内,导致眶周炎,既往蒋超然^[1]曾报道高压黄油引起继发眼部损害。治疗应及时清除异物,彻底清创,行抗生素治疗预防感染,但是由于存在大量散在油滴,一次手术难以完全除净,治疗时应密切观察,必要时再次手术。

参考文献:

[1] 蒋超然. 高压黄油眼外伤致失明 1 例[J]. 国际眼科杂志, 2010, 10(1): 149.

作者单位: 450052 郑州, 郑州大学第一附属医院磁共振科
作者简介: 文宝红(1983-), 女, 硕士研究生, 主治医师, 主要从事中枢神经系统影像学诊断工作。

通讯作者: 程敬亮, E-mail: cjr.chjl@vip.163.com

(收稿日期: 2011-10-21)