

相思豆中毒胸腹部 CT 影像表现一例

周凌兰, 苏云杉, 向述天

【关键词】 相思豆毒蛋白; 胸腹部; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R814.42; R392.11; R977.6 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2018)06-0652-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2018.06.023

开放科学(资料服务)标识码(OSID)



病例资料 患者,男,22岁,因服相思豆约10余颗后出现腹绞痛、呕吐、血便、手脚抽动,无意识障碍、双眼凝视、口吐白沫、牙关紧闭、大小便失禁等,遂来我院急诊ICU就诊。入院抢救后会诊,诊断为①相思豆中毒;②抑郁症。患者于4月19行急诊CT平扫检查,检查部位为胸部及全腹,检查结果为阴性。4月22号行第二次CT胸部及全腹平扫,发现双肺上叶、左肺下叶多发磨玻璃影,小叶间隔增厚,考虑间质性肺炎;双侧胸腔大量积液,双肺下叶膨胀不全(图1);腹膜增厚,肠系膜浑浊(图2)。综上考虑肠系膜脂膜炎(图3)及腹膜炎(图4)。

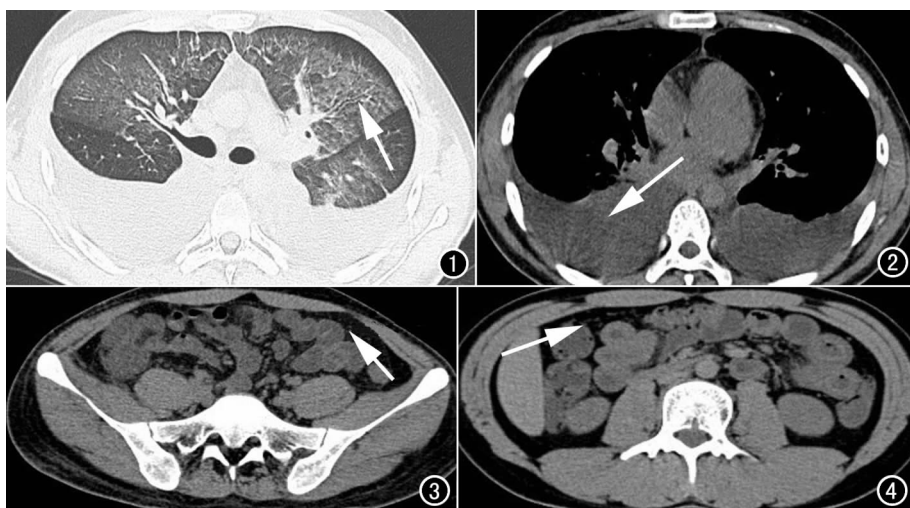


图1 胸部CT肺窗示双肺多发磨玻璃样影,双下肺膨胀不全。

图2 胸部纵膈窗示双侧胸腔中等量积液。图3 中腹部CT示腹膜增厚。图4 下腹部盆腔CT示腹膜增厚,肠系膜水肿。

讨论 相思豆为豆科攀缘藤本植物,又名相思子、爱情豆等。其叶、根、种子均含毒,以种子最毒。相思豆种子中含相思子毒蛋白,其含量约占种子重量的2.8%~3.0%,并含相思子碱、海巴佛林、葫芦巴碱及相思子酸等。相思子毒蛋白是一种剧毒性高分子蛋白毒素,成年人摄入致死剂量为5.0~7.0g/kg,已被列为潜在的重要毒素战剂和生物恐怖病原之一^[1]。这种蛋白毒素即使非常低浓度也可使红细胞发生凝集和溶血反应,对黏膜有强烈刺激性,对其他细胞也具有细胞毒性作用。相思豆因有剧毒,一旦误食(嚼碎2~3粒咽食),轻者可引起恶心、呕吐、腹泻、肠绞痛等症状,重者数日后可出现溶血、呼吸困难、发绀、脉搏细弱、心跳乏力等,甚者可因昏迷、呼吸循环衰竭、肾功能衰竭而死亡^[2]。

相思豆中毒案例报道罕见,影像学改变国内未有

报道。患者系抑郁症患者,在家属未察觉的情况下腹食相思豆10余颗,因病情发展迅速来院就诊。入院时CT平扫检查未有阳性发现,1周后复查CT发现胸部及腹部影像学改变,可见相思豆中毒病情发展极为迅速。

CT平扫患者双肺上叶、左肺下叶多发磨玻璃影,小叶间隔增厚,双侧胸腔中等量积液。急性相思豆中毒后全身毛细血管渗漏明显,肺内为磨玻璃样改变,且肺边缘磨玻璃影较肺门区轻,分析后认为,肺门区血管较肺边缘区多,而相思豆中毒的主要机理为剧毒性高分子蛋白毒素使得红细胞发生凝集和溶血反应,对黏膜有强烈刺激性,对其他细胞也具有细胞毒性作用,血管内的凝集和溶血反应使得血管内渗透压发生改变^[2],继而出现渗出等改变,在肺内表现为磨玻璃影及胸腔积液,在腹部则为肠系膜血管周围及腹膜的渗出性改变,CT腹部平扫发现腹膜增厚,肠系膜浑浊。

相思豆中毒发病率极为罕见,多为误食。若入院时已知为相思豆中毒,则在CT平扫上描述病变范围以及跟踪随访,观察渗出的改变及吸收等情况具有一

作者单位:671000 云南,大理大学临床医学院(周凌兰); 650000 昆明,云南省第二人民医院(苏云杉、向述天)

作者简介:周凌兰(1992-),女,湖北麻城人,硕士研究生,住院医师,主要从事CT及MRI诊断工作。

通讯作者:向述天, E-mail:574408258@qq.com

原发胸壁混合细胞型经典霍奇金淋巴瘤一例

孟楠, 王红霞, 金兴兴, 柳计强, 韩东明

【关键词】 胸壁; 霍奇金病; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R323.21; R814.42; R733.1 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2018)06-0653-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2018.06.024

开放科学(资料服务)标识码(OSID)



病例资料 患者,男,30岁,因胸部间断疼痛1年余,发现胸壁肿物进行性增大2个月余入院。体格检查:胸壁见一直径约8cm的圆形肿物,局部皮肤发红,质韧,活动度差,触之不痛,由肿物下缘向上推可有疼痛感,听诊可有血管杂音。实验室检查:血常规、血生化、肿瘤标记物检查未见异常。胸部彩超:右胸壁皮下肌肉层内低回声团块,性质待定;胸部CT平扫:前上胸壁偏右见较大丘状软组织肿块,密度较均匀,大小为66.4mm×26.8mm×92.1mm,周围脂肪间隙浑浊,与右侧胸大肌分界不清(图1),临近胸骨骨质增生硬化(图2),胸骨后方软组织影增厚。增强后病变呈不均匀中等强化,内见小血管穿行(图3)。于2016年10月在新乡医学院第一附属医院行胸壁肿物切除术。手术所见:肿物质地呈鱼肉状,与周围组织粘连紧密无明显界限,且与胸大肌、胸小肌关系密切。肿物下方紧贴胸骨及肋软骨,近肋骨处未向胸腔内延伸。

病理结果:骨骼肌浸润,细胞稀疏,有一定异型性,见核分裂像,间质粘液样变伴炎性细胞浸润,见薄壁血管。免疫组化结果显示:CD163(+),CD20(-),CD3(-),CD34(-),Ki-67(+25-50%)Lysozyme(+),MPO(-),S-100(+),SMA(-),Vimentin(+),CD10(-),CD1a(+),CD68(+),CD99(-),CK(-),ALK(-),CD15(-),CD45(-),EMA(散在

+) ,GranzymeB(-),MUM-1(+),PAX-5(+),TIA-1(-),CD4(+). 重染:CD30(+). 形态学结合免疫组化,考虑经典霍奇金淋巴瘤,符合混合细胞型(图4)。

讨论 混合细胞型霍奇金淋巴瘤约占经典霍奇金淋巴瘤的30%,其组成以R-S细胞为主,并伴有嗜酸细胞、淋巴细胞、浆细胞等多种细胞。年龄、性别、白细胞计数等是影响预后的重要因素^[1]。本病主要在儿童和老年人中发病^[2],好发于颈部、锁骨上、纵隔等处的淋巴结,年轻患者罕见,原发于胸壁者更甚。本例病变起源于胸壁肋间淋巴组织,根据其特征,可归于体表隆起型^[3]。其发病原因可能与EB病毒感染^[4]、免疫缺陷和遗传因素有关。

本病影像学表现缺乏特异性。CT/MR平扫多表现为等/略低密度或稍长T₁、稍长T₂软组织肿块影,周围脂肪间隙多浑浊,肿块较大时可出现斑片状低密度/低信号坏死区,临近组织受压或受侵,相应骨骼可出现破坏,增强后病变多呈不均匀中等强化,血供丰富者可见小血管穿行。

该病诊断需与胸壁常见良恶性病变进行鉴别。胸壁脂肪瘤,由成熟脂肪细胞组成,包膜常完整,CT/MR显示为边缘清晰、均匀一致的脂肪密度/信号影^[5]。

胸壁结核,与肺结核密切相关,CT/MR显示为软组织密度/信号影,增强后呈环形强化,部分病变内可见钙化^[6]。③胸壁神经鞘瘤,来源于肋间神经或脊神经根,CT/MR显示为密度均匀,边缘光滑软组织密度/信号影,肿瘤较大时可见坏死区,增强扫描呈均匀

作者单位:453100 河南,新乡医学院第一附属医院磁共振科

作者简介:孟楠(1990—),男,河南驻马店人,硕士,住院医师,主要从事中枢神经系统与体部MR/CT诊断工作。

通讯作者:韩东明, E-mail, 625492590@qq.com

定的价值。若入院前患者昏迷无法得知中毒的来源,根据影像表现肺内及腹部的血管旁的渗出表现也要高度怀疑相思豆中毒,临床再根据血象检查发现红细胞的凝集及溶血反应基本可以得出诊断意见,对指导接下来的治疗也是大有裨益的。综上,CT平扫相思豆中毒肺内及腹部主要表现为肺内的磨玻璃样渗出改变、胸腔积液、腹部的肠系膜浑浊及腹膜增厚。

参考文献:

- [1] 王利春,王景林.相思豆毒素研究及应用[J].生物技术通讯,2004,15(2):186.
- [2] 褚玲玲,伍芬淑.1例相思豆中毒的救治体会[J].重庆医学,2008,37(22):2546.

(收稿日期:2017-05-12 修回日期:2017-06-19)