

护理不当,受凉或交叉感染所致,感染性肺炎在 X 线胸片上多表现为沿支气管分布的斑片状模糊影,呈典型的支气管肺炎表现。感染性肺炎在 X 线胸片上的表现可分为 3 型: 实质型,炎症主要侵犯肺泡管、肺泡囊、肺泡引起肺小叶的炎性渗出性实变,表现为中下肺野小斑片状模糊影,以心缘旁或心膈角区多见。 间质型,病变始于肺小叶,炎症沿支气管蔓延至小支气管、血管周围结缔组织,导致间质组织充血、水肿、炎细胞浸润,X 线胸片上出现以间质改变为主的 X 线征象,表现为双肺门影浓密模糊,双中下肺纹理增多、增粗、模糊呈网格状,其间夹杂小斑点状模糊影。 混合型,肺小叶病变沿支气管蔓延到周围的同时引起肺泡及相邻组织的炎性实变,X 线表现为中下肺纹理增强、模糊,沿支气管分布的小斑片状、云絮状模糊影,多呈弥漫性分布,病灶融合则呈大片状实变,常伴有肺门影增大模糊及空气支气管征,黏液嵌塞可引起局

限性肺气肿或小叶性肺不张,此型在临床上最为多见。

早期新生儿肺炎以吸入性肺炎多见,晚期新生儿肺炎以感染性肺炎为主,早期诊断、早期治疗可明显提高新生儿肺炎的治愈率,降低新生儿病死率。X 线检查可为临床早期诊断和治疗提供重要的信息,是影像学检查的首选方法。由于新生儿多方面的特殊性,临床表现与 X 线检查常不吻合,所以诊断时应密切结合临床,全面综合分析,做出正确诊断。如临床怀疑此病应尽早摄 X 线胸片,以免延误诊治。

[参 考 文 献]

[1] 许植之. 新生儿肺炎的防治[J]. 中国实用儿科学杂志,1997,12(2):80-82
 [2] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:478

[收稿日期] 2009-08-01

CT 对肺内空洞的诊断价值

吴青山

(江苏省南通市中医院,江苏 南通 226001)

[关键词] CT;肺内空洞

[中图分类号] R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2010)04-0486-02

CT 检查比 X 线平片能更为清楚地确定肺内空洞的存在及作出定性诊断。高分辨率 CT(HRCT)能够进一步显示空洞的细微表现,并提供更多的影像学信息。笔者回顾了本院 2005 年 1 月—2009 年 5 月 54 例经证实有肺内空洞患者的 CT 资料,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 32 例,女 22 例;年龄 36~84 岁,平均 53 岁。临床上以咳嗽为主要表现,其中发热 16 例,胸痛 8 例,入院常规发现 7 例。

1.2 检查方法 采用 GE Hi-speed 单排螺旋 CT,横断面扫描,层厚 2~3 mm,螺距 1.0,均行增强扫描,碘海醇 100 mL,速率 2.0~2.5 mL/s,经肘静脉注入,延迟 30 s,70 s 扫描。

2 结 果

本组经手术证实 15 例,穿刺 27 例,抗炎治疗后随访明显缩小或消散 12 例。证实为恶性肿瘤(包括转移)19 例,结核 8 例,炎症 24 例,霉菌病 2 例,尘肺空洞 1 例。

3 讨 论

在影像上肺部空洞是具有完整洞壁的含气腔隙,洞壁一般厚 1 mm 以上。肺内空洞是肺脏病变的常见征象,在多种肺部病变中均可发生,观察肺内空洞的不同形态、不同表现对诊断肺部病变具有重要的意义。而传统 X 线检查由于其本身的局限性,约束了对肺部空洞的进一步研究^[1];CT 检查在这方面具有绝对优势,特别是高分辨 CT,可能观察到空洞的细微结构,这些细微结构经常具有决定性的意义,尤其是在鉴别良恶性方面^[2]。通过仔细观察,认真分析,CT 对空洞的诊

断正确率很高,从而减轻患者的痛苦。

3.1 恶性肿瘤 本组 19 例,12 例无明显临床症状,7 例仅表现为咳嗽。CT 表现:周围性肺癌可发生中央坏死,洞壁厚、不规则,空洞内无液面或仅有少量液体。在有厚壁空洞的病变中,随着空洞性病变直径的增大,洞壁越来越厚,形态也越来越不规则,逐渐出现分叶、毛刺和壁结节等恶性空洞的特点。癌性空洞也表现为似囊肿状的薄壁空洞,如有壁结节,则高度提示为恶性病变。空洞性肺转移位于肺野中、外带,直径常在 1.0~2.0 cm,形态圆形或类圆形,洞壁厚薄不均,通常肺门侧壁较厚,外侧较薄,少有壁结节及液平,边缘模糊不清或有毛刺,与支气管血管束相连,常伴有肺小叶间隔增厚、小叶内结节、胸膜下结节和支气管血管束旁结节影等表现。

3.2 结核性空洞 本组 8 例,均有不同程度、不同类型发热,以低热为主,或伴有咳嗽,其中 1 例伴有胸痛。CT 表现:病灶内的干酪样坏死物质排入支气管后形成空洞,多发生在下叶背段和上叶尖或后段。空洞可能为厚壁或薄壁,空洞内壁大多光滑,内无液平。当不规则大空洞同侧或对侧见边缘模糊的致密影,小叶中心的结节或分支状影(树芽征)及支气管血管束增粗扭曲、小叶间隔增厚等肺间质异常的表现时,强烈提示为结核性空洞。在空洞与肺门之间有时可见管壁增厚的引流支气管,此点对于肺结核的诊断有一定特征性。

3.3 炎症 本组 24 例,有明显发热者 6 例,7 例伴有胸痛,其余 11 例无明显特殊临床表现,仅有胸部不适感,或体检发现。肺炎中心液化部分经气管排出后形成空洞,患者通常有发热症状。空洞常为厚壁、光滑,内可见液平,病灶外围常较

彩超诊断胎儿畸形的临床价值

董 兰

(江苏省常州市武进中医医院,江苏 常州 213161)

[关键词] 胎儿畸形;彩色超声

[中图分类号] R445.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2010)04-0487-01

随着超声技术的迅速发展以及新型超声诊断仪分辨力的提高,超声作为一项无创伤的技术,在产前诊断胎儿畸形中显示出独特的优越性。本文通过对在我院接受产前检查孕妇超声诊断结果与引产证实的胎儿畸形的结果进行分析,探讨彩超产前诊断胎儿畸形的临床价值,旨在提高彩超对胎儿畸形的检出率。

1 临床资料

1.1 一般资料 2008年2月—2009年5月在我院进行常规产前超声检查的孕妇共5061例,年龄20~38岁。在妊娠20~40周接受彩色多普勒超声产前检查,对所有接受超声检查的孕妇进行跟踪随访,并对部分畸形胎儿进行了尸体解剖学检查。

1.2 仪器设备 GE Logiq 7 二维彩色多普勒超声诊断仪,探头频率4.0~5.5 MHz。

1.3 检查方法 用标准切面,对孕中晚期的胎儿进行检查,检查的步骤为胎头、胎儿唇面、脊柱、胸腹部、胎儿四肢情况以及子宫、胎盘、胎儿循环血流参数。

2 结果

在妊娠20~40周接受超声检查的5061例孕妇中,共发现胎儿畸形65例,漏诊4例(经引产和上级医院检查证实)。发现神经管畸形20例,心血管病5例,颌面部畸形15例,胸腹腔积液10例,胸腹裂脐膨出6例,泌尿系统畸形9例。漏诊病例主要表现为较小畸形和缺陷。

3 讨论

3.1 彩超诊断常见畸形病种分析 在我国胎儿中枢神经系统畸形、心血管系统畸形、唇/腭裂、泌尿系统畸形、消化系统畸形最常见。近年来,由于超声检查的规范化和检查医师诊断水平的提高,超声检查对于无脑儿、脊柱裂、脑积水、严重的

心血管畸形、唇腭裂、泌尿系统畸形等明显的胎儿畸形诊断率高,但对于小房室缺、动脉导管未闭、肺静脉狭窄等产前超声诊断,目前的技术还不能达到临床诊断的要求。

3.2 超声漏诊的原因 超声对胎儿畸形的漏诊可能与以下因素有关:检查者经验、检查手法、仪器图像质量、胎儿自身发育情况以及胎位、最佳检查时间等。超声检查的基础是胎儿形态和结态和结构的解剖学异常,超声对于严重胎儿畸形的诊断不容易漏诊,但对于小房缺、小室缺、冠状动脉异常、主肺动脉间隔缺损、肺动静脉瘘、肺动脉起源异常、肺动脉分支缺如、肺静脉狭窄、右室流出道狭窄(早期)、动脉导管未闭、左右眼原大小不对称等畸形超声难以识别,这些畸形的漏诊率最高。为了提高超声对胎儿畸形的检出率,减少漏诊率,检查医师在检查时必须注意以下几点:当遇到羊水增多时首先要考虑有无神经系统畸形及消化系统畸形,羊水少时要考虑有无胎儿泌尿系统畸形;如发现胎儿胸腔腹积液时,要注意是否与母儿ABO溶血有关^[1]。

3.3 超声检查的安全性 彩超在产前诊断的应用广泛,但是超声检查是否对胎儿的安全有影响,多次彩超检查是否会增加胎儿畸形的发生率,这个问题一直备受关注,随着超声检查的规范化操作,输出强度的控制以及对于产前进行超声检查的人群进行长期随访,没有发现常见病发生率的增高,从而提示超声检查在阈值范围内,是一种安全有效的检查方法。

总之,彩超检查法是诊断胎儿畸形的最有效方法,在提高我国人口素质方面起着重要的筛选作用。

[参 考 文 献]

[1] 李国杰,周永昌,朱向明,等. 彩超筛查法诊断胎儿畸形[J]. 中国超声医学杂志,2006,22(11):867

[收稿日期] 2009-08-30

为模糊,境界欠清楚,增强扫描洞壁常有明显强化。经抗炎治疗数周至数月后,病灶大多明显缩小或消散。

3.4 霉菌病 本组2例。CT表现:空洞壁多较薄,内壁多光滑,外缘多模糊不清,当霉菌球占有大部分空洞时,出现含气新月征,随体位改变而改变,有较高的特征性。

3.5 尘肺空洞 本组1例。空洞发生在进行性尘肺融合块的基础上,常合并肺结核。空洞病灶较大,形态不规则,洞壁以厚壁为主,薄厚不均。期尘肺的大阴影(团块)可因缺血

性坏死和感染结核而出现空洞,它们一般都发生在密集度较高的小阴影的基础上,而且洞壁较厚,当有继发感染时也可出现液平。

[参 考 文 献]

[1] 荣独山. X线诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1993:120

[2] 李果珍. 临床体部CT[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:512

[收稿日期] 2009-09-30