

小儿巨大肺大泡1例

张贺诚 白燕 王荣峰 陈正光

(清华大学第一附属医院放射科,北京 100016)

[中图分类号] R725.6 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)02-0156-02

患儿,男性,6岁,因长期间歇性咳嗽、咳痰、喘息来我院就诊。2岁时因感冒、发热、喘息在当地医院常规X线拍片检查示:左侧肺野透亮度异常增强,其内无肺纹理,左肺组织压缩约80%,诊断为左侧气胸,给予胸腔闭式引流术治疗,但胸片及临床症状均无明显好转。2~6岁期间,常有喘憋症状发生。体查:胸廓呈桶状,呼吸频率较快,32次/min;听诊左肺呼吸音消失,右肺呼吸音减弱;X线胸片检查:正位片示左侧肺野透亮度增高,内部无肺纹理,左肺组织被压缩至内下带,右肺中野可见略呈类圆形低密度影,边缘与左肺病灶相延续,右下肺可见类

圆形低密度影,边缘较光滑,纵隔及气管右移,侧位片示前纵膈区可见类椭圆形透亮影,内部无肺纹理,印象:左侧巨大肺大泡,右下肺大泡。同日行胸部螺旋CT薄层扫描示:左肺野见巨大空腔透亮影,并通过前联合线突入右侧胸腔,左下胸腔见受推挤肺组织,右下肺亦可见类圆形空腔影,纵隔结构向右侧偏移;结合患儿病史、临床症状和体征以及各项检查结果,分析为左侧巨大肺大泡,合并纵膈疝,右下肺大泡(图1)。建议患儿行手术治疗,但患儿家长未接受。

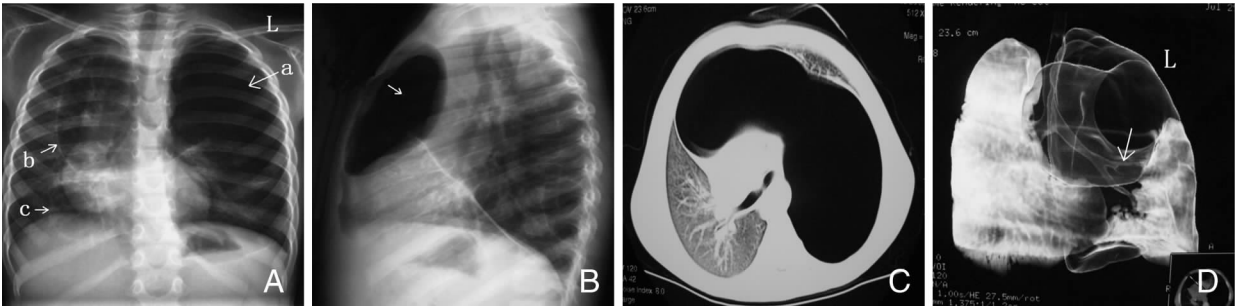


图1 巨大肺大泡胸部X线及CT表现 A:胸片正位:左侧肺野透亮度增高,其内无肺纹理走行(箭头a);右肺中野类圆形透亮影,边缘光滑(箭头b),与左肺野内透亮影相连续;右下肺类圆形透亮影,边缘光滑(箭头c),纵隔及气管右移;B:胸片侧位:前纵膈区内可见较完整的类椭圆形透亮影,内部无肺纹理;C:胸部CT横轴位像:肺窗示左侧肺实质内见巨大空腔影,占据左侧胸腔,周围见受推挤肺组织,并通过前联合线突入右侧胸腔,纵隔结构向右侧偏移;D:胸部CT三维重建像:左肺大部分呈透亮影,无肺纹理走行,左肺上叶支气管明显受压变窄(箭头)。

讨论:肺大泡是一种局限性肺气肿,可因先天发育形成,也可因支气管内活瓣阻塞引起肺泡的高度膨胀,肺泡破裂相互融合而形成,其发病机理至今尚未完全阐明,一般认为是多种因素综合的结果。巨大肺大泡是指一侧或双侧肺上野肺大泡至少占据胸腔的1/3以上,并对周围肺实质形成压迫。X线平片诊断肺大泡简单有效,其主要表现为患侧肺野局

部透亮度增加,可见大小不等、单发或多发的类圆形薄壁空腔,空腔内无或有少量肺纹理,周围肺组织常受压致膨胀不全,并向周围移位,严重时还可使心脏、纵隔结构向对侧移位。胸部CT检查更加直观准确^[1-2],它可以显示肺大泡数量、范围及膨胀不全的肺组织,并在手术治疗前提示“健侧”是否也存在肺大泡,从而可以更加详细地显示肺大泡的影像征象。

[收稿日期]2009-08-20;[修回日期]2009-10-15
[作者简介]张贺诚,男,硕士研究生,医师。

巨大肺大泡因胸部体征与局限性气胸极其类似,因此易出现误诊。以下几点可以鉴别:①病史及临床表现:肺大泡表现的胸闷、呼吸困难一般发生缓慢,逐渐加重^[3];气胸则是突然胸痛,常伴有外伤;②X线胸片:巨大肺大泡正位片一般呈类圆形向四周膨胀,壁薄,周围均有受压的肺组织,侧位片上可显示一个比较完整的圈状阴影;而局限性气胸常在肺野外带呈不规则透亮影,其内无肺纹理走行,一般有确切边界,周围肺组织受压缩至肺门区,侧位片上一般不会呈肺内圈状影。如果气胸超过24 h,常会伴有少量胸腔积液,而肺大泡很少合并胸腔积液^[4];③CT示肺大泡呈圆形或椭圆形,可多发分布在胸膜下及肺实质内,病变区周围均有受压的肺组织,高分辨率CT是目前临床诊断肺大泡的主要方法,具有很高的诊断准确率;而局限性气胸形状常不规则,多位于肺野外带,将肺组织向肺门方向压缩,

病变区内仅表现为气体透亮影。因此,当X线胸片发现局限性高透光区时,应详细询问病史,结合临床表现,对照既往胸片。仍不能明确诊断时,应及时行胸部CT检查以确诊。

[参 考 文 献]

[1] 周康荣. 胸部颈面部CT[M]. 第2版. 上海:上海医科大学出版社,1997:23.
[2] 张锦垣,何明. 现代胸科疾病的诊断与治疗[M]. 北京:北京科学技术出版社,1995:8.
[3] 于润江. 中国内科专家经验文集[M]. 沈阳:沈阳出版社,1996:105-106.
[4] 张思全,庄振武,沈历宗. 胸膜腔造影及局部注射硬化剂诊断治疗肺大疱[J]. 中华放射学杂志,1994,28(5):307-308.

(本文编辑:黄 榕)

· 病例报告 ·

3-甲基巴豆酰辅酶 A 羧化酶缺乏症 1 例

薛志华

(河北省衡水市妇幼保健院儿科,河北 衡水 053000)

[中图分类号] R596.1 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)02-0157-02

患儿,男,6岁,因食欲下降5 d,呕吐伴嗜睡4 d入院。患儿5 d前因进食较多豆类食品出现腹部不适,食欲下降,喜喝水,未予以治疗。入院前4 d出现进水后呕吐,非喷射性,睡眠明显增多。入院前3 d呕吐、口渴加重并出现嗜睡,在当地治疗1 d,呕吐停止,但患儿嗜睡、口渴加重急转至本院。患儿系第二胎第二产,既往体健,生长发育正常。其姐体健,无类似疾病史。父母体健,非近亲婚配。查体:T 36.7℃,P 110次/min,R 24次/min,BP 99/44 mmHg,体重17 kg,身高126 cm。精神差,反应淡漠,全身皮肤粘膜弹性较差。口唇粘膜干裂,结膜充血明显,咽稍红。颈稍抵抗。两肺呼吸音粗,未及罗音,心律整。腹软,肝右肋下3 cm,质软,脾未及,肠鸣音正常。四肢肌张力较低,克氏征、布氏征均阴性。四肢末梢温,毛细血管再充盈时间2 sec。实验室检查:血常规WBC 16×10⁹/L,N 0.82。RBC、Hb、PLT正

常;尿常规示酮体(+++);血气分析示pH 7.137,PCO₂ 14.7 kPa,PaO₂ 41 kPa,HCO₃⁻ 5.0 mmol/L,BE -24 mmol/L,SO₂ 62%;血糖6.3 mmol/L;血电解质Na⁺ 125 mmol/L,K⁺ 4.6 mmol/L;血乳酸2.4 mmol/L,血氨正常,肝功能正常。脑脊液常规生化正常,腹部B超示肝肋下1.7 cm,剑下2 cm。予以纠酸、补液治疗后查血气分析:pH 7.414,PCO₂ 23.4 kPa,PaO₂ 54 kPa,HCO₃⁻ 15.0 mmol/L,BE -10 mmol/L,SO₂ 89%;血糖6.0 mmol/L;血电解质Na⁺ 127 mmol/L,K⁺ 3.3 mmol/L。继续予以补液治疗,第2天复查血气分析:pH 7.44,HCO₃⁻ 18.7 mmol/L,BE -3.9 mmol/L,余正常;血生化检查示K⁺ 3.37 mmol/L,Na⁺ 128 mmol/L,Cl⁻ 96.20 mmol/L,阴离子间隙21.87 mmol/L,血糖3.54 mmol/L;尿常规正常。多次查血K⁺低于正常,经补液、补钾治疗后,患儿精神状态好转,血钾恢

[收稿日期]2009-07-28;[修回日期]2009-10-27
[作者简介]薛志华,女,大学,主治医师。