DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.03.038

占 58.33%。憩室内乳头由于看不见乳头开口或因食物残渣遮挡,向憩室腔内试插管时导管常顺憩室腔返折出来,我们调节抬举器使导管顺着放射状皱襞试探性挑起,结合转动镜身或病人体位,并使内镜头部靠近憩室口,近处吸引尽可能使憩室底闭合而翻转出憩室口,待辨认清乳头及开口后尽快插管,若插管受阻,亦可将导管对准乳头开口后头低位注药。本组 19例,插管成功 9例,成功率 47.39%。若憩室腔内有食物残渣,且无法吸净致乳头及开口难以辨认时,盲目插管成功机会少,且易造成憩室壁损伤,出血及穿孔,应谨慎使用。

关键词 乳头旁憩室; ERCP;胆结石;胆道感染

中图法分类号 R657.4

参考文献

1 张泰昌,朱美中,秋喜成.十二指肠乳头旁憩室的内镜诊断和临床分析.内镜, 1994; 11(5): 285

2 Shinagawa N, Fukui T, Maohita K. The relationship between juxtapapillary duodenal diverticula and the presence of bacteria in the bile. Jpn J Surg, 1991; 21(3): 284

3 Kimura W, Nagai H, Kuroda A. No significant correlation between histoloic changes of the papilla of vater and juxtapapillary diverticulum. Sepcial reference to the pathogensis of gallstones. Scand J Gastroenterol, 1992; 27(11): 951

4 Takaaki J, Kodama T, Akaki H. Relationship between juxtapapillary duodenal diverticula and biliopancreatic disease evaluation by endoscopic biliary manometry. Nippom Shokakibyo Gakkai Zasshi, 1992; 89(5): 1270

5 李智华,周永碧,王 卫.内镜逆行胰胆管造影 1530例分析,实用外科, 1991; 11(11): 583

(收稿: 1997-01-14;修回: 1997-12-15)

(编辑 冷怀明)

12例局灶性肿块形肺炎的 CT表现

The CT appearence of 12 cases of focal mass-shaped pneumonia

蔡 萍* 卓丽华 李妍瑜 (第三军医大学附属西南医院放射科) 重庆, 400038

提 要 目的: 分析局灶性肿块形肺炎的 CT特点,以便与周围型肺癌鉴别。方法: 回顾性分析 12例肿块形肺炎的 CT与 X线检查资料。结果: 12例肿块形肺炎的主要 CT表现为:① 病灶全周模糊(除胸膜限制处光滑外),或有多数较柔软的毛刺均匀地分布于灶周;② 肿块周围有小薄片影而无引向胸膜的线条影;③ 伴分叶、肺门淋巴结肿大不能完全除外肺炎,均须正规抗炎治疗 3周~ 4周。结论: 仔细分析病灶与肺交界面的 CT表现,对局灶性肿块形肺炎的诊断和鉴别诊断很有意义。

对 12例经病理或临床证实的肿块形肺炎的 CT表现,结合普通 X线片作回顾性分析,旨在提高对本病的诊断水平。

1 材料与方法

男 10例,女 2例,年龄 36岁~ 65岁,平均 52岁。主要症状: 痰中带血或咯血 8例,咳嗽、咳痰 8例,发热 2例,背痛 1例,查体发现 1例。病程 7 d~ 10 d各 1例,余均为 1月至数月。12例均行胸部 CT平扫,其中 9例有平片, 2例有断层片,均表现为肺内孤立性肿块,初诊为肺癌或伴肺门及纵隔淋巴结转移。4例为手术病理证实, 8例抗炎治疗后病灶吸收。

采用 Somaton DR3扫描机, 3 s, 125 kV, 35As,层厚 8 mm,层距 10 mm,病灶小于 3 cm者加薄层扫描(层厚 4 mm),放大 3~ 5倍。

2 CT表现

2.1 病变部位

右上叶前段,中叶外段、下叶外、后基底段各 1例,背段 3例,左肺舌叶 2例,下叶前、后基底段及背段各 1例。

2.2 形态大小

病灶显示为圆形,椭圆形或梭形,直径 2 cm~ 3 cm者 7例, 3.1 cm~ 4 cm者 4例, 6 cm 1例。

2.3 密度

1例中心密度偏低, 11例较均匀, CT值 (18~ 60) Hu,其中 8例 CT值小于 50 Hu。

2.4 边缘(病灶与肺交界面)

6例边缘模糊,且有多数较柔软的毛刺均匀地分布于全灶周,见图 1,其中 3例于叶间裂处光滑,见图 2, 2例纵隔窗见突起, 6例呈边缘清楚的梭形。

* 蔡 萍,女, 28岁,住院医师,学士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

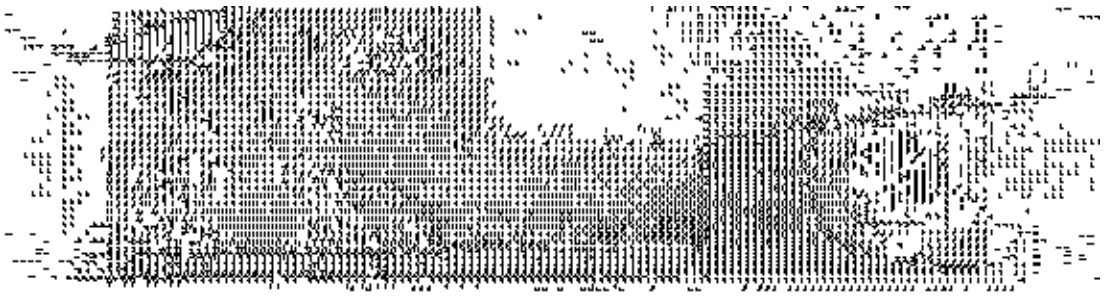


图 1　左肺下叶球形病灶,边缘模糊,灶周均匀分布多数柔软毛刺,肺门侧见增粗血管影

图 2　右下叶背段肿块、分叶,与侧胸壁广泛粘连,病灶前缘于叶间裂所限处光滑,余皆模糊,灶周毛刺柔软均匀,病灶后外侧见淡薄片影

2.5　病灶周围

胸膜凹陷 2例,病灶与胸膜广泛粘连 2例,少量粘连 2例,相邻叶间裂增厚 2例。病灶周围有小薄片影 4例,见图 2,均无线条状影引向胸膜。4例肺门侧有增粗的血管影,见图 1、2。

2.6　肺门淋巴结

3例长大,1例伴隆突下淋巴结肿大,最大直径约 0.8 cm。

2.7　病灶动态观察

4例分别于抗炎治疗后 9 d、11d、17 d及 24 d复查,病灶明显吸收。病灶完全吸收时间为 13 d(1例)、17 d(1例)、23 d(2例)及 37 d(2例),最慢 1例为 2月,但此例 9 d就明显吸收。

3　讨论

本组病例在临床诊断上与周围型肺癌鉴别困难,在影像上,也表现为孤立性结节或肿块,半数有分叶及毛刺,初诊均为肺癌,但仔细分析病灶与肺的交界面的 CT表现,发现它也具有一定的特征性。

肖湘生[1]研究表明:周围型肺癌 X线诊断中最有价值的征象是肺——肿瘤交界面的表现。肺癌因其生长方式多样,其边缘常为部分光整,部分模糊,部分毛糙或呈毛刷,且毛刺的多少、长短、粗细、柔软、僵直都不一致。炎性病变以充血、水肿、渗出、实变为主,或有纤维形成,故其边缘模糊则全周模糊(于叶间裂所限处光整),毛刺较多且较均匀地分布于灶周,它们是扩张的血管影,并随炎症的吸收而减少到消失,此可与肺癌鉴别,本组 12例中有 6例。

4例病变周围有小薄片影而无引向胸膜的线条影,与文献[2,3]报道一致,可提示炎症。虽然肿瘤的胸膜侧肺内也可有阻塞性肺炎的小片影,但常伴有引向胸膜的多条线状影,病理上为淋巴回流受阻而反至胸膜,或为肺静脉受压、癌栓等导致远端静脉曲张。

本组 3例有肺门或伴隆突下淋巴结长大,是当时诊断肺癌的依据之一,但此 3例淋巴结长大均未超过 2 cm。

对肿块进行动态观察是明确诊断的有效方法。根据本组病例病灶吸收时间,参考文献[3]提出的复查时间,我们认为抗炎治疗 3周~4周为宜。若 1月不吸收,应即时经皮穿刺活检或纤支镜检查活检以求明确诊断,减少误诊。

关键词　局灶性肺炎;CT扫描

中图法分类号　R814.42

参考文献

1 肖湘生,洪应中,陈忠年.周围型肺癌肿——肿瘤交界面 X线病理研究.中华放射学杂志,1983;17(1):1

2 蔡超达.急性球形肺炎的 X线诊断(附 25例临床与 X线分析).实用放射学杂志,1992;8(9):541

3 Nobuaki K, Junpei I, Takeshi J. Focal organization of pneumonia CT appearance. Radiology, 1993; 189: 119

(收稿:1997-10-28;修回:1998-02-12)

(编辑　冷怀明)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net