

下肺结核 CT 征象分析

何坚妮 刘扬 唐秦

(江苏省扬州市第三人民医院(苏北人民医院新区分院) 医学影像科 225125)

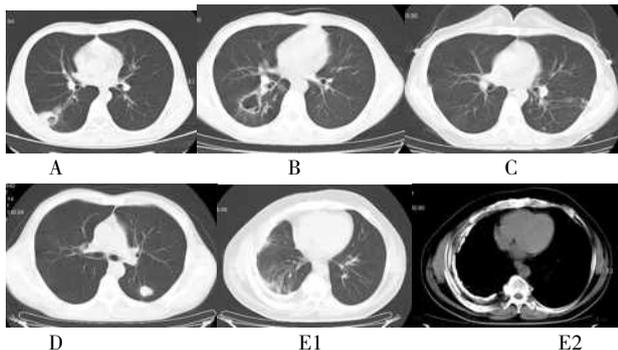
随着我国全民都基本进入小康社会,生活生存质量得到提高,结核病的发生率明显减低。但随着我国经济发展的要求,人口流动量加大、基础疾病增多、肿瘤的免疫治疗及免疫缺陷病 HIV 等多种因素和疾病的影响,下肺结核明显增多,给下肺结核和社区感染的诊断和鉴别诊断造成难题。由于下肺结核有类似下肺部非特异性感染的临床表现,往往没有引起临床充分重视,致使患者延误治疗,病情加重。笔者复习了近年来临床证实、实验室检查确诊、CT 影像有一定特征的下肺结核病例,进行影像分析。

临床资料

一、一般资料:患者 8 例,年龄 19 到 62 岁,男性病人 6 例,女性 2 例。临床表现主要为:慢性咳嗽、咳痰;低热、盗汗、乏力;纳差、消瘦。实验室检查抗酸杆菌阳性 3 例、结核抗体阳性 5 例;患者经抗痨治疗后,病灶吸收好转。

二、CT 表现:下肺结核的病灶主要表现为空洞并播散为主型、叶段支气管狭窄并空洞为主型、类支气管肺炎为主型、增殖及团块为主型、下肺病灶合并胸膜钙化。

见图 A、B、C、D、E1/E2。



病例 A: 男性, 28 岁。右下肺空洞性肺结核, 空洞形成伴周围散在斑点、斑片播散灶。病例 B: 男性, 42 岁。右下肺结核。右下叶肺段支气管狭窄并空洞。病例 C: 女性, 19 岁。左下肺结核。左下肺散在斑片、斑点、结节模糊灶, 类似支气管肺炎表现。病例 D: 男性, 49 岁, 左下肺结核球。左下肺边清团块灶, 周围卫星灶。病例 E1-2: 男性, 60 岁, 右下肺病灶并胸膜斑条钙化。右下肺斑片斑条影, 胸膜增厚钙化伴包裹性积液。

讨论

由于实验室对抗酸杆菌及结核抗体检测能力的提高、螺旋 CT 的应用, 下肺结核的检出率明显增高, 使下肺结核的诊断有了新的进展, 基本可以与社区感染相鉴别。

一、下叶结核的发病机制: 可以分为:

1、外源性: 吸入性感染; 2、内源性: 肺门干酪化的淋巴结向下叶支气管侵蚀和破坏后向下叶播散; 肺门淋巴结核淋巴液逆

流, 也可引起下肺结核; 3: 与人体对结核菌的免疫力下降, 敏感性增高有关。下叶结核常合并支气管内膜结核(病例 B), 因病变局限, 常易误诊为非特异性炎症。

二、临床症状: 1、长期低热; 2、盗汗、乏力、纳差、消瘦; 3、咳嗽咳痰 2 周以上; 4、咯血、痰中带血; 5、反复发作或迁延不愈的感冒症状; 6、位置较固定、持续性的胸痛, 在深呼吸或咳嗽时加剧; 7、原因不明的月经不调或闭经。

三、临床检查方法: 1、实验室检查: (1) 临床 PPD 试验、反复痰涂片检查; (2) 集菌法查找抗酸杆菌; (3) 痰培养找抗酸杆菌。2、纤支镜检查: (1) 刷片涂片检查; (2) 肺泡灌洗液集菌法查菌; (3) 肺活检病理。3、CT 引导下经皮肺内病灶穿刺活检。

四、CT 表现: 1、空洞并播散为主型: 多表现为空洞形成伴周围散在斑点、斑片播散灶。提示病灶内干酪坏死, 病灶出现片状渗出灶或/伴周围斑片斑点状阴影^[1]。2、叶段支气管狭窄并空洞为主型: 支气管结核时, 支气管狭窄、内膜增厚^[2], 支气管通气不良, 容易导致肺实变的发生, 引流支气管通畅时, 干酪坏死物排出, 形成空洞^[3]。3、类支气管肺炎为主型: 表现为支气管炎合并局限性炎症的征象, 因征象不明显, 误诊为炎症较多。4、增殖及团块为主型: 结核病灶治疗及时可及时吸收, 病程较长时易聚拢增生, 形成结核结节或结核球, 要与肺部肿瘤鉴别。5、结核病灶合并胸膜钙化: 病灶由于长期渗出性、干酪性或增殖性改变, 刺激胸膜, 可致胸膜增厚粘连钙化^{[4][5]}。

五、鉴别诊断: 需与阻塞性肺炎、肺脓肿、癌性空洞、支扩合并感染及肺不张鉴别。

虽然下肺结核临床症状不典型、实验室痰检阳性率较低, 但结合 PCR 检测, 且大部分的病灶在 CT 上具有一定的特征性, 通过仔细分析阅片, 并密切结合临床, 提高对本病的警惕性, 注意鉴别诊断, 可明显提高诊断准确率及临床治愈率。对出现的节段性肺不张、不规则空洞、团块及多种方式痰检持续阴性者应及早行纤支镜或增强 CT 检查, 避免误诊。

参考文献

- [1]李易霞,张国庆,张冠男,路希伟.CT 检查在活动性肺结核治疗中的应用价值[J].中国医药导报,2012,9:113-115.
- [2]黄朝林,倪正义,陈兆辉,周密等.耐多药肺结核 122 例外科治疗的临床分析[J].临床肺科杂志,2011,16:564-566.
- [3]李春华,赵攀,吕圣秀,戴欣等.127 例耐多药肺结核 CT 影像学改变与临床[J].重庆医学,2014,43:3078-3080.
- [4]高德杰,王束玫,邱丽华.86 例耐多药肺结核患者胸部影像分析[J].临床肺科杂志,2012, 17:1265-1266.
- [5]杨钧,周新华,李曦.耐多药肺结核的影像特点[J].中华放射学杂志,2004,38:10-14.