

移位性支气管异物 1 例

韩晓凤, 孙 勇, 覃 莹

(昆明医科大学第二附属医院放射科, 云南 昆明 650101)

[关键词] 支气管异物; 螺旋 CT; 三维重建

[中图分类号] R562.2 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2015) 02-0150-02

气管、支气管异物常见于 5 岁以下儿童, 异物大致分为 3 类: (1) 植物性异物, 较多见; (2) 矿物性异物, (3) 动物性异物. 异物以单侧多见, 多位于右主支气管, 因其管径相对较大, 向下走行较陡直. 气管内异物的临床症状多较显著, 根据异物嵌顿的部位, 患者可表现为剧烈呛咳, 哮鸣, 甚至窒息, 阵发性刺激性咳嗽及呼吸困难, 较小、光滑的异物进入支气管后则常有或短或长的无症状期, 可被忽视而延误诊治. 有些患者虽然有咳嗽、咳痰、发热等呼吸道症状, 没有明确的异物吸入史, 会被误诊为气管炎或肺炎. 一般结合明确病史, 症状、体征及胸部 X 线、CT 等辅助检查, 诊断并不困难.

出、实变; 左主支气管狭窄、闭塞, 考虑异物移位 (右中间支气管移位至左主支气管) 堵塞左主支气管; CTPA 肺动脉未见明显异常 (图 1~7).

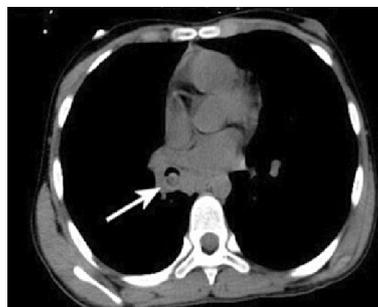


图 1 纵隔窗示异物位于右中间支气管



图 2 肺窗示右肺中下叶渗出实变不张

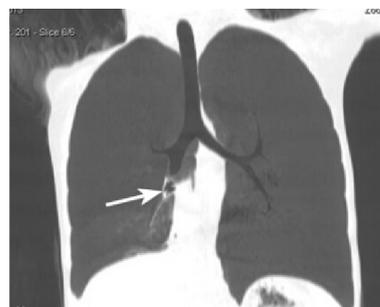


图 3 最小密度投影

1 临床资料

患儿, 女, 10 岁, 反复呼吸困难 4 月, 加重伴发热、咳嗽 3 d 入院. 入院查体: 消瘦, 咽部充血, 双侧扁桃体 I 度肿大, 双肺呼吸音粗. 实验室检查: 外周血像不高, 血沉进行性升高, 反复查痰抗酸杆菌阴性. 临床给予抗炎治疗. 近期患儿出现咳嗽, 咳痰, 痰中带血丝, 血氧饱和度降低, 进一步行胸部 CT 检查.

2013 年 11 月 28 日入院时胸部 CT 平扫 (管电压 120 KV, CDTI 射线剂量 10.6 mGy): 右肺中下叶渗出、实变, 并肺部分不张; 左肺、纵隔未见异常; 右肺中间支气管环形稍高密度影, 考虑支气管异物. 2013 年 12 月 6 日胸部 CT (120 KV, CDTI 3.22 mGy) 增强、肺动脉 CTA 显示: 右肺中下叶渗出、实变明显吸收, 病变缩小; 右肺支气管、中间支气管通畅; 左肺上叶肺不张, 左肺下叶片状渗

[作者简介] 韩晓凤 (1988~), 女, 河南嵩县人, 在读硕士研究生, 主要从事 CT 诊断及研究工作.

[通讯作者] 孙勇. E-mail: 506743456@qq.com

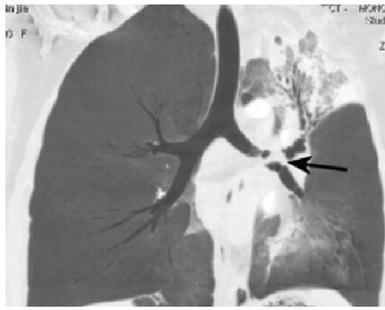


图4 最小密度投影示左肺上叶部分不张左肺下叶渗出



图5 增强纵隔窗示异物位于左支气管, 其远端支气管狭窄闭塞



图6 肺动脉CTA未见栓塞



图7 纤维支气管镜取出异物为笔帽

2 讨论

本例患儿10岁, 既往有笔套吸入史, 但家属反复表达患儿当时大便已经解出, 临床以支气管肺炎治疗, 近期患儿病情进行性加重, 血氧饱和度降低, 进一步行胸部CT增强、肺动脉检查, 排除是否有肺栓塞, 结合患儿两次胸部CT检查考虑移位性支气管异物。移位性气管、支气管异物^[1]目前尚无明确概念, 其机理是在一侧肺不张或肺功能障碍的基础上由于异物移位导致另一侧气管、支气管阻塞, 引起严重缺氧, 甚至窒息的表现。气管、支气管异物临床上较常见, 但移位性支气管异物较少见, 查阅国内外文献, 罕见报道。近年来, 随着CT技术的飞速发展, 多层螺旋CT在临床上得到了广泛应用, 尤其运用MSCT扫描结合图像后处理技术(MIP最大强度投影、minIP最小密度投影、Vol.Rend容积再现技术等)来诊断气管、支气管异物^[2], 该技术能清晰显示支气管树, 具有较高的密度分辨率和空间分辨率, 并能直观地显示异物所在的部位、大小、形状、与周围组织关系以及异物阻塞引起肺内继发性改变等间接征象。因此, MSCT扫描结合图像后处理技术对气管、支气管异物的诊断、支气管镜手术具有指导作用。本病应与普通感染、肺结核、真菌感染、肺栓塞、肺肿瘤相鉴别。

[参考文献]

- [1] 黄芳. 移位性支气管异物引发窒息一例急救体会 [C]. 杭州:全国门、急诊护理学术交流暨专题讲座会议论文汇编, 2006: 119-120.
- [2] 姜华, 曲世巍, 梁爽. 64排螺旋CT重建技术在小儿气管、支气管异物诊断中的应用 [J]. 医疗卫生装备, 2013, 34(3): 74-75.

(2014-12-15 收稿)