

◆ 个案报道

Bilateral tracheal bronchus complicated with spleen-free syndrome in adult: Case report

成人双侧气管性支气管伴无脾综合征 1 例

郭亚哲^{1,2}, 崔书君², 马永青², 梁占东², 朱月香²

(1. 河北北方学院研究生院, 河北 张家口 075000; 2. 河北北方学院附属第一医院影像科, 河北 张家口 075000)

[Keywords] tracheal bronchus; spleen-free syndrome; tomography, X-ray computed

[关键词] 气管性支气管; 无脾综合征; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.09.055

[中图分类号] R562; R445.1; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)09-1435-02

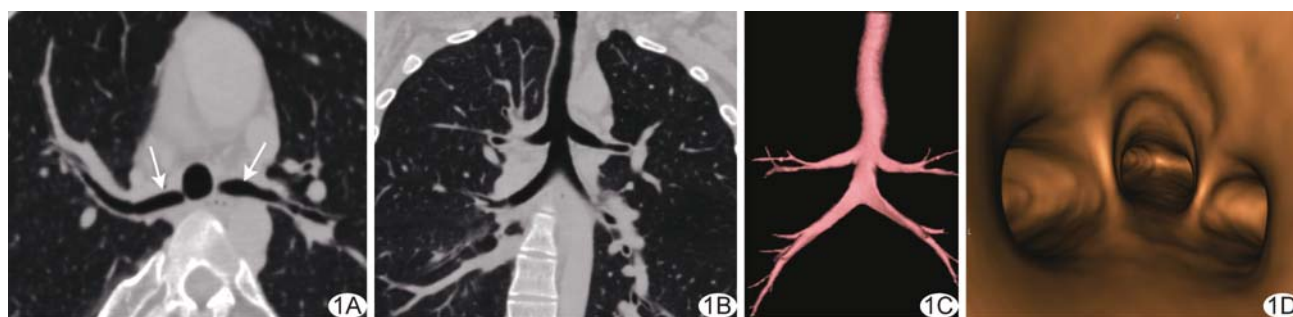


图 1 双侧气管性支气管 A. 轴位 CT 图像(箭示分叉); B. MPR 图; C. VR 图; D. 仿真内镜图

患者男, 25 岁, “间断胸闷、气短 25 年, 伴咯血 1 天”入院; 22 年前我院诊断为“单心房、单心室, 先天性心脏畸形”。查体: 口唇、甲床发绀, 心界扩大, 心率 112 次/分, 心律规整, 可闻及收缩期喷射样杂音, 移动性浊音阳性, 双下肢水肿, 杵状指。月余前外院超声心动图诊断为无脾, 右位心, 单心室, 大动脉转位, 心内膜垫缺损, 共同瓣中度反流伴肺动脉瓣重度狭窄; 可疑无脾综合征。MSCT 显示右侧异常支气管位于隆凸近侧 0.9 cm 处, 左侧异常支气管在隆突近侧 0.7 cm 处, 类似气管三叉(图 1A); 容积再现(volume rendering, VR)及多平面重建(multi-planar reconstruction, MPR)图像显示左右气管支气管与隆凸近距离形成明显气管四分支, 开口位于气管隆突上方约 1.5 cm 处(图 1B、1C), 管腔未见狭窄; 仿真内镜清晰显示双侧气管变异(图 1D)。诊断: 双侧气管性支气管(tracheal bronchus, TB)。

讨论 TB 指起源于气管或主支气管的支气管变异, 畸形支气管多位于气管隆突上方约 2 cm 处。目前对于 TB 的病因分型较多, 但尚无定论。组织胚胎学将 TB 分为额外型(2 个亚型)和移位型(3 个亚型), 本例属移位型, 发病率 0.1%~

2.0%^[1]。TB 绝大部分发生于右侧, 左侧少见, 双侧从气管分出 4 个分支者更为罕见。TB 可伴发其他畸形如肺叶间裂变异、肠旋转不良及先天性心脏病等, 但双侧 TB 伴发无脾综合征鲜见报道。与气管支气管分支异常有关的无脾综合征表现包括心室间隔缺损、单心房、大动脉转位(肝在左、胃在右)、双上腔静脉、无脾及中线肝, 本例与之相符。双侧 TB 可致婴幼儿反复感染或持续喘息, 成年患者则多无症状, 但随年龄增长可出现呼吸困难、慢性支气管炎和咯血等。纤维支气管镜是检查 TB 的金标准, 结合 MSCT 及三维重建图像可清晰显示气管分支走行, 提高检出率。MSCT 可明确分支开口与主气管的距离。MSCT 和 MR 三维快速场回波序列扫描对诊断双侧 TB 具有良好诊断价值及指导意义^[2]。

[参考文献]

- [1] TSUKAMOTO M, HIROKAWA J, HITOSUGI T, et al. Airway management for a pediatric patient with a tracheal

[第一作者] 郭亚哲(1994—), 女, 河北保定人, 在读硕士。E-mail: 308545220@qq.com

[收稿日期] 2019-09-30 [修回日期] 2020-02-12

bronchus[J]. Anesth Prog, 2018, 65(1):50-51.

[2] 王学玲, 盛辉, 董素贞. MSCT 和 MR 三维快速场回波序列诊断儿

童双侧气管性支气管[J]. 中国医学影像技术, 2019, 35(6):

853-856.

Stanford A aortic intramural hematoma with hemorrhagic pulmonary sheath: Case report

Stanford A 型主动脉壁间血肿伴肺动脉鞘血肿 1 例

余广海, 袁玉山, 王 欣

(阜阳市人民医院影像中心, 安徽 阜阳 236000)

[Keywords] aortic diseases; hemorrhagic pulmonary sheath; angiocardigraphy

[关键词] 主动脉疾病; 肺动脉鞘血肿; 心血管造影术

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2020.09.056

[中图分类号] R543.1; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)09-1436-01

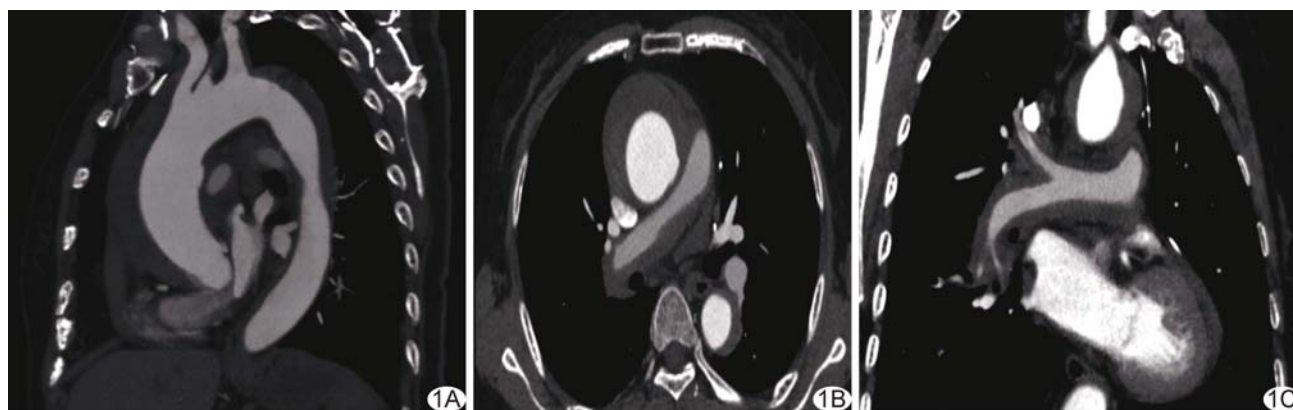


图1 AIH 伴 HPS 形成 A. 矢状位最大密度投影重建图像显示主动脉; B. 轴位主动脉原始图像; C. 多平面重建冠状位主动脉图像

患者女, 67 岁, 因“胸骨后撕裂样疼痛半天, 伴头痛、呼吸困难、大汗淋漓”就诊; 既往无高血压、心脏病及糖尿病病史。查体: 血压 90/74 mmHg, 脉搏 74 次/分, 呼吸 20 次/分。实验室检查: 血浆 D-二聚体 7.04 mg/L, 纤维蛋白降解产物 25.6 μ g/ml。主动脉 CTA 示主动脉根部至胸主动脉(左肺静脉水平)管壁下环形或新月形稍高密度影, 以升主动脉处为著, 最厚处达 1.6 cm, 未见破口形成, 主动脉弓三大分支起始处管壁下环形稍高密度影(图 1A); 肺动脉干、右肺动脉管腔受压变窄, 经右肺门向远端支气管血管束延伸(图 1B、1C); 周围肺组织未见明显异常; 心包腔积液。诊断: 主动脉壁间血肿(aortic intramural hematoma, AIH)伴肺动脉鞘血肿(hemorrhagic pulmonary sheath, HPS)形成。转至上级医院行主动脉窦部成形+升主动脉置换+主动脉半弓置换+临时起搏器安置术, 术中见升主动脉明显扩张, 假腔内大量血栓形成, 主动脉未见明显破口, 远端累及主动脉弓降部及分支血管, 未

见破口形成。术后 4 个月复查主动脉 CTA, 血肿基本吸收, 后电话随访患者恢复良好。

讨论 AIH 是局限于主动脉中层、无内膜撕裂口的特殊类型夹层, 致死率高, 血肿可自行缓慢吸收好转, 也可进展为主动脉夹层, 可能由于主动脉壁内滋养血管或中层营养血管自发破裂形成或动脉粥样斑块破裂渗入中层血管所致, 蔓延至肺动脉形成 HPS 者较少见。HPS 分为 2 个类型: I 型, 血肿仅位于主肺动脉和/或肺动脉干周围; II 型, 血肿通过肺门向其以远支气管血管鞘撕裂蔓延, 累或不累及周围肺组织, 死亡风险极高。影像学特点: ①升主动脉夹层或壁间血肿; ②CT 平扫见主动脉、肺动脉或分支管腔增粗, 周围见环状或新月状稍高密度影; 增强后环状或新月状影无强化。本例符合上述表现征象, 术后恢复良好, 可能与及时手术救治有关。本病预后与病变程度相关, 当升主动脉管径不断增大且管壁厚度 >11 mm 时, 应予手术干预。

[第一作者] 余广海(1988—), 男, 安徽阜阳人, 硕士, 医师。E-mail: ygh2110@163.com

[收稿日期] 2019-10-08 [修回日期] 2020-02-19