

影像学结合纤维支气管镜检查右中叶肺不张的结果分析

汪俊剑

【关键词】肺不张；纤维支气管镜；放射摄影术，X线计算机

右中叶肺不张是呼吸内科较为常见的病症，其病因复杂，及时明确病因对治疗及预后极为重要。为了探讨其病因，我院呼吸科自1998年10月~2006年6月间对42例该病患者进行了胸部X射线平片、CT和纤维支气管镜（纤支镜）检查，现将结果分析报告如下。

1 临床资料与方法

42例右中叶肺不张患者中，男性28例、女性14例，年龄11~73岁，中位年龄45岁。有咳嗽、咳痰症状者16例，发热11例，胸痛8例，乏力、盗汗3例，轻度哮喘4例。全部病例均有胸部正、侧位（包括左、右斜位和侧位）X射线平片，其中34例有胸部CT资料。

患者纤支镜术前准备、局部麻醉均按纤支镜操作规程进行^[1]。采用日本产Olympus P30型纤支镜经鼻腔插入支气管内，术中发现病变后根据镜下形态特征进行活检或刷检，标本均送检进行组织病理、细胞学检查及抗酸杆菌检查，有异物者直接用异物钳取出。本组42例患者中，有35例经过1次纤支镜检查即得到明确的病因诊断，3例做了2次，2例做了3次，2例肿瘤患者做了4次。

影像学检查：使用日立500MA X射线机对所有病例拍摄胸正侧位片；使用德国SIEMENS AR、Star螺旋CT机对所有病例自肺尖至肺底行螺旋容积扫描，层厚10 mm，层距1.5 mm。

2 结果

胸部X射线平片：均显示右中叶肺有肿块影，2.6 cm×3.0 cm~6.0 cm×6.5 cm，密度较均匀，境界清楚。其中，7例边缘不规则，切线位14例均显示右侧胸膜增厚，肿块与增厚的胸膜呈锐角，7例可见“彗星尾征”，9例肿块周围邻近肺透亮度增强，右侧肋膈角变钝5例。

CT：右中叶肺均可见软组织肿块影，直径为2.6 cm~6.5 cm。其中，8例最厚处贴近肿物，9例可见血管及支气管影进入肿块，致肿块肺门侧边缘模糊，均合并有胸膜肥厚，9例可见含气支气管相，7例胸膜有钙化，2例肿块与胸膜呈锐角，3例肿块两侧边缘锐利、前后较模糊，2例肿块邻近肺透亮度增强，1例病灶邻近叶间胸膜增厚移位，1例右侧少量胸腔积液并胸膜肥厚。

纤支镜：患者经纤支镜显示的肺不张部位与X射线胸

片或CT检查基本一致，根据镜下形态特征结合组织学、细胞学及细菌学检查结果，其中29例有组织学、细胞学及细菌学检查结果，诊断为肺癌16例（38.1%，其中鳞癌11例，小细胞未分化癌3例，腺癌2例）；炎症15例（35.7%）；结核6例（14.3%）；支气管镜异物5例（9.5%），确诊率100%。

3 讨论

肺不张是因各种原因导致支气管狭窄或阻塞、肺内气体减少、同时伴有肺体积缩小的病理征象^[2]，其临床无特异性，治疗的关键是明确病因，而临床上往往需要结合多种诊断手段来得到最后的病因诊断。不同部位肺不张的病因也有明显差异，在右肺三叶中，由于其解剖与生理特点，右中叶支气管较为细长，与中间支气管成锐角，其周围有3组淋巴结环绕，任何原因引起的该组淋巴结肿大及支气管壁的炎症、水肿、瘢痕均可导致右中叶肺不张，其支气管开口处也是肿瘤的好发部位，容易导致右中叶肺不张，致使其内的分泌物排出受限等^[3]，所以右肺中叶肺不张的发生率最高；另外，中叶与其他肺叶完全隔绝，缺乏侧支通气也是中叶容易发生肺不张的原因。在暂未开展纤支镜检查的基层医院，临床医师在考虑该病的病因时应以炎症考虑居多，同时也不能忽视肿瘤、结核、异物等相关病因^[3-5]。

影像学诊断结合纤支镜检查，对于右中叶肺不张既可以帮助确定病因，又可作局部的治疗，如异物的钳夹取出等，对右中叶肺不张的明确诊断率为100%，所有病例术中及术后均未出现明显并发症，提示影像学诊断结合纤支镜检查是明确右中叶肺不张病因诊断的安全、可靠的重要手段。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会.《诊断性可弯曲支气管镜应用指南（2008年版）》[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(1): 14-17.
- [2] 熊洪, 王怀莲, 王蜀英, 等. 纤维支气管镜检查在肺不张病因诊断中的价值[J]. 临床肺科杂志, 2006, 11(1): 43-44.
- [3] 席钊, 汤小兰. 73例右中叶肺不张的纤维支气管镜检查结果分析[J]. 中国内镜杂志, 2000, 6(2): 47-49.
- [4] 罗志扬. 纤维支气管镜检查肺不张144例病因分析的价值[J]. 新医学, 2006, 29(2): 69.
- [5] 刘洪洲. 右肺中叶肺不张60例纤维支气管镜检查结果分析[J]. 山东医药, 2007, 4(31): 53-54.

（收稿日期：2008-02-25）