

Ultrasonic diagnosis of tracheal abscess: a case report

超声诊断气管脓肿 1 例

刘兴钊 黄永 唐丽寒 张函竹 张春梅

[中图分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女, 49 岁, 因“突发咳嗽伴吸气困难 10 d”入院。自述 10 d 前无明显诱因突发干咳不止, 伴有吸气困难、喉部疼痛、声音嘶哑, 于外院就诊给予输液治疗(具体不详), 无明显好转遂来我院。体格检查: 呼吸稍促, 气管无偏曲, 甲状腺无肿大。胸廓对称, 双肺语颤对等、渐弱, 无胸膜摩擦感及皮下捻发感。双肺叩诊清音, 双肺呼吸音稍粗, 气管可闻吸气相干鸣音。实验室检查未见明显异常。颈部超声检查: 甲状腺水平气管前壁探及大小约 1.7 cm×1.5 cm×0.9 cm 无回声区, 位于气管软骨内侧, 与甲状腺分界清楚, 边界尚清晰, 形态较规则, 凸向气管内, 局部气管狭窄, 内透声差, 可见细密点状回声(图 1); CDFI 于该无回声区周边及囊壁部分可探及少许彩色血流信号(图 2)。超声提示: 甲状腺水平气管前壁囊性占位(脓肿可能性大)。CT 检查: 横断位 CT 平扫示胸廓入口平面甲状腺水平气管前壁稍低密度影, 边界不清, 密度不均匀(图 3); 冠状位增强 CT 示胸廓入口平面甲状腺水平气管内边缘明显强化, 中心成分未见明显强化的结节影, 边界清晰。CT 提示: 甲状腺深面(约颈 6 至颈 7 水平)气管占位, 考虑囊肿可能。于全麻插管情况下行气管切开术, 术中所见: 气管前壁软化、塌陷, 气管第 2 软骨环部分坏死, 气管第 3 软骨环软化、塌陷, 气管内黏膜下囊肿样新生物, 内见大量浑浊黏性分泌物, 左侧气管壁与周围组织粘连严重, 边界欠清晰。术后病理检查: 支气管黏膜坏死、化脓(图 4), 软骨显示化脓性炎症。术后密切换药观察, 患者痊愈出院。最终诊断: 气管前壁脓肿。

讨论: 脓肿是急性感染过程中, 组织、器官或体腔内因病变组织坏死、液化而出现的局限性脓液积聚。原发性气管脓肿

临床罕见, 由气管插管而引起的医源性气管旁脓肿有少量报道^[1]。本例气管脓肿位于气管前壁, 位置较高且无胸骨遮挡, 超声及 CT 能清晰显示脓肿的位置、大小、血供、气管狭窄程度及其与周围组织关系。但超声仅可清楚显示颈段气管前壁脓肿, 对于其他部位尤其是后壁脓肿容易漏诊。本病需与甲状舌管囊肿、甲状腺肿瘤等鉴别诊断。典型的甲状舌管囊肿超声表现为: 颈前正中的囊性占位, 形态规则, 边界清晰, 内部可呈均匀的低回声或无回声, CDFI 示病灶内部一般无明显彩色血流信号, 囊壁上或可探及少许彩色血流信号, 一般不进入气管腔内, 与颈前气管脓肿较易鉴别。但其与向声门下喉腔内延伸的

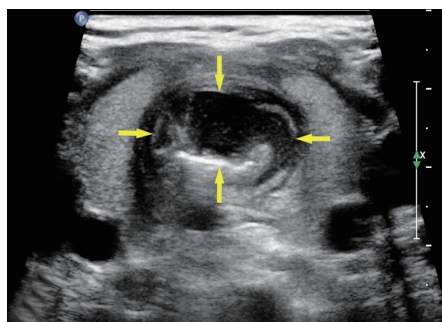


图 1 二维超声示甲状腺水平横切面见气管前壁无回声区(箭头示)

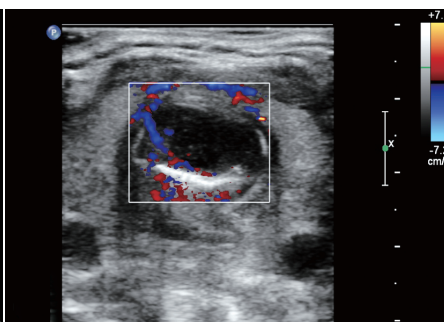


图 2 CDFI 于该无回声区周边及囊壁部分可探及少许彩色血流信号



图 3 横断位 CT 平扫示胸廓入口平面甲状腺水平气管前壁稍低密度影(黄色箭头示), 边界不清, 密度不均匀, 气管狭窄(红色箭头示)

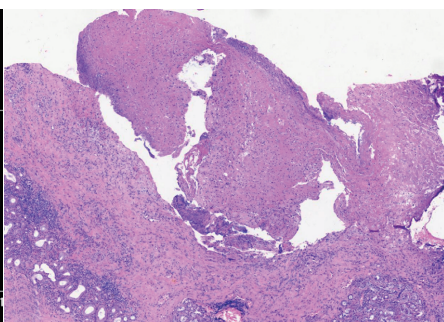


图 4 病理示支气管黏膜坏死、化脓(HE 染色, ×40)

甲状舌管囊肿鉴别有一定难度^[2],此时可通过观察病灶与舌骨的关系、病灶是否通过环甲间隙或甲舌间隙等向喉内延伸、是否引起气管前壁及气管软骨环软化、坏死、塌陷等进行鉴别。而甲状腺肿瘤一般进展缓慢,且与甲状腺关系密切,可随吞咽与甲状腺同步运动,常规超声联合甲状腺影像报告与数据系统分级标准可以较好地鉴别甲状腺肿瘤性质,对于结构复杂的结节可借助超声造影或超声引导下穿刺活检确定其性质。

参考文献

- [1] Leader P, Curry S, Pate S. Paratracheal abscess after traumatic tracheal intubation[J]. Anaesth Rep, 2020, 8(1): 48-51.
- [2] 王丽梅, 朱强, 徐文. 超声对特殊部位甲状舌管囊肿的诊断价值[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19(9): 509-516.

(收稿日期: 2022-04-13)

· 病例报道 ·

Echocardiographic manifestations of right atrial metastatic invasive thymoma: a case report

右房转移性侵袭性胸腺瘤超声心动图表现 1 例

徐肖静 崔存英

[中图法分类号] R540.45; R732.1

[文献标识码] B

患者女, 20 岁, 因突发心悸 2 h 伴晕厥就诊。自述既往体健, 此次无明显诱因突发心悸 2 h, 伴大汗、气短, 晕厥 1 次, 跌倒, 持续约 2 s 后意识转清醒。体格检查: 双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音, 心率 90 次/min, 律齐; 血压 105/62 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 心前区无隆起, 心尖搏动位于第 5 肋间左锁骨中线内 0.5 cm, 未闻及心脏杂音。经胸超声心动图检查: 右房增大, 一团状低回声自上腔静脉延伸至右房内, 在右房内大小约 72 mm×70 mm (图 1A、1B), 无明显活动度, 边界清晰, 形态尚规则, 其内回声不均并可见液性无回声区, 实性部分回声致密, 与右房游离壁可见间隙, 与房间隔关系密切; 三尖瓣瓣膜回声光滑, 启闭正常。主动脉及肺动脉前方可见一大小约 55 mm×28 mm 团状低回声 (图 1C)。下腔静脉管径增宽, 管腔内未见明显异常回声 (图 1D)。心包腔内探及大量积液。超声心动图提示: 前纵隔、上腔静脉延伸至右房内实性占位 (恶性不排除)。胸部 CT、MRI、PET-CT 及 CTA 检查均提示: ①前中纵隔肿瘤; ②右房占位, 突入右室及上腔静脉、奇静脉及右锁骨下静脉近端, 无名静脉受侵, 右上肺静脉受压; ③心包多发结节, 心包大量积液; ④右侧胸腔积液, 邻近肺组织膨胀不全; ⑤纵隔淋巴结肿大。病变局限于胸腔内, 无肝脏、骨及远处脏器转移。遂行右房肿瘤穿刺活检, 病理提示: 考虑上皮源性肿瘤, 倾向胸腺来源。患者于全麻下行胸腺肿瘤、心脏肿瘤及周围受侵组织切除术+上腔静脉部分切除并人工血管置换术。切除的胸腺肿瘤大体标本见图 2A, 部分呈实性、质中, 部分区域钙化、质韧, 部分呈囊

实性、质软; 心脏肿瘤大体标本见图 2B, 呈实性、质软伴出血。术后病理检查结合形态学及免疫组化提示: 符合侵袭性胸腺瘤, B3 型 (约 95%), 局部鳞状细胞癌 (约 5%), Masaoka 分期 IIIb 期 (图 3)。术后复查超声心动图及胸部 CT 示前纵隔、右房及上腔静脉内未见明显残余肿物。患者术后行化疗及辅助治疗, 病情稳定, 未见复发。

讨论: 胸腺瘤是发生于胸腺的上皮性肿瘤, 是成人最常见的前纵隔肿瘤^[1], 易累及胸膜、心包、肺及大血管等部位。根据 WHO 组织学分类, 可细分为 A、AB、B1、B2、B3 共 5 个主要亚型, 其中 A、AB、B1 型为低危胸腺瘤, B2、B3 型为高危胸腺瘤, 侵袭力更强, 转移或复发率更高^[2]。本例患者病理符合侵袭性胸腺瘤, 为 B3 型 (约 95%), 伴局部鳞状细胞癌 (约 5%)。研究^[3]报道 B3 型胸腺瘤混合胸腺癌发生率占胸腺上皮性肿瘤的 0.2%~1.0%。本例为胸腺瘤并心脏转移, 临床较少见。本病需与其他心脏占位性病变相鉴别, 包括: ①累及右心的静脉内平滑肌瘤病, 是一种罕见的良性平滑肌肿瘤, 原发于子宫或子宫盆腔的静脉壁, 沿静脉通道蔓延生长至下腔静脉、右房、右室或肺动脉, 引起三尖瓣功能异常和/或右心充血性心力衰竭^[4]。②巨大的右房黏液瘤, 心脏黏液瘤是最常见的原发性心脏良性肿瘤, 约 23% 位于右房, 右房黏液瘤常呈息肉样、有蒂, 起源于卵圆窝或房间隔基底^[5]。③右房血栓, 常继发于结构性心血管疾病, 也可由静脉血栓回流右房所致^[6], 其中原位血栓为不活动占位, 基底宽, 附着于心房后壁; 继发血栓为圆形、卵圆形可活动