

[4] Chaiken L, Rege SD, Hoh CK, et al. Positron emission tomography with fluorodeoxyglucose to evaluate tumor response and control after radiation therapy[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1993, 27:455-464.

[5] Lapela M, Grenman R, Kurki T, et al. Head and neck cancer: detection of recurrence with PET and 2-[¹⁸F]-2-deoxy-D-glucose [J]. Radiology, 1995, 197:205-211.

霉菌性食管炎的 X 线表现(附 5 例报告)

王耀普¹, 王建文¹, 段建英²

(1. 山西运城市中心医院放射科, 山西 运城 044000; 2. 中日友好医院放射诊断科)

[中图分类号] R445.4; R571 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2002)02-0128-01

1 一般资料

本组 5 例霉菌感染患者中, 男 4 例, 女 1 例, 年龄 50~68 岁, 平均 62.8 岁。原发病有: 糖尿病 1 例, 鼻咽癌 1 例, 纵隔淋巴瘤 1 例, 肺癌骨转移 1 例, 胃癌 1 例。

2 方法

2.1 X 线检查 5 例均行食管钡餐造影检查。2 例食管张力正常, 蠕动正常, 但边缘毛糙不齐, 2 例食管张力减退、蠕动和收缩变弱, 1 例食管出现明显痉挛; 钡餐双重造影各自显示有黏膜纹改变, 黏

膜粗糙、呈小结节样、卵石状、网格状。

2.2 内窥镜检查 见食管黏膜有数量不等、不均匀的白色附着物, 可强行剥起, 黏膜充血水肿。5 例均行活检培养有白色念珠菌生长, 4 例口腔、咽部分泌物有白色念珠菌感染。

3 典型病例

例 1 男, 66 岁。痰中带血、鼻塞 1 月余。既往无心肺病史。鼻咽部活检确诊为鼻咽癌。后经放射治疗与抗癌药物治疗, 期间出现进食吞咽困难, 即行食管双重造影显示黏膜纹呈卵石征, 食管张力

减退、蠕动和收缩变弱。结合咽部分泌物有白色念珠菌检出诊断为霉菌性食管炎(图 1)。

例 2 男, 64 岁。反复干咳、偶有痰中带血 3 个月。经 X 线、纤维支气管镜和痰液细胞学检查确诊为肺癌, 并有骨转移。经大剂量抗癌药物治疗, 随后出现吞咽不适、胸骨后疼痛, 即行食管双重造影显示食管中下段边缘毛糙不齐, 黏膜纹呈小结节样、卵石状改变, 食管张力减退。结合食管内白色附着物霉菌培养有霉菌生长诊断为霉菌性食管炎(图 2~4)。

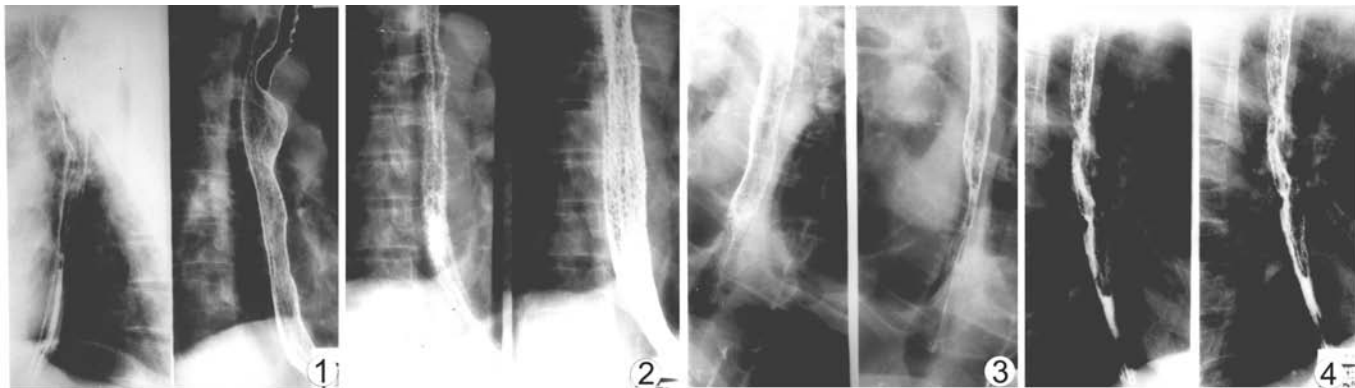


图 1 霉菌性食管炎的 X 线征象 食管张力下降、形成较多的小结节, 表现为细小卵石征 图 2 食管外形模糊、呈花边样, 黏膜粗糙、呈卵石状或网格状 图 3 食管下段狭窄, 但无黏膜中断、破坏, 中上段食管外形模糊, 黏膜呈细小卵石征 图 4 食管下段轻度狭窄、可见 1.0cm×0.8cm 大小充盈缺损, 中上段黏膜粗糙、紊乱、呈大小不等结节样

4 讨论

霉菌性食管炎的 X 线表现: 早期常见的异常为食管运动能力下降, 表现为食管收缩不良, 或有短暂收缩, 然后转变成无紧张状态, 运动功能障碍可能由感

染侵犯奥尔巴赫(Auerbach)神经丛, 而使蠕动功能失常。中期表现可见散在的小结节, 逐步形成较多的结节, 表现为细小卵石征; 偶可见溃疡形成, 食管外形模糊、毛糙或呈花边样。如未给予及时治疗或慢性反复黏膜下念珠菌感染发展至晚期, 炎症可广泛蔓延, 形成狭窄; 有的食管壁发生憩室样变化, 此憩室样改变

呈多发、大小不等, 突出于食管黏膜以外的阴影, 如其并发霉菌感染, 则形成充盈缺损, 可阻塞食管腔。

由于霉菌性食管炎临床少见, 因此在行食管钡餐造影时容易漏诊或误诊, 但如果了解本病的易感人群及本病的特征性 X 线表现, 并结合临床表现、内窥镜所见及霉菌培养阳性, 此病诊断并不难。

[作者简介] 王耀普(1965—), 男, 山西人, 学士, 主治医师。

[收稿日期] 2001-10-05