

部缺损,1 年后见肌部多发缺损,与术前合并较大室缺和肺动脉高压有关;重度肺动脉高压时,心室间压力差减小,导致室间隔肌部多发过隔血流难以显示;室缺修补术后,随着心室间压力变化,术后 1 年于肌部出现多束分流;再行肌部缺损封堵术,因室间隔肌部发育不良,放置封堵器处无明显分流,其余肌部见

多发缺损。病例 1 术后发现肌部室缺,而病例 2 术前膜周部大室缺并肌部多发室缺,考虑与肺动脉收缩压及室缺大小有关。先天性室间隔肌部发育不良合并大室缺伴重度肺高压时,术前超声易漏诊肌部心室水平分流,应仔细观察心肌部结构是否致密以及是否合并肌部多发室缺。

Emphysematous pyelonephritis caused by candida glabrata: Case report 光滑念珠菌致气性肾盂肾炎 1 例

杨 阳, 郭颖华*, 汪 悦

(成都中医药大学附属医院放射科, 四川 成都 611130)

[Keywords] candida glabrata; emphysematous pyelonephritis; tomography, X-ray computed

[关键词] 光滑念珠菌; 气性肾盂肾炎; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.03.045

[中图分类号] R692.3; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)03-0477-01

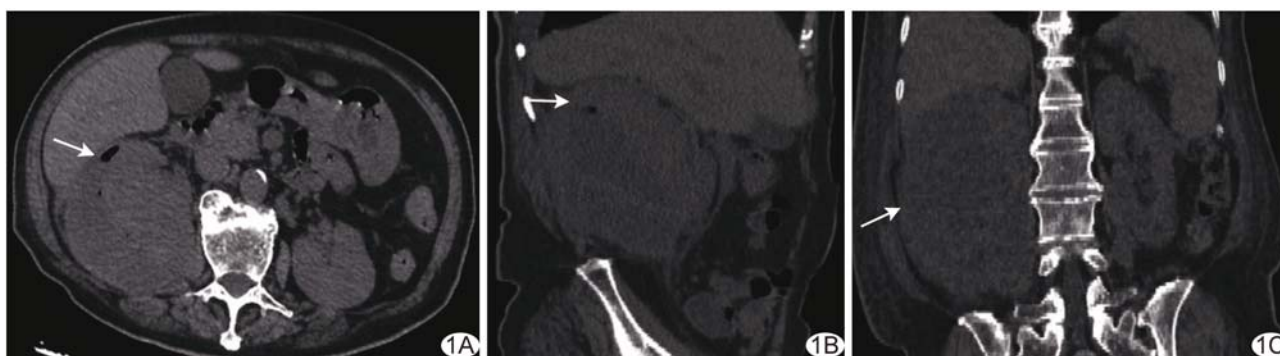


图 1 光滑念珠菌致气性肾盂肾炎 CT 平扫表现 A. 轴位图像; B. 矢状位图像; C. 冠状位图像 (箭头示病灶)

患者女, 69 岁, 因“右侧腰背部痛 1 个月”就诊; 既往 2 型糖尿病史半年, 血糖控制不佳。查体: 体温 39.5℃, 左侧腰背部压痛, 右肾区扣击痛阳性。实验室检查: 白细胞 $35.91 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 96.2%, 全血 C 反应蛋白 150 mg/L; 尿白细胞 $136.1/\mu l$, 尿红细胞 $54.9/\mu l$, 尿蛋白++, 尿肌酐 $221 \mu mol/L$, 尿素氮 $32.1 mmol/L$ 。CT 平扫: 右肾呈肿块样增大, 边界欠清, 密度较均匀; 右肾实质内及肾周散在气体密度影; 右肾周间隙模糊, 肾周筋膜增厚(图 1)。CT 诊断: 考虑为气性肾盂肾炎。行超声引导下右肾穿刺引流术, 见大量白色絮状物流出; 光镜下见光滑念珠菌孢子及菌丝; 尿液培养与之相符。通过药物敏感试验选择 5-氟胞嘧啶、两性霉素 B 静脉滴注, 同时进行血糖管理。1 周后复查 CT, 见右肾体积缩小, 右肾及肾周积气减少,

右侧肾周渗出改变减轻。

讨论 气性肾盂肾炎(emphysematous pyelonephritis, EPN)是指肾实质及肾周围尿路感染产气菌引起的急性坏死性感染, 以革兰阴性菌最常见, 目前国内外报道中, 有关念珠菌感染的 EPN 仅数例。本病病死率达 40%, 后期易合并糖尿病。其 CT 特征性表现为患侧肾体积增大, 边界模糊, 肾实质多发小斑片状低密度坏死灶, 并散在较多积气; 肾周筋膜增厚, 脂肪间隙浑浊。大部分细菌性 EPN 坏死灶由肾实质液化化死后形成。白色念珠菌在微需氧环境下可形成大量真菌球, 充填在患肾坏死腔及积气内, 并扩散至肾实质及肾周, 故 CT 表现为多发性小片状低密度灶。光滑念珠菌所致 EPN 极为少见, CT 特征肿块内含小气泡。影像学诊断过程中应重视细节, 提高诊断精准程度。

[基金项目] 成都中医药大学杏林骨干人才项目(XSGG2018017)。

[第一作者] 杨阳(1992—), 女, 四川资阳人, 在读硕士。E-mail: 710919031@qq.com

[通信作者] 郭颖华, 成都中医药大学附属医院放射科, 611130。E-mail: 137849547@qq.com

[收稿日期] 2019-07-18 [修回日期] 2019-12-13