

<<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

图书基本信息

书名：<<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

13位ISBN编号：9787117148856

10位ISBN编号：7117148853

出版时间：2011-11

出版时间：人民卫生出版社

作者：何礼贤 等主编

页数：125

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

### 内容概要

随着疾病和(或)药物所致免疫抑制宿主的增加,近二三十年来深部真菌病发病率逐年上升。肺脏是深部真菌感染最常见的靶器官,诊断和治疗相当困难。

肺真菌病按其发病机制可分为寄生性、过敏性和侵袭性(含半侵袭性)等类型,以肺曲霉病最具代表性。

在我国,肺真菌病以机会性(条件致病性)真菌为主,偶见肺组织胞浆菌病和马纳菲肺青霉病。

近年来分类学上倾向于将肺孢子菌划归真菌,肺孢子菌肺炎也是我国比较常见和重要的肺真菌病。

胸部影像学检查是肺真菌病最重要和最基本的诊断技术,不可或缺。

X线和CT的影像学表现对于肺真菌病虽然不是特异性的,但是某些特征性表现或若干影像学表现的组合,结合临床和(或)实验室资料,则有重要诊断价值,有助于缩小鉴别诊断的范围,为侵袭性诊断技术选择径路提供依据,或为经验性治疗决策与评估提供参考。

另一方面,肺真菌病的影像学表现多种多样,复杂而多变,特征性表现亦非每个病例或任何时候都会显示,更多的是非特征性的表现。

因此肺真菌病的影像学诊断在很大程度上取决于医生的经验和知识。

很多情况下,医生对于影像学的认识和领悟不尽相同,见多才能识广。

有鉴于此,我们收集了60余例侵袭性肺真菌病的影像资料,汇成图集出版,旨在给临床医生提供一个读片示范的机会,增添一些体会和认知能力,认识侵袭性肺真菌病影像学表现的多样性和一定的规律性。

用一个相当不确切的比喻,就是希望能够起到一个“看图识字”、“按图索骥”的作用。

全书共分概述、侵袭性肺曲霉病、肺隐球菌病、侵袭性肺念珠菌病、肺孢子菌病、肺毛霉病和我国罕见的肺组织胞浆菌病。

由于病例收集难度大,确诊和临床诊断病例相对较少,部分真菌病仅有少数病例,甚至仅有一例,不代表其全貌。

所收集的资料还不足以成“谱”,所以我们将原计划采用的书名《侵袭性肺真菌病影像学图谱》改成《侵袭性肺真菌病影像学图集》。

为弥补不足,我们于每种肺真菌病前都有一篇文字叙述,除有关该真菌病的一般介绍外,还就其影像学表现作了较全面的表述,引用了文献上部分比较典型的图像。

高分辨CT(HRCT)在收集的病例中应用尚少,为此在第一章中我们参考文献作了相应介绍,供读者学习和参考。

<<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

书籍目录

- 第一章 影像学检查在肺真菌病的应用
- 第二章 侵袭性肺曲霉病
- 第三章 肺隐球菌病
- 第四章 侵袭性肺念珠菌病
- 第五章 肺孢子菌肺炎
- 第六章 肺毛霉病
- 第七章 肺组织胞浆菌病

## &lt;&lt;侵袭性肺真菌病影像学图集&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：肺隐球菌病【概述】隐球菌（cryptococcus）中具有致病性的主要是新生隐球菌（cryptococcus neoformans）及其变种（目前至少有9种），细胞多呈圆形或卵圆形，不形成菌丝和孢子，出芽生殖。

新生隐球菌是一种腐物寄生性酵母菌，能在37℃生长，具有荚膜。

根据其荚膜抗原分为A、B、C、D 4个血清型，AD和BC两个配合型在分类学上尚有争议。

不同变种及不同血清型所致感染呈现一定的地域性差异。

A型、D型和AD型呈全球性分布，广泛存在于土壤和鸽粪中，与免疫抑制（尤其是AIDS）患者感染有关，而格特变种（B、C血清型）和上海变种（B型）则见于热带和亚热带地区。

我国以A型居多，未见C型。

本菌可以从土壤、鸽粪和水果中分离到，也可从健康人的皮肤、黏膜和粪便中分离出来。

环境中的病原体主要通过呼吸道，也可通过皮肤或消化道进入人体引起疾病，或成为带菌者。

肺隐球菌病（pulmonary cryptococcosis）是由新生隐球菌感染引起的急性或亚急性肺真菌病。

新生隐球菌不产生毒素，感染不引起组织破坏、出血、梗死或坏死，也不引起纤维化和钙化。

病原菌对组织的直接作用是由于酵母细胞增加占据空间和压迫所致。

新生隐球菌随气溶胶吸入肺部后可被中性粒细胞、自然杀伤细胞和肺泡巨噬细胞吞噬与清除。

如果入侵菌量大，突破这种最初的肺免疫防御，本菌便会在肺内繁殖，并引起机体免疫反应。

已经证明，隐球菌抗原能够抑制或下调体液和细胞免疫反应。

荚膜多糖可以封闭吞噬细胞的识别系统，从而抑制吞噬作用。

荚膜物质尚可抑制趋化反应，但可激活补体旁路。

一般认为，无荚膜新生隐球菌吸入至肺部后，若不被清除，则造成亚临床状态感染。

而在肺部环境中新生隐球菌可迅速合成荚膜，使肺泡巨噬细胞对它的摄取、吞噬能力削弱。

荚膜作为新生隐球菌毒力的主要决定因素，其抵抗吞噬和下调免疫反应的双重作用，在隐球菌病发病机制特别是初期的病原体—宿主相互作用中具有重要意义。

细胞免疫是新生隐球菌感染的主要免疫反应。

在抗原作用下，CD4<sup>+</sup>和CD8<sup>+</sup>T淋巴细胞聚集于肺部，并产生各种细胞因子，吸引免疫效应细胞如中性粒细胞、单核细胞到达感染部位。

CD4<sup>+</sup>和CD8<sup>+</sup>的存在与激活也是预防病原菌向中枢神经系统播散所必需的。

新生隐球菌感染时不同个体的体液免疫反应差异较大，对机体的保护不及细胞免疫。

肺隐球菌病的临床表现取决于宿主的免疫功能。

通常分为3型：无症状型：仅在x线检查时发现，见于免疫机制健全者；慢性型：起病隐匿，症状类似肺结核病，很少阳性体征；急性型：表现为急性肺炎，可迅速进展并导致呼吸衰竭，多见于AIDS和其他原因所致严重免疫抑制患者。

在肺隐球菌病患者应特别警惕脑膜、前列腺和皮肤等累及的可能；肺隐球菌病播散的危险因素包括免疫抑制、发热，影像学呈现间质性病变、胸腔积液。

相反，当这些部位确诊隐球菌病时应常规做胸部X线检查，以了解肺部病变情况。

临床上凡遇到下列情形时应考虑肺隐球菌肺炎的可能：原先健康者肺部X线显示孤立性或多发性结节状阴影，尤其病变位于胸膜下者；低度毒性症状、X线显示结节状病灶趋于融合，或斑片状阴影，特别是当患者有免疫低下时；严重细胞免疫抑制患者（如长期应用激素和免疫抑制剂、HIV / AIDS）肺部出现弥漫性间质性改变或片状肺泡浸润；肺部病变伴有脑膜炎患者，尤其合并有免疫损害基础者。

痰培养有隐球菌生长对肺隐球菌病的诊断有帮助，但不足以确诊，因为它可以作为呼吸道定植菌，不一定引起发病。

确诊需要从下呼吸道或肺组织直接采样，包括经支气管肺活检、支气管肺泡灌洗、经皮肺穿刺吸引物或胸液。

这些创伤性措施的选择取决于临床的判断以及患者的可耐受性。

## <<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

鉴于本病的播散性倾向，特别在免疫抑制患者，脑脊液和尿液（男性患者最好行前列腺摩擦后收集）标本隐球菌检查十分重要。

若有皮肤溃疡可局部采集拭子标本。

乳胶凝集试验检测隐球菌抗原对中枢神经系统隐球菌感染具有很高诊断价值，但必须采用标准对照，包括类风湿因子阳性对照，以排除交叉反应。

在肺隐球菌病尚可以应用此法检测痰液、胸腔积液、支气管肺泡灌洗液中的抗原。

一般说肺隐球菌病患者血清抗原阳性率不高，但在HIV / AIDS合并肺隐球菌感染时，抗原检测阳性率可达99%。

脑膜炎患者脑脊液抗原的阳性率达92%，血清的阳性率为75%，抗原检测阳性者最好同时通过培养分离隐球菌进一步加以确认。

肺隐球菌病需要与细菌性肺炎、肺结核和其他肺部感染性疾病、肺癌包括转移性肺癌、结节病等相鉴别。

唯一可靠的鉴别方法是组织病理学和微生物检查。

## <<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

### 编辑推荐

《侵袭性肺真菌病影像学图集》收集了60余例侵袭性肺真菌病的影像资料，涉及的疾病包括：侵袭性肺曲霉病、肺隐球菌病、侵袭性肺念珠菌病、肺孢子菌病、肺毛霉病和我国罕见的肺组织胞浆菌病；《侵袭性肺真菌病影像学图集》为临床医师提供一个读片的机会，使读者认识侵袭性肺真菌病影像学表现的多样性，并寻找一定的规律。

<<侵袭性肺真菌病影像学图集>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>