

左下肺三重混合癌一例

王永斌 马小敏 李传旺

【中图分类号】R734.2 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2001)04-0277-02

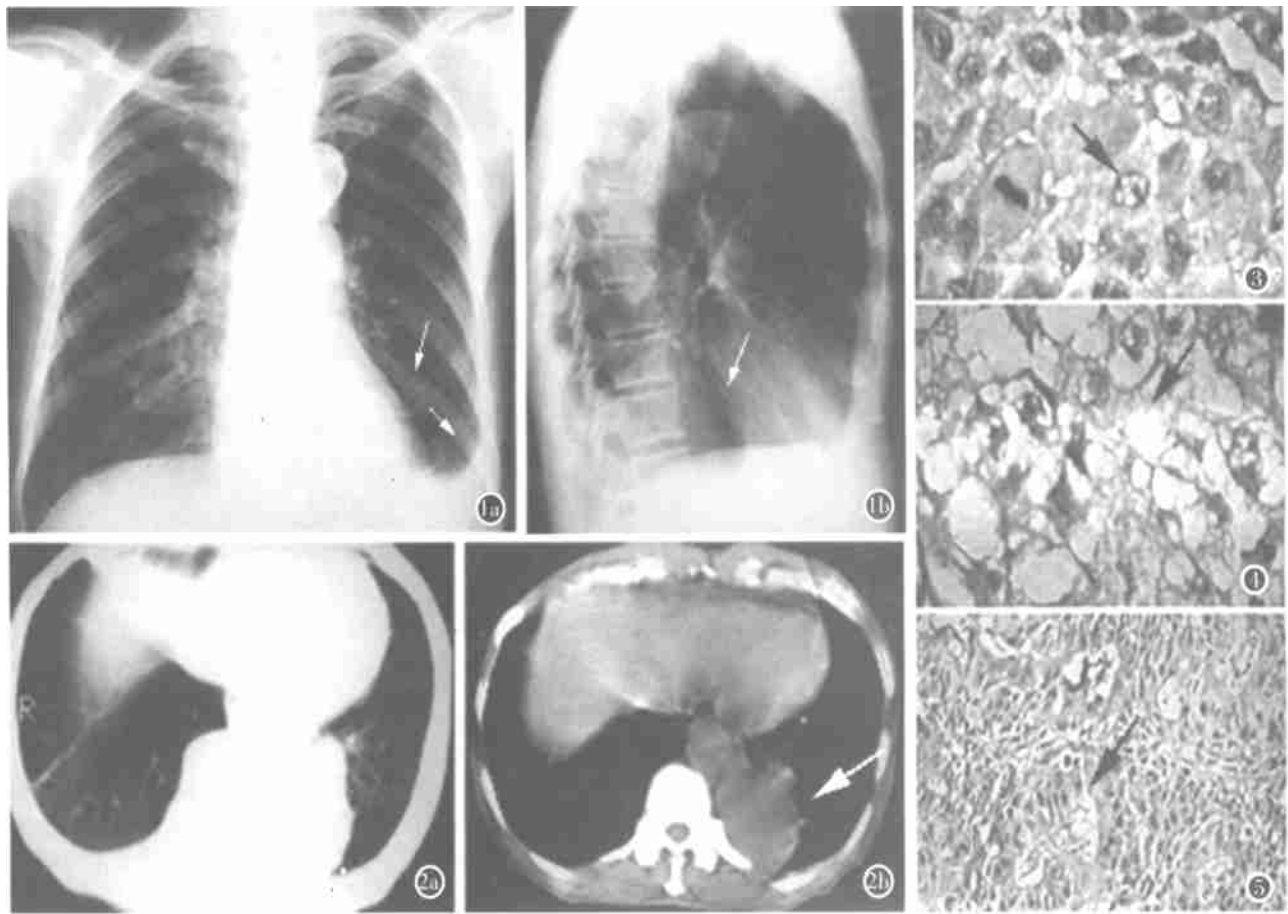


图 1 胸正侧位片：左下肺后基底段一大块约 5cm×6cm×8cm 团块状阴影，密度均匀，边缘不清，左心缘呈双边影，左肋膈角变钝。图 2 CT 示左肺下叶后基底段一片状阴影范围大小约 6.8cm×5.2cm，病灶边缘欠光整。图 3 (HE 染色×400) 中分化鳞癌区，瘤细胞多边形，可见细胞间桥，核异型明显，核大小、染色深浅不一，部分瘤细胞可见粗大的核仁。图 4 (HE 染色×400) 透明细胞癌，瘤细胞呈片状排列，境界不清，细胞大，多角形或椭圆形，胞浆透明。图 5 (HE 染色×100) 低分化腺癌，瘤细胞排列为实性及腺腔样结构，细胞排列紊乱，可见明显核异型，腺腔内可见少量粘液样物。

患者，男，71 岁。反复咳嗽、咳血丝痰 1 年，伴进行性消瘦。无畏冷、低热、盗汗等不适，体检无明显阳性体征。胸部正侧位片示左下肺后段一大块约 5cm×6cm×8cm 团块状阴影，密度均匀，边缘不清；左心缘呈双边影，左肋膈角变钝。X 线意见：①左下肺炎性假瘤合并左侧胸腔少量积液？②左下周围型肺癌并左侧胸腔少量积液？CT 及 MRI 示左下叶后段炎性假瘤可能。

手术所见：左下肺后基底段一肿物约 6cm×7cm×8cm，质地较实，左胸腔血性积液约 800ml。

病理：左下肺腺鳞癌，部分透明细胞癌(周围型)。癌组织侵及脏层胸膜，支气管旁淋巴结转移。

讨论 在肺的同一原发性癌肿内出现了两种或两种以上不同细胞类型癌的混合存在，称为肺原发性混合癌(Pulmonary primary mixed carcinoma, PPMC)^[1]。国外文献报道 PPMC 的发生率为 5%~10%，而国内报道一组 PPMC 的发生率分别为 3.4%、1.96%，且三重混合癌发生率 0.3%^[2]。本例的临床及胸部影像学表现与肺癌其它类型无明显差异，诊断较困难。术后病检是获得肯定诊断的主要措施。PPMC 有侵袭力强、早期转移、进展猛烈等低分化癌特征，预后极差^[3,4]。本例术后 4 个月因广泛转移而死亡。

作者单位：364000 福建省，龙岩市第一医院放射科
作者简介：王永斌(1975~)，男，福建上杭人，医师，主要从事呼吸系
统放射学诊断和研究。

参考文献

- 1 张海, 叶明福, 高广正. 肺原发性混合癌 7 例临床病理分析[J]. 第三军医大学学报, 1999, 21(11): 808-812
- 2 佟玉筠, 蔡执敏. 13 例肺原发性混合癌的外科疗效分析[J]. 首都医科大学学报, 1997, 18(1): 82-84.
- 3 彭延生, 蔡执敏, 潘晓东, 等. 223 例肺腺鳞癌的外科治疗分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1991, 14(3): 165.
- 4 黄志英, 徐佩钦, 周冕. 1286 例支气管肺癌病理变化与预后[J]. 结核病与肺部肿瘤, 1988, 3(1): 9.

(2000-12-18 收稿)

• 短篇报道 •

脾脓肿一例

袁希 龚红萍 董道先

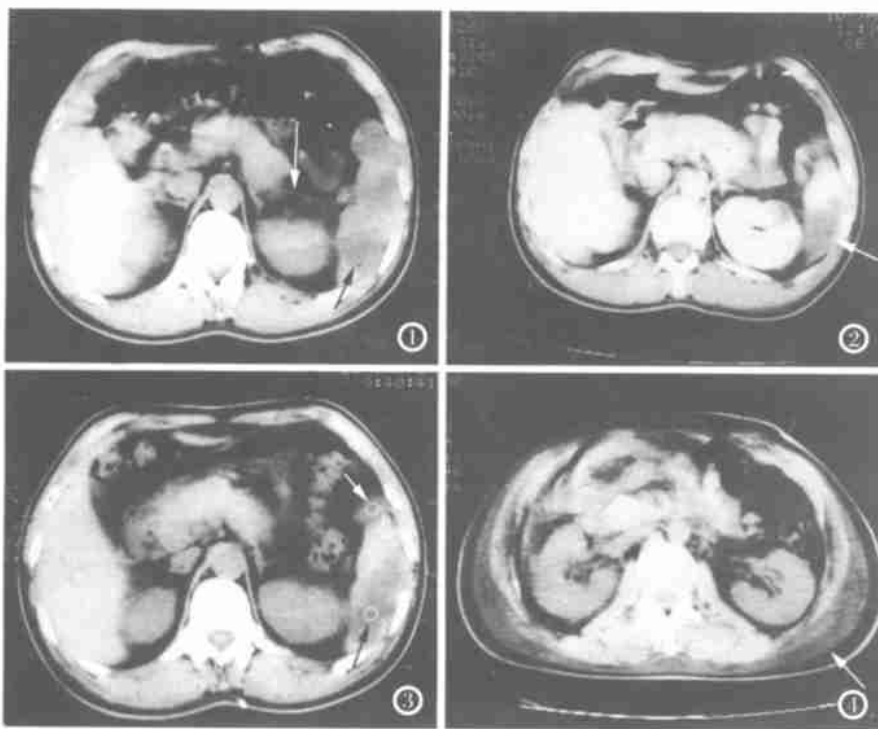
【中图分类号】R657.6⁺ 1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)04-0278-01

图1 脾下极片状低密度灶,周围未见积液,左肾前筋膜增厚。图2 增强扫描见脾内低密度灶无强化,肾实质内有类似的密度灶。图3 抗炎10天后CT平扫复查,脾内病灶与前类似。图4 脾切除后,CT复查见皮下水肿明显。

患者,男,31岁。不规则发热13天,伴左腹痛入院。体检: T 39.5℃,神志清楚,精神差。全身皮肤可见散在瘀斑。心率88次/分,律齐,双肺未闻及干湿罗音。左腹压痛,肝脾未扪及。血常规: WBC $2.71 \times 10^9/L$, N 0.94。骨穿发现中毒颗粒。B超提示脾下极可见约 $3.22 \text{ cm} \times 7.3 \text{ cm}$ 低回声团,边界清晰,内见不规则片状无回声区。CT初次平扫见脾增大,下极低密度灶,截面约 $3.2 \text{ cm} \times 7.3 \text{ cm}$, CT值 25.8HU,左肾前筋膜增厚,肾前间隙

无积液。双侧胸腔积液,左侧相对较多。增强后脾下极低密度灶无明显强化。抗炎10天CT平扫复查病灶无明显变化。血、尿细菌培养均阴性。外科手术脾切除,病理检查为脾脓肿。后病人症状加重,7天后再次CT平扫复查见胸腔积液增多,皮下水肿明显,肠壁僵硬,肠间隙变模糊,最终病人死亡。

讨论 脾脓肿多发生于全身感染、败血症患者。临床常有高热、寒战、白细胞计数升高,60%的病人有腹痛,具备一般感染特征。脓肿早期没有液化时,应注意与脾肿瘤鉴别。典型病例有脓肿壁强化和灶周水肿。感染向周围浸润,进一步可见左肾前筋膜增厚、左肾及左肾周受累,并且常有左侧胸腔积液及膈肌增厚^[1]。若病灶内见到气液或液-液平面,则为特征性表现^[2]。本例结合影像学表现、临床症状,诊断不难。

本病例作者体会到:①脾脓肿临床症状无特异性,CT检查对鉴别诊断有重要价值;②左肾前筋膜增厚是炎症直接浸润所致,病情加重时可同时累及左肾;③左侧反应性胸腔积液,增强可见膈肌强化,往往提示膈下感染存在,有利于鉴别诊断;④当胸腔积液增多,广泛皮下水肿,提示病人症状加重,是危险信号。

脾是重要的免疫器官,手术切除后,抵抗力进一步减低,加上手术创伤大,患者恢复较难。对于此类患者选择CT引导下脓肿穿刺引流,效果可能更好,这有待于进一步探讨。

参考文献

- 1 周康荣. 腹部CT[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 476-478.
- 2 李果珍. 临床CT诊断学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 93-94.

(2001-01-08 收稿)

作者单位: 430050 湖北省, 武汉市第五医院放射科CT室(袁希、董道先); 中心诊断室(龚红萍)

作者简介: 袁希(1970~), 男, 湖北人, 住院医师, 主要从事CT诊断工作。