

少误诊起着重要作用。但这只是针对纵隔型肺癌的某种情况而言,对于某些未分化癌,主要是小细胞肺癌,其原发肿瘤不易发现,一般无阻塞性肺炎或肺不张,却有较大的纵隔淋巴结转移^[1]。我们遇到 1 例患者因吞咽困难 4 个月就诊,有痰中带血史,但胸部正侧位片未见异常(图 1、2),曾以食道癌行手术,因麻醉意外未成功。后经多次食管钡餐透视、胃镜及 CT 检查,见食道中下段有长约 7cm 的食道狭窄,壁略僵硬,但粘膜显示良好,未见中断破坏(图 5),CT 示心脏后方有一团块状病灶,与食道毗邻,形态欠规则(图 6)。拟诊为食道平滑肌瘤或纵隔异位肿瘤,再次手术,病理诊断为小细胞肺癌淋巴结转移。本组另外 3 例皆误诊为淋巴瘤。4 例误诊原因主要是:①无阻塞性肺炎或肺不张,肺内未见肿块或肿块紧贴于纵隔。②读片时过于重视纵隔增宽。③病人仅有一般呼吸道症状,无明显痰中带血史(3 例);④对淋巴瘤认识不足,胸内淋巴瘤可单独发生,但常为全身病变的一部分,最常累及纵隔及肺门,尤以血管前间隙最多见^[5]。3 例患者均无此特点。⑤忽视及早行 CT 检查及纤支镜检查或活检。

纵隔型肺癌有些形似纵隔肿瘤,断层摄影或 CT 检查可有助于发现支气管的狭窄或阻塞及不张的肺叶,从而有助于肺癌的诊断。出现肺不张,可见膈肌升高,气管旁线增厚。纵隔肿瘤的外缘往往光整,而临近纵隔的周围型肺癌侵及纵隔时,可见肺门浸润,有条索状影通向肺门,其外缘往往毛糙。纵隔型肺癌常可见局部肺纹理的稀疏,而纵隔肿瘤很少有肺纹理的改变。纵隔型肺癌侵及纵隔,使纵隔粘连固定,不会随吞咽而活动,靠近大气管的纵隔肿瘤可随吞咽上下移动。

纵隔型肺癌在影像学诊断方面除了与纵隔肿瘤鉴别外,还应和纵隔脓肿,纵隔血肿以及纵隔淋巴结结核等鉴别。纵隔脓肿多源于食管穿孔或继发于外伤手术及临近器官的感染,CT 检查可见外缘模糊不清、内壁不光滑的厚壁软组织肿块,由于积脓积气,常见液平,脓肿壁可出现环状强化。纵隔内结构界面模糊,临近器官可有受压变形移位。纵隔血肿的外伤及手术史明确,病变区密度稍高,液化时密度减低,中心不强化,可见边缘强化,合并感染时,可有脓肿的部分征象。纵隔淋巴结结核,以右侧纵隔、腔静脉后和隆突下为主,不同于淋巴瘤的大血管前淋巴结肿大,结核的淋巴结增强时呈环形强化、中间低密度也与淋巴瘤平扫时的中间低密度有着不同。

综上所述,提高对纵隔型肺癌的认识,综合分析病史以及运用各种影像学检查手段辅以必要的病理学检查,完全可以及早作出正确的诊断,避免治疗上的延误。

参考文献

- 1 荣独山. X 线诊断学(第 2 版):胸部. 上海:上海科学技术出版社, 1993. 141.
- 2 上海第一医学院《X 线诊断学》编写组. X 线诊断学:胸部. 上海:上海人民出版社, 1976. 113.
- 3 吕剑, 魏玲, 钱铭辉. 肺癌的特殊类型——纵隔型肺癌的诊断与探讨. 实用放射学杂志, 1996, 12(8): 490-491.
- 4 周新华, 赵泽刚, 谢汝明. 纵隔型肺癌的影像学诊断——附 10 例 X 线、CT 分析. 结核病与胸部肿瘤, 1996, 1: 20-21.
- 5 许达生, 陈君禄, 黄兆民, 等. 临床 CT 诊断学——CT 诊断要点、少见征象与误诊分析. 广州:广东科技出版社, 1998. 151-153.

(2000-12-12 收稿)

颈₄₋₅硬膜动静脉畸形一例

• 短篇报道 •

胡洪斌 武明泽 蔺兴建

患者,男,47岁,因右肩背痛伴右上肢瘫6小时入内科。查体:颈部略抵抗,克氏征(-)。右侧 C₅-T₁ 痛觉消失,左侧 C₅-T₆ 及右侧 T₃-T₆ 痛觉减退,触觉正常。右上肢肌力 0 级,余肢体肌力 V 级,肌张力正常。病理反射未引出,右上肢腱反射未引出。临诊断: C₅-T₆ 血管病变,占位?

CT 平扫:于 C₃ 下缘至 C₅ 下缘层面椎管内髓外见新月形低密影(与脊髓比较),边缘尚清,最大断面 1.5cm × 1.5cm,脊髓横径变小并向左侧移位(附图)。CT 诊断: C₄₋₅ 椎管内髓外位。

虽经对症治疗,但病情仍加重并形成



图 1 椎管内髓外见新月形低密影,大小约 1.5cm × 1.5cm,脊髓横径变小并向左侧移位。

硬瘫,考虑椎管内出血压迫脊髓,转入外科急诊手术:咬除 C₄₋₅ 棘突、椎板,见 C₄₋₅ 椎板膨胀、变薄,于硬膜外右侧方及侧前方见暗红色血肿,放出积血约 18ml,见团状血管。电凝团状血管,结合明胶海绵压迫止血,出血停止,硬膜囊搏动恢复。术后诊断: C₄₋₅ 硬膜动静脉畸形(AVM)破裂。

讨论 硬膜 AVM 是脊髓 AVM 的一种,为胚胎初期原始血管发育异常所致,男性多见,以中老年居多,最常发生于胸腰段,其次为胸段,颈段较少。畸形血管的范围和大小不同,或蜷曲成团,或累及很长一段脊髓。多发生于脊髓背侧,可引起脊髓受压、缺血、出血或血栓形成,常以疼能起病,随后出现肢体无力以及括约肌功能障碍,手术治疗效果较好,而确诊有赖于血管造影。(2000-03-01 收稿)

作者单位:湖北省老河口第一医院 CT 室

作者简介:胡洪斌(1968-),男,湖北鄂州人,主治医师,主要从事放射诊断工作。