

探讨“手套征”在肺癌中的诊断价值

李言文, 鲁强

【摘要】 目的:探讨“手套征”在肺癌中的诊断价值。方法:回顾性分析 15 例经手术病理证实的伴有手套征样改变的肺癌患者的平片及 CT 表现。结果:15 例中单纯手套征样病灶 4 例,气管支气管腔内结节合并手套征样病灶 2 例,肺门结节或肿块合并手套征样病灶 9 例。15 例均经手术病理证实,其中 9 例鳞癌,5 例小细胞肺癌。1 例腺样囊性肺癌。结论:“手套征”在肺癌中具有重要的诊断价值。

【关键词】 肺肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 手套征

【中图分类号】 R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2006)06-0566-03

Evaluation of “Glove Sign” in the Diagnosis of Lung Cancer LI Yan-wen, LU Qiang. Department of Radiology, Yuncheng People's Hospital, Shangdong 274700, P. R. China

【Abstract】 Objective: To evaluate the “glove sign” in the diagnosis of lung cancer. **Methods:** 15 postoperative patients with glove sign displayed on X-ray films and CT imagings were analyzed retrospectively. **Results:** Of 15 cases with glove sign, simple glove sign was seen in 4 cases, glove sign with node in cavity in 2 cases, glove sign with node or mass of lung hilus in 9 cases. Of 15 cases confirmed by pathology, 9 cases were classified into squamous cell carcinoma, 5 cases small cell lung carcinoma and 1 case adenoid cystic carcinoma. **Conclusion:** Glove sign shows important value in diagnosing lung cancer.

【Key words】 Lung neoplasms; Tomography, X-ray computed; Glove sign

材料与方 法

搜集 15 例 CT 表现伴有“手套征”的肺癌患者临床资料,其中男 9 例,女 6 例,年龄 34~80 岁,平均 50 岁。临床表现:2 例无任何症状,查体发现;13 例有刺激性咳嗽咳血,或痰中带血。病程为 1 个月~1 年,平均 2~3 个月。所有病例均经手术病理证实,其中鳞癌 9 例,小细胞肺癌 5 例,腺样囊性肺癌 1 例。

采用西门子 Maconi 8000 型 CT 机,行常规胸部 CT 扫描,电压 120 kV,电流 185 mA,层厚 7.5 mm,层距 7.5 mm,对病灶进行 HRCT 扫描,层厚 1.25 mm,电压 140 kV,电流 111 mA,并常规进行了矢状面和冠状面的多层重组,其中 10 例做团注增强扫描。

结 果

单纯“手套征”样病灶(图 1)4 例,2 例位于右肺上叶前段,1 例位于右肺下叶外基底段,1 例位于左肺上叶尖后段。1 例查体发现,3 例临床上有咳嗽咳血 1~2 个月。1 例直接手术切除为小细胞肺癌,3 例动态观察 3 个月~1 年,病灶由“手套征”演变成不规则软组织肿块,再进行手术切除,其中 2 例鳞癌,2 例小细胞

肺癌。

腔内结节型合并手套征样病灶(图 2)有 2 例,1 例腔内结节位于右上叶支气管内,1 例结节位于左上叶前段支气管内。2 例临床上有刺激性咳嗽咳血 1~2 个月,后均手术切除,1 例鳞癌。1 例腺样囊性肺癌。

肺门结节/肿块合并“手套征”样病灶(图 3)9 例。“手套征”3 例位于右上叶亚段支气管内,2 例位于右肺下叶各基底段,1 例位于左肺上叶尖后段,3 例位于左肺下叶各基底段。9 例临床上均有刺激性咳嗽咳血 1~7 个月,均手术切除,6 例鳞癌,3 例小细胞肺癌。

讨 论

“手套征”指黏液或感染性分泌物滞留支气管腔内不能排除,从而形成黏液栓堵塞支气管,在影像上表现为分枝状指状或主干指向肺门的“Y”字型高密度影,或者尖端指向肺门的“V”字型高密度影。

主要病理改变:支气管近端阻塞或支气管壁炎症,导致支气管腔内粘稠分泌物滞留,支气管扩张,所形成黏液栓。

常见原因:一类是支气管近端阻塞,先天性支气管闭锁,支气管腔内良恶性肿瘤,肉芽肿,异物等或者腔外压迫;另一类是支气管壁炎症,常见于反复肺部感染、支气管炎、支气管哮喘、过敏性霉菌病等。

“手套征”作为中央型肺癌影像诊断中的一个间接

作者单位:274700 山东,郓城县人民医院放射科(李言文);252600 山东,聊城第二人民医院 CT 室(鲁强)
作者简介:李言文(1971-),男,山东聊城临清市人,主治医师,主要从事骨关节及呼吸系统影像诊断工作。

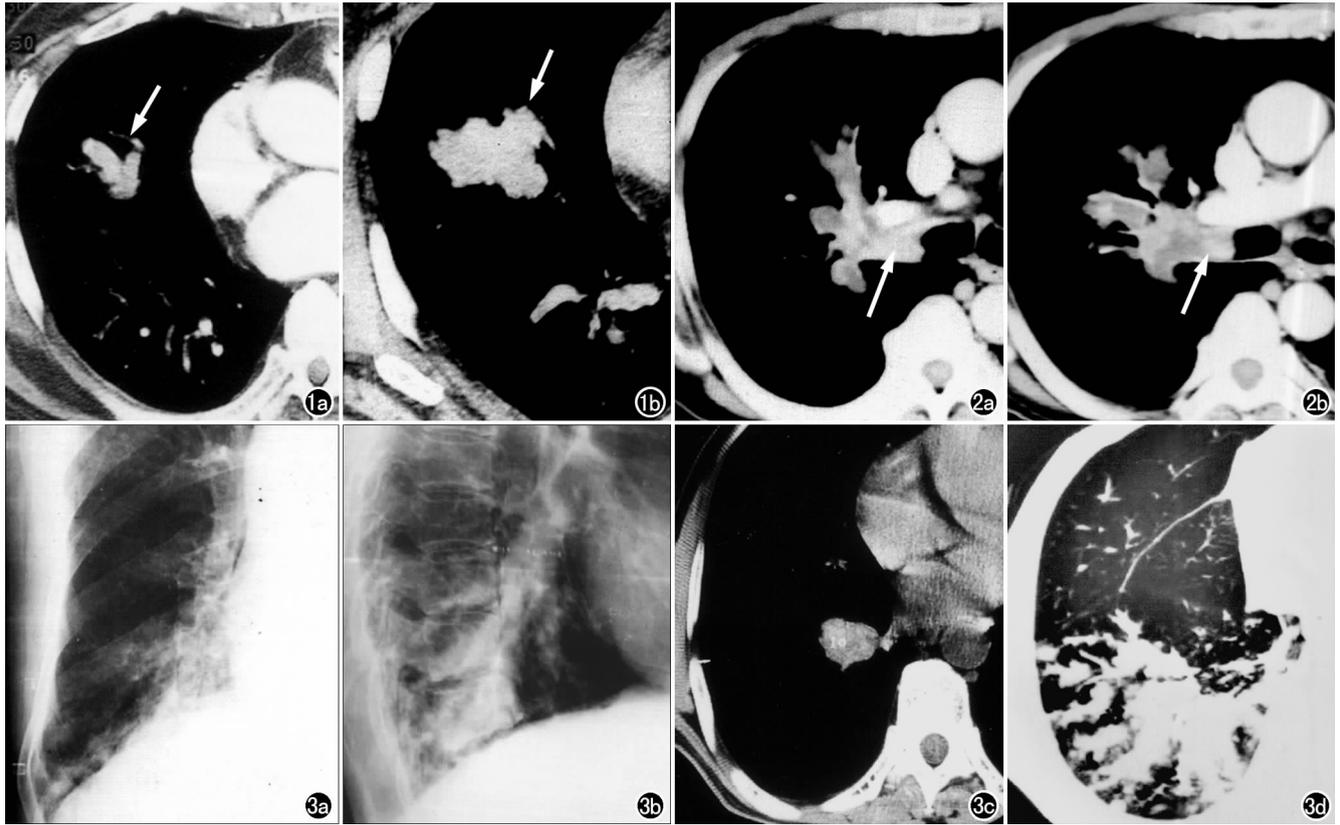


图1 男,79岁,小细胞肺癌。a) CT示右肺中叶外侧段“手套征”样病灶(箭),增强前后CT值均为25 HU,未见强化; b) 3个半月后复查,示病变呈3 cm×4 cm大小的不规则软组织肿块(箭)。图2 男,52岁,刺激性咳嗽咳血2个月余,鳞癌。a) CT增强扫描示右肺上叶距主支气管开口2 cm有一个腔内结节(箭),边界光整,紧贴支气管后壁,病灶均匀强化; b) CT示上叶前后段及尖段支气管腔内分支状黏液栓(箭),呈“手套征”。图3 男,56岁,刺激性咳嗽咳血1个月余,鳞癌。a) 正位胸片; b) 侧位胸片; c) CT纵隔窗; d) CT肺窗。均发现右肺门肿块,右肺下叶后基底段支气管腔内可见分支状黏液栓,呈“手套征”。

征象,并不常见。典型表现:支气管近端腔内结节或肿块,伴远端“手套征”。支气管远端腔内黏液栓,新形成的黏液栓密度较低,介于水于软组织之间,CT值在15~30 HU,容易和病灶区分。陈旧黏液栓干枯变硬,密度较高,CT值在40~80 HU,不易和病灶区分,但增强扫描,病灶强化,黏液栓不强化,则不难诊断。

早期中央型肺癌,腔内结节比较小,仅表现为“手套征”,诊断就比较困难了,容易误诊为支气管腔内黏液嵌塞症或先天性支气管闭锁等。本组病例有2例就误诊为支气管腔内黏液嵌塞症,经过2~3个月动态观察,病灶由“手套征”演变成不规则软组织肿块,才明确诊断。可见“手套征”在早期中央型肺癌中的诊断价值。

早期中央型肺癌,指癌组织局限于支气管壁与腔内,无淋巴结或远处转移,依其生长方式分为结节型,浸润型和结节浸润型。

腔内结节型:多为鳞癌,其次腺样囊性癌。多发生于叶支气管或主支气管内,表现为腔内结节状,息肉状肿物,圆形椭圆形,边缘光整,密度均匀,宽基底附着管

壁(多位于后壁),一般与管壁呈钝角相交,局部和邻近管壁受浸润,所致局限性管壁增厚,增强扫描,病灶均匀强化。腔内结节型较早就可引起支气管阻塞性改变,常见于阻塞性肺炎,肺不张。阻塞性肺气肿不常见,阻塞性支气管腔内黏液栓——“手套征”亦很少见。当支气管腔内是新鲜黏液栓时,密度较低,平扫加增强扫描,黏液栓与病灶有明显密度差异,很容易区分。如果支气管腔内是陈旧黏液栓时,与病灶等密度,则不易区分,增强扫描,病灶均匀强化,黏液栓不强化。因此,对于此类型,仅表现为“手套征”病灶,应在平扫加增强扫描时,应多处测量CT值,看病灶CT值有无变化。

浸润型:多为小细胞肺癌,癌组织沿支气管黏膜依长轴方向浸润生长,可向近端或远端蔓延浸润,造成支气管长段狭窄,影像上表现支气管壁增厚,狭窄或闭塞,其早期可合并肺内继发改变:以阻塞性肺炎,肺不张多见。阻塞性肺气肿不常见,阻塞性支气管腔内黏液栓并不多见。因此,此类型无腔内结节,仅表现支气管壁增厚,狭窄或闭塞,支气管腔内新鲜黏液栓与病灶

有明显密度差异,很容易区分;陈旧黏液栓时,与病灶等密度,则不易区分,影像上仅表现呈“手套征”的软组织密度影,诊断困难,可对病灶进行增强扫描,或作纤支镜穿刺活检;确实不易诊断的,可进行手术切除;亦可进行动态观察2~3个月,看病灶大小及形态的变化,再进行手术切除。

中央型肺癌晚期:癌组织穿过管壁向外发展形成肺门肿块,伴支气管阻塞性改变,以阻塞性肺炎,肺不张多见,阻塞性支气管腔内黏液栓——“手套征”少见。肺门肿块,再加上远端“手套征”为肺癌典型表现,很容易和其它病变相鉴别,作出肺癌的诊断。

总之,支气管腔内结节或周围肿块,伴远端“手套征”,诊断肺癌还比较容易;仅表现呈“手套征”的病灶,应慎重考虑,不要把早期肺癌漏诊了。

参考文献:

- [1] 殷泽富. 胸部CT诊断学[M]. 山东:山东科学技术出版社,1996. 102-103.
- [2] 李果珍. 临床CT诊断学[M]. 北京:中国科学技术出版社,1994. 324-325.
- [3] 李铁一. 中华影像学(呼吸系统卷)[M]. 北京:人民卫生出版社,2003. 190-192.

(收稿日期:2006-06-27)

· 病例报道 ·

原发性腹膜后黏液性囊腺瘤一例

石林平, 魏从全

【中图分类号】R815 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)06-0568-01

病例资料 患者,女,36岁。体检发现左侧腹膜后包块,伴恶心、厌食、心慌。查体阴性,实验室检查均正常。

B超:左肾下极前外侧囊性包块,与脾脏、胰腺无明显关系。静脉肾盂造影(intravenous pyelography, IVP):双侧肾分泌功能及形态、位置正常,左侧输尿管中上段受压向内侧移位改变(图1)。

CT平扫:左肾下极前外侧见一7.8 cm×8.2 cm囊性低密度影,CT值为8 HU,边缘光整,与左肾下极及腹腔其它脏器分界清楚,左肾下极受推挤内上移(图2)。CT诊断:左腹囊性包块,来自腹膜后可能性大。

手术所见:囊肿位于腹膜后肾脏下方,大小约11 cm×10 cm×8 cm,囊壁光滑完整,界限清,与周围无粘连。钝性分离囊肿,遇条索状物予以结扎后剪断。游离囊肿后,穿刺抽出部分囊液后完整移出囊肿,囊液为褐色,稍粘稠。病理检查:囊肿大小为11 cm×10 cm,壁厚约0.1~0.2 cm,内容为淡褐色粘性液体,壁内外光滑,其中可见绿豆大小突起物粘性。病理诊断:左腹膜后黏液性囊腺瘤(图3)。

讨论 原发性黏液性囊腺瘤常发生于卵巢、阑尾、胰腺,偶见于肾和胆囊、肝脏,但发生于腹膜后罕见。近12年来国内文献报道仅3例。综合文献报道,发生于腹膜后黏液性囊腺瘤者多为女性。此类肿瘤的组织发生机理尚未完全清楚,可能是在胚胎发育过程中性腺下降时由腹腔上皮衍化而来,或由腹膜包涵性囊肿中的间皮细胞化生、腹腔上皮化生或黏液上皮化生而来^[1]。这些化生性和肿瘤性病变在各个方面均与发

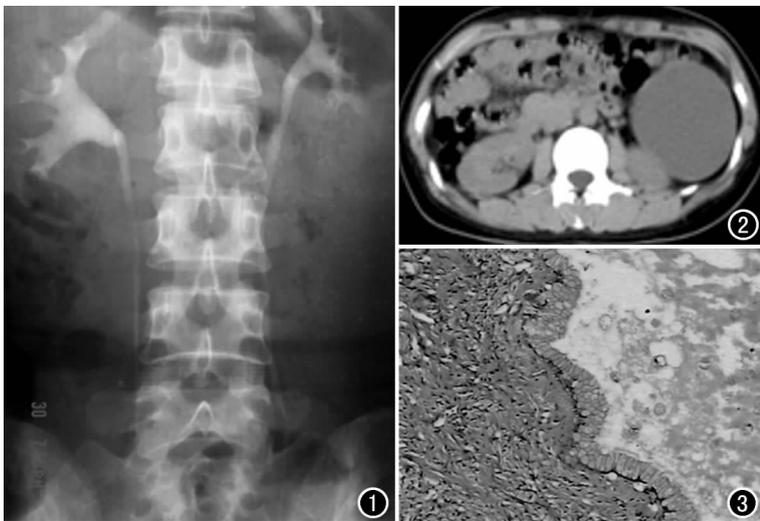


图1 IVP示左侧输尿管中上段受压向内侧移位。图2 CT示左肾下极前外侧一囊状低密度影,壁及边缘光整,与左肾下极分界清楚。

图3 病理片示囊壁被覆单层黏液上皮,其下为纤维结缔组织,囊内见大量黏液。

生在卵巢、子宫或女性生殖道其它器官的病变相似^[2]。该例腹膜后黏液性囊腺瘤CT表现类似于腹膜后囊肿、腹膜后囊性畸胎瘤,鉴别诊断很困难,主要依靠病理组织学检查来确诊。

参考文献:

- [1] 毕建威,魏国,王汉涛,等. 腹膜后黏液性囊腺瘤1例报告[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(1):27.
- [2] Rosai J. 腹膜、腹膜后间隙及相关结构[A]. 戴林,回允中. 见:回允中. 阿克曼外科病理学(下卷)[M]. 沈阳:辽宁教育出版社,1999. 2146.

(收稿日期:2006-01-13 修回日期:2006-02-15)

作者单位:430061 武汉,武警湖北总队医院放射科

作者简介:石林平(1975-),男,浙江浦江人,医师,主要从事普通放射和CT诊断工作。