

32 例急性局灶性肿块样肺炎临床及影像学表现分析

罗惠秀 冷向北

(江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词:急性局灶性肿块样肺炎;临床分析;影像学表现

中图分类号:R 563.1⁹

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0060-02

1 材料与方 法

回顾性分析我院 1990 年 4 月~2002 年 5 月急性局灶性肿块样肺炎 32 例。32 例中 22 例有胸部正侧位片,10 例有正位胸片;32 例均有胸部 CT 片。24 例初步诊断周围性肺癌,8 例诊断不明确。

1.1 临床资料 病例 32 例,男 23 例,女 9 例;38~49 岁 5 例,50~84 岁 27 例。表现有咳嗽咳痰 14 例,痰中带血 10 例,发热 6 例;无临床症状(体检发现)8 例。抽烟史 600 支/年以上 27 例。白细胞总数 $4.4 \times 10^9/L \sim 9.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞为 0.63~0.76。

1.2 影像学表现病灶部位 贴近胸膜及沿支气管血管束分布 24 例,两肺下叶背段或后基底段 20 例,右中叶 3 例,左舌叶 1 例。病灶大小:病灶直径 1.0~1.9cm 者 5 例,2.0~4.0cm 者 24 例,4.5cm 者 3 例。病灶形态和密度:(1)21 例形状规则结节,边缘清楚,密度均匀;(2)7 例不规则结节,边缘较清楚,边缘有较柔较长毛刺,密度均匀;(3)4 例不规则结节,边缘不清楚,磨玻璃样密度。

2 治疗结果

32 例均经抗感染治疗病灶完全吸收,吸收时间最短 1 周,最长 5 周。使用青霉素钠+氨苄西林 5 例,青霉素钠+哌拉西林 7 例,头孢唑啉 12 例,头孢噻肟钠 5 例(其中 1 例用进口凯福隆),头孢曲松 2 例,氧氟沙星 1 例。32 例中 2~3 周病灶完全吸收 28 例,4~5 周完全吸收的 4 例。

组研究显示,56 例乳头状泌尿上皮癌 PTEN 失表达率为 30.4%,其中 I 级失表达率仅为 6.25%,II 级失表达率为 25.0%,III 级失表达率高达 62.5%,各级间的差异有显著的统计学意义($P < 0.01$)。PCNA 是和细胞周期有关的 3kd 的核蛋白,李庆元等报告 PCNA 在膀胱癌表达的阳性率为 35.9%,与肿瘤分级呈高度正相关^[9]。本组研究显示 PCNA 的阳性表达率为 57.1%,各级间的差异有显著的统计学意义。

由乳头状叶片构成的泌尿上皮肿瘤称乳头状泌尿上皮(移行细胞)癌,本肿瘤表现为结构异常和不同程度细胞核的不典型性。据此将肿瘤分为 I~III 级。乳头状泌尿上皮肿瘤的分类和分级都显示肿瘤进展情况及恶性程度的不同。其分级一般依靠诊断医生光镜下观察肿瘤结构异常和不同程度细胞核的不典型性,主观性较强,且易受切面等可能导致细胞层次增多、核分裂位置和核极向消失的错误印象。我们发现 PTEN 的失表达率在 I 级乳头状泌尿上皮癌仅为 6.25%,阳性表达都为 ++~+++;而在 III 级乳头状泌尿上皮癌 PTEN 的失表达率高达 62.5%,阳性表达均为 +;PCNA 在乳头状泌

3 讨论

本组病例年龄在 38 岁以上,24 例有临床症状,8 例无症状,痰中带血 10 例,抽烟史 600 支/年以上 27 例,白细胞总数及分类正常。胸片及 CT 表现为结节影,故临床及影像上很难与周围型肺癌鉴别。如考虑到局灶性肺炎可抗感染治疗后复摄胸片以观察病灶的动态变化。治疗 1 周病灶部分吸收,2~3 周病灶完全吸收,则诊断局灶性肿块样肺炎明确。

在局灶性肿块样肺炎与周围型肺癌鉴别诊断时,抗感染时间不宜过长,一般 2~3 周复查,最多不应超过 4 周,否则易延误诊断时间^[1]。据文献报道,局灶性肿块样肺炎好发部位为两肺下叶背段或后基底段,且多贴近胸膜^[1]。本组 32 例中有 24 例(占 75%)贴近胸膜,20 例(占 62%)分布于两肺下叶背段或后基底段,与文献相符。局灶性肿块样肺炎影像形态多为较规划的结节影,边缘较清楚,密度较均匀,这与一般性肺炎不同,可能与局灶性肿块样肺炎的分布部位和主要肺泡(肺腺)炎而非叶或段性炎症有关。肺炎的影像是结节(腺泡)、斑片(小叶)、大片状阴影。肺段、肺叶阴影,肺段或肺叶阴影内可见支气管气像,病灶沿支气管血管束分布。局灶性肿块样肺炎的形成可能是肺炎性渗出沿肺泡孔向上下、左右、前后均匀扩散,形成各径线相等的炎性病灶,CT 表现为孤立性结节或肿块样阴影,大多数直径 2~5cm^[2]。

急性局灶性肿块样肺炎与周围型肺癌,在临床与影像学鉴别比较困难。一般临床医生见到影像学表现为肿块征象,习

尿上皮癌 I 级的表达率为 25.0%,阳性表达为 +;III 级表达率为 75.0%,++ 的表达率为 50.0%;两者负相关。

因此笔者认为 PTEN 作为一个抑癌基因结合 PCNA 的表达结果可以作为乳头状泌尿上皮癌分级的依据之一,可以增加分级的客观性,为临床治疗及预后提供指导。

参考文献

[1] Li J, Yen C, Liaw D, et al. PTEN, a putative protein tyrosine phosphatase gene mutated in human brain, breast, and prostate cancer [J]. Science, 1997, 275(5308): 1 943~1 947

[2] Kong D, Suzuki A, Zou T, et al. PTEN is frequently mutated in primary endometrial carcinomas [J]. Nat Genet, 1997, 17: 143~144

[3] 郭双平, 翟宇强, 王文亮, 等. 一种新的抑癌基因 PTEN 在肾细胞癌中的表达及生物学意义 [J]. 癌症, 2002, 21(6): 582~587

[4] 廖晓耘, 王颖, 骆丽, 等. 子宫内膜癌 PTEN 及 P53 蛋白的表达 [J]. 中华病理学杂志, 2002, 31(6): 539~540

[5] 李庆云, 杨明山, 杨伟. PCNA 及 bcl-2 基因在膀胱移行细胞癌组织中的表达及其意义 [J]. 肿瘤防治杂志, 2003, 10(8): 819~820

(收稿日期: 2004-06-14)

多层螺旋 CT 在尸检中的应用

蔡磊 王洪生 杨少平 王风云 杨展荣

(浙江省杭州市萧山区中医院 CT 室 杭州 311201)

关键词:尸检;多层螺旋 CT;临床应用

中图分类号:R 445.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01-0061-01

随着科技高速发展,影像诊断设备的功能和成像质量有很大提高。对于事故死亡的病人用多层螺旋 CT 扫描代替尸检,具有简单、快速的优点。在实际应用中受到法医的肯定,避免了不必要的医疗纠纷和尸体解剖。

1 材料与方 法

利用多层螺旋 CT 大范围扫描技术对创伤入院后死亡者进行扫描,共进行尸检 6 例:2 例女性,4 例男性。设备采用美国 GE LIGHTSPEED ULTRA 多层螺旋 CT 机,其每 360°转动速度 0.5 S,重建速度 0.5S,探测器为 16 排等宽稀土陶瓷探测器,每个探测器在 Z 轴方向有效宽度为 1.25mm,每旋转 360°可采集 8 幅图像。扫描后进行回顾性重建图像分析。回顾性重建是多层螺旋 CT 的优点之一,不论厚层还是薄层,每扫描一层,其扫描时间和患者接受剂量相同,在同等长度范围内,直接薄层扫描增加了扫描层数,也就增加了扫描剂量,受管球容量限制所以不能大范围应用,而回顾性重建获得薄层图像,解决了这一难题。扫描模式螺旋 1.0S,层厚 10mm,每旋转 360°进床 27mm,管电压 120KV,管电流 250mA,2.5mm 层厚回顾性重建。

2 结 果

6 例死者中,有 4 例死于心脏外伤,2 例死于脑损伤。CT 尸检的结果各方无异议,免了不必要的医疗纠纷,达到了有关部门尸检的要求。

3 讨 论

尸检是诊断死亡原因,检验临床诊断正确与否,治疗、抢救措施是否得力的最为重要手段之一。起初,征得家属的同意并主动付费后,我们用 CT 对张某进行尸检,效果较好,随后陆续开展了多层螺旋 CT 尸检的工作。1 例女性,蛛网膜下腔出血,脑挫裂伤,心包填塞,右侧多发肋骨骨折伴胸腔积

液,肺挫裂伤。另 1 例男性与前者死于同一次车祸中,左侧额面部多发骨折,挤压变形,气颅,脑挫裂伤,蛛网膜下腔出血。第 3 例男性,1 块 6cm×8cm 金属片从正面切入面部,深达颅底,颅底骨折,气颅,大量蛛网膜下腔出血。第 4 例男性,临床诊断原发脑损伤,CT 示蛛网膜下腔出血,双侧胸腔积液,左侧肋骨骨折,心包积液,纵隔结构不清。例 5 男性,挤压伤,CT 示颅脑无明显外伤改变,纵隔积气,右下肺静脉内有圆形低密度影,CT 值呈脂肪密度。CT 尸检得出的结果受到各方肯定,这样既避免了不必要的医疗纠纷,又可以满足部分家属不愿尸检的要求。以上资料显示,事故死亡原因多为心脏破裂引起心包填塞,重度脑损伤。应用现有的 CT 成像技术,可以全面的查证这些病理改变,明确患者的死亡原因^[1]。

另外,对于多发创伤的危重病人,检查不全面而漏诊,检查时只注意某一部位或某一方面而忽视了另一些部位和方面^[2]。利用多层螺旋 CT 快速扫描的优点,对头、胸腹部重要器官进行连续扫描,即可以对病人的情况做详细了解,避免漏诊或误诊。例如某男因车祸来院,经 CT 全身检查诊断心包填塞,紧急开胸探查,发现左心耳有 3 处破裂,缝合后患者生命体征平稳,继续治疗脑挫伤及其他部位损伤,如果不做体部 CT 还局限于脑损伤的诊断,患者将很快死亡。

综上所述,多层螺旋 CT 在尸检中应用有较高的价值,对于死亡后 CT 影像的法律效应,以及与活体影像诊断标准是否一致,有待于进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 钱晓慧,王风云,王洪生.全身 CT 扫描代替尸检解决医疗纠纷的尝试[J].实用医技杂志,2002,9(11):867
- [2] 陈新山,李立平,章诗伟.外伤后误诊误治死亡 5 例医疗纠纷分析[J].法律与医学杂志,2004,11(2):87

(收稿日期: 2004-08-11)

惯会考虑肺癌。局灶性肿块样肺炎的边缘多有较柔软的细长刺均匀地分布于灶周^[3]。而周围型肺癌因肿块生长速度不均等,瘤内疤痕影响及肿瘤浸润性生长和瘤周间质反应使边缘呈分叶状和(或)有细短毛刺^[4]。胸部 CT 亦可发现两者的不同,一般肺癌在相同的层面上肺窗与纵隔窗病灶大小相同,而肿块样肺炎纵隔窗较肺窗明显缩小。胸片及 CT 两者结合可提高急性局灶性肿块样肺炎诊断率,胸片是发现病灶的基础,CT 能更好的观察病灶的边缘和密度。由于 CT 分辨率较胸片高,CT 边缘有毛刺者在胸片上多表现为边缘模糊^[5],本组有 5 例胸片上表现边缘模糊,抗炎 2~3 周后病灶完全吸收,且能在临床工作中将胸片与 CT 结合起来可减少急性局

灶性肿块样肺炎误诊率。

参 考 文 献

- [1] 李铁一.急性单发局灶性肺炎的 CT 诊断[J].中华放射学杂志,1999,33(6):368~370
- [2] 李果.临床 CT 诊断学[M].北京:中国科学技术出版社,1994.317
- [3] 蔡萍,卓丽华,李研瑜.12 例局灶性肿块形肺炎的 CT 表现[J].第三军医大学学报,1998,20(3):268~269
- [4] Bouchardy LM,kuhlman JE,Ball WC Jr,et al.CT findings in bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (Boop)with radiographic,clinical,and histologic correlation [J].JComput Assist Tomogr,1993,17:352~357

(收稿日期: 2004-05-25)