

- [1] 龙振华. 实用梅毒学[M]. 北京: 中国人口出版社, 1966: 271.
- [2] 林宇, 陈涵强. 新生儿期先天性梅毒 28 例临床诊断和治疗[J]. 中国优生与遗传杂志, 1999, 7(3): 95-96.
- [3] 莫武桂, 刘先知, 潘新年, 等. 先天性梅毒并巨细胞病毒、风疹病毒感染 2 例[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(5): 529-530.

- [4] 金汉珍, 黄德珉, 宫希吉. 实用新生儿学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 359.
- [5] 黄海燕. 先天性梅毒 23 例分析[J]. 广西医学, 2005, 27(5): 715-716.

(收稿日期: 2007-08-20 修回日期: 2007-09-05)

周围型肺癌术前误诊为肺结核 34 例报告

廖勇 许建荣 韦鸣 唐际富 俸成钢 蔡青

(广西壮族自治区龙潭医院胸外科, 柳州市 545005)

【关键词】 肺癌; 肺结核; 误诊

【中图分类号】 R 521 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)12-1942-02

肺癌、肺结核的呼吸系统症状均有咳嗽、胸痛、咯血或血丝痰以及呼吸困难等, 且肺癌早期无论在临床症状方面或 X 线表现都缺乏特异性, 易误诊为肺结核, 对病灶在肺结核好发部位、病变发展缓慢的周围型肺癌更易误诊。我院胸外科 1985 年 12 月至 2007 年 3 月共收治周围型肺癌术前误诊为肺结核 34 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 34 例, 男 21 例, 女 13 例。年龄 30~75 岁, 平均 54.8 岁, 其中 60 岁以上患者 10 例, 50~60 岁 14 例, 50 岁以下 10 例。病例来源: 因症就诊 20 例, 外院转诊 10 例, 体检发现 4 例。有吸烟史 17 例。34 例患者在外院或本院首诊时均诊断为肺结核, 肺切除手术后病理确诊为肺癌。误诊时间 1~12 个月 (<1 个月 8 例, 1~2 个月 14 例, 3~6 个月 9 例, 6 个月以上 3 例)。临床症状及体征主要有咳嗽、痰中带血、胸痛、低热等, 无浅表淋巴结肿大, 无阳性体征。既往有肺结核病史 14 例。X 线胸部正、侧位片表现为周围型病灶, 为片状、云絮状及斑片状、条索状、小结节状阴影; 肺叶或肺段大片状模糊影, 肺门未发现肿块。经 20~120 d 抗结核治疗、观察、检查, 病灶阴影增大, 部分病例出现肺门纵隔淋巴结阴影, 初诊时病灶直径 1~2 cm, 确诊时 >2.0 cm 19 例, >3.0 cm 15 例。CT 扫描肺内可见明显的肿块形成。痰脱落细胞检查 34 例均阴性; 34 例纤维支气管镜检未见新生物, 刷检为炎症或慢性炎症 5 例, 纤支镜检灌洗液 CEA 阳性 5 例; 6 例经皮肺穿活检未发现癌细胞; 34 例连续 3 次痰涂片抗酸杆菌阴性; 结核菌素纯蛋白衍化物 (PPD) 试验强阳性 3 例, 一般阳性 25 例, 阴性 6 例。

1.2 手术原因 病灶阴影 (空洞或结节) 不缩小 11 例, 病灶阴影增大 18 例。

1.3 结果 术前误诊为非活动性肺结核 19 例, 肺结核空洞 6 例, 肺结核瘤 6 例。肺叶切除术 + 纵隔淋巴结清扫 33 例, 肺部肿瘤局部切除 1 例。34 例患者术后病理确诊为肺癌, 其中鳞癌 19 例, 腺癌 14 例, 大细胞癌 1 例。TNM 分期: II a 2 例, II b 18 例, III a 13 例, III b 1 例。

2 讨论

由于肺癌、肺结核的临床表现都有咳嗽、胸痛、血痰以及呼吸困难等症状, 肺癌病灶在结核常见发病部位如肺上叶尖后段或下叶背段, 病变发展缓慢、医务人员对肺癌认识不足、检查手段不足是本组病例误诊的主要原因。Wang 等^[1]报告 47 例 40 岁以下肺癌患者, 有 28 例术前被误诊为肺结核, 误诊率 55.3%。

发病部位与结核常见发病部位相同者、X 线征象不典型者和肺癌呈浸润生长者是误诊的原因^[2]。因浸润型肺癌或疤痕性肺癌的 X 线征象在早期与肺结核病变的 X 线表现有许多相似之处^[3], 周围型肺癌早期呈浸润性生长时, 胸片也呈斑片状、云絮状及索片状、条索状、小结节状阴影, 与肺结核的 X 线表现十分相似, 易误诊。这些不同形态的病灶是早期肺癌在发生过程中的不同阶段, 但最后均发展成为结节状或团块状影。本组 10 例治疗复查胸片可观察到斑点状影、条索状影不断增粗互相融合成结节状影, 小结节状影、小片状影最后发展成团块状影。

医务人员对肺癌认识不足, 对肺癌的警惕性不高, 是误诊肺结核的另一个主要原因。因缺乏经验及综合分析欠妥, 抗痨动态观察临床症状好转, 但未注意胸部病灶 X 线改变, 临床只满足原诊断, 造成误诊。当出现低热、消瘦、胸部不适等症状, 经抗结核治疗症状消失时最易误诊。本组有 2 例体检发现者, 当时无症状, 病灶在 4 个月内无明显改变, 当出现低热、消瘦但无血痰, 抗结核治疗症状明显改善, 但胸部 CT 显示病灶不缩小, 当有血痰时转我院, 手术时发现癌已侵犯胸壁, 且有纵隔淋巴结转移。肺癌病变处于相对静止时更易误诊, 本组有 2 例就因空洞病灶无明显变化误诊达 1 年之久, 教训深刻。

肺结核与肺癌并存也是误诊的原因。病人曾有肺结核病史, 肺癌位于肺尖部时 X 线胸片不易发现, 当没有既往胸片对比时难以判断。尽管刺激性咳嗽、血痰或咯血及持续性胸痛是肺癌较具特征性的表现^[4], 但当这些症状出现在肺结核患者时易忽略, 本组有 5 例误诊。

- [1] Wang T, Ren H, Li Z, et al. Misdiagnosis of lung cancer in patients under age 40-a clinical analysis of 47 cases [J]. Chin Med Sci J, 1993, 8(2): 95-97.
- [2] 李龙芸, 高 延, 祖 娜, 等. 847 例肺癌延误诊断分析[J]. 中华内科杂志, 2000, 39(4): 270-271.
- [3] 董兆虎, 王 莉. 肺癌 X 线诊断中的一些特殊问题[J]. 实用放射学杂志, 1989, 5(4): 208-209.
- [4] 彭卫生, 王英年, 肖成志. 新编结核病学[M]. 第 2 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2003: 381.

(收稿日期: 2007-04-17 修回日期: 2007-06-01)

检查手段不足也是误诊另一个原因。根据胸片作出肺结核的初步诊断后, 由于多种原因未能进一步做 CT 扫描、纤支镜检、痰脱落细胞学、经皮肺穿活检等检查从而误诊。本组病例是周围型肺癌, 纤支镜检虽然无阳性发现, 但有 5 例纤支镜灌洗液 CEA 阳性。本组 6 例 X 线示肺部病灶与肺结核相似, 但高分辨 CT 可见胸膜凹陷、毛刺等癌性征象。

我们认为拟诊肺结核病者, 抗结核治疗后症状减轻但肺部病灶无改变, 则要注意有无肺癌存在: ①有痰者应反复做痰脱落细胞检查; ②尽早做纤支镜检查; ③结节型肺边缘块影尽早做经皮肺活检; ④浅表淋巴结肿大者, 做淋巴结活检; ⑤有条件的单位可做肺肿瘤标志物的检测; ⑥胸部 CT 扫描等; ⑦多学科会诊可以减少误诊。对诊断不清者, 可考虑手术治疗。

慢性放射性肠炎 8 例的手术处理

李夏鲁

(广西中医学院附属瑞康医院胃肠肛门病外科, 南宁市 530011)

【关键词】 放射性肠炎; 手术治疗

【中图分类号】 R 574.62; R 730.55 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)12-1943-02

放射性肠炎 (radiation enteritis, RE) 是指盆腔、腹腔、腹膜后恶性肿瘤病人接受放射治疗后, 肠上皮细胞增生受抑制、肠黏膜下小动脉受损及肠壁组织受损引起的肠道并发症, 是腹腔、盆腔放疗后最严重的并发症之一, 其发病率 2% ~ 5%。出现症状并持续 3 个月以上的为慢性放射性肠炎, 其中 1/3 患者需要外科处理。1994 年 1 月至 2006 年 12 月, 我们手术治疗放射性肠炎 8 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者共 8 例, 男 5 例, 女 3 例; 年龄 21 ~ 66 岁, 中位年龄 48.8 岁。原发病: 直肠癌 4 例, 妇科盆腔恶性肿瘤 3 例, 精原细胞癌 1 例。手术类型: Miles 手术 4 例, Dixon 手术 2 例, 全宫切 3 例, 右睾癌根治术 1 例。经放疗后出现症状到入院时间 7 ~ 20 个月, 中位发病时间 8.5 个月。入院前曾反复对症治疗, 疗效差。入院诊断: 完全性肠梗阻 4 例, 不完全性肠梗阻 4 例, 伴下消化道大出血 1 例。主要临床表现: 不同程度的反复阵发性腹痛、进行性腹胀, 时有腹泻、黏液便、排便不畅、里急后重, 严重时肛门停止排便排气, 恶心、呕吐不明显。检查: 全腹胀, 见肠型, 腹壁软, 压痛、反跳痛明显。立位 KUB 示小肠扩张及气液平段, 肠壁增厚。3 例碘剂全消化道造影示小肠蠕动较慢, 碘剂聚集中上段回肠, 延迟或不能进入结肠。1 例小肠镜检查发现距离回盲瓣 45 cm 处回肠呈环状狭窄, 可见暗红色血性液自狭窄环近侧流出, 肠镜不能通过。

1.2 术中探查 全组病人横结肠未受损, 受损回肠距离回盲瓣 50 ~ 110 cm, 其中行 Miles 手术的以回盲部、回肠受损为主, Dixon 手术以回盲部、回肠、盆腔内的大肠段受损为主, 妇科手术的以回盲部、回肠、乙状结肠、直肠上段受损为主, 右睾癌根

治手术以右下肠壁、回盲部、回肠、乙状结肠、直肠上段受损为主。受损腹壁呈板状样, 腹肌明显纤维化。受损肠浆膜与正常肠壁界线明显, 受损肠表面苍白, 浆膜粗糙伴有大量纤维素, 肠壁明显增厚、僵硬, 蠕动减弱。肠梗阻主要为肠腔狭窄或粘连成角所致, 其近侧呈慢性肠梗阻样扩张改变。其中 1 例 Miles 手术、2 例妇科手术的病人盆腔内肠间呈板块状粘连, 1 例术中电子结肠镜协助探查发现于肠狭窄环近侧长 8cm 肠段局限性黏膜明显水肿、充血、糜烂, 组织脆、易出血。

1.3 手术方式 因末端回肠段受损狭窄 1 例及盲肠复发肿瘤 1 例, 分别行病变行右半结肠切除, 回结肠端侧吻合术各 1 例; 因近末端回肠壁粘连融洽成团并狭窄行病变小肠切除 3 例; 因回肠在盆腔段呈板状样粘连, 分别行小肠捷径侧侧吻合 1 例, 小肠捷径侧侧吻合 + 乙状结肠永久性造瘘 1 例; 因近回肠末端回肠梗阻并发局限性黏膜糜烂出血行部分回肠切除端侧吻合 1 例。以上吻合口两侧为健康肠壁 4 例, 两侧为受损肠壁 2 例, 单侧为受损肠壁 2 例。吻合后保留最短通畅小肠 180 cm。手术后有 1 例患者切口感染, 换药后愈合。

2 结果

术后第 6 天单侧为受损肠壁的吻合口瘘 1 例, 为乙状结肠癌二次手术及放疗后再次复发并完全性低位肠梗阻、重度贫血、舟状腹行右半结肠切除回结肠端侧吻合术, 经引流及支持治疗, 45 d 瘘口愈合, 存活 6 个月。其余 7 例随访 7 个月至 6 年, 未发生贫血, 体重不同程度增加, 其中 3 例术后长期半流饮食, 偶有下腹阵发性腹痛、腹泻, 经门诊对症治疗均缓解; 4 例饮食正常, 偶有稀便。