

VSD^[3]不同;②主动脉右冠窦因室缺口径大,正位于其瓣下方,该冠窦下方支撑组织缺如,致使其向右室流出道内脱出,(图1),引起室水平的左向右分流量减少;③由于VSD与脱垂的右冠窦关系密切,大量主动脉瓣逆流,造影判断难度加大。通过本例病例的诊断,我们体会左室造影时应抓住第一收缩期是否有室水平的左向右分流,主动脉根部造影宜仔细分辨主动脉窦的大小、形态、位置、瓣叶间距及排空状况,如果在有VSD伴有主动脉瓣关闭不全者,主动脉右窦或无冠窦变形并向前方或前下方隆凸,似主动脉窦瘤样改变时,应首先想到VSD伴主动脉瓣脱垂。

参 考 文 献

- 1 Nadas A s, Thilerius O G, Lafarge C G, et al Ventricular septal defect with Aortic Regurgitation, Medical and Pathologic aspects Circulation, 1964, 29: 862- 873
- 2 刘玉清,等. 临床心脏 X 线诊断学. 北京: 北京出版社, 1981, 148
- 3 Trusler G A, Moes C A F, Kidd B S L. Repair of ventricular septal defect with aortic insufficiency. J Thorac Cardio-vasc Surg, 1973, 66: 394- 403
- 4 Sakakibara S. Experiences with congenital anomalies of the heart in Japan J Thorac Cardiovasc Surg, 1974, 68: 190- 195

(收稿日期: 1997- 08- 25)

肺疤痕癌 3 例的影像随访观察

关长群^① 刘剑立^② 顾 怡 李 芳 郭 平

例 1 男, 62 岁。于 1960 年胸部体检行 X 线检查, 见左肺上叶尖后段陈旧性病变伴钙化。1990 年 6 月至 1993 年 3 月进行 9 次同期胸部 X 线片和 CT 检查, 均显示左肺上叶陈旧性索条状影及斑块状钙化灶(图 1)。1994 年 6 月 X 线胸片显示左上肺病变形态及大小



图 1 1983 年 9 月 CT 肺窗显示两肺上叶斑片及索条状高密度灶伴钙化

较前无变化。胸部 CT 及左上肺病变区薄层 CT 扫描(图 2, 3), 见一病变较前增粗略增大, 密度较均匀, 病灶旁钙化灶未见增大。MRITWI 像显示病灶呈不规则不均匀高信号, 边缘模糊。CT 和 MRI 均考虑疤痕癌。手术所见: 左肺上叶尖后段见 2cm × 2cm 硬性肿块与血管粘连较重, 切除肿瘤肺段。病理所见: 肿块被玻



图 2 CT 纵隔窗(1994 年 2 月)见主动脉旁肺边缘索条影伴钙化灶与前 CT 片对比无变化



图 3 CT 纵隔窗(1994 年 5 月)见先前病灶有所增大, 钙化灶受压横移位, 纵隔旁淋巴结肿大

璃样变的纤维组织及腺管样排列的癌细胞所取代。病理诊断: 疤痕癌。

例 2 男, 67 岁。1952 年患双上肺结核, 经治疗,

① 110015 沈阳军区总医院放射科

② 干一科

1954年X线胸片显示结核好转呈索条状及钙化灶。1979年至1994年胸部X线及CT检查,动态观察双上肺陈旧性病灶及钙化,其形态及大小均无变化。1995年7月于胸部CT及双上肺病变区薄层CT检查,发现左肺上叶前段病灶较前增大,密度增高,边缘模糊,钙化灶大小同前(图4,5),纵隔淋巴结肿大。MRI T₂WI像显示左肺上叶前段不规则形不均匀高信号区,边缘模糊。CT和MRI均考虑左肺上叶疤痕癌伴纵隔淋巴结转移。手术所见:左肺上叶前段靠近纵隔旁3.5cm×2.5cm×2.0cm,肿块与周围粘连较重,行肿瘤肺段切除,术中见纵隔主动脉旁淋巴结转移。病理所

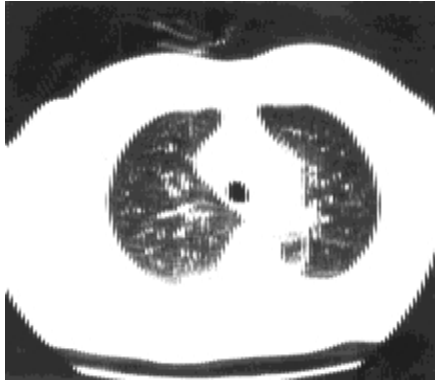


图4 左上肺尖后段(89年3月)CT肺窗显示索条状高密度灶



图5 CT纵隔窗(95年7月)见先前索条状病灶增大及密度增高,钙化灶受压内移,纵隔内淋巴结肿大

所见:肿瘤含大量纤维组织,其中有腺癌细胞浸润及细胞移行较明显,邻近肺泡萎缩及纤维化。病理诊断:瘢痕癌。

讨论 肺瘢痕癌可起源于结核、外伤、梗塞、尘肺、慢性炎症或其它病变的瘢痕上。肺瘢痕组织发生肺癌的诱因尚不清楚。肺瘢痕癌与肺瘢痕二者的影像学鉴别极为困难,主要原因是缺乏系统的随访动态观察比较病灶的形态、大小、钙化灶的位置等资料,容易误诊为肺陈旧性病灶。根据本文病例动态随访观察体会,以下影像学表现可供瘢痕癌诊断参考:

(1)肺瘢痕癌多位于肺上叶周边部位居多,本文2例位于肺周边,1例位于肺内。

(2)早期病变以结核居多,可伴有钙化。

(3)病灶在长期动态随访的影像学表现:①X线胸片、CT、MRI显示索条状或条形病灶增大,边缘模糊。②CT显示病变密度逐渐均匀呈实质性,先前病灶旁钙化斑被包绕,或先前病灶旁钙化斑受压移位。③MRI T₂WI像先前病灶为不均匀等或高信号,逐渐呈均匀高信号伴边缘模糊。④瘢痕组织收缩引起胸膜凹陷。⑤病变邻近纵隔或肺门淋巴结肿大,应警惕肿瘤转移。⑥对诊断为结核复发,经抗结核治疗复查胸部X线片或CT检查,病灶无缩小应警惕瘢痕癌。肺瘢痕癌能否及

见:肿块组织中见大量纤维组织及腺细胞分布。病理诊断:瘢痕癌伴纵隔淋巴结转移。

例3 女,62岁。1978年5月因糖尿病住院行胸部X线胸片检查,见左肺上叶尖后段斑条状影伴钙化,诊断为肺结核。1994年5月体检,行胸部X线片检查,见左肺上叶尖后段病灶较前增大,考虑结核复发。经抗结核治疗一个月复查胸片,见病灶形态及大小无变化。CT扫描,显示病灶斑条状,密度略均匀,边缘模糊,钙化灶大小同前,CT可疑瘢痕癌。手术所见:左肺上叶尖后段肿块,大小为1.0cm×0.8cm,局部有大量瘢痕组织并与胸膜粘连呈凹陷改变,行肿瘤肺段切除。病理

时诊断,影像学随访观察病灶瘢痕变化极为重要。本文体会,对先前患有肺部良性病变遗留瘢痕者进行胸部定期的影像学动态随访观察。首先X线胸片,有条件的病人最好配合胸部CT或MRI检查,可相互取长补短,获得可靠的诊断信息,有助于诊断瘢痕癌。CT或MRI可弥补X线胸片上组织重叠遮盖隐蔽部位如:纵隔旁肺边缘、肺动脉和肺静脉分布密集区等肺部的陈旧性瘢痕显示。当CT对于肺门血管断面与可疑淋巴结肿大鉴别困难时,可配合MRI检查帮助鉴别。本文例1,例2肺瘢痕均位于左上肺纵隔旁,部分病灶受纵隔及出入肺血管重叠隐蔽,X线胸片及体层片均不能完全显示病灶,未发现病灶明显增大。经配合CT检查发现病灶形态增大及密度增高,边缘模糊。MRI显示T₂WI像病灶为不均高信号,邻近血管受侵。CT、MRI均显示例2纵隔淋巴结肿大转移。本文3例均为胸部综合影像配合进行定期随访中发现肺瘢痕癌,均经手术治疗配合术后化疗。例1、例3术后仍健在,例2于术后半年发生全身转移死亡。本文3例组织学诊断根据:癌组织分布在大量的纤维组织中,为腺癌2例,支气管肺泡癌1例,纤维瘢痕呈玻璃样变,肿瘤内伴有炭末、胆固醇结晶及弹力纤维等。

(收稿日期:1997-12-23)