

直肠出血、脐疝和脐排泄。这些症状与年龄相关,并常在4岁前出现,而成人患者常无症状。B超、CT、窦道造影、膀胱镜检查、梅克尔氏扫描以及卵黄管造影摄片有助于鉴别其他疾病如脐尿管残留、脐肉芽肿、脐炎、脐血管炎等^[5]。本例患者术前未行膀胱镜检查及窦道造影来协助诊断,增加了术前误诊机会。治疗上有症状的卵黄管残留治疗以外科手术为主,包括传统手术与腹腔镜手术,无症状的患者不需要手术治疗。本例患者为成年男性,出生至今间歇性出现脐部渗液,儿童期未诊治。近来出现反复感染症状,来院诊治。CT误诊为脐尿管瘘伴感染。脐尿管瘘与卵黄管残留疾病都可以出现脐部渗液,只有在较为明显的脐肠瘘病人当中可以在CT看到与肠管相通的管腔,因此术前难以明确诊断。Morita等^[6]认为许多卵黄管残留疾病的术前诊断较为困难,在怀疑卵黄管残留时可以采用腹腔镜技术来鉴别诊断同时治疗。本例患者就是采用了腹腔镜技术明确诊断,并进行了治疗。

成人卵黄管残留是一种极为罕见的疾病,诊断较为困难,可能会被误诊为脐尿管瘘,腹腔镜探查术有助于诊断并且可同时行手术切除卵黄管残留。

参考文献

- 1 Stone PA, Hofeldt MJ, Campbell JE, et al. Meckel diverticulum: ten-year experience in adults[J]. South Med J, 2004, 97(11):1038-1041.
- 2 Annaberdyev S, Capizzani T, Plesec T, et al. A rare case presentation of a symptomatic omphalomesenteric cyst in an adult, 24-year-old patient, treated with laparoscopic resection[J]. Gastrointest Surg, 2013, 17(8): 1503-1506.
- 3 Lopez-Tomassetti Fernandez EM, Hernandez JR, Nunez Jorge V. Perforated gastrointestinal stromal tumor in Meckel's diverticulum treated laparoscopically[J]. Asian J Endosc Surg, 2013, 6(2):126-129.
- 4 Vane DW, West KW, Grosfeld JL. Vitelline duct anomalies: experience with 217 childhood cases [J]. Arch Surg, 1987, 122(5):542-547.
- 5 Parada Villavicencio C, Adam SZ, Nikolaidis P, et al. Imaging of the Urachus: Anomalies, Complications, and Mimics[J]. Radiographics, 2016, 36(7):2049-2063.
- 6 Morita K, Haga Y, Miyanari N, et al. A case of an omphalomesenteric duct remnant in an adult treated with laparoscopic surgery[J]. Int J Surg Case Rep, 2015, 8(2): 179-181.

(收稿日期 2017-12-01)

(本文编辑 蔡华波)

·病例报道·

经支气管镜介入治疗腔内型肺类癌4例临床分析

吴锋杰 董良良 胡蕙蕙 应可净 陈恩国

肺类癌和小细胞肺癌一样均起源于支气管黏膜上皮及腺体中的嗜银细胞,该细胞内含有神经分泌颗粒,能摄取胺前体并能进行脱羧反应而产生肽

类激素,属于神经内分泌肿瘤。其发病率较低,约占原发性支气管肺癌的1%~2%^[1]。可分为典型类癌和非典型类癌两大类。在既往治疗中,外科根治性手术治疗被广泛接受为治疗肺类癌较为有效的治疗方式,对于那些由于各种原因而无法手术的病人,却缺少较为理想的治疗方法。典型类癌多为中心型,中心型大部分向支气管内生长,形成突入管腔、孤立、光滑质软的息肉样肿物。本次研究总结4例临床较为罕见的腔内型肺类癌,旨在引起临床重视,

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.02.035

项目资助:浙江省教育厅资助(Y201121091)

作者单位:310016 浙江嘉兴,嘉兴市第二医院呼吸内科(吴锋杰);浙江大学医学院附属邵逸夫医院呼吸内科(陈恩国、董良良、胡蕙蕙、应可净)

通讯作者:陈恩国, Email:cegrsrsh@163.com

并探讨支气管镜介入治疗对本病的诊治价值和疗效。

1 临床资料

例1,患者男性,54岁,个体户,咯血20余天,有吸烟史1440年支。胸部CT:左主支气管腔内结节,左下叶、右中叶肺泡积血。支气管镜检查可见左主支气管见腔内新生物,左主支气管管腔堵塞见封三图11,因毛刷出血明显而放弃活检。择期行支气管镜下高频电圈套去除新生物送检,术后病理示类癌。治疗后左主支气管及远端各级支气管通畅,术后未行放、化疗,随访43个月未复发。

例2,患者女性,47岁,农民,反复咳嗽气急6年余,否认吸烟史。胸部CT:左肺慢性间质性炎症伴左肺塌陷。支气管镜检查可见左主支气管新生物堵塞管腔见封三图12,镜下活检组织病理示:(左主支气管)类癌。择期行支气管镜下高频电圈套去除新生物送检,病理示:类癌。免疫组化染色示:低分子量细胞角蛋白(cytokeratin low molecular weight,CK-LMW)& 嗜铬素A(chromogranin A,CgA)& 突触囊泡蛋白(synaptoporin,Syn)& 神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase,NSE):+,人白细胞分化抗原(cluster of differentiation,CD)56:弱+,广谱细胞角蛋白(pan cytokeratin,CKpan) & P63:-,Ki67<1%。治疗后左主支气管及远端各级支气管通畅,术后未行放、化疗,随访20个月未复发。

例3,患者男性,60岁,农民,咳嗽、咯血2月余,否认吸烟史。胸部CT:未见明显异常。当地医院诊断:支气管扩张伴咯血。经治疗无效来本院行支气管镜检查示:左主支气管近左下支气管开口处腔内新生物,堵塞左下支气管开口见封三图13,镜下活检组织病理示:(左主支气管)类癌。免疫组化染色示:CD56 & NSE & CgA & Syn:+,CKpan:局灶弱+,Ki67:呈低增殖活性。予支气管镜下高频电圈套去除腔内新生物,热探头修整基底部。术后左下支气管各段管腔通畅。术后未行放、化疗,随访6个月未见复发,复查支气管镜示原创面疤痕样改变。

例4,患者女性,51岁,教师,活动后胸闷气急6月,加重伴咳嗽20余天,否认吸烟史。35年前因肺错构瘤行左全肺切除。胸部CT示左全肺切除术后,纵隔左移,左侧主支气管开口处软组织块影。支气管镜检查示:左主支气管新生物,阻塞左主术后盲端并突向气管下段见封三图14。活检病理提示符合神经内分泌肿瘤。予全麻气管插管下经支气管镜行高频电圈套器、热探头及氩气刀切除突向气管腔内的新

生物,取出的组织送检,治疗后肿瘤局部创面渗血明显,予冰0.9%氯化钠溶液及稀释的肾上腺素溶液局部喷洒,垂体后叶素、氩气刀止血等治疗效果均欠佳,术中急诊行支气管动脉造影及栓塞术,止血1h后进一步完善介入治疗。术后未见明显出血并顺利拔除气管插管。术后病理示类癌。免疫组化示:CKpan:弱+,NSE & CgA & Syn & CD56:+,S100蛋白(S100 Protein) & 平滑肌肌动蛋白(smooth muscle actin,SMA) & 甲状腺转录因子(thyroid transcription factor-1,TTF-1) & CK5/6 & P63:-,Ki67<1%。术后未行放、化疗,随访4个月未见明显增大。

2 讨论

肺类癌是肺部罕见的原发性低度恶性肿瘤。早在1972年时,Arrigoni等^[2]首次将肺类癌分为典型类癌和非典型类癌两大类。Travis等^[3]之后提出了修正,并最终在此基础上确立了肺类癌的世界卫生组织组织学分类。2004版世界卫生组织肺肿瘤分类中将肺典型类癌定义为核分裂<2个/10高倍镜视野并无坏死的类癌,而非典型类癌为核分裂2~10个/10高倍镜视野或伴有坏死的类癌^[4]。女性肺类癌的发病率一般高于男性^[5],与其他类型肺癌相比,肺类癌的发病年龄较早,Schrevels等^[6]报道非典型类癌平均发病年龄51岁,典型类癌平均发病年龄为43岁。本组的4例平均年龄是53岁,与报道基本相符。

根据解剖学特点,肺类癌可分为中央型、周围型及微瘤型。其中以中央型最常见,占60%~80%,多见于成人。肿瘤多在支气管内生长,多呈光滑、圆凸的息肉状肿块突入大支气管腔内,有的可侵至软骨板外及周围肺实质。此瘤的生物学行为一般为良性,偶有肺门淋巴结转移的报道^[7]。本组4例肺类癌均为中央型,直径在0.5~2.5 cm,与之相符。

肺类癌的临床表现主要与类癌的生长部位、大小、是否有远处转移等有关,常见的症状包括咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸闷、胸痛等,由于其临床表现无特异性,所以在临床工作中易误诊、漏诊。本组4例患者中就有1例曾在当地医院误诊为支气管扩张伴咯血,提醒临床医生对此类患者诊治时需提高警惕。

肺类癌影像学上的表现常为圆形或卵圆形结节影,边境清楚,可有分叶。因大部分典型类癌为中央型,且多见于气管分叉处,故容易压迫气管致其狭窄变形,甚至阻塞。胸部CT检查常可见阻塞性肺炎、肺气肿及肺不张等。增强CT扫描常有均匀强化,

少数患者表现为不均匀强化或者不强化。非典型类癌多为周围型,表现为支气管远端的孤立性肺结节。本组4例CT上表现主要为肿块、结节,或因为肿块为中央腔内型而出现了管腔狭窄变形、阻塞性肺塌陷等表现。其中1例还出现了肺泡积血的影像学表现。由于肺类癌的临床表现及影像学缺乏特异性,所以明确诊断仍以病理学诊断为主。对于周围型肿块可考虑肺穿刺活检,对于中央型肿块主要依靠支气管镜检查。而对于适合支气管镜检查的患者,由于Kitchitsky细胞分布于上皮的基底部及支气管壁的深层,肿瘤在向气管、支气管管腔内生长时,其表面常覆盖完整的黏膜上皮,故较少有肿瘤细胞脱落,镜下活检时很难进入肿瘤组织深部。同时,类癌常由于血供比较丰富,活检时容易出血也增加了活检取材的难度。再则,通过支气管镜活检的组织往往较小,有时甚至挤压变形均导致类癌活检时阳性率较低,国内外文献报道,通过支气管镜的活检阳性率在50%左右^[8]。所以对于中央型类癌,有时简单的活检并不能明确诊断,从而增加了诊断的难度,有些甚至需要靠手术后的病理检查才能明确诊断。随着支气管镜下介入治疗技术的发展,支气管镜在肺类癌尤其是中央腔内型肺类癌的诊断治疗价值需要重新评估。通过支气管镜介入治疗不仅可以切除腔内新生物,同时还能获取足够的组织标本。本组4例均为腔内型肿瘤,均进行了支气管镜检查,而在检查过程中,有1例因毛刷出血明显而放弃活检,1例活检病理未能完全明确病灶组织类型,2例活检明确为肺类癌,与文献报道的支气管镜活检50%的阳性率相符。而2例支气管镜活检未能明确组织病理类型的均通过支气管镜下介入治疗明确了诊断,并同时获得了良好的治疗效果,且在随访中均未见复发。

肺类癌对放疗和化疗均不敏感,因此手术切除仍是肺类癌的主要治疗方法。而对于拒绝手术或者由于肿块阻塞气道引起肺炎或肺不张并导致出现严重的肺部感染、低氧血症等无法耐受手术者,通过支气管镜下介入治疗或者经介入治疗解除大气道阻塞,待症状缓解后再考虑手术治疗也是一个不错的选择。更重要的是其创伤小,对于部分腔内型肺类癌经介入治疗后,往往能降低患者术前肿瘤分期,使原来丧失手术治疗机会的患者重新获得手术治疗的机会,并尽可能保留更多肺组织,术后生活质量明显改善。同时,对于肿块比较局限、未超过支

气管壁者,支气管镜下切除治疗也可达到治愈的效果。本组4例患者均通过支气管镜行肿瘤切除治疗,术后随访均未见复发,最长随访时间已达43个月,目前仍在随访中。此外,由于类癌的血供相对丰富,在介入治疗前需全面评估其出血风险,介入治疗过程中更需警惕大出血可能,上述4例患者中其中1例在支气管镜下介入治疗过程中出现了大出血并进行了支气管动脉栓塞治疗,后继续完成支气管镜下介入治疗。由此可见,对于支气管镜下介入治疗中出现大出血时,可考虑联合支气管动脉栓塞等治疗来提高介入治疗的成功率。

典型类癌的预后较好,5年生存率可达85%~90%,非典型类癌患者预后相对较差,5年生存率为60%~70%^[9]。Zhong等^[10]报道组织类型和淋巴结是否转移是影响预后的独立因素。腔内型肺类癌常见为典型类癌,其恶性程度及预后要好于周围型。对于腔内型肺类癌通过支气管镜下介入治疗,不仅可以获得更多组织标本以明确诊断,也可作为外科手术前过渡阶段的治疗,对于部分无法手术的患者可以达到缓解症状及延长生存期,更重要的是,有相当一部分患者甚至达到治愈目的。

肺类癌的临床及影像表现缺乏特异性,经支气管镜活检对于腔内型肺类癌具有一定的诊断价值,经支气管镜进行气管、支气管腔内治疗技术是腔内型肺类癌有效的微创治疗方法,但由于本次研究入组病例数较少,尚需进一步扩大样本量进行更深入的研究,从而更好地评估其疗效及安全性。

参考文献

- 1 Hage R, de la Riviere AB, Seldemrijk CA, et al. Update in pulmonary carcinoid tumors: a review article[J]. *Ann Surg Oncol*, 2003, 10(6):697-704.
- 2 Arrigoni MG, Woolner LB, Bernatz PE. Atypical carcinoid tumors of the lung[J]. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1972, 64(3):413-421.
- 3 Travis WD, Rush W, Flieder DB, et al. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid[J]. *Am J Surg Pathol*, 1998, 22(8):934-944.
- 4 Lim E, Goldstraw P, Nicholson AG, et al. Proceedings of the IASLC International Workshop on Advances in Pulmonary Neuroendocrine Tumors 2007[J]. *J Thorac Oncol*, 2008, 3(10):1194-1201.
- 5 Fox M, Van Berkel V, Bousamra MN, et al. Surgical manage-

- ment of pulmonary carcinoid tumors: sublobar resection versus lobectomy[J]. *Am J Surg*, 2013, 205(2):200-208.
- 6 Schrevels L, Vansteenkiste J, Deneffe G, et al. Clinical-radiological presentation and outcome of surgically treated pulmonary carcinoid tumours: a long-term single institution experience[J]. *Lung Cancer*, 2004, 43(1):39-45.
- 7 李维华. 肺及胸膜肿瘤病理诊断图谱[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003:147.
- 8 Chapleau D, Page A, Verdant A, et al. Bronchial carcinoids: long-term prognostic factors[J]. *Can J Surg*, 1991, 34(2):111-114.
- 9 Bertino EM, Confer PD, Colonna JE, et al. Pulmonary neuroendocrine/carcinoid tumors: a review article[J]. *Cancer*, 2009, 115(19):4434-4441.
- 10 Zhong CX, Yao F, Zhao H, et al. Long-term outcomes of surgical treatment for pulmonary carcinoid tumors: 20 years' experience with 131 patients[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2012, 125(17):3022-3026.
- (收稿日期 2016-11-16)
(本文编辑 蔡华波)

·病例报道·

系统性红斑狼疮合并肠梗阻4例诊治分析

樊胜明 沈国新 胡金灵 刘君义

系统性红斑狼疮是一种病因未知的多系统的自身免疫性疾病, 由于细胞和体液免疫功能障碍, 产生多种自身抗体, 可累及皮肤、浆膜、肾脏等多个器官, 并以自身免疫为特征, 起病可急可缓, 多数早期表现为非特异的全身症状如发热, 全身不适、乏力等^[1]。一部分患者可表现为胃肠道症状, 如恶心、呕吐、出血、肠梗阻等, 以肠梗阻为临床表现的系统性红斑狼疮极易误诊。现就2013年6月至2016年10月期间安吉县人民医院收治4例以肠梗阻为临床表现的系统性红斑狼疮患者, 总结经验报道如下。

1 临床资料

例1, 患者女性, 26岁, 因“腹痛40 h, 恶心呕吐2 h”于2013年6月11日入院。否认药物史及疾病史。入院查体: 意识清, 全腹稍膨隆, 左上腹及下腹部压痛, 伴轻反跳痛, 肠鸣音4次/分, 局部亢进。实验室检查: 白细胞 $13.34 \times 10^9/L$, 淋巴细胞7.0%, 中性粒细胞89.4%, 红细胞 $4.32 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白: 122 g/L, 血小板 $212 \times 10^9/L$, 肝肾凝血功能未见异常。B超提示: 腹腔积液。腹部CT平扫提示肠梗阻可能。入院后予以胃肠减压、补液等对症治疗, 4 h后腹痛不能缓解并加重, 肠鸣音减弱, 考虑可能为内疝导致肠梗阻,

遂行腹腔镜探查手术。术中探查: 腹腔内淡黄色渗液 200 ml, 小肠及结肠肠壁水肿, 部分肠管扩张, 但未发现明显导致肠梗阻原因, 行减压等处理。术后腹胀缓解, 但一直存在。术后第6天患者腹胀加重, 并停止肛门排气, 复查CT提示: 肠梗阻, 腹壁肿胀。复查肝肾功能, 提示肾功能不全, 肌酐: $312 \mu\text{mol}/L$, 尿素氮: $36 \mu\text{mol}/L$, 组织全院会诊, 实验室检查提示抗双链DNA: 160.9 U/ml, 抗核抗体阳性, 确诊为系统性红斑狼疮, 转内科治疗, 腹部症状15 d后缓解, 肾功能未完全降至正常, 转上级医院治疗。

例2, 患者女性, 46岁, 因“腹部痉挛性疼痛伴恶心呕吐1 h”于2014年12月3日入院, 否认全身系统疾病史, 入院查体: 腹部膨隆, 全腹压痛, 肠鸣音较弱, 1次/分, 腹部平片提示肠梗阻。实验室检查: 白细胞 $3.34 \times 10^9/L$, 中性粒细胞80.4%, 红细胞 $2.82 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白105 g/L, 血小板 $178 \times 10^9/L$, 白蛋白: 32 g/L, 肾功能正常, 予以胃肠减压、抗炎、补液、灌肠等治疗, 症状未见缓解, 入院第二天查腹部CT提示肠梗阻, 双侧输尿管积水。相关科室会诊, 实验室检查提示抗核抗体阳性, 后转内科治疗, 予激素等对症治疗, 患者症状逐渐缓解。

例3, 患者女性, 39岁, 因“腹痛伴恶心呕吐18 h”于2015年5月3日入院。既往否认手术史, 肝炎等传染