

EDTMP, the total remission rates of the bone pain were respectively 85.7% and 80.8%, and the total effective rates of the bone lesion were respectively 9.5% and 19.2%. 31 cases treated with the combination Bonafos with ^{153}Sm -EDTMP, the two rates before mentioned were respectively 93.5% and 45.2% which was significantly better than the above results ($P < 0.05$). The side effects were rare. These results showed that Bonafos plus ^{153}Sm -EDTMP are the effective and safe therapy, may be the better treatment of choice against metastatic multiple bone carcinoma.

Key words: Metastatic bone cancer; Treatment; Bonafos; ^{153}Sm -EDTMP

巨大空洞性肺癌误诊肺结核 2 例报告

武警北京总队医院外三科 辛永祥

我院自 1990 年 11 月至 1993 年 2 月, 有 2 例空洞性肺癌误诊为肺结核, 现报告如下。

例 1, 男 58 岁, 阵发性心慌、胸闷 17 年, 右上肺阴影 2 年, 近年来咳嗽加剧, 伴痰中带血。胸片示: 右上肺一 $7 \times 8\text{cm}$ 大小密度增高阴影, 病灶内可见 6cm 大小气液平面。心电图示: 阵发性室上性心动过速, 预激综合症。支气管镜检查示: 右上叶开口狭窄, 表面粘膜充血水肿, 未见肿物, 刷片检查未见瘤细胞, 痰涂片检查: 未见瘤细胞。诊断: 右上肺结核、阵发性心动过速。1990 年 12 月 13 日手术, 术中见肿瘤位于右上肺叶前段处, 与上腔静脉及心包粘连紧密, 肿块约 $8 \times 8 \times 7\text{cm}$ 大小, 破溃后流出混浊性液体 200 毫升及少许残渣, 纵隔淋巴结肿大, 无法切除。病理诊断: 瘢痕性腺癌, 淋巴结癌转移。随访 1991 年 6 月死亡。

例 2, 男 64 岁, 咳嗽、咯脓痰, 伴间断发烧 11 月余, 近 1 个月出现咯血痰。胸片示: 右下肺一 $10 \times 8\text{cm}$ 大小密度增高影, 块影内可见一 $6 \times 5\text{cm}$ 大小气液平面。痰找瘤细胞阴性。诊断: 右下肺结核, 1993 年 2 月 8 日行右下肺叶切除术。术中见肿瘤位于右下肺, 约 $12 \times 10 \times 6\text{cm}$ 大小, 质中等, 右下肺部分不张实变, 肿块破溃后流出咖啡色液体, 约 300 毫升及坏死组织。病理诊断: 右下肺鳞癌。随访, 目前病人一般情况好, 不见肿瘤远处转移。

讨论 巨大空洞性肺癌甚为罕见, 仅从影像

学检查极易误诊。发病机理目前尚不明确, 可能由于肿瘤内血管栓塞而至肿瘤缺血、坏死、液化或癌细胞分泌蛋白溶解酶使肿瘤液化, 这些液化坏死物质经支气管排出。引流支气管呈瓣性阻塞, 继而空腔扩大形成空洞。

误诊为肺结核有以下原因: 1. 临床上虽然病史长 11~24 个月、咳嗽、咯脓痰(间断发烧经内科保守治疗症状缓解。但病人年龄大近期症状逐渐加重、咯血痰, 未引起高度重视。2. 虽然痰细胞学检查阴性, 支气管镜检查 1 例未见肿块, 应再进一步检查, 如肺穿刺活检, 改良痰检方法, 可提高诊断率。3. 本组病人未做病灶断层检查, 病灶断层检查, 可见癌性空洞内壁不规则, 呈结节状, 少数可呈不规则薄壁空洞。脓疡性空洞内壁一般规则, 是鉴别诊断重要依据。4. CT 检查可提高肿块的分辨率及发现肿瘤有无纵隔及肺门淋巴结转移。本组未做。5. 例 1 病人同时患心脏病, 开始不同意手术, 延误手术治疗长达 2 年。

所以, 对于肺空洞性病灶, 首先应仔细观察分析空洞的位置、形态、大小、有无液平面、壁厚薄、是否光滑、有无结节, 周围有无炎症浸润。结合临床病史及辅助检查进行综合分析, 对于长期吸烟, 年龄较高者肺内出现空洞性病变时, 经内科保守治疗无效, 应高度怀疑肺癌, 病人身体条件允许, 应积极手术治疗, 早日明确诊断, 减少误诊。