

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 Bonefos with ¹⁵³Sm-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 Bonefos plus ¹⁵³Sm-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; Bonefos; ¹⁵³Sm-EDTMP

巨大空洞性肺癌误诊肺脓疡 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脓疡,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:右上肺脓疡、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个月,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:右下肺脓疡,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。引流支气管呈活瓣性阻塞,继而空腔扩大形成空洞。

误诊为肺脓疡有以下原因:1.临幊上虽然病史长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。