Med, 2011, 270(2): 123 – 127.
[12] Kansal A R, Trimmer J. Application of predictive biosimulation within pharmaceutical clinical development: examples of significance for translational medicine and clinical trial design[J]. Syst Biol (Stevenage), 2005, 152(4): 214 – 220.
[13] Zhang J, Zhang Y, Wang J, *et al*. Characterizing iron deposition in Parkinson's disease using susceptibility-weighted imaging: an *in vivo* MR study[J]. Brain Res, 2010, 1330: 124 – 130.
[14] Li M, Li F, Luo C, *et al*. Immediate splenectomy decreases mortality and improves cognitive function of rats after severe traumatic brain injury[J]. J Trauma, 2011, 71(1): 141 – 147.
[15] Vastag B. Panel backs new NIH center devoted to translational medicine[J]. Nat Med, 2011, 17(1): 5.
[16] Hu S, Li F, Luo H, *et al*. Amelioration of rCBF and PbtO(2) following TBI at high altitude by hyperbaric oxygen pre-conditioning[J]. Neurol Res, 2010, 32(2): 173 – 178.
[17] Hu S L, Hu R, Li F, *et al*. Hyperbaric oxygen preconditioning protects against traumatic brain injury at high altitude[J]. Acta Neurochir Suppl, 2008, 105: 191 – 196.
[18] Toner M, Kocsis J. Storage and translational issues in reparative medicine[J]. Ann N Y Acad Sci, 2002, 961: 258 – 262.
[19] Schwartz-Bloom R. Science education: a neuroscientist's view of translational medicine[J]. J Neurosci, 2005, 25(24): 5667 – 5669.
[20] Hu S L, Luo H S, Li J T, *et al*. Functional recovery in acute traumatic spinal cord injury after transplantation of human umbilical cord mesenchymal stem cells[J]. Crit Care Med, 2010, 38(11): 2181 – 2189.
[21] Hu R, Zhou J, Luo C, *et al*. Glial scar and neuroregeneration: histological, functional, and magnetic resonance imaging analysis in chronic spinal cord injury[J]. J Neurosurg Spine, 2010, 13(2): 169 – 180.
[22] Hu S L, Zhang J Q, Hu X, *et al*. *In vitro* labeling of human umbilical cord mesenchymal stem cells with superparamagnetic iron oxide nanoparticles[J]. J Cell Biochem, 2009, 108(2): 529 – 535.
[23] Hu J, Zhao T Z, Chu W H, *et al*. Protective effects of 20-hydroxyecdysone on CoCl(2)-induced cell injury in PC12 cells[J]. J Cell Biochem, 2010, 111(6): 1512 – 1521.
[24] Hu R, Yin C L, Wu N, *et al*. Traditional Chinese herb Dihuang Yinzi (DY) plays neuroprotective and anti-dementia role in rats of ischemic brain injury[J]. J Ethnopharmacol, 2009, 121(3): 444 – 450.
[25] Tang W H, Chen Z, Liu Z, *et al*. The effect of ecdysterone on cerebral vasospasm following experimental subarachnoid hemorrhage *in vitro* and *in vivo*[J]. Neurol Res, 2008, 30(6): 571 – 580.

(**收稿**:2012-08-19;**修回**:2012-11-04)
(编辑 王小寒)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2012)23-2348-01

支气管类癌误诊为小细胞肺癌1例

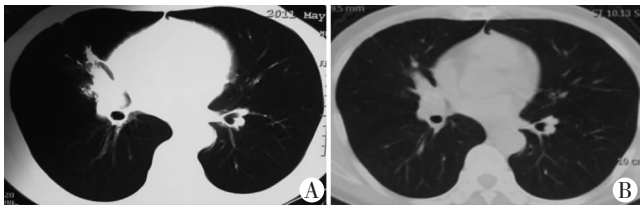
杨腾炎[1],曹国强[2] (854000 西藏 昌都,西藏昌都地区人民医院内科[1],400042 重庆,第三军医大学大坪医院野战外科研究所呼吸内科[2])

[**关键词**] 类癌;支气管;小细胞肺癌;误诊
[**中图法分类号**] R734.1 [**文献标志码**] B

支气管类癌的发病率低,为肺部癌症的0.85%~2.00%[1]。其临床症状多表现为咳嗽、咳痰、喘息和呼吸困难,听诊可闻及哮鸣音、干湿鸣音和呼吸音降低等。若患者不出现肺不张或肺部感染,X线胸片正常,缺乏特异性,易误诊。我们收治支气管类癌误诊为小细胞肺癌1例,现报告如下。

1 临床资料

患者,男性,54岁,因"确诊右肺中叶小细胞肺癌1年余"于2012年5月7日就诊于第三军医大学大坪医院。1年前患者受凉后发热、咳嗽、咳痰,自服药物4 d效果不佳,到当地诊所就诊,经输液治疗未见好转,于2011年5月10日在当地医院就诊,经抗感染治疗后好转。胸部CT检查考虑中央型肺癌(图1A),纤支镜检查显示右肺中叶开口见新生物完全阻塞管腔,质地脆,触之易出血,新生物组织学及细胞学检查,同时将标本另送某大学附属医院病理科检查。当地医院病理科诊断为"小细胞肺癌",外送会诊结果考虑为"小细胞癌或神经内分泌癌"。医院最后诊断为"右肺中叶小细胞肺癌"。因患者拒绝化疗出院,回家长期服用中药治疗。近1年来,患者自诉无咳嗽、咳痰、气促等不适,体质量无明显变化。2012年2月5日到当地医院复查胸部CT,结果显示右肺中叶病灶较前无明显变化,病灶范围未见明显扩大(图1B)。为求进一步诊治,于2012年5月7日来第三军医大学大坪医院就医。起病以来患者精神、食欲、睡眠可,体质量较1年前增加5 kg。既往有抽烟史30年,每天约20支,已经戒烟1年。入院查体:生命体征平稳,全身浅表淋巴结无肿大,右肺中野呼吸音稍低,余未见明显异常体征。查肝、肾功、电解质正常,肿瘤标志物全套未见异常,结核抗体3项阴性。患者右肺中叶病变没有经过化疗和放疗,1年后变化不大,不符合常规小细胞肺癌的发展规律,建议患者再次进行病理学检查。2012年5月8日再次进行纤支镜检查,取活检分别送本院及另一家教学医院病理科。外院病检报告为疑似肺癌,本院病理检查报告为支气管类癌(图2),经胸外科会诊后转胸外科手术治疗,术后最后诊断:右肺中叶支气管类癌。



A:初诊时CT表现 右肺中叶管腔阻塞,右肺中叶可见小片状密度增高阴影;B:复诊时CT表现 右肺中叶可见小片状密度增高阴影

图1 支气管类癌患者初诊与复诊的胸部CT表现

[**通信作者**] 曹国强,电话:(023)68757781,E-mail:cgq1963@163.com

(下转2363页)

放能够加重脑损伤的程度[11]，实验进一步表明没有使用补体抑制剂血清中 IL-1β、TNF-α 浓度也更高；进一步研究[12]表明 CICES 抑制炎症反应和降低补体的作用。

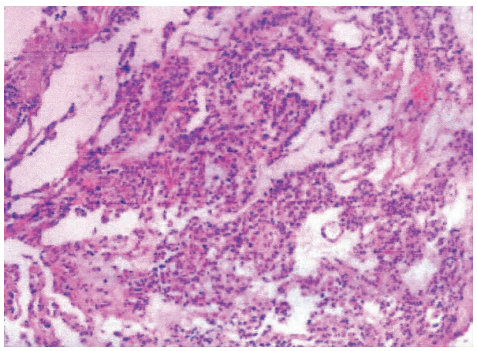
综上所述，CICES 抑制补体系统的激活，减轻了大鼠脑组织的炎症、水肿的发生，进而减轻大鼠创伤后脑组织继发性损伤并促进神经功能的改善。补体激活是一个多环节、多途径的级联反应过程，一个环节受阻均可在一定程度上抑制其活化，减少活性片段产生，从而减轻炎性损害。CICES 可能是通过单一或多靶点抑制补体活化，从而达到补体抑制，发挥保护脑作用。

参考文献：

[1] Myburgh J A, Cooper D J, Finfer S R, *et al*. Epidemiology and 12-month outcomes from traumatic brain injury in australia and new Zealand[J]. J Trauma, 2008, 64(4): 854 – 862.
[2] Nijmeijer R, Lagrand W K, Lubbers Y T, *et al*. C-reactive protein activates complement in infarcted human myocardium[J]. Am J Pathol, 2003, 163(1): 269 – 275.
[3] Feeney D M, Boyeson M G, Linn R T, *et al*. Responses to cortical injury: I. Methodology and local effects of contusions in the rat[J]. Brain Res, 1981, 211(1): 67 – 77.
[4] Rus H, Niculescu F.. The complement system in central nervous system diseases[J]. Immunol Res, 2001, 24(1): 79 – 86.
[5] Xi G, Hua Y, Keep R F, *et al*. Systemic complement depletion diminishes perihematomal brain edema in rats[J]. Stroke, 2001, 32(1): 162 – 167.
[6] 梁丽贞，李长清，吴春丽，等. 补体在大鼠脑缺血-再灌注损伤中的作用[J]. 中华急诊医学杂志，2005，14(3)：219 – 221.
[7] 孟庆莲，牛国忠. 补体 C3、白细胞介素-6 与缺血性脑损伤的关系[J]. 实用神经疾病杂志，2005，8(2)：15 – 16.
[8] Xia Y, Kuang H, Yang B, *et al*. Optimum extraction of acidic polysaccharides from the stems of Ephedra sinica Stapf by Box-Behnken statistical design and its anti-complement activity[J]. Carbohydrate Polymers, 2011, 84(1): 282 – 291.
[9] 李军，杨康，白云，等. 草麻黄中补体抑制成分抑制大鼠异种心脏移植超急性排斥反应的实验研究[J]. 第三军医大学学报，2005，27(17)：1773 – 1775.
[10] 陈兵，彭浩，尹延庆，等. 大鼠脑打击伤后脑组织 IL-1β 的表达及药物的神经保护作用[J]. 中国现代医学杂志，2011，20(17)：2570 – 2572，2578.
[11] Li L, Li J, Zhu Y, *et al*. Ephedra sinica inhibits complement activation and improves the motor functions after spinal cord injury in rats[J]. Brain Res Bull, 2009, 78(4/5): 261 – 266.
[12] Hurn P D, Subramanian S, Parker S M, *et al*. T and B-cell-deficient mice with experimental stroke have reduced lesion size and inflammation[J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2007, 27(11): 1798 – 1805.

（收稿：2012-06-26；修回：2012-09-13）
（编辑　王小寒）

（上接 2348 页）



CK7(－)、CK5|6(－)、TTF-1(＋＋)、P53(浆＋)、Ki-67(＜5%)、CgA(＋＋)、Syn(＋＋＋)、CD56(＋＋)

图 2　支气管类癌患者右肺中叶组织免疫组化染色结果　(×100)

2　讨论

类癌是神经内分泌肿瘤中组织分化较好、生长缓慢的低度恶性肿瘤，多发生于消化道。1972 年 Arrigoni 按肺类癌的超微结构特点，将其分为典型类癌和不典型类癌两类。2004 年 WHO 制定了典型类癌和非典型类癌的分类标准[2]。支气管肺类癌的发病率低，其类癌组织自黏膜向管腔内突起或隆起，易造成气管狭窄或阻塞，进一步导致肺不张或肺部感染。当出现类癌综合征时，诊断较容易。对于不典型类癌[3]，如不熟悉其组织形态学特征，往往误诊为低分化的其他类型癌。光镜下不典型类癌的癌细胞较小(比小细胞癌的细胞稍大)，常排列呈巢或条索状、小梁状，具有器官样结构，常见有菊形团结构(故可误诊为低分化腺癌)；癌细胞核深染，分裂象多见，癌细胞巢中央常有坏死。细胞巢内有时可见梭形细胞，其边缘细胞亦有呈栅状排列者，间质中可见有淀粉样物质沉着。免疫组化检查有助于与其他低分化肺癌相鉴别，不典型类癌 NSE、chromogranin(CgA)呈阳性，而低分化腺癌与鳞癌均为阴性。电镜观察癌细胞亦见有神经内分泌颗粒，但数量较典型类癌为少，且分布不均，一般在细胞突起为多，细胞器中等量。

非典型类癌的恶性程度介于类癌与小细胞肺癌之间。典型类癌、不典型类癌和小细胞肺癌患者的 5 年生存率约为 95%、65% 及 <5%。传统观点认为类癌为低度恶性疾病，主要以外科手术治疗为主，术后也可以辅助放射治疗；最新研究[4]发现，类癌保肺手术预后好，病死率低。

从临床思维来分析其经验教训可概括为以下 3 点：①临床和病理密切结合才能让病理这一金标准体现应有的价值，临床工作依赖病理但不能迷信病理，当患者的临床表现与病理不符合的时候应该有怀疑的勇气，必要时候给予病理复核或者是重新进行病理学检查；②临床医生应该加强对相关病理知识的学习，小细胞肺癌不等同于神经内分泌癌；③临床诊断甚至于病理学诊断不是诊断的结束，治疗过程中应密切观察患者对治疗的反应，反复验证、不断思考才能最大限度避免漏诊或者误诊、误治。

参考文献：

[1] 刘又宁. 呼吸内科学高级教程[M]. 北京：人民军医出版社，2012：390 – 423.
[2] Beasley M B, Brambilla E, Travis W D. The 2004 World Health Organization classification of lung tumors[J]. Semin Roentgenol, 2005, 40(2): 90 – 97.
[3] 刘彤华. 诊断病理学[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：181 – 183.
[4] Chakraborty A, Mandiyan V, Thayer J, *et al*. A retrospective analysis of survival outcomes and complications of lung sparing surgery in patients with bronchial carcinoid[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2012, 185(1 Meeting Abstracts): A5841.

（收稿：2012-07-10；修回：2012-07-26）
（编辑　邓强庭）