维普资讯 http://www.cqvip.com

例都选择了 Miles 手术，这种术式虽然能达到根治，但由于粪便的改道给病人带来许多生活和工作上的不便和精神上的巨大痛苦，一些病人和家属也不愿接受这种手术方式，特别是随着物质文化生活水平的提高，对手术的要求不但要术后生存时间长，还要提高生存质量。手术术式的选择应是既能彻底的切除肿瘤，又能使病人获得比较满意的肛门括约肌功能。拉下式直肠癌根治术颇受病人欢迎，实践证明这种术式简单，不需要做结肠造瘘，保留肛门接近生理功能，有助于手术后排便功能恢复和护理，大大延长了病人的生存时间[3]。

2.2 大肠癌根治手术注意的问题

结肠具有肠壁薄，肠腔大，血液循环差，肠腔内粪便含细菌多的特点，其吻合口愈合差，一旦发生吻合口瘘，极易发生腹腔感染。因此，除术前充分做肠道的消炎清洁外，术中操作力求轻柔，注意切除肠断端的保护，吻合时应注意缝线的深度和紧密度。结肠腔内径大，吻合口不易发生狭窄，所以吻合时最好采用三层缝合比较牢靠（一次全层，两次浆肌层加强）这样做可加大浆肌层的接触粘连面积促进愈合。本组病历术后无一例发生吻合口狭窄和瘘，平均住院日为 21.2 d。对直肠癌的根治，无论选择那一种术式都应注意游离乙状结肠的长度要充分，保留好肠管的血液循环供应，使肠造瘘或拉下的肠管无张力，一般脱出腹壁或肛缘 5.0 cm 左右，肛门成形时可防止肠管回缩。此外，还应做好充分的扩肛。本组 15 例术后发生肛门狭窄，后经反复多次扩肛好转。

2.3 大肠癌手术根治辅以化疗

由于临床上所见到的大肠癌病人早期甚少，绝大部分为中晚期，手术治疗虽是首选方法，但是单纯手术的疗效是不够令人满意的，术后进行辅以化疗，其疗效将会更好，这样可以杀灭病人体内的微小病灶，最终达到治愈。化疗方案以 FEM 方案（联合用药，DDP, 5-FU. EPI, MMC）和 DF 方案（DDP 和 5-FU）疗效甚好，其五年成活率达 28%，十年成活率达 10% 左右。

[参考文献]

[1] 靳明林，石 彦，蔡志明. 结直肠癌与淋巴结转移的关系[J]. 第三军医大学学报，2003，25(13)：1194－1196.
[2] 郭 杰，王 徽，王 辉，等. 直肠癌淋巴结转移规律的研究：附 138 例临床分析[J]. 实用肿瘤学杂志，1998，(1)：32－35.
[3] 韩方海，吴凌云，孙争文. 低位直肠癌保肛手术的可行性探讨[J]. 普外临床，1996，11(3)：169－171.

（编辑：蒋登金）

肺癌的影像学诊断

Radiological diagnosis of lung cancer

付 平[1]，肖 湛[1]，何远宇[1]，单素平[1]，郝 伟[2]
（1. 鞍山钢铁集团公司立山医院 CT 科，辽宁 鞍山 114032；2. 鞍山钢铁集团公司弓长岭矿业公司职工医院 CT 科，辽宁 辽阳 111007）

[关键词] 肺癌；影像学；诊断
[中图分类号] R734.2；R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0178－02

肺癌的诊断一直是影像学诊断的一个难题，CT、MRI 和正电子发射扫描（PET）在肺癌诊断中都取得了很大的进步，但目前 CT 仍然是主要的检查手段。CT 扫描方法包括动态扫描、快速连续扫描、高分辨成像及多平面图像重建等。近年来 CT 增强扫描已成为孤立性肺结节（SPN）定性诊断的一个重要手段。CT 增强扫描可显示病灶异常血循环特点，最大增强 CT 值作为判断病灶血供丰富与否的主要依据，但缺乏动态定量和图像细微分析，对提高病灶鉴别诊断的准确率帮助不大。增强 CT 动态扫描不仅有 CT 值增高程度变化，而且有动态及形态学方面的改变，后者对肺癌鉴别诊断和类型判断有更重要意义。

1 强化程度

局限性良、恶性病变的血管情况有明显的不同，恶性病变富于新生血管多趋于强化。一般认为 SPN 的强化程度与其直径大小无关，而与其组织学类型有关。增强值的大小是 SPN 定性诊断的一个重要依据。刘士远等[1]认为肺癌增强的幅度及模式与其血供以及微血管密度（MVD）有关。采用动态 CT 增强的方法，将图象与病理进行对照研究，发现周围型肺癌都有强化效应，增强的程度与肿瘤内小血管（0.02～0.10 mm 直径）的数量呈正相关。肿瘤间质内弹性纤维的分布状态与肿瘤增强也有相关性。动态增强在鉴别周围型非小细胞肺癌与其它良性肺结节中有意义。

2 强化类型

增强扫描结节的强化类型，可反映结节的内部结构和血供情况。由于周围型肺癌和结核球其病理基础不同，因而其强化方式及强化程度也不同。结核瘤是纤维组织包裹的干酪样坏死物，中心坏死无强化，纤维包膜如血管丰富则表现为包膜样强化。完全或周围强化是肺癌的主要强化形态，肿瘤组织内血流丰富呈完全强化，不同组织学类型的肺癌强化形态亦有差

[收稿日期] 2004－03－20 [修回日期] 2004－04－20

维普资讯 http://www.cqvip.com

异，鳞癌由于坏死区缺乏血管无强化而周边活跃的肿瘤组织呈周围强化，腺癌瘤体的周边部分呈点条样不均匀强化[2-3]。炎性假瘤其本质是炎性增生，包括血管增生，可以出现较明显的增强效应，但强化形式多种多样，没有明确的特征。

3 肿瘤内血管征

肿瘤内血管征即肿瘤内看见密度与同层肺血管密度一致的迂曲或僵直的小血管影。此征象常见于分化程度较低、恶性程度高的肺癌[4]。肺腺癌周边部存在较大的血管，并有扩张迂曲，远端扭曲狭窄，血流受阻致造影剂潴留时间延长而易于在薄层增强CT扫描时显示为"特高强化条点样血管造影征"。该征象具有较高特异性，其它类型肺癌和良性结节病例中很少出现该征象。

4 周围血管聚集征

必须在注入对比剂后增强CT值明显增高，与肺血管密度一致时，才可证实平扫中条带影为血管聚集征（又称血管集中征），而非支气管或间质纤维化的集中。在对周围型小肺癌CT与病理对照研究发现，该征为新的血管形成，周围型小肺癌的血管集中征发生率约为37%～83%，其它SPN的血供较肺癌血供差，无此表现。因而，在软组织密度的孤立性肺结节周围发现血管集中征，应考虑周围型肺癌的可能。

5 动态强化曲线

动态强化曲线即以每个时间点的最大CT值，描绘出一个时间-密度曲线。根据该曲线的形态特点分析良恶性SPN有何不同。肺癌的时间-密度曲线呈抛物线形，即增强后结节密度持续升高，达到峰值后又缓慢下降。不同组织学类型的肺癌强化峰值到达的时间亦不相同。腺癌增强速度大于鳞癌。结核球的时间-密度曲线呈平坦型。炎性结节在注入对比剂后增强值迅速升高，速度高于恶性结节的强化速度，达到峰值后出现轻度下降，之后又上升到原来的峰值状态，从而形成一平台期，且炎性结节的强化持续时间比恶性结节长[5]。恶性结节的微血管基底膜不完整，对比剂透过容易，弥散可能较快；而良性病变微血管基底膜完整，对比剂透过可能较慢。这就有可能影响不同性质结节的增强模式，以及时间、峰值方面的差异，为有效的鉴别诊断提供可能。

总之，肺癌的CT诊断主要依靠对其形态学变化特点、影像改变、增强类型、结节内血管征和动态强化曲线特征等进行综合分析，做出相对正确的诊断。增强后动态CT薄层扫描及高分辨扫描与CT平扫相结合，可以提高对孤立性肺结节的鉴别能力。

[参考文献]

[1] 刘士远，周康荣，肖湘生，等. 周围型肺癌微血管密度与CT增强的关系[J]. 中华放射学杂志，1999，33(10)：694－698.
[2] Swensen SJ, Viggiano RW, Midthun DE, et al. Lung nodule enhancement at CT: multicenter study[J]. Radiology, 2000, 214(1): 73－80.
[3] Yamashita K, Matsunobe S, Takahachi R, et al. Small peripheral lung carcinoma evaluated with incremental dynamic CT: radiologic-pathologic correlation[J]. Radiology, 1995, 196(2): 401－408.
[4] Zhang M, Kono M. Solitary pulmonary nodules: evaluation of blood flow patterns with dynamic CT[J]. Radiology, 1997, 205(2): 471－478.
[5] Swensen SJ, Brown LR, Colby TV, et al. Lung nodule enhancement at CT: prospective findings[J]. Radiology, 1996, 201(2): 447－455.

（编辑：余汇洋）

静脉切开取栓术在深静脉血栓中的应用体会

Experience of venotomy embolectomy applied in thrombus of deep vein

陈福军[1]，金 松[1]，辛国荣[1]，郑春梅[2]，王 良[2]，王 薇[2]
（佳木斯大学第一附属医院：1. 普外科；2. 超声科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 静脉；血栓；取栓术
[中图分类号] R322.123 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0179－02

我院自2000年7月至2003年11月共收治深静脉血栓238例，其中大部分经药物溶栓治疗效果较好，但有32例35侧肢体（包括股青肿及股白肿17例）经药物溶栓治疗效果不明显，具有患肢肿胀加重的趋势，对这32例病人全部行股静脉切开取栓术，术后给予抗炎溶栓治疗，效果满意，现报告如下。

[收稿日期] 2004－01－21 [修回日期] 2004－04－16

1 资料与方法

1.1 一般资料

32例病人中，男19例，女13例。最大年龄84岁，最小年龄31岁，平均50.2岁。左下肢患者23例，右下肢患者12例，双侧下肢患者3例。病程多为3～10 d，最长21 d。