DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.02.025

2 侯少范.生物材料中生育酚的荧光测定方法.分析化学,1982,10(9):535
3 杨竞平.血清和组织中超氧化物歧化酶的微量测定法——化学发光法.白求恩医科大学学报,1987,13:16
4 Robers JM. Preeclapsia: An endothelial cell disorder. Am J Obstet Gynecol,1989,161(5):1200
5 赵三纯.妊高征患者胎盘血中过氧化脂质与心钠素水平变化.实用妇产科杂志,1992,8(6):314
6 Mitsuaki Meserci. Lipid peroxide levels and lipid content of serum of lipoprotein fraction of pregnent subjects with or without preelampsia. Clin Clim Acta,1981,115:155
7 Warso AM. Lipid peroxidation, prostacyclin and thromboxane. Bri Med Bull,1983,39:277
8 美濃真.ビタシンEの臨床的意義.小児科診療,1981,33(8):1147

(收稿:1993-11-24;修回:1994-02-14)

肺癌不典型X线表现分析

张楚毅 雷 鸣* (第三军医大学新桥医院呼吸中心) 630037

肺癌的大体形态是多种多样的,故在X线影像上显示不很典型,极易延误诊断,失去早期治疗的时机,给病人带来不可弥补的痛苦。本文对我院3年来经病理学证实为肺癌的28例不典型X线表现分析如下:

1 X线表现

1.1 病灶形态不典型

1.1.1 癌性空洞表现特殊,以囊肿样特征表现为主4例。1例单发巨大薄壁空洞,无液平面,洞内一侧有小结节影,病理证实为腺癌;有2例形态不规则类圆形囊状阴影,局部断层薄壁空洞,有液平,病理确诊鳞癌;另1例空洞则很特殊,病灶内有多个囊肿样病变,病理诊断鳞癌。

1.1.2 癌性浸润类似急、慢性炎症5例。多呈条索状,或密度浅淡,边缘模糊片状阴影;亦有密度深浅不均,边缘毛糙,极似炎症。CT检查3例已有肺门。纵隔淋巴结转移,1例肋骨呈溶骨性破坏,病理均证实腺癌。

1.1.3 肺内圆形或类圆形阴影4例。病灶密度致密,边缘较光滑,其中有1例病灶中有钙化,1例周围有卫星灶而误诊结核球,抗痨后病灶反增大,病理证实2例均为腺癌,另2例各为小细胞未分化癌与鳞癌。

1.1.4 粟粒型阴影2例。两肺广泛呈弥漫性分布粟粒大小斑点状阴影,密度较高,大小均匀对称,似粟粒型肺结核,病理诊断肺泡细胞癌。

1.1.5 肺门表现异常3例。1例见左肺门条索影向上放射,未见浸润病变,支气管造影示左总支气管明显狭窄,病理报告低分化癌(未分型);另1例见肺门影略大,误诊肺血管影,半年后在原部位出现明显块影,病理证实鳞癌。还有1例在肺门区隐约可见小结节状阴影,边缘不清楚,密度较淡而漏诊,直到病人腰痛而拍片,见第2腰椎有明显破坏,诊断转移癌,方发现原发灶在肺门,病理诊断腺癌。

1.2 病变部位不典型

1.2.1 癌瘤病变位于较隐蔽区域6例。位于心脏后,膈上或心膈角处,极易漏诊。1例胸片示右下肺心膈角处有小片状密度浅淡影,侧位在前基底段,病理证实腺癌;另1例病变在心脏后较长时期漏诊,因反复咯血误诊支气管扩张症,1年后当出现脑转移症状时,才发现原发灶,查脱落细胞为腺癌;其他如膈上、左、右下肺条索状阴影夹杂小结节状阴影,及右下肺动脉重叠小结节阴影常被忽视,待肿瘤增大、血痰加重、甚至癌瘤转移才被发现原发灶。

1.2.2 癌灶在肺结核病变基础上保存1例。病灶密度较高,有纤维化及钙化误诊肺结核,抗痨1年病灶缓慢增大,病理确诊肺泡细胞癌。

1.2.3 纵隔型肺癌3例。肺部癌肿紧贴纵隔旁与肿大淋巴结构成肿块阴影,其外缘呈弧形或不规则状凸向肺内,边缘光滑、密度致密,其内缘与纵隔无法分开,易误诊纵隔肿瘤。经病理学证实2例为小细胞未分化癌,1例为鳞癌。

2 讨论

本文对28例不典型肺癌X线表现分析,提示肺癌的X线表现变化多端,有许多征象常无特异性,在临床上如不深入分析或随访容易误诊或漏诊。因此对肺癌的X线诊断必须要有高度警惕性。

不典型X线表现是由于肿瘤生长部位、大小、生长方式及不同病理类型所致[1,2]。即使同一病理类型,因生长速度与生长方式不同,也可出现不同的形态变化使X线表现各异。按恶性肿瘤生物学特性,癌细胞的增殖、生长、发育,除依赖能量的供应和贮备外,与机体各系统功能和生理病理状况以及免疫系统的生理病理状况均有关[3]。

* 解放军四十四医院进修医生

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

结合本文就不典型肺癌X线表现与临床X线诊断方面的一些点滴体会总结如下：

(1)肺癌可呈各种类型的空洞表现，癌性空洞不一定都具有厚壁、偏心、内壁凹凸不整的典型特征，对可疑空洞或囊肿样病变应早作分层摄影，及多次痰找脱落细胞检查，必要时施行纤支镜检查，以期能早期确诊。

(2)某些肺癌(腺癌较多)在早期呈片状浸润阴影时与炎症或结核不易区分，在抗炎或抗痨情况下，阴影逐渐增大、增浓，应注意早期肺癌。

(3)对肺部阴影内含有钙化物时，可作为良性病变考虑，但癌肿内偶尔可有钙化，一般为点状钙化影，以后定期复查，随访观察其动态变化。

(4)中心型肺癌在X线片上可无特殊表现，或仅管腔狭窄而引起远端阻塞性炎症。经抗菌素治疗后，肺部炎症影可以完全消散，因此临床诊断时不能据此而排除肺癌，故对40岁以上有长期吸烟者，伴咳嗽，痰血应高度怀疑肺癌而作进一步检查。

(5)肺泡细胞癌(粟粒型)X线表现也不全是病灶不均匀。不对称、不等大，其分布不一定是从肺门向外逐渐减少的典型特点。对无结核中毒症状、气急进行性加重者应注意痰脱落细胞检查或作经皮肺活检。

(6)对孤立性病灶性质的判断，最好作病灶分层摄影，有助了解病灶特征。在直至小于2 cm的病灶，随访观察动态改变较分析其形态特征更为重要；对2～4 cm的球形病灶形态特征分析有诊断价值；对大于4 cm以上的病灶，首先考虑恶生病变可能。除观察形态特征外，有无肺门或纵隔淋巴结的肿大往往能迅速提示恶性的证据。

(7)不应单凭X线检查作诊断，必须重视病史、体检、实验室检查等综合分析，如发病年龄、临床症状、痰结核菌检查与脱落细胞检查及动态变化等，才能作出正确诊断。

关键词 肺肿瘤/放射造影术

中图法分类号 R734.2

参考文献

1 徐昌文. 肺癌. 上海：上海科学技术出版社，1980. 50

2 Heitzman ER. Radiologic－Pathologic Correlatious. The Lung，1973：381～387

3 黄铭新. 内科理论与实践——肿瘤学基础. 上海：上海科学技术出版社，1983. 309

(收稿：1993-05-18；修回：1993-11-21)

超氧化物歧化酶含量与活性的对比分析

冯华芳 高丽清 张树生 (第三军医大学西南医院检验科) 630038

超氧化物歧化酶(SOD)广泛存在于生物体内，它能专一地催化超氧自由基(O_2^-)的歧化反应，以保护细胞免受氧自由基的损害。近年来，SOD已经引起了医学界、生物学界生物物理学界等的广泛关注。测定人体内的SOD，国内已有放射免疫分析法(RIA)可作酶含量测定[1]，更有大批方法可作酶活性检测。单一的酶含量或酶活性测定的报道已经较多，但对同一样本同时进行酶含量及酶活性的检测的报道还不多见。本文对首次健康献血者及几种疾病共96例作了这方面的检测观察，现报告如下。

1 材料和方法

1.1 检测对象

对照组20例，来自首次健康献血者；疾病组经严格挑选：冠心病16例、肿瘤19例、烧伤23例、肾衰10例、慢性肝病8例，入院1～3 d采血，年龄在20～50岁，性别比例基本为1:1，临床诊断经多方检查确诊并不伴它系脏器并发症者。

1.2 样品采集

1.2.1 肝素抗凝血2 ml，混匀，按RIA要求制备溶血液及测定血红蛋白；

1.2.2 将该血样离心，收集上层血浆备用；

1.2.3 将下层红细胞按Winterbourn等[2]介绍的方法制成10 g/L血红蛋白的提取液备用。三类样品均置低温冰箱(－30℃)保存。

1.3 SOD含量测定

采用上海第二军医大学369教研室研制的Cu·Zn－SOD－RIA药盒，严格按说明书操作，在西安262厂FJ－2008G全自动r计数器上进行测定，用微机处理后打出结果。

1.4 SOD活性测定

按YOSHIHIKO ŌYANAGUL[3]介绍的亚硝酸盐比色法(The nitrite method)略加改进后测定(本法批内C·V为4.75%、批间C·V为8.7%，详细检测法将另文报道)。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net