DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.024

后因素的价值，但是否能够很好地提示ACST预后有待进一步验证。

参 考 文 献

1. 孙文兵 韩本立。121例重症胆管炎临床分析。临床肝胆病杂志 1991；7(2)：10
2. 肝胆管结石专题讨论会纪要附件。中华外科杂志 1983；21：373
3. Williamson RCN. Early assessment of severity in acute Pancreatitis. Gut 1984；25：1131
4. Hunt DR. The identification of risk factors and their application to the management of obstructive jaundice. Aust N Z J Surg 1980；50：476

（收稿：1990.07.17；修回：1991.02.15）

肾正常变异误诊为肾肿瘤（附3例报告）

游 箭 巫北海（西南医院 放射科）

肾肿块术前诊断中，偶有假性肿瘤被误诊为肿瘤行剖腹探查，给病人造成不必要的损害。作者对3例肾正常变异误诊为肾肿瘤进行了分析。

例1 男，29岁，以左肾区占位半月就诊。半月前出现左上腹剧痛，伴恶心，查体仅左肾区叩痛，入县医院行超声（US）、X线检查见左肾占位。1987年7月转入我院。查体、血常规、尿常规、肾图均无异常。腹主动脉造影见左肾动脉双支供血、上支受压下移，肾上、中极有肿块染色，边界不清，提示左肾占位。CT见左肾增大，上极有一6.7cm×5.6cm×5.0cm的实质性肿块影，边界不清，密度不均，CT值为25Hu～33Hu（图1），肾筋膜受累，肾静脉增粗，腔静脉前有肿大的淋巴结影，增强见病灶有不规则增强，肾窦受压，下腔静脉前有团块状增强影（图2），诊断左肾癌，腹主动脉、腔静脉周围转移。US见左肾增大，呈梨状，肾包膜不完整，上极有一6.1cm×4.6cm混合型回声影，边界不规则，诊断左肾癌。左肾探查见腹主动脉、腔静脉旁无肿大淋巴结，左肾轻度粘连，表面光滑无突起，上极呈锥状，下极钝圆，静脉较粗大，在怀疑肿块处取组织活检，病理诊断正常肾组织。



图1 CT见左肾增大，上极有6.7cm×5.6cm×5.0cm的实质性肿块，边界不清，CT值为23Hu～33Hu



图2 CT增强扫描见左肾病灶不规则增强，肾窦受压

例2 男，30岁，以左腰部胀痛5年伴血尿3d就诊。5年前出现左腰部胀痛，时轻时重。1987年7月突感腰痛，连续3d全程肉眼血尿，诊断“肾炎”，治疗后血尿消失，腰痛未减，院外US、静脉肾盂造影（IVP）考虑左肾占位。1987年8月入院。查体、血常规、尿常规无异常。X线表现：IVP见左中盏受压。左肾动脉造影见双支供血，后组中支叶间动脉弧形受压，有一1.5cm×1.5cm肿块染色，提示为左肾占位。US见左肾中部有一1.9cm×2.3cm边界清、回声增强、内部回声减弱的不均匀回声区，提示左肾占位。CT

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

见双肾无异常。手术见左肾暗红色，质地均等，其前外侧中极有一明显突起，在该处切除2.0cm×1.0cm×1.0cm的组织。病理诊断为正常肾组织。

例3 女，28岁，查体发现左肾包块5d就诊。患者因腹胀、腰部不适，做肝脏CT平扫时发现左肾中上份前外侧皮质—2.8cm×3.5cm×4.0cm不规则肿块，密度不均，CT值为32Hu～38Hu，提示为左肾肿瘤。US提示左肾中份皮质实质性占位。1990年4月以左肾肿瘤入院，查体、血常规、尿常规、肾图均无异常。手术见左肾表面光滑无隆起，色泽、质地正常。术后诊断左肾正常。术后US见左肾上部略向腹侧突起，该处肾皮质厚度达2.5cm，提示左肾上部皮质增厚。CT增强见左肾低密度区为正常肾组织略向外突。

讨　论

（1）肾假性肿瘤是指影象诊断所见类似肿瘤征象，而组织学却为非肿瘤组织者。分为先天型和获得型。本文3例为先天型假性肿瘤的一种。这种先天变异是肾胚胎发育中的变异，即肾单位（含皮质、髓质）与邻近皮质部分融合而未再分离，形成的解剖间隔的发育过程中，出现正常肾皮质的局限性聚积或移位[1]。如肾柱肥大也造成肾单位移位[2]。这种单个或多个肾单位突入肾窦或肾表面，可表现为皮质结节或肾形态异常而出现占位表现。本病属于少见病，临床表现无特征，多因腰痛、血尿、高血压就诊，有肾区压痛、叩痛，尿中红细胞，不能触及肾脏及其肿块。

（2）本病先由IVP、逆行肾盂造影发现，经血管造影、US和CT证实。

IVP或逆行肾盂造影特征：盏距加大，肾盏受压，肾盏与肾上极距离加大，肾边缘隆起，可伴有肾形态、收集系统畸形[3]。肾动脉造影特征：动脉期有肾叶间动脉移位，包绕肿块，无肿瘤血管和静脉早期充盈；毛细血管期有“肿块染色”，但与周围密度相近；肾动脉多支趋向。US表现：肾中上1/3交界处肿块突入肾窦内或突出肾轮廓外，肿块与肾皮质等回声。了解这一点就不会误诊为肿瘤[4]。CT表现：肾皮质边缘隆起、增厚或软组织肿块，增强扫描见上述区域表现强化且与邻近皮质增强一致。由于CT增强能确定肿块是由正常功能的肾皮质构成，故对假性肿瘤诊断有重要意义[3]。

Charghi等[2]提出在腹主动脉造影的肾实质期对肿块染色易错误地判断为肿瘤，本文例1与此相似。Felson等[5]认为肾假性肿瘤甚至正常肾实质均可出现高密度血管染色而误诊为肿瘤。本文例1、2亦与此相似。3例US均误诊。3例CT中有2例均因忽略观察皮质软组织肿块与周围皮质密度的关系而误诊。例1增强又见肾柱增粗，原腔静脉前结节影实际为肠系膜上动、静脉影。综上所述，由于对本病认识不足，对其血管造影、US和CT的表现分析错误导致了手术探查。

我们认为肾先天变异与肾恶性肿瘤均有占位表现，其鉴别关键为US中肿块与皮质等回声；CT增强时，平扫所见的软组织肿块与邻近肾皮质强化一致；血管造影有肿块染色，但无肿瘤血管、血池及静脉早期显影等，有时仍需多种影象（包括核素扫描）联合检查，以达到正确诊断，避免不必要的手术。

参考文献

1. Thornbury JR, McCormick TL, Silver TM. Anatomic/Radiologic classificiation of renal cortical nodules. AJR 1980; 134:1
2. Charghi A, Dessureault P, Drouin G, et al. Malposition of a renal lobe (lobar dysmorphism): A condition simulating renal tumor. J Urol 1971; 105:326

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

3. Zeman RK, Cronan JJ,Rosenfield AT, et al. Imaging approach to the suspected renal mass. Radio Clin North Am 1985; 23:503
4. Lafortune M, Constantin A, Breton G, et al. Sonography of the hypertrophied column of Bertin. AJR 1986; 146:53
5. Felson B, Moskowitz M. Renal pseudotumors: The regenerated nodule and other lumps, bumps, and dromedary humps. AJR 1969; 107:720

(收稿：1990.10.27；修回：1991.03.15)

肺癌脑转移45例分析

肖世全（新桥医院 肿瘤科）

毛宝龄（新桥医院 呼吸内科）

1986年1月～1990年2月，我院共收治肺癌伴有脑转移者45例，现报道如下。

1 资料分析

1.1 性别、年龄

45例中，男37例，女8例，男女之比为4.6:1。年龄50.9±10.6（23～78）岁。

1.2 诊断依据

45例均经胸片或胸部CT、痰细胞学、纤维支气管镜（纤支镜）检查和(或)肺穿刺活检确诊。并经脑CT或脑血管造影检查证实脑转移。

1.3 肺癌病理分型与性别

临床分型及部位的关系：本组小细胞肺癌7例，男6例，女1例；中心型5例，周围型2例；部位：右肺上叶3例，左下2例，右下和左上各1例。鳞癌15例均为男性，中心型10例，周围型5例；部位：右上5例，左上4例，右下、右中、左下分别为3、2和1例。腺癌15例，男10例，女5例；周围型10例，中心型5例；部位：左上6例，右上4例，右中、左下、右下分别为2、2和1例。细胞未明癌8例，男6例，女2例；中心型5例，周围型3例；部位：右上3例，左上2例，右中、右下和左下各1例。

1.4 病期

均为Ⅳ期，按病灶大小分，T_1 10例，T_2 28例，T_3 7例。

1.5 脑转移的潜伏期

45例中，有7例首先出现精神神经症状，7d～90d后经CT检查证实颅内有转移性病灶，再行X光胸片检查发现肺内肿瘤，并陆续经痰细胞学和(或)纤支镜、肺穿刺活检病理证实肺癌。3例肺部症状与精神症状同时出现。1例肺癌切除术治疗9年1个月后出现脑转移。另34例在肺癌确诊后7d至3年间出现脑转移，其中10例在放射治疗肺原发灶15d～45d过程中出现脑转移。

1.6 脑转移灶部位

多发34例，单发11例。其中左半球15例，右半球13例，双侧均有17例。小细胞肺癌转移至颌叶、顶叶及基底节多见，鳞癌转移至颌叶、顶叶、枕叶多见，腺癌转移至颌叶、枕叶、顶叶、颞叶、脑室多见，细胞未明癌转移至颌叶多见。

1.7 脑转移临床表现

头痛31例次；头昏、乏力29例次；呕吐（均为非喷射性）15例次，偏瘫18例次，共济失调7例次，语言障碍、癫痫样抽搐及精神异常者各5例次。

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