DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.023

含量变化比远端明显，远离癌旁逐渐恢复为正常模式。

2.3 统计学处理

PNA标记炎性粘膜与腺瘤，腺瘤与癌比较$P<0.01$，炎性粘膜与“移行粘膜”比较$P<0.05$。VEA-1和DBA标记腺瘤与癌比较$P<0.01$，腺瘤轻度与重度非典型增生比较$P<0.05$。

3 讨 论

凝集素已作为探针应用于肿瘤分化和鉴别诊断[3][4][5]。我们选择3种凝集素检测大肠病变组织内受体含量，结果显示从良性到恶性LR含量呈不同程度的增加或丢失，尤其是PNA受体含量有显著差异性。腺瘤组轻度增生与重度增生LR含量亦有梯度性变化。结果证实LR检测可以作为鉴别大肠肿瘤细胞分化程度的有效方法之一。另外，胎儿大肠腺上皮细胞内LR表达较强，其原因可能是由于细胞分化幼稚，糖基化不完全，大肠粘膜癌变时糖基化功能退化，上述原因均可造成糖基异常暴露而引起LR过量表达。我们检测结果中低分化癌无1例阴性及肿瘤恶性程度不同LR含量呈规律性改变也证实了这一观点。大肠“移行粘膜”LR也出现异常，说明在形态改变之前其代谢功能有类似癌的某些特点，我们认为属潜在癌前病变。综上所述，LR检测对手术切缘及活检大肠粘膜为阳性的病例，应加强随访，有利于提高大肠癌早期诊断和治疗。

关键词 肠肿瘤；癌，移行性细胞

参 考 文 献

1. 李蜀华 谭永淑 陈代云，等。结肠癌癌旁粘膜的组织化学与电镜观察。临床与实验病理学杂志 1985；3:1
2. Konishi F, Morson BC. Pathology of colorectal adenomas: A colonoscapic sarvey. J Clin Pathol 1982; 35:830
3. Cooper HS, Reuter VR. Peanut lectin binding sites in polyps of the colon and rectum. Adenomas, hyperplastic polyps, and adenomas with in site carcinoma. Lab Invest 1983; 49:655
4. Cooper HS. Peanut lectin binding sites in large bower carcinoma. Lab Invest 1982; 47:383
5. Hpwaed DR, Ferguson P, Batsakis JG. Carcinoma associated cytostructural antigenic alterations: detection by lectin binding. Cancer 1981; 47:2872

（收稿：1991-05-23；修回：1991-12-05）

胃底静脉瘤样扩张2例报告

孙清荣 易习之 初铭忠（第三军医大学新桥医院 放射科）630037

胃底静脉曲张，虽不少见，但临床确诊率不高，特别是瘤样扩张的静脉与胃底新生物易混淆，现将经手术、病理证实2例作一报道。

例1 男，48岁，反复呕血、黑便10月，曾呕血3次约500ml。体检：皮肤、巩膜无黄染，肝脾不大。大便潜血阳性，肝功正常。B超检查：（1）肝硬化可能。（2）脾大。（3）门静脉增宽。胃镜检查：（1）慢性萎缩性胃炎。（2）胃底隆起病变，性质待查。钡餐检查：食管粘膜增粗及扭曲，边缘光滑，钡剂通过顺利。胃底贲门部后壁有一圆形充盈缺损（图1）。周围粘膜皱襞有移位征象，胃壁光滑柔软。胃体、胃窦及十二指肠正常。



图1 胃底贲门部后壁圆形肿块

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

X线诊断：（1）食管轻度静脉曲张。（2）胃底占位性病变，考虑平滑肌瘤。手术所见：肝呈小结节样硬化，脾大，约25cm×12cm×6cm，门静脉压2.35kPa。胃底后壁见静脉瘤样扩张，粗1.2cm，胃壁柔软。病理诊断：充血性脾肿大；胃壁粘膜下血管增多增粗及扩张。

例2 男，60岁。乏力、纳差20余年，呕血25ml。体检：皮肤无黄染、无腹壁静脉曲张。B超检查：（1）肝硬化及门静脉栓塞。（2）脾大。胃镜检查：（1）第1次报告食管静脉曲张及胃底静脉瘤。（2）第2次报告慢性表浅性胃炎及胃底新生物。钡餐检查：食管粘膜规则，边缘光滑。胃底后壁见结节状融合成扭曲蛇形团块影（图2），肿块



图2 胃底内后壁扭曲蛇形团块影

仰卧位时较清楚，立位时呈分叶状，体位改变，肿块形态有变化。肿块边缘光滑，与周围分胃清楚，无粘膜破坏。X线诊断：胃底良性肿块。手术所见：肝呈小结节状硬化及脾大。门静脉及胃短、胃冠状静脉增粗。胃底部有瘤样扩张静脉丛，门静脉压3.73kPa。病理诊断：（1）脾大。（2）肝硬化。（3）胃炎及浆膜层血管扩张。

讨 论

胃底静脉曲张是门静脉高压症的重要并发症，发病率高达80%～90%[1]。门脉性肝硬化时，肝内门脉系统血流受阻后，门脉血可通过扩张的胃冠状静脉，经食管或食管旁静脉丛进入半奇静脉-奇静脉引入上腔静脉回心，形成门～体静脉分流[2]，因而导致胃底和食管静脉曲张，而实际工作中肝硬化病例X线检查时，发现食管下段静脉曲张比胃底静脉曲张远为多见。Spence[3]研究认为食管下段粘膜固有层的静脉数目较粘膜下层多，而上段食管及胃底则相反，门静脉高压时，引起静脉曲张，主要发生在粘膜固有层静脉，故易被钡餐造影显示。而胃底粘膜固有层静脉较粘膜下层少故钡餐检查难以显示，且胃底正常粘膜皱襞粗厚变化大，如辅以双重低张造影，可提高发现率。陈氏[4]报道10例胃底静脉曲张，其中4例误诊。本组2例均以胃内肿块剖腹探查。归纳误诊原因如下：

（1）了解病史，结合超声及食管钡餐检查可提高本症警惕性，如例1反复呕血、黑便。例2长期肝硬化病史。两例超声均提示肝硬化、脾大。例1钡餐见食管静脉曲张，均有助本症诊断。（2）改进钡餐检查方法：X线钡～气低张造影，采取多轴位、多平面、变换体位，使右下半卧贲门近地位、侧立左下弯腰位对了解胃底贲门前后隆起病变及其范围和表面情况，均有一定价值，但本文两例均未采用上述方法。（3）提高本病X线表现的认识；本病主要表现为胃壁粘膜下静脉扩张扭曲形成条状、结节或肿块，多互相组成多形性，如本组两例钡餐表现为团块状，伴周围结节状粘膜，其中1例伴扭曲蛇行、环形或枯枝状条影，粘膜皱襞增粗、扭曲及移位，而肿块区无龛影出现，且体位改变时，肿块形态可有改变。

关键词 静脉曲张；胃底

参 考 文 献

1. 上海第一医学院X线诊断学编写组。X线诊断学。上海：上海科学技术出版社，1978：964
2. Emil JB, Alec M, David N, et al. Computed tomographic recognition of gastric varices. AJR 1984; 142: 1121
3. Spenc RA. The venous anatomy of the lower esophagus in normal subjects and in patients with varices: an image analysis study. Br J Surg 1984; 71:739

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

4. 陈九如 尚克中 张福祥，等。胃底静脉曲张的X线诊断。临床放射学杂志 1987；6:119

（收稿：1991-08-24；修回：1991-10-31）

肺心病合并肺癌影响诊断的某些因素

梁先万 凌培基 陈摩端（第三军医大学大坪医院 呼吸科）630042

肺心病合并肺癌临床并不少见。但报道较少。我院近5年收治肺心病436例，合并肺癌64例，有病理细胞学诊断者43例，占9.9%。本文就资料完整的43例肺心病合并肺癌进行分析，重点探讨肺心病合并肺癌影响诊断的诸多因素。

肺心病诊断标准：全部病例均符合1977年全国第二次肺心病会议诊断标准[1]。

1 资料分析

1.1 一般情况

1986年1月～1990年12月我院共收治肺心病436例，合并肺癌64例，有病理细胞学诊断、资料较完整的43例。另21例为X线或CT诊断未计入在内。男37例，女6例，男女之比6.2:1。年龄最大78岁，最小53岁。平均年龄63.9岁。烟龄：包/d，最长52年，最短11年。>30年21例（48.8%），全部为鳞癌。不吸烟7例。引起肺心病的疾病：慢支肺气肿29例；肺结核8例；支扩4例；脓胸术后和矽肺（Ⅱ期）各1例。

1.2 临床表现

全部病例均有咳嗽咳痰。病程中转变为刺激性干咳21例（48.8%），其中4例咳嗽随体位改变加重或出现。咯血或痰血19例（44%），13例在病情缓解后出现，持续时间2～11月不等。胸痛17例（40%）。四肢关节痛5例（12%）。低热12例（28%）。突然声嘶3例。排尿困难、股骨病理骨折为首发症状各1例。

1.3 胸片

块影8例；肺不张5例；点片状影13例；胸水11例；内5例为单侧少量胸水。阻塞性肺炎5例；气胸1例。

1.4 确诊手段与肺癌类型

11例行纤支镜检查，8例阳性，胸水细胞学诊断9例；胸膜活检诊断6例；痰细胞学诊断14例，淋巴结活检诊断4例；针刺肺活检、胸壁包块穿刺诊断各1例。计鳞癌23例，腺鳞癌3例，腺癌5例，小细胞癌2例，未定型10例。

1.5 治疗与转归

本组病例均用止咳祛痰及多种抗菌药物治疗。并咯血者加用止血剂。多数病例疗效差。抗生素交替2、3疗程（30d）后，肺部阴影虽有吸收，然始终吸收不完全，有的甚至无变化。17例经抗炎解痉祛痰治疗后，血像血气趋正常而一般情况反恶化，后确诊为并发肺癌所致。胸水多者经反复抽液，四环素胸膜粘连术后病情尚能获得暂时缓解。接受化疗者18例，无1例能获完全缓解。结果：好转15例，无变化11例，自动出院9例，死亡8例。

2 讨论

2.1 慢性炎症可引起癌变[2][3]。肺心病由多种慢性肺胸疾病引起，故可发生癌变。当合并肺癌时，多数病例确诊已是晚期，早期诊断甚为困难。从本文资料看，主要原因为：（1）肺癌早期无症状不易察觉。（2）合并肺癌时其发热、咳嗽、胸痛甚至咯血常被病人或家属甚至医生误认为原有疾病的复发或加重致延误诊断。（3）对长期吸收不完全的肺部阴影认为是年龄大抵抗力差延迟吸收之故，未给予足够重视。（4）少量单侧胸水合并心衰时易认为与心衰有关，忽视作全面检查。（5）年龄大病情重未能尽早作纤支镜检查或不能承受此项检查，使不少气管支气管内癌变难以诊断。可见肺心病合并肺癌时其诊断问题确系多种因素影响，以致不能尽早明确诊断。我们认为，如能掌握下列几点，可为临床提供重要线索，以便进一步深入检查：（1）肺心病患者病程中出现咯

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