DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.02.023

腺苷酸的作用可能由细胞外一种非乙酰胆碱特异性受体所介导。电生理检查表现为A-H间期延长，而H-V间期无变化，提示此药静注后抗心律失常的机制为延缓或阻滞AVN内的前向传导，从而阻断折返环路，终止PSVT。有人认为此药有强的拟迷走神经特性，在终止PSVT中起重要作用。也有人认为[4]可能与增加K^+通透性有关，而非植物神经系统反射所致。

3.3 副反应

本组应用ATP治疗PSVT引起一些不严重的副反应，如瞬间心律失常等，由于ATP在体内迅速失活，故持续时间短暂，多于数秒内消失。但近年来陆续有应用ATP静注治疗PSVT，发生较严重的心律失常，如室速、室颤、Ⅲ°A-VB、心脏停搏、阿斯综合征以及支气管痉挛和过敏性休克等报道。本组虽不像有些作者[3]报道那样严重，但也遇见1例发生心绞痛、心肌缺血、心脏停搏约5 s后复律，临床检查无冠心病证据，可能因ATP有较强的拟乙酰胆碱作用，诱发冠状动脉痉挛所致。提示应用ATP治疗PSVT，仍有一定的潜在危险性，需严格选择病例，在持续心电监护及有抢救措施下方可进行。特别对老年人、冠心病、病窦、双结病变者宜慎用或不用。

我们认为ATP对折返性PSVT复律具有疗效高，作用快，短时内可重复用药的优点，副反应轻而短暂，多不需处理。虽有一定的潜在危险性，只要正确掌握适应症和给药的剂量和速度，可以避免严重副反应的发生。

参考文献

1. Greco R, et al. Treatment of paroxysmal supraventricular techycardia in infancy with digitalis adenosine-striphosphate and verapamil: a comparative study. Circulation 1982; 66:504
2. 蒋文平，等。三磷酸腺苷纠治阵发性室上性心动过速的评价。中华内科杂志1985；5:276
3. 陈朝东，等。ATP复律阵发性室上性心动过速27例次初步报告。广西医学院学报 1985；3:43
4. 陈灏珠。国际心律失常学术会议。世界医学信息 1987；6:142
5. Urthaler F, et al. Effects of Adenosine amd ATP on AV conauction and on AV Junctional rhythm. J Lab Clin Med 1972; 79:96

(收稿：1989.06.08；修回：1989.09.30)

肺炎性假瘤16例报告

曾会昌 龙子善 王玉阶（西南医院 胸外科）

国内外文献对肺炎性假瘤的性质、病因及病理特征作了大量描述[1-3]，然而在临床工作中，本病与肺癌的鉴别诊断仍有一定困难。本文分析我院1977年1月～1988年12月经手术病理证实的16例肺炎性假瘤临床及X线资料，着重讨论对本病的诊断、鉴别诊断及治疗问题。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男性11例，女性5例。年龄20～63岁，平均44岁。症状以咳嗽、痰中带血为主者9例，伴胸痛胸闷6例，单纯咳嗽3例，咯血2例，其中1例1次咯血达200ml。1例无症状，健康体检时发现。5例在发现肺

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

部块影前1～6个月有高烧病史。3例入院时低烧，体温37.5℃～38.2℃。1例右肺闻及管型呼吸音。病程7天～11个月，多数2～4周。

1.2 实验室资料

2例白细胞总数和中性升高。4例血色素低于正常。查血沉8例，有3例明显增快，分别为55、60、72 mm/h。

1.3 纤维支气管镜检查

5例均发现相应肺叶段支气管粘膜充血水肿，管腔狭窄。但腔内无肿物，涂片及活检无癌细胞。9例查痰找癌细胞均阴性。

1.4 X线表现

本组均为肺周边孤立性结节病变，密度均匀。8例呈圆形，3例卵圆形，5例边缘不规则。3例伴有浅分叶，1例边缘毛刺。瘤内钙化和中心小空洞各1例。病灶直径最小者1.5cm，最大7 cm，但以2～4 cm居多。3例做CT分层，均显示肿瘤边缘不规则，有刺状突起伸向肺野，局部胸膜增厚粘连，支气管通畅，肺门纵隔淋巴结不肿大。肿瘤分布：右肺10例，其中上叶6例，中叶1例，下叶3例。左肺6例，其中上叶2例，下叶4例。

1.5 术前诊断

术前2例疑诊肺炎性假瘤，其余诊断肺癌（8例）；结核瘤（3例），错构瘤（1例），良性肿瘤（2例）。

1.6 手术所见

11例胸膜有不同程度粘连，多数为肿瘤相应的脏壁胸膜，叶间胸膜粘连。与癌肿浸润性粘连不同。2例肺门炎性水肿。行肺叶切除12例。双叶切除2例。楔形切除和肿瘤剜出各1例。

1.7 治疗结果

全组均治愈出院。无并发症。12例随访6个月～10年，平均4.7年，无复发。

2 讨论

2.1 发病率

肺炎性假瘤并非少见病，约占所有肺部球形病变的3.4%～7.6%[2][5]，占肺良性肿瘤的25.8%～36.9%[4][5]。本组分别占同期收治的肺部球形病变的5.5%（16/290）和良性肿瘤者的50%（16/32）。一般认为本病多见于青少年，但老年人发病有增多趋势。本组44岁以上患10例，确实增加了与肺癌鉴别的困难。

2.2 病因及发病机制

本病的确切病因仍不清楚。但人们注意到，发生在身体各部的各种非特异性炎症的慢性化，进而局限为瘤样肿块，这也可同样发生在肺。因而提出了肺炎和机化性肺炎与炎性假瘤的关系[1][4]。本组有5例在发现肺部块影前有高烧病史。其中1例发烧时在当地医院胸透发现右上肺大片模糊状阴影，诊断大叶性肺炎。给予大剂量青霉素治疗2周，症状改善，肺部病变逐渐吸收，最后形成2 × 2 cm^2边缘光滑的圆形块影。

2.3 诊断及鉴别诊断

肺炎性假瘤的临床症状、体征和放射影像常缺乏特征，故常误诊为肺癌或其它疾病。从本组资料和文献报告[1-4]作者认为，以下有助于本病的诊断：①详细询问病史，常有高烧、咳嗽等上呼吸道感染的病史。本病的临床症状相对较轻，病史较长，肿块大小与病程长短不成比例。而肺癌症状渐进性加重；②部分患者有不同程度的贫血和血沉快，而肺癌仅见于

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

全身情况差或伴有阻塞性肺炎的中晚期病人；③纤支镜检查既能直接观察到支气管有否腔内肿物，也可在X线引导下行肿瘤活检，对排除肺癌有重要价值。④病灶分层或CT分层可观察病灶形态，支气管及肺门纵隔淋巴结情况，对鉴别诊断有一定的帮助。结核瘤多好发于上叶尖后段和下叶背段，直径一般<3.0cm，周围常有卫星灶。良性肿瘤一般无症状或症状轻，无肺部炎症病史。

2.4 误诊原因分析

本组误诊14例(占87.5%)。8例误诊肺癌，占误诊病例57%。原因为：①年龄大，平均年龄53岁；②对病史重视不够。8例中3例有高烧咳嗽等呼吸道感染病史；③X线不典型。肿块较大，其中3例边缘不规则，2例有分叶或毛刺；④对纤支镜及痰细胞学资料重视不够。他们中有4例做纤支镜，6例做痰细胞学检查均为阴性。3例误诊为肺结核瘤(占21.4%)。主要原因为病变较小（均<2.0cm）。但3例病变均在非结核多发部位。

2.5 治疗及预后

本病虽是一种良性病变，但少数可发生恶变[1][6]。在临床上难与肺癌鉴别，抗感染治疗效果差，故宜争取尽早手术。本组12例随访资料表明，手术切除预后良好。手术以肺叶切除者多，本组占12例。对肺边缘表浅肿瘤，术中冰冻切片明确诊断后，则应行肿瘤剜出，楔形或肺段切除。特别对老年或肺功能较差者应尽可能多保留正常的肺组织。

参考文献

1. Kao Yuchieh, et al. Inflammatory pseudotumor of the lung. Chin Med J 1978;91:299
2. 钟炳棠，等。肺炎性假瘤16例临床分析。中华肿瘤杂志 1985；7:124
3. Mccall IW and Wooming M. The radiological appearances of plasma cell granuloma of the lung. Clin Radiol 1978; 29:145
4. 丁嘉安，等。肺良性肿瘤。上海医学 1980；3:141
5. 宋玉忱、张毓德。肺及纵隔炎性假瘤。中华外科杂志 1983；21:623
6. 白逸秋、李铁一。肺炎性假瘤癌变。北京医学 1985；7:80

(收稿：1989.04.11；修回：1989.07.16)

肺癌脑转移18例临床分析

崔社怀 沈寒放（西南医院 呼吸科）

我院1981～1988年共收治肺癌患者600例，经头部CT、开颅手术或脑血管造影证实有脑转移者18例，现将其临床特点进行分析。

1 临床资料

男13例，女5例。平均年龄52岁。临床表现：出现脑转移者起病从3天到7月不等，多在1月内。18例均表现有神经系统症状，主要有头痛、呕吐、肌无力、偏瘫、面神经瘫，其次视力模糊、失语等。入院时已确诊为肺癌脑转移者5例，伴有咳嗽、胸痛、咯血等。辅助检查：18例胸部X线检查均发现肺部的癌肿病灶。9例脑血管造影均见明确的颅内占位性改变。头颅CT 9例均见病灶及脑水肿。纤维支气管镜检查5例，腺癌3例，小细胞癌和鳞癌各1例。胸部CT 2例，分别为右下肺癌伴胸膜转移和左下肺癌伴纵隔淋巴结转移。

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