

10 例肺隔离症,男 6 例,女 4 例;年龄 10 ~ 65 岁。均为叶内型,左下肺 7 例,右下肺 3 例。本院手术 7 例;另外 3 例为外院会诊手术患者,其中 1 例外院会诊手术患者为 65 岁男性,术前诊断食管癌,术中发现左下肺韧带处异常动脉血管,来自降主动脉,直径 1 cm,管壁钙化,质脆,术前胸片未发现肺部块影。

1.2 手术方法 沿第五肋间前外侧胸壁选择切口,入胸后分离胸腔粘连,小心分离下肺韧带处,暴露异常动脉,主动脉侧结扎两重,钳夹肺侧,剪断,缝扎。再进行肺叶切除术。

2 结果

术前误诊率 100%,术中探查而明确诊断,手术顺利,术中无大出血等严重并发症发生,手术治疗后均痊愈。

3 讨论

肺隔离症形成于胚胎时期,Pryce 牵引学说认为,原肠及肺芽周围有许多毛细血管与脊柱动脉相连,当肺组织发生脱离时,这些相连的血管即逐渐衰退、吸收,由于某种原因发生血管残留时,就成为主动脉的异常分支动脉,牵引一部分胚胎肺组织形成肺隔离症^[2]。肺隔离症分叶内型和不与支气管相通的叶外型,几乎全无症状,多在 X 线检查时偶然发现肺内阴影。叶内型因与支气管相通,故因感染常表现为发热、咳嗽、咳脓痰、咯血、胸痛、肺部阴影,常发部位是肺下叶后基底段,其中左下肺占 60% ~ 90%^[3],但也有发生于肺上叶的报道,需与支气管肺囊肿、支气管扩张、肺脓肿、肺癌等鉴别^[4]。影像学检查:胸片常见肺下叶后基底段有不规则三角形、圆形、卵圆形等囊性病变更影,边界清楚,长轴指向内后方,正位片上临近心膈角,侧位片上靠近脊柱,有时与支气管相通者可见液平,囊壁厚薄不等,周围有炎变影像。支气管造影可以明确囊肿的部位及与支气管有无相通。如发现造影剂未进入病灶,而病灶周围支气管显示发育不全的弓形移位时,即可诊断为肺隔离症。选择性主动脉造影或彩色多普勒超声可显示异常动脉的来源、管径大小及进入隔

离肺的部位。CT 可显示病变与胸主动脉、脊柱或下肺静脉有条索状阴影相连,尖部指向脊柱旁呈楔状,增强扫描可见其间有血管影。肺隔离症多应考虑外科治疗,尤其是有感染症状反复发作,或不能排除肿瘤时,均应及时手术。对于叶外型病变,将隔离肿物切除即可,对叶内型则需做肺叶切除。

肺隔离症临床发病率低,临床表现缺乏特异性,仅凭体检及一般的 X 线检查,要在术前作出诊断实属困难,术中一旦误伤滋养动脉,将引起致命性的大出血。我们体会入胸后的某些迹象,可提醒术者警惕肺隔离症:(1)胸腔广泛粘连,特别是下胸腔的广泛膜状粘连,这是由于下叶后基底段隔离肺反复感染之故。(2)部分肺组织呈粉红色,无黑斑,这是由于隔离肺组织与外界不相通的缘故。(3)诊断肺隔离症最重要的是发现肺内病灶有来自体循环的异常供血动脉^[5]。下肺韧带处触及异常搏动血管,至此肺隔离症的诊断成立。此滋养动脉常较粗,1 cm 左右,发育差,常缺乏肌层,且常钙化,有的病例还不止 1 支,可以来自降主动脉、腹主动脉、脾动脉,还有来自心包膈动脉的。一旦处理不当,可造成致命性的大出血,危及患者生命。故凡行下叶后基底段肺囊肿切除时,要慎重和仔细探查,以及解剖肺下韧带及膈肌胸膜粘连带,如有异常血管,应先行结扎、切断、缝扎。

虽然肺隔离症术前诊断较困难,但是只要我们熟悉掌握该病种的病因、病理,谨慎操作,手术是安全的,术后效果满意。

【参 考 文 献】

- [1] 王明钊,张颖,沈毅,等. 12 例少见肺隔离症的诊断与治疗[J]. 昆明医学院学报,2006,27(2):42-44.
- [2] 丁玉庚,李怀磐. 右肺上叶肺隔离症 1 例[J]. 中国误诊学杂志,2006,6(7):14-15.
- [3] 冯振中,刘德纯. 肺隔离症合并黏液表皮样癌临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志,2006,13(3):209-210,213,插 13
- [4] Resetkova E, Albarracin C, Sneige N. Collagenous spherulosis of breast; morphologic study of 59 cases and review of the literature[J]. *Am J Surg Pathol*,2006,30(1):20-27.
- [5] 钟文招,刁胜林. 肺隔离症的 CT 表现[J]. 现代医用影像学,2005,14(2):67-69.

欢迎以电子邮件方式投稿

为加快投稿及审稿过程,缩短刊出周期,本刊欢迎作者以电子邮件方式投稿,请将稿件(Word 文档)以附件方式发送,并在邮件主题注明“投稿”字样,以及在邮件正文和稿件中注明便于联系的手机、办公电话号码。

本刊投稿 E-mail: bang@chinajournal.net.cn

《蚌埠医学院学报》编辑部