158 例不明原因肺部占位性病变的临床序贯性诊断

杨海波 （解放军第 313 医院内四科，辽宁 葫芦岛 132300）

［**摘 要**］ **目的** 探讨不明原因肺部占位性病变的临床诊断方法及路径。**方法** 回顾性分析 158 例不明原因肺部占位性病变患者的痰涂片、支气管镜、CT 引导下经皮肺穿刺活检术、诊断性治疗、手术探查等临床资料，了解对不明原因肺部占位性病变的诊断情况。**结果** 确诊 130 例（82.2%），其中经无创检查确诊 29 例（22.3%），支气管镜检查确诊 38 例（29.2%），CT 引导下经皮肺穿刺活检术确诊 39 例（30.0%），通过手术探查确诊 24 例（18.4%）。最终未明确诊断 28 例（17.8%）。确诊病例中肺癌 53 例（40.7%）、结核 23 例（17.7%）、炎性假瘤 18 例（13.8%）、平滑肌瘤 11 例（8.4%）、脂肪瘤 11 例（8.4%）、纤维瘤 6 例（4.6%）、转移瘤及错构瘤各 3 例（2.3%）。**结论** 对于不明原因肺部占位性病变的诊断应采用痰涂片→支气管镜/CT 引导下经皮肺穿刺活检术→诊断性治疗→手术探查的序贯性检测方法。

［**关键词**］肺部占位；痰涂片；支气管镜；肺穿刺活检术；诊断性治疗

［**中图分类号**］R734.2 ［**文献标识码**］A ［**文章编号**］1672-5042(2011)04-0421-03

Clinical sequencing diagnosis for non-identified lung occupying lesions in 158 cases

YANG Hai-bo (Department of Internal Medicine, 313rd Hospital of PLA, Hulu Isle Liaoning 132300, China)

Abstract: Objective To explore the clinical diagnostic methods for non-identified lung occupying lesions. **Methods** The clinical data of 158 patients with non-identified lung occupying lesions were retrospectively summarized. The results of sputum smear, bronchoscope, transthoracic core needle biops under CT guiding, diagnostic treatment and operation research were analyzed. **Results** Totally 130 patients (82.2%) were diagnosed correctly including 29 patients (22.3%) diagnosed by non-wound detections, 38 patients (29.2%) diagnosed by bronchoscope, 39(30%) diagnosed by transthoracic core needle biops under CT guiding and 24(18.4%) diagnosed by operation research. In all diagnosed patients, there were 53 patients (40.7%) with lung cancer, 23(17.7%) with tuberculosis, 18(13.8%) with inflammatory pseudotumour, 11(8.46%) with leiomyoma, 11(8.46%) with liparomphalus, 6(4.61%) with fibroid tumor, 3(2.31%) with metastatic tumor and 3(2.31%) with hamartoma. **Conclusion** The patients with non-identified lung occupying lesions should be detected by a sequencing course of sputum smear→bronchoscope→transthoracic core needle biops under CT guiding→diagnostic treatment → operation research.

Keywords: lung occupying lesions; sputum smear; bronchoscope; pulmonary biopsy; diagnostic treatment

肺部占位性病变是呼吸内科的常见病，但是对其病因和性质的诊断难度较大。目前，临床上缺乏对该类疾病诊治的规范化方案。为了探讨对不明原因肺部占位性病变的诊治思路，本文回顾性分析我院诊治的 158 例不明原因肺部占位性病变的无创－有创序贯诊断过程，为不明原因肺部占位性病变的临床诊断方法及路径提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005 年 9 月至 2010 年 3 月我院诊治的不明原因肺部占位性病例 158 例，其中男 102 例（64.6%），女 56（35.4%）例，男女比例为 1.82∶1；年龄 16～82 岁，平均 56.3 岁。其中有发热、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等症状者 126 例（79.7%）；无原发症状而经健康体检发现肺部占位者 30 例（20.3%）。

1.2 诊断方法

1.2.1 影像学检查 本组所有患者均首先经常规胸部平片或 CT 检查，发现肺部占位性病变，但是仅凭影像学表现不能明确其性质。

1.2.2 实验室检查 对怀疑炎症性病变者首先检测血常规、血沉、C-反应蛋白、痰细菌培养等，对怀疑结核性病变者还进行痰涂片找抗酸杆菌、痰结核杆菌培养、血清结核抗体检测、PPD 等检查。对不能排除肿瘤性占位的患者进行血清肿瘤标记物检测、痰脱落细胞学检查等。

1.2.3 支气管镜检查 对经上述无创检查仍不能明确的病变，并且病变可疑侵及大气道的患者进行纤维支气管镜检查，如发现病变，进行多点取材，行组织病理学检查。

1.2.4 CT 引导下经皮肺穿刺活检术 对周围性病变选择性进行 CT 引导下经皮肺穿刺活检术。操作方法：根据影像检查显示的病灶位置采取俯卧、仰卧、侧卧位，用 CT 在体表精确定位，测量进针角度和深度。体表常规碘伏消毒，铺洞巾，用 2% 利多卡因作局部浸润麻醉，用日本 TSK20G 活检针在 CT 引导下穿刺至病灶，进行切割或抽吸取材，行病理学检查。

［**作者简介**］杨海波（1974－），男，吉林省磐石市人，主治医师，主要从事呼吸系统疾病临床方面的研究。电话：(0429)3130592

［**收稿日期**］2011-02-26 ［**修回日期**］2011-03-17

1.2.5 诊断性治疗 对可疑炎症性病变经验性选择抗生素治疗 1 ~ 2 周,对可疑结核性病变者行标准化抗结核化疗 2 周。治疗后观察临床症状是否缓解,并进行影像学复查,判断病灶吸收情况。

1.2.6 手术切除或探查 经上述检查均不能确诊并无手术禁忌证的患者行手术切除病灶,并进行病理学检查。

2 结果

2.1 无创性检查和诊断性治疗

根据影像学及实验室检查并结合临床症状和诊断性治疗结果(表 1),158 例患者中共确诊 29 例(18.3%),确诊时间 1 ~ 14 d。其中结核性占位病变 15 例,占全部确诊病例的 51.7%。

表 1 无创性检查诊断情况

项目	例数(n)	阳性(n)	阳性率(%)	确诊时间(d)
痰中找抗酸杆菌	158	2	1.2	1
痰中找肿瘤细胞	158	6	3.8	3
抗炎治疗	32	8	5.1	7
抗结核治疗	22	13	8.2	14

2.2 有创性检查

包括支气管镜检查和 CT 引导下经皮肺穿刺活检术(表 2)。48 例患者接受纤维支气管镜检查,其中镜下发现病灶并取活组织病理检查 39 例,其余 9 例根据 CT 提示病灶肺段行支气管镜刷检,共发现阳性病例 38 例(79.2%),检出时间在 3 ~ 9 d。44 例行 CT 引导下经皮肺穿刺活检术,发现阳性病例 39 例(88.6%),检出时间为 3 ~ 7 d。

表 2 有创性检查结果

病种	支气管镜		肺穿刺活检		占所有病例比例(%)
	阳性(n)	阳性率(%)	阳性(n)	阳性率(%)	
肺癌	18	37.5	16	36.3	21.5
结核	6	12.5	7	15.9	8.2
炎性假瘤	4	8.3	5	11.3	5.7
平滑肌瘤	3	6.2	4	9.1	4.4
脂肪瘤	3	6.2	4	9.1	4.4
转移瘤	2	4.1	1	2.2	1.9
纤维瘤	1	2.1	1	2.2	1.2
错构瘤	1	2.1	1	2.2	1.2
合计	38	79.2	39	88.6	48.7

2.3 手术检查

共有 24 例患者行手术探查,对切除标本进行病理组织学检查,结果发现肺癌 13 例(54.2%)、平滑肌瘤及脂肪瘤各 4 例(12.5%)、结核、错构瘤及炎性假瘤各 1 例(4.16%)。

2.3 总检出情况

依次经过无创或有创检查,本组共确诊 130 例,总确诊率 82.2%。其中经无创检查确诊 29 例,占确诊例数的 22.3%;支气管镜检查确诊 38 例,占 29.2%;CT 引导下经皮肺穿刺活检术确诊 39 例,占 30.0%;通过手术探查确诊 24 例,占 18.4%。最终未明确诊断 28 例,占总例数的 17.8%。确诊病例中肺癌 53 例(40.7%)、结核 23 例(17.7%)、炎性假瘤 18 例(13.8%)、平滑肌瘤 11 例(8.4%)、脂肪瘤 11 例(8.4%)、纤维瘤 6 例(4.6%)、转移瘤及错构瘤各 3 例(2.3%)。

3 讨论

肺部占位性病变病因复杂、诊断困难,简单常规的检查手段往往难以明确诊断。不仅给患者带来许多担忧和经济负担,同时又给医务工作者带来较大的困扰。快捷准确的诊断是患者所求,医者所需。肺部占位性病变的诊断可大致分为无创检查与有创检查两大类。无创检查主要包括实验室及影像学检查,有创检查主要包括支气管镜检查及 CT 引导下经皮肺穿刺活检术。本文回顾性分析结果显示,无创和有创检查的总体确诊率为 82.2%。常规的影像学检查可发现肺部占位性病变,但是仅胸片、CT 等常规影像学资料很难判定病变性质。尽管有报道称高端影像学检测设备如磁共振成像(MRI)[1] 电子发射计算机断层显像(PET/CT)[2] 对肺部占位性病变有较高的诊断价值。但是其价格昂贵,普通医院尚不能广泛开展。然而,常规影像学检查是发现肺部占位的基础,对后续的诊断方法的选择具有指导意义。本组病例均经常规胸片或 CT 检查发现胸部占位性病变,但尚不能明确其性质。

痰脱落细胞学检查取材方便、检查时间短,广受患者的接受。临床上怀疑结核或肿瘤的患者,可以首选痰涂片检查。然而其诊断阳性率不尽人意,阴性者亦不能排除诊断。本组 158 例患者均进行了痰涂片检查,共发现抗酸杆菌 2 例,占所有确诊结核病例不到 10%;痰涂片找到癌细胞 6 例,占所有确诊肺癌的 11%。可见痰涂片检查的阳性率极低。对于高度可疑病变,可反复多次取材而提高诊断率。支气管镜检查可以直接观察病灶的形态并能在直视下取材活检,对于病变侵及大气道及腔内时有较高的诊断价值。本组确诊率为 79.2%(38/48),低于杨本勤等[3] 报道的 86.4% 及江贵源等报道的 82.2%[4]。支气管镜检查的诊断率明显高于痰涂片检查,对于病灶部位在大气道及腔内的病变可选用。其缺点是技术和设备要求高,属于侵入性操作,增加了患者的风险和痛苦。CT 引导下经皮肺穿刺技术对于肺周围性局灶性病变及经支气管镜无法探及的中央型病灶是一种较好的选

择[5]。国外有报道其诊断准确性达 74% ~95%,国内孙德俊等[6]报道了 200 例 CT 引导下经皮肺穿刺,成功率达 100%。本组资料阳性率达 88.6%。因此,对于 CT 发现病灶位于周围并呈局限性的患者可行 CT 引导下经皮肺穿刺。但是,该方法为一种有创性检查,可出现一些并发症,具有一定的风险性,并且技术水平要求高。

肺部占位性病变往往伴有一定的临床症状,根据临床症状及初步检查结果,对于高度怀疑炎性病灶(如发热、咳嗽、咳痰、血象增高等)可行诊断性抗炎治疗。本组有 32 例行诊断性抗炎治疗,成功诊断 8 例,诊断率为 25%。对伴有结核毒血症状、PPD 实验强阳性的患者进行了诊断性抗结核治疗,确诊率为 59.1%(13/22)。尽管诊断率不理想,但是在诊断的同时进行了治疗,患者症状得到有效缓解,并且无痛苦和创伤风险,患者易于接受。其缺点是用时较长,部分患者担心因此延误病情。手术切除病灶并活检是诊断肺部占位性病变的最终手段,诊断率较高,但是,创伤大、风险高,很少病例在未明确诊断前行开胸手术[7]。但是,对于上述检查均不能明确病灶性质,而又高度怀疑肿瘤性病变需手术切除者,在无禁忌证的情况下,可行手术切除。有报道认为病灶大于 2 cm 难以确诊而又无手术禁忌证者均应积极手术[3]。经过上述序贯检查,本文发现确诊的 130 例病例中,肿瘤所占比例高达 68.5%,其中肺癌所占比例最高,达 40.7%,其次为结核(17.7%)和炎性假瘤(13.8%)。

经过本组 158 例不明原因肺部占位性病变的回顾性分析,本文认为对于不明原因肺部占位性病变的诊断应采用序贯性检测方法。首先进行无创性检查包括痰涂片检查进行筛选;对阴性病例根据病变部位进行支气管镜检查、CT 引导下经皮肺穿刺活检;如为阴性并且高度怀疑炎性或肿瘤者行诊断性治疗;对于高度怀疑肿瘤性病变者可行手术探查。

[参考文献]

[1] 金艳霞,杨雁萍,许 冰,等. 磁共振动态增强扫描对肺部占位病变的诊断价值[J]. 医师进修杂志,2005,28(8):56 -57.

[2] 张 云,曹务成,杨小丰,等. PET/CT 对肺部占位性病变的诊断[J]. 新疆医学,2009,39(9):50 -52.

[3] 杨本勤,刘 文,冉 鹏,等. 380 例肺部占位性病变的临床诊治[J]. 贵州医学院学报,2008,33(1):77 -79.

[4] 江贵源,邓 兴,杨月清,等. 264 例肺部占位纤维支气管镜检查与诊断分析[J]. 中国实用医药,2008,3(36):84 -85.

[5] 安仲军,谷有良,李东风,等. CT 引导水冷循环微波消融在肺癌治疗方面的应用[J]. 局解手术学杂志,2010,19(1):38.

[6] 孙德俊,乌日娜,杨敬平,等. CT 引导下经皮肺穿刺活检 200 例分析[J]. 中国呼吸与危重病监护杂志,2006,5(2):146 -147.

[7] 郭 伟,蒋耀光,王如文,等. 不同术式食管癌根治术前后患者肺功能情况研究[J]. 局解手术学杂志,2009,18(2):96 -98.

(编辑:左艳芳)

(上接第 420 页)

示:心脏大小及功能参数接近术前水平,置入的人工心脏瓣膜功能正常。血压、心跳、呼吸正常,肝肾功能、电解质、血尿常规无异常,抗凝血指标 INR 维持在 1.5 ~2.0。经会诊后转入神经内科继续进行中枢神经系统康复治疗。

3 讨论

本例患者是心脏术后胸骨愈合不良,术后再次行开胸清创时取出胸骨内固定物钢丝导致心脏破裂。此类患者国内外偶有报道,但由于出血量的差异,救治成功率有所不同[1]。此例患者心脏两处较大裂口,出血迅猛,经快速运用血液回收机,同时建立体外循环保证重要脏器供血,修补心脏裂口,抢救成功。从中可获得以下几点经验:①对心脏手术术后短期再次手术的患者,由于手术野内的组织还处在炎性增生反应期,同时胸骨中下段的心包膜在第一次手术后敞开,致使心脏直接接触胸骨后,增加了二次手术的风险。②对此类患者行二次手术要充分重视,麻醉应采用全麻、气管插管、常规深静脉置管、建立有创动脉血压监测,提高手术的安全性。③术中如遇到类似情况,应与麻醉医师密切配合,及早控制出血,恢复心脏功能;对难以控制的出血,立即全身肝素化,积极进行抗休克治疗、降温、保护脑组织,同时迅速建立体外循环,在体外循环下仔细探查伤情,准确处理创伤。④体外循环的建立与转流是此类患者抢救能否成功的关键[2]。此例患者体外循环建立非常迅速,为抢救争取了宝贵时间。为心、脑、肝、肾等重要脏器提供有效的灌注量,提高心脏复苏成功率。在转流中使用常规超滤、平衡超滤、改良超滤滤出多余的水分,代谢废物。根据监测血气、代谢、电解质、血球压积等指标调整全身的内环境状况,帮助机体调整休克造成的紊乱。⑤术后治疗重点仍然是促进心肺脑肝肾的功能恢复,防止相关并发症出现[3]。

[参考文献]

[1] 赵瑞刚,孙志岗. 外伤性心脏破裂 10 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2008,8(27):6770 -6771.

[2] 庞大志,陈胜喜,殷桂林,等. 26 例心脏破裂伤的临床分析[J]. 临床外科杂志,2002,10(5):296 -297.

[3] 李 强,蒋亚斌. 急诊体外循环在心肺复苏中的应用进展[J]. 临床医学工程,2010,17(2):143 -144.

(编辑:何泓睿)