维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)03-0422-02

纤维支气管镜对癌性肺不张的诊断分析

梅同华,李 娜

(重庆医科大学附属第二医院呼吸内科,重庆 400010)

【摘 要】目的:探讨癌性肺不张的纤维支气管镜(简称纤支镜)特征。方法:回顾性分析 71 例癌性肺不张患者的临床资料和纤支镜特征。结果:右侧多于左侧(1.6∶1),上叶多于下叶(2.29∶1),纤支镜下直接所见率 100%,以腔内增殖型最多见(54 例,76.06%);病理类型以鳞癌为主(43 例,60.56%),肺癌阻塞部位与 X 线胸片表现基本一致,纤支镜下的形态特征与病理类型密切相关。结论:对 X 线检查示肺癌并肺不张者,应积极行纤支镜检查,尽早确诊。

【关键词】纤维支气管镜;癌性肺不张

【中国图书分类法分类号】R734.2 【文献标识码】B 【收稿日期】2005-11-10

Analysis of fiberobronchoscopic examination for the diagnosis of malignant atelectasis

MEI Tonghua , et al

(*Department of Respiratory Diseases, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To approach the fiberobronchoscopic characteristics of malignant atelectasis. *Methods*: Retrospective analysis of the clinical data and fiberobronchoscopic findings of 71 patients with malignant atelectasis was made. *Results*: Atelectasis occurred in the right lung more than in the left with the ratio of 1.6 to 1, and in the upper lobe more than in the lower lobe with the ratio of 2.29 to 1. The direct fiberobronchoscopic features of lung cancer were present in all patients. Tubular masses were seen in most cases (43 cases, 76.06%). Among the 71 cases there were 43 cases of squamous carcinoma (60.56%) which was of the pathological category. And the morphological features in fiberobronchoscopic findings were closely related to the pathological categories of lung cancers. *Conclusion*: Patients with atelectasis discovered by means of X-rays should be examined with fiberobronchoscopy as early as possible for final diagnosis.

【Key words】Fiberobronchoscopy; Malignant atelectasis

肺不张是临床常见的 X 线征象之一,常因癌性肿块、炎症或结核等病变阻塞支气管腔所致。纤支镜检查可以明确病因,对癌性肺不张尤有价值,不仅可以明确病理类型,还可以了解肿瘤侵犯部位和范围,以决定治疗方案[1]。本文收集我院 2000~2004 年经纤维支气管镜检查并经病理和细胞学检查证实且资料完整的癌性肺不张 71 例,对有关资料和纤支镜检查结果进行分析,以便深入了解肺癌所致肺不张的纤支镜特征。现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本文 71 例中男性 51 例,女性 20 例,男女比例 2.55∶1。年龄 30~81 岁,平均 58.9 岁。按≥60 岁,59~50 岁,49~40 岁,<40 岁分为老年组、老年前期组、中年组和青年组,所占例数分别为 35 例、22 例、10 例、4 例。有吸烟史 33 例(46.48%),其中≥400 年支者 28 例(39.43%)。

1.2 临床症状

咳嗽 56 例(78.87%),痰血 42 例(59.15%),胸痛 23 例(32.39%),气促 10 例(14.08%),发热 12 例(16.90%),消瘦 18 例(25.35%),声音嘶哑 5 例(7.04%)。

1.3 胸部 X 线检查

块影 40 例,肺不张 37 例,炎性浸润 15 例,肺门增大 10 例,纵隔增宽 5 例,胸腔积液 6 例,双肺弥漫性网结影 2 例。

1.4 方法

采用 OlympusTYPE10 型纤支镜及配套附件。按常规术前用药局麻,纤支镜经鼻插入检查进行。检查时,见有异常者,在同一部位行支气管活检及刷检涂片。未见异常者,于胸片异常的叶、段内深入刷检。活检组织和刷检涂片送病理、细

作者介绍:梅同华(1953-),女,教授,
主要研究方向:肺癌的早期诊断与治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

胞学检查。

2 结 果

2.1 镜下所见

管腔内新生物 54 例(80.28%)，其中菜花状 31 例（43.66%），息肉状 14 例（19.72%），结节状 6 例（8.45%），乳头状 3 例（4.23%）；支气管粘膜增厚粗糙 4 例（5.63%）；管腔狭窄 13 例（9.86%）。

2.2 X 线所示部位(见表 1)

表 1 71 例癌性肺不张的 X 线部位

部位	左肺	右肺	合计（例）
上叶	14	18	32
中叶（舌叶）	5	13	18
下叶	4	10	14
一侧肺不张	4	3	7
合计（例）	27	44	71

2.3 镜下特征与病理类型的关系(见表 2)

表 2 71 癌性肺不张的镜下特征与病理类型

	菜花结节状	乳头息肉状	管壁鼠尾状或漏斗状狭窄	黏膜增厚粗糙型	合计（例）
鳞癌	29	12	2		43
腺癌			3	1	4
未分化癌	8	5	7	3	23
未定型癌			1		1
合计（例）	37	17	13	4	71

2.4 肺癌类型与病变部位的关系

6 例(8.45%)肿瘤生长在主支气管，其中 5 例为鳞癌，1 例为未分化癌；肿瘤生长在叶支气管 58 例(81.69%)，其中鳞癌 36 例，腺癌 1 例，未分化癌 20 例；肿瘤生长在段支气管以下 7 例(9.86%)，其中鳞癌 1 例，腺癌 3 例，未分化癌 2 例，未定型癌 1 例。

3 讨 论

目前按国内外早期肺癌诊断标准，达到早期临床诊断者甚少，80%以上的病人在确诊时已处于中、晚期。对肺癌的诊断除临床表现外，长期以来是根据影象学表现，虽然在对肺癌的诊断上起了很大作用，但不能定性（组织学诊断）和定位（肿瘤确切部位及其与支气管的关系）。痰脱落细胞检查，虽是早期诊断肿瘤的一项重要手段，但阳性率仅 50%，特别是影象学检查阴性而痰脱落细胞检查阳性者，确定其部位更为困难。因此，纤支镜检查是当今继常规检查之后早期发现肺癌的重要手段，它可以了解肿瘤侵犯支气管的部位、范围，对外科手术前选择术式也具有重要参考价值[2]。本文总结 71 例肺癌患者行纤支镜检查分析总结如下。

3.1 性别与年龄

本组资料的癌性肺不张发病率有性别差异，男性多于女性（2.55：1），40 岁以上发病者占绝大多数（94.37%），50 岁以上者占 80.29%。其中 46.48%有吸烟史。故中老年男性肺不张患者特别有吸烟史者应首先考虑肺癌，应尽早行纤支镜检查，确立诊断，早期治疗[3]。临床症状与一般肺癌无差别，似以咳嗽、痰血及胸痛为主要症状。

3.2 肺不张分布与肿瘤组织学类型

本组癌性肺不张的部位右肺 > 左肺（1.6：1）。上叶 > 下叶（2.29：1），上叶发生率最高（45.07%），而中叶（舌叶）发生率与下叶大致相等。全肺不张两侧无显著差别（1.33：1）。组织类型鳞癌居首位（60.56%），未分化癌次之（32.39%），腺癌第三位（5.63%），符合大多数文献报道[3-5]。这与鳞癌和未分化癌多生长在大气道，肿块易阻塞支气管，而腺癌多为周围型有关。

3.3 纤支镜下所见与病理类型的关系

本组纤支镜下均有发现，直接所见率 100%。直接征象以肿块最多见，占 76.06%，高于林耀广等报道的肺癌总的直接所见率（57.7%）[6]。纤支镜下表现，鳞癌瘤体呈菜花状、息肉状或结节状增生突向管腔，造成阻塞，触之易出血，表面有的覆盖白色坏死物。故取材时需注意到这一病理变化，必要时可重复纤支镜活检[4]，避免漏诊。未分化癌多沿管壁浸润，黏膜增厚、粗糙、红肿、糜烂，管腔呈鼠尾状或漏斗状狭窄或闭塞。腺癌以周围型多见，故极少发生肺不张。本组 4 例镜下以间接征呈漏斗型或黏膜增厚粗糙型为主要表现。

总之，纤支镜检查对明确肺不张的病因和指导治疗具有重要价值，为一种不可缺少的诊断方法。

(下转第 437 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.2.4 病情观察 EN 期间，密切观察病人体温变化、有无恶心、呕吐、黄疸、腹痛、腹胀等情况，特别要注意观察滴注营养液过程中或结束后病人有无上述症状加重。密切监测生化指标，准确记录 24h 出入量，其中包括每日注入的营养液名称、浓度、剂量、注入时间，并根据患者的各项检查报告，遵医嘱及时调整营养液配制。

4 讨 论

由于 ASP 常伴有严重的代谢功能紊乱，为此，营养的支持及其护理在 ASP 治疗中越来越重要。自从 1974 年 Feller 报告 PN 用于 ASP 的营养支持以来，较好地解决了营养障碍及其引起的并发症等问题，临床已得到广泛应用。但长期 PN 可引起胆汁淤积、肝功能损害、医源性肠饥饿综合症和肠道细菌移位诱发的全身性严重感染[4]。长期 PN 还可引起导管感染，其感染率可高达 17%。随着 80 年代对肠功能的再认识，尤其是肠道黏膜屏障、细菌移位及肠道是应激反应的一个中心器官等新概念的确立，EN 已被临床医师所重视。由于 ASP 疾病本身的特点，实施 EN 的安全性尚有争议。本组通过临床研究分析，认为合理地实施 EN 是安全的和有效的。

本组研究发现，EN 组患者 APACHE-Ⅱ和 CT 积分均较 PN 组有明显的下降；入院时的各种并发症都有不同程度的减轻或消失，新增并发症例次 EN 组明显低于 PN 组；感染率也比 PN 组低；EN 组 2 例死亡患者皆因无法耐受自身基础疾病（慢性支气管炎和高心病），死于 ARDS 和心功能衰竭，而 PN 组 6 例分别死于 ARDS、ARF 和感染性休克。本组从部分病例中发现，不少患者由于经济等情况决定了每日空肠输注的半要素膳有限，提示 EN 的用量与肠黏膜的维护没有正相关，即只要每日给予肠道一定量的半要素膳或者糖盐水就可以防止肠黏膜萎缩和细菌移位，维持正常的肠道屏障功能。国外也有类似的报道[5]，但对此观点仍需进一步研究证实。

EN 有安全性和有效性，其低费用、相对较短的住院时间更是一大优势。它不仅减轻患者住院的痛苦和经济负担，还有效的节约了医疗资源。当然，不是说所有的 ASP 都必须专一的实施 EN，对于出现呼吸、循环衰竭等严重并发症和 EN 无法提供足够能量的患者，应该及时给予 PN 来缓解高代谢状态。灵活应用“TPN→（部分肠外营养）PPN+（部分肠内营养）PEN→TEN”模式的“阶段性营养支持”方案。

总之，营养支持在 ASP 治疗中具有重要意义。需准确把握 PN 与 EN 时机，对于 ASP 患者，应根据不同病因、病情实施“个体化治疗方案”，通过尽早的给予 EN 或 PN+EN，积极纠正负氮平衡，提高机体抵抗力，保证胰腺的充分“休息”，可明显改善 ASP 患者的预后和生存率，还能降低患者住院费用，缩短住院时间，使患者早日康复。

（感谢血管外科代远斌副教授对本文写作的大力帮助指导！）

参 考 文 献

[1] 张太平，赵玉沛，王 莉. 第七届全国胰腺外科学术会议纪要 [J]. 中华外科杂志，1999；37:149.

[2] 黎介寿. 肠内营养 - 外科临床营养支持的首选途径[J]. 中国实用外科杂志，2003；23(2)：67.

[3] 吴 丹，楼健颖，林汉庭. 急性胰腺的肠内营养[J]. 中国实用外科杂志，2003；23(2)：70-73.

[4] Bosonnet L. Total parenteral nutrition: how to reduce the risks [J]. Nurs Times, 2002;98(22):40-43.

[5] Groos S, Hunefeld G, Luciano L . Parenteral versus enteral nutrition : morphological changes in human aduld intestinal mucosa [J] . J Submicrosc Cytol Pathol , 1996 ;28 (1) :61-74.

（上接第 423 页）

参 考 文 献

[1] 徐 萍，孙 坚，李 沽. 纤维支气管镜校对肺不张病因的诊断 [J]. 中国内镜杂志，1999；5 (5)：50-51.

[2] 王 伟，徐 进，王阁凤. 纤维支气管镜诊断肺癌的临床意义 [J].中国内镜杂志，1999；5(3)：65.

[3] 谭明旗，李胜歧，韩颖超，等. 纤维支气管镜检查对肺癌确定诊断的价值 [J]. 中国实用内科杂志，2000；20(7)：410.

[4] 郑晓英，付大海，张晓文，等. 经纤维支气管镜诊断肺癌 1721 例分析 [J]. 中国内镜杂志，2003；9(6)：95.

[5] 高广富，孔 云. 重复纤维支气管镜检查对肺癌诊断的价值 [J]. 实用癌症杂志，2003；18(5)：547.

[6] 林耀广，刘春艳，王 虹，等. 肺癌在支气管镜下的特征 [J]. 中华内科杂志，1998;37(4)：235-238.