维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)01－0148－03

多原发肺癌诊治的临床体会及文献回顾

黄 春，秦治明，向小勇，蔡华荣

(重庆医科大学临床学院胸心外科，重庆 400016)

【摘 要】目的：结合临床体会及文献回顾探讨多原发肺癌的诊断及手术治疗。方法：对 11 例诊断为多原发肺癌患者的临床病例资料进行回顾性分析。男 9 例，女 2 例。同时性双原发肺癌 5 例，异时性双原发肺癌 6 例，按肿瘤不同的生长部位采取不同的手术方式，8 例采用规范的肺叶切除术；3 例因肺功能差行肿物切除术。结果：本组无手术死亡，10 例获得随访，失访 1 例。存活 1 年 8 例(占 72.7%)，存活 3 年 4 例(占 36.4%)，存活 5 年 1 例(占 9.1%)，现有 2 例仍在随访中 结论：手术切除为多原发肺癌的主要治疗方法，肺癌术后应防止治疗过度或化疗周期过长。

【关键词】多原发肺癌；诊断；外科手术；文献回顾

【中国图书分类法分类号】R655.3 【文献标识码】A 【收稿日期】2004－07－21

Clinical experience and bibliography retrospection of multiple primary lung cancer

HUANG Chun, et al

(*Department of Cardiothoracic Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To analyze the diagnosis and surgical treatment of multiple primary lung cancer. *Methods*: The clinical data of 11 cases of multiple primary lung cancer were analyzed retrospectively, 9 males and 2 females. 5 cases developed bilateral synchronous lung cancer and 6 cases developed metachronous multiple primary lung cancer. Different operative procedures were adapted to the various growing sites of tumor, 8 cases with normative pulmonary lobectomy, 3 cases with lump resection for the poor pulmonary function. *Results*: All cases were successful, 10 cases were in follow－up, 1 case was out of follow－up. 8 patients survived one year (72.7%), 4 patients survived 3 years (36.4%), 1 patient survived 5 years (9.1%), 2 patients were still in follow－up. *Conclusion*: Operative treatment is the key therapy for multiple primary lung cancer. Excessive treatment and long course of chemotherapy should be prevented after operation.

【Key words】Multiple primary lung cancer; Diagnosis; Surgical treatment; Bibliography retrospection

随着全球肺癌发病率逐年增高，多原发性肺癌病例在临床中也不少见。我院胸外科自 1996～2004 年，经手术及病理证实的肺癌症 1435 例，其中经病理确诊的多原发肺癌 11 例，占 0.76%，现对其临床资料进行回顾性分析报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

诊断标准参照 Martini[1] 的标准。11 例中男性 9 例，女性 2 例，年龄 39～67 岁，平均 58.19±6.26 岁，有吸烟史 7 例，6 例吸烟指数≥400 支/年。临床症状痰中带血 6 例，占 55.5%；咳嗽 4 例，占 36.4%；胸痛 4 例，占 36.4%；气短 3 例，占 27.3%。

1.2 发病部位

本组病例均为双原发癌，同期组 5 例，同期双侧 3 例，其中右中叶外段—左下叶基底段 1 例，右下叶背段—左上叶前段 1 例，右上叶前段—左上舌段 1 例，同期同侧左上叶尖后段—左上叶前段 1 例，左上叶尖后段—下叶背段 1 例。非同期组 6 例，发病间期 7 个月～5 年，中位发病间期 4.7 年，间隔时间为 25±6 个月，首发癌与再发癌均位于不同肺叶，其中首发癌与再发癌位于同侧的 2 例，占 33.3%；位于不同侧的 4 例，占 66.6%。

1.3 发现方式

本组 11 例双原发癌中经 X 线发现 9 例，其中表现为肿块影 7 例，表现为孤立结节影 2 例，而同期双原发癌中，其中 1 例为胸片发现左下肺块影，术前行纤维支管镜检查意外发现右肺下叶支气管内新生物，病检为腺癌，术中左肺下叶冰冻病检为鳞癌。1 例为术中切除下叶鳞癌病灶时探查上叶后段结节，冰冻示腺癌，术后石蜡切片为下叶鳞癌，上叶腺

作者介绍：黄 春(1973－)，男，住院医师，主要研究方向：胸心外科学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

癌。1 例术前胸片示左肺上叶 2 个团块影，术前纤支镜检查示左肺上叶前段见新生物，病检示：大细胞癌。术中见上叶前段约及尖后段肿块，术后病检证示：左肺上叶前段大细胞癌，尖后段部分低分化鳞癌。

1.4 病理诊断

术后病理结构如下：鳞癌—鳞癌 3 例，鳞癌—腺癌 4 例，鳞癌—大细胞癌 1 例，鳞癌—腺鳞癌 2 例，腺癌—腺癌 1 例。

1.5 结果

8 例采用规范的肺叶切除术；3 例因肺功能差行肿物切除术。术后根据 pTNM 分期结果辅以放、化疗、中药、免疫治疗。结果：本组无手术死亡，10 例获得随访，失访 1 例。存活重年 8 例，占 72.7%，存话 3 年 4 例，占 36.4%，存活 5 年 1 例占 9.1%，现有 2 例仍在随访中。

2 讨 论

多原发肺癌是指在同一个体上，同时或先后发生两种以上的原发性肺癌，目前多数赞同 Martini[1] 诊断标准。其要点有：肺癌部位各异；肺癌彼此孤立，均由原位癌起源；肺癌共同的淋巴引流部位无癌肿，确立诊断时无肺外转移；肺癌的发生可同时，也可异时；肺癌的组织学相同或不同，间隔时间 6 月以内为同时癌，6 月以上为异时癌。各个肿瘤具有独特的病理形态特征为诊断多原发肺癌的要点。本组 6 例为非同期多原发肺癌，5 例为同期多原发肺癌，全组病例均符合以上诊断标准，发生率为 0.76% 与国外报道[2] 0.1% ~ 2.7% 相近，而且发病年龄，男女比例均与国内多数作者报道相似。

有作者[3]认为多原发肺癌的发病原因：①致癌物质长期刺激呼吸道上皮，导致支气管粘膜癌变，而整个肺的支气管粘膜都有癌变可能，而发生肺多原发癌；②对第一个原发癌的放、化疗所诱发的癌肿；③长期使用免疫抑制剂；④忧虑、紧张对肿瘤的发生、发展有促进作用。多原发性肺癌常见的病理类型组合为[4,5]：鳞癌—鳞癌，腺癌—腺癌，腺癌—鳞癌，本组以鳞癌—鳞癌，鳞癌—腺癌为主，也出现了鳞癌—大细胞癌，鳞癌—腺鳞癌，腺癌—腺癌组合。

肺是容易发生多原发癌的器官，也是容易发生转移的器官，在诊断同时性多原发性肺癌过程中，要除外另两种情况：一种是肺内病灶一个为原发灶另一个是转移；另一种情况是原发灶为肺外器官，肺内均为转移灶，因为三者的治疗和预后完全不同。如是后两种情况，属于晚期肿瘤，预后很差，一般不以手术为首选治疗。而前者的手术预后较后两者有明显提高[6,7]。Rosengart 等[7]报道其 5 年生存率为 23%，均高于晚期肺癌（M_1）的生存率，故对肺原发癌应首选手术以延长患者生命，因此区分它们三者间不同的特性有着重要的临床意义[6]。肺癌初发现时即有肺内孤立转移灶的情况不常见，因此，在肺癌诊断过程中，凡一侧确诊为肺癌，而在同侧或对侧肺内同时出现孤立的异常阴影时，应考虑多原发性肺癌之可能。其次，一侧肺癌切除后 2 ~ 3 年以上，支气管残端无癌复发，相应淋巴引流部位无癌转移，而肺内又出现孤立性结节或肺不张，应考虑为多原发肺癌可能，不要认为是复发或转移而放弃再次手术治疗，而转移癌 TNM 分期较晚：同一肺叶转移结节为 III_B 期，不同肺叶转移结节为 IV 期（M_1），原则上以非手术治疗为主。本组患者有 3 例术前均误诊为转移癌，经术后病检明确诊断为多原发癌。尽管现有的诊断检查方法区分它们十分困难，但仍应采取各种可能的手段，争取在术前明确病变性质。目前可考虑的辅助检查方法有纤维支气管镜、针吸活检、CT、胸腔镜（VATS），PET 等[6]。本组 1 例为胸片发现左下肺块影，考虑诊断为左肺下叶癌，术前例行纤支镜检查意外发现右肺下叶支气管内新生物，病检示腺癌，由此避免了漏诊，故术前纤支镜检查是必要的。头颅 CT、全身骨扫描、腹部 B 超对除外远处转移也有较大价值。如果术前诊断未明，可术中行快速病理检查，根据结果决定手术方式。综合文献报道，同时性多原发性肺癌的手术方式有以下几种：如果病灶在同一侧肺可一期行肺切除术[7]；病灶在两侧肺时，多分期行双侧开胸切除[6,7]，一般先切除进展较快的病灶[6]。我们认为，采取分期双侧开胸病灶切除有其不利之处：分期手术时二次手术有 1 ~ 3 个月的间隔期，肿瘤有可能转移[8]；无法立即明确诊断、指导进一步治疗。故我们对本组 2 例一般情况及肺功能较好的病人采取一期双侧开胸手术切除，术后患者顺利康复，未出现相关并发症。对于肺功能差的患者电视辅助胸腔镜手术是首选的治疗方式。本组 1 例肺功能差的患者我们先经胸腔镜进行楔形切除较小病灶（CTNM 分期为 I 期），而后对体积较大的病灶开胸行肺叶切除，并同时清扫同侧纵隔淋巴结，随访 1 年未见复发。另 1 例术前诊断为左肺下叶磷癌，术中发现上叶后段结节，约 1 × 1.5cm，术中冰冻示腺癌，但因患者肺功能差，不能耐受全肺切除，行左肺上叶楔形切除术，患者术后恢复好，术后已随访 8 个月未见复发。此外，在异时性肺

维普资讯 http://www.cqvip.co

癌的手术过程中,对于同侧再次手术,手术是比较困难的。由于第一次手术引起的而且瘢痕形成导致正常解剖层次消失,而手术常需行完成式全肺切除(Completion pneumonectomy),手术的并发症发生率及术后死亡率相对较高[9],故术前对于心肺功能准确有效的评估,术后对于呼吸、循环系统的监护,以及对并发症的处理水平成为能否开展上述手术的先决条件。我们认为对多原发癌的术后 PTNM 分期可适度向下调以制定术后辅助治疗方案及预后估计。如患者肺癌病理分期为Ⅰ期,在术后治疗时可以按Ⅱ期肺癌方法治疗。本组存活 3 年以上的病例均将肺的癌灶作了根治性切除,术后辅以放疗和/或化疗,说明对于多原发性肺癌,以手术为首选的综合治疗方式仍可以取得较好的效果。同时值得提出的是,放、化疗既是有效的肿瘤治疗手段,同时也有一定致癌作用。本组异时多原发癌 6 例,其中 5 例于首次手术后曾接受放、化疗或使用免疫抑制剂。因此,对肺癌患者,我们应根据规范化肺癌治疗指引,防止治疗过度或化疗周期过长,这对预防第二原发癌的发生有一定作用。

参 考 文 献

[1] Martini N, Melamed MR. Multiple primary lung cancer. [J]. J Thorac Cardiovas Surg, 1975; 70: 606.

[2] Filali K, Hedelin G, Schaffer P, et al. Multip leprimary cancers and estimation of the incidence rates and trends[J]. Eur J Cancer, 1996; 32A: 683.

[3] 郭迎秋,孙达成. 多原发癌 3 例[J]. 中华实用内科杂志, 1999; 5: 306.

[4] 王 伟,李前生,姜丽辉,等. 多原发性支气管肺癌[J]. 实用肿瘤学杂志, 1998; 12(3): 232~233.

[5] 苏晓丽,吴鄂生,海镇环. 肺癌与非恶性疾病患者的组织 C-fos, C-jun 基因表达研究[J]. 中国现代医学杂志, 2000; 10(9): 49~51.

[6] Ferguson MK, DeMeester TR, Deslauries J, et al. Diagnosis and man agement of synchronous lung cancers[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1985; 89: 378-385.

[7] Rosengart TK, Martini N, Ghosn P, et al. Multiple primary lung car cinomas: Prognosis and treatment[J]. Ann Thorac Surg, 1991; 52: 773-779.

[8] Tsuji H, Hara S, Tagawa Y, et al. Bilateral bronchioloalveolar carci noma, showing familial aggreagtion of lung cancer[J]. Nippon Kyobu Geka Zasshi, 1994; 42(7): 1061-1064.

[9] 赵 峻,张德超,汪良骏,等. 异时多原发肺癌的诊断和治疗[J]. 癌症, 2002; 21(7): 764-767.

(上接第 142 页)

28 例男性患者排尿时感患侧腰部胀痛;无 1 例脓肾等严重并发症。术后 1~2 个月复查 B 超或 IVU 肾积水均消失或明显减轻,结石全部排净。

弹道碎石成功率和并发症的发生率与操作者的技术和经验有密切的关系,常见并发症有输尿管粘膜下假道、穿孔及术后血尿,严重并发症为输尿管撕裂及粘膜"袖套状"撕脱[5]。本组术中粘膜下损伤形成假道 2 例,穿孔 2 例,1 例输尿管粘膜向近端发生"袖套状"撕脱约 1cm,均经留置双 J 管 3~8 周后痊愈。1 例发生持续一周的血尿伴血块,经 KUB 示双 J 管位置过高,考虑为留置双 J 管时可能导丝插入过深损伤肾脏所致。如未能留置双 J 管,则应改行开放手术治疗。

参 考 文 献

[1] Kostakopoulos A, Stavropoulos NJ, Picramenos D, et al. The Swiss lithoclast: an ideal intracorporeal lithotripter[J]. Urol Int. 1995; 55(1): 19-20.

[2] Denstsdt JD, Razvvi HA, Rowe E, et al. Investigation of the tissue effects of a new device for intracorporeal lithotripsy-the Swiss Lithoclast[J]. J Urol, 1995; 153: 535-537.

[3] Pace KT, Weir MJ, Tariq N, et al. Low success rate of repeat shock wave lithotripsy for ureteral stones after failed initial treatment[J]. J Urol, 2000; 164: 1905-1907.

[4] Lechevalier E, Ortega JG, Eghazqrian C, et al. Role of flexible mini-ureteroscopes in diseases of the upper urinary tract[J]. Prog Urol. 1999; 9: 655-661.

[5] 梅 骅,主编. 泌尿外科手术学(第 2 版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000; 867-871.

[6] 孙颖浩,王林辉,钱松溪,等. 输尿管镜下气压弹道碎石术治疗泌尿系结石[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999; 20: 222-224.