文章编号:1000-5404(2000)05-0487-03

临床研究

114例癌性肺不张的纤维支气管镜检查结果分析

吴国明[1],孟庆文[2],钱桂生[1] ([1]第三军医大学附属新桥医院全军呼吸内科研究所,重庆 400037;[2]成都军区总医院,成都 610000)

提 要:目的 深入了解肺癌所致肺不张的纤维支气管镜(FB)特征。方法 回顾性分析114例癌性肺不张患者的临床资料和FB特征。结果 左侧(63例,55.3%)多于左侧(51例,44.7%);右肺不张(12例,10.5%)明显多于右肺不张(2例,1.8%);上叶不张(59例,51.8%)明显多于中叶及/或下叶不张(41例,36%)。FB下直接所见率为100%。110例经FB活检和/或刷检确诊为肺癌,阳性率96.5%。病理类型以鳞癌和小细胞癌为主,分别为77例(67.5%)和17例(14.9%),此外,腺癌11例(9.6%)、其它9例(7.9%)。FB下肺癌阻塞部位与X线胸片表现基本一致,但部分患者阻塞部位要比X线所示高,而受累部位则更近隆突。FB下的形态特征与病理类型密切相关。结论 对X线示肺癌并肺不张者,应积极行FB检查,尽早确诊。

关键词:纤维支气管镜;癌性肺不张
中图法分类号:R563.4;R734.2;R768.1 文献标识码:A

Analysis of fiberobronchoscopic examination for malignant atelectasis

WU Guo-ming, MENG Qing-wen, QIAN Gui-sheng (Reasearch institute of respiratory disease, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To understand further the fiberobronchoscopic findings of malignant atelectasis. Methods The findings of 114 patients with malignant atelectasis examined with fiberobronchoscopy were retrospectively analyzed. Results Atelectasis occurred in the right lung in 63 cases (55.3%) and in the left lung in 51 cases (44.7%). Atelectasis of the whole left lung (12 cases, 10.5%) was more frequent than that of the whole right lung (2 cases, 1.8%). Atelectasis of the upper lobe was found in 59 cases (51.8%) and that of the middle or lower lobe in 41 cases(36%). The direct fiberobronchoscopic features of lung cancers were present in all the patients. The diagnosis was confirmed with fiberobronchoscopy and/or blush examination in 110 cases with positive rate of 96.5%. Among the 114 cases, there were 77 cases of squamous carcinoma (67.5%), 17 of small cell carcinoma (14.9%). The location of obstruction was essentially consistent between fiberobronchoscopy and x-ray examination but that in a part of cases was higher found with fiberobronchoscopy than that with x-rays. The morphological features of fiberobronchoscopic findings were closely related to the pathological types of lung cancers. Conclusion The patients with atelectasis discovered with x-rays should be examined with fiberobronchoscopy as early as possible to rule out its malignant nature.

Key words: fiberobronchoscopy; malignant atelectasis

收集我院1985年元月以来经纤维支气管镜(FB)检查且资料完整的癌性肺不张114例,对有关临床资料和FB检查结果进行分析,以便深入了解肺癌所致肺不张的FB特征,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

114例均为住院患者,占同期收治肺不张186例的61.3%。男98例,女16例,男女比为6.1∶1。年龄33~75岁,平均56.4岁,40岁以上109例(95.6%)。吸烟指数等于或超过400年支者96例(84.2%)。主要症状包括咳嗽104例(91.2%),咳血痰64例(56.1%),胸痛60例(52.6%),发热31例(27.2%),气促33例(28.9%),体重减轻33例(28.9%)。

作者简介:吴国明(1961—),男,湖南省浏阳市人,博士研究生,主任医师,教授,主要从事肺癌早期诊断和治疗方面的研究,发表论文30余篇。电话:(023)68755320

收稿日期:2000-01-17;修回日期:2000-03-06

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

1.2 方法

检查前均摄胸部正侧位片，其中40例加摄胸部CT片。按常规行FB检查，并在直视下活检及/或刷检，活检标本用福尔马林固定后送病检；刷检标本涂片用95%酒精固定后送检。

2 结果

2.1 肺不张部位

X线胸片所示肺不张部位分布为右侧全肺2例(1.8%)，右上叶27例(23.7%)，右中下叶5例(4.4%)，右中叶20例(17.5%)，右下叶9例(7.9%)，合计63例(55.3%)；左侧全肺12例(10.5%)，左上叶32例(28.1%)，其中舌叶5例，左下叶7例(6.1%)，合计51例(44.7%)。

2.2 FB检查组织学诊断阳性率

114例FB镜检均有阳性发现。其中110例经FB活检和/或刷检确诊为肺癌，阳性率96.5%。4例阴性患者经淋巴结活检、肺穿刺或开胸探查确诊为肺癌。钳夹活检112例，阳性107例，阳性率93.9%；刷检112例，69例阳性，阳性率61.6%。3例活检阴性而刷检阳性。7例经2~3次FB检查活检确诊。

2.3 FB检查肿瘤分布部位及病理类型，见表1

表1 FB下肺癌部位及病理类型

Tab 1 Sites of lung cancer under FB and pathological types

	Right main bronchus	Righ upper lobe	Middle segment	Middle lobe	Right lower lobe	Left main bronchus	Left upper lobe	Left lower lobe	Total(%)
Squamous carcinoma	3	19	9	3	3	9	26	5	77(67.5)
Adenocarcinoma		2		4	1		2	2	11(9.6)
Small cell cancer		3	2	5	1	3	2	1	17(14.9)
Untyped carcinoma	1	2		1	2		1		7(6.1)
Adeno-squamous carcinoma			1	1					2(1.8)
Total	4	26	12	14	7	12	31	8	114(100.0)
(%)	3.5	22.8	10.5	12.3	6.1	10.5	27.2	7.0	

2.4 FB下所见与病理类型的关系，见表2

表2 FB下所见与病理类型的关系

Tab 2 Relation between features under FB and pathological types

	Squamous carcinoma	Adenocarcinoma	Small cell cancer	Others	Total(%)
Immediate sign					
Mass	63	3	13	4	83(72.8)
Soakage	11	5	2	2	20(17.5)
Mixed type	3	3	2	3	11(9.6)
Indirect sign					
Obstuction	70	9	14	7	100(87.7)
Straitness	7	2	3	2	14(12.3)
Bloody secretion	7				7(6.1)
Vocal cord paralyssis	2		1		3(2.6)
Peak widening	25	3	7	2	37(32.5)

3 讨论

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。FB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，还可了解肿瘤侵犯部位和范围，以决定治疗方案。本组癌性肺不张占同期收治肺不张的61.3%，说明大部分肺不张为肺癌所致，与文献[1]报道相近。现结合本组资料讨论如下。

3.1 性别与年龄

本组资料表明癌性肺不张发病率性别差异很大，男性明显多于女性(6.1∶1)。40岁以下肺癌发病率明显低于40岁以上(95.6%)者。吸烟超过400年支者占84.2%。故40岁以上、吸烟指数超过400年支的男性肺不张常常提示肺癌所致，应引起临床医师重视。临床症状与一般肺癌无差别，仍以咳嗽、咳血痰及胸痛为主要症状，约30%伴发烧和/或气促。

3.2 肺不张分布特点与肿瘤组织学类型

本组鳞癌居首位(67.5%)，小细胞癌次之(14.9%)，腺癌第三位(9.6%)，与鳞癌及小细胞癌多生长在大气道，肿块易阻塞支气管，而腺癌多为周围型有关，结果与文献[1,2]报道基本一致。7例(6.1%)未定型，不能定型的主要原因为取材太少、组织挤压严重及分化差。右侧(55.3%)较左侧(44.7%)多见，上叶不张(51.8%)多于中叶及/或下叶不张(36%)。左肺不张(10.5%)明显多于右肺不张(1.8%)，可能与左主支气管较长、管径较细有关。此外，部分患者FB下肿瘤阻塞部位高于X线所示阻塞部位，受累部位则可能更接近隆突。故即使已确诊为肺癌(如痰中查到癌细胞)，仍需行FB检查，了解支气管受累情况，以便选择治疗方案。

3.3 FB下所见与病理类型的关系

本组FB下均有发现，直接所见率100%。直接征象以肿块最多见，占72.8%，高于林耀广等[3]报道的肺癌总的直接所见率(57.7%)，肿块呈菜花状、息肉状、结节状或桑椹状等；浸润占17.5%，亦较常见。肿

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

块表面常见污秽的坏死物覆盖,粘膜充血、水肿,管腔阻塞或狭窄,组织松脆。间接征象以阻塞最多见。FB 下鳞癌主要表现以肿块型(多为菜花状肿物)最多见,占 81.8%,其次是浸润及肿块伴浸润;腺癌以浸润并阻塞或狭窄多见;小细胞癌也以肿块并阻塞多见。另外,触之及活检易出血亦是肺癌镜下特点之一,尤以鳞癌及小细胞癌为甚[3,4]。

3.4 病理结果分析

本组活检阳性率 93.9%,刷检阳性率 61.6%,总的组织学阳性率 96.5%,明显高于总的 FB 检查阳性率[5],与肺不张患者肿物均生长在大气道,较易活检有关。为提高 FB 病理诊断阳性率需注意以下几个方面:①取材要深,多部位钳取,最好在病变边缘部或中心实质部取材;遇坏死组织覆盖肿块时,应钳去部分坏死膜,露出淡红色肿块组织后再行活检;②力争第一次活检成功,以免活检后出血致视野模糊,增加活检困难;③应活检、刷检合并使用。本组 3 例活检阴性而刷检阳性,说明尽管活检阳性率高,但单纯活检仍有不足,应二者合并使用;④高度可疑肺癌而活检等阴性,可再行 FB 检查,以提高阳性率。本组 7 例经 2~3 次 FB 检查方确诊。另外,在镜检后留痰查癌细胞也可提高阳性率。这与镜检后癌组织易脱落及支气管腔得到疏通、易引流等有关。

总之,FB 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。

参考文献:

[1] 徐 萍,孙 坚,李 洁. 纤维支气管镜检对肺不张病因的诊断[J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(5): 50—51.
[2] 汤华战,毕耜宝,张锦玲,等. 1 008 例肺不张纤支镜检查结果分析[J]. 临床医学, 1993, 13(6): 296.
[3] 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.
[4] 任华丽. 纤维支气管镜下肺良性与恶性肿瘤的鉴别诊断[J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(3): 47.
[5] 曲昌发,刘晏杰,潘琳娜,等. 5 800 例纤维支气管镜检查(附 2 820 例原发性肺癌诊断分析)[J]. 实用肿瘤学杂志, 1993, 7(4): 23—25.

(编辑 王 红)

文章编号: 1000-5404(2000)05-0489-01

经验与短篇

45 例成人法乐氏四联症围手术期的监护体会

Perioperative monitoring for 45 adults with Fallot's tetralogy

刘晓莉,杜俊兰,朱学敏,袁 华 (第三军医大学附属新桥医院心血管外科,重庆 400037)

成人法乐氏四联症由于其病理生理的特殊性,其手术和围手术期监护与儿童不同。我科 1987 年 1 月至 1998 年 12 月共行 16 岁以上成人法乐氏四联症根治手术 45 例,现对其围手术期的监护观察和处理体会报告如下。

1 术前准备

成人法乐氏四联症,症状及体征明显,病程长,顾虑多,病人的必理负担较之儿童重,除耐心做好病人思想工作外,应嘱其卧床休息,间断吸氧,术前一周静滴极化液以增加心肌储备,术前 2 d 使用抗菌素防止感染,同时使用维生素 k1 针 10~20 mg 静滴。

2 术后管理

2.1 循环系统的监护

成人法乐氏四联症心肌细胞变性和纤维化,左心室肥厚较儿童更严重,加之手术转流时间长,组织牵拉水肿更明显引起心肌收缩无力和顺应性下降,术后低心排,心律失常等并发症发生率高达 25%[1]。因此术后要密切观察血压、心率、心律、中心静脉压、尿量及血球压积的变化,根据以上观察指标及时补充血容量,防上低容量性休克。术后收缩压维持在 12 kpa 以上,中心静脉压在 1.0 kpa 左右,尿量 72 ml/h。术后使用洋地黄类药物强心治疗的患者,护理中应定期检查血钾,防止低钾、洋地黄中毒,本组发生低心排 10 例,因护理周全及时发现,治疗全愈 8 例,另 2 例术后发生顽固性低心排,抢救无效而死亡。

2.2 呼吸系统的监护

本组病人术后均带气管插管进入 ICU 病房,给予呼吸机支持呼吸,病人未清醒时呼吸方式选用定容控制呼吸,必要时可给予少量 PEEP,一般为 5 cm H_2O 压力,以改善肺泡通气,吸氧浓度开始为 60%,2~3 h 后改为 40%,呼吸机的时间长短病情的轻重、心脏畸形的程度、循环是否稳定、出血情况而定,大部分病人术后 24 h 内拔掉气管插管。重症病人呼吸机需要支持 48 h,甚至更长的时间,对于 72 h 后不能脱机病人改鼻插管或行气管切开,以利口腔及气管管理。成人法四,病程长,病情多危重,术后呼吸机支持一般较儿童长,气管切开者亦较儿童多,

(下转 492 页)

作者简介: 刘晓莉(1962—),女,重庆市人,主管技师,主要从事临床护理技术方面的研究,发表论文 6 篇。电话:(023)68755000—74607

收稿日期: 1999-10-17; 修回日期: 2000-03-06

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