DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.05.043

细支气管肺泡癌35例临床分析

Clinical analysis of 35 cases of bronchiole-alvedar cancer

祁苏凌* 陈正堂 钱桂生 毛宝龄 (第三军医大学附属新桥医院呼吸内科研究所)重庆,400038

提 要 目的:分析细支气管肺泡癌(BAC)的临床特点,为其诊断提供线索。方法:回顾性分析35例BAC临床资料。结果:胸部X线平片及CT均有阳性发现,肺病灶以周围型和弥漫型居多(77.1%,27/35);纤维支气管镜(纤支镜)刷检阳性率44%(11/25);经皮肺穿刺、痰涂片及胸水细胞学检查总阳性率50%(20/40例次);血清癌胚抗原(CEA)检查27例均升高,平均为45.2 ng/ml 结论:血清CEA对BAC的诊断有重要参考价值;纤支镜刷检、经皮肺穿刺、痰涂片及胸水细胞学检查是确诊BAC的主要方法。

本研究对1983年2月至1996年12月本科收治,并经细胞学和/或病理检查证实的35例细支气管肺泡癌(BAC)资料进行总结,重点分析其临床特点和确诊手段。

1 临床资料

1.1 一般资料

男20例,女15例,年龄40~67岁,平均53.9岁。有吸烟史者12例(33.3%),吸烟8~40年,吸烟量10~20支/d

1.2 临床表现

咳嗽29例(82.8%),多为干咳或少量粘液痰,其中2例有大量泡沫痰,500~1000 ml/d 痰中带血13例(37.1%),胸痛14例(40%),发热7例(20%),均为低中度发热。7例肺部有少量湿罗音,其中4例伴干罗音。气促11例(31.4%),其中3例粟粒结节型呈进行性呼吸困难。以肺外表现为首发症状者3例(8.5%),分别为腰骶部疼痛、肩及腿痛。体检时经胸透发现3例。入院时已发现肿瘤转移者22例(62.8%),其中胸腔积液11例,伴心包积液2例,骨转移4例,颈部及锁骨上淋巴结转移7例。

1.3 误诊情况

院外误诊22例(62.8%),误诊时间1~16月,平均6.1月。主要误诊为肺结核(11例)以及肺部炎症,间质性肺疾病、骨质增生等。

2 诊断措施

2.1 X线表现

35例均有胸片资料。双肺均有病变者14例,其中病变位于右肺者11例,左肺者9例。根据病变在胸片上的表现形态,分为(1)孤立型:24例,其中周围型16例,中央型8例,为孤立的团块影,边缘有毛刺19例(79.1%),分叶13例(54%),尾巴征6例(26%),兔耳征2例(8.3%)。(2)弥漫型:11例。此型又分为:①粟粒结节型:双肺广泛的粟粒结节状阴影伴结节融合的片块影者5例。②炎症型:双肺斑片状渗出影者4例。③纤维网状型:双肺纹理增多,广泛的网织结节影者2例。弥漫型中见空泡征3例(27.2%),支气管气相2例(18.1%)。

2.2 胸部CT

12例作CT检查,除发现肺部病变外,6例发现纵隔淋巴结肿大,3例发现肿块与大血管密不可分。

2.3 纤支镜检查

纤支镜检查25例,镜下见支气管粘膜充血肿胀10例,支气管腔不同程度狭窄、管壁结节、糜烂3例,管腔受压1例,无异常发现4例。全部刷检,阳性11例(44%);活检17例,阳性7例(41.1%)。刷检+活检阳性13(51%,13/25)。

2.4 脱落细胞检查

经皮肺穿刺活检8例,全部找到癌细胞。查痰25例,8例找到癌细胞(32%),其中5例为弥漫型。胸水脱落细胞检查7例,4例阳性。细胞类型均为腺癌。

2.5 病理检查

手术切除15例及纤支镜活检中7例获病理诊断。特点为癌细胞沿肺泡道、肺泡、细支气管排列,组成腺管状,有的似肺泡结构。组织学上分为分泌型、非分泌型及混合型。2例分泌型癌细胞呈高柱状排列及乳头状生长,细胞浆内可见粘液;非分泌型6例,细胞呈单层立方型生长,内未见粘液。余为混合型,可见上述两种细胞形态。

2.6 血清CEA

检查CEA28例,升高28例,升高范围7.2~100 ng/ml,平均45.2% ng/ml,为正常(5 ng/ml)的9倍。

3 治疗及预后

3.1 治疗

手术治疗15例,其中肺叶切除13例,冷冻治疗2例。放疗及

* 祁苏凌,女,40岁,主治医师,学士,进修生,重庆市急救中心呼吸科,重庆,400000

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

化疗 10例。其余因全身衰竭或自动出院而仅给予对症治疗。

3.2 预后

近期疗效好转 23例。包括手术切除癌肿,肿块缩小或症状缓解。住院中死亡 5例。3例弥漫型 BAC均死于急性呼吸衰竭。随访 15例,多数在确诊后 1年左右病情恶化。存活时间超过 3年者 4例,最长 4年。

4 讨论

本组 BAC占本科同期收治肺癌的 3.1%,与钟殿胜等[1]报道相符。孤立型 BAC与一般肺癌在临床上难以区别,弥漫型 BAC易误诊为血行播散型肺结核、肺部感染、间质性肺疾病等。胸部 X线可作出初步诊断。孙忠亮等[2]发现,37例 BAC病检标本中 21例病灶内有纤维瘢痕,所谓尾巴征就是肿瘤引向胸膜的长纤维条索,而兔耳征则是贴近胸膜的肿瘤由于胸膜增厚皱缩凹陷所形成的。因此,尾巴征和兔耳征可作为孤立型 BAC的诊断线索。支气管周围的癌肿融合实变、畅通的支气管更突出而表现为 X线上的支气管气相。若癌细胞沿肺泡及细支气管壁生长,使肺泡隔不规则增厚便构成 X线上的空泡征。此二种征象主要见于弥漫型 BAC[3],结合病史有重要的诊断价值。胸部 CT比同期 X线多发现 77.1%的异常征象[4],且能了解纵隔淋巴结有无转移,以及肿块与大血管的关系,为手术提供参考。

本组 BAC除 2例是死亡后肺穿刺确诊外,其余均在生前获得细胞学和/或病理学诊断(94.3%)。由于 BAC发生于细支气管及肺泡,纤支镜不易发现病变,但对可疑部位刷检及活检能对半数患者作出确诊。痰脱落细胞检查简单易行,在弥漫型 BAC中阳性率较高。有胸腔积液者胸水离心沉淀常可查到癌细胞。因此,上述三种检查应列为常规。本组经皮肺穿刺活检 8例均获确诊,故对周围型 BAC应尽可能行此检查。血清 CEA在 BAC患者中大多有明显升高,可作为确诊前的诊断线索。

BAC的细胞学分类为腺癌,因而临床上具有腺癌的早期转移、病情进展快的特点。弥漫型 BAC由于癌细胞广泛侵犯肺泡及沿毛细血管转移,肺泡隔增厚使氧弥散障碍,血管受损使通气血流比失调,导致进行性缺氧、呼吸困难,最终发生呼吸衰竭。所以,孤立型 BAC应尽早手术,弥漫型 BAC一旦确诊,在全身情况允许时应及时化疗。

关键词 肺泡细胞癌;X征象;脱落细胞;活检

中图法分类号 R734.2

参考文献

1 钟殿胜,朱元钰. 43例细支气管肺泡癌的特点.中国实用内科杂志, 1995, 7(15): 422

2 孙忠亮,李锡莹,贾友明等.细支气管肺泡癌 37例的临床、X线、病理分析.中华结核和呼吸杂志, 1981, 6(4): 361

3 龙晚生,李志健.弥漫性细支气管肺泡癌的发展规律及影像学诊断.临床放射学杂志, 1995, 2(14): 93

4 孙振卿. 50例肺泡癌的胸部 X线和 CT分析,北京医学, 1993, 3(15): 131

(收稿: 1997-03-20;修回: 1997-07-26)

(编辑 汪勤俭)

前牙缺损的多榫槽式固位修复

Slotted Multitenon fixation for the repairment of incisor defect

周正贵* 林景春 汪志德 (第三军医大学附属新桥医院口腔科)重庆, 400037

提 要 目的:探索新的固位途径,解决前牙各类缺损修复难的问题。方法:用高速涡轮手机,制备多榫槽固位沟,经一般牙面清洁处理后即可用光固化材料充填修复缺损部位。结果:经临床 120例,136颗牙修复后随访观察 1~2年,固位良好,无 1例修复体自行脱落,无牙髓并发症。结论:多榫槽固位沟修复前牙各类缺损,不需酸蚀处理,固位强度高,突破了传统支架式的修复方法。

* 周正贵,男,40岁,主管技师

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