

肺结核并存肺癌 56 例临床分析

赵红丽 李炳杰 张彦秋

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

摘要 目的: 探讨肺结核与肺癌并存的临床特点及诊断方法。方法: 回顾性分析我院 1995–2005 年收治的 56 例肺结核并存肺癌患者的临床和实验室资料进行综合分析。结果: 男性病例吸烟者多; 患者除有结核病中毒症状外另有咯血、胸痛、呼吸困难等表现。肺癌确诊均为晚期, 预后差; 影像学上多表现为肺结核病变与团块并存; 部分病例症状及影像学均不典型。结论: 两病并存较常见, 肺结核并存肺癌时, 肺癌症状易被结核掩盖, 易发生漏诊, 应引起重视。

关键词: 肺结核; 肺癌

中图分类号: R521 **文献标识码:** D

肺癌如果与活动性肺结核并存, 容易给诊断造成困难。本文选自我院 1995–2005 年收治的 56 例肺结核合并肺癌的病例进行总结分析。肺结核诊断主要依据痰集结核菌和胸片, 肺部 CT 的表现, 肺癌的诊断主要根据肺部 CT, 纤维支气管镜, 肺活检, 痰及胸水脱落细胞等检查。

1 临床资料

1.1 一般资料:

我院 1995–2005 年收治的肺结核合并肺癌 56 例, 其中男 42 例, 女 14 例, 年龄 18~76 岁。18 岁 1 例, 76 岁 1 例, <40 岁者 8 例占 14%, 41–60 岁 48 例占 68%, >60 岁 10 例占 18%。男性病例吸烟者占 82.1%, 女性吸烟者占 11.6%。肺结核病灶 47 例位于上叶尖后段, 下叶背段以及双肺弥漫阴影, 7 例位于下叶基底段, 2 例为胸腔积液。陈旧性肺结核 10 例, 继发性肺结核 44 例, 结核性胸膜炎 2 例。痰集结核菌阳性 16 例, 痰集结核菌阴性 40 例。中心型肺癌 38 例, 周围型肺癌 18 例, 弥漫性肺癌 1 例, 鳞癌 29 例, 腺癌 15 例, 小细胞肺癌 7 例, 细支气管肺泡癌 2 例, 瘢痕癌 2 例, 病理未分型 1 例。

1.2 临床特点:

阵发性咳嗽 50 例, 其中刺激性干咳 15 例, 抗感染及止咳治疗效果欠佳, 咯血 28 例, 其中咳嗽带血 25 例, 抗感染或抗结核治疗无效, 胸闷气短 16 例, 进行性加重的胸闷气短 11 例, 胸痛 16 例, 其中持续性固定剧烈胸痛 9 例, 一般的解热镇痛药物不能缓解。发热 10 例, 经抗感染或抗结核治疗无效或一度缓解, 另外个别患者有声音嘶哑, 上腔静脉压迫综合征, 颈部淋巴结肿大, 进行性消瘦等症状。

1.3 影像学特点:

① 原发结核病灶的基础上出现团块或结节状阴影 10 例, 其中 8 例癌病灶有纤维化或钙化表现, 3 例病灶边缘有少许渗出病变。有 11 例病变位于上叶尖后段或下叶背段。④ 孤立团块或结节 33 例, 病灶内可有溶解或偏心性空洞, 有分叶或切迹, 边缘有短小的毛刺, 周围无卫星灶。④ 肺不张 5 例, 短期迅速出现的肺叶不张或纵隔气管向患侧移位。④ 片状阴影 4 例, 位于一个肺叶, 密度均匀一致。⑤ 单纯胸腔积液 2 例,

胸膜无增厚。

2 结果

对于肺结核患者, 遇有下列情况时, 应警惕是否合并肺癌。^① 近年来老年肺结核患者增多, 且以男性居多, 吸烟的比例亦较高, 故对于老年男性肺结核有长期吸烟者, 应警惕肺癌的存在。④ 如果既往曾患有肺结核或现有活动性肺结核抗结核治疗一度好转后进一步加重, 出现难以纠正的刺激性干咳或剧烈胸痛, 迅速进展的胸闷气短等症状时应高度警惕合并肺癌。④ 既往患有肺结核, 规律抗结核治疗后症状缓解病变吸收良好足疗程已停药者, 新近胸片出现异常阴影而无结核中毒症状, 或在活动性肺结核规律治疗的过程中, 胸片显示病灶逐渐增加, 或出现新阴影, 或部分病灶吸收而其他部位阴影无变化后逐渐增大, 考虑肺癌与结核并存。

3 讨论

近年来, 老年肺结核发病率有增高趋势, 同时肺癌的发病率不断上升, 两者并存的机会增多。Ting 报告在 950 例活动性肺结核病人中, 同时患肺癌 22 例 (5%)。另有文献报道, 肺癌合并肺结核可达 18%–30%。肺结核与肺癌的临床表现有相似之处, 如咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气促乏力、体重减轻等。两病并存的主要临床表现与单纯肺结核或肺癌无异。大部分病程长, 且多次复治, 加上老年人免疫力低, 肺部纤维化, X 线表现重叠, 临床上找到结核菌后未作进一步检查, 使肺癌延误诊治。肺结核与肺癌的 X 线表现均可呈现多种影象, 且两者常相互掩盖, 易造成误诊。为防止误诊、漏诊, 对下列情况应提高警惕。^① 原有肺结核但无症状的患者, 尤其是男性、50 岁以上、长期大量吸烟, 近期有咳嗽、痰血、胸痛、低热、消瘦、体重下降, 经抗结核药物治疗症状未缓解, 甚至加重者, 应考虑并发肺癌的可能性。④ 活动性肺结核患者, 在化疗过程中, 病灶吸收不明显或病灶逐渐扩大或出现新阴影, 无论痰检阴性或阳性, 均应警惕有肺癌的可能。④ 原为陈旧结核灶, 胸片发现新的病灶, 或顽固性胸腔积液者, 应作纤支镜、痰病理、胸部 CT 等检查, 以明确诊断; ④ 肺癌与肺结核均为较常见的肺部疾病, 尤其是肺癌, 肿瘤中其发病率已跃居第一位。由于抗结核菌化疗药的发展, 结核发病率一度明显降低, 但据 1990 年 WHO 调查全球结核病疫情, 1991 年发表的结果显示: 结核病

作者简介: 赵红丽, (1973–), 女, 主治医师

(收稿日期: 2006–03–19 接受日期: 2006–04–21)

发病率明显上升,平均感染率达 32.2%,即全球有 1/3 人口感染了结核菌,每年有八百万新结核病人发生,约有三百万人死亡。肺结核是否发展成肺癌:迄今为止的临床科研资料提示,肺结核与肺癌的发生没有直接的关系。肺结核是结核菌感染引起的呼吸道传染病,而肺癌是与吸烟、大气污染和免疫功能低下有关的肿瘤性疾病。但是肺结核对肺部造成慢性损害,影响了支气管粘膜上皮的正常功能和机体的免疫抗病毒状态,对肺癌的发生有间接的促进作用,肺结核钙化的病灶、结核性瘢痕、陈旧性空洞壁及其支气管、肺泡上皮细胞增生、增殖等与肺癌的发生有一定的关系。人患肺癌的致癌潜伏期很长,一般需要 10–30 年,年青时患肺结核,治愈后肺部出现钙化灶,有些病人老年后又患肺癌,临床上经常发现陈旧性肺结核合并肺癌的病例。肺癌如果与活动性肺结核并存。更容易给诊断造成困难。结核病人一般年青者多,肺癌病人老年者多,但目前结核病老年化趋势已在国内表现出来,肺癌年青患者的比例也在增加,当两者存在时,往往由于结核病灶的存在或痰中找到结核杆菌而忽视肺癌的诊断。 $\frac{1}{2}$ 结核病变极易向纤维化、瘢痕化转化。且肺结核病变的瘢痕灶,钙化灶,空洞等病变易成为癌变先驱。其原因是:肺结核其支气管粘膜长期受到急慢性炎症的刺激,结核性支气管扩张,空洞及肺泡细胞上皮均可发生鳞状上皮化生,加之外界致癌物质的刺激,易导致癌变。结核性支气管扩张尤其是囊状支气管扩张以及空洞,利于烟草中的焦油滞留,而其中的亚硝酸胺,苯并吡均为致癌物质。纤维化及钙化相应部位肿块的发生可能与引流淋巴管阻塞,使含有炭末的巨噬细胞在瘢痕部位沉着其中含有固醇等致癌物质,肺结核和肺癌均为消耗性疾病,均可导致机体免疫功能低下而为另一疾病发生创造条件,故当患者的临床症状或影响表现逐渐恶化,抗结核治疗疗效欠佳,在除外耐药

菌感染的情况下,应考虑肺结核和肺癌并存的可能。 $\frac{3}{4}$ 肺结核是肺癌的一个危险因素,尤其是 20 年以上病史肺结核患者发生肺癌的危险性是一般人群的 2.5 倍以上。老年肺结核临床表现不典型,胸部 X 线与肺癌相似,常导致两病相互掩盖,造成误诊、漏诊。肺结核与肺癌并存关键是如何早期发现,这关系到病人的预后,尤其是 60 岁以上的老年人处在肿瘤的高发期更应引起重视。对于老年性肺结核如有持续性胸痛、血痰、长期吸烟史、肿瘤家族史、肺内同一部位反复发作的感染、X 线显示上叶前段、后段、下叶基底段出现的肺不张或浸润病灶、胸水迅速增长且为血性、活动性肺结核抗痨治疗后病灶进展等都应引起高度重视,即使痰结核菌阳性也要做肿瘤的相关检查。以免肺癌漏诊。

肺癌合并肺结核虽然难确诊,只要医务人员认真分析肺癌、结核两种疾病各自的特点、特征,提高对合并症认识的早期鉴别,充分利用现代化的检查手段,肺癌诊断率可不断提高。

参考文献

- [1] 宋文虎. 结核病学进展[M]. 北京: 光明日报出版社, 1995, 11: 1–53
- [2] 张敦熔. 现代结核病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 557–560
- [3] 吴月萍. 48 例肺结核合并肺癌与肺结核临床影像学对照分析[J]. 实用肿瘤学杂志, 2000, 14(4): 281–282
- [4] 郑苇菁, 高玉堂, 汪钟贤, 等. 肺癌与肺结核关系的病例对照研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1988, 11: 135–138
- [5] 袁建文. 血清 CA-50 和 CEA 在肺癌、肺结核的表达及诊断价值[J]. 中国现代医学杂志, 2001, 11(9): 45–46
- [6] 黄秀芝. 肺结核与肺癌并存 55 例临床分析[J]. 南京铁道医学院学报, 1995, 14(2): 123

(上接第 72 页)

基本上不增加手术操作难度及总手术时间^[6]。Temple 等^[5]对 50 例 iv 期保留 ICBN 者随访 5 年, 未见局部转移复发病例; 我们对保留 ICBN 患者随访 24 个月也未见有腋下和胸壁转移复发, 表明术中保留 ICBN 对乳腺癌根治术的效果没有影响。但这并非意味着所有乳腺癌手术都可以保留 ICBN, 由于肿瘤转移时可侵犯其邻近神经外膜及束间淋巴组织, 所以此时若保留该神经, 则会出现局部癌残留可能, 故手术中切除 ICBN。因此笔者认为, 乳腺癌手术时是否保留 ICBN 应根据具体情况而定, 如患者出现患侧腋下淋巴结肿大、粘连、固定或 ICBN 受肿瘤粘连、侵犯则不应保留 ICBN。

参考文献

- [1] 吴诚义, 姚榛祥, 吴凯南, 等. 乳腺癌淋巴清扫术中保留肋间臂神

经的方法和意义[J]. 外科理论与实践, 2001, 4: 210–212

- [2] Paredes JP, Puente JL, Potel J. Variations in sensitivity after sectioning the intercostobrachial nerve[J]. Am J Surg, 1990, 160(5): 525–528
- [3] 范忠林, 宋振川, 李海平, 等. 乳腺癌手术保留肋间臂神经的临床价值[J]. 中华外科杂志, 2001, 39(10): 773–774
- [4] Roses DF, Brooks AD, Harris MN, et al. Complications of level iv and $\oplus$ and axillary dissection in the treatment of carcinoma of the breast[J]. Ann Surg, 1999, 230(2): 194–201
- [5] Temple WJ, Ketcham AS. Reservations of the intercostobrachial nerve during axillary dissection for breast cancer[J]. Am J Surg, 1985, 150(5): 585–588
- [6] 陆澄, 杨鹏, 袁春燕, 等. 乳腺癌改良根治术中保留肋间臂神经的意义[J]. 现代医学, 2002, 30(5): 319–320