

肺结核合并肺癌患者的临床分析

袁 婷 苏晓丽[△] 罗百灵

(中南大学湘雅医院呼吸内科 湖南 长沙 410008)

摘要 目的 探讨肺结核合并肺癌的临床特点,提高临床医师诊断肺结核合并肺癌的警惕性。方法 对2000年1月至2009年12月在我院诊断为肺结核、肺结核合并肺癌、肺癌患者各40例进行回顾性分析。结果 三组之间的临床表现与实验室检查进行相互比较,发现其临床表现并无统计学差异,影像学及支气管镜检查有明显统计学差异外,其他实验室检查无差异。结论 结核合并肺癌与肺结核、肺癌等临床表现、实验室检查近似,易造成漏诊、误诊,临床医师应提高警惕,及时行影像学及支气管镜等检查。

关键词 肺癌 肺结核

中图分类号 R734.2 R521 文献标识码 A 文章编号 :1673-6273(2011)14-2681-04

Clinical Analysis of Pulmonary Tuberculosis with Lung Cancer

YUAN Ting, SU Xiao-li[△], LUO Bai-ling

(Department of Respiratory Medicine, Xiang ya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

ABSTRACT Objective: To study the clinical features of pulmonary tuberculosis with lung cancer and to improve the clinical physicians' recognition for it. **Methods:** Collect and retrospectively analysed the medical records of pulmonary tuberculosis (n=40), pulmonary tuberculosis with lung cancer(n=40), lung cancer(n=40) diagnosed in our hospital during January 2000 to December 2009. **Results:** Among the three groups, there were no statistically significant differences in the clinical manifestations and laboratory examinations, but statistically significant differences in the imaging and bronchoscopy. **Conclusion:** Misdiagnosis and missed diagnosis are easy to occur in the diagnosis of pulmonary tuberculosis, lung cancer, pulmonary tuberculosis with lung cancer, to which clinical physicians should pay particular attention and perform imaging and bronchoscopy detections for the patients.

Key words: Pulmonary tuberculosis; Lung cancer

Chinese Library Classification(CLC): R734.2, R521 **Document code:** A

Article ID:1673-6273(2011)14-2681-04

近10多年全球结核病成持续上升趋势,由于吸烟及大气污染,近几年新发肺癌患者亦迅速增加,两病在临床表现及影像学特点上均有相似之处,如两病合并更给诊断带来困难。有报道称肺癌与结核的发生有一定的相关性^[1],本文随机选取我院2000年1月至2009年12月期间的肺结核,肺结核合并肺癌,肺癌病例各40份,对三组病例的临床特点进行比较分析,探讨肺结核合并肺癌与两种单纯疾病之间的异同。

1 临床资料

1.1 一般资料

随机选取我院2000年1月到2009年12月的诊断为肺结核、肺结核合并肺癌、肺癌的病例各40例。其中肺癌诊断依据病理活检确诊,肺结核诊断标准符合2001年中华医学会结核病分会所订指南^[2]。结核组男22例,女18例,平均年龄53±18.1岁;结核合并肺癌组男32例,女8例,平均年龄59.9±9.16岁;肺癌组男30例,女10例,平均年龄57.1±9.63岁。

1.2 基础疾病

肺结核组中既往有基础疾病者有22例,其中3例有明确的结核病史,肺结核合并肺癌组中有基础疾病者占18例,其中3例有明确的结核病史,使用激素半年以上者2例,肺癌组基础疾病者有14例。

1.2 方法

收集我院2000年1月至2009年1月诊断为肺结核、肺结核合并肺结核、肺癌的病例各40例,其中肺结核的诊断符合2001年中华医学会结核病学分会所制定的肺结核诊断和治疗指南,肺癌的诊断依据肺组织活检的病理结果,对其临床表现、影像学、实验室检查、纤支镜下表现进行回顾性分析。统计学采用SPSS17.0软件,均数用 $\bar{X} \pm S$ 表示,年龄采用T检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床表现

肺结核组咳嗽28例(70%),伴咳痰者15例(37.5%),干咳者13例(32.5%);气促7例(13.5%);咯血9例(22.5%);发热9例(22.5%);胸痛5例(12.5%);无明显症状(体检发现肺部影像学改变或体检发现淋巴结大)3例(5.5%)。

肺结核合并肺癌组咳嗽28例(70%),伴咳痰者17例(42.5%),干咳者11例(27.5%);气促8例(20%);咯血8例(20%);胸背部疼痛10例(25%);乏力2例(5%);发热3例(7.5%);无明显症状(体检时发现肺部影像学改变)4例(10%),肺外表现(杵状指)1例。

作者简介 袁婷(1985-),女,博士研究生,主要研究方向 呼吸系统感染性疾病和慢性阻塞性肺部疾病,

E-mail:tingyuan1985@yahoo.com.cn

[△]通讯作者 苏晓丽(1965-),女,副教授,硕士生导师,

E-mail:suli8779@yahoo.com.cn

(收稿日期 2011-01-05 接受日期 2011-01-30)

肺癌组咳嗽 21 例(52.5%) ,伴咳痰 13 例(32.5%) ,干咳 8 例(20%) ;气促 9 例(22.5%) ;咯血 12 例(30%) ;胸背痛 13 例(32.5%) ;头痛 2 例(5%) ;声嘶 3 例(7.5%) ;下肢疼痛 1 例(2.5%) ;无症状 3 例(7.5%) ,肺外表现(杵状指)2 例。(见表 1)

2.2 实验室检查(见表 2)

硬结直径 \leq 4mmPPD 皮试阴性 ,5~9mm 为弱阳性 ,10~19mm 为阳性 \geq 20mm 或虽小于 20mm 但局部出现水泡或淋巴管炎为强阳性。在临床中将 PPD 强阳性肯定有临床意义 ,本文中 PPD 强阳性患者 ,肺结核组与肺结核合并肺癌组强阳性患者均为 16 例 ,占 40%。

血沉男 \leq 15mm/h 为阴性 , $>$ 15mm/h 为阳性 ;女 \leq 20mm/h 为阴性 , $>$ 20mm/h 为阳性 ;因临床工作中一般把血沉 $>$ 40mm/h 当成有意义升高 ,本文中血沉 $>$ 40mm/h 算做阳性。

CEA \leq 5ng/ml 为阴性 , $>$ 5ng/ml 为阳性。

2.3 胸部影像学表现

2.3.1 部位 结核组 13 例(32.5%)累及双肺 ,8 例(20%)累及左肺 ,19 例(47.5%)累及右肺 ,其中累及结核好发部位上叶尖后段有 8 例(20%) ,下叶背段有 4 例(10%) ,6 例(15%)累及胸膜。

肺癌合并结核组 肿瘤病灶与结核病灶在同一肺叶者 16 例(40%) ,不在同一肺叶者 24 例(60%)肺癌组 22 例(55%)位于右肺 ,14 例(35%)位于左肺 ,4 例(10%)为双肺病变 ,其中累及淋巴结者 12 例(30%)。

2.3.2 影像学表现 肺结核组 以斑片浸润影多见 ,16 例(40%) ,同一病例中可存在渗出 ,增殖 ,空洞 ,纤维化、钙化等几种性质混合的病灶。

肺癌合并肺结核组 以肿块影 30 例(75%)合并浸润影多见,其他如渗出 ,增殖 ,空洞 ,纤维化等表现部分病例亦可见

肺癌组 以肿块影(病变 $>$ 3cm)、团状影、结节(病变 $<$ 3cm)多见

2.3 支气管镜检查

结核组有 30 例(75%)患者行支气管镜检查 ,其中有 2 例(5%)表现为结节状隆起 ,5 例(12.5%)可见疤痕狭窄而引起的支气管狭窄 ,2 例(5%)因粘膜肿胀导致支气管狭窄 ,18 例(45%)无特异性改变。

结核合并肺癌组有 36 例(90%)行支气管镜检查 ,其中 18 例(45%)支气管镜下见到了肿块或是结节 ,支气管狭窄或闭塞主要由肿块堵塞所致 ,有 4 例(10%)在镜下表现为声带固定。

肺癌组有 34 例(85%)行支气管镜检查 ,其中有 9 例(22.5%)支气管狭窄 ,均由肿块堵塞管腔所致 ,3 例(7.5%)有声带麻痹。

2.4 肺癌类型

类型依据病理学检查 肺癌组鳞癌 12(30%)腺癌 16(40%)小细胞癌 11(27.5%)未分型者 1(2.5%) ,肺结核合并肺癌组中鳞癌 10(25%)腺癌 17(42.5%)小细胞癌 11(27.5%)未分型者 2(5%)。

表 1 三组患者的基本临床情况比较(n=40)

Table 1 Baseline characteristics of the patients(n=40)

	Pulmonary TB group n(%)	Pulmonary TB with cancer group n (%)	Lung cancer group n(%)
Age ,years,mean+SD	53± 18.1 [#]	59.9± 9.16	57.1± 9.63
Sex,male/female	22/18 [#]	32/8	30/10
Smoking status	17(42.5%)	28(70%)	27(67.5%)
Comorbidities			
Chroniclung disease	9(22.5%)	6(15%)	2(5%)
Diabetes	5(12.5%)	3(7.5%)	4(10%)
pneumosilicosis	1(20%)	2(12.5%)	1(12.5%)
Manifestations			
Cough	28(70%)	28(70%)	21(52.5%)
Dyspnoea	7(13.5%)	8(20%)	9(22.5%)
Haemoptysis	9(22.5%)	8(20%)	12(30%)
Fever	9(22.5%)	3(7.5%)	0(0%)
Trachyphonia	0(0%)	3(7.5%)	3(7.5%)
Acropachy	0(0%)	1(2.5%)	2(5%)
Chest pain	5(12.5%)	10(25%)	13(32.5%)
No symptom	3(7.5%)	4(10%)	3(7.5%)

3 讨论

肺结核与肺癌为两种完全不同的疾病 ,在国内外许多关于

肺结核与肺癌并存的报道中,肺结核与肺癌的紧密关系越来越受到临床重视 ,结核病患者患肺癌的危险性是一般人群的 1.5-2.5 倍,有实体瘤的患者 ,如肺癌患者 ,或是血液系统恶性肿

瘤,被报道与非肿瘤患者相比患活动性肺结核的几率增加^[3] 肺癌并发活动性结核的发生率 1 %^[4]。肺结核和肺癌均为消耗性疾病,其中之一均可导致机体抵抗力及免疫功能下降而为另一

疾病的发生创造条件,二者之间可能存在因果关系,导致两病并存。而肺结核与肺癌有相似症状,影像学也有相似表现,临床极易造成误诊或是漏诊。

表 2 三组患者实验室结果比较(n=40)
Table 2 The experimental result of three group(n=40)

	Pulmonary TB Group n(%)	Pulmonary TB with cancer group n (%)	Lung cancer group n(%)
Erythrocyte sedimentation tate			
Negative	10(25%)	14(35%)	10(25%)
Positive	15(37.5%)	10(25%)	8(20%)
TB-Ab			
Negative	24(60%)	28(70%)	
Positive	16(40%)	12(30%)	
CEA			
Negative	38(95%) [#]	17(42.5%)	19(47.5%)
Positive	2(5%) [#]	23(57.5%)	21(52.5%)
Chest CT			
Tumor	4(10%) [#]	30(75%)	32(80%)
Nodule	2(5%)	5(12.5%)	2(5%)
Exudation	24(60%) [#]	6(15%)	2(5%)
Parenchymal band	12(30%) [#]	4(10%)	3(7.5%)
Speculation	1(2.5%) [#]	20(50%)	28(70%)
Cavity	3(7.5%)	5(12.5%)	2(5%)
Bronchoscope result [#]			
No change	18(45%)	10(25%)	7(17.5%)
Tumor ,nodule	2(5%)	18(45%)	12(30%)
Bronchostenosis ,obstruction			
	7(17.5%)	9(22.5%)	9(22.5%)
Fixation of vocal cords			
	0(0%)	4(10%)	3(7.5%)

注 #: 结核组与结核合并肺癌相比较有统计学意义

##: 肺癌组与结核合并肺癌相比较有统计学意义

Note: #: P<0.05 with respect to TB group and Pulmonary TB with cancer group

##: P<0.05 with respect to lung cancer group and Pulmonary TB with cancer group

本文章对肺结核与肺癌合并肺结核、肺癌与肺结核合并肺癌两两之间进行了比较,发现肺结核合并肺癌以老年男性居多,临床特征并无明显差异,有学者认为,在肺结核治疗过程中出现患者咳嗽性质改变(湿性咳嗽变为干性刺激性咳嗽),且经治疗难以终止或减轻;以往无咯血,首次出现血痰或咯血,固定部位胸疼;以往无发热,此次发热抗痨治疗无效者,结核病灶稳定,但体质日趋恶化,体重降低者,均应高度怀疑合并肺癌。我们在肺结核合并肺癌组中发现,有 2 例患者因为在治疗结核的过程中出现了声嘶,行支气管镜发现声带麻痹而高度怀疑合并了肺癌,后经肺穿刺活检等手段确诊。虽然从我们的统计分析中临床表现无明显差异,但也可以认为,当肺结核患者出现了声嘶,或是出现杵状指,CEA 有升高,或是支气管镜发现了声带麻痹,应高度怀疑该患者合并有肺癌。

影像学比较有统计学意义,原因为结核组的主要表现为斑片状、条索状渗出影,而肺癌合并结核组的主要影像学表现为

肿块影或是合并有渗出。但肺癌组与肺癌合并结核组之间的影像学并无统计学意义,这与 S-I Cha 等^[5]的报道是一致的。邓旭^[6]认为,对肺结核患者,其影像学表现如果遇有下列情况时,应高度怀疑并存肺癌之可能:(1)原有或新出现球形病灶的突然增长迅速,或其内出现液化,边缘出现分叶;(2)空洞壁厚不均,空洞偏心存在,洞壁见结节出现;(3)积极抗结核治疗后出现胸膜反应或胸水且胸水增长迅速;(4)合理抗结核治疗下,病灶阴影扩大,表现为团块影,或其他部位出现新病灶;(5)非结核好发部位如上叶前段、舌段、下叶基底段出现肺不张及病灶影,周围无卫星灶或钙化灶;(6)单侧肺门影增大;(7)肺门及颈部淋巴结肿大;(8)有刺激性咳嗽,持续性胸痛、气短、消瘦、与 x 线胸片病变不符,且呈进行性加重。同样,在结核合并肺癌组中,有 4 例肺癌患者是因为在治疗肺癌的过程中偶然发现了微生物学或是病理的证据,其临床表现并没有特异的提示结核感染。有时候肺癌的患者的胸部 CT 可以提供一些结核感染的证据,如结

节、空洞、斑片状渗出影等。S-I Cha 等认为,当肺癌患者的胸部 CT 新发有结节时,必须要考虑肿瘤之外的其他诊断,如结核^[5]。肺癌患者新发病灶的出现,特别是在胸部 CT 出现了树芽征,需要行进一步的检查,如痰涂片找结核分枝杆菌或是行结核杆菌培养。

有文献^[7]报导肺结核合并肺癌以鳞癌为主,亦有报导^[8]认为以腺癌为主,本组病例中鳞癌 10 例,占 25%,腺癌 17 例,占 42.5%,两组中鳞癌与腺癌比较: $X^2=0.545$, $P=0.909$ 无显著性差异。肺癌与结核病的关系目前尚有争议,其机理尚需进一步研究。

肺结核和肺癌同时存在有时候使诊断变得困难,在结核合并肺癌组中有 12 例患者的肺结核病灶不同于肺癌病灶,16 例患者的主要的肺结核病灶与肺癌病灶在同一肺叶或是病灶很临近,其中有 14 例患者出现了空洞或是树芽征,剩下的两例患者一例的肺结核病灶不能与肺癌病灶区分,另一例表现为阻塞性肺炎。

另外,临床中肺结核的诊断一般依据结核中毒症状、影像学、血沉、痰找结核杆菌等来诊断,除了怀疑支气管结核,支气管镜在结核中的应用并不多见,但是当怀疑患者合并有其他疾病时,应积极行支气管镜检查,以帮助明确诊断。

肺结核合并肺癌易误诊、漏诊,其原因主要有:(1)两病临床表现相似;(2)两病影像学特征相似;(3)临床医师警惕性不高;(4)临床医师对两病影像学表现认识尚不足^[9,10]。所以,在临床工作中临床医师应认真分析临床特点及影像资料,及时做痰脱落细胞检查、纤维支气管镜检查、淋巴结活检,必要时可行肺穿刺和胸膜活检等,以提高肺结核合并肺癌的诊断。

这篇文章也有一些限制性需要考虑,在回顾性分析中选择偏差是不可避免的,第二,本文中每个组所选例数为 40 例,在分析各个变量时有可能例数偏少以致没有统计学意义。

参考文献(References)

[1] Kim DK, Lee S W, Yoo C G, et al. Clinical characteristics and treatment responses of tuberculosis in patients with malignancy receiving anticancer chemotherapy[J]. Chest, 2005,128:2218-2222
 [2] 中华医学会结核病学分会.肺结核诊断和治疗指南[J].中华结核和呼吸杂志, 2001,24(2):70-74

Chinese Medical Association. The guide for the diagnosis and treatment of the pulmonary tuberculosis[J]. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2001,24(2): 70-74
 [3] Kim H R, Hwang S S, Ro Y K, et al. Solid-organ malignancy as a risk factor for tuberculosis[J]. Respirology, 2008, 13: 413- 419
 [4] Hara H, Soejima R, Mat suos hima T. A study of the coexistence of pulmonary tuberculosis and bronchogenic carcinoma: result of a questionnaire in Chugo kuang Shikoku areas [J]. Kekkaku (tuberculosis), 1990,65 :711 - 717
 [5] S-I.Cha, K-M. Shin, etc. The clinical course of respiratory tuberculosis in lung cancer patients [J]. INT J tuberc lung Dis, 2009,13 (8): 1002-1007
 [6] 邓旭.肺结核合并肺癌影像学分析[J].临床肺科杂志, 2010, 15(4): 543
 Xu Deng. The analysis of the image of the pulmonary tuberculosis with lung cancer[J]. Journal of Clinical Pulmonary Medicine, 2010,15 (4):543
 [7] 许家璠,李德仁.肺结核肺癌并存的临床诊断[J].临床肺科杂志, 1998, 8(2):140-142
 Jia-lian Xu, De-ren Li. The clinic diagnosis of the pulmonary tuberculosis with lung cancer [J]. Journal of Clinical Pulmonary Medicine, 1998,8(2): 140-142
 [8] 孙国华.肺结核并存肺癌 29 例分析[J].中国防痨杂志, 2000, 22(4): 230
 Guo-hua Sun. The analysis of 29 cases of pulmonary tuberculosis with lung cancer[J]. Chinese Journal of Antituberculosis, 2000,22(4): 230
 [9] 陈子丹,肖和平,史宏彰等.肺癌合并肺结核 54 例临床分析[J]中国防痨杂志,2005,27(3):162-164
 Zi-dan Chen, He-ping Xiao, Hong-zhang Shi. The analysis of 54 cases of lung cancer with pulmonary tuberculosis [J]. Chinese Journal of Antituberculosis, 2005,27(3):162-164
 [10] 吴世东. 肺结核合并肺癌的临床分析 [J]. 国际医药卫生导报, 2009,15(21):42-45
 Shi-dong Wu. The analysis of pulmonary tuberculosis with lung cancer [J]. International Medicine and Health Guidance News, 2009,15 (21):42-45