

· 临床经验 ·

肺大泡合并肺癌 32 例外科疗效

谢博雄 丁嘉安 唐明娟 吴琨

【中图分类号】 R563.3;R734.2

随着高龄肺癌患者的增加,气肿性肺部病变与肺癌共存的现象并不少见。我院胸外科从 1954 年 1 月到 2001 年 6 月手术治疗肺癌患者 7 411 例,其中 32 例合并肺大泡,经手术治疗取得较满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 32 例中,男 29 例,女 3 例,年龄 46~75 岁,平均年龄 62.5 岁。其中有长期吸烟史(吸烟指数>400 年·支)26 人,占 81.2%。

1.2 症状及诊断 有咳嗽、咯痰症状者 27 例,伴有发热等感染症状者 3 例,胸痛 1 例,体检发现 1 例,因肺大泡破裂产生气胸而手术发现肺癌 3 例。全组患者均经病理学检查证实,肺大泡与肺癌同期诊断者 7 例,占 21.9%,非同期诊断者平均间隔时间为 10.5 月。

1.3 治疗方法 全组左肺癌 12 例,右肺癌 20 例,均行手术治疗。其中全肺切除 8 例,二叶切除 3 例,一叶切除 17 例,楔形切除 2 例,剖胸探查 2 例。术中见肺大泡部位:右肺上、中、下叶分别为 9、2、5 例;左肺上、下叶分别为 8、3 例;一侧各叶均有者 5 例,其中左侧 2 例,右侧 3 例。肺大泡体积最大者为 12.0 cm×9.8 cm×6.2 cm,最小者为 0.5 cm×0.4 cm×0.3 cm。术后化疗 16 例,放疗 5 例,余 11 例未行化疗和放疗。

1.4 病理检查 鳞癌 26 例,腺癌 5 例,未分化小细胞癌 1 例。I 期 9 例,II A 期 4 例,II B 期 3 例,III A 期 16 例。

2 结果

术后无气胸等并发症发生,无手术近期死亡率。失访 1 例,随访率为 96.9%。用生存表法(SPSS10.0 软件)计算全组 1、3 和 5 年生存率,分别为 76.2%、34.3%和 13.6%。平均生存期为 29.3 月。术后广泛转移者 17 例,占 53.1%;肝转移者 4 例,占 12.5%;食

道转移者 1 例,占 3.1%。

3 讨论

近来,关于肺大泡合并肺癌的报道越来越多。Korol^[1]报道 500 例肺癌患者中有 45 例合并肺大泡(占 9%)。Goldstein 等^[2]认为 49~59 岁男性中,肺大泡患者患肺癌的可能性是无肺大泡者的 7 倍。Stoloff 等^[3]报道在 1 000 例男性肺大泡患者中有 61 例(占 6.1%)合并肺癌,提出了肺大泡的相关危险指数的概念。有文献报道肺大泡、长期吸烟的患者患肺癌的风险是正常人的 32 倍^[4]。

肺大泡常继发于末梢支气管的炎症性病变,可发生在肺的任何部位,数目、大小不一,可为单发,也可为多发。继发于肺气肿者,几乎全是多发的。慢性支气管炎也是发生肺大泡的原因之一。本组慢性支气管炎患者 26 例,占 81.2%。此外,癌组织可造成支气管的狭窄和闭塞,从而引起末梢肺的膨胀而形成肺大泡^[5]。同时,肺大泡的囊泡内因容易滞留人体吸入的物质,这些物质长期刺激则有可能发生癌,或者在囊泡壁的疤痕、炎症基础上形成癌^[6]。

肺大泡合并肺癌好发于高龄男性人群,其组织学类型最大的特征一是低分化型肺癌较多,Goldstein 等报告 18 例中有 12 例为低分化型肺癌(占 66.7%),本组 32 例中有 21 例(占 65.6%);二是大多为鳞癌^[7-8],本组鳞癌患者为 25 例,占 78.1%。肺大泡合并肺癌的早期确诊有一定困难。其初始症状多为呼吸道感染症状,缺乏特异性,内科治疗往往不能改善。发展到较晚期时,肿瘤大都体积较大且内部有坏死,可出现感染症状,或者大泡破裂造成气胸出现症状。所以肺大泡合并肺癌在发现时多已属晚期,并给确诊带来一定的困难。

我们认为,肺大泡伴原发性肺癌有三个放射学特点:①结节影位于或邻近肺大泡;②大泡壁部分或弥漫性增厚;③出现大泡的继发表现,如大泡直径的改变、液体的滞留及气胸。Sato 等^[9]认为肺大泡合并肺癌的

患者自觉症状与胸部 X 线片的异常阴影容易被忽略,为了能早期发现并诊断肺大泡合并肺癌,必须提高警惕,对肺大泡患者是患肺癌的高危人群要有充分的认识。

临床上遇到下列情况时,应该积极考虑外科手术治疗:慢性支气管炎患者;男性,高龄,有长期吸烟史,吸烟指数 ≥ 400 年·支;胸部 X 线片显示肺大泡旁边的异常影;内科治疗不能改善时;有纵隔淋巴结肿大等肺癌症状者。由于肿瘤多为低分化型,故术后的放、化疗是必要的。

由于肺大泡伴肺癌的患者低分化型肺癌较多,且出现症状较晚,到怀疑肺癌时已属晚期,所以普遍的观点为肺大泡合并肺癌患者的预后较差^[1~8],并且肺大泡和肺癌同期发现的患者的预后明显差于肺大泡先于肺癌发现的患者^[9]。本组 1、3、5 年的生存率分别为 76.2%、34.3% 和 13.6%。文献显示患者的肺癌分期中 III、IV 期明显多于 I、II 期^[1-6]。本组中 III 期患者为 16 例,占全组人数的 50%。但由于本组样本数较少,尚难以精确评价肺大泡合并肺癌的预后与临床病理生理特征的关系,有待于更大宗或多中心的研究。

综上所述,肺大泡合并肺癌大多发生在肺大泡的囊壁上,癌肿多数属低分化型,临床上症状出现较晚,发现时已属晚期,预后较差。在肺大泡患者的诊断中,要牢记他们是肺癌的高危人群,应该在术前仔细进行胸部 X 线和 CT 检查,术中仔细探查肺大泡旁边是否有肿块。只有这样,才能争取早期诊断和早期治疗,提高疗效。

参 考 文 献

- 1 Korol E. The correlation of carcinoma and congenital cystic emphysema of the lungs. *Chest*, 1953, 23(3): 403-407.
- 2 Goldstein MJ, Snider GL, Liberson M, et al. Bronchogenic carcinoma and giant bullous disease. *Am Rev Res Dis*, 1968, 97(2): 1062-1070.
- 3 Stoloff IL, Kanofsky P, Magilner L. The risk of lung cancer in males with bullous disease of the lung. *Arch Environ Health*, 1971, 22(3): 163-166.
- 4 Kobayashi K, Nagai A, Matsunaga Y, et al. A case of non-smoking female with peripheral small lung squamous cell carcinoma discovered after operation of spontaneous pneumothorax. *Kyobu Geka*, 1997, 50(6): 499-502.
- 5 Steinhauslin CA, Cuttat JF. Spontaneous pneumothorax, a complication of lung cancer? *Chest*, 1985, 88(5): 709-713.
- 6 Ogawa D, Shiota Y, Marukawa M, et al. Lung cancer associated with pulmonary bulla. Case report and review of literature. *Respiration*, 1999, 66(6): 555-558.
- 7 Ojika T, Mukouyama N, Sakou T, et al. Three cases of primary lung cancer unexpectedly discovered during the operation of pneumothorax. *Kyobu Geka*, 1997, 50(10): 844-847.
- 8 Hiranuma C, Tsunozuka Y, Sato H. A case of pulmonary adenocarcinoma of arising from the wall of a giant bulla which disappeared spontaneously. *Kyobu Geka*, 2000, 53(6): 514-518.
- 9 Sato S, Asakura J, Suzuki H, et al. Study on surgical treatment for lung cancer associated with giant bullous disease. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*, 1998, 46(3): 260-266.

(收稿:2001-10-16 修回:2002-04-15)

(本文编辑 李蓓兰)

• 会议消息 •

Time 6--8, Feb 2003

Meeting

New Targets in Oncology

Place

Grand Hotel Monte Carlo

Monte Carlo, Monaco

Chairman

Jaap Verweij, M. D., Ph. D.

Eric K. Rowinsky, M. D.

时间 2003 年 2 月 6~8 日

会议

肿瘤学中的新靶点

地点

Grand Hotel Monte Carlo

Monte Carlo, Monaco

主席

Jaap Verweij, M. D., Ph. D.

Eric K. Rowinsky, M. D.