

· 短篇论著 ·

肺结核合并肺癌误诊为单一肺结核 36 例临床分析

朱育银 叶春娟 方晴

(宁波市保黎医院肺三科 宁波 315031)

肺结核与肺癌在临床表现上有许多相似处,尤其是二者合并时,常给诊断带来困难,造成漏、误诊。我院自 2000 年 1 月—2005 年 12 月以来共收治 4180 例肺结核患者,其中有 36 例肺结核合并肺癌患者均被误诊为单一肺结核,占本院同期肺结核住院病例的 0.86%。现将其临床资料分析总结如下。

临 床 资 料

1. 一般资料:本组 36 例(男 29 例,女 7 例),年龄 55~76 岁,平均(62.4±3.7)岁。均先按单纯肺结核治疗,其中 15 例肺结核已治愈,21 例肺结核的病灶有活动性。

2. 临床表现:午后低热,37.4℃~38℃ 16 例(44.4%),胸痛 24 例(66.7%),其中持续性顽固性胸痛 6 例(16.7%),反复咯血 20 例(55.6%),声音嘶哑 6 例(16.7%),咳嗽、咳痰 23 例(63.9%),其中有 6 例(16.7%)出现刺激性咳嗽,盗汗 8 例(22.2%),进行性消瘦 20 例(55.6%),颈部淋巴结肿大 8 例(22.2%),贫血 10 例(27.8%),四肢关节疼痛 4 例(11.1%)。

3. X 线及 CT 表现:肺结核病灶表现为浸润性增殖性改变 25 例,硬结钙化灶 8 例,纤维空洞性改变 9 例,伴有团块状阴影 16 例,干酪性肺炎 6 例,右上叶尖后段 18 例,右下叶背段 9 例,左上叶尖后段 4 例,其中同一患者病灶占据 2 个叶段 4 例,占 3 个叶段 3 例。肺癌病灶阴影表现为团块状、结节状阴影,内可见小泡及小孔征,周围有分叶及毛刺征 13 例,其中 4 例团块影内有偏心性空洞,空洞内呈现岛屿样突起,直径>3cm 的球型病灶 4 例,肺门块影伴肺不张 6 例,阻塞性肺炎 5 例,两肺野多个散在结节阴影 6 例,浸润实变病灶 5 例,结核病灶的同侧肺门影突然增大 3 例,肺门增大伴同侧胸膜积液 9 例,抗结核治疗过程中出现血性胸水 4 例,抽液后胸水生长快。肺癌位于右肺上叶尖后段 14 例及前段 4 例,右肺下叶 6 例,左肺上叶尖后段 4 例及前段 1 例,两肺上叶尖后段异常阴影中肺癌共 18 例,占 50%(18/36),左

下肺叶 4 例,双侧肺癌 3 例。肺癌与肺结核在同一肺野 18 例,占 50%,其中活动性肺结核 13 例,占 36.1%(13/36),多表现为肺结核的浸润病灶与肺癌的团块状阴影并存。

4. 临床检验及肺结核的诊断:痰抗酸杆菌涂片阳性 15 例,占 41.7%。痰菌阴性 21 例,占 58.3%,其中 PPD 试验 9 例(-),2 例(±),4 例(+),5 例(+++),血结核抗体 11 例(+);颈部淋巴结活检病理诊断为结核病变 2 例,结合胸部 X 线表现、症状体征均符合菌阴肺结核的诊断标准^[1]。分别予 2HRZE/4HR 及 2HRZ/4HR 方案抗结核治疗。1~2 个月病灶无明显吸收 26 例,有吸收但其他肺叶又出现新病灶 10 例。

5. 纤支镜检查及病理的诊断:经纤支镜活检刷检及针吸检查确诊 22 例,经皮肺穿刺活检诊断 3 例,经淋巴结穿刺活检证实 3 例,痰查找癌细胞阳性 3 例,手术病理确诊 5 例。肺癌病理类型:磷癌 18 例,腺癌 9 例,小细胞癌 4 例,大细胞癌 3 例,未分型 2 例。

6. 误诊:患者均为外院疑诊或确诊肺结核后转诊来院。其中在入院时就合并肺癌病灶 10 例(27.8%),在住院治疗观察过程中新出现的肺癌病灶 26 例(72.2%)。误诊时间为 1.5 个月~1.5 年,平均 5.5 个月。

讨 论

1. 误诊原因分析及避免误诊的措施:(1)对肺结核合并肺癌的症状认识不足,警惕性不高。对肺结核患者出现反复痰血和刺激性咳嗽不重视,未想到合并肺癌可能而误诊,如本组有 20 例反复痰血和 6 例刺激性咳嗽者,特别是老年患者的刺激性咳嗽和痰中带血,应积极查明原因。(2)对肺结核合并肺癌的临床特点及治疗效果缺乏全面深入分析。两病并存与单一病变的临床表现缺乏特征性区别,尤其是两种病变在同一部位或同侧肺叶更易相互掩盖,常被考虑为单一疾病,而导致漏诊、误诊。肺结核与肺癌并存时因同样侵犯呼吸道,咳嗽,咳痰,胸痛,胸闷等症状,又有

很多类似之处,缺乏特异性,尤其肺癌早期症状体征不明显时,先前的结核症状常常掩盖了肺癌症状,易造成混淆。但如能仔细分析亦有一定特点,应予警惕。(3)既往多认为肺结核好发于肺上叶尖后段,肺癌好发于肺上叶前段^[2]。而本组资料表明,尖后段异常阴影中肺癌占 50%,上叶尖后段肺结核的发病率与肺癌的发病率并无显著性差异,近年来也有类似报告^[3]。故对于肺上叶异常阴影疾病的诊断除应结合临床表现及影像学之外,宜尽早行 FB 检查以获得组织细胞学及细菌学依据,以明确诊断。(4)只考虑既往有肺结核病史,简单地考虑单一疾病,而忽略了肺结核患者趋向老年化,使两病合并的机会增加。(5)本组病例中有相当部分的活动性肺结核与肺癌并存,且肺结核与肺癌在同一肺叶占 36.1%,有调查发现肺结核患者患肺癌的危险性是一般人群的 1.5 ~ 2.5 倍^[4],可能由于肺结核瘢痕慢性刺激,促使病灶和邻近部位的支气管上皮化生而发生癌变,也可能由于肺结核病灶易滞留吸入空气或香烟中的致癌物质,长期刺激周围肺组织而发生癌变^[5]。(6)痰涂片抗酸杆菌检查是确诊肺结核的有效手段之一,但抗酸杆菌阳性不能排除肺癌存在的可能性。本组抗酸杆菌阳性 15 例,占 41.7%,均因找到抗酸杆菌而满足于肺结核的单一诊断而忽视肺癌,提示临床医师要结合临床表现

及 X 线表现等进行综合分析。(7)对肺结核合并肺癌的 X 线表现缺乏全面认识。肺结核合并肺癌的早期诊断有赖于胸部 X 线片的观察分析。由于结核病灶与癌性病变相互混杂表现多种多样,给诊断造成困难,特别是活动性肺结核患者合并肺癌时缺乏典型的 X 线征象,极易误诊为肺结核进展期。通过 X 线片的系统分析,结合临床其它资料,在怀疑肺结核合并肺癌的可能时,应及时选择性地做痰脱落细胞学检查、支气管镜检查、胸部 CT、经皮肺活检及浅表淋巴结活检等检查,必要时进行剖胸探查等以尽早确诊。

参考文献:

- 1 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,2001,2(24):70-74
- 2 周庆为,刘灿瑞.X 线征象鉴别诊断[M].北京:中国医药科技出版社,1996:5-6
- 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,1998,4(37):235
- 4 郑苇,高玉堂,汪仲贤,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,1998,11(3):135-138
- 5 刘侗伦.实用结核病学[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1987:15-18