

煤矿工人肺癌的诊断

——附13例尸解病例病理、临床和X线分析

四川省劳动卫生职业病防治研究所 沈国安

重庆煤矿工人疗养院 徐培云 牟超

煤矿工人中因肺癌死亡的病例有不断增长的趋势,又往往与职业性支气管炎及尘肺并存,不易和肺部其它病变鉴别,误诊率高,病程短,预后差。探讨煤工肺癌的病理、临床和X线特征,对于提高诊断水平有帮助。本文对近年来搜集的13例煤工原发性肺癌的尸解病例进行了分析。

临床和X线资料

一、资料来源:本组13例肺癌男性矿工的资料,均系四川省煤工尘肺研究协作组于1980~1985年间,从本省煤矿系统各单位汇集而得,其中包括所有病例有关的临床资料、死前半年内的后前位胸片及尸解肺标本。

二、一般资料:本组死者年龄40~66岁,平均51.2岁;采煤工4例,掘进工6例(包括井下石工1例),采掘混合工3例;粉尘作业工龄4~40年,平均21.5年;从接尘到发病7~40年,平均28年。均有吸烟史,其中10例吸纸烟,吸烟量为15~60包/年,另3例吸叶烟,平均每月2斤。生前根据胸片确诊尘肺4例,均为I期,余未见尘肺的X线表现或0⁺。

三、临床表现:症状以咳嗽(9/13)、咳痰(8/13)、血痰或咯血(7/13)、胸痛(6/13)以及气短(6/13)最为多见。其次,发烧、下背痛和踝膝关节肿痛各1例。首发症状以刺激性咳嗽(3例)、血痰或咯血(5例)和进行性气短(2例)为多。体征有肺部罗音(6/13)、紫绀(4/13)、杵状指和上腔静脉综合征(各1/13)。

四、X线表现:见肺门肿块影7例,肺不张2例,其中伴纵膈、心影增宽1例,肿块呈分叶状生长及周围有毛刺各1例,肺外周肿块伴粟粒影、肿块边缘可见毛刺及兔耳征1例,外周片状影伴肺门增大1例,肺炎样变2例。

五、误诊情况:13例中共有11例误诊。早期误诊为肺炎4例,肺结核3例。尘肺大块纤维化3例,Caplan综合征1例,其中4例经颈或锁骨上淋巴结活检,另4例直至死后经尸检方予确诊。

治疗及病程:本组肺癌病例在确诊时均已失去手

术时机,9例已有淋巴结、胸腔及肺内广泛转移。采用环磷酰胺等化疗者8例,平均生存期为8.4个月,未经化疗者为6.2个月。

尸检病理资料

四川省煤工尘肺研究协作组在5年间共收集煤工尸检标本90例,其中原发性肺癌13例(14.4%)。

肺癌部位分型:中心型9例,其中右肺6例,左肺3例,周围型4例,其中左下2例,右上、左上各1例;大体分型:管壁外浸润型6例,块型5例,弥漫浸润型2例;组织学类型:鳞癌6例,小细胞未分化癌和细支气管、肺泡癌各3例,腺鳞癌1例。尘性瘢痕癌2例,其中1例尚见双肺均匀分布的转移灶。所有病例均有慢性支气管炎病变以及尘斑和尘性弥漫性肺纤维化,其中5例尚见尘肺结节。按我国《尘肺病理诊断标准》(1988)诊断为I期尘肺4例,II期1例,无尘肺病8例。

讨论

近年来,在煤矿工人和煤工尘肺病人中,死于肺癌者增多,苏开庆曾对688例煤工尘肺死亡原因进行分析,结果表明,肺癌是尘肺死亡的主要原因之一。本组煤工肺癌的检出率高达14.4%,与铃木等尸检报道的结果相似。

本文结果表明,尘肺并发肺癌的咳嗽、咳痰、血痰、气短和胸痛等症状和X线表现不易与肺部其它疾患相鉴别,早期诊断较困难,有的甚至长期误诊,直至尸解后才予确诊。煤工尘肺合并肺癌较无粉尘接触者的肺癌进展更快。因此,提高煤矿工人肺癌的早期诊断率对延长生存期显得格外重要。

在临床表现方面,职业性支气管炎和单纯尘肺病例,血痰或咯血,刺激性咳嗽以及进行性呼吸困难者甚少,并发肺癌时,上述症状则较多见,又往往是首发症状。胸痛亦为肺癌最常见的症状之一,局限性并逐渐加重,最后呈持续性疼痛是它的特点。所以,每当患者出现上述症状或呼吸道症状急剧加重,需进一步检查和严密随访观察。在肺瘢痕癌中,半数以上的病例开始仅表现为肺外症状,尤以下背痛最为突出。

本组1例唯一症状为持续性下背痛,经X线检查和尸检证实为尘性肺瘢痕癌。因此,下背痛的患者特别是周围型腺癌,应考虑肺瘢痕癌。

在X线表现方面,表现为肺门肿大和肺部肿块的肺癌,若发生在尘肺基础上,其X线表现较为复杂,早期诊断更困难,易误诊为肺炎、肺结核和尘肺大块纤维化。

由于尘肺易并发肺炎和结核,当肺癌以肺炎或结核形式出现时诊断尤为困难。然而,抗炎抗痨几无效果,病灶反趋增大则是其特点,反复进行痰脱落细胞和抗酸杆菌的检查,对这类病例实属重要。

肺癌多发生于单纯尘肺,在尘肺基础上发生肺癌或是进展为大块纤维化,宜从症状、病变部位以及生长速度作鉴别。周围型腺癌出现肺内广泛散布时,需

与在单纯尘肺基础上发生的大块纤维化相鉴别,除注意块影特征外,还必须注意两种不同性质小阴影的区别,尘肺小阴影早于大块纤维化的出现,分布以双肺下区为多;反之,肺癌散布灶常发生在块影之后,分布均匀,出现骤然,影像的变化较快。纤维支气管镜检查有助于大块纤维化和中心型肺癌的鉴别。支气管造影对鉴别大块纤维化与周围型肺癌有益,支气管造影在大块纤维化主要为支气管扭曲而非阻塞,后者则呈中断或鼠尾状。断层摄片和肺组织穿刺对明确诊断亦有帮助。

本组曾将1例因踝膝关节肿痛的增殖性肺性骨关节病误诊为Caplan综合征。增殖性肺性骨关节病可较肺部症状出现早,它是诊断肺癌的有力佐证,尤以腺癌为多。

高压氧治疗急性一氧化碳中毒性脑病的体会

上海市第五人民医院 朱永明 郭守蔚

本文总结我院1978~1987年间以高压氧治疗25例急性一氧化碳中毒所致中毒性脑病的体会。

一、一般资料 男性17例,女性8例;年龄16~76岁,平均35岁。25例患者中毒后均有昏迷,经积极内科治疗1~3小时后,其中12例意识有所好转,但仍有头痛、头晕、恶心、呕吐、嗜睡、谵妄、烦躁等症状、体征,诊断为中毒性脑病。本组病例于起病后2小时~2年开始接受高压氧治疗,每例进行高压氧治疗2~101次,平均37次。一般每天治疗1次,重症病例有时一日2次。

二、疗效 经高压氧治疗后显效21例(84%),好转1例(4%),无效3例(12%)。大多数显效病例昏迷时间未超过48小时。其中2例于接受第一次高压氧治疗过程中即苏醒。4例中毒后15~30天,呈现去大脑皮质强直状态,由外院转来我院,虽然接受高压氧治疗较迟,但经60余次治疗后也获得了显效或好转。3例经14、20、60天的“假愈期”后,又出现神经精神症状及体征者,做20余次高压氧治疗后,症状和体征消失。

三、体会

(一) 本组急性一氧化碳中毒性脑病25例以高压氧治疗获得较满意的疗效。高压氧对中毒性脑水肿的作用主要在于:①增加脑组织血氧含量,提高血氧分压和延长有效血氧弥散半径,从而改善脑细胞的供氧。②降低颅内压,高压氧有明显的脑血管收缩作用,可

以迅速降低脑血流量。

(二) 一氧化碳中毒迟发性脑病,以往以对症和支持疗法为主,治愈率较低。高压氧疗法对迟发性脑病则具疗效高、死亡率低的肯定效果,优于习用的药物及支持疗法。我们认为对于有昏迷的一氧化碳中毒,即使恢复较快,均应常规采用高压氧治疗,对中年以上、中毒程度较重、昏迷时间较长、体质较差的患者,特别是一氧化碳中毒迟发脑病患者,应酌情延长治疗期限。

(三) 1例急性一氧化碳中毒性脑病并发休克,继而出现肺水肿,病情危重,在积极抗休克和足够皮质激素使用的同时,谨慎地在2个ATA(绝对大气压)下吸纯氧,减压时间适当延长,治疗3次后,肺内湿罗音消失,紫绀消退及胸片正常。此类肺水肿为非心源性肺水肿,在肺水肿早期合理使用高压氧可中断病程,有利于防止病情发展。高压氧治疗非心源性肺水肿应严格掌握压强-时程阈限,防止引起肺氧中毒,加重肺水肿。舱内压力不得超过2.5ATA,每次吸纯氧以30分钟为宜,并注意缓慢减压,肺水肿一经控制,即可停止治疗。如果氧疗过度,可使ARDS形成。无效3例中2例均中毒后深昏迷,分别因肺部感染和消化道出血而死亡及成“植物人”。另1例5年前重度一氧化碳中毒,后遗有四肢伸屈肌张力增高、失语、智力减退、生活不能自理,治疗40次无效。此例由于疗前病程太长,脑实质出现了不可逆转的改变,高压氧治疗也是徒劳的。