

锡矿工人细支气管-肺泡癌 15例临床病理分析

赵宝华 谭松吟

细支气管-肺泡癌 (BAC) 是生长在远端细支气管和肺泡的原发性肺癌,约占原发性肺癌的 2% ~ 5%。本文报告云南某矿井下作业矿工 BAC 15例临床病理资料,结合文献对有关问题讨论如下。

1 材料和方法

本组病例均为云南某矿井下矿工肺癌手术切除治疗者,占同期该矿肺癌手术切除病例的 16. 5%。每例手术切除标本用 10% 福尔马林经支气管内灌注固定,沿支气管和肿瘤中心切开,按标本实际大小制图。取材范围包括肿瘤连同周围肺、支气管残端、肿瘤侵犯胸膜部分、肿大淋巴结。经石蜡切片, HE 染色。复习病史、胸部 X 线片、病理切片。

2 临床及病理资料

2. 1 一般情况

均男性,年龄 41~ 62岁, 51~ 62岁者 8例 (53. 3%)。井下作业 12~ 48年。吸烟史 21~ 41岁, ≥ 20 支/天。

2. 2 症状

有症状者 9例 (60. 0%), 多数是咳嗽, 其次是咳少量白色泡沫样痰, 个别痰中带血。无任何呼吸系症状 6例 (40. 0%), 其中由肺癌普查发现 4例, 因其他疾病投照胸部 X 线片发现 2例。

2. 3 肿瘤部位

均属周围型。右肺上叶 2例, 中叶 3例, 下叶 5例。左肺上叶 1例, 下叶 4例。

2. 4 痰脱落细胞和纤支镜检查

每例行痰脱落细胞检查 6次以上, 1例检出腺癌细胞, 14例为阴性。纤支镜 (BF-B₃型) 检查 3例均无异常发现。

2. 5 胸部 X 线检查

入院时和手术前 1日照常规胸片, 12例摄病灶体层片。常规片上表现为结节型者 9例 (60. 0%), 呈圆形或类圆形, 密度均匀或不均匀, 可见深浅不一的分叶, 边缘发毛。病灶体层片上可见兔耳征、尾巴征各 1例。常规片上表现为浸润型者 6例 (40. 0%), 为密度浅淡的小片

状模糊影。其中 3例病灶体层片上可见炎性病灶中的肿块, 边缘有细小毛刺。全组无弥漫型 X 线表现。常规胸片表现为浸润型的 6例, 当中有 4例在手术标本上是结节型。

2. 6 病理组织学表现

瘤体均位于肺的周边, 其中 6例 (40. 0%) 在肺裂附近, 9例 (60. 0%) 与脏层胸膜粘连, 肿瘤表面有胸膜皱缩。病检: 均符合 BAC 病理组织学特征, 并瘢痕癌 5例, 鳞癌 2例。15例瘤体内和周围肺内均有数量不等的粉尘沉着及淋巴细胞反应, 部分瘤体合并坏死和纤维化, 1例瘤体内可见多数散在的圆形和同心状排列的砂粒样小体。瘢痕癌的瘤体中心为瘢痕, 内有多量粉尘沉着。

2. 7 治疗

肺叶切除 12例 (80. 0%), 肺楔形切除 3例 (20. 0%)。术后存活最长 7年 4个月, 最短 8个月 (该例系楔形切除, 余肺癌残留)。

3 讨论

3. 1 发病率: 国内 11个单位 2 515例肺癌中 BAC 占 2. 3%^[1]。夏氏^[2]报告 49例 BAC 占同期肺癌 1 154例的 4. 2%。谭氏^[3]报告 110例该矿矿工肺癌手术切除标本病检结果, 鳞癌最多 (60. 9%), 其次为 BAC 占 12. 7%。本组 15例占同期矿工肺癌手术切除病例的 16. 5%, 明显高于一般文献记载。这提示 BAC 的发病率已有明显增高, 而接尘的井下矿工 BAC 的发病率可能更为突出。

3. 2 职业与发病关系: 本组 15例是某肺癌高发矿矿工, 井下作业 12~ 48年, 吸烟 ≥ 20 支/天, 21~ 41年。2例术前 X 线胸片有 II 期矽肺表现。术后病理组织学检查见 15例的瘤体内和周围肺均有数量不等的粉尘沉着和淋巴细胞反应。该矿以往有关资料表明: (1) 镜下观察 76例矿工肺癌术后的病理组织切片, 均可见到肺组织内有不同程度的褐色矿尘堆集, 几乎都具有尘肺样改变, 而且许多病例的病变已较明显和严重。肉眼观察肺标本可见肺胸膜表面及切面分布较为广泛、密集的黑褐色尘灶, 有的甚至联成片状。(2) 扫描电镜能谱 (EDX) 和波谱 (WDX) 分析该矿矿工肺癌发现肺泡中

作者单位: 650216 昆明冶金职业病防治中心 (赵宝华), 云锡公司总医院 (谭松吟)

有吞噬含砷颗粒的巨噬细胞^[4]。因此我们推测,本组 15 例 BAC 的发病与吸入井下矿尘及吸烟有关,矿尘中的致癌物质与吸烟可能有协同作用。纤维瘢痕可能是本组 BAC 的诱因。一般认为,尘肺的粉尘灶、纤维化、慢性炎症等容易导致肺形成瘢痕,致癌物质在瘢痕内滞留聚集,从而使瘢痕内残留的细支气管和肺泡上皮增生癌变。

3.3 关于早期诊断:几乎找不到 BAC 所特有的临床症状。本组有症状的 9 例主要表现是咳嗽,其次为咳少量白色泡沫样痰,个别的痰中带血,与大多数文献报告相符。但也有报道咳大量泡沫样痰是 BAC 特征性症状。我们认为部分病人可能会无症状是 BAC 临床特征之一。例如,孙氏^[5]报告 3 例 BAC 中有 8 例无症状,本组中有 6 例 (40.0%) 无症状。无症状易被忽视而延误诊断,但肺癌普查或健康体检投照胸部 X 线片可发现这部分病例,本组中 6 例无症状者都是在肺癌普查或因其他疾病投照胸部 X 线片被发现的。张氏^[6]等报告 CT 导引细针活检对痰细胞学及纤支镜检查不能确诊的肺

周边部小病灶,诊断准确性为 87.5%。表明 CT 检查对早期诊断具有较高价值。

3.4 治疗、预后:对孤立结节型和局限性周围病变以手术治疗为主效果较好。本组行肺叶切除 12 例,肺楔形切除 3 例,1 例存活 5 年以上,其中 1 例已存活 4 个月。

4 参考文献

- 1 实用肿瘤学编辑委员会.实用肿瘤学(第三册).北京:人民卫生出版社,1979. P196
- 2 夏祥新.细支气管-肺泡癌 4 例临床分析.中华结核和呼吸系疾病杂志,1981,4(3):139
- 3 谭松吟,等.11 例肺癌病理学观察.云南医药,1987,(2):102
- 4 孙世荃,等.扫描电镜能谱-波谱分析技术在云锡矿工肺癌病因研究中的应用.中华医学杂志,1988,68(5):254
- 5 孙忠亮,等.细支气管-肺泡癌 3 例的临床、X 线、病理分析.中华结核和呼吸系疾病杂志,1981,4(6):361
- 6 张军,等.CT 导引细针活检定性诊断肺小病灶.中华肿瘤杂志,1997,19(2):127

(收稿:1997-09-02 修回:1998-01-05)

AOIP 救治中病情反复现象的探讨

牛志军

急性有机磷农药中毒(AOIP)在临床较为常见。有机磷农药主要通过抑制人体的胆碱酯酶(ChE)活性,使其失去分解乙酰胆碱(Ach)的能力,导致 Ach 在体内大量蓄积引起中毒。关于 AOIP 的抢救与治疗已有较多的论述,本文仅就 AOIP 出现病情反复作一探讨。

1 AOIP 病情反复现象及原因

一般情况下 AOIP 病史明确,经过及时抢救,大多都能转危为安。但是临床上也常会出现这样一种情况:AOIP 经抢救治疗病情好转或在恢复期时出现病情反复、恶化或突然死亡,临床上称之为“反跳”和“猝死”^[1]。反跳发生的原因有:清除毒物不彻底致毒物继续吸收^[2];阿托品和复能剂早期用量不足、过早减量或停药;农药的种类特殊或其所含的杂质较多;输液不当;中毒致使体内严重损害等。

2 对病情反复的认识

确定 AOIP 病情反复的关键是病情反复的早期如

何识别要出现反跳,了解哪些变化是反跳的先兆,就可以做到尽早治疗。

临床的细致观察可以见到:出现明显的病情反复前,患者呼吸音的变化往往出现的较早。一般情况下,AOIP 经抢救治疗,患者肺部呼吸音是清晰或稍粗糙的。随着停药时间的延长,如果患者肺部呼吸音又较前粗糙,或在胸部听诊可闻少许干鸣音,且患者可有胸闷和憋气感,有的尚出现精神萎靡(有的也可无任何不适感觉)常是反跳的先兆。听诊闻及干鸣音发展到出现明显的反跳症状,有一定的时间过程,这一过程因人、因病情轻重而异。如果在观察中忽略仔细听诊,仅看到患者一般情况较好,常是早期漏诊反跳症状的重要原因。这种呼吸音的变化在临床上有时与某些症状难以鉴别,如慢性气管炎,此时可用阿托品 1~2 毫克肌注,症状改善或干鸣消失,应继续给药;如果是气管炎,则呼吸音无变化。

3 反跳与中间综合征(IMS)的鉴别

AOIP 病情反复时还应注意与 IMS 的鉴别,IMS