

煤工尘肺并发肺癌误诊分析

余春晓 宗桂芝

我院曾收治 9 例煤工尘肺合并肺癌误诊病例, 现将误诊情况分析如下。

1 临床资料

1. 1 一般资料

全部为男性, 年龄 57~73 岁, 平均 63 岁。均为井下作业, 接尘工龄 10~22 年, 平均 16 年。全部病例经地区矽肺诊断小组确诊为煤工尘肺(简称尘肺), I 期 5 例, II 期 3 例, III 期 1 例。除 1 例否认吸烟史外其余吸烟史均在 20 年以上。全部肺癌均经病理证实: 4 例行纤支镜检查, 2 例行锁骨上淋巴结活检, 2 例经术中病理证实, 1 例行胸膜活检及胸水找癌细胞。组织学类型: 鳞癌 7 例, 腺癌 1 例, 小细胞未分化腺癌 1 例。

1. 2 临床特点

均表现为原有呼吸道症状加重: 咳嗽(9 例)、痰多(8 例), 为白色粘痰, 痰中带血丝(7 例), 中等发热(4 例)。均有进行性加重的呼吸困难、乏力。部分有顽固的胸痛(2 例)。

1. 3 误诊情况

误诊为矽肺结核 3 例, 肺炎 2 例, 矽肺融合灶 2 例, 结核空洞 1 例, 尘肺进展 1 例。误诊时间 3~22 个月。

2 误诊原因分析

2. 1 在我们搜集的这些病例中大多有以下一些特点: (1) 近期内原有呼吸道症状明显加重(9 例); (2) 感染反复发作, 迁延不愈, 抗炎治疗效果不佳(7 例); (3) 反复少量咳血(5 例); (4) 同一部位反复出现音(4 例)。由于尘肺病人免疫功能低下, 容易反复并发感染, 症状不断加重, 而反复应用抗生素易造成耐药, 这类病人往往也表现为病程迁延, 治疗效果差。此外, 煤工尘肺合并结核病人常伴有小量咳血。由此可见, 煤工尘肺并肺癌特别是早期表现与感染、结核及矽肺本身很难鉴别, 容易造成肺癌的误诊和漏诊。因此, 对于有上述特点的病例, 一定要结合胸片、肺 CT 检查动态观察。不要轻易放过, 以免漏诊。

2. 2 以患者第一次胸片(后前位及侧位片, 部分断层片)为依据。本组病例 X 线误、漏诊有以下几种情况。

2. 2. 1 读片时过分注重肺结核史 结核是煤工尘肺的主要并发症, 发病率很高, 约 40%~50%^[1] 当 X 线检查发现在原陈旧性结核的基础上, 出现新的浸润影往往误诊为结核复发。本组就有 1 例抗痨 3 个月后发现阴影不断增大才疑及肺癌, 进一步检查确诊为鳞癌。另外 2 例尘肺结核的病人肺门附近出现淡浓不均的斑片阴影并有肺门增大也曾疑及结核进展。

我们认为煤工尘肺并发肺结核病人, 若结核钙化多年, 近期出现新的浸润影, 同时出现肺门增大或肺不张, 应高度怀疑肺癌, 并做痰细胞学检查和纤支镜检查, 以防漏诊。

2. 2. 2 误诊为矽肺不典型融合 矽肺并发一侧肺野肿块为特征的周围型肺癌时, 因其与矽肺进行性大块纤维化(PMF)、结核、肺炎 X 线和临床表现相似, 诊断较难。本组中 1 例在矽肺的基础上肺内出现肿块阴影, 肿块与 PMF 在同一部位, 曾误诊为矽肺不典型融合。对于 PMF 多由矽肺结节融合而成。位于两中、上外野, 呈对称性, 早期密度较低, 隐约可见其中结节影, 后期密度较高, 边界清楚, 且出现周边性肺气肿。这些 X 线征象都有别于周围型肺癌。PMF 多见于上叶或下叶背段, 其生长速度比较慢。若单侧肺野出现大阴影时, 病变的部位及其进展速度可有助于诊断。

2. 2. 3 误诊为单纯性肺炎 本组中 1 例煤工尘肺 I 期合并右中肺炎经抗感染治疗, 半月后胸片显示病变基本吸收出院。22 个月后因肺不张、胸水再次入院, 经纤支镜、痰病理等检查确诊为肺癌。1 例反复出现左中肺炎, 未引起重视, 半年后, 肿块形成, 肺不张出现, 后确诊为鳞癌。对于煤工尘肺合并肺段性肺炎的病人, 一定要追踪观察。反复查痰中癌细胞, 行肺 CT 及纤维支气管镜检查以防漏诊。

2. 2. 4 对粟粒、结节状阴影的误诊 任何一种矽肺都是结节和网织影不同数量的组合, 结节影为圆形或椭圆形, 小者 1mm, 大者 4~5mm, 是 X 线诊断的必备征象^[1]。且结节影先从中下肺野出现者多见, 逐渐向上野发展, 以至满布全肺。而肺泡癌在胸片上可表现两肺中下野多发播散性结节状阴影, 病灶大小 5~6mm 左右。当两者合并存在时, 尘肺的结节影干扰了肺泡癌影像学表现, 掩盖了肿瘤的一些特征。造成误诊或漏诊。本组中 1 例最初误诊为尘肺进展并感染。我们认为肺泡癌在临床上主诉进行性呼吸困难, 病史较短, 大量泡沫痰, 痰中易找到癌细胞, X 线表现进展快。而尘肺的临床表现常不重, X 线表现进展慢, 有助于鉴别。对于胸片显示在尘肺结节基础上, 短期内两中下肺野新增大量结节影, 并表现为呼吸困难重、大量泡沫痰的病例, 要尽早查痰中癌细胞, 行纤支镜等检查, 以尽早明确诊断。

2. 2. 5 误诊为结核空洞 本组中 1 例尘肺合并肺结核的病例, 3 年前曾有抗痨治疗史, 再次入院时, 胸片显示在尘肺结核的团块状阴影中有一不规则的厚壁空洞形成, 误诊为尘肺结核空洞。后病情恶化, 淋巴结转移, 经淋巴结穿刺活检检查确诊为鳞癌。III 期矽肺合并肺结核时, 大块纤维化与干酪灶并存时, 纤维组织变性坏死与干酪坏死物经支气管排出后, 可形成空洞。其 X 线上可见两肺广泛结节病灶及大块纤维化, 并见多发空洞。大而不规则, 壁厚。形态特殊, 如哑铃形、

多角形等。而肺癌引起的空洞常为单发,边缘呈分叶状,内壁凹凸不平,于同侧肺门或纵隔可见肿大的淋巴结。对以上征象进行全面仔细的分析,大多能作出鉴别。

总之,由于煤工尘肺的病理特点,使得X线表现复杂,可呈现结节、网状及尘肺融合灶等多种影像并存,常掩盖了肺癌的影像学特征,容易造成误漏诊。因此,要求我们熟悉尘肺及肺癌的X线的病理特征,提高我们的诊断水平。对于尘肺病人肺部出现异常影像者,应对照既往胸片动态观察,充分利用CT、纤支镜、痰病理、胸膜活检等手段,以便尽早明确诊断。

铅中毒误诊为急腹症 32 例分析

尹衍玲 苟卫

我院自1996年10月至1998年8月收治的铅中毒病人中,有32例初诊误诊为急腹症,现分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男23例,女9例,年龄最大为62岁,最小为17岁,平均年龄为32.3岁。农民23例,工人8例,干部1例。自出现症状开始发病时间最长为33天,最短为12小时。其中因治疗银屑病服用含铅偏方所致中毒者为17例,治疗癫痫者6例,与工作有关者5例。含铅化合物主要为铅、铅丹、樟丹等。

1.2 临床表现

本组32例均有明显腹部绞痛症状,典型表现为发作突然,部位广泛,呈持续性疼痛,阵发性加重,疼痛剧烈难忍,用手按压减轻。伴有面色苍白,全身出冷汗,恶心、呕吐、头痛、眩晕、抽搐等表现。

1.3 实验室检查

32例患者入院时尿铅平均含量为 $0.96 \sim 5.78 \mu\text{mol/L}$,血铅 $4.82 \sim 32.63 \mu\text{mol/L}$,血锌原卟啉 $2.12 \sim 9.67 \mu\text{mol/L}$ 。

1.4 误诊类型及治疗情况

32例病人中在外院误诊为绞窄性肠梗阻7例,胃穿孔3例,胆石症4例,胆道蛔虫6例,急性阑尾炎2例,肠系膜动脉栓塞2例,诊断不明8例。均经解痉、止痛、抗生素对症治疗后未能完全缓解而来本院确诊为铅中毒。

1.5 入院后处理

1.5.1 排铅治疗 入院后常规应用 CaNa_2EDTA 1.0g,每24小时1次,静脉滴注,用3天停4天为1疗程,平均用药3.5个疗程,人均用药12.6g。有3例腹部绞痛严重,应用1.0g每12小时1次,至铅绞痛控制。

1.5.2 对症治疗 入院即给予654-2 10mg或阿托品0.5mg肌注或静脉滴注;腹部热敷;10%葡萄糖酸钙10ml缓慢静脉注射对症支持治疗;用药期间观察血、尿常规,注意肝肾功

3. 参考文献

- 1 李铁一,主编.呼吸放射诊断学.第一版.北京:北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社,1992.101~110,156~157.
- 2 张东辉,陈开璋,等.矽肺并发肺癌的临床分析.中华结核和呼吸系疾病杂志,1986,9:21~23.
- 3 翟炜,李龙江,等.煤工尘肺并发肺癌误诊原因分析.中华劳动卫生职业病杂志,1996,14:115~116.
- 4 Goldman K P. The diagnosis of lung cancer in coal-miners with pneumoconiosis. Br J Dis Chest, 1965, 59: 141.

(收稿:1998-09-02 修回:1999-04-04)

能及电解质情况;积极通便治疗,可给予中药香泻叶、开塞露或果导片,直至大便通畅。

2 典型病例

患者,男,26岁,农民,应用中药偏方(经化学分析证实其中含樟丹)治疗银屑病2月后出现乏力、头晕,脐周持续疼痛,阵发性加剧,伴全身出冷汗,恶心、呕吐,于当地医院按“肠梗阻”治疗,病情渐重,睑结膜苍白,脉搏细弱,腹痛无缓解,虽经多方治疗未见好转,遂转来我院。

入院时体检: T 37.2°C , P 108次/分, R 25次/分, BP 18/11kPa, 意识清,中度贫血貌,心肺无异常,中腹部明显压痛,以脐周为著,反跳痛(-),肠鸣音减弱。

实验室检查: 血 Hb 66g/L, WBC $1.95 \times 10^9/\text{L}$, 血铅 $7.79 \mu\text{mol/L}$, 尿铅 $4.22 \mu\text{mol/L}$, 血锌原卟啉 $7.05 \mu\text{mol/L}$, 胸片及心电图均正常。

患者按上述方法治疗4个疗程后尿铅、血铅、血锌原卟啉恢复正常,腹痛消失,一般情况好转,病理体征消失,治愈出院。

3 讨论

本组病人因皮肤病、性病等疾患应用含铅化合物为偏方口服而致铅中毒,病人不能或不想明确毒物接触史;病人因有急腹症表现至综合医院就诊,接诊医生对铅绞痛认识不足而缺乏全面准确的病史询问,未行血铅、尿铅等实验室检查,因此误诊为各种急腹症。转诊来我院多是因为腹痛反复发作经全面检查无法最后确定为外科急腹症且治疗效果不佳,病人情况恶化等。本组中有11例入我院前仍继续应用含铅药物,未去除病因,延误了排铅治疗,病人一般情况差,治疗难度增大,恢复时间延长。

目前含铅偏方在民间应用较广,发生铅中毒的情况时有发生,因此对于应用中药偏方导致腹痛的病人,应分析中草药成分,检查血铅、尿铅及锌原卟啉,如证实为铅中毒则及时排铅、对症治疗,避免误诊误治。

(收稿:1998-10-26 修回:1999-04-05)