

原发性支气管肺癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E6_c22_302130.htm 名称原发性支气管肺癌所属科室呼吸内科病因 病因和发病机制迄今尚未明确。一般认为肺癌的发病与下列因素有关：一、吸烟 已经公认吸烟是肺癌的重要危险因素。国内外的调查均证实80% - 90%的男性肺癌与吸烟有关，女性约19.3% - 40%。吸烟者肺癌死亡率比不吸烟者高10 - 13倍。吸烟量越多、吸烟年限越长、开始吸烟年龄越早、肺癌死亡率越高。戒烟者患肺癌的危险性随戒烟年份的延长而逐渐降低，戒烟持续15年才与不吸烟者相近。吸纸烟者比吸雪茄、烟斗者患病率高。经病理学证实，吸烟与支气管上皮细胞纤毛脱落、上皮细胞增生、鳞状上皮化生、核异形变密切相关。动物实验也证实，吸入纸烟可使田鼠、狗诱发肺癌。纸烟中含有各种致癌物质，如苯并芘（benzopyrene），为致癌的主要物质。被动吸烟也轻易引起肺癌。1979年第四届国际肺癌会议中报告女性中丈夫吸烟者肺癌危险性增加50%，其危险度随丈夫的吸烟量增加而增高，停止吸烟则减少。上海市进行了人群中发病的1500例配对调查结果说明肺癌和被动吸烟的危险性只存在于18岁以前接触吸烟者，而18岁后与被动吸烟的相关不大。二、职业致癌因子 已被确认的致人类肺癌的职业因素包括石棉、无机砷化合物、二氯甲醚、铬及某些化合物、镍冶炼、氡及氡子体、芥子体、氯乙烯、煤烟、焦油和石油中的多环芳烃、烟草的加热产物等。约15%的美国男性肺癌和5%女性肺癌与职业因素有关；在石棉厂工作的吸烟工人肺癌死亡率为一般吸烟者

的8倍，是不吸烟也不接触石棉者的92倍。可见石棉有致癌作用，还说明吸烟与石棉有致癌的协同作用。

三、空气污染

空气污染包括室内小环境和室外大环境污染。如室内被动吸烟、燃料燃烧和烹调过程中可能产生的致癌物。有资料表明，室内用煤，接触煤烟或其不完全燃烧物为肺癌的危险因素，非凡是对女性腺癌，烹调时加热所释放出的油烟雾也是致癌因素，不可忽视。城市中汽车废气、工业废气、公路沥青都有致癌物质存在，其中主要是苯并芘，有资料统计，城市肺癌发病率明显高于农村，大城市又比中、小城市的发病率高。上海某橡胶厂12年前瞻性调查分析，表明橡胶行业的防老剂虽然是橡胶工人患肺癌增高的一个原因，但不如吸烟危害性大，吸烟和橡胶职业暴露有明显相加作用。云南锡矿中肺癌发病非凡高，井下工人肺癌发病率435.44/10万，认为与吸烟因素平衡后，吸烟仍为致矿工患肺癌的主要因素。因此，城市大气污染应包括吸烟、职业暴露等因素。

四、电离辐射

大剂量电离辐射可引起肺癌，辐射的不同射线产生的效应也不同，如日本广岛释放的是中子和alpha.射线，前者患肺癌的危险性高于后者。美国1978年报告一般人群中电离辐射的来源约49.6%来自自然界，44.6%为医疗照射，来自X线诊断的电离辐射可占36.7%。

五、饮食与营养

动物实验证实维生素A及其衍生物beta.胡萝卜素的摄入量与十几年后癌症的发生呈负相关，其中最突出的是肺癌。此外，病毒的感染、真菌毒素（黄霉菌）、结核的瘢痕、机体免疫功能的低落、内分泌失调以及家族遗传等因素对肺癌的发生可能也起一定的综合作用。

病理

一、按解剖学部位分类

（一）中心型肺癌 发生在段支气管以上至主支气管的癌肿称为中心型，约占3/4，以

鳞状上皮细胞癌和小细胞未分化癌较多见。（二）四周型肺癌发生在段支气管以下的肿瘤称为四周型，约占1/4，以腺癌较为多见。

二、按组织学分类 目前国内外对癌组织学分类仍不十分统一，但多数按细胞分化程度和形态特征分为鳞状上皮细胞癌、小细胞未分化癌、大细胞未分化癌和腺癌。（一）鳞状上皮细胞癌（简称鳞癌）是最常见的类型，约占原发性肺癌的40% - 50%，多见于老年男性，与吸烟关系非常密切。以中心型肺癌多见，并有向管腔内生长的倾向，常早期引起支气管狭窄，导致肺不张，或阻塞性肺炎。癌组织易变性、坏死，形成空洞或癌性肺脓肿。鳞癌生长缓慢，转移晚，手术切除的机会相对多，5年生存率较多，但放射治疗、化学药物治疗不如小细胞未分化癌敏感。由于支气管粘膜柱状上皮细胞受慢性刺激和损伤、纤毛丧失、基底细胞鳞状化生、不典型增生和发育不全，最易突变成癌。典型的鳞状上皮样排列。电镜检查：癌细胞间有大量核粒与张力纤维束相连接。有时偶见鳞癌和腺癌混合存在称混合型肺癌（鳞腺癌）。

（二）小细胞未分化癌（简称小细胞癌）是肺癌中恶性程度最高的一种，约占原发性肺癌的1/5。患者年龄较轻，多在40 - 50岁左右，多有吸烟史。多发于肺门四周的大支气管，倾向于粘膜下层生长，常侵犯管外肺实质，易与肺门、纵隔淋巴结融合成团块。癌细胞生长快，侵袭力强，远处转移早，手术时发现60% - 100%血管受侵犯，尸检证实80% - 100%有淋巴结转移，常转移至脑、肝、骨、肾上腺等脏器。本型对放疗和化疗比较敏感。癌细胞多为类圆形或菱形，胞浆少，类似淋巴细胞、燕麦细胞型和中间型可能起源于神经外胚层的Kulchitiky细胞或嗜银细胞。核细胞浆内含有神经

分泌型颗粒，具有内分泌和化学受体功能，能分泌5 - 羟色胺、儿茶酚胺、组胺、激肽等肽类物质，可引起副癌综合征（paraneoplastic syndrome）。（三）大细胞未分化癌（大细胞癌）可发生在肺门四周或肺边缘的支气管，细胞较大，但大小不一，常呈多角形或不规则形，呈实性巢状排列，常见大片出血性坏死；癌细胞核大，核仁明显，核分裂象常见，胞浆丰富，可分巨细胞型和透明细胞型。巨细胞型癌细胞团四周常有多核巨细胞和炎症细胞浸润。透明细胞型易误认为转移性肾腺癌。大细胞癌转移较小细胞未分化癌晚，手术切除机会较大。（四）腺癌 女性多见，与吸烟关系不大，多生长在肺边缘小支气管的粘液腺，因此，在四周型肺癌中以腺癌为最常见。腺癌约占原发性肺癌的25%。腺癌倾向于管外生长，但也可循肺泡壁蔓延，常在肺边缘部形成直径2 - 4cm的肿块。腺癌富血管，故局部浸润和血行转移较鳞癌早。易转移至肝、脑和骨，更易累及胸膜而引起胸腔积液。典型的腺癌细胞，呈腺体样或乳头状结构，细胞大小比较一致，圆形或椭圆形，胞浆丰富，常含有粘液，核大、染色深，常有核仁，核膜比较清楚。细支气管 - 肺泡癌（简称肺泡癌）是腺癌的一个亚型，发病年龄较轻，男女发病率近似，约占原发性肺癌的2% - 5%，病因尚不明确。有人认为其发生与慢性炎症引起的瘢痕和肺间质纤维化有关，而与吸烟关系不大。其表现有结节型与弥漫型之分。前者为肺内孤立圆形灶，后者为弥漫性播散小结节灶或大片炎症样浸润，可能由于癌细胞循肺泡孔（Kohn孔）或经支气管直接播散引起，亦有认为是多源性发生。它的组织起源多数认为来自支气管末端的上皮细胞。电镜检查发现癌细胞浆内含有似 型肺泡细胞内

的板层包涵体。典型的本型癌细胞呈高柱状，核大小均匀，无畸形，多位于细胞基底部。胞浆丰富，呈嗜酸染色，癌细胞沿支气管和肺泡壁生长。肺泡结构保持完整，肺泡内常有粘液沉积。单发性结节型肺泡癌的病程较长，转移慢，手术切除机会多，术后5年生存率较高。但细胞分化差者，其预后与一般腺癌无异。临床表现 肺癌的临床表现与其部位、大小、类型、发展的阶段、有无并发症或转移有密切关系。有5% - 15%的患者于发现肺癌时无症状。主要症状包括以下几方面。

一、由原发肿瘤引起的症状

(一) 咳嗽 为常见的早期症状，肿瘤在气管内可有刺激性干咳或少量粘液痰。肺泡癌可有大量粘液痰。肿瘤引起远端支气管狭窄，咳嗽加重，多为持续性，且呈高音调金属音。是一种特征性的阻塞性咳嗽。当有继发感染时，痰量增高，且呈粘液脓性。

(二) 咯血 由于癌肿组织血管丰富常引起咯血。以中心型肺癌多见，多为痰中带血或间断血痰，常不易引起患者重视而延误早期诊断。如侵蚀大血管，可引起大咯血。

(三) 喘鸣 由于肿瘤引起支气管部分阻塞，约有2%的患者，可引起局限性喘鸣音。

(四) 胸闷、气急 肿瘤引起支气管狭窄，非凡是中心型肺癌，或肿瘤转移到肺门淋巴结，肿大的淋巴结压迫主支气管或隆突，或转移至胸膜，发生大量胸腔积液，或转移至心包发生心包积液，或有腺麻痹、上腔静脉阻塞以及肺部广泛受累，均可影响肺功能，发生胸闷，气急，假如原有慢性阻塞性肺病，或合并有自发性气胸，胸闷、气急更为严重。

(五) 体重下降 消瘦为肿瘤的常见症状之一。肿瘤发展到晚期，由于肿瘤毒素和消耗的原因，并有感染、疼痛所致的食欲减退，可表现为消瘦或恶液质。

(六) 发热 一般肿瘤可因坏死引

起发热，多数发热的原因是由于肿瘤引起的继发性肺炎所致，抗生素药物治疗疗效不佳。

二、肿瘤局部扩展引起的症状

(一) 胸痛 约有30%的肿瘤直接侵犯胸膜、肋骨和胸壁，可引起不同程度的胸痛。若肿瘤位于胸膜四周时，则产生不规则的钝痛或隐痛，疼痛于呼吸、咳嗽时加重。肋骨、脊柱受侵犯时，则有压痛点，而与呼吸、咳嗽无关。肿瘤压迫肋间神经，胸痛可累及其分布区。

(二) 呼吸困难 肿瘤压迫大气道，可出现吸气性呼吸困难。

(三) 咽下困难 癌肿侵犯或压迫食管可引起咽下困难，尚可引起支气管-食管瘘，导致肺部感染。

(四) 声音嘶哑 癌肿直接压迫或转移至纵隔淋巴结肿大后压迫喉返神经（多见左侧），可发生声音嘶哑。

(五) 上腔静脉阻塞综合征 癌肿侵犯纵隔，压迫上腔静脉时，上腔静脉回流受阻，产生头面部、颈部和上肢水肿以及胸前部淤血和静脉曲张，可引起头痛或头昏或眩晕。

(六) Horner综合征 位于肺尖部的肺癌称上沟癌（Pancoast癌），可压迫颈部交感神经，引起病侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷，同侧额部与胸壁无汗或少汗，也常有肿瘤压迫臂丛神经造成以下腋下为主、向上肢内侧放射的火灼样疼痛，在夜间尤甚。

三、由癌肿远处转移引起的症状

1. 肺癌转移至胸、中枢神经系统时，可发生头痛、呕吐、眩晕、复视、共济失调、脑神经麻痹、一侧肢体无力甚至半身不遂等神经系统症状。严重时可出现颅内高压的症状。
2. 转移至骨骼，非凡是肋骨、脊椎骨、骨盆时，则有局部疼痛和压痛。
3. 转移至肝时，可有厌食，肝区疼痛，肝肿大、黄疸和腹水等。
4. 肺癌转移至淋巴结 锁骨上淋巴结常是肺癌转移的部位，可以毫无症状，病人自己发现而来就诊。典型的多位于前斜角肌区

，固定而坚硬，逐渐增大、增多，可以融合。淋巴结大小不一定反映病程的早晚，多无痛感，皮下转移时可触及皮下结节。四、癌肿作用于其他系统引起的肺外表现包括内分泌、神经肌肉、结缔组织、血液系统和血管的异常改变，又称副癌综合征。有下列几种表现：1．肥大性肺性骨关节病

（hypertrophic pulmonary osteoarthropathy）常见于肺癌，也见于胸膜局限性间皮瘤和肺转移瘤（胸腺、子宫、前列腺的转移）。多侵犯上下肢长骨远端，发生杵状指（趾）和肥大性骨关节病。前者具有发生快、指端疼痛、甲床四周环境红晕的特点。两者常同时存在，多见于鳞癌。切除肺癌后，症状可减轻或消失，肿瘤复发又可出现。2．分泌促性激素引起男性乳房发育，常伴有肥大骨关节病。3．分泌促肾上腺皮质激素样物，可引起Cushing综合征，表现为肌力减弱、浮肿、高血压、尿糖增高等。4．分泌抗利尿激素引起稀释性低钠血症，表现为食欲不佳、恶心、呕吐、乏力、嗜睡、定向障碍等水中毒症状，称抗利尿激素分泌不当综合征

（syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion, SIADH）。5．神经肌肉综合征包括小脑皮质变性、脊髓小脑变性、四周神经病变、重症肌无力和肌病等。发生原因不明确。这些症状与肿瘤的部位和有无转移无关。它可以发生于肿瘤出现前数年，也可作为一症状与肿瘤同时发生；在手术切除后尚可发生，或原有的症状无改变。它可发生于各型肺癌，但多见于小细胞未分化癌。6．高血钙症肺癌可因转移而致骨骼破坏，或由异生性甲状旁腺样激素引起。高血钙可与呕吐、恶心、嗜睡、烦渴、多尿和精神紊乱等症状同时发生，多见于鳞癌。肺癌手术切除后，血钙可恢复正常，肿

瘤复发又可引起血钙增高。此外在燕麦细胞癌和腺癌中还可见到因5 - 羟色胺分泌过多所造成的类癌综合征，表现为哮喘样支气管痉挛、阵发性心动过速、水样腹泻、皮肤潮红等。还可见有黑色棘皮症及皮肤炎、掌跖皮肤过度角化症、硬皮症、以及栓塞性心内膜炎、血小板减少性紫癜、毛细血管病性渗血性贫血等肺外表现。

辅助检查一、胸部X线检查 本项检查是发现肺癌的最重要的一种方法。可通过透视，正、侧位胸部X线摄片，发现块影或可疑肿块阴影。进一步选用高电压摄片、体层摄片、电子计算机体层扫描（CT）、磁共振（MRI）、支气管或血管造影等检查，以明确肿块的形态、部位范围、与心脏大血管的关系，了解肺门和纵隔淋巴结的肿大情况和支气管阻塞、变形的程度以及肺部有无转移性病灶，以提供诊断和治疗的依据。肺癌的胸部X线检查表现有如下几种主要形式。（一）中心型肺癌 多为一侧肺门类圆性阴影，边缘大多毛糙、有时有分叶表现，或为单侧性不规则的肺门部肿块，癌肿与转移性肺门或纵隔淋巴结融合而成的表现；也可以肺不张或阻塞性肺炎并存，形成所谓“阻塞性肺炎”的典型肺癌的X线征象（图2 - 12 - 1）。肺不张、阻塞性肺炎、局限性肺气肿皆由于癌肿对支气管完全阻塞或部分阻塞引起的间接征象。在体层摄片、支气管造影可见到支气管壁不规则增厚、狭窄、中断或腔内肿物；视支气管阻塞的不同程度可见鼠尾状、杯口状或截平状中断。肿瘤发展至晚期侵犯邻近器官和转移淋巴结肿大，可见有肺门淋巴结肿大，纵隔块状影，气管向健侧移位；隆凸下淋巴结肿大可引起左右主支气管的压迹，气管分叉角度变钝和增宽，以及食管中段局部受压等；压迫膈神经引起膈麻痹，可出现膈高位和矛盾运

动；侵犯心包时，可引起心包积液等晚期征象。（二）四周型肺癌早期常呈局限性小斑片状阴影，边缘不清、密度较淡，易误诊为炎症或结核。如动态观察肿块增大呈圆形或类圆形时，密度增高、边缘清楚常呈叶状，有切迹或毛刺，尤其是细毛刺或长短不等的毛刺（图2 - 12 - 2，2 - 12 - 3）。如癌肿向肺门淋巴结蔓延，可见其间的引流淋巴管增粗呈条索状，亦可引起肺门淋巴结肿大。如发生癌性空洞，其特点为壁膜较厚，多偏心，内壁不规则，凹凸不平，也可伴有液平面（图2 - 12 - 4），易侵犯胸膜，引起胸腔积液，也易侵犯肋骨，引起骨质破坏。（三）细支气管 - 肺泡癌有两种类型的表现。结节型与四周型肺癌的圆型病灶不易区别。弥漫型者为两肺大小不等的结节状播散病灶，边界清楚，密度较深，随病情发展逐渐增多和增大。常伴有增深的网织状阴影。表现颇似血行播散型肺结核。应予鉴别。

二、电子计算机体层扫描（CT）CT的优点在于能发现普通X线检查不能显示的解剖结构，非凡对于位在心脏后、脊柱旁沟和在肺尖、近膈面下及肋骨头部位极有帮助。CT还可以辨认有无肺门和纵隔淋巴结肿大。如纵隔淋巴结直径大于20mm，肿瘤侵入纵隔脂肪间隙或包绕大血管，则基本不能手术。CT还能显示肿瘤有无直接侵犯邻近器官，CT对病灶大于3mm的多能发现。CT对转移癌的发现率比普通断层高。

三、磁共振（magnetic resonance imaging, MRI）MRI在肺癌的诊断价值基本与CT相似，在某些方面优于CT。但有些方面又不如CT。如MRI在明确肿瘤与大血管之间关系方面明显优于CT，在发现小病灶（<5mm）方面又远不如薄层CT。在钙化灶显示方面也很困难，且MRI易受呼吸伪影干扰，一些维持生命的设施如氧气

瓶、呼吸机等不能带入磁场。因此，病情危重或严重呼吸困难者，一般不宜选用MRI检查。有心脏起搏器者为绝对禁忌证。因此，MRI只适用于如下几种情况：临床上确诊为肺癌，需进一步了解肿瘤部位、范围，非凡是了解肺癌与心脏大血管、支气管胸壁的关系，评估手术切除可能性者；疑为肺癌而胸片及CT均为阴性者；了解肺癌放疗后肿瘤复发与肺纤维化的情况。

四、痰脱落细胞检查 当怀疑肺癌时，胸部X线检查之后的下一个诊断步骤，为获取组织标本进行组织学检查。痰细胞学检查的阳性率取决于标本是否符合要求、细胞学家的水平高低、肿瘤的类型以及送标本的次数（以3 - 4次为宜）等因素，非小细胞癌的阳性率较小细胞肺癌的阳性率高，一般在70% - 80%左右。

五、纤维支气管镜检查（简称纤支镜检）对明确肿瘤的存在和获取组织供组织学诊断均具有重要的意义。对位于近端气道内的肿瘤经纤支镜刷检结合钳夹活检阳性率为90% - 93%。对位于远端气道内而不能直接窥视的病变，可在荧光屏透视指导下作纤支镜活检。对于直径小于2cm的肿瘤组织学阳性诊断率为25%，对于较大肿瘤阳性率为65%，也可采用经支气管针刺吸引。对外周病灶可在多面荧光屏透视或胸部计算机体层扫描引导下采用经胸壁穿刺进行吸引。有报道成功率达90%。此外还可以和血卟啉衍化物结合激光或用亚甲蓝支气管内膜染色活检，以提高早期诊断的阳性率。有肺动脉高压、低氧血症伴有二氧化碳潴留和出血体质应列为肺活检禁忌证。

六、开胸手术探查 若经痰细胞学检查、支气管镜检查 and 针刺活检均未能确立细胞学诊断，则考虑开胸手术探查，但必须根据病人年龄、肺功能、手术并发症等仔细权衡利弊后决定。

七、其他检查 癌相关

抗原，如癌胚抗原，神经肽类和神经原类等检查对于发现肺癌均缺乏特异性，对判定转移或复发均无肯定的应用价值。诊断肺癌的治疗效果取决于肺癌的早期明确诊断，一般依靠具体的病史询问、体格检查和有关的辅助检查，进行综合判定，约80% - 90%的病人可以得到确诊。肺癌的早期诊断包括两方面的重要因素，其一是病人对肺癌的防治知识应得到普及，对任何可疑的肺癌症状应及时进一步检查，其二是医务人员应对肺癌的早期征象提高警惕，避免漏诊、误诊。对高发癌肿区或有高危险因素的人群宜定期或有可疑征象时，进行防癌或排除癌肿的有关检查。非凡对40岁以上长期重度吸烟（吸烟指数 > 400年支）有下列情况者应作为可疑肺癌对象进行有关排癌检查；无明显诱因的刺激性咳嗽持续2 - 3周，治疗无效；或原有慢性呼吸道疾病，咳嗽性质改变者；持续或反复在短期内痰中带血而无其他原因可解释者；反复发作的同一部位的肺炎，非凡是段性肺炎；原因不明的肺脓肿，无中毒症状，无大量脓痰，无异物吸入史，抗炎治疗效果不显著者；原因不明的四肢关节疼痛及杵状指（趾）；X线上的局限性肺气肿或段、叶性肺不张；孤立性圆形病灶和单侧性肺门阴影增大者；原有肺结核、病灶已稳定，而形态或性质发生改变者；无中毒症状的胸腔积液，尤以血性，进行性增加者；尚有一些上述的肺外表现的症状，皆值得怀疑，需进行检查。鉴别诊断 肺癌常与某些肺部疾病共存，或其影像学形态表现与某些疾病相类似，故常易误诊或漏诊，必须及时进行鉴别，以利早期诊断，应与下列疾病鉴别。一、肺结核（一）肺结核球 多见于年轻患者，多无症状，多位于结核好发部位（上叶后段和下叶背段）。病灶边界清楚，可有

包膜，内容密度高，有时含有钙化点，四周有纤维结核灶，在随访观察中多无明显改变。如有空洞形成，多为中心性空洞，洞壁规则、较薄，直径很少超过3cm，常需与四周型肺癌相鉴别。（二）肺门淋巴结结核易与中心型肺癌相混淆，应加以鉴别。肺门淋巴结结核多见于儿童或老年，多有发热等结核中毒症状，结核真菌试验多呈强阳性。抗结核药物治疗有效。中心型肺癌其非凡的X线征象，可通过体层摄片、CT、MRI和纤支镜检查等加以鉴别。（三）急性粟粒性肺结核应与弥漫性肺泡癌相鉴别。粟粒性肺结核发病年龄相对较轻，有发热等全身中毒症状。X胸片上病灶为大小一致，分布均匀，密度较淡的粟粒结节。而肺泡癌两肺多有大小不等的结节状播散病灶，边界清楚、密度较深、进行性发展和扩大，且有进行性呼吸困难。根据临床、实验室等资料进行综合判定可以鉴别。

二、肺炎应与癌性阻塞性肺炎相鉴别。肺炎起病急骤，先有寒战、高热等毒血症状，然后出现呼吸道症状，抗菌药物治疗多有效，病灶吸收迅速而完全，而癌性阻塞性肺炎炎症吸收较缓慢，或炎症吸收后出现块状阴影，且多为中心型肺癌表现，纤支镜检查、细胞学检查等有助于鉴别。

三、肺脓肿应与癌性空洞继发感染相鉴别。原发性肺脓肿起病急，中毒症状明显，常有寒战、高热、咳嗽、咳大量脓臭痰，四周血象白细胞总数和中性粒细胞分类计数增高。X线胸片上空洞壁薄，内有液平，四周有炎症改变。癌性空洞常先有咳嗽，咯血等肿瘤症状，然后出现咳脓痰、发热等继发感染的症状。胸片可见癌肿块影有偏心空洞，壁厚，内壁凹凸不平。结合纤支镜检查 and 痰脱落细胞检查可以鉴别。

四、结核性渗出性胸膜炎应与癌性胸水相鉴别。治疗肺

癌的治疗是根据病人的机体状况；肿瘤的病理类型、侵犯的范围和发展趋向、合理地、有计划地应用现有的治疗手段，以期较大幅度地提高治愈率和病人的生活质量。治疗的联合方式是：小细胞肺癌多选用化疗和放疗加手术，非小细胞肺癌首先选用手术，然后是放疗或化疗。这种治疗模式并非千篇一律，也要看具体情况，如小细胞肺癌少数、早期病人可选用手术治疗，然后用化疗和放疗，而非小细胞肺癌因肺功能或病人机体情况不答应手术或肿瘤部位或晚期部分病人失去手术机会者可先行放疗和化疗，其后争取手术治疗。

一、手术治疗 局限性肿瘤切除手术可取得相当于广泛切除者的疗效。一般推荐肺叶切除术。肺段切除术和楔形切除等范围更小的手术，一般仅用于外周性病变患者或肺功能不良者，因此，有所谓扩大手术治疗的适应证，缩小手术切除的范围以及气管隆凸成形术视为当今手术治疗的新进展。非小细胞肺癌早期和中期病人应行以治愈为目标的手术切除治疗。对以同侧纵隔淋巴结受累为特征的晚期病人应行原发病灶及受累淋巴结手术切除治疗。Narke报告对819例N2者采用创造的胸内淋巴结图（Ln Map）逐个清除淋巴结，术后5年生存率高达48%，胸壁受侵犯亦行手术治疗，术后5年生存率可达17% - 20%。对肺上沟瘤尚无纵隔淋巴结或全身转移者应行手术前放疗及整体手术切除。对T4N2或M1认为是扩大手术的禁忌证。一般N0者手术后5年生存率33.7%-53.7%，N1者为17.4%-31%，N2者为8.9%-23%，鳞癌比腺癌和大细胞癌术后效果好，肿瘤直径小于3.5cm者，术后5年生存率为50%左右，淋巴结包膜完整的比穿破者效果好。小细胞肺癌的90%以上在就诊时已有胸内或远处转移，在确诊时11% - 47%有

骨髓转移、14% - 51%有脑转移。此外，尚有潜在性血道、淋巴道微转移灶。因此，国内主张先化疗、后手术，5年生存率28.9%-51%，而单一手术的5年生存率仅8% - 12%。肺功能为估价病人是否应行手术治疗时需要考虑的另一重要因素，若用力肺活量超过2L，且第一秒用力呼气量（FEV1）占用力肺活量的50%以上，可考虑行手术治疗。

二、化学药物治疗（简称化疗）

小细胞肺癌对于化疗有高度的反应性，有较多的化疗药物能提高小细胞肺癌的缓解率，如足叶乙甙（VP-16）、鬼臼噻吩甙（VM26）、卡铂（CBP）及异环磷酰胺（IFO）等，其单药的缓解率约为60% - 77%还有环已亚硝脲（CCNU）、顺铂（DDP）、长春碱酰胺（VDS）、表阿霉素（EPI）、甲氨蝶呤（MTX）等亦均被认为对小细胞肺癌有效，使小细胞化疗有新的发展，缓解率提高到50% - 90%。因此，化疗成为治疗小细胞肺癌的主要方法，尤其对早期小细胞肺癌的价值更大。化疗获得缓解后，约25% - 50%出现局部复发。由于小细胞肺癌有3个亚型，即纯小细胞肺癌型、小细胞 - 大细胞型和混合型，后两种因混有非小细胞肺癌，化疗只杀伤小细胞肺癌细胞，剩下的对化疗不敏感的非小细胞肺癌细胞是构成复发的原因之一。因此，化疗缓解后局部治疗亦很重要。化疗结合局部治疗后，尚残存微转移灶，因此继续全身化疗有其重要性。如一组59例小细胞肺癌化疗缓解后作手术切除，术后11例未用化疗，均于13个月内死亡，而余48例术后化疗者5年生存率达33.2%。对小细胞肺癌有活力的化疗药物，要求它们对未用过化疗病人的缓解率为20%。已治者要求 > 10%，以往经常采用环磷酰胺（CTX）+ 阿霉素（ADR）+ 长春新碱（VCR）组成的CAO方案，其缓解率

高达78.6%，也有用CAO + VP - 16者，对病变超过同侧胸腔和所有N2，即广泛期病人有较好作用。VP - 16取代CAO方案的ADR，广泛期病人的中数缓解期得到改善。对未经治疗的小细胞肺癌病人CAO + VP - 16 + 顺铂（剂量20mg/m²gamma.线，电子束times.106单位）每周3次间歇疗法，转移因子、左旋咪唑、集落刺激因子（CSF）在肺癌的治疗中都能增加机体对化疗、放疗的耐受性，提高疗效。六、中医药治疗祖国医学有许多单方，配方在肺癌的治疗中可以与西药治疗协同作用，减少病人对放疗、化疗的反应，提高机体抗病能力，在巩固疗效，促进、恢复机体功能中起到辅助作用。预防及预后【预防】肺癌的预防一方面是减少或避免吸入含有致癌物质污染的空气和粉尘，另一方面对高发病人群进行重点普查，早期发现及时治疗。【预后】肺癌的预后取决于早期发现，及早治疗。隐性肺癌早期治疗可获痊愈。一般认为鳞癌预后较好，腺癌次之，小细胞未分化癌较差，近年来采用综合治疗后小细胞未分化癌的预后有很大改善。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com