

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\\_ti2020/307/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8E\\_9F\\_E5\\_8F\\_91\\_E6\\_80\\_A7\\_E6\\_c22\\_307160.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E6_c22_307160.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。检查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，表现为食欲不振、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。

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，内容剪度高，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，参见本篇第十三章胸腔积液。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 $20\text{mg}/\text{m}^2$ ，电子束 $106$ 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](http://www.100test.com)