

别中的应用[J]. 实用放射学杂志, 2020, 36(7): 1035-1038.

[9] CHENG G, ZHANG J. Imaging features (CT, MRI, MRS, and PET/CT) of primary central nervous system lymphoma in immunocompetent patients[J]. *Neurol Sci*, 2019, 40(3): 535-542.

[10] AMANO T, NAKAMIZO A, MURATA H, et al. Preoperative prediction of intracranial meningioma grade using conventional CT and MRI

[J]. *Cureus*, 2022, 14(1): e21610.

[11] ZHAO S S, YAN L F, FENG X L, et al. Incidence and radiological pattern of eosinophilic granuloma: a retrospective study in a Chinese tertiary hospital[J]. *J Orthop Surg Res*, 2019, 14(1): 123.

[12] 田林, 范万峰, 候宗斌, 等. 颅骨浆细胞瘤 1 例[J]. 实用放射学杂志, 2020, 36(12): 2056.

(收稿日期: 2022-08-09 修回日期: 2023-01-23)

## • 案例分析 •

# 影像学以间质性肺疾病为主的肺腺癌 1 例报道

刘翠芳<sup>1</sup>, 向 茜<sup>2△</sup>

(重庆市中医院: 1. 放射科; 2. 呼吸与危重症医学科, 重庆 400021)

**[摘要]** 肺腺癌影像学复杂, 多为结节或肿块影。该文报道了 1 例影像类似间质性肺疾病的肺腺癌, 旨在提高对该病的认识, 避免误诊。

**[关键词]** 肺腺癌; 间质性肺疾病; CT

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.11.039

**文章编号:** 1009-5519(2023)11-1976-03

**中图法分类号:** R563

**文献标识码:** B

自 20 世纪 70 年代以来, 我国恶性肿瘤的死亡率呈明显上升趋势, 肺癌仍是中国人发病率和死亡率最高的恶性肿瘤, 特别是近年来肺腺癌的发病率显著提高<sup>[1-2]</sup>。肺癌早期临床无特征性症状, 多以咳嗽起病, 临床表现多样化, 影像表现亦复杂, 大部分表现为结节或肿块影, 部分肿瘤可类似肺炎<sup>[2]</sup>。2022 年本院呼吸科收治 1 例以咳嗽、咳痰、喘息为症状, 双肺以弥漫性间质性病变为表现的病例, 经过数月的检查、治疗, 最终确诊为肺腺癌。

## 1 临床资料

患者, 男, 52 岁, 因“咳嗽、咳痰 5 年, 喘息 2 个月”入院。5 年前无明显诱因感咳嗽、咳痰, 咳白色泡沫痰, 无发热、盗汗、气促等不适, 未予以重视, 症状反复发作。2 个月前患者再次因感冒出现咳嗽、咳痰, 性质同前, 伴有进行性胸闷、气促加重, 曾于重庆某三甲教学医院诊断为“咳嗽变异性哮喘”, 给予“布地奈德福莫特罗吸入剂、孟鲁司特钠片、苏黄止咳胶囊”后喘息、气促症状进一步加重, 于 2022 年 2 月 14 日收入本院呼吸科。否认结核、肿瘤病史, 否认长期药物服用史, 否认粉尘、有毒有害物质接触史, 既往有吸烟史, 25~30 支/日×30 年, 偶饮酒。

体征: 体温 36.1℃, 呼吸 24 次/分, 脉搏 102 次/分, 血压 116/64 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 营养中等, 慢性病容, 皮肤无皮损, 全身浅表淋巴结无肿

大。口唇无发绀, 胸廓未见异常, 肋间隙增宽, 语颤减弱。叩诊过清音, 呼吸音低, 双肺呼吸音低, 双侧肺未闻及干、湿性啰音, 心浊音界未见异常, 心率 102 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音, 腹平坦, 无压痛、反跳痛, 腹部无包块。下肢不肿。

实验室相关检查: 入院血气分析(未吸氧): pH 7.456, 氧分压(PO<sub>2</sub>) 57.6 mm Hg, 二氧化碳分压(PCO<sub>2</sub>) 39.2 mm Hg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 27.3 mmol/L, 剩余碱(BE) 3.5。血常规中性粒细胞比例(NEUT%) 79.2%, Hb 120 g/L, 血小板(PLT) 415×10<sup>9</sup> L<sup>-1</sup>, C 反应蛋白(CRP) 19.9 mg/L, 降钙素原(PCT) 水平正常, 癌胚抗原(CEA) 34.29 ng/mL, CA125 205.8 IU/mL, CA153 246.4 IU/mL, CYFRA21-1 8.8 ng/mL, NSE、SCC、CA50、CA72-4、AFP、CA199 水平正常。痰涂片未找到真菌、抗酸杆菌, 细菌培养: 正常菌群生长。ANA: 1:100 阳性, 1:320 阳性, RF IgM 240 RU/mL, 肌炎谱: 抗 KU 抗体阳性, AKA、ANCA、ENA 谱阴性。支气管镜灌洗液: 下呼吸道病原体核酸检测阴性, 结核分枝杆菌直接检测阴性, 抗酸杆菌染色阴性。

影像学检查: 2021 年 8 月 29 日胸部 CT 提示双肺小叶间隔增厚, 散在条索影, 右肺下叶后基底段一 7 mm 磨玻璃结节, 纵隔淋巴结增多、增大。2022 年

△ 通信作者, E-mail: 155187820@qq.com.

2月14日胸部CT示双肺小叶间隔增厚较2021年8月29日明显加重,新增双肺各叶支气管壁增厚及双侧胸腔少量积液,右肺下叶后基底段磨玻璃结节无变化,纵隔淋巴结增多、增大同前。考虑:(1)慢支炎、肺气肿征。(2)双肺间质性改变并散在多发炎症。(3)各叶支气管壁环形增厚,提示慢性炎症可能。(4)纵隔淋巴结增多、肿大,部分伴钙化。2022年2月17日肺动脉造影检查(CTPA)诊断:(1)双侧胸腔积液较2022年2月14日增多,余双肺较前变化不明显。(2)左肺下叶前内基底段动脉内少许肺栓塞。心脏彩色多普勒超声:室间隔基地段增厚,三尖瓣少量反流。腹部彩色多普勒超声:肝囊肿,胆、胰、脾、双肾未见确切异常。肺功能:混合型通气功能障碍[以中度阻塞为主1秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)占预计值59%,FVC占预计值74%,FEV<sub>1</sub>/FVC 64.52%],弥散功能轻度降低(DLCO占预计值60%),支气管舒张试验阴性。

病理检查:支气管镜检查;主气道内黏膜广泛水肿,隆突处黏膜浸润样改变,呈凹凸样黏膜增生。左主支气管第二峡处增宽,黏膜水肿;左下叶开口可见黏膜变型,水肿,局部可见浸润样增生,血管丰富。于左肺下叶开口处活检2块,右主支气管外压狭窄,有中叶黏膜变形。病理结果:(左肺下叶)腺癌。免疫组化:CK7(+),Ki-67(+,约70%),NAPSINA(+),CK(+),TTF1(部分+)特殊染色:PAS(+)

诊疗经过:入院先后给予头孢曲松、莫西沙星抗感染,布地奈德混悬液、复方异丙托溴铵溶液、氨茶碱抗炎平喘,愈美片、复方可待因、复方甲氧那明胶囊等对症止咳,患者临床症状无缓解,双肺间质性改变明显,考虑间质性肺病可能,完善风湿免疫相关指标排除继发性因素所致,但患者无皮肤、关节、肌肉等系统症状,经风湿科会诊后不考虑风湿免疫性疾病导致肺间质性改变。胸部CT见纵隔淋巴结增大,拟行气管镜经支气管针吸活检(EBUS-TNBA)进一步明确淋巴结肿大病因,气管镜下见气道内弥漫性小结节,活检明确腺癌。

## 2 讨论

肺腺癌是肺癌最常见的组织学类型,约占所有肺癌病例的一半,腺癌发病率的增加被认为是由于1960年引入了低焦油过滤嘴卷烟,但这种因果关系从未得到证实<sup>[3]</sup>。肺腺癌起源于支气管黏膜上皮,少数起源于大支气管的黏液腺,属于非小细胞癌,多见于周围型肺癌。肺腺癌的组织学分类为浸润前病变(非典型腺瘤样增生和原位腺癌)、微浸润腺癌、浸润性腺癌。肺腺癌,尤其是贴壁样生长模式的肺腺癌,临床表现差异很大,范围从小的孤立结节或数量有限的结节,到更广泛的粟粒性疾病,或外观类似于细菌性肺炎的弥漫性实质浸润<sup>[4-5]</sup>,由于这些特性,其通常被称

为“伪装者”<sup>[4,6]</sup>。肺腺癌的确切发病机制仍在研究中,但肿瘤增殖似乎被类似良性炎症的明显炎症和纤维化所掩盖<sup>[6]</sup>,从而使医生感到困惑,延误诊断,并影响患者的生活质量。肺腺癌无特异性症状、体征,胸部CT作为一种无创的检查方法,有助于早期发现病灶,对诊断提供有力的帮助,肺腺癌影像学表现以磨玻璃、实性结节为主,或肿块影。

此例患者以咳嗽、咳痰为主,咳白色泡沫痰,诊断为“咳嗽变异性哮喘”,胸部CT提示双肺小叶间隔稍增厚,随后范围逐渐增大、小叶间隔增厚,呈网格状,双肺支气管壁增厚,纵隔内淋巴结肿大、增多,双侧胸腔出现积液,与常见的结节、肿块样肺腺癌的影像学表现不相似,反而与间质性肺炎的影像学表现相似。此患者胸部CT未显示明显的结节及肿块,因此作者未首先考虑肺癌伴肺内癌性淋巴管炎,最后经气管镜活检为肺腺癌。虽然患者的影像学表现与间质性肺炎很相似,但仍可发现肿瘤的诊断线索。(1)多种肿瘤标志物水平增高。(2)激素治疗后患者症状加重。(3)胸部CT多表现为小结节影、网格影等几种征象共存,双侧不对称与间质性肺炎略有不同,结节影较间质性肺炎多见<sup>[7-12]</sup>。

是否有慢性间质性肺炎合并肺腺癌的可能呢,作者认为本例患者表现与慢性间质性肺炎合并肺腺癌不同。(1)该例患者无明确慢性间质性肺炎既往史(如风湿性免疫相关病史)和缓慢出现的进行性呼吸困难为主的临床表现。(2)该患者病灶范围扩大速度快,而慢性间质性肺炎多进展缓慢。(3)针对间质性肺炎,曾应用激素治疗后症状及体征无改善,病情反而继续加重。(4)间质性肺炎在CT上主要表现为磨玻璃、网格状、蜂窝状的高密度影,病变以双肺的外周带及胸膜下为主,自上向下逐渐加重,病变比较对称性,该患者CT表现为非对称性网格状高密度影,并见多发小结节<sup>[13-14]</sup>。因此,作者最终考虑该患者双肺网格状影及小结节均为肺腺癌的表现。

综上所述,肺腺癌影像学表现无特异性、具有多样性,尤其是部分肺腺癌临床表现与影像学检查类似间质性肺炎,需结合临床治疗及其他辅助检查进行鉴别,当有间质性肺变化和胸腔积液的影像学表现,而没有结缔组织病的临床或实验室发现时,排除一些其他诊断如恶性肿瘤或治疗的不良反应是很重要的。通过此例影像学表现为间质性肺炎样改变的肺腺癌患者分析,提高对这类型表现的肺腺癌的认识,熟悉其临床、影像学表现形式及与间质性肺炎差异,避免肺癌的漏诊、误诊,早期行经皮肺活检病理检查、明确诊断。

## 参考文献

[1] 兰蓝,赵飞,蔡玥,等.中国居民2015年恶性肿瘤

死亡率流行病学特征分析[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(1):32-34.

[2] 虞有超, 时国朝. 表现为间质性肺炎的肺癌一例并文献复习[J]. 中华全科医师杂志, 2014, 12(5):399-401.

[3] BAKIR S, MEHIĆ M, LINA R, et al. Lung adenocarcinoma mimicking pulmonary fibrosis-a case report[J]. BMC Cancer, 2016, 16(1):729.

[4] THUNNISSEN E, KERR K M, HERTH F J, et al. The challenge of NSCLC diagnosis and predictive analysis on small samples. Practical approach of a working group[J]. Lung Cancer, 2012, 2021(14):234-250.

[5] PELOSI G, ROSSI G, BIANCHI F, et al. Immunohistochemistry by means of widely agreed-upon markers (cytokeratins 5/6 and 7, p63, thyroid transcription factor-1, and vimentin) on small biopsies of non-small cell lung cancer effectively parallels the corresponding profiling and eventual diagnoses on surgical specimens [J]. J Thorac Oncol, 2011, 6(6):1039-1049.

[6] LANTUEJOUL S, COLBY T V, FERRETTI G R, et al. Adenocarcinoma of the lung mimicking inflammatory lung disease with honeycombing [J]. Eur Respir J, 2004, 24(3):502-505.

[7] 李建东, 郝淑玲, 王斐. 表现为间质性肺炎的肺癌 15 例临床分析[J]. 山西医科大学学报, 2017, 48(6):571-574.

[8] VOURLAKIS J S. Acute interstitial pneumonia

[J]. Clin Chest Med, 2004, 25:739-747.

[9] AVNON L S, PIKOVSKY O, SION-VARDY N, et al. Acute interstitial pneumonia-hammanrich syndrome: Clinical characteristics and diagnostic and therapeutic considerations [J]. Anesth Analge, 2009, 108(1):232-237.

[10] ICHIKADO K, SUGA M, MUELLER N L, et al. Acute interstitial pneumonia: comparison of high-resolution computed tomography findings between survivors and nonsurvivors. [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2002, 165(11):1551-1556.

[11] SUH G Y, KANG E H, CHUNG M P, et al. Early intervention can improve clinical outcome of acute interstitial pneumonia[J]. Chest, 2006, 129:753-761.

[12] 何彦侠, 薛兵, 邸丽娟. 肺泡细胞癌误诊为间质性肺炎二例分析[J]. 临床内科杂志, 2015, 31(4):277-278.

[13] 谢晓枫, 侯英勇, 宿杰阿克苏, 等. 间质性肺炎误诊为肺癌 3 例并文献复习[J]. 临床与实验病理学杂志, 2017, 33(5):557-559.

[14] KHAN K A, KENNEDY M P, MOORE E, et al. Radiological characteristics, histological features and clinical outcomes of lung cancer patients with coexistent idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Lung, 2015, 193(1):71-77.

(收稿日期:2022-09-07 修回日期:2023-02-12)

• 案例分析 •

# 塞来昔布与贝那普利联用致血压异常 1 例分析与用药建议

林文明<sup>1</sup>, 李叶花<sup>2</sup>, 肖莉<sup>2</sup>, 谢明<sup>3△</sup>

(中国人民解放军南部战区海军第一医院:1. 药剂科;2. 输血科;3. 病理科, 广东 湛江 524005)

**【摘要】** 高血压合并慢性疼痛的老年患者中联合使用血管紧张素转换酶抑制剂和非甾体抗炎药的情况非常普遍, 两药的相互作用往往容易被忽略, 从而导致血压控制不稳定。该文通过报道门诊 1 例高血压患者在联合使用塞来昔布与贝那普利后致血压异常的案例, 分析塞来昔布影响贝那普利降压的机制并提出建议, 为临床用药提供参考。

**【关键词】** 非甾体抗炎药; 血管紧张素转换酶抑制剂; 药物相互作用; 血压; 病例报告

**DOI:**10.3969/j.issn.1009-5519.2023.11.040

**中图法分类号:**R972+.4

**文章编号:**1009-5519(2023)11-1978-03

**文献标识码:**B

高血压是临床上常见的心血管疾病, 在 65 岁以上的人群中患病率高达 60% 以上<sup>[1]</sup>, 血管紧张素转换

酶(ACE)抑制剂是治疗高血压的常用药物之一。此外, 20%~50% 的老年人经历着慢性疼痛<sup>[2]</sup>, 其经常

△ 通信作者, E-mail:838929515@qq.com.