

# 特发性肺间质纤维化合并肺癌的临床分析

于冰 刘书盈

滨州医学院烟台附属医院呼吸与危重症医学科, 山东 烟台 264100

**【摘要】** **目的** 探讨特发性肺间质纤维化合并肺癌患者的临床特点。**方法** 以我院呼吸内科2021年10月至2022年10月期间接诊的特发性肺间质纤维化合并肺癌20例患者和同期确诊为肺癌20例患者为此次分析对象, 并将其分别设定为研究组、对照组。回顾性分析纳入者基本病历、临床不适表征、实验室检查及影像学诊断, 探讨两组病患所患病症临床特征, 为临床对特发性肺间质纤维化合并肺癌患者的早期诊断、后续治疗以及预后判断提供思路方法, 并为拟定个性化治疗方案提供参考依据。**结果** 研究组吸烟者多于对照组 ( $P<0.05$ ); 研究组累计吸烟量高于对照组 ( $P<0.05$ ); 研究组肿瘤分期低于对照组 ( $P<0.05$ ), 而在组织学分型、肿瘤分化程度方面, 两组无差异 ( $P>0.05$ ), 在相同组织学分型下, 两组肿瘤分化、分布无差异 ( $P>0.05$ )。研究组呼吸受限、杵状指高于对照组 ( $P<0.05$ ), 咯血、发热低于对照组 ( $P<0.05$ ); 经比较发现, 两组肿瘤标志物均无差异 ( $P>0.05$ ), 而在血氧分压指标水平方面, 两组无差异 ( $P>0.05$ ), 而在二氧化碳分压指标水平方面, 研究组二氧化碳分压低于对照组 ( $P<0.05$ ); 通过影像学检查结果比较, 在病灶位置方面, 研究组患者与对照组患者相较, 周围、中央均存在显著差异 ( $P<0.05$ ); 在叶分布方面, 两组上叶、中叶无差异 ( $P>0.05$ ), 两组下叶存在明显差异 ( $P<0.05$ )。**结论** IPF-LC 临床表征欠缺特异度, 易出现误诊、漏诊情况。在特发性肺间质纤维化合并肺癌病症治疗中, 需严密随访, 做好肿瘤筛查, 提高临床疗效。

**【关键词】** 特发性肺间质纤维化; 肺癌; 临床分析

特发性肺间质纤维化 (IPF) 为临床常见特发性间质性肺炎 (IIPs) 中的一种病症<sup>[1]</sup>。IPF 是进行性的, 并发症多, 预后质量差, 多见于 50 岁以上的成年患者, 且男性患者多于女性患者<sup>[2]</sup>。肺癌 (LC) 为 IPF 患者的一种重症并发症。据不完全统计, IPF 患者的 LC 发病率大约为 2.8%~49%, 较普通患者更高<sup>[3]</sup>。当前, 胸部摄片检查、计算机断层扫描 (CT)、荧光纤维支气管镜等疾病诊断常用筛查方式, 生物病理学检查仍为疾病诊断“金标准”, 然其无法利用该方法对亚临床症状患者进行诊疗<sup>[4]</sup>。血清肿瘤标志物在 IPF-LC 患者早期诊断、组织学分型、肿瘤分化、疗效评价以及疾病复发、病灶转移监测等方面发挥着关键作用。因此, 肿瘤标志物的检测、筛选和鉴定已经成为 IPF-LC 相关临床研究重点。为进一步探讨 IPF-LC 患者的临床特点, 为其后续治疗方案的拟定提供参考, 现将研究结果报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以我院呼吸内科2021年10月至2022年10月期间接诊的20例IPF-LC患者为此次分析对象。研究组男/女人数比11/9; 年龄42~86岁, 均

值 ( $62.34 \pm 1.66$ ) 岁; 对照组男/女人数比10/10; 年龄39~85岁, 均值 ( $60.80 \pm 1.20$ ) 岁。该次研究通过医院医学伦理委员会表决获批, 且患者与其监护人均愿意签署同意、知情书。上述样本个体间差异较小, 可作忽略不计 ( $P>0.05$ )。

**纳入标准:** ①满足美国胸科学会 (ATS)、欧洲呼吸学会 (ERS) 联合发布疾病诊断标准, 且患者均在同期阶段均经病理证实为 IPF 及 LC; ②符合病症不适症状、干咳、呼吸受限、面色 / 口唇紫绀, 体乏、食欲下降、体重减轻等; ③符合病症典型体征双肺的吸气爆裂音、杵状指; ④临床分析对象基本病历资料齐备、健全; ⑤纳入者均愿意加入对照研究, 同时获得家属同意。

**排除标准:** ①因结缔组织疾病、结石病或暴露于特定药物导致的特发性肺间质纤维化; ②除 IPF、LC 以外, 还并发其他肺部病症或恶性肿瘤患者; ③肺癌有转移, 如脑、骨、肝和腹腔转移; ④与寻常型间质性肺炎 (UIP) 影像学表现不一致。

**1.2 研究方法** 回顾性分析纳入者基本病历、临床不适表征、实验室检查及影像学诊断, 探讨两组病患所患病症临床特征。(1) 肿瘤标志物检查法: ①血化验检查; ②取肿瘤组织基因检查。肿瘤标志物共有2种, 一为体液肿瘤标志物, 二为组

织细胞肿瘤标志物。本次实验室检查运用体液肿瘤标志物,涉及指标有癌胚抗原/CEA、癌胚抗原125CA-125、癌胚抗原153/CA153、神经元特异性烯醇化酶NSE、细胞角蛋白19片段抗原CYFRA21-1等。(2)肺部CT检查:患者取平卧体位,使用Somatom SensationCT扫描机,从患者胸入口到膈肌水平实施平扫。设定螺旋系数参数为0.8,管球电压为120kV,管电流为110mA-220mA,设定层厚为4mm,转速0.5s/转。聘请2名具有10年以上临床工作经验的副主任医师观察分析图像。邀请两名主任医师,且至少拥有五年以上影像学分析临床经验。

**1.3 观察指标** 分析两组基础病历资料,包括年龄、性别、吸烟史、吸烟量、肿瘤分期(Ia-IIb、IIIa-IV)、组织学分型(小细胞肺癌SCLC、非小细胞肺癌NSCLC,包括鳞状上皮癌、腺癌、大细胞未分化癌)、分化程度(高分化,中分化,低分化和未分化,分化高,恶性低,而未分化癌、低分化癌的恶性程度最高)及临床症状(呼吸受限、杵状指、咯血、发热)。

肿瘤分期:肿瘤分期:(1)I期:①Ia期:肿瘤 $\leq 3\text{cm}$ ;②Ib期:3cm<肿瘤 $\leq 5\text{cm}$ 。(2)II期:①IIa期:a.肿瘤 $\leq 3\text{cm}$ 、b.5cm<肿瘤 $\leq 7\text{cm}$ 、c.3cm<肿瘤 $\leq 5\text{cm}$ ;②IIb期:5cm<肿瘤 $\leq 7\text{cm}$ 。(3)III期:①IIIa期:肿瘤 $\leq 7\text{cm}$ ;②IIIb期:任一尺寸肿瘤均可直接侵入机体

其他器官,如纵隔、心脏、血管、气管等。(4)IV期:任一条件或大小的肿瘤均伴有淋巴结转移和远处转移情况。

分析两组实验室检查结果分析,包括肿瘤指标(CEA、NSE、CYFRA21-1、CA-125、CA-153)与血气指标(血氧分压 $\text{PO}_2$ 、二氧化碳分压 $\text{PCO}_2$ )。

分析两组影像学检查结果,叶分布(上叶、中叶、下叶)与位置(周围、中央)。

**1.4 统计学分析** 使用SPSS21.0软件分析,计量选用( $\bar{x} \pm s$ ),利用t检验核算;计数选用(%)表示,利用 $\chi^2$ 检验,若 $P < 0.05$ ,则统计学有意义。

## 2 结果

**2.1 两组基本病历资料分析** 两组年龄、性别等方面无差异( $P > 0.05$ ),研究组吸烟者(35.00%)多于对照组(75.00%),差异显著( $P < 0.05$ );研究组累计吸烟量高于对照组( $P < 0.05$ )。肿瘤分期为Ia-IIb期、IIIa-IV期,研究组肿瘤分期低于对照组,差异明显( $P < 0.05$ );在组织学分型、肿瘤分化程度方面,两组均未见明显差异( $P > 0.05$ );在相同组织学分型下,两组肿瘤分化、分布,无差异( $P > 0.05$ );研究组呼吸受限、杵状指高于对照组( $P < 0.05$ );咯血、发热低于对照组( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组基础病历资料分析(n=20)

项目	研究组	对照组	$\chi^2$	P	
年龄(岁)	39~59	6	7	0.114	0.736
	59~79	9	10	0.100	0.752
	<86	5	3	0.625	0.429
性别	男	12	11	0.102	0.749
	女	8	9		
吸烟史	有	15	7	6.465	0.011
	无	5	13		
	<500	6	3		
吸烟量(支/年)	500~799	2	2	7.745	19.519
	800~999	3	1		
	>1000	4	1		
肿瘤分期	Ia-IIb	1	8	7.025	0.008
	IIIa-IV	19	12		
组织学分型	腺癌	3	15	14.545	0.001
	鳞癌	10	1	10.157	0.001
	小细胞癌	7	4	1.129	0.288
分化程度	高	1	2	0.360	0.548
	中	7	4	1.129	0.288
	低	12	14	0.440	0.507
临床症状	呼吸受限	13	5	6.465	0.011
	杵状指	12	1	13.789	0.001
	咯血	3	10	5.584	0.018
	发热	2	9	6.144	0.013

**2.2 两组实验室检查结果分析** 经比较发现,

两组肿瘤指标均未见明显差异( $P > 0.05$ );而两

组血气指标,在PO<sub>2</sub>指标水平方面,两组未见明显差异( $P>0.05$ ),而在PCO<sub>2</sub>指标水平方面,研究组PCO<sub>2</sub>低于对照组( $P<0.05$ ),具体情况详见下表2。

表2 两组实验室检查结果分析(n=20,  $\bar{x} \pm s$ )

相关指标	研究组	对照组	t	P	
肿瘤指标	CEA (ng/mL)	15.48 ± 2.40	15.15 ± 2.48	0.428	0.671
	NSE (ng/mL)	20.25 ± 2.67	19.26 ± 3.31	1.041	0.304
	CYFRA21-1 (ng/mL)	7.73 ± 1.38	7.25 ± 1.49	1.057	0.297
	CA-125 (U/mL)	65.35 ± 5.21	64.72 ± 6.34	0.343	0.733
	CA-153 (U/mL)	21.55 ± 2.36	21.25 ± 2.40	0.399	0.692
血气指标	PO <sub>2</sub> (mmHg)	75.40 ± 2.31	75.16 ± 2.67	0.304	0.763
	PCO <sub>2</sub> (mmHg)	37.01 ± 2.23	42.45 ± 2.89	6.665	0.001

2.3 两组影像学检查结果分析 通过影像学检查结果比较,在病灶位置方面,研究组患者与对照组患者相较,差异显著( $P<0.05$ );在叶分布方面,两组上叶、中叶无显著差异( $P>0.05$ ),两组下叶存在明显差异,具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表3 两组影像学检查结果指标分析[n=20, n(%)]

项目	研究组	对照组	t	P	
叶分布	上叶	3 (15.00)	6 (30.00)	1.290	0.256
	中叶	5 (25.00)	9 (45.00)	1.758	0.185
	下叶	8 (40.00)	2 (10.00)	4.800	0.028
位置	周围	19 (95.00)	12 (60.00)	7.025	0.008
	中央	1 (5.00)	6 (30.00)	4.329	0.037

### 3 讨论

IPF 为一种慢性、进行性间质性肺炎病变反应,而这种病变会给患者肺功能带来不可逆的损害,其显著不适表征为干咳、呼吸受限等<sup>[5]</sup>。依据病情发展,可将其分成急性、亚急性以及慢性三种类型,对 IPF 患者而言,不同的病症分型均有相对应严重程度、治疗规划与疗效。在临床实践中,应确切分析 IPF-LC 相应临床特点,为患者的早期诊断、随访治疗及预后改善提供参考,以延长患者生存时间。

此次探究结果显示,研究组吸烟者多于对照组( $P<0.05$ );研究组累计吸烟量高于对照组( $P<0.05$ );在肿瘤分期方面,IPF-LC 患者肿瘤分期低于 LC 患者;在组织学分型、肿瘤分化程度方面,IPF-LC 患者与 LC 患者无明显差异;在相同组织学分型下,IPF-LC 患者与 LC 患者肿瘤分化、分布无差异。IPF-LC 患者与 LC 患者 CEA、NSE、CYFRA21-1、CA-125、CA-153 等肿瘤指标无明显差异;IPF-LC 患者与 LC 患者血气指标,在 PO<sub>2</sub> 指标水平方面,IPF-LC 患者与 LC 患者无差异,而在 PCO<sub>2</sub> 指标水平方面,IPF-LC 患者 PCO<sub>2</sub> 低于 LC 患者。由此可知,IPF-LC 能通过上述指标实施动态监测,以明确是否并发 LC。在病灶位置方面,IPF-LC 患者与 LC 患者相较,周围、中央均存在差异;在叶分布方面,IPF-LC 患者与 LC 患者上叶、中叶无显著差异,IPF-LC 患者与 LC 患者下叶存在差异。可见,IPF 患者定期进行影像学检测对早期疾病诊

疗有着重要作用。此次研究与王彦波学者的研究结果一致性较高。

综上所述,有吸烟史患者为 IPF-LC 主要成员,且患者影像学检查与实验室指标变化较 LC 患者更为显著。临床应严密关注 IPF-LC 患者、LC 患者病情实时变化,做好预后随访。此外,IPF-LC 患者具有 IPF 和 LC 两方面的临床特点。在整个治疗过程中,要注重恶性肿瘤筛查,以便于尽早发现、鉴别疾病,并最大限度延长患者生存周期。

### 参考文献

- [1] 迟晓蕊,郭彦君,王镭蓉,等.特发性肺间质纤维化合并肺癌 48 例临床分析[J].《肿瘤学杂志》,2020,26(5):458-460.
- [2] 程艳博.特发性肺间质纤维化合并肺癌患者临床分析[J].《科学养生》,2020,23(1):147.
- [3] 李璐.特发性肺间质纤维化患者 HRCT 特征分析[J].《罕见疾病杂志》,2020,27(3):25-38.
- [4] 李子广,芮艳,黄礼年,等.特发性肺间质纤维化合并肺癌的临床特征及预后分析[J].《齐齐哈尔医学院学报》,2020,41(15):1890-1892.
- [5] 王彦波.特发性肺间质纤维化合并肺气肿的临床特征分析[J].《中国医药指南》2020,18(11):92-93.