

罕见支气管多形性腺瘤一例

侯秋萍 冯晓慧 杨宏刚 张士文

(宝鸡市第二中医医院 721300)

【摘要】 本文报告一例罕见支气管多形性腺瘤病例。患者为65岁男性，因发热、咳嗽、咳痰等症状就诊，胸部CT及支气管镜检初诊为中央型肺恶性肿瘤，支气管镜活检病理确诊为副唾腺混合瘤伴间质玻璃样变。患者接受经支气管镜冷冻、高频电及局部药物注入等微创介入治疗，管腔恢复通畅，阻塞性肺炎和肺不张症状吸收，顺利出院，半年后复查显示肿瘤无复发及残留。多形性腺瘤虽多为良性，但存在复发及潜在恶性转化可能，临床诊断需综合运用多种手段，治疗需个体化考量。本例为临床提供了宝贵经验，提示面对类似病例，应将多形性腺瘤纳入鉴别诊断范围。

【关键词】 支气管多形性腺瘤；肺恶性肿瘤；涎腺肿瘤

A rare case of bronchial multilocular adenoma

Hou Qiuping Feng Xiaohui Yang Honggang Zhang Shiwen

(Baoji Second Traditional Chinese Medicine Hospital 721300)

[Abstract] This article reports a rare case of bronchial pleomorphic adenoma. The patient is a 65 year old male who presented with symptoms such as fever, cough, and sputum. The initial diagnosis on chest CT and bronchoscopy was central lung malignancy, and the pathological diagnosis on bronchoscopy biopsy was mixed tumor of the accessory salivary gland with interstitial glass opacity. The patient received minimally invasive intervention therapy such as bronchoscopy freezing, high-frequency electricity, and local drug injection. The lumen was restored to be unobstructed, and symptoms of obstructive pneumonia and atelectasis were absorbed. The patient was discharged smoothly, and a follow-up examination six months later showed no tumor recurrence or residue. Although pleomorphic adenomas are mostly benign, there is a possibility of recurrence and potential malignant transformation. Clinical diagnosis requires the comprehensive use of multiple methods, and treatment requires individualized consideration. This case provides valuable experience for clinical practice and suggests that in the face of similar cases, pleomorphic adenoma should be included in the scope of differential diagnosis.

[Key words] bronchial pleomorphic adenoma; Malignant lung tumors; Salivary gland tumor

病史：患者，男，65岁，发热、咳嗽、咳痰10天前来就诊。

症状体征：患者10天前受凉后出现发热，最高体温38.9℃，伴有阵发性咳嗽偶伴胸痛，咳少量黄白色粘痰，痰易咳出，伴气短、头晕、乏力。当地医院给予抗炎输液治疗，体温恢复正常，余症状无明显缓解，患者为求进一步治疗来我院就诊。体格检查：右肺上叶闻及少量中小水泡音。

既往史：患者无糖尿病病史，无结核等传染病史。

个人史：患者有长达40年的吸烟史，每日吸烟30支，但已戒烟10年。

诊断方法：胸部CT平扫、胸部CT增强显示：右肺上叶支气管腔内不均匀软组织密度结节致管腔完全堵塞，平均CT值约27HU，远端伴阻塞性肺炎、肺不张。增强结节呈不均匀轻度强化，动脉期平均CT值约74HU、延迟期平均CT值约47HU，病变呈类椭圆形，沿支气管长轴方向管腔内生生长，大小约为17mm×24mm（长径×短径），支气管壁完整，外周脂肪间隙清楚，纵隔4R区见增大淋巴结，淋巴门清楚。实验室检查：肺炎支原体IgM抗体测定阴性、结核杆菌IgG抗体阴性；癌胚抗原、甲胎蛋白、糖类抗原阴性。支气管镜检：右肺上叶支气管开口灰白色菜花样新生物凸起，触之易出血，致其管腔完全堵塞。胸部CT及支气管镜下诊断：中

央型肺恶性肿瘤。支气管镜活检：组织学形态及免疫组化结果：符合副唾腺混合瘤伴间质玻璃样变。

治疗方法：患者接受该经支气管镜冷冻治疗、经支气管镜高频电治疗、经支气管镜注入药物局部治疗。

临床转归：经过支气管镜治疗后，患者管腔恢复通畅，阻塞性肺炎和肺不张症状得到吸收，气短症状消失，患者顺利出院。半年后复查显示，肿瘤无复发及残留。

适合阅读人群：医学影像科；呼吸内科及支气管镜室，胸外科

混和瘤又称多形性腺瘤（pleomorphic adenoma, PA），是医学领域中较为常见肿瘤类型，大约60-70%的涎腺肿瘤属于多形性腺瘤^[1]。从组织学角度看，呼吸道存在浆液粘液腺，与涎腺在组织结构上存在着许多相似之处。基于这种相似性，混合瘤不仅局限于涎腺部位发生，在呼吸道也同样有发生的可能性。

多形性腺瘤是涎腺肿瘤中的常客，具有高达60%-70%的占比，这说明了它在涎腺肿瘤领域的突出地位。这种肿瘤之所以具有多形性，是因为其在组织学上表现出复杂多样的形态特征。从正常的涎腺组织结构上看，它是由腺上皮和肌上皮细胞构成，多形性腺瘤正是源于这些具有多向分化潜能的细胞。它们不仅可以向腺上皮方向分化，还能向肌上皮方

向分化,且在分化过程中可产生黏液样物质和软骨样基质,使肿瘤在显微镜下呈现出多种形态的细胞和组织结构,即“混合瘤”。

呼吸道与涎腺在组织结构上的相似性为多形性腺瘤在呼吸道的发生提供了理论基础,呼吸道黏膜下存在着丰富的浆液粘液腺,其组织构成和功能特点与涎腺组织有许多类似之处。涎腺的主要功能是分泌唾液,呼吸道的浆液粘液腺分泌黏液,这些黏液可以湿润呼吸道、黏附灰尘和细菌等异物,起到保护呼吸道的作用。在组织结构上,它们都有腺泡和导管结构。肌上皮细胞具有收缩功能,在涎腺中可以帮助排出唾液,在呼吸道中则有助于排出黏液。正是由于这种组织结构的相似性,使得多形性腺瘤可能在呼吸道中产生。

原发性呼吸道混合瘤在临床实践中属于罕见病症^[2],虽然呼吸道与涎腺有相似之处,但多形性腺瘤在呼吸道的发生频率远低于涎腺。该发生部位主要集中于气管和支气管,气管和支气管作为呼吸道的主要通道,其黏膜下的浆液粘液腺丰富,为肿瘤的发生提供了更多的机会。发生范围不仅限于此,可能出现在段支气管以及肺部等部位^[3]。支气管和肺部的浆液粘液腺相对较少,但仍有发生多形性腺瘤的可能。

这种瘤存在复发可能性,具有潜在恶性转化倾向。多形性腺瘤虽然通常认为是良性肿瘤,但由于其细胞的多向分化潜能和复杂的组织结构可能会出现复发。如果手术切除不彻底,残留的肿瘤细胞会继续生长,导致肿瘤复发。在长期的慢性炎症刺激、遗传因素等作用下,肿瘤还有潜在的恶性转化倾向,即从良性肿瘤转变为恶性肿瘤。

通常在疾病早期,往往缺乏特异性症状和体征^[4]。患者表现出一些看似不适,这些症状与常见呼吸道疾病表现相似,导致在临床诊断过程中,容易出现误诊情况^[5]。患者感觉呼吸稍有不畅,或者偶尔咳嗽几声,这些症状容易被误认为是普通感冒、支气管炎等疾病,延误最佳治疗时机^[6]。早期的多形性腺瘤患者可仅表现为轻微的咳嗽,这种咳嗽是间歇性的,尤其在夜间或清晨较为明显,与普通感冒或支气管炎引起的咳嗽症状相似。患者也可能出现少量的咳痰,痰液为白色黏液样,容易认为是一般的呼吸道感染。随着肿瘤的生长,气道阻塞症状会逐渐加重,病情可能已经进展到了一定程度。

多形性腺瘤病因尚不明确,医学界进行了大量研究和探索,但至今没有找到确切致病因素^[7]。目前认为可能与遗传因素、环境因素、慢性炎症刺激等因素相关。基因的突变或异常表达可能增加患者患多形性腺瘤的风险。环境因素方面,长期接触化学物质、放射性物质等可能对呼吸道黏膜造成损伤,诱发肿瘤。长期的支气管炎、肺炎等慢性炎症刺激,也可能导致呼吸道黏膜的细胞发生异常增生,最终形成肿瘤。

在发病年龄方面,该病症的发病跨度相对较大,发病年龄范围在 26 - 74 岁之间。意味从青年到老年阶段人群有可能患上该疾病^[8]。这说明多形性腺瘤的发生与年龄的关系并不十分密切。不过,在中老年人群中发病相对较为常见,这

可能与中老年人身体免疫力下降、长期接触各种致病因素等有关。在性别分布上,没有明显差异,男性患者和女性患者发病几率相当。

本病例中患者为 65 岁男性,病变部位发生在右肺上叶支气管,符合该病症在发病年龄和部位上特征表现。患者处于多形性腺瘤高发年龄段,病变部位也是呼吸道混合瘤可发生区域之一。该病例为进一步了解和研究气管及支气管多形性腺瘤提供了实例参考,有助于深入剖析该病症的临床特点、诊断方法以及治疗方案方面问题。通过对该病例的详细分析,可以总结多形性腺瘤在发病年龄、部位、症状、体征、影像学表现、病理特征等方面的特点,为临床诊断和治疗提供有益的经验。例如,对于 65 岁左右的男性患者,如果出现咳嗽、咳痰、气短等症状,且胸部 CT 提示支气管腔内占位性病变,应考虑到多形性腺瘤的可能,避免误诊为常见的呼吸道疾病或恶性肿瘤。对于该病例的治疗方法和预后情况的观察,可为其他类似病例的治疗提供参考,帮助医生选择更合适的治疗方案,提高患者的治疗效果和生活质量。

临床表现:多形性腺瘤起病隐匿,生长缓慢,早期常无症状。由于病变常发生在大气道内,因此患者常出现气道阻塞症状,如咳嗽、咳痰、呼吸困难、气喘和喘鸣,这些症状与气喘、支气管炎等常见疾病相似,因此术前容易误诊。由于成人发生大气道肿瘤 90% 多为恶性,易误诊为恶性肿瘤。本例患者老年男性,有多年吸烟史,先以发热、咳嗽就诊,外院未做放射检查直接输液治疗,部分症状缓解后转至我院。CT 提示支气管腔内占位性病伴阻塞性肺炎、肺不张,纵隔淋巴结增大。支气管镜检发现支气管腔内新生物堵塞气道,胸部 CT 及支气管镜检查也考虑恶性肿瘤,中央型肺癌可能。

病理:多形性腺瘤肿瘤边界清楚,有包膜,质地韧,肉眼常呈灰白色,光滑息肉样形态类圆形肿块。镜下组织复杂呈多形性,由腺体、肌上皮、粘液样软骨基质等混合构成,因此也被称为混合瘤,其特点是充填于腺上皮和肌上皮细胞粘液软骨基质和中央假性浸润。免疫组化:导管和肌上皮细胞的低分子量 CK 和广谱 CK 染色均呈阳性,而肌上皮和间质细胞对 Vimentin、SMA 和 GFAP 呈阳性,上皮细胞和肌上皮细胞均见对 S-100 蛋白的免疫反应。

影像学表现:多形性腺瘤在影像学上多表现为中央型,起自气管或支气管壁向腔内生长期肉样肿物。肿瘤呈圆形或类圆形,边界清楚,边缘光整。由于肿瘤由多种组织构成,CT 显示密度不均匀,未见钙化脂肪密度。增强后呈“慢进慢出”改变。肿瘤较大时,会阻塞气管及支气管,出现阻塞性肺炎、肺不张等征象。邻近气管壁无浸润增厚。少数为与支气管无关外周型,偶尔在体检时发现。鉴别:成人原发气管及支气管肿瘤以恶性常见,病理类型以鳞癌、腺样囊性癌居多。鳞癌是上皮起源恶性肿瘤,老年男性多见,与吸烟相关。好发于气管下 2/3 后壁,管壁局限性增厚破坏,形成不规则肿块、分叶,常合并坏死。增强后强化不均,易侵犯邻近结构。腺样囊腺瘤起源于支气管粘膜腺体粘液分泌细胞,

肿瘤生长缓慢也易延误诊断。以气管、大支气管为主中央型多见，好发年龄 40–60 岁。肿瘤纵向范围大于轴向，密度多均匀，钙化罕见，增强轻度强化多见。发生于支气管内最常见良性肿瘤为错构瘤，支气管内病变爆米花样钙化和肉眼见脂肪具有高度特异性。

治疗：多形性腺瘤的主要治疗方式是肿瘤切除和气管重建。对于老年患者、肺功能差、肿瘤恶变有远处转移者或因其它原因无法进行手术治疗患者，可采用气管镜下介入治疗，如高频电圈套+电凝、氩气刀、激光等热消融治疗和冷冻治疗。本例患者采用了经支气管镜冷冻治疗、高频电治疗以及注入药物局部治疗，取得了良好治疗效果。

预后：肺混合瘤的预后取决于肿瘤大小、局部浸润程度和有丝分裂活动程度。具备以上特征肺混合瘤较易复发和转移。胸部 CT 可清楚显示病变呈息肉样结节向管腔内生长阻塞管腔，渐进性强化，支气管壁无增厚及浸润。常部分或全部阻塞气道出现肺部阻塞性炎症，肺门及纵隔无增大淋巴结或增大淋巴结呈良性增生征象，不伴胸腔积液。支气管镜活检病理学可确诊本病。本病有复发和恶变可能，支气管镜或外科完整手术切除为首选治疗方案，术后建议定期随访。本例患者不伴有局部浸润，临床支气管镜下介入治疗后管腔通畅，阻塞性肺炎吸收。患者半年后复诊显示支气管腔通畅，无肿瘤残留复发，建议定期随访。

综上所述，本例罕见支气管多形性腺瘤的完整诊断与治疗过程，为临床实践提供了极为宝贵的经验。面对类似以咳嗽、气短、阻塞性肺炎为主要表现的中央型支气管占位病例，尤其是影像学提示支气管腔内结节伴远端阻塞性改变时，临床医生在鉴别诊断中不应仅局限于常见的中央型肺癌，亦需将多形性腺瘤这类相对罕见的良性肿瘤纳入考虑范围。

为提高诊断准确性、减少误诊误治，必须强调综合运用多种诊断手段。高分辨率胸部 CT 能清晰显示肿瘤的形态学特征，本例中类圆形、沿支气管长轴生长、边界清晰、支气

管壁完整、增强扫描呈慢进慢出的渐进性强化模式，有助于与恶性肿瘤（鳞癌常呈管壁不规则增厚、分叶、坏死）或错构瘤（特征性爆米花样钙化或脂肪成分）相鉴别。支气管镜检查能直观观察到灰白色、菜花样、息肉状凸起的新生物，虽其形态易与恶性肿瘤混淆，但结合活检病理及免疫组化结果（符合副唾腺混合瘤伴间质玻璃样变）可明确诊断。肿瘤标志物阴性、肺炎支原体及结核抗体阴性等实验室检查结果，也在排除感染性或高度恶性病变中提供了辅助依据。

在治疗策略选择上，需个体化考量患者年龄、基础肺功能、肿瘤大小、部位及浸润深度等因素。本例患者为 65 岁老年男性，肿瘤位于右肺上叶支气管，管腔完全堵塞及远端肺不张，但未侵犯邻近结构，且患者因年龄及肺功能等因素难以耐受开放性手术，故选择经支气管镜下冷冻、高频电及局部药物注入等微创介入治疗。方案成功解除了气道阻塞，促进了阻塞性肺炎和肺不张的吸收，症状显著改善。对于能够耐受手术的患者，完整的手术切除（袖状切除）联合气管重建仍是首选，可最大程度降低复发风险。

本例患者半年后复查显示肿瘤无复发残留，随访不仅关注局部复发（支气管镜检查直观有效），还需警惕肿瘤的恶变潜能，尤其是对于初次手术切除不彻底、存在组织学高危因素（细胞丰富、核分裂象多见）的患者。建议术后初期（前 2 年）每 3–6 个月进行胸部 CT 及支气管镜复查，之后可适当延长间隔。

随着分子生物学技术的进步，深入探索多形性腺瘤的病因与发病机制（基因融合、信号通路异常），有望发现新的诊断标志物和治疗靶点。更精准的影像学技术（能谱 CT、PET-CT 特征分析）、更高效的介入治疗工具（激光、氩气刀的优化应用）以及对生物制剂在抑制复发或恶变中潜力的研究，将共同推动对该疾病的精准化诊疗，最终改善患者的长期生活质量与预后。

参考文献：

- [1] 张冬梅，魏建国. 肺转移性多形性腺瘤一例 [J]. 中华病理学杂志，2017，46（1）：59–60. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2017.01.016.
- [2] 崔林阳，腾青. 肺段支气管多形性腺瘤一例并文献复习[J]. 影像研究与医学应用杂志，2020，4（32）：248–249
- [3] 冷再君，夏淮玲，操乐杰，气管多形性腺瘤及无痛支气管镜下介入治疗[J]. 临床肺科杂志，2015，9（20）：1737–1739. DOI: 10.3969/j.issn.6663.2015.09.058.
- [4] 田亮，张欣，郭效忠等，气管多形性腺瘤 1 例并文献复习[J]. 临床与病理杂志，2017，37（1）211–217. DOI: 10.3978/j.issn.2095-6959.2017.01..037
- [5] 白洁，李，李建英，等，气管多形性腺瘤合并原发性支气管肺癌 1 例报道及文献复习[J]. 临床医学研究与实践杂志，2023，8（22）DOI: 10.19347/j.cnki.2096.1413i.202322007
- [6] 杨玲玲. 气管支气管原发良性肿瘤的临床及 CT 影像分析 [J]. 黑龙江中医药 2025
- [7] 刘梦涵，张光. 主支气管多形性腺瘤 1 例[J]. 医学影像学杂志，2023，33（8）：1346–1346.
- [8] 张胜波，张言敏，张纪银，等. 误诊肺细支气管腺瘤 2 例分析[J]. 中国实用医药，2024，19（11）：146–149.