

---

## 2014 年恶性胸腔积液诊断与治疗专家共识解读

---

作者：首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症医学科 施焕中 张予辉

2014-04-14

几乎所有类型的恶性肿瘤发展至晚期均会出现恶性胸腔积液(MPE)。近期，我国“恶性胸腔积液诊断与治疗专家共识”公布，其由施焕中教授发起，经过我国 20 多位著名专家多次修改，历时半年多才最终定稿。该共识汇聚了文献精华和专家经验，对恶性胸腔积液的临床诊断和治疗具有指导意义。



施焕中教授

### 诊断：病理学检查是金标准

确定 MPE 诊断的“金标准”仍是在胸水细胞沉淀中找到恶性细胞，或在胸膜活检组织中观察到恶性肿瘤的病理变化。

### 临床表现

可作为诊断 MPE 的重要线索。大部分 MPE 患者有临床症状，但约 25% 患者可表现为无症状，经体检或胸部 X 线检查偶然发现。

### 影像学检查

大多 MPE 患者胸部 X 线检查均能观察到中等量至大量胸水，一般为 500-2000 ml,约 10%患者表现为大量胸水，约 15%患者胸水<500 ml。计算机断层扫描(CT)有助于发现少量 MPE，判断是否伴有纵隔淋巴结转移，对潜在肺实质病变进行评估。磁共振成像(MRI)对 MPE 的诊断价值有限，但可能有助于评估肿瘤侵袭纵隔或胸壁范围。初步研究显示，氟脱氧葡萄糖正电子发射 CT 扫描对 MPE 具有良好预测价值，但有待更多循证医学证据支持。

### 诊断性胸腔穿刺术

行胸腔穿刺无绝对禁忌证，相对禁忌证包括胸水量过少（单侧卧位胸水平面距离胸壁<1 cm）、出血倾向、正在接受抗凝治疗和机械通气等。绝大多数 MPE 为渗出液，细胞分类以淋巴细胞为主；但也有极少数是漏出液。

胸水细胞学是诊断 MPE 的最简单方法，多次检查可提高阳性率。某些肿瘤标志物如癌胚抗原、细胞角蛋白片段 21-1、糖类抗原有助于 MPE 诊断。联合检测多种标志物可提高诊断效率。

### 闭式胸膜活检术

对 MPE 诊断的敏感度低于细胞学检查，诊断率为 40%~75%。若 CT 发现胸膜异常（如间皮瘤），建议在超声或 CT 引导下经皮闭式胸膜活检。

### 内科胸腔镜检查术

主要用于不明原因渗出性胸腔积液的鉴别诊断；也可通过内科胸腔镜喷洒滑石粉行胸膜固定术治疗 MPE。内科胸腔镜检查可获取更大、更具有代表性的病变组织，因此比闭式胸膜活检术更利于对胸膜恶性肿瘤作出较早期诊断、组织学分类及临床分期。

### 外科活检术

可采用胸腔镜或开胸两种方式。外科胸腔镜活检术通常要求全身麻醉和双腔气管插管，由于术中单侧肺通气，因此外科胸腔镜可视范围比内科胸腔镜广阔，可同时进行诊断

与治疗操作。患者不能耐受单肺通气是外科胸腔镜活检术的禁忌证，此时应考虑开胸活检术。

### 支气管镜检查术

当怀疑存在肺内占位、出血、肺膨胀不全、支气管黏膜病变或大量胸水无纵隔移位时，应行支气管镜检查术。

### **[解读]**

并非所有恶性肿瘤患者的胸腔积液均是恶性，有可能为肿瘤旁胸腔积液，这部分患者胸腔积液中不存在恶性细胞，胸膜也无转移瘤。有研究表明，出现胸腔积液的肺癌患者中仍有 5% 患者有手术机会。因此，在诊断和鉴别诊断恶性肿瘤并发胸腔积液时，尤其应慎重对待胸腔积液中细胞学检查结果为阴性的患者，只要无胸膜及其他部位转移证据，结合其他情况，有手术条件时应施行手术。

### **治疗：尽早考虑姑息治疗**

MPE 诊断一旦明确，应尽早考虑姑息治疗。对患者的症状、一般情况及预期生存时间进行全面评估，然后再制定治疗方案。治疗的主要目的是减轻呼吸困难症状。

### 临床观察

是指针对 MPE 本身不做任何治疗干预，推荐用于原发肿瘤已明确但无症状的 MPE 患者。对有症状的 MPE 患者，需咨询呼吸科专科医生的意见，决定是否采取单纯的观察。

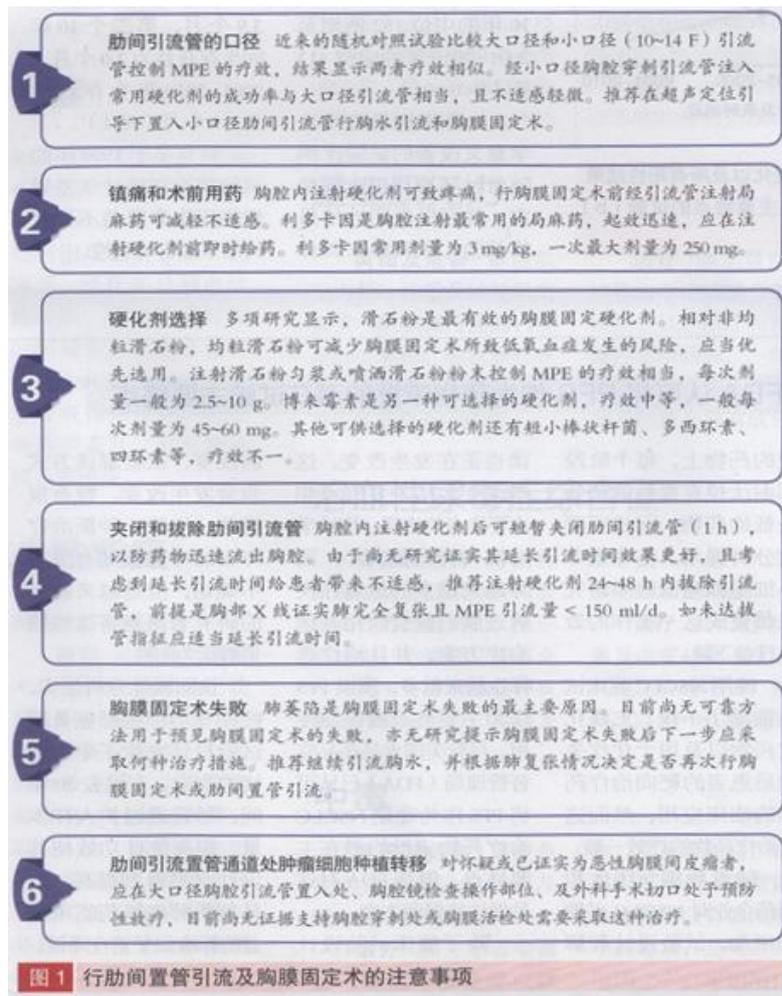
### 治疗性胸腔穿刺术

胸腔穿刺排液后 1 个月内 MPE 复发率较高，因此不推荐用于预期寿命超过 1 个月者。反复行治疗性胸腔穿刺术可暂时缓解呼吸困难，使部分预期生存时间短、体能状况差者避免住院，适用于体质虚弱和终末期患者。

## 肋间置管引流及胸膜固定术

对预期寿命极短的患者一般不推荐反复行胸腔穿刺术，可于肋间置入小口径引流管引流胸水，以缓解呼吸困难症状。如肺脏无明显萎陷，肋间置管引流后应行胸膜固定术以防止 MPE 复发。单纯肋间置管引流术而不实施胸膜固定术者 MPE 复发率高，故应避免单纯行肋间置管引流术。

临床上，施行肋间置管引流及胸膜固定术应注意一些事项（图 1）。



## 门诊长期留置胸腔引流管

留置胸腔引流管是控制复发性 MPE 的一种有效方法，尤其是对肺萎陷或希望缩短住院时间的患者。每隔一段时间将导管与真空引流瓶连接进行引流，可促进肺复张和胸腔闭锁，大多数引流管短期留置后可拔除。

## 胸腔内注射纤维蛋白溶解剂

对于多房性 MPE、单纯引流效果不佳者，推荐胸腔内注射纤维蛋白溶解剂如尿激酶、链激酶等减轻胸膜粘连、改善 MPE 引流以缓解呼吸困难症状。

## 经胸腔镜治疗

对体能状况良好者，推荐经胸腔镜治疗用于可疑 MPE 的诊断，也推荐用于已确诊 MPE 者行胸水引流及胸膜固定术。

## 其他

(1)全身治疗：某些肿瘤（如小细胞肺癌）胸膜转移所致的 MPE，可能对化疗有较好的反应，如无禁忌证可考虑全身治疗，同时联合胸腔穿刺或胸膜固定术。(2)外科治疗：由于目前循证医学证据不充分，暂不推荐应用胸膜切除术替代胸膜固定术或留置胸腔导管治疗复发性胸水或肺萎陷。(3)胸腔内治疗：目前尚无足够的循证医学证据支持胸腔内治疗。

## **[解读]**

目前，几乎所有针对 MPE 的姑息性干预手段均存在缺陷，无法取得满意疗效，且只适用于部分患者。

治疗 MPE 的理想方法是能迅速缓解患者的症状，作用持久，无需反复操作。因患者的预期生存时间只有数月，应尽可能选择创伤小、不引起明显不适、并发症少而轻微的治疗手段。此外，还要考虑 MPE 的管理尽可能不影响针对原发肿瘤的处理，最好能在门诊就能进行操作，能减轻患者及家属的负担。

