

中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液的处理

翁毅敏, 吴一龙, 谷力加, 冯卫能, 程超, 钟文昭, 黄邵洪

(中山大学附属第三医院胸心外科, 肺癌研究中心, 广东 广州 510630)

摘要:【目的】探讨中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液合理有效的治疗策略。【方法】回顾性分析 1999 年 4 月至 2001 年 4 月收治的 46 例合并胸腔积液的中晚期非小细胞肺癌的处理及结果。【结果】全组行胸腔穿刺或闭式引流, 胸腔局部处理并配合全身化疗者共 28 例, 胸腔积液获完全缓解(CR)18 例, 部分缓解(PR)4 例, 总有效率为 79%; 行胸腔镜下胸膜剥除术者共 16 例, 胸腔积液获 CR 14 例, PR 1 例, 总有效率为 94%。全组最后证实为恶性胸腔积液者 37 例, 恶性胸液检出率为 80%, 其中 5 例胸液中未找到癌细胞, 但通过胸腔镜获得恶性胸腔积液的诊断。【结论】胸腔穿刺或闭式引流, 局部治疗配合全身化疗是治疗中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液的常规手段, 近期疗效尚满意; 胸腔镜下胸膜剥除, 配合全身化疗, 是治疗中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液的一项新手段, 疗效满意, 且能明确诊断, 值得进一步探讨。

关键词: 非小细胞肺癌; 胸腔积液; 胸腔镜术

中图分类号: R734.2

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0095-02

非小细胞肺癌并胸腔积液往往意味着肺癌已处中晚期, 多数已失去外科根治的机会, 治疗效果较差。如何合理地处理合并胸腔积液的非小细胞肺癌, 提高患者的生存质量, 延长生存期, 是临床上备受争议的课题。我科于 1999 年 4 月至 2001 年 4 月期间共收治合并胸腔积液的中晚期非小细胞肺癌 46 例, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共收治合并胸腔积液的中晚期非小细胞肺癌患者 46 例, 所有病例均经病理组织学或细胞学证实为肺癌。其中男 32 例, 女 14 例; 年龄范围 30~74 岁, 中位年龄 59 岁; 肺腺癌 35 例, 肺鳞癌 11 例; 肺癌临床分期: III 期 15 例, IV 期 31 例。单侧胸腔积液 36 例, 双侧胸腔积液 10 例。8 例少量胸腔积液, 无明显胸闷气促表现; 18 例中等量胸腔积液, 有不同程度的呼吸困难表现; 20 例大量胸腔积液, 有明显的呼吸困难表现, 端坐呼吸并需给氧。

1.2 治疗方法

对已确诊为肺癌而是否恶性胸腔积液病理不明的病例, 少量胸腔积液者, 我们予以胸腔穿刺抽液作细胞学检查; 中等量胸腔积液呼吸困难不明显者, 亦予以反复胸腔穿刺抽液作细胞学检查; 中等或大量胸腔积液有明显呼吸困难者, 我们予以胸腔闭式引流, 并作积液细胞学检查, 以明确诊断。对已确诊肺癌而胸腔积液高度怀疑为恶性或已证实为恶性的病例, 少量胸腔积液者, 我们不予局部处理胸腔积液; 中等或大量胸腔积液者, 我们予以胸腔闭式引流, 排干胸腔积液后, 胸腔内使用局部化疗药物如顺铂、卡铂、表阿霉素等, 或者生物免疫调节剂如白介素-2、短小棒杆菌等, 以促使胸膜粘连, 并配合全身化疗作综合治疗; 对一部分患者我们也采用了胸腔镜下胸膜剥除配合全身化疗治疗合并恶性胸腔积液者。

1.3 疗效评定标准

参考 WHO 近期疗效评定标准。完全缓解(CR): 胸腔积液完全消失并至少维持 4 周以上; 部分缓解(PR): 胸腔积液

减少 50% 以上, 并维持 4 周以上; 稳定(NC): 胸腔积液减少不足 50% 并估计增加不多于 25%; 疾病进展(PD): 胸腔积液量增加估计超过 25% 或出现新的病灶。

2 结果

全组 46 例患者最后证实为恶性胸腔积液者 37 例, 其中 8 例少量胸腔积液中有 3 例为恶性胸液, 血性胸腔积液 1 例; 18 例中等量胸腔积液中有 14 例为恶性胸液, 血性胸腔积液 11 例; 20 例大量胸腔积液均证实为恶性胸液, 血性胸腔积液 17 例。恶性胸液的检出率为 80%, 其中 5 例胸腔积液胸液中未找到癌细胞, 是通过胸腔镜才获得恶性的诊断。全组 46 例患者中, 少量、中等量、大量 3 组胸腔积均值各为 300 mL、800 mL、1800 mL。共 29 例为血性胸腔积液。

8 例少量胸腔积液组: 其中 2 例恶性胸液患者通过全身化疗胸腔积液取得 CR、PR 各 1 例, 其余 6 例患者有 2 例因骨转移、肝转移予以全身化疗胸腔积液取得 CR 外, 其余 4 例患者最终行手术治疗, 其中 1 例患者术后证实为恶性胸腔积液。

18 例中等量胸腔积液组: 均予以胸腔闭式引流, 局部处理并配合全身化疗, 结果 CR 12 例, PR 3 例, 有效率 83%。其余 3 例胸腔积液治疗效果不佳, NC 2 例, PD 1 例, 改行胸腔镜下胸膜剥除并配合全身、局部化疗, 结果胸腔积液均获 CR, 有效率 100%。

20 例大量胸腔积液组: 其中 10 例予以胸腔闭式引流, 局部处理并配合全身化疗。结果胸腔积液 CR 6 例, PR 1 例, NC 3 例, 有效率 70%。其余 10 例连同前 3 例 NC 患者, 选择胸腔镜下胸膜剥除, 配合全身、局部化疗。结果胸腔积液获 CR 11 例, PR 1 例, 有效率 92%, 无效的 1 例为胸腔积液局部治疗效果不佳, 改行胸腔镜下胸膜剥除, 术中脏、壁层胸膜广泛增厚, 肺组织完全不张, 肺门冰冻状改变, 无法行肺切除, 也无法行脏层胸膜剥除术, 术后胸腔积液效果仍为 NC。

全组 46 例患者中, 行胸腔穿刺或闭式引流, 局部治疗配合全身化疗者共 28 例, 胸腔积液获 CR 18 例, PR 4 例, 总有

收稿日期: 2002-06-21

作者简介: 翁毅敏(1970-), 男, 广东潮阳人, 主治医师。

效率为 79%;行胸腔镜下胸膜剥除术共 16 例,胸腔积液获 CR 14 例,PR 1 例,总有效率为 94%。

3 讨论

肺癌并胸腔积液产生的原因主要有:肿瘤侵犯胸膜,使其表面通透性增加或淋巴回流受阻;肿瘤压迫、阻断淋巴引流,导致胸腔内蛋白质积聚,导致胸腔积液;肿瘤阻塞近端支气管致阻塞性肺炎累及胸膜,导致胸腔积液;肿瘤致营养不良低蛋白血症,亦可致胸腔积液^[1,2]。诊断恶性胸液的“金标准”是胸腔积液细胞学检查找到癌细胞,当然,肿瘤胸膜侵犯这一引起恶性胸腔积液的最主要因素,也是诊断恶性胸液的“金标准”之一。本组病例中,恶性胸腔积液的检出率为 80%(37/46),较文献(50%~70%)报道的高^[3,4],原因主要是本组病例的诊治较积极,增加了胸腔镜检查和治疗的手段。其中有 5 例是通过胸腔镜的手段才获得恶性胸液的诊断,这些病例虽然胸液中未找到癌细胞,但镜下可见脏、壁层胸膜呈花斑状、粟粒样、菜花状、结节状改变或胸膜广泛增厚,且病理证实为恶性。

肺癌并胸腔积液临床上多已处中晚期,治疗上应结合全身情况,区分是否恶性胸腔积液,具体情况具体处理。如胸腔积液排除恶性可能,肺癌临床分期未达到 IIIb 或 IV 期,则仍有手术根治机会,主张以手术治疗为主的综合治疗,争取长期生存的可能。但若为恶性胸腔积液,临床分期至少已 III b,治疗效果较差,自然生存期平均为 2~3 个月。临床上仅能予以姑息治疗,主要是结合局部和全身化疗的多学科综合治疗,争取短期内缓解症状,减轻痛苦,提高生存质量,并争取延长生存期^[1]。

局部治疗手段主要是排净胸腔积液,应用各种方法,包括胸腔内使用局部化疗药物如顺铂、表阿霉素等,或生物免疫调节剂如白介素-2、短小棒杆菌等,促使胸膜粘连,消灭胸膜腔。对于少量胸腔积液者,我们可不作局部处理或仅作胸膜腔穿刺抽液。但中等或大量胸腔积液者,则主张行胸腔闭式引流,以排净积液,减少胸膜腔内分隔或积液包裹的发生,并予以局部注入化疗药物或生物免疫调节剂,以促使胸膜腔粘连,控制胸腔积液。本组采用该方法的 28 例患者,胸腔积液治疗的总有效率为 79%,与文献报道的结果相似^[5,6],其中有 6 例因胸腔积液较长时间未得到控制,改行胸腔镜下胸膜剥除术,结果五例获得控制。行胸腔镜下胸膜剥除术的所有 16 例病例中,除 1 例因肺癌晚期,左全肺完全不张,无法行肺切除或脏层胸膜剥除术,达不到消灭胸膜腔

的目的,最后无法消灭胸腔积液外,其余病例术后胸腔积液均满意控制,总有效率为 94%,若除外该无法行脏层胸膜剥除术的病例,则本组胸腔镜下胸膜剥除术治疗肺癌并胸腔积液的有效率为 100%,效果非常满意,文献也有类似报道^[7]。我们的体会是,控制胸腔积液的首要条件是必须能消灭胸膜腔,即肺脏要能涨起来,与壁层胸膜粘连,这样才能配合局部或全身化疗控制胸腔积液。当然,剥除了受侵犯的胸膜,也消除了胸腔积液产生的基础。有文献报道^[8]:胸腔镜下胸膜剥除术治疗肺癌并恶性胸腔积液,虽手术效果令人满意,但手术风险较大,病死率高达 12%,提示我们需谨慎选择合适病例行胸膜剥除。本组病例中无一例围术期死亡,我们选择那些中等到大量胸腔积液者,尤其是胸部 CT 示胸膜有明显增厚者;或经胸腔穿刺或闭式引流加局部治疗配合全身化疗效果欠满意者,施行胸腔镜下胸膜剥除术。

总而言之,胸腔穿刺或闭式引流,局部治疗配合全身化疗治疗中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液这一常规手段,胸腔积液的近期疗效尚满意;胸腔镜下胸膜剥除,配合局部和全身化疗治疗中晚期非小细胞肺癌并胸腔积液,疗效满意,为我们控制胸腔积液提供了又一有效手段,但目前尚缺乏多中心、大样本的随机对照研究证实,临床上值得进一步探讨。

参考文献:

- [1] 吴一龙. 肺癌多学科综合治疗的理论与实践[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 276~284.
- [2] 叶任高. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 135~141.
- [3] 刘继先, 李连镇, 李彤, 等. 多项检查对恶性胸腔积液诊断价值的探讨[J]. 深圳医学, 1998, 11(1): 14.
- [4] 吕喜英, 刘李承, 刘怀深, 等. 胸水脱落细胞学检查对恶性胸腔积液的诊断价值[J]. 承德医学院学报, 1999, 16(4): 327.
- [5] Hsu W H, Chiang C D, Chen C Y, et al. Ultrasound-guided small-bore Elecath tube insertion for the rapid sclerotherapy of malignant pleural effusion[J]. Jpn J Clin Oncol, 1998, 28(3): 187.
- [6] Tohda Y, Iwanaga T, Takada M. Intrapleural administration of cisplatin and etoposide to treat malignant pleural effusions in patients with non-small cell lung cancer[J]. Chemotherapy, 1999, 45(3): 197.
- [7] 谷力加, 吴一龙, 冯卫能, 等. 电视胸腔镜胸膜剥除术联合化学治疗恶性胸腔积液 15 例临床体会[J]. 新医学, 2001, 32(6): 23.
- [8] Fry W A, Khandekar J D. Parietal pleurectomy for malignant pleural effusion[J]. Ann Surg Oncol, 1995, 2(2): 160.

(编辑 张思健)

螺旋 CT 诊断肺癌纵隔淋巴结转移判定标准的研究

钟文昭, 吴一龙, 谷力加, 翁毅敏, 冯卫能, 程超, 黄邵洪

(中山大学附属第三医院胸心外科, 中山大学肺癌研究中心, 广东 广州 510630)

摘要:【目的】为螺旋 CT 诊断肺癌区域淋巴结转移寻找更合理的判定标准。【方法】运用二项分类 Logistic 回归分析统计学方法对 43

收稿日期: 2002-06-21

作者简介: 钟文昭(1975-), 男, 广州人, 医师。

©1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>