



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2025.11.005

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2025.11.005

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2025 版)》要点简介

何权瀛

支气管肺癌(简称肺癌)发病率高,同时其病死率居各种癌症之首,严重危害人民健康,因此切实做好肺癌的诊治和防控是呼吸科医生义不容辞的艰巨任务。近期中华肿瘤杂志发表了《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2025 版)》,整合了国内外最新研究成果及临床实践,旨在为各级临床医师提供肺癌筛查、诊断、病理、治疗和随访等方面的循证医学证据和指导性建议。这是一份极其重要的医学文件,现对该指南中有关肺癌筛查和诊断、鉴别诊断、内科治疗措施等内容的要点做如下简介,相关的外科治疗措施从简,有兴趣者可参照原文。

本指南共分为七个部分:

第一部分 指南制定方法(略)

第二部分 肺癌的筛查

一、筛查人群的选择

1. 年龄(2A 类推荐证据)

推荐筛查的起始年龄为 45 岁。

2. 危险因素(2A 类推荐证据)

结合中国人群肺癌的发病特点,推荐在符合年龄段基础上,对符合以下危险因素之一的人群进行筛查:吸烟(吸烟量 ≥ 20 包年)、二手烟或环境油烟吸入史、职业致癌物质暴露史(长期接触氡、砷、铍、铬、镉及其化合物、石棉暴露、二氧化硅和煤烟等)、个人肿瘤史、一二级亲属肺癌家族史与慢性肺部疾病史。对于因自身因素,预期不能耐受以根治为目的治疗(如手术、放疗、消融等)的人群,不推荐参加筛查。

二、筛查技术

1. 低剂量 CT(LDCT, 1 类推荐证据)

推荐采用 LDCT 进行筛查。

2. 其他技术(3 类推荐证据)

对于可疑的气道病变者建议采用支气管镜进一步检查,对于重度吸烟者,条件允许可进行荧光支气管镜检查。

三、筛查频率(2A 类推荐证据)

建议筛查的间隔时间为 1 年,不推荐间隔时间 > 2 年。对年度筛查结果正常者建议每 1~2 年继续筛查。

四、筛查组织人员(1 类推荐证据)

实施筛查的关键是必须有多学科专家共同协作,包括影像科、呼吸内科、胸外科、肿瘤科等在内的多学科协作团队。

五、筛查 CT 质控和阅片测量要求(略)

六、筛查结果管理(2A 类推荐证据)

1. 基线筛查结果管理建议

(1) 无肺内非钙化性结节检出(阴性结果),或检出的非实性结节平均长径 < 8 mm,或实性结节/部分实性结节的实性成分平均长径 < 5 mm,建议进入下年度 LDCT 筛查。

(2) 检出的非实性结节平均长径 ≥ 8 mm,或实性结节/部分实性结节的实性成分平均长径 ≥ 5 mm,如无法排除恶性结节,建议随访或必要时抗感染治疗后复查高分辨率 CT(HRCT);如结节无变化或增大,建议多学科会诊后决定是否进行临床治疗;如结节完全吸收,建议进入下年度 LDCT 筛查,再视结节变化趋势,参照以上两种情况的处理流程处置。对于高度怀疑恶性的结节,建议进行临床治疗。

2. 年度筛查结果管理建议

(1) 如筛查结果为阴性或上年度检出结节无变化,建议进入下年度 LDCT 筛查。

(2) 如上年度检出结节增大或实性成分增多,建议进行临床治疗。

(3) 检出新发非钙化结节,如结节平均长径 < 5 mm,建议 6 个月后复查 HRCT,如结节未增大则建议进入下年度筛查;如结节增大则建议多学科会诊后决定是否进行临床治疗或进入下年度筛查。如结节平均长径 ≥ 5 mm,建议随访或必要时抗感染治疗后复查 HRCT,如结节完全吸收,建议进入下年度筛查;如结节部分吸收,6 个月后复查 HRCT,如继续吸收或完全吸收,建议进入下年度筛查;如无变化或增大,建议多学科会诊后决定是否进行临床治疗。

3. 多发结节的管理

随访频率应基于最大/最可疑的结节进行评估,除病理学明确为转移外,每个结节均应独立进行评估。高度怀疑转移性病灶应考虑行病理学活检,如条件允许可对多个病灶进行病理学评估。对于因多发结节导致治疗方案选择困难时,建议采用多学科讨论确定治疗方案。

4. 警惕假阳性与过度诊断(略)

5. 参与度与依从性(略)

6. 戒烟建议

建议开展戒烟宣传教育,对每位吸烟的筛查对象均应建议戒烟,必要时可建议至戒烟门诊就诊,以获得相应的医疗干预及药物治疗。

第三部分 肺癌的诊断

一、肺癌的临床表现

中央型肺癌可表现出相应的呼吸系统或心血管系统症状及体征,远处转移可因转移部位的不同而出现不同的症状;周围型肺癌早期常无呼吸道症状,随着病情的发展,可出现相应的呼吸道症状或转移引起的相关症状。少数肺癌患者出现一

些少见的并非由肿瘤直接侵犯或转移引起的症状和体征,即副癌综合征,常表现为胸部以外的脏器(如内分泌、神经、血液系统等)相关症状。

二、肺癌的辅助影像学检查

主要包括胸部 X 线摄影、CT、MRI、正电子发射计算机断层扫描(PET-CT)、超声、骨扫描等方法,主要用于肺癌诊断、分期、疗效监测、再分期及预后评估等。

1. 胸部 X 线摄影(略)

2. 胸部 CT

是目前肺癌诊断、分期、疗效评价和随诊的最主要的影像学检查手段,可有效检出早期周围型肺癌、明确病变所在的部位和累及范围。

3. MRI 检查

一般不用于肺癌原发灶的常规检查,但可选择性用于判断胸壁或纵隔受侵情况、显示肺上沟瘤与臂丛神经及血管的关系、长径 > 8 mm 疑难实性肺结节的鉴别诊断等。MRI 检查在肺癌精准疗效评价中有重要潜在价值,推荐使用增强 MRI 检查判定有无脑、骨及脊髓转移等。

本标题下其余内容均略

三、获取肺癌细胞学或组织学检查技术

有条件情况下应尽可能获取组织标本,除用于诊断外还可进行基因检测(包括痰液细胞学检查、胸腔穿刺术浅表淋巴结和皮下转移灶活组织检查、经胸壁肺穿刺术支气管镜检查及经支气管镜针吸活检术、纵隔镜和胸腔镜检查等)。

四、肺癌的血清学实验室检查

推荐在首次诊断及开始治疗前进行肿瘤标志物[目前常用原发性肺癌标志物包括癌胚抗原(CEA)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、细胞角蛋白 19 片段抗原(CYFRA21-1)、胃泌素释放肽前体(ProGRP)、鳞状上皮细胞癌抗原(SCCA)等]检测,以了解其基线水平,监测治疗后动态变化可在肿瘤的疗效和预后判断中发挥作用。此外,还应注意排除饮食、药物、合并疾病等其他因素对检测结果的影响。对于影像学检查无明确新发或进展病灶而仅仅肿瘤标志物持续升高的患者,建议寻找原因,警惕有疾病复发或进展的可能,需密切随访。

1. SCLC

NSE 和 ProGRP 是诊断 SCLC 的首选指标。

2. 非小细胞肺癌(NSCLC)

血清 CEA、SCCA 和 CYFRA21-1 水平的升高有助于 NSCLC 的诊断。联合检测 CYFRA21-1 和 CEA 可以提高对肺腺癌诊断的敏感度和特异度,若联合检测 NSE、ProGRP、CYFRA21-1、CEA 和 SCCA 等指标可提高鉴别准确率。

第四部分 肺癌的病理学评估

一、病理学亚型

1. 病理学评估

还包括分子检测标本的质量控制,目的在于明确病变性质并为临床病理分期提供相关信息。评估标本类型包括细胞学标本或活检标本、手术切除标本及新辅助治疗后肺癌手术切除标本病理评估。

2. 病理组织学类型

采用 2021 年版 WHO 肺肿瘤组织学分型标准。

(1)组织标本诊断原则(1 类推荐证据):具体包括鳞状细胞癌及前驱病变、腺癌及前驱病变、腺鳞癌、神经内分泌肿瘤、大细胞癌、肉瘤样癌、其他上皮源性肿瘤、肺内多原发肺癌和肺内转移癌的区分、转移性肿瘤。

本部分其余内容均略

第五部分 肺癌的分期治疗原则

I、II 期 NSCLC 的推荐优选局部治疗方式为外科手术根治性切除。III 期 NSCLC 是一类异质性明显的肿瘤,根据 IASLC 第 9 版 TNM 分期可分为 IIIA 期、IIIB 期、IIIC 期,其潜在可切除性需从解剖学与肿瘤学双重维度综合评估,手术切除后复发转移率高,较难获得根治效果;IV 期建议在明确患者 NSCLC 病理类型(鳞或非鳞)、驱动基因突变状态和程序性死亡配体-1(PD-L1)表达后,进行美国东部肿瘤协作组(ECOG)功能状态(PS)评分的基础上,选择适合患者的全身治疗方案。

第六部分 肺癌的具体治疗

一、I、II 期 NSCLC 患者的综合治疗

1. 基本原则

根治性外科手术切除(解剖性肺切除和纵隔淋巴结清扫或采样)是早期 NSCLC 的推荐首选局部治疗方式。

2. 外科手术治疗方式、手术切除标准、术后辅助治疗(略)

3. 不适合手术或拒绝手术的早期 NSCLC 推荐放射治疗(略)

二、III 期 NSCLC 患者的综合治疗

1. 可切除类 III 期 NSCLC

包括手术耐受性的评估、手术的时机和方式。

2. 不可切除类 III 期 NSCLC

包括根治性同步放疗、序贯放疗、诱导和巩固治疗。

三、IV 期 NSCLC 患者的全身治疗

包括一线治疗和二线、后线治疗。

四、寡病灶转移的 IV 期 NSCLC 患者的治疗(略)

五、SCLC 和 LCNEC 的治疗

1. SCLC 的治疗

(1)局限期 SCLC 患者的治疗:分为可手术和不可手术两种。

(2)广泛期 SCLC 患者的一线治疗:分为无症状或无脑转移、局部症状和脑转移三种情况。

本部分其余内容均略

第七部分 随访

肺癌的随访应根据患者的病理类型、分期以及外科手术治疗方式的不同及病程长短进行随访,内容包括吸烟状况评估、病史、体格检查、胸部 CT。

总之,本指南强调了肺癌筛查、诊断、病理、治疗和随访等诊治措施在国内应用的规范性及可及性,指南中附有 9 帧于肺癌筛查、诊治相关流程图和大量的参考文献可供参考借鉴。

目前肺癌已经成为我国第一大癌症,因此每一位内科医生,特别是呼吸科医生,即使是非肺癌专业的医生也应该将肺癌的防控和早期诊治作为自己义不容辞的天职。这一点应当贯穿于我们的医疗实践中。即使我们并不是肺癌专科医生,至少我们应当成为肺癌 MDT 的重要成员,为此必须尽快补齐这方面的短板,特别是肺癌的早期诊断、化疗以及手术适应证等方面的知识。以上仅为一家之言,不妥之处请大家批评指正。