

# 中医药治疗恶性胸腔积液的研究进展

廉 丽

北京汇安中西医结合医院 北京市 100068

**摘要:**目的: 本次研究主要探讨中医药治疗恶性胸腔积液临床的效果进展。方法: 本次研究对象主要选取2020年1月至2021年12月在本院接受治疗的30名胸腔积液病患, 依据随机分组的方式将其分为对照组和治疗组, 每组各15名病患, 对照组开展常规的治疗模式, 治疗组在开展对照组的基础上开展中医药治疗模式。结果: 针对两组病患的性别、年纪、发病的种类、肿瘤标记物等相关的资料对比没有统计学差异( $P > 0.05$ ), 经过14 d的治疗之后, 对照组以及治疗组的总有效率各是46.7%、60.0%, 肿瘤标记物层面, 治疗组和对照组相比降低更显著。生活品质对比, 治疗组要比对照组更好完善患者的临床症状。结论: 中医药治疗恶性胸腔积液不但能够良好的控制胸腔积液, 而且能够显著的完善患者的临床症状。

**关键词:** 肺肿瘤; 中西医结合疗法; 恶性胸腔积液; 葶苈大枣泻肺汤; 治疗应用; 五苓散; 治疗应用

引言: 恶性胸腔积液(malignant pleural effusion, MPE)是恶性肿瘤发展至中晚期, 肿瘤细胞侵犯胸膜致使病理性积液积聚于胸膜腔的一种恶性肿瘤伴随症状。往往并发呼吸困难、胸闷胸痛、乏力纳差、体重减轻等临床表现, 患者中位生存期仅为3~12个月。几乎所有的恶性肿瘤随病情进展均可并发MPE, 其最常见于肺癌, 其次是乳腺癌。在健康人体中, 由于压力梯度存在, 胸水首先通过壁层和脏层胸膜的体循环血管透过有渗透性的胸膜进入胸膜腔, 然后利用壁层胸膜之间的淋巴管微孔通过淋巴管进行吸收回流, 以实现腔内液体分泌与吸收平衡状态。在MPE患者体内, 由于肿瘤组织侵犯, 导致淋巴回流受阻, 腔内液体平衡被打破, 胸水逐步积聚, 促使患者出现呼吸困难、气促等症状, 随着胸膜腔压力增加, 也可伴随咳嗽、咳痰、胸痛等。目前西医治疗方式以胸腔穿刺抽液、胸腔药物灌注及全身治疗(化疗、靶向治疗、免疫治疗)为主, 抽液或停药后积液易反复生成, 且疗效持续时间短。近年来在临床上联合中医药治疗恶性胸腔积液取得较大的进展, 本文对中医药治疗恶性胸腔积液的研究综述如下<sup>[1]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究对象主要选取2020年1月至2021年12月在本院接受治疗的30名胸腔积液病患, 依据随机分组的方式将其分为对照组和治疗组, 每组各15名病患。纳入指标为: 年纪区间在55~73周岁, 男女都是有。通过病理组织学和/或细胞学(手术、内镜检查、肺穿刺等)确诊的末期非鳞、非小细胞肺癌病患。手术和/或放、化疗治疗不成功的Ⅲ期-Ⅳ期末期非鳞、非小细胞肺癌病患。排

除指标为: 具备干扰口服药吸收的各种因素(例如没有办法吞咽、恶心干呕、肠功能紊乱和肠梗堵等)。具备消化道出血的风险患者不能入组, 包含以下状况: 1) 有活动性消化溃疡疾病, 且大便隐血(++)。2) 3个月里有大便发黑、吐血病历者。

### 1.2 方法

对照组的病患仅开展常规治疗模式, 基本的内容有以下: 1) 基础医治: 检测患者的吸气、脉率、心率及人体体温等呼吸频率的变化趋势, 还需要考虑患者存不存在呼吸不畅、发绀、心烦及血压下降等情况。2) 引流之前的疏导: 对病患及其家属开展宣传教育, 细心解读相关胸腔引流的办法、关键目的、临床医学实际效果、重要性及可能发生的相关不良反应以及相关的并发症; 对每一个患者必须执行的干预治疗, 提升和病患的交流和沟通, 并且对病患进行合理疏通, 清除消极情绪, 使病患提高对医护人员的认可与依靠, 提高医治的自信心。3) 引流过程中: 手术过程中紧密配合手术治疗医生的实际操作, 并且协助病患摆放姿势, 从而圆满完成置管; 如穿刺环节中病患发生“胸膜反应”那么就需要暂时停止穿刺, 使之平躺、防寒保暖、供氧、心电监护仪、创建静脉通道, 避免休克, 如果需要皮内注射0.1%盐酸肾上腺素0.5 mL; 固定住引流管, 防止造成软管掉下来、歪曲或弯曲, 合理保证软管的通畅, 如果需要的话, 可以运用0.9%氯化钠注射液20 mL清洗软管; 对引流液的特性定期开展观察并全面的记录; 定期的对引流管进行更换, 同时要注意对引流管的维护, 严苛确保引流管消毒杀菌解决; 全面的遵守无菌操作原则规范和标准开展, 防止出现感染; 按照病患的精准医疗差别明确需引流的胸水流量, 但引流前期, 引流

量较大不能超出 500 mL，之后可按照患者实际情况有效提升引流量；引流期内每日消毒杀菌穿刺点，保证其穿刺点周边肌肤的干净，并细致的查验穿刺点周边肌肤是不是肿胀、是不是存有顽强或脓状渗出液；留意引流袋要小于穿刺点；并且为患者制订合理的饮食方案，多服用易于消化、含蛋白质比较高、高热量食物与维他命高的食物；具体指导患者恰当干咳和吸气。4) 药品注入：对有胸腔灌注化疗适用范围的患者，遵医嘱给予胸腔药品注入；将顺铂或洛铂 30 mg/m<sup>2</sup> 溶解到 0.9%氯化钠注射液中往胸腔注入，注射药物后之后进行封管；并且协助病患每 10~15min 转换姿势，为此来推动积液的高效消化吸收，并支持患者独立的变换姿势；高度关注患者在胸腔药品注入后能否发生痛疼、胸闷气短、恶心干呕等副作用；依照医生叮嘱给予患者止吐、水化、排尿等医治。5) 引流之后：当 24 h 引流量低于 100 mL 或影像检查适用拔管的时候，需要遵循医师进行拔管；置管时细心柔和，防止发生痛感；拔管后马上用消毒碘伏对穿刺点及周围肌肤进行相关的消毒工作，并且轻按 5 min，再用无菌纱布捆扎；拔管后 48 h 严禁进行淋浴，并且全面的观察穿刺点有没有出血或渗出液；叮嘱其多注意休息，增强体质，按时进行复查。

治疗组采用纯中药辨证施治的方法治疗该病，给予葶苈大枣泻肺汤和五苓散加减治疗。主方：生黄芪 60 g，党参 15g，炒白术各 15g，葶苈子各 30 g，桂枝 15g，茯苓 30g，猪苓 15g，泽泻 30g，法半夏 10g，陈皮 12g，白花蛇舌草 30 g，龙葵 20g，炙甘草 6 g，大枣 10 枚，气血瘀乳香 9g、没药 9g、鸡血藤 30g、桃仁、红花各 12g。胸水治疗不可过用附子、肉桂等大辛燥烈之品，而宜用桂枝，白术等药性平和之品，以取“和之”之意每日 1 剂，水煎 400ml，早晚分服。治疗时间 4 个月。从而达到恢复体内水液代谢的目的<sup>[2]</sup>。

### 1.3 观察指标以及疗效判定标准

完全缓解 (CR)，临床的症状已经消失或基本上已经消失，胸腔积液整体消失且延续时间 > 1 个月时间；部分缓解 (PR)，临床症状有显著改善，胸腔积液较医治前降低 ≥ 50%且延续时间 > 1 个月时间；无效 (NC)，胸腔积液降低 < 50%或不断出现，临床症状没有改变，1 个月内必须再度抽液；进展 (PD)，胸腔积液提升，临床症状加剧，乃至病亡。总有效率 (%) = (CR + PR) / 总样本数 × 100%。临床医学满意度：选用自做满意度问卷调查表调研病人的临床医学满意程度；问卷调查表包含 6 项具体内容，累计 6 分，≥ 4 代表非常的满意，3 分代表基本上满意，≤ 2 分代表不满意。其中整体满意数为非常满意人数与基本上满意总数之和的百分数<sup>[3]</sup>。

### 1.4 统计分析

本次研究主要运用 SPSS 19.0 系统开展相关数据的统计与分析，( $\bar{x} + s$ ) 代表计量资料，组内治疗前后比较运用配对 *t* 检验，组间比较运用两独立样本 *t* 检验，计数资料用构成比或率表示，组间比较采用卡方检验，*P* < 0.05 代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者基本资料

依据纳入以及排除的指标，对照组有 15 名病患，治疗组有 15 名病患，对照组当中有 9 名男性病患，6 名女性病患；治疗组当中有 8 名男性病患，7 名女性病患，两组资料的差异性没有统计学意义 (*P* > 0.05)。对照组病患的年纪区间在 54~72 周岁，平均年纪在 (62.7±5.9) 周岁；治疗组病患的年纪区间在 55~73 周岁，平均年纪在 (62.1±5.4) 周岁，两组资料的差异性没有统计学意义 (*P* > 0.05)；对照组当中有 5 名病患患有两侧胸腔积液，3 名病患患有一侧胸腔积液。治疗组当中有 4 名病患患两侧胸腔积液，3 名病患患有一侧胸腔积液，差异没有统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗组治疗前肿瘤标志物抗肿瘤标志物 (CEA) 为 (9.24±4.93) ng/mL，对照组治疗前 CEA 为 (10.76±5.02) ng/mL，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。30 例患者均置管取得成功；2 例患者在置管引流方法之后大声脱管，再度依据患者而且再度进行置管引流方法<sup>[4]</sup>。

### 2.2 对比两组病患的疗效评价

对照组病患的 CR、PR、NC 以及 PD 各是 5、4、3 和 2 例；治疗组各是 4、3、5 和 3 例。两组病患的总有效率各是 46.7%、60.0%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。具体可以见表<sup>[5]</sup>1。

表 1 两组患者疗效评价

组别	例数	CR	PR	NC	PD
治疗组	15	5	4	4	2
对照组	15	4	3	5	3

### 2.3 对比两组病患的生活品质

两组病患治疗之前以及治疗之后 CEA 的转变情况可以见表 2，与同组治疗之前 CEA 水平对比，治疗之后两组肿瘤标志物 CEA 水平均明显的下降 (*P* < 0.05)，但是两组治疗之后的 CEA 水平没有见显著差异 (*P* > 0.05)。

表 2 两组病患血清中 CEA 的含量 ( $\bar{x} + s$ )

组别	例数	CEA	
		治疗前	治疗后
治疗组	15	9.24±4.93	8.78±3.82*
对照组	15	10.76±5.02	8.78±4.10*

注：与本组治疗前比较，\* $P < 0.05$

#### 2.4 中医证候疗效变化情况比较

两组病患的中医证候疗效转变情况可以见表3，与同组治疗之前中医证候疗效转变水平比较，治疗之后中医证候疗效积分均明显的下降（ $P < 0.01$ ），治疗之后两组中医证候疗效转变水平均明显的下降（ $P < 0.05$ ）<sup>[6]</sup>。

表3 两组患者中医证候疗效变化情况（ $\bar{x} + s$ ）

组别	例数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
治疗组	15	12.14±2.13	6.12±2.12**
对照组	15	13.76±2.12	7.53±3.10*

注：与本组治疗前比较，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ 。

#### 2.5 两组疗效满意度对比

对照组中病患的非常满意、基本满意、不满意各是9、3、3例；治疗组各是12、2、1例，差异没有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。具体可以见表4。

表4 两组疗效满意度对比

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度率（%）
治疗组	15	12	2	1	14（93.3）
对照组	15	9	3	3	12（80.00）

### 3 讨论

本研究所应用的中药汤剂，是由葶苈大枣泻肺汤及五苓散两方加减而成。方中以既可泻肺降气又可利水消肿的葶苈子为君药；以可益气固表、利水消肿的生黄芪，可健脾利湿的茯苓白术为臣药，君臣药物合用，可达固表益气、健脾利湿之效；可健脾痰的半夏，可清热解毒、利尿除湿的白花蛇舌草，可温阳化饮的桂枝及可补气养血的大枣为佐药，佐药合用既可助君臣之药达健脾利湿之效，又可达清热解毒之功；同时以炙甘草调和诸药<sup>[7]</sup>。

目前临床药理学研究同样证实，本研究所应用的中药汤剂组成中，葶苈子中所含有的药物有效成分，有着增强肺肾功能，改善循环的作用，有着显著的利尿作用<sup>[8]</sup>；黄

芪中所含有的黄芪多糖则具有增强免疫功能的作用；茯苓、半夏及白花蛇舌草有效成分则有着抑制肿瘤细胞增殖和诱导细胞凋亡的作用。而目前临床研究结果同样显示，在多种恶性肿瘤的治疗中，葶苈大枣泻肺汤及苓桂术甘汤均具有较为理想的应用效果。本研究受样本量有限等影响，仍需扩大样本量进一步观察。

结束语：总而言之，在多种恶性肿瘤的治疗中，葶苈大枣泻肺汤及苓桂术甘汤均具有较为理想的应用效果。因此值得在临床上长期推广。

#### 参考文献：

- [1]徐鹏,李群,刘家军,等.小柴胡汤合桂枝人参汤加减联合顺铂胸腔灌注化疗对恶性胸腔积液患者胸水及免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(27):3043-3046.
- [2]蒙绮,周进.葶苈泽漆汤治疗肺癌并胸腔积液临床疗效及对血清25-羟基维生素D水平的影响[J].中医药临床杂志,2020,32(1):111-114.
- [3]苏美玲,顾亮.消瘤利水汤对顺铂胸腔内灌注治疗肺癌恶性胸腔积液疗效及其CEA、NSE的影响[J].中国中医药科技,2021(2):199-201.
- [4]董婷,崔丽花,毛露凤,等.百合固金汤加减联合顺铂胸腔内注射治疗非小细胞肺癌合并恶性胸腔积液临床研究[J].新中医,2020,52(18):40-43.
- [5]刘礼荣,刘凯.肺癌恶性胸腔积液置管引流患者生活质量及其影响因素[J].中国肿瘤临床与康复,2021,26(5):540-543.
- [6]田建辉.“正虚伏毒”为肺癌发病的核心病机[J].上海中医药杂志,2021,50(12):10-14.
- [7]何丰华,刘玉姿,陈志刚,等.解建国教授治疗肺癌恶性胸水经验介绍[J].新中医,2021,45(10):163-164.
- [8]孙建立,刘嘉湘.刘嘉湘辨治肺癌胸水经验[J].上海中医药杂志,2021,45(1):13-14.