

# 中西医结合治疗恶性胸腔积液的临床分析

林国瑞

DOI:10.12238/rcaitcwm.v3i1.13973

**[摘要]** 目的: 中西医结合治疗恶性胸腔积液的临床分析。方法: 选取2023年12月至2024年12月期间某院收治的125例伴有恶性胸腔积液患者为研究对象,分为对照组62例和研究组63例,两组均予常规胸腔穿刺引流胸腔积液。对照组单纯予白介素-2胸腔灌注,研究组采用胸腔灌注白介素-2联合中药柴胡桂枝干姜汤口服及中医火针针灸四门(云门、期门、章门、京门)控制胸腔积液,疗程均为六周。治疗后观察两组治疗恶性胸腔积液的临床获益率、胸腔积液缓解期及药物不良反应。结果: 经六周治疗,研究组的胸腔积液缓解有效率为42.4%,对照组为33.8%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 研究组的临床获益有效率为84.8%,对照组为64.2%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 胸腔积液缓解期,研究组 $\geq 3$ 个月复发的患者比例为15.6%,对照组为9.7%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论: 中西医结合治疗恶性胸腔积液时,抓住“阳虚水停”这一病因关键,在西医治疗基础上,结合温阳化饮中药内服及中医外治,能提高恶性胸腔积液治疗的临床疗效,延缓胸腔积液复发的时间,提高患者的生存质量,值得临床推广应用。

**[关键词]** 中西医结合治疗; 恶性胸腔积液; 临床; 悬饮

中图分类号: R285.6 文献标识码: A

## Clinical analysis of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of malignant pleural effusion

Guorui Lin

**[Abstract]** Clinical analysis of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of malignant pleural effusion. Method: 125 patients with malignant pleural effusion admitted to a certain hospital from December 2023 to December 2024 were selected as the research subjects, divided into a control group of 62 cases and a study group of 63 cases. Both groups were treated with routine pleural puncture drainage for pleural effusion. The control group was only given intrapleural infusion of interleukin-2, while the study group was given intrapleural infusion of interleukin-2 combined with oral administration of Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction and acupuncture and moxibustion with traditional Chinese medicine fire needle (Yunmen, Qimen, Zhangmen, Jingmen) to control pleural effusion. The course of treatment was six weeks. Observe the clinical benefit rate, pleural effusion remission period, and adverse drug reactions of two groups after treatment for malignant pleural effusion. Result: After six weeks of treatment, the effective rate of relieving pleural effusion in the study group was 42.4%, while that in the control group was 33.8%, with a statistically significant difference ( $P<0.05$ ); The clinical benefit effective rate of the research group was 84.8%, while that of the control group was 64.2%, with a statistically significant difference ( $P<0.05$ ); During the remission period of pleural effusion, the proportion of patients with recurrence for  $\geq 3$  months in the study group was 15.6%, while in the control group it was 9.7%. The difference between the two groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). Conclusion: When combining traditional Chinese and Western medicine to treat malignant pleural effusion, focusing on the key cause of "Yang deficiency and water retention", combined with Western medicine treatment and oral administration of Warm Yang Hua Yin traditional Chinese medicine and external treatment of traditional Chinese medicine, can improve the clinical efficacy of malignant pleural effusion treatment, delay the recurrence time of pleural effusion, and improve the quality of life of patients. It is worthy of clinical promotion and application.

**[Key words]** Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment; Malignant pleural effusion; Clinical practice; Suspension drinking;

胸腔积液是一种常见的医学问题,它可能由多种原因引起,并且对患者的生活质量和健康状况产生显著影响。目前随着环境污染的日益严重以及人们生活方式的转变,肺癌已成为肿瘤死因之首。其中恶性胸腔积液(MPE)是指由肺癌或其他部位恶性肿瘤累及胸膜或胸膜原发性肿瘤所致的胸腔积液,是晚期恶性肿瘤的常见并发症。恶性胸水一旦形成,不易吸收并且压迫心肺,导致呼吸、循环功能障碍严重者危及生命,从而使患者生存期缩短,生存质量明显下降。目前治疗癌性胸水的方法和药物有所增多主要有胸腔灌注、外科治疗、放射治疗等,而中医药治疗本病是治疗恶性肿瘤并发症的一大特色,协同西药提高效果,减轻其不良反应;在中医学辨证论治理论指导下采用中药配合现代医学综合治疗后,部分患者积液明显减少,可避免频繁胸穿,减轻患者的痛苦和经济负担,临床应用日益广泛。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年12月至2024年12月期间某院收治的125例伴有恶性胸腔积液患者为研究对象,随机分为两组,研究组63例,对照组62例。其中对照组男性30例,女性32例,年龄41~60岁,病程1~5年;研究组男性29例,女性34例,年龄39~60岁,病程1.5~6年。两组在性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。所有患者均经胸水量的测定以胸部X线或B超结果评定。凡膈肌影消失,胸腔积液超过第4前肋(锁骨中线)定义为大量胸腔积液;胸腔积液膈肌影消失,胸腔积液位于第4前肋以下者定义为中量胸腔积液。

### 1.2 诊断标准

诊断标准参考《2014恶性胸腔积液诊断和治疗专家共识》,从胸腔积液细胞沉淀中找到恶性细胞是诊断“金标准”,或在胸膜活检组织中观察到恶性肿瘤的病理变化。

### 1.3 纳入标准

患者均为恶性胸腔积液;患者有不同程度的气喘、胸闷、呼吸困难症状;X线或B超显示恶性胸腔积液,且组织或细胞病理找到恶性肿瘤细胞;KPS评分 $\geq 50$ 分,预计生存期大于3月;年龄 $\leq 70$ 岁;纳入治疗前1月内未行化疗及胸腔内药物注射。

### 1.4 方法

两组均予常规性胸腔积液引流术,持续引流至无胸腔积液流出,同时经B超或胸片检测证实无胸腔积液或只有极少量积液时,对照组向胸腔内灌注白介素-2。用法:20mL生理盐水+白介素-2100万U缓慢胸腔滴入,注入完毕后封闭引流管,嘱患者改变体位有利于药物与胸膜广泛接触。每周1次,连续六周。研究组从入组第1天开始口服柴胡桂枝干姜汤,同时予火针针刺治疗。穴位选择四门:云门、期门、章门、京门。操作方法:选用特制的火针(一般情况选用单头火针),在酒精灯上烧红,左手固定患部,右手持针,迅速刺入穴位,然后立即将针拔出,不留针。针刺的深度,视穴位定深浅。隔天针刺1次。连续六周。出院患者可在门诊完成以上操作。柴胡桂枝干姜汤具体拟方如下:白附片20g(先煎),柴胡20g,桂枝15g,干姜15g,五味子10g,细辛

3g,法半夏10g,葶苈子15g,椒目10g,炙甘草6g。日1剂,水煎400mL,分2次早晚饭后温服,连续服用六周。

观察两组胸闷、气促等症状,每周予胸部X线或B超复查,记录胸腔积液复发至中等量胸腔积液的时间(即胸腔积液缓解期)。原则上第1次放胸腔积液后两组均不予再放胸腔积液治疗,除非患者出现不可耐受的胸闷气喘等症状。

### 1.5 观察指标与效果判定

#### 1.5.1 胸腔积液近期治疗效果观察

六周治疗结束后经胸片或B超检查,按照WHO制定的可评价、不可测量病灶的效果评价标准。完全缓解(CR):胸腔积液完全消失;部分缓解(PR):胸腔积液量减少50%以上;稳定(SD):病灶无明显变化,估计胸腔积液减少不足50%或增加不超过25%;病变进展(PD):胸腔积液量显著增加 $>25\%$ 。总有效率 $RR=(CR+PR)$ 例数/总例数 $\times 100\%$ 。

#### 1.5.2 临床获益率

疗程结束后对比两组生存质量,按照美国东部肿瘤协作组制定的体力状态(KPS)评分标准。治疗前后评分差值增加10分以上者为提高,减少10分以上者为降低,增加或减少未超过10分者为稳定,临床获益率=(提高例数+稳定例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

#### 1.5.3 胸腔积液缓解期

从治疗开始至胸腔积液复发至中等量的间隔时间。

### 1.6 统计学方法

数据经SPSS18.0统计分析,计数资料用百分率(%)表示,行 $\times 2$ 检验;计量资料用均数加减标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗后近期治疗效果观察

六周治疗结束后,对患者治疗后胸腔积液进行胸片或B超检查,并与治疗前相比。经统计,研究组胸腔积液控制有效率为42.4%,对照组有效率为33.8%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组治疗后临床获益率比较

对治疗前后患者Karnofsky体力状况评分,计算各组的临床获益率。经统计得出,研究组临床获益率为84.8%,对照组为64.2%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 2.3 两组胸腔积液缓解期的比较

分别计算两组胸腔积液复发至中等量积液的时间为0~1月、1~2月及 $\geq 3$ 个月的例数,经统计,研究组 $\geq 3$ 个月胸腔积液复发的比例为15.6%,对照组为9.7%,两组比较有统计学意义( $P<0.01$ )。

### 2.4 两组不良反应情况比较

两组均完成设计的治疗疗程,所表现出来的不良反应如恶心呕吐、骨髓抑制、肝肾损害等均较轻。对照组共15例出现I~II度恶心呕吐、骨髓抑制、畏寒发热等反应;研究组中仅有2例患者出现I度畏寒发热及恶心呕吐症状,经治疗好转。两组在治疗过程中均无明显肝肾功能损伤。研究组不良反应率相比对照组低。

### 3 讨论

胸腔积液的原因有很多,比如:(1)感染性原因。感染性原因是胸腔积液最常见的病因之一。这其中包括结核性胸膜炎、化脓性胸膜炎、阿米巴性脓胸、膈下炎症、肺炎等多种感染性疾病。当胸膜受到细菌、病毒或其他病原体的侵袭时,会引发炎症反应,导致胸膜毛细血管通透性增加,进而产生过多的胸腔积液。这些胸腔积液通常含有病原体及其代谢产物,因此感染性胸腔积液的治疗关键在于控制感染源。(2)肿瘤性原因。肿瘤也是胸腔积液的一个重要原因。肺癌、乳腺癌、胸膜转移癌、胸膜间皮瘤等肿瘤都可能侵犯胸膜或产生副瘤综合征,导致胸腔积液的产生。这些肿瘤可能直接破坏胸膜结构,或者通过分泌某些物质影响胸膜毛细血管的通透性,从而引起胸腔积液。肿瘤性胸腔积液的治疗难度较大,通常需要考虑手术、放疗、化疗等多种治疗手段。(3)结缔组织与变态反应疾病。一些结缔组织与变态反应疾病也可能引起胸腔积液。这些疾病包括风湿、类风湿、系统性红斑狼疮、急性肾小球肾炎等。这些疾病可能导致胸膜的炎症和渗出,进而产生胸腔积液。这些胸腔积液通常与免疫反应有关,因此治疗时需要关注免疫调节和抗炎治疗。(4)胸膜毛细血管静水压增高。胸膜毛细血管静水压增高也是胸腔积液的一个常见原因。这通常是由于充血性心力衰竭、缩窄性心包炎、血容量增加、肾病综合征、肝硬化、上腔静脉或奇静脉受阻等疾病引起的。这些疾病可能导致胸膜毛细血管内静水压升高,进而产生胸腔积液。治疗这类胸腔积液的关键在于控制原发疾病,降低胸膜毛细血管的静水压。(5)胸膜毛细血管内胶体渗透压降低。胸膜毛细血管内胶体渗透压降低同样可能导致胸腔积液。这通常是由于低蛋白血症、肝硬化、肾病综合征、急性肾小球肾炎、黏液性水肿等疾病引起的。这些疾病可能导致胸膜毛细血管内胶体渗透压降低,并产生胸腔积液。治疗这类胸腔积液需要关注提高血浆胶体渗透压,减少胸腔积液的产生。

恶性胸腔积液临床症状多表现为咳嗽、气喘、胸痛等,常见于原发性支气管肺癌、乳腺癌等胸膜转移,治疗难度大,预后差,是肿瘤临床治疗的难题,并且恶性胸腔积液患者治疗不及时可危及生命。恶性胸腔积液中医称之为“悬饮”,是气、血、津液以及五脏、三焦病变的产物,病属本虚标实,阳虚为本,水饮壅盛为标。柴胡桂枝干姜汤方中取附子、干姜、桂枝为君药以温阳化饮,振奋阳气;细辛、葶苈子、椒目温肺利水,柴胡升达清阳、调节气机共为臣药,助附子、干姜辛温发散之力以止咳平喘,降气化饮;佐以五味子敛肺止咳,一散一收,既可增强降气平喘之功,又可制约诸药辛散温燥太过之弊;法半夏燥湿化痰,和胃降逆,亦为佐药。炙甘草兼为佐使之药,既可益气和,又能调和辛散酸收之品。全方配伍严谨,以温阳化饮为主,散中有收,开中有合,使水饮去,宣降复,则诸症自平。

中医“火针”理论的治疗方法符合“阿是穴”治疗的特点。张景岳亦认为:“阳动而散,故化气,阴静而凝,故成形。”恶性胸

腔积液属阴证,属寒;火针既有针的机械刺激,又有火的温热刺激,对风、寒、湿、痹等具有独特的治疗作用。其治病机理在于借助“火”之力刺激穴位,具有温经散寒、祛风除湿、活血通络、扶正祛邪以及以热引热、行气利水的作用。火针选择“风门、云门、期门”等“门”穴,主要是借助火力强开“外门”,将邪引出体外,引动火热毒邪直接外泻,从而使热清毒,同时可以使血管扩张,血流加速,腠理宣通,从而达到减少胸腔积液,抑制胸腔积液再增的效果。其中云门可以调肺气通调水道,期门为肝经募穴,《针灸问对》云:“十二经始于手太阴之云门,以次而传,终于足厥阴之期门”,两穴首尾相合,形成一个循环,可使“运行失常的水液”(胸腔积液)重新回到正常的水液代谢循环中;章门为脾之募穴,又为八会穴之脏会,是连接五脏的门户,通过此穴,气血通达五脏并协调五脏,“百病皆由脾胃衰而生”,故可统治五脏疾病,并能通达中焦的“闸门”,运化水液;京门为肾之募穴,疏通下焦的“闸门”,是将胸腔积液引流的通道。火刺四门,起温化水饮之功。

常规西医治疗恶性胸腔积液通常是予胸腔灌注白介素-2、化疗药物或靶向药物以求控制胸腔积液生长,临床效果一般,且化疗药物带来的不良反应较大,直接影响患者生存质量。本研究对照组运用胸腔引流后灌注白介素-2,虽能在一定程度上控制胸腔积液,但与研究组对比,不良反应表现突出,且临床获益率较低,效果较差。

综上所述,治疗恶性胸腔积液时抓住“阳虚水停”这一病因关键,在西医治疗基础上,结合温阳化饮中药内服,能提高恶性胸腔积液的治疗效果,延缓胸腔积液复发的时间,提高患者的生存质量,值得临床应用推广。

#### 【参考文献】

- [1]景震.中西医结合治疗恶性肿瘤胸腔积液27例临床疗效研究[J].中国继续医学教育,2015(10):263-264.
- [2]车瑛琦,武辉宇.中西医结合治疗恶性肿瘤胸腔积液52例临床疗效研究[J].中国农村卫生,2016(10):23-24.
- [3]刘丹,李多.胸膜腔置管引流并灌注复方苦参注射液联合顺铂治疗肺癌恶性胸腔积液的疗效和护理[J].实用临床医药杂志,2015(08):21-24.
- [4]张俊杰.中西医结合治疗恶性肿瘤胸腔积液76例临床疗效研究[J].现代诊断与治疗,2017(18):3372-3373.
- [5]李星洪,程燕君,廖懂桃,等.胸腔积液肿瘤标志物检测在良恶性胸腔积液的诊断价值[J].中国现代药物应用,2024(09):55-58.
- [6]康慧方.胸腔积液热休克蛋白90 $\alpha$ 联合骨桥蛋白对恶性胸腔积液的诊断价值[D].延安大学,2023.
- [7]李燕明,王翠峰,任美英.联合检测肿瘤标志物对良恶性胸腔积液的诊断价值[J].包头医学院学报,2023(02):36-40.