

# 恶性胸腔积液的中医诊疗指南（草案）

## 前 言

本《指南》由中华中医药学会肿瘤分会提出并归口。  
本《指南》由卫生部中日友好医院负责起草。  
本《指南》主要起草人：程志强 贾立群

## 引 言

本《指南》编写在于规范恶性胸腔积液的中医临床诊断、治疗，为临床医师提供恶性胸腔积液中医标准化处理策略与方法，全面提高中医恶性胸腔积液临床疗效和科研水平，促进与国际学术发展接轨。

### 1 范 围

本《指南》规定了恶性胸腔积液的诊断、辨证、治疗。  
本《指南》适用于恶性胸腔积液的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准  
恶性胸腔积液

是恶性肿瘤胸腔转移或原发性胸腔恶性肿瘤所致，临床上恶性肿瘤病人一旦出现胸腔积液即意味着病变已局部转移或全身播散，病变已到晚期，失去了手术治疗的可能性，又因为积液量进行性增多，且发展迅速，可对肺部产生机械性压迫从而使肺容量减少致肺不张及/或肺部反复感染，产生呼吸困难、咳嗽、胸痛、胸闷等呼吸、循环障碍症状，如不及时治疗，即可危及生命。

### 3 诊 断

#### 3.1 诊疗要点：

原发病为恶性肿瘤，临床上常见的有肺癌、乳腺癌、恶性淋巴瘤、妇科恶性肿瘤、消化系统肿瘤等侵犯、转移至胸膜所引起的胸腔积液或胸膜原发恶性肿瘤（如胸膜间皮瘤）所引起的胸腔积液。

#### 3.1.1 病史

具有明确的恶性肿瘤病史。

#### 3.1.2 症状和体征

临床上少量胸腔积液（300ml 以下）时患者可无明显症状和体征，中等量以上胸腔积液患者常可出现气喘，轻度的呼吸困难，咳嗽，胸痛等；存在大量胸腔积液时患者可出现明显的甚至严重的呼吸困难、循环障碍症状。

#### 3.1.3 实验室检查

抽取的胸腔积液中可查到恶性肿瘤细胞（部分患者）。

恶性胸腔积液几乎全是渗出性积液，生长迅速，因此具有渗出性胸腔积液的特点，常有以下特征：

- 3.1.3.1 白细胞计数：胸水白细胞计数大于  $3 \times 10^9 / L$ ，外观呈血性，若红细胞计数  $> 1 \times 10^{10} / L$  的显著性血性胸液，如能排除损伤原因，则强烈提示恶性胸腔积液或肺栓塞。
- 3.1.3.2 pH 值：恶性胸腔积液 pH 值最高， $pH > 7.38$  应高度怀疑恶性。
- 3.1.3.3 葡萄糖：81%恶性胸腔积液葡萄糖  $> 5.55 \text{ mmol/L}$ ，结核性次之（85%  $< 5.55 \text{ mmol/L}$ ），化脓性最低（100%  $< 2.8 \text{ mmol/L}$ ）。

3.1.3.4 胆固醇: 恶性胸腔积液胆固醇含量显著升高, 且与血胆固醇含量无关。

3.1.3.5 乳酸脱氢酶(LDH) 及其同工酶: 恶性胸腔积液 LDH 和 PLDH/SLDH 比值均显著高于结核性胸水, PLDH/SLDH>2, 应考虑恶性之可能。胸腔积液 LDH 与血清 LDH 比率大于 0.6; 胸腔积液蛋白与血清蛋白比率大于 0.5 尤其是 LDH 同工酶测定以 LDH-2 增高时, 强烈提示恶性胸腔积液。

3.1.3.6 腺苷脱氨酶(ADA): 恶性胸腔积液 ADA 含量显著低于结核性胸水。

3.1.3.7 铁蛋白: 胸水铁蛋白检测对恶性胸腔积液的诊断具有重要价值, 恶性胸腔积液铁蛋白含量显著升高, 其中肺癌胸水铁蛋白含量又高于其它肿瘤。

3.1.3.8 癌胚抗原(CEA): 恶性胸腔积液 CEA 含量明显高于其 SCEA 和良性组。

3.1.3.9 可溶性白细胞介素 2 受体(SIL-2R): 胸水中水平可用于区别结核性与非结核性胸水。恶性胸腔积液 SIL-2R 水平显著低于结核性胸水, 动态观察可作为判断肺部恶性肿瘤疗效和预后的重要指标。

#### 3.1.4 影像学检查

胸部 X 线/B 超/CT/MRI 可证实胸腔积液的存在。胸部 X 线、B 超是诊断胸腔积液敏感而简便的方法, 临床上常用。

#### 3.2 鉴别诊断

恶性胸腔积液多为渗出液, 生长迅速, 放液后重新积聚较快, 半数以上患者胸腔积液为血性, 部分患者的胸腔积液中可找到癌细胞。通过病史询问、体格检查, 结合常规实验室检查和 B 超检查可作出诊断。临床上注意要与结核性胸膜炎、营养不良引起的胸腔积液相鉴别。

### 4 治疗

#### 4.1 中医治疗

##### 4.1.1 辨证论治

恶性胸腔积液可归属为中医的“悬饮”范畴。其发病原因, 可由于秽毒之气滞于体内, 损伤正气, 脏腑功能失调, 致气血津液运行不利, 导致痰浊瘀毒聚结, 邪流胸胁, 阻滞三焦, 水饮积结, 发为胸水。其病位、病证均符合“悬饮”, 但又与普通外邪入侵、阻于三焦所致饮停胸胁的“悬饮”有所不同, 故可称为“恶性悬饮”。中医认为痰浊瘀毒和停蓄的水饮性皆属阴, 祛之则非温药不能化散, 而脏气虚弱亦非温药不能调补, 故治疗癌性胸水仍应遵从“以温药和之”原则, 应温化散结、行气利水, 又要据其病位、原发病灶、病人脏腑功能情况和胸水情势的缓急而予证型辨证治疗。

##### 4.1.1.1 饮停胸胁

主证: 咳唾引痛, 呼吸困难, 咳逆气喘, 息促不能平卧, 或仅能偏卧于停饮的一侧, 病侧肋间胀满, 甚则可见偏侧胸廓隆起。舌苔薄白腻, 脉沉弦或弦滑。

治法: 逐水祛饮, 降气化痰

方剂 1: 十枣汤或控涎丹。

药物: 十枣汤: 甘遂、大戟、芫花研末, 大枣煎汤送服。控涎丹: 甘遂、大戟、白芥子研末为丸如梧桐子大用淡盐汤或姜汤送下, 每次 5~10 丸。

方剂 2: 葶苈大枣泻肺汤合五苓散随症加减

药物: 葶苈子, 桑白皮, 半夏, 猪苓, 茯苓, 桂枝, 车前草, 白芥子, 白术, 白花蛇舌草, 半边莲, 薏苡仁, 大枣。

胸痛甚者酌加郁金、元胡、白芍、甘草、赤芍、丹参以活血行气缓急止痛; 气促甚者酌加旋覆花、苏子、五味子以宣肺降气; 低热起伏者酌加金银花、连翘、鱼腥草、败酱草、黄芩以清热解毒; 咳血者酌加仙鹤草、黛蛤散、白茅根、藕节、生地等凉血止血; 咳痰粘稠者加蜜麻黄、淡竹沥、莱菔子以化痰止咳。每日一剂。两周为一个疗程。连用 2-4 个疗程。

方剂 3: 椒目瓜蒌汤加减

药物: 桑白皮、瓜蒌皮、丹参, 炙葶苈、车前草、马鞭草, 苏子、白芥子、法半夏、刺蒺藜、泽兰、川椒目、茯苓, 橘红, 水蛭。

痰浊偏盛，胸部满闷、舌苔浊腻加薤白、杏仁。  
如水饮久停难去，胸胁支满，体弱，食少者，加桂枝、白术、甘草等通阳健脾化饮，不宜再予峻攻。  
若见络气不和之候，可同时配合理气和络之剂，以冀气行水行。  
脾肺气虚者，加白术、陈皮、砂仁；肺肾阴虚者，加南北沙参、百合、山萸肉、炙鳖甲、麦冬、补骨脂；  
痰阻血瘀者，加三棱、炮山甲；  
热毒偏盛者，加黄芩、鱼腥草；咳甚者，加前胡、桔梗；  
咳痰血者，加仙鹤草、藕节炭、血余炭；  
胸痛者，加延胡索、川楝子。15 天为 1 个疗程。

4.1.1.2 阴虚内热

主证：胸水伴呛咳时作，咯吐少量粘痰，口干咽燥，或午后潮热，颧红，心烦，手足心热，盗汗，或伴胸胁闷痛，形体消瘦，舌质偏红，少苔，脉细数。  
治法：滋阴清热。  
方剂：沙参麦冬汤合泻白散加减。  
药物：沙参、麦冬、玉竹、天花粉、桑白皮、地骨皮、甘草。  
潮热加鳖甲（先煎）、功劳叶；  
咳嗽配百部、川贝母；  
胸胁闷痛，酌加瓜蒌皮、枳壳、广郁金、丝瓜络；  
积液未尽，加牡蛎、泽泻。  
兼有气虚、神疲、气短、易汗、面色苍白者，酌加太子参、黄芪、五味子。  
胸水的治疗在辨证分型治疗的基础上常采用如下用药：

- ①结合抗癌治疗，加用龙葵、半枝莲、干蟾皮、石见穿、白花蛇舌草、苦参、山慈姑、牛蒡子、广豆根、雷公藤等具有较强抗癌作用的药物。如应用兼有利水和抗癌作用的药物则效果更佳，可选茯苓、猪苓、泽漆、防己、芫花。
- ②扶正祛邪兼顾。
- ③祛邪不忘行气，选用佛手、香橼、玫瑰花、绿萼梅等药。
- ④治疗宜以温化为原则。
- ⑤重视动物药的应用，选用水蛭、土鳖、僵蚕、地龙、蟋蟀、蝼蛄等活血利水、化痰散结之品。若病久邪已入络，则需加用搜逐通络之品，如全蝎、蜈蚣、山甲、地龙等。

4.2 西医治疗

4.2.1 内科治疗

- 4.2.1.1 卧床休息。
- 4.2.1.2 胸腔穿刺术引流术

胸腔穿刺术是恶性胸腔积液诊断及处理的必要步骤，可立即缓解患者呼吸困难、胸闷等症状等。

- 4.2.1.3 胸腔内化疗
- 4.2.1.4 生物免疫治疗
- 4.2.1.5 胸膜固定术
- 4.2.1.6 纠正电解质紊乱
- 4.2.1.7 积极控制原发疾病
- 4.2.2 外科治疗