

# 中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液临床观察

王健

(山东省莱芜市中医医院 莱芜 271199)

**摘要:**目的:对中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果进行观察,为临床治疗提供一定的指导。方法:选取我院 2012 年 3 月~2013 年 3 月间收治的肺癌恶性胸腔积液患者 60 例,按照挂号时间将其分为观察组和对照组各 30 例。对照组患者采用胸腔套管插管法闭式引流以及胸腔内常规治疗,观察组在对照组基础上加用葶苈大枣泻肺汤和五苓散加减治疗,观察两组的临床疗效。结果:观察组患者总有效率为 96.7%,对照组患者总有效率为 86.7%,两组对比差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液患者,能够有效提升治疗效果,改善患者的生存质量,值得临床推广。

**关键词:**肺癌恶性胸腔积液;中西医结合疗法;临床疗效

中图分类号:R561

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.048

肺癌恶性胸腔积液通常是指肺癌患者在疾病发展的过程中因为胸膜转移癌结节侵入毛细血管以及淋巴管,致使通透性增加,最终导致患者胸膜腔内产生积液<sup>[1]</sup>。恶性胸腔积液属于晚期肺癌患者并发症之一,病情发展迅速,如不能得到及时的治疗,将会导致胸腔积液增多、呼吸困难、全身状况恶化等症状,严重影响患者的心肺功能与生活质量。本研究选取我院 2012 年 3 月~2013 年 3 月间收治的肺癌恶性胸腔积液患者 60 例作为研究对象,对中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果进行观察。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2012 年 3 月~2013 年 3 月收治的肺癌恶性胸腔积液患者 60 例,均经组织学或细胞学诊断,恶性肿瘤分期为 4 期,并经 X 线或 B 超检查证明胸腔积液达到中等量以上。其中男性 47 例,女性 13 例;年龄 35~70 岁,平均(58.3±5.7)岁;原发性支气管肺癌 40 例,肺癌肺转移 10 例,食管癌肺转移 10 例;单侧胸腔积液 40 例,大量胸腔积液 16 例,双侧胸腔积液 4 例。将 60 例患者按照挂号时间分为观察组和对照组各 30 例,两组患者一般资料对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组进行胸腔套管插管法闭式引流,使用穿刺套管针,按照 B 超的定位点,导入事先消毒的直径为 3 mm、长约 30 cm 的硅橡胶管 15 cm,另一端与一次性引流袋相接,由患者随身携带,胸腔积液自然流出,为避免胸腔积液引流过快引起的纵隔摆动,每次引流 1 000 mL 后应夹管一次,每隔 2~3 h 放液 200 mL,引流时间为 1~2 d,当胸腔积液释放完毕,将 60 mL 生理盐水加 80 mg 顺铂混合后注入胸腔,注药后及时夹管,监督患者每 15 分钟变动一次体位,使药液与胸腔广泛接触,并在注药前水化以及止吐等,以此减少顺铂产生的毒性反应。

闭式引流时及患者胸腔积液引流尽后应当及时为患者补充蛋白质。观察组在对照组基础上加用葶苈大枣泻肺汤和五苓散加减治疗,基本方:薏苡仁 30 g、葶苈子 12 g、半边莲 15 g、半夏 10 g、白术 12 g、车前草 30 g 以及大枣 5 枚等,胸痛患者加丹参、郁金、白芍等活血行气;气急患者加五味子、旋覆花等宣肺降气;低热起伏患者加黄芪、金银花、鱼腥草等清热解毒;咳血患者加藕节炭、仙鹤草、白茅根等清凉止血;咳嗽黏稠患者加莱菔子、炙麻黄、竹沥止咳化痰。每天 1 剂,2 周为 1 个疗程,可连续服用 2~4 个疗程,期间按照患者的具体情况加减药量。

**1.3 疗效判定** 按照 WHO 标准对患者的情况进行判断,完全缓解(CR):患者经过治疗后,胸腔积液消失,1 个月以上未出现胸腔积液;部分缓解(PR):患者经过治疗后,胸腔积液至少减少 50%以上,临床症状得到明显改善,并持续 1 个月以上;无变化(PD):患者经过治疗后,胸腔积液持续增长,增多不超过 25%或者胸腔积液减少不足 50%,临床症状未得到有效的改善甚至持续加重。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS18.0 统计学软件包对本次研究中的数据资料进行分析处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为具有统计学意义。

**1.5 结果** 观察组患者总有效率为 96.7%,对照组患者总有效率为 86.7%,两组对比差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比 例

组别	n	完全缓解	部分缓解	无变化	总有效率(%)
观察组	50	25	4	1	96.7
对照组	50	18	8	4	86.7

## 2 讨论

恶性胸腔积液是肺癌患者中较为常见的并发症之一,在正常情况下,人体的胸腔积液量为 3~15 mL,其产生与吸收一直处于平衡状态<sup>[2~3]</sup>。恶性胸腔积液的出现主要由于恶性肿瘤侵入,致使胸膜小血

管以及毛细血管出现损伤,改变毛细血管的通透性,使大量的细胞以及蛋白质漏入胸膜间,破坏了胸膜与体液分泌的吸收平衡机制,导致胸腔内滞留液体<sup>[4]</sup>。当胸水达到一定程度时,就会压迫肺部,抑制膈肌运动,还可能会出现纵隔移位的情况,如患者得不到及时的治疗,可能会有生命危险。西医治疗恶性胸腔积液的主要方法是向患者胸腔内注射化疗药物,而顺铂是目前治疗实体瘤最有效的广谱抗癌药物。恶性胸腔积液属于中医学“悬饮”范畴,本研究所用中药方中葶苈子下气平喘,半夏燥湿健脾,车前草通利小便,大枣调和中药。本研究结果显示,观察组采用中西医结合治疗,总有效率为 96.7%,对照组采用胸腔套管插管法闭式引流以及胸腔内常规治疗,

总有效率为 86.7%,两组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),证明中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液效果较好。综上所述,中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液患者,能够有效提升治疗效果,改善患者生存质量,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1]潘德键,周锡建,王东林,等.吉非替尼联合胸腔内化疗治疗伴恶性胸水的非小细胞肺癌的初步疗效观察[J].现代肿瘤医学,2008,16(6):964-967
- [2]彭春芳,蒋萍,张蓉,等.不同剂量顺铂胸膜腔内注射治疗肺癌恶性胸水疗效观察[J].重庆医学,2006,35(2):157-158
- [3]刘畅,张宏艳,贾志凌,等.榄香烯注射液联合顺铂胸腔注射治疗恶性胸水临床观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(12):1496-1497
- [4]鲁德珏,姬晓青,高巍,等.胸腔内注入顺铂联合爱迪注射液治疗恶性胸腔积液疗效比较[J].河南肿瘤学杂志,2005,18(3):179-180

(收稿日期:2014-03-21)

## 呼吸门控技术在原发性肝癌放射治疗中的应用

陈心得 孙雅洁 丁生苟

(江西省肿瘤医院放疗中心 南昌 330029)

关键词:原发性肝癌;放射疗法;呼吸门控技术;适形

中图分类号:R735.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.049

临床上中晚期肝癌病人,已失去手术机会,多采用三维适形放射治疗(3DCRT),调强放射治疗(IMRT)是近年发展起来的一种新精确放疗术,在此基础上,运用呼吸门控技术(ABC),能使部分原发性肝癌患者的肿瘤得到控制,最大限度减轻病人痛苦,尽可能减少肿瘤对呼吸运动的影响,使肿瘤中心得到较高剂量照射,同时有效保护周围正常组织<sup>[1]</sup>。我院自2007年8月引进呼吸门控技术后,在不断摸索、学习的基础上,将该技术运用于原发性肝癌的放射治疗,取得较好疗效。现报道如下:

### 1 临床资料

1.1 病例选择 经病理组织学或细胞学检查,符合诊断标准且不能行手术切除的原发性肝癌患者,具有可测量的病灶(CT病灶直径大于2 cm)<sup>[2]</sup>,预计生存期大于3个月,年龄小于60岁。12例原发性肝癌患者,均为男性,中位年龄57.3岁,均无远处转移,心肺功能正常。

### 1.2 方法

1.2.1 训练患者 向患者介绍呼吸门控装置的使用方法和需要配合的注意事项,再进行训练。训练按治疗摆位时候的体位进行,每次吸气前患者呼吸节律和呼吸幅度应平稳,反复训练,直至患者能顺利通过活瓣关闭所设定的阈值,以减少治疗总时间。具体方法:将带有活瓣吸导管放入病人口中咬紧,鼻夹夹住两鼻翼,防止漏气,利用导管控制患者呼吸。患

者看到自己的呼吸深度达到设定范围时,按下手中的控制按钮,活瓣将通气导管关闭,患者开始屏气,同时加速器开始出束治疗。1次屏气时间设置为30 s左右,屏气结束后活瓣开放,患者恢复自由呼吸。也可以根据患者自身情况,或是观察显示屏上的呼吸相,通过手控开关来调节和控制呼吸气的状态。

1.2.2 模拟CT扫描 患者用真空垫体模固定体位,仰卧于扫描床上,手执呼吸器含于口中,夹上鼻夹,空气进出只通过呼吸门控。嘱患者深吸一口气屏住,启动系统使其维持屏气状态,用模拟CT扫描。同一位置同一条件下,患者呼吸节律和呼吸幅度平稳后自由呼吸,再闭气扫描1次,将CT和MRI图像输送到三维治疗设计系统,进行图像融合与重建,并由医生和物理师勾画靶区和重要器官,行剂量计算及优化,完成计划野的设计。经医生确认后,配合呼吸门控装置行放射治疗<sup>[3]</sup>。

### 1.3 治疗结果

1.3.1 放疗过程ABC使用情况 12例患者均完成CT模拟定位,行ABC放疗。治疗过程中,3例出现鼻夹易滑脱,2例呼吸控制困难,但仍能完成治疗计划;余下7例使用ABC设备的口含器和鼻夹顺利完成治疗。安装呼吸门控至治疗结束时间平均为20 min,完成1次治疗所需屏气次数5~7次,每次呼吸控制时间25~30 s。

1.3.2 电子射野影像装置(EPID)验证 运用EPID