

● 医案医话 ●

引用:黄茂,刘瑞芬,孙凯,于维霞. 椒目瓜蒌汤加減治疗胸腔积液验案 1 则[J]. 湖南中医杂志,2023,39(6):85-86,179.

椒目瓜蒌汤加減治疗胸腔积液验案 1 则

黄 茂,刘瑞芬,孙 凯,于维霞

(北京中医药大学东直门医院,北京,100700)

[关键词] 胸腔积液;不明原因;椒目瓜蒌汤;验案

[中图分类号] R259.613 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.06.020

胸腔积液是呼吸系统常见的疾病之一,是以胸膜腔内病理性液体积聚为特征的一种常见临床病症,虽胸腔积液诊断容易,但其病因众多^[1]。不同病因的胸腔积液在治疗方法、效果评价、疾病负担等方面存在较大的差异^[2-4]。明确病因对于患者的合理治疗、疾病负担的减轻、预后的改善有着重要的意义。但临床实践表明,即使经过各项临床检查,包括胸腔穿刺,仍有 20% 的患者无法明确诊断^[5],即不明原因的顽固性胸腔积液。此类患者虽经过多次的胸膜活检和胸腔穿刺,但仍难以明确病因。诊断不明,则无法予以针对性治疗,只能单靠间断性胸部穿刺抽液来缓解症状。

中医学将胸腔积液归属于“悬饮”范畴,其病机为三焦气化失宣,肺、脾、肾功能失调,病理性质总属本虚标实,以阳虚阴盛为本,水湿内盛、气滞血瘀为标。胡晶等^[6]认为从泻肺祛饮、调燮三焦宽胸理气、温阳化饮、祛瘀同治 4 个方面选方用药治疗悬饮,可收良效。笔者在中医学整体观念和辨证论治理论的指导下,结合现代医学,予以椒目瓜蒌汤加減治疗胸腔积液,获得较好疗效,现介绍如下。

田某,男,77 岁,2021 年 8 月 26 日主因“胸腔积液 6 个月余”住院治疗。患者曾于 2 月 18 日因右肋肋胀满不适来我院就诊,查胸部 CT 示:1) 双肺支气管改变,左下肺少许炎症;2) 双肺少许陈旧灶、纤

维化,两肺内多发类结节,考虑为良性病变;3) 右侧胸腔积液,叶间积液;4) 心影增大,主动脉壁钙化,心包积液。因症状不影响日常生活,故患者拒绝住院治疗。此后患者右肋肋胀满不适逐渐加重,影响夜间睡眠,故于 8 月 26 日再次于我院门诊就诊,复查胸部 CT 示:1) 右侧胸腔积液,叶间积液,较前增多;左下肺炎症较前无变化;2) 双肺少许陈旧灶,两肺内多发类结节,考虑良性病变,大致同前;3) 主动脉壁钙化同前,心包积液较前减少,为求进一步系统诊治故入院治疗。入院时症见:右肋肋胀满不适,咳白色黏痰,痞满,纳呆,下肢沉重乏力,小便可,大便溏,舌边红、苔黄厚腻,脉弦滑。既往史:高血压病,动脉硬化症,曾行腰椎板切除减压术、双下肢静脉曲张手术及痔疮手术。查体:胸廓对称无畸形,右下肺语颤减弱,未触及胸膜摩擦感。右下肺叩诊呈实音。右下肺呼吸音消失,双肺未闻及干湿性啰音,未闻及胸膜摩擦音。西医诊断:右侧胸腔积液原因待查。中医诊断:悬饮,痰饮阻肺证。入院后查胸水超声示(8 月 27 日):右侧胸腔积液,右侧胸腔 10~11 肋间可见液性暗区,最深处 10.6 cm。超声心动图示(8 月 28 日):左房增大,左室肥厚,升主动脉扩张;抗核抗体、血管炎、免疫功能、类风湿因子阴性。西医予以化痰利尿治疗,中药治以化痰逐水,方选桑苏桂苓饮加減。处方:桑白皮 15 g,苏子 10 g,桂枝 6 g,茯苓 15 g,柴胡 12 g,枳实 12 g,赤

基金项目:国家中医药管理局重点学科(中医肺病学)

第一作者:黄茂,男,主治医师,研究方向:中医药防治呼吸系统疾病

通信作者:于维霞,女,主任医师,研究方向:中医药防治呼吸系统疾病,E-mail:dzmxh1@126.com

芍 10 g, 泽泻 10 g, 炒白术 15 g, 麦冬 15 g, 丝瓜络 30 g, 连翘 12 g, 太子参 15 g, 陈皮 10 g。7 剂(颗粒剂), 1 次 1 袋, 早晚温水冲服。9 月 2 日复查胸水超声提示: 最深处 11.3 cm。9 月 3 日行胸腔穿刺术, 抽出淡黄色液体 450 ml。查胸水肿瘤标志物示: 白细胞介素-6(IL-6) 359.2 pg/ml, 糖类抗原 125 2410.77 U/ml, 非小细胞肺癌相关抗原 5.18 ng/ml, 铁蛋白 855.73 ng/ml; 结果提示胸水为渗出液, 腺苷脱氢酶(ADA) 正常, 结核杆菌阴性, 胸水未见癌性细胞, 故排除结核和肿瘤引起的胸腔积液。9 月 7 日: 患者诉服上方后右肋肋仍胀满不适, 咳痰减少, 痞满, 纳呆, 下肢沉重乏力, 小便可, 大便溏, 舌边红、苔黄厚, 脉弦滑。治以泻肺逐饮, 方予椒目瓜蒌汤加减治疗。处方: 瓜蒌 30 g, 花椒 6 g, 蜜桑白皮 6 g, 葶苈子 6 g, 陈皮 10 g, 清半夏 10 g, 茯苓 12 g, 苏子 10 g, 蒺藜 10 g, 生姜 10 g, 皂角刺 3 g, 盐车前子 10 g, 泽泻 10 g, 生薏苡仁 15 g, 麸炒薏苡仁 15 g, 大枣 10 g。6 剂, 服法同前。9 月 8 日胸水超声示: 最深处 6.9 cm。9 月 13 日: 患者诉服上方后右肋肋胀满较前减轻, 痞满、纳呆好转, 下肢沉重乏力减轻, 小便可, 大便较前改善, 舌边红、苔黄, 脉弦滑。胸水超声示: 最深处 9.0 cm。治以泻肺逐饮、活血利水, 于上方基础上加牛膝以增活血利水之功。4 剂, 服法同前。由于患者胸腔积液仍有增多趋势, 故于 9 月 15 日再次行胸腔穿刺术, 抽取液体 480 ml。查胸水肿瘤标志物示: IL-6 390.9 pg/ml, 糖类抗原 125 2033.46 U/ml, 非小细胞肺癌相关抗原 4.84 ng/ml, 胸水仍未见癌性细胞; 胸水病理诊断结果示(普图片+细胞蜡块): 较多单核细胞, 结合免疫组化结果, 其中散在增生的间皮细胞, 不能完全排除有少许上皮细胞的可能, 请结合临床及其他相关检查结合考虑, 进一步明确诊断。免疫组化结果: CK(散在+), CK5/6(散在+), Calretinin(散在+), D2-40(散在+), EMA(-), CEA(-), TTF-1(-), P40(-), Desmin(-), Ber-EP4(-), CD68(+), S100(散在+), CAM5.2(散在+), CD31(-), CD34(-), LCA(-), CK7(散在+), CK20(-), CK8/18(散在+), HepPar-1(-)。上述结果提示可排除结核、肿瘤、心力衰竭及风湿免疫病引起的胸腔积液, 此患者胸腔积液原因仍未明确。9 月

17 日: 患者诉服药后右肋肋胀满明显减轻, 无咳痰, 纳可, 下肢乏力好转, 二便调, 舌边淡红、苔略黄, 脉滑。复查胸部 CT 示: 左下肺炎症改变, 右侧胸腔少量积液。予以 9 月 13 日处方续服 14 剂, 当日出院。10 月 8 日门诊复诊: 患者诉中药效果良好, 要求继续服中药治疗, 故继予 9 月 13 日处方 14 剂。10 月 22 日电话随访, 患者诉 1 周前复查已无胸水, 现未再出现右侧肋肋胀满不适, 且体力明显改善。

按语: 胸腔积液从性质上区分可分为渗出液和漏出液, 前者常见病因有结核性胸膜炎、肺炎、恶性肿瘤侵犯胸膜等, 后者常见病因有心力衰竭、低蛋白血症、肝硬化、肾病综合征等, 可以通过诊断性胸腔穿刺鉴别。然仍有一部分患者病因不明, 对于此类患者可在中医学的整体观念指导下, 给予辨证论治, 选用中药治疗。

胸腔积液患者多肋间饱满、喘咳息促, 其症状受体位及呼吸影响。此与张仲景《金匮要略》中“饮后水流胁下, 咳唾引痛”描述相似, 故中医学将其归属于“悬饮”范畴。《金匮要略》中以十枣汤作为治疗悬饮主方, 但此方泻下力猛, 易伤正气, 可引起恶心、呕吐等毒副作用, 故体虚者忌用。对于年老体弱者, 笔者多运用椒目瓜蒌汤加减治疗。椒目瓜蒌汤遵循“导水必自高原”的原则, 从治肺、顺气、消痰入手, 结合利水治肾、化湿治脾, 三脏同治, 可获佳效。导师张立山教授曾使用此方治疗顽固性胸水, 取得了较好疗效^[7]。

本案患者单侧胸腔积液 6 个月余, 入院后行 2 次胸腔穿刺抽液, 均排除结核、恶性肿瘤及急性感染等, 属于不明原因的胸腔积液。胸穿抽取积液虽可以缓解症状, 但后续积液仍反复出现, 初诊时虽予以桑苏桂苓饮加减治疗, 但患者胸腔积液仍未见明显减少。桑苏桂苓饮虽亦为温化痰饮之方, 但该方为费伯雄为支饮而设, 主治水停心下, 入于胸膈, 咳逆倚息, 短气, 其形如肿。本案患者属悬饮病, 故二诊改用椒目瓜蒌汤加减治疗。椒目瓜蒌汤出自费伯雄《医醇賸义》: “悬饮者, 水流胁下, 咳吐引痛。胁乃肝胆之位, 水气在胁, 则肝气拂逆, 而肺金清肃之令不能下行, 故咳而引痛也, 椒目瓜蒌汤主之。”(下转第 179 页)

- sion[J]. International Journal of Biological Sciences, 2018, 14 (14):2051-2064.
- [25] SAMAK G, CHAUDHRY K K, GANGWAR R, et al. Calcium/Ask1/MKK7/JNK2/c-Src signalling cascade mediates disruption of intestinal epithelial tight junctions by dextran sulfate sodium[J]. Biochemical Journal, 2015, 465(3):503-515.
- [26] MAIK-RACHLINE G, SEGER R. The ERK cascade inhibitors: Towards overcoming resistance[J]. Drug Resistance Updates, 2016, 25:1-12.
- [27] BAI X, GOU X, CAI P, et al. Sesamin enhances Nrf2-mediated protective defense against oxidative stress and inflammation in colitis via AKT and ERK activation[J]. Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 2019, 2019:1-20.
- [28] TEWARI D, PATNI P, BISHAYEE A, et al. Natural products targeting the PI3K-Akt-mTOR signaling pathway in cancer: A novel therapeutic strategy[J]. Seminars in Cancer Biology, 2022, 80:1-17.
- [29] RAHMANI F, ASGHARZADEH F, AVAN A, et al. Rigosertib potently protects against colitis-associated intestinal fibrosis and inflammation by regulating PI3K/AKT and NF- κ B signaling pathways[J]. Life Sciences, 2020, 249:117470.
- [30] 夏利显, 周娟俐, 梅丽俊, 等. 痛泻要方通过 PI3K-AKT 通路诱导细胞自噬治疗腹泻型肠易激综合征的机制[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3):468-471, 504.
- [31] SALAS A, HERNANDEZ-ROCHA C, DUIJVESTIEN M, et al. JAK-STAT pathway targeting for the treatment of inflammatory bowel disease[J]. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 2020, 17(6):323-337.
- [32] ROBBAHN L, JIAO L, CRAMER T. Barrier integrity and chronic inflammation mediated by HIF-1 impact on intestinal tumorigenesis[J]. Cancer Letters, 2020, 490:186-192.
- [33] SAEEDI BJ, KAO DJ, KITZENBERG DA, et al. HIF-dependent regulation of claudin-1 is central to intestinal epithelial tight junction integrity[J]. Molecular Biology of the Cell, 2015, 26(12):2252-2262.
- [34] ARBER DA, ORAZI A, HASSERJIAN R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia[J]. Blood, 2016, 127(20):2391-2405.
- [35] THÖRN M, RORSMAN F, RÖNNBLÖM A, et al. Active cytomegalovirus infection diagnosed by real-time PCR in patients with inflammatory bowel disease: A prospective, controlled observational study[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2016, 51(9):1075-1080.
- [36] LI X, CHEN N, YOU P, et al. The status of epstein-barr virus infection in intestinal mucosa of Chinese patients with inflammatory bowel disease[J]. Digestion, 2019, 99(2):126-132.
- [37] 杜丽萍, 李菊兰, 唐彬, 等. 巨细胞病毒肠道感染对溃疡性结肠炎 TLR4/MyD88/NF- κ B 信号通路影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2021, 31(23):3547-3551.

(收稿日期:2023-01-08)

[编辑:韩吟]

(上接第 86 页)方由椒目、瓜蒌、橘红、半夏、葶苈子、苏子、桑白皮、痰藜、茯苓、生姜组成。方中椒目、葶苈子、桑白皮肃肺利水,苏子、瓜蒌、半夏、橘红降气化痰,茯苓健脾渗利水湿,因饮邪停留于胁下,影响肝气之条达,故用痰藜疏肝理气,生姜和胃散饮。临床运用该方治疗胸腔积液疗效满意^[8-10]。考虑久病入络,故在原方基础上加皂角刺活血通络,车前子、泽泻、薏苡仁清化水饮,加大枣崇土制水。改橘红为陈皮,原方本该用椒目,因免煎颗粒剂缺少椒目,故用花椒代替。诸药合用,共奏宽胸理气、利水渗湿、泻肺逐饮之功,使上、中、下三焦水道通畅,水饮渐消。

参考文献

- [1] JANY B, WELTE T. Pleural effusion in adults-etiology, diagnosis, and treatment[J]. Dtsch Arztebl Int, 2019, 116(21):377-386.
- [2] FELLER-KOPMAN DJ, REDDY CB, DECAMP MM, et al. Management of malignant pleural effusions. An official ATS/STS/ST clinical practice guideline[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2018, 198(7):839-849.
- [3] 何权瀛. 胸腔积液临床诊断流程[J]. 临床肺科杂志, 2017, 22(8):1359-1363.
- [4] BIBBY AC, DORN P, PSALLIDAS I, et al. ERS/EACTS statement on the management of malignant pleural effusions[J]. Eur Respir J, 2018, 52(1):1800349.
- [5] 罗森, 王昌明, 曾锦荣, 等. 不明原因胸腔积液的诊断[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(11):1617-1618.
- [6] 胡晶, 刘嘉琦, 陈宪海. 不明原因顽固性胸腔积液从悬饮论治探析[J]. 国医论坛, 2017, 32(4):57-59.
- [7] 张立山, 雁彦, 王彦敏. 顽固性胸水治验 1 例[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(9):1040.
- [8] 陈红, 王安康. 椒目瓜蒌汤化裁治疗胸腔积液 2 例[J]. 湖北中医杂志, 1988(6):32.
- [9] 袁建芬. 椒目瓜蒌汤加减联合西药治疗肝性胸水 25 例[J]. 中国中医药科技, 2010, 17(4):363-364.
- [10] 沈琴, 祝玲. 椒目瓜蒌汤治疗恶性肿瘤胸腔积液临床研究[J]. 中医学报, 2016, 31(8):1089-1091.

(收稿日期:2022-10-08)

[编辑:徐霜俐]