

· 学术论坛 ·

内科胸腔镜检查对不明原因胸腔积液中医辨证价值的思考与探索

李得民 王臻 疏欣杨 李颖 张纾难

【摘要】 在不明原因胸腔积液的诊治中,借助现代化技术内科胸腔镜检查,使人体胸腔这个黑箱能够被直观地观察,对于中医辨治胸腔积液来说带来了前所未有的机遇和挑战。本文通过理论探讨和临床实践的方法,试图创建基于内科胸腔镜的胸腔积液中医辨证诊断方法,以期能够为中医防治胸腔积液提供理论指导,从而提高其临床疗效,但该理论的有效性科学性有待进一步验证。

【关键词】 胸腔积液; 内科胸腔镜; 中医辨证; 理论研究

【中图分类号】 R2-031 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.05.022

胸腔积液是呼吸系统的常见病、多发病,其病因复杂,通过传统常规检查,临床上仍有 20% ~ 25% 以上的此类患者无法得到确诊^[1]。内科胸腔镜是近年发展起来的一项创伤小、操作简便、可由内科医师施行的检查,可全面、直观地观察胸膜腔内情况,并可以对病灶区域钳取足够大、足够量的病变活组织送病理,大大提高不明原因胸腔积液的诊断率,文献报道可达 90% ~ 95%^[2]。在中国,结核性胸腔积液和恶性胸腔积液(malignant pleural effusion, MPE)占不明原因胸腔积液的前 2 位^[3],不同原因的胸腔积液,临床预后差异较大,尤其是恶性胸腔积液,它是晚期恶性肿瘤常见并发症,治疗难度大,预后较差。如何在胸腔积液的诊治中发挥中医的特色和优势,以提高临床疗效,值得中医医务工作者进一步深入思考和探讨。

1 中医对胸腔积液的认识及面临的困惑

中医学对胸腔积液早有认识,广义的痰饮包括悬饮,是水液停聚的部位在胸胁。饮证首见于《黄帝内经》,汉代张仲景进行了详细论述,《金匮要略·痰饮病》篇云“饮后水流在胁下,咳唾引痛,为之悬饮”,并提出“病痰饮者,当以温药

和之”,这些理论经后世医家不断丰富完善,现代医家认为其病机为“阳虚阴盛,水饮内停”,治疗以“温阳利水”为其大法^[4]。

目前,在胸腔积液的诊治中,中医药的参与率整体不高,临床疗效欠佳,可能与中医诊病的思维模式有关。一方面,由于时代的局限性,中医采用“司外揣内”的黑箱理论来诊病,胸腔积液病人早期往往临床症状少或无,随着胸腔积液量的增多,病人出现胸闷、气急等症状,对中医辨证参考帮助有限,人体胸腔就是个黑箱,不能够直接观察内部状况,仅仅根据病人舌脉,很难做到精准辨证;另一方面,从长期临床观察总结来看,不同性质的胸腔积液其中医证型差异显著,其预后和治疗效果也存在差异。例如,现代五版教材《中医内科学》将悬饮的辨证治疗分为 4 个证型,即邪犯胸肺、饮停胸胁、络气不和、阴虚内热,这实际是按照感染性胸腔积液的发病过程来认识的,与《金匮要略》悬饮的概念有别。总之,中医对悬饮病的辨治不能做到既辨病又精准辨证,治法拘泥在仲景《伤寒论》的攻逐水饮法中,故临床很难收到理想的治疗效果。

随着内科胸腔镜技术的发展和运用,使人体胸腔这个黑箱能够让人们直观地观察,对于中医辨治胸腔积液来说带来了前所未有的机遇和挑战,一方面通过胸膜活检,明确胸腔积液性质,可以使中医做到辨病与辨证论治;另一方面,中医通过对胸腔的望诊,可以使中医做到整体与局部辨证论治。而面临的挑战是怎么创建基于内科胸腔镜的胸腔积液中医辨证诊断方法的建立。

2 基于内科胸腔镜的胸腔积液中医辨证方法的探索与实践

2.1 内科胸腔镜对中医外治恶性胸腔积液辨证分型的探索性研究

近年来,中医外治法以其独特的优势,在恶性胸腔积液的治疗与调护过程中发挥着越来越大的作用,但也存在理论研究创新不足等诸多问题^[5]。对于中医外治来说,局部阴

基金项目: 国家自然科学基金(81541173);中日友好医院院级项目(2014-3-QN-26)

作者单位: 100029 北京,中日友好医院中医肺病科(李得民、疏欣杨、李颖、张纾难);首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症医学科(王臻);北京呼吸疾病研究所(王臻)

作者简介: 李得民(1982-),博士,主治医师。研究方向: 中西医结合呼吸病学。E-mail: deminli2008@sina.com

通讯作者: 张纾难(1963-),博士,主任医师,教授。世界中医药学会联合会常务理事及呼吸病分会秘书长,中华中医药学会急诊分会副主任委员、肺系病分会常务委员,海峡两岸医药卫生交流协会常务理事及中医药专委会主任委员,中国医师协会养生专业委员会常务委员。研究方向: 肺间质疾病(纤维化)、阻塞性肺疾病、过敏性疾病等。E-mail: shunan_zhang2010@qq.com

阳辨证是提高临床疗效关键所在。《素问·阴阳印象大论》说:“善诊者,察色按脉,先别阴阳”,中医外治局部辨证的特点是分阴阳,明代“全生派”代表王维德在《外科证治全生集》以“阴虚阳实”为立论基础,即“阴证属虚属寒”“阳证属实属热”^[6]。在既往研究的基础上,本研究根据中医外科疾病辨证中的阴阳辨证原则,通过对内科胸腔镜下胸膜颜色、肿物(肿势、硬度、创面)、胸膜活检时疼痛情况、胸水性质等的全面分析,探索性研究该辨证理论的科学性。

(1)资料采集:收集 2014 年 3 月 1 日~2015 年 2 月 28 日期间在首都医科大学附属北京朝阳医院经内科胸腔镜检查胸膜活检病理确诊的恶性胸腔积液患者 40 例,其中男性 16 例,女性 24 例,年龄 30~79 岁,平均(59.30±12.57)岁;病程最短为 5 天,最长为 8 年,平均(4.61±15.03)月;临床症状:呼吸困难(胸闷、气短、喘憋、喘息等)31 例,咳嗽 24 例,胸痛 17 例,乏力 5 例,发热 4 例,咯血 1 例,无症状 1 例;肿瘤原发灶:肺恶性肿瘤 27 例,恶性间皮瘤 6 例,乳腺癌 2 例,胃癌 1 例,肾癌 1 例,卵巢癌 1 例,恶性淋巴瘤 1 例,未明确原发灶 1 例。血性胸水 21 例,占有病例的 52.2%。采集入选病例的相关信息,内容包括临床症状、病程、肿瘤原发灶、胸水细胞学及病理结果和内科胸腔镜检查过程影像,报告单中对胸水性质、胸膜及病灶均有描述。

(2)诊断标准:根据赵尚华主编的《中医外科学》^[7]中的阴阳辨证原则及专家意见拟定的具体分型标准:阳证:胸膜颜色红光亮,病灶肿势高起、跟脚收束、软硬适中、创面肉芽红活而润实,胸膜活检时疼痛剧烈,胸水颜色为血性,质稠厚。阴证:胸膜颜色不变或紫暗,病灶漫肿、跟脚散漫、质韧不易活检或柔软如棉,肉芽不鲜或苍白水肿松软,活检时不痛或隐痛,胸水颜色清亮稀薄。

(3)分析结果:入选病例中医辨证结果:阳证 30 例,占 75%;阴证 10 例,占 25%。两组病例性别分布,女性在阴证中占 90%,而在阳证中仅为 50%。两组胸膜原发肿瘤所占比例,阴证 40%,阳证 10%。恶性胸腔积液临床以阳证居多,而阴证女性多见,以胸膜原发肿瘤为主。两组在年龄、病程上进行比较,阳证与阴证组无显著性差异($P>0.05$)。

既往文献报道 MPE 以阴证为多,温阳利水是其治疗大法^[8],本研究结果提示阳证占有 MPE 病例的多数,比例高达 75%;而原发恶性胸膜间皮瘤引起的胸水是以阴证为主,这和传统的观点是一致的^[9]。通过比较,阳证组患者与阴证组患者在年龄、病程上无显著性差异($P>0.05$)。由此可见,患者年龄、病程在中医外治 MPE 辨证分型中意义不大,但性别与肿瘤原发灶对其有一定的参考意义。因此,以内科胸腔镜下表现为依据进行中医外治 MPE 辨证,理论依据充分,具有一定的实用性及科学性。

2.2 内科胸腔镜对结核性胸腔积液辨证分型的探索与思考

2014 年 10 月~2015 年 7 月期间在首都医科大学附属北京朝阳医院收集观察 50 余例诊断明确的结核性胸腔积液患者,根据其内科胸腔镜检查镜下所见,初步归类总结以下四个中医证型:(1)水湿型:胸膜弥漫水肿,充血不明显,结

节呈白色或淡红色,胸水淡黄清亮;(2)湿热型:胸膜弥漫充血明显、水肿,结节散在或融合成片,色鲜红,胸水深黄浑浊;(3)热毒型:胸膜出血、糜烂,表面覆盖灰白色或黄色干酪样坏死物,可有血性胸水;(4)血瘀型:胸膜间不同程度的黏连、肥厚。这是借助现代检查手段,延伸了中医望诊的内容,并运用中医现有理论指导进行辨证论治,其意义在于,一方面可为中医外治局部贴敷提供理论指导,验证其有效性和科学性,为下一步开展中医整体辨证与局部辨证的相关性研究奠定基础;另一方面,也为动物模型验证新理论指导下的中医疗效辨证用药提供理论指导。

基于以上观察研究,今后动物实验研究可从以下几个方面入手,深入探讨该理论的科学性:(1)在现有成熟建立结核性胸腔积液大鼠动物模型的基础上,动态观察结核性胸腔积液大鼠显微镜下胸膜表现,了解不同时点胸膜改变特点,按其发病过程来认识,并与结核性胸腔积液患者内科胸腔镜下黏膜征象进行比较,验证现有大鼠动物模型的实用性,为下一步大鼠活体镜下直接观察胸膜辨证诊断提供时间窗口期依据;(2)建立包含大量典型胸膜征象的原始数据库和病例特征库,完善结核性胸腔积液大鼠镜下胸膜特征的归类、辨证及分型,初步建立起实用的面向中医望诊的疾病辨证标准;(3)以中医望诊理论为指导,结合中医专家意见,对结核性胸腔积液大鼠显微镜下胸膜表现进行辨证分型,为中医干预研究奠定基础;(4)比较镜下纤维渗出、胸膜黏连程度与胸水中纤维蛋白原、D-二聚体含量的关系,为血瘀证提供微观指标证据,并可作为中医活血化瘀疗效的评价指标。以上研究可为结核性胸腔积液大鼠动物模型开展胸腔镜下黏膜征象中医辨证指导下的中药干预治疗方案验证研究奠定基础。

3 结语

借助现代化技术内科胸腔镜检查,拓展中医望诊手段,通过对内科胸腔镜下胸膜颜色、肿物(肿势、硬度、创面)、胸膜活检时疼痛情况、胸水性质等的全面分析,根据现有中医辨证理论,科学地对不明原因胸腔积液进行辨证分型,能够为中医防治胸腔积液提供理论指导,以期提高临床疗效,丰富完善现有中医药防治胸腔积液的理论。今后需开展以此理论为指导,高质量的临床疗效评价研究及基础动物实验研究,以进一步探索研究该辨证理论的有效性与科学性。

参 考 文 献

- [1] 刘飞,谢家政. 恶性胸腔积液的诊断及治疗进展[J]. 临床合理用药,2013,6(12A): 180-181.
- [2] 韩雪梅,陶维华,王苑玲. 内科胸腔镜与闭式胸膜活检对胸腔积液的诊断价值比较[J]. 广东医学,2011,32(7): 903-905.
- [3] 涂鑫,钟良英,陈国华,等. 106 例不明原因胸腔积液的内科胸腔镜诊断[J]. 医学研究生学报,2013,26(12): 1343-1344.
- [4] 张伯礼,薛博瑜. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2012:285-291.
- [5] 王兵,侯炜,赵彪,等. 中药外敷疗法在恶性胸腔积液治疗中的

- 应用与研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(12): 100-102.
- [6] 陈忠明, 王国强. 外科的阴阳辨证[J]. 光明中医, 2009, 24(8): 1551-1552.
- [7] 赵尚华. 中医外科学[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 32.
- [8] 熊鸣峰, 吴春红. 温化法治疗悬饮病[J]. 光明中医, 2014, 29(11): 2396-2397.
- [9] 黄金昶, 张来亭. 中医外治肿瘤的体会[J]. 中国临床医生, 2010, 38(6): 62-64.

(收稿日期: 2015-10-15)

(本文编辑: 韩虹娟)