

肺癌病人咳嗽、咯血处理指南（老马版）

1.咳嗽

1.1 咳嗽症状评估

首先应该找出肺癌病人咳嗽的原因。咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一，它是一种保护性神经反射，通过咳嗽产生呼气性冲击动作，能将呼吸道内的异物或分泌排出体外。咳嗽最常见于呼吸系统疾病，几乎所有呼吸系统疾病都可以有咳嗽症状。如急慢性咽、喉炎，表现为刺激性干咳，严重时伴有声音嘶哑；急性气管、支气管炎，表现为非持续性单发或阵发性咳嗽；慢性支气管炎咳嗽多在冬季发作，可持续几个月；支气管扩张反复咳嗽咯血，每日痰量可达数百毫升；支气管肺癌早期出现干咳和少量咯血，周边型肺癌还可伴有胸痛；肺脓肿咳嗽，咯脓性臭痰；肺结核无力型咳嗽，痰中带血；大叶性肺炎咳嗽，痰呈铁锈色；克雷白杆菌肺炎，痰呈砖红色，胶冻状；病毒感染，白色黏稠痰；职业性尘肺有慢性咳嗽、气短和胸痛；百日咳有反复发作痉挛性咳嗽伴高调鸡鸣样吼声；肺栓塞可有咳嗽、咯血、呼吸困难、胸痛等。此外，有部分哮喘并不出现喘息，而表现为慢性咳嗽，称为变异性哮喘。除了呼吸系统疾病外，其他系统疾病也可有咳嗽。如急性肺水肿有咳嗽伴粉红色泡沫痰；慢性左心功能不全常有慢性咳嗽，平卧或活动后加剧；心律失常也可出现咳嗽；喉反神经麻痹，气管食管瘘在饭后咳嗽，胃食管返流性疾病在进食后卧床时咳嗽加重。此外，某些药物如易瑞沙、曲妥珠单抗、甲氨蝶呤、白消安、博来霉素、洛丁新、依那普利、开博通、降压药或血管紧张素转换酶抑制剂等也可引起干咳。

1.2 根据不同的病理治疗咳嗽

使用皮质类固醇和吸入支气管扩张剂（例如沙丁胺醇）可治疗慢性阻塞性肺病或哮喘。

抗胆碱药（例如东莨菪碱）可用于肺癌晚期病人，抑制分泌物和随后的咳嗽。

口服糖皮质激素（如泼尼松还可以提供 30 毫克，每天一次为 14 天）可以迅速缓解肿瘤导致的咳嗽或哮喘/嗜酸性粒细胞气道炎症。

质子泵抑制剂（例如奥美拉唑）和 H₂ 受体拮抗剂（例如法莫替丁、西米替丁）可治疗胃食管回流引起的咳嗽。经常使用胃复安与吗丁啉有可能造成非胃酸逆流。

咳嗽可能表明支气管扩张，鼻窦炎或下呼吸道感染，可以适当使用抗生素。

当病人咳嗽时应停用血管紧张素转换酶抑制剂。

全身化疗可以改善病人的症状包括咳嗽。进行一次或二次外放射治疗可改善胸部症状包括咳嗽。同时，也可以考虑近距离放射治疗和光动力疗法。

1.3 对症治疗

对症治疗应该从简单的糖浆或甘油开始。外源性的气道压迫可考虑采用 2 周的类固醇激素治疗，虽然这可能不是适合于所有患者。如果激素对患者无效，应用外周性镇咳药（左羟丙哌嗪、莫吉司坦、赖氨酸氯尼辛）前可先使用中枢作用阿片类药物，优先考虑含可待因糖浆，其次是吗啡和美沙酮，虽然在治疗慢性阻塞性肺病的临床试验中，所有阿片类药物都有类似的作用机理和效果。

低剂量缓释吗啡（即 5 毫克，有时候 10 毫克，每天两次），可能会产生足够的止咳效果，但不像疼痛，提高剂量不一定能增效。

阿片类药物会引起便秘，这是值得注意的一个问题。

还可以考虑使用局部麻醉剂，比如雾化吸入利多卡因、布比卡因和口服苯佐那酯（退嗽）。

用缩唇呼吸、放松喉咙呼吸、深吸气后在屏气状态下用力作呼气动作 10~15 秒、用吞咽代替咳嗽和转移注意力等手段可以减轻咳嗽。

由于肺癌病人身体状况差，咳嗽症状严重的话，需要尽快处置，避免采用长期治疗方法。

所有以上方法无效的话，还有一些缺乏充分证据的方法可以选择。

（1）巴氯芬，沙利度胺，加巴喷丁，卡马西平或阿米替林，这些药物都具有一定毒副作用。

（2）吸入薄荷可以通过 TRPM8 通道减少咳嗽反射敏感性。

（3）雾化吸入二氯乙酸盐(DCA)。

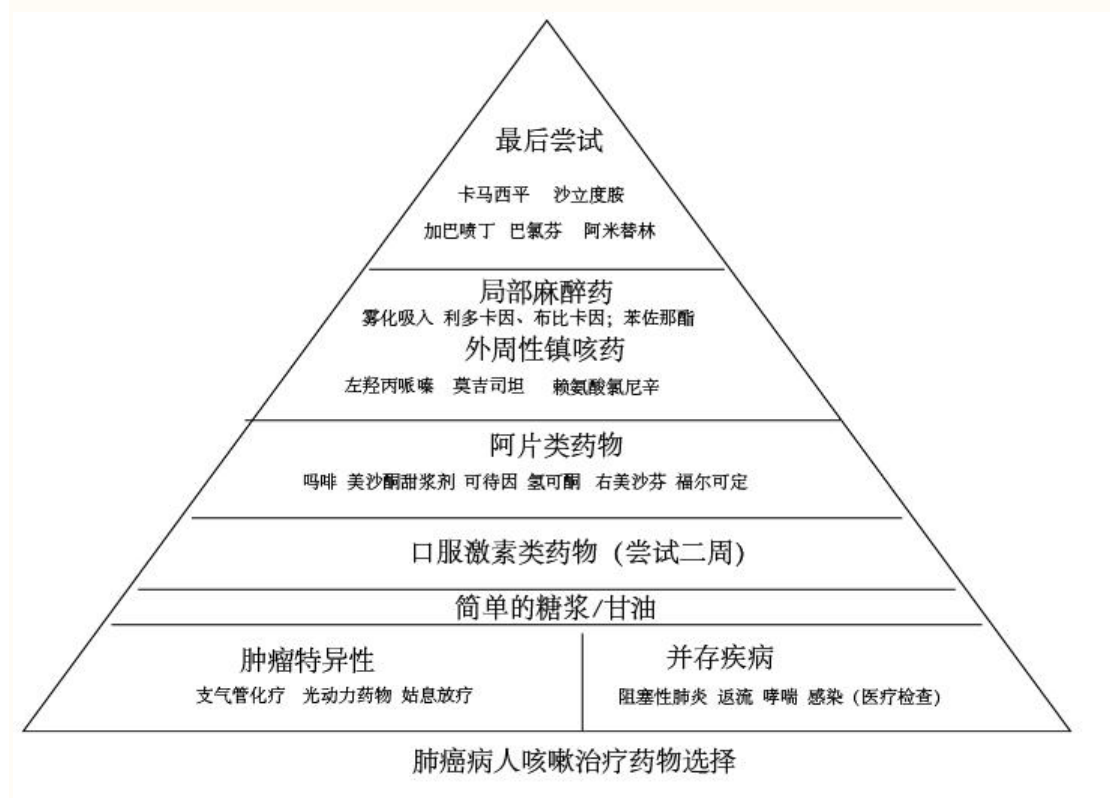


图 1 阶梯用药方案

2.咯血

2.1 咯血机制

咯血是指喉及喉以下呼吸道任何部位的出血，经口排出者。肺癌病人咯血主要是由于各种有害因子对肺毛细血管的直接损伤或通过血管活性物质的作用使毛细血管的通透性增高所致，也可由于炎症、肿瘤或结核等病变侵蚀肺小血管壁而引起。由于肺有双重血供，因此咯血可能来自肺循环，也可能来自支气管循环，或含有这两种循环的血管成分的肉芽组织。约 95%的肺血液循环由肺动脉及其分支供应，为低压系统。支气管循环为高压系统，源于主动脉，一般向肺脏提供约 5%的血液，主要供应气道和支持结构。出血常发生于支气管循环，除非外伤或肉芽肿侵蚀，或钙化淋巴结或肿瘤已损害大的肺血管。肺静脉出血一般量小，其发生主要与肺静脉高压有关。

骤发大量的咯血可导致患者呼吸道内血块阻塞窒息死亡，咯血因经口腔排出，必须与口腔、鼻、咽部的出血和消化道的出血（呕血）相鉴别。

先查口腔与鼻咽部，观察局部有无出血灶，鼻出血多自前鼻孔流出，常在鼻中隔前下方发现出血灶；鼻腔后部出血，经后鼻孔沿软腭与咽后壁下流，患者感到咽部有异物感，用鼻咽镜检查，即可确定。

表 1 咯血与呕血的鉴别

	咯血	呕血
病因	肺结核，支气管扩张症，肺炎，肺癌，心脏病	消化性溃疡，肝硬化，胆道出血，急性糜烂出血性胃炎
出血前症状	喉部痒感，胸闷，咳嗽	上腹不适，恶心，呕吐
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
血色	鲜红	棕黑，暗红
血中混有物	痰，泡沫	食物残渣，胃液
反应	碱性	酸性
黑便	没有	有
出血后痰性状	常有血痰数日	无痰

2.2 咯血处理方法

咯血患者应平卧、头偏向一侧，便于将血咯出。为防窒息，绝对禁忌坐起咯血。尽量做好安慰解释工作，使患者消除紧张恐惧情绪，过度紧张者可适当用镇

静剂。如明确咯血部位，患者可采用向患侧卧位，以防血液流向健侧造成病灶播散。鼓励患者将已在喉头、气管的痰血或余血咯出，切勿因为怕咯血而憋住不咳。对于剧烈咳嗽不止反复咯血量较多者，可适当用止咳药，但可待因慎用、吗啡禁用。咯血期间的饮食，以进易消化的食物为宜。食物不易过热，且要避免刺激性食物，以防加剧咯血。便秘患者，可用缓泻剂，保持大便通畅，以免过度用力而反复咯血。对咯血量较大的患者，要密切观察神志、呼吸、血压、脉搏等生命体征的变化。反复大咯血的患者，酌情予以输注红细胞。

对咯血病人的治疗，除了上述方法外，还可辅以云南白药、止血酶、止血环酸等止血药治疗，咯血量大时可使用垂体后叶素。

对于有禁忌症如高血压、冠心病及处于妊娠期且咯血量较大的病人，可选用酚妥拉明、普鲁卡因等非常规止血药。

对于经一般止血治疗仍咯血不止的患者可适量使用激素类药物。

如果咯血病人并发以下症状，如吸入性肺炎及支气管播散、肺不张、窒息、失血性休克等，应酌情采取相应治疗措施，对于危及患者生命的咯血窒息及失血性休克要立即进行积极的抢救。如大咯血病人出现咳嗽不畅或咯血突然停止，同时感到胸闷、面色苍白、冷汗淋漓等，并有气急、发绀或有神志突然丧失时，有可能是大量血液阻塞气道而使病人发生窒息，此时要迅速将病人置于头低脚高位，并托起头部使向背屈，轻拍背部使积血迅速排出，并尽快挖出或吸出口、咽喉、鼻内的血块，恢复呼吸道通畅，并给予吸氧等治疗。

经上述治疗仍难以止血，且其咯血量大直接危及生命时，应考虑支气管镜手术、外照射治疗、内照射治疗、激光治疗、光动力学治疗和栓塞手术等治疗手段。

参考文献：

1. 2011 年 NCCN 非小细胞肺癌临床实践指南中国版.
2. 英国肺癌病人咳嗽控制临床专家指南。 <http://www.coughjournal.com/content/6/1/9>
3. 徐轶,瞿介明.老年人咯血的流行病学及病因.实用老年医学.2009.