

癌症相关性腹泻及中医中药治疗

张楠 苏天聪

(云南省肿瘤医院 昆明 650118)

关键词:癌症相关性腹泻;中西医结合疗法;参苓白术散;四神丸;痛泻要方;苯乙呱啶;易蒙停;阿托品

中图分类号:R 256.34

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)01-0054-02

许多癌症患者很容易出现腹泻,医学上称这种与癌症有关的腹泻为癌症相关性腹泻。该种腹泻可以是癌症本身引起,也可以因各种治疗所致,会影响患者的生活质量和治疗效果,重者可危及生命。

1 癌症相关性腹泻的原因

1.1 肿瘤本身因素 (1)癌症可使肠道分泌量超过吸收,从而导致腹泻。如临床常见的胃肠癌、胰岛素癌等。(2)某些肿瘤本身发展到一定程度,出现肠腔梗阻、贫血,甚至恶液质,均可造成肠粘膜损害,影响消化吸收功能而出现腹泻。原发性肝癌在确诊前3个月就有腹泻,其原因为肝癌多伴有肝硬化——门脉高压——肠壁瘀血、水肿——消化吸收与分泌功能紊乱——腹泻。(3)某些肺癌细胞可产生各种调节肽,如ACTH、甲状旁腺激素、降钙素、5-羟色胺等。这些激素通过血液循环,患者往往出现类癌综合征,腹泻就是其中一个突出症状。

1.2 手术因素 胃肠肿瘤手术常因切除部分肠段或大部分肠段,肠道功能改变,肠粘膜损害肠粘膜吸收面积减少而引发腹泻。如结肠癌、小肠肿瘤、胃癌、直肠癌切除术后。

1.3 化疗因素 大多数癌症患者都需要常规化疗。化疗药物对包括胃肠粘膜上皮细胞在内的增殖活跃、代谢旺盛的细胞损伤尤为严重。随着接受化疗药物病人寿命的延长,肠麻痹等远期毒性现象也是时有发生。

1.4 放疗因素 在腹部、盆腔、下胸部、腰部脊柱进行放疗,直接损害肠粘膜,放射性肠炎继发肠粘膜萎缩和纤维化,引起急性渗出性腹泻。

1.5 肠运动功能障碍因素 由于癌肿影响,肠运动功能损害,肠机械性运动障碍,胃肠道分泌、消化、吸收紊乱,分泌增加,消化不良,吸收量降低,运动加速,大便次数增加而引起腹泻。

1.6 其他原因 因患病时间较长,思想紧张、焦虑,胃肠植物神经功能紊乱,胃肠运动加速,肠内水、电解质与肠上皮细胞

接触时间缩短,影响水与电解质吸收而引起腹泻。

2 西药治疗

癌症相关性腹泻中,多见的为分泌型腹泻。所以选择性用药非常重要。(1)轻、中度腹泻可采用苯乙呱啶+易蒙停;(2)对重度腹泻采用苯乙呱啶+阿托品;(3)严重的出现水、电解质失调和酸碱平衡紊乱的据具体情况相应纠正治疗。

3 治疗中的误区

(1)滥用抗生素:对于非病原微生物引起的腹泻不但无效,且会造成肠道菌属生态失衡、伪膜性肠炎、二重感染、抗生素性肠炎等,使治疗更为困难和复杂化。(2)抗生素与具活性有益菌属(双歧杆菌、粪链球菌、地衣芽胞杆菌、乳酸杆菌等)药物如乳酶生、丽珠肠乐、培菲康、整肠生、三株口服液,食物如酸奶等同服,导致菌属失活而无效。(3)长期运用吸附剂类之止泻药。

4 中医中药治疗

4.1 病因病机 中医认为:(1)外因:与湿盛关系最为明显,多因虚邪侵入脾胃所致,即“湿胜则濡泄”。(2)内因:与脾虚关系较密切,因脾虚失运,食物不能化为精微,水湿内生而致泄泻,即“泄泻之本,无不由于脾胃”。何为“脾胃”?相类似于西医的消化系统及其调节的植物神经系统,并非西医解剖学上具体的脾脏与胃。一般而言,急性泄泻以湿盛为主,慢性泄泻以脾虚为主。而癌症相关腹泻多为慢性,治法为健脾化湿。

4.2 方药运用 (1)脾胃虚弱:大便时溏时泻,谷食不化,反复发作,稍进油腻食物,大便次数明显增多,食欲不振,食后脘闷不舒,面色萎黄,精神倦怠,舌淡苔白,脉象缓弱。证属脾胃虚弱,兼有蕴湿。治法:健脾化湿。方药:参苓白术散:党参、茯苓、白术、扁豆、苡仁、山药、砂仁、甘草、桔梗、陈皮。如虚而寒盛,肠鸣水泻、四肢冷,宜温中散寒,用附桂理中丸。如久泻气虚下陷,脱肛不收,可用补中益气汤,重用人参黄芪。(2)

人,苔虽黄但苔质颗粒细腻,舌面湿润,痰虽黄但质稠少稀少,其苔白厚提示水湿较重。综合以上分析,本证之病机为:外感风寒,引动体内之水湿上逆,肺气失宣,湿郁化热。治疗过程中不能一派苦寒,应更多的考虑温阳补虚,以“温阳”为要。诸多热象往往是湿郁化热的结果,清热之力则应根据热的轻重灵活把握,治疗的初期清热的力量要偏重一些,但随着治疗过程的进展就要向温阳化饮方面转移。因此,本病如

不详加审度,妄以一派苦寒之品,则病安可解?所以在治疗疾病的过程中把握住疾病的本质是至关重要的,只有了解了疾病的根本所在,才不会迷失在扑朔迷离的症状之中。

总之只要我们能掌握“灵活至巧”的中医思维和辨证方法,既要有规有循,又不墨守成规,着眼于疾病的病因、病机,抓住疾病的本质和运动态势,则可取得良好的效果。

(收稿日期:2004-05-31)

论秋燥咳嗽

张惠珍 王同福

(北京市石景山医院 北京 100043)

关键词:秋燥;咳嗽;《内经》;温病学派;《秋燥论》;清燥救肺汤

中图分类号:R 254.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0055-01

秋燥咳嗽起源于《内经》,但形成为较为系统的理论及治法方药却主要在明清温病学派。重温其理论渊流及临床意义,对于更好地继承发扬祖国医学,防治肺系疾病不无裨益。

1 《内经》关于秋燥咳嗽的论述

《内经》关于秋燥之咳可散见于有关篇目,燥为秋令主气。《素问·阴阳应象大论篇》云:“肺主鼻,其在天为燥,在地为金,在体为皮毛,在肺为脏。”指出了肺应天象为燥,在五行属金。《灵兰秘典论》中提出“西方生燥,燥生金,金生辛。”金属燥,是生理状态下肺的五气、五行、五方所属。病理上六淫太过,秋燥伤肺,《生气通天论》云:“秋伤于燥,上逆而咳,发为痿厥。”有关秋燥咳嗽的治疗,“燥者濡之”治则实已示后人以大法。《至真要大论》说:“燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛。”亦成为后来明清温病学家苦温润燥治秋咳的理论依据。

2 秋燥咳嗽有关理论在明清温病学派的发展

明清温病学派的兴起,秋燥咳嗽理论才得到重视与发展,形成较为系统的理法方药。重视秋燥,首推喻嘉言著《秋燥论》。在《内经》基础上,其第一次对秋燥咳嗽的病因病机及证治作了较为详尽的论述,对后来的温病学家产生极大影响。喻氏明确指出“燥气先伤上焦华盖”,认为经言“诸气抑郁,诸呕喘鸣皆属于肺”亦当责之于秋燥。皆因燥邪伤肺,肺失治节所致,乃“燥证之极也”,并为《内经》“秋伤于湿”误文正本清源,同时对燥邪干于内所引起病理变化也有一定的认识。在喻氏影响下,吴鞠通明列秋燥为九种温病之一;叶天士氏亦明言“燥气上受,先干于肺,令人咳嗽。”(叶天士医案·咳嗽门)以喻氏学说为基础,发展统一了以初秋秋阳以曝,燥气烈为温燥;晚秋西风肃杀,天气凉为凉燥。秋燥的分类为秋燥咳嗽治疗提供了理论核据,在一定程度上促进了秋燥咳嗽的辨证施治。喻氏在阐明《内经》治则内涵基础上,进一步完善秋燥咳嗽证治,如对《内经》“燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛”治则作了阐释,用火之味而制其胜也,宜补则佐酸,宜泻则佐辛,其下之亦以苦温,力主化刚为柔,倡苦

温燥论,辛寒泻热,反对过用寒凉,谓“以清热和平之方”,制乃尽善,其身体力行,创清燥救肺汤,熔苦温辛寒、甘柔濡润于一炉,开补土生金、清燥救肺之先河。吴鞠通氏自制杏苏散、桑杏汤,分别成为治温燥、凉燥之两大代表方剂沿用至今。叶天士氏则重清润养阴、甘寒润燥颇有新意。

3 学习秋燥咳嗽有关理论的现实意义

从近年临床发病率来看,深秋甚至长夏,初秋咳嗽发作患者不在少数,作者曾连续治疗近 20 名秋燥咳嗽患者,此类病人多素体肺气虚,吐纳功能减弱,宗气不足以抗燥热病邪,证见身倦乏力,咳嗽频频无痰,口唇干裂,心烦口渴,舌红,苔薄黄而干,脉细。笔者常用清燥救肺汤化裁,收到较好的效果。说明认识秋燥及其危害性,与季节变化的密切关系,应引起重视。

复习文献,重温古训,有助于对秋燥咳嗽的进一步认识和治疗,截断秋令燥咳发展至冬喘,免犯虚虚实实之戒。结合临床实践,体会秋燥咳嗽治疗宜肺不可过温辛散,润肺不可过于滋腻,尤忌寒凉。外感初起,惟轻清疏散,除非转化成痰热、痰饮(阴虚易感温燥或转化成热证,阳虚易感凉燥或转化成寒证),不用苦寒清肺或辛温苦燥之品。对于深秋初冬之际,遇冷辄发或加重,宿有哮喘夙根者,治应宗辛温宣散。适佐濡润,药如杏仁、贝母、炙杷叶、紫菀、款冬之属,笔者曾用小青龙汤合桑杏汤治疗几例慢支复感而获良效。

针对秋咳之成因和特点未病先防,在暑季即可“精不足者,补之以味,形不足者,温之以气”,根据患者肺脾气虚或肺肾阴虚之体质不同分别施补,酌情予以四君子、六君子、补中益气汤、麦味地黄汤、沙参麦冬汤等或有补益作用的中成药丸,食疗补益肺脾之气或肺肾之阴。在暑季、长夏季节或燥邪当令之时更应注意摄生避邪,避其“锐气”,与天地如一,补泻勿失,才能保存阴津、精气,固本实卫,不断提高人体防御和抵抗外邪能力,以减少肺系疾病的发生。古人之“春夏养阳,秋冬养阴”,恐义在于此。

(收稿日期: 2004 -11 -25)

肾阳虚衰:黎明之前,脐周作痛,肠鸣即泻,泻后痛减,腹部畏寒,形寒肢冷,舌淡苔白,脉沉细。治法:湿肾健脾。方药:四神丸(补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子),严重者及年老者,可酌加附子、炮姜、禹余粮或党参、白术、升麻。(3)肝气乘脾:平时常有胸胁痞闷,暖气食少,每当精神刺激,情绪紧张,则肝气横逆乘脾,脾失健运,气机不调,故腹痛而泻。相似于西

医之结肠应激综合征、慢性结肠炎等,是最常见之类型。治法:抑肝扶脾。方药:痛泻要方(陈皮、白术、白芍、防风)。

以上 3 型及 3 个代表方,均为中医基本分型和代表方,易于初学中医者和西医理解、记忆和使用,且经多年临床实践证实为明显有效的,供大家临床选用。

(收稿日期: 2004 -10 -10)