

热燥湿,行气健脾之法处之。见此证者,患者往往见有便条变细,肛门灼热感,此表现预示肠管内水肿,湿热下注之征。故用药以苦参燥湿清热,茯苓,苍术健脾化湿;厚朴,槟榔,沉香行气通腑,利水消肿。大肠郁滞证乃李老之独创,从症状上看便秘及泄泻均无法概括本证,倒是大肠郁滞更能描绘出该病之特性,从行气健脾入手,继以清热燥湿之法即可清除肠道之郁热,通腑泄浊,使肠道气机调顺,郁滞得解^[9-10]。

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 便秘诊疗指南[S]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17): 126-127.
- [2] 中华中医药学会. 功能性便秘诊疗指南[S]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17): 127-128.
- [3] 姚一博, 李峰. 益气开秘方联合生物反馈治疗脾气虚弱型便秘的临

床观察[J]. 世界中医药, 2012, 7(5): 382-384.

- [4] 郑振麟, 陆金根, 郭修田等. 益气开秘方治疗功能性便秘 46 例[J]. 世界中医药, 2011, 6(1): 42.
- [5] 黄庆伟. 中药益气润肠方治疗中老年人气虚便秘临床观察[J]. 海南医学, 2012, 23(4): 29-30.
- [6] 姜德友, 张森. 便秘源流考[J]. 江苏中医药, 2011, 43(9): 79-81.
- [7] 续海卿, 李广. 唐宋治疗便秘常法与变法[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(9): 95-96.
- [8] 赵春江, 蔡辉. 中医八法治便秘[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(6): 87-88.
- [9] 李玉奇. 医门心镜[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2001: 18-26.
- [10] 李玉奇. 中国百年百名中医临床家丛书: 李玉奇[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001: 18, 59.

(2013-03-20 收稿)

刘沈林教授中西医结合治疗放射性肠炎便血经验

张 力

(江苏省中医院肿瘤内科, 南京, 210029)

关键词 放射性肠炎; 中西医结合; 仙榆合剂; 名医经验; @ 刘沈林

doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2013.08.028

刘沈林教授是全国著名的名老中医药专家, 秉承吴门、孟河医派, 师从国医大师张泽生、徐景藩, 潜心研究消化道疑难病、恶性肿瘤 40 余载, 精勤不怠, 手不释卷, 归纳总结大量临床经验, 临证造诣颇深, 且提倡中西医结合、内外同治, 博采众长、不拘形式, 以解除患者痛苦为要。笔者有幸拜入刘师门下, 伺诊在侧, 亲见其医治大量多治少效之疑难患者, 有幸记录部分在案, 力求述其要于万一, 以供同道参考。

1 放射性肠炎的西医治疗现状

放射性肠炎是腹、盆腔及腹膜后恶性肿瘤放疗后的一种并发症, 可累及小肠、结肠和直肠的黏膜和血管结缔组织, 引起肠上皮细胞增生受抑制; 肠黏膜下小动脉受损产生肠壁缺血和黏膜糜烂、溃疡; 肠壁组织损伤, 纤维母细胞增生, 最后导致纤维化, 黏膜面扭曲和断裂, 肠腔狭窄或穿孔, 腹腔内形成脓肿、瘘道和肠粘连等。临床多表现为严重的脂肪泻、便秘、黏液脓血或鲜血便。其中尤以鲜血便给患者造成危害为大, 不仅影响患者生活质量, 造成恐惧心理, 还可能导致严重贫

血, 营养不良, 甚或恶病质, 若延误治疗, 甚至增加患者死亡率。据国外报道, 严重的肠道放射性损伤的病死率为 22%^[1]。目前对于放射性肠炎的治疗, 西医治疗主要包含适当减小放射剂量、高压氧以及药物治疗^[2]。其中药物治疗占主要地位, 包括谷氨酰胺、N-乙酰半胱氨酸等肠道营养剂; 硫糖铝、蒙脱石散、康复新液、复方角菜酸酯栓等肠道黏膜保护剂; 双歧杆菌等调节肠道菌群制剂; 阿司匹林、塞来昔布、地塞米松等抗炎类药物; 抑制消化液分泌的生长抑素; 逆转放疗后自发性纤维化过程的 γ -干扰素等等^[3]。临床虽取得一定疗效, 但对于严重的放射性肠炎, 尤其鲜血便仍无有效控制手段, 这是目前治疗的难题。

2 中医理论对放射性肠炎的认识

由于放疗的历史较短, 中医理论中并无相应历史沿革。刘师认为, 放射性肠炎表现多端, 根据其表现, 类似古代“泄泻”“便秘”“腹痛”等病范畴, 而放射性肠炎之便血者, 类似古代“肠风”“脏毒”范畴。虽病名不同, 病因病机亦各有不同, 但由于其为肿瘤治疗过程中的继发表现, 究其病因, 当以其原发肿瘤病为致病根本。故其发病根本, 在于正气亏虚, 脏腑功能失调, 正所谓“正气存内, 邪不可干”。由于癌瘤内伏, 消耗人体之气、血、阴、阳, 脏腑功能失司, 五脏不能藏精, 六腑

不能传化,气机阻滞,痰湿内生,痹阻经络,气虚血瘀,加之射线照射,外感热毒,引动内生癌毒,邪热入于血分,虚实夹杂,痰湿瘀毒阻于肠腑络脉,故致本病。《疡科心得集·辨肠风脏毒论》云:“夫大肠之下血也,一曰肠风,一曰脏毒。肠风者,邪气外入,随感随见,所以色清而鲜;脏毒者,蕴积毒久而始见,所以色浊而黯。经云:阴络伤,则血内溢而便血。”

刘师认为便血的病机在于阴络损伤,在本病中,射线照射导致外感邪热、阴血虚耗、痰湿瘀毒阻于阴络,均为阴络损伤的原因。因此,治疗应以清热养阴,止血通络为大法。然而刘师在多年临床辨证中发现,放射性肠炎所致便血,除了有邪热迫血妄行外,其本身多合并脾胃虚弱,肠腑积滞,单纯以中药汤剂口服清热止血,易阻遏阳气,导致肠腑失运,效果不佳。而中药灌肠方作用于局部,剂量大浓度高,不仅可利用肠道局部吸收起效,还可通过直接接触受损肠黏膜,产生直接修复作用,同时又不会引起腹泻、食欲不振等全身反应。而对于长期便血,合并严重贫血的患者,及时输血、止血等对症西医治疗措施可挽救患者危急情况,是治疗中不可偏废的重要部分,因此刘师主张中西医结合,内外治法同用,共起沉疴,并在长期临证中,贯彻始终,取得了满意的疗效。

3 病案举例

3.1 病案 1 某,女,67 岁,江苏南京退休工人。2011 年 4 月起患者因长期大便秘结,逐渐合并小便失禁,于当地医院检查发现宫颈占位,CT 提示腹腔转移,宫颈刮片提示为鳞癌,遂于某肿瘤医院行放疗 1 个周期(52Gy/26f,2011 年 5 月结束),化疗 2 个周期(用药不详)。此后一直口服中成药治疗。2012 年 6 月起患者开始出现便血,呈暗红色血块,量时多时少,平均隔日 1 次,劳累时加重,于当地医院间断输血支持。2012 年 11 月 7 日起,患者便血加重,出血量多,伴头晕乏力。2012 年 11 月 14 就诊时患者精神萎靡,面色苍白,头晕乏力,食欲不振,解大量暗红色血块,日行 5 次,量约 100 mL,大便日行 1 次,成形,与便血不同时,夜寐差,双下肢明显水肿,肛门坠胀,舌质淡,有瘀斑,苔薄白,脉细数,无发热恶寒,无明显消瘦,无腹痛腹泻。查体:KPS 60 分。贫血貌,腹膨隆,右侧肋弓下至右下腹可触及巨大包块,质硬,触之不移,无明显压痛,边界不清,双下肢水肿,右下肢为甚。入院急查血常规示:白细胞计数 $3.80 \times 10^9/L$ 、红细胞比积 0.143、红细胞计数 $1.77 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 42 g/L。粪常规:隐血弱阳性。入院当天、第 2 天分别予红细胞悬液 2 U 输注,并予无渣半流饮食,监测血压、心率,予复方氨基酸 20

AA、中长链脂肪乳营养支持、复方谷氨酰胺胶囊口服保护黏膜、参芪扶正注射液益气养血治疗。中药仙榆合剂:仙鹤草 15 g,地榆炭 15 g,白及 15 g,石菖蒲 10 g,山栀子 10 g,赤芍 10 g,浓煎 100 mL,另加锡类散 15 g、康复新液 20 mL,每日保留灌肠。灌肠第 2 天,患者解血块次数降为 1 次,量约 20 mL,灌肠无不适感。连续灌肠 7 d,期间患者仅有 2 d 各解 1 次血块,量约 10 mL,自觉头晕乏力明显好转,食欲增强,心悸气短好转。复查血常规示:白细胞计数 $3.09 \times 10^9/L$ 、红细胞比积 0.231、红细胞计数 $2.68 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 76 g/L、血小板 $170 \times 10^9/L$ 。便血稳定后,开始中药汤剂口服,治以补益中气、活血止血,方选补中益气汤加减:党参 20 g、生黄芪 30 g、白术 10 g、陈皮 6 g、柴胡 6 g、炙升麻 10 g、当归 10 g、三七粉(后下)5 g,仙鹤草 15 g,炒蒲黄 10 g,炙甘草 6 g,大枣 10 g,共 7 剂,每日 1 剂。

3.2 病案 2 某,女,71 岁,江苏南京退休工人。患者于 2010 年 8 月起无明显诱因出现阴道不规则出血,伴腰腹酸痛不适,进行性加重,至南京市鼓楼医院经宫颈切片病理诊断为:宫颈癌鳞癌 II b 期,遂行放射治疗,具体为:盆腔外照射 50Gy/25f,后装治疗 50Gy/16f,累计 A 点剂量 80Gy。末次放疗 2010 年 11 月。放疗前行“紫杉醇+顺铂”化疗 2 周期、放疗后行“紫杉醇”单药化疗 4 个周期,末次化疗 2011 年 5 月。2011 年 7 月起患者出现大量便血,呈暗红色血块或鲜血,日行 2~5 次,劳累时加重,曾多次输血、门诊中药口服、灌肠治疗,病情时有反复。2012 年 4 月 6 日,因头晕乏力,心慌气短住院。入院时患者乏力纳差,动则气短,下腹不适,轻度压痛,每日解血便 4~6 次,呈鲜红色血液及血块,大便尚成形,日行 1 次,舌淡红,苔薄白,脉细数,无恶寒发热,无腹泻,双下肢无水肿,夜寐欠安,小便正常。查体:KPS 40 分,贫血貌,心率 93 次/min,律齐,心音正常,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹膨隆,右下腹轻压痛,无反跳痛,未及明显包块,肝脾肋下未触及,墨菲氏征(-),腰骶叩击痛(+),肝肾区无叩击痛,移动性浊音(-),肠鸣音正常,双下肢不肿。急查血常规:白细胞计数 $2.80 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞绝对值 $1.73 \times 10^9/L$ 、红细胞计数 $1.66 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 40 g/L、血小板 $122 \times 10^9/L$;铁蛋白 3.40 ng/mL;立即予输红细胞悬液,无渣半流饮食,予复方氨基酸营养支持,静滴丙氨酰谷氨酰胺保护肠黏膜,奥曲肽 8 肽皮下注射液减少肠道分泌、蔗糖铁补铁、参麦注射液益气固本及中药八珍汤加减口服[党参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,炙甘草 6 g,熟地黄 15 g,白芍 15 g,当归 15 g,川芎 10 g,阿胶 15 g(烊化),仙鹤草 15 g,白及 10 g,三七粉

(后下)5 g]。中药仙榆合剂(仙鹤草 15 g,地榆炭 15 g,白及 15 g,石菖蒲 10 g,山栀子 10 g,赤芍 10 g,浓煎 100 mL)另加锡类散 15 g,康复新液 20 mL 保留灌肠,每日 1 次。起始 3 d,患者便血次数逐渐减少,灌肠 7 d 后,患者便血降为每日 1 次,量约 20 mL。继续灌肠 7 d,患者便血降为隔日 1 次,每次量约 5 mL,为暗红色血块。患者自觉乏力气短,头晕眼花明显好转,食欲增加,大便成形,质软,每日 1 行。

4 讨论

放射性肠炎以便血为主证者,类似古代“肠风”“脏毒”“血证”范畴。中医认为,人之肠胃不虚,则邪气无由而入。上述两例患者均为宫颈癌肿,多次化疗,损伤脾胃,中焦运化无权,癌毒消耗气血,复受放疗热毒之邪,热毒耗伤津血,迫血妄行,瘀血内生,以致荣血失道,渗入于大肠之经,其病气血虚耗为本,热毒瘀血为标。故治疗当以补中益气,养血固摄为本,兼以清热凉血,收敛止血。例 1 患者,出血量大,气随血脱,加之腹腔巨大肿块消耗气血,加之舌苔脉细,辨证属气血亏虚,中气下陷之证,故以补中益气汤为主方口服。例 2 患者,便血日久,气血虚耗,结合苔脉,辨为气血亏虚证,故以八珍汤为主方,补气养血为先。而中药灌肠通过直肠吸收,使药效直达病所,且局部药物浓度高,起效快,不受禁食影响,是放射性肠炎最主要的外治法^[4]。仙榆合剂是刘师临证多年,结合大量放射性肠炎患者辨证总结出的灌肠方,该方以仙鹤草、地榆炭、白及为君,清利下焦血分之热,清热凉血,收敛止血,生肌敛疮;山栀子、赤芍为臣,凉血化瘀,既能凉血止血,又助祛瘀生新;反佐一味辛温之石菖蒲,理气活血,祛风除湿,宣发气机,畅通气、血二分,又防苦寒太过,阴寒内生。仙鹤草又名脱力草,其性微温,味苦涩,不仅善收敛止血,又可治脱力劳伤,刘师曾亲身试验,以仙鹤草 120 g、大枣 15 g 同煎连服 3~7 d,对劳伤过度有很好疗效。现代药理研究证实,仙鹤草有抗菌、抗病毒、抗癌、止血、杀虫等功效,并有较好的补益强壮作用,对荷瘤机体非特异性免疫,尤其是对肿瘤的免疫监视具有增强作用^[5]。而仙榆合剂组方其他中药,分别具有止血止泻、保护胃肠黏膜,弛缓肠管平滑肌、抗菌抗炎、抗癌及抗血栓形成作用。此外,对于便血次数多,便血量大的重症患者,方中可加用锡类散、康复新液同用,中西医结合,增加疗效。前者由象牙屑、青黛、壁钱炭、人指甲(滑石粉制)、珍珠、冰片、牛黄研末组成,可解毒化腐,多外用于疮疡破溃,咽喉肿痛等热毒之证。现代药理研究表明其有抗溃疡、促进愈合、消除

免疫反应及抑菌、抗炎、解痉等作用^[6]。配合仙榆合剂灌肠,一方面解毒化腐,另一方面促进局部肠黏膜愈合修复。康复新液为美洲大蠊(即蟑螂)干燥虫体的乙醇提取物,药理作用证实,其能显著促进肉芽组织生长,促进血管新生,加速坏死组织脱落,迅速修复各类溃疡及创伤创面;抗炎、消除炎性水肿;能提高巨噬细胞的吞噬能力;提高淋巴细胞及血清溶菌酶的活性,使体内 SOD 值回升,调节机体的生理平衡^[7]。可应用于包括放射性直肠炎在内的多种放化疗黏膜、皮肤损害,配合中药灌肠,可起到局部修复创面,促进受损肠黏膜血管生成的作用^[8]。此外,刘师也大力倡导行之有效的西医治疗措施,例如,此两例患者分别加用口服及静脉的 L-谷氨酰胺制剂,该药经多种研究证实可以促进胃肠激素的分泌,增强肠道免疫功能,促进肠黏膜细胞的更新修复,增强肠黏膜屏障防御功能改善吸收功能^[9],并能增强人体抗疲劳能力及耐缺氧能力^[10]。奥曲肽 8 肽是一种人工合成的八肽环状化合物,具有与天然内源性生长抑素类似的作用,有多种生理活性,如抑制生长激素、促甲状腺素、胃肠道和胰内分泌激素的病理性分泌过多。该药可抑制胃肠蠕动,减少内脏血流量和降低门脉压力,减少肠道过度分泌,并可增强肠道对水和 Na⁺ 的吸收,从而起到减少肠道出血的作用。

参考文献

- [1]高绍荣.放射性肠炎的中西医结合诊治辨析[J].中国药物与临床,2011,11(2):187-189.
- [2]袁征.急性放射性肠炎中西医结合治疗进展[J].肿瘤基础与临床,2013,26(1):90-92.
- [3]李荣富,孙涛.放射性肠炎内科治疗进展[J].医学研究生学报,2011,24(10):1108-1111.
- [4]孔令杰.保留灌肠在妇科恶性肿瘤放疗引起的放射性肠炎中的应用[J].现代中西医结合杂志,2012,21(11):1222.
- [5]任今今,马晓丽.放射性肠炎的辨治探讨[J].临床合理用药杂志,2011,4(9c):49-50.
- [6]魏金立,席向阳.中药煎剂加锡类散保留灌肠配合太宁栓治疗放射性直肠炎的疗效观察[J].中国社区医师,2012,33(14):174.
- [7]李春耕,李淑娟.中药和康复新液交替保留灌肠治疗放射性直肠炎 100 例[J].陕西中医,2013,34(1):32-33.
- [8]郭小青,汪琛,彭卫卫.康复新液预防宫颈癌急性放射性肠炎的临床观察[J].赣南医学院学报,2011,31(6):731.
- [9]张森,陈道楨.复方谷氨酰胺联合思密达治疗急性放射性肠炎疗效观察[J].药物与临床,2012,2(5):72,74.
- [10]汪华媛,华海清.放射性肠炎的中西医治疗研究进展[J].现代肿瘤医学,2009,17(3):591-593.

(2013-03-04 收稿)