

结肠腺癌转移治验1例

陈 响 中*

主题词 结肠肿瘤/中医药疗法 腺癌/中医药疗法

1 病例介绍

乔某,男,50岁,住院号219045。患者于1987年5月底出现全腹部持续性疼痛,伴阵发性加剧1个月。6月20日因病情加重2天同时伴恶心,稀便,无呕吐,在本院拟诊为弥漫性腹膜炎行剖腹探查术,术中发现升结肠中段处有一穿孔约0.2cm大小,不断溢粪,周围1cm肠壁炎症反应明显,升结肠肝曲处见4cm×4cm肿瘤,侵犯浆肌层,先作结肠造瘘和结肠回肠吻合术。同年8月11日再行右半结肠切除术,术中见升结肠肿瘤有所增大,5cm×5cm大小,小肠壁有大小不等转移结节,无法完全切除,只能行右半结肠肿瘤清除术,病理切片(病理号87-3072)示蕈伞型腺瘤(Ⅰ级)。同年8月25日出院后1个月进行化疗治疗,每周1次,共2天,第3周化疗后出现药物性肝炎等副反应而终止化疗。笔者采用中药治疗7年,除断续出现消化不良、便秘等症外,无其他不适反应,尤其是小肠壁转移灶消失、原发灶也未见复发及转移他脏。存活7年,目前还在随访。兹将中药治疗经过介绍于下:

1987年9月8日初诊:自诉:术后局部伤口隐隐作痛,脘腹不舒,肢体困倦,纳欠佳,口粘不渴、嗝气,大便次数增多、每日2~3次、不成形,舌淡红、苔厚腻,脉细。辨证:脾胃不和,立法:健脾和胃、清热利湿。处方:藿佩各20g,半夏10g,陈皮6g,茯苓10g,山药10g,厚朴10g,白术10g,黄连3g,生苡米15g,车前子草各12g,白花蛇舌草30g,半枝莲30g。

10月22日复诊,上方服用1个半月,腹痛

减轻,纳一般,大便次数略为改善,刚化疗1次,自觉乏力,舌淡红苔薄,脉细弱,继守前法去藿佩,加太子参20g,鸡血藤30g;另吞四神丸6g,每日2次。

11月19日再诊,化疗第3次,出现肝区隐痛,黄疸,纳差,神疲乏力。检查:血白细胞 $3187/\text{mm}^3$,谷丙转氨酶1580U,血胆红素11.33mg%。舌红、苔黄腻,脉细数。证属肝胆湿热,治以清热利湿,护肝退黄,并停用一切化疗。处方:柴元胡各10g,白芍10g,茵陈30g,山栀10g,田基黄30g,鸡骨草15g,郁金10g,鸡内金10g,车前子草各12g;另以垂盆草冲剂,每次1包,每日3次冲服。

12月18日再诊:上方服1个月,复查肝功能、胆红素均恢复正常,黄疸消失,稍感疲乏,纳可,大便每日1~2次,舌淡红、苔薄黄,脉细,仍按初诊方去藿佩、厚朴,加鳖甲10g,继服1年。

1988年10月再诊:查腹部MRI示小肠壁转移结节消失,其余未见异常。自觉腹胀、乏力,时有大便稀薄,口干,纳少,舌淡红微干、苔少,脉虚略数。证属脾胃两虚,生化式微,气阴并耗。温凉俱难,宜益气生津,调理胃肠。处方:党参10g,白术10g,山药10g,白扁豆10g,茯苓10g,粉葛根10g,川石斛10g,生苡米15g,鸡内金10g,白英30g,白花蛇舌草30g,炙甘草3g。据证加减:如内热重加黄连3g、知母10g、黄柏10g,腹胀加木香6g、大腹皮12g、砂仁3g,湿重加藿香20g、佩兰20g等。

2 体会

本例7年来坚持长期服药,症状缓解,1988年5月恢复上班,精神体力均好,病情稳定。1994年5月在本院再复查腹部核磁共振示未见原发病灶复发及转移他脏。众所周知,结肠癌术后往往出现体虚乏力,胃肠功能紊乱,祖国医

* 上海医科大学附属华山医院,上海市乌鲁木齐中路12号(200040)

收稿日期:1994-06-06

学认为脾为后天之本,气血为生化之源,全身性的气虚血少等都与脾胃的运化功能失调有关,所以治疗多从调理脾胃着手。早期脾失健运,湿浊内生,郁而化热,治疗上应以健脾和胃,清热利湿为主,则用藿香正气散加减。方中藿香、佩兰芳香化浊,理气和中;厚朴去湿除满;半夏、陈皮理气化湿;白术、茯苓健脾利湿;炙甘草和中补脾。中后期若病情迁延日久或化疗后,多伤阴耗气,阴伤则津不上承,阳虚则运化不健,阴阳两虚,温凉俱难,偏温伤胃,偏凉伤脾,所以用党参、甘草补气扶正;白术、米仁、茯苓健脾化湿;山药、扁豆补脾止泻;石斛养胃生津;葛根升清,这是在参苓白术散基础上加减运用,佐以升清

生津的方法。此例虽然原发病灶已切除,但小肠肠壁上转移结节未能完全清除,再加上化疗药物副作用又无法进行化疗,所以在确切辨证基础上,每次均选1~2味具有清热解毒、抗癌作用中草药如白药蛇舌草、半枝莲、白英、虎杖根,剂量一般在30g以上,使扶正与清热解毒法有机结合,从而达到扶正以祛邪、祛邪以安正的目的。其次,还要处理好兼症和标本缓急。如患者化疗刚开始就出现药物性肝炎等副反应,故及时应用清热利湿、护肝退黄中药治疗,短期内即使肝功能及血白细胞均恢复正常,黄疸亦完全退净。总之,结肠癌转移以扶正固本(调理脾胃为主)、清热解毒疗法治疗显示一定优越性。

生大黄泡服治疗小儿麻疹期急性尿潴留 33 例

任宝书* 程锁基* 梁永昌* 万俊伦*

自1990年以来笔者用生大黄浸泡口服治疗小儿麻疹期并发急性尿潴留33例,获得满意效果,现报告如下。

一般资料:本组33例年龄最小10个月,最大9岁,平均年龄4岁。尿潴留时间最短1天,最长5天,平均2.5天。其中有8例在应用本方法治疗前曾使用保留导尿,但拔管后仍排尿困难。

治疗方法:取生大黄5~15g(根据年龄大小选用适当剂量),用沸水约100~200ml浸泡20分钟,顿服,每日1~2次,如本方法无效,可急行导尿。

治疗结果:本组33例服药后均在解大便的同时排尿,皆一次排尿成功,其中服药后20~30分钟排尿者6例,30~40分钟排尿者12例,40~60分钟排尿者11例,1~2小时排尿者4例。

典型病例:纪×,男,5岁。因发热恶风3天于1993年2月10日收入院。症见鼻塞流涕、咳嗽、流泪、目赤、面部可见红色疹点,磊磊如麻,小便短赤,大便干,苔薄黄。体温38.7℃。入院诊断:小儿麻疹。治以清热解毒透表之品煎服。翌日患儿症见排尿困难,继而点滴不下,下腹隆起、胀满,叩诊膀胱上缘位于脐下3横指。且大便3日未行。以生大黄10g,开水100ml浸泡顿服,约40分钟后解大便同时排出小便约600ml。

体会:本病属中医“关格”“癃闭”范畴,病因麻疹期患儿外感麻毒,侵袭肺卫,而肺为水之上源,热壅于肺,肺气不能肃降,津液输布失常,水道通调不利;或热盛下移膀胱,热气闭阻,膀胱气化功能不利而成癃闭。生大黄性苦、寒,归大肠经,泻下之力较强,能通腑泻热。而肺与大肠相表里,腑气通则肺热得以宣泄,肺之肃降功能恢复,津液输布,水道自通。此含“提壶揭盖”之理。另外生大黄泻下作用,能松弛肠壁平滑肌,使之节律性收缩,达到通便目的,与此同时,间接刺激膀胱,使膀胱括约肌松弛而排尿。

在本组中,约有90%在小便不通的同时,兼有大便干结之症。因肺热下移,而致阳明腑气不通。热灼津耗,大便干结而成粪石。从生理解剖上看,尿道内口位于直肠前方,故直肠积存粪石直接压迫尿道内口,也是导致尿潴留的一个原因。大黄攻下,粪石除,则小便通。

首届中国传统性医学大会在京闭幕

首届中国传统性医学大会于1994年10月10日在北京隆重闭幕。全国人大常委会副委员长吴阶平、卫生部副部长张文康、中国性学会会长王光超为大会题词,国家中医药管理局医政司司长陈佑邦到会讲话。

大会代表200余人,国内外知名学者云集。大会选举产生了中国中医药学会性医学专业委员会,中国中医研究院艾滋病专家吴伯平当选主任委员,北京中医药大学东直门医院青年性医学学者康力升当选为秘书长。首届中国传统性医学大会是中医性医学发展史的最重要的里程碑。大会决议1996年第二季度召开第二届世界传统性医学大会。欲参会者,请来信向康力升秘书长索取会议征文通知,邮编:100700。

* 河北省文安县中医院(302850)

收稿日期:1993-03-30