

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.17.009

基于“诸胀腹大，皆属于热”探讨癌性腹水的辨治

韩欣璞，朱潇雨，李杰✉

中国中医科学院广安门医院，北京市西城区北线阁5号，100053

[摘要] 癌性腹水是恶性肿瘤患者中晚期的常见并发症之一。基于“诸胀腹大，皆属于热”理论，结合古代文献和现代医学研究成果，以“因热致胀”核心病机为切入点，提出热邪与癌性腹水密切相关，根据疾病不同时期分析其病机特点，认为癌性腹水的病机演变规律为初期湿热、中期瘀热、后期阴虚内热，分别从清湿热、散瘀热、退虚热等方面探讨癌性腹水的辨治策略，以期指导临床应用。

[关键词] 癌性腹水；湿热；瘀热；虚热

癌性腹水又称恶性腹腔积液，主要是由于癌变组织分泌的介质使腹膜血管通透性增加引起水液代谢失衡，最终导致液体异常增多^[1-2]，具有难控制、易反复、预后差等特点，根据癌变组织分泌的介质类型可分为炎性腹水和非炎性腹水。癌性腹水临床可表现为腹部膨隆、食欲降低、恶心呕吐、浑身乏力、腹痛腹胀甚至胸闷、呼吸困难、下肢浮肿等一系列症状^[3]，严重影响患者的生活质量。现代医学治疗目前主要采用利尿剂、腹腔穿刺、腹腔静脉分流术、腹腔置管引流术等方法，在一定程度上可缓解患者病情，但产生的并发症和损伤可加重患者的痛苦，且治疗有效率和安全性较低^[4]，易反复发作。

中医学以“整体观念”和“辨证论治”为基本特点，在治疗癌性腹水方面取得了良好效果^[5]。《素问·至真要大论篇》云：“诸胀腹大，皆属于热”，提示在临床辨治腹胀病证时要重视因热致患的病机变化^[6]。受该条文启发，本文从“皆属于热”与癌性腹水的相关性入手，探讨癌性腹水的辨治策略，以期为临床治疗提供新思路。

1 “诸胀腹大，皆属于热”解析

“诸胀腹大，皆属于热”为“症状-病因”句式结构，“胀腹大”指症状，“热”指病因。“胀”字

主要包含两方面内涵，从外观上讲，指皮肉膨胀、体积变大；从临床表现上讲，指身体内壁受到压迫而产生充塞难受等不适感，甚至伴有疼痛。在解剖学中，“腹”的范围介于横膈膜到骨盆之间，内有脾胃、肝、膀胱、肠等脏器。关于“诸胀腹大”的解释有狭义和广义之分，狭义多指邪热内结肠胃，气行不畅而表现为中焦胀满、腹部膨隆，若邪热炽盛与肠中糟粕相搏还可表现出腹满硬痛、排便困难等一系列症状。广义上泛指臃胀、肤胀、水胀、五脏六腑胀等。根据不同病机分析，臃胀以血行瘀滞为主，肤胀以气机不畅为主，水胀以水湿停聚为主；根据不同病位而言，上部胀多责之于肺，下部胀多责之肝肾，如张介宾在《类经》注曰：“热气内盛者，在肺则胀于上……在肝肾则胀于下，此以火邪所至，乃为烦满，故曰诸胀腹大，皆属于热”。

热邪属阳邪，可由外感，也可内生。外感之热邪易耗气伤津，结于胃肠致气机不畅而引起胀病；内热者，多因嗜食辛辣刺激、肥甘厚味或五志郁结化火而生湿热，滞于腹部引起胀满疼痛等症状。炎症中表现为红、肿、热、痛等符合火热炎上特性的临床症状多属于“热邪”范畴^[7]。

2 “皆属于热”与癌性腹水的相关性

癌性腹水属于中医学“臃胀”范畴，为四大难证“风、痙、臃、膈”之一，是历代医家重点研究的病证之一。《丹溪心法·鼓胀》云：“七情内伤，六淫外侵，饮食不节，房劳致虚……清浊相混，隧

基金项目：国家自然科学基金(81774289, 82074402)；北京科技计划(D161100005116004)

✉ 通讯作者：djieli2007@126.com

道壅塞,郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂成胀满”,指出湿热之邪是引起臌胀的重要原因之一。我们认为,癌性腹水多由热邪引起,初期多为湿热,中期为瘀热,后期为阴虚内热,整体呈动态演变过程。

2.1 初病湿热在经在气

癌毒为阴寒之邪汇聚形成的有形之物,质地较硬,固定不移,具有“阴”的属性;同时生长迅速,破坏力强,可引起发热、出血等症状,又体现出“阳”的特性^[8],即“体阴而用阳”^[9]。癌毒阻滞三焦,致水液运行不畅聚集成湿,阳加于湿则成湿热。患者病情初起时,腹水尚未成势,湿热多阻滞腹内,脏腑气化失职,可表现为脾胃转输水液不畅,水饮留滞体内,而过多的水饮停聚于下,膀胱与肠腑“以通为用”功能受损,可见小便淋漓不畅、大便黏滞不爽。现代研究^[10]也发现,腹水初起患者常表现为水电解质紊乱致小便异常,积液压迫肠管可引起大便不畅,病程易反复,均符合中医湿热壅盛的表现。

2.2 中期瘀热入络入血

癌毒与湿热之邪胶结难解,病进则由气分深入血分,形成瘀热。瘀热病初犯肝,肝气郁结,横逆犯脾,引起脾失健运和脾不统血,导致气滞、血瘀、水停腹中,使患者腹水情况进一步发展;瘀热之邪加速血液运行,易损伤脉络,血随渗出结聚腹中,即肝脾瘀热型癌性腹水。临床表现为少腹胀满疼痛、呕血、黑便、蜘蛛痣、舌色紫暗有瘀点等动血症状。肝经与胆经相连,胆汁泛溢肌肤,还可见烦热口苦,面目肌肤发黄。现代研究认为,肿瘤进一步发展使血管通透性更加亢进,大量红细胞等渗出并流入腹腔形成血性腹水,癌细胞脱落种植在腹膜刺激生成癌性腹膜炎,癌毒侵蚀消化道内血管和胆管,出现呕血、黑便等出血症状^[11-12],这也符合中医瘀热入血的表现。

2.3 后期阴虚水停生内热

癌症为慢性消耗性疾病,迁延难愈,患者后期多已经历放疗、化疗等治疗方法,正气大多受损。化疗药易耗伤机体正气,常波及多脏腑^[13]。肾主水,对体内水液代谢具有主宰作用,肾气衰惫,无力蒸腾气化水液,则引起体内水湿停滞;放疗属火热毒邪,有伤阴之弊^[14],肾阴亏虚不能制约相火则生内热,形成阴虚水热证。临床表现为腹部胀满膨大,面色晦暗,潮热盗汗,五心烦热,口燥咽干,舌红、苔少、脉细数等。阴虚蒸液为痰,痰浊

蒙蔽心窍还可见喉中痰鸣、谵语、烦躁。癌症患者后期易出现营养不良或者低蛋白血症,血浆胶体渗透压降低,液体从腹膜或者脏器血管中渗出而进一步加重腹水情况;电解质紊乱出现谵语、心情烦躁不安等症状,也与后期阴虚内热扰乱心神有关^[15]。

3 基于“皆属于热”辨治癌性腹水

针对由热邪引起的癌性腹水的病机特点,在讨论辨治策略时要分清热型,拟定对证和对症的治疗法,为临床辨证论治提供理论依据。

3.1 清湿热

鸡矢醴为最早治疗湿热型臌胀方药^[16],其热者寒之、以苦燥之、以淡泄之等治疗思想仍在指导临床应用。癌性腹水患者表现出以胃肠湿热为主的中医证候时,治疗应以清热利湿、逐水攻下为主,使热退湿去水自消,临床上常用中满分消丸或茵陈蒿汤加减。中满分消丸中黄连、黄芩、猪苓可清热利湿,枳实、厚朴消满除胀,人参、白术培补中气,全方攻补兼施,祛邪不伤正。茵陈蒿汤中茵陈、栀子、大黄三药相伍,可使湿热之邪从二便而出。沈龙柱等^[17]采用中满分消丸合茵陈蒿汤加减治疗 47 例湿热蕴结型恶性腹水患者,结果显示腹水症状减轻。贺用和常用茵陈蒿汤或中满分消丸加减治疗湿热蕴结型肝癌腹水患者,结果显示可降低不良反应,延长患者生存期^[18]。宋振民等^[19]采用加味茵陈蒿汤联合顺铂治疗湿热型肝癌腹水患者,不仅有效减轻症状,还可以改善肝功能,减轻副作用。

3.2 散瘀热

对于肝脾瘀热型癌性腹水,治疗应以活血化瘀、清热利水为主,临床上常用调营饮加减。调营饮药力峻猛,对于血瘀较甚而正气未衰的癌性腹水患者可酌情使用。临床研究证实,调营饮在治疗血瘀水停型腹水方面安全、有效,患者接受度较高^[20];同时加用土茯苓、鳖甲等软坚散结药物治疗血瘀水停型癌性腹水患者,可使腹水减少,腹胀症状减轻^[18]。需注意两点,一是化瘀行水的同时配合调气;二是攻补兼施,扶正防止过于攻伐,选用当归芍药散较为合适。

气为血之帅,气能行血,若气机阻滞不畅,影响血行则会使血瘀症状加重。因此治疗瘀热型癌性腹水需配合调气,气行则瘀去、水消、热退。印会河认为治疗本病在化瘀软坚的基础上加用桔梗、枇杷叶等药物开利肺气,具有提壶揭盖的作用,可疏

通三焦气道,并创化瘀通气排水方,在减轻临床症状方面取得良好效果^[21]。正虚邪毒积聚是癌病产生的病理基础,中晚期患者正气更虚,不宜一味攻邪,宜使用当归芍药散攻补兼施。如贾英杰强调血瘀之证具有出血倾向,故在用药时要慎用三棱、莪术、穿山甲等活血化瘀药,治疗此证时常以当归芍药散为基础方以养血调肝,健脾利湿^[22];付啸峰^[23]研究发现,使用当归芍药散加味联合腹腔灌注治疗肝脾血瘀型恶性腹水在减轻临床症状方面有明显优势,且有助于提高患者生存质量。

3.3 退虚热

癌性腹水晚期辨证为阴虚内热型的患者,治疗当以滋阴清热利水为主,临床上常用猪苓汤加减治疗^[24]。水为阴邪,在滋养阴液除虚热的同时,要注意避免滋阴助水湿,加重水湿之患;利水时也要注意不可太过伤阴。猪苓汤具有清热、养阴、利水的作用,利水而不伤阴,可使水湿去、邪热清、阴津复,是治疗阴虚水热互结证的代表方。猪苓汤不仅有很好的利尿作用,而且具有较强的抑癌抗癌疗效,近年来临床上以猪苓汤为基础方剂加减治疗阴虚水热型癌性腹水取得了良好效果^[25-27]。

4 结语

癌性腹水是恶性肿瘤中晚期常见并发症之一,严重影响患者生活质量。“诸胀腹大,皆属于热”是《黄帝内经》病机十九条的内容之一,相关研究较多,且该理论与癌性腹水具有一定相关性,所以基于“诸胀腹大,皆属于热”探讨癌性腹水的治疗策略具有相关依据和参考价值。本文以“因热致胀”这一核心病机为切入点,探讨初、中、末各期热型的联系及演变,并提出清湿热、散瘀热、退虚热的治疗策略,希望可以拓宽临床思路和治疗方案,增强治疗效果。

参考文献

- [1] FAGOTTI A, PETRILLO M, COSTANTINI B, et al. Minimally invasivesecondary cytoreduction plus hipec for recurrent ovarian cancer: a case series [J]. Gynecol Oncol, 2014, 132(2):303-306.
- [2] 岳喻伦, 吕文艳, 毕丽丽, 等. 总蛋白、C-反应蛋白、 β_2 -微球蛋白在炎性与非炎性胸腹水鉴别诊断中的应用 [J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(2):120-121, 126.
- [3] 石远凯, 孙燕. 临床肿瘤内科手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 662-699.
- [4] 王怀碧, 江飞龙, 赖宗浪, 等. 恶性腹水的治疗现状及进

- 展 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(12):2162-2164.
- [5] 秦丹梅, 钱蓉, 宋幸铃, 等. 恶性腹水的中医药研究进展 [J]. 中医肿瘤学杂志, 2021, 3(4):64-69.
- [6] 石卉琴, 郑红斌. 浅析《内经》“诸胀腹大, 皆属于热”的临床意义 [J]. 江西中医药大学学报, 2015, 27(2):15-17.
- [7] 赵进喜, 贾海忠, 张保春, 等. 火热病邪, 可致多种疾病; 辨证清热, 能取多重疗效 [J]. 环球中医药, 2021, 14(5):860-863.
- [8] 陈惠惠, 范家鸣, 江啸锋, 等. 从肿瘤阴阳属性辨治恶性肿瘤的思路探析 [J]. 医学争鸣, 2018, 9(4):44-47.
- [9] 林龙, 王雄文. 刍议恶性肿瘤之阴阳属性 [J]. 新中医, 2012, 44(12):162-164.
- [10] 左明焕, 胡凯文, 周琴, 等. 华蟾素对比白介素-2 腹腔灌注治疗湿热型恶性腹水的临床观察 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(8):1101-1103.
- [11] 郑俊超, 费鹏飞, 冯宝约, 等. BALB/c 小鼠结肠癌血性腹水模型的建立及机制探讨 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(4):513-515.
- [12] ZHAN N, DONG WG, WANG J. The clinical significance of vascular endothelial growth factor in malignant ascites [J]. Tumour Biol, 2016, 37(3):3719-3725.
- [13] 郑红刚, 朴炳奎. 浅议放化疗毒副作用的中医病因 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(10):751-752.
- [14] 刘舒畅. 肺癌放疗前后证素变化的临床研究 [D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.
- [15] 徐珩, 李平, 陈姣, 等. 恶性腹水的发生机制及中医药治疗概况 [J]. 中医杂志, 2011, 52(14):1249-1252.
- [16] 叶晶琳. 恶性腹水的中医学术源流及中医治疗研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [17] 沈龙柱, 高虹, 吴兆洪, 等. 辨病辨证治疗肝硬化腹水 47 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2004, 13(6):473-474.
- [18] 张晔铭, 郑红刚, 贺用和. 贺用和治疗原发性肝癌腹水的经验 [J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(5):746-748.
- [19] 宋振民, 宋会群, 宋沛沛. 加味茵陈蒿汤联合顺铂腔内灌注治疗肝癌腹水临床观察 [J]. 新中医, 2018, 50(3):139-142.
- [20] 黎仲援. 调营饮治疗血瘀水停证肝硬化腹水的临床观察 [D]. 南宁: 广西中医药大学, 2019.
- [21] 陈迎春. 印会河教授采用疏肝散结方治疗癥积经验 [J]. 中医研究, 2019, 32(9):41-44.
- [22] 李家合, 张瑶, 贾英杰, 等. 贾英杰教授基于“血不利则为水”辨治癌性腹水经验 [J]. 天津中医药大学学报, 2020, 39(4):381-384.
- [23] 付啸峰. 当归芍药散加味治疗肝脾血瘀型恶性腹水临床观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [24] 周洪立, 周红光. 猪苓汤在癌性水肿治疗中的应用 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(2):54-56.