

# 第五章 胆管癌常见并发症与治疗方案的注意事项日常护理

## 5.1 癌痛

### 5.1.1 止痛药效果强弱天梯图介绍

**核心提示：**疼痛是癌症患者面临的最大的痛苦，尤其是癌症晚期，在并无特效药的情况下，只有应用镇痛药才能减轻这种痛苦。对于镇痛药应合理使用，既不应该排斥，也不应使用上瘾。



癌痛的分级 1-10 级，前文第三章有提到过 wong-baker 面部评分量表来给疼痛分级，不同等级有不同的处理方式，小于 4 分（安静平卧有时会痛）为轻微疼痛，无需处理，安慰患者，分散注意力，改变体位等方式缓解疼痛，大于等于 4 分时需药物干预。

不同程度的疼痛可以根据左图（癌痛止痛药物天梯图）来递进选择止痛药，以吗啡为基准，在吗啡上面的止痛效果强于吗啡，以下效果弱于吗啡。需要提醒大家的是，因为个体的差异，止痛药效果的强弱并不是一定会按照图中所标顺序递进，也有出现降低止痛药效标准反而止痛效果更好的案例。

几乎任何药物都有副作用，选用时应该“两害相权取其轻”。

大约 80%的晚期癌症伴有剧烈疼痛，剧烈的癌痛会导致心率加快，血压、血糖升高，身

体免疫力明显下降等一系列副作用，使病人身体垮得快，多数患者面临全方位的疼痛时，医生一般都会建议他们服用吗啡之类的强效镇痛药。但问题是，服用吗啡都会逐渐上瘾，这令许多病人产生抗拒心理，有不少人情愿忍受癌痛的折磨也不愿当无可奈何的“瘾君子”。对此，专家认为：毕竟癌魔对人体的摧残比吗啡所产生的副作用还要严重，建议患者不要盲目拒绝服用吗啡。**因为，只有解决了最难受的癌痛问题，才能保障睡眠、提高食欲，避免患者陷入忧郁和焦躁的情绪，这对提高患者后期的生存质量有着重要的意义。**

癌痛往往是全方位的，而较常见的剧烈疼痛部位有胸背部、头颈、腹腔、盆腔、骨骼和胸部等。另外，肿瘤本身可以产生一些激素样化学物质、坏死组织分解物等，都可进一步激化各部位的疼痛。因此，到后期，患者经常感到很难精确地描绘出疼痛的部位或性质。癌痛还常伴有强烈的植物神经异常，使病人精神和体力都明显下降。在所有顽固癌痛的病例中，都存在“疼痛→失眠→疲乏→疼痛→失眠”这样的恶性循环，并引发患者的焦虑和抑郁。有统计称，慢性疼痛患者抑郁的发病率在 30%~60%之间。

因此，对于肿瘤患者而言，使用止痛药解决的不仅仅是“疼痛”问题，还可以帮助患者改善睡眠、提高食欲、降低忧郁和焦躁、增强身体的抵抗力，从而提高患者的生活质量，同时再辅助于相关的积极治疗，可以帮助患者达到长期带瘤生存的目的。“就如同高血压、糖尿病一样需要进行终生的药物控制，也有副作用，但与严重的病痛相比，副作用的危害相对要小得多。”

### 5.1.2 常用止痛药物分类介绍

据世界卫生组织推荐，常用止痛药物主要分为三大类：

第一类是非阿片类药

适用于轻至中度疼痛。这些药一般都是非处方药，可自己在药店买到，疗效肯定，对重度疼痛也有辅助治疗作用。主要包括阿司匹林、扑热息痛、消炎痛、布洛芬、萘普生等药物。这类药一般用起来比较安全，副作用较轻，偶尔可出现胃肠道反应，若与牛奶或抗酸剂同服，或饭后服用可减少其反应。患溃疡病时不用或慎用。另外，偶尔还可见肝肾毒性，影响凝血机制，有上述疾病者慎用。在这些药物中，扑热息痛副作用小，但注意用量不能过大，每天总量不超过 6 克，再增加剂量不但止痛效果不再

增加，而且会出现副作用。若出现副作用可换用其它种非阿片类药物，如副作用持续，就换为阿片类药物，老年人尤其要注意药物的副作用。

### 第二类是阿片类药物

分弱、强两种。弱阿片类用于轻度至中度疼痛主要包括可待因、曲马朵、强痛定等。强阿片类用于缓解中度至重度疼痛，吗啡为强阿片类的代表药物，另外还有美沙酮、芬太尼等药。

### 第三类为辅助药物

可用于任何程度疼痛的辅助治疗。该类药虽不是止痛药，但它可和止痛药起到协同增效作用，主要包括抗惊厥药，如卡马西平、苯妥英钠；广泛的临床经验提示，这些药物具有治疗特发性神经痛的作用，如烧灼样疼痛和刺痛；抗抑郁药，如阿米替林，不仅可改善心理状态，而且还具有显著的止痛作用，特别是对烧灼样神经痛；抗焦虑药，如安定，可镇静、催眠；皮质类固醇，如强的松，对神经压迫和脊髓压迫引起的疼痛很有效。这些药物的应用要在医生指导下根据个人不同的病情而定。止痛药多种多样，合理的应用会达到理想的止痛效果，使肿瘤患者消除疼痛。

## 5.1.3 治疗癌痛的“三阶梯方案”

治疗癌痛，国际上流行公认的“三阶梯方案”：

第一阶梯：主要针对轻度和中等度的周围性癌痛。首选非阿片类药，主要以非甾体抗炎药如阿司匹林、扑热息痛、布洛芬、双氯芬酸钠等为主。

第二阶梯：主要针对中度局部癌痛，常为持续性疼痛，患者的睡眠已受到干扰，食欲有所减退。此类疼痛患者需应用弱效阿片类药物，但用药原则上应采取渐进原则，即在给予非甾体抗炎药的同时，辅助给予镇痛药，如曲马多或弱效阿片类药物，如可卡因等。晚间可服用神经安定药和催眠药等。

第三阶梯：主要针对中度和重度癌痛，应采用以吗啡为代表的强止痛药。此类药物止痛效果好。但应考虑年龄、性别、全身情况、癌的类型及疼痛严重和广泛程度等诸多因素。药

量个体差异很大，通常建议由小剂量开始，根据临床经验增至适宜剂量。

当然，除了吗啡以外，还有很多有效的手段可以解决癌痛，如放射疗法、神经毁损疗法、周围神经毁损性阻滞、蛛网膜下腔神经毁损性阻滞、硬膜外腔神经毁损性阻滞、腹腔神经丛乙醇阻滞等等。

#### 5.1.4 “世卫组织”治疗癌痛六原则

镇痛药物的首要目标是用来止痛改善病患者的生存质量，对此，世界卫生组织也给出了下述 6 条具体治疗原则：

- 1) 个体化原则：镇痛药的剂量应因人而异。
- 2) 最好口服给药：口服药不需要别人帮助，比较方便。有规律地口服吗啡已成为治疗慢性癌症疼痛的主要手段。
- 3) 积极治疗失眠：疼痛经常在夜间加重，干扰患者的睡眠。这种情况可导致患者身体衰竭。夜间应用较大剂量的吗啡，可延长镇痛时间并使患者安睡。
- 4) 对副作用的处理要及时：强阿片类药物的常见副作用如便秘、恶心及呕吐，应给予止吐药和缓泻剂。
- 5) 仔细观察效果：患者接受镇痛药物治疗时，无论是哪种镇痛药，都需要仔细地观察以取得最好疗效及最少的副作用。
- 6) 掌握癌痛性质：俗话说“对症下药”，治疗癌痛也不例外。

另外，世卫组织还推荐吗啡作为强效药物来治疗癌痛，并指出吗啡在世界上大多数国家和地区都可找到，而且价格便宜；另外，**医学界对吗啡的药代动力学和不良反应等方面已充分了解，一旦发生中毒可用纳络酮解毒。**而且，吗啡发挥作用时间与半衰期相等，可随时增加剂量，且给药途径灵活，镇痛作用时间长，并发症少。

#### 5.1.5 癌痛用药的常见问题解答

### 01. 止痛药必须按时吃吗？

就像高血压和糖尿病这种慢性病的患者都知道要按时服药才能控制好血压、血糖；癌痛也是一样的，它也是 24 小时持续存在的，按时吃药才能让患者身体里的药物浓度稳定，从而很好地控制疼痛。如果总是打乱规律，让药物的浓度忽高忽低，形成疼痛的恶性循环，后期甚至会出现用更大的剂量都控制不住疼痛的现象，所以癌痛患者一定要按时吃药，保持血药浓度的稳定。

### 02. 出现爆发痛要忍着等到下次吃药的时间吗？

癌症患者的疼痛类型各种各样，有爆发痛是很正常的，所谓爆发痛就是患者在原本稳定、持续的疼痛基础上出现的短暂而剧烈的疼痛，如果出现了，不需要忍痛，及时求助医生，只要医生做出诊断，会按患者的病情给予一定量的吗啡即释片（短效的吗啡片），服用后 15 分钟就能起效，60 分钟达峰值。

如果患者总是出现爆发痛，说明患者一直按时吃的止痛药已经不能有效镇痛了，需要联系医生进行调整。

### 03. 如果患者主要是晚上疼，可以改成晚上吃药吗？

可以酌情考虑的。但任何剂量的调整都要在医生的指导下进行。

### 04. 服用止痛药的同时患者可以服用其他药物吗？

止痛药和其他药物是可以同时用的，但是需要提醒患者的是，不要手里拿一把药一起吃下去，因为很多药物之间有相互反应，甚至会产生一些毒性，建议患者服用多种药物时，每种服药时间间隔开半小时。

### 05. 止痛药是否能和安眠药同时服用？

可以，合理使用时，两种药物能起到 1+1 大于 2 的效果。比如有的患者晚上失眠辗转反侧，这时对疼痛感受也更敏感，与其加大镇痛药物的剂量，不如稍微加一点安定镇静的药物，也能更好地帮助患者减轻疼痛，进入睡眠状态。

#### 06. 患者可以自己加大剂量控制疼痛吗？

如果疼痛控制不住了，加大药物剂量是可以的，但一定要在医生的指导下进行。一般增加药物的量是原来基础用药的 20%，比如患者原来一天吃 100mg 吗啡（一天吃 2 次药，一顿就是吃 50mg），加药是加 20% 的药量，也就是 20mg，所以现在患者一顿吃 60mg 吗啡，一天一共吃 120mg。

如果患者加过两次药还是不管用，那一定要咨询医生，是不是有新的问题出现了，是病情加重了？还是出现了其他症状，需要辅助用药？如果只是一味加药，不仅疼痛没有控制好，副反应还越来越重，这就得不偿失了。

#### 07. 患者忘记按时服用药物怎么处理？

如果患者这顿药忘了吃，忘了吃的那顿就不用专门去补了，如果出现爆发痛就按爆发痛处理，以后的药按时吃就好。很多患者和家属都有很好的习惯，会把用药的时间、效果、吃药后的副反应都详细记录下来，这样来就诊时，医生就能迅速地了解患者的用药情况。

#### 08. 患者可以自己停药吗？有什么后果？

患者擅自停药，会引起突然的撤药反应，比如大汗淋漓、疼痛加剧等，这会让患者非常难受。如果患者觉得疼痛控制得很好，医生会帮助您逐渐减量、停药。比如您现在吃的是 100mg 的吗啡，就先减 20%~30%，也就是变成一天吃 70~80mg 吗啡，减药后还需要观察 1~3 天，如果患者的疼痛又出现了，就说明还不能减，如果减药以后疼痛依然控制得很好，再进行下一轮 20%~30% 的递减，以此类推，直到患者可以停药。

#### 09. 这些止痛药都能在药店和医院买到吗？家属能代开吗？

常用的非甾体类消炎药在药店是可以买到的，但其他的药有很多都是管制药品，普通药店是不能买的，必须到医院来开。很多晚期病人活动不便，家属只要拿着有效证件到医院办理一个毒麻药品管理卡，就可以代开。外地患者担心回去以后买不到药怎么办？一般来说，各地的三甲医院药品配备都比较完善，如果实在没有，也可以从邻近的三甲医院进行处方购药。

#### 10. 药物治疗的费用是多少呢？医保可以报销吗？

根据剂量不同，药品的费用也不太一样，一个患者每天使用小剂量吗啡或羟考酮的费用一般在 20~40 元左右，小剂量芬太尼贴剂一天的费用一般是 25 元左右，医保都可以报销。

#### 11. 吃药时间长了，药效会不会越来越差？

这个说法是有一定道理的，因为任何药物吃久了都会让机体对药物的敏感性下降、效果变差，一般会在用药后几个月发生，所以患者一定要在医生的指导下从小剂量开始，逐步按需增加剂量，不要为了止痛一下子大剂量使用药物或者盲目使用针剂。

真的出现药物“不管用”的现象时，如果患者本来服用的剂量比较小，医生会增加 20% 左右的药量，看是否能继续有效镇痛，或者增加一些辅助用药。如果这些方法还是不管用，医生就会给患者换其他药。

#### 12. 怎样用药可以避免要“不管用”？

为了避免药物“不管用”这样的情况发生，用药的时候都是从比较弱的药、从小剂量开始用起，很多患者癌症病情进展可能比较快，用一段时间弱的药物就可能会出现药物效果不佳的情况，这时医生还能及时转成强效的药物。如果抗瘤治疗有效，病人恢复得好，疼痛评分下降了，也可以相应地减药，或者从强阿片类药物换回弱阿片类药物。

#### 13. 吃非甾体类消炎药有啥副作用？患者该怎么办？

非甾体消炎药可以直接作用于胃肠道，所以会破坏胃肠道黏膜，严重的患者甚至会出现胃出血，所以有胃溃疡病史的患者最好不要使用；有的非甾体类消炎药（比如塞来昔布），没有胃肠道的反应，但它的副作用是增加心脑血管病的发病风险；此外，对乙酰氨基酚类药物，对肝脏有一定的毒性。

如果患者在用药过程中出现了胃部的不适，就要赶紧停用，一旦出现了胃出血，要按照消化道出血的病情来进行止血处理，或者加用胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂等药物做补救。

#### 14. 吃阿片类药物有什么不良反应？患者该怎么办？

阿片类药物的副作用主要是便秘、恶心呕吐、嗜睡、呼吸抑制和尿潴留等。

便秘的发生率是最高的，大概有 80%以上，而且很多肿瘤患者本身因为长期卧床、年老体弱，胃肠道功能已经较弱，再加上阿片类药物的副作用，便秘可能会更加严重。为了缓解便秘，患者自己要适当地多下地活动，吃一些比较容易消化的水果蔬菜，再配合使用一些缓泻剂，比如番泻叶、乳果糖等。

第二类不良反应就是恶心呕吐，刚开始使用药物的患者中大概有 60%会出现恶心呕吐的反应。但是阿片类药物造成的恶心呕吐不是损伤胃肠道引起的，它是由于阿片类药物在大脑的呕吐中枢也有一个“接收器”，药物起效后，除了镇痛还会启动呕吐中枢，如果患者能够在开始服药的前两周克服药物引起的恶心呕吐，后面就会逐渐适应。必要时可加用胃复安、昂丹司琼等止吐药。

阿片药物的不良反应最严重的就是药物中毒了，阿片中毒是什么反应？患者早期可能会出现呼吸抑制的现象：呼吸的次数慢慢变少，呼吸变浅，呼气和吸气的量都变少，这时如果发现了就该及时处理，如果再严重就会出现针尖样瞳孔（就是患者的瞳孔一下子急剧缩小），需要紧急减药、停药。

还有很少量的病人会出现尿潴留的现象，就是膀胱内充满了尿液但是尿不出来，这种情况可进行膀胱区的热敷、针灸等治疗。

#### 15. 服用药物对患者的日常生活还有其他影响吗？

由于常用的这些药物都是中枢神经的抑制剂，很多患者尤其是老年患者在服药后会出现神智恍惚、注意力不集中、甚至嗜睡的症状。所以这部分患者一定不要开车或者做一些比较精细的工作。

另外想提醒患者的是，本身得了肿瘤的病人就不建议再抽烟喝酒，如果使用了镇痛类药物，饮酒会导致肝酶功能的下降，影响药物的代谢，会让药物在体内蓄积产生毒性，所以用药的癌痛患者尽量不要抽烟喝酒。（本章节来源：“靶向药”公众号）



### 5.1.6 癌痛治疗的 19 个误区——雅颖经验谈

肿瘤患者在治疗过程中使用止痛药物的目的是缓解疼痛，殊不知一些错误的用药观念不但不能使疼痛得到缓解，还会在某种程度上“帮倒忙”。雅颖结合自己的止痛经验，对疼痛治疗中的一些错误观念进行总结，分享给大家参考。

#### 误区 1、服药后仍有疼痛便立即换药

初次接受阿片类药物治疗时，往往采用较小的起始剂量开始滴定转换调整长效用药，根据止痛效果逐渐调整药物剂量，要找到适合的有效剂量大约需要 3~5 天，有时更长。所以在止痛治疗的最初一两天，疼痛可能有所控制，但不如患者和亲属所期望的那样有效，此时一定不能自行停药，多学习多和家人或专业医生病友沟通，有助于尽快把止痛药物剂量调整到患者适合的剂量。

#### 误区 2、非阿片类药物比阿片类药物更安全

其实，对于需要长期接受止痛药物治疗的患者，使用阿片类药物更安全有效。阿片类药物没有剂量限制性毒性，也就是说阿片类药物的多数副作用可以耐受，随着用药时间延长而逐渐减轻，甚至消失。长期使用阿片类药物止痛也很少对肝脏及肾脏等重要器官产生毒性作用。相比之下，非甾体类止痛药物长期应用会产生严重的副作用。不仅可引起胃肠道溃疡、出血、肝肾功能损伤，并且还会抑制血小板功能。长期、大剂量服用含对乙酰氨基酚的药物还可引起肝脏毒性。其他辅助止痛药物毒性反应也比较大，多适于短期应用，不宜长期使用。因此，如果能正确使用，阿片类药物止痛效果显著，适于长期慢性癌痛的控制，比非甾体类药物和其他辅助止痛药物更安全。

#### 误区 3、只在疼痛剧烈时才用止痛药

对于疼痛患者，及时尽早、按时用止痛药才更加安全有效，而且所需要止痛药强度和剂量也较低。持续存在的疼痛本身可以使疼痛加重，其原因是疼痛信号的不断传入、反复刺激，不仅使神经系统发生功能性改变，还导致永久性的损害，表现为痛觉过敏和异常疼痛等难治性疼痛问题，不仅止痛药的剂量要大，而且止痛效果也较差，为疼痛的治疗带来困难。此外，长期疼痛还会影响患者的情绪和心理健康，极易产生抑郁、焦虑，会加重患者身体额外的疼

痛感觉，也会形成恶性循环。因此，当疼痛一开始出现时就应该及早给予积极治疗，而不要等到疼痛剧烈时才用止痛药，怎么用后面有药物操作规则。

误区 4、止痛治疗能使疼痛部分缓解即可，没有必要达到无痛

止痛治疗的目的是缓解疼痛、改善功能、提高生活质量。“无痛睡眠”是止痛治疗的最低要求，理想的止痛治疗除达到此目标外，还应争取让患者达到“无痛休息”和“无痛活动”的目标，以实现真正意义上提高患者生活质量的目的，对疼痛患者进行全面的人文关爱。

误区 5、阿片类药物轻易不要用，即使使用也要有限度

阿片类药物是癌痛治疗中必不可少的，当患者出现中、重度癌痛时就应使用阿片类药。越早使用，所需阿片类药物的剂量就越低，而且耐药的产生时间会后延；相反，如果将阿片类药物放到最后使用，剂量可能非常大，且耐药出现快，副作用出现的可能性也会加大。如何使药物疗效和副作用之间达到平衡，用最小的有效剂量达到最满意的止痛目的才是目标！

误区 6、得了癌症肯定会痛，忍痛是美德，比坚强！

没有疼痛困扰是每个人的基本权利。但许多患者和亲属都认为疼痛是癌症进展过程中的必然现象，需要忍受。实际上，忍痛的危害逐渐受到重视，提倡充分的止痛治疗，这是现代医学和人类文明的一大进步。而且现代的医疗技术完全可以让癌痛患者无痛生活，只要选择理想的药物并正确地使用，90%以上的疼痛患者都可以享受无痛人生。所以癌痛治疗，应从“不忍”开始，忍也增加了止疼难度。

误区 7、用阿片类药物出现恶心、呕吐等副作用时就要立即停药

除便秘外，阿片类药物的副作用大多是暂时性的。阿片类药物的呕吐、镇静等副作用一般仅出现在用药的最初几天，数日后症状多自行消失。对阿片类药物的副作用进行积极预防治疗，可以减轻或避免副作用的发生，使患者顺利接受阿片止痛治疗。随意或不按时服药没有任何好处。如果药物没有起到预期的作用或者引起了副作用，更不要一停了之，要进行认真的分析，对比基础知识是否到位，然后咨询有经验的病友和专业医生。

误区 8、只有终末期癌症患者才用最大耐受量阿片类止痛药

阿片类止痛药的用药剂量，在不同患者之间存在较大个体差异，与肿瘤分期的早晚无直接关联。需要使用大剂量阿片药物治疗的患者多为神经病理性疼痛或其他难治性疼痛，这些疼痛之所以难控制主要与神经受累有关。还有些年轻患者因自身血流动力学特点，药物代谢、排泄速度快，需要的止痛药物剂量比其他人群大，男性比女性大，老年人成负比例。因此，止痛剂量因人而异，因疼痛而异，对于任何严重疼痛的患者，无论肿瘤临床分期及预计生存时间长短，只要止痛治疗需要，都应使用患者能耐受的足够、有效剂量。需要大剂量止痛并不意味着疾病已属晚期，病人切不可因此顾虑而拒绝有效的治疗，失去缓解疼痛的机会。

#### 误区 9、长期用阿片类止痛药不可避免会成瘾

规范化用药“成瘾”风险极低（小于万分之一）！静脉直接注射使血内药物浓度突然增高，容易出现欣快感及毒性反应，从而易于导致成瘾，应避免。在慢性疼痛治疗中，采用阿片类药物缓释制剂（如盐酸羟考酮缓释片），口服给药时，可以避免血液中出现过高的药物峰值浓度，并且使血液中的活性药物在一定程度上保持恒定，发生成瘾（精神依赖性）的危险性极小。对阿片类药物产生耐受性或生理依赖性并非意味已成瘾，也不影响继续安全使用阿片类药物止痛，这就是为啥不应将针剂用于慢性癌疼，因为大剂量多次注射针剂，在间隙期疼痛感依然会将病人折磨得死去活来，反而容易成瘾，当然了，特殊时期，偶尔使用一次两次无妨。

#### 误区 10、一旦使用阿片类药就可能终身需要用药

当疼痛的病因已祛除或得到有效治疗后，阿片类药物的剂量就可逐渐减少，直至停药，全过程是安全、可行的。认为阿片药物“一旦使用就停不下来”的观点是不正确的。临床上确实有晚期肿瘤患者需要一直服用阿片类止痛剂，直至生命结束。这是患者病情的需要，而不是阿片类药物的缺点所导致的不能停药。需要注意的是，长期使用阿片类药物时不能突然停药，以避免戒断综合征出现。

总之，癌症患者疼痛的控制是一项十分复杂的工作，需要护理人员有很强的信心、耐心和细心，相信患者关于疼痛的主诉，对疼痛的原因、性质和程度做出准确诊断，遵照三阶梯原则，采取以镇痛药物为主的综合治疗手段，动态评估镇痛效果，预防和及时处理不良反应，旨在有效地控制疼痛，全面提高生活质量。

## 5.2 黄疸

阻塞性黄疸是肝胆类癌症最主要的致死原因之一，其他类癌症肝转严重时也可能引起黄疸。肝部肿瘤进展到一定程度就会走向黄疸。阻塞性黄疸的发展速度很快，如果处理不当会失去最佳治疗时机，影响后续抗肿瘤治疗。所以对于所有肝区有肿瘤的患者，事先了解黄疸的相关信息都是有意义的。

恶性阻塞性黄疸在临床上常表现为皮肤和巩膜黄染、尿黄、皮肤瘙痒、白陶土样便、多呈进行性加重及进行性消瘦、衰竭，合并感染者可出现寒颤、发热、腹痛，甚至休克症状。在治疗上有外科手术根治切除术和姑息性外科胆肠吻合术；介入治疗包括内镜逆行置管引流（ERCP）或经皮肝穿刺胆道引流术（PTCD），并可辅助以支架置入治疗。手术主要为切除病变，取出合并的结石，胆管改道等。但恶性阻塞性黄疸被发现时多已晚期，且手术创伤大，中一重度的阻塞性黄疸患者往往由于高龄、肿瘤的侵蚀、低蛋白血症、肝肾功能损害、营养不良等，使术后并发症及死亡率不容乐观。目前，很多病例叫先采用介入的方法，缓解阻塞性黄疸，使全身情况改善。

### 5.2.1 黄疸的成因

人的胆管发源于肝内，当肝胆部肿瘤严重时就有可能侵犯到胆管，使胆管阻塞，胆汁随血液外溢到全身，造成阻塞性黄疸。由于胆汁的浸泡，肝细胞会大量死亡，直至肝衰竭。这个过程并不需要太长的时间，尤其是阻塞严重时，胆红素会在几天内翻倍增长，一些患者或家属还来不及做出反应人就已经走了。所以出现阻塞性黄疸一定要重视，及时治疗非常关键。

### 5.2.2 黄疸的症状

黄疸最初的症状是小便颜色加深，大便颜色变浅。胆汁原本应该经过消化道随大便排出，但因阻塞外溢到全身的胆汁只能有限的通过小便排出。随着胆管阻塞越来越严重，小便颜色会越来越深直至酱油色，大便颜色会越来越浅直至灰白色。黄疸到一定程度时人全身也会发黄，但表现相对滞后，在不能随时验血检测胆红素的情况下，通过小便和大便的颜色来判断黄疸的严重程度是最好的办法。

### 5.2.3 黄疸的监测

黄疸会反应在胆红素上，体现为总胆红素的升高。总胆红素=直接胆红素+间接胆红素，阻塞性黄疸主要体现为直接胆红素升高；如果只间接胆红素升高考虑为肝细胞性黄疸，由肝损造成。这里有一个有关胆红素的经验提供给大家：在没有做胆管造影的时候，通过直胆上升的速度可以判断阻塞部位——如果直胆上升速度很快，比如几天即翻倍，提示阻塞在总胆管或主要分支，则需迅速去医院做排黄手术；如果直胆上升速度较慢，可能阻塞在细小胆管部位，无法行排黄术，这时最好及时调整治疗方案，有效的抑制肿瘤才能阻止黄疸的发展。患者一旦出现直胆升高，要及时去医院做影像检查看有无胆管扩张（B超就可以，CT更好）。

除了胆红素，谷氨酰转肽酶（GGT）和碱性磷酸酶（ALP）也可以用于黄疸的预测。这两个胆系酶和胆管的状况密切相关，如果持续升高，提示胆道可能出现问题。它们通常先于胆红素上升而上升，也先于胆红素的下降而下降。可以用于预测黄疸的发生，及判断治疗黄疸后的效果。

#### 5.2.4 黄疸的正规治疗

阻塞性黄疸的排黄手术治疗非常专业，在此只提供些基本信息，患者只要知道如何应对即可，具体的治疗交给医生去做。

人胆管发源于肝内，由很多细小胆管汇聚成5条主要分支分布于左右两肝，再于肝门处汇聚成总胆管，胆汁经过细小胆管——胆管分支——总胆管这三极流入消化道，再通过大便排出。这三极胆管的阻塞会有不同的处理方式。

总胆管和胆管分支的阻塞在影像检查上都会体现为胆管扩张，发现扩张即可行排黄术。总胆管的阻塞黄疸来的很快，因为胆汁会全部被堵住，人很快就黄了。但处理起来也相对简单，一般可以放支架，把胆管撑开即可。

如果预计生存期大于6个月最好先引流不要着急装支架，这样对于后面的治疗有着很大的选择和可操作的空间和时间，装了支架无形的就将后面治疗的可换作空间给人为的压缩了一部分，对于预计生存期在6个月以内的患者用支架可以给患者有几个月非常好的体感和生活质量，但支架的平均通畅期一般也只有4至6个月，等支架堵了还是要用外引流，并且支架也不能再取出来，所以预计生存期长的不要着急上支架，先引流着，先着重于肿瘤治疗。

如果已经确定病人生存期很短了，或者后期无法再进行任何检查或者手术，支架尽量选择金属的，有效期比塑料的长。但是如果后期还会有一系列的检查和手术，就选择塑料的，因为体内金属会导致后期检查很受限制。

胆管分支的阻塞比较难处理，一般需要外引流，但能否成功排黄还要看阻塞的程度。如果 5 条分支全堵就会非常麻烦，医生一般不会给你做 5 根外引，对患者创伤很大，从心理上也很难接受。一般先引一根，降黄效果不好的话再引一根，最多两根。所以患者有可能面临一个排黄失败的局面，即只引了部分阻塞胆管，胆红素虽下降，但不能降到可以行抗肿瘤治疗的水平。在这种情况下，患者将面临重大选择。如果继续等待，胆红素不会下降，随着肿瘤的进展，新的阻塞会再次出现；如果冒险上治疗，由于胆汁的浸泡，肝细胞已经大量死亡，上治疗药有可能会直接引起肝衰竭。

#### **5.2.5 黄疸下的抗肿瘤治疗**

医生常规认为总胆红素在正常值 2 倍以内才可以行抗肿瘤治疗，如肝功较好，范围也可以适当放宽。但对于排黄术效果不好的患者，这样的条件太苛刻。不治疗就是等死，治疗还有搏一下的机会。在黄疸下应尽量选择副作用小的治疗方式，能用靶向药就不要化疗，能用肝损小的药就不用肝损大的药，同时全力进行保肝治疗。

#### **5.2.6 治疗黄疸的医院如何选择**

阻塞性黄疸的发展非常快，病人需要及时做出反应，和时间赛跑。及时入院很重要，选择正确的医院也很重要。小医院对于有难度的排黄术无能为力，因所在医院处理不了而转院治疗的例子很多，耽误了很多时间。做排黄术应该直接去大医院的相关科室。

#### **5.2.7 黄疸的药物治疗**

思美泰

有针剂和肠溶片剂两种，可以在等待排黄术期间及排黄术后使用，可以清除肝内胆管淤积，辅助降黄，但是对于阻塞本身没有治疗能力，只能起到缓解症状的作用。

优思弗

与思美泰降黄的作用机制不同，临床上与思美泰联合治疗肝内胆汁淤积效果优于思美泰单药。由于优思弗会增加胆汁的分泌，在排黄术前或“未充分引流”的排黄术后禁忌使用。

## 5.3 腹水

大多数肿瘤患者在晚期会出现难治性腹水，其发生率大约为 15%-50%，多见于肝癌、胃癌、乳腺癌、胰腺癌、大肠癌等。一旦出现恶性腹水，患者的中位生存期为 5.7 个月，一年生存率低于 15%，而且严重影响患者的生活质量。可以说腹水和黄疸还有后面会说的消化道出血是最严重也相对最难控制的并发症，需要非常谨慎去处理。

### 5.3.1 如何判定出现腹水？

腹腔内本来就有一定的液体，约为 50-200ml，这些液体对肠管等腹腔内脏器起着润滑作用。正常状态下，腹膜分泌液体后又要吸收以保持平衡，可是当平衡被打破后，腹腔内游离液体增加超过 200ml 时就形成腹水征。肝功检查的白蛋白数值，如果低于 30，也大多可以判断为有腹水。

### 5.3.2 腹水产生有哪些原因？

癌性腹水一旦产生，表明肿瘤已发生局部或全身转移。这是一种不能被机体吸收的液体，同时也是恶性肿瘤晚期常见的并发症之一。恶性肿瘤引起腹水的原因有多种，大致有以下一些原因：

- 细胞引起膈下淋巴管阻塞，增加淋巴液流体静压，引起淋巴回流受阻；
- 肿瘤浸润腹膜或肠壁，导致血管内皮受损，血管通透性增加；
- 各种原因的低蛋白血症，导致血浆胶体渗透压降低；
- 肿瘤压迫门静脉和下腔静脉

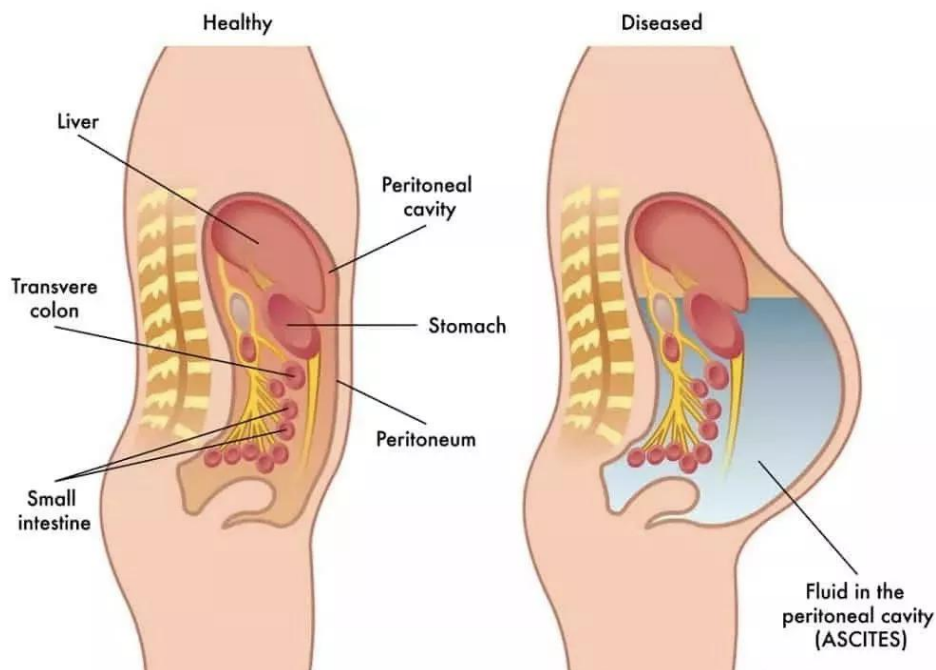
●腹水肿瘤局部分泌的基质金属蛋白酶(matrix metalloproteinase, MMPs)水平改变

●血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)及其受体的高表达,促进肿瘤细胞的生长、转移及恶性腹水的形成。

这些腹水一般聚集在腹腔内的器官周围,存在腹水的癌症患者大多存在体重增加、腹部肿胀、消化不良、恶心呕吐、痔疮、肛门出血、下肢水肿等症状,严重时可导致患者出现呼吸困难、心率增快、不能平卧等。

### 5.3.3 腹水的治疗

腹水出现的早期,患者仅有轻微的腹胀,很容易被误认为是消化不好的原因,导致出现漏诊误诊的情况,所以对于患者来说,及时地防治腹水至关重要。



无腹水 VS 有腹水

癌性腹水的治疗需要根据患者的腹水量进行选择合适的治疗方案,而临床上进行腹腔积液常规超声检查并根据腹水的量又可分为少量、中量、大量:

一级或少量腹水: 少量积液<500mL, 液面最大宽度一般<20mm, 只有通过超声检查才能



发现，患者一般无腹胀的表现，查体移动性浊音阴性；

二级或中量腹水：中量积液 500～1000mL，液体最大宽度一般<50mm，患者常有中度腹胀和对称性腹部隆起；

三级或大量腹水：大量积液一般>1000mL，液体最大宽度一般>50mm。患者腹胀明显，查体移动性浊音阳性，可有腹部膨隆甚至脐疝形成。

腹水量是患者选择治疗方案的重要指标，根据不同程度的腹水和伴随症状均有不同的治疗方式。目前，临床上关于腹水采用的治疗方法包括利尿、腹腔穿刺放液、全身或腹腔内化疗以及腹腔静脉分流、腹腔置管持续引流等手段治疗恶性腹水。

消除腹水就是要增加白蛋白的同时增加排尿量，要限盐的摄入量。不宜吃索坦，不宜吃水飞蓟宾，因为不好排水。少量腹水可以通过限钠、低盐饮食来调整。当腹水无法通过低钠饮食控制时，才考虑口服利尿剂。**输液量+喝水量-500 需要小于尿量。**

### 肝腹水时慎用利尿剂

一般来讲，早期比较少会无腹水，即使有也是少量。中期由于白蛋白减低，可引起组织水肿，当门静脉高压时就会出现腹水。使用利尿剂时，血清钠>120 毫摩尔/升，血浆渗透压>260mOsm/L 时，利尿才有效果，否则利尿效果差，还会诱发肝昏迷等并发症。另外反复使用利尿剂，引起血钠明显减低，故使用利尿剂很难再起作用。故建议去医院查血清钠和白蛋白水平，若两者均低，应补充白蛋白及适量限盐，这样才会使利尿剂发挥作用。每天排出的尿量仅一小部分来自腹水，大部分是组织液，故利尿剂不宜用量过大，用药时间不宜过长，应间歇用药，选用排钾和保钾利尿剂联合，以免诱发低血钾。晚期肝实质破坏严重，腹水量大，想借利尿剂来消除腹水是不可能的。一味盲目的使用利尿剂，无疑是“火上加油”，会导致病情恶化，故使用利尿剂应在专科医生指导下服用。

总结一下，常规治疗主要以利尿、补充白蛋白、放腹水等为主的综合治疗，同时注意休息以减少体内能量、蛋白质的消耗，减轻肝脏代谢负担；注意低盐饮食，减少水钠潴留；补充足够的热量和营养以改善患者的营养状况，提高病人对化疗及其它治疗的耐受能力。

下面为大家详细说明治疗方法。

1) 腹腔穿刺及置管引流：腹腔穿刺引流是治疗恶性腹水有效的治疗手段，可迅速缓解患者的腹胀、腹痛及呼吸困难等症状，但腹腔穿刺引流有高达 84.8%的比例产生低钠血症。腹腔置管可以放置长达 18 个月的时间。

2) 腹腔内化疗与腹腔热灌注化疗（HIPEC）：腹腔内化疗是将化疗药物注入腹腔内，提高腹腔内局部药物浓度。根据几个小样本的临床研究，腹腔内灌注 5-FU 或紫杉醇治疗恶性腹水的疗效，有效率在 82.5%-88.9%不等。

3) 腹腔热灌注化疗（HIPEC）是热疗法与化疗相结合的一种方式，根据一些随机对照研究，腹腔热灌注与单纯腹腔灌注相比，短期客观反应率有明显的上升。

4) 生物反应调节剂：生物反应调节剂如 IL-2、TNF- $\alpha$ 、红色诺卡氏菌细胞壁骨架、沙培林等均可单独或联合用于恶性腹水的治疗。杨晓红等应用 IL-2 腹腔灌注治疗恶性腹水 52 例，腹水均明显减少，其中 20 例腹水癌细胞发生阴转。

5) 生长抑素：生长抑素奥曲肽有减少胰液产生的作用，有报道，奥曲肽 0.3mg 腹腔内注射，每周一次，六周后腹水明显减少，提示生长抑素具有抑制恶性腹水形成的作用。

6) 卡妥索单抗：卡妥索单抗 Catumaxomab 是一个针对 Epcam 靶点的三功能抗体，能同时激活 T 细胞免疫辅助细胞，从而破坏表达 Epcam 的肿瘤细胞。Tager 等的研究发现腹腔内注射卡妥索单抗可使 69%的卵巢癌患者腹水明显减少并长期维持，有望成为治疗卵巢癌恶性腹水的治疗选择。

7) 贝伐单抗：鉴于 VEGF 在腹水形成中的作用，抗 VEGF 贝伐单抗可用于恶性腹水患者的治疗。一项针对肝癌恶性腹水的临床研究，纳入 64 例肝癌恶性腹水患者，采用随机数表法分为观察组和对照组，每组 32 例。观察组患者在顺铂腹腔灌注和引流治疗基础上采用贝伐单抗腹腔灌注治疗，对照组患者采用顺铂腹腔灌注和引流治疗，比较两组患者临床疗效、KPS 评分及不良反应情况。结果 观察组患者总有效率为 84.4%，高于对照组的 56.3%，差异有统计学意义。

8) 复方苦参注射液: 复方苦参注射液针对非小细胞肺癌、胃肠道肿瘤和肝癌的治疗, 能提高治疗的有效率, 改善生存质量和缓解疼痛。一些临床研究发现复方苦参注射液在治疗恶性腹水中的疗效不亚于单药顺铂, 且不良反应明显低于后者, 可以作为顺铂的一种高效替代物。

9) 中药芒硝外敷与艾灸: 作为中药的芒硝, 药理研究表明芒硝中存在离子状态的硫酸根, 高渗透压作用于腹壁组织, 大量摄取腹腔内的渗出液, 加快炎症的吸收。研究表明芒硝可降低血浆脂多糖及内毒素水平, 减少腹水。艾灸神厥穴位也有一定的减少腹水的作用, 但缺乏高等级的循证医学的依据。

10) 除此之外, 还有病友反馈收集的一些药物可以参考使用, 使用前请一定要咨询自己的主治医生: 淋滞疏通丸 (反馈效果不错)、螺内酯、呋塞米, 阿米洛利、布美他尼。

11) 小茴香: 把小茴香炒熟装在纱布里热敷肚脐, 每天两次, 一次 15-20 分钟。

12) 咨询中医: 可以到正规中医院挂号, 请勿相信一切“神效偏方”! 下面给大家贴出一些药方及疗效数据, 仅供参考!

#### 处方 1

[组成] 生黄芪、莪术各 40g, 薏苡仁 30g, 牵牛子、桃仁、红花各 50g。

[加减] 热证者, 加黄芩、防己各 40g, 为 I 号方; 寒证者, 加桂枝、猪苓各 40g, 为 II 号方。

[制用法] 将上药水煎浓缩呈稀粥状约 150ml。洗净腹壁, 将浓缩药液敷于肋弓下缘至脐下 2 寸处, 上盖纱布, 干后即可穿衣。2 日更换 1 次。一般敷 3~5 次。外敷中药期间不再增加西药用量, 不再抽腹水, 定时记录腹围, 尿量, 定期复查 B 超。

[疗效] 采用中药消水方外敷治疗癌性腹水 45 例, 治疗后临床症状不同程度改善者 39 例, 起效时间平均 2 日; 敷药后第 3 日尿量平均增加 350ml; 腹围平均缩小 4.5cm, B 超探测最大液性暗区平均缩小 2.5cm。观察期间, 无 1 例出现电解质紊乱。实验表明, I, II 号方均能显著减少接种肝 H2, S 瘤株 11 日小鼠的腹水量 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.00$ )。外敷

药应避开肝边面的巨大肿块。

## 处方 2

[组成]厚朴 60g，泽泻 12g，泽兰、鲜龙葵各 15g，绞股蓝、白花蛇舌草各 30g，砂仁 6g。

[制用法]癌性腹水每日 1 剂，水煎取液 400ml，分 3 次内服。扶正抗癌方：人参、蛤蚧、紫河车、冬虫夏草各 6g，三七、僵蚕各 9g，上沉香、鹿茸各 3g。共为细末。1. 5g / 次，2 次 / 日，口服。化瘀逐水散：甘遂、冰片、公丁香各 3g，血竭、儿茶、乳香、没药各 6g 研磨为细末。食醋调成糊状，外敷脐部，24 小时换药 1 次，30 日为 1 个疗程。大量腹水可适量抽腹水，并予支持疗法。

[疗效]运用扶正解毒抗癌法治疗癌性腹水 98 例，临床治愈 14 例，显效 42 例，好转 26 例，无效 16 例，总有效率为 94%。疗程中未见不良反应。

## 处方 3

[组成]生水蛭 5g，蜈蚣(带头足)5 条，牵牛子、甘遂各 10g，枳实 30g，薏苡仁 20g。

[制用法]将上药共研细末，黄酒调成糊状，以神阙穴为中心，平敷于腹上，厚 2mm，4 日内换药 1 次，1 剂用 2 次，4 剂为 1 个疗程。配合支持疗法。

[疗效]用上药治疗癌性腹水 44 例，部分缓解(腹水量 $\geq 1/3$ 原腹水量，腹围缩小 $\geq 80\%$ )14 例，好转 10 例，稳定 11 例，无效 4 例，死亡 5 例。

## 处方 4

[组成]消水Ⅱ号。(含生黄芪、牵牛子、车前子、猪苓、桂枝、大腹皮、莪术、桃仁、薏苡仁等)。

[制用法]温水洗净腹壁，用消水Ⅱ号(上药制成软膏，北京中日友好医院研制)于剑突下至脐下 10cm，两侧至腋中线，抹一薄层，再加敷料固定，1 次 / 日，用 15 日。

[疗效]运用消水Ⅱ号治疗癌性腹水 47 例，显效(腹水消失，持续 $\geq 1$ 个月)10 例，有效 28 例，无效 9 例，总有效率为 81%。有效者腹围平均缩小  $4.2 \pm 1.2$ cm，体重下降  $3.3 \pm 1.5$ kg，B 超腹腔最大液性暗区减少  $5.6 \pm 1.5$ cm。腹水液癌细胞数减少，部分患者癌细胞转阴，淋巴细胞增多( $P < 0.01$ )。动物实验结果表明，消水Ⅱ号能使腹水癌细胞有明显退变坏死，可能有抑制癌细胞的核酸代谢作用。

#### 处方 5

[组成]生黄芪 50g，牵牛子、桃仁、莪术、薏苡仁、半枝莲各 20g，附子 10g。

[制用法]将上药研为粗末，每袋 100g，喷酒后外敷脐部，上置热水袋；每次 2~3 小时。对照组 10 例，用双氢氯噻嗪 25mg，螺内酯 20mg，口服，均 3 次/日，28 日为 1 个疗程。

[疗效]用上药治疗腹水(包括癌性、肝性、肾性、心源性)40 例，其中治疗组 30 例，对照组 10 例，用 1 个疗程后，两组分别痊愈 6，1 例，好转 22，5 例；无效 2，4 例；总有效率为 93%，60%。

#### 处方 6

[组成]十臑取水膏。(含大戟、甘遂、麻黄、乌梅、葫芦巴、葶苈子、芫花、黑丑、细辛、防己、槟榔、陈皮、海蛤、桑白皮各等份)。

[制用法]先用食醋洗脐，再用十臑取水膏(上药研细末，每次取 6~9g，加生姜汁、葱白寸许，捣烂、和药为泥)敷脐 3 小时，2~3 日 1 次。

[疗效]用上药治疗顽固性腹水(病种包括肝癌、胰腺癌腹腔转移、心脏病心功能不全及肾病肾功能不全等)38 例，痊愈 12 例，良效 23 例，无效 3 例，总有效率为 92%。

#### 处方 7

[组成]消水膏(含生黄芪、薏苡仁各 60g，牵牛子、猪苓各 20g，莪术 30g、桂枝、桃仁各 10g 等)。

[制用法]治疗组 120 例，用消水膏(上药水煎取浓缩液，加赋型剂)外涂腹壁皮肤(自剑

突下至脐下 10cm，两侧至腋中线；肝内肿块巨大易破，避开相应部位皮肤)约 1~2mm 厚，覆盖薄塑料纸(或纱布)。每日换药 1 次，用 15 日。停用其他抗癌治疗及抽腹水。对照组 46 例，常规抽腹水后，用顺铂 60mg，腹腔注入。每周 1~2 次，用 2 周。

[疗效]用上药治疗癌性腹水患者，两组分别完全缓解 11，6 例；显效 40，8 例；有效 48，13 例；无效 21，19 例；总有效率为 82%，59%。治疗组疗效明显优于对照组(户%261t;0.05)。随访分别 52，19 例；平均生存时间分别 4.5 ± 1.2，2.8 ± 1.1 个月(P%261t;0.05)。实验结果表明，消水膏可干扰癌细胞 DNA 及 RNA 合成。

#### 处方 8

[组成]黄芪、半枝莲、白花蛇舌草、猪苓、茯苓各 30g，人参 20g，白术、枳壳、木通各 10g，川芎、当归、龙葵、大腹皮各 15g，三七粉 3g，甘草 5g。

[制用法]本方亦可随症加减。每日 1 剂，水煎分 2~3 次内服。并清洁皮肤(肋弓下缘至脐下 2 寸)，再用消水膏(含水蛭、牵牛子、甘遂、木香、桂枝、乳香、没药各 20g，蜈蚣 6 条，莪术、枳实、车前子、大腹皮各 30g，红花 40g，黄芪、薏苡仁各 50g)外敷，厚 2mm(肚脐处厚 4mm)，上覆纱布固定。2 日换药 1 次；1 个月为 1 个疗程。不用西药，不抽腹水。

[疗效]用上药治疗恶性腹水 40 例，用 1~2 个疗程后，显效(腹水消失%26gt;1 个月)10 例，有效 20 例，无改变 6 例，进展 4 例，总有效率为 75%。

#### 处方 9

[组成]当归、桃仁、五灵脂、红花、肉桂各 10g，川芎、枳壳各 12g，赤芍 15g，乌药、猪苓各 20g，元参、车前草各 30g，香附 6g。

[加减]腹胀者，加大白、厚朴；便秘者，加大黄；纳差者，加焦三仙、炒鸡内金；低热者，加金银花、黄芩；气促甚者，加苏子、五味子、旋覆花；腹痛甚者，加郁金、白芍、丹参。

[制用法]治疗组 31 例，将上药水煎服，每日 1 剂，用 2~4 个疗程。与对照组 19 例，均常规腹腔穿刺。每次抽腹水 1~2L 后，再用顺铂 100mg，地塞米松 10mg，加生理盐水 1L，

腹腔内注射。每周 1 次。水化、利尿、止呕，酌用抗感染及支持疗法。均 2 周为 1 个疗程。

[疗效]采用上药治疗恶性腹水(病种包括胃癌、肝癌、胰腺癌及卵巢癌)患者，两组分别完全缓解 10，3 例；部分缓解 12，5 例；无效 4，11 例；总有效率为 87%，42%。治疗组疗效明显优于对照组( $P=0.01$ )。

### 温馨提示

腹水患者不宜多次抽水，因为多次抽水大量的营养蛋白丢失，对免疫力造成严重破坏。患者抽水以后，以西医营养支持疗法，配合中医健脾利湿，增强运化功能，使腹水不再增长或者抑制增长，达到患者脏腑功能恢复，免疫功能提高。

#### 5.3.4 腹水饮食调理

肝腹水的饮食调理对于肝腹水的治疗有很大的辅助作用，有助于减轻症状，促进健康。患者可根据病情，选择一下推荐的食疗配方。

1. 商陆粥，出自《肘后备急方》一书。对于水肿腹胀患者，以商陆配合粳米确实是个好方法。粳米可以营养胃气，保护肠胃，补益身体，达到“扶正利水”的目的。它的治疗方法是：商陆 5-10 克，粳米 50-100 克。先将商陆用水煎汁，去渣，然后加入粳米煮粥。

2. 赤小豆冬瓜鲤鱼汤。赤小豆、冬瓜能清湿热，利水湿。能利小便，去水气，还富含蛋白质，能提高血浆蛋白，有较强利水消肿的作用。制作方法：鲜鲤鱼一条约 500 克，去鳞及内脏，赤小豆 100 克，一起加水煮到半熟时加入冬瓜 200 克，再煮至肉烂汤白，不放盐及其他调味品，纱布过滤后去渣服用。

3. 大蒜蒸西瓜，用大蒜 60-90 克，西瓜 1 个，先用刀在西瓜皮上挖一个三角形的洞，把蒜去皮纳入西瓜内，再用挖去的瓜皮塞住洞口，将其洞口向上隔水蒸熟。然后趁热服下，吃蒜和瓜瓤。民间常用其治疗水肿，对肝硬化腹水、急性或慢性肾炎水肿等症，有利水消肿功效。

4. 黄芪苡仁鸭子汤。鲜鸭肉 500 克，洗净切碎，黄芪 100 克，用布包好，苡仁 100 克，一起加水煮至肉烂，不放盐及其他调味品服用。每日 2 次，每次 250 毫升作用，连用

10-14 天，可有利尿消肿之效。

此外还有清蒸田鸡也是不错的食疗。虽然食疗有一定的辅助治疗效果，但是这并不意味着有了食疗就不用去医院，就不用进行医治。肝腹水是肝硬化的晚期症状，一定要进行及时医治，不要耽误诊治时间。

腹水是晚期肿瘤病人常见的并发症之一，治疗上通常比较棘手，单纯采用利尿和补充白蛋白的手段常常不能取得满意的疗效，需要综合运用各种治疗手段，方能取得较好的疗效。

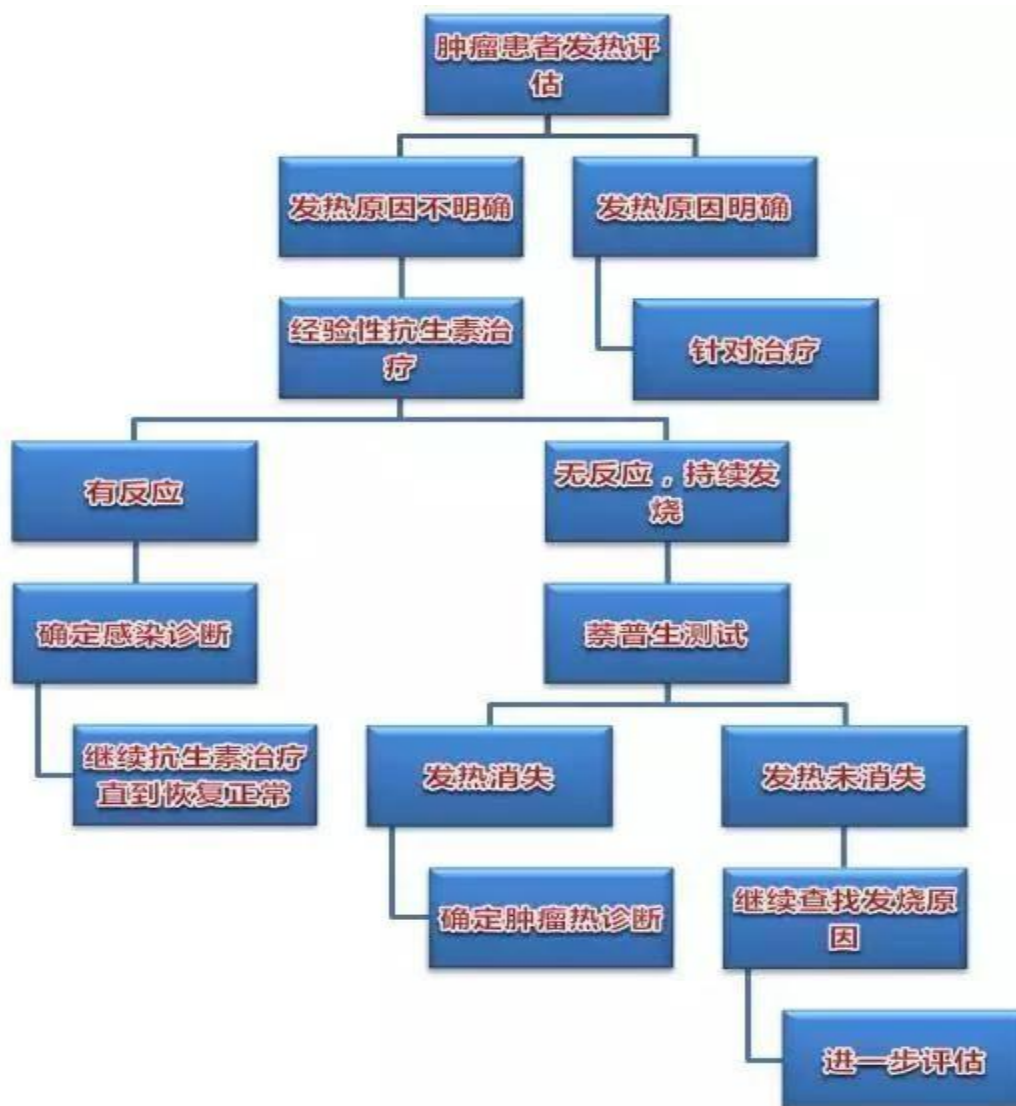
## 5.4 发烧

肿瘤患者在患病或治疗的过程当中，发烧是一种常见的现象。可是一发烧，患者害怕，担心是否肿瘤在迅速发展，或是合并严重感染，恐怕危及生命。家属惊慌失措，六神无主，恨不得一下子把烧退下去，总是感觉医生不尽力。

其实肿瘤发烧很复杂，引起发烧的原因很多，可能是感染、药物反应、自体免疫疾病、肾上腺皮质激素分泌不足或是肿瘤本身所引起，而且肿瘤患者也会像正常人一样感冒发烧。大部分病人因疾病本身或接受治疗使得免疫力降低，尤其是白血球偏低的病人，常因感染引起发烧。但是更多莫名其妙的发烧，而且是长时间的温烧不退，称之为肿瘤热/癌烧。

先来看一下肿瘤发烧的具体诊治流程，仔细了解下，不要太着急了。





发热的分度：低热(37.3～38℃) 中等度热(38.1～39℃) 高热(39.1～41℃) 超高热(41℃以上)。

#### 5.4.1 感染性发热

有胆道肿瘤基础病的患者，日常发热绝大多数是由于胆道感染造成，尤其是每天下午晚上固定时间同时伴有寒颤的高热。

有过胆肠吻合手术史、或者进行过 ERCP 的患者尤其容易反复发热，原因是胆肠吻合或者 ERCP 破坏了原本阻隔肠道内容物进入胆道的“闸门”，而肠道有很多细菌，它们在肠内不构成威胁，但是在人体其他任何部位都可能会带来感染。这并没有好办法可以一劳永逸的解决，只能尝试增强体质，例如多做适当锻炼，尽量让上半身向上倾斜而不要平躺，哪怕睡觉的时候，日常多喝水，等等。因为本质上是人体结构遭到了破坏，本来不该有“开口”的地

方有开口了，所以可想而知并不能通过什么药物或者疗法之类一下解决。

因为患者身体留置各种导管（颈内静脉、锁骨下静脉置管、PICC 置管、导尿管、腹腔腹水引流管、胸腔胸水引流管、胆汁引流管、胃管），如出现持续高热不退的情况，首先应该想到可能存在「管子感染」的情况，导管相关性感染是比较严重的，处理不好会形成菌血症，甚至败血症。这种情况需至医院拔管，并行对症处理。

手术伤口感染或者，长期卧床褥疮，破溃伤口感染，也会造成发热。

化疗后发热。据统计，化疗后 9 成以上的患者会出现白细胞下降。白细胞下降患者中约 70% 的发热由感染引起。感染性疾病中又以细菌感染最多见，因此应首先考虑。白细胞总数升高，分类中以成熟中性粒细胞为主，伴中性粒细胞，及中性粒细胞碱性磷酸酶活性升高，通常提示为细菌性感染（少数见于中性粒细胞性类白血病反应）。感染性疾病中的结核、伤寒、副伤寒、病毒感染、疟疾等白细胞总数并不增多，应结合临床症状、体征、热型和病程等综合分析，并做选择性实验室检查加以鉴别。

#### **5.4.2 感染性发热的处理**

1、如为感染性发热，要分析病原体是什么，那就要做辅助检查。

1) 血白细胞和中性比列增高提示细菌感染，淋巴比例增高提示病毒感染，幼稚细胞增多提示白血病，C 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、人中性粒细胞载脂蛋白（HNL）在细菌感染时升高往往较病毒感染明显。2) 尿常规。3) 便常规。4) 其他：根据病史、症状、体征提供做相应检查。

细菌感染可为局部，亦可为全身感染，引起长期不明原因发热的常见原因有结核、伤寒、副伤寒、感染性心内膜炎、败血症等，可通过血培养肥达反应、PPD 试验、超声心动图等进行鉴别。

#### **2、确定感染部位**

1) 发热伴咽痛、扁桃体肿大、白细胞升高为急性化脓性扁桃体炎；

2) 发热、咳嗽、胸痛可能为肺炎，摄胸片可明确诊断；

3) 发热伴大量脓臭痰提示为肺脓肿；

项目	肿瘤性发热	感染性发热
病因	肿瘤本身	细菌、真菌、病毒、原虫
体温波动及规律	常为不规则热或弛张热，少数稽留热，体温多在37.5-38.5℃间，一般不伴寒战。	无规律，伴寒战，可高热
发热周期	较长，通常为2周	几天，感染源控制后缓解
中毒症状	不明显	明显
休克低血压	无	可发生
血象	正常	常升高
PCT	正常	常升高
微生物学检查	阴性	常阳性
抗生素治疗	无效	有效
萘普生治疗	有效	无效

4) 发热伴右上腹痛、黄疸，提示为胆囊炎胆石症；

5) 发热伴寒战、尿频、尿急、尿痛、腰痛，结合尿液检查可诊断为急性肾盂肾炎；

6) 发热伴咽痛及肝、脾、淋巴结肿大，结合血涂片中有异常淋巴细胞，血嗜异性凝集试验阳性，可诊断为传染性单核细胞增多症；

7) 发热伴头痛、恶心、呕吐、意识改变，提示为中枢神经系统感染，如脑炎、脑膜炎、脑型疟疾；

8) 发热伴皮疹、关节痛、脾肿大及明显全身毒性症状，提示为败血症，可行血培养、骨髓培养加以确诊。

一旦发生高热，首先是考虑去医院输液，先输头孢三代或者同级抗生素，同时检测血常规和降钙素原或C反应蛋白(降钙素原通常比C反有更加可靠的参考价值，因为C反整个跨度区间太大，受干扰也多，当高于标准值而高的不多的时候，很难判断是不是感染带来的炎症反应，而降钙素原数值空间小，细微变化就可以得出结论)，并在病人温度最高的时候抽

血做血培养，有胆道引流的患者可以用引流出的胆汁同时做培养，等培养结果出来之后，根据结果判断如何调整抗生素的使用。

有经验的患者或者家属，在有足够把握的情况下，可以先选择在家口服抗生素观察，口服抗生素以拜复乐优先，其次是头孢三代。但是如果两三天发现不见效果，还是要去医院处理。

一个误区是担心抗生素使用过多导致耐药或对人体伤害或所谓的“以后无药可用”，请不要担心这些情况，一旦发生高热，以稳准狠尽快压住热度和感染为优先，因为持续的高热会造成病人大量的能量损失，包括蛋白质和其他营养物质，而这些对消化道肿瘤病人来说是很重要的东西，积累不易。所以比起担心日后无药可用，尽快减少高热时间，尽量多保存身体的能量才是对病人更有利的选择。请记住，“关键时刻，肿瘤治疗不考虑以后，只有当下”。

作为单纯的对症降温措施，从轻到重依次可以选择温毛巾擦拭、冰袋降温、吲哚美辛或西乐葆或者其他类似非甾体抗炎药、地塞米松或其他糖皮质激素冲击。

在有胆道感染的前提下发热，首先需要解决梗阻，因为梗阻这个状态本身会不断积累细菌(流水不腐，户枢不蠹)，所以梗阻不解决，怎么用抗生素都不行，就像玩坦克大战，你不摧毁敌人老家，不管打死多少辆坦克它还是源源不断的生出新的来。同样的，如果一用抗生素就好，一停马上就又烧起来，如此反复几次，那么就算没有梗阻，也要考虑是不是身体内有其他地方有感染灶(就是分团堵在那边无法畅快流通的“腐水”“积液”之类)，这个需要用增强CT或者核磁来判断，如果有，那么需要对这个感染灶进行处理，通常的处理是引流，让它顺利排出，不会再积累细菌，感染自然会好。

很多护理人员会把反复发热推给肿瘤，这是不负责任的行为，事实上绝大部分发热都是炎性反应，背后都有可以追溯的感染或者其他因素，推脱给所谓的肿瘤热，只是一种懒惰和怠工。退一步讲，就算真的并不是感染而是肿瘤的发展造成的，也应该去判断是哪里的肿瘤、又是怎样的发展带来了身体的应激反应，而不是简单的说肿瘤热了事。

#### 5.4.3 肿瘤热

肿瘤热是指肿瘤本身所引起的副癌综合征，热程或短或长，有的可达数月之久，可呈间歇

性，常为不规则热或弛张热,少数呈稽留热,体温在 37.5~38.5℃之间。发热时全身症状可不明显,患者有时不能感知；或无明显不适。抗感染治疗无效,对解热镇痛药反应较好。

单纯的癌性发热常以低热为主或仅自觉身热,而体温并不升高。

血液检查：外周血中白细胞计数及中性粒细胞比值大多正常。

肿瘤热患者多不伴有恶寒或寒战,表现为中低度发热,以下午或夜间发热为主。

#### **5.4.4 引起肿瘤热的原因有哪些？**

##### **1、肿瘤本身引起的发热**

1) 肿瘤生长迅速，细胞发生坏死，坏死的组织被人体吸收而发热，俗称吸收热，且肿瘤细胞可释放致热源导致发热。

2) 癌细胞刺激机体，使白细胞向肿瘤组织浸润，而白细胞可产生致热原，使体温调节失效而发热。

3) 脑转移后中枢性发热。当癌转移至下视丘的体温调节中枢引起发热,脑膜癌，脑膜白血病等转移至中枢神经系统的肿瘤。这类发热不多见，可作脑 CT 或者核磁确诊。脑转移引起的发热一般特点：突然高热，体温可直线上升，达 40~41℃，持续高热，虽然高热却无颜面潮红等表现，反而可见皮肤干燥、四肢发凉。高热时用抗生素及解热剂疗效欠佳。

4) 癌症晚期由于电解质不平衡，机体代谢失调，导致发热。

5) 癌症病人最终由于长期营养不良、过度消耗，以致体温调节中枢失去平衡。

6) 再次、放疗后发热。主要由放射性肺炎引起。食道癌，肺癌，纵膈肿瘤患者往往可能会进行放疗，射线剂量和累积可能会造成放射性肺损伤，继而引发放射性肺炎，可根据病史、体检及胸部 X 线而诊断。

#### **5.4.5 肿瘤热的治疗**

1) 吲哚美辛, 对乙酰氨基酚 0.5g/次, 安痛定 2ml/次肌注, 地塞米松 5~10mg/次 ivgtt; 可使用消炎痛栓肛塞退热。

2) 合并感染的患者: 根据细菌培养的结果选用适当的抗生素。

3) 有研究发现, 萘普生对肿瘤热有更好, 更快的效果, 并且在鉴别肿瘤热和非肿瘤性发热具有诊断价值。如果三天以后无效则停止用药, 有效则继续服用二周。在使用过程中, 可能出现出汗较多的现象, 主要原因为患者体质较差。

在肿瘤热消退后萘普生即使减低剂量, 亦能达到较好的退热效果。若长期使用应考虑其潜在的不良反应: 胃炎、消化道出血, 尤其是血小板减少。还应注意与萘普生相关的禁忌症, 如心、肝、肾功能不全。

有些患者在停用萘普生后肿瘤热可以复发, 若再次出现发热, 应重新评估, 再次排除感染和其他原因的发热。

4) 体温达 39℃ 以上, 可以采用物理降温, 如用 50% 酒精擦浴、擦背部、胸部和四肢; 或冷水、冰块、冰袋置于大血管和前额处和腋窝处。温水擦浴时加入适量薄荷油等都是降温的必要选择。

#### 5.4.6 中医治疗:

感染发热与癌性发热, 中医学认为是外感发热与内伤发热, 外感发热由风、寒、湿等外邪及疫毒所致, 入里化热, 或温热之邪, 由表及里; 内伤发热是气血阴阳亏虚, 脏腑功能失调, 郁而化火。

代表药物: 西黄丸, 新癆片, 片子癆。

## 5.5 梗阻

胆管癌患者比较常出现的位胆道梗阻和肠梗阻。胆道梗阻会表现出恶性梗阻性黄疸等症, 对于无法切除恶性肿瘤导致的恶性胆道梗阻, 内镜下放置胆道支架是一种常规的姑息性治疗方法。姑息性放置胆道支架能够缓解胆道梗阻引发的黄疸、恶心、胆管炎及肝衰竭等并

发病。具体解决方法可以看第五章第二节。下面主要整理一下肠梗阻的相关内容。

### 5.5.1 肠梗阻的症状

腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排气排便是肠梗阻的典型症状，但轻重不一。

腹痛是肠梗阻的主要症状。机械性肠梗阻主要表现为阵发性腹部绞痛，多集中于腹中部，或偏于梗阻段所在部位。间隙期可以完全无痛，但过一段时间后可以再发。发作间隙的持续性钝痛是绞窄性肠梗阻的早期表现，若持续性剧烈腹痛则提示肠壁已发生缺血坏死。麻痹性肠梗阻由于肠蠕动丧失，无肠绞痛发作，可因高度肠管膨胀而引起腹部持续性胀痛。

呕吐多数肠梗阻患者伴有呕吐。早期为反射性呕吐，吐出物多为胃内容物。后期则为反流性呕吐，因梗阻部位高低而不同，部位越高，呕吐越频越烈。结肠梗阻时吐出物可含粪汁。

腹胀是较迟出现的症状，其程度与梗阻部位有关。高位小肠梗阻由于频繁呕吐多无明显腹胀；低位小肠梗阻或结肠梗阻的晚期常有显著的全腹膨胀。麻痹性肠梗阻时肠管膨胀扩大，故腹胀显著。

肛门停止排气排便完全性肠梗阻时，患者排便和排气现象消失。但高位小肠梗阻早期，若梗阻段以下肠腔内积存有粪便和气体，则仍有排便和排气。结肠癌所致的肠梗阻仍可有血便或脓血便排出。

全身症状单纯性肠梗阻患者一般无明显的全身症状，呕吐频繁和腹胀严重者可出现脱水、电解质平衡紊乱。血钾过低者有疲乏无力、嗜睡等症状。伴有腹腔感染者，腹痛持续并扩散至全腹，同时有畏寒、发热、白细胞增多等感染和毒血症表现。

### 5.5.2 肠梗阻的治疗

病人如果出现肠梗阻首先应该停止靶向或者其他抗肿瘤治疗，只有肠梗阻症状缓解才能继续。肠梗阻的治疗可以分为非手术治疗和手术治疗。

#### 1) 非手术治疗

## 药物治疗

止痛：①阿片类药物：吗啡、芬太尼等。对于无法口服用药的患者，首选非胃肠途径给药，如芬太尼透皮贴剂，或吗啡皮下、肌肉或静脉注射。②阿片类药物止痛效果不佳时，可考虑加用抗胆碱类药物。

止呕：①多巴胺受体拮抗剂：甲氧氯普胺或氟哌噻醇等。适用于早期、不完全性肠梗阻。②中枢止吐药：苯二氮卓类，如地西泮；酚噻嗪类：氯丙嗪、甲氧异丁嗪等；或抗组胺药，如茶苯海明、塞克利嗪。

皮质类固醇：地塞米松等，有止呕并减轻肿瘤及神经周围水肿的作用。常与止吐药合并使用。应注意其不良反应带来的风险。

抗胆碱类药物：丁溴酸东莨菪碱等。抑制平滑肌蠕动，抑制胃肠道腺体分泌。

生长抑素：如奥曲肽，可减少胃肠分泌及胆汁分泌而减轻肠腔内肠液潴留、减缓胃肠道运动、增加胃肠道水电解质的吸收，从而减轻肠管压力，有利于肠壁血液循环的恢复，加速炎症的消退。抑制分泌效果优于东莨菪碱。早期联用甲氧氯普胺、地塞米松，不仅可缓解症状，而且可协同促进肠运动功能快速恢复，逆转肠梗阻。

## 其它治疗

纠正脱水、电解质丢失和酸碱平衡紊乱：应根据临床经验与血化验结果予以估计补液量和电解质需要量。

全胃肠外营养(Total Parenteral Nutrition, TPN)：主要目的是维持或恢复患者的营养，纠正或预防与营养不良相关的症状。

胃肠减压及肛管排气：通过胃肠插管减压及肛管排气可引出吞入的气体和滞留的液体，解除肠扩张，避免吸入性肺炎，减轻呕吐，改善由于腹胀引起的循环和呼吸窘迫症状，在一定程度上能改善梗阻以上肠管的瘀血、水肿和血液循环。

控制感染和毒血症：可采用以抗革兰氏阴性杆菌为主的广谱抗生素治疗。



解除梗阻、恢复肠道功能：对一般单纯性机械性肠梗阻，尤其是早期不完全性肠梗阻，如粪块堵塞或炎症粘连所致的肠梗阻等可保守治疗去除梗阻因素。

缓解肠梗阻的药物有聚乙二醇 4000 散，白醋或者开塞露辅助灌肠。有些长期便秘的老人如果乳果糖不耐受也可以使用低剂量聚乙二醇 4000 散通便。

不完全肠梗阻可以用小茴香+艾叶+海盐包裹后微波加热按摩腹部每天 1-2 次每次 1 小时，按摩要一直按摩。

肠梗阻药房川乌 90g、草乌 90g、海浮石 120g、海藻 120g、壁虎 90g、山慈姑 90g、蜈蚣 30g、15 条猫爪草 90g、夏枯草 120g 煎汁后浓缩成稠膏，加到 90g 肉桂粉和 1g 麝香里拌匀，每天一贴敷肚脐，如果感觉渗透力差加点白酒效果更好。

肠梗阻贴药方：肉桂、川椒目、莱菔子、吴茱萸、生大黄各 10g，打磨机打碎后+3g 冰片（擀成碎沫）混合包裹，用伤湿止痛贴贴肚脐 24 小时，换药。

## 2) 手术治疗

不常规应用于晚期癌症患者，仅适用于某些机械性肠梗阻患者。应选择最快、最安全、最有效解除梗阻、缓解症状的手术方式，包括切除吻合术、旁路手术、造口术。考虑手术治疗时，必须明确手术的目的是达到最佳的症状缓解和提高患者的生活质量，权衡患者是否可能从手术中受益及手术在技术上是否可行。

大量腹水、已明确肿瘤腹腔内广泛转移、可触及的腹部肿块、多部位梗阻、曾接受腹部或盆腔放疗患者原则上不考虑手术治疗。

除手术治疗外，近年来可扩张金属支架 (SEMS)、经皮内镜下胃造口 (PEG)、鼻胃管吸引亦用于部分患者。

## 5.6 消化道出血

### 5.6.1 消化道出血的判断

消化道出血最为常见的肉眼可见的症状为呕血和便血。

呕血是上消化道疾病或全身性疾病所致的急性上消化道出血，血液经口腔呕出。呕血前常有上腹部不适和恶心，随后呕吐血性胃内容物。其颜色视出血量的多少和出血位置而不同，出血量多、出血位置高、胃内滞留时间短，则血色为鲜红色或暗红色；反之则为棕褐色，可伴有黑便。严重的便血或呕血，同时伴有休克症状，如四肢湿冷、脸色苍白、心率加快、血压降低等。大量出血可出现发热，氮质血症。呕血还可同时伴有上腹疼痛、肝脾肿大、皮肤粘膜出血、黄疸。

便血是指消化道出血，流出的血液在食管、胃至肠道内分解出铁，与细菌产生的硫化物结合，形成硫化铁而呈黑色，俗称“黑便”。如果是少量出血不造成粪颜色改变，需经过隐血试验才能诊断，称为隐血。

当出血量在 50~70 毫升（一小茶杯）以上时就可出现黑便；而大便黑亮像铺马路用的那种柏油时，说明出血量在 100~500 毫升（一碗至一瓶）左右，如果连续 3~4 天解柏油样大便，说明出血量可能达到 1000 毫升以上，即血液总量的 1/4 左右，病人也许开始出现休克了，需要立即送医院急诊。

如以下指标异常时，也需要非常谨慎当心出现消化道出血。

1) 血小板减少全血细胞计数血小板计数 $<100\times10^9/L$ 。

2) D-二聚体急剧增加正常值为小于 200ug/L。

3) 纤维蛋白原减少正常值为 800~1100u/L。

4) 凝血酶原时间延长超过正常值(11~13 秒)3 秒以上。

### 5.6.2 消化道出血的治疗

1) 做内镜明确出血原因，积极评估是否需外科手术治疗，比如是食管静脉曲张出血，

医生会评估是否可以套扎，在晚期肿瘤患者中一般不考虑手术治疗。

2) 注意饮食：应以少渣的流质或半流质为宜，严密观察患者面色、心率和血压。

3) 停止化疗。

4) 停止引起血小板减少的药物。

5) 如有血小板自身免疫性破坏时，可考虑类固醇激素应用。维生素 K1 缺乏时，补充维生素或静脉输注血浆。

6) 必要时静脉输注血小板，血小板计数 $<50 \times 10^9/L$  且合并出血时，应给予血小板的输注。

7) 阻断纤维蛋白溶解：止血芳酸减少血小板减少性粘膜出血(1g 口服每日 3 次或缓慢静脉输注)。

## 5.7 其它常见并发症

除以上常见的并发症以外，还有如皮疹、口腔炎、甲沟炎、呕吐、腹泻、低血压、神经毒性、肝脏毒性、间质性肺炎等一些症状，下面做介绍供大家比对参考。

**1、皮疹：**面部复方黄柏液敷脸、芦荟胶、维生素 E 软膏(可面部)、薄荷止痒膏(可面部)、尿素软膏(可以面部)、米诺环素、扑尔敏、息斯敏、美满酶素。禁止使用肥皂、沐浴乳。可用金银花+野菊花煮水擦洗，头皮一样处理可外加花椒煮水，内眼皮下皮疹，香港二天堂拔毒生肌膏(不建议面部使用)，涂抹激素药膏地塞米松软膏、氢化可的松乳膏。

家里没事也可以准备一瓶马油，本身皮肤消炎有用而且都后面我们说的皮肤手足综合征也有效果。

中药或药材外用治疗皮疹：中药外用鹤虱、茵陈、苦参、荆芥、紫草、银花各 20~30 克，每天早午晚煎水洗有皮疹的地方。

严重皮疹口服激素药物:长效激素地塞米松、中效泼尼松、甲泼尼龙(甲强龙)。

下面治疗皮疹的方法也可以试试

■西替利嗪 1 片（白日），氯雷他定 1 片（晚上睡前）口服；

■米诺环素：50mg，每日 2 次口服；

■硼酸洗液湿敷（将两块纱布叠在一起，浸湿硼酸洗液，后挤出大部分水分，保持纱布湿润，覆盖在结痂的地方，15 分钟后去掉纱布），头皮结痂的地方，湿敷结束后涂抹复方多粘菌 B 软膏，一天两次（流血和皮肤破皮的地方，也可直接涂抹，一天两次）；

■保湿：尿素软膏，维生素 E 乳；

■足背皮肤缺损的地方涂外用贝复舒；皮肤发红、没有缺损的地方可外用派瑞松；小腿和大腿可外用艾洛松（外用药膏都一天两次）。



■避免阳光暴晒可以一定程度上预防皮疹。

2、**白细胞低**。升白细胞除了常见药物地榆升白片、利君升白片(可升血小板)、血美安胶囊（可升血小板），其他还有鲨肝醇，维生素 B4。

升白针短效和长效的区别：

短效升白针，有效时间短，需要每 2-3 天抽血复查白细胞，如果还低就继续打升白针，直至正常或接近正常。

缺点:因为作用时间短，使用期间需要监测血常规，如果升白效果不佳还需要继续打针，容易感染。

短效升白针较长效升白针便宜许多，且使用历史也比长效升白针长，因此一般情况下医生都会建议使用短效升白针。长效升白针不进医保，需要自费，缺陷就是要多花钱。

长效升白针:长效升白针是预防性的，可以在化疗的第二天或第三天使用，一次注射维持效果约2周，化疗期间不需要再复查白细胞，只要在下次化疗前查一次就可以了。

什么时候用长效升白针呢？

(1) 观察患者第一个化疗疗程，假如第一个疗程白细胞水平就下降的很厉害，那么第二个疗程就可以建议使用了。

(2) 体质差或者年龄大的患者，为了避免白细胞降低后出现感染或其他状况，也可建议使用长效升白针。

(3) 近期有手术或者开放性伤口的患者。

(4) 化疗方案强度很高的患者。如化疗方案中对白细胞的杀伤很明显也可以建议使用长效升白针。(不过，还是此条还是因人而异)

(5) 既往多次化疗或放疗的患者，其骨髓的代偿能力差，也需要考虑长效升白针的应用。

一般不推荐打升白针，但化疗中医生却很喜欢用，原因也许是想尽快将病人的身体调整到可用药状态，比如明天就要打化疗白细胞低于3.0，不符合化疗条件，而这个时候我们打了一针升白针明天就能化疗。升白针充当的角色就像白细胞的催熟剂一样，把没有来得及长大(恢复)白细胞快速催熟，催熟之后的物体原本的底子还是薄弱的，就像一座大楼没有结实框架、细化建筑比例一味地闭上眼睛往上盖楼，大风吹来楼是要塌的。我们看见升白针打下去病人全身酸痛，这就是白细胞被过度“催熟”的不良反应。(个人意见，仅供参考)能吃起来就尽量吃起来吧！

下面是相关食疗升白总结，食疗+药物效果更好：尤其推荐泥鳅汤、牛尾汤、牛筋汤、西洋参枸杞阿胶大米粥。

(1) 大枣 15 克(4 到 6 个)、糯米 15 克(手心一小把)、西洋参 1 克(4、5 片)、阿胶 15 克，煮粥喝。做法：西洋参大枣糯米先煮 20 分钟，然后放入阿胶后，一起在锅里蒸四十分钟。或者西洋参大枣糯米煮 20 分钟后，再放阿胶煮 20 分钟。这些是一天的量，早晨当粥喝完。阿胶要打成粉，一定要后放，否则就糊了。

有病友白细胞 1200，喝了四天，白细胞升到 5100。她用的就是药房一般的阿胶。

另一位病友白细胞 2200 喝了三天升到 5700。

(2) 白细胞偏低吃芪胶升白胶囊，和五红汤，还有参芪十一味胶囊，复方皂矾丸。

(3) 牛尾汤，鱼鳞汤，黄鳝汤。

(4) 泥鳅用微波炉搞干再打粉装胶囊

(5) 升白用盐酸小博安片和利可君片生白(可升血小板)，地榆升白片。

(6) 血小板可用红皮花生衣煲水。

(7) 牛骨髓用米醋，冰糖蒸了吃，对造血功能好。

**3、口腔溃疡：**康复新液、口腔溃疡散、维生素 B+ 维生素 C 一起压碎用蜂蜜涂抹口腔、德国拜耳口腔舒缓凝胶或复方甘菊利多卡因凝胶（严重时）、蜂胶贴膜（个别溃疡），或者使用中成药联合治疗，先使用维生素 B2+维生素 C 药片碾碎含服后在使用康复新液+清咽喉颗粒。每天一杯黄瓜汁。

附家中现有的治疗方法：

(1) 复方氯己定含漱液(将地塞米松磷酸钠注射液 5mg, 2 支用注射针注入到里面)：每天两次，每次刷牙后使用。

(2) 康复新液：每天三次，每次吃饭后用，但不要口服太快。

(3) 复方苯佐卡因凝胶：涂药，随时可涂。

(4) 重组牛碱性成纤维细胞生长因子：晚上睡觉时涂上。如果中午也睡觉，也可以涂上。这个很小一管就要 78 块，但主要是促进愈合。

(5) 10~20 克的明矾泡水漱口。

(6) 将口腔洗漱干净，再用消毒棉签将蜂蜜涂于溃疡面上，涂擦后暂不要饮食。15 分钟左右，可把蜂蜜连口水一起咽下，再继续涂擦，一天可重复涂擦数遍。

(7) 用云南白药外敷口腔溃疡创面，一日 2 次 10、用消毒棉签蘸取庆大霉素 4 万单位 2 毫升注射液轻涂口腔内溃疡面，数分钟后再涂一次，每日 4 次，即三餐后和睡前，漱口后涂上药液除这一些。

开始服用靶向药后，早期到口腔科进行必要检查和治疗，清除牙垢和牙石，治疗较大的龋齿，拔除反复感染的松动牙。

附一执行方案：

(1) 用中华中草药牙膏/口腔溃疡牙膏；

(2) 饭后三分钟内刷牙；刷牙后可用 0.12% 洗必泰、2-3% 碳酸氢钠或蒸馏水漱口 3-5 分钟。刷牙须用温水；

(3) 多喝水，少食多餐，进软食、清淡、高蛋白、富维生素食品。

(4) 急性期使用含蜂胶的溃疡贴膜，一般药店有卖。按 1-4 执行后，效果很好。



(拜耳口腔溃疡凝胶和 Benjela 口疮凝胶)

**4、口腔粘膜炎症:**这也是有分级的常见患者口腔内白色脓疱，疼痛影响进食。

- (1) 可再进食前使用利多卡因溶液或利多卡因凝胶等止痛；
- (2) 进少渣、润滑食物，避免酸、热、辛辣食物；
- (3) 餐后漱口，使用软毛牙刷，刺激性小的牙膏；
- (4) 口腔干燥者，可使用人工唾液，保证每日水的摄入 。

**5、口角炎:**维生素 B2 碾碎调水患处使用或红霉素软膏+多种维生素口服（长期），平常人同样适用，尤其秋季。

**6、护胃:** 香砂养胃丸、达喜、奥美拉唑（如与使用特罗凯(厄洛替尼)、达克替尼治疗血药浓度降低近一半）。

**7、胃口差:** 甲地孕酮分散片（不超过一周）、同仁堂大山楂丸、四磨汤口服液+健脾口服液,另外如果甲地孕酮吃了效果一开始好之后不好了,也不建议换成地塞米松等其它激素,原因很简单激素长期吃要考虑副作用。可以试试食疗配合其它养胃补脾的食物,比如用羊肚菌炖汤加上四磨汤口服液+健脾口服液,用乳铁蛋白的同时考虑补益生菌调理肠道。如果病人原先就比较瘦小,现在想吃胖基本不可能,如果原先是胖胖的,你想用激素恢复也不是不可能。以下表格总结了刺激食欲的保健品和药品。

药物种类	代表药物	药物作用	副作用
孕激素	醋酸甲地孕酮、醋酸甲羟孕酮	增加食欲和体重但不增加脂肪	水肿、血栓形成、出血
糖皮质激素	地塞米松、甲泼尼松、泼尼松	增加食欲	早期不良反应:胰岛素抵抗
促进胃动力药物	甲氧氯普胺、多潘立酮	改善呕吐、减轻早饱	长期不良反应:肌肉萎缩、骨质疏松等
非甾体抗炎药	吲哚美辛、布洛芬	与糖皮质激素、孕激素抑制剂联合使用维持体重	耐受性良好，少见副作用皮疹、惊厥、瘙痒等



营养素药物	<p>ω-3 不饱和脂肪酸</p> <p>L-左旋肉碱</p> <p>氨基酸(BCAA)</p>	<p>ω-3 可以提高免疫力、改善营养状态、抗炎、抑制骨骼肌分解</p> <p>L-左旋肉碱可以提高肌体耐受力，促进疲劳恢复</p> <p>BCAA 支链氨基酸是肌肉纤维内的肌肉增长营养素</p>	<p>不良反应较多如胃肠道、肾功能等，吲哚美辛与阿司匹林有交叉过敏反应，布洛芬对阿司匹林过敏哮喘患者禁用</p>
保健营养品	乳铁蛋白	增加食欲	小样本实验，指南没有明确推荐
肠内营养粉	安素、全安素	增加营养	副作用小，安素不含膳食纤维更适合手术后的病人，全安素有膳食纤维更适合出院后康复期使用，有助于肠道健康

**8、不消化腹胀：**四磨汤口服液、保和丸、二甲硅油片。

**9、恶心呕吐：**胃复安、地塞米松、昂丹司琼或者格拉司琼(口服)、意美阿瑞匹坦、奥氮平片强力止吐,但是小细胞肺癌患者如果出现恶心呕吐还要考虑电解质紊乱问题,如低钾、低钠、低氯，相关治疗如苏麦卡、氯化钾、盐胶囊。

**10、肝损转氨酶高：**说明一点首先患者是不是肝硬化患者，肝硬化什么程度如何。谷胱甘肽+维生素 C、甘草酸苷类、易善复，肝损严重建议联合治疗。

药品名称	药品作用
还原行谷胱甘肽	抗炎、解毒、抗氧化
水飞蓟宾	降酶、抗炎，但一般肝损期用处不大
多烯磷脂酰胆碱(易善复)	修复肝细胞、促进肝细胞生长
促肝细胞生长素	生物制剂，促进细胞再生,临床上使用早期优于晚期

复方甘草酸苷(美能)	抗炎
异甘草酸镁注射液(天晴甘美)	抗炎
甘草酸二铵(甘利欣)	抗炎
人血白蛋白	促进蛋白质合成
支链氨基酸	促进蛋白质合成
复方氨基酸胶囊	促进蛋白质合成
腺苷蛋氨酸(思美泰)	利胆排黄
熊去氧胆酸(优思佛)	利胆排黄
维生素 C	促进代谢，配合还原型谷胱甘肽效果更好

另附肝肾功能报告解读

常见指标分类	指标	生化报告	临床意义
肝损/实质性肝损	谷丙转氨酶	ALT	主要存在于肝脏、心脏组织细胞中，只要有 1%的肝细胞坏死，便可使血中酶活性增高 1 倍，疲劳、感冒、熬夜或者器官炎症都会引起升高
	谷草转氨酶	AST	主要分布在心肌，其次肝脏，骨骼肌、肾脏等组织中。AST 超过 ALT 多提示有实质性肝损
	$\gamma$ -谷氨酰基转移酶	CGT	升高:常见于原发性或转移性肝癌、急性肝炎、慢性肝炎活动期肝硬化、急性胰腺炎及心力衰竭等
胆道指标	总胆红素	TBIL	升高: 常见于肝脏疾病、肝外疾病，多提示黄疸
	直接胆红素	DBIL	升高: 常见于堵塞性黄疸、肝癌，胰头癌，胆结石等
	间接胆红素	IBIL	升高: 提示溶血性黄疸，溶血时变现为单纯的 IBIL 升高，当 IBIL 和 TBIL 升高测常表示溶血性贫血
肝脏合成、储备能力	总蛋白	TP	降低: 长期腹泻、慢性肝病、营养不良
	白蛋白	ALB	降低: 长期腹泻、慢性肝病、营养不良、慢性肝损
	球蛋白	GBL	明显增高提示肝损伤严重
	白球比	A/G	慢性肝炎，实质性肝损，肾脏综合问题
	胆碱酯酶	CHE	升高常见于肝癌、肝硬化、阻塞性黄疸、急慢性黄疸型肝炎、骨细胞瘤、骨转移癌、骨折恢复期，儿童发育期骨脂系统活跃，可使 ALP 增高

其他指标	肌酸激酶	CK	升高:心肌梗塞 4-6 小时升高, 病毒引起的心肌炎、 皮炎、肌肉损伤等
	肌酸肌同工酶	CK-MB	用于诊断早期的急性心肌梗死, 也可以用于估计梗死范围, CK 升高程度和梗死面积成正比
	脂蛋白 a	Lp (a)	升高多见于血脂过量, 比如冠心病、脑血栓等
肾功能	二氧化碳结合力	CO2CP	升高:代谢碱中毒, 如缺钾小肠上部梗阻, 呼吸性酸中毒, 呼吸道堵塞, 肺气肿等, 高热肾功能亢进也会升高; 降低: 储备不足, 如肾功能炎症引起, 肾炎肾功能衰竭、肾盂炎症
	肌酐	CREA	升高:严重肾功能不全、肢端肥大症; 降低:肌肉含量较少
	尿素	UREA	一般升高:高蛋白饮食、重症肝病、高热等; 严重升高多见于严重肾功能衰竭, 尿毒症

**11、胆红素高:** 优思弗、思美泰、茵陈煮水, 必要时可以联合, 注优思弗(熊去氧胆酸)在明确堵塞性黄疸不要使用。

**12、高血压:** 血压高压 140 代文沙坦, 150 左右替米沙坦, 150 以上可以再+络活喜(钙离子拮抗剂地平类降压药与靶向有影响), 中成药也有降压效果比如复方利血平片, 另外靶向期间降心率药物辅酶 Q10 降心率的同时也可以缓解血压升高, 可以联合降压药使用。对于老年人收缩压和舒张压均较高者或脉压差大者应选用 CCB(钙离子拮抗剂地平类)。血压问题建议咨询医生。



左图血氧仪, 右图血压仪, 不管是肺癌、肝癌还是其他肿瘤都建议购买

### 13、处理血栓药物：

血栓：阿司匹林、华法林，注射肝素钠新型口服抗凝药，包括利伐沙班、阿哌沙班（二者不需要与肝素重叠）、达比加群、依度沙班。但严重肾功能不全者禁用。

抗凝：阿司匹林肠溶片（便宜，效果明确，可长期吃，但注意胃肠道反应）、氯吡格雷（有点贵，效果等同阿司匹林，但胃肠道反应小点）血小板高超过 300 可阿司匹林（阿司匹林肠溶片）250 时就应该注意。

14、血小板低：红皮花生衣煮水、利可君升白片、血宁糖浆、血美安胶囊、艾曲波帕、咖啡酸片。

15、降血脂：阿托伐他汀（他汀类，预防用药，血脂正常也可以长期服用，不过要定期复查肝功能）或者血脂康（中成药效果一般）。

16、腹泻：腹可安片、思密达、培非康（三联益生菌）、易蒙停（易蒙停不能吃久，否则会引起肠梗阻）、蒙脱石散、肠炎宁、黄连素、固肠止泻丸，健脾益肾颗粒、易蒙停双歧杆菌+水苏糖，轻微腹泻不舒服炒面（面粉炒熟开水冲成糊糊后服用），连续腹泻三天可以易蒙停+肠炎宁配合益生菌治疗，在严重者停止靶向药。（腹泻王阿法替尼或者达克替尼吃的时候出现腹泻可以用半夏泻心汤预防腹泻）。



17、便秘：西梅汁、火龙果、乳果糖口服溶液、酸奶+蜂蜜、蜂蜜栓（蜜煎导）塞肛门，很多患者硬便 30 分钟后排出，番泻叶或者干荷叶泡茶严重时两者一起使用。严重者蜂蜜栓+口服药，顺时针按摩肚脐四周。

考虑使用乳果糖的患者，应该注意如果已经发生电解质紊乱不建议使用，年龄较大的病人慎用。

有的家属会问：“为什么病人一会腹泻一会便秘？”这很可能与病人治疗便秘或者腹泻方法有关系。腹泻用了止泻药之后因为持续拉肚子，身体机能需要慢慢调节，短时间便秘比较正常。便秘是不是使用的开塞露，是不是没有做好饮食调身体运动呢？总靠药来维持的，吃时间久了药会也不行了。

不建议长时间使用开塞露，原因很好理解，开塞露本身对肠道有刺激性，如果长期使用肠道敏感性就会越来越差，肠道菌群也会失活。病人明显可以下床活动，可以通过很多方式缓解便秘，不要涂一时的“快”，坏了身体本质）。

**18、护心：**辅酶 Q10、复方丹参滴丸（供血不足），血压升高的患者注意同时监控血压吃降压药，其他心脏问题请咨询专业医生

**19、打嗝反酸：**胃里难受像火烧，1:5 比例苏打水口服、达喜、或需要护胃使用奥美拉唑+达喜，硫糖铝混悬液凝胶也不错。

**20、打嗝：**猕猴桃一颗，如果效果不好使用最低剂量的巴氯芬(收集如下表)

药物及用法	证据级别	不良反应
一线治疗		
巴氯芬 (5-20mg po, 每日 3 次)	2b	镇静，肾功能损伤
加巴喷丁 (300-600mgpo, 每日 3 次)	4	镇静，视觉障碍，平衡能力下降
普瑞巴林 (75-100mg po, 每日 2 次)	5	镇静，呼吸困难
二线治疗		
胃复安 (10mg po, 每日 3 次)	2b	神经系统副作用和肌张力障碍，静坐不能，迟发型运动障碍，糖耐受能力下降，体重增加，血栓和心脏事件引起的死亡风险

		险增加。副作用少于氯丙嗪
多潘立酮(10mg po, 每日 3 次)	5	高泌乳素血症，长 QT 综合征/心律失常。 神经系统副作用少于胃复安。
三线治疗		
氯丙嗪(25-50mg po, 每日 4 次)	4	镇静，体位性高血压(与剂量有关)，神经系统副作用和肌张力障碍，静坐不能，迟发型运动障碍

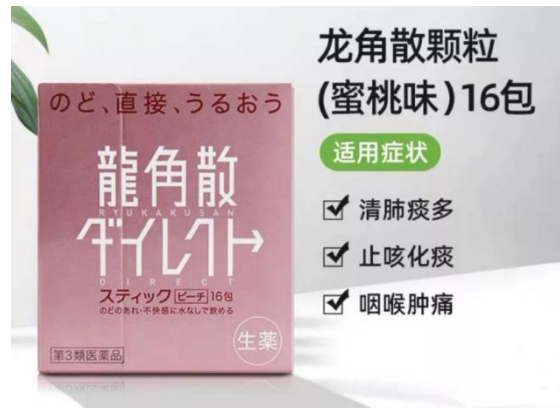
化疗引起持续性和顽固性呃逆(打嗝)的推荐治疗药物如上表，临床一般首选胃复安或者巴氯芬。

**21、乏力多汗：**扶正颗粒、玉屏风颗粒、浮小麦煮水喝。



**22、止咳化痰+消炎：**先化痰后止咳+消炎药。化痰药，富露施泡腾或香港橙树化痰颗粒(成份是乙酰半胱氨酸颗粒)，愈创甘油醚(可治疗老慢支，饭后口服)、桃金娘油(粘液粘液溶解性化痰药，饭前 30 分钟凉开水送服，不可掰开口服，咳血、痰中带血不要吃)、化橘红口服药、复方鲜竹沥液(痰多黄痰)等。

龙角散也不错，止咳化痰，淘宝京东都有找个旗舰店或者好一点的代购，有十种口味。



### 23、干咳：

惠菲宁、口服激素（如泼尼松龙治疗周期两周每天 30mg，切记减量停药，可治疗放射性肺炎/间质性肺炎或者肿瘤导致的咳嗽哮喘等气管炎症）吸入气管扩张剂（沙丁胺醇治疗慢性堵塞性肺炎）；

阿斯美(用于呼吸道炎性引起的咳嗽)；

可待因(各种原因所致的干咳或干咳伴有胸痛者；它能抑制支气管腺体的分泌，促使痰液粘稠，痰多不易咳出者禁用)；

氢溴酸右美沙芬片(干咳，夜间咳嗽)；

喷托维林(维静宁、咳必清，有青光眼已经肺伴血瘀者慎用)；

盐酸氯哌丁片(苯海拉明的类似物，主要抑制咳嗽中枢而镇咳，也有微弱的抗组胺作用，镇咳作用较可待因弱，无依赖性及耐受性。本药多用于上、下呼吸道炎症性咳嗽。)

苯丙哌林(咳快好本品可用于各种原因引起的咳嗽，尤其是刺激性干咳。)

局部麻醉药（利多卡因、布比卡因）；

外周性镇咳（左羟丙哌嗪、赖氨酸氯尼辛）；

如果以上方法都用过了，还有一些药物可以酌情选择：加巴喷丁、卡马西平、阿米替林。当然，如果病人咳嗽加重呼吸不畅胸闷，还可以结合临床之前有没有胸腔积液，胸腔积液一

样会引起频繁性咳嗽，所以一定要对症处理。

北京协和医院自制特效药，效果不错。缺点是患者需亲自去北京协和医院凭处方购买，虽然面诊可以更详细的给患者做出治疗指导，但对于不能面诊的患者，购药很困难。



不同咳嗽的对症处理方法，如下：

## 肺癌病人咳嗽用药

### （1）中枢性依赖性镇咳药物

可待因，阿片(含吗啡、可待因、罂粟碱和那可丁)，适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。

## （2）中枢性非依赖性镇咳药物

右美沙芬，苯佐那酯，适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。喷托维林(咳必清)，适用于无痰干咳。

### (3) 外周性镇咳药物

苯丙哌林(可立停、咳快好),适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。



#### (4) 祛痰药

愈创甘油醚、桃金娘油(吉诺通)、溴己新、氨溴索(沐舒坦)、乙酰半胱氨酸(富露施)等。

#### (5) 复方制剂

①氨酚伪麻美芬片Ⅱ/氨麻苯美片(白加黑),氨酚伪麻美芬片Ⅱ(日用片),每片含对乙酰氨基酚 325 毫克;盐酸伪麻黄碱 30 毫克,氢溴酸右美沙芬 15 毫克。

氨麻苯美片(夜用片):每片含对乙酰氨基酚 325 毫克;盐酸伪麻黄碱 30 毫克,氢溴酸右美沙芬 15 毫克,盐酸苯海拉明 25 毫克。

白加黑(日片)有解热、镇痛、镇咳和收缩毛细血管作用,白加黑(夜片)同时还具有抗过敏、镇静作用。

②复方鲜竹沥口服液(杭州天目山药业):适用于肺热咳嗽,风热咳嗽,痰多等症状。

③复方甘草含片:含甘草浸膏粉、阿片等,适用于无痰干咳。

④复方桔梗片:桔梗、阿片等,适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。

⑤佩夫人止咳露:可待因、愈创木酚、扑尔敏、麻黄碱等,适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。

⑥联邦止咳露:磷酸可待因、盐酸麻黄、氯化铵、扑尔敏等,适用于无痰干咳以及剧烈、频繁的咳嗽。

⑦人参保肺丸(同仁堂):适用于肺气虚弱,津液亏损引起的虚劳久嗽,气短喘促等症。

⑧洋参保肺丸(同仁堂):适用于阴虚肺热,咳嗽痰喘,胸闷气短等症。

⑨美敏伪麻溶液(惠菲宁,辉瑞):氢溴酸右美沙芬、马来酸氯苯那敏、盐酸伪麻黄碱等。缓解普通感冒、流行性感冒及过敏引起的咳嗽、咳痰、打喷嚏、流鼻涕、鼻塞、咽痛等症状。

#### (6) 注意事项

①白天咳嗽宜选用苯丙哌林，夜间咳嗽者宜选用右美沙芬。

②痰液较多的咳嗽应以祛痰为主，不宜单纯使用镇咳药，应与祛痰药合用，以利于痰液的排出和镇咳效果。

③有些咳嗽是由支气管哮喘引起的，平喘治疗有效；有些是由食管反流引起的，应用胃动力药和制酸药有效；肿瘤引起的刺激性咳嗽，需要抗肿瘤治疗才有效果。

④使用中枢性镇咳药物需注意剂量，小心呼吸抑制。

**24、堵塞性肺炎：**氨溴索+庆大霉素雾化、静脉注射氨溴索、口服化痰药，酌情，严重者雾化时+布地奈德，用药方案咨询医生（病人实在不愿去医院，也可以家中雾化）

#### **25、输液或化疗液体外渗水肿：**

外渗时，如局部水疱未形成，肿胀部位可予 50% 硫酸镁湿敷、新鲜土豆片外敷、如意金黄散加蜂蜜调制后外敷等，外用保鲜膜包裹，定时更换。

局部肿胀：

局部肿胀严重，可遵医嘱静脉滴注 20% 甘露醇 125 ml 及静脉推注地塞米松 5 mg，以达到快速利尿、消肿的作用。

注意观察尿量、尿色，记录 24 h 尿量，留尿查肌红蛋白。及时检测血电解质及肾功能变化。

水疱的处理：

药物外渗后局部皮肤可出现大小不等的水疱，有时小水疱可逐渐汇集，融合成大水疱。

可用无菌注射器定时抽出水疱内的液体，注意在水疱的低处多扎几个针眼，促使渗出液外流；

局部伤口上覆盖纳米银离子抗菌敷料，以吸收渗液，形成凝胶，保护肉芽组织；外加 4～5 层无菌纱布包扎，观察伤口渗出液的量及性质。

注意保持疱皮完整，监测体温和血常规变化，避免伤口感染

甘露醇外渗：特别提醒：甘露醇外渗湿敷两不宜

1) 不宜用硫酸镁湿敷：甘露醇输液外渗后，组织液的晶体渗透压增高。

如使用硫酸镁湿敷，可以使组织中的晶体渗透压更高，使血管内的血浆及细胞内水分进入组织间隙增多，而致皮下水肿更甚。

许多人只知道甘露醇外渗用硫酸镁湿敷效果不好，其实是这个原因。

2) 不宜热敷：局部热敷可以促进外渗药物的吸收与分散，减轻药物外渗所致的皮肤伤害。

但 20% 甘露醇外渗如超过 24 h，进行热敷会加速组织坏死，尤其是发生在手背上外渗，易引发骨筋膜室综合征，故不宜采用热敷。

**26、血管肿胀：**喜辽妥（浅表性静脉炎导致）

**27、护肾：**注意血压、血糖、血脂、饮食清淡少油盐，注是药三分毒不要使用金水宝和百令胶囊护肾。

**28、尿路感染：**盐酸左氧氟沙星或三金片。

**29、神经痛：**钾古胺（不要长期服用，如果已经使用了 20 天效果不理想继续口服作用不大），酌情考虑加巴喷丁、普瑞巴林、西咪替丁（抗酸药但对导致疱疹效果不错。

**30、甲沟炎：**

1) 温水浸泡患处，老化角质去除再碘伏涂抹，使用头孢胶囊或夫西地酸乳膏，早晚各一次。

2) 外抹氧氟沙星，青霉素粉末调水敷涂，或外敷鱼石脂软膏，戊酸倍他米松软膏。

3) 有脓，需排脓，剪除嵌入甲片后酒精消毒，涂鱼石脂软膏。把手指放在碘伏里泡三分钟。

4) 甲沟炎还可考虑去皮肤科照蓝光。

**31、血糖高：**二甲双胍、索马鲁肽，注意饮食。

**32、神经性根炎：**普瑞巴林、加巴喷丁。

**33、手足综合症：**尿素手足霜、凡士林软膏、维生素 E 软膏、如果关节疼痛可以使用退热贴止痛，口服芬必得或者西乐葆止痛，那个时候使用马油膏也不错，宜秋冬使用。

**34、手裂、脚裂：**马油膏、维生素 E 软膏、尿素软膏、凡士林涂抹裂口，涂抹之后戴上保险手套。

**35、关节疼痛：**香港黄道益活络油、芬必得、西乐葆（骨转痛效果不错）。

**36、褥疮：**患者久卧床引起，使用生理盐水清洗，涂抹马应龙药业集团的龙珠软膏（破皮）或于氏收口方。由于这个时候的患者身体很弱，家属要加倍细心的照顾，勤给病人翻身，避免患处接触床褥。

**37、甲状腺功能亢进：**赛治。

**38、甲状腺功能减退：**优乐甲、左甲状腺素钠片。

**39、贫血：**维生素 B12 + 叶酸、鸭血、猪血等，缺铁性贫血德国铁元、硫酸亚铁。西洋参枸杞阿胶大米粥即可以升白又可以补血。

**40、口苦：**沙参、玉竹各 15 克煮水喝，此方法同样适合咽干。如果靶向药引起了味觉改变也可以试试，不过这种情况恢复的可能性不大。

**41、肌肉疼痛：**香港黄道益活络油，药店买贴膏。

**42、鼻腔出血：**鼻腔微细血管出血（易瑞沙、乐伐替尼等均可能出现），可以鼻腔内土红霉素眼膏/云南白药胶囊粉等。严重时暂时减停拜阿司匹林查血小板和凝血酶指标。

**43、鼻腔干燥：**涂抹保湿霜或润面油宝宝润肤油，补充果蔬。

**44、牙根出血：**口服高浓日本 VC 或者试试甲硝唑，检查血小板是否过低。

**45、化疗后臀部肌肉酸痛：**热敷，必要时芬必得止痛。

**46、牙龈肿痛：**肿痛安。

**47、咳血：**血丝症状轻吃云南白药胶囊或安络血，严重者使用血凝酶。

**48、带状疱疹：**局部使用阿昔洛韦软膏涂抹，口服阿昔洛韦片、甲钴胺，口服扑尔敏，护胃要西咪替丁对带状疱疹止痛及红斑均有效果，上文神经炎止痛的普瑞巴林和加巴喷丁也可以治疗带状疱疹，二者可以联合，对比药效普瑞巴林比加巴喷丁好很多，起效对比更快。

**49、失眠：**谷维素，褪黑素，我本人偶尔失眠也会连续出几天谷维素，如果入睡困难咨询医生比如使用艾司唑仑之类药物可以帮助入睡。如果有心烦不寐、烦躁不宁。

**50、间质性肺炎：**几乎靶向、化疗、包括PD1治疗在所难免会伤肺，间质性肺炎在EGFR-TKI、ALK发生率不比PD1少多少，但人们往往议论最多的是PD1会出现间质性肺炎，而忽略的靶向也有的可能，这与PD1是“新药”多少有关。很多患者是化疗、靶向多方案之后才用了PD1，所以，当我们看见别的患者使用PD1之后出现了某种副作用，他们可能已经多线治疗了。治疗时多是消炎+激素，并且停止所有靶向、化疗或者免疫PD1治疗（间质性肺炎很可怕，如果没有及时控制，患者生命时间短暂），吡非尼酮有助于肺纤维化的改善，VEGFR靶点的药物中尼达尼布（BIBF1120）对特发性肺纤维化也有一定作用，相关报道，患者使用尼达尼布后成功预防PD1治疗时出现免疫性肺炎。



51、化疗后手脚麻木：甲钴胺、维生素 12。

52、化疗后心慌、心肌缺血：复方丹参滴丸。

53、放射性肺炎：根据病情的严重程度给药，方案消炎+激素症状缓解之后激素逐减

肺部放疗后遗症太多。如果已经是全身多处转移，放疗肺部有个屁用，搞不好还落下个放射线肺炎。几个月前遇到一位山西患者肺部+脑同时放疗，不明白这方案在追求什么？

肺部放疗什么时候可以做？放疗在肺肿瘤稳定的情况下可以尝试，比如肿瘤在 2CM 之内，没有周边组织炎症，没有胸腔积液比较合适。如果仅仅是纵膈淋巴转移，放疗效果也不错，肿瘤进展期采取放疗，只能短时间控制，大于 4.5CM 的瘤灶想做放疗哪怕说质子都一样会出现放射线肺炎。肺部不建议射频消融，比起肝肿瘤，肺射频效果太差了。肺部做粒子也一样慎重，不管你是纵膈加不加上肺叶原发，植入那么多碘粒子，放射性肺炎一样棘手，何况粒子的有效时间只有 6 个月。

急性放射性肺炎处理：（治疗首选激素）

①急性期：泼尼松 40-60mg/d 口服或 1mg/kg/d, 症状改善后逐渐减量 10-15mg/d, 总疗程 3-8 周；

②重症：甲泼尼龙 40-160mg/d 静滴症状缓解后逐渐减量改为口服甲泼尼龙或泼尼松。

激素对放射性肺纤维化(慢性放射性肺损伤)效果差。

放射性肺炎激素从逐减到停药，不可以直接停药：

首次应用地塞米松 5- 10mg/d, 连续应用 7-10 天，待临床症状改善并稳定后减半量应用 7-10 天，再相应剂量泼尼松口服维持，以每周减一片的速率减量。——廖美琳等主编《肺癌(3 版)》

**54、放射性食管炎：**放疗胸腔或者食管位置或者颈部淋巴时常见不良反应，可预防。

放疗之前的预防：

- (1) 康复新液，放疗前慢慢喝下，1 天喝三次。放疗前另外再喝一次。
  - (2) 放疗之前维生素 B 碾碎+康复新液慢慢吞咽，一般治疗维生素 B 三片+半支庆大霉素摇匀，慢慢慢慢吞咽。(可预防，可治疗)
  - (3)20%甘露醇 250ml+庆大霉素 32 万 U+利多卡因 20ml+地塞米松 20mg, 分次缓慢口服, 每次 10ml, 1 天 3 次。庆大霉素买不要到，也可以不要。(可预防、可治疗)
- 甘露醇 250ml+庆大霉素 80mg+地塞米松 10mg 用针管混合，饭后服用 20ml (治疗方案)，另外也有用蜂蜜+维生素 C 预防的基本没效，这招还不如高浓度酸奶慢慢吞咽！

有人会有疑虑了：“我家在做免疫治疗，我们不可以用抗生素还有激素的！”预防和治疗是针对性放疗引起的不良反应，如果我们的追求治疗的一句话“抗生素、激素影响免疫效果”就用身体干扰，此时应该多想一想，是谁在使用免疫？是大树还是机器？是我们人体自身。一种治疗出现并发症应该及时给药干预，并发症治疗彻底不会影响都后续用药，拖延不治疗后面会越来越糟，纠结的可以使用上面 1、2 预防。

颈部放疗、食管放疗、肺部放疗、胸椎放疗、颈椎放疗可能出现放射性食管炎

慢性放射性食管炎分级	
等级	症状
0 级	无症状
1 级	轻度纤维化, 在进食固体食物时出现轻微的吞咽困难，无吞咽痛
2 级	中度纤维化但可显示扩张，不能正常进食固体食物，能吞咽半固体食物

3 级	严重纤维化, 仅能进食流食, 有吞咽痛, 需扩张
4 级	坏死或穿孔瘘

急性放射性食管炎分级	
等级	症状
0 级	无症状
1 级	轻度吞咽困难, 但可进普食
2 级	吞咽困难, 主要进软食、半流质胡流质食物
3 级	吞咽困难, 需鼻饲管、静脉补液或静脉高养
4 级	完全阻塞(不能咽下唾液)

来源:参考自美国国立癌症研究所(NCI)与肿瘤放射治疗协作组(RTOG)共同参与修订的常用毒性标准(CTC-2.0版)修订。

抗炎消肿:

(1) 庆大霉素 2 万单位加 20%甘露醇 10 ml, 饭后服用, 每日 2~3 次, 服后半小时内不饮水;地塞米松 0.75mg, 每日 3 次含化, 3~5 天。

(2) 食管炎严重者可予常规剂量青霉素、地塞米松静脉滴注。

**55、低磷血症:**补维生素 D, 如果伴有心慌出汗多建议查内分泌甲状腺激素排除甲亢。

**56、窦性心律不齐:**这里要搞清楚是心律不是心率。正常人也可以见窦性心律不齐, 只要没有器质性心脏病, 这种窦性心律不齐就不是心脏病, 也无需过多关注或治疗。

什么时候需要治疗呢?

不是单纯的窦性心律不齐, 而是合并其他心脏病, 比如说冠心病、心绞痛么时候要注意呢、心肌梗死、风心病、瓣膜病、心肌病、心衰等等心脏病合并窦性心律不齐。这个时候我们要看的是心脏结构或血管, 而不是心脏跳动。交流中会遇到说心率不齐, 心率 61, (恭喜你, 心率很好没有不齐), 正常心率是 60-100 相对越慢越好。



## 心律与心率不是一回事

心律：心脏跳动的节奏，就是说心脏跳动的是不是规律，正常情况下，窦性心律是比较正常的跳动；非窦性心律也可以整齐的，也可以是不整齐的，但需要我们做心电图检查，通过听诊是无法判断的。

报告提示：心律失常，比如我们会看见心脏超声上有提示二三尖瓣轻微反流，一般不需要担心，也可以吧有用要物处理但是需要患者正在吃靶向药或者化疗有心脏攻击不良反应时，应当考虑护心药(辅酶 Q10)，那么也建议检查血脂注意血压，有问题不至于措手不及。

**57、指甲变软：**应该注意血常规报告有没有出现贫血尤其是有没有缺铁性贫血，如果有+补血口服液或者德国铁元，然后配合维生素 D。

当然治疗中遇到不良反应可能还有阳光没有总结到的，我会及时在微博更新。如果您在治疗时有遇到副作用也请不要拖延时间以免耽误治疗，多于医生交流。