

临床经验交流

林丽珠治疗胃癌经验举隅

肖志伟 林洁涛

(广州中医药大学第一附属医院肿瘤科, 广东省广州市白云区机场路 16 号, 510405)

关键词 胃癌/中医疗法

林丽珠教授从事中西医结合治疗肿瘤疾病二十余载, 擅长运用中西医结合疗法治疗肿瘤。林师在长期的临床中对诊治胃癌积累了丰富的经验, 我们有幸跟师临证学习, 受益匪浅, 现将其经验结合病例整理介绍如下。

1 内虚为本, 扶助胃气

林丽珠教授认为, 胃癌的发病多先有脾胃虚伤, 气血亏损, 在此基础上复因情志失调, 饮食失节, 而致痰气瘀热搏结, 津枯血槁, 发为本病。临床治疗强调扶助胃气, 如《素问·五藏别论》曰: “胃者, 水谷之海, 六腑之大源也。”胃气虚弱则五脏六腑得不到水谷精微滋养, 五脏六腑之气也随之不足; 反之, 胃气旺, 则正气足。李东垣曰: “胃气一虚无所禀受, 则四脏经络皆病, 况脾全借胃土平和, 则有所受而生荣, 周身四脏皆旺, 十二神守职, 皮毛固密, ……外邪不能侮也。”强调“人以胃气为本”, 精辟地阐明了胃气在人体生命活动中的重要作用。胃癌患者或因饮食失节, 脾胃受伤; 或肿瘤对胃的直接侵犯; 或因胃癌手术的影响, 化疗药物的毒副作用等, 临床中多有脾胃虚损之表现, 常见如神疲乏力, 胃纳减少, 恶心欲呕, 四肢乏力、形体消瘦等。所以, 治疗胃癌强调扶正宜先扶助胃气, 攻邪需顾护胃气。

临床上, 脾胃虚弱者可分为脾胃气虚、脾胃虚寒及脾胃阴虚等 3 种症候, 林教授依据不同的临床特点而施以不同的补益之法。脾胃气虚者, 常用四君子汤健脾益气; 脾胃虚寒者以理中汤为主方, 并喜用高良姜温胃散寒; 胃阴不足者, 则选用太子参、麦冬、石斛等益气养阴之品。

2 理气疏肝, 通降为用

林教授认为胃癌患者的临床表现有 3 个特点: 升降失常、虚实夹杂、易旁他脏。气机失调是诱发胃癌的一个重要因素, 脾与胃互为表里, 同居中焦, 为气机升降之枢纽, 脾主升, 胃主降, 只有脾升胃降协调, 饮食的消化过程才能正常。《素问·六微旨大论》云: “非出入则无以生长壮老已; 非升降则无以生长化收藏。是

以升降出入, 无器不有。”故治疗胃癌, 必先调理气机。在具体治疗上, 重视疏肝以和胃, 因肝与胃为相克相乘之脏腑, 胃的和降功能, 有赖肝之疏泄, 肝气不疏则土壅木郁, 肝木克土。叶天士言“肝为起病之源, 胃为传病之所”, 因此, 若要治胃, 必先调肝, 即所谓“治肝可以安胃”“土得木而达”。

除重视疏肝行气外, 林师主张胃癌理气当以“通降”为法。而盖胃为太仓, 主受纳水谷和传化糟粕, 胃为六腑之一, 以通为用, 以降为顺。只有胃气和降, 才能腑气通畅, 胃能受纳, 气血才有生化之源; 糟粕始能下行, 邪毒才能随糟粕而清除有道。

临床上胃癌患者多有嗝气、呃逆、恶心、呕吐、胃脘胸胁胀闷等脾胃气滞症状, 临床用药, 遇两胁胀闷, 肝气不舒者喜用四逆散以疏肝理气, 并酌情选用佛手、八月札、合欢皮、郁金等性平和缓之品; 嗝气不舒者, 配木香、枳壳以宽中下气; 食后胀甚或胀由食滞者, 配莱菔子、焦山楂; 胸膈痞满者, 选用桔梗、瓜蒌皮; 胀甚不解者, 配厚朴、槟榔; 胀由痰阻者, 配法半夏、陈皮。因理气药多耗气、散气, 临证多以健脾益气药物与理气药物配合使用予以调和。

3 易旁他脏, 脾肾并重

林师认为, 在五脏之中, 脾胃居于中焦, 为各脏腑气机转运之枢纽, 脾胃为病, 易旁及他脏, 尤易影响肝、肾二脏功能。如《素问·刺禁论》云“肝生于左, 肺藏于右, 心布于表, 肾治于里, 脾为之使, 胃为之市”“中者, 四运之轴, 而阴阳之机也”, 说明脾胃气机升降正常, 则心肺之阳降, 肝肾之阴升。脾胃衰败, 则四脏亦衰, 百病由生。胃癌患者, 至疾病进展, 往往脾虚及肾, 脾肾两虚。因肾为先天之本, 全身阴阳之根, 脾为后天之本, 气血生化之源, “脾非先天之气不能化, 肾非后天之气不能生”, 二者相互滋生以维持人体的生命活动。故在临床治疗中注重脾肾并重, 具体用药除重视顾护胃气、健脾益气外, 常从桑寄生、桑椹子、泽泻、怀牛膝、何首乌、菟丝子、熟地黄中选用一两味兼以补肾。

4 化痰祛瘀, 解毒抗癌

林教授在顾护胃气, 理气和胃的同时, 将化痰祛

瘀,解毒抗癌作为胃癌的一个重要法则。胃癌多在脾胃虚弱的基础上痰气交阻、瘀血热毒搏结而发病,为本虚标实之证,故痰、瘀、毒均宜去不宜留,正如《儒门事亲》所言“邪去而元气自复”。临床辨病与辨证相结合,辨病用药常从山慈菇、半枝莲、肿节风、白英草、冬凌草、守宫、露蜂房等药物中选取两三味以抗癌解毒消肿,并随证加减。胃热炽盛,口干口苦者加蒲公英、梔子、白花蛇舌草、黄芩;噎腐吞酸者加黄连、吴茱萸、槟榔;胃脘刺痛、气滞血瘀者,选用桃仁、赤芍、土鳖虫、五灵脂、莪术、延胡索等;胃热伤阴者,加麦冬、石斛、天花粉;脾胃虚寒,泛吐清水者,加高良姜、白蔻仁;胃脘隐痛,喜温喜按,大便溏薄属脾肾阳虚者,附子理中丸加减,酌情选用肉桂、高良姜、菟丝子、枸杞子、淫羊藿;气血双亏者,以黄芪建中汤加减,重用黄芪,并选用当归、山茱萸、熟地黄。

5 典型案例

患者某,男,68岁,2005年10月18日初诊。患者2005年8月因腹胀纳差在某医院就诊,行胃镜检查提示:胃癌;病理示低分化腺癌并淋巴结转移,遂于2005年8月29日行全胃切除+空肠式胃术重建。术中见:肿瘤侵犯全胃,大小10cm×9cm,肿瘤浸润浆膜外,术中见贲门周围的膈肌受侵,行膈肌部分切除。术后病理示:胃低分化腺癌,淋巴结18/27见腺癌转移,肠系膜根部见腺癌转移,分期为T3N3M1,IV期;术后行艾素+希罗达化疗1个疗程,化疗后出现恶心呕吐等严重胃肠道反应,患者拒绝再行化疗。现为求进一步中医药治疗前来林主任门诊,症见:进软食,返酸,咽部灼热感,吞硬物时咽痛,纳呆,夜寐尚可,二便调。舌红苔黄,脉细滑。中医诊断:胃积病——肝胃不和、痰热蕴结。西医诊断:胃癌并膈肌转移瘤、肠系膜根部淋巴结转移(T3N3M1,IV期)。治疗以疏肝和胃、清热化痰为法,处方:土鳖虫6g,苦参10g,槟榔15g,木香10g(后下),厚朴15g,守宫6g,八月札15g,蒲公英30g,桔梗10g,岗梅根15g,连翘15g,甘草6g。7剂,水煎服,并以六神丸配合服用。

2005年12月5日诊:咽痛好转,反酸较前减少,仍进食梗阻感,时有打嗝,胃纳一般,二便调,舌暗红苔白,脉细滑。治以理气化痰,祛瘀散结,于上方减岗梅根、连翘、八月札、蒲公英,加法半夏10g,茯苓25g,浙贝母15g,蜈蚣3条。7剂,水煎服。后以上方加减服用100余剂,并以六神丸配合口服。

2006年2月8日诊:诸症消失,无明显不适,无反酸呃逆,无口干苦,纳眠可,二便调。舌淡红苔薄白,脉弦细。治以健脾益气,化痰祛瘀。处方:党参15g,白

术15g,茯苓25g,法半夏10g,木香10g(后下),槟榔10g,山慈菇15g,八月札15g,半枝莲15g,露蜂房10g,薏苡仁30g,甘草6g。水煎服。

此后患者坚持每2周前来复诊,均无明显不适,以上方加减服药。多次复查CT均未见复发。相关抗原指标阴性。2009年12月24日胸部及全腹部CT结果显示:原胃癌术后复查,残胃未见明显肿瘤复发或转移征象,肠系膜根部及腹膜后小淋巴结。随访至2011年4月,未见复发及转移。

此例患者初诊时症见返酸,咽部灼热感,吞硬物时咽痛,纳呆等,证属热邪蕴胃,所谓“三阳结,谓之膈。”胃热津伤,火热炎上,多升少降,故见反酸、咽痛,食难以入。虽为术后,元气虚弱,然以急则治其标为原则,治以清胃降火,祛瘀开结。方中以蒲公英、连翘、苦参等清降胃热;以槟榔、木香、厚朴、桔梗等疏肝理气,和胃降逆;土鳖虫、守宫等祛瘀开结;并辅以桔梗、岗梅根等清咽化痰,八月札疏达肝气。2005年12月5日诊时咽痛、返酸较前好转,胃热稍减,气仍上逆。因胃以通为用,故以理气和胃、祛瘀散结为法,在前方基础上减清解胃热之品,佐以法半夏、浙贝母、茯苓、蜈蚣等祛瘀散结。2006年2月诊时患者诸症消失,无明显不适,胃癌以内虚为本,痰瘀毒结为标,此时当以顾护胃气、扶正培源为主,兼顾祛邪,以四君子汤加减。此例患者初诊时已是胃癌IV期术后,伴腹膜后及肠系膜根部多发淋巴结转移。术后无力坚持化疗,予门诊坚持中医药调治,至今已5年余,未见复发及转移,足见中医辨证治疗之优势。

(2011-06-08 收稿)

敬告作者

根据国家中医药管理局“国中医药发[2006]63号”《中医药继续教育规定》《中医药继续教育登记办法》的通知附件:“三、中医药继续教育学计算方法”第(二)项第5条“在学术期刊上发表论文,按刊物级别授予学分”之规定,《世界中医药》在国内外公开发行,具有国际标准连续出版物号ISSN 1673-7202和国内统一连续出版物号CN 11-5529/R。凡在《世界中医药》刊登文章第一至第三作者分别授予6、5、4学分(余类推)。如需学分,请与《世界中医药》编辑部联系。

《世界中医药》编辑部