

贾英杰运用抑木扶土法辨治胃癌术后吐酸经验采撷

赵辰辰 夏颖 杨佩颖 刘宏根 孙彬栩

(天津中医药大学第一附属医院, 天津 300381)

指导: 贾英杰

摘要 贾英杰教授认为胃癌术后吐酸的病机为肝郁脾虚, 属本虚标实, 其中脾胃虚弱为本, 肝气郁滞为标。治疗上以“抑木扶土”为法, 疏肝健脾, 治病求本。选用柴胡疏肝散合补中益气汤化裁, 柴胡疏肝散抑木疏肝气以治标, 补中益气汤扶土健胃气以培本, 两方合用, 随证加减, 治疗胃癌术后吐酸可明显缓解患者的临床症状, 提高生活质量。附验案1则以佐证。

关键词 胃癌术后; 吐酸; 柴胡疏肝散; 补中益气汤; 抑木扶土; 肝郁脾虚; 贾英杰; 名医经验

中图分类号 R273.52 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0022-03

胃癌是常见的恶性肿瘤, 死亡率高居世界第3位^[1]。目前手术仍然是治疗胃癌的主要手段, 然而手术操作不当可导致贲门弛缓症, 影响食物正常传输, 加之各种原因导致的胃酸分泌过多, 都会形成食物和胃酸反流。吐酸作为胃癌术后的常见并发症, 时常困扰胃癌患者, 严重影响生活质量。针对吐酸, 西医多采用抑酸剂治疗, 但易引起消化道不良反应且病情易反复。贾英杰教授是第六批全国老中医药专家学术经验指导老师, 天津市名中医, 从医30余载, 临床运用“抑木扶土”法辨治胃癌术后吐酸具有独到之处, 现总结如下。

1 木旺乘土、肝郁脾虚是胃癌术后吐酸之主要病因病机

中医没有胃癌之名, 其名首见于《医学衷中参西录》, 而相关论述可见于“胃脘痛”“噎膈”“胃反”等病症中。古代医家认为吐酸多由肝郁化热、肝胃不和所致。肝木胃土之间, 存在着五行相乘的关系, 若木气过于亢盛, 对土克制太过, 可致土的不足, 故称木旺乘土^[2]。不论是情志拂郁、所欲不遂, 还是忧思恼怒, 皆可导致木气过旺, 疏泄太过, 侵犯胃气, 致中焦之气不足。《素问·阴阳应象大论》有云: “浊气在上, 则生腹胀”, 胃癌术后的患者, 心情抑郁, 情志不舒, 木郁不达, 横逆犯胃, 肝胃不和, 胃气上逆, 故见呕吐酸水、反胃烧心、嘈杂暖气等症; 胃癌患者脾胃已伤, 手术乃攻伐之法, 加之肝气横逆来犯, 胃气之伤更甚, 气血运化失司, 生化乏源,

可见面色萎黄、疲乏无力等症。考虑到诸多脾胃病与肝有密切关系, 故贾师认为胃癌术后吐酸病机为肝郁脾虚, 属本虚标实, 脾胃虚弱为本, 肝气郁滞为标^[3]。

2 抑木扶土是胃癌术后吐酸主要治法

抑木扶土法即通过疏肝健脾或平肝和胃的方式, 以治疗肝郁脾虚、肝旺脾虚、肝气犯胃、肝胃不和诸症, 又称疏肝健脾法、平肝和胃法、调理肝脾法。抑木即通过疏肝、平肝等方式以治标, 使木气不至于亢盛, 形成对土的过分抑制。朱丹溪《格致余论》指出“司疏泄者肝也”, 唐容川于《中西汇通医经精义》中说“西医谓肝生胆汁, 入胃化谷, 即《黄帝内经》木能疏肝之义”, 均强调了肝主疏泄, 肝气条达, 疏泄有度, 脾气得之方能生发, 胃气得之方能和降, 脾升胃降, 中焦得安。抑木之法临证可治胁肋胀痛、暖气吐酸等诸多肝郁气滞之症。扶土即通过健脾、和胃等方式以治本, 使脾胃之土坚强, 《难经》记载: 见肝之病, 则知肝当传之于脾, 故先实其脾气, 《金匱要略》亦曰: 见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾。故扶土培元, 补气健脾, 使生化有源, 中焦升降有序, 以防肝气横逆, 克制太过, 损伤中焦。扶土之法临证可治面色萎黄、疲乏无力等诸多中焦气血亏虚之症。正如贾师所述“中焦为枢, 可旁及四维, 枢机一转, 大疴乃散”^[4], 强调胃癌吐酸患者从中焦论治的重要性。

3 柴胡疏肝散和补中益气汤是抑木扶土代表方

3.1 柴胡疏肝散“抑木”为主 柴胡疏肝散出自《景岳全书》。方中柴胡性味苦平,疏肝解郁、调理气机为主药;香附性甘平味辛苦,芍药性微寒味苦酸,二者助柴胡疏肝解郁,以增强抑木之力,与陈皮、枳壳抑木疏肝共为臣药;川芎辛温香燥,走而不守,既能行又能散,乃“血中气药”,具有理气、活血、止痛之功效,为佐药;炙甘草和中,调和诸药为使。《谦斋医学讲稿》认为柴胡疏肝散“专以疏肝为目的”,“系疏肝正法”。后世多认为柴胡疏肝散是由四逆散化裁而来。四逆散(柴胡、白芍、枳实、甘草)常用于治疗以手足不温为主症的阳郁厥逆证,辅以疏肝健脾以治疗肝脾气郁证。柴胡疏肝散是在四逆散基础上加陈皮、香附、川芎以和血理气,同时枳实换为枳壳,以防破气太过,“过犹不及”。方中多味理气之药配伍应用,重在疏肝抑木,使肝气调达,肝气疏脾胃亦得健,诸药合用,以达疏肝调气、抑木扶土之功效。

3.2 补中益气汤“扶土”为主 补中益气汤出自《内外伤辨惑论》,金元四大家之一的李东垣首先提出“内伤脾胃,百病由生”的观点,并基于此观点创制了补中益气汤。方中黄芪味甘微温,扶助胃气,补而不膩,故为君药;参术草,味甘性温,同为培补后天中焦之药,可增强黄芪补益之力,共为臣药;血为气之母,气虚血亦虚,用当归以养血扶正,且助参芪补气;陈皮理气和中,和胃止呕,补而不滞,与当归共为佐药;少量升麻、柴胡协助君药升举中气,以为佐使,正如李时珍在《本草纲目》中所述:“升麻引阳明清气上行,柴胡引少阳清气上行……脾胃引经最要药也”;炙甘草调和诸药,同为使药。《医门法律》认为:“东垣所论饮食劳倦,内伤元气……陷入于中焦,而用补中益气治之。”补中益气之名,一则补气健脾、扶土建中,使后天脾胃生化有源;一则理气健运、扶土助行,使中焦枢纽升降有序。诸药合用,气虚可补,气陷可升,扶正建中,诸症自愈。

3.3 抑木扶土法的具体应用 贾师柴胡疏肝散与补中益气汤两方合用,抑木扶土,治疗胃癌术后吐酸。柴胡疏肝散抑木疏肝气以治标,补中益气汤扶土健胃气以培本,升降相宜,肝郁之气得疏,中焦之气得补。并结合临证化裁:肝郁进而血瘀者,酌加鸡血藤、牡丹皮之类;肝郁进而化火生热者,加车前子、莲子心之类;依据肝郁程度不同,轻者可用玳玳花、佛手花,重者可加延胡索、莪术之类,疏肝调气、泻肝和胃,以达和胃降逆、制酸止呕之功,可治呕吐酸水、反胃烧心、嘈杂暖气等症状;有湿困者,可加茯苓、泽泻;兼

有食滞者,加鸡内金、焦三仙之类;气虚较甚者,可重用黄芪60~90g,或用太子参、党参以补亏虚之气。

4 验案举隅

许某,女,64岁。2018年3月27日初诊。

患者于半年前因胃痛就诊于天津某三甲医院,胃镜可见糜烂、溃疡,病理活检:中-低分化腺癌,淋巴结转移,遂行胃大部切除术+淋巴结清扫术,术后化疗1个周期,药用奥沙利铂+5-氟尿嘧啶+亚叶酸钙。现为寻求中医治疗而来我院门诊,刻下:神清,胃脘饱胀,呕吐酸水,反胃烧心,暖气频作,情绪波动后加重,伴精神抑郁,失眠多梦,面色萎黄,口苦咽干,食量减少,大便秘结,3日一行,舌暗红苔厚脉弦数。诊断为胃癌术后吐酸,辨证为肝郁化火、肝胃不和,治以抑木扶土之法。方选柴胡疏肝散合补中益气汤化裁,处方:

柴胡10g,川芎15g,枳壳20g,郁金15g,姜黄10g,香附10g,白芍15g,当归20g,太子参15g,陈皮10g,白术10g,炙甘草15g,炒莱菔子30g,厚朴30g,鸡内金15g,合欢皮15g,生黄芪30g,莲子心6g。14剂。水煎,每日1剂,早晚温服。

4月10日复诊:胃胀不适感消失,暖气减少,食欲稍改善,大便日行但黏滞不爽,寐欠安,郁郁寡欢,舌红苔薄,脉弦细濡。原方去炒莱菔子、厚朴、莲子心,加延胡索15g、炒枣仁15g、砂仁6g,14剂。

4月24日三诊:诸症缓解,精神状态较前明显好转,当归减量至10g,继续调治。

按:患者年少饮酒,酒乃味苦甘辛、大热有毒之品,久服过量易伤胃,变生癌病。患者术后,精神压抑,木气不舒,郁而化热,肝火亢盛,横逆犯胃,故见精神抑郁,口苦咽干;肝胃不和,肝气横逆,胃气上逆,故见呕吐酸水,反胃烧心,暖气频作;肝气犯胃,克伐脾土,加之手术,脾胃更虚,运化失司,气血乏源,故见胃脘饱胀,面色萎黄,食量减少;中焦气不足,升降乏力,浊阴不降故大便秘结。方用柴胡疏肝散合补中益气汤加减,抑木扶土,肝气得舒,脾胃得补。复诊胃胀消失,暖气减少,故去行气除胀之炒莱菔子、厚朴;然病程日久,心血耗伤,故失眠多梦,郁郁寡欢,遂加入延胡索疏肝,“疏肝即是抑肝”;炒枣仁易莲子心,考虑枣仁酸收,可养心安神,又能防止莲子心凉遏损胃;砂仁行气止呕,醒脾化湿,调理胃腑。三诊时,患者诸症缓解,考虑当归较大剂量有滑肠之弊,故减量至10g,以养血补血,继续调治。此时疏肝健脾即是抑木扶土,辨证论治以达阴平阳秘,共奏疏肝和胃、调理肝脾之效。

谢晶日治疗慢性萎缩性胃炎伴低级别 上皮内瘤变的经验

海仁古丽·艾尔肯¹ 梁国英² 孙志文¹

(1.黑龙江中医药大学,黑龙江哈尔滨 150040; 2.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江哈尔滨 150036)

指导:谢晶日

摘要 谢晶日教授认为气阴两虚、夹瘀夹毒是慢性萎缩性胃炎的根本病机,从病机出发确立治法,以益气养阴、健脾养胃,疏肝和胃、调理气机,化瘀解毒、清利湿热为基本治法,临床取得显著疗效。附验案1则以佐证。

关键词 慢性萎缩性胃炎;上皮内瘤变;谢晶日;名医经验;中医病机;中医药疗法

中图分类号 R259.733.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)07-0024-03

基金项目 国家自然科学基金项目(81473632);黑龙江省博士后科研启动项目(LBH-Q17169);国家教育部春晖计划项目(Z2010031)

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是消化系统常见的慢性病、多发病、疑难病,发病机制的复杂性且反复发作性导致治疗难度增加。CAG发展的肠化和不典型增生被医学卫生组织公认为是一种癌前病变^[1],引起了医学界的广泛重视和研究,已成为临床研究的热门课题。2000年,全球卫生组织肿瘤新分类联合Vienna分型引进上皮内瘤变(IEN)的观念,采取低等级IEN(LGIEN)以及高等级(HGIEN)2个不同等级的分类标准用来代替了以往的轻、中、重度异型增生的3等级分类标准^[2]。LGIEN代表的是轻、中度异型增生,HGIEN代表的是重度异型增生和原位癌^[3]。现在上皮内瘤变已替代了不典型增生。早期发现及有效逆转CAG和其引起的IEN对胃癌的防治具有非常重要的临床实

际意义。目前西医虽然用抑酸、保护胃黏膜、根除HP等治疗,能缓解症状,但容易复发,还出现一些明显不良反应,目前西医治疗CAG仍缺乏特效药物^[4],而有研究提示^[5]中医运用传统理论,在整体观念和辨证论治指导下,临症用药发挥整体调节作用,取得显著的疗效,在有效逆转CAG伴IEN具有一定的优势和特色。

谢晶日教授,国家名老中医,博士生导师,国家中医药管理局脾胃病重点专科带头人。谢师从事中医临床、教学、科研工作40余年,医术精湛,博采众长,学识渊博,有丰富的临床经验,在中医治疗消化病方面颇有造诣。笔者有幸跟师学习,亲临教诲,感受颇深,受益匪浅,今总结谢师治疗慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变的临床经验及遣方用药特点,以飨同道。

参考文献

- [1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018, 68(6): 394.
- [2] 孙广仁, 郝洪新. 中医基础理论[M]. 3版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 50.
- [3] 贾英杰, 李小江. 肿瘤诊治心得[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 56.

- [4] 王晓群, 李小江, 贾英杰. 贾英杰教授治疗恶性肿瘤学术特色[J]. 新中医, 2013, 45(12): 192.

第一作者: 赵辰辰(1991—), 男, 博士研究生, 研究方向为中西医结合治疗肿瘤。

通讯作者: 贾英杰, 医学博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师。jiayingjie1616@sina.com

修回日期: 2019-01-20

编辑: 吴宁