

胃癌医案 3 则与临证思考

刘沈林

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)

关键词 胃癌; 中医药疗法; 病案

中图分类号 R273.52 文献标志码 A 文章编号 1672-397X (2021) 11-0058-04

基金项目 国家自然科学基金面上项目 (81973782); 刘沈林全国名中医工作室项目

胃癌是我国高发肿瘤, 其发病率仅次于肺癌居第二位, 约80%的胃癌患者在就诊时已属中晚期^[1-2]。目前胃癌术后复发转移率较高, 5年总体生存率仅为35.1%^[3], 晚期胃癌的中位生存时间约为7~9个月^[2], 严重威胁人类的生命和健康。中医药是肿瘤综合治疗的重要组成部分, 在胃癌防治中正不断发挥积极的治疗作用。肿瘤难治难愈, 尤其病至晚期, 难点很多, 治疗棘手, 需要在中西医结合的基础上不断总结经验, 积极探索, 提高治疗水平。医案是中医临床实践的记录, 是辨证论治和理法方药的体现形式。笔者针对胃癌治疗的难点问题, 试从医案分析着手, 使之贴近临床, 探索辨治的思路。

1 健脾疏泄法治疗胃癌ⅢC期术后消化功能失调案

案1. 尤某, 男, 67岁, 安徽马鞍山人。2014年5月15日初诊。

主诉: 胃癌术后8月余, 化疗后消化道副反应。患者2013年因慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生病史10余年, 胃部闷堵感伴食欲减退2个月, 经胃镜检查诊断为胃癌, 于2013年9月6日在江苏省人民医院行全胃切除手术。术后病理示: 低分化腺癌侵及全层, 神经侵犯, 脉管内癌栓形成, 淋巴结见癌转移, 病理分期为胃腺癌ⅢC期。术后接受6个疗程化疗, 不良反应较重, 特别是消化道反应, 且白细胞、血小板均有减少。经多种西药治疗, 症状未见改善。刻下: 消瘦明显, 体质量较手术前下降18 kg, 反酸烧心症状突出, 夜间不能平卧, 否则呕吐大量酸苦水而不能入眠, 脘腹胀满, 大便溏黏, 滞涩难下, 食纳少, 稍食则胀, 肢软乏力, 颇为痛苦。舌质偏红、苔腻黄白相间, 脉细弦。诊断: 胃腺癌ⅢC期, 化疗副反应。病机: 胃癌术后、化疗后胆汁反流, 胃肠功能失调, 肝胃郁热, 胃失和降, 运化失常。治法: 泄肝降逆, 和胃畅中。方选旋覆代赭汤、左金丸、温胆汤加减。处方:

旋覆花10 g (包), 赭石15 g (先煎), 陈皮6 g, 法半夏10 g, 枳壳10 g, 大腹皮15 g, 槟榔10 g, 沉香曲6 g, 川黄连3 g, 淡吴茱萸2 g, 白芍10 g, 煅瓦楞子30 g (先煎), 海螵蛸15 g, 炒竹茹10 g, 茯苓15 g, 炙甘草3 g。14剂。每日1剂, 水煎, 分2次服。

2014年5月29日二诊: 上方服2周后, 反酸烧心明显减轻, 脘腹胀满减而未已, 口干口苦较甚, 食欲尚未复常。再以原方加减进治, 初诊方去茯苓、法半夏、炙甘草, 加黄芩10 g、川石斛15 g、炒谷芽30 g, 14剂, 煎服法同前。

2014年6月12日三诊: 患者服药近1个月, 诸症已平, 反酸烧心症状消失, 夜间能够平卧入睡, 但食欲不振, 仍感乏力, 消瘦。口服替吉奥化疗药, 上腹部痞胀不舒。考虑为脾虚气滞, 气血不足使然, 转以健脾和胃、扶正祛邪, 以清余毒。方取归芍六君子汤、参芪汤、三棱煎加减。处方: 炙黄芪30 g, 炒党参15 g, 炒白术10 g, 当归10 g, 白芍10 g, 陈皮6 g, 法半夏10 g, 木香6 g, 砂仁3 g (后下), 淮山药15 g, 炙甘草5 g, 三棱10 g, 莪术10 g, 石见穿30 g, 白花蛇舌草30 g。14剂, 煎服法同前。

2014年6月26日四诊: 患者食欲增加, 脘腹已不胀满, 但大便溏黏不爽, 四肢欠温, 舌质偏淡、边有齿痕, 脉细弱。辨为脾虚胃弱, 中阳不振, 再以三诊方加炮姜3 g、肉豆蔻5 g, 以温脾和胃, 兼祛余邪。

药后患者大便已实, 畏寒怕冷改善, 尤其体质量增加约10 kg, 自觉精神气力均有恢复。此后患者仍以三诊方为主随证加减, 扶正祛邪, 坚持长期服用中药以巩固治疗, 手术至今已近8年, 多次复查均未见肿瘤复发转移, 已恢复正常生活。

按: 本案患者为胃癌ⅢC期, 经过手术和化疗, 初诊时因手术创伤及化疗反应, 出现胆汁反流, 导致泛酸、烧心、脘腹胀满、食欲减退、体质量下降明显, 故

辨为肝胃郁热,胃失和降,运化功能障碍,治以清泻郁热、降逆和胃为先,使症状迅速得以缓解。二诊因口干苦较甚,胃纳不振,故去淡渗燥湿之茯苓、半夏,加黄芩、石斛、谷芽以清热、养阴、消谷。三诊时患者食欲不振,乏力消瘦,乃属脾虚气滞,运化无力。脾为后天之本,气血生化之源,欲复正气,培补后天至关重要,故以归芍六君汤合参芪汤加减,以健脾益气、理气和中、养血和血。鉴于肿瘤病因的特殊性,患者手术标本提示有“脉管内癌栓”形成,中医认为此属“络有停瘀,余毒未尽”的特征,现代癌症研究证实,脉管内癌栓形成是肿瘤术后复发转移的高危因素,故在参、芪、术、草充分健脾扶正的基础上,配伍三棱、莪术、石见穿、白花蛇舌草等化瘀解毒之品。药后患者食欲改善,体质量增加,乏力症状逐渐恢复。三棱、莪术有医者畏用,恐有“破血”伤正之虑,然张锡纯说:“棱莪伍黄芪,化瘀血,消癥积,每获良效,未曾有破气之弊。”根据笔者用药经验,前人此论不虚,两药安全有效,与扶正药物配伍,其效尤显。纵观本案治疗过程,突出辨证,灵活用药,病证结合,胃癌ⅢC期手术后复发转移率高,但本案患者术后坚持长期中医药治疗,至今已近8年,未出现复发转移,疗效明显。

2 温补化瘀法治疗胃癌Ⅳ期“带瘤生存”案

案2.孙某,男,64岁,江苏泰州人。2017年7月20日初诊。

主诉:胃癌术后3年余,化疗、靶向药物治疗后,广泛腹腔淋巴结转移。患者2014年1月初因上腹部不适伴灼热隐痛,经当地医院胃镜检查诊断为低分化腺癌,遂于2014年1月19日在江苏省肿瘤医院行根治性全胃切除术+D2淋巴结清扫。术后病理示:胃体小弯混合型溃疡型管状腺癌,中低分化,部分伴神经内分泌分化,肿瘤累及全层达浆膜脂肪结缔组织,神经侵犯,脉管内癌栓形成。术后于泰州市人民医院行SOX方案化疗6个疗程。2016年11月因左中腹部疼痛,行腹部CT检查提示腹主动脉左旁结构致密结节影,多处淋巴结肿大,考虑腹腔淋巴结广泛转移,已属胃癌晚期,遂改用顺铂+替吉奥方案再行化疗4个疗程。由于患者既往C-met基因检测结果阳性,于2017年5月3日起口服沃利替尼进行靶向药物治疗。2017年7月5日复查CT提示腹腔转移淋巴结继续增大,且症状明显加重,故再行紫杉醇6个疗程化疗。由于手术后化疗及靶向药物治疗均无法阻止病情进展,患者拒绝继续行化疗及靶向药物治疗,遂来南京求治于中医,希望控制病情进展。刻下:食欲不振,面色少华,消瘦乏力,腹部隐痛,尤以腰部疼痛较剧,两下肢水肿。舌淡、苔白,脉细弱。诊断:胃癌Ⅳ期(腹腔淋巴结广泛转移)。病机:正气不足,脾

胃虚弱,癌毒内陷,扩散浸淫。治法:健脾扶正,化瘀解毒。方选归芍六君子汤合三棱煎加减。处方:

炙黄芪30g,炒党参15g,炒白术10g,当归10g,白芍10g,三棱10g,莪术10g,陈皮6g,木香5g,桂枝5g,炙鸡内金10g,炙甘草5g,石见穿30g,白花蛇舌草30g。14剂。每日1剂,水煎,分2次服。

2017年8月15日二诊:药后症状略有改善,腹痛稍减,下肢水肿有所消退,但腹部皮肤不温,便溏次多,腰痛明显。舌苔薄白、边有齿印,脉细弱。初诊方加炮姜5g、川续断15g、杜仲15g。28剂,以温养脾肾、扶正祛邪。

2018年1月23日复诊:患者经初诊方加减治疗近半年,虽然食欲有所增加,腹痛已缓解,但2017年11月20日胸腹部CT复查示:腹膜后淋巴结均较前增大,最大3.02cm×1.87cm;右下肺背段磨玻璃结节也有增大,考虑新发转移。患者气短乏力,四肢不温,脘腹畏寒,腰痛明显,情绪悲观,舌质淡紫,脉细涩。再投养正固本、温养脾肾、化瘀解毒之剂,组方在初诊方基础上调整用药量,以增强扶正之力,并加入温肾之品。处方:生黄芪60g,炒党参30g,炒白术10g,当归10g,白芍10g,三棱30g,莪术30g,川续断15g,杜仲15g,生甘草5g,肉桂5g(后下),巴戟天15g,鹿角片10g,石见穿15g,白花蛇舌草30g。28剂,煎服法同前。

2019年1月16日复诊:患者每月来宁取药1次,已连续服药1年左右。腰部疼痛消失,已停服止痛药,体质量增加,食欲转振。曾于2018年7月25日在江苏省肿瘤医院复查胸腹部CT示:腹腔转移淋巴结退缩明显,小淋巴结消失;肺部多发转移灶大小如前无变化,肺部炎症吸收较好。继续上方出入以调治。

2020年1月20日复诊:患者以温养脾肾、化瘀解毒中药方又坚持服药1年,精神状态良好,眠食正常,腰腹无疼痛。半月前曾再次复查CT显示:胸腹腔未发现新的转移病灶,原有肿大淋巴结未再增大。继服中药巩固,再予2018年1月23日方加生牡蛎30g(先煎),28剂。

患者自2017年7月起,多次复诊,单纯用中药治疗已3年多,肿瘤未再进展,病情得以改善,生活质量明显提高,处于“带瘤生存”的良好状态。至今患者仍每月来诊1次取药,继续调理巩固。

按:本案患者胃癌术后腹腔广泛淋巴结转移、肺转移,虽经多次化疗及靶向药物治疗,均无法控制病情进展。本案中医治疗强调正虚为本,以温养脾肾入手,重用黄芪、党参,配伍肉桂、巴戟天、鹿角片。据笔者经验,生黄芪用量在60g时补气扶正效果最佳,黄芪5~6倍于当归用量时,补气养血效果尤显。另外,肉

桂、巴戟天温肾助阳,兼能温通血脉,少有温燥上火之情况。且由于患者阳气不足,虚寒之象明显,治疗过程中清热解毒的苦寒之品并未多用。在祛邪方面,重用三棱、莪术逐瘀消癥,虽较长时间使用,也并未见所谓“破血伤正”之弊。从药物的量效关系分析,每处方药味不多,但突出重点药物的用量,以达药专力宏之效,前人有“中医不传之秘在于量”之说,值得总结。

3 扶正散结法治疗胃癌Ⅳ期腹腔淋巴结转移案

案3.朱某,男,65岁,江苏句容人。2015年6月22日初诊。

主诉:胃癌术后近1年,腹腔淋巴结转移。患者于2014年10月14日在江苏省人民医院行胃癌根治手术,术后病理示:低分化腺癌,肿瘤侵及全层达浆膜脂肪结缔组织,神经侵犯,脉管内癌栓形成,周围淋巴结转移,诊断为胃癌ⅢC期。术后已行6个疗程化疗。患者因体质较差,消化功能障碍,寻求中医治疗。刻下:形体消瘦,食欲不振,脘腹饱胀,大便时溏,舌苔薄白,脉细弱。诊断:胃癌Ⅳ期(腹腔淋巴结转移),病机:术后体虚,化疗伤正,余毒未尽。治法:补气健脾,化痰解毒。方选归芍六君子汤合三棱煎加减。处方:

炙黄芪30g,炒党参15g,炒白术10g,茯苓15g,陈皮6g,木香5g,当归10g,白芍10g,炙甘草3g,三棱10g,莪术10g,石见穿30g,白花蛇舌草30g。28剂。每日1剂,水煎,分2次服。

2015年7月20日复诊:药后食欲有所改善,腹胀减轻,仍消瘦乏力。1周前复查腹部CT示:腹膜后多发淋巴结转移,肠系膜间多处淋巴结肿大,考虑术后复发。诊断为胃癌Ⅵ期。因患者白细胞过低,消瘦明显,体质虚弱,拒绝再次化疗,遂求单纯中医药治疗。就诊时患者气短乏力,动则喘促,食欲减退,面色萎黄,大便溏薄次多。舌淡苔白,边有齿痕,脉细弱。已属正虚脾陷、癌毒扩散,治当扶正补虚、化痰散结,方选补中益气汤合三棱煎加减,配伍化痰散结之品。处方:生黄芪60g,炒党参30g,炒白术10g,当归10g,白芍10g,陈皮6g,木香10g,炙升麻5g,炒柴胡5g,炙甘草5g,三棱30g,莪术30g,夏枯草15g,炙僵蚕10g,浙贝母10g,山慈菇15g。28剂,煎服法同前。

2015年8月17日复诊:药后患者气短乏力明显改善,大便逐渐成形,食欲转好。舌苔薄白,脉细。效不更方,上方继服28剂。

2017年11月16日复诊:患者已先后服用中药2年多,病情未再进展。2017年10月12日复查胸腹部CT示:腹膜后转移淋巴结消失,右上肺微小结节。血液肿瘤标志物正常。再以2015年7月20日方继服28剂,以资巩固。

2019年11月21日复诊:复查胸腹部CT示:除右上肺微小结节与前相似外,腹腔转移淋巴结消失,未见其他复发转移病灶。治以补气养正、化痰散结。予2015年7月20日方去炙升麻、炒柴胡,加炙鸡内金10g、焦山楂15g、焦建曲15g、淮山药15g,28剂,煎服法同前。

至今患者已坚持纯中医治疗6年,食欲良好,精神较佳,体质量较前增加,多次随访观察均无新的复发转移病灶出现,生活正常。

按:本案患者诊断为胃癌ⅢC期,经手术及化疗8个多月后肿瘤复发,出现腹膜后广泛淋巴结转移,已属胃癌晚期。由于化疗失败,加之体质虚弱,患者拒绝再次化疗而转为纯中医治疗。初诊以归芍六君子汤调理脾胃,兼以祛邪,使症状得以初步改善。后因腹腔淋巴结广泛转移,伴有气短乏力、消瘦纳差、大便溏薄等正气不足之症,方用补中益气汤加减,并重用黄芪补气扶正、健脾升阳,同时重用三棱、莪术化痰消癥。此外,针对腹腔淋巴结转移,从中医“恶核”论治,配伍夏枯草、炙僵蚕、浙贝母、山慈菇等化痰散结解毒之品,使症状和病情逐渐得到控制。患者坚持服药2年多后,腹腔转移的淋巴结已消失,右上肺微小结节无变化,血液肿瘤标志物正常。服药至今已6年,病情稳定,恢复良好。

4 临证思考

当前恶性肿瘤发病率日益增高,中西医结合在肿瘤治疗中具有明显优势。上述3则胃癌病案各有特点,既有进展期胃癌根治术后的化疗患者,也有胃癌手术后又复发转移的晚期患者,均为临床常见。关于胃癌术后如何发挥中医的治疗作用,可从以下两方面入手:其一,胃癌具有高复发转移的特点,资料显示,Ⅱ、Ⅲ期胃癌术后患者约60%在2~3年内发生复发转移^[3]。在手术、化疗后至出现复发转移的治疗空窗期,以中医药扶正为主,兼清余毒,可提高免疫,对降低复发转移率确有良好的效果。其二,应用中医药减少抗肿瘤药物的不良反应,尤其是化疗毒副反应,效果明显。案1患者即因术后化疗引起严重消化机能失调,通过中医药改善症状,调整功能,可为肿瘤康复创造条件。据笔者经验,对出现化疗消化道不良反应者,运用中医辨治脾胃病的特色方法,往往取效明显。另外,对表现中虚气滞或脾胃虚寒证候者,若用过苦寒清热解毒的药物,则适得其反,难以改善病症。

关于晚期胃癌的中医治疗目标,笔者在临床实践的基础上也做了一定的探索思考。古人对“癥积末期”曾提出“善治”之法,其要义是说,晚期肿瘤不可过度攻伐,勿犯“虚虚”之戒,治疗当以扶正补虚为主,兼以祛邪,通过调理脾胃、补益气血、固本

运用经方治疗小儿不明原因发热验案 3 则

陈朝远 张喜莲

(天津中医药大学第一附属医院, 国家中医针灸临床医学研究中心, 天津 300193)

关键词 发热; 柴胡桂枝汤; 大承气汤; 黄芪桂枝五物汤; 经方; 验案

中图分类号 R255.109.3 文献标志码 A 文章编号 1672-397X (2021) 11-0061-04

基金项目 天津市卫生计生行业高层次人才选拔培养工程“津门医学英才”项目(津人才[2017]18号)

小儿发热是常见的儿科疾病,若持续发热超过2周,体温37.5℃以上,经体检、常规辅助检查仍不能明确者,可确诊为不明原因发热(fever of unknown origin, FUO)^[1]。部分患儿除体温升高外未见其他明显症状、体征,易被误诊误治而延误病情。

张喜莲主任医师认为六经虽为伤寒之治,更是辨证论治的总纲;经方之表里出入动静变化精妙,尤与小儿脏器清灵病情易于传变相契合;临证遵仲景之旨辨病,六经病均可见发热,守六经法义,以经方为基础灵活加减。现择治验3则介绍如下(张喜莲主诊)。

1 柴胡桂枝汤加减治疗间断低热案

代某某,男,12岁。2020年12月24日初诊。

主诉:间断低热3月余。患儿于2020年9月中

旬无明显诱因出现自觉全身乏力,周一至周五晨起明显发热至傍晚自然退热,周末发热时间短,自测最高体温37.7℃。于当地医院排除新型冠状病毒肺炎后诊断为感冒,对症治疗无效。后诊断为阑尾炎,于2020年10月行“腹腔镜下阑尾摘除术”,术后仍间断低热,症状同前。2020年12月于当地医院查副流感病毒(+),免疫全项、人类疱疹病毒检测等均未见异常;胸部X线摄片示:双肺纹理增多。暂诊断为“发热待查”予静脉输注阿奇霉素抗感染治疗,在院治疗期间仍间断低热,最高体温37.7℃,发热时觉全身乏力,头痛,以额头痛为主,无恶心呕吐,无胸闷憋气,无腹痛腹泻,无咳嗽出汗。患儿平素性格内向,与家长交流少,胆量小,体型瘦弱,易外感,纳欠佳,食欲不振,寐中易醒,醒后难再入睡,二便调,舌淡红、苔

培元以期达到缓解病情、延长生命的目的。由于晚期胃癌的特点是正虚邪盛,已失去手术根治机会,在治疗方面中西医均缺乏有效的手段。如案2、3均为术后腹腔淋巴结广泛转移,即使再次化疗也难收其效,患者难以耐受。实践表明,中医在充分扶正固本的基础上,配合化痰解毒或化痰散结之法,或可获得“养正积自除”“祛邪不伤正”的效果,此对改善病情有利。晚期肿瘤患者的生存时间是疗效评价的金标准,提高患者的生活质量是治疗的重要目标。虽然目前国内对胃癌的中医治疗尚缺乏统一的标准,但在中医理论指导下,充分分析病情,正确运用扶正祛邪的施治方法,争取“带瘤生存”,减轻病患痛苦,仍然是中医治疗的主要目标。

参考文献

- [1] World Health Organization. International Agency for Research on Cancer [EB/OL]. (2020-11-20) [2021-06-28]. <https://>

gco.iarc.fr/today/online-analysis-table.

- [2] ZENG H M, CHEN W Q, ZHENG R S, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries[J]. Lancet Glob Health, 2018, 6 (5): e555.
- [3] 曹毛毛, 陈万青. 中国恶性肿瘤流行情况及防控现状[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46 (3): 145.

第一作者: 刘沈林(1949—), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师。首届全国名中医, 国务院政府特殊津贴专家, 全国第四、五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 中国民族医药学会脾胃病分会名誉会长, 江苏省中西医结合肿瘤临床研究中心主任, 省中医药学会脾胃病专业委员会名誉主任委员。lsljsszyy@126.com

修回日期: 2021-07-23

编辑: 吴 宁