

陆拯运用“益胃解毒法”治疗胃癌术后经验

傅睿^{1,2} 陈明显^{1,2} 指导: 陆拯^{1,2}

(1. 浙江省立同德医院 浙江 杭州 310012; 2. 浙江省中医药研究院 浙江 杭州 310007)

摘 要: 陆拯教授认为“胃气亏损,毒邪内伏”是胃癌术后关键病机,指出在该病中的毒邪不仅是单纯的癌毒。治疗上,创立“毒证四层法”指导辨治,并针对其病因病机特点,提出“益胃解毒法”。益胃者,补益脾胃正气;解毒者,化痰瘀以解癌毒,以及温寒毒、清热毒、利湿毒、祛痰毒、化瘀毒等灵活运用,以扶助正气,杜绝新生毒邪,期冀预防癌肿复发转移。

关键词: 陆拯; 益胃解毒法; 胃癌术后; 名中医经验

中图分类号: R735.2

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2015)04-0804-03

LU Zheng's Experience of Applying Stomach – Supplementing and Detoxication Method for Treating Gastric Cancer

FU Rui^{1,2}, CHEN Mingxian^{1,2}, Advisor: LU Zheng^{1,2}

(1. Tongde Hospital of Zhejiang Province, Hangzhou 310012, Zhejiang, China;

2. Zhejiang Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310007, Zhejiang, China)

Abstract: Prof. LU Zheng considered that stomach qi depletion and toxic pathogen incubation is the key pathogenesis of stomach cancer postoperation. In here, toxic pathogen is not only simple cancer toxin. He established "four levels of toxin in pattern identification" in therapeutic method and applied supplementing stomach and detoxication in treating stomach cancer postoperation, including supplementing spleen – stomach qi, resolving blood and phlegm toxin, warming cold toxin, cleaning heat toxin, removing dampness toxin and so on. The goal is to supplement health qi, prevent new toxic pathogen and relapse or micrometastasis.

Key words: LU Zheng; supplementing stomach and detoxication; stomach cancer postoperation; masters' experience

胃癌是死亡率和发病率较高的恶性肿瘤之一,在我国胃癌患者5年总生存率约30%^[1]。术后化疗可以提高无复发生存率和总生存率,但术后复发转移仍是胃癌患者死亡的主要原因之一^[2]。应用中医药可在症状改善、减毒增效、预防复发及转移、带瘤生存等多方面发挥优势。陆拯主任中医师系我院全国第二批老中医药专家学术经验继承指导老师,行医已逾60载,临证善治中医各科疑难杂病,针对恶性肿瘤包括胃癌术后的治疗经验颇具特色,疗效确切。今将陆师运用“益胃解毒法”论治胃癌术后的经验特色介绍如下。

1 审病因 析识致癌毒邪内涵

胃癌在中医学可归属于“顽痛”、“顽胀”等范畴,其病程长、久不愈,乃毒证之典型表现。毒邪作祟是慢性胃病发

展为胃癌的关键因素。湿热毒、寒湿毒、痰瘀毒、七情毒(气毒)、饮食毒等蕴结胃腑,耗气伤阴,胃腑功能及形体受损,初起尚能维持气血正常运行。然因毒之为病,往往损胃腑,伤脂膜,腐血肉,夹痰瘀,迁延难治,胃之气血运行、生理功能进一步失常,毒邪极易恶变,胃气孱弱,胃阴伤甚,终成癌肿。手术及放化疗戕伐胃气,耗损胃阴,术后有形之癌肿虽去,而无形之毒邪犹存,正气若充足,余毒可沉伏不出,但正气亏损之时,亦为胃癌术后复发及转移之主因。

可见,胃癌术后之“毒”与“癌毒”不同。陆师指出,在本病中的毒邪,不仅是单纯的癌毒。癌毒通常是指癌肿或癌肿切除后不为肉眼所见,但尚能生长繁殖的残留毒邪。而胃癌术后之“毒”内涵更为丰富,除一般阐述的术后残存的实体癌毒外,尚有可致胃病恶变的寒毒、热毒、湿毒、痰毒、瘀毒、气毒、食毒等诸毒邪,且各种毒邪往往夹杂存在。因此胃癌术后的毒邪,既有术后残留的实体癌毒,又有具恶变倾向的非实体毒邪,后者也可称为致癌的“毒”邪。胃癌术后,致癌毒邪潜伏体内,虽外症不显,病情看似稳定,实则不然,若调治不当,或外邪引动,则毒邪鸱张,恶化扩散,症势加剧。因此胃癌术后的治疗,有外症者,自须对症施治,无外症者,亦须时刻固护胃气,祛解毒邪。

2 辨病机 责之胃气虚、毒邪蕴

胃癌多由慢性萎缩性胃炎及癌前病变发展而成。脾胃为气血生化之源,气机升降之枢纽。禀赋不足、饮食不节、情志不畅、感受邪气,日久均可损脾伤胃,从而导致脾失健

收稿日期: 2014-11-20

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家陆拯传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149号); 国家中医药管理局“十二五”脾胃病重点专科建设项目(国中医药政发[2012]2号); 浙江省中医药科技计划项目(2013ZA003)

作者简介: 傅睿(1982-),女,浙江诸暨人,主治医师,硕士,研究方向: 中医脾胃病、名老中医经验传承。

通讯作者: 陈明显(1980-),男,浙江浦江人,副主任中医师,博士,研究方向: 中医脾胃病、名老中医经验传承。E-mail: chenmingxian2005@163.com。

运,胃失和降,中焦枢机不利,气机升降失调,并产生气滞、食停、湿(痰)阻、寒凝、火郁、血瘀、毒邪等各种病理产物,诸郁壅滞,辗转日久,气机不畅,气滞血瘀,瘀血伤络,营阴耗损,毒邪化生,停留难去,胃膜失于滋养,致萎缩性胃炎及癌前病变^[3-4]。此时的毒邪极易恶变,恶变的毒邪极损正气,致气滞、血瘀、痰(湿)凝、毒蕴交阻于胃,形成癌肿。胃癌为本虚标实之证,本虚以胃气(正气)亏虚为主,标实以痰、瘀、毒为主。胃癌术后,往往脏腑气血严重损伤,此时残留的毒邪则是其复发转移的关键病理因素,故治疗时多强调扶正祛邪,祛痰化瘀,解毒抗癌。

陆师在辨析胃癌术后病机时指出,术后初期,脾胃遭受重创,失于纳运,致气血生化乏源,多见气血亏虚,正虚表现明显,此时癌肿虽已切除,但残留毒邪潜伏于内;若经放疗最易耗伤气阴,盖化疗药物性属燥热,既伤胃中气阴,更增热毒内蕴。若调治得当,胃气渐复,但多重损伤后,往往不能恢复到正常水平,多以胃气虚为主,毒从寒化,寒毒渐显;若经补气、养血、滋阴、解毒等治疗后,气血津液渐复,毒邪表现可能不显,但此时脾胃仍虚,余毒未清,尤须警惕复发或转移。部分患者术后逐渐恢复,或经积极治疗后一直不复发,外症不显,以为病愈,实则体内毒邪涌动,骤然复发,临床尤须警惕。总之,胃癌的毒邪并未随手术完全清除,残留的毒邪内潜深藏,隐伏于胃腑,外症虽不剧烈,但危害甚大。

3 论证治,首倡益胃解毒之法

针对上述胃癌术后的病因病机特点,陆师提出“益胃解毒法”治疗。益胃解毒的目的,是通过补益脾胃正气,达到资化源,养气血,以排毒攻邪并杜绝新生毒邪。益胃,主要指补益脾胃之气。正如《素问·平人氣象论》指出“平人之常气禀于胃,胃者,平人之常气也,人无胃气曰逆,逆者死。”《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》:“人以胃气为本。”均指明胃气即是正气、脾胃之气。胃癌术后,解剖意义上的胃虽已大部或全部切除,但胃气(正气)尚存,同时胃气损伤再所难免。需要指出的是,扶正能益胃气,祛邪亦可保胃气。解毒之法,则根据整体状况及毒邪属性和特征的不同,温寒毒、清热毒、利湿毒、祛痰毒、化瘀毒等灵活运用。

陆师在临证中擅长应用中医毒理学说指导辨治胃癌术后病证,并首创“毒证四层总纲”^[5],即浮、动、沉、伏四层。外感病多以浮、沉两层为主,内伤病则以动、伏两层为主。在本病中常以动、伏两层为核心。动层者是指胃癌术后邪盛病重的阶段,此时邪正剧争,犹似时病气营之间、阳明之病,或似杂病中期阶段,可有热毒内伏、痰毒中阻、瘀毒内蕴之不同,治疗时以解毒为主,清热解毒、祛痰解毒、化瘀解毒,辅以益胃扶正,方能缓解病症。伏层者是指胃癌术后毒邪蕴伏于内,虽无明显外候,实属隐患阶段,务必重视伏毒内蕴,当不断扶助正气以限制毒邪扩散,同时不忘适用拔毒药以解毒邪。

4 辨证型,应用验方灵活施治

胃癌术后,气血两亏,脾胃不足,手术虽去除癌肿,但余毒未清,而化疗又损伤气阴。胃癌术后总的病机为本虚标实,以胃气虚为根本,寒毒、热毒、湿毒、痰毒、瘀毒等内伏为标。治疗当标本兼顾,陆师常将胃癌术后患者分为以下五

型论治。

4.1 胃阴不足,热毒内伏(动层) 多见于胃癌化疗后阴液耗伤者。症见胃脘隐灼痛,口干咽燥,大便干结,舌质偏红、苔或中光,脉细带数。治宜滋胃阴,清热毒。方用黄连绞股蓝汤(陆师《毒证论》验方:黄连、绞股蓝、天花粉、生地、生麦冬、鲜石斛、生赭石、青黛)。

4.2 脾胃湿热,痰毒中阻(动层) 多见于胃癌术后调治失当,中焦湿热者。症见中脘痞闷,纳呆呕恶,大便溏泻而不爽,肢体困重,渴不多饮,舌质红、苔黄腻,脉濡数。治当清湿热,祛痰毒。方用二陈汤合凤尾草解毒汤(陆师《毒证论》验方:凤尾草、地锦草、黄连、炒黄芩、车前子、陈艾叶、焦山楂、莱菔子、焦神曲、煨木香、炙甘草)。

4.3 气血两伤,瘀毒内蕴(动层) 多见于胃癌术后初期,气血耗伤者。症见胃脘隐痛,恶心呕吐,形体消瘦,便溏或便结,面色少华,神疲乏力,舌质偏紫黯、舌苔薄白,脉细弱。治宜益气血,化瘀毒。药用八珍汤合化瘀毒汤(陆师《毒证论》验方:当归、赤芍、牡丹皮、刘寄奴、石见穿、威灵仙、莪术、大黄、乳香、虫、露蜂房)。

4.4 胃气虚弱,寒毒残留(伏层) 多见于胃癌术后经调理胃气复而不全,临床症状不明显者。可见饮食少思,食而难消,易感疲乏,睡眠不佳,偶有胃脘隐痛,舌胖苔白,脉沉缓等。治宜补胃气,温寒毒。方用理中丸合托毒建中汤(陆师《毒证论》验方:人参、干姜、白术、炙甘草、桂枝、黄芪、白芍、露蜂房、蒲公英、生鸡内金、大枣)。

4.5 气阴两伤,湿毒深伏(伏层) 多见于胃癌术后经治疗后气阴少复,无症状或微症状者。或可见口干唇燥,食欲不启,大便或结或溏,舌质偏干、舌苔或部分剥落,脉象细弱。治当滋气阴,利湿毒。方用薏苡仁疗毒汤(陆师《毒证论》验方:生薏苡仁、生山药、生鸡内金、生黄芪、生白术、生晒参、绞股蓝、天花粉、炒麦芽)。如正伤未复,或复之不多,邪毒偏盛,可用黄连绞股蓝汤。

5 病案举例

案1 陈某某,女,53岁。2011年8月8日初诊。胃癌根治术后4月余,化疗3次后。病理诊断:低分化腺癌,部分印戒细胞癌。血常规示白细胞计数偏低。顷诊:胃脘隐痛,或轻微灼痛感,兼恶心,时有口干,面色少华,神疲乏力,咽喉不适,纳谷不馨,大便2日一行,便质偏干,舌苔薄白,脉细弱。辨证为气血不足,阴液耗伤,毒邪内蕴未清。治当益气血,滋阴液,清热毒。处方:太子参20g,生黄芪20g,炒当归12g,三叶青15g,制女贞子30g,枸杞子15g,铁皮石斛(先煎)12g,白茯苓25g,灵芝20g,白花蛇舌草30g,浙贝母12g,炒白术20g,八月札15g,炙鸡内金20g,炒谷芽20g,炒麦芽20g,薏苡果15g,生甘草5g。14剂。2011年8月22日二诊:面色少华、神疲乏力好转,胃纳转佳,大便1~2日一行,便质略偏干,咽喉仍偶有不适。舌苔薄白,脉细。此为胃气渐来复,上方去制女贞子、枸杞子、三叶青、白花蛇舌草、浙贝母、八月札、薏苡果,加炒白芍15g,露蜂房10g,蒲公英30g。14剂。2011年9月5日三诊:血常规示白细胞计数明显上升。诸症基本好转,胃脘偶有不适,间或夜间少眠,苔薄腻,脉缓滑。此为气血渐充,但脾胃损伤未复,痰瘀毒未清。治当健脾益胃,化痰祛瘀,兼以解毒。处方:炒党参20g,太子参20g,炒当归15g,生黄芪25g,

中西医结合治疗急性脑梗死临床疗效的 Meta 分析

苏浩¹ 陈懿² 葛金文¹

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南中医药大学医学院, 湖南 长沙 410208)

摘要:目的: 运用 Meta 分析方法研究中西医结合治疗急性脑梗死的临床疗效。方法: 检索 2000 年 1 月 1 日—2014 年 8 月 31 日公开发表的有关中西医结合治疗急性脑梗死的相关文献, 采用 Cochrane 协作网提供的 Meta 分析软件 RevMan5.2 进行数据分析。结果: 共纳入 15 篇合格文献, Meta 分析显示, 中西医结合治疗组与单纯西医治疗组比较, 痊愈率的 Meta 分析结果显示: $Z = 6.64 (P < 0.00001)$, 差异具有统计学意义。有效率率的 Meta 分析结果显示: $Z = 1.74 (P > 0.05)$, 差异无统计学意义。无效率的 Meta 分析结果显示: $Z = 9.35 (P < 0.00001)$, 差异具有统计学意义。结论: Meta 分析结果表明中西医结合治疗急性脑梗死的临床疗效优于单纯西药治疗组, 但是由于纳入试验的研究方法有待改进以及文献质量不高, 所以需要更多的随机对照研究加以证实。

关键词: 中西医结合; 气虚血瘀; 脑梗死

中图分类号: R743

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2015)04-0806-04

Combine Traditional Chinese and Western Medicine Treatment of Acute Cerebral Infarction Clinical Curative Effect of Meta Analysis

SU Hao¹, CHEN Yi², GE Jinwen³

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, Hunan, China;

2. The Medical College Of Hunan University Of Chinese Medicine, Changsha 410208, Hunan, China)

Abstract: Objective: Application of Meta analysis in combination with clinical efficacy in the treatment of acute

收稿日期: 2014-12-11

基金项目: 国家自然科学基金项目(81274008); 湖南省科技计划项目(2014SK2007); 湖南省高校创新平台开放基金项目(13K080); 湖南省自然科学基金项目(13JJ3100); 湖南省研究生科研创新项目(CX2014B361)

作者简介: 苏浩(1988-), 男, 湖南桃江县人, 硕士研究生, 研究方向: 心脑血管疾病的中西医结合防治研究。

通讯作者: 葛金文, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 心脑血管疾病的中西医结合防治研究。E-mail: cmgjw@tom.com。

白花蛇舌草 30 g, 藤梨根 30 g, 浙贝母 12 g, 莪术 15 g, 三叶青 15 g, 蛇六谷 15 g, 夜交藤 30 g, 酸枣仁 20 g, 炒白芍 15 g, 琥珀屑 5 g, 白茯苓 25 g, 灵芝 25 g, 炙鸡内金 20 g, 炒谷芽 20 g, 炒麦芽 20 g, 生甘草 5 g。14 剂。后在三诊方基础上加减调治, 患者每月定期复诊, 随访至今, 病情稳定, 未见复发及转移。

案 2 戴某某, 男, 50 岁。2010 年 7 月 19 日初诊。胃癌伴淋巴结转移性癌术后 1 月, 化疗 1 次后。病理示低分化腺癌。顷诊: 胃脘痞闷, 偶有隐痛, 饮食少思, 食后作胀, 神疲乏力, 汗出较多, 喉头痰滞, 左肩及左上肢酸痛, 大便不实, 舌苔薄白腻, 脉沉滑, 重按少力。辨证为胃气虚弱, 痰湿毒停留。治当补益胃气, 解毒散结。处方: 生黄芪 30 g, 太子参 25 g, 浙贝母 20 g, 炒白术 20 g, 白茯苓 25 g, 白花蛇舌草 30 g, 夏枯草 20 g, 炮山甲(先煎) 5 g, 藤梨根 30 g, 薜荔果 15 g, 刀豆子 10 g, 铁皮石斛(先煎) 12 g, 夜交藤 30 g, 合欢皮 20 g, 片姜黄 15 g, 山慈菇 10 g, 露蜂房 10 g, 炒谷芽 20 g, 炒麦芽 20 g, 炙甘草 5 g, 大枣 15 g。14 剂。2010 年 8 月 2 日二诊: 血常规示白细胞计数 $2.6 \times 10^9/L$ 。胃脘偶有轻微不适, 汗出减少, 食欲一般, 神疲乏力, 偶有肩背酸楚, 矢气较多, 夜间少眠, 午夜后易醒。舌苔浮腻, 脉沉滑。此为胃气渐复, 痰湿趋化之势。上方去夏枯草、藤梨根、薜荔果、铁皮石斛、片姜黄、山慈菇、大枣, 加灵芝 25 g, 淫羊藿 20 g, 补骨脂 15 g, 炒当归 15 g, 白英 30 g, 石见穿 30 g, 炙鸡内金

20 g, 丝瓜络 15 g。14 剂。2010 年 8 月 16 日三诊: 血常规示白细胞计数 $3.9 \times 10^9/L$ 。胃脘痞闷未作, 精神较前振作, 右腰部隐痛, 食欲一般, 夜间睡眠有好转, 舌苔白腻中光剥, 脉沉弱而滑。此为胃气渐充但仍虚, 痰湿毒蕴未清。处方: 生黄芪 30 g, 太子参 30 g, 炒白术 20 g, 白茯苓 25 g, 灵芝 20 g, 淫羊藿 15 g, 补骨脂 15 g, 炮山甲(先煎) 5 g, 刀豆子 10 g, 浙贝母 15 g, 刘寄奴 15 g, 白英 30 g, 露蜂房 10 g, 白花蛇舌草 30 g, 片姜黄 12 g, 夏枯草 20 g, 合欢皮 20 g, 铁皮石斛(先煎) 12 g, 炙鸡内金 20 g, 生甘草 5 g。14 剂。后以此方略作加减调理至今, 病情稳定。

参考文献

- [1] Jing JJ, Liu HY, Hao JK, et al. Gastric cancer incidence and mortality in Zhuanghe, China, between 2005 and 2010 [J]. World J Gastroenterol 2012, 18(11): 1262-1269.
- [2] Yehou M, Boige V, Pignon JP, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial [J]. J Clin Oncol 2011, 29(13): 1715-1721.
- [3] 陈明显, 傅睿, 陆拯, 陆拯. “调气解毒法”论治萎缩性胃炎经验特色 [J]. 中华中医药学刊 2014, 32(1): 29-30.
- [4] Chen MX. Lu zheng's experience in the treatment of atrophic gastritis [J]. J Tradit Chin Med 2010, 30(2): 137-142.
- [5] 陆拯. 毒证论 [M]. 北京: 中国中医药出版社 2012: 36-37.