

熊墨年论治肺癌经验

余灵¹ 唐晓玲² 曹弈强² 蔡磊² 耿蕾²

(1 江西省中医药研究院 南昌 330046; 2 江西中西医结合医院 南昌 330046)

关键词: 肺癌; 中医药疗法; 熊墨年; 名医经验

中图分类号: R 734.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.053

熊墨年教授, 江西省名中医, 全国名老中医药专家学术经验传承指导老师, 从事临床、科研工作近四十年。其临床经验丰富, 尤对肿瘤疾病的中医药治疗造诣颇深。笔者有幸师从熊墨年教授, 临床侍诊 2 年, 现将其治疗肺癌经验整理一二, 略作介绍。

1 对肺癌发病的认识

肺癌是危害人类生命健康的主要恶性肿瘤之一, 又称“支气管肺癌”, 是发生于支气管上皮、支气管黏液腺、细支气管上皮及肺泡上皮的恶性上皮性肿瘤。在中医古籍中见于“肺积”、“息贲”、“肺癰”、“劳咳”等疾病中。究其发病原因, 导师重视和推崇《内经》所云: “正气存内, 邪不可干, 邪之所凑, 其气必虚。”认为人体正气不足是疾病发生的前提和条件, 也是肿瘤发生的根本原因。正如金·张元素《活法机要》曰: “壮人无积, 虚人则有之, 脾胃不足及虚弱之人, 皆有积聚之病。”明·李中梓《医宗必读》亦谓: “积之成者, 正气不足, 而后邪气踞之。”《杂病源流犀烛》曰: “邪积胸中, 阻塞气道, 气不得通, 为痰……为血, 皆邪正相搏, 邪气胜, 正不得制之, 遂结以形而有块。”强调肺癌的形成与正气虚弱有着密切关系。人体气血旺盛, 功能正常, 则五脏安康, 瘤无以生。若脾胃虚弱导致正气亏虚、气血失调, 肺的宣发、肃降功能失节, 经络气血运行障碍, 外邪乘虚侵入或病邪内生, 引起局部气滞血瘀、痰凝、热毒、湿聚等相互交结, 壅塞经络, 郁久不散而结聚成瘤。因此, 肺癌乃正虚邪实之证。

2 治病必求其本——肺癌的治疗当扶正祛邪, 注重益气清毒

2.1 益气扶正首宜培土生金 导师认为: 肺癌虽为有形之块, 局部病变为实, 但患者基础病变多表现为正虚, 因此治疗当扶正祛邪, 而扶正又以培土生金为大要。元·李杲《脾胃论·脾胃盛衰论》说: “百病

[5]Yang CT,Lee MH, Lau RS, et al.telomerase activity in pleural effusion:diagnostic significance[J].J Clin Oncol,1998,16(2):567-573
[6]Kavalier E, Landman J,Chang Y,et al.Detecting human bladder carcinoma cells in voided urine samples by assaying for the presence of telomerase activity[J].Cancer,1998,82(4):708-714
[7]刘涛,王春友,万亦丹,等.胰液中端粒酶及亚单位检测对胰腺癌的
诊断价值[J].中国普通外科杂志,2004,13(7): 527-530

皆由脾胃衰而生也”;《金匱要略·脏腑经络先后病脉篇》: “四季脾旺不受邪”。因“脾为后天之本”乃“气血生化之源”, 人体精气血津液的化生和充实均依赖于脾胃运化的水谷精微, 且脾能将水谷精微吸收并使之输至全身, 以营养五脏六腑、四肢百骸, 是维持人体生命活动的根本。脾与肺关系密切, 肺为水之上源, 脾居中焦, 为水液升降输布的枢纽, 若脾气运化水湿的功能失常, 必然导致水液在体内停聚而产生水湿痰饮等病理产物。“肺为贮痰之器, 脾为生痰之源”, 故肺癌患者多见形体消瘦、腹胀便溏、食欲不振、倦怠等脾虚以及咳唾痰涎等痰湿壅盛之证。五行之中, 脾与肺为母子关系: 脾属土, 为母; 肺属金, 为子。《素问·经脉别论篇》云: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺。”脾虚乏源, 不能输精于肺, 则肺气虚损, 外邪易乘虚而入。肺癌病人临床上常见气短、语声低微、舌淡苔白、脉虚弱等气虚之象。而肺病日久, 子盗母气, 必致脾土更虚, 运化失健, 气血生化乏源, 以致脾肺俱虚。治宜补益脾胃之气, 以复其运化之功。故培土生金可使脾气健运, 气血生化有源。脾气健旺则肺气充盛, 经脉畅通, 抗病有力, 邪气自退。

2.2 攻补兼施当分虚实主次 导师认为: 治疗肺癌应当坚持辨证论治, 分清虚实、主次、轻重缓急。具体应用上早、中期患者可扶正祛邪并用, 在可攻阶段应注意与西医治疗相结合。在化疗、放疗过程中服用扶正和减轻毒副作用的中药, 不但可以减轻或消除放、化对机体的损害和毒性反应, 而且还可以增强放、化疗的作用。放、化疗结束后应及时养护正气, 恢复体质, 待治疗一个阶段后, 可适当加一些祛邪的中药, 以提高疗效。晚期已丧失手术和放、化疗机会的患者, 甚或恶病质患者, 虽有癌肿存在, 亦须慎用攻邪, 而应以扶正为主, 佐以祛邪之品, 以期延长患者生命, 提高生活质量。总之, 扶正应贯穿肺癌

[8]Yang SM,Fang DC,Luo YH, et al.Alterations of telomerase activity and terminal restriction fragment in gastric cancer and its premalignant lesions[J].Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2001,16(8):876-882
[9]杨仕明,房殿春,罗元辉,等.不同病变胃粘膜端粒酶活性及其亚单位的检测[J].癌症,2001,20(1): 23-27

(收稿日期: 2010-04-15)

治疗的始终,祛邪应随肺癌的不同时期及治疗阶段随证应用。只有坚持辨证施治、灵活应用扶正祛邪的基本法则治疗肺癌,才能取得较为理想的效果。

2.3 祛邪抑瘤,重视清毒化瘀 导师认为:癌毒内结是肿瘤发生的重要病机和物质基础,癌毒既是致病因素,也是病理产物。其具有以下特点:(1)由于病邪郁久皆能化火,所以癌毒性多偏热,热毒痰瘀胶结,为病缠绵;(2)易耗伤正气,造成机体气血虚弱或阴虚阳损,甚至形成恶病质;(3)热性喜动,加上机体正气损伤,抗癌能力降低,所以热毒走窜,易于扩散;(4)毒邪蔓延至多个脏腑,严重损害脏腑功能,甚至造成脏腑功能衰竭而危及生命。癌毒伤正首先耗气,气虚则心不行血、脾不健运、肺不宣化、肝不疏泄、肾不滋养,脏腑缺乏正常运行的动力。因此,中医治疗肿瘤当以益气为先,清毒为主^[4]。肺癌病人多有烦热、胸中痞满结块、咳唾脓痰、舌红绛、苔黄腻、脉滑等热毒壅盛之象。

肺癌的发病是由于正气不足,肺失宣降,经络不利而致气滞血瘀、热毒痰凝互结,郁而成瘤。江西中医学院的一项实验研究表明:癌症组病人的血栓长度、血栓湿度、血栓干重、血小板粘附率明显高于正常人,说明体内血栓可能与癌症的发生、发展有一定关系^[5]。从临床上来看大多数肺癌病人有胸闷咳喘、皮下瘀斑、瘀点、舌质紫暗、脉细涩等气滞血瘀之证。

所以肺癌的治疗,在益气健脾的基础上,还必须重视清毒化瘀。若热毒得清,瘀滞得除,则经络通利,气血流畅。既能维持机体生理功能,又有利于免疫物质输送,发挥抗肿瘤作用。但因癌毒喜动易走窜的特性,化瘀药有造成癌细胞转移之虑。所以导师在临床辨证患者有瘀血证时,多选用既能活血、又能抗癌的药物,如三七、莪术、丹参等。导师在临床上运用益气、清毒、化瘀三法联合应用治疗肿瘤,再配合中药制剂华蟾素、艾迪注射液等,取得了较好的近期疗效^[3]。

3 遣方用药——药味平和,有的放矢

导师治疗肺癌,以益气为先,清毒为主。导师着重选择药味较为平和、安全性高、毒副作用小的药物,重清毒而无攻毒,以求最大限度保护人体正气,做到扶正不留邪,祛邪不伤正,扶正辨别阴阳气血,祛邪做到有的放矢。在辨证的基础上根据致病因素的病理特点并结合现代药理学研究选择使用药物:益气健脾用四君子汤加生黄芪,四君子汤中,气阴两虚者选用西洋参、北沙参;阳气虚者选生晒参;气虚不甚者选党参;无明显阴阳寒热偏胜者选太子

参。清毒多用半枝莲、白花蛇舌草、金荞麦、肿节风、七叶一枝花、猫爪草、龙葵;化痰多用法半夏、浙贝母、瓜蒌、杏仁;宣肺多用冬桑叶、杭菊花;祛瘀多用丹参、三七、莪术;肺气不足者选用灵芝。

现代医学研究证明,党参、黄芪、白术、莪术可升高白细胞,诱导人细胞产生干扰素,增加天然杀伤细胞(NK)和单核-巨噬细胞系统的活性,增强和调节机体免疫功能,防治化、放疗引起的骨髓抑制^[4]。黄芪和黄芪多糖具有较强的解毒和增强人体免疫力、升高白细胞的作用^[5]。法半夏、天南星等化痰散结药物组方具有诱导人肺癌细胞凋亡的作用^[6]。半枝莲、白花蛇舌草、金荞麦、七叶一枝花、肿节风、猫爪草、龙葵等清热解毒药对癌细胞有抑制和破坏作用。三七皂苷可通过直接杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长或转移、诱导肿瘤细胞凋亡或诱导肿瘤细胞分化使其逆转、增强和刺激机体免疫功能等多种方式起到抗肿瘤作用。灵芝的主要成分灵芝三萜通过诱导细胞凋亡和使细胞周期停滞在 G1 期,可以显著抑制高转移性肺癌细胞株(95-D)的增殖,线粒体功能异常和蛋白 P53 的表达可以介导这种细胞凋亡的发生^[7]。

4 典型病例

4.1 病案一 李某,男,72岁,某企业退休干部。2002年2月开始无明显诱因反复出现低热、咳嗽,4月份在某三甲医院诊断为“右肺下叶鳞癌”,于2003年5月行右肺下叶切除术。术后行化疗1个疗程,因不能耐受,遂终止化疗,来导师处诊治。就诊时患者精神萎靡,畏寒,咳嗽痰多,短气懒言,四肢乏力,食欲不振,失眠多梦,大便正常,夜尿频多而量少,舌质暗红,舌边有齿痕,舌苔薄白,根部稍黑,脉细弱。中医辨证属脾肺气虚、气滞血瘀。治宜益气扶正、清毒化瘀。方用四君子汤加味:生晒参 15g、白术 12g、茯苓 12g、炙甘草 10g、法半夏 10g、陈皮 10g、黄芪 30g、半枝莲 30g、白花蛇舌草 30g、金荞麦 20g、莪术 10g、桂枝 10g。以此方为基础加减服用3年。期间入院用中药制剂,如艾迪 50mL+5%葡萄糖 250mL、华蟾素 15mL+5%葡萄糖 350mL、生脉注射液 40mL+5%葡萄糖 250mL 静脉点滴,20d 为 1 个疗程,共 6 个疗程。至今已健康存活 8 年,每年进行 CT、腹部 B 超和肿瘤标志物复查,均无异常。

4.2 病案二 董某,女,58岁,工人。患者因干咳 2 月余,于 2009 年 4 月 6 日在某三甲医院 CT 检查示“右侧周围型肺癌伴肺门纵隔淋巴结转移”,并行手术治疗。病理诊断(病理号:358114)(右中肺)细支气管肺泡癌 II 级。支气管断端及另送支气管残端均

辨虚实治疗餐后不适综合征 65 例

林晓明 高菡

(江西省乐平市中医院 乐平 333300)

关键词:餐后不适综合征;中医药疗法;辨虚实

中图分类号:R 442.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.054

餐后不适综合征(PDS)是临床上常见病、多发病,是功能性消化不良的一种亚型。笔者用中药按虚实辨证论治,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 130 例入选者均为符合 PDS 诊断标准的 2008~2009 年我院诊治患者,随机分为治疗组 65 例,对照组 65 例。治疗组男性 42 例,女性 23 例,年龄 19~65 岁,平均年龄 42.5 岁,病程 1~3 年;对照组男性 45 例,女性 20 例,年龄 20~64 岁,平均年龄 43.2 岁,病程 1~3 年。两组患者在性别、年龄、病程、症状等方面均无显著性差异($P>0.05$),具可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照罗马Ⅲ^[1]标准:(1)进正常食量后出现餐后饱胀不适感,兼有或者表现为早饱感,抑制了正常进食,每周至少发生数次,诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月满足以上标准。(2)内镜检查未发现溃疡、糜烂、肿瘤等,无器质性疾病史。(3)实验室、B 超、X 线等排除肝胆胰疾病及糖尿病等。(4)无腹部手术史。(5)支持诊断标准:可能存

未见癌累及,另送气管旁淋巴结 2 枚,可见癌转移(2/2),肺门淋巴结 2 枚,均见癌转移(2/2),纵隔淋巴结 1 枚,亦可见癌转移(1/1)。术后诊断为右肺癌 T1N2M0 II 期,CEA 20.95ng/mL(0~6.5)。患者为求中医药治疗而来导师处求诊。主要症状:面色少华,常感神疲乏力,偶有咳嗽、气短,时有自汗,食欲一般,大小便尚正常,睡眠欠佳,舌红,苔黄薄,脉弦滑。中医辨证属正气亏虚、痰毒互结。治宜益气扶正、清热解毒。方药:生晒参 15g、白术 12g、茯苓 12g、炙甘草 6g、金荞麦 15g、半枝莲 30g、白花蛇舌草 30g、黄芪 25g、当归 12g、枳壳 10g、猫爪草 15g、枸杞 15g、百合 15g、川贝 6g、山楂 15g、灵芝 15g、藤梨根 15g。以此方为基础连续服用,同时给予华蟾素注射液 20mL+5%葡萄糖 500mL、斑蝥酸钠维生素 B₆ 50mL+5%葡萄糖 500mL、香菇多糖注射剂 1mg+5%葡萄糖 500mL 静脉输注,每日 1 次,20d 为 1 个疗程。患者经连续 3 个疗程治疗,已无咳嗽、气短,乏力感明显减轻,面色有华,精神较好,自觉活

在上腹胀气或餐后恶心,过度打嗝或存在上腹疼痛综合征。

1.2.2 中医证候诊断标准 按虚实辨治:(1)实证:脘腹胀满,食后加重,嗳气呕恶、口干口臭或泛酸腐食物,部分患者有胀痛,牵引两胁,大便结,舌质红,苔黄,脉弦滑。(2)虚证:脘腹痞满,食后加重,或胃脘隐痛,神疲乏力,纳少,病情反复发作,颜面少华,或便溏,舌质淡,苔白,脉细无力。

2 治疗方法

2.1 治疗组 实证:宜疏肝理气,消食导滞,降气和胃。基本组成:陈皮 10g、枳壳 10g、柴胡 10g、白芍 15g、广木香 15g、炒莱菔子 15g、炒谷麦芽各 10g、青皮 10g、白术 10g、柿蒂 10g、甘草 3g、山楂 10g、厚朴 10g。虚证:宜益气健脾,升胃举陷,补中益气汤化裁。基本组成:黄芪 30g、党参 15g、炒白术 10g、柴胡 9g、升麻 9g、陈皮 9g、大枣 5 枚、当归 10g、砂仁 6g、肉豆蔻 15g。煎服法:上药水煎,每日 1 剂,早晚各 1 次服用,15d 为 1 个疗程。

2.2 对照组 枸橼酸铋雷尼替丁胶囊每次 1 粒,每日 2 次,吗丁啉片每次 1 片,每日 3 次,餐前 30min

动后较之前明显舒适,CEA 降至 11.43 ng/mL(0~6.5)。2010 年 3 月复查 CT(CT 号:58989),左肺内未见明显异常密度影,纵隔内未见明确肿大淋巴结影。目前仍坚持在导师处门诊治疗。

参考文献

[1]熊墨年,唐晓玲,赵艳平,等.浅谈益气清毒法在肿瘤治疗中的作用[J].实用中西医结合临床,2009,9(6):64-65
[2]周岱翰.临床中医肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2004.30
[3]熊墨年,熊林楷.益气清毒化痰法治疗晚期肿瘤 15 例临床观察[J].临床医药实践,2008,17(B09):699-701
[4]汪波,丁德祜.四君子汤合沙参麦冬汤加减配合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌临床观察[J].世界中西医结合杂志,2009,4(8):564-565
[5]丁纪元,孟昭琳.黄芪四君子汤在晚期非小细胞肺癌化疗中的作用[J].浙江中西医结合杂志,2006,16(1):28-29
[6]杨勤建,涂晋文.化痰散结方含药血清诱导人肺癌细胞凋亡的机理研究[J].北京中医药大学学报,2009,22(5):70-72
[7]Wen Tang,Jian-Wen Liu, Wei-Ming Zhao,et al.Ganoderic acid T from Ganoderma lucidum mycelia induces mitochondria mediated apoptosis in lung cancer cells[J]. Life Sciences,2005(77):252-265

(收稿日期:2010-04-15)