

谢晶日教授治疗胃癌的经验拾萃*

葛阳 张杨

(黑龙江中医药大学附属第一医院 哈尔滨 150040)

关键词:胃癌;谢晶日;名医经验

中图分类号:R 735.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.064

胃癌是我国最常见的消化道恶性肿瘤,其发病率和病死率在各种恶性肿瘤中均处于第一位,严重危害人民健康。近年来中医药治疗胃癌取得了较好的临床效果,在一定程度上改善了患者不良症状,防止了复发和转移,延长了患者生存时间,提高了患者的生活质量。谢晶日教授 30 余年来一直致力于中医药治疗消化病的研究,积累了丰富的临床经验,对于胃癌的治疗有着独特的疗效,笔者有幸从师侍诊,受其教诲,略有心得。现将导师治疗胃癌经验略述于下:

1 病因病机,谨遵经典

中医原无胃癌病名,但中医学很早就对相关症状及病因病机有了一定认识,一般属“胃脘痛、反胃、噎膈、积聚、癥瘕”等病的范畴。《黄帝内经》百病始生篇云:“积之始生,得寒乃生,厥乃成积矣。”《难经》五十六难提出五脏之积。《金匱要略》五脏风寒积聚病脉证并治第十二曰:“积者,脏病也,终不移……”并首创“癥瘕”病名,治以鳖甲煎丸等。华佗在《中藏经》中指出:“夫痈疽疮肿之所作也,皆五脏六腑蓄毒不流则生矣,非独因荣卫壅塞而发者也”并出癥瘕方。《医学心悟》提出:“邪气初客,积聚未坚,宜直消之,而后和之。若积聚日久,邪盛正虚,法从中治,须以补泻,相兼为用。”张锡纯治疗胃癌从瘀血论治,创变质化瘀丸。谢晶日教授总结古人治法,并根据多年的临床实践,认为胃癌的核心病位在脾胃,长期受外邪侵袭、饮食不节、情志失调、素体虚弱等因素影响,导致脾胃虚弱,湿热留恋,伤阴耗气,进则瘀血阻络,化热生毒,渐成本病。

2 辨证论治,临证加减

谢师认为胃癌的治疗可辨为本虚标实,治本以疏肝健脾为主,同时顾及胃气胃阴;治标以攻邪为主,活血化瘀,清热解毒。故中医治疗有如下几法:

2.1 疏肝健脾,芳香化湿 胃癌早期多无明显症状,初起可有纳差、乏力、胃痛、胃胀、反酸、嗝气等症,多属中焦脾胃,运化失常,升降失司。脾为阴脏,得阳则运化有度。若脾阳虚弱,则脘腹胀满;脾阴不足,则便干难排。胃为阳腑,得阴则胃气始降。

若胃阴亏虚,多口干纳差;胃阳虚弱,则积滞不食。脾胃为后天之本,是气机升降之枢。脾气宜升,胃气宜降。脾不升者,多头晕便溏;胃不降者,多嗝气呃逆。脾虚则肝木易病,肝病则易及脾土。因此,此病又与肝脏密切相关。谢师根据多年临床经验,用药多疏肝健脾,芳香化湿,理中下焦气机,并十分重视湿热环境对机体的影响。常用柴胡、枳壳等疏利气机,白豆蔻、薏苡仁等清利湿热,佛手、砂仁等行气化湿,茯苓、炒白术等健脾益气。若脘腹胀痛,酌加苍术、薏苡仁、郁金、陈皮、蒲黄、白芍;若口干、纳差,酌加沙参、麦冬、生地、神曲、山楂、谷芽、莱菔子、内金、太子参;如恶心、呕吐,加半夏、竹茹、藿香;若寐差,加合欢花、酸枣仁、何首乌。胃癌晚期阶段,脾肾两虚,治以补中益气汤加减;或命门火衰而脾肾阳衰,治以附子理中丸加减温阳健脾;或阴液大亏,虚火上延,用一贯煎加减以滋阴和阳。《温病条辨》云:“癥瘕乃气血积聚有形之邪,水火既济,中土气盛,而积聚自消。”

2.2 活血化瘀,清热解毒 进展期胃癌在腹部可扪及肿块,常固定而不能推动。内经云:“坚者削之”。谢师认为瘀血阻滞与胃癌关系十分密切。患者多肝郁脾虚多年,气虚不能行血,以致气滞血瘀,胃络瘀阻,又“六气皆从火化”,故气滞血瘀日久必化热生毒,治当活血化瘀,清热解毒,以膈下逐瘀汤加减化裁。方中常加三棱、莪术、山慈菇、白花蛇舌草、半枝莲等药物,并配伍白参、黄芪、焦三仙、内金等健脾消食之药以调和气血,化瘀生新。半枝莲、白花蛇舌草具有清热解毒、活血祛瘀、抗癌等作用。张锡纯称三棱、莪术为“化瘀血之要药”。如痰瘀互结,酌加半夏、苏子、桂枝、竹茹、厚朴、玫瑰花;如水饮内停,酌加猪苓、防己、大腹皮、益母草、泽兰、蒲黄;如瘀热相搏,酌加郁金、丹参、土鳖虫、栀子;若精不化气,加熟地黄、山茱萸、菟丝子、黄精;若疼痛难忍,酌加九香虫、乳香、荔枝核、炮山甲、玫瑰花行气活血止痛;若出现呕血或黑便,加白及、三七。

2.3 通降腑气,顾及气阴 《素问·五脏别论》:“五脏者,藏精气而不泻也,故满而不能实。六腑者,传

* 国家自然科学基金(项目编号:81072774)

输尿管镜下治疗肾绞痛临床治疗体会

李德朝 陈朗峰 卢树乾 廖文伦

(广西贺州市中医医院 贺州 542899)

摘要:目的:探讨输尿管镜下治疗肾绞痛的临床疗效。方法:选取我院 2002 年 1 月~2012 年 11 月收治的 468 例肾绞痛患者,采用连续硬脊膜外阻滞麻醉下输尿管镜检查及治疗。结果:468 例患者经过输尿管镜的治疗与检查之后痊愈。结论:对于临床上各种原因引起的肾绞痛,输尿管镜下检查和治理均有良好的临床治疗效果。

关键词:输尿管镜;肾绞痛;治疗;体会

中图分类号:R 692

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.065

肾绞痛是泌尿外科的常见疾病,造成其病症的原因有很多且较为复杂。我院选取 2002 年 1 月~2012 年 11 月收治的 468 例肾绞痛患者,对其应用输尿管镜进行急诊检查和治疗,取得了良好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 468 例肾绞痛患者,其中男 277 例,女 191 例,年龄 19~66 岁,平均年龄 45 岁。主要症状有:腰或侧腹部阵痛并伴有恶心呕吐,269 例出现肉眼血尿,206 例出现镜下血尿,67 例伴有尿频、尿急等症状,39 例有肾绞痛病史。468 例患者 B 超显示均有轻-中度肾积水:239 例患者输尿管

管中上段出现 1.0~1.2 cm 直径的扩张;167 例患者输尿管的中下部分检查到直径大小为 0.5~1.2 cm 的阳性结石阴影;62 例患者并未见到结石阴影,但其患肾轮廓均有增大。经行 IVP 检查表明,337 例患者患肾和输尿管有程度不同的扩张积水现象;97 例患者病侧肾脏不显影;34 例患者经医生诊断未作 KUB 和 IVP 检验。468 例患者在本次就医之前都采用注射阿托品、黄体酮及 654-2、吗啡等进行治疗,但病症不见缓减。

1.2 治疗方法 对 468 例患者均进行输尿管镜检查治疗。具体的手术方式为,在连续硬脊膜外阻滞麻醉下,尿道内置入 F14 尿管,以备术中引流膀胱。

化物而不藏,故实而不能满也。”导师在临证时经常强调通降腑气。胃以通为用,以通为补。腑气不通,胃气上逆则胃痛、嗝气、反酸等症不除;腑气通,糟粕下行,中焦始能受纳而取汁化血。如若病人体质以虚弱为主,大便干燥不通,常用增液承气汤加沙参、厚朴、火麻仁、郁李仁等通降腑气,旨在养胃阴,胃喜柔润,胃阴得复,十二经脉之阴皆复,胃气自得通降,嗝气泛酸自除;若以实证为重,多用小承气汤加减治裁以存津液;若肾精亏虚,用济川煎加减以温肾通便;如阳虚积滞,以理中汤加减以温运中阳;如脾虚精亏,以小建中汤加减以化精生血;若饱胀不舒,用厚朴三物汤合保和丸加减以理气消食;若胃脘气机痞结,加枳术散,走气分,通腑气;如出现胃气上逆症状,多合旋复代赭汤加减;如兼情志症,心肺阴虚,多合百合知母汤,以养心神。

3 病案举例

患者闫某,男,68 岁,黑龙江人,2010 年 11 月 26 日初诊。该患于半年前无明显诱因出现胃脘胀满疼痛,遂到哈医大一院就诊。胃镜示:胃癌。此后到肿瘤医院就诊,诊断:胃窦占位。此后行 2 次化疗治疗,为求中医治疗而来门诊就诊。患者自诉胃脘部胀满不舒,食后尤甚,伴乏力症状明显,时有嗝气、恶心症状,口干口苦,晨起加重,便干,纳差,寐差,

舌暗红,苔黄腻,脉沉细。查体:体温 37.3 ℃,心率 85 次/min,呼吸 18 次/min,血压 100/60 mmHg。神志清楚,面色晦暗,表情疲惫,形体消瘦,体位自如,声音低沉,全身浅表淋巴结未触及明显肿大,腹部平软,胃区压痛(+),无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未触及,麦氏点无压痛,移动性浊音(-),双下肢无浮肿。辅助检查:CEA:3.20 μg/L,CA125:75.30 万 U/L,CA199:4.5 万 U/L,血常规:白细胞 5.2× 10⁹/L,中性粒细胞 3.7× 10⁹/L,血红蛋白 91 g/L。处置:柴胡 15 g,沙参 25 g,石斛 20 g,白豆蔻 15 g,茯苓 20 g,佛手 15 g,半枝莲 30 g,白花蛇舌草 30 g,槟榔 15 g,焦三仙各 15 g,陈皮 15 g,内金 20 g,山慈菇 20 g,白参 20 g,海螵蛸 30 g,枳壳 15 g,生薏苡仁 30 g,炒白术 25 g。服上方 10 剂后,胃胀缓解,大便正常,仍有嗝气,口干,恶心,乏力,舌暗红,苔黄腻,脉沉细。处置:上方加藿香 15 g,佩兰 15 g,14 剂水煎服。三诊时患者胃胀明显缓解,大便正常,1 次/d,无嗝气、恶心,口干症状缓解,舌暗红,苔略黄腻,脉沉。处置:上方 10 剂水煎服。四诊时患者仍觉乏力,舌暗红,苔薄黄,脉沉。处置:上方减佩兰,加黄芪 30 g,14 剂水煎服。随访至今状况较好。

(收稿日期:2012-08-24)