

黎月恒运用中医药治疗食管癌经验

曾玲芳¹, 吴依辰¹, 章慧² 指导 黎月恒²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院, 湖南 长沙, 410013)

[摘要] 从病因病机、分期论治、用药特色3个方面介绍黎月恒教授治疗食管癌的经验。黎教授认为, 食管癌的基本病机为痰、气、瘀、毒交阻于食道, 临床分为4个阶段进行治疗。术前阶段治以四物消瘰汤加减; 术后阶段, 在手术过程及术后早期恢复过程中, 常用八珍汤加减, 术后出现吻合口瘘、胸腔感染则以活血化瘀、清热解毒之品治之, 术后出现反流性食管炎及胃排空障碍则以六君子汤合半夏厚朴汤加减治之; 放疗阶段, 方选六君子汤合沙参麦冬汤加减; 化疗阶段, 自拟脾肾方加减治疗。临床随症加减, 疗效显著。

[关键词] 食管癌; 中医药疗法; 名医经验; 黎月恒

[中图分类号] R273.51 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.010

2017年我国癌症最新数据显示, 消化道肿瘤是我国人民发病和死亡的主要疾病之一^[1]。食管癌是常见的消化道恶性肿瘤, 我国是食管癌高发区, 近年来食管癌的发病率和病死率仍有上升趋势^[2], 严重危害人们的生命及健康。黎月恒教授系一级主任医师, 湖南省名中医, 我省首批及全国老中医药专家学术经验继承指导老师, 从事临床数十春秋, 潜心求索中西医结合治疗肿瘤之道, 在肿瘤的中医药治疗方面积累了丰富的临床经验, 形成了独特的学术思想体系。笔者有幸得其指导, 现将黎教授治疗食管癌经验总结如下。

1 病因病机

该病属中医学“噎膈”“反胃”范畴, 早在《素问》中便有记载:“饮食不下, 噎膈不通, 食则呕”; 隋代巢元方在《诸病源候论》中云:“饮食不下则噎塞不通……胸内痛不得喘息, 食不下, 是故噎也”。严用和《济生方》认为外邪、饮食、酒色、情志与本病发病有关:“倘或寒温失宜, 饮食乖度, 七情伤感, 气神俱忧……结于胸膈则成膈, 气流于咽嗝, 则成五噎。”叶天士《临证指南医案》认为噎膈的病机为食管窄隘。黎教授将该病病因病机大致总结如下: (1) 嗜酒无度, 或恣食肥甘辛辣香燥之品, 饮食过热、过快、过于粗糙, 食用霉变食物或亚硝酸盐含量过高食物, 损伤食管, 导致胃肠积热, 津液耗伤, 痰热互结, 阻塞食道, 发为噎膈。 (2) 忧思伤脾, 脾伤则气结, 气结则津液失于输布, 遂聚而为痰; 郁怒伤肝, 肝气郁结, 气机郁滞不能推动血行, 则形成血

瘀, 阻于食道, 久瘀成积, 痰、气、瘀、毒交阻于食道, 渐生噎膈。 (3) 年老体衰, 精血亏虚; 或房劳过度, 伤及肾阴, 津伤血燥, 津气失布, 痰热内生, 久则痰瘀热阻于食道而成噎膈。黎教授认为, 该病基本病机为痰、气、瘀、毒交阻于食道, 病位在食道, 与肝、脾、肾三脏密切相关, 且肝、脾、肾三经循行均经过咽喉、食管, 三脏病变能通过经络影响食管。

2 分段治疗

《内经》云:“治病必求其本”, 即治病诊疾时必须追本溯源, 针对疾病的根本原因进行治疗, 黎教授根据不同阶段的病机侧重确定了总的治疗原则。其认为: 辨证首先需根据八纲辨证之虚实辨证, 实证多为气滞、血瘀、痰结、毒蕴互结于食道; 虚证多为气、血、阴、津之逐渐枯槁。病变初期多以实证为主, 治以攻邪为主, 以行气、化痰、活血、解毒为治法; 久病多虚, 后期以扶正为主, 以益气、养血、滋阴、生津为治法。根据疾病发生发展及治疗的不同阶段, 分清主次, 随症论治。

2.1 术前阶段 术前患者形体充盛, 肿块盘踞体内, 邪气虽盛, 但正气不亏, 可耐攻伐, 治疗以攻邪为主, 常以四物消瘰汤加减以活血化瘀、软坚散结、清热解毒: 当归、川芎、生地黄、赤芍、海藻、昆布、牡蛎、山慈菇、蚤休、浙贝母、法半夏、夏枯草等。吞咽困难较严重者, 加威灵仙; 上腹部胀闷者, 可加厚朴、枳壳; 呕吐者, 加生姜、砂仁、白术; 津伤便秘者, 加玄参、麦冬、火麻仁等; 纳差者, 加麦芽、鸡内金; 胸骨后疼痛者, 可加延胡索、炒五灵脂。

2.2 术后阶段 (1)早期食管癌患者首选手术治疗,在手术过程及术后早期恢复过程中,人体正气都受到损伤。首先是手术过程中大量失血,使患者气血大伤,正气亏损。其次手术改变了人体消化道正常的解剖组织,导致脾胃受纳腐熟功能减退,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃功能受损,加之术后禁食及纳差等因素使患者营养缺乏。脾胃生化乏源,气血津液进一步耗伤,故术后患者治疗以扶正为主,有形之血不能速生,生于无形之气,故常用八珍汤加减以益气养血、健脾和胃:黄芪、白参、茯苓、白术、当归、生地黄、白芍、川芎、陈皮、麦芽、鸡内金。气虚明显者,重用黄芪、白参;血虚者,加鸡血藤、何首乌;发热者,可加牡丹皮、连翘;汗出恶风者,可加煅牡蛎、五味子、防风;阳虚者,加制附片、桂枝;胸痛者,加延胡索、丹参;腹胀腹痛者,加桃仁、厚朴、乌药;纳差者,加砂仁、炒山楂;便溏者,加薏苡仁、吴茱萸、黄连。(2)手术后易出现吻合口瘘、胸腔感染、反流性食管炎、胃排空障碍等并发症^[3]。黎教授将术后出现吻合口瘘、胸腔感染的原因归纳为术中离经之血壅滞体内,瘀血内生,郁久化热,热毒内生,病机为瘀血凝滞,热毒蕴结,治疗上多以活血化瘀、清热解毒为治则,多选用当归、赤芍、莪术、苏木、三七、郁金、金银花、连翘、黄芪、茯苓、白术、浙贝母、白花蛇舌草等;术后出现反流性食管炎及胃排空障碍的病机主要为手术损伤脾阳,脾胃阴阳燥湿相济失调,脾失健运,不能为胃行其津液,胃纳不振,胃失和降,胃气上逆,脾胃升降功能失调所致,治疗上以健脾通阳、和胃降逆为法,多选用六君子汤合半夏厚朴汤加减:黄芪、白参、茯苓、白术、法半夏、厚朴、砂仁、陈皮、苏梗、瓦楞子、甘草。暖气呕吐者,加沉香、姜竹茹;胸骨后烧灼疼痛感者,加梔子、丹参、延胡索;吞咽不利者,加枳实、威灵仙、莱菔子、牛蒡子;胸胁脘腹胀痛者,加柴胡、郁金、桃仁。

2.3 放疗阶段 食管癌患者接受放疗期间,常可并发放射性食管炎^[4]、放射性肺炎^[5],临床常表现为吞咽梗塞不适,难于进食,大便干结,口干咽燥,咳嗽多痰,严重影响患者生活质量。黎教授认为放疗乃一种火热邪毒,易耗伤人体气阴,治疗上多以益气健脾、养阴清热为治则,方选六君子汤合沙参麦冬汤加减:黄芪、白参、白术、茯苓、陈皮、沙参、麦冬、石斛、玄参、甘草。口燥咽干甚者,加天花粉、芦根;食欲不振者,加麦芽、谷芽、鸡内金;恶心呕吐者,

加砂仁、法半夏;失眠烦躁者,加酸枣仁、五味子;便秘者,加枳实、大黄(后下);发热者,加黄芩、地骨皮。

2.4 化疗阶段 化疗药物在杀伤肿瘤细胞的同时易产生毒副反应,临床上最常见的有消化道反应和骨髓抑制^[6];消化道反应表现为不同程度的恶心呕吐、食欲下降、大便不调等;骨髓抑制则表现为血液毒性:如白细胞、中性粒细胞及血小板下降、贫血等。黎教授根据脾主运化,胃主和降,脾胃乃气血生化之源、肾藏精,主骨生髓的理论基础,结合长期临床经验,提出消化道反应的病机关键为脾气亏虚,胃失和降;骨髓抑制乃因肾精受损,脾虚乏源。总的病机为脾肾亏虚,胃失和降^[7],治以健脾补肾、和胃降逆,方选自拟脾肾方加减:黄芪、白参、茯苓、白术、半夏、陈皮、枸杞、菟丝子(布包)、女贞子、山药、补骨脂、麦芽、鸡内金、甘草。腹泻者,加神曲、薏苡仁;阴虚多汗者,加煅龙骨、煅牡蛎;口渴引饮、口苦苔黄者,加黄连、连翘、麦冬;腹胀腹痛者,加厚朴、香附、桃仁。

3 用药特色

综观黎教授治疗食管癌的专方专药,发现其用药轻平,不求峻伐猛攻,不用猛药和毒性大之药,用量亦轻,不宜过量伤正;用药平淡,善用“淡药”,所谓淡药,乃平和之品,《神农本草经》所言上品药材。黎教授对于食管癌的治疗注重培补脾胃及降逆通下,无论病之早晚,均有不同程度的脾胃损伤,脾以升为健,胃以降为和,脾胃乃通降之枢纽,脾胃不和,气机阻滞,故治疗上以健脾和胃、保持胃肠道通畅为关键,即使大便不干结,方中亦用少许大黄,使邪有出路。

黎教授对于食管癌的治疗注重辨病与辨证相结合,在辨证的基础上,常用来治疗食管癌的药物有威灵仙、石见穿、山豆根、冬凌草、白花蛇舌草等。其中威灵仙是其治疗噎膈的经验用药,对于进食有梗阻感者常有较好疗效。威灵仙味咸,能软坚而消骨鲠,且能消痰逐饮,常用于食管癌,《开宝本草》言其“宣通五脏,去腹内冷气,心膈痰水之积,癥瘕痞气块”。现代药理研究^[8]亦表明威灵仙煎剂可使食管蠕动节律增强,频率增加,幅度增大,能松弛平滑肌。

总之,黎教授在治疗食管癌时强调认清疾病本质,辨证准确,分清疾病虚实,辨病与辨证相结合,扶正与抗癌并行,根据疾病发生发展不同阶段,疾病虚实不同,扶正与抗癌亦有所侧重,注重延长患

者生存期,改善患者生活质量,强调切忌过度治疗以增加患者痛苦。

4 典型病案

孙某,男,51岁。患者进行性吞咽梗阻困难二十余天,经食管镜、CT检查考虑食管癌,于2005年1月12日在某医院全麻下行“食管癌根治术”,术后病检示:(食管)高-中分化鳞癌,侵及外膜层,两端未见癌,患者术后未行放化疗。2005年6月左右患者开始出现持续性腹胀,伴恶心及便秘,于10月7日行电子胃镜活检,提示食管癌术后吻合口稍狭窄,胃内巨大溃疡性病变,癌可能性大。病理活检:(胃)高-中分化鳞癌。CT:食管癌术后,胃壁增厚,腹腔、腹膜后淋巴结增大,考虑食管癌术后复发并胃、腹腔腹膜后淋巴结转移,于2005年10月15日至2006年4月5日行NP方案化疗6个周期,化疗结束后复查CT:腹腔腹膜后肿大淋巴结消失,胃壁仍稍厚。血常规检测:白细胞 $1.86 \times 10^9/L$,血红蛋白 $77g/L$,血小板 $60 \times 10^9/L$ 。2006年4月9日开始求治于黎教授。症见:恶心,轻微呕吐,胃脘不适,胸膈痞闷,食欲不振,头晕乏力,面色无华,口干,进食轻微梗阻感,情志舒畅或嗳气后缓解,大便稍干结。舌质淡红少津,苔黄腻,脉细濡。中医辨证:脾肾两虚,气阴双亏,痰气交阻。治法:补肾健脾,益气养阴,理气和胃。方药:脾肾方加减。处方:黄芪20g,白参(蒸兑)10g,白术10g,茯苓10g,陈皮10g,枸杞10g,女贞子10g,墨旱莲10g,菟丝子10g,淫羊藿10g,炒麦芽15g,鸡内金10g,法半夏10g,砂仁5g,枳实10g,丹参10g,郁金10g,广木香10g,甘草5g。水煎,每天1剂。2006年6月25日二诊:服上方后感体力增加,恶心、呕吐、胃脘不适、食欲等症好转,胸膈痞闷、头晕、口干、进食梗阻略减轻,复查白细胞 $3.8 \times 10^9/L$,血红蛋白 $89g/L$,血小板 $84 \times 10^9/L$,续服2个月,恶心呕吐、头晕已不明显,食欲恢复正常,仍感轻微胃脘不适,偶有进食轻微梗阻感,情志舒畅或嗳气后缓解,口稍干,活动后感疲乏。舌质边尖红,稍少津,苔微黄腻,脉细弦。上方去枸杞、菟丝子,加浙贝母10g、玄参10g。12月8日三诊:查血常规:白细胞 $4.5 \times 10^9/L$,血红蛋白 $103g/L$ 。仍有轻微胃脘部不适,偶有进食轻微梗阻感。舌质边尖红,稍少津,苔微黄腻,脉细弦。上方加土贝母6g、夏枯草15g、壁虎10g、白花蛇舌草15g。2008年8月2日四诊:胃脘不适消失,进食梗阻感缓解,仅进食较急时有轻微梗阻感,面色逐渐恢复红润,体力基本恢复,精神、睡眠可,大小便正常,每隔2~3个月复查,以上方随症加减治疗。多次定期复查后,2013年1月22日因再次出现吞咽梗阻感明显就诊,2月1日查PET-CT:食管下段呈术后改变,食管颈胸交界段团块状异常放射性浓聚影,诊断食管癌复发。予放疗、化疗和中药结合治疗。

按:该患者术后半年余即出现复发,伴胃、腹腔腹膜后淋巴结多处转移,反映其体内癌细胞增生活跃,经5个疗程化疗后腹腔腹膜后淋巴结转移消

失,但胃转移灶仍有残留,而化疗后血液毒性明显,故求黎师中药治疗。一诊时患者刚结束化疗,化疗后骨髓抑制及消化道反应明显,且进食梗阻感常在情志舒畅及嗳气后缓解,辨证为脾肾亏虚,气阴两亏,痰气交结证,故以脾肾方加减,方中采用白参、黄芪、白术、茯苓、淫羊藿、菟丝子、枸杞、女贞子、墨旱莲等大量补肾健脾之品;佐以法半夏、广木香、砂仁、枳实、陈皮、神曲、炒麦芽、鸡内金等理气降逆,消食和胃;丹参、郁金活血开郁;甘草调和诸药。整体治疗分2个阶段进行,前期以化疗后正气亏虚,脏腑功能不足,急则治其标,先以脾肾方加减扶正为主,后以标本兼治,扶正抗癌并重,在前方基础上加用白花蛇舌草、土贝母、壁虎等解毒抗癌,浙贝母、夏枯草理气化痰散结。该方养阴、散结、抗癌,药效平和,可以长期服用。本案患者病程中血瘀证不明显,故只稍佐丹参行气通络。经黎教授中药治疗,患者带瘤生存达6年半之久,且生活质量无明显下降。

参考文献

- [1] 中国癌症中心. 2017年中国城市癌症最新数据报告[EB/OL], 2017:2.
- [2] Chen W, Zheng H, Zhang S, et al. Annual report on status of cancer in China, 2011[J]. 中国癌症研究: 英文版, 2014, 26(1):48.
- [3] 施乃明. 管状胃代食管术在食管癌切除术中的安全性及临床疗效研究[J]. 基层医学论坛, 2017(10):1164-1166.
- [4] 常浩, 邵秋菊, 齐宇红, 等. 三维适形放疗配合伽玛刀治疗食管癌117例疗效分析[J]. 微创医学, 2017(1):84-86.
- [5] 汪红艳. 老年食管癌放射治疗疗效及预后相关研究[D]. 合肥:安徽医科大学, 2016.
- [6] 魏玲, 李苏宜. 铂类药物治疗食管癌的临床研究进展[J]. 中国肿瘤临床, 2010(4):238-240.
- [7] 潘博, 李东芳. 潘敏求. 黎月恒医案精华[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014.
- [8] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007.

(收稿日期:2017-09-04)

温馨提示

为了严肃学风,尽力杜绝学术界剽窃、伪造、篡改及一稿多投、一个学术成果多篇发表等学术不端现象,以期进一步提高本刊学术水平,营造良好学术氛围,本刊已采用CNKI科研诚信管理研究中心提供的“科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)”对每一篇来稿进行检测,对抄袭率超过30%或“治疗方法”与已发表的相关文献基本相同的论文一律不进入初审流程。请各位作者投稿前自行把好准入第一关,避免一切学术不端行为。