

“形神并调”治疗胸腺癌1例报告

钱芳芳¹, 刘海涛¹, 衣秀秀¹, 田建辉^{1,2}

(1. 上海中医药大学附属龙华医院, 上海, 200032;

2. 上海市中医药研究院中医肿瘤研究所, 上海, 201203)

[关键词] 胸腺癌; 心包积液; 扶正治癌; 形神并调

[中图分类号] R273.63 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.041

胸腺癌是一种源于胸腺上皮的恶性肿瘤。在我国, 胸腺肿瘤的发病率约为3.93/100万, 约占肺癌发病率的1%, 因其发病率较低而在临床少见。胸腺肿瘤的治疗通常首选手术切除, 对于晚期患者和不适合手术治疗的患者, 通常采用化疗、放疗等手段干预肿瘤进展, 控制并发症^[1-2], 但生存率低。王常禄等^[3]通过对42例晚期胸腺肿瘤患者经非手术治疗后生存期的观察, 发现该群体5年生存率仅为46%。田建辉主任医师在“扶正治癌”理论指导下, 擅于运用中医药结合现代医学疗法治疗恶性肿瘤, 提出了“正虚伏毒”为恶性肿瘤的核心病机, 并强调围绕该病机进行动态干预的观点^[4], 此治则在对恶性肿瘤患者的诊治过程中体现了良好的疗效。现将1例胸腺肿瘤患者的治疗过程报告如下。

1 病案资料

韩某, 女, 60岁, 2011年1月24日初诊。主诉: 胸部、后背疼痛5年余, 加重伴心脏有压迫感2个月余。现病史: 患者于2010年12月27日在上海市胸科医院行胸部增强CT示: 前纵膈可见一异常密度阴影, 大小4.6cm×10.6cm, 纵膈淋巴结肿大, 双侧肺门未见肿大淋巴结, 胸腔内未见积液, 心包增厚伴积液。左肺下叶条索形密度增高, 余双肺内未见异常密度影。影像学诊断: 胸腺占位, 考虑恶性胸腺瘤可能性大; 左肺下叶慢性炎症。患者于2011年1月24日在上海中医药大学附属龙华医院就诊。否认冠心病、高血压病、糖尿病等病史, 否认药物过敏史。排除手术可能, 拟行放疗。刻症: 胸痛, 夜间加重, 二便调, 舌红、苔薄白, 脉弦滑。西医诊断: 胸腺恶性肿瘤; 中医诊断: 积聚, 胸痹(脾肾两虚, 痰浊阻滞证)。治法: 补益脾肾, 豁痰宣痹。处方: 四君子汤合瓜蒌薤白半夏汤加減。处方: 黄芪30g, 太子参15g, 白术15g, 茯苓15g, 桑寄生15g, 黄精15g, 山茱萸15g, 半夏12g, 瓜蒌皮15g, 薤白9g, 山慈菇15g, 昆布12g, 海藻15g, 夏枯草15g,

蛇六谷30g, 石见穿30g, 大血藤30g, 预知子15g, 鸡内金15g, 炙甘草18g。14剂, 1剂/d, 水煎, 早晚分服。建议尽早明确病理诊断, 指导后续治疗; 普通门诊随访。12月5日二诊: 患者于5月30日在某院行纵膈活检穿刺, 病理结果提示: 胸腺鳞癌。6月7日开始予原发灶放疗6000CGY/30次/42d。6月27日、8月29日行第1、2周期化疗(依托泊苷0.1g+顺铂40mg, d1-d3), 9月2日胸部CT: 胸腺癌放疗后, 前上纵膈可见不规则肿块, 大小44.0mm×67.7mm, 伴心包侵犯, 纵膈淋巴结肿大, 心包积液。10月17日、11月21日继续行第3、4周期化疗。化疗期间, 患者出现骨髓抑制, 外院予以提升白细胞处理。11月28日复查血常规: WBC $2.5 \times 10^9/L$ 。症见: 咳嗽气喘, 少痰, 舌淡、苔薄, 脉弦。辨病为积聚、支饮; 辨证为脾肾阳虚, 饮凌心肺; 治法: 温肾健脾, 温化水饮。方拟苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤合当归补血汤加減。处方: 黄芪30g, 太子参15g, 白术15g, 茯苓15g, 桂枝12g, 炙甘草18g, 桑寄生15g, 黄精15g, 半夏12g, 桔梗9g, 当归12g, 鸡血藤30g, 石韦30g, 葶苈子30g, 大枣15g, 山慈菇15g, 夏枯草15g, 蛇六谷30g, 石见穿30g, 大血藤30g, 预知子15g, 鸡内金15g。14剂, 1剂/d, 水煎, 早晚分服。普通门诊随访。2012年6月18日三诊: 4月9日胸部CT: 纵膈肿块明显缩小, 心包积液较前增多。5月10日、6月18日行第5、6周期化疗。5月24日复查血常规示: WBC $3.5 \times 10^9/L$ 。症见左前胸壁疼痛, 夜寐欠安, 咳嗽痰黄。辨病为积聚、胸痹, 辨证为痰郁化热, 热扰心神。治法: 清化热痰, 宁心安神。方拟枳实薤白桂枝汤合温胆汤合栀子豉汤加減。处方: 太子参15g, 白术15g, 茯苓15g, 薤白9g, 桂枝12g, 炙甘草18g, 半夏12g, 枳实15g, 陈皮9g, 竹茹10g, 栀子12g, 淡豆豉12g, 当归12g, 鸡血藤30g, 石韦30g, 葶苈子30g, 大枣15g, 龙葵30g, 猫人参30g, 山慈菇15g, 夏枯草15g, 蛇六谷30g, 石见穿30g, 鸡内金15g。14剂, 1剂/d, 水煎, 早晚分服。长期以此方加減, 鼓励患者身体允许便可外出旅游, 调整心情。2016年3月28日四诊: 2015年4月3日胸部CT示胸腺癌放疗后, 前纵膈肿块未见缩小; 心包积

基金项目: 上海市医疗卫生优秀学科带头人培养计划资助项目(编号: 2017BR044)

第一作者: 钱芳芳, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 中医药治疗恶性肿瘤的临床与基础研究

通讯作者: 田建辉, 男, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药治疗恶性肿瘤的临床与基础研究, E-mail:

hawk7150@hotmail.com

液较前略有减少。两肺野内带片状影同前相仿,治疗后改变可能。2016年2月右侧乳房至腋下见红色带状疱疹,经服用龙胆泻肝汤治疗后已康复。诉胸痛时作,遇冷加重。舌淡红,苔薄白,脉沉细。辨病同前,辨证为脾肾亏虚,心阳闭阻。治法:补益脾肾,通阳泄着,宣痹利水。方拟二仙汤合瓜蒌薤白半夏汤合葶苈大枣泻肺汤加减。处方:黄芪30g,白术30g,太子参15g,茯苓30g,仙茅9g,淫羊藿9g,女贞子15g,南蒴蒴子30g,大枣15g,防己15g,泽漆15g,龙葵30g,猫人参30g,半枝莲30g,山慈菇15g,瓜蒌皮15g,薤白9g,桂枝12g,莪术15g,丹参30g,浙贝母12g,天南星15g,天葵子30g。14剂,1剂/d,水煎,早晚分服,普通门诊随访。2017年2月16日五诊:患者于2016年底出现乏力、气喘、肿瘤部位疼痛时作,甚则不能平卧。2016年11月24日胸科医院心脏MRI+增强:右室肌壁、左室肌壁及左房肌壁心肌占位,考虑恶性病变,转移可能大,心肌舒张受限,心包积液。2016年12月22日在上海市胸科医院行心包闭式引流抽取心包积液1500ml,化疗1个周期(多帕菲98mg dl+茶达铂115mg dl),因出现胃肠道反应不能耐受停止化疗。复查血常规白细胞 $2.9 \times 10^9/L$,血红蛋白92g/L。症见:神疲乏力,咳嗽时作,舌质淡暗,苔薄,脉弦。辨病同前,辨证为脾虚痰湿,饮停心肺。治法:健脾化痰,化饮利水。方拟四君子汤合苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减。处方:黄芪30g,白术30g,太子参15g,茯苓30g,瓜蒌皮15g,桂枝12g,浙贝母12g,天南星15g,南蒴蒴子30g,大枣15g,防己15g,龙葵30g,猫人参30g,女贞子15g,丹参30g,莪术15g,山慈菇15g,天葵子30g,瘪桃干15g,猫爪草15g。1剂/d,水煎,早晚分服。予以养正消积胶囊,口服,4粒/次,3次/d。5月9日六诊:1月行心包积液引流术,3月在某医院行放疗10次,目前服用替吉奥第3个疗程中。症见纳差,口干引饮,夜尿频,舌红,苔薄,脉弦细。辨病为积聚、支饮;辨证为气阴两虚。治法:益气养阴,扶正抗癌,化饮利水。方拟沙参麦冬汤合葶苈大枣泻肺汤加减。处方:黄芪30g,麦冬15g,太子参15g,茯苓30g,南蒴蒴子30g,大枣15g,猫人参30g,龙葵30g,瓜蒌皮15g,桂枝12g,女贞子15g,天葵子30g,瘪桃干15g,猫爪草15g,七叶一枝花15g,鱼腥草30g,莪术15g,丹参30g,浙贝母12g,天南星15g,百部12g,桔梗18g,姜竹茹10g,石膏30g。14剂,1剂/d,水煎,早晚分服。12月5日复诊,患者无特殊不适,近日复查无殊。仍坚持每天服用中药治疗,门诊随访。

2 讨论

2.1 晚期胸腺瘤预后不佳,杂合以治获良效 胸腺位于胸腔前纵膈内,是人体重要的中枢免疫器官。胸腺瘤是一种发于纵膈的罕见恶性肿瘤,现代医学认为对该病的治疗当以手术切除为首选,完整的手术切除是影响疾病预后的最主要因素^[5]。但是由于该病发病隐匿,进展缓慢,因此常导致早期

不易被患者发现而延误病情。对于晚期和无法耐受手术的患者,其最优的治疗方案仍未统一。该例患者预估只有6个月的生存期,而患者意志坚定,经过化疗、放疗、中医药治疗等杂合以治,达到了长期生存的目的,至今已经生存超过6年余,现可生活自理,外出旅游,保持较好的生存质量。

2.2 治遵“扶正治癌”,注重益气温化 中医古籍中并无对“胸腺肿瘤”的明确记载,但从症状和病机分析,本病应属“积聚”“胸痹”“喘证”“心悸”等范畴。《医宗必读·积聚》载:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之”,明确指出积聚发病的原因是人体正气亏虚之时,复感邪气,邪踞体内,形成有形之肿块。《景岳全书·积聚》载:“凡脾肾不足及虚弱之人多有积聚之病,盖脾虚则中焦不运,肾虚则下焦不化,正气不行则邪滞得以居之。”历代医家多认为积聚发病与脾肾关系最为密切。胸腺瘤的位置隶属任脉范围,通过任脉与脾肾联系密切^[6]。脾主运化,脾虚则水谷精微运化无主;肾为先天之本,肾虚则肾气不固,肾精不化则不足以濡养五脏。当人体正气亏虚时,胸中阳气不振,津液输布代谢失调,则气滞、痰凝、津停、血瘀,凝聚于胸中,则成胸腺瘤。

该患者以胸痛彻背前来就诊,结合胸部CT,中医诊断主病为积聚,次病为胸痹。《素问·上古天真论》中记载:“女子……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”患者初诊时已年逾五十,肾精衰竭,基础疾病以肺部疾病为主,平素肺气耗伤,久之子盗母气,导致脾肾两虚,痰饮不化,凝结于胸,始发胸腺肿瘤。结合患者舌脉,辨证为脾肾两虚,痰浊闭阻证,治以补益脾肾,豁痰宣痹。方用四君子汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。方中以黄芪、黄精、桑寄生、太子参、白术补益脾肾;瓜蒌皮、薤白、半夏化痰通阳,宣痹止痛;昆布、海藻软坚散结;山慈菇、夏枯草、蛇六谷、石见穿等清热解毒;大血藤活血止痛;鸡内金顾护胃气。诸药合用,共奏补益脾肾、豁痰宣痹之功。二诊时,参考患者病理诊断为胸腺鳞癌,乃恶性程度较高的肿瘤。患者在外院接受放疗、化疗等干预肿瘤进展后,影像学资料表明肿瘤缩小,说明治疗有效。但伴随治疗出现的骨髓抑制等不良反应使得患者身体更加虚弱,咳嗽少痰等放射性肺炎表现也随之出现。由于肿瘤位置临近心脏,心包积液也成为影响患者生活质量的主要因素。故二诊时,针对患者咳嗽气喘、心包积液,方以苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤

合当归补血汤加减以温肾健脾、温化水饮为主。苓桂术甘汤出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之。”患者化疗后出现骨髓抑制的不良反应,应用当归、黄芪补气生血。现代药理学表明石韦、鸡血藤有促进血细胞成熟的作用。三诊时患者已经6个周期的化疗,症见咳吐黄痰,体内痰湿郁而化热,热扰心神出现夜寐欠安,故以温胆汤化痰宁心,佐以栀子、淡豆豉清热除烦,余各药继续服用。四诊时,患者出现胸痛时作,遇冷加重,且就诊前患者复感外邪,并发右乳前带状疱疹,再观舌脉,考虑为久病脾肾阳虚,心阳不振所致,故方用黄芪、白术、太子参、茯苓补益脾气;仙茅、淫羊藿、女贞子取二仙汤补益肾阳、填补肾精之用;南蒯蒺藜、大枣取南蒯大枣泻肺汤中利水平喘之功,防己、泽漆、龙葵、猫人参加强利水之效;瓜蒌皮、薤白、桂枝取自《金匮要略》瓜蒌薤白半夏汤豁痰宣痹之用,加用桂枝温通血脉,通则痛减;浙贝母、天南星化痰散结;半枝莲、山慈菇、天葵子清热解毒抗癌;莪术、丹参活血化瘀。全方攻补兼顾,共奏扶正抗癌之功效。五诊时,患者病情出现进展,心包积液增加,行心包积液闭式引流术后,患者出现全身乏力的症状,同时伴有咳嗽气喘等症。患者情绪焦虑但求生欲望强烈,田教授循循善诱,鼓励患者要有战胜病魔的信心,要积极乐观地面对疾病。方药仍以健脾化痰、利水化饮为主。六诊时,患者经过放射治疗后,出现口干引饮、舌质红、脉弦细的症状和体征。中医学认为,放疗为外界热邪,患者为放疗期间热邪犯肺,肺为娇脏,喜润恶燥,原方中加入麦冬、石膏滋阴润燥;鱼腥草、百部、桔梗宣通肺气;姜竹茹配伍黄芪、太子参以益气健脾和胃;七叶一枝花清热解毒抗癌。田教授在对该患者的临床诊治中,把握患者核心病机为脾肾亏虚、饮停心肺、痰凝纵膈,治疗也始终遵循“扶正抗癌”的原则。

清代徐灵胎《兰台轨范》记载:“欲治病者,必先识病之名,能识病之名,而后求其病之所由生,知其所由生,又当辨其生之因各不同,而病状所由异,然后考虑其治之法,一病必有主方,一方必有主药。”指出了辨病与辨证结合的重要性。该胸腺癌患者初诊时以胸痛为主诉,结合影像学资料辨病为积聚和胸痹,而恶性肿瘤发病病机多为本虚标实,结合患者平素体质,治疗当以补益脾肾为主,通阳宣痹,同时兼顾清热解毒、消肿散结达到治癌目的。而后

在疾病的发展过程中,心包积液造成的咳嗽喘息逐渐成为困扰患者的主要因素,这时治疗在苓桂术甘汤的基础上加用葶苈子、大枣、防己、泽漆、龙葵、猫人参等以加大泻肺利水的力度。葶苈大枣泻肺汤出自《金匮要略》:“支饮不得息,葶苈大枣泻肺汤主之。”“肺病,喘不得卧,葶苈大枣泻肺汤主之。”一属痰饮,一属肺病,但二者病机均为痰涎壅盛、邪气实闭,证型相同即可寻求同一方药,体现了“异病同治”的思想。此处患者心包积液,审其因乃饮停心肺,辨证取方,故事半功倍。疾病后期,患者病情稳定,长期口服化疗药物,中药在治疗中应体现补益脾肾、抗癌利水,同时应防护化疗药物带来的毒副作用,中西医相辅相成,共奏抗癌增效之功。在本病的治疗中,田教授始终遵循“扶正治癌”的总则,注重温化寒积、调神抗癌,并适时联合应用放疗、化疗等方法,体现了“以人为本”的治则,收到了良好的临床效果。

2.3 “形神并调”以治顽疾 田教授在对患者的临证诊治中,重视“形神并调”^[7]。《景岳全书·治形论》载:“吾所以有大乐者,为吾有形,使吾无形,吾有何乐?是可见人之所有者唯吾,吾之所赖者唯形耳,无形则无吾矣,谓非人身之首务哉!”强调了形体是承载精神和生命活动的载体。《素问·上古天真论》载:“故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去。”指出形体和精神的协调发展对人体的健康长寿起到了重要的作用。该患者为老年女性,病史复杂,治疗过程中出现了多次转折,在心理上承受了较大的压力;另一方面,其症状所产生的痛苦给患者的生活带来了很大困扰,使患者的形体和精神同时受到了影响。田教授在临证过程中,喜用情志调神法,例如先后应用苓桂术甘汤通阳化饮安神,温胆汤化痰宁心安神,栀子豉汤清心除烦安神,太子参益气养阴、养心安神,巧妙化用经方,从多个角度调护心神,改善患者的生存状态。同时,田教授还强调情志调神的重要性,在对患者诊治时,态度温和亲切,经常鼓励患者积极应对治疗,充分调动患者的主观能动性战胜疾病;此外,还鼓励患者在身体许可的情况下,外出旅游,调护心情。甚至通过网上个人工作室的客户端与患者良性互动,帮助患者树立信心,乐观地配合治疗,增强患者的信心。这一做法体现了中医学“形神并调”的观念。《素问·灵兰秘典论》曰:“心者君主之官,神明出焉”,人体的功能由心气推动,外在表现为神,包括人的精神活动和思想意识。心神的变化对于人体

以四肢无力为表现的 甲状腺功能减退性肌病误诊1例报告

唐英超¹, 冉宁晶¹, 杨旭红²

(1. 成都中医药大学, 四川 成都, 610075;

2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610075)

[关键词] 甲状腺功能减退性肌病; 误诊; 四肢无力

[中图分类号] R259.812 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.042

甲状腺功能减退性肌病(HM)是由甲状腺功能减退(简称甲减)引起的骨骼肌疾病。该病起病隐匿, 临床表现多样, 其病情轻重与甲减的程度和病程有一定的相关性。早期表现不典型, 主要为不同程度的近端肌无力、肌痉挛、肌痛、肌肥大、反射延迟等, 可同时有甲减的其他表现^[1-2]。据国外文献报道, 本病发生率约占甲减患者的30%~80%^[3]。本病发病机制目前尚不清楚, 可能与遗传、甲状腺功能减退致代谢异常及自身免疫等因素有关。El-Salem等^[4]认为其发病机制可能与甲减患者低代谢导致ATP生成减少、黏多糖在周围神经中沉积及施旺细胞发生代谢性障碍、肌细胞的肾上腺素受体减少引起糖原分解降低等因素相关。本病因为缺乏甲状腺功能减退的典型临床表现而容易被误诊为多发性肌炎, 现将误诊病案1例报告如下。

1 病案资料

李某, 男, 52岁, 因“四肢乏力1个月余”于2018年4月3日收入成都中医药大学附属医院神经内科住院治疗。患者1个月余前无明显诱因出现四肢无力, 以肘膝关节以上为主, 呈缓慢性、持续性, 晨起、上楼时明显, 休息后缓解, 嗜睡, 四肢怕冷, 门诊以“多发性肌炎”收入院治疗。体格检查: T 36.7℃, P 71次/min, R 20次/min, BP 120/84mmHg; 甲状腺轻度肿大, 质稍硬; 神经系统查体无阳性体征。2018年4月4日辅助检查结果显示: 胆固醇(TC) 5.94mmol/L, 三酰甘油(TG) 4.21mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 3.37mmol/L, 磷酸肌酸激酶(CK) 1082U/L, 磷酸肌酸激酶同工酶(CK-MB) 31U/L, 促甲状腺激素(TSH) >100.0uIU/ml, 甲状腺素(T₄) 9.23nmol/L, 三碘甲状腺原氨酸(T₃) 0.39nmol/L, 游离甲状腺素(FT₄) 2.01pmol/L, 游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃) 1.82pmol/L, 甲状腺球蛋白(TgAb) 0.04ng/mL, 抗甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb) >600.0IU/ml, 促甲状腺

第一作者: 唐英超, 女, 2017级硕士研究生, 研究方向: 神经病学的临床研究

通讯作者: 杨旭红, 男, 医学博士, 副主任医师, 副教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 神经内科疾病的临床研究, E-mail: xuhong7506@163.com

情志的影响至关重要。而“治神”则体现了使脏腑的功能处于“阴平阳秘”的平衡状态。《圣济总录·治神》记载:“专恃毒药, 而不问其情, 则精神不进, 志意不治, 故病不可愈。”也同样强调了在疾病治疗过程中治神的重要性。而目前的生物-心理-社会医学模式的治疗原则也推崇在治愈器质性病变的过程中给予病患关怀和支持, 尤其在对肿瘤患者的治疗中, 心理干预对维持和提高患者的生存质量有着重要的作用^[8]。

参考文献

- [1] 方文涛, 傅剑华, 沈毅, 等. 胸腺肿瘤的诊疗: 基于中国胸腺肿瘤协作组多中心回顾性研究的共识[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(7): 414-417.
- [2] Chen KN, Fu H, Gu Z, et al. Long-term survival after surgical treat-

ment of thymic carcinoma[J]. Annals of Surgical Oncology, 2016, 23(2): 619-625.

- [3] 王常禄, 高兰婷, 吕长兴, 等. 非手术方法治疗局部侵袭性胸腺肿瘤[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(7): 483-488.
- [4] 田建辉. “正虚伏毒”为肺癌发病的核心病机[J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(12): 10-14.
- [5] Riely GJ, Huang J. Induction therapy for locally advanced thymoma[J]. Journal of Thoracic Oncology Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer, 2010, 5(10 Suppl 4): S323.
- [6] 张怀宝. 刘嘉湘教授治疗胸腺瘤经验[J]. 中医研究, 2014, 27(5): 41-43.
- [7] 田建辉, 朱飞鹏, 刘冬霜, 等. “以人为本”建立中医药实体瘤疗效评价标准[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(9): 3-6.
- [8] 刘冬霜, 田建辉, 施志明, 等. 心理干预配合辨证论治对晚期肺癌患者生存质量的影响[J]. 中国肿瘤, 2005, 14(10): 645-647.

(收稿日期: 2018-09-06)