

引用:夏宁俊,陈艳,王国方,罗毅.罗毅从脾虚论治胃癌经验[J].湖南中医杂志,2023,39(9):54-57.

罗毅从脾虚论治胃癌经验

夏宁俊¹,陈艳¹,王国方¹,罗毅²

(1. 丹阳市中医院,江苏 丹阳,212300;

2. 江苏省中西医结合医院,江苏 南京,210028)

[摘要] 介绍罗毅教授从脾虚论治胃癌的经验。罗教授认为脾胃虚弱,正气亏虚是胃癌发生的基础病机,在此基础上出现痰湿、瘀血、癌毒等实邪因素,其临证将调补脾胃法作为基础方法用于胃癌的不同阶段。对于胃癌术后,西医辅助治疗前,治以健脾运胃、益气养血、通腑泄浊,促进体质恢复;对于胃癌术后,西医辅助治疗后,治以调和脾胃、健脾助运、化痰祛瘀,防癌复发;对于晚期胃癌,西医姑息治疗阶段,治以健脾扶正,以改善患者生活质量、延长生存为主要目的。并附验案 1 则,以资佐证。

[关键词] 胃癌;脾虚证;名医经验;罗毅

[中图分类号]R273.52 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.09.013

胃癌是常见的恶性肿瘤,发病率为消化道肿瘤之首,我省发病率高于全国,严重危害人们健康,给社会带来沉重负担^[1]。胃癌的总体预后较差,部分患者诊断时已为晚期,失去手术机会,即使可以手术的患者,术后亦有较高的复发转移率,治疗较为棘手。近年来,随着早诊早治理念的不断推广,可手术治疗的患者逐年增加,同时靶向药物、生物免疫药物等新型治疗方法不断发展,使生存期不断延长,但患者的总体生存率及生活质量仍难以令人满意^[2]。如何尽力延长胃癌患者生存期,提高生活质量仍是临床值得探讨的问题。

罗毅教授是江苏省中西医结合医院肿瘤科主任中医师,师从全国著名肿瘤学专家徐荷芬教授,从事中医药治疗恶性肿瘤二十余年,在中医药治疗胃癌方面积累了丰富的经验。其从脾虚论治胃癌,取得了较好的临床疗效,现报告如下,以飨同道。

1 胃癌以脾虚为本,痰瘀毒为标

《素问·评热病论》载:“正气存内,邪不可干”;《素问遗篇·刺法论》载:“邪之所凑,其气必虚”,强调了正气对于机体的保护作用。脾胃主运化水谷精微,为气血生化之源,后天之本,正如李东垣在《脾胃论》中所述:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而

后能滋养元气”^[3]。脾胃健旺,体健无疾,反之则内伤百病,百病由生,说明机体正气取决于脾胃功能。胃癌作为脾胃系统常见肿瘤,其发生亦与脾胃密切相关。《卫生宝鉴》云:“凡人脾胃虚弱,或饮食过常,或生冷过度,不能克化,致成积聚结块”^[4]。《景岳全书》云:“脾胃不足及虚弱失调之人,多有积聚之病”^[5]。脾胃亏虚,正气不足,邪气内生,进一步产生其他实邪因素,气虚后气行缓慢,津液、血流受阻,生痰成瘀,日久不化,邪气之间相互胶结,顽固不化,逐渐恶变,癌毒内生,从而形成胃癌。其主要病理因素为痰湿、瘀血、癌毒等。诸多病理因素均是在脾胃亏虚,正气内损的基础上产生,使得胃癌的综合病机为正虚邪实。在胃癌的不同阶段中,正虚邪实呈动态性演变,从而需要及时调整治疗措施。手术是唯一能使胃癌患者治愈并获得长期生存的治疗方法,罗教授衷中参西,根据能否手术治疗及手术后时间将患者分成以下三类:其一,胃癌术后,西医辅助治疗前。这类患者已通过手术切除了肿瘤,祛除了主要的实邪因素,但也不可避免地损伤了脾胃功能,引起脾胃失调,气血亏虚,气机失常等病机变化。其二,胃癌术后,西医辅助治疗后。手术及术后辅助治疗祛除了主要的邪实因素,但仍可能存在残留的癌毒之邪,如因各种因

基金项目:第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教函[2022]1号);江苏省镇江市重点研发计划社会发展项目(SH2022070)

第一作者:夏宁俊,男,医学硕士,副主任中医师,研究方向:肿瘤的临床研究

通信作者:王国方,男,主任中医师,研究方向:肿瘤的中西医结合诊治,E-mail:593166088@qq.com

素引起脾胃虚弱,正气亏虚,内潜癌毒则易伺机复发。其三,晚期胃癌、西医姑息治疗阶段。此时已无手术机会,癌毒弥漫,脾胃衰竭,邪实正衰,以内科治疗为主,若病情未得到及时控制,癌毒流注全身,则患者预后差,生存期短。罗教授认为,纳差乏力、面色少华、大便溏泄、虚劳等为胃癌的临床主要表现,尤其见于手术后、放疗后。脾胃虚弱,正气亏虚是其发生的基础病机,贯穿于整个病程,对疾病的发生发展起到促进作用。故罗教授主张分阶段治疗胃癌,将调补脾胃法作为基础治法用于胃癌的不同阶段。

2 分阶段从脾虚论治胃癌

2.1 胃癌术后,西医辅助治疗前

手术是胃癌患者的首选治疗方式,术后患者体质的及时恢复是围手术期管理的关键,关系到患者术后能否行辅助治疗。手术在切除胃部肿瘤,祛除癌毒之邪的同时也不可避免地损伤了脾胃功能(尤其是开腹手术患者),导致脾胃功能失调,气血生化乏源,腑实气滞不畅。此时如不予以积极调治,患者体质未能及时恢复,气血不足,容易影响术后的辅助治疗,从而影响总体疗效,甚至导致术后的长期并发症。

罗教授认为,中医药对术后患者的积极干预十分重要,是胃癌全程化管理的重要组成。胃癌患者术后早期常见全身乏力、食欲减退、食后饱胀、恶心、腹泻等脾胃功能失调的表现,究其原因不外乎于脾胃失调、脾失健运、气血乏源、气机失调、腑实气滞等,此时中医药以调理脾胃,促进术后消化道功能恢复为主,施以健脾和胃、益气养血、通腑泄浊等治法,以促进体质恢复。罗教授强调,临床注意用药轻灵,顾护胃气,不用或少用抗癌解毒药物,为后续治疗和康复创造条件。其常用《傅青主女科》中的健脾汤加减治疗。处方:人参 15 g,炒白术 15 g,当归 15 g,茯苓 10 g,炒白芍 10 g,神曲 10 g,吴茱萸 3 g,大腹皮 10 g,陈皮 10 g,砂仁 10 g,生麦芽 10 g。方中人参、炒白术、茯苓健脾益气;当归、炒白芍养血化瘀;大腹皮、陈皮、砂仁理气行滞,助脾运化;吴茱萸温胃助阳;神曲、生麦芽消食助运。全方共奏健脾益气养血、理气助脾运化之功,使得补而不滞,运而不散。除非虚象极为显著,一般不施以大剂量之品,以求轻灵施治,缓治固本。中虚气滞,食后腹胀者加木香 10 g、佛手 10 g、甘松 10 g 理气运脾;腑实气滞,大便不通者加枳实 10 g、厚朴 10 g、苏梗 10 g 理气通腑;大便不成形,或溏结不调者加生白术 15 g、山药 15 g、芡实 15 g 健脾燥湿;切口愈合延迟者加大剂量生黄芪 50~100 g 益气生肌。罗教

授还重视饮食、情志、生活调摄等在术后早期阶段的作用,常嘱患者进高蛋白、清淡、易消化饮食,多注意休息,适当运动等,以促使脾胃调和,促进机体康复。

2.2 胃癌术后,西医辅助治疗后

胃癌术后,除部分分期较早的患者不需要术后辅助治疗,大多数患者均需要通过术后辅助治疗以减少复发转移的风险。化疗是胃癌辅助治疗的主要手段,化疗药为细胞毒药,在杀伤肿瘤细胞的同时也不可避免地杀伤正常细胞,引起机体阴阳失衡,脾胃功能失调,气血失和,此为“药毒致损”。骨髓抑制、消化道反应为其最常见的不良反应,主要表现为乏力、纳差、恶心、呕吐、腹泻等。罗教授认为,在西医辅助治疗时配合中医药扶正抗癌,能减轻化疗相关毒副作用,确保化疗顺利进行,还能预防肿瘤复发转移,起到“增效减毒”的作用。对于化疗引起的恶心呕吐,罗教授多以《金匱要略》小半夏加茯苓汤化裁治疗。处方:姜半夏 10 g,生姜 10 g,茯苓 15 g,竹茹 10 g,陈皮 10 g,紫苏 10 g,大枣 10 g,炒麦芽 10 g,公丁香 5 g,柿蒂 10 g。方中姜半夏、竹茹、生姜、公丁香、柿蒂降逆和胃止呕;陈皮、紫苏理气和中;茯苓健脾利水;大枣、炒麦芽健脾和胃。全方共奏降逆止呕、健脾和胃之功。研究显示,本方能有效改善恶性肿瘤化疗患者的呕吐症状,提高患者的免疫功能及生活质量^[6]。

对于化疗后骨髓抑制,罗教授多以健脾温阳、益气生血为治法,常予自拟益气生血汤治疗。处方:生黄芪 30 g,党参 20 g,女贞子 15 g,制何首乌 15 g,茯苓 15 g,陈皮 10 g,熟地黄 25 g,枸杞子 10 g,艾叶 10 g,阿胶 10 g,当归 10 g,生白术 15 g,炙甘草 6 g,砂仁 6 g。方中党参、生白术、茯苓、炙甘草、当归、熟地黄、阿胶益气健脾、补益中焦、养血填髓;生黄芪大建中气,助补益脾肾之力,上药共为君药。艾叶温润不燥,温肾助脾,激发脾肾之阳;枸杞子、女贞子滋润不腻,滋养脾肾,调补脾肾之阴,四药阴阳并用,气血共求,同为臣药。制何首乌养血补血;陈皮、砂仁理气助运,使众药补而不滞,皆为佐药。炙甘草调和诸药,兼为使药。全方共奏健脾补肾、益气生血之功。临床研究显示,本方能有效减轻恶性肿瘤化疗患者的骨髓抑制,减少促红细胞生成素西药的使用,且能提高患者生存质量^[7]。中医学认为血肉有情之品的补益功效好,可适当使用血肉有情之品以加强补养气血之力,如阿胶、鹿角胶、紫河车等。

部分胃癌术后患者淋巴结转移较多或切缘阳性,需要行术后辅助放疗。放射线为火热之邪,易损伤津

液,出现口干燥热、胃脘灼痛等胃阴亏虚症状。罗教授常以《温病条辨》中的益胃汤合《伤寒论》中的芍药甘草汤治疗。处方:南沙参 15 g,麦冬 15 g,玉竹 15 g,生地黄 15 g,炒白芍 15 g,炙甘草 6 g,生麦芽 10 g,乌梅 10 g,木瓜 10 g,神曲 10 g,枸杞子 15 g,陈皮 10 g。方中南沙参、麦冬、玉竹、生地黄滋阴生津、润养胃阴;木瓜、乌梅、炒白芍、炙甘草酸甘化阴,生津补液;枸杞子滋补肝肾,以养胃阴;陈皮理气助运;神曲、生麦芽消食助运。全方共奏润补胃阴、理气助运之功。

对于已完成手术的胃癌患者,手术虽切除了肿瘤,但仍可能出现余邪未尽,癌毒残留的情况,尤其是术后分期较晚或者存在神经侵犯、脉管侵犯、淋巴结转移等复发转移高危因素,体内仍可能存有潜在的癌毒之邪。在机体亏虚、免疫力降低的基础上癌毒之邪伺机而发,流窜浸淫,形成复发转移病灶。罗教授认为,对于这部分患者需要定期复查评估,积极采用中医药治疗能扶正祛邪,提升正气,祛除余毒,降低术后复发或转移的风险。罗教授通过总结徐荷芬教授的诊治经验^[8],并结合自身的临床经验,创立以脾胃为中心的健脾抗癌法,健脾养阴助运以扶助正气,解毒化痰祛瘀以祛邪抗癌,自拟解毒抗癌方治疗。处方:党参 15 g,生黄芪 15 g,炒白术 15 g,麦冬 15 g,神曲 10 g,木香 10 g,生麦芽 10 g,红豆杉 5 g,浙贝母 10 g,藤梨根 15 g,石见穿 15 g,茯苓 15 g。方中党参、生黄芪、炒白术、茯苓健脾益气;麦冬润养胃阴;木香理气助运;红豆杉、浙贝母、藤梨根、石见穿化痰祛瘀、抗癌解毒;神曲、生麦芽消食助运,保护胃气。罗教授临床以此为基本方治疗胃癌术后Ⅲ期或有复发高危因素的脾虚证患者,疗效显著。

罗教授临床用药随证加减,灵活变通。如兼有情志不畅、闷闷不乐、胁痛胃胀、嗝气频频等气滞证者加香附 10 g、醋柴胡 10 g、苏梗 10 g 疏肝理气;兼有头身困重、呕吐痰涎、大便稀溏、手足水肿等痰湿证者加生白术 15 g、白扁豆 15 g、薏苡仁 15 g 健脾祛湿;兼有疼痛、痛有定处、刺痛为主、肌肤甲错等血瘀证者加丹参 10 g、桃仁 10 g、莪术 10 g 活血化瘀。临证也可根据患者具体情况辨证选用具有抗癌作用的中药,如以石见穿、刺猬皮治疗瘀毒、以山慈菇、猫爪草治疗痰毒、以土茯苓、苦参治疗湿毒、以藤梨根、龙葵治疗热毒。

2.3 晚期胃癌,西医姑息治疗阶段 对于部分晚期胃癌,尤其是经多种方法治疗效果不佳,病情持续进展者,西医已无较好的治疗方法,多采用对症支持治

疗,以减轻患者痛苦为主。此类患者因肿瘤扩散而导致肠梗阻、腹水、出血、汗证等多种并发症,出现乏力、消瘦、纳差,甚至厌食、剧烈疼痛、动则喘促等多种症状。罗教授认为此时中医药以扶正补虚为主,尽可能改善患者的生活质量,延长其生存期,能达到带瘤生存的目的。对于伴有虚劳的积证,历代医家多有论述,如李中梓在《医宗必读》中指出:“病邪初起,正气尚强,邪气尚浅,则任受攻;中者,受病渐久,邪气较深,正气较弱,任受且攻且补;末者,病魔经久,邪气侵袭,正气消残,则任受补”^[9]。清·程钟龄在《医学心悟》中也指出:“虚人患积者,必先补其虚,理其脾,增其饮食,然后用药攻其积,斯为善治”^[10]。因此,罗教授以“虚则补之,损者益之”为大法,提出健脾运胃、益气养血、扶助正气、调和阴阳的具体治法,以健脾益气为主,适当加用抗癌消癥类药物。临床多选用《兰台轨范》的资生丸加减治疗。处方:党参 20 g,炒白术 15 g,山药 15 g,莲子 10 g,神曲 10 g,炒麦芽 10 g,芡实 10 g,砂仁 6 g,焦山楂 10 g,炙甘草 6 g,藿香 10 g,白豆蔻 3 g。方中党参、炒白术、山药、莲子、芡实健脾益气,补益中焦;藿香、砂仁、白蔻仁化湿行气,使补而不滞;神曲、炒麦芽、焦山楂健脾消食助运;炙甘草调和诸药。全方共奏健脾助运、益气扶正之功。同时,根据患者虚劳偏颇情况进行调整,血虚者加当归 10 g、熟地黄 10 g、阿胶 10 g 养血补血;阴虚者加山茱萸 15 g、枸杞子 15 g、女贞子 15 g 滋阴补肾;阳虚者加桂枝 10 g、制附子 10 g、鹿角胶 10 g、淫羊藿 15 g 温肾助阳。

对于晚期胃癌出现的多种并发症,罗教授亦常从脾虚这一病机入手。如恶性腹水,作为晚期胃癌的常见并发症之一,表现为四肢消瘦、腹胀如鼓、小便不利等,属于中医学“臌胀”范畴,严重影响患者的消化功能和一般状况,需要积极干预。罗教授认为,胃癌伴恶性腹水为虚实夹杂之候,以脾胃亏虚为本,瘀血、癌毒、水湿阻滞为标,常用《金匱要略》的苓桂术甘汤加味治疗。处方:茯苓 30 g,桂枝 10 g,生白术 15 g,炙甘草 6 g,泽泻 10 g,猪苓 15 g,楮实子 15 g,泽兰 10 g,当归 10 g。方中茯苓、生白术健脾利水,渗湿化饮;桂枝温阳化气,助膀胱气化;泽泻、猪苓、楮实子利水消肿,兼补肝肾;泽兰、当归活血化瘀,血利则水化;炙甘草补益兼调和诸药。研究显示,本方治疗肝硬化腹水患者疗效良好,在恶性腹水患者中值得应用^[11]。恶性腹水患者多是虚损之体,难以耐受攻邪药物,因此罗教授强调,切不可不经辨证而滥用抗癌攻邪之品,以犯虚虚之误。

癌性疼痛亦是晚期胃癌常见并发症,以正虚失养或瘀血阻络引起者多见,其病机概括为“不荣则痛”“不通则痛”。癌性疼痛以西医的三阶梯止痛为主要治疗原则,中医药可作为辅助治疗措施。罗教授认为,中医药治疗可从脾虚瘀结的病机入手,以健脾益气、化瘀止痛为主要治法,采用《医林改错》中的补阳还五汤加减治疗。处方:生黄芪 50 g,川芎 10 g,桃仁 10 g,红花 10 g,赤芍 10 g,当归尾 10 g,地龙 10 g,蒲黄 10 g,五灵脂 10 g,神曲 15 g。方中大剂量生黄芪意在补气,扶正固本;桃仁、红花、赤芍活血化瘀而不滞;当归尾、川芎养血行气不伤正;地龙搜剔经络,使瘀祛络通;蒲黄、五灵脂加强活血化瘀止痛之功;神曲消食助运,避免诸药伤胃。临床研究显示本方联合盐酸羟考酮缓释片治疗中晚期癌症癌痛疗效确切,并可以改善患者功能状态,提高生活质量,且能降低西药不良反应^[12]。晚期胃癌瘀毒内陷,癥积日久,对于部分体质尚可耐攻的患者,罗教授常在健脾益气的基础上结合虫类药物治疗以加强止痛之效。虫类药物走窜性强,搜剔逐瘀,消癥止痛,但其易败坏胃气,耗伤阴血,只可少量、短程使用,中病即止,顾护脾胃。

3 典型病案

邴某,男,65岁,2017年3月10日初诊。患者因上腹部疼痛于2016年11月11日在丹阳市某医院查胃镜示:贲门占位,考虑恶性病变。组织病理学检查:腺癌。胸腹部CT未见其他部位转移。2016年11月25日在江苏省某医院行“根治性全胃切除术”,术后病理结果示:胃小弯混合型溃疡型腺癌,中-低分化,侵及全层,局部达浆膜结缔组织,清扫淋巴结35个,其中5个见转移。术后分期:pT4aN2M0 III B期。术后于2016年12月27日至2017年2月10日行“卡培他滨+奥沙利铂”方案化疗3个周期,化疗后出现明显乏力、纳差等症状,患者强烈拒绝后续化疗,后至罗教授门诊求中医药治疗。现症见:全身乏力,面色萎黄,食欲不振,稍食即觉腹胀,有时头晕感,大便软,有时不成形,舌淡有齿印,苔薄白,脉细。西医诊断:胃癌术后(III B期);中医诊断:胃癌。中医辨证:脾胃失调,气血亏虚,癌毒内潜证。治以健脾运胃、益气养血、抗癌解毒之法,予以解毒抗癌方加减。处方:党参 20 g,生黄芪 30 g,山药 20 g,炒白术 15 g,炒白芍 15 g,鸡血藤 15 g,升麻 10 g,炒麦芽 15 g,炒谷芽 15 g,石见穿 15 g,山慈菇 15 g,藤梨根 15 g,神曲

10 g,红豆杉 5 g,浙贝母 10 g,茯苓 15 g,陈皮 10 g,木香 6 g。药后患者症状改善明显,食欲转振,体质量增加,但仍拒绝行辅助化疗,坚持原方化裁服用中药3年,每年定期复查,未见复发转移,随访至2023年2月,患者病情稳定,生活质量较好。

按语:本案患者为胃癌术后,化疗后出现全身乏力、食欲不振、食后腹胀、头晕、大便软等症状,查体可见面色萎黄,舌淡有齿印、苔薄白,脉细,故辨证为脾胃失调,气血亏虚,癌毒内潜证。临证先明确治疗法则,即调理化疗后患者体质,改善相关症状,同时兼顾癌毒,预防复发转移。治疗以健脾运胃、益气养血为主,辅以抗癌解毒,药用党参、生黄芪、山药、炒白术、茯苓健运脾胃、补益中气;炒白芍、鸡血藤补血养血;升麻提升中气;木香、陈皮理气除滞,使得补而不滞;石见穿、山慈菇、藤梨根、红豆杉、浙贝母祛痰化瘀、抗癌解毒、清除癌毒;炒麦芽、炒谷芽、神曲消积助运。全方标本兼治,虚实并重,扶正祛邪,故而奏效。

参考文献

- [1] 韩仁强,武鸣,罗鹏飞,等. 2013年江苏恶性肿瘤发病和死亡情况分析[J]. 中华预防医学杂志,2017,51(8):703-710.
- [2] 谢通,沈琳. 2021年度胃癌治疗进展[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2022,8(1):56-60.
- [3] 李东垣. 脾胃论[M]. 张年顺,校注. 北京:中国中医药出版社,2007:2.
- [4] 罗天益. 卫生宝鉴[M]. 武文玉,孙洪生,校注. 北京:中国医药科技出版社,2011:23.
- [5] 张介宾. 景岳全书[M]. 李继明,王大淳,校注. 北京:人民卫生出版社,2017:204.
- [6] 张辉,田纪凤,郑蓬,等. 小半夏加茯苓汤治疗化疗相关性恶心呕吐的分析及体会[J]. 中国中医急症,2017,26(6):1124-1125,1128.
- [7] 王国方,马继恒,夏宁俊,等. 益气生血汤防治恶性肿瘤化疗后骨髓抑制的临床研究[J]. 时珍国医国药,2015,26(9):2193-2195.
- [8] 马继恒,霍介格,胡灿红,等. 徐荷芬教授治疗中晚期胃癌的经验探析[J]. 中国医药导报,2021,18(20):128-131.
- [9] 李中梓. 医宗必读[M]. 郭霞珍,校注. 北京:人民卫生出版社,2006:276.
- [10] 程钟龄. 医学心悟[M]. 田代华,校注. 北京:人民卫生出版社,2006:181.
- [11] 田莉婷,刘雪萍,李丹妮,等. 加味苓桂术甘汤对脾肾阳虚型肝硬化失代偿期患者生存率的影响[J]. 陕西中医,2019,40(10):1373-1376.
- [12] 刘声,吴洁,美丽,等. 补阳还五汤联合盐酸羟考酮控释片对中晚期癌症癌痛的临床疗效观察[J]. 中医学报,2019,47(3):94-97.

(收稿日期:2023-04-22)

[编辑:刘珍]