

周宜强治疗原发性肝癌经验

蔡小平* 指导:周宜强*

主题词 肝肿瘤/中医药疗法 名医经验 @ 周宜强

周宜强教授临证 30 余年,在中医药防治肿瘤方面,尤其在肝癌的治疗方面,取得了较好疗效,今将其经验总结如下。

1 辨证用药审体质

肝癌的发生发展,是由于内外环境的变化,使人体系统发生紊乱,导致基因变异所致。治疗应遵循因人、因时、因地制宜,强调诊治疾病时重视人体体质的变化,针对气虚、血虚、阴虚、阳虚、热盛、寒凝、痰滞、血瘀等不同变化,确定适应性强的个体化治疗方案。过去医学界普遍存在“见瘤治瘤不顾人”的一种倾向,采用手术、化疗、放疗后生存期不足半年,只重视了实验室内针对肿瘤细胞的生物效应,而难以权衡化疗药物及手术、放疗等对人身整体的综合性生物效应。目前现代医学治疗肝癌的模式已从肿瘤的广泛切除转向组织及功能的保存,已从非特异性的细胞毒转向靶向性治疗,出现了多学科综合治疗、治疗方案个体化、保存功能、注意生活质量、重视姑息及康复治疗等新的治疗观念。这些治疗观念,越来越多地考虑人体的体质、机体的适应性以及生物、心理、社会等诸多因素,符合中医的整体观念和辨证论治的特点。周师在治疗肝癌时,无论其症状是否明显,病情的轻重缓急,必察色按脉先审体质;选方用药时,强调不能过用清热解毒、活血化瘀之品,以防更伤人体正气。

2 解毒止痛明阴阳

实验研究已经证实一些中药如半边莲、白花蛇舌草、败酱草、蚤休、龙葵等对肿瘤细胞有一定的毒性作用,能起到抗癌作用。这些中药从其性味、归经及功效上讲,多系清热解毒类药物。于是如今中医在治疗肝癌时有使用清热解毒、活血化瘀、软坚散结的习惯,甚至是三类药物的简单堆砌。这主要是基于“癌乃毒、瘀、坚积”的认识,将着眼点局限于肿块,而忽视了患者的体质。然而,孰不知毒有寒、热、湿、瘀等阴阳之分,痛有气滞、血瘀、经络及脏腑失养等虚实之别,因此在选用解毒止痛药时周师强调辨明阴阳。阳热实证宜选用:白花

蛇舌草、半边莲、虎杖、茵陈、丹参、犀角(水牛角代)、赤芍、玄参等药;阴寒虚证宜选用:蜈蚣、全蝎、麝香、苏合香、三棱、莪术等药。

3 重用虫类善搜剔

周师认为,肝癌虽有气滞、痰凝、血瘀发展而来,但它在病理性质上又与气、痰、瘀有一定的差别。因此,仅采用理气、消痰、化瘀的方法,治疗效果不好,只有配用毒药才能消之。基于这一认识,周师在辨证论治的基础上,酌加土鳖虫、水蛭、斑蝥、全蝎、蜈蚣等虫类药,以毒攻毒,每每收到意想不到的效果。周师集 30 余年的临床经验,认为肝癌的基本病机主要为热毒、痰瘀、正虚所致,据此开发研制的清肝消症解毒丹体现了“以毒攻毒”的学术思想。其方中以人参、白术、茯苓等固护脾胃、辅助正气;土鳖虫、水蛭、蜈蚣等解毒消肿、活血止痛,白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒,诸药合用共奏解毒抗癌之功效。

4 中西并用理相融

肝癌病人多邪实正虚,然而因病致虚者多,因虚致病者鲜。对早期肝癌,当务之急为祛邪,邪去正即安。对中晚期肝癌,多属本虚标实,中医治疗当扶正祛邪,注重整体,重视体质;西医治疗采用手术、放疗、介入等局部治疗及生物免疫治疗。然祛邪之法,对于早期之小肝癌,或手术、或介入、或瘤内无水酒精注射等现代医学之法,皆可应用,不必拘泥于中西医之别。临床所见之肝癌病人大多已至中晚期,多有黄疸、腹水、发烧、疼痛等症状,一方面病情重、体质差,另一方面多已出现转移,因此单一疗法往往不能取得预期效果,必须采用中西医结合等综合治疗,西医可选用介入、射频消融、生物治疗等,中医当四诊合参,辨证论治。若热毒盛重用清热解毒,药用白花蛇舌草、重楼(七叶一枝花)、半枝莲、金银花、半边莲、败酱草、蒲公英等;若积块硬,重用软坚散结,药用鳖甲、八月札、夏枯草、生牡蛎、穿山甲、浙贝母等;若瘀血明显重用活血化瘀,药用丹参、三棱、莪术、虎杖、石见穿、平地木、三七、郁金等;若腹水明显加利水渗湿之品,药用车前子、茯苓皮、生姜皮、泽兰等;若脾虚痰胜加健脾化痰理气之类,药用太子参、白术、茯苓、陈皮、半夏等;若肝肾阴虚采用滋补肝肾,药用当归、白芍、沙参、麦冬、枸杞子、鳖甲、生地黄、山茱

* 河南省中医院,郑州市东风路 6 号(450007)

收稿日期:2002-10-22

莢等。

5 案例介绍

李某,男,56岁,干部,1999年10月8日诊。患者有乙型肝炎病史10年,右上腹胀痛时有发作6年余,近半年加重,伴食欲减退,乏力消瘦。检查:一般情况可,皮肤及双目无黄疸,浅表淋巴结未扪及,肝肋下4cm,剑突下5cm,质硬、边钝圆,有压痛。实验室检查:甲胎蛋白对流试验(+),甲胎蛋白定量试验 $>1000\mu\text{g/L}$ 。经B超及CT检查示:肝右叶占位(巨块型肝癌)。刻下:上腹部疼痛,腹胀,纳差,面色晦暗,乏力,大便稀溏,日4~5次,舌质暗红、舌底脉络迂曲、苔白腻,脉弦

细。诊断:肝癌伴肝硬化。采用肝动脉栓塞化疗(顺铂100mg/次、卡铂100mg/次、5-氟尿嘧啶1000mg/次、丝裂霉素10mg/次)。中医辨证属脾虚不运,痰瘀互结。治宜益气健脾,祛痰化瘀。处方:太子参30g,焦白术12g,茯苓15g,山药15g,丹参30g,焦鸡内金15g,焦建曲12g,陈皮12g,清半夏15g,半枝莲30g,白花蛇舌草30g,蜈蚣4条,守宫3条,厚朴9g,水煎服,每日1剂,连服9剂。二诊:食欲明显好转,疼痛减轻,仍便溏,日2~3次。前方去厚朴,加补骨脂15g,肉豆蔻12g,6剂。三诊:腹痛未作,诸症减轻,给予清肝消症解毒丹调理。患者坚持服药3年,未见明显不适。

中西医结合治疗糖尿病患者人工晶体植入术后纤维渗出膜形成15例

孙洁^{*} 陈国孝^{*}

随着人工晶体植入技术的不断完善,糖尿病患者人工晶体植入已成为白内障术后矫正视力的主要方法,不再列为禁忌。但糖尿病患者人工晶体植入后纤维性渗出明显高于非糖尿病组,且不宜多用激素。我们对这类患者采用中西医结合治疗,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

本院1992年1月~2000年9月,Ⅱ型糖尿病患者行白内障囊外摘除联合后房型人工晶体植入术后瞳孔领纤维性渗出膜形成共31例(37眼)。按手术先后随机分为西医组和中西医结合组。西医组16例(18眼),男7例(9眼),女9例(9眼),平均年龄63.4岁,糖尿病平均病程7.1年;中西医结合组15例(19眼),男8例(10眼),女7例(9眼),平均年龄59.9岁,糖尿病平均病程6.3年。术前血糖均控制在8mmol/L以下。常规球后阻滞麻醉及同侧面神经分支阻滞麻醉,压迫软化眼球,白内障现代囊外摘出及人工晶体植入术的常规操作法。术中前房充填用国产甲基纤维素或透明质酸钠,灌注液用林格液,人工晶体用康明人工晶体或眼力健公司PS54ANB人工晶体。

2 治疗方法

西医组于局部球结膜下注射地塞米松2mg,每天1次,共3~5天;增加局部滴地塞米松眼药水或典必殊眼药水,每2小时1次;每天用双星明眼药水散瞳2次或加用美多丽P眼药水协助散瞳。中西医结合组自发现瞳孔领纤维性渗出膜之日起,除西医组采用的措施外,予知柏地黄汤加味:生地黄、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、知母、黄柏、赤芍、沙参、石斛、黄芩、栀子、当归尾、丹参。每日1剂,早晚服用。两组患者均及时复查血糖,并请内科医生协助用口服降糖药或胰岛素将血糖控制在8mmol/L左右。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:术眼胀痛,畏光,视力模糊等症状消失,裂隙灯

下检查:角膜除常见的轻度内皮混浊外,KP(-),前房(-),瞳孔领纤维性渗出膜完全吸收,人工晶体表面色素明显减少。

3.2 治疗结果:西医组渗出膜吸收时间2~13天,平均7.3天;中西医结合组渗出膜吸收时间最短为2~11天,平均5.6天。经检验两组差异有显著性($P<0.05$),中西医结合组优于西医组。

4 讨论

一般认为,手术后纤维膜形成主要有以下因素:(1)手术操作破坏了血-房水屏障,引起眼内血管组织的应激反应,房水中蛋白质浓度显著增高。(2)晶体皮质残留引起免疫反应,并与前房反应参与膜形成。(3)参与人工晶体表面反应的细胞和前房内纤维素渗出可形成蛋白膜。糖尿病患者往往抵抗力低下,术后炎症反应并非糖尿病本身所致,但因糖尿病的存在而加重。皮质类固醇是治疗人工晶体术后炎症反应中最常用有效的药物,但皮质类固醇能通过肝脏加速葡萄糖的合成而使血糖升高,故不宜多用。

糖尿病属中医学“消渴症”的范畴。中医学认为,消渴症的主要病机为:肾阴耗损,肺胃津亏,导致阴虚燥热:燥热消灼阴津,阴虚加重燥热。且阴虚可发展为气阴两虚而致瘀。即阴不足则血流不充,滞而为瘀;气不足则血运无力,滞而为瘀。本病手术更引起眼珠组织受损,气血受伤而致气血瘀滞。热灼黄仁,神水被煎,则瞳神缩小,神水混浊而瘀结成膜。故阴虚燥热,气血瘀滞乃糖尿病患者人工晶体植入术后纤维性渗出膜形成的关键所在。鉴此,治疗上宜以滋阴清热,活血化瘀为法,方用知柏地黄汤加味,其中熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓即六味地黄丸,能滋阴降火;生地黄、沙参、石斛能养阴生津;黄芩、栀子能清清热之力;还有丹参、赤芍能助牡丹皮凉血、活血;当归能活血祛瘀而不破血。诸药合用则热可清、瘀可祛,纤维性渗出膜自然可消。综上所述,对于糖尿病患者人工晶体植入术后纤维性渗出膜形成者,采用局部使用皮质类固醇加服知柏地黄汤加味,既达到了加快控制术后炎症反应及血糖的目的,又避免了全身应用皮质类固醇的副作用。

* 浙江省中医院眼科,杭州市邮电路54号

收稿日期:2002-06-03