



肝癌术后腹膜转移存活 1年半1例

朱某, 女性, 62岁, 门诊号 20951, 住院号 207618。患者于 1980 年 10 月因右腹持续性疼痛伴发热, 拟腹膜炎? 内脏穿孔? 于 10 月 20 日由本院转入某医院外科(住院号 425175), 即日行剖腹探查术。术中发现为肝癌破裂伴腹腔血肿, 即行肝肿瘤部分清除、明胶海绵填塞及肝动脉结扎术。病理切片(病理号: 80—4826)示: 肝细胞性肝癌。同年 11 月 12 日出院后笔者采用中药治疗。10 年期间, 除断续出现肝区胀痛、下肢浮肿等症外, 无其他不适反应, 也未发现它脏转移。

1990 年 4 月下旬, 患者又出现不规则发热, 右侧腰痛, 全身浮肿, 查尿常规红细胞++++, 白细胞少许, 血常规白细胞 $13.8 \times 10^9/L$, 中性 84%, 淋巴 16%; 血沉 95 mm/1 h, B 超示右侧肾盂轻度积水。经内科门诊对症处理症状未见减轻, 于同年 7 月 24 日以发热待查收治。住院后, B 超见右肾上极上方 2.8 cm × 2.2 cm 实质性肿块; 上腹部 CT(CT 号: 26161)提示右肾上方之肿块可能为肾上腺转移瘤或肝癌局部复发转移。即转入外科作剖腹探查术。术中发现已广泛粘连, 无正常层次, 进腹膜困难, 经分离后发现腹膜肿块位于右肾脏内侧至脊柱旁(与肾脏浸润无界限), 上面与肝脏融为一体, 腔静脉位于瘤体内, 推不动, 中央坏死液化大约 10 mm × 20 mm × 8 mm, 手术无法切除而作大网膜 5-氟脲嘧啶静脉化疗加瘤体穿吸活检术。活检病理诊断(检验号: 90—2086): 右肾上坏死物中有恶性肿瘤细胞(因组织少、碎, 无法分型)。

出院后, 患者仍低热(38℃左右), 胸腹部疼痛作胀, 尿少, 面颊形瘦, 精神萎靡。于 1990 年 10 月 20 日邀余出诊。即日起持续用中药辨证施治。除术中作过 1 次静脉化疗外, 未曾用过药物化疗及放疗。

至本文总结为止, 第 2 次剖腹术发现腹膜转移后已存活 1 年半; 从第 1 次剖腹术起, 已长达 1 年多。1992 年 5 月 3 日, 笔者曾作一次随访, 情况是: 一般情况可, 体形略消瘦, 轻度贫血貌, 饮食略少, 时有发热, 大便干结, 右腹部及背部时作疼痛, 发热和疼痛缓解后精神尚可, 能下楼轻微劳动, 谈笑如

常。体检: 血压 16.0/10.7 kPa, 体温 37℃; 心脏听诊律齐, 心音略低钝, 未闻及杂音, 心率 75 次/分; 腹平、软, 无明显肿块扪及, 右上腹及背部轻压痛, 无肌卫; 2 条手术痕无异常。

治疗法则: 益气养阴、化瘀软坚、健脾醒胃。

基本方: 川石斛、炙山甲各 9 g, 太子参、党参、制大黄、三棱、莪术各 12 g, 牡蛎、丹参、白花蛇舌草、半枝莲、石见穿各 30 g, 海藻、昆布各 24 g, 炙鳖甲 15 g。加减: 气虚加黄芪 15 g、生晒参 6 g(代茶); 阴虚加生地 12 g、赤芍 9 g、枫斗 9 g(代茶); 腹水加陈葫芦 30 g、车前子 12 g(包)、泽泻 9 g、大腹皮 30 g、槟榔 9 g、舟车丸 9 g(包); 腹痛加金铃子 9 g、元胡 12 g、甘松 9 g、制川乌 4.5 g; 纳谷减少加建曲 12 g(包)、砂仁 4.5 g(后下)。

讨论。笔者认为, 恶性肿瘤是全身性疾病的局部表现。中医的治疗法则, 除必用“化瘀软坚”这一基本治则来达到控制病灶、防止复发和转移外, 必须加用“益气养阴、健脾醒胃”等法, 解决癌肿及手术所导致的气阴两伤, 即所谓“攻补兼施”, 谨防“虚虚”“实实”之弊。

“肝主疏泄”, 提示精神因素在肝癌治疗过程中的重要地位。患者得肝癌后的 11 年, 其家属的良好心理配合, 以及患者的自身心理调节, 对延长生存期起了一定作用。

上海市川沙县中心医院(上海 201200)乔汇宗

瓜蒌薤白剂活用体会

仲景先师在《金匱要略》“胸痹心痛短气病脉证治”篇中, 制定了九方(九痛丸不计在内), 各有主治, 如法用之, 皆有良效。第 1、2、3 方应用最多, 成为治疗胸痹心痛的常用方剂, 由于这 3 个方中均有瓜蒌、薤白二药, 所以后世医家有的特称这 3 方为“瓜蒌薤白剂”。这 3 个药方既可单用, 又可合用, 并且各方都可以随证加减。瓜蒌薤白剂的第 1 方是瓜蒌薤白白酒汤, 第 2 方是瓜蒌薤白半夏汤, 第 3 方是枳实薤白桂枝汤。3 方的方义指征, 各有侧重, 同中有异, 异中有同。

个人体会认为: 第 1 方瓜蒌薤白白酒汤, 主治胸阳不布, 气机痹阻, 阴气上逆而致的胸背痛、短气

喘息、咳唾、心悸、心痛，舌苔白，寸脉沉细、关尺沉紧等症。胸痹的主要病机是上焦阳虚，阴气上逆。正如仲师所说：“脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也，今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”此方以瓜蒌宽胸降气，消痰开结为主药。薤白辛苦性温而滑利，能通痹闭著之气为辅药。白酒味辛性温，活血通痹，宣发助阳，通行营卫为佐药。三药合用，能助胸中阳气，开上焦痹滞，使胸中阳气布达，胸中大气一转，浊阴之气下降，阳行痹通，诸症自然消除。

第2方瓜蒌薤白半夏汤，是在前方基础上加半夏而成。主治胸痹兼有不得卧，心痛彻背，舌苔白厚或白厚而腻，脉象弦滑等症者。此为痰有痰浊壅盛所致，故加半夏除痰降逆。

第3方枳实薤白桂枝汤（又名瓜蒌薤白桂枝汤），是在第2方基础上，去白酒加枳实、厚朴、桂枝而成。主治胸痹有心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心而痛之症者。此证为客气留结在胸中，不只上焦阳虚而痹塞，且致中焦之阳气不行而生痞滞，阴邪得以留据而上逆动膈，抢心而痛。故又加枳实性沉降、除痞气；厚朴开气结、除满胀；桂枝行阳兼疏肝。诸药合用，不但胸阳得畅，而中焦亦调，故诸症自除。仲师在本条中又说：“人参汤亦主之”。细观人参汤（人参、甘草、干姜、白术）之组成，实即理中汤之意。乃告诉后人，若遇中阳不足兼见中焦阳虚证者，可随证选用。一证二方，随证而施，更体现出辨证论治精神的深邃。从这些方剂的主治中，可以体会到，胸痹的虚，为胸中阳气虚微而不振，致阴邪痹阻结室。故治疗不必用补，而是用宣通行阳，开痹降浊之法，使胸中阳气宣畅布达则清阳盛、浊阴退、痹塞开，而病除。所以我认为瓜蒌薤白剂是以行阳为主，并非补阳。即使所谈“人参汤亦主之”，亦是温补中阳、理中焦，不是补胸阳。由此可以体会到胸中大气为全身之主，大气正常运转，实为生死第一关键。

我在临床上治疗以胸背痛为主要症状的疾病，如冠心病、心肌梗塞、心肌炎、心绞痛、胸肋神经痛等病症时，常把本篇第1、2、3方结合在一起，随证加减，灵活运用。将我的常用方介绍如下：

全瓜蒌 30~40 g，薤白 12~15 g，半夏 10 g，枳实 6~10 g，厚朴 10 g，桂枝 6~10 g，檀香 6~9 g（后下），红花 10 g，丹参 12~15 g，茯神 30 g，炒五灵脂 12 g，蒲黄 10 g（布包）。药煎好后，临服前兑入米醋 20~30 ml。嗜酒者，也可不用醋，兑入绍兴黄酒 20~30 ml。心胸疼痛严重或发作频繁者，可再加苏合香丸，

每次1丸，1日2次，随汤药服。以本方做为基础，随证加减，每收良效。

中日友好医院（北京 100029）焦树德（杜甫云整理）

对“女子以肝为先天”的评议

“女子以肝为先天”，我见于《临证指南医案》“调经门”秦天一的按语中，明以前治妇科者似未有此说法。后人揣摩、援引，大率皆据女子以血为主而肝藏血，其导源似来自《宣明论》“妇人以血脏为基本也”，对其理论之是非，尚无深入探究。

所谓“先天”，其含义：1. 先生生而与生俱来；2. 在人的整个生命过程中彻始彻终起着主导作用。这两点只有肾（精）才具备。“肝”并没有以上特点。王肯堂引《素问·病机气宜保命集》说：“妇人，童幼天癸未行之间，皆属少阴；天癸既行，皆属厥阴；天癸既绝，乃属太阴经也。治胎产之病从厥阴者，是祖气生化之源也。”是说以“天癸”为女子生理进程三阶段的主线而分别有所侧重。肝在妇科中最主要的意义为“肝”和“血”，“肝”和“郁”两方面。肝和血属于生理性的一面，肝和郁则主要属于心理性的一面。

生理方面：“乙癸同源”，肝有赖于肾阴的资生，两者均有相火。其实是“肾命相火”寄旺于肝。所谓“同源”，主要是“相火”体系上的联系。冲、任隶于肝（肾）；冲脉起于胞中，其出入皆并少阴经以行，称为血海。任脉也为阴脉之海，同足厥阴、太阴、少阴并行腹里。这两条奇经和生殖系统有密切关系，而且在解剖部位上和肝肾二经联络，这就是冲、任隶于肝（肾）在生理上的依据。肝喜条达，主疏泄，如违其性，则成“郁”证。

心理方面，这即“肝”与“郁”的问题。人的具体心理状态除性别外，还有生活环境、文化教育、人生遭际、社会地位等综合作用所造成。首先，古代妇女没有独立的人格地位，加之生活环境的狭小，社会接触受极大的限制，是产生心理抑郁的根源。另外，文化教育的被剥夺，容易形成心性偏狭；又易受鬼神迷信思想影响。古代妇女谈不到有什么社会地位，使其产生卑微感、依附感，举动言笑都得合乎“妇道”。可见古代妇女何以易生“郁”病，以及“郁”之为病与肝的重要关联。“郁”伤肝，肝伤“郁”，病理心理双关的恶性循环和肝为血脏，“女子以血为主”的特点，使古代医家极易着眼于“肝”在妇科学上的重要性，以致他们把“肝”强调为“女子先天”的地位。

临床方面：近年国内对妇科病治法归纳为健脾、