

李建新治疗胃癌经验

郭 喜 军*

主题词 胃肿瘤/中医药疗法 @ 李建新

李建新教授长期致力于胃病的研究,兹就其治疗胃癌的主要学术经验略述如下。

1 病机

胃癌是正虚之体在致癌因素的作用下,胃黏膜异常增生和恶变的结果。中医学认为,癌指体内出现肿块,表面高低不平,质地坚硬,宛如岩石而言。《灵枢·邪气脏腑病形》:“胃脘当心而痛,膈咽不通,饮食不下。”相当于贲门癌;《难经》:“心之积曰伏梁。”指腹部肿块,如梁架于下,令人食少肌瘦,相当于胃体癌;《金匱要略》:“朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反。”相当于胃窦癌。从证候看,胃癌早期属痞满、胃脘痛范畴,若致幽门或贲门梗阻,则属反胃、噎膈、症积范畴。

现代医学认为,胃癌的病因与环境及饮食因素有关,如过多食用腌制、酱制品,食盐浓度超过 10%,或被亚硝酸盐污染的食品;过食油炸、熏烤食品;含真菌毒素、黄曲霉素的霉变食品;面粉、大米中超量的滑石粉,这些物质均有致癌作用。中医学认为,胃癌是由于感受外邪、饮食不节、忧思过度损伤脾胃,继而气结痰凝、瘀血阻络、邪毒凝聚胃腑而成。如《灵枢·五变》:“肠胃之间,寒温不饮,邪气稍至,蓄积流止,大聚乃起。”指感受外邪;《济生方》:“过餐无味,鱼腥乳酪,强食生冷果菜,停蓄胃脘,久则积结为症。”指饮食不节;《丹溪心法》:“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病多生于郁。”指情志过极致“六郁”之证,其中以气郁为先,湿郁、血瘀最为常见。

李教授指出,胃癌主要是由于脏腑阴阳、气血失调,正气不足,外邪盘踞,导致痰浊、瘀血搏结日久,积滞不去而成。《圣济总录》云:“瘤之为义,留滞而不去已。”即谓瘤是气血失调,浊、瘀留滞而形成赘赘。他常引用《金匱钩玄》:“痰浊瘀血,逐成窠囊。”高锦庭说:“癌瘤者非阴阳气血所结肿,乃五脏瘀血、浊气痰浊而成。”王清任说:“肚腹结块,必有形之血。”指出有形之血不得畅行,凝结于内,瘀血不化,则为结块。

2 辨证

《素问·太阴阳明论篇》:“太阴阳明为表里,脾胃

脉也,阴阳异位,更虚更实,更逆更从,或从内,或从外,所从不同,故病异名也,故阳道实,阴道虚。”说明胃的生理特点为喜通降,胃的发病特点为阳道实,多实证。

胃主受纳,喜通降,以通为用,以降为和,通则水谷之道通畅,降则诸浊阴皆降。不通降则郁滞,滞则变生浊瘀。胃发病向阳道实方向演变,多实证,如胃病气滞失于通降,湿浊中阻,病久入络,瘀血与湿浊互结。《临证指南医案》:“胃病而屡发者,必有凝痰聚瘀。”还提出久病入络的理论,初病在经,久病入络,以经主气络主血,凡气既久阻,血亦应病。

3 治疗

李教授积多年临床经验,针对痰浊、瘀血致胃癌的主要病机,根据《内经》“客者除之”、“结者散之”、“血实者宜决之”的治疗原则,立降浊化瘀法,即化湿散结、通降胃腑、活血化痰、祛邪护胃治疗。降浊化瘀法治疗胃癌,从胃的生理、病理特点入手,针对痰浊、瘀血相搏,实邪停滞的病机,取得良好疗效。他自拟的降浊化瘀汤组方:瓜蒌 30g,半夏 15g,黄连 9g,茵陈 15g,鸡内金 12g,蒲黄 12g,五灵脂 15g,三棱 12g,败酱草 30g,仙鹤草 30g,三七粉 4g(冲服)。临证加减:脘腹胀闷,加枳实 9g、厚朴 12g;背痛加沙参 30g;胁痛加天花粉 12g、延胡索 20g;烧心加蒲公英 30g;咽下哽噎加大贝母 12g、芦根 15g、威灵仙 20g;暖气加石菖蒲 30g;乏力加石斛 15g、西洋参 10g。方中瓜蒌、半夏、黄连、茵陈、鸡内金均入胃经,降胃化浊。瓜蒌、半夏、黄连有降逆泄浊、消痰散结之功,重用瓜蒌治疗痰浊郁结之痞满、呕吐效果显著。茵陈、鸡内金“善清肝胆之热、兼理肝胆之郁”,又能开胃消导、散结消积、改善食欲,治疗气结、湿热中阻之胀满厌食。蒲黄、五灵脂、三棱、败酱草、仙鹤草、三七粉入血络,均有化瘀止痛作用,《本草纲目》谓败酱草“善排脓破血”,为散瘀定痛、解毒消痈之要药。仙鹤草强壮益阳、收敛止血,又能疗疮解毒。三七能化瘀生肌、消肿止痛,张锡纯曰,“善化瘀血,又善止血妄行”,“化瘀血而不伤新血,为理血妙品”,使瘀血暗消于无形,无破血伤正之弊,重在通络散瘀,常服有强壮扶正之功。上药对于癌肿之疼痛、出血、溃疡、感染疗效颇佳,可使胀痛迅速缓解。

4 病例介绍

贾某某,男,50岁,1年前曾因贲门癌行胃次全切

(下转第 441 页)

* 河北医科大学第二医院消化内科,石家庄市山东路 131 号 Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>
(050011)

$P<0.01$)。

3.5 妊娠率比较:治疗组妊娠 24 例(临床妊娠 23 例),妊娠率 39.34%,临床妊娠率 37.70%;对照组妊娠 18 例(临床妊娠 13 例),妊娠率 29.51%,临床妊娠率 21.31%。两组妊娠率及临床妊娠率经统计学处理,差异均无显著性($P>0.05$)。

3.6 促性腺激素用量:我们所用 Gn 包括 r-FSH 和(或)HMG,剂量规格均为每支 75IU。表 3 示,两组 Gn 用药时间差异无显著性($P>0.05$);两组使用 Gn 总剂量及平均每天用量两项指标经统计学分析,差异均有显著性($P<0.01$)。

表 3 两组患者应用 Gn 情况比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	Gn 应用总量(支)	Gn 治疗时间(天)	Gn 每日用量(支)
治疗组	61	33.8±12.5*	13.3±3.5	2.57±0.69
对照组	61	47.6±18.2	13.8±2.8	3.40±1.22

与对照组比较,* $P<0.01$

3.7 相关性分析:治疗前后患者肾虚症状积分差值与优质卵率呈正相关($P<0.01$)。

4 讨论

卵细胞是生殖之源,它禀赋于母体肾气,母体肾气充盛,则卵细胞发育成熟。在试管婴儿应用的超排卵方案中,要求多个卵细胞共同发育,而临床实践中常遇到虽可获得较多卵细胞,但优质卵率、优质胚胎率不高^[6,7],从而临床妊娠率不容乐观的现实。究其原因可能与母体肾气阴相对不足有关。“夫妇人受妊,本于肾气之旺也”,肾气盛而天癸至,方可任通冲盛;两精相搏,合而成形。故肾是生殖之源,肾精气充足,阳得阴生,阴得阳化,则能行经孕育。女子以血为先天,其血上应太阴,下应海潮,孕育的正常全赖血海充盈,运行周流不息。由此可见,肾气充盛,冲任通调是孕育的基本条件,而肾气不足、血海亏虚、冲任胞脉阻滞是不孕症的基本病机,故补肾和血是调经种子的根本治疗大法。二至天癸颗粒即以此理论为依据配伍而成,以二至丸、菟丝子、枸杞子培补肾气,四物汤养血活血,佐以“女科

之主帅”制香附行气调经。全方平补肾气,滋而不膩;气行血运,静中有动,切合不孕之病机。

在超排卵前垂体降调节治疗后,多数患者肾中阴阳动态平衡遭到破坏,从而体内阴精失于润泽,阳气不能施化,天癸艰于泌至,冲任气血相对不足,出现阴中干涩,性欲减退,胫酸膝软等肾气阴两虚证候。服用二至天癸颗粒明显使上述症状得到显著改善,并且发现临床肾气阴两虚证候的改善与优质卵率呈正相关,从而验证了中医“肾气盛”而“天癸至”,“肾藏精,主生殖”的理论。我们运用补肾益天癸、调经助孕育之二至天癸颗粒,在改善临床肾气阴两虚证候的同时,与西药发挥协同促排卵作用,在不减少卵细胞数目的前提下,有效提高卵细胞的质量,增加优质卵、优质胚数目,改善子宫内膜“种植窗”胚胎容受性,从而提高临床妊娠率^[8]。同时减少临床促性腺激素的用药量^[9],减轻患者经济负担。

参考文献

- 1 刘敏如,谭万信.中医妇产科学.北京:人民卫生出版社,2001:729~757.
- 2 黄荷凤.现代辅助生育技术.北京:人民军医出版社,2003:203~205.
- 3 卢惠霖,卢光鼐.人类生殖与生殖工程.郑州:河南科学技术出版社,2001:127.
- 4 连方,孙振高,张建伟,等.二至天癸颗粒对小鼠卵细胞质量的影响.中国中西医结合杂志,2004,24(7):625~628.
- 5 韩贻仁.分子细胞生物学.北京:科学出版社,2001:224~235.
- 6 陈丹青,石一复.促排卵周期卵泡发育与胰岛素样生长因子Ⅰ及其受体 mRNA 关系的研究.中华内分泌代谢杂志,2002,18(1):36~38.
- 7 Nuttinck F,Charpigny G,Mermillod P,et al.Expression of components of the insulin-like growth factor system and gonadotropin receptors in bovine cumulus-oocyte complexes during oocyte maturation.Domest Anim Endocrinol,2004,27(2):179~195.
- 8 Gomez E,Tarin JJ,Pellier A.Oocyte maturation in humans:the role of gonadotropins and growth factors.Fertil Steril,1993,60(1):40~46.
- 9 Demeestere I,Gervy C,Centner J,et al.Effect of insulin-like growth factorⅠ during preantral follicular culture on steroidogenesis, in vitro oocyte maturation, and embryo development in mice.Biol Reprod,2004,70(6):1664~1669.

(上接第 426 页)

术,1 个月前胃痛发作日渐加重,进食及入夜痛剧,伴背痛、纳呆、便秘、不寐,于 2003 年 11 月 7 日初诊。胃镜检查示:食管、胃吻合口处(距门齿 36~37cm)前壁黏膜充血、水肿、结节状突起,表面糜烂,质脆易出血,吻合口扩张度差,胃底部、胃窦黏膜红白相间、血管显露。病理诊断:贲门癌术后,食管、胃吻合口癌复发。给予降浊化瘀汤加减治疗。药用:瓜蒌 30g,半夏 15g,黄连 9g,茵陈 15g,鸡内金 12g,蒲黄 12g,五灵脂 15g,三

棱 12g,败酱草 30g,仙鹤草 30g,焦三仙 30g,女贞子 20g,墨旱莲 20g,炒酸枣仁 15g,合欢花 15g,夜交藤 20g,沙参 30g,三七粉 4g(冲服)。10 天后胃痛明显减轻,背痛亦减,能进软食,每日 150g 左右;30 天后胃痛消失,纳增,每日 200~250g,大便秘结基本消失,夜寐安。继续治疗 8 个月后恢复日常工作,于 2004 年 7 月复查胃镜:食管、胃吻合口通畅,四壁软,弹性良,扩张可,表面充血水肿,触之软。病理诊断为:慢性炎性变化。证实其癌变消失,随访健在。