

王瑞平治疗大肠癌经验

李 东^{1*} 指导:王瑞平²

(1. 常州市第一人民医院肿瘤科, 江苏省常州市局前街 185 号, 213003; 2. 江苏省中医院)

* 通讯作者: cattail26@sina.com, 13913011503

[关键词] 大肠癌; 脾胃虚弱; 瘀毒

江苏省中医院王瑞平主任医师致力于肿瘤的临床研究近 30 年。笔者有幸随师侍诊, 受益良多。现将导师治疗大肠癌的用药经验, 浅述如下。

1 病因病机

王老师在研究中医经典著作并结合自己 30 年临床经验的基础上, 提出脾气虚弱、瘀毒内结为晚期大肠癌的基本病机。由于长期饮食不节, 或劳倦过度, 或忧思抑郁, 或久病失养, 从而损伤脾胃, 导致气血生化乏源, 正气虚损, 邪气乘袭, 蕴结于脏腑, 气机受阻, 血行不畅, 痰瘀毒结, 形成肿瘤。脾主肌肉, 主运化, 为气血生化之源, 脾的功能失调, 易致气血生化匮乏, 出现消瘦、乏力、神疲、虚弱等症状, 甚至出现大肉陷下的晚期恶病质表现, 中医将这些症状和体征辨证归为“脾虚证”。大肠与脾胃之间的关系是相辅相成的, 脾胃主升降清浊, 水谷之糟粕下降至大肠, 依靠大肠的传导功能, 排出体外。所以如果脾胃虚弱, 必将引起大肠功能的异常, 引起水停为湿、血瘀不行等, 日久则化生癌毒。另一方面, 王老师认为, 在大肠癌的病变发生、发展过程当中, 湿困脾胃是重要的病理变化之一。晚期大肠癌患者多出现食少纳呆、腹胀便溏、肠鸣泄泻、舌苔厚腻等症, 中医辨证为湿困脾胃。

此外, 瘀血、癌毒是大肠癌主要病理因素。“瘀”既是病因, 也是重要的病理产物, 存在于大肠癌病程的始终。素体脾气亏虚, 肠道寒湿热之邪蕴结, 浊毒结聚, 阻滞气血运行, 终致气滞血瘀, 久而凝聚成块, 形成肿瘤。积瘀不散而凝结, 则可形成肿块, 触之坚硬不移; 便血乃瘀血阻塞脉络, 血液不能循经运行, 溢出脉外之故; 瘀血内积, 气血运行受阻, 不通则痛, 则表现为腹痛; 瘀阻脉络, 血行障碍, 故见面色黧黑, 肌肤甲错, 舌面瘀斑, 口唇暗紫。局部的疼痛、肿块、皮色青紫、出血、舌紫瘀斑、脉沉涩等都是“瘀”之佐证。因此, 气虚血瘀是大肠癌的基本病因病机, 也是晚期大肠癌的特征之一。

癌毒是引起恶性肿瘤的一种特殊邪毒, 是恶性肿瘤发生发展、浸润转移最根本的因素。它系由外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等各种病因长期作用于机体, 使经脉阻滞, 气血违和, 脏腑失调, 浊邪积聚, 进而产生的一种强烈致病物质, 贯穿于癌症发生发展的始终。

2 辨治经验

临床中大肠癌治疗能够取效的关键仍在辨证施治。由于病理的不同, 病邪侵袭转移的程度和患者的个体体质有差异, 所表现的证候也不尽相同。临证应突出辨证, 分清正虚邪实的偏重, 或以扶正为主, 兼以行瘀、解毒、散结; 或以祛邪为主, 结合益气、温阳、滋阴、养血。由于肿瘤邪深毒重, 临床常在辨证配伍的基础上选择 2~3 味有针对性的治疗肿瘤的中草药, 如重楼、白花蛇舌草、石见穿、半枝莲等, 有助于提高疗效。

王老师认为, 大肠癌属于消化系统重症, 患者常因病情进展, 脾胃运化功能严重受损, 表现为食欲不振, 脘腹胀满, 大便溏而不爽等症, 进而气血生化乏源, 形体瘦削, 正气日衰。王老师在治疗过程中, 往往通过健脾和胃, 理气助运等法使脾胃运化功能得到改善, 患者的其他症状也随之缓解。如六君子汤、参苓白术散均是临床常用的基本方剂, 随症加减, 获效较捷。切不可忽视病症和患者体质, 攻伐太过, 苦寒败胃, 加重病情。

2.1 遣方灵活, 用药轻盈

王老师认为, 肿瘤的治疗应立足于扶正健脾, 并兼以祛邪解毒, 在临证治疗时绝不拘泥于一方, 常根据患者的不同情况, 处方用药十分灵活。王老师总结临床大肠癌患者常见证候类型有: 脾气虚弱证: 泻下完谷, 四肢倦怠, 舌苔薄白等症, 遣方可用太子参、白术之品益气健脾; 脾阳不振证: 见面色^㿔白、四肢清冷、头晕、舌质胖嫩, 多用干姜、吴茱萸以温运中阳; 脾不统血证: 多以便血为主症, 可加三七、棕榈(炭)、地榆(炭)、槐花、茜草(炭)等止血; 胃阴不足证: 胃中嘈杂、口干思饮、舌红少苔, 可加沙参、玉竹、

石斛、天冬、麦冬、天花粉养阴生津；胃气上逆证：多以恶心、呕吐、呃逆为主，可以（姜）半夏、竹茹、旋覆花降逆止呕；胃气郁滞证：可见胃脘堵闷或疼痛，可酌情加延胡索、乌药、佛手、理气活血止痛。

2.2 方不在大，效不更方

王老师认为，大肠癌既有邪实瘀毒内聚，又有正虚气血阴阳不足，临床治疗不能一味施以重剂“以毒攻毒”或解毒散瘀。临床应根据患者的吸收、耐受情况以及药物本身的毒副作用和胃肠反应来斟酌用药。一些患者常因药味多、剂量大导致用药效果并不理想。同时王老师始终坚持“效不更方”，认为肿瘤患者的调理是一个长期的过程，需要长期稳定的治疗，才能达到“阴平阳秘”的效果。

3 病案举例

患者，男，49岁，2009年08月31日初诊。患者2009年07月13日因腹痛查CT示：乙状结肠癌可能。遂行手术治疗，术后病理示：乙状结肠溃疡性管状腺癌，中分化，侵及全层达浆膜外脂肪组织，脉管内见癌栓，周围浆膜脓肿形成，肠系膜淋巴结（2/10）见癌转移。术后行FOLFOX4方案化疗4个周期后，开始接受中医药抗癌治疗。时症见：全身乏力，面色偏黄，胃纳欠佳，纳谷不香，夜难入寐，二便尚调，舌质胖、苔厚，脉细沉稍涩。辨证脾胃虚弱，痰瘀

内生。处方：太子参15g，山药20g，薏苡仁30g，茯苓10g，仙鹤草15g，石见穿15g，丹参15g，绿萼梅15g，（炒）白扁豆15g，（炙）鸡内金15g，（焦）山楂、（焦）神曲各15g，（焦）谷芽、（焦）麦芽各15g，合欢皮10g，夜交藤20g，佛手10g，刀豆壳15g。30剂，水煎服。药后，患者诸症有减。后患者长期中药调理，且持续复查各项肿瘤指标均未见异常。王老师以上方为基础方，每周根据患者症状适当调整方药。患者2010年6月21日就诊时，出现多汗，全身酸楚，舌质暗，脉细涩等，王老师以上方为基础，减薏苡仁、佛手、夜交藤、（焦）谷芽、（焦）麦芽、（炙）鸡内金等，酌加芡实、碧桃干、稽豆衣、海风藤、络石藤、重楼等继续巩固治疗。药后诸症有减。患者仍持续监测病情，未现异常。患者于2011年3月22日来诊，未诉特殊不适，王老师遵循效不更方的原则，处方：太子参15g，山药20g，薏苡仁30g，仙鹤草15g，石见穿15g，重楼15g，半枝莲15g，丹参15g，绿萼梅15g，合欢皮10g，百合15g，（炒）白扁豆15g，刀豆壳15g，（炙）鸡内金15g，（焦）山楂、（焦）神曲各15g，（焦）谷芽、（焦）麦芽各15g。服用14剂后患者例行常规检查，未发现特殊情况。

（收稿日期：2011-03-28；修回日期：2011-05-30）

〔编辑：洪涛〕

（上接第51页）

参考文献

- [1] Fabbri LM, Romagnoli M, Corbetta L, et al. Differences in airway inflammation in patients with fixed air-flow obstruction due to asthma or chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2003, 167(3): 418-424.
- [2] Ngoc PL, Gold DR, Tzianabos AO, et al. Cytokines, allergy, and asthma[J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2005, 5(2): 161-166.
- [3] 沈华浩,王萃莉. 支气管哮喘小鼠模型应用评价[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(4): 284-286.
- [4] 田代印,符州,张燕,等. 一种改良型小鼠哮喘模型方法的建立及评价[J]. 重庆医科大学学报, 2005, 30(4): 601-603.
- [5] 刘建文. 药理实验方法学——新技术与新方法[M]. 2版. 北京: 化学工业出版社, 2008: 136-141.
- [6] 黄永富,余世庆,杭杲,等. 哮喘患者血清中IL-4, IL-12, IL-13, IFN- γ , IgE水平的测定及其临床意义[J]. 现代检验医学杂志, 2009, 24(5): 120-123.
- [7] 王晓岩,迟宝荣,陈渡. 喘息康对支气管哮喘豚鼠肺泡灌洗IFN- γ , IL-5水平及肺组织MMP-9、TIMP-I的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2008, 24(12): 1091-1093.
- [8] 邵莉,郭胤仕,朱丽君,等. 支气管哮喘患者血清IL-10、

IL-5和ECP的变化及意义[J]. 免疫学杂志, 2008, 24(1): 76-78.

- [9] 施焕中,杨庆利,莫晓云,等. 气道嗜酸性粒细胞呈递抗原对Th1/Th2细胞分化的影响[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(24): 2162-2165.
- [10] Shannon J, Ernst P, Yamauchi Y, et al. Differences in airway cytokine profile in severe asthma compared to moderate asthma[J]. Chest, 2008, 133(2): 420-426.
- [11] Walsh GM. Eosinophile apoptosis: Mechanisms and clinical relevance in asthmatic and allergic inflammation[J]. Br J Haematology, 2000, 111(1): 61-67.
- [12] Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma[J]. N Engl J Med, 2006, 354(19): 1985-1997.
- [13] Murray CS, Woodcock A, Langley SJ, et al. Secondary prevention of asthma by the use of Inhaled Fluticasone propionate in Wheezy Infants (IFWIN): double-blind, randomised, controlled study[J]. Lancet, 2006, 368(9537): 754-762.
- [14] 赵德育,田曼,陈荣华,等. 吸入糖皮质激素预防呼吸道合胞病毒毛细支气管炎后反复喘息的临床观察[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(1): 24-27.

（收稿日期：2011-03-31；修回日期：2011-08-01）

〔编辑：侯建春〕