

刘沈林教授从脾论治胃癌经验

● 王 鹂

关键词 从脾论治 胃癌 刘沈林

刘沈林教授为江苏省名中医，致力于肿瘤的临床治疗与科研工作多年，对消化系肿瘤的临床诊治经验丰富，疗效独到。笔者有幸跟随刘教授学习，兹将其治疗胃癌的经验介绍如下。

1 脾胃虚弱是病机关键

胃癌是一种常见的消化道恶性肿瘤，虽然中医古籍中并没有胃癌病名，但有类似的病证，如“伏梁”、“积聚”、“胃反”等病名中包含了类似胃癌临床表现的描述，如《素问·腹中论》曰：“病有少腹盛，上下左右皆有根……病名曰伏梁……裹大脓血，居肠胃之外，不可治。”指的就是难以治愈的胃肠肿瘤。刘教授认为，胃癌的发生，多由长期的饮食不节，或劳倦过度，或忧思抑郁，或久病失养，从而损伤脾胃；脾胃气虚，气血失调，运化失职，痰凝气滞，影响血行，滞而成瘀，热毒痰瘀交结于胃，积聚成块，日久酿为癌毒。若原本素体虚弱，卫外之气不固，无力抵抗外在邪毒，从而使邪毒趁虚侵入，内外合病，导致肿瘤的生成。李杲《脾胃论》曰：“元气充足，皆内脾胃之元气无所伤，而后能滋养元气。

若脾胃之气本弱，饮食自信，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充而诸病之所由生也。”认为人以胃气为本，疾病的内因皆归于“脾胃气虚”，对指导癌症治疗具有重要的意义。胃癌早期表现为厌食、食后饱胀、进食后上腹部隐痛。痰气交阻于胃，影响脾胃运化功能，形成脾胃虚弱证；进而痰气交结，瘀血热毒蓄积不去，烧灼胃络，导致便血、呕血、饮食不下，气血化生乏源，造成气血双亏；如果热毒留恋难消，损伤胃阴，导致胃阴亏损。中晚期胃癌，多数为虚实夹杂。由此可见，脾胃损伤为发病之根本。脾为五脏之一，后天之本，主肌肉、四肢，开窍于口，其华在唇，主饮食的消化以及营养物质的吸收、传输，是气血生化之源。胃为六腑之一，与脾互为表里，功能主受纳、腐熟水谷；主通降，以降为和。脾与胃既存在协同作用，又具有依存关系。脾胃受损，运化失常，气血生化不足，导致脾虚。癌瘤生成，浸淫弥漫，更伤脾胃受纳、运输功能，加重脾胃气虚。胃癌患者经手术、放化疗之后，其毒副作用可能进一步损伤脾胃，使脾虚愈来愈严重。祖国医学认为，脾虚证具有许多中

医证候所共有的模糊的、全身性的、慢性的、虚性的、与正常体质呈渐变关系的病理特点^[1]。大量的现代实验和临床研究表明，脾胃虚弱一直贯穿于胃癌的形成过程。

2 健脾养胃是治疗根本

脾与胃互为表里，脾主运化，胃主受纳腐熟，脾升胃降，共同完成水谷精微的消化吸收，把食物的精华输布到全身各处，以生化气血。脾胃盛衰不仅关系到胃癌的发生，而且影响疾病的转归与预后。脾胃亏虚，则气血生化乏源。正不敌邪，气滞、血瘀、痰浊、癌毒内阻，使疾病发展迅速，诸邪齐聚局部，损伤胃气，脾胃更虚，形成恶性循环，所以胃癌患者常见全身疲乏，面色少华，纳食减少，大便稀溏，四肢无力，舌淡苔薄白，脉细弱等气血双亏证候。以上症状可见于疾病的整个过程，早期患者体质较强，脾胃亏虚不甚，晚期患者癌毒侵袭，正气大亏，脾胃极度亏损。刘教授在胃癌的临床治疗中，将健脾和胃，扶正祛邪贯穿始终，强调补脾益胃，但应平补、运补，不能峻补、壅补，治当甘平助运，脾得健运而气行，胃得通而能和降。刘教授常用香砂六君丸或归芍六君子汤为基础方加减化裁，基本用药

• 作者单位 江苏省中医院肿瘤内科(210029)

为党参、炒白术、淮山药、茯苓、当归、炒白芍、木香、砂仁、石见穿、薏苡仁、菝葜、炙甘草等。方中党参、茯苓、炒白术、炙甘草取四君子汤之意，平补脾胃之气，加用薏苡仁、淮山药增强补气健脾功效。血液为食物精气所化生，脾胃匮乏，精气不生，难免会影响血液的生成，故加用炒白芍、当归补血和血；气虚力缓，气机不畅，加用木香、砂仁理气行滞，有补而不滞之意；正气亏虚，易受癌毒侵袭，用菝葜、石见穿解毒抗癌；脾失健运者，多有湿滞内阻，治疗应兼顾燥脾湿，常加苍术、厚朴等药物；若气虚及阴，脾阴胃阴俱虚者，则选加沙参、麦冬、乌梅、川石斛等药；若阴虚有郁热者，可配用蒲公英、黄芩、仙鹤草、石见穿等；若伴全身气血亏虚，神疲乏力，脉虚弱者，可加黄芪、肉苁蓉、仙灵脾、女贞子。

3 健脾疏肝同等重要

《素问》云：“土得木则达。”《血证论》曰：“木之性主疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄，而水谷乃化。”肝与脾的功能有一个相对性的生理上的约束，脾的运化，依赖于肝的疏泄，二者共同完成运化和转输水谷的过程。肝主疏泄，促进脾胃正常的运化功能，同时，脾胃健运也是肝气条达的重要条件。若脾胃亏虚，正气不足，气虚力缓易造成肝气郁滞，肝脏调节全身气机。肝伤则气郁，气郁则血液不能畅行，积而为瘀。痰瘀互结，壅塞腔道，阻隔胃气，肝郁则百气难解，故胃癌患者常见脘腹胀闷，食欲不振，食后饱胀等胃气壅滞之症。由于气为血液、津液等体内阴液运行的动力，气不行则血滞成瘀，津不化则液停成湿，从而产生血瘀、痰湿等病理产物，这与现代医学胃癌前病变病机有相似的发病机制。有学者提出用健脾柔肝

法治疗胃癌前病变，可有效逆转肠上皮化生及不典型增生^[2]。基于体质的文献研究显示，气郁是本病发生的重要诱因^[3]。健脾养胃需配合疏肝理气法的应用，基本方为柴胡疏肝散。临证时应注意，理气药物大都辛香燥烈，恐耗气伤津，更伤脾胃，用量不宜过大，待患者气滞症状有缓解时，可改用绿梅花、佛手片、香橡皮等平和不燥之品，以求长期缓治，使祛邪不伤正。肝气犯胃，脘腹胀满者，加苏梗、砂仁、制香附加疏肝理气、消胀除满的功效；腹胀便秘、腑气不通者，加木香、槟榔、枳实通腑泄浊，理气导滞；肝郁化热，灼热泛酸者，加川连、煅瓦楞、吴茱萸清热平肝，制酸止痛。

4 扶正祛邪是总则

刘教授指出，脾虚是胃癌的本质，贯穿于胃癌的始终，《内经》曰：“邪之所凑，其气必虚”，脾虚在胃癌的形成、发展过程中起着关键作用^[4]，由于脾虚，脏腑虚损，气血两虚，邪盛正衰，对中晚期胃癌而言，虽然症状各不相同，但“本虚标实”为基本发病机制，由于脾虚在胃癌的发生发展过程中起着关键作用，所以提出以健脾法为主治疗胃癌，切合治疗法则，合理使用补益与攻邪的用药剂量比例和时机显得尤为重要。中医药治疗肿瘤的机制在于多靶点的影响，没有化疗药物的直接杀伤肿瘤细胞作用，其优势在于扶助正气，增强机体免疫力，从而扶正法应始终贯穿于肿瘤的治疗过程中。但如果盲目补益则有助邪之弊，因此常在扶正中药基础上，审证求因，适当加入清热解毒、活血化瘀、化痰软坚抗癌等祛邪中药进行针对性的用药，如白花蛇舌草、石见穿、三棱、莪术、参三七、守宫等。

5 病案举例

邱某某，男，63岁。2011年7月初诊。患者半年前上腹部饱胀，消瘦，食欲严重减退，体重下降20余斤，经胃镜确诊为胃癌，遂行胃大部切除术，术后病理提示粘液腺癌，分期为Ⅲa期。病灶4cm×4cm×2.5cm，侵犯浆膜层。胃大弯淋巴结2/9有转移，胃小弯淋巴结0/9未见转移。术后行辅助化疗4周期，4个疗程结束后，血常规提示白细胞水平下降至 $1.9 \times 10^9/L$ ，提示Ⅲ度骨髓抑制，并因严重消化道反应而终止化疗。患者体虚，形体消瘦，需家人扶入诊室，食欲欠振，每天仅能进食少量稀饭或面条，同时上腹部痞胀隐痛，便溏次多。舌苔薄白质偏淡，脉细。考虑术后脾胃功能受损，复加化疗伤正，气血亏虚，运化失常。法拟健脾和胃，抗癌解毒。选方归芍六君子汤为主方加减，具体用药：党参10g，炒白术10g，茯苓15g，淮山药15g，炙黄芪30g，当归10g，白芍10g，煨木香10g，砂仁（后下）3g，龙葵10g，白花蛇舌草15g。服药21剂，患者症状明显改善，脘腹胀满渐消，大便成形，体力渐渐恢复，饮食增加。两年多来，患者坚持用本方随证加减，持续服药，病情稳定，多次复查未见肿瘤复发转移。

参考文献

- [1] 陈小野. 脾虚证动物模型的造模思路[J]. 中医杂志, 1995, 36(4): 239-241.
- [2] 周小潇, 梁建, 邓鑫. 健脾柔肝法在防治胃癌前病变中的作用[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(7): 1291.
- [3] 张向农, 王学芬, 王娟萍, 等. 基于古代文献浅析胃癌相关病证患者的体质特点[J]. 江苏中医药, 2010, 42(7): 55.
- [4] 张慈安, 魏品康, 秦志丰. 胃癌的中医研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2007, 23(2): 80-81.