

林洪生教授治疗肝内胆管癌术后验案浅析

王学谦 刘杰 林洪生

【摘要】 肝内胆管癌属消化系统恶性肿瘤范畴,其恶性程度高、预后差,平均生存期短。西医治疗通常以手术切除为主,放、化疗对该病作用通常不明显。中医药在预防肿瘤转移,改善生活质量,进而延长患者生存期限方面有着较好效果。林洪生教授运用中医药维持治疗一肝内胆管癌术后患者近 5 年,现患者整体状况良好。本文回顾性分析林洪生教授门诊治疗该患者疾病整体过程,从验案入手,对林教授治疗该恶性肿瘤学术经验及用药方法进行探索分析,希望能为中医药维持治疗该疾病提供一定参考。

【关键词】 肝内胆管癌术后; 林洪生; 中医药; 验案

【中图分类号】 R735.8 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.03.010

1 门诊病历资料

患者,女,65岁,2008年1月17日初诊。患者2007年6月出现两肋胀痛,于同年7月24日在北京医院行“肝肿物楔形切除术”,肝左叶占位6.5 cm×5.4 cm,术后病理:肝内胆管腺癌,中分化,胆管内有癌栓,切缘有癌细胞。术后局部放疗30天,后口服卡培他滨片(0.5 g/片)一次服2 g,早晚饭后半小时各服用一次,12天后因皮肤反应剧烈和手足综合症明显故予停药。查肝部磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging, MRI)肝癌术后,未见明显复发转移;肝功能:谷丙转氨酶(Cereal third transaminase, ALT) 43 U/L,碱性磷酸酶(alkaline phosphatase, ALP) 122 U/L,谷胺酰转肽酶(galactosylhydroxylsyl glucosyltransferase, r-GT) 67 U/L。否认肝炎病史,否认药物食物过敏史。就诊时患者两肋部偶有不适,口干明显,纳眠可,二便调,舌质暗苔薄白,脉沉细。诊断:原发性肝内胆管腺癌术后、放化疗后。中医诊断:肝积,肝郁脾虚、肾亏毒结。治以疏肝健脾,益肾解毒为法,药用太子参12 g、焦白术10 g、香附10 g、枳壳10 g、天冬12 g、麦冬12 g、玄参10 g、栀子12 g、炒柴胡6 g、白芍12 g、当归12 g、生黄芪20 g、党参12 g、夏枯草10 g、预知子15 g、蛇莓15 g、水红花子15 g,每天一剂,煎汤早晚各服一次。配合服用西黄解毒胶囊(每粒0.25 g)每次服用0.75 g,每天2次,同时服用健

脾益肾颗粒(每袋10 g)每次服用10 g,每天2次。

2008年3月到2009年8月期间,患者定期复诊,在原有基础上对症加减,患者病情一直稳定。2009年4月复查腹部MRI:与2008年9月4日对比,肝内胆管癌术后改变,脂肪肝,右侧出现胸水,余未见明显改变。同时复查肿瘤标志物:癌胚抗原(carcino-embryonic antigen, CEA),甲种胎儿球蛋白(alpha fetoprotein, AFP),糖抗原199(carbohydrate antigen19-9, CA199),糖抗原125(carbohydrate antigen125, CA125)均属正常范围。2009年6月22日复查腹部B型超声多普勒仪检查(B-type ultrasonic inspection, B超):同前未见明显改变。全血细胞分析示:未见异常。

2009年10月12日复诊:近日复查CA125 71 U/ml,较前升高。复查肝功能:r-GT 77 U/L,余未见异常。查胸部电子计算机X射线断层扫描(computed tomography, CT)提示:右肺小结节,右侧胸腔积液。病情开始进展,就诊时患者自觉口干、目涩、舌红苔白,脉细。辨证:肝郁脾虚,肾亏水泛。立法:疏肝健脾,养阴利水,用药:炒柴胡6 g、栀子12 g、天冬12 g、麦冬12 g、北沙参10 g、猪苓20 g、茯苓20 g、玄参12 g、川续断10 g、怀牛膝10 g、党参12 g、鸡血藤20 g、佛手片10 g、莪术10 g、藤梨根15 g、白英15 g、龙葵15 g、土茯苓15 g。中成药服用同前。

2009年12月1日复诊:复查肿瘤标志物:CA125 81 U/ml。复查腹部MRI提示:肝内胆管癌术后改变,腹水变化不明显,未见复发转移。就诊时自觉胸闷憋气较重,胃脘不适时有疼痛,餐后加重,咽干,口干,舌红苔白,脉细略弦。辨证:肺脾气虚,气机不畅。立法:培土生金,理气散结。用药:太子参12 g、焦白术10 g、香附10 g、枳壳10 g、鸡血藤20 g、浙贝母10 g、夏枯草10 g、莪术10 g、延胡索15 g、猪苓20 g、桑白皮12 g、桔梗10 g、党参10 g、金荞麦15 g、白英15 g、蛇莓15 g、绿萼梅15 g。中成药服用同前。

2010年2月23日复诊:复查肿瘤标志物:

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院肿瘤科[王学谦(硕士研究生)、刘杰、林洪生];北京中医药大学第一临床医学院[王学谦(硕士研究生)]

作者简介:王学谦(1988-),2007级七年制在读硕士研究生。研究方向:中西医结合治疗肿瘤临床与基础研究。E-mail: wxq791875354@126.com

通讯作者:林洪生(1949-),女,主任医师,博士生导师,中国中医科学院首席研究员。研究方向:中医、中西医结合治疗肿瘤的临床和科研。E-mail: drlinhongsheng@163.com

CA125 64 U/ml,余未见异常。目前乏力气短,目干,偶有眉骨胀痛,胸部发沉,咽部不利,心悸,纳眠可,二便调。舌红苔白,脉细。辨证:肺脾亏虚,阴血不足。立法:补脾益肺,滋阴养血。用药:生黄芪 20 g、焦白术 10 g、防风 12 g、薤白 10 g、赤芍药 10 g、白芍药 10 g、浙贝母 10 g、苏梗 10 g、玄参 10 g、蒲公英 10 g、天冬 12 g、麦冬 12 g、石斛 15 g、鸡血藤 20 g、郁金 10 g、白英 15 g、预知子 15 g、金荞麦 15 g。中成药服用同前。

2010 年 4 月 20 日复诊:复查胸部 CT 提示:胸水略有增加,余同前。肿瘤标志物复查:CA125 96 U/ml。就诊时自觉胸闷,咽部不利,胃部满闷,腹胀,肠鸣,大便不成形,口干,易汗出,周身乏力同前,脉沉细,舌红苔白。辨证:正气亏虚,以脾虚尤甚。立法:仍以上法,以玉屏风散为基础,加大扶正力量,佐以行气利水。中成药服用同前,加服健脾益肾颗粒(每袋 10 g)每次服用 10 g,每天 2 次。随后每月复诊,肿瘤标志物虽持续上升,但患者症状大体同前,林教授谨守上方思路,仍以大力扶正为主,进行用药调治。

2010 年 10 月 19 日复诊:复查肿瘤标志物:CA125 152.4 U/ml,复查胸部 CT 提示胸水略有增加,余可。自觉胃部胀满明显好转,时有反酸,体力可,进食稍噎,口干,纳眠可,大便成形,小便可。舌红苔白,脉沉细。辨证:肺脾虚衰,气滞水停。立法:培土生金,行气利水,散结解毒。用药:太子参 12 g、焦白术 10 g、香附 10 g、枳壳 10 g、露蜂房 6 g、猪苓 20 g、茯苓 20 g、浙贝母 10 g、桑白皮 12 g、党参 12 g、郁金 10 g、佛手片 10 g、鸡血藤 20 g、泽泻 15 g、金荞麦 15 g、白英 15 g、预知子 15 g、土茯苓 15 g。中成药予西黄解毒胶囊(每粒 0.25 g)每次服用 0.75 g,每天 2 次和金龙胶囊(每粒 0.25 g)每次服用 1 g,每天 3 次。

2010 年 12 月 21 日复诊:复查肿瘤标志物:CA125 108.50 U/ml,较前开始下降,身体状况有所好转,林教授效不更方,仍守上法进行治疗。此后患者每月定期复诊,肿瘤标志物持续降低,患者症状明显改善,林教授根据患者具体情况在上方基础上稍作加减进行调治,至 2012 年 9 月 11 日复诊:CA125 13.6 U/ml。患者整体状况良好,病情平稳,继续服用中药维持治疗。

2 背景概括

肝内胆管癌是指左右肝管汇合部以上的胆管上皮细胞起源的恶性肿瘤,其发病率占整个胆管癌的 5%~10%^[1],近年来其发病率和死亡率有着逐渐升高的趋势^[2]。实验室检查中肝功能测定等常规实验室检查对肝内胆管癌的诊断无甚帮助,而且其对应的肿瘤标志物也尚未发现特异者^[3]。

该病恶性程度高、症状隐匿,预后差,放疗、化疗都不敏感,该病一旦确诊,均应以肝脏切除作为首选发法进行综合治疗,国内报道,根治性切除患者,平均生存 27 个月,1、2、3 年生存率分别为 86.5%、61.8% 和 49%;姑息切除和单纯引流平均生存期分别为 11 个月和 9.5 个月,1、2、3 年生存率分

别为 30.7%、20.5% 和 0%^[4-5]。

该患者术后行放化疗,因副反应剧烈放弃该治疗方案,后求助于林洪生教授门诊行中医药治疗。林教授根据该患者体质状况,辨证论治,单纯运用中药维持治疗,在此期间患者病情几经反复,但林教授心思机敏,辨证准确,同时通过对 CA125 指标的涨幅情况以及西医影像学的变化细致观察分析,见微知著,整体把握病情的进展情况,积极寻找最佳的用药方案,进而屡次化险为夷,经过长期中药调理,患者病情大为好转。特举此验案,回顾性分析林洪生教授运用中医药维持治疗肝内胆管癌术后患者的门诊资料,希望能为治疗肝内胆管癌疾病提供新思路。

3 分析与讨论

3.1 辨病与辨证相结合

肿瘤是在正虚的基础上,多种致病因素相互作用,导致机体阴阳失调,脏腑、经络、气血功能障碍,引起病理产物聚结而发生质的改变^[6]。林教授认为,肿瘤疾病整体病机虽然大都为正虚邪实,但不同部位的肿瘤,应根据不同脏腑的生理特点,运用不同的方法进行治疗。该病原发病位在肝,与脾胃关系密切,并且“五脏之病,穷必及肾”,因此脾肾功能失调亦是引起该病的主要因素^[7]。“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,故治疗时应以健运脾胃为主,同时侧重调理肝肾为原则。故患者初诊时,林教授在气血亏虚,正气不足这肿瘤大的病机基础上,同时以肝郁脾虚,肾亏毒结予以辨证。

林教授初诊用药平和,忌用妄补妄攻,平调阴阳,调整气机,整体把握患者体质和病情,以太子参、生黄芪、党参、焦白术补脾益气。麦冬、天冬、玄参在养阴的同时亦可滋肾元,同时牵制补气药,防其气余生火,起到阴阳双补的效果。病位在肝,故用炒柴胡、山栀子疏肝清热,同时用白芍、当归起到养血柔肝的效果。水红花子、预知子、蛇莓、夏枯草均为抗癌而不伤肝之药,同时有散结解毒之功。用此疏肝健脾,益肾解毒之法,使得患者病情稳定达近一年半之久,疗效显著。

3.2 把握疾病的主要矛盾

肿瘤疾病现已被定义为一种慢性疾病。一般慢性疾病,病程多较长久,病情也相对稳定,中医药治疗时常采取守方治疗为原则。恶性肿瘤虽然亦属慢性疾病,稳定时也常采取守方维持治疗,但恶性肿瘤的一大特点即是易伴发转移,影响人体其他正常组织,引起症状变化,此时病机亦会随之发生改变,疾病的主要矛盾也会相应发生变化,此时即要求医生迅速做出判断,尽早截断病情发展,抓住当下疾病的主要矛盾改换辨证思路,进而调整原治疗方案。例如此验案,林洪生教授在整体把握患者病情的同时,密切关注患者西医理化指标的变化,虽然肿瘤标志物对此疾病未能表现其特异性,但因其他肿瘤标志物指标都在正常范围内,唯独 CA125 这一指标涨幅明显,故而林教授认为该指标的涨幅情况在对该患者的临床治疗中有着一定的指导意义。患者于 2009 年 8 月诊开始,肿瘤标志物 CA125 持续升高,病情进展恶化,守

以疏肝健脾、养阴利水之法治疗疗效不佳。2009 年 10 月复查胸部 CT 提示:右肺小结节,右侧胸腔积液,林教授认为病程日久,正气亏耗,癌毒之邪已波及肺脏,以致病机病症发生改变,病情进展,此时本着“急则治其标”的原则同时结合刻下患者的主要不适症状,重新辨证论治,将疾病的主要矛盾归结为中上焦气机不利。由此林教授果断改换辨证思路,辨证由肝郁脾虚、肾亏水泛转为肺脾气虚,气机不利,以调理中上焦气机入手,改以自拟养胃方(太子参,焦白术,香附,枳壳)^[8]为主方,调补中焦气机。同时加用桑白皮、茯苓、猪苓泻肺利水,用莪术、绿萼梅、夏枯草、浙贝母行气散结,以一味桔梗载药上浮,引药物直达病所。林教授在疾病复杂的发生发展过程中,能够准确的把握疾病的主要矛盾,经过几次复诊调方,使得胸水和肿瘤标志物都得到了很好的控制,使患者转危为安。

3.3 扶正为先,适时驱邪

林教授认为肿瘤是整体属虚、局部属实的全身疾病,林教授主张治疗该病当以扶正祛邪为法,且尤重培补正气,认为正气先存于内,后方可适时驱邪。

2010 年 2 月 23 日复诊,肿瘤标志物已经得到控制,但仍未降至正常范围,但此时患者整体情况却不乐观,乏力气短,周身不适等正气亏虚之象已初露端倪。林教授认为该患者病程日久,气耗津伤,虽然肺中癌毒为患,实邪阻肺,但不可急于攻邪,恐伤正气。林教授认为当务之急应以扶正为先,以达治病留人之效。“虚则补之”,故书方以玉屏风散为基础,加以麦冬、石斛、白芍、鸡血藤等滋阴养血之品,大力培补正气,稍佐赤芍、郁金活血理气之药以防扶正药物壅滞气机。

2010 年 4 月复诊,肿瘤标志物升高,胸水增加,患者症状加重,病情恶化,癌毒壅肺之象十分明显,林教授考虑患者气血亏耗,正气虚损亦是明显,虽说实邪在肺,宜泻忌补,但此时攻伐恐使正气益虚,气血匮乏,难以转危为安。如若此时大补肺脾,又有壅塞气机,增益邪毒之嫌,但综合考虑,林教授认为治病当以留人为要,以扶正为先,所以虽有邪毒在肺,但仍不得以泻实为主,予方仍以玉屏风散培补正气,兼以泻肺利水之药,同时中成药予以健脾益肾颗粒加强扶正的效果,以期患者能够正气来复。

2010 年 10 月复诊,肿标持续增高,胸水有所增加,但患者正虚症状明显好转。此时正气来复,时机成熟,当予驱邪,以得邪去正安之要。林教授换用自拟养胃方^[8]平补脾胃,佐以桑白皮、浙贝母、泽泻、猪苓、茯苓等泻肺利水之药,同时加以露蜂房、佛手片、郁金、预知子等药增加散结理气的力量,中成药改予西黄解毒胶囊和金龙胶囊以期加大驱邪的效力。此时予药虽重攻伐,但仍不可忘及扶正。林教授自拟养胃方药味平和,虽不及玉屏风散扶正力强,但正因如此,此方有效的避免了壅遏气机增益邪毒之嫌,此方扶正力量虽弱,但仍可通过培土生金之理间接补益脾肺之气,平补肺脾,从侧面牵制攻伐药物过伤正气,使得邪去正安。

2010 年 12 月复诊,肿瘤标志物下降,身体状况明显好转,守方治疗,随后几次复诊根据患者具体情况予以加减调

治,于 2012 年 9 月 11 日复诊,CA125 降为 13.6 U/ml,胸水减少,病情平稳,已无明显不适,林教授考虑,若一年内病情无反复,可考虑停药。纵观此阶段患者反复病情及用药情况,林教授扶正为先,适时驱邪的学术思想和用药方法已而可见一斑。

3.4 针对具体病机,多方面考虑用药

因肿瘤疾病病机复杂,且病程日久,易产生多种病理产物,阴阳虚实难以平衡,故而用药宜轻平和缓,病因病机尽量考虑全面,林教授综合运用补气、养血、滋阴、生津、健脾、补肾、祛痰、除湿、理气、化瘀、解毒、散结等方法进行治疗,补气健脾常用生黄芪、党参、太子参、焦白术等。养血生津常用白芍、鸡血藤、石斛、知母等。滋阴补肾常用沙参、麦冬、天冬、玄参等。祛痰除湿常用半夏、桑白皮、桔梗、茯苓等。理气化瘀常用香附、枳壳、莪术、赤芍等。解毒散结常用蒲公英、夏枯草、浙贝母、郁金等。同时根据患者疾病整体状况有所偏倚侧重的组方用药。并在辨病辨证用药的前提下,针对患者出现的不适症状,选取一到两味特效中药予以缓解。如 2009 年 12 月 1 日诊患者出现疼痛症状,林教授常选用延胡索通络止痛;2010 年 2 月 23 日诊患者出现的心悸症状,林教授常选用薤白温通心阳;2010 年 10 月 19 日诊患者出现胃部不适兼有反酸症状,林教授常选用露蜂房制酸解毒;2010 年 10 月 19 日诊患者出现胸水增加的情况,林教授常选用猪苓、茯苓淡渗利湿,控制胸水。

3.5 肿瘤以癌毒致病为关键

《金匱要略心典》曰:“毒者,邪气蕴结不解之谓。”林教授认为癌毒致病是肿瘤致病的关键,强调“无毒不成癌”。在临床中,也能发现许多恶性肿瘤与一般内科疾病有相似的症状表现,但按照内科杂病的一般规律用药,效果不甚明显,在病程转归上亦有很大差别。林教授认识到使用抗癌毒中药的重要性,在临床中将其抗肿瘤中药与内科一般规律用药恰当的结合在一起,这亦是林洪生教授治疗恶性肿瘤学术思想的一个重要组成部分。在抗肿瘤中药的药理研究方面,西医做了大量工作,并取得了诸多成果。林教授结合西医对中药的药理研究和古人对中药的独理解,从众多药物中挑选对肿瘤靶向作用强,疗效明确,并且对人体伤害小的中药,如首诊时,予以抗肿瘤中药八月扎、蛇莓、水红花子,这三味中药,林教授在治疗肝部肿瘤时常常使用,该三药同用可有消肿解毒、理气活血的功效。后面复诊时林教授见出现肺部结节,胸水增加,还常用龙葵、白英、金荞麦、土茯苓以利水消肿、化湿解毒。这些中药,从西医方面来讲,都有抗肿瘤而无伤肝功的作用。并且每次复诊林教授都会将以上抗肿瘤药交替使用,不会谨守一方,这样用药不仅有效的辅佐了内科用药以控制肿瘤发展,而且很大程度上也避免了肿瘤耐药情况的发生。

4 结语

通过对林洪生教授治疗肝内胆管癌术后案例的分析和讨论,再一次印证了中医药在维持治疗恶性肿瘤方面不可替

代的优势,同时特举具体案例,进一步挖掘林洪生教授运用中医药治疗肝内胆管癌的学术思想和用药特点,为现代医学治疗该疾病提供新思路。

参 考 文 献

[1] 吴胜东,陆才德. 肝内胆管癌诊治进展[J]. 现代实用医学, 2004,16(9):561-563.
 [2] Khan SA, Toledano MB, Taylor-Robinson SD. Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of cholangiocarcinoma [J]. HBP, 2008, 10(2):77-82.
 [3] 阎振林,李俊,沈锋. 原发性肝内胆管癌的诊治现状和展望 [J]. 肝胆胰外科杂志,2009,21(1):1-2.

[4] 王敬文. 肝内胆管结石合并胆管癌诊治分析:附 24 例报告 [J]. 中华临床医学实践杂志,2007,6(1):61-63.
 [5] 陆才德. 肝内胆管癌 55 例诊治分析 [J]. 现代实用医学,2005, 17(6):324-326.
 [6] 林洪生. 肿瘤中成药临床应用手册 [M]. 北京:人民卫生出版社,2011:6-7.
 [7] 林洪生. 中国百年百名中医临床家丛书—余桂清 [M]. 北京:中国中医药出版社,2003:91.
 [8] 姜恩顺,代金刚,林洪生. 林洪生教授治疗肿瘤用药思路总结 [J]. 环球中医药,2012,5(4):290.

(收稿日期:2012-12-04)

(本文编辑:黄凡)

从“舌下络脉”辨治血瘀头痛

刘燕平 黄岑汉

【摘要】 中国医学对舌诊的认识源远流长,唯独舌下络脉诊的文献记载甚少,以至这一中医学传统诊法在临床应用上一直未能引起广大医家的重视。本病案外伤后以“头晕痛伴夜不能寐”为主症,无固定刺痛、舌紫暗等瘀血特征性症状和体征,但据其舌下络脉瘀滞Ⅲ度及外伤史,诊断为瘀阻脑络之证,用通窍活血汤加味治之,病人舌下络脉瘀滞消散,头晕痛等症状随之好转。充分说明舌下络脉诊法可对气血运行状态进行及时性的临床观察,具有诊断方便、准确、无损伤性等特点,不仅能为辨证论治提供依据,也预示了疾病的预后和转归,具有较高的临床诊断价值,值得推广运用。

【关键词】 舌下络脉; 辨证治疗; 血瘀头痛

【中图分类号】 R241.25 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.03.011

1 病历摘要

患者,男,36岁,于2010年6月3日初诊。主诉头晕痛伴夜不能寐1个月。患者1个月前被小客车撞伤,伤后呕吐数次,昏迷半小时,被送入某医院进行急救。醒后发现头皮血肿,头晕痛难忍,夜不能寐。先后服用布洛芬缓释胶囊、颅通定片、地西泮片等药,并静脉滴注能量合剂等进行治疗,血肿早以吸收,经X线平片及CT检查颅内未见异常。但病人诉至今每入夜后及阴雨天则头晕痛发作,并伴失眠、恶心、耳鸣、健忘、烦躁、纳少,小便略黄,大便稍结,每天服戴芬才能止痛,夜服安定方能入睡。望其舌见舌尖红,苔薄略黄,舌下

络脉色泽深紫,主干粗胀,直抵舌尖,分支呈放射状青紫色血丝状,属Ⅲ度,脉沉涩。中医诊断为:头痛——瘀阻脑络证。治法:活血逐瘀,通窍止痛。处方:通窍活血汤加味,赤芍、桃仁、丹参各20g,川芎、地龙各15g,红花、柴胡、皂角刺、土牛膝各12g,麝香^{冲服}0.25g,葱3根,姜3片,大枣3枚。加黄酒250g,水酒合煎,取药400ml。每日2次,每次200ml,冲服麝香。连服4剂后,6月7日二诊,头晕痛减轻,失眠略有好转,焦虑烦躁情绪有所改善,舌下络脉无明显变化。效不更方,上方继服10剂。同时嘱其停用止痛药戴芬。6月17日三诊,药后头晕痛大减,病人情志安和,除纳少外其它症状均有改善。舌下络脉络色渐淡,放射状青紫色血丝大多消散。将上方麝香改为白芷15g,黄酒改为150g,加入四君子汤,继服10剂。6月28日四诊,述头晕痛已不明显,夜晚不服安定可以入睡,食欲增加。舌下络脉络色由深紫转为淡紫,主干粗胀渐退,分支放射状青紫色瘀血丝依稀可见,从瘀滞Ⅲ度转为Ⅰ度。遂停药汤药,并按此方10倍量,先将药物打粉,用黄酒蒸炙后炼蜜为丸,每丸6g,早晚各1丸,以巩固疗效。2个月后复诊,查见舌淡红,苔薄白,舌下络脉络色、

作者单位:530001 南宁,广西中医药大学仁爱分院专家楼中医科(刘燕平);右江民族医学院(黄岑汉)

作者简介:刘燕平(1956-)教授,硕士生导师。研究方向:中医诊断的临床应用研究。E-mail: ypliu136@sian.com

通讯作者:黄岑汉(1959-)教授,硕士生导师,广西中医药学会副会长。研究方向:中医诊断及辨证的客观化、规范化研究。E-mail: hchg@sina.com