

现代名老中医治疗

胃癌

主编 李平

经验集

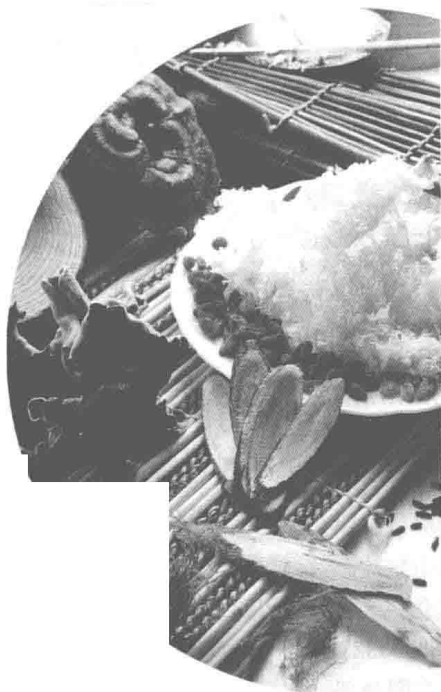
XIANDAI MINGLAOZHONGYI
ZHILIAO WEIJI JINGYANJI



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

现代名老中医治疗

胃癌



经验集

XIANDAI MINGLAOZHONGYI
ZHILIAO WEI LAI JINGYANJI

主 编	李 平	梅 梅
副 编	张 锋	张 画
编 委	利 氏	排 序
	(按 姓 名)	
	尹 艳	冯 吉
	刘 俊	孙 鑫
	李 平	李 庆
	李 冬	张 梅
	张 锋	苏 丽
	郑 磊	郑 孝
	周 舟	胡 一
	顾 进	梁 诺
	梁 海	菲

图书在版编目(CIP)数据

现代名老中医治疗胃癌经验集 / 李平主编. --合肥:
安徽科学技术出版社, 2019.1

ISBN 978-7-5337-7655-8

I. ①现… II. ①李… III. ①胃癌-中医临床-经验-中国-现代 IV. ①R273.52

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 197969 号

现代名老中医治疗胃癌经验集

主编 李 平

出版人: 丁凌云 选题策划: 徐浩瀚 黄 轩 责任编辑: 黄 轩 聂媛媛
责任校对: 张 枫 责任印制: 廖小青 装帧设计: 王 艳

出版发行: 时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>

安徽科学技术出版社 <http://www.ahstp.net>

(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场, 邮编: 230071)

电话: (0551)63533323

印 制: 合肥皖瑞印务有限公司 电话: (0551)65622253

(如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂商联系调换)

开本: 880×1230 1/32

印张: 9

字数: 229 千

版次: 2019 年 1 月第 1 版

2019 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-7655-8

定价: 36.00 元

版权所有, 侵权必究

前 言

胃癌是全球常见的恶性肿瘤之一,严重威胁人类的健康和生命,2008年全球新诊断出胃癌病例近100万,死亡人数为74万,分别居全部恶性肿瘤诊断病例的第4位和恶性肿瘤病死率的第2位。2/3的胃癌患者在发展中国家,其中我国占42%。《2014年中国肿瘤登记年报》显示,胃癌的发病率及死亡率均居恶性肿瘤的第3位。由于早期胃癌缺乏典型的症状和体征,约80%的胃癌患者就诊时已属晚期,丧失手术机会,预后较差,生存期短,Ⅳ期患者5年生存期几乎为零。

目前对胃癌我们倡导综合治疗,中医药在胃癌的综合治疗中既可改善患者的生活质量,又可以延长患者复发转移的时间及生存期。现代中医名家在治疗胃癌中充分发挥中医药的作用,经过多年的临床实践,积累了丰富的宝贵经验。目前,中医名家多忙于临床救治患者,常常忙得不可开交,加上年龄增长、精力渐衰,因此多没有太多精力和时间来系统整理自己的医案及心得,后辈们理应承担起归纳整理和总结的责任。基于此,我们编写了这本书筛选原则是在中国知网发表的国医大师、全国名中医、省名中医治疗胃癌的经验,截至2017年12月31日。

本书分为总论、各论两大部分,是多位名老中医共同劳动的成果。总论部分主要阐述胃癌的概况、临床表现、诊断、西医治疗及中医对胃癌的认识,包括历史沿革、病因病机、辨证分型,对放疗、化疗的认识等,为中西医结合治疗胃癌提供了理论基础。各论部分主要从学术思想、临证经验和经典医案等几个方面对现代名老中医治疗胃癌的学术及临床成就进行了总结归纳;本部分还包括胃癌并发症及放疗、化疗并发症的中医治疗,屡试不爽的偏方验方,食

疗药膳,常用中成药等内容,将中医名家治疗胃癌的临证特色与具体医案结合,进行了深入浅出的总结,既是对现代中医名家学术思想和临证经验的系统整理,也是中医肿瘤学科继承和发展中医名家学术思想和临证经验的重要举措之一。

相信本书的问世能让许多同仁在胃癌的诊治工作中获益,特别是在胃癌的中医或中西医综合治疗中受到启发,以提高临床疗效,更好地为患者服务。

李 平

2018年10月

目 录

上篇	总论	1
一	概论	1
二	诊断要点	2
	(一) 临床表现	2
	(二) 辅助检查	2
三	诊断标准	5
四	鉴别诊断	5
五	西医治疗	5
六	中医对胃癌的认识	6
	(一) 中医学有关胃癌的论述	6
	(二) 对病因病机的认识	8
	(三) 辨证分型	12
	(四) 中医治疗胃癌历史沿革	15
	(五) 中医对胃癌放疗、化疗的认识	19
下篇	各论	22
一	名老中医治疗胃癌的经验	22
	(一) 蔡淦	22
	(二) 常青	28
	(三) 陈信义	31
	(四) 冯玉洁	34
	(五) 高举真	37
	(六) 花宝金	40
	(七) 侯炜	50
	(八) 黄祖明	54

(九) 贾立群	57
(十) 贾文魁	63
(十一) 蒋文照	67
(十二) 焦中华	72
(十三) 劳绍贤	75
(十四) 李佃贵	76
(十五) 李戈	82
(十六) 李济仁	86
(十七) 李建生	89
(十八) 李可	92
(十九) 李平	95
(二十) 林洪生	101
(二十一) 林丽珠	105
(二十二) 凌昌全	110
(二十三) 刘嘉湘	115
(二十四) 刘沈林	118
(二十五) 刘云霞	124
(二十六) 马贵同	128
(二十七) 裴正学	133
(二十八) 齐元富	137
(二十九) 邱佳信	141
(三十) 单兆伟	144
(三十一) 沈舒文	148
(三十二) 沈元良	152
(三十三) 孙秉严	156
(三十四) 孙桂芝	157
(三十五) 汪达成	162
(三十六) 王登正	165
(三十七) 王沛	168
(三十八) 王瑞平	172

(三十九)王晞星	177
(四十)魏品康	182
(四十一)吴良村	186
(四十二)谢晶日	190
(四十三)徐景藩	194
(四十四)徐力	196
(四十五)尤建良	200
(四十六)郁仁存	205
(四十七)袁士良	210
(四十八)张代钊	213
(四十九)张镜人	214
(五十)章永红	217
(五十一)周维顺	222
(五十二)周仲瑛	224
(五十三)朱良春	227
(五十四)朱世楷	228
二 胃癌放疗、化疗相关并发症的治疗	231
(一)胃癌放疗后并发症的治疗	231
(二)胃癌化疗后恶心呕吐的治疗	231
(三)胃癌化疗后骨髓抑制的治疗	233
(四)胃癌化疗后神经毒性反应的治疗	234
(五)胃癌化疗后腹泻的治疗	235
(六)胃癌化疗后脱发的治疗	235
三 胃癌并发症的中医治疗	237
(一)幽门梗阻的中医治疗	237
(二)上消化道出血的中医治疗	238
(三)贫血的中医治疗	238
(四)呕逆的中医治疗	239
(五)腹泻的中医治疗	239
(六)梗阻性黄疸的中医治疗	239

(七)恶性腹腔积液的中医治疗	240
(八)术后胃瘫的中医治疗	241
(九)倾倒综合征的中医治疗	242
四 胃癌偏方、验方及秘方治疗	243
(一)中医偏方治疗胃癌	243
(二)中医秘方及验方治疗胃癌	253
(三)中药偏方外治胃癌疼痛	259
五 胃癌的食疗药膳	260
六 治疗胃癌的常见中成药	269
(一)中成药静脉注射剂型	269
(二)中成药口服剂型	274

上篇 总论

一 概论

胃癌是世界范围内最常见的恶性肿瘤之一,其发病率在肺癌之后位居第二,为消化系统恶性肿瘤之首。国外文献统计胃癌占消化道肿瘤的 50%,国内报道占 62%。中国、日本、智利等国为世界上胃癌高发地区。在中国,西北的陕甘宁地区、东北地区、辽东半岛、胶东半岛、华东沿海及福建沿海等地为胃癌高发区。胃癌约 70% 发生在 40~60 岁,男性发病率高于女性,男女之比为 3.6:1。

研究表明,胃癌的发生与地理环境因素密切相关,不良饮食习惯,长期接触致癌物如 N-亚硝基化合物、真菌感染、幽门螺旋杆菌感染、胃部良性疾病等都是有关致癌因素。国内外资料还表明:不同地区、不同民族人群的胃癌发病率存在差别;从高发区移入低发区的第二代、第三代移民,其胃癌发病率递减。我国胃癌病例配对研究结果显示,高盐饮食、腌制食品、烟熏食品、油炸食品、进餐不定时、进食过快、过饱、喜烫食等均会增加胃癌发生的概率,新鲜蔬菜、水果、大豆及其制品、牛奶等均可降低胃癌的危险性。幽门螺旋杆菌(HP)与胃癌的关系已引起关注,胃癌死亡率水平与 HP 感染率有平行关系。慢性萎缩性胃炎与胃癌的发生率和死亡率均呈正相关,长期随访(10 年以上)萎缩性胃炎的癌变率约占 10%,肠上皮化生伴发胃癌者占 60%~100%;胃息肉中炎性息肉占 80% 左右,癌变率低,为 0%~5%;而腺瘤性息肉占比小,但癌变率可达 60%;另外,多发性息肉的癌变率为 14%。胃溃疡癌变主要是由于

溃疡边缘的黏膜上皮反复经历炎症、糜烂、再生、增生以及异型上皮增生过程,再加上致癌因素的长期慢性作用,最后转化为癌,发生率在0.4%~3.2%。残胃癌指胃部疾病手术后残胃部分发生癌变,多位于吻合口附近,发生率为1%~5.5%。恶性贫血患者中约10%会发生胃癌。其他如吸烟、心理因素、微量元素摄入不足等也与胃癌发生有关。

二 诊断要点

(一) 临床表现

1. 症状

上腹隐痛、胀痛、灼痛、刺痛,厌食,餐后饱胀,恶心,食入即吐,甚则朝食暮吐,暮食朝吐,呕吐酸腐,或吐咖啡色胃内容物,或呕吐鲜血,排柏油样大便等。诸症由偶发到阵发,再由频发到持续不断,而且逐渐加重。

2. 体征

上腹胀满压痛;上腹包块,边缘不规则,质硬,固定,按压痛;浅表淋巴结肿大,特别是左锁骨上淋巴结肿大;消瘦,腹水,黄疸,水肿,恶病质;舌质淡暗,或暗紫,脉沉细,或细涩,或细弦等。

(二) 辅助检查

1. 常规检查

(1)血液检查:贫血常见,约50%患者有缺铁性贫血,是长期失血所致;或由营养缺乏造成,如合并有恶性贫血,则见巨幼细胞贫血;红细胞沉降率增快。血清 γ -谷氨酰转肽酶(GGT)、碱性磷酸酶(AKP)升高可提示肝转移瘤。

(2)胃液检查:有40%~60%患者胃内无游离酸,乳酸试验阳性;胃液残渣中有乳酸杆菌、八叠球菌及酵母菌;癌组织有溃烂坏死时,胃液可找到癌细胞。

(3)粪便隐血试验:粪便隐血试验常呈持续阳性,检测方便,有辅助诊断的意义。可作为胃癌筛检的首选方法。

(4)肿瘤标志物检测:目前临床所用胃癌标志物主要有 CEA、CA19-9 等,但特异性均不强,联合检测可增加其灵敏性及特异性。

1) CEA:癌胚抗原,是一种富含多糖的蛋白复合物,是胚胎和胎儿期产生的癌胚抗原,对胃癌的预后具有意义,与进展低分化腺癌相关,亦与肿瘤大小、浆膜面浸润、淋巴结转移相关,可与其他指标联合应用以评价胃癌的化疗疗效,如 CEA 水平下降范围 $>50\%$ 或降至正常范围并持续 4 周以上,可作为治疗有效指标,如治疗后持续增高,提示预后不良。

2) CA19-9:是一类含黏液成分的大分子糖蛋白,与肿瘤大小、淋巴结转移及浸润深度相关,是胃癌患者独立判定预后的指标。血清中高水平的 CA19-9 提示胃癌患者生存期缩短,可与其他指标联合应用提示胃癌的腹膜复发、腹腔种植,是比 CEA 更为敏感的指标。

3) CA125:CA125 值升高可提示有浆膜或腹膜侵犯。

2. 影像学检查

(1)胸部 X 线检查:必须同时拍胸部正位和侧位片,目的是排除有无肺转移,对于胸片发现病灶而难以定性的,依患者的经济条件可选用胸部 CT 检查。

(2)上消化道造影检查:可作为胃癌诊断首选常规检查,有助于观察肿瘤在胃腔内浸润范围、肿块部位及胃腔狭窄程度、有无幽门梗阻等,并可通过观察胃黏膜的形态、胃壁的柔软程度等,有助于与胃炎性病变、胃壁性病变及胃淋巴瘤等相鉴别。

(3)超声检查:超声检查简单易行、价格便宜,可作为胃癌患者的常规检查,主要用于发现腹盆腔重要器官及淋巴结有无转移,也可用于锁骨上、颈部淋巴结检查。对于有条件的医院还可开展超声导引下行肝脏、淋巴结穿刺活检,有利于肿瘤诊断及分期。

(4)CT 检查:CT 检查已广泛应用于临床,有助于观察胃部肿瘤对胃壁的浸润深度、与周围脏器的关系、有无淋巴结转移和远处转移(如肝脏、卵巢、腹膜、网膜等)。对于胃部肿瘤较大者,建议行

腹部、盆腔 CT 检查,以了解盆腔有无转移,特别是对于女性患者,观察有无卵巢转移。对于无 CT 造影剂过敏的患者,原则上均应行增强 CT 扫描,有助于检出微小转移灶。

(5)MRI 检查:受设备、扫描技术及检查费用等因素影响,MRI 检查目前尚不能作为胃癌患者的常规检查,但对于超声或 CT 检查怀疑肝脏转移的患者,MRI 有助于明确诊断。

(6)骨扫描:有助于骨转移诊断,依据临床需求合理选择。

(7)各种检查诊断报告均应体现出国际 TNM 分期理念。

3. 腔镜检查

(1)内镜检查:是胃癌诊断中最重要的手段之一,对于胃癌的定性定位诊断和手术方案的选择有重要的作用。对拟行手术治疗的患者来说,腔镜检查为必需的常规检查项目。此外,内镜检查前必须充分准备,建议应用去泡剂和去黏液剂,仔细观察各部位,采集图片,对可疑部位应用染色和放大技术进一步观察,进行指示性活检,这是提高早期胃癌检出率的关键。提高胃癌的发现率,是现阶段降低胃癌死亡率的重要手段之一。

(2)色素内镜:常规内镜检查完成后,建议对临床疑诊早期胃癌、高危人群、年龄大于 40 岁的受检者应常规行靛胭脂染色,以提高早期胃癌的检查率。染色前应注意清洗胃黏膜表面黏液,喷洒时尽量使染色剂在胃黏膜上涂布均匀,冲洗后进行观察。

(3)放大内镜:放大内镜直接观察胃黏膜表面形态,根据胃小凹形状及表面血管形态可准确鉴别病变性质,与染色剂配合使用效果更好。

(4)超声内镜检查:有助于评价胃癌浸润深度、判断胃周淋巴结转移状况,推荐用于胃癌的术前分期。对拟施行内镜下黏膜切除(EMR)、内镜下黏膜下层切除(ESD)等微创手术者必须进行此项检查。

4. 细胞学检查

(1)内镜细胞学检查:在胃镜直视下,用冲洗、擦刷及印片 3 种方法取细胞,其阳性率较高,或插入胃管用缓冲液反复冲洗胃壁,

再收集缓冲液,沉渣后做涂片进行细胞学检查,两种细胞学检查阳性率均可达 90% 以上。

(2) 腹水细胞学或术中腹腔冲洗或灌洗细胞学:可明确是否存在腹腔游离癌细胞(FCC),对指导临床分期具有重要意义。

(3) 穿刺细胞学检查:对锁骨上淋巴结转移可明确诊断。

三 诊断标准

综合患者的临床表现、辅助检查结果可以诊断胃癌,其中细胞学检查找到腺癌细胞和/或病灶病理学检查诊断为胃癌,可作为最终诊断。

四 鉴别诊断

(1) 胃溃疡:胃溃疡的发病年龄多在 40 岁左右,有较典型的上腹痛发作和缓解规律,全身情况改变较少。钡餐检查胃溃疡直径一般小于 2.5cm,龛影常突出于胃腔,溃疡口光滑无环堤征,有黏膜皱襞向溃疡集中呈星状排列,附近胃壁柔软,蠕动可以通过。胃镜所见胃溃疡多呈圆形或椭圆形,边界锐利,边缘平滑,溃疡底部平滑光洁。

(2) 慢性胃炎:上腹不适多无规律性,多以胀痛、隐痛为主,胃镜检查可见胃黏膜的良性改变,病理检查可以确诊。

(3) 胰体尾癌:上腹痛明显,常向左侧腰背部放射,短期内体重下降明显。

(4) 胃肉瘤:患者年纪较轻,病程较短,一般情况较好,肿瘤较大而多无淋巴。

五 西医治疗

一般采取综合治疗,即根据肿瘤病理学类型及临床分期,结合患者一般状况和器官功能状态,采取多学科综合治疗模式,有计划、合理地应用手术、化疗、放疗和生物靶向等治疗手段,达到根治

或最大程度地控制肿瘤、延长患者生存期、改善生活质量的目的。抗癌药物的选择,剂量和用法以及相关毒性的处理比较复杂。由于预期毒性及患者的个体差异、既往治疗情况、营养状态、并发症等因素,经常需要对药物的剂量和用法采取个体化方式以及支持治疗干预措施。

(1)对早期胃癌且无淋巴结转移证据,可根据肿瘤侵犯深度,考虑内镜下治疗或手术治疗,术后无须辅助放疗或化疗。

(2)对局部进展期胃癌或伴有淋巴结转移的早期胃癌,应当采取以手术为主的综合治疗。根据肿瘤侵犯深度及是否伴有淋巴结转移,可考虑行根治性手术或术前先行新辅助化疗,再考虑根治性手术。成功实施根治性手术的局部进展期胃癌,需根据术后病理分期决定辅助治疗方案(辅助化疗,必要时考虑辅助化疗、放疗)。

(3)对复发/转移性胃癌,应当采取以药物治疗为主的综合治疗手段,在恰当的时机给予姑息性手术、放射治疗、介入治疗、射频治疗等局部治疗,同时也应当积极给予止痛、支架置入、营养支持等最佳支持治疗。

六 中医对胃癌的认识

(一) 中医学有关胃癌的论述

古代中医文献中没有胃癌这个病名,但是通过临床病象的描述,胃癌可归属于中医胃脘痛、伏梁、反胃、噎膈、癥瘕、积聚等范畴,有关症状描述最早见于《内经》,如《素问·阴阳别论篇》:“三阳结,谓之隔。”《素问·至真要大论篇》:“胃脘当心而痛,上支两胁,甚则呕吐,膈咽不通。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰:“胃病者,腹臌胀,胃脘当心而痛……膈咽不通,饮食不下。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》:“心脉……微缓为伏梁,在心下,上下行,时唾血。”《济生方》中对“伏梁”有了进一步的描述,说:“伏梁之状,起于脐下,其大如臂,上至心下,犹梁之横架于胸膈者,是为心积……其病腹热面赤,咽干心烦,甚则吐血,令人食少肌瘦。”心下,即剑突下,胃之部位。

文中这些描述与中晚期胃癌表现的疼痛、食少、进食梗阻、呕血、消瘦和胃脘部肿块(心下至脐)相吻合。《诸病源候论·积聚病诸侯》中指出了“伏梁”预后不良,曰:“心之积,名曰伏梁,诊得心积,脉沉而芤,时上下无常处,病腹中热,而咽干心烦,掌中热,甚即唾血,身癭痂。夏瘥冬剧,唾脓血者死。又其脉牢强急者生,虚弱急者死。”张仲景《金匱要略》谓:“朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反。脉紧而涩,其病难治。”此与胃癌晚期幽门梗阻情况相似。宋·杨士瀛在其《卫济宝书》和《仁斋直指附遗方论》中首先提出了“癌”这一概念。如《卫济宝书·痈疽五发》云:“一曰癌,二曰瘰,三曰疽,四曰瘤,五曰痈。”《仁斋直指附遗方论》对癌的症状、病性也进行了较详细的描述:“癌者,上高下深,岩穴之状,颗颗累垂,毒根深藏。”其中“毒根深藏”表明“癌”有“穿孔透里”之性,对肿瘤易于浸润转移作了形象描述。《丹溪心法·翻胃》曰:“噎膈,反胃,名虽不同,病出一体,多由气血虚弱而成。”提出了噎膈是以进行性吞咽困难,食入即吐为主要表现,并伴有腹胀、吐痰涎等症状,与胃癌所致贲门狭窄的症状相同。《灵枢·百病始生篇》云:“留而不去,传舍于肠胃之外、募原之间,留着于脉,稽留而不去,息而成积。”《素问》云:“癥,腹中坚硬。按之应手,谓之癥也。”《诸病源候论·积聚病诸侯》云:“积聚病结者,是五脏六腑之气,已积聚于内,重因饮食小节,寒温不调,邪气重沓,牢痼盘结者也。若久即成。”医籍中所描述病症与晚期胃癌出现肿块时的症状相似,同时也阐述了其产生的病因与病机,对后世研究肿瘤有启迪作用。国家质量技术监督局颁布的中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语疾病部分》将中医胃癌定义为:“胃癌,可能与生活环境、饮食因素、胃的慢性病变刺激有关,痰浊邪毒瘀血积聚胃脘,日久恶变而成。以进行性胃脘痛、食少、消瘦、便血等为常见症状,发生于胃脘的癌病类疾病。”总之,历代医家通过临床实践,详述了与胃癌相关的各种病名及其临床表现,扩展了胃癌的中医学病名范畴。

(二)对病因病机的认识

1. 病因

(1)六淫邪气:中医认为癌瘤的发生与外邪侵袭有关,人体被外邪所中,积久成疾。如《灵枢·九针论》明确指出“四时八风客于经络之中,为瘤病也”“积之始生,得寒乃生,颇乃成积也”“寒温不对,邪气胜之,积聚已留”等;《诸病源候论》亦载:“恶核者,内里有核累累如梅李,小如豆粒……此风邪挟毒所成。”强调风邪、寒邪留滞经络、气血不运而发癌瘤。故张子和谓:“夫病之一物,非人身素有之也。或自外而入,或由内而生,皆邪气也,邪气加诸身,速攻之可也,速去之可也。”

(2)饮食因素:饮酒过度,或嗜食辛辣燥热之品,积热蕴胃,热久伤阴则津枯血燥,胃脘干槁或热盛瘀积;饮食不节,胃失腐熟、脾失健运,气血无以化生,而致气血两亏;或病久阳气衰馁,致脾胃虚寒,均可发为本病。如《卫生宝鉴》谓:“凡人脾胃虚弱,或饮食过度,或嗜食生冷,健运失职,致成积聚结块。”《济生续方》亦云:“夫积者,伤滞也,伤滞日久,则成积也。”示人积聚之病,多由饮食不节或恣食生冷,肠胃功能失调,不能运化水谷,积滞内停而致。《医碥》则详述酒客者噎膈多发之因:“酒客多患噎膈,饮热酒者尤多,以伤津液,咽管干涩,饮食不得入也。”《医门法律》云:“滚酒从喉而入,日将上脘烧灼,渐有热腐之象,而生气不存,窄隘有加,只能饮水,不能纳谷者有之。此所以多成隔症也。”《局方发挥》则认为反胃与胃阴亏虚有关,即:“积而久也,血液俱耗,胃脘干槁……其槁在下,与胃为近,食虽可入,难尽入胃,良久复出……曰反胃。”总之,食管癌、胃癌的发病与饮食异常关系密切,尤其善食煎炸食物、嗜饮烈酒之人,更易患之。此即“酒面炙,黏滑难化之物,滞于中宫,损伤肠胃,渐成痞满吞酸,甚则噎膈反胃”之谓也(《医学统旨》)。

(3)七情所伤:《素问·举痛论篇》云:“百病生于气也。怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,惊则气乱,劳则气耗,思则气结。”故情志致病,主要引起五脏气机失调:忧思伤脾,脾