

基于岭南脾胃理论运用半夏泻心汤合补中益气汤治疗 肾癌术后胃瘫综合征医案1则

张伦¹, 刘育伟^{1,2}, 陈懿科^{1,2}, 陈慧龙^{1,2}, 陈林童^{1,2}, 胡杏娟¹ 指导: 邱健行¹

1. 广东省第二中医院, 广东 广州 510095; 2. 广州中医药大学第五临床医学院, 广东 广州 510095

[关键词] 岭南脾胃理论; 肾癌; 术后胃瘫综合征; 半夏泻心汤; 补中益气汤; 医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2025) 14-0035-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.14.007

术后胃瘫综合征是腹部外科手术后常见的并发症之一, 一般由非机械性梗阻因素引起、以胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征, 以胃排空障碍为核心特征, 临床表现为腹胀、恶心呕吐、不能进食等, 极大影响患者术后的生活质量^[1-2]。术后胃瘫的发生可能与胃肠动力障碍、Cajal细胞凋亡以及内环境稳态破坏相关, 是手术方式和消化道重建在内的多种因素综合作用的结果^[3]。胃瘫的诊断以临床表现和胃排空闪烁成像、上消化道内镜等辅助检查发现胃潴留和胃蠕动减弱或消失为主。

肾癌合并下腔静脉癌栓的手术是泌尿外科领域操作难度最大、风险指数最高的手术, 要面对麻醉、手术、感染等多方面呈几何倍数增长的难关, 死亡率高达9%^[4]。腹腔镜下行根治性肾切除术联合下腔静脉癌栓取出术具有创口小、出血量少和术后易于康复等优势, 已逐渐成为治疗肾癌合并下腔静脉癌栓的首选治疗方案^[5]。但是由于术程较长及麻醉等原因, 术后患者常遗留有低氧血症、肾功能不全、术后胃瘫等并发症^[6], 术后胃瘫综合征作为最常见的并发症之一, 极大降低患者术后的生活质量, 尤其是恶性肿瘤术后顽固难治性胃瘫, 不仅加大治疗难度, 延误后续治疗, 更加剧了患者精神及家庭经济负担^[7]。目前, 西医保守治疗主要依赖促胃肠动力、促消化、止呕等对症处理, 短时间内疗效不显且治疗

周期较长, 易反复发作^[8]。

邱健行教授是首批全国名中医, 全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 深耕中医临床逾六十载, 精研岐黄经典, 融汇诸家学术精粹, 根据岭南湿热气候的特殊特点, 提出岭南脾胃理论。笔者在岭南脾胃理论的指导下, 运用半夏泻心汤和补中益气汤治疗根治性肾切除术联合下腔静脉癌栓取出术后胃瘫综合征医案1则, 治疗效果良好, 且未见病情反复, 现报道如下。

1 医案

余某, 女, 52岁, 主诉: 肾癌术后反复胃胀半月余, 加重半天。于2023年12月15日收入住院。患者2023年11月30于中山大学肿瘤防治中心, 在全麻下行腹腔镜下根治性左肾切除联合下腔静脉癌栓取出术。术后病理: 符合肾细胞癌(pT3bNxnx2), 国际泌尿病理协会分级(ISUP)分级: 2级。肉瘤样分化(-); 脉管内癌栓(+); 肿瘤性坏死(+), 2%; 肾盂肾盏黏膜侵犯(-); 横纹肌样分化(-); 神经束侵犯(-); 肾窦侵犯(+); 肾周脂肪侵犯(+); 其他: ①腹主动脉旁淋巴结10枚, 未见癌; ②肾门淋巴结5枚, 未见癌。③腔静脉癌栓镜下: 纤维结缔组织中见大片坏死, 考虑为肿瘤性坏死, 未见明确存活肿瘤细胞, 并可见淋巴结2枚, 未见癌。免疫组化: CK(AE1/AE3)(少量+), Pax-8(+), CAIX(-),

[收稿日期] 2024-04-30

[修回日期] 2025-06-06

[基金项目] 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药办人教函[2021]271号)

[作者简介] 张伦(1976-), 女, 医学博士, 主任中医师, 教授, 硕士研究生导师, E-mail: 1214632861@qq.com。

CK7(-), CD117(-), TFE3(部分+), FH(+), 2SC(-)。术后患者出现进食后胃胀、恶心呕吐, 诊断为胃瘫综合征, 予留置鼻胃管胃肠减压、肠外静脉营养支持、莫沙必利等治疗, 症状无改善。入院症见: 神清, 精神疲惫, 胃胀, 食入则呕, 反酸嗝气, 胃纳差, 留置胃管注食注药, 大便1周未行, 舌淡暗、苔白腻, 脉细涩。(1)基础治疗。给予营养支持, 予多种脂溶性维生素、复方氨基酸。(2)胃肠减压。嘱患者间断夹闭胃管, 按需胃肠减压。(3)综合治疗。①中药热奄包治疗。将五子散包括莱菔子、白芥子、补骨脂、紫苏子、菟丝子各100 g放于药包中, 放入微波炉加热5~10 min, 药包温度降至40℃时将毛巾包裹于药包上进行腹部膻穴热敷, 每天3次。②电针治疗。患者选取合适体位, 常规消毒所选膻穴, 选用1寸及1.5寸的一次性无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司), 天枢(双侧)、上巨虚(双侧)、足三里(双侧)、气海、关元、下脘、中脘直刺1~1.5寸, 针下得气后行提插补法; 内关(双侧)、太冲(双侧)直刺0.5~1寸, 得气后平补平泻, 留针30 min, 将双侧内关、足三里、上巨虚、太冲等八穴两两连接电针, 选择20 Hz疏密波、以患者可耐受为度, 每天1次。③穴位贴敷。以白芥子、延胡索、生姜、细辛、白术、肉桂、甘草饮片为1剂, 研磨成细粉, 以陈醋调匀, 制成圆形膏药备用, 每天按时先以微波炉加热软化, 常规消毒膻穴局部皮肤, 贴敷于肝俞、脾俞、胃俞、中脘及足三里, 每次敷贴4~6 h, 每天1次。④耳穴贴压治疗。选取神门、交感、心穴为主穴, 肝、脾、肾为配穴, 常规消毒标记的耳穴位置后, 将王不留行籽耳穴贴贴于患者耳穴, 铺贴完成后, 在患者耐受前提下以顺时针方向对耳穴进行按压刺激, 每个耳穴按压1~2 min。引导患者每日自行按压5~10次, 每次20~25下, 以可耐受为度, 每天更换1次, 双耳交替取穴贴压, 防止长期单侧按压导致局部感染。(4)中药内服。以补中益气汤合半夏泻心汤加减, 处方: 五指毛桃20 g, 牛大力30 g, 升麻15 g, 柴胡10 g, 千斤拔15 g, 熟党参15 g, 姜半夏15 g, 枳实15 g, 黄芩10 g, 陈皮6 g, 鸡内金20 g, 黄连3 g, 炙甘草6 g, 生姜3片。共5剂, 每天1剂, 水煎取汁400 mL, 鼻饲。

服药后患者胃胀、恶心欲呕、不能进食、嗝气等症状逐渐好转, 胃肠减压引流量逐日减少, 至治

疗第3天时, 患者开始经口少量饮水, 每次量约30 mL, 遂留置胃管, 撤除胃肠减压; 治疗第5天时拔除胃管, 并嘱患者开始经口进食少量全流饮食, 每次约50 mL, 少量多次, 并由全流饮食逐渐过度至半流饮食, 进食量及饮水量逐渐增加, 鼓励患者少食多餐, 以易消化低纤维食物为主, 禁食肥甘油腻之物。患者症状、饮食基本恢复后办理出院, 出院后随访1次, 无明显不适。

2 讨论

2.1 腹腔镜下肾癌术后胃瘫综合征病因分析 ①此手术需要游离并切断左肾动脉及汇入左肾静脉的中央静脉和生殖腺静脉, 以完全游离左侧肾脏, 为切除作准备; 除了要根治性切除左侧肾脏外, 还需暂时夹闭下腔静脉血流, 并在极短的时间内取出癌栓, 缝合腔静脉切口, 术中出血量较大, 可导致交感神经缺血再灌注损伤, 胃肠道黏膜屏障受损使胃动力受到限制, 从而出现延缓胃排空情况, 严重则出现胃瘫^[9-10]。此外, 手术创伤激活全身炎症反应, 促炎因子如白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)大量释放, 可抑制Cajal间质细胞(ICC)功能。ICC作为胃肠起搏细胞, 其数量减少或功能异常直接导致胃电慢波节律紊乱, 延缓胃排空^[11]。同时, 应激状态下胃泌素、胃动素等促动力激素分泌减少, 而生长抑素等抑制性激素水平升高, 加剧胃肠动力障碍^[12]。②手术过程中需要用剪刀在下腔静脉入口的背侧沿下腔静脉长轴剪开, 术程中为防止空气进入下腔静脉, 形成空气栓塞, 需要不断注入CO₂, 形成人工气腹。随着腹压增加, 大量CO₂气体在短时间内直接冲入血液, 进入血液循环形成胃肠淤血, 影响胃肠道的蠕动功能, 从而导致胃瘫的发生^[13]。③大部分发生术后胃瘫的患者在术后48 h内应用镇痛泵止痛^[14]。可见, 术后镇痛是诱发术后胃瘫综合征的高危因素。阿片类药物不仅会直接抑制胃肠蠕动, 延长胃排空时间, 还可使负责胃生物电起搏细胞的功能和数量发生改变, 导致起搏细胞分布不均匀, 功能退化, 数量减少, 破坏胃平滑肌收缩功能, 从而引起胃排空延迟^[15]。

2.2 从岭南脾胃理论治疗术后胃瘫的循证依据 岭南脾胃理论是邱健行教授基于岭南地区潮湿炎热气候特征及岭南人群脾虚湿困体质特点, 根据脾胃生理病理及证治规律, 在继承《黄帝内经》“因地制

宜”学术思想的基础上,结合现代病理学研究成果及临床实践而成^[16]。《岭南卫生方》载:“岭南既号炎方,而又濒海,地卑而土薄。炎方土薄,故阳燠之气常泄;濒海地卑,故阴湿之气常盛。”强调湿热阻滞中焦,脾胃升降失常,中焦斡旋失职,气机上逆则发为呕吐、反胃等症,邱健行教授认为“脾宜升则健,胃宜降则顺”,升脾降胃,调枢复衡是治疗岭南脾胃疾病的核心治法^[17]。

术后胃瘫综合征是伴随腹部外科手术出现的疾病,属中医学呕吐、胃翻、呃逆、胃缓、反胃等疾病范畴。以胃脘部痞闷不适、胀饱无饥饿感、胃纳不佳、呃逆嗳气、呕恶反酸等为主症。主要病机为“脾胃清浊相淆,气机升降失常,胃气不降上逆”^[18-19]。邱健行教授在《岭南脾胃论》中指出:“呕吐啰噎属脾胃虚弱,或外邪所侵,或饮食所伤,或七情内伤,致升降反作而谷不得下。”^[20]阐述了胃气不降反升,受纳失常,脾气不升反降,失于运化升清,水谷不能正常腐熟转运,谷气上逆为发病机制。肿瘤术后胃瘫患者本有癌毒戕伐正气,多脏腑气血衰弱的基础,加之腹部手术,气血更虚,金刃伤及内在脏腑,枢机不利,气机升降失常,腑气不通;另肿瘤患者大多性情忧郁,手术及术后并发症再次加重患者紧张焦虑情绪,使肝气郁结更甚,木不疏土,脾胃枢机失常;故属本虚标实之证,病机概括为脾胃气机升降失司。正如章楠《医门棒喝》所称:“升降之机又在于脾之健运。”故“胃宜降则和,脾宜升则健”。术后胃瘫综合征病机主要为脾胃失和、升降失调以致运化失本,湿热等病理产物胶结,形成本虚标实,虚实夹杂之证,故在治疗过程中调畅脾胃气机为其治本之法。基于岭南脾胃理论,当治以升脾降胃、调枢复衡。

综合治疗选用中药热奄包,由五子散(补骨脂、莱菔子、菟丝子、白芥子、紫苏子)和粗盐组成,五子散热敷可调畅中焦气机,升清降浊,畅达枢机,疏通胃肠腑气,发挥降逆止呕、助运消痞、健脾益胃、疏通脾胃气机的作用。关元、气海、中脘、下脘、足三里、上巨虚、天枢等穴是基于岭南脾胃理论指导下的常用选穴,诸穴合用,调畅脾胃枢机,调节大肠传导功能,宣清泄浊,促进糟粕外排。电针刺激上述腧穴有助于恢复脾胃升降功能,调理上、中、下三焦气机,达到督升任降的气机循环,综合

调节五脏六腑之气血,促进体内气机运转,使脾胃枢机重新恢复平衡状态,从而改善胃瘫症状。穴位贴敷肝俞、脾俞、胃俞、中脘及足三里等穴,可调畅中焦气机,恢复气机的升降出入,从而促进胃肠道蠕动,改善胃瘫症状。王不留行籽刺激神门、交感、心、肝、脾、肾等耳穴可调和脏腑阴阳,调节脾胃气机,使脏腑气机升降正常,从而达到降气消痞的目的,从而促进胃肠蠕动,减轻胃胀、呕吐等症状。

邱健行教授认为,患者术后耗气伤血,脾胃虚则胃纳差,中焦气滞不行则胃胀,胃气上逆则呕吐、嗳气。脉细主中焦虚弱,涩主中焦枢机不利,滞而不行,当予辛开苦降之半夏泻心汤合补气升提之补中益气汤加减。半夏泻心汤出自《伤寒论》,辛温和苦寒两种性味相反的药物合用,升清阳,降浊阴,复中焦升清降浊之功,用于治疗气机不畅,阴阳失衡等疾病^[21]。干姜、半夏辛温,主温里散寒,助脾升发清阳;黄芩、黄连苦寒,主清胃热通胃腑,泄中焦实邪,助胃通降浊阴。苦辛并用,使中焦气机升降出入有序,阴阳上下运转复常,则脾胃升降失序所致的呕吐、嗳气、腹胀诸症自除。研究发现,半夏泻心汤可双向调节胃酸分泌,提高消化酶活性,改善肠道微生态,进而改善术后胃瘫综合征^[22]。补中益气汤出自《脾胃论》,李东垣谓该方有“以辛甘温之剂,补其中而升其阳,甘寒以泻其火”之特性,邱健行教授认为,岭南地区多湿多热,恐黄芪甘温之性助湿热之邪,故以牛大力、五指毛桃代之^[23]。千斤拔,又名土黄芪,五指毛桃又名南黄芪,两者共用补而不峻,使脾胃阳气得以升华,兼顾理气和血,以达补中气而复脾胃升降之机,调受纳运化之本功效。患者胃纳差,配伍鸡内金消食化滞,陈皮理气醒脾,加枳实降气以止噎通便^[24]。网络药理学研究提示,补中益气汤可通过多靶点、多通路改善胃肠道平滑肌细胞损伤,促进胃肠蠕动,增加胃排空率,进而治疗胃轻瘫^[25]。半夏泻心汤与补中益气汤联合使用,可通调中焦气机升降,健运脾胃枢机,进而恢复术后胃瘫综合征患者脾胃运化升降之能,改善临床症状。

3 小结

术后胃瘫综合征总因“升降反作,清浊相干”所致,岭南脾胃理论认为,脾胃处于中焦,连通内

外,交通上下,是气机升降的枢纽,脾升胃降,通上彻下,斡旋阴阳,升降相因,燥湿相济,运纳协调,通过气机升降出入完成受纳、腐熟、吸收、运输等一系列生理功能。因此,恢复脾胃气机的正常升降出入运动是论治术后胃瘫综合征的基本大法。本案患者在使用胃肠减压、促胃肠动力等基础治疗后,病情仍未见明显好转。中医药通过多途径、多效应、多靶点改善术后胃瘫患者临床症状,在岭南脾胃理论指导下,运用半夏泻心汤合补中益气汤治疗肾癌术后胃瘫综合征,疗效确切。

[参考文献]

- [1] 丁世康,叶辉,周琴. 中国肿瘤患者术后胃瘫诊治中西医结合专家共识(2022版)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(3): 188-191.
- [2] 陈贝. 根治性远端胃大部切除术对胃癌患者的临床效果及术后胃瘫综合征的高危因素分析[J]. 实用癌症杂志, 2023, 38(9): 1498-1501.
- [3] VARGHESE C, BHAT S, WANG T H, et al. Impact of gastric resection and enteric anastomotic configuration on delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy: a network meta-analysis of randomized trials[J]. BJS Open, 2021, 5(3): zrab035.
- [4] DOMINIK J, MORAVEK P, ZACEK P, et al. Long-term survival after radical surgery for renal cell carcinoma with tumour thrombus extension into the right atrium[J]. BJU Int, 2013, 111(3 Pt B): E59-E64.
- [5] 吴大鹏. 腹腔镜下根治性肾切除联合下腔静脉癌栓取出术治疗肾细胞癌[J]. 现代泌尿外科杂志, 2015, 20(11): 828.
- [6] 赵勋,李丽伟,刘茁,等. 根治性肾切除术及下腔静脉癌栓取出术治疗 Mayo IV 级下腔静脉癌栓的手术技术及临床经验[J]. 现代泌尿外科杂志, 2019, 24(8): 639-644.
- [7] 丁世康,叶辉,周琴. 中国肿瘤患者术后胃瘫诊治中西医结合专家共识(2022版)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(3): 188-191.
- [8] 李广华,叶锦宁,王昭,等. 术后胃瘫的治疗进展[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2018, 10(3): 134-139.
- [9] 马潞林,毕海,邓绍晖. 腹腔镜肾根治性切除及Ⅱ级下腔静脉癌栓取出术(附光盘)[J]. 现代泌尿外科杂志, 2017, 22(2): 81-84.
- [10] 张帆,张树栋,田晓军,等. 左侧肾癌合并Ⅰ~Ⅱ级下腔静脉癌栓的手术治疗方法[J]. 临床泌尿外科杂志, 2018, 33(5): 361-364.
- [11] 王涛,曾海平,陈其城,等. Cajal 间质细胞与围手术期术后胃肠动力[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(4): 560-563.
- [12] 周骏. 针刺疗法联合肠内营养对腹部手术后胃瘫患者血清胃肠激素及胃肠动力的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(12): 136-139.
- [13] 刘茁,马潞林,田晓军,等. 腹腔镜和开放肾癌根治性切除+Mayo Ⅱ级下腔静脉癌栓取出术 11 例临床分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2017, 22(8): 603-607.
- [14] 李雄,田宏伟,苗长丰,等. 胃癌根治术后发生胃瘫综合征危险因素的系统评价与 Meta 分析[J]. 医学信息, 2022, 35(24): 87-94.
- [15] 杨恒. 吗啡硬膜外输注对肠道 Cajal 间质细胞及胃肠道功能影响的研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2019.
- [16] 许婉雯,李紫昕,曾凤珊,等. 基于岭南脾胃学说探讨邱健行教授论治胃食管反流病经验[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(10): 1411-1414.
- [17] 邱健行. 杏林健行: 全国名老中医邱健行临证传薪录[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2014: 17-19.
- [18] 魏昭晖,王晓丽,万生芳. 基于“气机升降”理论探析糖尿病胃轻瘫[J]. 中医研究, 2019, 32(1): 63-67.
- [19] 周宇倩,宇文潇,杨海卿,等. 113 例术后胃瘫综合征的中医证型特点分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(13): 2215-2217.
- [20] 邱健行. 岭南脾胃论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 184-188.
- [21] 戈焰. 邱健行教授治疗胃肠病应用对药经验介绍[J]. 新中医, 2006, 38(8): 67-68.
- [22] 张梁坤,谷文超,吴婷婷,等. 基于脑肠轴探究半夏泻心汤对 DSS-UC 小鼠肠道菌群及 5-HT 的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(7): 2390-2401.
- [23] 吴斯华,谭万芳. 邱健行应用岭南中草药药对拾零[J]. 中医药导报, 2019, 25(20): 69-70, 79.
- [24] 张健谊,廖金平,郑其进,等. 首届全国名中医邱健行治疗便秘经验[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(2): 513-514.
- [25] 于文彦,吴攀峰,芮君,等. 基于网络药理学探讨补中益气汤治疗糖尿病胃轻瘫的作用机制[J]. 浙江中西医结合杂志, 2022, 32(8): 703-709.

(责任编辑: 刘淑婷)