

患者姓名：班某涛

性别：男

年龄：38 岁

就诊日期：2022-12-12

发病节气：大雪

主诉：胃肠间质瘤综合治疗术后 1 年余，反复胃脘胀满不适半年。

现病史：患者自诉 1 年前体检发现胃肠间质瘤，曾前往广西医科大学附属肿瘤医院进行住院治疗(具体不详)。出院后出现胃肠胀闷不适，伴大便稀烂，2-3 次/天，口干口苦，疲倦乏力，焦虑烦躁，无咳嗽咳痰，无胸闷胸痛，无头晕头痛，无恶心呕吐，纳差，嗜睡，小便正常，舌质淡，有齿痕，苔薄白，脉细弱。

既往史：既往有乙型肝炎小三阳病史。

过敏史：无食物药物过敏史。

体格检查：神志清楚，自主体位，颈静脉充盈，肝颈静脉回流征阳性，胸骨及肋骨无压痛，咽红，双肺呼吸正常，双肺未闻及干、湿性啰音，心率 80 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软，腹部无压痛、反跳痛，肝脾肋下未及，移动性浊音阴性，肠鸣音稍亢进，5 次/分，双下肢水肿。左侧腹股沟区可触及数个淋巴结。双侧肢体肌力 5 级，肌张力正常，生理反射存在，病理反射未引出，舌质淡，有齿痕，苔薄白，脉细弱。

辅助检查：2022-11-11 胸部、上腹部、下腹部、盆腔 CT 平扫+增强：胃体大弯侧肿物，符合胃肠间质瘤治疗后改变。胃周、脾门、肠系膜区多发淋巴结，考虑转移瘤。右前肋膈角、左侧腹股沟区数个淋巴结，转移待排。右肺下叶背段小结节，考虑增殖灶。右肺上叶前段钙化灶。左肺上叶下舌段纤维增殖灶。肝 S4、5 钙化灶。肝 S6 小囊肿。右肾

脂肪瘤。肝功能：谷草/谷丙 1.46（↑）总蛋白 92.2（↑）球蛋白 50（↑）白蛋白/球蛋白 0.8（↑）；血常规：白细胞 15.96（↑）淋巴细胞数量 4.55（↑）中性粒细胞数量 9.53（↑）单核细胞数量 1.12（↑）血小板 507（↑）。

中医诊断：癌病

证候诊断：脾胃虚弱证

西医诊断：胃恶性肿瘤

治法：健脾益气。

处方：参苓白术散加减

具体方药：

人参 10g	炙黄芪 15g	升麻 10g	甘草 10g
麸炒白术 10g	陈皮 10g	柴胡 10g	当归 10g
苍术 6g	法半夏 9g	茯苓 10g	炙甘草 6g
麸炒枳实 10g	姜厚朴 10g	浙贝母 10g	白芍 10g
泽泻 10g	生赭石 30g	木香 6g	砂仁 3g
焦神曲 10g	炒麦芽 15g	白花蛇舌草 15g	半边莲 15g
干姜 9g	乌梅 10g	海螵蛸 10g	秦皮 10g
黄连片 3g	牡丹皮 10g	炒栀子 10g	

煎煮法：共 30 剂，水煎，日 1 剂，早晚分服。

复诊：服药后，胃肠部胀闷不适，口干口苦，疲倦乏力均有所减轻，大便稍烂，1-2 次/天，焦虑烦躁缓解，情绪稍平稳，纳欠佳，嗜睡，小便正常，舌质淡，有齿痕，苔薄白，脉细弱。

（服药后诸症减轻，守原方，继用 30 剂）

**【按语】：**对于胃肠道癌症的病因，医家历来颇多探讨，不一而足，如《灵枢·五变篇》云：“……肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止积聚，乃伤脾胃之间，邪气至，蓄积留止，大聚乃起。”，《中藏经·论痈疽疮肿》则认为“五脏六腑蓄毒之不流”是癌症发生的重要原因。笔者认为胃癌的主要病机无外乎气滞、湿浊、毒邪为害，尤其是湿浊致病多黏滞难解，污秽不清，病程较长，难有速效，后期则损伤脾胃肝胆等脏腑，导致气血亏虚，阴阳失衡，湿浊、气滞、血瘀、热毒等病理因素相互搏结，形成本虚标实的病机特点。本案患者虽已行胃肠间质瘤综合治疗术，但遗留有胃周、脾门、肠系膜区多发淋巴结转移，属癌病后期之本虚标实，虚中夹实，选用参苓白术散为主方，健脾益气升阳，配以半夏、厚朴、木香行气化滞，苍术、贝母、泽泻燥湿，神曲、麦芽消食利水导滞，黄连、牡丹皮、炒栀子清热解毒，白花蛇舌草、半边莲、秦皮解毒抗癌，全方共奏补益气血，行气化湿，清热解毒，抗癌之功。岳美中先生：“治急性病要有胆有识，治慢性病要有方有守。”，故本案复诊后主症缓解，仍守方继用，缓缓图之，是为正治。