

## 论 坛

## 肿瘤病人证型和证型研究的再思考

金 玲\* 张建华\*\*

**关键词** 肿瘤/病理生理学 辨证分型 @ 证型

在过去的几十年中,中医和中西医结合治疗肿瘤得到了长足的发展和深入的研究。中医药在肿瘤治疗中的地位日益明确,中医药和手术、放疗、化疗的配合方式日臻完善,提高了肿瘤病人的生存率和生存质量。若干行之有效的治疗方法,如健脾补肾法、健脾益气法、益气活血法和清热解毒法等被深入研究,广泛接受。中医药治疗常见恶性肿瘤的作用及地位得到了肯定和巩固。在中医、中西医结合肿瘤学大量实践经验的基础上,本文回顾肿瘤病人的证型和证型的研究,就其中若干问题进行再思考,并求教于各位同仁,以期温故而知新,有所发现,有所进步。

**1 辨证用药和对症用药**

肿瘤病人所表现的证型,是不同肿瘤作用于不同个体的反映。手术、放疗、化疗本身也对证型有明显的影响。如放疗引起的气虚、阴虚,化疗引起的气虚、脾虚,都是有规律的现象。而这种有规律的变化,讲的是一般规律,同样的放疗或化疗作用于不同体质的、患有不同肿瘤的病人,反应是有差别的。根据我们的经验,健脾益肾冲剂对胃癌术后化疗或胃癌单纯化疗的病人有较好的疗效。使用该药的病人与不服该药的空白对照组病人相比,对化疗的耐受明显增强。同样的健脾益肾冲剂用于乳腺癌术后化疗或乳腺癌单纯化疗的患者,中药的保护作用就明显不如对胃癌病人的,服冲剂组的病人近半数化疗中途因强烈毒副反应而停止。在分析

参加治疗的胃癌和乳癌病人的证型时发现,胃癌病人证型以脾虚为主,而乳癌病人以肝郁为主。后者使用健脾益肾药显然药证不符。

北京某中医医院曾对 93 例乳腺癌住院患者进行观察,93 例中肝郁型 58 例(占 62.3%),脾虚型 29 例(占 31.2%),肾虚型 6 例(占 6.5%),以肝郁型为最多见。该实验将中药方剂分为舒肝方、健脾方、补肾方及空白对照等几个组,将患者随机分组,同时进行化疗。本实验发现:在随机分组中,患者的辨证与用药相符者中,93%化疗顺利完成,只有 7%的患者因严重毒副反应化疗中途停止。相反,在辨证与用药不符者中,顺利完成化疗的只有 70%,因严重毒副反应中止化疗的占 30%。这些情况提示,中药配合放疗、化疗过程中辨证施治的重要性。

尽管实验研究证实,某些中药或中药有效成分具有对抗化疗、放疗所造成的消化吸收紊乱、造血机能抑制和免疫功能抑制的作用,中医药配合放、化疗的措施并不是将这些实验证实的中药简单地相加,不加区别地用于所有情况。这样做实际上是抛弃了中医药整体调节的精髓,放弃了辨证施治的优势。这种不做整体辨证、简单地用一味或几味中药针对某一种或几种放、化疗毒副反应的用药法,从临床效果看,远不如单纯使用西药。因为西药中新的抗呕吐药作用远比半夏、竹茹、丁香、柿蒂强,而集落刺激因子 G-CSF、GM-CSF 升白细胞和保护血象的作用,也较任何“中药升白药”、“升白方”强得不知多少倍。以上提到的以及未提到的新的高效、低毒的(如 G-CSF 几乎没有毒副反应)西药新产品的出现,无疑已经宣布了中药简单对症治疗某些放、化疗毒副反应时代的结束。但是,这些西药新产品并不能替代中医药整体调

\* 中国中医研究院研究生部,北京西苑(100091)

\*\* 北京中医医院实验室

收稿日期:1993-07-13

节的辨证施治,其中的道理是不言自明的。

## 2 证型研究中的证与病

在中医和中西医结合的临床实验研究中,有一类是研究肿瘤病人的证型的,如笔者所参加的“脾虚肿瘤病人免疫功能的研究”。这类研究试图揭示某种或某些肿瘤病人“证的实质”或“证的本质”,所涉及的研究包括病人的免疫功能、内分泌功能、消化吸收功能、神经系统功能等等,实质上是病理生理的研究。这类研究的对象是患某种肿瘤的病人,对照组常采用正常人。结果常常是免疫功能、消化吸收功能低下,内分泌功能、神经系统功能紊乱等。但当我们注意到研究的对象是A证B肿瘤病人(如脾虚胃癌病人)时,对研究结果往往会产生这样的疑问:如果是非A证B肿瘤病人(如肝肾不和型胃癌病人)或A证非B肿瘤病人(如脾虚大肠癌病人),那得到的结果会是相同的吗?这个疑问的意义,就在于提出:我们研究的究竟是证的本质(如脾虚)还是病的本质(如胃癌)?而这一点,在有些研究者头脑中是不清晰的。

如果研究的是证的本质,那么在研究对象和对照中至少应包括具备某证的肿瘤病人,以及具备该证的非肿瘤病人;这两组病人反映证的本质的指标应有相似的变化(和正常人比较)。另一方面,研究中还应包括患有同种肿瘤而呈现不同证型的病人,而这些病人的同一指标应没有变化或有不同的变化。这样,我们才能说,所检测的指标具有证的特异性,研究才是证的本质。由此看来,我们既往所做的有些肿瘤证型的研究,得到的往往是病的本质而不是证的本质。其实,不同病的相同证的“证的本质”是相同的。脾虚的本质就是脾虚的本质,不在乎是胃癌的脾虚还是大肠癌的脾虚,甚至是消化不良的脾虚。否则的话,何来“有是证用是方”?何谓“异病同治”?异病同治是因为有相同的证为基础,即有相同的病理生理变化为基础。

从下面的一个例子中,我们又可以发现“病”和“证”的概念的混淆。一种活血化瘀的抗肿瘤中成药,在临床上使用多年,效果肯定,临床医生从未怀疑其疗效。但当这种药用于某种

荷瘤动物模型的治疗时,发现其与生理盐水的效果无异,这使实验研究者大失所望,临床医生也大惑不解。于是有人怀疑临床结果的真实性,又有人把原因归咎于人和动物的种属差异或肿瘤的不同。其实,只要稍微想一下临床上使用这种药是给有血瘀证的患者,而荷瘤动物有可能根本没有血瘀证,就会发现,我们的临床医生和实验研究者,都忽视了证的存在的事实和辨证施治的重要性。

到目前为止,我们缺乏荷瘤“证型”动物模型,也缺乏荷瘤动物的“证型”研究。在这方面,我们有一段很长的路要走。证型的研究不限于中医和中西医结合的肿瘤学家去做,但肿瘤学家更应集中于肿瘤和机体(包括不同素质的机体)相互作用所表现出的证上。“七五”以及“七五”以前一段时间,国内曾有较大规模的协作攻关,进行几种证的研究。尽管研究有种种缺点和局限,但应看作是前进中的缺点,成绩是主要的,大方向是正确的,可以在总结经验教训的基础上做得更好。

## 3 肿瘤病人的血瘀证

在很长一段时间里,一部分临床医生不敢给肿瘤病人使用活血化瘀药,其原因是曾有某种活血化瘀中药制剂在实验动物模型上显示有促进肿瘤转移的作用。随着时间的推移,这种恐惧已成为过去。回过头来,我们又可以问,所用的实验动物有血瘀证吗?如果没有,可不可以这样设想(并经实验验证):这种中药制剂在有血瘀证的机体可以治疗肿瘤、防止转移,而在没有血瘀证的机体却可以促进转移呢?和上述活血化瘀成药的例子一样,这里仍然有个辨证施治的问题。现在,恐怕所有人在这一点上是有共识了,即:对有血瘀证的肿瘤病人,使用针对该证的活血化瘀药应是安全有效的。

那么,什么样的肿瘤病人算是有血瘀证呢?换句话说,肿瘤病人血瘀证的诊断标准是什么呢?如果按照血瘀证的一般标准:有固定肿块的、痛有定处的,那么几乎所有实体瘤都应辨作血瘀证,至少有血瘀兼证,成为每个肿瘤病人都可以、而且应该使用活血化瘀药了。这显然是不

够合理的。肿瘤病人血瘀证的诊断似更应强调肿块和疼痛以外的几个条件:如舌、脉、肌肤等,通过综合判定而下结论,而不宜“但见一证便是。”

随着血瘀证的研究而发展起来的血液流变学,和微循环检查的结果,亦常常作为判定血瘀证的根据。由于是仪器测出来的,故往往认为更客观。经过多年应用后,各科临床医生发现上述检查结果的异常在多种疾病的病人(包括非血瘀证病人)中普遍存在着,给人一种百病皆瘀,无病不瘀的感觉,这显然又是不合理的。近来关于某些上述检查结果与血瘀证的相关性研究发现,体外血栓形成和血小板粘附率等的变化,在血瘀组和非血瘀组之间无显著差异,但这些指

标在各组病人与正常人之间相比有显著差异,这说明,这些指标的变化与疾病有关,但不具有证型特异性,即不是血瘀证的诊断指标。类似的相关性研究,也应用于血瘀证的其他指标以及其他“证的指标”上去,从而推动证的研究的进一步发展。

传统中医学的辨证和治疗强调整体分析、整体调节。异病同治、同病异治、辨证施治是中医学鲜明的特色;各种证是客观存在的实体,其本质及产生、发展、转化的规律的研究在不断深入,不断明确。是否可以不夸张地说:中医证的本质的阐明之日,就是中医这一古老经验科学跨进现代科学殿堂之时,也是中西医结合完成之时。我们期待着这一天的早日到来。

## 蔡友敬治疗哮喘病的经验

蔡光斗<sup>1</sup> 林禾禧<sup>2</sup>

闽南蔡友敬老中医从医近五十年,擅长内科疑难杂证,在治疗哮喘病尤具卓识,现将其治疗哮喘病临床经验介绍如下:

### 1 治疗方法

对哮喘的治疗,蔡老分为发作期和缓解期分别施治。

发作期:临床所见纯寒纯热者少,寒热夹杂者多。其症状表现为咳嗽气喘,喉中有哮声,呼吸紧迫,喉痒胸闷,甚则张口抬肩,不得平卧,苔黄腻,脉滑数。蔡老自拟咳喘方:蜜炙麻黄 10g,杏仁 10g,半夏 10g,苏子 10g,黄芩 10g,款冬花 10g,桑白皮 10g,蝉衣 6g,乌梅 12g,防风 10g,甘草 3g。气喘不得平卧者加厚葶子 15g,发热、口渴、痰黄加生石膏 30g,畏寒、痰白、苔白腻者去黄芩加桂枝 6g、细辛 2g,口干、痰粘稠加沙参 10g、麦冬 10g,湿重纳呆者加厚朴 10g、苍术 10g,水煎服,日 1 剂。

缓解期:哮喘缓解后,常有咳嗽痰多,食欲不振,疲乏无力,极易感冒,动则气促或气喘,舌淡苔薄脉细沉,蔡老自拟咳喘丸:人参 120g,紫河车 100g,茯苓 100g,

胡桃肉 120g,补骨脂 120g,五味子 120g,陈皮 90g,半夏 90g,甘草 30g,炒白术 90g,黄芪 120g,杏仁 90g,紫菀 90g,紫石英 130g。以上药研细末,以蜜调做绿豆大丸,每次服 10g,每日 3 次,3 个月为一疗程。

### 2 治疗结果

全部病例均参照中国中医药学会内科学会制定的“哮喘病的诊断及疗效评定标准”执行,共统计 248 例。发作期 91 例,获痊愈 1 例(1.1%),临控 49 例(53.3%),显效 15 例(16.3%),有效 12 例(13.0%),无效 5 例(5.4%),总有效率 94.6%。缓解期 156 例,获痊愈 94 例(60.3%),显效 33 例(21.2%),有效 20 例(12.8%),无效 9 例(5.8%),总有效率 94.2%。发作期 92 例中有 34 例经治疗获缓解,但未再服咳喘丸以固本,经随访 22 例,21 例复发,余 58 例服咳喘丸,54 例疗效巩固。

### 3 体会

蔡老以宣肺气、散外邪、化痰浊之咳喘方为治疗哮喘发作期的基本方,再根据辨证与辨病相结合的原则,加蝉衣、乌梅、防风等解痉、脱敏之药,故对此期患者效果尚好。蔡老还认为,在哮喘缓解后,必须注意肺、脾、肾三脏之气虚,故拟咳喘丸方,补益肺气,健运脾气,摄纳肾气,长期服用对预防哮喘的复发确有作用。

1 福建省泉州市第一医院,福建泉州新府口(362000)

2 福建省泉州市中医院

收稿日期:1992-12-04