

· 综 述 ·

原发性肺癌中医病证研究进展评述

王三虎 王宗仁

(第四军医大学西京医院中医科, 西安市长乐西路 15 号, 710032)

【关键词】 原发性肺癌; 中医病机; 证候; 诊断

原发性肺癌简称肺癌, 是临床最常见的恶性肿瘤之一。1992 年全国肿瘤预防办公室调查公布, 我国肺癌死亡率占全部恶性肿瘤的第一位(24.43%)。《国家癌症控制策略研究报告》发布警示: “肺癌是我国的第一大癌症”^[1]。由于肺癌患者一经病理确诊, 80% 已属晚期, 失去手术治疗机会, 所以总的来说, 疗效不尽如人意。近些年来中医药在肺癌的诊疗方面, 研究不断深入, 疗效不断提高。本文拟对近年来有关肺癌中医病证研究的进展予以评述, 以期作为调整今后研究重点的借鉴。

1 病因病机

蔡光先认为, 本病多属于中医学的“肺积”、“痞癖”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴^[2]。李忠等认为, 肺痿属中医“肺积”、“息贲”的范畴^[3]。而事实上, 咳嗽、咯血、胸痛、喘证等基本上都是症状, 而不具备疾病的内涵。我们认为, 肺积, 原称肺之积, 是与心之积、脾之积等相提并论的病证之一, 出自《难经·五十六难》: “肺之积, 名曰息贲, 在右胁下, 大如覆杯。久不已, 令人洒淅寒热, 喘咳, 发肺痿。”从其所举症状“在右胁下”等来看, 与肺癌的临床表现相去甚远。而肺积与息贲名异而病同, 并不是肺癌的特有证候。但《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》“就是讲肺痿的病因病机、临床表现及鉴别诊断的”^[4], 而其中“肺痿的内容基本符合现代医学有关肺癌的论述”^[5]。肺癌称“痿”, 有其病理基础。可能是由于肿瘤沿支气管壁浸润生长, 造成广泛狭窄, 以致产生通气不良所致, 或因支气管阻塞发生肺不张, 或肺癌造成的恶性胸水使患肺的体积大为压缩等直观理解和推测而来的。现代 CT 诊断肺癌的一个依据就是“胸膜凹陷征”, 也提示用“痿”来形容肺部的癌症是恰如其分的。

对肺癌的病因病机, 近年来论述已较为深入。李建生认为, “肺癌发生与正气虚损和邪毒入侵关系密切。正气内虚, 脏腑阴阳失调是本病的主要基础, 而诸如烟

毒、工业废气、矿石粉尘等是形成本病的常见诱因。肺为娇脏, 易受邪毒侵袭, 致使肺气宣降失司。肺癌是因虚致实, 虚实夹杂, 虚以阴虚、气阴两虚多见, 实以气滞、血瘀、痰凝、毒聚为主, 病位在肺, 与脾肾关系密切。肺癌多为本虚标实病”^[6]。王维指出: “肺癌的发病, 主要是正气已虚、邪毒于是乘虚而入, 由于邪毒的干扰, 肺脏失去正常生理功能, 肺气郁、宣降失司、气机不畅、由气滞导致血瘀, 阻塞经脉, 津液输布不利, 壅结为痰, 痰与瘀交阻, 日久逐渐形成肺部肿瘤, 此为因虚而得病, 因虚而致实。虚是病之本, 实为病之标, 虚是全身性的, 实是局部性的”^[7]。吴玉生则认为, “痰瘀是肺癌的基本病机。肺癌的形成主要是由于正气虚损, 脏腑功能失调, 邪毒侵肺, 导致肺气郁, 津液失于输布, 津聚为痰, 痰凝气滞, 痰瘀毒结于肺脏, 日久形成积块”^[8]。刘丽坤指出: “肺癌的基本病机为正虚邪实, 正虚是肺癌发生的基础, 是复发、转移的关键, 其中肺阴亏虚贯穿疾病的始终, 痰瘀毒结是肺癌的主要病理表现”^[9]。蔡光先对于肺癌病因的论述有一定新意: “内因是发病的关键, 但邪毒是重要的致病条件, 是癌瘤产生的特异病因。正常细胞在特定的条件下可诱发生癌, 如长期吸烟, 热灼津液, 阴液内耗, 致肺阴不足, 气随阴亏, 烟毒之气内蕴, 羁留肺窍, 气道不通, 升降失调, 遂外邪得以乘虚而入, 客邪留着不去, 阻塞气道, 气不得通, 壅郁不宣, 积聚成痰, 而致痰湿瘀血凝结, 形成瘤块; 肺本为娇嫩之脏, 易受外邪侵袭, 如工业废气、煤烟、矿石粉尘、放射性物质等, 均可使肺气肃降失司, 郁滞不宣, 进而血瘀不行, 毒瘀互结而形成癌瘤。癌毒积聚成块后, 阻塞气道及经络, 引起肺气瘀滞不宣, 痰湿瘀血凝结为癌瘤的发生发展创造了条件”^[2]。我们认为: “津液耗伤是造成肺痿的一个重要原因”^[5]。《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》明确指出了肺痿的病因: “或从汗出, 或从呕吐, 或从消渴, 小便利数, 或从便难, 又被快药下利, 重亡津液, 故得之。”值得一提的是本条指出消渴是肺痿原因之一的观点, 目前已有佐证: “恶性肿瘤患者存在胰岛素抵抗, 而胰岛素抵抗是恶性肿瘤形成、发病的一个相关因素”^[10]。结果发现, 恶性肿瘤

患者, 无论有无体重下降, 其葡萄糖代谢率、葡萄糖代谢廓清率和每一单位胰岛素所代谢的葡萄糖量比例均无差别, 但在恶性肿瘤切除后, 这些数值均见上升, 可见胰岛素抵抗与体重下降无关, 而与恶性肿瘤本身有关^[11]。

2 临床表现

咳嗽、咽喉不利、浊唾涎沫、气急、喉中水鸡声是肺痿的主要症状。咳嗽是肺失宣降, 气机上逆所致, 所以《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》第一句就是: “热在上焦者, 因咳为肺痿”。咳嗽往往带有气急、气喘且有“喉中水鸡声”。现代医学的描述与此颇为相似, “肺癌以咳嗽为临床第一症状出现的约有 54.7%”^[5], 典型的咳嗽多为阵发性刺激性呛咳, 常有咳不净的感觉, 有痰或有少量泡沫白痰, 甚至有“气管鸣”^[5]。“上气”即气急, 这可能是由于肿瘤沿支气管壁浸润生长, 造成广泛狭窄, 以致产生通气不良所致。晚期淋巴结转移压迫大支气管后隆突、弥漫型肺泡癌、胸腔积液、心包积液等均可引起气短。“约 12.8% 的患者以此为第一症状。”^[5]咯血或血痰为肿瘤组织破溃所致, 一般为痰中带血丝、血块等, 大量咯血少见。而肺癌“以咯血为第一症状出现的约有 18.9%”^[5]。明代医家王肯堂在《杂病证治准绳》中就明确指出: “肺痿, 或咳沫, 或咳血”。发热、脉虚数是肺癌的常见脉证, 从张仲景原文“脉数虚者为肺痿”和“数则为热”来看, 肺痿是有发热的, 这与现代医学关于肺癌“以发热为第一症状者约有 30.9%”^[5]的认识相吻合。

3 证型

陈锐深^[12,13]先将肺癌分为以下 4 型: 肺热痰瘀型、脾虚痰湿型、阴虚痰热型、气阴两虚型, 后又分为肺郁痰结、肺虚痰热、痰毒瘀滞、气阴两虚 4 型。冯月娟等^[14]也分为 4 型, 即: 阴虚毒热、痰湿蕴肺、气滞血瘀和气阴两虚。李峥嵘则分为: 脾虚痰湿型、阴虚内热型、气阴两虚型、气滞血瘀 4 型^[15]。具体表述都不尽相同。分型更多的有陈四清: 癌毒阻肺, 肺失宣肃; 癌毒迫血, 络损血溢; 癌毒阻肺, 气滞血瘀; 癌毒阻肺, 上实下虚; 癌毒阻肺, 阴虚热蕴; 癌毒阻肺, 气阴两虚 6 型^[16]和王维: 肺热阴虚、肺脾气虚、肺肾阴虚、气阴两虚、肝郁气滞、气滞血瘀、痰湿蕴脾、饮停胸胁、痰毒内阻、血瘀积滞、气血两虚 11 型^[17]。即使分为 11 型, 也不能概括肺癌的病机与临床表现, 甚至遗漏重要的病机, 如阳虚与寒证就被排除在外, 但实际上肺癌属于阳虚与寒证者并不少见, 孙秉严“从 1000 多个肿瘤患者中总结出属寒型体质者占绝大多数, 约为 80% 左右”^[18]。刘观湘等认为: “晚期肺癌患者肺、脾、肾三脏阳气不足, 寒凝毒

结者多见”^[19], 把肺癌定位为“肺疽”(阴疽类), 治疗采用温阳散结之法获效。陈四清对有关肺癌辨证分型的 17 篇文献作一粗略统计, “发现肺癌证候分型有 31 种之多”^[20]。对这种现象, 学者已经有了异议, 尹英杰等指出: “与其用这种不确定的概念与肺癌病名相对应, 不如直接地统一病名, 中西并轨, 更符合疾病本身的规律性, 既充实了中医病名的内容, 又体现出时代特色”^[21]。我们依据《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》的条文, 以方剂为中心, 将肺痿分成: 阴虚内热, 痰浊上泛(麦门冬汤证); 肺中虚寒, 痰蒙清窍(甘草干姜汤证); 痰热黏滞, 气机不利(射干麻黄汤证); 顽痰壅滞, 肺失宣降(皂荚丸证); 表寒内热, 肺气上逆(厚朴麻黄汤证); 水积肺痿, 正虚邪实(泽漆汤证) 6 型^[5]。又依据元代罗天益《卫生宝鉴》加上肺肾两虚, 摄纳无权(人参蛤蚧汤证), 依据唐代《外台秘要》加上气血双亏, 阴阳俱损(炙甘草汤证) 等 2 个证型。若再能加上现代中医着眼的瘀血和癌毒, 应该能形成一个较为公认的分型标准。

就证型与病程的关系, 施志明根据郑州会议(1986 年)制定虚证标准, 将肺癌值证分为气虚、气阴两虚、阴虚、阴阳两虚和气滞血瘀 5 种类型。观察 368 例肺癌患者, “发现中医证型与西医分期的分布有极显著差异, 气虚型以Ⅱ期患者为多见, 气阴两虚型以Ⅲ期患者为多见, 阴虚及阴阳两虚以Ⅳ期患者为多见。由此可见, 原发性肺癌随着病期由早期到晚期发展, 病邪由浅入深, 其虚证由气虚向气阴两虚、阴虚、阴阳两虚发展”^[22]。左明焕等采用回顾性与前瞻性相结合的方法对 85 例晚期肺癌进行临床观察。结果“经卡方检验, 不同中医证候的晚期肺癌组之间有显著性差异($P < 0.01$), 而血瘀证、气虚证、痰证、阴虚证最为多见”^[23]。“提示了在进行治疗时, 不能单纯从某种证型入手, 而应该在治疗的同时更多地注意到血瘀证、痰证和虚证给疾病带来的影响, 并根据病情分别加以治疗”^[23]。胡凯文等“应用 logistic 回归分析方法, 对 115 例肺癌中晚期患者合并肺部链球菌感染的中医证候(气虚、阴虚、血虚、阳虚、血瘀、痰湿、湿热、寒湿、气滞、热毒)的危险因素进行回顾性临床研究。结果中晚期肺癌患者有痰热证时合并霉菌感染的危险度显著升高($P < 0.01$), 而有热毒证时合并霉菌感染危险度亦明显升高($P < 0.05$), 中医的痰热证、热毒证的出现是中晚期肺癌患者合并霉菌感染的危险性信号”^[24]。

4 体质

孙秉严“从 1000 多例肿瘤患者中总结出属寒型体质者占绝大多数, 约为 80% 左右”^[18], 开其端, 郑同

宝等对肺癌中医体质辨证探讨,表现出学者已经认识到肺癌的研究要从多角度进行的重要性。但涉及到肺癌有价值的信息只是引用了王琦《临床医学丛书》:“肺癌患者的体质以气虚质多见,阴虚质最少。肺癌属气虚型体质者,对化疗较敏感,而血象下降最明显,生存期最长;而痰湿瘀阻型体质者对化疗敏感差,恶化率最高,生存期最短”^[25]。

5 病理

探讨肺癌不同病理类型与中医证型的关系,具有重要的临床意义。冯月娟通过舌象观察与 112 例肺癌患者的病理类型进行对比分析,结果认为,“鳞癌的中医证型以痰湿蕴肺为主”,这主要与鳞癌以黏膜及管壁受浸为生长方式,以阻塞性肺炎、黏液嵌塞及肺不张等继发性变化为主要表现有关;而“小细胞肺癌的中医证型以气滞血瘀多见”,可能与该癌细胞恶性程度高,侵袭力强,远处转移快,确诊时 70% 左右的患者已发生转移有关;“腺癌的中医证型则以阴虚毒热为主”,这与腺癌大多为周围型肺癌,早期多无症状,发现时已毒热阴伤有关;“肺泡细胞癌中痰湿蕴肺证型的影像学表现为大片弥漫实变型”,与癌细胞变异为 clara 细胞、分泌黏液旺盛有关;“结节型者多以气阴两虚多见”^[14]。尹英杰等认为,“鳞癌进展较慢,远处转移率较低,5 年生存率较高,中医可归属“阴证”一类;小细胞肺癌,一般分化差,恶性程度最高,生长迅速,很快通过淋巴和血液播散,中医可归属于“阳证”一类;腺癌的生长介于鳞癌和小细胞癌之间,肺腺癌有时数月内不增大也不转移,有时却突然活跃,迅速生长和扩散,而呈现中医“阴损及阳”,“阳损及阴”,“阴阳相互转化”的病势和转归”^[21]。施志明观察 368 例肺癌患者,“统计学分析提示,原发性肺癌中医分型在各种细胞类型中的分布差异无显著性($P>0.05$)”^[22]。左明焕等则认为,“晚期非小细胞肺癌与晚期小细胞肺癌的中医证型没有显著性差异”^[23]。这种相互矛盾的结果,主要是证型的不统一、不规范和不全面造成的。

总而言之,近年来有关肺癌的中医病证研究进展较快,尤其是辨病论治有了新的进展,但因缺乏正本清源,古为今用方面的研究,导致辨证论治分型杂乱。所以加强肺癌与肺痿相关性研究,系统整理古代医家诊疗肺痿的经验,明确肺癌的主要病机和发生发展规律,在此基础上确定肺癌的临床证型和相对应的方药,建立中医特色明显、优势突出的中医肺癌诊疗体系,对进一步提高肺癌的中医诊疗水平无疑是当务之急。

参考文献

[1]中国癌症研究基金会《中国肿瘤临床年鉴》编辑委员会编.

中国肿瘤临床年鉴,北京:中国铁道出版社,2005:36~37.
[2]王银山·蔡光先教授论肺癌病因病机治则及用药特色·中医药学刊,2003,21(1):27~28.
[3]李忠,陈信义,姜苗·肺癌中医临床研究进展与用药思路·中国医药学报,2004,19(3):176~178.
[4]王三虎·《金匱要略》与肿瘤·河南中医,2005,25(8):6~8.
[5]王三虎·肺癌可从肺痿论治·中国中医药报,2005-07-21.
[6]崔永玲·李建生治疗肺癌的经验·北京中医,2005,24(1):16~17.
[7]王维·原发性支气管肺癌的辨证论治·中华实用中西医杂志,2005,14(4):399~401.
[8]吴玉生·肺癌的病因病机与临床治疗·新中医,2005,37(8):3~4.
[9]刘丽坤·肺癌的病机及治法探讨·中国中医基础医学杂志,2004,10(5):75~76.
[10]张怡梅,刘斌·恶性肿瘤与胰岛素抵抗·中国中医药报,2003-10-09.
[11]Yoshikawa T, Noguchi Y, Matsumoto A·Effect of tumor removal and body weight loss on insulin resistance in patients with cancer·Surgery,1994,116(1):62~66.
[12]史清华,曹洋,陈锐深·陈锐深治疗原发性支气管肺癌经验撷菁·湖北中医杂志,2004,26(9):20~21.
[13]陈锐深·曹洋·辨证论治肺癌 132 例分析·中医药学刊,2005,23(4):593~594.
[14]冯月娟,张建芳,张国良·112 例肺癌中医证型,舌象与病理分型关系探讨·中国中医急症,2004,13(7):446~447.
[15]李峥嵘·中医药辨证分型治疗肺癌 125 例·河南中医学院学报,2004,19(3):53.
[16]陈四清·肺癌证治六法·陕西中医,2004,24(4):345~347.
[17]王维·原发性支气管肺癌的辨证论治·中华实用中西医杂志,2005,14(4):399~401.
[18]孙秉严,孙丽赢·孙秉严治癌 40 年经验集·北京:华龄出版社,1997:94~96.
[19]刘观湘,何新伟,柳成·温阳散寒化痰解毒法治疗晚期肺癌一得·中医药研究,1999,15(4):29.
[20]陈四清·原发性支气管肺癌辨证分型探讨·新中医,2002,34(11):6~8.
[21]尹英杰,张洪春·浅谈中医治疗肺癌的几个问题·北京中医药大学学报,2003,26(3):75~78.
[22]施志明·原发性肺癌中医辨证分型与西医分期及细胞类型关系·中国癌症杂志,1998,8(4):317~318.
[23]左明焕,王芬,孙韬·晚期肺癌的中医证候研究·北京中医药大学学报(中医临床版),2003,10(4):7~9.
[24]胡凯文,王芬,曹阳·中晚期肺癌患者并霉菌感染的中医证候危险因素分析·中西医结合学报,2004,2(5):337~339.
[25]郑同宝,张征,蔚敏,等·肺癌中医体质辨证探讨·新中医,2005,37(4):13~14.