

· 百 家 园 ·

浅谈恶性肿瘤从痰论治的思路

恶性肿瘤的发生与发展,多是由于机体受到外源性致癌物质的诱导,导致机体细胞突变,在机体免疫监视功能低下或缺乏时,未能及时杀伤和清除恶变细胞,或不能阻止其恶性增殖及扩散的情况下而产生的。现代医学所称的肺癌、食管癌、胃癌、肠癌、乳腺癌等,其临床特征与中医古籍所描述的“积聚”、“癥瘕”、“肺积”、“脏毒”、“乳岩”的临床特点相一致。

1 恶性肿瘤从痰论治的理论依据

痰病理论是中医学特有的具有证、理、法、方、药完整的学术体系。《内经》中虽没有痰字,但记载了“饮发于中”和“积饮心痛”等痰饮病的病机病证,后世医家则依据《内经》理论,对疾病加以总结、发挥,使其成为较完整的中医理论。近年来,诸多医家在肿瘤疾病基础研究和临床实践中应用痰病理论取得了一定进展,使中医痰病理论不断得到充实和发展,为中医治疗肿瘤疾病提供了又一种新思路。

中医学“癌”的病名始见于宋代东轩居士所著的《卫济宝书》,在《内经》中有癥瘕积聚等病名。元·朱丹溪《局方发挥》有:“自气成积,自积成痰”。痰是津液的变异和转化,是疾病过程中产生的病理产物。如《仁斋直指方》言:“夫痰者,津液之异名”,因而任何与津液相关的疾病和病因都有可能导致痰证的产生。《灵枢·刺节真邪》云:“有所结,气归之,卫气留之,不得反,津液久留,合而为肠溜。”《丹溪心法》云:“痰挟瘀血,遂成窠囊”,“肺胀而咳,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血,碍气成病。”首次将痰瘀同病明确提出。清·高秉钧《疡科心得集》也指出:“癌瘤者,非阴阳正气所结肿,乃五脏瘀血浊气痰滞而成。”

痰既是病理产物,又是致病因素,不仅指有形可见的痰液,还包括瘰癧、痰核和停滞在脏腑经络组织中未被排出的痰液,称之为“无形之痰”。后世医家在此基础上对癌症病因病机的认识更加深入。如元·朱丹溪认为,乳岩(乳腺癌)是“妇人有忧怒抑郁,朝夕积累。脾气消阻,肝气横逆,气血横逆,遂成隐核如棋子。”不但认识到癌症的成因是正虚邪实,气血亏损,痰邪、食滞、瘀血,还提出了情志变化,悲思忧虑抑郁的病因影响,同时也描述了具体临床症状。《丹溪心法》曰:“凡人身上、中、下有块者,多是痰,痰之为物,随气升降,无处不到。”明·李中梓认为,噎膈(食管癌)是“大抵气血亏损,复因悲思忧虑,则脾胃受伤,血液渐耗,郁气而生痰,痰则塞而不能,气则上而不下,妨碍道路,饮食难进,噎塞所由成也。”沈金鳌《杂病源流犀烛》载:“痰之为物,流动不测,故其为害,上至巅顶,下至涌泉,随气升降,周身内外皆到,五脏六腑俱有。”均反映了痰邪为病的多变性、多发性特点,同时揭示了痰邪为病类似肿瘤转移性的特点。痰浊为邪,其性阴柔不易速去,且与它邪交织为病,其病势缠绵,类似于恶性肿瘤变化的顽固性。治疗当从痰入手,消痰散结以治其本,佐以软坚、祛瘀、通络、解郁、解毒、导滞、扶正,消癌

积,复其正气,激动气化之机,以祛腐生新、治愈肿瘤。

我科对中医病因痰证理论与肿瘤的研究已经有20余年的历史,证实痰在胃癌的发生发展中占有极其重要的地位,并且在痰证理论指导下开展肿瘤与痰本质的科研探索。我们首先把中医的各家学说进行了命名规范和病因分类。然后又用现代科学技术从分子水平、基因水平来检测肿瘤相关指标,验证痰证理论存在的科学性,并且确立了以“消痰散结法”作为抑制肿瘤生长转移的有效方法,将中医理论与现代医学理论两者结合,提出胃癌痰证组学。“痰结”是肿瘤的总称,胃癌属于“痰结”的范畴,良性肿块为“良痰”,恶性肿块为“恶痰”,“恶痰”是恶性肿瘤的病理基础,并且将“恶痰”分为三大组成部分,即“痰核”、“痰浊”、“痰络”。胃癌属“恶痰”,肿瘤细胞异常增殖聚集成块,属“痰核”;细胞间质黏附分子、炎性分子、肿瘤因子异常,属“痰浊”,是促肿瘤生长转移的物质环境,即痰污染环境;肿瘤血管属“痰络”,提供了肿瘤生长转移的营养基础与桥梁。“痰核”是恶性肿瘤的核心,“痰核”的核心是肿瘤细胞,异常增殖的肿瘤细胞是痰核产生的病理产物,可以理解为中医理论的“痰毒”。

从病理生理学角度来分析,痰具有随气升降,无处不到;易行、易聚,多变;易夹火、夹瘀、成毒,病理变化复杂等特点。痰的这种特点与肿瘤细胞间质中的代谢物积聚、增多,细胞间质结构改变以促进肿瘤细胞生长、侵袭和转移的病理特征相似。中医痰证理论的特点和胃癌细胞及其间质的病理特征存在相关性,是中西医结合治疗胃癌的一个新的切入点。

2 治痰在癌症治疗中的机理与意义

在恶性肿瘤的治疗上,西医目前主要有手术切除、放疗、化疗等措施,但疗效尚不完全确定,而且存在毒副反应多、生存质量下降等问题。长征医院中医科以治痰理论为依据,立消痰散结为法则,于1990年研制出肿瘤阻断剂金龙蛇口服液,临床应用已10余年,用于癌症术后的治疗,收到较好的疗效。经临床治疗104例晚期胃癌疗效总结,金龙蛇改善症状有效率为82.9%,卡氏评分提高率为75.6%,中位生存率12.24月,3年生存率14.63%,明显优于ELF方案单纯化疗组。并且实验研究亦发现,金龙蛇可抑制人胃癌细胞株MKN-45的生长,可使肿瘤组织中PCNA、EGFR、VEGF等肿瘤标志物的表达下降。但是随着肿瘤晚期致病因素、病机及肿瘤组织形态学的不同,患者的临床表现复杂多样,故胃癌的治疗需按中医理论进行辨证施治,因此,我们在消痰散结的基础上,研究设计了消痰散结八法,直接针对病因,随着痰瘀毒的转化及患者体质变化而加減。

治痰,重在消痰散结;《丹溪心法》曾云“痰之为物,随气升降,无处不到”,流至何处便阻滞气血水液运行,搏结成块,符合肿瘤的发生发展规律,历代对痰聚为瘤的学说都有支持者。《外科正宗》亦载:“又一种粉瘤,……全是痰气凝结而成”,胃癌病起中焦,中焦脾胃主运化水湿,饮食劳倦,内伤脾胃则脾胃虚弱,中焦不运,湿聚为痰。临床所见胃癌患者舌苔厚腻,恶心欲吐,胸脘痞闷便是痰阻中焦之明证。所以消痰散结法是治疗胃癌的重要方法之一,方以导痰汤为底,药物选用天南星、半夏、

川贝母、茯苓、陈皮等。

消痰，佐以软坚散结：结块日久，愈聚愈坚，盘踞局部，牢不可除，应用味咸软坚之中药松解结块，亦能解除粘连，使肿瘤易于祛除，符合《内经》中“坚者削之”的原则。在临床中可见胃癌患者多胃壁僵硬，甚至出现皮革胃，或者胃平滑肌瘤等。药用导痰汤加软坚散结药，如鳖甲、炮山甲、牡蛎、海蛤粉、皂刺等。

消痰，佐以祛瘀散结：《灵枢·水胀》云：“气不得通，恶血当泻不泻，血以留止，日以益大”，说明肿瘤与瘀血关系密切。《圣济总录》则更明确指出：“瘤之为义，留滞而不去也，气血流行，……郁结壅塞则投虚乘隙，病所由生。”临床可见胃脘刺痛，部位固定，触之有硬块，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，舌下静脉怒张，色紫暗，脉涩，胃镜下可见胃黏膜呈紫暗色。药用导痰汤加祛瘀散结药，如土鳖虫、壁虎、地龙之类。

消痰，佐以通络散结：肿瘤多为终身性疾病，“久病入络”，病情缠绵，叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》中曾提及：胃脘痛时间长者久病（痛）入络，治疗上适当选用活血通络之品。这一论述一方面说明病久入络，难以祛除，另一方面指导临床应用通络走窜之物，药用导痰汤加通络散结，如全蝎、蜈蚣等虫类药物。

消痰，佐以解郁散结：胃癌患者术后或未能手术患者，情志不畅，肝气郁结者常哭笑无常，烦躁失眠，纳差胁胀，日见消瘦。疏肝解郁虽有效但不显著，若散结药物协同应用常获显效。临床常用柴胡疏肝散、丹参饮等。后者不但可以理气散结，而且可以疏肝解郁，稳定患者情绪，避免其过于悲观，使其配合治疗。药物可选用橘核、橘络、佛手、香橼、柴胡、香附、炒枳壳等。

消痰，佐以解毒散结：气滞、血瘀、痰阻日久则必化热，热毒蕴结，耗气伤津，患者必日见羸瘦。临床可见胃癌患者胃脘灼热疼痛、渴喜冷饮、大便干燥、舌苔黄厚，胃镜可见胃黏膜溃疡，周围有脓性分泌物。近年治疗肿瘤中药发展最快的就是清热解毒类药物，药理研究也证实，清热解毒药物具有良好的抗肿瘤作用，药用导痰汤加半边莲、半枝莲、石见穿、连翘、败酱草、白花蛇舌草等。应用清热解毒药物不但可以清泻郁火，而且有助于行气活血、消肿散结。

消痰，佐以导滞散结：《灵枢·本输》云：“大肠、小肠皆属于胃”，所以胃气的下降也包括了大肠、小肠的顺承水谷、传导糟粕的功能，胃气功能正常则糟粕不会在人体内停留，浊气也不会上泛，而当发生胃癌时，胃中痰浊、瘀血、肿块的生成妨碍了胃气的顺畅通降，糟粕停于中焦，甚至浊阴上泛而出现泛恶欲吐、纳呆、脘腹闷胀甚至疼痛，另外，大便秘结也是胃癌患者常见的现象。再者，肿瘤非人身所固有，皆属邪气，应予祛除，正如《素问·阴阳应象大论》所说：“中满者泻之于内”。胃癌患者保持大便通畅不但可以驱邪外出，而且可保证胃气的正常通降，以免损伤胃气。泻下常用《伤寒论》中的三承气汤，临床应用泻下法常分三步走，即一泻二清三排：先用生大黄峻下软坚，荡涤肠胃，见效则易制大黄清肠去腐，既可缓泻，又有活血去瘀散结之效，待大便接近正常时再用炒枳实、枳壳等促进胃肠排空，既能保持大便通畅，又不会因峻下而伤及脾胃，实为良策。

消痰，佐以扶正散结：《内经》中记载：“邪之所凑，其气必虚”，现代研究也证实，肿瘤患者免疫功能皆有所下降，并将免

疫功能作为评价肿瘤治疗效果的指标。胃癌是慢性重病，日久必损耗正气，并且脾胃为气血生化之源，脾胃受病气血生化不足，故胃癌患者必有气血亏虚，正气不足则不能抗邪，有利于肿瘤的发生或发展、转移。所以在应用驱邪药物的同时应配合扶正药物，所谓“强主以助除寇”是也，在临床运用时根据“大积大聚，衰其大半而止”的原则，不可一味攻伐。临床常用十全大补汤加减，常用药物有黄芪、党参、当归、阿胶、枸杞子、墨旱莲、女贞子等。

第二军医大学长征医院中医科(200003)
李春杰 魏品康 施俊 刘龙 巨大维

“方”“位”相配论痰饮

在《伤寒杂病论》中有一系列治疗水湿痰饮病的方剂，诸如小半夏汤、小青龙汤、五苓散、真武汤等等。这些方剂同为治疗水湿痰饮，但其理、法、方、药各不相同。

关于人体水液的代谢过程，早在《素问·经脉别论》中就有一段经典的论述：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾。脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳揆度，以为常也。”

水液代谢过程中任何一个脏腑功能发生紊乱，任何一个环节发生异常，都会影响水液在体内的运行，导致水停成饮，饮聚酿痰，弥散三焦而为湿。病因或是外感六淫，或是内伤七情、饮食不节、起居失调。病位或出于胃，或出于脾，或出于肺，或出于膀胱，或出于肾，或出于三焦，或出于四时阴阳。任何疾病的治疗都应该是明辨病机，针对病因，切中病所，一矢中的而建功。是否可以将《内经》的论述与《伤寒杂病论》的方药一一对应起来而达到“方”与“位”的完美结合呢？本文试言之。

1 胃中水停——小半夏汤

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云：“呕家本渴，渴者为欲解，今反不渴，心下有支饮故也，小半夏汤主之。”此条是说胃失游溢水精之机，饮停胃中，胃气失于和降而至气逆作呕。呕家当渴是因为呕吐伤津故饮水自救，当渴而不渴的原因是胃中水停，所以治疗当以运化胃中停饮。虽然主症是呕，但仲景方治不在降逆而是以辛温宣散燥湿化痰为法，半夏味辛以宣散，性温以燥湿化痰，助胃气恢复游溢水精之机，一味药而标本兼治，切中病机。生姜性味亦辛温，辅助半夏之力。二药辛温宣散顺应了胃气向上游溢水精的趋势，二药虽为呕家圣药却不以降而以升取长，是治疗胃中水停的基本方。因本病的主症是呕，所以有人认为本方是治疗呕吐的基本方，但探究其病机则是治饮。胃腑是水液代谢的第一站，如水停胃脘就会影响以下诸多环节。

2 脾不散精——苓桂术甘汤

《伤寒论》云：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”此条讲的是外感伤寒误用吐下后损伤脾气，脾虚不能运化升清，胃中之水无去路，导致水停心下，水停心下当升不升，欲上犯凌心，机体失于滋润濡养，而出现逆满、冲胸、头眩、脉沉紧、身为振振摇等一系列症状。既然误治伤脾，病机的核心