

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.23.023

# 从“阴火论”治疗肿瘤热浅析

姚大鹏, 张培彤\*, 李 蒙, 孟继双

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053)

**摘要** 肿瘤热几乎可以见于所有恶性肿瘤, 其发热机制尚不明了, 我们认为, 肿瘤热可从阴火论治。阴火的发生因于脾胃的衰弱, 元气的不足, 而在发病的过程中又存在“阳胜则热”的特点, 且患者证候虚实之间极为复杂, 大体可根据阴火的成因和性质, 法李东垣补、散、清三法根据热性和热势缓急灵活运用, 辨证施治。

**关键词** 肿瘤热; 阴火; 脾胃气衰; 元气不足

## 1 阴火形成及与肿瘤热的关系

肿瘤热系恶性肿瘤临床常见伴发症, 几乎可见于任何恶性肿瘤, 其发病机制尚不明了, 根据《内科疾病鉴别诊断学》<sup>[1]</sup> 所阐述的诊断标准, 肿瘤热的诊断需满足如下条件: ①经临床和病理性检查, 确诊为恶性肿瘤; ②患者体温每日至少 1 次超过 37.5℃, 持续时间超过 2 周; ③实验室检查等排除感染和其他非肿瘤性疾病引起的发热; ④血常规检查白细胞  $< 8.0 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例  $< 75\%$ , 淋巴细胞比例  $< 40\%$ , 抗生素使用 1 周以上发热未得到控制。

肿瘤热属中医“内伤发热”范畴。《脾胃论·脾胃虚实传变论》曰“火与元气不两立, 火胜则乘其土位, 此所以病也。”《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》曰“脾胃气衰, 元气不足, 而心火独盛, 心火者, 阴火也, 起于下焦, 其系系于心, 心不主令, 相火代之; 相火, 下焦包络之火, 元气之贼也。火与元气不两立, 一胜则一负。脾胃气虚, 则下流于肾, 阴火得以乘其土位”<sup>[2]</sup>。从《脾胃论》中可以看出其所论之相火即为阴火, 且与元气相互对立, 其病根源在于脾胃气衰, 元气不足。恶性肿瘤属长期消耗性疾病, 其本身易于耗伤气血, 损伤脾胃。脾胃为后天之本, 气血生化之源。按《脾胃论》观点来看, 胃气即等同于元气。肿瘤耗伤脾胃之气即等同于肿瘤耗伤了元气。阴火与元气一胜则一负, 元气受损则产生阴火。根据《脾胃论》, 阴火产生后并不一定立即出现发热症

状, 阴火首先使心火亢胜, 导致心不主令, 继而导致下焦包络之相火妄动, 进一步戕害元气, 加重脾胃的亏耗, 并下流于肾乘其土位, 进而导致发热症状的出现。同时相火(阴火)为元气之贼, 其妄动又导致脾胃的进一步损伤, 形成恶性循环。阴火属实邪, 从《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》对相火的认识, 相火为下焦包络之火, 应直接入于营分, 出现气阴耗伤, 气机逆乱, 甚至扰及神明。故临床肿瘤热患者常见午后及夜间低热或高热, 更有甚者出现神志的障碍。

## 2 肿瘤热从阴火论治

阴火的发生因于脾胃的衰弱, 元气的不足, 但在发病的过程中又存在“阳胜则热”的实证特点, 加之肿瘤本身的复杂病理情况, 证候虚实之间极为复杂, 攻补之法难以权衡。因阴火直接入于营分, 并出现一系列营分实热证的临床表现, 很多医家在治疗过程中多用安宫牛黄丸、紫雪丹, 或在苦寒重剂之后予滋阴清热之法。部分患者虽然有一过性体温下降, 但脾胃气衰、元气不足的阴火根源尚未得到有效控制, 故往往继而再度出现发热, 且热势更甚, 更加难以控制。在此情况下, 我们大体可以根据阴火的成因和性质, 法李东垣“补、散、清”三法根据热性与热势缓急灵活运用, 辨证施治。

### 2.1 补法

为治阴火之根本大法, 阴火的发生源于脾胃气衰, 元气不足, 故治疗时应以甘温之品从根本上及时补益脾胃之气, 顾护元气。同时恶性肿瘤属临床慢性恶性消耗性疾病, 整个病程始终伴随着气血不

\* 通讯作者: drzhangpeitong@hotmail.com, 13910678101

断亏耗的过程,扶正培本的治疗理念不但对当今肿瘤的临床治疗意义重大,对肿瘤热的干预治疗亦有着重要的临床意义。该法亦为甘温除热的理论基础,常用药如人参、白术、黄芪、甘草等。

## 2.2 散法

为阴火佐治之法,运用该法一因阴火结伏,火郁则发之;再因脾胃之气总体以升提、向上为特点,以该法佐之则可以适应脾胃特点,升发阳气并调达气机,在散火同时可以更好地协助补益之品补益中焦。治疗时以辛散之品助之。常用药如柴胡、升麻、豆豉、羌活等。

## 2.3 清法

为治标之法,阴火具有阳热亢盛的特点,当阴火炽盛、实热难消之时,当以苦寒之品急泻实热之标。常用药如黄连、黄芩、栀子、生石膏等。

临床实际当中肿瘤热的情况复杂多变,不但会出现发热、耗气、伤津、动血,少数甚至出现扰神的致病特点,而且常伴随着证候虚实的真假错杂。治疗时常二法或三法联用,如补中益气汤即属补法与散法合用,清胃散属清法与散法合用,而升阳益胃汤则属补、散、清三法合用。临证时应视脾胃元气与阴火盛衰,调配诸药,证因共治。

## 3 临床应用

在临床实践中以阴火论理论为指导,部分肿瘤热的临床研究取得了一定疗效。如李自全等<sup>[3]</sup>运用甘温除热法治疗肿瘤热 25 例,以四逆汤合补中益气汤为基础方口服 1 周为准,以 1 周内体温恢复正常且药后 1 周末再发热为显效,服药 1 周后体温下降 1℃ 为有效,余为无效。在 25 例临床治疗中,显效 15 例;有效 6 例;无效 4 例,总有效率达 84%。徐丹等<sup>[4]</sup>以黄芪、黄连、石膏、大黄、生地黄酒等中药自拟退热饮治疗恶性肿瘤发热 34 例,以服药 3~5 天后体温恢复正常且无升高为显效,服药 3~5 天后体温下降 1℃~1.5℃ 者为有效,服药 5 天后体温下降小于 0.5℃ 者为无效。在 34 例患者中,显效 21 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率为 91.17%。徐晓东等<sup>[5]</sup>以党参、黄芪、白术、柴胡、半夏、黄芩、白花蛇舌草等自拟降温汤治疗 60 例体温 >37.8℃ 且持续 10~14 天的晚期癌性发热患者,40 例患者服药 1 周后体温恢复正常,17 例服药 2 周后体温恢复正常,体温下降不足 1℃ 或需其他方式治疗者 3 例,总有效率为 95%,退热时间为 1~9 天,平均退热时间为 5.5 天。李敏等<sup>[6]</sup>以补中益气汤与新癍片联合治疗癌性发热 115

例,将患者随机分为补中益气汤加新癍片组、新癍片组和吡喹酮美辛肠溶片组,以用药 3 天内体温降至正常范围,给予维持剂量 1 周,体温无明显变化为显效;用药后患者 3~7 天内体温降至正常,或偶有偏高但未超出 38℃,继续给予维持剂量,依据体温情况停药为有效;用药后 7 天内体温下降不明显,仍维持在 38℃ 以上为无效;维持剂量停药 1 周内,患者出现体温回升,最高体温超出 39℃ 为复发。结果发现,3 组的总有效率皆大于 90% 且没有明显差异,但补中益气汤加新癍片组的复发率(5.5%)远小于吡喹酮美辛肠溶片组(50%) ( $P < 0.05$ )。

## 4 总结

肿瘤发热虽属肿瘤临床常见伴发症,但根本致热原因目前尚未明确,多数发热患者临床症状表现相似,导致癌性发热常与临床肿瘤患者并发的感染性发热或其他非癌性发热因素相混淆。阴火论治疗肿瘤热要以脾胃亏耗作为辨证关键,但依据临床观察并不是所有癌性发热都与脾胃的虚损相关。故以阴火论治疗肿瘤热时,我们应从四诊当中认真揣摩,并从证候、病程及诊治过程中认真分析患者的具体发热情况,切勿一味清散或一味峻补,要认真鉴别证候。由于阴火本质属实但病因属虚的特殊性质,临床上攻补之间还存在较强的矛盾性,需要临证医生具有很强的权衡方药组成的能力。虽然目前常规方法治疗肿瘤热疗效并不理想,但中医“阴火论”在治疗肿瘤热方面有一定的探索前景。在当今“不断扶正,适时驱邪”的肿瘤治疗理念指导下,该治疗方法会与中医肿瘤的临床治疗有较强的契合性。因此,我们要加强对“阴火”与“肿瘤热”关系的进一步研究。

## 参考文献

- [1] 卞贺龄. 内科疾病鉴别诊断学 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 622.
- [2] 李东垣医学全书 [M]. 张年顺, 主编. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 44-45.
- [3] 李自全, 周澄亚, 付饶, 等. 甘温除热法治疗肿瘤发热 25 例分析 [J]. 四川中医, 2009, 27(11): 85-86.
- [4] 徐丹. 退热饮治疗恶性肿瘤发热 34 例 [J]. 四川中医, 2005, 23(10): 59.
- [5] 徐晓东, 燕丽萍, 杨守光. 降温汤治疗晚期恶性肿瘤发热 [J]. 山西中医, 2008, 24(6): 60.
- [6] 李敏, 柳刚, 项叶萍. 补中益气汤与新癍片联合治疗癌性发热 115 例临床观察 [J]. 甘肃医药, 2013(11): 836-838.

(收稿日期: 2014-04-14; 修回日期: 2014-07-02)

[编辑: 黄健]