

从痰辨识癌症并发抑郁症的理论渊源

杨玉兴¹ 魏品康² 陈慧³

(1. 兰州军区总医院干二科,甘肃 兰州 730050; 2. 第二军医大学长征医院中医科,上海 200003;
3. 兰州军区药品仪器检验所,甘肃 兰州 730050)

摘 要:采用文献回顾方法,复习了中医古典至近现代文献中关于从痰证论治癌症/肿瘤及抑郁症的相关理论,提出“恶痰内阻”为癌症/肿瘤并发抑郁症的根本原因,为从痰论治癌症/肿瘤并发抑郁症提供部分理论基础,丰富和发展了本课题组提出的“肿瘤痰证学说”理论内涵。

关键词:肿瘤/癌症;抑郁症;中医;痰证;理论渊源

中图分类号:R730.6

文献标志码:A

文章编号:1673-7717(2014)01-0032-03

Theoretical Origins of Cancer Concurrent Depression Based on Phlegm Syndrom of Traditional Chinese Medicine

YANG Yuxing¹, WEI Pinkang², CHEN Hui³

(1. Department of Geratology, Lanzhou General Hospital of PLA, Lanzhou 730050, Gansu, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Changzheng Hospital,

The Second Military Medical University of PLA, Shanghai 200003, China

3. Institute for Drug and Instrument Control of Lanzhou Command, Lanzhou 730050, Gansu, China)

Abstract: In this study after reviewing literatures about cancer depression and phlegm syndrome of traditional Chinese medicine (TCM), we concluded that internal malignant phlegm pathogen is the basic cause of the cancer/tumor concurrent depression (CCD). This conclusion has provided some basic theories for the treatment of CCD based on phlegm syndrome of TCM. It has developed the theory of tumor based on phlegm syndrome of traditional Chinese medicine.

难以彻底治愈的疾病,药物对于主症的改善就显得有限^[5];另一种可能是中医证候赋分方法存在不合理之处,没能真正体现中医治疗的特点。推测这两方面是临床试验中中医次症疗效优于主症疗效的原因。

目前中药新药临床试验疗效评价多是主症疗效小于次症疗效。这一特点在上文中治疗中风的中药临床试验中体现的更为明显。在中风神经功能缺损评分表(NIHSS评分)中,与半身不遂相关的几项症状如上肢肌力、手肌力、下肢肌力、步行能力的评分总和,占NIHSS评分表总分的53%^[6],可见其在中风疗效评价中所起的重要作用,而在该临床试验中半身不遂这一主症的单项症状痊愈率仅为0.5%,可见该药物的治疗靶点不在该疾病的主症上,可能在于改善偏身麻木、面色晦暗等临床症状,对于半身不遂、嗜睡等难以根治的症状中药的作用也有限。

在中药临床试验疗效评价中,为了体现中医特色,除了设定疾病的疗效判定标准外,还需要对中医证候的临床疗效进行判定^[7]。中药临床试验中特定疾病中医证候的主

症多与该疾病的西医主要症状、体征一致,对于难以彻底根治的疾病,在评价中医证候或主症的疗效时,药物对于这些症状的改善就显得有限。而临床试验中中医证候的次症出现了较高的痊愈率则反映了中药在改善临床症状方面的补充作用。临床试验当中除了关注中医证候的主症改善情况,更应该注意观察药物治疗次症的疗效,这样才能寻找到真正体现中药新药治疗特色的靶点。

参考文献

- [1] 马堃,李连达.对中药新药临床疗效评价的几点思考[J].中国中药杂志,2004,29(5):489-491.
- [2] 孙贵香,袁肇凯,谭玉美.中医证候量化诊断研究的概况与思考[J].中国中医药科技,2008,15(3):211-212.
- [3] 刘蕾,郭淑贞,王伟.中医证候研究的现状及发展趋势[J].中华中医药杂志,2008,23(8):661-663.
- [4] 张华,高颖.缺血性中风证候演变与神经功能缺损的相关性研究[J].北京中医药大学学报,2007,30(4):274-278.
- [5] 王萍,唐旭东,刘绍能.消化性溃疡中医证候特征分析[J].实用中西医结合临床,2008,8(2):39-40.
- [6] 王文萍,李晓斌,李晓,等.探讨三种不同中医症状赋分方法对中医证候疗效评价的影响[J].世界科学技术:中药现代化,2008,10(1):35-38.
- [7] 王文萍,李晓斌,李晓,等.临床痊愈比例超高时中医症状赋分方法对证候疗效评价的影响[J].世界科学技术:中药现代化,2008,10(5):35-38.

收稿日期:2013-08-18

基金项目:“十一五”军队中医药研发推广专项课题重大临床攻关项目(2006171005)

作者简介:杨玉兴(1972-),女,陕西人,副主任医师、博士研究生,研究方向:中西医结合防治消化系统肿瘤。

Key words: tumor/cancer; depression; traditional Chinese medicine(TCM) ; phlegm syndrom of TCM; theoretical origins

癌症/肿瘤并发抑郁症(Cancer Concurrent Depression , CCD) 与中医“郁证”、“郁病”、“失眠”、“不寐”、“善忘”、“惊悸”、“失志”、“脏躁”等疾病有一定相关性,因其病因病机是建立在“癌瘤”基础上的,故与普通抑郁症不同,具有特殊性。笔者主张从痰辨治 CCD,现论述如下:

1 理论渊源

1.1 源出仲景 中医“郁”的概念最早见于《素问·六元正纪大论》的“五郁”,并有“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”的治疗思想,但主要针对五运六气之太过或不及,并未阐明与情志相关。

张仲景认为“郁”是涉及脏腑疾病的一类病机总括,而在积聚、痰湿、情志失调等气机阻滞病证中体现出来。他在《伤寒杂病论》描述了许多与郁证相关的症状和证候,如“意欲食复不能食,常默默,欲卧不能卧,欲行不能行”、“妇人咽中如有炙脔……吐之不出,吞之不下”(《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十二》)等。《伤寒论》的小柴胡汤证、《金匮要略》中百合病、妇人脏躁、梅核气等均与郁证有关。仲景还提出理气为治郁大法的治疗观,并创立了许多治疗郁证的方剂,如:柴胡剂、半夏厚朴汤等。其中半夏厚朴汤行气化痰治疗“梅核气”至今仍屡试屡效。现代药理研究亦证明半夏厚朴汤具有抗抑郁作用。由此可见,从痰辨治抑郁症,正是源于《伤寒论》。

1.2 学宗子和 从痰论治抑郁症,尤其是癌瘤并发抑郁,其治疗学思路,主要是依据金元四家之一“攻邪派”代表人物张子和“攻邪”的思想。张子和对郁证的病因、病机和治疗颇有见地:如《儒门事亲·积聚》论五积六聚“积之成也,或因暴怒、喜、悲、思、恐之气”,强调了情志在郁证发病中的重要地位;对郁证的病机,强调外感多由热郁,而杂病多由肝脾郁结;治疗上提出汗吐下三法治郁,并记载了许多治郁医案,如《儒门事亲·卷六十·形三疗一》所载“柏亭王论夫,本因丧子忧郁,不思饮食,医者不查,以为胃冷,温燥之剂尽用之,病变呕吐而瘦”,子和予以涌泄剂“升提开郁而愈”。笔者以为:子和攻邪治郁,汗可“令其疏散”,吐之“令其条达”,下乃“流通之谓”、“下者推陈致新”、“陈莖去而肠胃洁”,其目的皆在“开郁通滞”、“流行气液”,以恢复机体升降出入之枢机,这是子和攻邪治郁之机理,也是治郁之目的。

广义而言,“祛邪”并非局限于汗、吐、下三法,但凡具有攻逐病邪(包括有形之邪和无形之邪)作用的方法,如“催生、下乳、磨积、逐水、破经、泄气”(《儒门事亲》),还有如“医门八法”中的“消法”、“清法”和行气、消痰、解郁、疏肝等,都属于祛邪范畴。我们在前期的研究中使用消痰解郁方药治疗 CCD,是以祛邪为根本,主要基于理论和实践两个方面因素:(1)理论上“百病多从痰论治”:痰既是情志病常见的致病因素和病理产物,与抑郁症紧密相关;痰亦为肿瘤形成最根本的物质基础和关键的病因病机,痰形成后又导致肿瘤进一步发展、变化、转移和复发。(2)在临床实践中:肿瘤患者较易合并抑郁症,而抑郁的出现常常加速肿

瘤的复发和转移,说明可能痰是肿瘤与抑郁症共同的病理基础;肿瘤并发抑郁患者服用消痰解郁方后,抑郁症状迅速改善,抑郁量表评分明显降低,并且安全无复燃^[1-2]。

1.3 旁参诸家 此外,朱丹溪、虞抟、张景岳、叶天士及一些现代医家有关痰与郁证的论述,对从痰论治 CCD 理论也有所发展。如朱丹溪在《丹溪心法》中提出“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉;故人身诸病,多生于郁”,并将郁证分为气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁等“六郁”,首创“痰郁”之说。明·虞抟在《医学正传》中最先采用“郁证”作为病名,并论证了痰郁与其他五郁之间互为因果的关系“热郁而成疾,痰郁而成癖,血郁而成癥,食郁而成痞满,此必然之理也。又气郁而湿滞,湿滞而成热,热郁而成痰,痰滞而血不行,血滞而食不消化,此六者皆相因而为病者也”。张景岳为郁证的发展作出了重要贡献,他认为:“五气之郁,则诸病皆有,此因病而郁也;至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也”(《景岳全书·郁证》),对郁证的范围作了明确的论述:因病而郁者为广义之郁证;因郁而致病者为狭义之郁证。清·江涵墩认为“百病多生于郁”,将诸郁分为三类“郁有六气之郁,风寒暑湿燥火是也;有七情之郁,喜怒忧思悲恐惊是也;有人事失养之郁,气血痰食是也,当分治之”(《奉时旨要》),将痰郁归因于“人事失养”。现代也有不少医家从痰论治抑郁症:如胡思荣以“本病皆因于痰火”立论^[3];郝万山认为心肝胆三脏阳虚、气虚乃其易发的体质因素,病机为心胆阳虚、脑神失养、肝虚气郁、神窍痰蒙^[4];赵志升归纳其病机为肝气郁结、气郁生痰、痰气交阻、心神失养^[5]等等。

2 病名考析

2.1 归属广义郁证 “郁”,古为“鬱”、“鬱”,本意为“芳草繁盛”、“气味浓烈”,引申为集聚不得散发。因此,“郁”字又有“积”(《诗经》)、“聚”(《汉书》)、“滞”(《左传》)、“塞”(《管子》)、“不通”(《吕氏春秋》)等义。

中医将“郁”这一概念引入医学领域,是谓人体脏腑经络、气血津液、饮食情志凡有壅滞、痞塞、蓄积、瘀结、失舒和失畅等皆可以“郁”称之,如王安道《医经溯洄集》所云“郁者,滞而不通之义”。郁证既是一个病因病理概念,又是一组病证的综合,临床表现错综复杂。自明代张景岳始,将郁证分为广义和狭义:广义的郁证泛指由外感六淫、内伤七情引起的脏腑机能失调,气血津液运行紊乱,从而导致气、血、痰、火、湿、食等病理产物壅塞、郁滞而不得发越的一类病证,所谓“邪不解散即谓之郁”(华岫云·《临证指南医案》按),包括“五郁”、“六郁”等,即张景岳所言的“因病而郁”;而狭义的郁证,则主要指由情志不舒、气郁不伸而引起的性情抑郁、情绪不宁等病证,如“七情之郁”,所谓“郁不离乎七情也”,即“因郁而病”。张景岳还将情志之郁概括为“怒郁”、“思郁”、“忧郁”3种,指出“忧郁病者……多以衣食之累、利害之牵及悲忧惊恐而致郁者……此其戚戚悠悠,精气渐有消索,神志不振……”,所描述的“忧郁”的

病因和症状与现代医学的抑郁症相似。

抑郁症从起因分原发与继发为两种,即普通抑郁症和躯体疾病并发抑郁症。一些躯体疾病如肿瘤、卒中、消化系、心血管系统疾病较易合并抑郁症,即朱丹溪所谓“郁非一病之专名,乃百病所由起也”,此类抑郁症被称为“继发性抑郁症”,为“因病而郁”,属于广义之郁范畴。如CCD是由于癌症诊断、治疗及其合并症等导致患者失去个人精神常态的情绪病理反应,以心境低落、兴趣和愉快感丧失、精力降低为主要症状,起病为体内有“恶痰”生成,脏腑功能失调、气血津液郁滞不通,导致情志抑郁;而普通抑郁症则属狭义之郁,是因为情志的抑郁忧郁,而导致一些神经及躯体症状的出现,即“因郁而病”。明辨了“郁”和“病”的因果关系后,临床治疗就有的放矢了。

2.2 本为恶痰作祟 痰证理论是具有中医特色的理论之一,在中医学学术体系中占据重要地位。中医之痰分“有形”与“无形”:(1)有形之痰:是视之可见,闻之有声,触之可及,有形有质,如咳出可见的痰液,喉间可闻的痰鸣,体表可触及的痰核,等等;(2)无形之痰:指无物可征,无形可见,为非实质性,却能引起某些特殊病理变化和临床表现。痰之致病,具有广泛性、复杂性、隐匿性、难治性等特点,即所谓“百病皆为痰作祟”(隋·巢元方《诸病源候论》)、“痰生百病”(明·李时珍《濒湖脉诀》)、“百病中多有兼痰”(明·龚信父子)、“怪病多痰”(元·王珪《泰定养生主论》、清·傅青主《辨证录》)、“久病多痰”(清·周学海《周氏医学丛书》、傅青主·《辨证录》),也就决定了痰证研究的相对复杂性。

痰是人体津液不归正化而形成的病理产物,被称为“病理性致病因素”,说明其既为原发病之结果,亦为继发病之病因,因此痰病涵盖了“生痰”与“痰生”两类疾病且以痰象为主要表现的证候类型,而此两类疾病又无不同时或先后发生于同一患者身上。如郁证可生痰,痰又可形成郁证。历代医家从病名角度对于痰与郁证的关系有一些阐述,例如:(1)郁痰或痰郁:如明·赵养葵《医贯》所谓“七情内伤,郁而生痰”,叶天士《临证指南医案》所言“郁痰,此郁虑已甚……”,《杂病源流犀浊》、《丹溪心法附余》亦有此类称谓;(2)气痰:如清·沈金鳌《杂病源流犀浊》中“……气痰,七情郁结,痰滞咽喉,形如败絮,或如痰核,咯不出,咽不下,胸膈痞闷”,明·李梴《医学入门》“七情痰滞咽喉,多胸胁痞满,名曰气痰”;(3)怪痰:如清·周学海《周氏医学丛书》所言“怪病多属痰”,认为怪痰包括“顽痼之疾,久治不愈者;尚无较好疗法者;莫名所苦,不可名状者;罕见或少见者;精神神志行为失常,心理障碍者”等等。此外还有“痰哭”、“痰笑”、“痰痴”、“痰厥”、“顽痰”、“老痰”、“痰浊上扰”、“痰浊蒙蔽”、“痰迷心膈”等病名和病证。现代研究亦证明痰与神经系统关系密切:如方永奇等^[6]认为心血管痰证患者的交感神经兴奋性显著高于非痰证患者及常人,黄业芳等^[7]发现痰饮咳嗽患者存在植物神经功能失调。

“痰”乃中医各种急慢性疑难杂症、危症的重要病因和病理产物,痰证理论不仅符合临床实际,而且作为病因是西医病因学没有系统研究之盲区,因而是最具自主创新意义

的中医病因病机学说。近年来,由于全球暖湿气流的影响、日益恶化的环境、人类生活水平的普遍提高和生活方式的改变,与痰密切相关的亚健康状态、肿瘤、代谢综合征、心脑血管及精神神经等系统疾病的发病率均呈明显上升趋势,对于此类疾病从痰辨治常常可以取得理想的效果。因此“有形之痰”除前所述之痰液、痰鸣和痰核外,还包括“沉着于血管壁粥样之血脂、斑块,妇女带下之物,胃中所呕之涎沫,大便所泻之粘冻状物,小便所排出之白浊,关节所潴留之浊液,胸腹腔淤积之水,鼻中所流之浊涕,头发面部所见之污浊,身体所见之腻湿”,等等,从而扩大了“有形之痰”的证候范围。此外,我们针对中晚期胃癌创立了“下痰法”,并根据病势缓急轻重分为“急下”和“缓下”,“急下”包括下痰破气、下痰破积、下痰逐水,“缓下”分为下痰和中、下痰散结、下痰托毒、下痰软坚、下痰通络、下痰解郁等,并明确了每种方法的适应症、方药和治疗原则^[8],丰富了痰证的治疗学内容。

本课题组经过多年研究提出“肿瘤痰证学说”,从痰的角度阐述了肿瘤发生、发展、复发、转移等阶段的生物学特性,将中医传统痰证理论与现代医学肿瘤病理生物学、分子生物学等多个学科有机结合,是痰证理论的创新和发展^[9,10]。学说首次从良恶性程度将痰分为“良痰”和“恶痰”。“良痰”主要指呼吸道的痰液、代谢障碍性疾病所产生的高脂血症及各种良性肿物如脂肪瘤、淋巴结及息肉等部分癌前病变。“恶痰”则具有生长快、发展快、质地坚硬、无处不到、进行性消瘦等特点,各种恶性肿瘤具有恶性增殖、发展迅速、多途径转移、迁延难愈等生物学特点,故归属为“恶痰”。

因此对于癌症并发的抑郁症,笔者认为其产生的根本原因就是恶痰内阻,导致气血津液紊乱,脏腑功能失调,痰邪泛滥,上蒙清窍,神志失常所致,其本质为恶痰。

参考文献

- [1] 杨玉兴,魏品康,许玲,等.白龙解郁颗粒对67例肿瘤相关性抑郁患者生活质量的影响[J].中国中医药信息杂志,2009,16(5):10-12,53.
- [2] 杨玉兴,魏品康,修丽娟,等.白龙解郁颗粒治疗肿瘤相关性抑郁临床疗效观察[J].中医杂志,2009,50(3):218-220.
- [3] 胡思荣.平心忘忧汤治疗抑郁症470例[J].湖北中医杂志,1996,12(2):10.
- [4] 郝万山.柴桂温胆定志汤为主治疗精神抑郁症[J].北京中医药大学学报,1997,20(3):64.
- [5] 赵志生.抑虑康治疗神经性焦虑、抑郁症90例[J].江苏中医,1998,19(12):560.
- [6] 方永奇,黄可儿.痰证的血液循环特征初探[J].湖北中医杂志,1992,14(6):33-34.
- [7] 黄业芳,唐芸.痰饮咳嗽患者植物神经功能状态的检测与研究[J].河北中医,1999,21(6):334-335.
- [8] 魏品康,施俊,杨玉兴,等.下痰法治疗胃癌经验[J].中医杂志,2008,49(9):787-788.
- [9] 杨玉兴,魏品康.试论“胃癌痰证组学”的哲学思想[J].中华中医药杂志,2009,24(3):298-301.
- [10] 杨玉兴,魏品康.魏品康从痰论治消化系统肿瘤临证经验[J].上海中医药杂志,2008,42(7):16-18.