

贾英杰论前列腺癌的中医病机与治疗

王金秀¹, 李小江², 陈军² 指导: 贾英杰²

1. 天津中医药大学 2011 级硕士研究生, 天津 300193

2. 天津中医药大学第一附属医院肿瘤科, 天津 300193

[摘要] 贾英杰教授将前列腺癌归为时代病, 认为“虚、毒、瘀、湿”是其病机核心, 其中“毒”是诱因, “虚”是内因, “瘀”和“湿”是病理产物, 又是致病因素, 四者相互交织, 互为因果, 贯穿病程始末; 治疗上以“扶正解毒, 祛瘀利湿”为基本治法。

[关键词] 前列腺癌; 病因病机; 扶正解毒; 祛瘀利湿

[中图分类号] R737.25 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0020-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.009

贾英杰教授从事医疗、科研工作三十余年, 在临床实践和基础研究中渐成治疗专病特色, 提出“正气内虚, 毒瘀并存”为恶性肿瘤的基本病机, 以扶正、解毒、祛瘀并举, 为治疗恶性肿瘤的基本法则, 并自拟“消岩汤”方。贾教授将前列腺癌归为时代病, 认为其基本病机亦为“正气内虚, 毒瘀并存”, 以“扶正解毒祛瘀利湿”为基本治法。笔者有幸随师临证, 聆听教导, 现将贾教授关于前列腺癌的病因病机观点及用药经验阐述如下。

1 病因病机——虚、毒、瘀、湿

前列腺癌据其临床表现, 可归属中医学肾岩、癥闭、癥积、淋证、腰痛、尿血等病范畴。贾教授认为, 其病因病机多责之于“正气亏虚(以肾、脾、肝三脏虚为主)及膀胱湿热”, 正如《医宗必读》所言: “积之所成, 正气不足, 而后邪气踞之”; 《诸病源候论·诸淋病候》曰: “诸淋者, 由肾虚而膀胱热故也”。现代医家对前列腺癌的病因病机提法多样, 然而贾教授认为“虚、毒、瘀、湿”是该病病机的核心。其中, “毒”是诱因, “虚”是内因, “瘀”和“湿”是病理产物, 后又成为致病因素, 此四者相互交织, 互为因果, 贯穿病程始末。

前列腺癌发病率的逐年升高与现代生活节奏、饮

食习惯的改变, 社会老龄化, 纵欲过度, 感染疫毒等因素有关, 这些都切合时代病的特征, 故贾教授将前列腺癌归为时代病。认为其病因病机是纵欲过度, 肾精虚衰, 天癸枯竭, 损及元阳, 导致肾阴阳两虚; 过食肥甘燥烈之品生热助湿, 湿热下注; 纵欲过度或思欲不遂, 导致相火妄动, 使前列腺经常处于充血状态, 日久引起瘀血内停; 加之外界毒邪乘虚侵入下焦, 致使肾与膀胱气化失司, 脏腑功能紊乱, 气血津液运化失常, 湿热、瘀血、癌毒内生, 最终诱发前列腺癌形成。

癌瘤形成后, 耗伤精血, 损伤元气, 侵犯膀胱或出现骨转移, 引起尿血、癥闭、贫血、病理性骨折等, 更加重机体气血亏虚及瘀、毒、湿聚积的程度; 前列腺癌术后及放、化疗后, 损伤正气, 耗伤津血, 导致正气亏虚, 阴虚毒热。湿浊困脾, 久病耗伤脾气, 脾虚则运化失司, 难以充养先天之肾精。此外, 肝经绕阴器, 抵少腹, 与前列腺关系密切; 且“乙癸同源”, 肾虚及肝。如此便形成“虚、毒、瘀、湿”恶性循环。

综上, 在前列腺癌的发生发展变化过程中, 虚、毒、瘀、湿相互影响, 相互交织, 互为因果, 贯穿始终, 动态变化, 即不同患者、不同阶段主次矛盾发生

[收稿日期] 2013-10-23

[基金项目] 天津市科技支撑计划项目 (编号: 12ZCDZSY17000)

[作者简介] 王金秀 (1988-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合肿瘤学。

[通讯作者] 陈军, E-mail: cjzy-6568@sina.com。

变化。如早期以湿热、癌毒互结为主；手术期以气血亏虚为主；内分泌治疗期以阴阳失调为主，兼夹湿、毒(癌毒、药毒)、瘀；化疗期以脾肾虚为主，兼夹瘀、毒、湿；骨转移期(晚期)以肾阳亏虚、正气衰竭为主，兼夹瘀、毒。临证须病证结合，抓关键病机，不可拘泥。

前列腺癌的基本病机仍可归为“正气内虚，毒瘀并存”。“邪之凶险者谓之毒”，广义的毒包括阳毒、阴毒，阳毒即热毒、火毒、风毒；阴毒即瘀毒、湿毒、水毒。老年男性正气亏虚、天癸枯竭，对毒的清除能力差，加之饮食、空气、环境中的毒素蓄积，内生癌毒，诱发前列腺癌。

2 治则治法——扶正，解毒，祛瘀，利湿

贾教授执简驭繁，把握“虚、毒、瘀、湿”这一基本病机，治以“扶正(益肾健脾滋肝)解毒(清热解毒)祛瘀(祛瘀软坚)利湿”为主，病证结合，辨证施治，权衡攻补。临证多用清补之品配伍解毒抗癌之品，如生黄芪、太子参、猫爪草、半枝莲等，不用虎狼攻伐之品；注意顾护胃气：消积药与补益药配伍，以消助补；软坚散结药与清热解毒药并用；注意疏调气机：补益药与理气醒脾药配伍，补而不滞；理气以助祛瘀：祛瘀多选用行气活血之品，基本不用虫类破血动血之品；予邪出路：通利二便。

目前，寻求中医药治疗的前列腺癌患者多属中晚期，经历了手术、内分泌治疗或放、化疗等，此时患者常有阴阳失调、正气亏虚之症，同时又伴有一系列毒副作用和并发症，中医药治疗的主要目的在于减毒增效，改善临床症状；扶正祛邪以稳定病灶；提高生存质量，延长生存期。

3 遣方用药经验

清代医家高锦庭曰：“癌瘤者……及五脏瘀血浊气痰滞而成。”前列腺癌亦属慢性病，病情缠绵，因积致虚，扶正与祛邪应贯穿始终，其巧妙之处就在于随病情变化权衡“邪祛则正安”与“养正积自除”。前列腺乃多血之脏，易瘀易滞，治疗不忘活血化瘀，推陈致新。前列腺位居下焦，易聚湿生热，“癌毒伤正首先耗气”^[1]，人体正气亏虚，气化不利，水液停聚变生痰饮湿浊。另外，贾教授尤为关注二便情况，“二便为五脏六腑之信使”，前列腺癌更应通大便、利小便，即取“围兵必缺”之意，给邪以出路，使体内壅滞之湿浊、邪热、瘀毒由前后二阴分消走泻，邪去

积自消。再者“病家所苦谓之疾”，急则治其标，缓则治其本。

贾教授正是基于对前列腺癌的认识，拟定基本方：黄芪 30 g，川芎、补骨脂、蛇六谷(或白花蛇舌草)、车前草、黄柏、王不留行各 15 g，生大黄 5~20 g，郁金、姜黄各 10 g，等。若尿等待、排尿不畅者加石韦、篇蓄，下焦气化不利者，在此石韦、篇蓄基础上稍加柴胡为引经药，或以柴胡易黄芪。《神农本草经》载：柴胡“主心腹，去肠胃中结气，饮食积聚，寒热邪气，推陈致新。”贾教授认为柴胡疏利少阳有利于下焦气化，且柴胡可推陈致新，故清利下焦湿热时可稍佐柴胡；此外，柴胡疏肝解郁有利于治疗肿瘤患者的情绪抑郁。若排便无力者加枳壳、厚朴、炒莱菔子；大便干结难下者在二药基础上加生地、玄参、麦冬以增液行舟；若大便黏滞解不尽，是体内痰湿偏甚，酌加半夏、浙贝母、苍术等。

随着疾病的发展变化，虚、毒、瘀、湿主次矛盾发生变化，用药亦当随症加减。前列腺增大伴结节者，予莪术、夏枯草、生牡蛎。若病情进展、标志物升高，可酌加具有抗癌活性的中药，如半枝莲、半边莲、预知子、铁包金、石见穿、山慈姑等，以清热解毒、软坚散结。对于接受化疗，出现恶心呕吐者，予竹茹、旋复花、代代花；食欲不振，苔滑齿痕者，予豆蔻、砂仁、檀香以芳香醒脾化湿；食积不化、胃脘饱胀者，予鸡内金、焦三仙(焦山楂、焦神曲、焦麦芽)。接受内分泌治疗，出现疲乏、自汗、盗汗者，予黄芪、防风、浮小麦、糯稻根、五味子。骨蒸劳热或持续低热者，予银柴胡、地骨皮、牡丹皮。瘀象明显者酌加红花、丹参、鸡血藤等。腰痛，属肝肾虚者，予熟地黄、山茱萸、杜仲、桑寄生、川续断。骨转移疼痛者，予全蝎、透骨草、络石藤、骨碎补等。

4 病案举例

例 1：马某，男，68 岁。2002 年 3 月主因“小便不通”就诊于天津某医院确诊为前列腺癌，未发现转移，临床分期 期，于 2002 年 4 月行前列腺左右叶切除术，术后病理示：前列腺癌 Gleason ~ 级；(双侧)睾丸、附睾、输精管组织未见显著变化。术后间断服中药汤剂治疗，2004 年患者复查前列腺 B 超示：残余前列腺内小结节，患者拒绝手术，以中医药配合内分泌治疗。

2004 年 6 月 13 日诊见：易汗出，量多，潮热，

时有潮热心烦,下腹部不适,纳可,夜寐尚安,小便可,大便时干时溏,舌暗红、苔黄,脉沉弦。辨证为湿热壅盛,毒瘀互结。治法以清热解毒,祛瘀利湿为主,佐以益气养血,敛阴止汗。处方:黄芪、防风、赤芍、知母、生地黄、苍术、虎杖、白芍、糯稻根、车前草、白花蛇舌草、预知子、当归、王不留行、莪术各 15 g,郁金、姜黄、川芎、黄柏各 10 g,浮小麦 30 g。

服药 14 剂后,下腹部不适及心烦潮热较前明显减轻,汗出量多较前减轻,仍易汗出,纳可,夜寐尚安,小便可,大便调,舌暗红、苔黄,脉沉弦。予上方去苍术、知母,加生牡蛎 30 g,夏枯草 10 g,玉竹 15 g。

服药 14 剂后,患者汗出症状明显改善,继以上方加减服用巩固疗效。2004 年 12 月 8 日患者病情基本稳定,精神状态良好,无明显不适,复查前列腺 B 超示:前列腺钙化斑。前列腺特异性抗原(PSA) 0.08 ng/mL(正常值 0.00~4.00 ng/mL);游离前列腺特异抗原(FPSA)0.08 ng/mL(正常值 0.00~1.00 ng/mL)。其后患者坚持中药结合间歇内分泌治疗,每隔半年复查 1 次,FP-PSA、PSA 均在正常范围内。

2005 年 12 月 13 日复查前列腺 B 超示:前列腺萎缩,伴微小钙化。PSA 0.08 ng/mL,FP-PSA 0.05 ng/mL。2008 年 11 月 24 日复查 PSA 1.23 ng/mL,FP-PSA 0.66 ng/mL,腹部 B 超示:肝、胆、胰、脾、双肾、前列腺未见明显异常。随访至 2012 年 4 月,生存期 10 年。

按:该患者素体湿热毒邪偏盛,湿浊之邪阻滞气机,热毒伤津耗气,致气滞血瘀夹热化火,虚火内灼,逼津外泄,故潮热、汗出量多。在该病例中“湿、热、瘀、毒”为主要矛盾,虚为次要矛盾。内分泌治疗是目前中晚期前列腺癌的主要治疗方法,但在经过中位时间为 18~30 个月的缓解期后,绝大多数患者会发展为去势抵抗性前列腺癌(CRPC)^[2],宣告内分泌治疗失败;同时其副作用也使部分患者难以忍受而终止治疗。该患者口服中药汤剂配合间断内分泌治疗生存期达 10 年,并将内分泌治疗的副作用降至最低,且病灶一度稳定,生活质量得到改善,这莫不归功于中药的多靶点效应及解毒增效之功。

例 2:王某,男,63 岁,2005 年 12 月无明显诱因出现“低热、腰痛、胸闷、憋气”就诊于天津某

医院,查胸 CT 示:肺转移癌,左侧部分肋骨破坏,双侧胸腔积液。查 ECT 示:肋骨、胸腰椎、骨盆多发骨质代谢改变,考虑骨转移癌可能性大。PSA:92.7 ng/mL,提示前列腺癌。于 2006 年 1 月行前列腺切除术,术后病理示:前列腺腺癌。因体质因素未行化疗,予镭-89 皮下注射治疗,后间断予博宁抗骨转移治疗。

2006 年 2 月 13 日初诊症见:咳嗽,痰色黄、质黏难咯出,腰痛,纳可,夜寐欠安,二便可,舌淡暗、苔白微腻,脉沉弦。辨证为痰热壅肺,治以清肺化痰,降逆止咳。处方:瓜蒌 30 g,鱼腥草、麦冬、生地黄、生薏苡仁、连翘、远志各 15 g,黄芩、赤芍、百部、桔梗、生栀子、枇杷叶、前胡、白前、浙贝母各 10 g,炒莱菔子 20 g。

服药 14 剂后咳嗽、咳痰明显减轻,继以上方加减服用 14 剂以巩固疗效。2006 年 4 月 17 日复诊:咳嗽、咯痰已好转,肺部病情基本稳定,唯腰乏力、腰痛,余未诉明显不适,纳可,夜寐尚安,小便可,大便日一二次,不成形,舌质红、苔薄白,脉沉弦。辨证属脾肾亏虚证,治以益气健脾滋肾,佐以祛瘀、利湿。处方:黄芪 30 g,太子参、熟地黄、女贞子、杜仲、川续断、桑寄生、泽泻、山茱萸、枸杞子、芡实各 15 g,菊花、郁金、姜黄、白术各 10 g,白芍 20 g。14 剂后腰乏力、腰痛明显减轻,以上方加减继续服用。

2007 年 11 月 7 日复诊:腰部酸软、乏力,双膝关节疼痛,余未诉明显不适,纳可,夜寐尚安,小便可,大便不成形,舌质暗红、苔白,脉沉弦细。辨证为肝肾亏虚,瘀血湿浊互结。治以滋养肝肾,强筋壮骨,佐以祛瘀利湿。处方:熟地黄、生薏苡仁、泽泻、山茱萸、菟丝子、白芍、杜仲、川续断、桑寄生、枸杞子、牡丹皮、鸡血藤、补骨脂、骨碎补、猪苓、川芎、牛膝各 15 g,防风、郁金、姜黄各 10 g。服 14 剂后腰酸痛、膝关节疼痛明显减轻,继续以上方加减服用。

2007 年 12 月 5 日复查 PSA 27.7 ng/mL;2008 年 1 月 5 日复查 PSA 25.5 ng/mL;2008 年 3 月因 PSA 升高(113.76 ng/mL)始服康士得联合中药汤剂治疗。2008 年 4 月 9 日复查 PSA 4.9 ng/mL;2008 年 7 月 23 日腰酸乏好转,未诉明显不适,复查 PSA 4.7 ng/mL。患者一直坚持服中药汤剂,病情一度稳

定,随访至 2010 年 2 月。

按:该患者为前列腺癌晚期多发骨转移、肺转移,2006 年 2 月初诊时病情较重,据某医院预测患者生存期为半年左右,服贾教授汤药 2 月后肺部症状已基本稳定,唯腰痛症状明显。在中药汤剂联合博宁、康士得综合治疗的情况下该患者生活质量改善,生存期达 4 年余。该患者脾肾肝亏虚,瘀血湿毒互结,证属虚实夹杂,以虚为本,为晚期前列腺癌的典型证型之一。首诊时以肺部痰热为主要矛盾,“急则治其标”,先着力祛除肺部痰热,使气道得通,邪去正自安;肺为贮痰之器,脾为生痰之源,所以第二步以益气健脾、滋养肝肾为主;之后着重滋养肝肾、强筋壮骨,兼顾祛邪(瘀、湿)。前列腺癌与肝、脾、肾、膀胱关系密切;该患者的主症“腰膝酸痛、乏

力,大便不成形,舌质暗红、苔白,脉沉弦细”正体现了这一点,治疗前列腺癌尤其要注重肝脾肾三脏的调补,不宜一味攻邪。从整体上看,该病例正虚不胜邪为主要矛盾,治法以扶正(益气健脾,滋养肝肾)为主,佐以解毒利湿,祛瘀散结。

[参考文献]

- [1] 余灵,唐晓玲,熊林楷,等.熊墨年论肿瘤的中医辨证与治疗[J].中医杂志,2012,53(8):642-644,657.
- [2] 那彦群,叶章群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册(2011 版)[M].北京:人民卫生出版社,2011:63-64.

(责任编辑:刘淑婷)

王久源教授男科阴汗证治采菁

黄晓朋¹,张培海²,付崇³

1. 成都中医药大学 2012 级博士研究生,四川 成都 610075
2. 成都中医药大学附属医院泌尿外科,四川 成都 610075
3. 广西壮族自治区江滨医院,广西 南宁 530021

[摘要] 介绍王久源教授治疗男科阴汗的经验,王教授认为阴汗临证要点有三:病隐秘,要发现;病汗液,要重心;病多因,要辨证。

[关键词] 阴汗;男科;辨证论治;养心固汗;王久源

[中图分类号] R255.9 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0023-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.010

王久源教授系成都中医药大学教授,硕士研究生导师,曾任中国中医药学会男科分会副主任委员,四川中医男科学会主任委员,长期从事男科教学、临床及科研工作,具有丰富的男科疾病治疗经验。余有幸侍诊,现将王教授口述阴汗临证要点整理为三要,与

同道相参。

阴汗,是指外生殖器及周围(包括大腿内侧近腹阴处)经常汗多,且汗味多臊臭的病症。凡是男子阴部多汗,汗出臊臭,伴或不伴阴囊湿冷、勃起功能障碍、小便清长、腰膝酸软、畏寒肢冷,以及肋肋胀

[收稿日期] 2013-10-10

[作者简介] 黄晓朋(1982-),男,博士研究生,主治医师,研究方向:泌尿及生殖系统疾病的基础与临床研究。