吴勉华基于“瘀热”理论治疗放射性食管炎经验采撷

李晓岚¹ 吴艳² 秦媛媛¹ 刘希璞¹

(1.南京中医药大学第一临床医学院,江苏南京210023;2.南京中医药大学附属医院,江苏南京210029)

指导:吴勉华

摘要 放射性食管炎是颈胸部恶性肿瘤放疗期间发生的常见不良反应。在“瘀热”理论的指导下,吴勉华教授提出该病核心病机为瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤,倡导以凉血化瘀、和胃护络、益气养阴为主要治疗大法,并自拟“益和启膈饮”化裁治疗本病,疗效显著。附验案1则以佐证。

关键词 放射性食管炎;放疗;瘀热;凉血化瘀;吴勉华;名医经验

放射性食管炎(radiation esophagitis, RE)是在颈胸部肿瘤如食管癌、肺癌、乳腺癌等放疗期间发生的一种非特异性炎症。临床以进食梗阻感、反酸、胸骨后烧灼感为主要表现,疾病后期甚至可能出现食管穿孔、大出血和瘘管等急危重症甚至威胁生命^[1]。RE多发生于放疗后的1周至数周,当放疗剂量达18.0~21.0 Gy时,即出现食管损伤,且放射剂量越大,损伤程度越重。因此RE限制了肿瘤放疗剂量,甚至导致治疗中断,大大影响了患者的生存质量及疾病预后^[2]。西医治疗RE主要是抗炎、止痛及对症处理,虽然可以缓解症状并降低其发生率,但远期效果一般,且不良反应显著^[3]。

吴勉华教授系全国名中医,全国第六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,首届“岐黄学者”,师从国医大师周仲瑛教授,专于中医内科教学、临床、科研工作40余载。吴师擅长应用中医药治疗肿瘤、肿瘤放化疗副反应、癌前病变等,在防治放射性损伤方面,以“瘀热”理论为基础,以凉血化瘀、和胃护络、益气养阴为基本大法,取得了较好的临床疗效。笔者有幸跟诊学习,现将吴师基于“瘀热”理论治疗RE的思路及临床经验总结如下,以飨同道。

1 “瘀热”之理论基础

“瘀热”理论是由周仲瑛教授首先提出并完善的病机学说。“瘀”包括两种概念:其一指血瘀,即血液的运行迟缓、流动不畅或局部的不通,是一种病理生理状态;其二指瘀血,是一种病理产物。血瘀与瘀血二者可以互为因果。RE患者体内素有瘀邪,加之火热之邪侵袭脉管,煎熬阴液,津血同源,致使脉管内血液黏稠,流动减慢,血瘀日久,形成瘀血,或火热迫血妄行,损伤血络,致使血溢脉外,形成瘀血。“火热”则分

为病因、病机两个范畴^[4]:其一,放射线属火热之邪,“火热”作为外感病邪,直接损伤人体,属于病因范畴。其二,放射线外袭机体,进而在体内“生热化火”,属于病机范畴。或情志过极,气机郁结,“气郁化火”;或久病产生瘀血、痰湿等病理产物,停滞蕴结体内,日久“邪郁化火”;或素体阴虚,不能制约阳热,燥热升动,化气太过,致使“阴虚生热”;或素体阳盛,热蒸于上,气失平衡,火失潜藏,“阳盛生热”^[5]。周仲瑛教授认为,“瘀热”指血瘀及血热两种病机共存,且二者为因果关系,共同参与疾病的发展^[6]。在RE的病程中,或由热致瘀,或因瘀生热,或瘀热并存,最终导致瘀热相互搏结,发而为患。吴师在这一理论上归纳出RE的病因病机,即瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤。

2 RE之病因病机

中医典籍中并无放射性食管炎这一病名的记载,但根据其吞咽受阻、胸膈疼痛、烧灼感等临床表现可将其归为“噎膈”“反胃”等病证范畴。朱丹溪《脉因证治》^[7]云:“大概因血液俱耗,胃脘亦槁。在上近咽之下,水饮可行,食物难入,间或可食,入亦不多,名之曰噎。其槁在下,与胃为近,食虽可入,难尽入胃,良久复出,名之曰膈,亦名翻胃,大便秘少如羊矢。名虽不同,病本一也。”放射线作为RE的直接病因,具有灼伤性、耗气性、伤阴性等致病特点,据此吴师将本病的病因归纳为火(热)毒之邪^[4]。火热毒邪,侵害人体,灼伤食管黏膜,损伤管络,内伤脾胃,致气血无以生化。周学海^[8]云:“夫血犹舟也,津液水也”,“津液为火灼竭,则血行愈滞”。火性耗气伤津,损耗正气,煎熬阴液,津液不足,损伤血络,致血不归经,溢于脉外,形成瘀血,致瘀热胶结。因此RE的基本病机可概括为瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤,临

床多表现为瘀热伤阴的症状：吞咽梗涩而痛，甚或呕吐物如豆汁，或胸膈疼痛固定不移，胃脘灼热，口咽干燥，烘热烦躁，形体消瘦，皮肤干燥，或肌肤甲错，大便干结如羊粪，或便血，小便短黄，舌质紫暗有瘀斑或暗红少苔，脉细涩或细数。

3 RE之治则治法

吴师针对RE的基本病机提出了凉血化瘀、和胃护络、益气养阴的治疗大法。

3.1 瘀热为抵，虚实轻重，动态辨治 颈胸部肿瘤患者素有瘀邪为患，加之火热毒邪外袭，二者相互搏结，合而生“瘀热”，瘀热稽留人体，久踞不散，故治疗上应以凉血化瘀贯穿全程。然RE患者，实乃本虚标实之证，即以正虚为本，瘀热火毒为标。因此，在治疗过程中，应在瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤的基本病机基础上把握好虚实轻重关系，动态辨治，灵活用药。

疾病之初，火毒之邪侵袭机体，常有吞咽梗阻感、胸骨后灼痛等标实之症。辨证以瘀热蕴结为主要病机，兼有气阴两伤的表现，治以凉血化瘀为主，辅以健脾益气养阴。吴师常取犀角地黄汤中的生地、牡丹皮、赤芍为主要组成药物，配合清热解毒、凉血止血之品，如石打穿、重楼、地榆、仙鹤草等；再加白术、陈皮、法半夏等行健脾理气化痰之功，同时辅以甘寒滋润、质地轻柔之品，如麦冬、石斛、天花粉、北沙参等。若瘀滞较甚，则加用蜈蚣、土鳖虫、水蛭等虫类药破瘀消癥。随着病程推进，放射线不断在体内累积，瘀热愈盛，气阴耗伤更甚，逐渐演变为虚实并重的病证，治当以标本兼顾，凉血不忘滋阴，益气更当清热。疾病后期，放疗结束，放射线停止累积，邪气虚而正气亦虚，以气阴耗伤为主要病机，常以神疲乏力、胸部隐痛、声音嘶哑、气短、口干、咽喉干涩、皮肤焦燥为主要临床表现。治疗当以养阴生津、健脾益气为主，兼以凉血散瘀，以沙参麦冬汤或四君子汤为主方，配合清热凉血、散瘀解毒之品。

3.2 尤重脾胃，运化气血，祛瘀泻热 《黄帝内经·素问》^[9]云：“脾为之使，胃为之市。”一指五脏佐使，脾胃纳运水谷，生化气血，滋养五脏；二指转枢，脾胃为气机升降之枢纽，人体通过脾胃的升散通降功能调节全身气机，布散水谷精微，排除体内代谢废物。RE病机可简单归纳为瘀热蕴结、气阴两伤，总属虚实两端，若脾不能升清，胃不能降浊，则水谷精微不能上下濡养，气血生化乏源，则正气愈加亏损，气阴愈加耗伤；脾胃升降功能失常，气机不畅，瘀热毒邪等病理产物无法排出，则邪气愈发旺盛，瘀热愈发深重。由此可见，RE患者病位虽在食管，但亦与脾胃联系紧密。临证用药所选凉血化瘀、清热解毒之品大多因药性过于寒凉，而易损伤脾胃；临床治疗RE所用破瘀法常选

用药力峻猛之虫类药，如土鳖虫、水蛭、蜈蚣等，亦易败坏脾胃。由此，临证治疗时应适当配伍如陈皮、炒白术、茯苓等健运脾胃之品，脾胃得治，正气乃复。

4 RE之遣方用药

吴师基于RE瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤之基本病机，自拟基本方——益和启膈饮，该方主要由炙黄芪、麸炒白术、生地榆、赤芍、北沙参、法半夏、石打穿七味药组成。方中以炙黄芪、麸炒白术为君，黄芪炙用，突出其益气补中、生津养血的功效，麸炒白术甘温，归脾、胃经，长于健脾益气。现代研究表明，二者均具有抗炎、提高免疫力、抗肿瘤等药理作用^[10-11]，且炙黄芪在抗疲劳方面具有显著疗效。生地榆、赤芍为臣，《温热论》曰：“热入血就恐耗血动血，直须凉血散血”^[12]，故用赤芍、生地榆以清热凉血、活血化瘀。佐以北沙参滋阴生津，使热清血凉而无耗血动血之弊。石打穿为吴师常用抗肿瘤药物，有清热解毒、活血止痛之效，常用于治疗食管癌、胃癌、肝癌等恶性肿瘤，尤宜用于治疗“噎膈”“反胃”等症。蒋仪在《药镜·拾遗赋》^[13]中言石打穿有“滚咽膈之痰，平翻胃之嘔”之用，且“十投九效，不啻如饥荒之粟，隆冬之裘也”。法半夏为使，可理气化痰、消痞散结、调和脾胃气机。全方共奏凉血化瘀、和胃护络、益气养阴之功。

5 验案举隅

钱某，男，60岁。2021年11月17日初诊。

主诉：确诊食管恶性肿瘤2月余。患者2021年9月起无明显诱因自觉进食梗阻感明显，进行性加重，无前胸后背疼痛，无饮水呛咳，无声音嘶哑，遂于江苏省中医院消化内镜中心就诊。于2021年9月28日查胃镜示：食管距门齿约20 cm处见一菜花样新生物，表面污秽，伴自发性出血，活检质脆易出血；病理回示：食管低分化鳞癌。2021年11月1日患者于江苏省中医院放疗科行2个周期同步放化疗，放疗计划为：临床靶区（CTV）为食管及食管病变上下3 cm及双侧锁骨上中纵隔淋巴引流区。处方剂量为：计划靶区（PTV）59.4 Gy/33f，1.8 Gy/f，1 f/d，5 f/周。放疗过程中同步化疗，具体方案为“紫杉醇120 mg d1、d6，卡铂400 mg d2”。患者于放疗12次后出现胸骨后灼热疼痛，进食梗阻感加重，遂至吴师处求诊。刻下：神疲乏力，胸骨后灼热疼痛，痛处固定，食纳欠佳，流质饮食，中度进食梗阻感，口干，夜寐欠佳，难以入睡，大便调，小便黄。舌质暗红、苔薄白，脉小弦。西医诊断：RE；中医诊断：噎膈（瘀热蕴结，气阴两伤）。治以凉血化瘀、和胃护络、益气养阴。予益和启膈饮化裁。处方：

炙黄芪15 g，麸炒白术12 g，生地榆12 g，赤芍12 g，生地黄12 g，牡丹皮12 g，北沙参12 g，麦冬12 g，法半夏12 g，石打穿12 g，陈皮6 g，炙甘草3 g。

14剂。水煎,每日1剂,分2次服。

2021年12月1日二诊:患者已放疗22次。刻下:乏力较前无明显改善,胸骨后灼热疼痛减轻,声音嘶哑,食纳仍差,流质饮食,进食梗阻感较前减轻,口干较前缓解,夜寐一般,大便调,小便偏黄。舌质暗红、苔少、中有裂纹,脉小弦。予初诊方加太子参15g、茯苓12g、天花粉12g、仙鹤草12g,14剂。

2021年12月15日三诊:患者已放疗32次。刻下:乏力较前明显改善,胸骨后隐痛,食纳明显好转,半流质饮食,轻度进食梗阻感,声音嘶哑已愈,轻微口干,夜寐安,二便调。舌质暗、苔薄白,脉小弦。予二诊方去牡丹皮,14剂。

2021年12月29日四诊:患者于2021年12月15日结束放疗,2021年12月20日行食管癌根治术,术后暂无辅助放化疗计划。刻下:患者诉乏力不显,胸骨后轻微疼痛感,食纳可,进食梗阻感不显,声音嘶哑已愈,轻微口干,夜寐尚可,二便调。舌质暗、苔薄,脉小弦。予四君子汤及沙参麦冬汤化裁。处方:炙黄芪15g,太子参15g,麸炒白术12g,茯苓12g,北沙参12g,麦冬12g,白花蛇舌草15g,半枝莲15g,法半夏12g,石打穿12g,生地榆12g,赤芍12g,陈皮6g,炙甘草3g。14剂。

患者此后以四诊方随证加减,续服3个月后复诊,诸症皆愈。

按语:本案系食管癌新辅助放疗后出现RE的患者,食管癌患者病久有瘀,又因受放射线照射致使火热毒邪侵袭机体,瘀热搏结,形成该病的基本病机。患者初次就诊时,症状以胸骨后灼热疼痛、进食梗阻感等瘀热实证为主,兼有神疲乏力、口干等气阴两伤之虚证,属虚实夹杂,治当以凉血化瘀为主,兼以益气养阴,选用益和启膈饮化裁。方中生地黄、牡丹皮、赤芍清热凉血、活血化瘀;患者之进食梗阻感即咽喉不利,为瘀热互结所致,以法半夏降逆化痰下气,配麦冬滋阴清热为麦门冬汤,《金匱要略》^[14]云:“火逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之”;麦冬与北沙参配伍,甘寒生津,滋阴润燥;炙黄芪、麸炒白术益气健脾;生地榆凉血解毒止血;石打穿清热解毒、活血止痛;陈皮理气健脾、燥湿化痰;炙甘草调和诸药,兼以益气健脾。二诊时,随着外来放射线剂量不断累积,火毒灼热,耗气伤阴更甚,此时虚实并重,治当凉血化瘀及益气养阴并举。在初诊方的基础上加用太子参健脾益气、天花粉养阴生津;患者纳食仍差,加茯苓健运脾胃,仙鹤草补虚解毒。三诊时,患者诸症皆明显好转,瘀热实证不显,去苦寒伤胃之牡丹皮,余方继服,巩固疗效。四诊时,患者放疗已结束,且已行手术治疗,在改善局部食管炎症状同时,亦需将目光

转向其原有癌肿,当以益气养阴为主,兼以凉血化瘀、抗癌解毒。以四君子汤及沙参麦冬汤为基础,健脾益气、养阴生津;再配以生地榆、赤芍凉血化瘀;白花蛇舌草、半枝莲清热解毒;法半夏行气化痰;陈皮理气健脾;炙甘草调和诸药。续服3个月,诸症皆愈。

6 结语

临床上RE不同时期的临床特征以及虚实轻重皆不同,证候兼夹变化不定,应把握其根本病机瘀热蕴结、管络损伤、气阴两伤,以凉血化瘀、和胃护络、益气养阴为基本治法,将凉血化瘀贯穿疾病治疗全程,动态辨治、分期论治,同时注意顾护脾胃。吴师临证以自拟方“益和启膈饮”为基本方随证加减,治疗RE常取佳效。

参考文献

- [1] 文艳萍, 姜彦妮, 罗静瑶, 等. 中医药治疗放射性食管炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30(8): 1487.
- [2] BAKER S, FAIRCHILD A. Radiation-induced esophagitis in lung cancer[J]. Lung Cancer (Auckl), 2016, 7: 119.
- [3] 谢友琴, 王高仁. 放射性食管炎及其治疗相关研究进展[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(11): 1406.
- [4] 吴勉华, 吴艳, 李文婷. 基于瘀热理论探讨放射性损伤的病因病机及防治原则[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(3): 300.
- [5] 唐蜀华, 蒋卫民. “瘀热”病机理论的形成及临床意义——周仲瑛国医大师“瘀热”相关学术经验发微之一[J]. 江苏中医药, 2014, 46(4): 1.
- [6] 唐蜀华, 刘春玲. 中医“瘀热”病机理论证治·内伤杂病篇——周仲瑛国医大师“瘀热”相关学术经验发微之三[J]. 江苏中医药, 2014, 46(8): 1.
- [7] 朱丹溪. 脉因证治[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2008: 4.
- [8] 周学海. 著. 读医随笔[M]. 杨洪霞, 点校. 北京: 人民军医出版社, 2010: 7.
- [9] 柏永杰, 龚树全, 主编. 黄帝内经[M]. 北京: 线装书局, 2009: 3.
- [10] 刘颖, 张金莲, 邓亚玲, 等. 黄芪多糖提取、分离纯化及其药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(10): 6035.
- [11] 杨颖, 魏梦昕, 伍耀业, 等. 白术多糖提取分离、化学组成和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(2): 578.
- [12] 叶天士. 叶天士医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 8.
- [13] 蒋仪. 撰. 药镜[M]. 王振国, 丁兆平, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 3.
- [14] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 27.

第一作者: 李晓岚(1997—), 女, 硕士研究生在读, 肿瘤内科学专业。

通讯作者: 吴勉华, 医学博士, 主任中医师, 博士研究生导师. Wmh7001@163.com

收稿日期: 2022-03-30

编辑: 傅如海