

## 郑玉玲教授诊治食管癌学术思想探析\*

周世繁<sup>1,2</sup> 张克克<sup>1</sup> 郭志忠<sup>1</sup> 周超锋<sup>1</sup> 郑玉玲<sup>2\*</sup>

(1.河南省中医院肿瘤三区,河南 郑州 450002;2.河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450046)

**摘要:**阐释郑玉玲教授食管癌“双病位”学术思想。郑玉玲教授继承先贤论述,结合自身临床实践,提出了食管癌“双病位”理论,认为在食管癌发展的不同阶段,其直接病位虽均在食管,但间接病位有所不同。该理论是整体观念在食管癌辨证中的具体体现,纠正了以往气血津液辨证的不足,将脏腑辨证融入食管癌证治,进一步规范了食管癌的辨证分型。此文论述了郑玉玲教授辨证重在调脏腑,论治注重气血痰,整体与局部相结合等诊疗理念,学术特点鲜明,便于临床推广。

**关键词:**郑玉玲;噎膈;食管癌;双病位;辨证论治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2023.17.027

文章编号:1672-2779(2023)-17-0075-03

### Academic Thoughts of Professor Zheng Yuling in the Diagnosis and Treatment of Esophageal Cancer

ZHOU Shifan<sup>1,2</sup>, ZHANG Keke<sup>1</sup>, GUO Zhizhong<sup>1</sup>, ZHOU Chaofeng<sup>1</sup>, ZHENG Yuling<sup>2\*</sup>

(1. Tumor Area 3, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

2. The Second Clinical College, Henan University of Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

**Abstract:** The academic thought of Professor Zheng Yuling on “double site” of esophageal cancer was clarified. Inheriting the discourse of our predecessors and combining it with her own clinical practice, Professor Zheng Yuling put forward the theory of “double site” of esophageal cancer, held that although the direct site of esophageal cancer was in the esophagus at different stages of development, while the indirect site was different. This theory is the concrete embodiment of the whole concept in the syndrome differentiation of esophageal cancer, which breaks through the previous disadvantages of qi, blood and body fluid differentiation, integrates the syndrome differentiation of viscera into the treatment of esophageal cancer, and further standardizes the syndrome differentiation of esophageal cancer. Syndrome differentiation and treatment focus on the regulation of the viscera, the treatment of qi, blood and phlegm, and integration of the whole with the part, which has distinct academic characteristics and is convenient for clinical promotion.

**Keywords:** Zheng Yuling; dysphagia; esophageal cancer; double site; treatment based on syndrome differentiation

郑玉玲教授是著名的中西医结合肿瘤防治专家,从事中西医结合防治恶性肿瘤工作40余年。河南是食管癌的高发地区,特别是林县、辉县等地。由于该病发病比较隐匿,有症状的患者多伴有淋巴结或远处转移,已经失去手术根治机会。内科治疗常是中晚期食管癌患者的首选。郑玉玲教授在多年诊治食管癌的实践中积累了宝贵的经验,逐步形成了独特的学术思想,理验俱丰。笔者有幸随师侍诊,受益匪浅,兹将郑玉玲教授治疗食管癌的学术特色及临床经验总结如下。

### 1 承古纳今著新说

与多数肿瘤相关资料散见于浩如烟海的中医古籍不同,“噎膈”自唐宋后并称,至明清时期逐渐形成了独立的疾病论治体系,多数医家在著作中专门开辟噎膈门,对其进行论述。其文献资料之丰富、学术思想之活跃、观点争论之激烈,远非其他瘤种可比。噎膈以症状

命名,包括贲门痉挛、食管炎、食管狭窄、食管癌等,病种范围比较广。而食管癌是借助现代医学技术,依据病位、病理命名的一种疾病,吞咽不利或困难只是该病类似于噎膈的主要临床表现,该病不同时期有不同的表现,而不仅局限于噎、膈、反胃、呕吐等症状。二者虽分属不同的疾病分类体系,但在某种程度上相互交叉。文献研究对发掘食管癌证治具有一定的借鉴、启发意义。

中医古籍对食管的论述甚少,《黄帝内经》及《难经》只是对食管的形态学进行了初步描述,如《灵枢·肠胃》曰:“咽门重十两,广一寸半,至胃,长一尺六寸”;《难经·四十二难》曰:“咽门重十二两,广二寸半,至胃长一尺六寸”。关于食管的生理功能与特点,《医林改错》说:“喉之后名曰咽,咽者,嚥也,嚥饮食入胃,即胃管上口是也”;《医贯》说:“咽系柔空,下接胃本,为饮食之路”;《医学指要》说:“胃管柔空,府之系也”,明确指出了食管中空有腔,与胃相连,为“胃之系”,属胃所主,是饮食通道,功能受胃腑调节。

中医研究食管癌既要借助古人关于噎膈的理论成

\* 基金项目:河南省中医药管理局国家中医临床研究基地科研专项[No. 2019JDZX001,2019JDZX028,2019JDZX036]

※通信作者:zhengyl@hactcm.edu.cn

果,更要结合现代中医临床实践不断深化认识。郑伟达教授根据多年临证经验,将食管癌分为气痰互阻型、脾虚痰滞型、气血不足型<sup>[1]</sup>。刘嘉湘教授根据食管癌病机演变规律将其分为痰气互结、气滞血瘀、脾虚痰湿、津亏热结4种证型<sup>[2]</sup>。张代钊教授从食管癌病机辨证得出“痰、气、瘀、热”为其4种病因,认为气虚既可导致气滞血瘀,也可导致气化失常、津停痰阻,痰瘀互结,阴津耗伤,形成阴虚血虚、气血两亏之证<sup>[3]</sup>。孙桂芝教授认为本病初期多表现为痰气交阻,肝气不舒、升降失司之证;中期则为痰湿、痰热内盛,阻滞食管;后期多为邪实正虚,表现为痰瘀互结、脾肾两虚之证,故孙教授常谓“治膈之法,当益脾肾”<sup>[4]</sup>。徐荷芬教授认为正气虚弱是食管癌发生的根本原因,痰凝、血瘀等邪气侵袭只是促使其发生的外部条件<sup>[5]</sup>。张爱萍主任认为食管癌总属本虚标实,痰阻、气郁、血瘀属标,精亏血燥、阴损及阳为本<sup>[6]</sup>。林丽珠教授认为食管癌病位在食道,与肝脾肾紧密相关,病性本虚标实,虚多属阳虚、阴虚、气血不足等,实则气阻、气滞、气逆、瘀阻、饮停、闭结不通等,二者互为因果。治疗应标本兼顾:行气降逆祛痰瘀,和胃健脾养气血<sup>[7]</sup>。司银套等<sup>[8]</sup>通过整理、分析食管癌中医辨证相关文献,发现在食管癌辨证中,实证以气滞血瘀所占比例最重,虚证以气血两虚多见;证型因素统计分析:痰浊、气滞、血瘀、气虚分别位居前4位,出现频次高。司富春等<sup>[9]</sup>分析、总结食管癌证型和方药特点,对所选文献进行统计归类,发现食管癌证型13个,其中以痰气交阻、痰瘀互结、气滞血瘀、脾虚气滞、气虚阳微最为常见。

综上所述,可知食管癌发展的过程中虚实属性不断变化,邪气种类及所涉及的脏腑各异。郑玉玲教授融合古今理论,结合自身临床实践,提出食管癌“双病位”的理论学说,认为食管是传导食物的通道,癌变后以吞咽食物梗噎不利,甚至不能进食为主症,一者导致纳运失司,气血乏源,脾胃后天失养,终致血虚津枯,久病及肾;二者纳运失司,升降失常,肝失疏泄,气滞、血瘀、痰浊内生,因虚致实,相互兼夹,变证丛生。其直接病位在食管,病机关键在中焦脾胃,与肝、肾密切相关。但在食管癌发展的不同阶段,其直接病位虽均在食管,但间接病位有所不同。该理论是整体观念在食管癌辨证中的具体体现,克服了以往气血津液辨证的弊端,将脏腑辨证融入食管癌证治,进一步规范了食管癌的辨证分型。

## 2 辨证重在脏与腑

中医内科教材将噎膈分为痰气交阻、瘀血内结、津

亏热结、气虚阳微四型<sup>[10]</sup>,这对食管癌的辨证具有一定的借鉴意义。但二者同中有异,同者在于均有气、痰、瘀等邪气胶结阻隔食管导致食管狭窄、胃失通降,出现吞咽不利等症状。异者在于食管癌是食管病变超出机体自身调节范围,由量变到质变所形成的恶性病变。早期以气、痰、瘀等邪气胶结食管为患,病情可迅速发展,虚实兼夹,变证丛生。郑玉玲教授结合临证经验将噎膈分型与食管癌“双病位”的理论学说相结合,认为气滞、血瘀、痰浊等邪气并非产生食管癌的必要条件,也非食管癌形成的直接原因,只是为食管癌的发生、发展提供了适宜的环境。脏腑功能失调是食管癌发生、发展的关键,因此在食管癌的治疗中,坚持脏腑辨证。如在食管癌早期,临床多表现为食物吞咽不顺,有轻度或中度梗噎感,受情绪波动影响明显,有暖气频频等肝胃不和见症。以痰、气等邪实为主,其直接病位在食管,间接病位在肝、胃,治以疏肝理气、化痰降逆。中期,临床表现为吞咽困难,食入即吐,纳少,乏力,有梗噎感、胸骨后疼痛、舌苔腻、脉沉无力等脾虚见症。此时病性由实致虚,病情发展,由气入血,痰瘀互结为患,直接病位在食管,间接病位在肝、脾、胃,邪实正虚,治以健脾疏肝、化痰活瘀。晚期,表现除进食梗噎难下外,多见大骨枯槁,大肉陷下,泛吐清涎泡沫,舌质淡胖、少苔,脉沉细或细弱,久病及肾。此时直接病位在食管,涉及脏腑为肝、胃、脾、肾,正虚邪盛,治当扶正固本、消痰逐瘀。总之,食管癌的辨证治疗重在调整脏腑虚实,恢复脏腑气化功能。

## 3 论治在于气痰瘀

食管癌属于恶性病变,气、痰、瘀等邪气胶结阻隔食管,导致吞咽不利等症状,影响进食,造成后天失养;脾胃运化失司,又可加重气、痰、瘀等邪气生成,从而形成恶性循环。郑玉玲教授认为廓清蕴结于食管的气、痰、瘀等邪气,疏通梗阻,缓解吞咽不利,使患者能够进食是治疗的关键。但癌肿所致的痰浊、瘀血,与他病杂病所致者大有不同,为区别对待称其为顽痰、瘤血。所谓顽痰、瘤血者,其在经络脏腑之间,被气火煎熬,与气化隔绝,非寻常化痰、活瘀药物所能祛除,郑玉玲教授在临证中常于辨证基础上选用虫类药物化痰散瘀,认为虫类药物入气行滞、入血散瘀、入络攻通散结,是祛除顽痰、瘤血的要药。现代药理研究<sup>[11]</sup>亦证实,此类药物多有抗肿瘤作用。但虫类药物种类繁多,功效各异,如虻虫、土鳖虫、水蛭等偏于活血祛瘀;壁虎、僵蚕、蜈蚣、全蝎等偏于化痰散结,此类药物多有一定毒性,当合理辨证选用。膏丹丸散,各有所益,杂

合以治可提高效果。郑玉玲教授认为要想较快缓解患者的进食梗噎，必须发挥中药的剂型优势，整体治疗与局部治疗相结合。即在整体调理的基础上，配合丸、散剂含化，使药力直接作用于局部。局部治疗以化痰祛腐、活瘀生肌为法，临床常用蓝天丸、玉枢丹等。此类药物药专力强，合理使用可较快改善梗噎症状，但不可过量，否则导致穿孔、出血的风险较高。

郑玉玲教授继承先贤论述，结合自身临床实践，不断创新研究，提出了食管癌“双病位”理论和辨证重在调脏腑、论治注重气痰瘀、整体与局部相结合等诊疗理念。食管癌“双病位”理论体现中医整体观念的精髓，运用脏腑辨证的方法，规范了食管癌证候分型，提高了选方用药的精准度，学术特点鲜明，便于临床推广。通过对其学术思想的总结、探讨，有助于我们更新食管癌中医诊治原则和理念，更好地把新理论与临床实践结合起来，不断开创食管癌辨治新局面。

#### 4 验案举隅

孙某某，男，70岁，2018年4月10日首诊。2018年3月，患者因吞咽不适就诊于当地人民医院，胃镜考虑食管癌，后至省肿瘤医院，确诊：（食管）低分化鳞癌。因年老体弱，患者及家属拒绝手术及放化疗，慕名至郑玉玲教授门诊中药治疗。首诊症见：进食吞咽不畅，伴胸骨后及胃脘部刺痛不适，纳眠可，二便正常，舌淡红偏暗、苔白，脉沉弦滑。证属痰浊内阻，兼有气滞血瘀，治以化痰活瘀。药用：姜半夏12g，陈皮12g，茯苓30g，枳实12g，威灵仙15g，胆南星12g，桃仁12g，郁金15g，红花12g，莪术15g，冬凌草12g，急性子12g，炙甘草3g。14剂，每日1剂，水煎取汁400mL，早晚温服，每次200mL。

5月14日二诊，诉进食较前顺畅，胸骨后及胃脘疼痛减轻，咽部不适，纳眠可，大便调，舌淡黯、苔白，脉弦滑偏沉。该病本虚标实，上方加四君子汤益气健脾，治病求本。药用：姜半夏12g，陈皮12g，茯苓30g，枳实12g，郁金15g，山豆根6g，冬凌草12g，麸炒白术30g，当归30g，莪术15g，党参30g，桃仁12g，威灵仙15g，炙甘草6g，红花12g，急性子12g，胆南星12g。28剂，每日1剂，水煎取400mL，早晚温服，每次200mL。

7月9日三诊，服上方效可，进食顺畅，偶有进食异物感，胸骨后及胃脘部疼痛消失，大便干，小便黄，舌淡红、苔薄白，脉沉。效不更方，加莱菔子通腑利气。药用：姜半夏12g，陈皮12g，茯苓30g，胆南星12g，枳实12g，急性子12g，当归30g，冬凌草12g，郁金

15g，山豆根6g，威灵仙15g，熟地黄30g，炙甘草6g，桃仁12g，党参30g，莪术15g，炒莱菔子12g，麸炒白术30g，红花12g。30剂，每日1剂，水煎取400mL，早晚温服，每次200mL。

**按语：**该患者舌淡黯、苔白，脉弦滑，舌脉合参，辨其体内痰浊壅盛，痰阻气机，血运不畅，瘀血结于食管，故胸骨后及胃脘部刺痛不适。该患者以痰浊内阻为主，兼有气滞血瘀之证。郑玉玲教授以廓清其蕴结体内的气、痰、瘀等邪气，疏通梗阻，缓解吞咽不利作为治疗的第一步。故该患者首诊以涤痰汤为底方，佐桃仁、郁金、红花、莪术活血理气，威灵仙、冬凌草、急性子、山豆根等均为郑玉玲教授常用来治疗吞咽梗噎之专药。多管齐下，力专效宏，故患者诉吞咽不畅与胸骨后及胃脘部刺痛不适症状好转。

郑玉玲教授认为，脏腑功能失调是食管癌发生、发展的关键。该患者虽以局部症状为主要临床表现，但辨治仍当从整体着眼。该患者直接病位在食管，间接病位在肝、脾，治病必求于本。该病总属本虚标实、痰瘀互结，首诊虽以化痰活瘀取效，若想疗效持久，健脾养血柔肝当为正治。因此，二诊、三诊在化痰活瘀基础上加四君子汤、当归、熟地黄以养正祛邪，标本兼顾，故而疗效显著。

#### 参考文献

- [1] 郑东京,周子娟,陈阳阳,等.名老中医郑伟达治疗食管癌经验探析[J].中医临床研究,2015,7(33):1-3.
- [2] 周蕾,李和根,刘嘉湘.刘嘉湘辨证治疗食管癌经验[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(9):805-807.
- [3] 崔慧娟,张培宇.张代钊治疗食管癌经验[J].中医杂志,2011,52(10):821-823.
- [4] 王靖思,赵杰,朱昱翎,等.孙桂芝诊治食管癌经验探讨[J].北京中医药,2014,33(1):20-21.
- [5] 何世仪,钱峻,霍介格.徐荷芬教授治疗食管癌的临床经验[J].时珍国医国药,2017,28(10):2534-2536.
- [6] 张权,张爱萍.张爱萍治疗食管癌经验摘要[J].中国民间疗法,2018,26(8):17-18.
- [7] 张少聪,肖志伟,林丽珠.林丽珠教授治疗食管癌经验举隅[J].中医肿瘤学杂志,2019(1):67-69.
- [8] 司银套,黄志良.食管癌中医证型分析[J].江苏中医药,2008,40(8):65-67.
- [9] 司富春,刘紫阳.食管癌中医证型和用药规律分析[J].中医学报,2012,27(6):655-657.
- [10] 张伯礼,吴勉华,(澳)林子强.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2019:178-179.
- [11] 潘宏宇,陈培丰.虫类药抗肿瘤作用研究现状[J].浙江中西医结合杂志,2017,27(4):352-356.

(本文责编:刘言言 本文校对:常学辉 收稿日期:2022-04-12)