

引用:陈佳恩,霍介格. 霍介格基于“肺络-玄府”理论治疗肺癌术后慢性疼痛经验[J]. 湖南中医杂志,2022,38(11):54-57.

霍介格基于“肺络-玄府”理论 治疗肺癌术后慢性疼痛经验

陈佳恩¹,霍介格²

- (1. 南京中医药大学第三临床医学院,江苏 南京,210023;
2. 南京中医药大学附属中西医结合医院/中国中医科学院江苏分院/
江苏省中医药研究院,江苏 南京,210028)

[摘要] 介绍霍介格教授基于“肺络-玄府”理论治疗肺癌术后慢性疼痛经验。霍教授认为,“肺络-玄府”受损为其关键病因病机;“肺络-玄府”易瘀,不通则痛;“肺络-玄府”易虚,不荣则痛;肺在志为悲,病程缠绵。临证治疗虚实兼顾、各有偏重;府络同调,兼以疏利气机,由此可缓解肺癌术后慢性疼痛。并附验案 1 则,予以佐证。

[关键词] 肺癌术后;慢性疼痛;“肺络-玄府”理论;名医经验;霍介格

[中图分类号]R273.42 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.11.012

随着肺癌的早期筛查被重视,肺癌手术亦逐渐增加,而慢性手术后疼痛是开胸手术后常见的并发症,其发病率高达 65%^[1]。尽管胸腔镜手术减少了急性术后疼痛,但慢性术后疼痛的发病率和严重程度仍与传统开胸手术没有显著差异^[2]。采用以阿片类口服为主的传统镇痛方法存在不良反应发生率高和管理复杂等问题,近年来兴起的多模式镇痛法仍不成熟,药物的应用亦存有争议^[3]。中医药对于肺癌术后的康复有着独特的优势,并可起到改善患者生活质量的效果。霍介格教授系江苏省名中医,江苏省老中医药专家学术经验继承工作指导老师,师承国医大师周仲瑛教授及国医名师徐荷芬教授,从事肿瘤中西医结合医疗工作三十余年,对肺癌术后慢性疼痛的治疗有着良好的疗效及独到的见解,现将其相关经验总结如下。

1 “肺络-玄府”的结构与生理功能

1.1 肺络的结构功能 络脉,隶属于经络系统,是经脉支横别出的分支部分的总称。最早的论述见于《灵枢·脉度》:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙。”从空间层次划分,络脉从经脉别出之

后,由大络逐层细分至孙络,孙络各级分支纵横交错连成网络结构,覆盖周身,形成络脉系统。从功能上划分,络脉又可分为气络和血络。其中,气络是指具有功能调节、信息传递、温养气化及防御卫护的络脉;血络是指具有运行营血,濡养脏腑组织的络脉。吴以岭院士总结前人经验提出“气络-神经、内分泌、免疫调节(NEI 网络)”和“脉络-血管系统”的概念^[4-5],认为其具有高度相关性、内在一致性和同一性。

脏腑之络隶属于络脉系统,肺络不仅具有络脉系统的共性,即“气络-NEI 网络”和“脉络-血管系统”,也因为其依附肺脏,同时具有肺本脏的生理特性。肺主气,司呼吸,是肺脏的基本生理功能,也是肺之气络最重要的功能体现。肺有形之气络如呼吸道、肺泡及依附其上的神经、内分泌、免疫系统等^[6],帮助肺脏呼出浊气,吸入清气,与现代医学的通气功能特性类似;肺无形之气络,与脉络相伴而行,可分不可离,协助脉络将清气布达机体内外上下,同时将机体产生的浊气运达肺脏。肺之脉络依附于肺系,依靠肺之气络,将津液和水谷精微送达

基金项目:江苏省中医药领军人才项目(SLJ0211);江苏省科技厅重点研发计划(社会发展)项目(BE2019767)

第一作者:陈佳恩,男,2020 级硕士研究生,研究方向:中医肿瘤学

通信作者:霍介格,男,医学博士,教授,主任中医师,博士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗肿瘤,E-mail:huojiege@jastcm.com

机体上下内外。而气络也依附脉络,吸取精微以保持正常的功能状态。肺的气络与脉络,一阴一阳,气络属阳,主煦之,调节机体的功能状态,实现内环境的自我稳定;脉络属阴,主濡之,起到营养机体的作用,中医学中的“气为血之帅,血为气之母”可高度概括两者的关系。

1.2 玄府的结构功能 “玄府”首载《素问·水热穴论》:“所谓玄府者,汗空也”,即认为玄府为汗孔。《素问玄机原病式》载:“一名玄府者,谓玄微府也。然玄府者,无物不有……乃气出入升降之道路门户也,人之眼、耳、鼻、舌、身、意、神,识能为用者,皆升降出入之通利也。”刘完素对玄府进行了进一步论述,认为玄府是微小的结构,是气机的门户且以通利为用。现代医家认为,“玄府”是“络脉”通道上的孔穴或枢纽,在结构上两者均遍布机体内外上下;在功能上不仅同时循行气血、营卫,又相互协同,从而实现整个机体的自稳状态^[7]。

1.3 “肺络-玄府”生理功能 肺络依附肺脏,玄府是肺络之枢纽,发挥门户的作用,二者相互为用,共同构建肺系的生理功能。另外,肺脏与外界进行气体交换,肺络与玄府构建气体交换场所,即气络(肺泡)-玄府(气血屏障)-脉络(毛细血管)^[8],通过玄府,气络与脉络实现清浊转换和气血互渗,与现代医学的外呼吸特性相似。

肺络将脾脏转运而来的津液及水谷精微与吸入的清气布散周身。其中,肺络需要通过玄府而外达肌腠皮毛,内濡五脏六腑。脏腑组织产生的浊气及部分物质能量代谢废物也通过玄府转运至肺络,输送至肺脏,即相当于现代医学的内呼吸。

总而言之,肺络具有双向流动的特点^[9],既能离肺脏方向流动而布散于外周组织、皮毛肌腠,又可朝脏腑方向流动而回注肺脏,其中玄府发挥门户或枢纽的作用,肺络的神经、内分泌、免疫功能发挥信息传递、防御护卫、自我调节的作用,从而实现气血渗灌、津血互渗等生理功能。

2 从“肺络-玄府”论肺癌术后慢性疼痛的病因病机

2.1 “肺络-玄府”易瘀,不通则痛 癌毒内积,蕴结成块,致使肿瘤于肺脏局部形成,使得气络壅塞,玄府闭阻,脉络瘀痹,则气络(肺泡)-玄府(气血屏障)-脉络(毛细血管)结构被破坏。向内不能输送清气,向外不能呼出浊气,清气不足而浊气停留致肺脏不能治节,从而造成血瘀和痰湿内结肺络。现

代医学认为缺氧可刺激毛细血管内皮细胞肿胀或缺血损伤,进而引起组织水肿和促进血栓形成^[10]。而癌毒壅塞玄府,充斥肺络,进一步加重肺络瘀阻,这符合现代医学的肿瘤相关性高凝状态^[11]。

外科手术所致的机体组织损伤是造成术后慢性疼痛的直接原因。外科手术带来的直接创伤是“肺络-玄府”结构的破坏和缺失,“肺络-玄府”结构受创,其正常的生理功能无法运行,导致清气与浊气交换失司,则容易出现疲倦乏力和短气等肺癌术后症状^[12];而肺络的神经、内分泌、免疫系统功能受损或失调是直接产生肺癌术后慢性疼痛的最重要的因素^[13-15],如神经损伤,免疫系统产生的炎症及内分泌靶腺轴的活动等均与此相关。而肺部血管损伤,离经之血易于局部凝结形成瘀痕,而瘀痕也与术后慢性疼痛密切相关^[14],加之手术和肿瘤引起的高凝状态,使得肺络阻滞,玄府痹阻,气滞血瘀,不通则痛。

2.2 “肺络-玄府”易虚,不荣则痛 《素问·评热病论》中云:“邪之所凑,其气必虚。”癌毒充斥肺脏,取肺络布散的精微自养之,致使肺络空虚。外科手术同样大伤气血,进一步加重肺络空虚,玄府萎闭。肺络空虚,无以布散精微,玄府萎闭则气失宣通,血不流畅,津液不布,手术创伤不能得到恢复,不荣则痛。

2.3 肺在志为悲,病程缠绵 术后慢性疼痛的发生与心理因素呈现非常显著的相关性^[16],而且很少单独出现,常常伴随与情绪相关的症状出现^[17]。中医学认为肺脏的生理功能与悲忧等情绪尤为密切。肺癌术后的患者常常对自身的情况过于担心而处于悲忧的情绪中,如《素问·举痛论》所载:“悲则气消”,进一步致使肺络不和,气络失于濡养则功能失调,机体内环境失衡,脉络内营血失于调节则濡养功能失常;故肺络失于调和,玄府开阖失利,机体对外界非良性刺激的耐受能力下降,则患者容易出现悲伤和忧愁的情绪,这既影响了术后的恢复,且更长时间的疼痛又会反过来影响患者的情绪,由此形成恶性循环。

3 辨治经验

3.1 虚实兼顾,各有偏重 《素问·通评虚实论》载:“邪气盛则实,精气夺则虚。”霍教授在临床辨证施治中发现肺癌术后慢性疼痛的患者常虚实夹杂,而因虚致实和因实致虚的病因不同,导致病机和治法也有所不同。

3.1.1 久病入络,由虚致实 霍教授认为吸烟、大气和环境污染等邪气长期作用于人体,则烟毒浊气灼伤肺络,玄府开阖通利功能失调,肺失治节则痰饮内停,气滞血瘀,日久则癌毒内生,痰瘀内结,形成肿瘤,这是由功能性病变慢慢演变成器质性病变的过程。而肿瘤夺精气自养,则邪气愈盛,而精气夺则愈虚,加之手术大伤元气,这类患者常常虚实夹杂,本质是因虚致实。应以补虚通络开玄为主,肺络气充则血运得畅,肺络调和,玄府通利则疼痛自除,常使用黄芪、党参、太子参、山药、白术等。

3.1.2 新病入络,由实致虚 霍教授认为,既往体健,又无不良嗜好及工作环境恶劣等暴露因素影响但突发肿瘤的患者常属于新病入络。这类患者在肿瘤早期多无任何不适,后因癌毒壅盛夺取机体精微而出现诸多症状,这是由器质性病变转为功能性病变的过程。因手术导致元气大伤,气血亏虚,属虚实并存,由实致虚。故早期邪气炽盛,正气虽伤,但未及根本,当以攻邪通络开玄为主,邪去络通则气畅血行,玄府得开,肺络和则疼痛可解,常用泽漆、白花蛇舌草、冬凌草、猫爪草、桂枝、桃仁、红花、莪术、三棱等。

3.2 府络同调,兼以疏利气机

3.2.1 调和肺络 肺癌术后患者由于肺组织部分切除后,肺络受损,致肺络失和,在志则悲伤和忧郁,故治以调和肺络。霍教授常选用桂枝加龙骨牡蛎汤加减。方中桂枝通经解肌,气络以通为用,且桂枝有镇痛作用,白芍和脉络、养营血,一治脉络,一调气络,则肺络调和。肺为相傅之官,与心相邻且关系密切,肺络不和常影响心神不宁,故辅以茯神、远志、首乌藤、合欢皮、石菖蒲等养心安神之品。若心悸不安甚者,需加牡蛎、龙骨等重镇之品。

3.2.2 调和玄府 肺癌术后患者常因气机失常,气郁于内,加之痰瘀互结致使玄府痹阻,神机运转失常。故刘完素在《素问玄机原病式》中曰:“若目无所见、耳无所闻……悉由热气怫郁,玄府闭塞而致,气液、血脉、荣卫、精神不能升降出入故也”,提出人的精神和情绪与玄府的开阖通利密切相关。霍教授认为,玄府的功能与少阳枢机有内在的一致性,调和少阳枢机可开玄通利,故治以调和少阳通玄达神,予小柴胡汤调和枢机,常佐以枳壳、香附、天花粉、法半夏等涤痰散结、畅达气机以通玄府,太子参补气以助玄府开阖。

3.2.3 调节中焦气机 现代医学认为术后应激发状态会影响患者的胃肠功能。《素问·逆调论》载:“胃不和则卧不安”,提出中焦脾胃失和会影响人的精神状态。“治中焦如衡,非平不安”为霍教授调和脾胃的治疗思想,应以温化辛开为治疗大法,切忌服用过于温燥苦寒之品,恐其伤津伤阳,常用党参、山药、白扁豆、薏苡仁等健脾化湿之品,同时加入姜半夏、陈皮、砂仁、藿香、佩兰等辛温之品醒脾理气,使全方补脾不困脾,行气不耗气。

4 典型病案

王某,女,51岁,2021年8月26日初诊。主诉:右上肺腺癌术后2个月余。患者4月20日因体检发现右上肺结节于外院行穿刺活检,病理结果显示:肺腺癌IIA(T2bN0cM0)。4月24日行“培美曲塞二钠0.7d1+安维汀400mgd1+卡铂400mgd1”方案治疗1个周期。后基因检测结果显示:表皮生长因子受体(EGFR)突变。口服阿法替尼治疗1个月。5月24日于当地医院查胸部CT:右肺上叶后端占位,较4月20日所示病灶缩小,前片右侧胸腔积液及气胸已吸收,两肺少量渗出及束条,较前有所吸收,右肺局限性肺气肿,两肺散在小结节,双侧胸膜增厚。排除手术禁忌证后,于6月1日全麻下行“电视辅助胸腔镜手术右上肺切除术+淋巴结清扫术”,术后病理(右肺上叶切除标本)示:肺腺癌,腺泡型为主(贴壁型20%,腺泡型80%),中分化,大小为5.0cm×3.0cm×1.2cm,脉管内癌栓(-),神经侵犯(-),胸膜侵犯(-),支气管切缘(-),淋巴结(0/15)。免疫组化:甲状腺转录因子1(TTF-1)(+),人表皮生长因子受体2(Her-2)(Br)(-),EGFR(+),核苷酸切除修复交叉互补基因1(ERCC1)(+),乳腺癌1号基因(BRCA1)(+),核抗原(Ki67)(约15%),EGFR E746_A750del(+),EGFR L858R(+),VENTANA anti-ALK(D5F3)肿瘤细胞(-)。术后继续口服阿法替尼治疗。刻下症见:患者背部呈持续性酸痛,无刺痛、走窜痛,数字分级法(NRS)评分为4分,胸闷气短不显,无咳嗽咳痰,夜寐欠佳,易醒,纳可,二便调,舌暗红,苔薄黄腻、有紫气,舌下脉络增粗,脉沉细涩。辨证属肺络虚损、痰毒阻滞证,治以补气通络、化痰解毒为法。处方:党参15g,黄芪15g,茯苓15g,陈皮6g,茯神15g,合欢皮15g,炙远志6g,酸枣仁20g,泽漆15g,莪术10g,桂枝6g,牡丹皮10g,红花6g,猫爪草15g,藤梨根15g,

砂仁 3 g。14 剂, 每天 1 剂, 水煎服, 分早晚 2 次服用。9 月 9 日二诊: 患者背部酸痛缓解, NRS 2 分, 胸闷气短不显, 无咳嗽咳痰, 纳可, 二便调, 夜寐较前好转, 舌暗红、苔薄黄, 稍腻, 脉沉细。处方: 党参 15 g, 黄芪 15 g, 茯苓 15 g, 陈皮 6 g, 茯神 15 g, 合欢皮 15 g, 炙远志 6 g, 酸枣仁 20 g, 泽漆 15 g, 山慈菇 10 g, 莪术 10 g, 三棱 10 g, 桂枝 6 g, 牡丹皮 10 g, 红花 6 g, 猫爪草 15 g, 藤梨根 15 g, 砂仁 3 g, 肿节风 15 g, 冬凌草 15 g。14 剂, 每天 1 剂, 煎服法同前。9 月 23 日三诊: 患者背部疼痛缓解未再发作, 胸闷气短不显, 无咳嗽咳痰, 纳寐可, 二便调, 舌暗有紫气、苔薄白, 脉虚细。处方: 党参 15 g, 黄芪 15 g, 茯苓 15 g, 陈皮 6 g, 茯神 15 g, 合欢皮 15 g, 炙远志 6 g, 酸枣仁 20 g, 泽漆 15 g, 莪术 10 g, 桂枝 6 g, 牡丹皮 10 g, 红花 6 g, 猫爪草 15 g, 藤梨根 15 g, 砂仁 3 g, 凌霄花 6 g, 生山楂 15 g。14 剂。每天 1 剂, 煎服法同前。目前患者病情尚稳定, 肺癌手术后背部不适未再出现, 目前门诊随诊中。

按语:本案为肿瘤切除术后患者, 其肺络空虚, 玄府萎闭, 不荣则痛, 遂投以黄芪、党参、茯苓培土生金、健脾益肺, 黄芪补气走表, 党参补气于内, 合以陈皮理气运脾, 使得补而不滞, 行气不耗气, 而气为血之母, 气行则血行, 气充则血运有力, 乃补虚通络开玄法。然患者舌暗红、有紫气, 舌下脉络增粗, 脉沉细涩, 皆为肺络瘀阻、玄府闭阖之象, 不通则痛, 故用红花、莪术活血化瘀, 辅以桂枝辛温开玄通络。猫爪草、泽漆为治疗肺癌的之要药。霍教授认为痞坚之下, 必有伏阳。人体之阳气可促进机体组织细胞正常发育生长, 而伏阳为肿瘤生长的内在动力, 可促进肿瘤复发转移, 故以藤梨根、牡丹皮清热解毒之品撤其阳, 防止肺癌复发, 补泄并用。患者虽饮食尚可, 但霍教授认为肿瘤患者容易情志失常, 肝气郁结, 木旺克土, 故未病先防, 以砂仁调理中焦气机。茯神、炙远志、酸枣仁、合欢皮解郁安神, 缓解肿瘤患者忧郁情绪, 心身同调。二诊时患者背部酸痛较前缓解, 夜寐改善, 舌暗红, 苔薄黄、稍腻, 脉沉细, 表明患者正气渐渐恢复, 但体内仍瘀火交阻, 故加用山慈菇、三棱、肿节风、冬凌草增强活血通络、清热解毒抗癌的功效。三诊时患者背部疼痛已除, 夜寐安, 然舌暗有紫气、苔薄白, 说明郁火已清, 仍有瘀血内停, 故加用凌霄花、生山楂活血化瘀。

参考文献

- [1] GLARE P, AUBREY KR, MYLES PS. Transition from acute to chronic pain after surgery [J]. *Lancet (London, England)*, 2019, 10180(393):1537-1546.
- [2] BAYMAN EO, PAREKH KR, KEECH J, et al. A prospective study of chronic pain after thoracic surgery [J]. *Anesthesiology*, 2017, 126(5):938-951.
- [3] 万琴, 薛庆生, 于布为. 慢性术后疼痛的机制和围术期防治 [J]. *中国疼痛医学杂志*, 2018, 24(5):367-372.
- [4] 吴以岭. 气络-NEI 网络相关性探析 [J]. *中医杂志*, 2005, 46(10):723-726.
- [5] 吴以岭. “络脉——血管系统病”新概念及其治疗探讨 [J]. *疑难病杂志*, 2005, 4(5):285-287.
- [6] 吕晓东, 庞立健, 刘创. 肺络结构和功能与特发性肺纤维化急性发作期“肺热络瘀”病机 [J]. *世界科学技术——中医药现代化*, 2014, 16(9):1980-1983.
- [7] 王洮, 夏梦蛟, 李蒙丽, 等. 基于“络脉-玄府-内风”探讨风药抑制肺腺癌侵袭转移 [J]. *中医学报*, 2019, 34(1):28-30.
- [8] 陆鹏, 任风艳, 潘迪, 等. 肺玄府络脉与气血屏障论 [J]. *中医杂志*, 2016, 57(16):1433-1435.
- [9] 翟华强, 叶先智, 杨毅, 等. 从“络脉双向流动”辨治肺纤维化 [J]. *新中医*, 2006, 147(5):73-74.
- [10] 倪圣, 丁建中, 张六通, 等. 六种细胞因子与外燥损伤肺络脉的相关性研究 [J]. *时珍国医国药*, 2014, 25(12):3069-3071.
- [11] PALACIOS-ACEDO A-L, LANGIU M, CRESCENCE L, et al. Platelet and cancer-cell interactions modulate cancer-associated thrombosis risk in different cancer types [J]. *Cancers*, 2022, 14(3):113-119.
- [12] AVERY KNL, BLAZEY JM, CHALMERS KA, et al. Impact on health-related quality of life of video-assisted thoracoscopic surgery for lung cancer [J]. *Annals of Surgical Oncology*, 2020, 27(4):1259-1271.
- [13] KEHLET H, JENSEN TS, WOOLF CJ. Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention [J]. *Lancet (London, England)*, 2006, 367(9522):1618-1625.
- [14] SCHUG SA, LAVAND HOMME P, BARKE A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic postsurgical or posttraumatic pain [J]. *Pain*, 2019, 160(1):45-52.
- [15] RICHEBÉ P, CAPDEVILA X, RIVAT C. Persistent postsurgical pain: Pathophysiology and Preventative pharmacologic considerations [J]. *Anesthesiology*, 2018, 129(3):590-607.
- [16] GIUSTI EM, LACERENZA M, MANZONI GM, et al. Psychological and psychosocial predictors of chronic postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis [J]. *Pain*, 2021, 162(1):10-30.
- [17] VANDENKERKHOF EG, HOPMAN WM, REITSMA ML, et al. Chronic pain, healthcare utilization, and quality of life following gastrointestinal surgery [J]. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 2012, 59(7):670-680.

(收稿日期: 2022-03-28)