

十全大补汤对原发瘤切除后荷瘤小鼠 转移瘤生长及血管生成的影响

Effects of (Chinese herbal) ShiquanDabuTang inhibits metastasis of tumor growth and angiogenesis after primary tumor excision in mice

郭刚 许建华 张勇 李朝衡 孙珏 范忠泽

(上海中医药大学附属普陀医院, 上海, 200062)

Guo Gang, Xu Jian-hua, Zhang Yong, Li Chao-heng, Sun Jue, Fan Zhong-ze

(Putuo, Shanghai Medical University Affiliated Hospital, Shanghai 200062, China)

中图分类号: R273;730.262 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0334-11

【摘要】背景与目的: 探讨十全大补汤对小鼠原发瘤切除后皮下移植瘤、肝内转移瘤及切口种植瘤生长及血管生成的影响。通过研究十全大补汤对原发瘤切除后转移瘤的血管生成以及血管生成调节因子的作用, 阐明十全大补汤抑制原发瘤切除促进转移瘤生长的内在机制, 为临床围手术期应用十全大补汤提供实验依据。方法: 我们构建三种荷瘤小鼠原发肿瘤切除模型, 随机分为原发瘤切除组(Primary tumor resection group, TR)、原发瘤未切除组(Primary tumor preserve group, TP)、十全大补汤组(ShiquanDabuTang group, SDT) [1.56g/mL]。采用切除原发瘤及十全大补汤治疗 10d, 摘除眼球取血, 剥离瘤体, 并测量其大小和质量。用酶联免疫吸附试验(ELISA)法, 检测治疗后小鼠血清中血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)、血管抑素(angiostatin, AS)和内皮抑素(endostatin, ES)的表达水平。应用组织切片苏木素-伊红染色法, 观察肿瘤转移灶情况; SP 免疫组织化学法检测转移瘤 MVD 及细胞增殖; TUNEL 技术检测转移瘤细胞凋亡。结果: 十全大补汤明显抑制小鼠转移瘤大小、数目、成瘤率以及 MVD 值, Ki67 表达明显低于对照组, TUNEL 肿瘤凋亡指数均高于对照组, 差异具有统计学意义。结论: 原发瘤切除可使荷瘤小鼠体内的 VEGF、AS 和 ES 比例失衡, 有利于肿瘤血管生成及促进转移, 故原发瘤切除后及时抑制肿瘤血管生成, 对降低转移瘤发生具有重要意义。十全大补汤明显抑制小鼠原发瘤切除后转移瘤生长, 明显抑制转移瘤血管生成以及与之相关的血管生成调节因子的作用, 并且可抑制转移瘤细胞增殖, 促进细胞凋亡。

【关键词】十全大补汤; 手术; 肿瘤; 转移; 血管生成

【Abstract】 Purpose: This study aimed to investigate the ShiquanDabuTang on subcutaneous metastases, liver metastasis, and wound transplant tumor growth and angiogenesis after primary tumor resection. ShiquanDabuTang through research on metastases about angiogenesis and associated with the role of angiogenesis regulatory factor, clarify the internal mechanism of ShiquanDabuTang inhibition of primary tumor resection to promote metastasis growth, provide experimental evidence for application ShiquanDabuTang during the perioperative clinical. Experimental Design: Three tumor-bearing mice tumor model was constructed with a cell suspension, randomly divided into three groups: Primary tumor resection group (TR), Primary tumor preserve group (TP), ShiquanDabuTang group (SDT) [1.56g/mL]. By resection of the primary tumor and Juzen-taiho-to treatment for ten days, removal of the eye blood, peeling the tumor, measuring the size and quality. Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) method to detect serum after treatment of vascular endothelial growth factor (vascular endothelial growth factor, VEGF), angiostatin (angiostatin, AS) and endostatin (endostatin, ES) of the expression level. Tissue sections hematoxylin - eosin staining, the tumor metastasis situation. Tissue sections hematoxylin-eosin staining, the tumor metastasis situation. SP immunohistochemical assay in metastatic tumor MVD and cell proliferation, TUNEL detection of metastatic tumor apoptosis. Results: Mouse metastatic tumor size, number of tumor formation rate, MVD values were significantly inhibited by ShiquanDabuTang, Ki67 expression was significantly lower than other groups, TUNEL apoptotic index of tumor were higher than other groups, statistically significant difference. Conclusion: Resection of primary tumor in vivo tumor-bearing mice could VEGF, AS and ES imbalance, primary tumor resection conducive to the promotion of tumor angiogenesis and metastasis, therefore, time after resection of primary tumor inhibition of tumor angiogenesis, to reduce the occurrence of metastases is important. ShiquanDabuTang inhibit metastatic tumor growth and angiogenesis after primary tumor in mice excision of the skin, liver metastasis and wound, inhibit angiogenesis and metastases associated with the role of angiogenesis regulatory factor, and metastatic tumor cells can inhibit proliferation and promote apoptosis.

【Keywords】 ShiquanDabuTang; Surgery effects; Tumor; Metastasis; Angiogenesis

结直肠癌在发达国家是最常见的恶性实体肿瘤之一，全世界每年有一百万新登记患者，超过一半患者死于该病。在中国，结直肠癌的发病率和死亡率逐年升高，已经跃居因恶性肿瘤死亡的第二位，在上海、北京和广州等大中城市，结直肠癌已位居消化道恶性肿瘤首位。手术切除是结直肠癌首选的治疗方法，但不幸的是首诊时大约有 25-33% 已发生转移，还有 25-30% 根治性手术时，虽没有可见的转移证据，但将在 5 年内发生转移^[1]。虽然手术是结直肠癌的首选治疗，但研究表明，手术切除可能并不总是有益，对部分患者来说，手术对已有可见或不可见转移灶，原发瘤的切除可加速转移灶的发展^[2]。

手术最易耗血伤气，所以益气补血是中医对术后患者常用的治疗方法，十全大补汤是最常用的经典方。十全大补汤出自宋代《太平惠民和剂局方》，由补气代表方“四君子汤”和补血代表方“四物汤”（两者合并即为气血双补的八珍汤），再加上黄芪和肉桂共计十味药组成。方中人参补气，熟地黄补血，气血双补，共为君药；白术补气健脾，助人参益气补脾，当归养血和营，助熟地黄补益阴血，共为臣药；茯苓健脾和中，白芍养血和营，川芎活血行气，黄芪助正气，固卫益气之功更强，肉桂温血脉，行气和营之功更盛，共为佐药；炙甘草益气和缓，调和诸药为使药。该方临床主要用于贫血、食欲减退、疲乏、全身衰弱、术后恢复、脾肾亏虚等^[3]。日本学者实验研究证实，十全大补汤可抑制结肠癌细胞的肝转移，在抗肿瘤转移器官选择性方面，与人参养荣汤相比，十全大补汤明显抑制结肠癌肝转移，并具有抑制血管生成的作用^[4-6]。在术后转移瘤模型中，十全大补汤在促进术后恢复得同时，是否对转移瘤的生长也有抑制作用？本研究通过结肠癌数个转移模型，观察十全大补汤的作用，并初步探讨作用机理。

1 材料与方

1.1 材料

1.1.1 细胞株培养

小鼠结肠癌细胞株 CT-26 (26-L5)，购自中国医学科学院实验动物研究所，合格证号：(SCXK(京)2004-0001)，液氮冷冻保存。细胞培养于含 100mL/L 胎牛血清 (FBS，美国 Gibco 公司)、青霉素 100U/ml、链霉素 100 μg/ml 的 RPMI-1640 中，在 37℃、含 5%CO₂ 饱和湿度培养箱中培养，按常规方法复苏冻存的鼠型肿瘤细胞并传代扩增^[7-8]。

1.1.2 实验动物

BALB/c 小鼠 80 只，均为 4~6 周龄，雌雄各半，体质量 18 ± 2g，由上海西普尔-必凯实验动物有限公司提供 (SCXK(沪)2008-0016)，动物合格证编号：0060536，饲养于上海中医药大学附属普陀医院动物实验中心，合格证编号：(SYXK(沪)2008-0055)，在无特定病原体 (specific pathogens free, SPF) 条件下分笼饲养，食基础饲料。

1.1.3 药物及试剂

十全大补汤由黄芪 12、肉桂 3、人参 6、茯苓 9、白术 9、甘草 3、熟地黄 12、白芍 9、川芎 6、当归 9 组成，原料药均购自上海中医药大学附属普陀医院门诊中药房，经鉴定均为正品，符合国家药典标准 (2000 年版)，药材洗净后除肉桂需后下外，其它 9 味药加水浸泡 0.5h，水煎煮 2 次，每次 1.5h，过滤后将 2 次滤液合并，浓缩成 1mL 含生药 2g，4℃ 冰箱保存备用。用蒸馏水稀释，经 0.22 μm 微孔滤膜过滤，配制成 10mg/mL 稀释液，实验用药生药含量为 1.56g/mL。RPMI-1640 培养基 (美国 GIBCO 公司)；小鼠 (VEGF、AS、ES) ELISA 试剂盒 (美国 Bio Sources 公司)；山羊抗小鼠 CD34mAb、Ki67 单克隆抗体工作液 (美国 R&D 公司)；超敏 SP 鼠试剂盒 (美国 R&D 公司)；TUNEL 试剂盒 (德国 Boehringer Mannheim 公司)。

1.2 方法

1.2.1 小鼠结肠癌皮下移植瘤模型的制作及分组给药

动物模型：取对数生长期的小鼠结肠癌细胞 CT-26，以适当的浓度混悬在磷酸缓冲盐 (PBS) 中，制成单细胞悬液，台盼蓝检测活细胞数大于 95%。取 0.2mL 悬液 (约含 5×10⁶ 个细胞) 接种于 BALB/c 小鼠右腋部皮下视作原发瘤。当皮下肿瘤生长至 500mm³ 左右时，在小鼠对侧腋部皮下接种细胞悬液 (浓度同上)。

实验治疗：3 天后，随机选取 20 只小鼠切除原发瘤，分为 I 原发瘤切除组及 III 十全大补汤组，其余 10 只作为 II 原发瘤未切除组。I、II 组分别灌注生理盐水 (Normal saline, NS) 0.4mL/ (次·日)，III 组灌注十全大补汤 0.4mL/ (次·日)，连续治疗 10 天，第 11 天摘除眼球取血，处死小鼠，剥离转移瘤体，用卡钳法测定肿瘤的大小并计算肿瘤的体积 TV，计算公式 (9) 为：TV = π/6ab²，其中 a、b 分别表示瘤体的最大径和最小径。取转移瘤体固定于 10% 福尔马林液，48h 常规石蜡包埋切片，观察病理变化。

1.2.2 小鼠结肠癌肝转移瘤模型的制作及分组给药

动物模型^[10]：取对数生长期的小鼠结肠癌细胞 CT-26，以适当的浓度混悬在磷酸缓冲盐 (PBS) 中，制成单细胞悬液，台盼蓝检测活细胞数大于 95%。取 0.2mL 悬液 (约含 5×10⁶ 个细胞) 接种于 BALB/c 小鼠右腋部皮下视作原发瘤。当皮下肿瘤生长至 500mm³ 左右时，1% 戊巴比妥钠 (40mg/kg) 腹腔内注射麻醉后，取仰卧位固定四肢，无菌条件下中线切口部位行剖腹术，切开腹壁和腹膜，暴露十二指肠，用 1ml 注射器 (接 29 号针头) 经门静脉注射小鼠结肠癌细胞 CT-26，浓度为 3×10⁶/mL，每只 0.1mL，针头取出后用无菌可吸收棉条置于注射位置，防止出血和肿瘤细胞溢出。

实验治疗：3 天后，随机选取 20 只小鼠切除原发瘤，分为 I 原发瘤切除组及 III 十全大补汤组，其余 10 只作为 II 原发瘤未切除组。I、II 组分别灌注生理盐水 0.4mL/ (次·日)，III 组灌注十全大补汤 0.4mL/ (次

•日), 连续治疗 10 天, 第 11 天摘除眼球取血, 处死小鼠, 剥出肝脏, 在 4 倍立体显微镜下对肝表面转移灶计数并称取肝质量, 取肝脏固定于 10%福尔马林液, 48h 常规石蜡包埋切片, 观察病理变化。

1.2.3 小鼠结肠癌切口种植瘤模型的制作及分组给药

动物模型: 取对数生长期的小鼠结肠癌细胞 CT-26, 以适当的浓度混悬在磷酸缓冲盐 (PBS) 中, 制成单细胞悬液, 台盼蓝检测活细胞数大于 95%。取 0.2mL 悬液 (约含 5×10^6 个细胞) 接种于 BALB/c 小鼠右腋部皮下视作原发瘤。当皮下肿瘤生长至 500mm³ 左右时, 在无菌条件下切除原发肿瘤并建立全层皮肤缺损创面, 缝合伤口, 3 天后, 在伤口处注射细胞悬液 (浓度同上)。

实验治疗: 3 天后创面结痂愈合, 随机选取 20 只小鼠切除原发瘤, 分为 I 原发瘤切除组及 II 十全大补汤组。I 组灌注生理盐水 0.4mL/ (次·日), II 组灌注十全大补汤 0.4mL/ (次·日), 连续治疗 10 天, 第 11 天摘除眼球取血, 处死小鼠, 剥离转移瘤体, 用卡钳法测定肿瘤的大小并计算肿瘤的体积 TV, 计算公式为: $TV = \pi/6ab^2$, 其中 a、b 分别表示瘤体的最大径和最小径。取转移瘤体固定于 10%福尔马林液, 48h 常规石蜡包埋切片, 观察病理变化。

1.2.4 HE 染色

取材组织块, 经 40g/L 甲醛溶液固定后, 常规石蜡包埋, 取完整的组织蜡块以最大面积 4 μ m 厚切片。在 200 倍光镜下随机选择 3 个高倍视野进行拍照, 在专业图像处理软件 Image Pro Plus6.0 的辅助下采用双盲法分别进行统计。

1.2.5 SP 免疫组织化学染色 CD34

取存档蜡块制成 4 μ m 连续切片, 二甲苯脱蜡, 梯度酒精脱水, 将切片依次经内源性过氧化物酶清除、抗原修复、正常血清封闭、抗体结合、DAB 染色、蒸馏水洗涤, 再经苏木素衬染, 烟酸酒精分化, 稀氨水蓝化, 递增梯度酒精脱水, 二甲苯透明, 常规树脂封片。所用一抗为 1:50 稀释的山羊抗小鼠 CD34mAb, 二抗为 1:200 生物素标记, 显色时加入 1:200 辣根酶标记链霉卵白素, 3 种试剂均以磷酸盐缓冲液稀释。MVD 的检测方法按 Weidner^[11]进行: ①CD34 阳性以血管内皮细胞呈棕色或棕黄色染色为标准; ②切片在 100 倍光镜下挑选微血管分布最高密度区域, 在 200 倍光镜下计数不重复视野中被 CD34 染成棕黄色的微血管数, 取其平均值作为 MVD。每个与邻近微血管明显分离的阳性染色的血管内皮细胞或血管内皮细胞簇都视为独立的微血管; 只要结构不相连, 其分支结构也计作一个血管计数。

1.2.6 SP 免疫组织化学染色 Ki67

BALB/c 小鼠术后皮下转移瘤的情况: 各组小鼠初次接种 CT-26 细胞后 7~10d 全部成瘤, 成瘤率为 100%。原发瘤切除组 10 只小鼠, 均出现皮下转移瘤,

采用免疫组织化学 SP 法检测 Ki67 的表达, 具体方法参照 1.2.5, 所用一抗为 1:50 稀释的 Ki67 单克隆抗体工作液, 二抗为 1:100 快捷型酶标羊抗鼠 IgG 聚合物。Ki67 以细胞核染色呈棕褐色或棕黄色颗粒为阳性, 每例标本观察 10 个高倍视野, 计算其中 Ki67 标记指数^[12] (labeling index, Ki67-LI)。

1.2.7 TUNEL 技术检测肿瘤凋亡

取存档蜡块制成 4 μ m 连续切片, 采用 TdT 介导的 dUTP 缺口末端标记 (terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated dUTP nick-end-labeling, TUNEL) 技术检测细胞凋亡指数。光镜下观察切片的染色反应, 结果判断标准^[13]为以细胞核有明显棕黄色为阳性细胞, 计数细胞数不少于 1000 个, 计算 TUNEL 阳性标记指数 (TUNEL labeling index, TUNEL-LI), 即凋亡指数, $TUNEL-LI = (\text{表达阳性细胞数} / \text{总细胞数}) \times 100\%$ 。

1.2.8 酶联免疫吸附试验 (ELISA)

将经眼球静脉丛取出的各组小鼠血液样本, 4 $^{\circ}$ C 保存过夜后 10000g 离心 10 分钟, 收集上清 (血清), 采用小鼠 ELISA 检测试剂盒分别测定各组小鼠血清 VEGF、AS、ES 表达情况, 具体检测方法参照美国 Bio Source 公司提供的试剂盒说明书进行。VEGF、AS、ES 的测定分别按照试剂盒提供的标准试剂所得到的标准曲线进行测定, 计算出各检测孔中的浓度值。

1.3 统计学处理

应用 SPSS17.0 分析软件进行统计分析。计量资料以均数士标准差 (\pm) 表示。采用 Student t, rank sum test, SNK 检验方法进行统计分析, 以 $P < 0.05$ 为具有统计学显著性差异。

2 结果

2.1 十全大补汤对原发瘤切除后促进转移瘤生长具有抑制作用

2.1.1 结肠癌皮下移植瘤模型

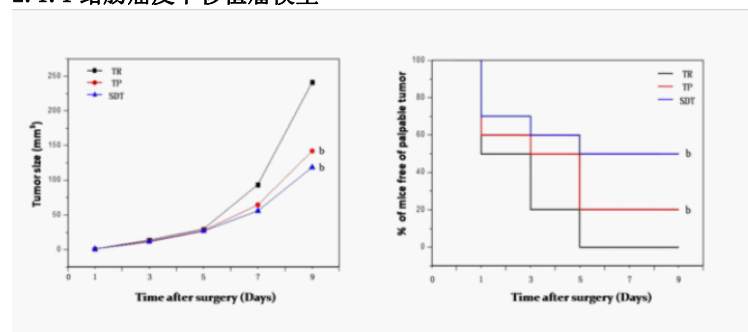


Fig.1. The presence of a primary tumor and ShiquanDabuTang treatment reduces tumor growth of subcutaneous metastases and prevents formation of subcutaneous metastases.

其未成瘤率为 0%, 第 10 天平均转移瘤大小为 241.20mm³; 原发瘤未切除组 10 只小鼠中, 有 8 只出现皮下转移瘤, 未成瘤率为 20%, 第 10 天平均转移瘤

大小为 142.15mm³；十全大补汤组 10 只小鼠中，有 5 只出现皮下转移瘤，未成瘤率为 50%，第 10 天平均转移瘤大小为 118.66 mm³。治疗后第 11 天，处死小鼠，

游标卡尺测量皮下移植瘤大小，原发瘤切除组转移瘤体积明显高于其它组 (n=30, aP<0.05, bP<0.01, VS other groups) (图 1)

2.1.2 结肠癌肝转移模型

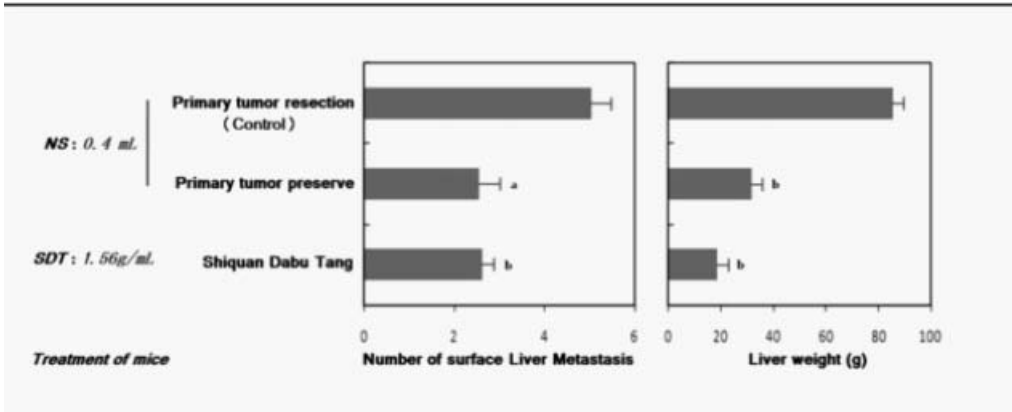


Fig.2. The presence of a primary tumor and ShiquanDabuTang treatment reduces number of surface hepatic metastasis and hepatic weight.

除组 10 只小鼠中，有 5 只出现肝转移灶，肝转移率为 50%，平均肝转移结节数为 30.4 个；十全大补汤组 10 只小鼠中，有 4 只出现肝转移灶，肝转移率为 40%，平均肝转移结节数为 18.25 个。治疗后第 11 天，处死小鼠，肝脏称重，原发瘤切除组肝转移灶数及肝质量明显高于其它组 (n=30, Bars, SE. aP<0.05, bP<0.01, VS other groups) (图 2)。

BALB/c 小鼠术后肝转移的情况：各组小鼠初次接种 CT-26 细胞后 7~11d 全部成瘤，成瘤率为 100%。原发瘤切除组 10 只小鼠，均出现肝转移灶，肝转移率为 100%，平均肝转移结节数为 84.7 个；原发瘤未切

2.1.3 结肠癌切口种植瘤模型

Fig.3. The presence of a primary tumor and ShiquanDabuTang treatment reduces tumor growth of cut transplanted tumors and prevents formation of cut transplanted tumors.

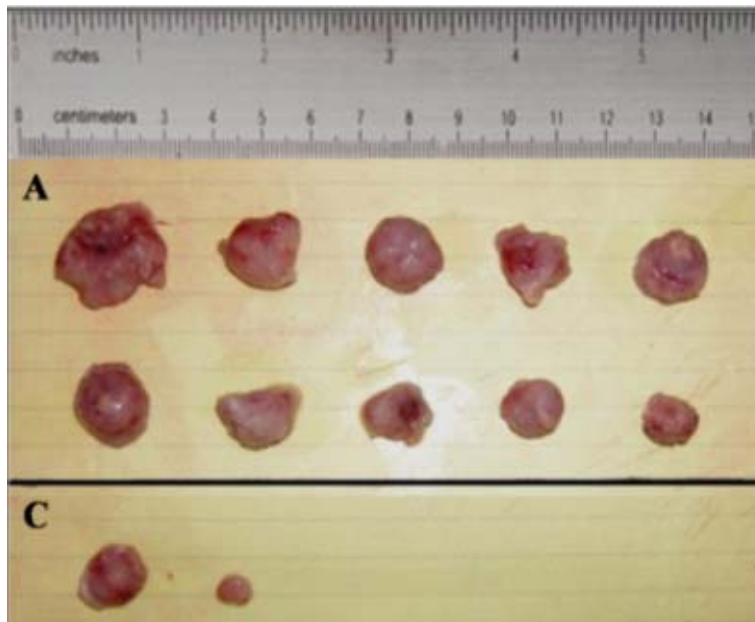


Fig.4. Tumor size of cut transplanted tumors of colon cancer model.

100%。原发瘤切除组 10 只小鼠，均出现创口移植瘤，未成瘤率为 0%，第 10 天平均转移瘤大小为 2687.61mm³；十全大补汤组 10 只小鼠中，有 3 只出现皮下转移瘤，未成瘤率为 70%，第 10 天平均转移瘤大小为 1020.02 mm³。治疗后第 11 天，处死小鼠，游标

A: Subcutaneous metastases of colon cancer model.
C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

BALB/c 小鼠术后切口种植瘤的情况：各组小鼠初次接种 CT-26 细胞后 7~10d 全部成瘤，成瘤率为

卡尺测量皮下移植瘤大小，原发瘤切除组转移瘤体积明显高于十全大补汤组 (n=20, aP<0.05, bP<0.01, VSSDT group) (图 3-4)。

2.2 HE 染色结果

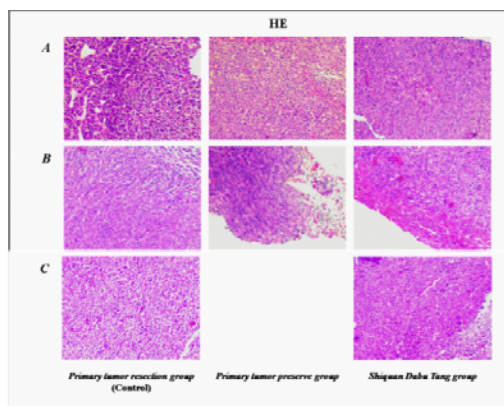
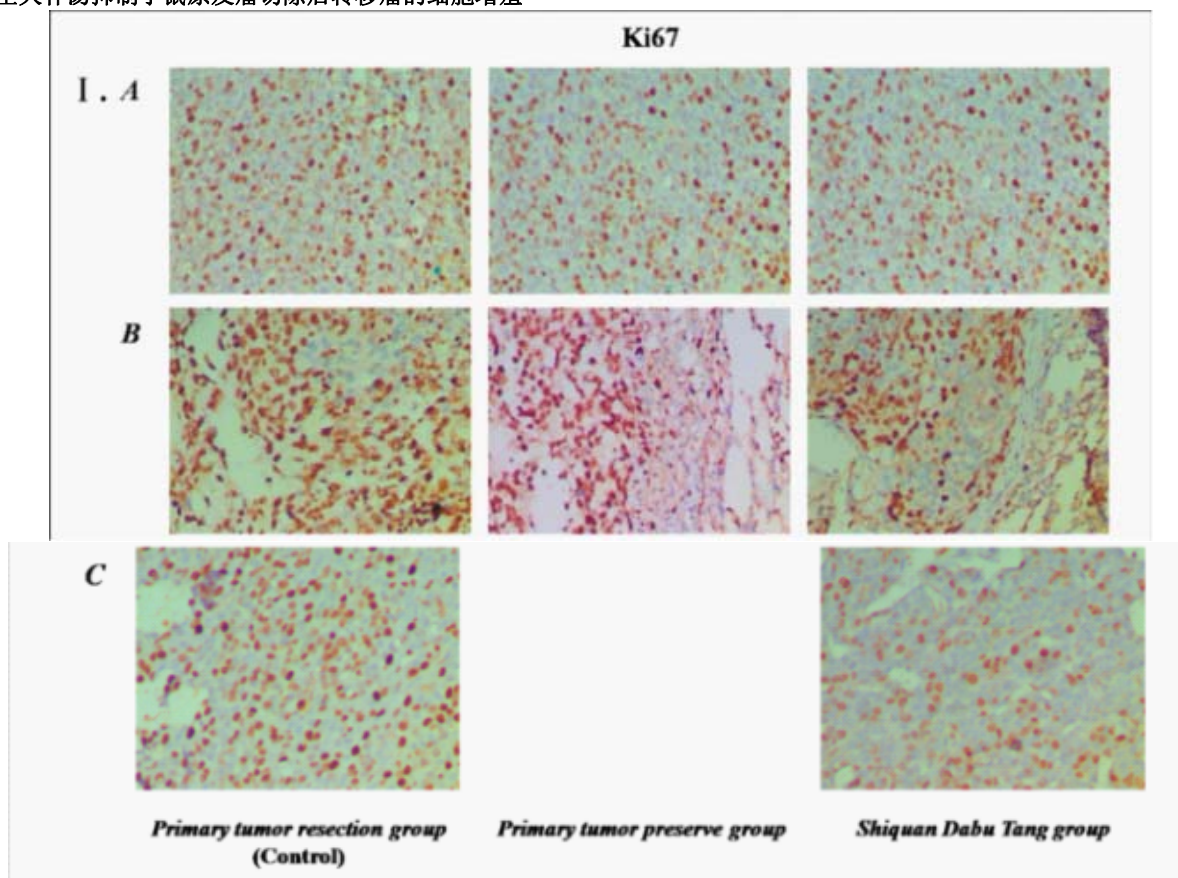


Fig.5. Histopathological analysis of tumor cells after primary tumor resection in four models with hematoxylin and eosin (HE)x100.

A: Subcutaneous metastases of colon cancer model.
B: Hepatic metastasis of colon cancer model.
C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

2.3 十全大补汤抑制小鼠原发瘤切除后转移瘤的细胞增殖



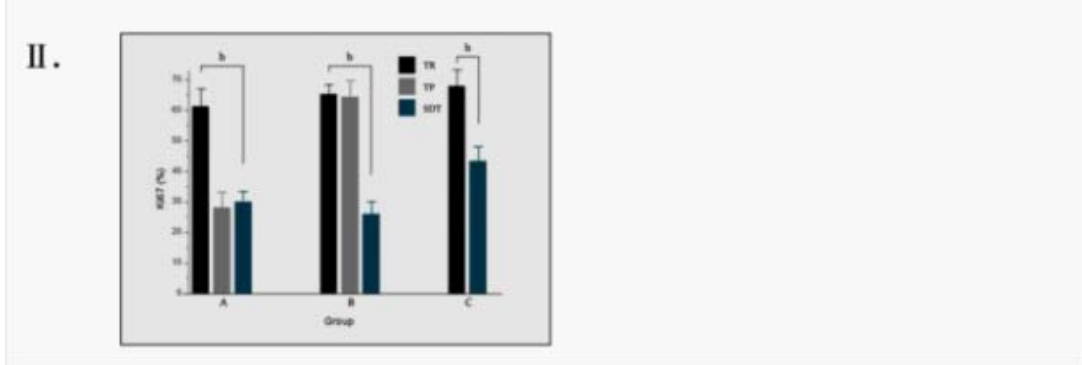


Fig.6. Ki67 expression level in tumor cells after primary tumor resection in three models. All photographs were taken at original magnification $\times 200$.

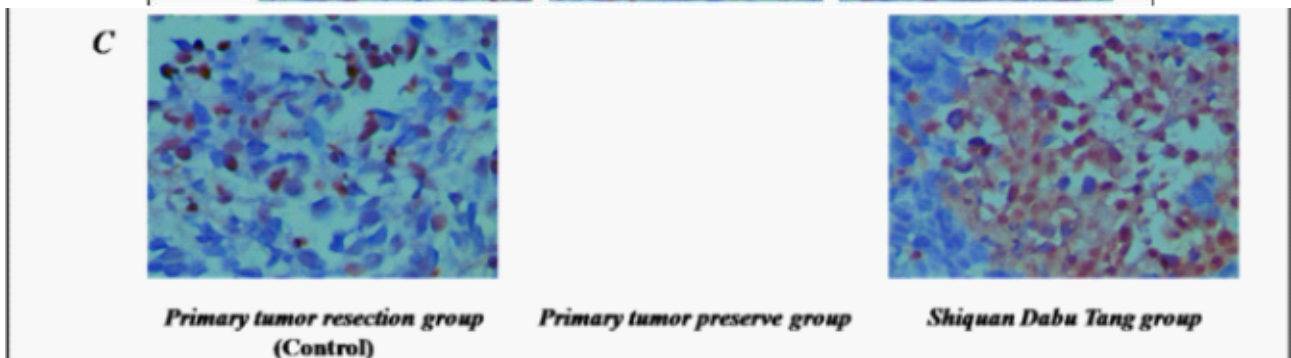
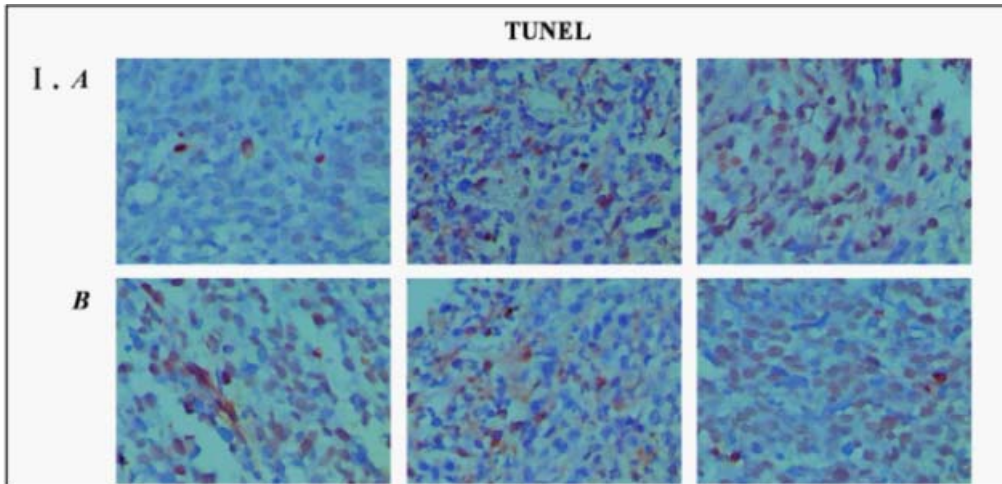
A: Subcutaneous metastases of colon cancer model.
 B: Hepatic metastasis of colon cancer model.

C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

Ki67 是反映肿瘤细胞增殖活性的良好指标, 是判断肿瘤侵袭力及肿瘤预后的有效指标^[12]。各组小鼠治疗后转移瘤 Ki67 表达经方差分析有显著性差异, Ki67 主要在细胞核内表达, 染色阳性呈棕褐色或棕黄色颗粒。A. 结肠癌皮下移植瘤模型: 治疗后十全大补汤组、原发瘤未切除组细胞核 Ki67 的表达水平明显低于原

发瘤切除组 ($F=90.875, 30.00 \pm 4.08, 28.00 \pm 5.17$ VS 61.20 ± 6.64 , Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=30$)。B. 结肠癌肝转移瘤模型: 十全大补汤组细胞核 Ki67 的表达水平明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组 ($F=221.741, 26.00 \pm 4.18$ VS $65.20 \pm 3.82, 64.30 \pm 5.96$, Bars, SE. $aP<0.01$ $bP<0.01$, $n=30$)。C. 结肠癌切口种植瘤模型: 十全大补汤组细胞核 Ki67 的表达水平明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组 ($F=24.114, 43.33 \pm 5.50$ VS 67.80 ± 6.61 , Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=20$)。提示十全大补汤的抗癌作用可能与下调 Ki67 的表达继而抑制肿瘤细胞增殖有关。

2.4 十全大补汤促进小鼠原发瘤切除后转移瘤的细胞凋亡



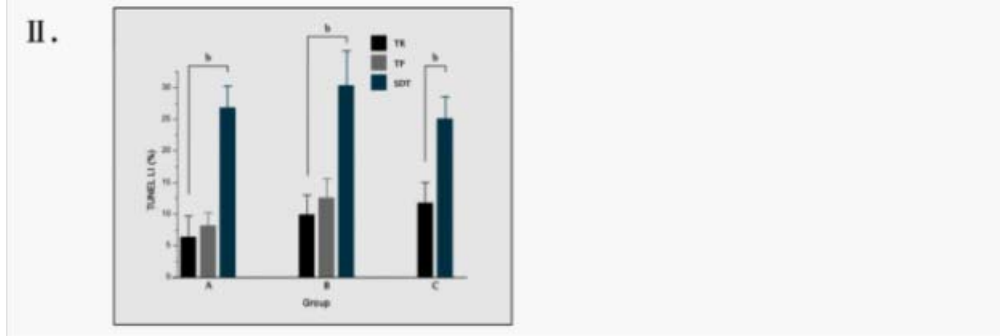


Fig.7. Apoptosis of metastatic tumor after primary tumor resection in three models. All photographs were taken at original magnification $\times 400$. Each group contains 10 mice. No mice died during the experiments.

A: Subcutaneous metastases of colon cancer model. B: Hepatic metastasis of colon cancer model.

C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

本研究采用 TUNEL 技术，通过 DNA 末端转移酶将带标记的 dNTP（多为 dUTP）间接（通过地高辛）或直接连接到 DNA 片段的 3' -OH 端，再通过酶联显色或荧光检测定量分析结果。判断细胞发生凋亡的形态学特征为：染色质固缩，向核周移动，核膜崩溃及形成凋亡小体等。各组小鼠治疗后转移瘤 TUNEL-LI 经方差分析有显著性差异，镜下凋亡细胞胞体缩小，核固缩呈棕色，部分可见类圆形、新月形、不规则状或固缩的核分解碎裂成数块形成凋亡小体。A. 结肠癌皮下移植瘤模型：治疗后十全大补汤组 TUNEL-LI 均明显高于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=88.425, 26.80 \pm 3.27$ VS $6.40 \pm 3.13, 8.12 \pm 2.41$, Bars, SE. $aP<0.05, bP<0.01, n=30$ ）。B. 结肠癌肝转移瘤模型：十全大补汤组 TUNEL-LI 均明显高于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=79.735, 30.30 \pm 5.39$ VS $9.90 \pm 2.88, 12.50 \pm 2.99$, Bars, SE. $aP<0.01, bP<0.01, n=30$ ）。C. 结肠癌切口种植瘤模型：十全大补汤组 TUNEL-LI 明显高于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=32.946, 25.00 \pm 3.46$ VS 11.80 ± 3.11 , Bars, SE. $aP<0.05, bP<0.01, n=20$ ）。本研究发现十全大补汤治疗后转移瘤细胞增殖受抑制，同时出现 Ki67 表达下降、凋亡指数上升并呈负相关趋势。提示肿瘤细胞增殖减少，细胞凋亡增加是十全大补汤抗癌作用的部分机制。

2.5 十全大补汤抑制小鼠原发瘤切除后转移瘤的血管密度

性呈棕色或棕黄色。A. 结肠癌皮下移植瘤模型：治疗后十全大补汤组微血管新生抑制作用明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=280.955, 35.80 \pm 7.39$ VS $121.50 \pm 7.38, 63.87 \pm 6.74$, Bars, SE. $aP<0.05, bP<0.01, n=30$ ）。B. 结肠癌肝转移瘤模型：十全大补汤组微血管新生抑制作用明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=356.266, 30.40 \pm 4.71$ VS $114.30 \pm 8.69, 42.60 \pm 8.42$, Bars, SE. $aP<0.01, bP<0.01, n=30$ ）。C. 结肠癌切口种植瘤模型：十全大补汤组微

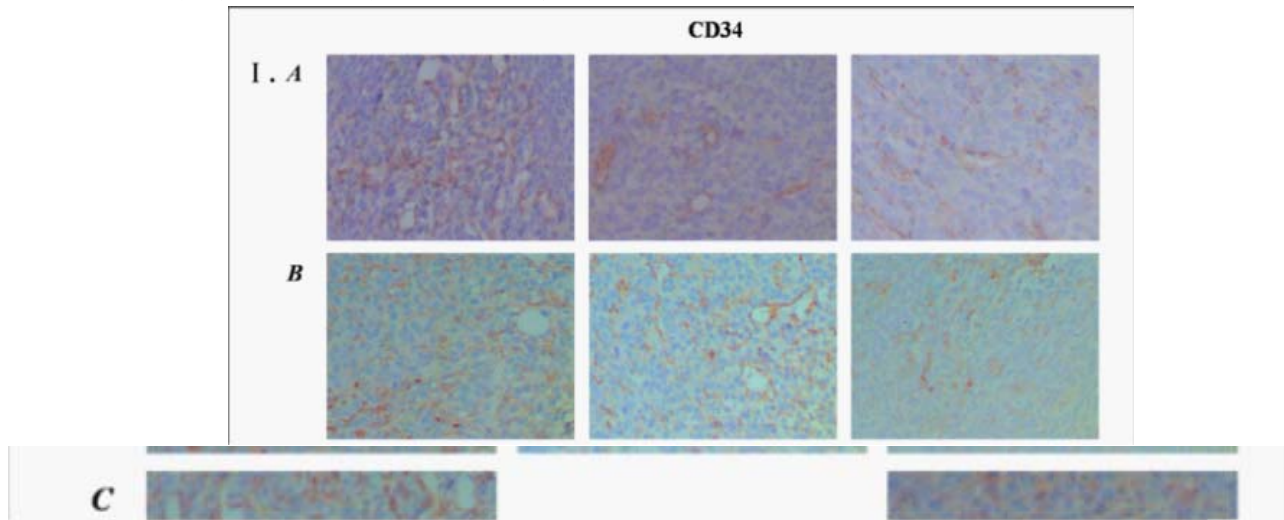


Fig.8. MVD level of tumor cells after primary tumor resection in three models. All photographs were taken at original magnification $\times 100$. Each group contains 10 mice. No mice died during the experiments.

A: Subcutaneous metastases of colon cancer model. B: Hepatic metastasis of colon cancer model.

C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

各组小鼠治疗后转移瘤微血管密度经方差分析有显著性差异，CD34 主要在血管内皮细胞表达，染色阳

性呈棕色或棕黄色。A. 结肠癌皮下移植瘤模型：治疗后十全大补汤组微血管新生抑制作用明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=280.955, 35.80 \pm 7.39$ VS $121.50 \pm 7.38, 63.87 \pm 6.74$, Bars, SE. $aP<0.05, bP<0.01, n=30$ ）。B. 结肠癌肝转移瘤模型：十全大补汤组微血管新生抑制作用明显低于原发瘤切除组、原发瘤未切除组（ $F=356.266, 30.40 \pm 4.71$ VS $114.30 \pm 8.69, 42.60 \pm 8.42$, Bars, SE. $aP<0.01, bP<0.01, n=30$ ）。C. 结肠癌切口种植瘤模型：十全大补汤组微

血管新生抑制作用明显低于原发瘤切除组($F=109.736$, 51.33 ± 8.14 VS 131.10 ± 10.97 , Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=20$)。提示十全大补汤的抗癌

作用可能与下调 CD34 的表达继而抑制肿瘤血管生成有关。

2.6 十全大补汤调节血管生成促进因子/抑制因子的平衡

2.6.1 十全大补汤对小鼠血清中血管生成促进因子 VEGF 表达水平的影响

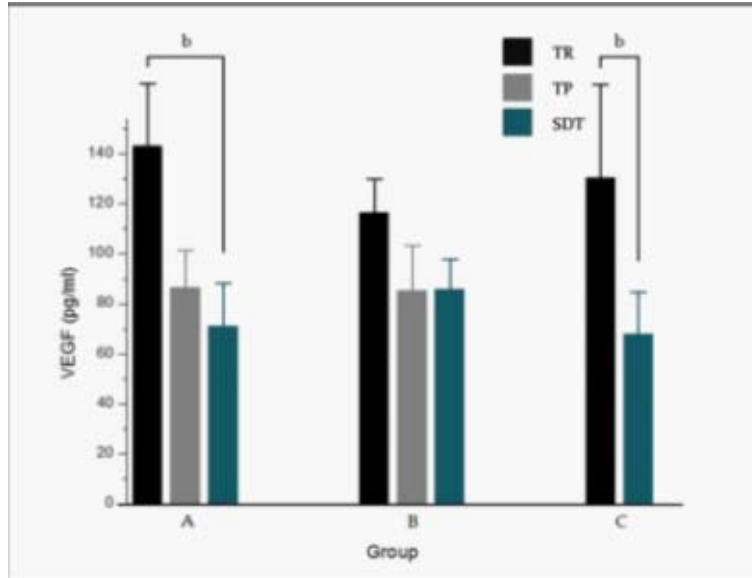


Fig.9. VEGF levels in mouse Serum in three models. A: Subcutaneous metastases of colon cancer model. B: Hepatic metastasis of colon cancer model. C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

($F=33.213$, 142.98 ± 26.73 pg/L VS 86.11 ± 16.16 pg/L、 70.91 ± 18.10 pg/L, Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=30$)。B. 结肠癌肝转移瘤模型：原发瘤切除组、原发瘤未切除组及十全大补汤组血清 VEGF 无统计学差异 ($n=30$)。C. 结肠癌切口种植瘤模型：原发瘤切除组血清 VEGF 的浓度明显高于十全大补汤组 ($F=21.609$, 130.29 ± 36.61 pg/L VS 68.00 ± 17.00 pg/L, Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=20$)。

治疗 10 天后小鼠眼球取血，ELISA 法测得各组血清中 VEGF 表达，A. 结肠癌皮下移植瘤模型：原发瘤切除组血清 VEGF 的浓度明显高于原发瘤未切除组、十全大补汤组

2.6.2 十全大补汤对小鼠血清中血管抑素 AS 表达水平的影响

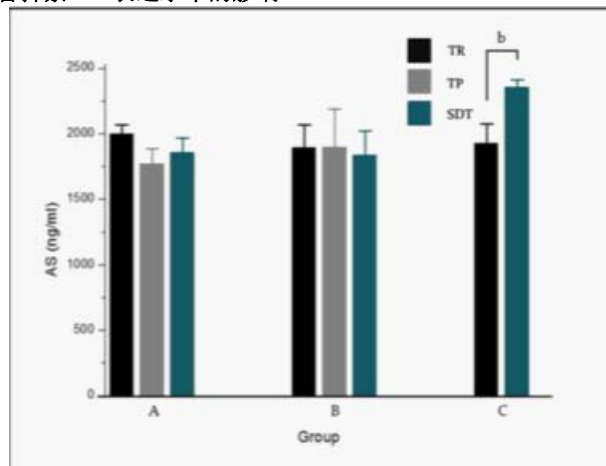


Fig.10. AS levels in mouse Serum in three models. A: Subcutaneous metastases of colon cancer model. B: Hepatic metastasis of colon cancer model. C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

无明显统计学意义 ($n=30$)。B. 结肠癌肝转移瘤模型：原发瘤切除组、原发瘤未切除组、十全大补汤组三者对 AS 的作用无明显的统计学意义 ($n=30$)。C. 结肠癌切口种植瘤模型：十全大补汤组血清 AS 的浓度明显高于原发瘤切除组 ($F=51.51$, 2412.42 ± 139.12 ng/L VS 1964.56 ± 110.15 ng/L, Bars, SE. $aP<0.05$ $bP<0.01$, $n=20$)。

治疗 10 天后小鼠眼球取血，ELISA 法测得各组血清中 AS 表达，A. 结肠癌皮下移植瘤模型：原发瘤切除组、原发瘤未切除组、十全大补汤组三者对 AS 的作用

2.6.3 十全大补汤对小鼠血清中内皮抑素 ES 表达水平的影响

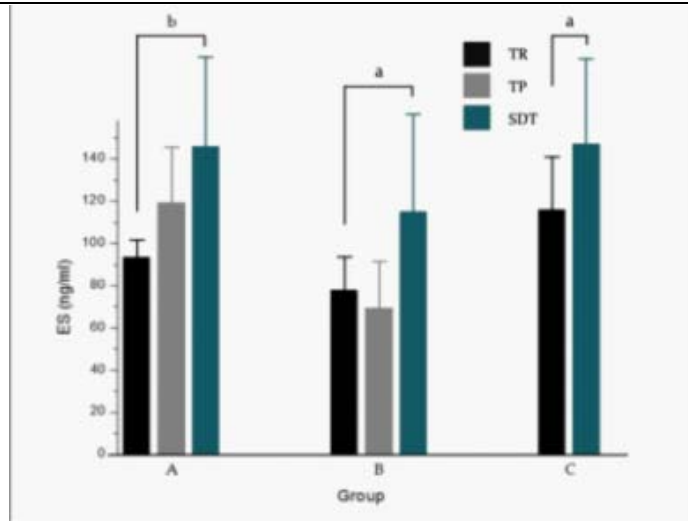


Fig.11. ES levels of mouse serum in three models.
 A: Subcutaneous metastases of colon cancer model.
 B: Hepatic metastasis of colon cancer model.
 C: Cut transplanted tumor of colon cancer model.

治疗 10 天后小鼠眼球取血，ELISA 法测得各组血清中 ES 表达，A. 结肠癌皮下移植瘤模型：十全大补汤组血清 ES 的浓度明显高于原发瘤切除组、原发瘤未切除组 (F=7.427, 145.86 ± 43.81ng/L VS 93.44 ± 8.10ng/L、119.12 ± 28.10ng/L, Bars, SE).

3 讨论

原发瘤对转移瘤的抑制作用以及原发瘤切除对转移瘤生长的促进作用并非新鲜的话题，一个世纪前就有文献报道。Ehrlich 等发现在双侧接种肉瘤大鼠模型中，次后接种的肿瘤生长明显滞后于先前接种（原发）的肿瘤。Marie 等则在实验中发现，接种的肿瘤如果任其自然生长，极少发生自发转移，但如对原发瘤进行不全切除，则常导致转移的发生。半个世纪前对原发瘤切除与自发转移瘤的研究发现，切除原发瘤的小鼠转移的发生率与转移数目要比未切除组低，但同时发现，切除组转移灶比对照组大（14-15），作者解释认为，原发瘤的切除阻止了新的肿瘤细胞种植，减少了转移的发生，但另一方面又让已经发生转移的肿瘤长得更大。我们的三个结肠癌皮下移植瘤、肝转移瘤、切口种植瘤模型，在原发瘤（先前接种肿瘤）切除后，可触及肿瘤的发生率和肿瘤的大小均比未切除组明显增加。

在本研究中我们首次发现十全大补汤可明显抑制手术切除原发瘤对转移瘤生长的促进作用。既往曾有十全大补汤抑制肿瘤转移的报道，如 Ohnishi (4) 曾观察了十全大补汤对小鼠结肠癌细胞 26-L5 门静脉注射制造的肝转移影响，与对照组相比，接种前 7 天开始给予十全大补汤的治疗组肝脏转移结节数明显减少，生存期也明显延长。Matsuda (16) 发现 C57BL/6 小鼠接种肿瘤一周前开始自由食用含 0.2 或 1% 十全大补汤的食物，可显著抑制静脉注射 B16 黑色素瘤细胞引起的肺转移，1% 十全大补汤的食物可显著抑制小鼠足底注射 B16 细胞引起的肺转移。以上研究主要侧重

aP<0.05 bP<0.01, n=30)。B. 结肠癌肝转移瘤模型：十全大补汤组血清 ES 的浓度明显高于原发瘤切除组、原发瘤未切除组 (F=5.573, 113.80 ± 47.20ng/L VS 77.78 ± 17.83ng/L、69.19 ± 21.66ng/L, Bars, SE. aP<0.05 bP<0.01, n=30)。C. 结肠癌切口种植瘤模型：十全大补汤组血清 ES 的浓度明显高于原发瘤切除组 (F=8.952, 146.91 ± 41.32ng/L VS 115.99 ± 26.76ng/L, Bars, SE. aP<0.05 bP<0.01, n=20)。

于十全大补汤对肿瘤转移过程的抑制作用，我们的研究则重点观察十全大补汤对亦已存在的转移灶在原发瘤切除后的生长的影响。肿瘤皮下移植瘤模型具有肿瘤生长易于观察的优点，所以我们首先采用结肠癌皮下移植瘤模型，观察原发瘤（先前接种）切除后，十全大补汤对皮下移植瘤（次后接种）生长的影响，发现原发瘤切除后次后接种的肿瘤细胞 100% 形成可触及的肿瘤结节，而十全大补汤组皮下肿瘤结节的发生率以及肿瘤的大小均较对照组明显减小。结肠癌最常见的转移部位为肝脏，我们又观察了十全大补汤对肝脏转移灶的影响，发现十全大补汤组肝脏肿瘤结节和肝脏重量均较对照组减少，提示十全大补汤对肝脏转移灶的生长也有抑制作用。有报道作为十全大补汤组成部分的四物汤可促进创口愈合，对于种植于切口的结肠癌细胞有何影响？我们进行了实验，同样发现十全大补汤可抑制结肠癌瘤结节的形成和生长。

肿瘤的形成，是由于细胞增殖与细胞凋亡之间的动态平衡失调的结果。我们采用免疫组化技术检测转移瘤组织中 Ki67 以反映肿瘤细胞增殖活性，采用 TUNEL 技术，检测转移瘤组织中的细胞凋亡情况，我们发现原发瘤切除后，转移瘤细胞增殖增加，细胞凋亡减少，十全大补汤可减少原发瘤切除后转移瘤细胞的增殖，增加细胞的凋亡。

研究表明，当转移瘤超过数毫米后进一步生长就必须依赖新生血管，根据转移瘤新生血管形成情况，可以将其分为无血管期和血管期，无血管期肿瘤直径 <1~2mm，保持增生和凋亡的动态平衡，肿瘤可以在无血管供应的状态下长期处于“休眠”状态。原发瘤切

除可以激活无血管期转移瘤进入血管期,一旦进入血管期,肿瘤呈对数生长。本研究发现结肠癌原发瘤切除后转移瘤发生率及大小均较未切除组明显增大,血管密度也明显增加,提示结肠癌原发瘤的切除可触发转移瘤的生长,血管生成与肿瘤的生长密切相关。我们发现十全大补汤在三个原发瘤切除模型中均有明显降低血管密度的作用。既往有研究报道,十全大补汤体外实验可抑制人内皮细胞的增殖、血管的生成,体内实验明显减少老年鼠肿瘤组织血管面积。

血管生成受到促血管生成(pro-angiogenic)因子和抗血管生成(anti-angiogenic)因子的严密调控(17、22)。这两类因子之间的动态平衡构成了血成的“开关”(angiogenic switch)(23),决定着肿瘤的血管生成(24)。O'Reilly认为,原发瘤既可分泌血管生成促进因子,也可产生血管生成抑制因子。大的原发瘤微环境中,血管新生以满足肿瘤不断生长需要,促进因子明显超过抑制因子。但当促进因子、抑制因子同时从瘤床进入循环时,性质不稳定的促进因子水平迅速下降,而性质稳定的抑制因子则产生全

身性的抗血管生成环境,防止小转移灶新生血管,结果使这些肿瘤维持较小和休眠(dormancy)。原发瘤切除后,抑制因子水平快速下降,先前休眠的转移灶快速生长(25-28)。我们研究发现结肠癌原发瘤切除后,血管生成促进因子-血管内皮生长因子 VEGF 增加,血管生成抑制因子-血管抑素 AS、内皮抑素 ES 减少,我们首次发现十全大补汤对原发瘤切除的小鼠可降低外周血 VEGF,提高 AS、ES 水平。十全大补汤如何影响血管生成因子有待进一步阐明。

综上所述,十全大补汤对小鼠结肠癌原发瘤切除后转移瘤生长有明显的抑制作用,其机制可能是通过直接或间接的作用,降低 VEGF 及上调 ES 的水平,减少血管生成,诱导细胞凋亡,抑制细胞增殖。结合实验结果,我们认为结肠癌患者在原发瘤切除后,及时应用十全大补汤对抑制临床或亚临床转移灶生长具有潜在的临床价值。

参考文献: (略)

相关文献:

十全大补汤总多糖成分的免疫抑瘤作用的研究

目的:研究十全大补汤总多糖抗肿瘤作用及对脾细胞功能的调节作用.方法:采用 MTT 法测定不同浓度的十全大补汤总多糖对体外培养的人鼻咽癌 CNE1 细胞增殖的抑制作用及对小鼠脾细胞增殖功能的影响.结果:200 $\mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$ 十全大补汤总多糖在作用 48h 时对鼻咽癌 CNE1 细胞抑制率达 47.1%. 50 $\mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$ 剂量组的十全大补汤总多糖在 72h 明显刺激小鼠脾细胞增殖.结论:十全大补汤总多糖可在体外抑制肿瘤生长,促进脾细胞的增殖.

作者	戎瑞雪(河北大学基础医学院,河北,保定,071000); 王蓓(河北大学基础医学院,河北,保定,071000); 曹志然(河北大学基础医学院,河北,保定,071000); 唐志远(河北大学基础医学院,河北,保定,071000); 王晓晖(河北大学基础医学院,河北,保定,071000); 赵丽君(河北大学基础医学院,河北,保定,071000);
刊名	中国民族民间医药 2011 年 20 卷 06 期
英文期刊名	CHINESE JOURNAL OF ETHNOMEDICINE AND ETHNOPHARMACY
关键词	十全大补汤总多糖抗肿瘤 MTT 脾细胞
MeSH 主题词	脾(Spleen)细胞增殖(Cell Proliferation)细胞(Cells)鼻咽肿瘤(Nasopharyngeal Neoplasms)小鼠(Mice)目的(Goals)研究(Interdisciplinary Studies)研究(Research)
分类号	R961.1
栏目名称	药物研究

味二仙汤预防化疗致血细胞减少疗效观察

王秀献 王伟 邵一

(河南省唐河县公疗医院, 河南 唐河, 473400)

中图分类号: R255.2;552 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0344-04

【摘要】 化疗后血细胞减少, 尤其是白细胞减少在肿瘤内科极其常见。根据临床表现可分气虚、血虚、阴虚、阳虚、气血亏虚、阴阳两虚等, 亦有合并热毒内盛者。临床以“升血方”为主辨证施治, 确能收到很好疗效。

【关键词】 血细胞减少; 中医药疗法; 升血方

恶性肿瘤发病率不断升高, 严重威胁着人类的健康。长期的临床实践证明, 只有采取多学科综合治疗, 才有可能不断提高疗效, 延长生存期, 提高生活质量。化疗, 尤其是联合化疗的作用越来越得到重视, 但化疗中的副作用之一就是骨髓抑制血细胞减少。尤以白细胞减少为甚, 常常使化疗延期或不能继续进行。西药口服药疗效不确切, 针剂价格昂贵, 切不持久。自 2005 年以来, 我们在化疗中配服升血方, 使绝大部分患者能按时完成化疗, 现报告如下:

1 临床资料

入组观察共 120 例, 门诊或住院病人。其中男 68 例, 女 52 例。最大年龄 83 岁, 最小年龄 19 岁, 平均 53 岁。肿瘤包括肺 Ca、食管 Ca、胃 Ca、结肠 Ca、卵巢 Ca、恶性淋巴瘤等。所用药物包括顺铂、卡铂、丝裂霉素、阿霉素、司莫司汀、长春瑞滨、紫杉醇、多西他赛、足叶乙甙等。所用化疗方案均为两种以上联合化疗, 均对骨髓产生轻重度抑制作用。

2 治疗方法

药用升血方: 仙茅 30g; 仙灵脾 30g; 巴戟天 30g; 熟地 15g; 黄芪 30g; 党参 15g; 炒山药 30g; 山茱萸 30g; 女贞子 15g; 大枣 7 枚; 威灵仙 30g; 五加皮 30g; 生苡仁 30g; 白芍 15g。

若以气虚为主: 症见少气乏力、神疲懒言、脉细弱、舌淡体胖者, 重用党参、黄芪加炒白术、炙甘草。

以血虚为主: 症见头晕心悸、面色无华、唇色淡、

舌淡、脉细弱或数者, 加白芍、当归、阿胶。
以肾阳虚为主: 症见形寒肢冷、腰膝冷痛、喜温喜按, 面色黄晄白、夜间尿频数或清长者, 加制附子、肉桂。
以肾阴虚为主: 症见腰膝酸困、头晕耳鸣、盗汗、手足心热、舌红少苔、脉沉细数, 加何生乌、生地、鳖甲、知柏、黄柏。
以血瘀为主: 症见面色黎黑、刺痛、痛有定处、唇暗或两目暗黑、舌质黯红或瘀斑、脉涩或弦紧, 加赤芍、丹参、红花、牛膝、土鳖虫、全蝎等。
以热毒内盛为主: 症见发热、烦渴、大便干、舌红苔黄、脉滑数, 加白花蛇草、半枝莲、石上柏、山慈菇、大黄等。
若兼有两型以上者, 上述药物可合并应用。于停止化疗后第三天开始, 或查白细胞已开始下降即服。因此时大多数患者化疗中的消化道副反应已不明显可接受中药。每日一剂, 分早晚两次口服, 每一周期服药 10—18 剂不等, 如口服汤剂不便, 上药可配制成水丸服, 至下一次开始化疗为止。

每个化疗周期前均常规检查血象、肝肾功能、心电图, 化疗过程中每周化验血常规一次, 发现白细胞下降即辩证后给予升血方加减口服, 口服中药期间每 2 天化验血象一次, 白细胞下降情况按世界卫生组织分度方法进行统计。

3 治疗结果

血细胞的不同程度降低及患者服药后的血细胞升至正常最低值以上的天数。见表 1

表 1 白细胞下降情况及升至正常所需天数

程度	I 度 (45 例)	II 度 (35 例)	III 度 (22 例)	IV 度 (18 例)
天数	6	8	12	19

表 2 血红蛋白下降情况及升至正常所需天数

程度	○度 (50 例)	I 度 (58 例)	II 度 (12 例)
天数	不服药	9	15

表3 血小板下降情况及升至正常所需天数

程 度	○度 (58 例)	I 度 (52 例)	II 度 (10 例)
天 数	不服药	8	14

4 讨 论

从以上三个表格可以看出, 所选 120 例病例均以白细胞减少为主, 伴或不伴有血红蛋白、血小板减少, 实际上血红蛋白、血小板在 I 度以下减少者并不影响化疗, 但白细胞减少则不同。血细胞减少属中医“虚劳”、“血虚”等范畴。在肿瘤内科会经常碰到, 给治疗肿瘤患者带来极大麻烦。象西药利可君、鲨肝醇、氨肽素、肌昔、腺昔钴胺等疗效不肯定, 促红素、粒细胞集落刺激因子、输注血小板等措施。一方面患者应用不方便, 另一方面也因价格昂贵, 普通百姓不能接受, 且常因作用及维持时间短, 影响治疗。而中药在发现血细胞降低时就服用, 一方面疗效持久、且不会影响治疗, 并能充分发挥中医辨证施治及整体观优势, 化疗中的其它毒副作用亦能一并治疗。本症与心肝功能失调, 尤其是脾肾亏虚关系密切。

基于此, 笔者在临床上使用升血方, 辨证施治,

随症加减, 确能收到较好疗效, 使许多患者顺利完成治疗, 毒副反应降到最低。方中仙茅、仙灵脾、巴戟天补肾壮阳; 炒山药、山茱萸、女贞子、熟地滋阴补肾、填精补髓。现代医学证实山茱萸确有升高白细胞作用, 我们这个地方也有将山茱萸、大枣同服升白作用亦很好。生苡仁、党参、黄芪补脾益肺、升阳举陷, 使气血生化有源。白芍、大枣滋阴养血生血。威灵仙、五加皮强筋壮骨, 刺激骨髓造血功能, 提高机体免疫力。大量中药药理研究证实: 以上诸药合用具有防治血细胞减少, 减轻化疗对机体正气的损伤, 增强机体抗病能力, 提高抗肿瘤疗效, 调整机体阴阳平衡, 保护骨髓促进造血及提高机体免疫力, 化疗周期能顺利完成。另外, 我们观察到服中药治疗者确能提高患者生存质量, 延长生存期, 减轻消化道反应方面亦有明显优势。

相关文献:

加味二仙汤治疗绝经后骨质疏松症 49 例

〈篇首〉随着我国步入人口老龄化社会, 骨质疏松症逐渐成为常见病, 多发病, 我国现有骨质疏松症病人约 9000 万人。到 2050 年将激增至 2 亿多人, 占人口的 13.2%, 临床中以绝经后女性为多见, 笔者采用加味二仙汤治疗绝经后骨质疏松症 49 例取得良好的效果, 报告如下。

作 者 刘永胜 (内蒙古包头医学院第一附属医院中医科, 包头, 014010);

刊 名 光明中医 2011 年 26 卷 04 期

英文期刊名 GUANGMING JOURNAL OF CHINESE MEDICINE

癌痛消抗肺癌血管增生的临床研究

刘俊保

(河南省人民医院, 河南 郑州, 450003)

中图分类号: R285.5;34.2 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0346-02

【摘要】 目的: 探讨癌痛消抑制肿瘤血管生成的效应与机制。方法: 观察近年来中医药在抑制肿瘤血管生成效应与机制方面的理论及结果。结果: 癌痛消在抑制肿瘤血管生成方面效应明显, 机制明确。结论: 深入挖掘中医药抑制肿瘤血管生成的优势和潜能非常必要。

【关键词】 抗肿瘤; 癌痛消; 临床研究

【Abstract】 Objective: To investigate the effects of aitongxiao soup inhibiting tumor angiogenesis and mechanism. Methods: We studied medicine in recent years in inhibiting tumor angiogenesis effect and mechanisms of theory and scientific research. Results: aitongxiao soup n inhibiting tumor angiogenesis aspect effect obvious, mechanism is clear. Conclusion: In-depth excavation of TCM inhibiting tumor angiogenesis advantages and potential is very necessary.

【Keywords】 anti-tumor; aitongxiao soup; clinical study

肺癌发病率逐年上升, 目前国内外许多学者对其治疗进行研究, 但肺癌生存率仍不很理想, 我们用癌痛消对肺癌血管生成进行临床研究, 主要观察对 VEGF, BFGF, TNF- α 的影响, 取得了满意的效果, 先报导如下:

1 材料与方法

1.1 诊断标准

参照全国高等医药院校教材的诊断标准^[1]

1.2 一般资料

将符合诊断标准的 60 例原发性支气管肺癌随机分为观察组和对照组。观察组 30 例, 男 10 例, 女 20 例; 年龄 58~79 岁, 平均年龄 67.33 \pm 7.6; 对照组 30 例, 男 12 例, 女 18 例; 年龄 59~77 岁; 平均年龄 67.93 \pm 6.9; 两组一般资料比较无显著性差异 ($P>0.05$) 具有可比性。

1.3 治疗方法

治疗组用癌痛消液每次 30ml, 每日 3 次。癌痛消液由半边莲, 半枝莲, 蟾酥, 水蛭, 全虫, 昆布,

蜈蚣等组成。对照组常规给予补液、营养、纠正离子紊乱等对症治疗。给与岩舒注射液 (复方苦参注射液, 山西振东制药) 20 mL 加入生理盐水 250 mL, 静脉点滴, 每天 1 次, 15 天为 1 个疗程, 连用 2 疗程。治疗前后实验室检查血管内皮生长因子 VEGF, 碱性成纤维细胞生长因子 bFGFH 和肿瘤坏死因子 TNF- α 的检测。胸部 CT

1.4 疗效标准^[2]完全缓解 (CR)

肿瘤完全消失持续 1 个月以上。部分缓解 (PR); 肿瘤两个最大相互垂直径乘积减少 50% 以上并持续一个月以上。稳定 (SD); 肿瘤两个最大相互垂直径乘积减少不足 50% 以上并持续一个月以上。无效: 没达到上述标准及肿瘤增大者。

2 结果

临床疗效

治疗组有效率为 60% 对照组为 36% 两组有效率比较有显著性差异 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者治疗前后 WBC 变化比较 (例数)

	n	CR	PR	SD	有效率%
观察组	30	12	15	3	90
对照组	30	2	10	18	40

**与试验组比较 $P<0.01$

2.2 观察组与对照组 VEGF 治疗前后差值比较差异显著 $P<0.01$ 见表 2。

表 2 二组对 VEGF 改善程度 (差值) 比较 (pg/ml)

	例	治疗前	治疗后	差值
试验组	30	556 \pm 125	235 \pm 98	321 \pm 5
对照组**	30	553 \pm 124	453 \pm 115	100 \pm 11

**与试验组比较 $P < 0.01$

2.3 观察组与对照组 bFGF 治疗前后差值比较差异显著 $P < 0.01$ 表 3。

表 3 二组对 bFGF 改善程度比较 (pg/ml)

	例	治疗前	治疗后	差 值
试验组	30	19.57±2.1	12.4±1.8	2.02±0.3
对照组**	30	18.04±0.17	13.05±0.2	0.1±0.05

**与试验组比较 $P < 0.01$

2.4 观察组与对照组 TNF- α 治疗前后差值比较差异显著 $P < 0.01$

表 4 二组对 TNF- α 改善程度比较 (pg/ml)

	例	治疗前	治疗后	差 值
试验组	30	27.5±2.4	5.2±3.4	19.2±3.8
对照组**	30	29±6.3	25±6.1	1.2±1.5

**与试验组比较 $P < 0.01$

3 论 讨

肿瘤有良恶之分，恶者即癌肿，属中医学“积聚”范畴。其机制一般认为是人体内部脏腑、经络、气血、津液等化生、传输中的瘀、毒、虚的集中反映。“瘀”是言其外在的、后天产生邪气而致的积痞块，或血脉迟涩不畅，其他如痰饮、湿浊等。王肯堂曰“痰积既久，如泡渠壅遏藏久，则倒流逆上，瘀浊臭秽无所有不有……”。痰血又可胶结为病。“毒”是瘀结病理作用于机体的体，包括致病因素和癌肿转传变和转移性，又有“癌毒”之称。“癌肿”一旦留结，阻碍经气，结痰留瘀成肿块；瘤体夺精自养，正气亏虚，更无力制约癌肿。癌肿愈强，愈益耗伤正气，如此癌肿与日俱增，机体日益虚弱。

癌痛消液由半边莲，半枝莲，蟾酥，水蛭，全虫，昆布，蜈蚣等组成。具有清热解毒，软坚散结，化痰活瘀的功能。可抑制肿瘤细胞的增殖和转移，可增强化疗药物的疗效，提高机体免疫功能。现代医学有关靶向治疗方面的研究取得了显著进步。实验表明：中药能抑制基质金属蛋白酶的表达，干扰内皮细胞与细胞外基质的相互作用，阻止肿瘤血管网的形成血管内皮生长因子（英文：vascular endothelial growth factor，简称：VEGF），早期亦称作血管通透因子（英文：vascular permeability factor，简称：VPF），是血管内皮细胞特异性的肝素结合生长因子（heparin-binding growth factor），可在体内诱导血管新生（induce angiogenesis in vivo）能直接作用于血管内皮细胞促进血管内皮细胞增殖，增加血管通透性，癌痛消液能抑制肿瘤细胞 VEGF 的产生，降低血清 VEGF 的水平，达到抗肿瘤血管生成的作用。

bFGF 是一个传递发育信号，能促进中胚层和神经外胚层细胞分裂的多肽。是重要血管新生调控因子^[3]，具有强烈的血管生成作用。在体外，能刺激细胞增殖、迁移，诱导纤溶酶原激活物及胶原酶活性，是与肝素有高亲和力的细胞促分裂原。癌痛消液能抑制肿瘤细胞 VEGF 及 bFGF 的产生，降低血清 VEGF 及 bFGF 的水平，达到抗肿瘤血管生成的作用。

TNF- α 主要由活化的单核/巨噬细胞产生，能杀伤和抑制肿瘤细胞，促进中性粒细胞吞噬，抗感染，引起发热，诱导肝细胞急性期蛋白合成，促进髓样白血病细胞向巨噬细胞分化，促进细胞增殖和分化，是重要的炎症因子，并参与某些自身免疫病的病理损伤。

抗肿瘤血管生成治疗是目前研究治疗肿瘤的热点，本研究结合个人多年的研究治疗肺癌的经验，用癌痛消治疗，效果较好，值得临床推广。

参考文献：

- [1]叶任高,陆再英.内科学.6版.北京:人民卫生出版社.2004;123
- [2]孙燕.内科肿瘤学,北京:人民卫生出版社.2003;994
- [3]Dietz,RudatV,ConradtC,etal influence of intratumoral basic fibroblast growth factor concentration on survival in ovarian cancer patients. Cancer lett ,1998,130(1-2):69-76

作者简介：

刘俊保，研究生学历，主任医师，教授，硕士研究生导师。河南省中医学会方剂专业委员会副主任委员，《中医学报》英文主编与肿瘤研究栏目主编，《中医药管理杂志》常务理事。专业：主攻肿瘤。主持河南省科技攻关项目 5 项，国家十一五中医药科研项目 1 项，主编大型中西医结合专著 2 部。参加编写专著 2 部。译著 1 部。发表学术论文及科普文章 60 篇。

浅谈中医中药治疗肿瘤放化疗 白细胞减少症的重要作用

李自强

(洛阳市第二中医院, 河南 洛阳, 471000)

中图分类号: R730.5;273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0348-04

恶性肿瘤(以下简称肿瘤)发病率一直呈上升趋势,特别是过去二三十年以来,肿瘤发病以每年在3%到5%的速度在提高,而且在提高当中80%新发肿瘤发生在中国、印度、巴西这样的发展中国家,就我国而言,癌症已成为居民的第二位杀手,目前,针对肿瘤有确切疗效的治疗手段主要有手术治疗、放射治疗和化学药物治疗。但据有关资料表明,肿瘤病人确诊时适宜手术的仅占三分之一左右,绝大多数病人确诊时已属中晚期需要接受放射治疗和(或)化学药物治疗。由于放、化疗选择性差,不能有效的识别肿瘤细胞与正常细胞,因此所有的放、化疗都不能在杀伤肿瘤细胞的同时避免对正常组织的损害,因此均出现一定程度的副反应,如抑制骨髓造血机能等,轻者出现白细胞减少,血小板减少,重者全血细胞减少。目前中医药在晚期肿瘤的临床治疗中已经占据重要位置,尤其在改善放化疗后白细胞减少方面,显示出了其独特的优势。本文就近年来笔者在临床工作中应用中医药来预防和治疗放、化疗所致的白细胞减少症,并取得了较为满意的效果,总结如下,仅供同道参考。

1 病因病机

根据临床表现,白细胞减少症当属中医之“虚劳”范畴,中医认为,血液的生成主要与脾胃和肾的生理功能有关,脾胃为后天之本,气血生化之源,五脏六腑赖以滋养,脾气虚则气血生化无源则血虚,肾为先天之本,肾藏精,精血同源。肾气虚则髓不能满,血不能化生,故全身失养。肿瘤经放射治疗后,常可出现“火毒内攻”或“阴虚火旺”之证,同时李氏认为化疗药亦是一种热毒之药,可伤阴耗气,使人体正气受损,脾胃运化功能失常,以致气阴两伤,气血亏虚,脾肾虚损故全身失养,则虚损衰竭皆至。综上所述虚劳病机不外乎先天和后天,先天在于肾,后天在于脾胃。

2 中医药治疗

2.1 中药治疗

根据临床常见病例,放化疗后引起的虚劳,根据辨证,可大致分为以下五个证型,阴虚火旺,脾胃气

虚,气血亏虚,气虚血瘀,脾肾阳虚。阴虚火旺:临床表现为口干舌燥,肌肤干枯,咽喉干涩疼痛、甚则两颧潮红、五心烦热、盗汗、舌红少津、脉细数等。治疗则以养阴清热,生津润燥为主,药用太子参15g、沙参12g、麦冬15g、生地12g、丹皮12g、天花粉15g、知母12g、墨旱莲15g、石斛12g、鳖甲15g等。脾胃气虚:临床表现为周身乏力,气短自汗,食欲不振、食后胀满等脾气虚弱症状,治疗以益气健脾为法,方用四君子汤为基础,药加焦三仙各24g、炒内金15g、山药15g、白扁豆15g、三棱6g、莪术6g、川朴10g、苏梗10g、陈皮10g等。气血亏虚:临床表现为头晕目眩,面色苍白,心慌,唇口舌淡等症,则应健脾益气养血,方用当归补血汤合补中益气汤加阿胶15g、首乌15g等。气虚血瘀:临床表现为:见肌肤甲错,身有疲斑,痛有定处,舌质紫暗等则应佐以活血行血,补阳还五汤加三七粉(另冲)6g、鸡血藤30g等。脾肾阳虚:临床表现为:见面色苍白,精神萎靡,畏寒肢冷,腰膝酸软,舌体胖大边有齿印等,则宜益气温阳补血,药加补骨脂15g、仙茅15g、首乌15g、仙灵脾12g、桂枝9g、当归15g、冤丝子15g等。总之,放、化疗所致的白细胞减少症多责于脾肾,以健脾益气为主,全面兼顾。

2.2 隔物灸治疗

艾炷隔物灸又称间接灸,是指在艾炷与皮肤之间隔垫上某种物品而进行施灸的一种方法。此法首载于晋·葛洪的《肘后备急方》。我科根据病人整体情况,结合舌脉,中医四诊合参,除辨证为阴虚火旺的病人外,白细胞低下症的病人多采用中药汤剂配合隔姜灸治疗,主要取穴大椎、双膈俞、双脾俞、双胃俞、双胃俞,具体方法为:取生姜一块,选新鲜老姜,切成厚约0.2~0.5cm厚的姜片,大小可据穴区部位所在和选用的艾炷的大小而定,中间穿刺数孔。施灸时,将其放在穴区,置中等艾炷放在其上,点燃。待局部灼痛时,更换艾炷再灸。一般每次灸3~5壮,以局部潮红为度。隔天一次。从临床30例放化疗后伴白细胞低下症的病例分析,同时配合中药汤剂口服,提升患者白细胞有效率达80%以上。

3 结 语

中医学并无白细胞减少症之病名,根据其临床表现,将其归属为“虚劳”范畴,近年来,用中医药治疗白细胞减少症的报道很多,寻找安全、高效、低毒、经济,既能促进造血,又能调节机体免疫功能的药物及治疗方法,成为中医药研究的热点。近年来诸多医家多偏重抗肿瘤中药的化学成分研究,因此亦多根据现代药理作用堆砌应用中药,寄希望以此增强机体的免疫力,从而忽视了中医辨证论治的整体观念及传统

方剂的配伍意义。建议还应从中医整体观念出发,结合患者个体的症状体征,辨证论治,以期进一步提高疗效,开发新的有效方剂及治疗方法。

作者简介:

李自强,男,39岁,河南中医学院毕业,硕士研究生,副主任医师;自毕业以来一直从事临床一线工作,在临床工作中勤于实践,博采众长,学贯中西,勇于创新;现任洛阳市第二中医院肿瘤·血液内科病区科主任,中国农工民主党洛阳市涧西区直工委主委兼第二中医院支部主委。

相关文献:

静脉化疗联合腹腔灌注化疗治疗晚期胃癌的疗效

目的 观察静脉化疗联合腹腔化疗治疗晚期胃癌的临床疗效.方法 对30例晚期胃癌患者均采用静脉化疗联合腹腔灌注化疗.多西紫杉醇 $60 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ 加入生理盐水 250 mL 中静脉滴注,第1天;亚叶酸钙 $0.2 \text{ g} \cdot \text{m}^{-2}$ 加入生理盐水 250 mL 中静脉滴注,第1-2天;氟尿嘧啶 $2.5 \text{ g} \cdot \text{m}^{-2}$ 减去 2 g 输液泵泵注持续 48 h,第1-2天.氟尿嘧啶 1 g 加入生理盐水 500 mL 中腹腔灌注,第1天、第8天;顺铂 $35 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ 加入生理盐水 500 mL 中腹腔灌注,第1天、第8天;生理盐水 500~1 000 mL 腹腔灌注,第1天、第8天.观察30例患者疾病进展时间(TTP)、临床疗效及不良反应、有无并发症发生等情况.结果 30例患者中,完全缓解(CR)3例,部分缓解(PR)11例,稳定(SD)8例,进展(PD)8例,总有效率为 46.67%(14/30);TTP为 4.2~8.1个月. I度白细胞减少占 76.67%(23/30), I度恶心、呕吐占 40.00%(12/30).未发生腹腔灌注化疗引起的化学性腹膜炎、腹腔感染、种植转移、持续性肠麻痹、肠梗阻及肠穿孔等并发症.结论 采用静脉化疗联合腹腔灌注化疗治疗晚期胃癌有较好的疗效,不良反应少.

“扶正调理口服液”对化疗后白细胞降低的作用

彭小菊

(青岛大学医学院附属医院, 山东 青岛, 266003)

中图分类号: R285.5 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0350-02

【摘要】目的: 观察自制中药“扶正调理口服液”对化疗后病人白细胞降低有无提升作用。方法: 按病人来诊先后顺序, 以单双号分组, 设中药组和对照组, 中药组给予口服“扶正调理口服液”30天, 观察服药前后白细胞总数和中性粒细胞数值, 对照组仅观察30天前后白细胞总数和中性粒细胞数值。结果: 中药组用药后比用药前白细胞总数升高显著, 中性粒细胞升高显著, 对照组30天后比30天前白细胞总数也有升高, 中性粒细胞也升高, 用药后中药组比对照组白细胞总数升高显著, 中性粒细胞升高也显著。结论: “扶正调理口服液”对化疗后病人白细胞降低有提升作用。

癌症正在成为人类第一杀手, 美国癌症协会(ACS)发表了全球癌症统计学数据报告。该报告显示, 全球癌症相关负担在不断增加, 该研究报告以国际癌症研究机构(IRAC)发布的2008年全球癌症统计数据为基础, 分析了全球20个区域常见癌症的发病率和死亡率。统计数据显示, 2008年全球癌症新发病例约为1270万, 癌症死亡例数为760万; 其中发展中国家的癌症新发病例和死亡病例分别占到56%和64%。[1] 2009年统计: 中国每年癌症新发病例为220万人, 因癌症死亡人数为160万人。近20年来, 中国每4-5个死亡者中就有一个死于癌症, 居死亡原因之首。随着中国老龄化、食品和环境污染、社会压力加大等因素的影响, 癌症的发病率和死亡率还会增长。

目前人类尚未攻克癌症, 尽管找到很多方法延缓其发展, 但都存在很多缺陷。比如, 化疗可一时抑制肿瘤细胞的生长, 但同时会对人体造成多系统的损伤。最常见的一种是对造血系统的损伤, 临床上见到血象低, 化疗引起的白细胞减低很普遍。针对目前癌症治疗现状, 作为中医工作者, 我们选择临床观察效果较好的中药组方, 制成口服液, 给化疗后白细胞降低的

病人服用, 观察血象和某些生化指标, 在此, 仅报告该口服液对白细胞总数和中性粒细胞的影响。

1 方法

病人选择: 2010年6月1日至2011年6月1日, 由青岛大学医学院附属医院肿瘤科化疗后, 白细胞减低的病人36人(男19人, 女17人)。

分组: 按病人来诊先后顺序编流水号, 以单双号分组, 设中药组和对照组。

观察指标: 中药组服药前后白细胞总数平均值和中性粒细胞数平均值, 对照组不给药, 仅观察化疗后30天前后白细胞总数平均值和中性粒细胞数平均值。进行组内比较以及用药后上述两组白细胞与中性粒细胞的组间比较。

组方原则与基本药物: 益气补血、滋阴养肝、补肾填精为基本原则, 辅以清热、理气、活血行滞之品, 组方用灵芝、黄芪、生地、茯苓、三七、黄精等15味中药。

给药方法: 中药组给予“扶正调理口服液”口服, 150ml/次, 2次/日, 连服30天。

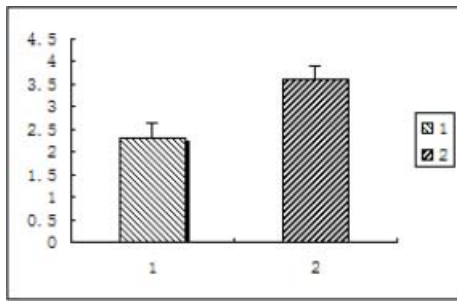
2 结果

如表1、表2、表3和相应的柱状图。

表1 中药组给药前后比较 (n=18, p<0.05)

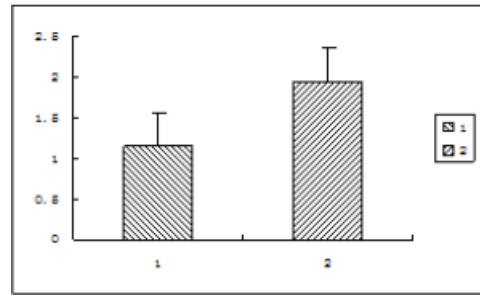
项目	给药前	给药后
白细胞 (10 ⁹ /L)	2.32±0.417	3.61±0.306**
中性粒细胞 (10 ⁹ /L)	1.13±0.205	1.94±0.310**

** p<0.05,



白细胞柱状图

1: 用药前 2: 用药后



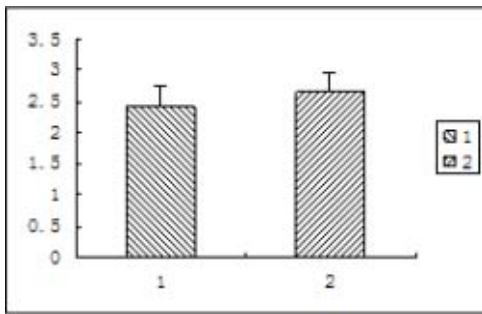
中性粒细胞柱状图

中药组给药前后相比较，表明给药后能明显的提高病人的白细胞数量与中性粒细胞的数量，有显著差异。

表 2 对照组 30 天前后比较 (n=18, p<0.05)

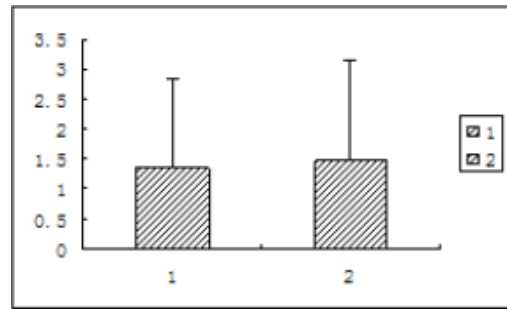
项目	给药前	给药后
白细胞 (10*9/L)	2.41±0.33	2.65±0.291**
中性粒细胞 (10*9/L)	1.18±0.166	1.43±0.201**

**p<0.05,



白细胞柱状图

1: 用药前 2: 用药后



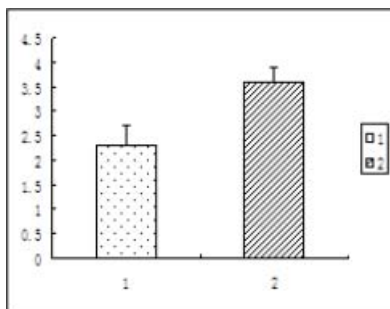
中性粒细胞柱状图

表明对照组尽管未服中药，其白细胞数与中性粒细胞数在化疗结束后 30 天，也有提高。

表 3 给药后中药组与对照组比较 (n=36, p<0.05)

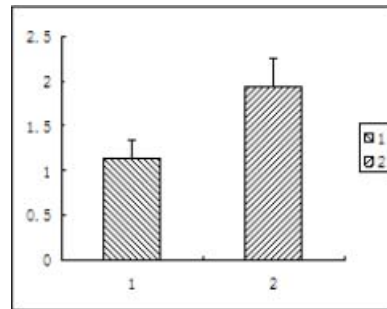
组别	N	白细胞数 (10*9/L)	中性粒细胞数 (10*9/L)
中药组	18	3.61±0.306**	1.94±0.310**
对照组	18	2.65±0.291	1.43±0.201

** p<0.05



白细胞柱状图

1: 对照组 2: 中药组



中性粒细胞柱状图

中药组与对照组在服药后进行白细胞和中性粒细胞数量比较,变化有显著性差异,柱状图示数量上差异明显,统计学处理数据也显示差异性显著。

中药组用药后比用药前白细胞总数升高,中性粒细胞升高,对照组 30 天后比 30 天前白细胞总数略有升高,中性粒细胞略有升高,用药后中药组比对照组

白细胞总数明显提高,中性粒细数在用药后,两组对比也有显著差异。

3 结论

“扶正调理口服液”对化疗后病人白细胞降低有明显的提升作用。

参考文献:

[1] <<医师报>> CA. 2011 年 2 月 4 日在线版

相关文献:

生物活性菌21世纪美容养颜新突破

目前,在国外尤其是在欧美等一些发达国家,人们十分青睐微生物活菌功能饮品,随着人们消费水平不断提高,保健意识的逐步增强,微生物活菌饮品将成为21世纪保健美容的热点和主流。“红宝露”八篮玉肤调理口服液是合肥红宝露生物工程有 限公司生产的一种纯天然、无副作用、发酵型微生物活性健康饮品,采用现代生物技术精制而成的。该产品即是食物,又是药物;滋补以扶正,疗食而镇邪,两者对人体健康相辅相成,营养及为丰富,具有人参、鹿茸补益之效。长期饮用红茶菌有美容、保健、长寿三大功能,是一个不可多得的美容保健佳品。本文介绍了其产品的营养成分和美容养颜的功效。

作者	吴国生
母体文献	第八届东南亚地区医学美容学术大会论文集
会议名称	第八届东南亚地区医学美容学术大会
会议时间	2004-08-01T12:00:00
会议地点	武汉
主办单位	中国保健科技学会医学美容学会
关键词	生物活性菌美容养颜功能饮品红茶菌营养成分
MeSH 主题词	发达国家(Developed Countries)美(Beauty)生物技术(Biotechnology)人体(Human Body)性(Sex)水(Water)人(Persons)鹿(Deer)
分类号	TS275. 4

温针灸健脾益胃法治疗

肿瘤放化疗后白细胞减少症 30 例临床观察

唐素敏¹ 聂秋明² 项南² (河北联合大学附属医院中医科)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0353-04

我科于 2003 年 1 月~2010 年 12 月应用温针灸健脾益胃法治疗放、化疗后白细胞减少的恶性肿瘤 30 例, 现报告如下。

109/L 以上。从而证实温针灸健脾益胃法提高白细胞的疗效高于口服西药者。

1 临床资料

4 讨论

一般资料 2003 年 1 月~2010 年 12 月住在本院肿瘤科及血液内科的肝癌、肺癌、鼻咽癌、乳腺癌、食管癌、胃肠道癌、恶性淋巴瘤等患者 60 例, 均经 X 线摄片、AFP、B 超、CT、病理活检等检查, 诊断明确。因用 MF、CAF、CHOP、PPF、CAV、DDP+ADM+5-FU 介入等化疗方案及放疗后白细胞低于 $4.0 \times 10^9/L$ 的患者, 随机分成治疗组和对照组。治疗组: 男 19 例, 女 11 例, 年龄 29~66 岁, 平均年龄 47.5 岁。对照组: 男 21 例, 女 9 例, 年龄 26~70 岁, 平均年龄 48 岁。

肿瘤放、化疗的主要副作用之一是骨髓抑制、白细胞减少。一些病人往往因此而不得不延长放、化疗或中止放、化疗, 影响了治疗效果。同时, 恶性肿瘤的病人由于放、化疗导致粒细胞减少, 白细胞运动能力减低, 杀菌能力减弱, 特异免疫功能下降, 感染多数反复发作、难治, 致病微生物对抗生素多数不敏感。因此, 恶性肿瘤病人多数死于感染, 甚至发生败血症而死亡。为了提高白细胞、预防和治疗感染, 保证化疗按时完成, 临床上常用鲨肝醇、利血生等升白细胞药物。因为鲨肝醇、利血生等升白细胞药物, 一方面能升高动物因放射线照射而降低的巨核细胞、粒细胞, 并延长生长时间。另一方面可对抗由于苯中毒、抗癌药物等所引起的造血系统的抑制。中医对此辨证当属气血亏虚, 气血生化乏源。肾为先天之本, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 而温针灸健脾益胃组具有通过艾灸的温热、温通、温补的效果, 达到调理脾胃、扶助正气; 取脾经之腧穴血海、阴陵泉、地机、三阴交, 胃经腧穴梁丘、足三里、上巨虚、下巨虚。诸穴合用达到调脾胃、理中焦、益肝肾、补精血、生精髓的作用, 针、灸的配合起到刺激人体穴位的皮肤感受器, 通过经络的传导传入中枢, 经整合调控机体神经、内分泌、和免疫系统, 提高 T 细胞免疫功能, 增强吞噬能力, 防止放疗及化疗对造血系统的损伤等作用。调整整个机体的内环境而起作用。

2 治疗方法

治疗组: 取穴脾经腧穴血海、阴陵泉、地机、三阴交; 胃经腧穴梁丘、足三里、上巨虚、下巨虚; 针刺得气后, 针柄插入艾柱并点燃。艾条温和灸背俞穴脾俞、胃俞穴 30 分钟。每天 1 次, 7 d 为一疗程。每 3 d 复查一次血象, 视周围血象正常后停针。对照组: 放、化疗白细胞下降后每天服用药物: 鲨肝醇 100 mg 口服每日 3 次, 利血生 20 mg, 口服每日 3 次, 每 3 d 复查一次血象, 视周围血象正常后停药。

3 结果

治疗前两组病例的白细胞计数低于 $4.0 \times 10^9/L$ 差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。口服西药鲨肝醇、利血生和中医温针灸后, 白细胞均有不同程度的上升。而行中医温针灸健脾益胃法的疗效明显优于口服鲨肝醇、利血生 ($P < 0.05$)。治疗组白细胞回升的平均天数为 6.2 d, 对照组白细胞回升的平均天数为 11.8 d。治疗组在温针灸后 7 d, 83.3% (25/30) 患者细胞回升达 $4.0 \times 10^9/L$ 以上, 而对照组口服鲨肝醇、利血生后 7 d, 仅有 40% (12/30) 患者白细胞回升达 $4.0 \times$

研究发现随着患者放化疗后免疫系统功能改善, 患者的症状也大大改善, 特别是温针灸可以明显改善神疲、乏力、纳差、腕腹胀满及治疗后便溏或排便困难等症状。因此肿瘤放化疗后治疗应基于“健脾益胃”的原则。也是提高患者生活质量的关键。温针灸健脾益胃组的临床疗效显著值得推广和应用。

浅谈周岱翰教授从脾胃学说论治肿瘤的临床经验

刘展华 肖彬

(1, 广州中医药大学第一附属医院, 广州 510405 ;
2, 广州中医药大学, 广州 510405)

中图分类号: R730 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0353-01

【摘要】: 总结周岱翰教授运用脾胃学说论治肿瘤的临床经验。周教授认为: ①治疗晚期肿瘤, 论治不忘补中, 健脾不忘通腑。②重视饮食调理, 药治食疗并重。③遣方用药, 贵在灵活。周教授把脾胃学说理论应用到恶性肿瘤的辨治上, 是对脾胃学说的进一步发展与补充, 体现了"师古而不泥古"的精神。

【关键词】 脾胃论 ; 肿瘤治疗 ; 周岱翰

李东垣的《脾胃论》提出“脾胃内伤, 百病由生”的理论。探讨了“内伤热中证”的发病机理, 制定了益气升阳的治疗大法, 强调“内伤脾胃为主, 唯益脾胃之药为切”, 创制了从脾胃入手辨治内伤病的名方, 认为“百病皆由脾胃生”, 为后世治疗内伤杂病提供了很好的理论依据与实践经验。周研究思路(工作假说)

采用艾灸大椎、膈俞、脾俞、胃俞、肾俞穴位, 针刺曲池、内关、足三里、上巨虚、下巨虚、三阴交、阴陵泉穴在肿瘤常规放疗和或化疗的同时, 进行针刺与艾灸干预治疗, 并观察外周白细胞计数、体力状态、消化道症状及心、肾、肝功能等的改变, 是有其理论基础。

大椎是督脉与六阳经之会穴, 可扶助阳气; 脾俞、胃俞是足太阴脾与足阳明胃经在背部的俞穴, 足阳明胃经合穴足三里, 阴陵泉是足太阴脾重要穴位, 脾俞、胃俞、足三里、阴陵泉合用以调理脾胃、扶助正气; 取肝脾肾三经之会穴三阴交以调脾胃、理中焦、益肝肾、补精血、生精髓; 取肾俞温阳益肾、补骨生髓; 取八会穴之血会膈俞, 以补血调血; 取多气多血的手阳明大肠经的曲池穴及大、小肠经的下合穴上巨虚和下巨虚, 以调理气血和肠胃。以上诸穴配合应用, 可达健脾胃、理中焦、益肝肾、补骨髓、养气血、扶正气之功, 再加艾施灸更增强其作用。

肿瘤属中医积聚的范畴, 常因正气不足、气滞血瘀痰凝所致。正气不足往往与脾肾两虚密切相关, 肿瘤发生后脾肾两虚愈甚, 早期肿瘤患者多先手术后放化疗, 做手术本身就是对人体的一种伤害, 导致气血亏虚; 中晚期患者一旦发现, 肝脾肾不足、气血亏虚,

不耐手术, 仅靠保守治疗: 放疗、化疗与药物, 这三种方法在消除肿瘤的同时, 也会损伤正气, 出现毒副反应: 肝脾肾虚损, 气血双亏, 即表现为骨髓抑制、免疫抑制、胃肠道反应、肝功能损害、肾功能损害、心肌的损害及体力的减退等, 严重影响了病人的生活质量, 同样, 许多患者因不能耐受其副反应而放弃治疗。如果在放疗和或化疗的同期, 采用某种方法辅助正气, 对抗放疗和或化疗的毒副反应, 使患者顺利完成相关的放疗和或化疗, 提高相关的放疗和或化疗的正性作用, 提高患者的生活质量, 延长生存期。

采用艾灸大椎、膈俞、脾俞、胃俞、肾俞穴位, 针刺曲池、内关、足三里、上巨虚、下巨虚、三阴交、阴陵泉穴即可达健脾胃、理中焦、益肝肾、补骨髓、养气血、扶正气之功, 即是提高免疫力, 抗化疗所致骨髓抑制, 提升白细胞等。

针刺、艾条温和灸是一种外治物理疗法, 对局部穴位进行刺激, 可调理脏腑与气血, 改善机体的机能, 针灸对机体具有双向调节作用, 无创伤无副作用, 操作简便, 患者容易接受, 同时针灸治病成本低, 经济实用, 降低患者的经济负担。

基于上述四点, 认为采用艾灸、针刺相关穴位, 在肿瘤常规放疗和或化疗的同时, 进行针刺与艾灸干预治疗, 有其理论基础, 同时, 在前期曾以此方法治疗 20 例, 本病取得一定疗效: 此方法使白细胞减少、胃肠道不良反应出现的几率少, 患者体力较好, 均能坚持放化疗的全过程, 因而采取常规放疗和或化疗的同期, 进行针刺、艾灸的干预具有有效性、优越性、先进性、实用性。

基金项目:

国家中医药管理课题(2007BA110B01-064)

力泰口服液对抗放、化疗的毒副作用 1280 例临床效果分析

施文体

(福建省石狮市澳蕾中医肿瘤研究所所长)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0355-04

目前临床上所用的放化疗抗癌药物的选择性不高,在杀伤肿瘤细胞的同时对机体正常细胞,特别是对增殖旺盛的细胞(如骨髓和上皮组织)也具有杀伤作用。许多放化疗患者,不是死于癌症本身,而是死于放化疗后的毒性作用。所以,解决放化疗药物的毒性作用尤为重要,也是世界医学界尚未解决的一个难题。“力泰口服液”对抗放化疗的毒性作用,取得了较好的疗效。我们用该药与放化疗结合治疗 680 例恶性肿瘤,并设立对照组 600 例,进行比较。经与对照组比较,证实该合剂疗效显著,明显减轻放化疗药物的毒性作用,有效率达 88.2%,增加了放化疗的疗效,使绝大多数癌症患者能顺利安全的经过放化疗疗程。兹介绍如下:

1 临床资料

本组恶性肿瘤 1280 例,随机分成二组:

1.1 单纯放化疗组(对照组)600 例。恶性淋巴瘤 150 例,消化系统恶性肿瘤 250 例,宫颈癌 100 例,乳腺癌 100 例。其附表 1:其中男 330 例,女 270 例,年龄最大 72 岁,最小的 28 岁,平均年龄 53 岁。放化疗方案见表 2。

1.2 “力泰口服液”结合放化疗组(治疗组)680 例。恶性淋巴瘤 150 例,消化系统恶性肿瘤 250 例,宫颈癌 160 例,乳腺癌 120 例。其中男 380 例,女 300 例,年龄最大 68 岁,最小 25 岁,平均年龄 52 岁。放化疗方案见表 2。

2 疗效判断标准

本组根据(WTO)国际卫生组织放化疗抗癌毒性作用分级来判断疗效的。因为一般放化疗后的患者大多数在 3、4 级,疗效判断标准如下:

- 2.1 凡使用该药后放化疗毒性作用在“0”级时,为显效。
- 2.2 放化疗毒性作用在“1”、“2”级时,为有效。
- 2.3 放化疗毒性作用在“3”、“4”级为无效。

3 治疗方法

治疗组:在化疗前 10 天开始服用“力泰口服液”,化疗期间不停药,化疗整个过程结束后再服用 20 天,一日三次,每次 40ml。

4 治疗结果

两组病人治疗结果见表 2。

说明:

- ①“N”为正常值得上限
- ②一般化疗药物的毒性在 2 级以上
- ③如出现骨髓毒性作用均在 3 级以上

5 讨论与小结

5.1 本组 680 例用力泰口服液放化疗与对照组比较,疗效显著,有显著性($P < 0.05$),较好地解决了放化疗药物引起的毒性作用。并且放化疗后病人身体状况迅速恢复。绝大多数放化疗患者能安全顺利地完放化疗疗程。这样说明提高了放化疗药物的疗效。提高了癌症的治愈率。真正起到了增效、减毒的作用。目前在国内外还未发现有同类药物解决了放化疗毒性作用这一世界难题。

5.2 “力泰口服液”可能具有以下功能:

①它能增加放化疗药物的选择性,它能保护机体的正常细胞,减少放化疗药物对正常细胞的杀伤力。因为我们从临床观察中证实,大多数放化疗患者服用该药后,骨髓抑制作用明显减少,白细胞大多数能维持在正常范围内,脱发现象也很少发生,说明该药物具有保护骨髓和上皮组织细胞的能力。该药能使放化疗指数升高,明显减轻了放化疗药物的毒性作用,解决了放化疗药物选择性不高的问题,使放化疗药物可安全使用,使癌症的治愈明显提高,复发率降低。②它减少了放化疗药物的耐药性。在临床试验和动物试验中反复证明,间断给药较连续给药易产生耐药性。频繁给或连续输注可能增加它们的治疗效力。由于大多数的放化疗药物的治疗量与中毒量非常接近,致使许多放化疗患者不能接受频繁给药或连续输注,不能顺利完成放化疗疗程。由于该药物能明显减轻放化疗药物的毒性作用,所以也就减少了放化疗药物的耐药性。③它能增加机体的免疫功能。

免疫功能包括免疫防御、免疫调节、免疫监视功能。凡服用该药结合放化疗,患者很少出现发热、感冒、出血说明该药具有增强免疫防御功能作用。该药还具有双向调节作用。它能使免疫活性细胞、淋巴因子功能加强,所以增加了免疫监视功能。该药的有关机理值得深入研究和探讨。

表1 放化疗抗癌剂毒性作用的世界(WHO)分级

毒性分类		0级	1级	2级	3级	4级
血液	血红蛋白 g/100ml	>11.0	9.5~10.9	8.0~9.4	6.5~7.9	<6.5
	白细胞数 1000/mm ³	>4.0	3.0~3.9	2.0~2.9	1.0~1.9	<1.0
	粒细胞数 1000/mm ³	>2.0	1.5~1.9	1.0~1.4	0.5~0.9	<0.5
	血小板数 1000/mm ³	>100	75~99	50~74	25~49	<25
		无	紫斑	少量出血	大出血	全身衰弱 大出血
消化系统	胆红素	<1.25×N ⁿ	1.26~4.9×N ⁿ	1.26~5.0×N ⁿ	5.1~10×N ⁿ	>10×N ⁿ
	转氨酶 (SGOT/SGPT)	<1.25×N ⁿ	2.6~5.0×N ⁿ	1.26~5.0×N ⁿ	5.1~10×N ⁿ	>10×N ⁿ
	转性磷酸酶	<1.25×N ⁿ	2.6~5.0×N ⁿ	1.26~5.0×N ⁿ	5.1~10×N ⁿ	>10×N ⁿ
	口腔	无变化	红、痛	发红、溃疡	溃疡、只能进行流食	不能进食
	呕吐	无	嗝气	一过性呕吐	需治疗的呕吐	难以治疗的呕吐
	腹泻	无	一过性, 2日以内	2日以上	难以忍受, 需治疗	出血性脱水
肾	BUN 或肌酐	<1.25×N ⁿ	1.26~2.5×N ⁿ	1.26~2.5×N ⁿ	5.0~10×N ⁿ	>10×N ⁿ
	蛋白尿	无	+<0.3g%	卅~卅 0.3~1.0g%	卅 >1.0g%	肾病综合症
	血尿	无	镜下血尿	肉眼血尿	肉眼血尿+凝血	闭塞性肾炎
循环系统	搏动	无变化	窦性心动过速 安静时 110次/分	室性期外收缩 房性不正脉	多元性室性 期外收缩	心室颤动
	功能	无变化	无自觉症状	一时性心功 不全需治疗	心功不全可治疗	心功不全, 难以治疗
	心外膜炎	无变化	有积液, 无症状	有症状, 不必穿刺	心脏压迫, 需穿刺	心脏压迫, 需手术治疗
神经末梢	意识状态	正常	一过性嗜睡	50%以下的时间 处于嗜睡状态	50%以上的时间 处于嗜睡状态	昏睡
	末梢神经	正常	知觉异常, 腱反射减弱	重的知觉异常, 轻的肌张力低下	难以忍受知觉异常 明显肌张力低下	

便秘	无	轻度	中度	腹部膨满	腹部膨满、呕吐
肺	无变化	轻度症状	运动时呼吸困难	安静时呼吸困难	完全卧床
皮肤	无变化	红斑	脱屑、水泡、 癌痒症	湿性皮肤剥离 溃疡	剥脱性皮炎需 外科治疗的坏死
毛发	无变化	轻微脱发	圆形脱发症	可逆性完全脱发	不可逆性完全脱发
体温	正常	<38℃	38~40℃	>40℃	伴血压低下的高热
感染	无	轻度	中度	重度	重度，伴血压下降
疼痛	无	轻度	中度	重度	难以处理的疼痛
变态反应	无变化	浮肿	支气管痉挛	支气管痉挛， 需治疗	过敏症

表 2: 力泰口服液对抗放化疗毒副作用观察表

	癌症分类	化疗方案	例数	分级				
				0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
治疗组	恶性淋巴瘤	MOPP	150	50	40	30	20	10
	消化系统恶性肿瘤	MAF	250	150	60	20	10	10
	宫颈癌	PVB	160	80	40	20	10	10
	乳腺癌	PVB	120	60	30	20	10	0
	总计		680	340	170	90	50	30
对照组	恶性淋巴瘤	MOPP	150	50	0	20	30	50
	消化系统恶性肿瘤	MAF	250	0	20	30	130	70
	宫颈癌	PVB	100	0	10	20	50	20
	乳腺癌	PVB	100	0	30	30	20	20
	总计		600	50	60	100	230	160

表 2 注解:

放化疗方案: MOPP (氨芥、长春新碱、甲基苄胍、强的松)

MAF (丝裂霉素、阿霉素、氟尿嘧啶)

PVB (顺铂、长春碱、博莱霉素)

从观察表中可以看出, 治疗组 680 例中, “0”级为 340 例, “1”级、“2”级为 260 例, “3”、“4”级为 80 例。

治疗组: 显效 340 例 显效率为 50%
有效 260 例 有效率为 38.2%
无效 80 例 总有效率为 88.2%

对照组: 显效无一例 显效率为 0%
有效 190 例 有效率为 31.6%
无效 410 例 总有效率为 31.6%

两组对照, 有显著性 ($P < 0.05$)

关于癌症术后、化疗及放疗后的 中草药调理的几点体会

吕斌

(浙江省衢州市衢州吕氏百草堂, 浙江 衢州, 324000)

中图分类号: R47 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0358-01

癌是一种状态。是人与自然, 人体内部五脏六腑之间失衡的状态。要想真正解决癌症, 就必须改变癌状态, 改变癌细胞赖以生存的土壤。

避免盲目崇尚“速决速战”、“斩尽杀绝”观点带来的过度治疗, 真正强调在维护生活质量基础上对癌瘤病灶的有效控制, 这才是我们临床治疗所希望达到的目标。

这是北京中医药大学教授、主任医师、博士生导师提出的新观点。癌症被人们认为就是被判处死刑晚期执行, 所以谈癌色变, 其实现代医学认为癌是机体在各种致癌因素的作用下, 局部组织异常增生而形成的新生物, 癌细胞就是异常增生的细胞。中医称癌为岩, 积聚、症瘕多由正气不足、气滞、血瘀、痰凝、湿聚、日久凝而形成的异物。英文称为 Cancer, 原意为“螃蟹”。形容“癌”的无规律性, 像螃蟹一样横行霸道, 不受任何约束, 任意繁殖, 可向周围扩散, 不管是硬如岩石的骨质, 还是韧如牛皮的筋膜, 都可以被号称“螃蟹”的癌侵犯损害。现代医学的治疗方法, 以攻击杀灭癌细胞为主要手段。如手术、化疗、放疗等。

本人认为癌是人体阴阳失衡, 自身免疫力下降所致。以中西医结合方法治疗, 采用民间单方, 偏方和祖传秘方, 调节人体阴阳平衡, 提高人体自身免疫力, 同时提高患者对癌症的正确认识, 配合医师来调理, 改变认为得了癌症就是无药可医或乱投医的错误选择。加强家属对癌症病人的细心、耐心照料, 从而达到康复之目的。

我自从部队医院转业后, 经过金华卫校的学习, 毕业后在临床上对癌症及良性肿瘤的治疗, 取得了一定经验。后又去上海中医学院深造, 在教授们的指导下, 临床 40 多年的观察、治疗。今发表《关于癌症手术后、化疗及放疗后的中草药调理的几点体会》如下:

对所有癌症, 手术、化疗、放疗后, 必须先以调节脾胃为主, 然后待机体恢复元气后, 加以清热解毒, 护肝补肾药, 特别本人对肝癌、胃癌、肺癌、肠癌、淋巴瘤、脑癌、子宫颈癌、骨癌等。常用中草药, 价格不贵, 可以自采, 减轻病人负担, 处方如下:

主方: 白花蛇舌草、山柰根、猫人参、半边莲、半枝莲、药量因人而宜, 天天煎服, 三到五年。

①肝癌: 加关公须、平地木、垂盆草、五味子、琴叶榕; 黄疸指数高者加小金田、三叶青、茵陈、对坐草; 胁疼者加元胡、郁金; 腹水者加猪苓、泽泻、金不换、土黄柏、大腹皮。

②胃癌: 加隔山香、青木香、白木香、痲木香、一枝香; 纳差伴恶心者加良姜、刀豆壳、白芨; 体虚者加法内金、太子参。

③肺癌: 加肺形草、羊乳、露蜂房; 咯血加仙鹤草、斑叶兰; 干咳加北沙参、麦冬、罗汉果、桑白皮; 胸闷气闭者加苏子、天竺子、葶力子, 白芥子, 化橘红。

④肠癌: 加香茶菜、鲜地榆根、白菰、黄杨木根须、珍珠菜; 便干燥加金不换、火麻仁、郁李仁、梗米。

⑤淋巴瘤: 加天葵子、夏枯草、猫爪草、龙葵、鬼针草。

⑥脑癌: 加金剪刀、灵芝、娃儿藤、徐长卿、喜树果; 失眠头晕加生枣仁、夜交藤、青龙齿、生龙骨、珍珠母。

⑦子宫颈癌: 加败酱草、野菊花根、三叶青、青风藤。

⑧骨癌: 加七叶一枝花、青风藤、骨碎补、水龙骨; 另用祈蛇、川蜈蚣、全蝎、研粉, 每天二次, 每次 3 克, 白开水送服。

以上是常见的恶性肿瘤, 本人在临床上治 3000 多例。一般能得到康复, 最长活 30 年至今未复发。以上的几点体会供同行们作参考, 为共同战胜癌症恶魔, 拯救人的生命而努力!

参考文献:

- [1] 《黄帝内经》
- [2] 《医案金鉴》
- [3] 《景岳全书》
- [4] 《灵枢·五变》
- [5] 周趣凡、孙尚见著《临证用药集编》
- [6] 李忠教授著《癌是一种状态》
- [7] 首都医科大学肺癌诊疗中心主任高修签署《肺癌防治》

中西医结合治疗恶性肿瘤病人放化疗后综合症 60 例

杨峰

(河南省肿瘤医院中西医结合肿瘤内科, 河南 郑州, 450003)

中图分类号: R2-031

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0359-02

【摘要】恶性肿瘤病人在放化疗结束后约 3—6 个月后, 可出现面色萎黄或黧黑、乏力、食欲不振、头晕头昏、失眠健忘、全身酸困不适、关节疼痛、或走窜性疼痛, 舌暗淡或有瘀斑, 舌体胖大或有齿痕, 脉细数涩等一组综合症, 作者命名为放化疗后综合症。用中西医结合方法治疗, 疗效明显。回顾分析 60 例门诊病人资料, 报告如下: 方法: 益气凉血活血为主, 兼以祛风化痰通络、利湿中药+辅酶 Q10、黛力新、多种维生素口服。用证状改善情况为疗效评价标准。结果: 治愈 42 例 (70%), 显效 15 例 (25%), 有效 3 例 (5%), 60 例病人全部有效。结论: 放化疗后综合症在临床上是存在的, 应进一步研究探讨。中西医结合方法治疗有明显疗效。疗效与治疗时间明显相关, 治疗时间越长, 疗效越好。

【Abstract】 The patients with malignant tumor after chemotherapy, after about 3-6 months, may occur, or swarthy, etiolate complexion, fatigue, loss of appetite, dizziness, insomnia, forgetfulness, general acid trapped discomfort, joint pain, or take the channeling of pain, tongue dim or petechiae, large or fat tongue scalloped, pulse breakdown of such a syndrome, syndrome is named after chemotherapy by author. Use of combining traditional Chinese and western medicine treatment, efficacy is obvious. Outpatient data were analyzed retrospectively 60 cases, reported as follows: Method "Qingre Liangxue Huoxue" and to "Qufeng Huatan Tongluo", damp elimination chinese medicine + coenzyme Q10, deanxit, vitamins orally. With a card-like effect to improve the situation for the evaluation criteria. Results 42 cases were cured (70%) were cured, 15 cases (25%), effective in 3 cases (5%), 60 patients were all effective. Chemotherapy clinical syndrome exists, should further study. Chinese and Western medicine treatment of a significant effect. Time was significantly associated with treatment efficacy, the longer the treatment, better treatment.

恶性肿瘤病人在放化疗结束后约 3—6 个月后, 由放化疗直接毒性导致的骨髓抑制、免疫力下降、消化道反应毒副作用已基本消失, 除肿瘤复发引起的症状外, 门诊经常见到这部分病人出现面色萎黄或黧黑、乏力、食欲不振、头晕头昏、失眠健忘、全身酸困不适、关节疼痛、或走窜性疼痛, 舌暗淡或有瘀斑, 舌体胖大或有齿痕, 脉细数涩。经典肿瘤著作中尚未见明确介绍, 作者姑且称之为放化疗后综合症。本人十余年来, 用中西医结合方法对该症进行治疗, 疗效明显, 收集坚持治疗一个月以上病人 60 例, 介绍如下。

1 一般资料

全部病人均为恶性肿瘤术后无明显可测量病灶辅助放化疗后病人或放化疗后达 CR 的病人。15 例为单纯放疗病人, 26 例为单纯化疗病人, 19 例为放疗加化疗病人。放疗剂量在 4cGy—6cGy 不等, 化疗在 4—6 周期不等, 其中男性 15 例, 女性 45 例, 年龄最小的 32 岁, 最大的 72 岁。放化疗后 3—6 个月的 38 例, 6—10 个月 22 例。心肝肾功能基本正常, 血液常规检查正常。治疗时间最短的 1 个月, 最长的 12 个月。

2 治疗方法

2.1 中医治疗:

2.1.1 中医治则 益气凉血活血为主, 兼以祛风化痰通络、利湿。

基本方药 黄芪 30g 当归 15g 丹皮 15g 丹参 30g 郁金 10g 紫草 30g 山萸肉 30g 蜈蚣 4 条 僵蚕 12g 蝉蜕 12 克 桂枝 15g 茯苓 30g 络石藤 15g 甘草 10g

在上方基础上, 随症加减。如化疗方案中有蒽环类, 心率 90 次/min 者, 加生脉饮。3 个月后为抗复发根据不同病种选加中药抗癌药物, 如蚤休、半枝莲、山豆根、石上柏、干蟾皮等。

2.1.2 西医治疗:

辅酶 Q10 20mg tid po

干酵母 2g tid po

黛力新 1 片 (早、中午) po (根据有无抑郁证状酌情给予)

VitC 0.2 tid po

VitE 100mg qd po

2.2 疗效评价

选面色萎黄或黧黑、身困乏力、食欲不振、头晕头昏、失眠健忘、关节疼痛或走窜性疼痛、舌、脉八组证状, 自定轻、中、重三级标准, 分别在治疗后 1 个月、3 个月、6 个月、9 个月、12 个月评价八组证状

改善程度，症状全部消失为治愈，八组症状有5组以上消失或5组以上症状下降两个级别的为显效，3组以上症状下降两个级别的为有效，其他为无效。

3 结果

60例中，治愈42例，显效15例，有效3例。全部有效。

表1 治疗时间与疗效关系

治疗时间	治愈	显效	有效	无效	肿瘤复发
1个月	0	0	60	0	0
3个月	0	31	29	0	0
6个月	32	19	9	0	0
9个月	36	19	5	0	1
12个月	42	15	3	0	2

另据观察，该治疗方法对放疗后放射性炎症、出血、纤维化也有较明显的治疗作用。34例放疗病人中，12例放射性肺炎伴肺纤维化，7例放射性食管炎伴放疗后吞咽困难，15例放射性直肠炎伴纤维化下肢肿胀。其中有5例合并便血。经上法治疗后均有明显减轻。放射性炎症在治疗后一周即有减轻，一月后明显减轻。与放射性纤维化有关的症状约在3个月后有减轻，明显减轻要在6—12个月以后。便血病人在治疗后1—3个月起效，治疗中易出现反复，一例病人曾出现5次反复，服药230天后才不再出血。

4 讨论

放化疗毒性除骨髓抑制、免疫功能下降、消化道反应等近期毒副作用外，尚有对病人身体的远期影响。对于经传统治疗后能够较长期存活的病人，如何预防和治疗放化疗毒性导致的远期损害，对提高癌症病人生活质量有重要意义。作者观察到的这一组综合症，虽然不够全面严谨，命名也不见得准确，但确属临床常见。把这一问题提出，希望得到肿瘤学界重视，共同探讨，使这一肿瘤临床常见的现象给出一个明确的概念，获得一个有效的治疗方法，从一新的角度，使能够较长期生存的病人收益，提高恶性肿瘤病人治疗效果。

放化疗的直接损伤导致的组织细胞远期损害及自身免疫攻击可能是化疗后综合症发病的机理之一。新近已有学者观察到放化疗后因物理化学性对组织细胞的损伤及细胞坏死凋亡碎片继发的自身免疫攻击，可出现自身免疫性疾病。

癌病及放化疗的较长期折磨，带来的心理压力和 精神损害，导致心身性疾病也可能是这一综合症的另一机理。

对放化疗后综合症的治疗，治疗方法首先要无毒性，其次是要把减轻毒性损伤、预防和治疗自身免疫功能的继发损害、恢复组织器官功能，抗肿瘤复发转

移相互兼顾，才能提高患者生存质量，延长生存时间，达到使病人真正受益的目的。

在中医药治疗方面，作者认为，不仅要依据该类病人的临床症状确定症候分型，更重要的是要仔细分析这一综合症的病理机制。中医理论认为，放化疗为热毒，按热毒病邪致病规律，应为初期热毒表现，中期化火伤络动风，后期耗气伤血。但放化疗又有其特殊性，其对机体正气（免疫功能）抗邪作用在一定时间内产生明显抑制，以至使病人不出现热毒及化火伤络动风表现，而表现为耗气伤血。当放化疗后一定时间后，机体正气逐渐恢复，开始出现正邪交争局面，此时可表现为气虚、痰湿不化，血热、血瘀，络损风动等寒热错综、虚实交杂之证。因此，对放化疗后综合症的治疗要仅守病机，透过现象抓住本质。从辩证辨病相结合的角度来看，其病的实质是放化疗损伤导致的炎症及脏器组织的功能障碍，用药要体现抗炎和改善脏器功能障碍的意图。作者用益气凉血活血为主，兼以祛风化痰通络、利湿的治则，为仅守放化疗后综合症病机所定。方中药物据药理研究有抗炎及改善脏器功能作用。

西药多种维生素及辅酶Q10的应用，有利于放化疗损伤后组织细胞的功能恢复和保护，抗抑郁药调节心理精神因素的不良影响。

据临床观察，该方法对放化疗后综合症有明显治疗效果。观察结果显示，用药时间与疗效明显相关，用药时间越长，疗效越好。其对放射性炎症、纤维化有一定治疗作用，值得进一步总结观察。该疗法似有一定抗复发作用，对放化疗后无病生存时间的影响尚待观察。

作者简介：

杨峰，1955年生。主任医师，河南省肿瘤医院中西医结合肿瘤内科主任。中国抗癌协会传统医学专业委员会委员，河南省传统医学专业委员会副主任委员，中国中医药学会肿瘤专业委员会委员。

鸦胆子油乳经胸腔热灌注

治疗恶性胸腔积液的临床研究

Clinical study of kosum grease via perfusion on treating inpatients of malignant pleural effusion

曾普华 蒋益兰 蔡美 潘敏求

(国家中医药管理局重点学科, 湖南省中医药研究院附属医院
湖南中医药大学附属中西医结合医院肿瘤科, 湖南 长沙 410006)

Zeng Puhua, Jiang Yilan, Cai Mei, Pan Minqiu

(State Administration of Traditional National Key Disciplines, Affiliated Integrated Chinese and Western Hospital, Hunan Academic University of TCM, Changsha, Hunan 410006, China)

中图分类号: R737.25;561 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0361-03

【摘要】目的: 初步评价鸦胆子油乳经胸腔热灌注治疗恶性胸腔积液的临床疗效。方法: 30例恶性胸腔积液患者经胸腔内置管引流排尽胸水, 反复3次往腔内灌注45℃生理盐水800~1000ml, 每次保留20分钟后充分排尽, 最后将45℃生理盐水100ml+地塞米松15mg+鸦胆子油乳60ml注入胸腔, 与胸水引流后经常温生理盐水100ml+地塞米松15mg+顺铂50mg/m²胸腔灌注化疗30例进行对照。每周1次, 共两次。结果: 治疗组总有效率86.7%, 对照组总有效率63.3%, 两组近期疗效差异有统计学意义($P=0.030$); 两组生活质量(Karnofsky标准评分)治疗后均较治疗前明显提高, 差异有统计学意义(均为 $P=0.001$); 其中治疗组提高幅度大于对照组, 差异有统计学意义(均为 $P=0.002$); 治疗组较对照组毒副反应发生率明显减少($P=0.048$)。结论: 鸦胆子油乳经胸腔热灌注治疗恶性胸腔积液有效率高, 能改善患者生存质量, 毒副反应轻。

【关键词】 鸦胆子油乳; 热灌注; 恶性胸腔积液

【Abstract】 Objective: To evaluate the clinical efficacy of kosum grease emulsion by the treatment of malignant pleural effusion perfusion clinical efficacy. Methods: 30 patients with malignant pleural effusion were built by the chest tube drainage drained pleural effusion, repeated 3 times to 45 °C intravesical instillation of normal saline 800 ~ 1000ml, each row to retain the full 20 minutes to do, and finally to 45 °C saline 100ml + Dexamethasone 15mg + Kosum grease emulsion 60ml into the chest, and pleural drainage are often warm saline 100ml + dexamethasone 15mg + cisplatin 50mg/m² 30 cases of pleural chemotherapy were compared. 1 week, a total of twice. Results: The total effective rate was 86.7% in the control group, the total efficiency of 63.3% in both groups was statistically significant difference in efficacy ($P=0.030$); two quality of life (Karnofsky standard score) after treatment than before treatment significantly improved The difference was statistically significant (all $P=0.001$); margin of increase in treatment group than the control group, the difference was statistically significant (all $P=0.002$); the treatment group than in the control group, the incidence of side effects was significantly reduced ($P=0.048$). Conclusion: kosum grease oil emulsion by the treatment of malignant pleural effusion effective perfusion rate, can improve the quality of life of patients, mild toxicity.

【Keywords】 Kosum grease; perfusion; malignant pleural effusion

恶性胸腔积液(malignant pleural effusion, MPE)常常会导致患者严重呼吸循环障碍, 甚至危及生命。因此, 积极治疗MPE是延长肿瘤患者生存期和提高生存质量的有效措施之一。目前恶性胸腔积液的腔内用药已成为治疗恶性胸腔积液的常用手段之一, 而探讨一种高效低毒的治疗恶性胸腔积液的方法有着重要的临床意义。我科采用胸腔内置入中心静脉导管引流联合中药鸦胆子油乳热灌注治疗恶性胸腔积液30例, 与常温生理盐水100ml+顺铂50mg/m²胸腔灌注化疗30例作比较。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

60例患者均经组织学或细胞学确诊为恶性胸腔积液, 并经胸片、胸部B超或CT证实合并中到大量单侧胸腔积液者, Karnofsky (KPS)评分不小于50分, 生存时间>3个月。按随机数字表法分成两组(各30例), 其中治疗组大量胸水27例, 中量胸水3例, 男17例, 女13例, 年龄45~80岁, 平均65±7.2岁, 原发病中肺腺癌16例, 肺鳞癌3例, 乳腺癌8例, 淋巴瘤3例; 对照组大量胸水26例, 中量胸水4例, 男18例, 女12例, 年龄47~81岁, 平均66±6.8岁, 其中肺腺癌17例, 肺鳞癌2例, 乳腺癌9例, 淋巴瘤2例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

所有患者在 1 个月内均未接受过放、化疗及胸腔积液处理者；治疗前血常规、肝肾功能、心电图等正常，无明显心肺功能障碍。

1.2 治疗方法 60 例患者均经 B 超定位后常规操作下胸腔内置入中心静脉导管引流，在 2~3 天内持续、缓慢、间歇地排尽胸水。治疗组经导管灌注 45℃ 生理盐水，每次 800~1000mL，保留 20 分钟，再接一次性 60mL 注射器尽量抽净胸腔灌洗液，如此反复 3 次行胸腔内热灌注，于最后 1 次排净灌洗液，经导管注入 45℃ 生理盐水 100ml+地塞米松 15mg + 鸦胆子油乳 60ml 后拔管。对照组在经导管常规注入常温生理盐水 100ml+地塞米松 15mg+顺铂 50mg/m² 行胸腔灌注化疗后拔管。注药后嘱病人在 2h 内变换体位，以利于药物与胸膜均匀接触。每周 1 次，两次为一疗程，共 1 个疗程。出现毒副反应行常规止呕、水化、对症支持治疗。

1.3 观察项目

观察治疗前、治疗后第 4 周末患者的胸片、B 超检查或 CT 及 KPS 评分变化。观察两组治疗前、治疗后

第 2 周末血常规、肝肾功能以及注药过程和注药后 1 周内是否出现恶心呕吐、胸痛、发热等毒副反应。

1.4 疗效标准^[1] 治疗前后常规做胸部 X 线片、胸部 B 超或 CT 检查。显效(CR)：胸水消失，或仅有少量，症状消失维持至少 4 周；有效(PR)：胸水减少超过 1/2 以上者，症状改善，维持 4 周以上不再需要抽液者；无效(NC+PD)：治疗后胸水仍继续或迅速产生或减少少于 1/2，治疗 4 周仍须再次抽液。总有效率为显效和有效所占整体比例，生活质量按 KPS 评分，毒副反应按 WHO 标准进行评价。

1.5 统计学方法 检验水平 a=0.05，应用 SPSS11.0 统计软件包进行处理，计数资料采用 t 检验，计量资料采用 X² 检验，等级资料采用 Radit 分析。

2 结果

两组治疗后近期疗效、治疗前后生活质量评价(KPS 评分)、治疗后毒副反应发生率的比较分别见表 1、表 2 和表 3。

表 1 两组近期疗效比较

组别	例数 (n)	CR	PR	NC+PD	总有效率 (%)
治疗组	30	10	16	4	86.7*
对照组	30	5	14	11	63.3

注：两组近期疗效比较，治疗组优于对照组，差异有统计学意义 (P=0.030)。

表 2 两组治疗前后 Karnofsky 标准评分比较

组别	例数 (n)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	58.5±7.4	68.4±9.7**	10.2±7.3**
对照组	30	59.3±6.7	63.3±10.2**	4.6±6.5

注：两组治疗前后 KPS 评分比较，治疗前两组差异没有统计学意义 (P=0.248)，治疗后两组均较治疗前明显提高，差异有统计学意义 (均为 P=0.001)；其中治疗组提高幅度大于对照组，差异有统计学意义 (均为 P=0.002)。

表 3 两组治疗后毒副反应发生率比较

组别	例数	恶心呕吐	胸痛	发热	骨髓毒性	肝肾毒性
治疗组	30	7 (23.3%)	5 (16.7%)	11 (36.7%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)
对照组	30	16 (53.3%)	6 (20.0%)	10 (33.3%)	11 (36.7%)	11 (36.7%)

注：两组治疗后对照组毒副反应发生率除发热外均大于治疗组，差异有统计学意义 (P=0.048)。

3 讨论

恶性胸腔积液(malignant pleural effusion,MPE)指由恶性肿瘤累及胸膜或胸膜原发性肿瘤所致的胸腔积液,其产生的主要机制是肿瘤阻塞了壁层胸膜血管,淋巴管或转移致纵隔淋巴结,使胸腔积液的回流吸收受阻,以及肿瘤直接侵犯和伴随的炎症,使毛细血管的通透性增加所致^[2]。临床上恶性肿瘤患者一旦出现 MPE,即意味着病变已局部转移或全身播散,病变已到晚期,失去了手术治疗机会。而积液量往往较多,且发展迅速,使肺扩展受到了机械性限制,影响心肺功能,易并发肺不张和反复感染,常常造成患者严重呼吸循环障碍,极大影响了患者的生存质量,如不及时

治疗,即可危及生命。恶性肿瘤患者并发 MPE,其平均生存期大约 6 个月^[3]。因此,积极治疗 MPE 是延长肿瘤患者生存期和提高生存质量的有效措施。

胸腔穿刺引流是当前治疗 MPE 的常用方法^[4]。其关键是尽量让积液引流彻底后,行细胞毒性药物及协同免疫制剂胸腔内给药,一方面使胸腔的壁层和脏层胸膜粘连增厚,降低其通透性,减少胸水渗出;另一方面,药物能直接通过胸膜吸收进入体循环,再随血液到达肿瘤组织,从而对肿瘤产生“双路治疗”作用,达到控制 MPE 的目的。

近年来临床报道较多的治疗 MPE 药物有顺铂、阿霉素、博来霉素等细胞毒性药物及白介素-2、干扰素、

短小棒状杆菌、沙培林、高聚金葡素、胞必佳等生物制剂,还有榄香烯乳剂、鸦胆子油乳剂等中药制剂。

其中顺铂是目前应用较多的腔内给药之一,其属于细胞周期非特异性药物,作用于S期、G2期,切断拓扑异构酶结合的DNA双链,临床主要用于肺癌、乳腺癌、卵巢癌及恶性淋巴瘤等引起的MPE,其用药后常出现消化道反应、骨髓毒性的副反应,常需止呕、水化和营养支持治疗。

鸦胆子油乳系苦木科植物DNA合成的果实,具有清热解毒、杀虫止痢、腐蚀赘疣、软坚散结等功能。其主要成分油酸能抑制拓扑异构酶活性,抑制细胞DNA合成及生长,选择性破坏癌细胞膜和线粒体等膜性系统,使癌细胞变性坏死,而对正常细胞无损害;还具有改善机体免疫功能及骨髓干细胞造血作用。另外,鸦胆子油乳是由鸦胆子脂肪油与乳化剂合成,因其油乳滴与癌细胞有较好的亲和力,长时间粘附在癌细胞周围,使其网状内皮系统的吞噬细胞所吞噬,同时其在体内的定向分布作用,使抗肿瘤药物在该处有较高浓度,从而大大提高了抗肿瘤效果^[5]。

热灌注化疗是当前一种治疗MPE的新方法,其优点:①通过热直接杀伤癌细胞;②增强某些药物的肿瘤渗透性(直接渗透深度可达5mm)和细胞毒性,诱导肿瘤细胞凋亡,预防肿瘤复发,提高患者生存率;③产生热休克蛋白,诱发机体的特异性免疫,活化NK细胞,使DC细胞增多,促进抗原的递呈作用,抑制肿瘤转移;④物理冲刷作用将滞留在体腔内的癌细胞冲出体外;⑤使腔内抗癌的浓度大大高于体循环浓度,但不增加全身毒性;⑥由于水的流动性比较好,可以充满胸腔的每个角落,减少死腔,达到最佳治疗效果^[6]。

相关文章:

洛铂联合热疗治疗恶性胸腔积液疗效观察

目的:观察洛铂联合局部热疗胸腔灌注治疗恶性胸腔积液的疗效和不良反应。方法:将46例恶性胸腔积液的患者,随机分为两组,排尽胸水后,给予胸腔化疗,用药洛铂、IL-2,治疗组进行患侧胸腔热疗;对照组无热疗。结果:A组控制胸水的总有效率为84.6%,B组为61.3%($P<0.05$),A组与B组生活质量好转率分别为80.5%和47.1%($P<0.05$)。结论:热疗联合胸腔灌注化疗治疗恶性胸腔积液有协同作用。

本研究治疗组应用胸膜刺激征较轻、相对高效低毒的鸦胆子油乳配合热灌注治疗MPE,总临床有效率达86.7%,而对照组单用顺铂有效率63.3%,两组近期疗效差异有统计学意义($P=0.030$)。治疗组生活质量(Karnofsky标准评分)提高幅度大于对照组,差异有统计学意义(均为 $P=0.000$),治疗组较对照组毒副反应发生率明显减少($P=0.048$)。本研究表明鸦胆子油乳经胸腔热灌注能较好地控制MPE,明显改善患者生活质量,且毒副反应较轻,值得临床进一步推广。

参考文献:

- [1] 吴一龙. 肺癌多学科综合治疗的理论与实践. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 281~282
- [2] 孙燕. 临床肿瘤内科手册[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2008, 770
- [3] 王东. 肿瘤急症治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社 2006, 68~70
- [4] Stather DR, Tremblay A. Use of tunneled pleural catheters for outpatient treatment to malignant pleural effusions [J]. Curr Opin Pulm Med, 2007, 13(40):328~333
- [5] 谢艳萍, 聂森、王飞, 等. 鸦胆子油乳联合顺铂胸腔灌注治疗恶性胸腔积液临床观察. 临床肺科杂志, 2007, 8(12):809~81
- [6] 顾勤花. 胸腔热灌注化疗研究进展[J]. 临床肺科杂志 2006, 5(11):634

作者简介:

曾普华(1976-), 男, 湖南长沙人, 医学博士, 副主任医师, 主要从事恶性肿瘤的中西医结合诊治研究

基金项目:

国家中医药管理局重点学科(中医肿瘤病学)人才培养基金资助(2010)

作者	刘苇(湖北省荆门市第二人民医院, 湖北, 荆门, 448000); 张伟鹏(湖北省荆门市第二人民医院, 湖北, 荆门, 448000);
刊名	中医临床研究 2010年02卷21期
英文期刊名	CLINICAL JOURNAL OF CHINESE MEDICINE
关键词	恶性胸水 热疗 洛铂 胸腔化疗

榄香烯注射液联合微波热疗 治疗癌性疼痛的临床研究

李 潇 贾 玫 陈信义

(北京中医药大学东直门医院, 北京 东城, 100700)

中图分类号: R242 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0364-03

【摘要】目的: 通过对癌痛患者治疗前后疼痛强度变化的分析, 研究榄香烯注射液联合微波热疗治疗癌性疼痛的疗效。方法: 将 50 例患者随机分至对照组(微波热疗)及治疗组(微波热疗+榄香烯), 应用生活质量量表 QLQ-C30 中疼痛症状领域量表及疼痛 NRS 评分观察两组患者疼痛变化。结果: ①QLQ-C30 量表: 治疗前与治疗组相比, 治疗组及对照组疼痛症状领域积分均下降; 治疗后治疗组疼痛症状领域积分下降明显优于对照组, 有统计学意义; ②疼痛 NRS 评分: 治疗组有效率为 84%, 对照组为 52%, 两组比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论: 榄香烯联合微波热疗对轻中度癌性疼痛有良好的近期疗效。

【关键词】癌性疼痛; 榄香烯注射液; 微波热疗

癌性疼痛是恶性肿瘤患者最常见的症状之一, 据世界卫生组织统计每天至少有 500 万癌症患者在遭受着疼痛的折磨^[1]。我国目前癌症患者已超过 700 万, 其中 51%—62% 的患者伴有不同程度的疼痛, 癌痛可使患者长期处于痛苦、焦虑状态中, 甚至丧失生活信心, 加速病情恶化^[2]。目前多采用 WHO 三阶梯规范治疗方案治疗癌性疼痛, 但由于各类药物的不同副作用, 患者依从性差, 影响了癌性疼痛的治疗效果^[3]。本科自 2010 年 2 月~2011 年 2 月应用榄香烯联合 MTC-3D 体外微波肿瘤热疗系统治疗癌性疼痛, 获得一定疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 02 月—2011 年 02 月期间北京中医药大学东直门医院肿瘤科住院患者为研究对象, 共观察 50 例癌性疼痛患者, 其中肺癌 18 例, 大肠癌 12 例, 肝癌 7 例, 乳腺癌 5 例, 胃癌 5 例, 食管癌 3 例。均为 III-IV 期恶性肿瘤患者(微波热疗适应症)。治疗组 25 例, 对照组 25 例。

1.2 治疗

对照组: 肿瘤微波热疗隔日 1 次, 15 天为一疗程。治疗组: 对照组基础上应用榄香烯注射液 120ml+生理盐水 500ml, 静点, 日一次, 15 天为一疗程。全部病例均连续治疗 15 天为 1 个治疗周期。每组分别观察 1 个治疗周期。

微波热疗采用东直门医院血液肿瘤科体外微波肿瘤热疗系统(型号: MTC-3D; 生产厂家: 南京庆海微波电子研究所)具体方法为采用直径为 16cm 的大圆辐射器, 输出功率在 90%—95%, 电压为 200V, 温度控制

在 43e 左右, 时间为 30min, 隔日 1 次。对准离体表最近的病位(肿瘤病位/疼痛部位)进行照射。要求距离人体患处 3—5cm, 以温热舒适为宜, 不应有烧灼痛感。

1.3 评价指标

疼痛评分: 采用数字评定疼痛分级法(NRS 法)0 级为无痛, 1~3 级为轻度疼痛, 4~6 级为中度疼痛, 7~10 级为重度疼痛。疼痛评估: 治疗后完全无痛为完全缓解(CR); 治疗后疼痛明显减轻, 睡眠基本不受干扰, 能正常生活为部分缓解(PR); 治疗后疼痛减轻, 但仍感明显疼痛, 睡眠仍受干扰为稳定(PR); 治疗后疼痛无减轻为无效(NR)。

生活质量评分: 采用国际通用的欧洲癌症研究与治疗组织制定的 QLQ-C30 量表(version 3)中疼痛症状领域量表, 评分严格按照 EORTC 生存质量组规定的步骤进行: 先计算各领域的原始分数, 再将各领域的得分转化为粗分 RS(Raw Score), 具体方法为将各个领域(子量表)所包括的条目得分相加并除以所包括的条目数, 得到该领域的得分。为了使得各领域得分具有可比性, 进一步采用极差化方法进行线性变换, 将粗分转化为在 0~100 内取的标准化得分(standard score, SS)。

具体为: $SS = [(RS-1)/R] \times 100$

根据 EORTC QLQ-C30(version 3)计分规则: 疼痛症状领域得分越高疼痛症状越重(生命质量越差)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件进行分析。组间资料比较采用配对 t 检验; 组内比较用方差齐性检验。治疗前后采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 QLQ-C30(version 3)疼痛症状领域治疗组:第1天与第8天、第1天与第15天比较积分下降,有统计学意义($P<0.05$);对照组:第1天与第15天

比较疼痛改善,有统计学意义($P<0.05$);治疗组与对照组:第8天治疗组优于对照组,第15天治疗组优于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 治疗第1、8、15天疼痛积分变化

组别	第1天	第8天	第15天
治疗组	43.45±17.77	29.17±10.76△*	22.02±17.00△
对照组	44.87±19.30	42.95±20.64	33.33±21.60△

注:治疗组内比较△: $P<0.05$;治疗组与对照组比较*: $P<0.05$ 。

2.2 疼痛 NRS 评分治疗组优于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者疼痛控制疗效评价

疼痛程度	治疗组					对照组				
	例数	疼痛缓解程度			缓解率(%)	例数	疼痛缓解程度			缓解率(%)
		显效	有效	无效			显效	有效	无效	
轻度	9	3	5	1	88.9%	11	2	5	4	63.6%
中度	11	4	6	1	90.9%	10	2	3	5	50%
重度	5	1	2	2	40%	4	0	1	3	25%
合计	25	8	13	4	84%*	25	4	9	12	52%

注:治疗组与对照组*: $P<0.05$ 。有显著性差异。

经 χ^2 检验, $P<0.05$ 治疗组与对照组疼痛总缓解率相比有显著性差异。

3 讨论

癌性疼痛是癌症患者最常见、最难控制的症状之一,多见于癌症晚期,直接影响患者的生存质量,是一种与组织损伤或潜在的损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验。

中医认为癌性疼痛属中医学“痛证”范畴。根据病机主要分为“不通则痛”和“不荣则痛”。“不通则痛”是由于痰毒瘀火诸邪内结,阻滞络脉,气机不畅,脉络瘀阻;“不荣则痛”主要为气血阴阳虚损,正气虚弱,经脉失养。针对癌痛的病机特点,形成了以活血化瘀通络为主,兼以扶正补虚的治疗法则。研究表明^[1]活血化瘀中药可通过改善患者高凝状态,治疗癌性疼痛。榄香烯注射液为中药莪术的提取物,莪术善破血祛瘀,行气止痛,治疗诸般痛症,《药品化义》:“蓬术味辛性烈,专攻气中之血,主破积消坚,去积聚瘕块,经闭血瘀,扑报疼痛”。研究发现^[2],榄香烯注射液可通过促进血液循环,增加组织血氧灌注,改善高凝状态,治疗癌性疼痛。龚敏操等发现^[3] β -榄香烯能提高小鼠的痛阈值,对小鼠具有显著的镇痛作用。侯炜等对32例骨转移伴有疼痛的患者研究发现,榄香烯注射液组疼痛缓解疗效明显优于博宁组。邓力^[4]等治疗80例骨转移癌患者发现榄香烯注射液组止痛效果明显优于口服曲马多控释片组。微波热疗可使局部组织短时内温度升高,高热可以直接杀死肿瘤

细胞;局部粘膜组织温度升高,细胞膜的通透性升高,从而减轻肿瘤周围组织水肿,抑制致疼痛炎性介质的释放,促使局部炎症消退,达到止痛的疗效。庞晓燕等^[5]应用微波热疗治疗127例癌性疼痛患者总有效率为93.7%。贾玫等应用体外微波肿瘤热疗系统治疗50例癌性疼痛患者发现86%癌性疼痛患者得到不同程度的缓解,微波热疗对缓解轻中度癌性疼痛疗效显著。

本研究通过QLQ-C30量表研究发现,治疗前与治疗组相比,治疗组及对照组疼痛症状领域积分均下降;治疗后治疗组疼痛症状领域积分下降明显优于对照组,有统计学意义;表明治疗组及对照组均能改善疼痛症状,治疗组于第8天疼痛改善效果显著,表明微波热疗联合榄香烯注射液可使疼痛缓解时间缩短,在治疗第15天两组疼痛症状均有所改善,治疗组疼痛症状改善优于对照组,表明微波热疗与榄香烯注射液治疗癌性疼痛有协同作用。

本研究通过疼痛NRS评分研究发现,治疗组轻度疼痛疼痛缓解率(CR+PR)为88.9%;中度疼痛患者缓解率(CR+PR)为90.9%;重度疼痛患者缓解率(CR+PR)为40%;对照组轻度疼痛缓解率(CR+PR)为63.3%;中度疼痛缓解率(CR+PR)为50%;重度疼痛缓解率(CR+PR)为25%;治疗总缓解率为52%。治疗前后两组患者疼痛总缓解率比较,有统计学差异。本研究显示两组疼痛

缓解率以轻中度疼痛疗效显著,分析原因,轻中度疼痛以躯干痛和内脏痛为主,而重度疼痛以混合性疼痛尤其病理神经痛为主,疗效不满意。

榄香烯注射液联合微波热疗能够缓解具有缓解癌性疼痛作用,尤其对轻、中度癌性患者疗效突出,提高了患者生活质量。患者依从性强,值得临床推广。

参考文献:

[1]刘延庆,癌性疼痛的中医药治疗[J].江苏中医药,2008,40(9):8-9

[2]麦桃香,吴娜影,谢春梅等.癌症患者疼痛和社会心理状况的调查研究[J].实用医学杂志,2008,24(1):133-135.

[3]邓德厚.癌性疼痛的针灸治疗研究进展[J].中医药学报,2010,38(5):141-144

[4]田同德,储真真,陈信义.恶性肿瘤高凝状态与血瘀证相关性及中医防治对策研究[J].北京中医药,2009,28(6):425-427

[5]刘昭坤.中医药治疗中晚期癌症疼痛近况[J].河南中医,1999,19(1):64

[6]储群,朱路佳.β-榄香烯抑制大鼠血栓形成及其机理研究[J].中国现代应用药学,1999,16(4):1

[7]于维萍,傅春升,马立明.β-榄香烯的现代研究及临床应用概况[J].齐鲁药事,2008,27(9):546-548

[8]龚敏操,许俊杰,郁金提取物对小鼠镇痛作用的行为学研究[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(4):210-211

[9]龚敏操,许俊杰,陈眉.郁金提取物对小鼠的镇痛作用[J].浙江中医药大学学报,2010,34(2):266-269

[10]侯炜.榄香烯乳联合博宁治疗骨转移癌的临床疗效观察[J].中国民间疗法,2007,15(8):32-33

[11]邓力,黎壮伟.榄香烯注射液治疗骨转移癌疼痛临床观察[J].中医药临床杂志,2008,20(4):420-421

[12]邓俊英,肖道萍.微波热疗在各种疼痛中的临床应用[J].现代中西医结合杂志,2001,17:1656

[13]庞晓燕,尉继伟.微波热疗治疗127例癌性疼痛患者临床观察[J].山西医药杂志,2008,37(1):45-46

[14]贾玫,张文征,董青.微波热疗治疗癌性疼痛50例临床观察[J].中国当代医药,2010,17(4):71

相关文献:

榄香烯注射液联合顺铂胸腔注射治疗恶性胸水临床观察

目的 观察榄香烯注射液、顺铂联合胸腔注射治疗恶性胸水的疗效.方法 将138例大量恶性胸腔积液患者分为观察组和对照组各69例.观察组以顺铂30mg及榄香烯注射液300mg(60mL)分别注入胸腔;对照组仅予顺铂60mg注入胸腔.结果 与对照组比较,观察组完全缓解(CR)率明显提高(P<0.05),而毒副作用减少.结论 榄香烯注射液联合顺铂胸腔注射治疗恶性胸水有协同作用,安全有效。

刘畅(北京军区总医院,北京,100700); 张宏艳(北京军区总医院,北京,100700); 贾志凌(北京军区总医院,北京,100700); 王莉(北京军区总医院,北京,100700); 阮新建(北京军区总医院,北京,100700); 王雷(白求恩国际和平医院,河北,石家庄,050082); 于忠和(北京军区总医院,北京,100700);

刊名 现代中西医结合杂志 2011年20卷12期

英文期刊名 MODERN JOURNAL OF INTEGRATED TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN MEDICINE

关键词 榄香烯注射液 顺铂 癌性胸水

MeSH 顺铂(Cisplatin)注射(Injectations)观察(Observation)胸腔(Thoracic Cavity)对照组(Control Groups)目的 主题词 (Goals)胸水(Hydrothorax)性(Sex)

分类号 R730.6

榄香烯治疗恶性胸腔积液27例疗效观察

目的 统计应用榄香烯治疗恶性胸腔积液27例患者的近期疗效观察及毒副作用分析,探讨治疗恶性胸腔积液一种有效的方法.方法 本组病例中有肺癌18例,胸膜间皮瘤3例,乳腺癌肺转移3例,食管癌术后复发胸膜转移3例.抽尽胸水后,用5%榄香烯注射液40mL加生理盐水40mL加2%利多卡因5mL注入胸腔.必要时间隔5~7天再次抽液注射.结果 本组27例中完全缓解(CR)9例,占33.3%;部分缓解(PR)15例,占55.6%;无效(NC):3例,占11.1%.总有效率(CR+PR)24例,占88.9%.毒副作用少.结论 采用榄香烯控制恶性胸腔积液可达88.8%的总有效率,疗效确切可靠,毒副作用少,值得推广与应用。

磁共振波谱分析对骨与软组织肿瘤良恶性鉴别诊断的临床研究

郭会利 张敏 刘玉珂 陈亚玲 张斌青 杨静
(河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳, 471002)

中图分类号: R73 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0367-06

【摘要】目的: 探讨磁共振波谱分析(1H-MRS)对骨与软组织肿瘤良恶性鉴别诊断的临床应用价值。方法: 对6例正常肢体的骨与软组织进行1H-MRS检查。搜集58例经临床病理证实且1H-MRS资料完整的骨与软组织良恶性病变, 进行临床分析, 应用8通道相控阵线圈, 采用单体素的点分辨波谱分析法(point-resolved spectroscopy, PRESS)进行扫描, 观测胆碱复合物(choline containing compounds, Cho)峰相对于肌酸(creatine, Cr)峰的高低或有无Cho峰。将1H-MRS谱线分为2型: I型, 谱线中3.2ppm($\times 10^{-6}$)处有明显的胆碱(Cho)峰; II型, 谱线中3.2ppm处无明显的Cho峰; 计算Cho/Cr、Lip/Cr及Lac/Cr比值; 统计良恶性病变出现2种谱线的例数, 并计算诊断良恶性病变的敏感度、特异度和准确度。结果: 正常肌肉组织Lip/Cr >2.0 , Cho及Cr峰均减低; 良性肿瘤 $1.0 < Lip/Cr < 2.0$, 而Cho峰较低, Cho/Cr <1.0 ; 恶性肿瘤Cho/Cr >1.5 , 肿瘤恶性程度越高, Cho峰越高, Cho/Cr越大, 以Cho/Cr=1.5为阈值, 鉴别肿瘤良恶性, 其敏感度为82.35%, 特异度87.50%, 准确度为84.48%。以Cho/Cr=2.2为阈值, 将恶性肿瘤分为高度恶性和低度恶性; 当肿瘤发生坏死时, Lac峰增高, Lac/Cr比值增大。结论: 正常组织与良恶性肿瘤的1H-MRS波谱图明显不同, 应用磁共振波谱分析(1H-MRS)能够无创地检测活体内器官、组织细胞代谢、生化变化及进行化合物定量分析, 对于骨与软组织肿瘤良恶性的鉴别诊断具有较高的临床价值。

【关键词】 骨肿瘤; 软组织肿瘤; 磁共振波谱分析; 诊断; 临床研究

磁共振波谱分析(magnetic resonance spectroscopy, MRS)是一种无创研究活体组织生化信息及代谢功能状态的技术。目前应用于临床的MRS主要有2种, 即1H-MRS和31P-MRS, 且多集中在31P-MRS在肌骨系统的应用^[1-3]。笔者搜集了58例经临床病理证实且1H-MRS资料完整的骨与软组织肿瘤患者的病历资料, 以期探讨其波谱特点以及鉴别良恶性骨与软组织肿瘤的可行性和应用方法, 并评价其应用价值。

1 临床资料

纳入研究的骨与软组织肿瘤患者共58例, 均有完整1H-MRS资料。其中男39例, 女19例。年龄6~65岁, 平均21.3岁。良性病变共24例, 包括非骨化性纤维瘤3例、骨巨细胞瘤2例、腱鞘巨细胞瘤2例、神经纤维瘤6例、侵袭性硬纤维瘤2例、脂肪瘤2例、骨囊肿2例、动脉瘤样骨囊肿2例、急性及慢性骨髓炎各1例、应力性骨折1例; 恶性病变共34例, 包括骨肉瘤10例、软骨肉瘤3例、纤维肉瘤3例、尤文肉瘤3例、滑膜肉瘤3例、淋巴瘤2例、血管肉瘤2例、脂肪肉瘤2例和转移瘤6例(其中包括成骨型3例, 溶骨型1例, 混合型2例)。

2 方法

2.1 MR平扫检查方法

2.1.1 MR设备

本组病例均使用美国Marconi公司的1.5T超导型MR扫描仪, 采用点分辨表面定位序列(PRESS), 扫描参数: TR1500ms, TE35、144ms, 视野(FOV)16cm \times 16cm \sim 20cm \times 20cm, 矩阵12 \times 12 \sim 16 \times 16, 扫描时间为258s。兴趣区尽量包括平时病变区异常信号较均匀的部位及增强扫描中明显强化的区域, 并尽量避开出血、坏死、钙化和骨化区。MRS检查前进行自动匀场和水抑制, 在半高宽(FWHM) <6 、水抑制 $>96\%$ 条件下进行MRS检查。

2.1.2 数据处理

PROBE-P进行二维采集。将1H-MRS检查原始数据输入Sun Spark ADW4.0工作站, 应用functool 2功能分析软件进行后处理, 同时获得化学位移图和1H-MRS谱线图。

2.1.3 判定方法

将1H-MRS谱线图分为2型: I型, 谱线中3.20ppm($\times 10^{-6}$)处可见明显的胆碱(Cho)峰, Cho/Cr >1.5 ; II型: 谱线中3.20($\times 10^{-6}$)ppm处无明显或较低的Cho)峰, Cho/Cr <1 。利用SPSS13.0

数据分析软件进行校正 X2 检验,统计良性病变组及恶性肿瘤组出现 2 种谱线的例数,并计算鉴别诊断的敏感度、特异度和准确度。

2.1.4 阈值的确定

从化学位移图上得到评价肿瘤良恶性的最佳阈值为:以 Cho/Cr=1.5 为阈值,将肿瘤分为良恶性,以 Cho/Cr= 2.2 为阈值,将恶性肿瘤分为高度恶性和低度恶性,对肿瘤的鉴别诊断价值最高、效果最好。

2.1.5 病理学检查

将手术切除或活检穿刺的组织标本作 HE 染色,结合临床及影像学资料,得出明确病理诊断。由 2 位有经验的病理科医师盲法在显微镜下 (HP, ×400 倍) 行血管计数,共计数 5~10 个高倍视野 (HPF),取其平均值得到平均微血管密度值 (mMVD)。微血管密度分级标准:1 级, <5 个 / HPF; 2 级, 5~10 个 / HPF; 3 级, 10~15 个 / HPF; 4 级, 15~20 个 / HPF; 5 级, >20 个 / HPF。

2.1.6 符合率评价

采用 Kappa 检验,计算 A、B 组诊断结果与 C 组病理结果的比值 (K 值),对 K 值的参考评价原则如下:0.75<K≤1,符合率极好;0.40<K≤0.75,符合率好;0<K≤0.40,符合率差。本组验证得出 K=0.85,符合率极佳。

2.2 分析方法

计算各患者 Cho / Cr、Lip / Cr 值,以此为诊断指标对组内肿瘤的良恶性进行鉴别诊断,结合病理检查结果利用 SPSS13.0 统计软件绘制 ROC 曲线。计算 2 种诊断指标的敏感度、特异度和准确度及最佳诊断界值。

3 结果

3.1 ROC 曲线

根据 ROC 曲线,以 Cho / Cr 作为诊断指标,其敏感度为 82.35%,特异度 87.50%,准确度为 84.48% 高于 Lip / Cr。结果表明以 Cho / Cr 作为骨与软组织良恶性肿瘤鉴别诊断指标的最佳诊断界值为 Cho / Cr=1.5。

3.2 1H-MRS 谱线图

良性肿瘤患者 $1 < \text{Lip} / \text{Cr} < 2$,谱线中 3.20 ppm 处无明显 Cho 峰或 Cho 峰较低,Cho / Cr < 1;恶性肿瘤患者谱线中 3.20 ppm 处可见明显的 Cho 峰,Cho / Cr > 1.5。

3.3 谱线特征与病理检查对应情况

根据 1H-MRS 谱线图及最佳诊断界值可将 1H-MRS 谱线图分为 2 型: I 型,谱线中 3.20 ppm 处可见明显的 Cho 峰,Cho / Cr > 1.5; II 型,谱线中 3.20 ppm 处无明显或较低的 Cho 峰,Cho / Cr < 1.24 例良性病变中出现 I 型谱线的 3 例 (侵袭性硬纤维瘤 1 例和骨巨细胞瘤 2 例), II 型谱线 21 例。34 例恶性肿瘤中出现 I 型谱线 28 例, II 型谱线 6 例 (脂肪肉瘤 1 例、软骨肉瘤 2 例和成骨性转移瘤 3 例)。

4 讨论

4.1 1H-MRS 的原理

1H-MRS 是目前能够无创研究活体组织生化信息及代谢功能状态的技术,可提供病变细胞化学方面的信息,能够从分子水平对病变组织的化合物进行定量分析,由于良恶性肿瘤细胞增殖的速度、细胞密度及血液供应明显不同,因此肿瘤组织内化合物含量不同,如肿瘤组织细胞膜上的 Cho 复合物的浓度在良恶性病变之间明显不同,此峰升高代表细胞膜磷脂合成增加和细胞增殖活跃^[5-6],所以应用 1H-MRS 检测 Cho 等化合物的含量进行良恶性肿瘤的鉴别。

4.2 1H-MRS 中各峰的意义

正常组织含有较高的脂质 (Lip) 峰,当发生病变时 Lip 峰下降,良性肿瘤略下降,肿瘤恶性程度越高, Lip 峰下降越明显;肌酸 (Cr) 较稳定,可以作为参照物;胆碱复合物 (Cho) 反映的是细胞膜磷脂合成和细胞增殖情况,肿瘤恶性程度越高 Cho 峰升高越明显;当骨髓炎、软组织感染及病变组织坏死时,由于无氧代谢增加,可见乳酸 (Lac) 峰增高。

4.3 1H-MRS 的临床应用价值

近年来 MRI 在肌骨系统的临床应用,取得了巨大进展,尤其是弥散、灌注及早期动态 MRI 增强斜率值等,对良恶性病变鉴别具有较高的敏感度、特异度和准确度^[7-11],是具有较高鉴别诊断价值的影像学方法^[1]。1H-MRS 是另一种能够无创检测活体化学成分的新技术,能够从分子水平研究组织生化信息和细胞代谢功能状态,通过对肿瘤组织内的化合物 (Cho、Cr、Lip、Lac) 进行定量分析,达到定性诊断的目的。我们研究发现,由于肌酸含量较稳定, Cr 峰波动很小,可以作为参照物,通过计算 Cho/Cr、Lip/Cr、Lac/Cr 的半高宽面积的比值,数据更精确,即正常肌肉组织 Lip/Cr > 2, Cho 及 Cr 峰均较低;良性病变时 $1 < \text{Lip} / \text{Cr} < 2$,而 Cho 峰较低, Cho/Cr 比值较小, Cho/Cr < 1;恶性肿瘤 Cho/Cr > 1.5,肿瘤恶性程度越高, Cho 峰越高, Cho/Cr 比值越大,以 Cho/Cr=1.5 阈值,对肿瘤潜在恶性评价的敏感性、特异性最佳,与病理诊断符合率极佳;以 Cho/Cr > 2.2 为阈值,将恶性肿瘤分为,高度恶性和低度恶性;当病变发生坏死时, Lac 峰增高, Lac/Cr 比值增大。用此方法与良恶性肿瘤的不同病理类型及恶性肿瘤的分级进行对比研究,具有更高的敏感度、特异度和准确度,对鉴别骨与软组织肿瘤的良恶性具有较高的临床应用价值。

4.4 假阳性率及假阴性率

本组有 6 例恶性肿瘤出现 II 型 1H-MRS 谱线图,其中包括 1 例脂肪肉瘤、1 例软骨肉瘤和 3 例成骨性转移瘤。术后病理发现,软骨肉瘤和成骨性转移瘤含有大量的钙化和骨化组织,由于他们所含的质子含量较低,并且具有明显的磁敏感效应,致使 Cho 峰降低或无此峰,故 Cho 峰表现为假阴性;而脂肪肉瘤的组

织学发现细胞核分裂像较少,低度恶性,故图谱无 Cho 峰。

本组有 3 例良性病变出现 I 型 1H-MRS 谱线图,其中包括 1 例侵袭性硬纤维瘤和 2 例骨巨细胞瘤(2 级),病理发现此 3 例肿瘤有低微血管生长,肿瘤血供丰富,是出现 I 型谱线假阳性的原因。临床上这些肿瘤或肿瘤样病变生物学活性较高,具有侵袭性或恶性成分,术后复发率高。研究表明若良性病变在 1H-MRS 上出现 I 型谱线图,则术后复发率明显增大,提示应扩大手术切除范围,减少术后复发率。

4.5 1H-MRS 的技术关键

- ①严格掌握适应症,对于在 MRI 平扫上显示信号不均匀者及动态增强扫描上未见明显强化者,应排除。
- ②兴趣区应尽量避免出血、坏死、钙化和骨化区。
- ③MRS 检查前应保证匀场和水抑制的精确性,达不到标准,应重新匀场。

5 典型病例 (I 型及 II 型谱线特点)

4.6 1H-MRS 的限度

1H-MRS 做为一种定量检测指标,对鉴别肌肉骨骼系统肿瘤的良好性具有一定价值,但由于钙化、出血、坏死等因素的影响,部分病变具有重叠性,如何进一步提高诊断的准确率,有待于进一步研究。

总之,1H-MRS 是目前能够无创检测活体内器官、组织细胞代谢、生化变化及化合物定量分析的方法之一,MRS 作为一种功能影像检查,可以从分子水平提供病变的病理生理信息及细胞化学方面的信息,通过对病变组织内特定化合物的定量检测,到达定性诊断之目的,对骨与软组织肿瘤良恶性的鉴别诊断具有较高的临床应用价值,随着 MRI 设备及波谱技术的不断发展和完善,1H-MRS 在骨与软组织病变中的应用,必将发挥更大作用。



图 1—A 非骨化性纤维瘤 DR 片

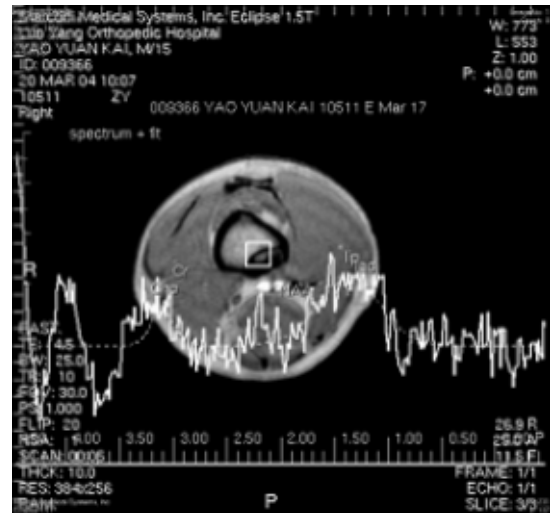


图 1—B 非骨化性纤维瘤 MRS 图谱 (II 型)

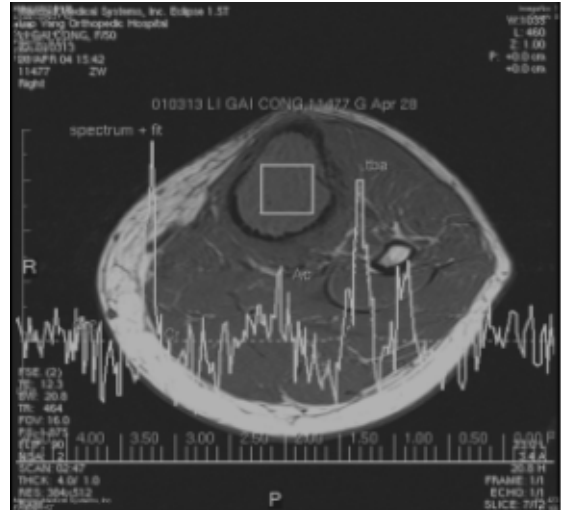


图 2-A 纤维肉瘤 DR 片



图 2-B 纤维肉瘤 MRS 图谱 (I 型)

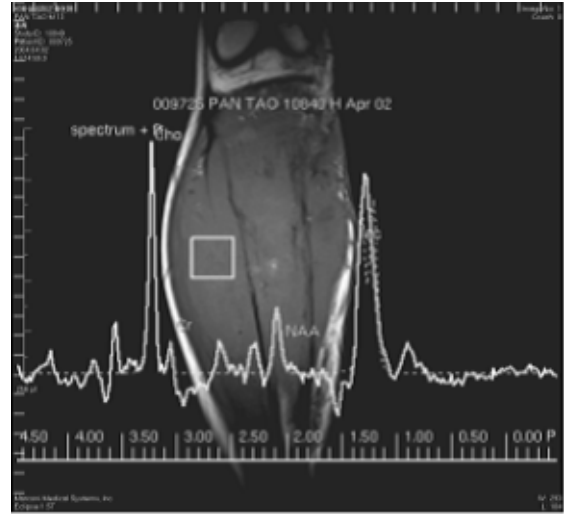


图 3-A 尤文氏肉瘤 DR 片



图 3-B 尤文氏肉瘤 MRS 图谱 (I 型)

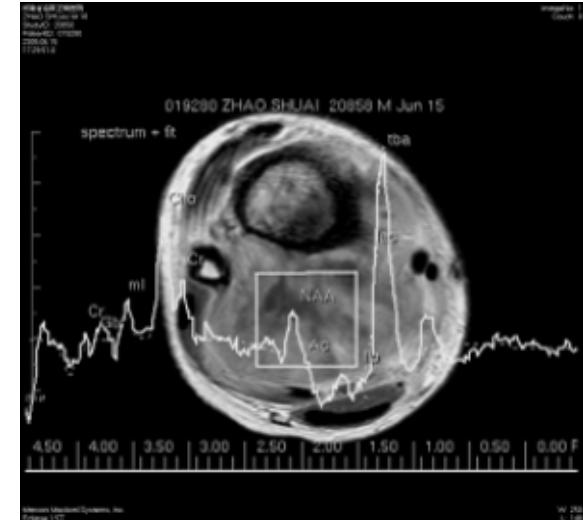


图 4-A 成骨肉瘤 DR 片



图 4-B 成骨肉瘤 MRS 图谱 (I 型)



图 5 正常 MRS 波谱图
附图说明:

图 6 化学位移图

Peak	ppm	Height	Area	Area/Cr	Area/20 SNR
NAA	1.92	484	-225.7	-1.155	-8.010
Cr	3.01	852	195.4	1.502	6.935
Cho	3.20	625	177.8	0.910	5.309
FAST	1.49	18366	40446	20.744	143.550
	1.32	8742	1715.8	3.781	50.898

图 1: 非骨化性纤维瘤 MRS 图谱, 可见 Lip 峰降低和较低的 Cho 及 Cr 峰。

图 2: 纤维肉瘤 MRS 图谱, 可见 Cho 明显增高, Cr 峰较低, Lip 峰降低。

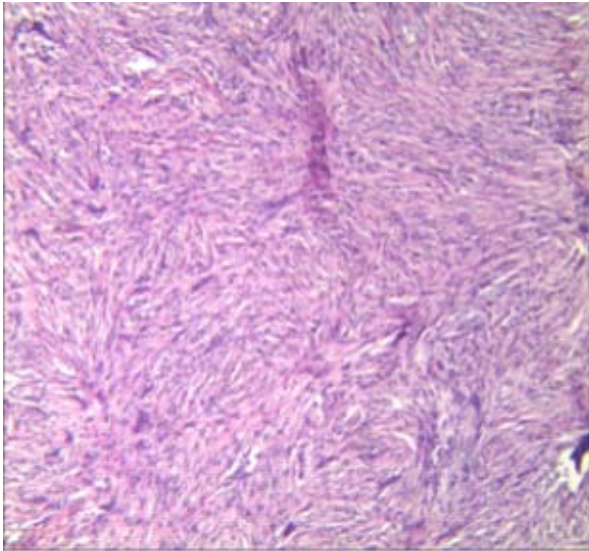
图 3: 尤文氏肉瘤 MRS 图谱, 可见 Cho 明显增高, Cr 峰较低, Lip 峰降低, 并可见 Lac 峰。

图 4: 成骨肉瘤 MRS 图谱, 可见 Cho 增高, Cr 峰较低, Lip 峰降低, 可见高的 Lac 峰。

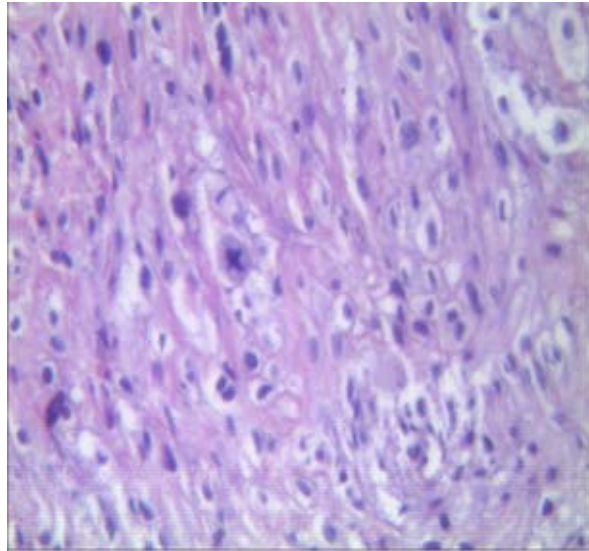
图 5: 正常肌肉 MRS 图谱, 可见高的 Lip 峰和极低的 Cho 及 Cr 峰。

图 6: 化学位移图, 可以计算 Cho/Cr、Lip/Cr、Lac/Cr 的半高宽面积的比值。

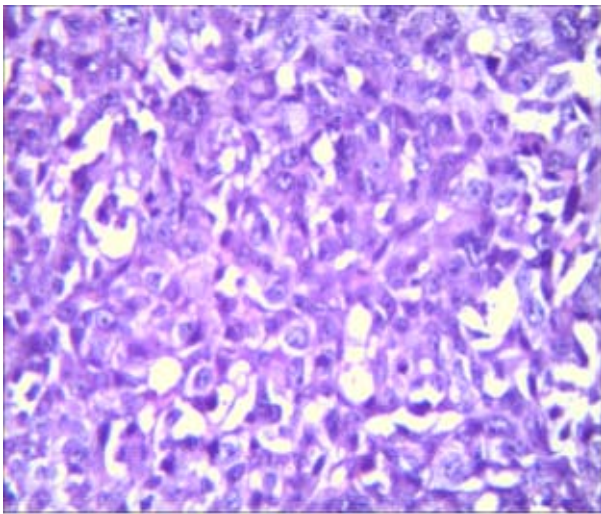
病理片 (HE 染色 HP, ×400)



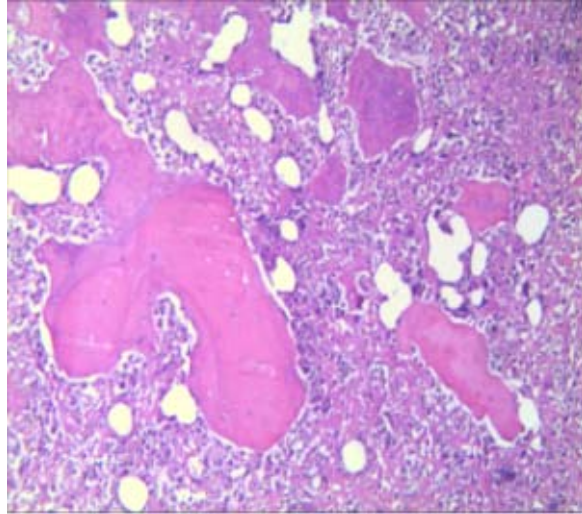
病理片 1: 非骨化性纤维瘤病理片



2: 纤维肉瘤



病理片 3: 尤文氏肉瘤



病理片 4: 成骨肉瘤

病理片表现:

①非骨化性纤维瘤病理细胞: 梭形成纤维细胞和纤维组织形成车辐状或漩涡状结构, 内含泡沫状组织细胞和良性多核细胞, 病变内散在分布淋巴细胞和浆细胞。

②纤维肉瘤病理表现: 肿瘤由梭形细胞构成, 排列成特征性的连绵束状结构, 细胞束排列成角类似鱼骨样, 肿瘤细胞核深染, 可见核分裂, 间质何有数量不等的胶原成分。

③尤文氏肉瘤病理表现: 由弥漫分布的小圆细胞组成, 形态一致, 排列成索状, 假乳头状或片状, 其间有纤维间隔, 细胞胞浆狭小境界不清, 核浆比例大, 胞核圆形, 核膜清楚, 染色质细致, 间质血管丰富, 网织纤维较少, 常有出血坏死。

④成骨肉瘤病理表现: 血窦壁中高度间变的肿瘤细胞呈多角形、梭形, 核深染, 表现为明显的多形性及异形性, 可见病理核分裂像; 肿瘤组织内间有少量纤细的或小片状的肿瘤性成骨。

参考文献:

[1]郭会利,张敏,程敬亮.早期动态MRI增强斜率值对肌肉骨骼系统良恶性肿瘤的鉴别诊断价值及临床研究[J].实用放射学杂志,2008,24(2):217-220.

[2]Wang CK,Li CW,Hsieh TJ,et al.Characterization of bone and soft-tissue tumors with in vivo 1H-MRS spectroscopy;initial results.Radiology,2004,232,599-605.

[3]Oya N,Aoki J,Shinozaki,et al.Preliminary study of proton magnetic resonance spectroscopy in bone and soft tissue tumors;an unassigned signal at 2.0-2.1ppm may be a possible indicator of malignant neuroectodermal tumor Radiat Med,2000,18;193-1038.

[4]周春香,孟俊非,陈应明等.磁共振氢质子波谱在下肢骨——软组织疾病中应用初探,临床放射学杂志,2003,22;1035-1038.

[5]Negendank W.Studies of human tumors by MRS:a review(Review).NMR Biomed,1992.5;303-324

[6]Ruiz-Cabello J,Cohen JS,Phospholipid metabolites as indicators of cancer cell function,NMR Biomed,1992,5;226-233.

[7]Millis K,Weybright P,Campbell N,et al Classification of human liposarcoma and lioma using ex vivo roton NMR spectroscopy,Magn Reson Med,1999,41;257-267.

[8]Mukherji SK,Schiro S,Castillo M,et al,Proton MR spectroscopy of squamous cell carcinoma of upper aerodigestive tract;in vitro characteristics Am J Neuroradiol,1996,17;1485-1490.

[9]Verstraete KL,De Deene Y,Roels H,et al,Benign and malignant musculoskeletal lesions;dynamic contrast-enhanced MR imaging-parametric first-pass,imaging depict tissue vascularization.Radiology,1994,192;835-843.

[10]Ma LD,Frassica FJ,McCarthy EF,et al.Benign and malignant musculoskeletal mass;MR imaging differentiation with rim-to-center differential enhancement Ratios.Radiology,1977,202;739-744.

[11]孟俊非,吕衍春,吕风华等.增强MR灌注成像在骨骼-软组织肿瘤良恶性鉴别诊断中的价值,中华放射学杂志,2001,35;576-583.

基金项目:

2005年河南省重点科技攻关项目,编号0523030500;2011年河南省中医药科技成果一等奖。

相关文献:

旋转铰链型膝关节假体置换治疗膝关节周围复发性骨巨细胞瘤疗效

目的 观察旋转铰链型膝关节假体置换治疗膝关节周围复发性骨巨细胞瘤的临床疗效.方法 对8例膝关节周围复发性骨巨细胞瘤患者行广泛切除术5例、根治性切除术3例,均采用旋转铰链型膝关节假体置换重建.术后每3个月复查胸片和膝部正侧位X线片.采用骨与软组织肿瘤协会评分(MSTS)标准评定膝关节功能.结果 术后随访12~36个月,所有患者无局部复发或远处转移迹象,未发现假体松动;膝关节活动范围为80°~110°;MSTS为(23.5±4.0)分,优良率为87.5%.结论 旋转铰链型膝关节假体置换治疗膝关节周围复发性骨巨细胞瘤能减少肿瘤复发、提高患者生活质量,近期疗效好.

作者	肖文德(赣南医学院第一附属医院,江西赣州,341000);高辉(赣南医学院第一附属医院,江西赣州,341000);姬广林(赣南医学院第一附属医院,江西赣州,341000);赖光松(赣南医学院第一附属医院,江西赣州,341000);陈庆真(赣南医学院第一附属医院,江西赣州,341000);
刊名	山东医药 2011年51卷10期
英文期刊名	SHANDONG MEDICAL JOURNAL
关键词	膝关节复发性骨巨细胞瘤关节置换术
MeSH 主题词	膝关节(Knee Joint)假体和植入物(Prostheses and Implants)旋转(Rotation)复发(Recurrence)性(Sex)巨细胞瘤,骨(Giant Cell Tumor of Bone)活动范围,关节(Range of Motion, Articular)肿瘤(Neoplasms)
分类号	R687.4
栏目名称	临床研究
基金项目	江西省赣州市指导性科技计划项目

骨转移瘤的诊疗攻略

黄满玉 冯峰 李东升 张志勇 古建立 许京华
(河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科, 河南 洛阳, 471002)

中图分类号: R738.1 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0373-03

【摘要】目的: 总结骨转移瘤临床诊疗心得及方略。方法: 从搜集第一手临床资料入手, 形成初步印象, 实施初步检查; 安排住院, 进一步明确病源, 进行初步治疗; 确定全面的治疗计划, 分步实施; 长期随访, 及时评估, 注重意外情况, 坚持可持续治疗。结论: 以“一中心、三配合、五阶段”模式给予患者最佳服务。

【关键词】 骨; 癌症; 转移; 诊断; 治疗

【Abstract】 Objective :Summing-up the experience and ideas of diagnosis and treatment to bone metastases. Methods and Results We gather minutely clinical and patient's datum at first, give the elementary examination by impression. Then arrange hospitalization to seek the primary tumor and treat fundamentally. Then map out the all-sided treat-plan, and come into effect step by step. We should give Long-term follow-up and timely assessment, advert the case of an accident, and persist continual diagnosis and treatment. Conclusion It could be the best service model of “one foco, three co-operations and five stages”.

【Key words】 Bone; Tumor;metastases;diagnosis;Treatment

骨转移瘤是指骨外的原发肿瘤转移到骨骼的一种继发性恶性肿瘤, 是最常见的骨恶性肿瘤, 发病率大约是骨原发肉瘤的 25 倍, 已经是骨肿瘤大夫目前最常临对的主要病种。对于医生、患者及家属来说, 癌症骨转移是个很纠结的阶段。因为对于医生来说, 我们给予的帮助只是“延长生命时间, 提高生活质量”, 在面对一个生命一步步走向死亡时更多的只能是无奈; 对于患者来说经过很长时间与病魔的斗争, 迎来这个阶段是在宣告自己的生命已经进入倒计时, 虽然这个倒计时可能只有 3 个月甚至是 10 年, 对他来说都是生命的最后阶段, 而这个阶段与病魔的抗争可能更痛苦、更艰难; 对于家属而言, 不仅仅要承担疾病本身带给的绝望和打击, 还要承担已经担负和将来要担负的经济重担, 但等待的结果可能就是“人财两空”。所以要决定骨转移瘤诊疗的方案不是医生自己说了算, 要医、患、家三方协商, 共同建立。在最佳方案的帮助下, 陪同患者走好生命的最后一程。笔者根据多年诊疗骨转移瘤的体会, 总结了如下攻略方案, 有我们已经实施的, 也有预想要实施的, 供诸同道, 以资抛砖引玉。

1 首诊全面了解患者情况

当患者来到你的面前, 你需要了解如下问题, 并做好详细的记录, 建立专属资料柜, 包括电子数据和实质资料(不包括会诊性、咨询性和短暂性病例)。

①患者心理及家庭背景: 我个人认为这是作为主管医师首先和必须要了解的问题, 而且很多诊疗措施都由这两个因素决定, 并决定了医生参与该病例诊疗的深度。患者心理包括对个人疾病的认知程度、目前最迫切需要、来诊的态度、对未来的预期值、宗教信

仰等; 家庭背景包括了家属对患者的态度、经济能力、社会地位、家庭人际网络等。

②全面了解既往病史及诊疗资料: 这决定了你检查及诊断的方向。如已经检查过且目前仍有参考价值的资料应该特别选择并妥善保管, 以备后期综合考察确定方案。建议医院保管, 形成资料库, 便于数据整理和科研研究。

③详细检查, 搜集全面的临床体征: 做好搜集第一手资料是你对患者形成初步诊断的关键, 所以诊断检查技巧是每一个临床医师必备, 并且“细心、耐心、爱心”缺一不可。

2 初步印象, 进一步检查

经过全面了解患者情况后, 我们开始实施真正意义的诊疗措施, 并涉及患方的经济支付, 需要三方参与形成。

一般初步检查的原则为: 合理、经济、及时、不重复、不等待。“合理”指检查要求符合病情需要, 必须要做; “经济”为检查费用不高, 一般家庭都能承担; “及时”是能或有可能迅速针对患者不适主诉找到答案; “不重复”是与既往资料不重复, 除非病情可能存在变化; “不等待”是无须患者很长时间等待检查结果。对于骨转移瘤的检查来说主要指 X 线、CT、MRI 等。

X 线检查是骨科最基础的检查手段, 对了解骨质破坏的程度, 肿瘤的边界及肿瘤性质, 骨膜反应及与软组织的关系等均有重要的价值。包括病灶局部及胸片。必要时行四肢全长 DR 成像, 以备计算肿瘤范围, 定做假体。

CT 扫描能显示转移灶的侵蚀性及软组织肿块特点。增强的 CT 图像能显示病变的血运特点及邻近的血管神经结构变化。目前 CT 技术已经是局部病灶常规的检查手段,价格不贵,取片较快,适应全身各个部位。

MRI 检查可以通过信号的改变表现病性及软组织情况,尤其对于脊柱转移瘤的患者 MRI 检查尤为重要。特殊说明的情况:

①如果患者原发病灶明确,既往资料基本确定诊断可直接进入第三阶段。

②如果为病理性骨折,需按急诊入院处理骨折,而后再行综合方案。

③已经进入备案的病例,中途出现意外情况,随时进入第三阶段。

④如果涉及医保、新农合或城镇医保等报销问题,患者及家属均有深入诊断及治疗的决心,可以直接入院检查,减少门诊费用,有利于整体报销,减少不必要的麻烦。否则应建立特殊门诊,建立一对一关系,使治疗在可持续状态下进行。

3 安排住院,进一步明确病源,实施初步的治疗措施

绝大多数骨转移瘤患者需要住院治疗。经过初步检查后,安排住院,为明确病源和了解患者全身转移情况进行深入检查,并对患者目前情况给予初步的治疗措施。

3.1 明确病源

在我们收治的骨转移瘤病例中有大约 45% 的患者是以骨转移瘤为首发症状来就诊的,需要寻找原发病灶,明确病源。因为原发病灶是我们选择化疗及内分泌方案的基础。需要向患者家属讲明的是,有大约 5%~10% 的病例在进行全面检查后仍无法找到原发病灶,我们称原发病灶不明的骨转移瘤 (Metastatic Bone Tumor of Unknown Origin, MBUO)。

85% 骨转移瘤来自于乳腺、前列腺、肾、肺、甲状腺及消化系统肿瘤等,而癌细胞转移的过程主要包括:原发肿瘤细胞脱离的局部种植;侵蚀并进入血管及(或)淋巴管,随后通过循环到达骨骼血运丰富处停留、种植、增殖形成新的病灶。所以我们在明确病源的检查中,主要针对以上骨转移瘤的特征来行针对性检查。我们常用的检查手段为肿瘤生物学标志物、ECT、PET-ECT、经皮穿刺活检、彩色超声等。

肿瘤标志物是推测来源,确定诊断和评价疗效的一个重要参考指标,经济条件好的可查。

ECT 又称 SPECT (全身骨骼核素扫描) 是评估全身骨骼转移情况的最可靠的方法。转移病灶通常都有核素摄取增加改变,同时对成骨和溶骨病灶有差异性摄取,可作为鉴别的一个依据。ECT 是骨转移瘤必检项目之一。

PET-CT 是目前最先进的显像检查,结合了 ECT、CT 及分子生化代谢过程,能够深入分子水平反映人体的生理、生化过程,从功能、代谢等方面前面评价人体的功能状态,达到早期诊断疾病、肿瘤分期、疗效判断、预后评估等目的,被视为核医学史上划时代的里程碑,是最高水平核医学的标志。费用在一万元左右,经济条件较好的患者建议检查。

骨与软组织经皮穿刺活检:可在 CT 导引下进行。取组织活检得到病理组织学诊断是临床的“黄金”标准,并作为确定方案的一个依据。如果原发病灶明确,或穿刺困难,并有手术指证者可不作。

彩色超声:彩超对腹腔盆腔内脏、乳腺、甲状腺、淋巴结等病灶的检测有较好的敏感性和准确性,也较为经济,对于经济条件一般的可选择彩超来检查病源。

其他检查:胃肠道钡餐造影技术对怀疑食管及胃肠病灶的较为经济的检查方法;乳腺摄片技术主要针对乳腺疾病深入检查;胃镜可直观显示食管、胃肠的疾病变化,还可刷洗肿瘤细胞或切取病变组织行组织学病理检查,一般在钡餐检查后,高度怀疑胃肠道系统肿瘤者做以求最后诊断;支气管纤维镜高度怀疑支气管内、靠近肺门及纵隔旁肿瘤时采用可切取组织,或超声波纤维支气管镜 (EUS) 定位穿刺活检;CT 导引下胸腔穿刺活检则适宜外周肺癌病灶;腹腔镜或直结肠镜等针对腹腔盆腔内肿瘤的检查 and 诊断;胸水或腹水闭合引流及细胞学检查;淋巴结切开或穿刺活检等。以上检查均为特殊针对性检查,可依据患者病情和家属意见等综合因素考虑实施。

3.2 初步治疗

多数来就诊的骨转移瘤患者是以弥漫性骨痛为主诉症状,部分患者伴有贫血、发热、烦躁失眠、胃肠不适、高钙血症、不全瘫、病理性骨折、神经血管压迫等症状。有些患者是在原发瘤术后常规体检中偶然发现,临床无明显症状,可行基础治疗。初步治疗主要指对症治疗、双膦酸盐类药物、免疫支持及中医药的辨证治疗。对症治疗主要包括:止痛 (WHO 三阶梯用药、局部神经封闭、脱水、激素等方法)、安神镇静、抗感染、补血等;双膦酸盐类药物可显著缓解骨痛,降低血钙,控制骨质破坏,是骨转移瘤基础治疗药物之一,代表药物帕米膦酸二钠、唑来膦酸等;免疫支持治疗是肿瘤基础用药之一,能提高自身抗肿瘤的能力,并使患者保持良好的体质完成手术、化疗、放疗等破坏性治疗,常用药物有核糖核酸、胸腺肽等;中医药的早期干预对患者调节免疫、增强体质、缓解症状、抗肿瘤、提升生活质量均有良效,建议临床医师对此重视对待。目前也是我们对骨转移瘤的基础治疗方法之一。

4 确定全面的诊疗计划, 分步实施

当我们以上三个阶段结束后, 我们的诊断基本明确, 进入第四阶段, 开始和患者及家属协商制定全面的诊疗计划, 并分步实施, 实现可持续治疗。通过多年观察, 第四阶段主要有以下三种情况:

4.1 诊断明确, 年龄在 70 岁以下, 身体条件较好者

4.1.1 原发灶对化疗敏感给予规范化疗, 依据既往化疗用药选择合理的化疗, 并依据定期的评价结果进行调整用药, 化疗是主要手段; 中间依据情况可配合局部放疗或全身核素内放疗; 内分泌治疗是对某些对激素敏感的肿瘤, 应用激素治疗不管是对手术或非手术病人均有益, 尤其晚期患者, 规范的内分泌治疗是必须的; 符合手术指证的给予手术干预。经济基础好者可考虑给予生物治疗或靶向药物治疗。经济条件不好者, 可申请进入临床试验研究。

4.1.2 原发灶对化疗不敏感, 给予全身核素内放疗, 每 3~6 个月一次, 控制不明显可配合局部放疗; 对激素敏感的可配合内分泌治疗; 符合手术指证的给予手术干预。经济基础好者可考虑给予生物治疗或靶向药物治疗。经济条件不好者, 可申请进入临床试验研究。

4.2 诊断明确, 年龄在 75 岁以上, 身体情况较差, 或经济条件欠佳者

可配合生物治疗或靶向药物, 全身核素内放疗, 或局部放疗也比较适合年纪大体质弱的患者; 对激素敏感者给予内分泌治疗; 符合手术指证的给予手术治疗以尽快改善临床症状; 符合试验条件的可进入试验研究。

4.3 来源诊断不明确者

符合手术指证的给予手术干预, 肿瘤组织进行进一步组织学检查或分子遗传学检查; 或给予 TP 方案化疗评价疗效(紫杉醇或多西他赛加顺铂或卡铂), 或给予核素内放疗, 每 3~6 个月一次。

以上三种情况分而治之, 但都以基础治疗和综合对症治疗为根本, 依据患者病情及家庭情况确定是否给予化疗、内分泌治疗、放射治疗及手术治疗。制定出明确的治疗计划表, 分步实施。

手术治疗在骨转移瘤的综合治疗中占有特殊的地位, 特别是在骨转移瘤引起病理性骨折、脊柱不稳、脊髓压迫时手术干预是一种必须手段。手术指证: ①脊柱不稳; ②疼痛经放疗后不能缓解者, 或放疗、化疗后复发或继续加重者; ③进行性脊髓或神经功能受损者; ④四肢病理性骨折或预估性骨折; ⑤患者的生存期超过 6 个月。

手术方式: ①肢体长骨: 四肢骨干骨折采用经皮或切开交锁髓内钉内固定, 股骨转子部骨折用 Gamma 钉、Ziekel 钉或重建钉内固定, 对于近关节骨折首选人工假体置换, 如股骨颈骨折可采用长柄股骨头或全髋关节置换。手术过程中应将骨转移瘤病灶切除, 骨缺损

处可用骨水泥堵塞, 骨水泥能协助内固定物固定骨折提高瘤骨的机械强度。②骨盆: 依据髌臼破坏程度给予全髋关节置换, 或采用骨水泥、金属网、金属杯及髌臼假体, 或骨水泥配合斯氏针呈扇形重建髌臼力线, 或内半骨盆切除人工半骨盆置换, 或瘤骨灭活再植重建植骨或结合内固定。③脊柱: 若肿瘤主要位于棘突、椎板、椎弓根, 脊髓压迫来自后方, 或连续 2 个以上椎体受累则以选择后路手术为好, 行椎板切除减压后, 用椎弓根固定系统; 若肿瘤主要位于椎体者, 压迫来自前方, 则应采用前路手术。

5 终生随访, 及时评估和调整, 注重意外情况, 坚持可持续综合治疗

制定好全面综合的诊疗计划后, 就是监督实施和疗效评估, 进入第五阶段。骨转移瘤是复杂的慢性疾病, 疗效不佳时应随时调整方案, 同时也可能随时出现意外情况, 应及时处理。而且还应做好患者的心理疏导工作, 与家属保持良好的沟通, 争取终生随访和可持续治疗。

总之, 骨转移瘤患者中位生存期在 1 年以上^[1], 其中前列腺癌骨转移、乳腺癌骨转移患者的存期可能更长。所以对骨转移瘤的治疗态度应该是积极的。骨转移瘤的治疗是以患者为中心, 医、患、家三方共同协商配合, 经多学科商定, 在正确认识和评估肿瘤的生物学特征、病人的一般情况, 预计生存率、各种治疗的效果和利弊, 以及持续时间和预后等工作的基础上最后决定的, 采用五阶段逐步深入, 分步实施的办法, 达到可持续治疗的目的。本人称这种模式为“一中心、三配合、五阶段”模式, 即以患者为中心, 医生、患者、家属三方配合, 采用“首诊全面了解患者情况; 初步印象, 进一步检查; 安排住院, 进一步明确病源, 实施初步的治疗措施; 确定全面的诊疗计划, 分步实施; 终生随访, 及时评估和调整, 注重意外情况, 坚持可持续综合治疗”的纵深五阶段模式。这个模式的全面完成需要一个主管医师和多个治疗医师配合完成, 并且提升了患者及家属的重要参与作用, 同心同德, 陪好患者最后一程。

参考文献:

[1] 刘楠楠, 中东兰, 陈晓秋等. 355 例恶性肿瘤骨转移的临床分析. 中华肿瘤杂志. 2010, 32 (3): 203-207

作者简介:

黄满玉 (1974-), 女, 汉族, 河北唐山人, 主治医师, 在读博士, 研究方向: 骨病骨肿瘤、髌部疾病。地址: 河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科, 洛阳, 河南, 471002。

骨转移瘤中医诊疗的体会

黄满玉 李东升 张志勇 古建立 许京华

(河南省洛阳正骨研究院正骨医院骨肿瘤科, 河南 洛阳, 471002)

中图分类号: R814.42;730.26 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0376-04

【摘要】 骨转移瘤是恶性肿瘤的晚期阶段, 临床需综合治疗。中医特点是整体调节, 在提高患者生活质量方面具有较好临床疗效。本文从经典和临床资料入手探求骨转移瘤的中医病因病机、治则治法, 为临床中医辨证治疗提供理论帮助。

【关键词】 骨转移瘤; 中医; 病因; 病机; 治则; 治法

【Abstract】 Bone metastases is cancer's late stage, should be treated by clinical comprehensive means. Traditional Chinese medicine (TCM) is characterized by an overall adjustment, and has good clinical efficacy to improve quality of life. This paper provided some new views about the bone metastases' pathogenesis and pathology, treatment principles and methods, which were explored from the classic discourse of TCM and clinical data, hope to help the physicians to treat bone metastases by therapies of TCM better.

【Key words】 Bone metastases; Traditional Chinese medicine; Pathogenesis; Pathology; Treatment principles and methods

骨转移瘤是恶性肿瘤发展的晚期阶段, 肿瘤细胞从原发灶脱落, 进入血液及淋巴循环系统, 转移种植到全身其他部位而发生转移病灶。这个瘤的过程中涉及多种病因, 产生复杂的病机变化, 而临床则需要针对其发展的病理变化灵活面对, 综合治疗。中过程需要很多内在因素支持才能完成。目前, 肿瘤的转移过程仍以 Bross 和 Blumenson 学说为依据, 大致过程为: 肿瘤在原发部位生长、繁殖→肿瘤细胞血管生成→肿瘤细胞脱离原发灶, →向邻近组织侵袭→穿过血管或淋巴管壁→在血液或淋巴循环中运行并存活→黏附于血管内皮细胞→穿出血管壁进入靶器官或远隔组织→转移灶形成→再侵袭和再转移^[1]。在骨转移医学对骨转移瘤的认识不如西医学认识的具体, 但涉及内、外及不内不外多种病因及正虚邪实、兼夹胶着等多个病机, 临床复杂多变, 需综整体观分期辨证论治。笔者认为中医临床若紧密结合西医骨转移的发病机制, 既能整体把握病情又不失察微观状态, 则多能收效。现就骨转移瘤的中医药诊疗中的体会简略报告如下。

1 病因病机

1.1 病因

中医认识疾病病因, 不外乎六淫外侵、七情内伤、饮食劳伤、痰饮瘀石等基本病因。病因主要分类包括阴阳二分法和三分法, 笔者推崇以三分法理解应用中医学病因。汉代张仲景在《金匱要略》中指出, 疾病发生有三个途径, 他说: “千般灾难, 不越三条, 一者, 经络受邪入脏腑, 为内所因也; 二者, 四肢九窍, 血脉相传, 壅塞不通, 为外皮肤所中也; 三者, 房室、金刃、虫兽所伤。以此详之, 病由都尽”。晋代陶弘

景《肘后百一方·三因论》则分为“一为内疾, 二为外发, 三为它犯”。宋代陈无择提出了“三因学说”, 他说: “六淫, 天之常气, 冒之则先自经络流入, 内合于脏腑, 为外所因; 七情, 人之常性, 动之则先自脏腑郁发, 外形于肢体, 为内所因; 其如饮食饥饱, 叫呼伤气、金疮跌折, 踣忤附着, 畏压溺等, 有背常理, 为不内外因”。内因、外因较容易理解, 我们对此应用较多。其实, “不内不外”也具有很高的学术价值, 却常被我们忽视^[2]。在恶性肿瘤的发生发展及其复杂的转移过程中可涉及到中医的内因、外因、不内不外因。

1.1.1 内因

人的精神、情绪、年龄、遗传、体质等内在因素对肿瘤的发生、发展和预后关系密切。面对骨转移瘤患者, 在你做出治疗计划之前, 对其发病和预后的内在因素必须深入了解方能取得疗效。

体质: 《素问·阴阳应象大论》: “年四十, 而阴气自半也”, 《医学入门·卷五》: “肾主骨, 劳伤肾水, 不能荣骨而为肿, 曰骨瘤”。临床上骨转移瘤多发生在中老年, 可见该病体质内以“肾阴不足”为主。

情志: 《素问·阴阳应象大论》: “怒伤肝”、“喜伤心”、“思伤脾”、“忧伤肺”、“恐伤肾”。情志异常可直接导致机体脏腑气血逆乱、功能失调引发顽疾大病。如《素问·玉机真藏论》: “忧恐悲喜怒, 令不得以其次, 故令人有大病矣”。临床上可见恶性肿瘤患者多转移到肝、肺、肾、骨。可知患者在患病过程多为忧思惊恐, 故针对患者情志进行心理疏导可凑奇效。

先天因素：人的内在环境有些是生来即有的，比如《灵枢·阴阳二十五人》“木形之人，比于上角似于苍帝，其为人苍色，小头，长面大肩背直身小，手足好。有才，劳心少力多忧，劳于事，能春夏不能秋冬感而病生”。先天遗传因素是临床不可不考虑的内在因素，应从根本给予调养，控制再侵袭和再转移。

笔者认为，内因是骨转移瘤发生过程中肿瘤细胞生长、繁殖，及原发部位脱落和细胞他位转移种植的基础，需贯穿整个治疗阶段。

1.1.2 外因

人活天地之间，外在因素对机体的影响非常重要，可以说所有疾病都跟外因有着千思万缕的联系。张子和在《儒门事亲·汗下吐三法该尽治病论》：“病之一物，非人身素有之也，或自外而入，或自内而生，皆邪气也”。笔者认为与肿瘤最为相关的外在因素有风、寒、热、湿、燥。其他暑、火、疫等外邪少有直接引起肿瘤的。

风：《灵枢·九针十二原》：“四时八风之客于经络之中，为瘤病者也”，“必箝其身而锋其末，令可以泻热出血，而瘤病竭”。《诸病医源论·积聚病诸侯》：“由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也”。可知肿瘤这一顽疾后期可传变全身，“风”这一病邪不容忽视，而临床上多见骨转移瘤骨痛有固定不移者，也有游走不定者。这一观点也由王氏临床验证得效^[3]。

寒：《灵枢·百病始生》：“积之始生，得寒乃生，厥乃成积也”。《灵枢·水胀》“肠覃何如？岐伯曰：寒气客于肠外……”，“石瘕何如？岐伯曰：石瘕生于胞中，寒气客于子门……”。可见，肿瘤的形成跟寒邪密切相关。临床可见恶性肿瘤患者局部疼痛剧烈、固定，初期怕冷，而患者常规检查中多见血液高凝状态，也体现了“寒性凝滞”的特点。

热：《素问·痿论》：“肺热叶焦，则皮毛虚弱，急薄，着则生痿躄也”。《素问·气厥论》云：“小肠移热于大肠，为瘕瘕”，《灵枢·刺节真邪》：“虚邪之入于身也深，寒与热相搏，久留而内着，寒胜其热，则骨疼肉枯；……。以手按之坚，有所结，深中骨，气因于骨，骨与气并，日以益大，则为骨疽……”。热者灼伤筋脉易动血生风，临床可见局部热胀，血管怒张，一派热邪表现。

湿：《素问·生气通天论》“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋痠短，小筋弛长。痠短为拘，弛长为痿”。《白话通解黄帝内经·第五卷》：“肠中垢滓，凝聚生瘕肉，犹湿气蒸郁，生菌于木上，故为肠覃”。湿邪缠绵粘滞，且常生痰、成瘀、招风，多为顽疾。骨转移瘤患者常觉身体沉重无力，甚至发为水肿，湿邪作怪。

燥：《素问·气交变大论》：“燥气流行，肝木受邪。……，病反暴痛，肱胁不可反侧，咳逆甚而血溢”。《素问·六元正纪大论》“物燥以坚”。热则

阴干，少津为燥。燥为邪则局部干、硬少光泽。这些症状在骨转移瘤患者中并不少见。

可见，风、寒、热、湿、燥外邪在肿瘤中的致病作用是均不能忽视的，而且时常发生变化，如《素问·气交变大论》：“故风胜则动，热胜则肿，燥热则干，寒胜则浮，湿胜则濡泄，甚则水闭附肿，随气所在，以言其变耳”。笔者认为风的作用使肿瘤细胞产生移动而发生转移，在骨转移瘤治疗中使用恰当的熄风药物可控制疾病的进展。肿瘤初起多为风寒，逐步深入化热化湿，遂成燥热与湿痰，而在疾病的某些阶段可能相互夹杂，胶着郁结，使疾病复杂难愈。所以，寒、热、湿、燥应是病邪积聚灶局部从化而发生的病理变化，需整体及局部结合，抓主要矛盾逐个攻破、瓦解。

1.1.3 不内不外因

这个因素其实含盖很多临床致病因素。比如外伤、饮食、劳损等。

外伤：《灵枢·贼风》：“若有所堕坠，恶血在内而不去，卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通”。《正体类要·序》：“肢体损伤于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”。外伤引发肿瘤临床并不少见。在某些体质下，外伤引发的络脉破损淤滞是引发肿瘤的一个病因或诱因。

饮食：《灵枢·五变》：“如此，则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃伤脾胃之间，寒温不次，邪气稍至。蓄积留止，大聚乃起”。《证治汇补·积聚》：“积之始生，因起居不时，忧恚过度，饮食失节，脾胃亏损，邪正相搏，结于腹中，或因内伤外感气郁误补而致”。饮食不慎可直接导致噎膈、痞满等肿瘤症状，是重要病因。

劳损：《素问·痿论》：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿”，“有所远行劳倦，逢大热而渴，渴则阳气内伐，内伐则热合于肾，……。故足不任身，发为骨痿”。劳损可诱发内因不足，外因侵袭，是骨转移瘤的又一重要病因。

癌毒：《仁斋直指附遗方论·卷二十二·发癌方论》：“癌者，上高下深，岩穴之状，颗颗累垂……毒根深藏，穿孔透里”，《外科正宗·脏毒论第二十九》：“夫脏毒者，醇酒厚味，勤劳辛苦，蕴毒流注肛门，结成肿块”，这说明恶性肿瘤与癌毒的关系非常密切，但不归属内、外因。笔者认为癌毒可能是燥热病理病变的严重阶段。

笔者认为不内不外因可能是肿瘤细胞侵袭能力及侵袭部位的关键因素，临床需索因求果，采用对应措施，控制疾病。

1.2 病机

骨转移瘤病机简单说是细胞生长、细胞转移、细胞种植的过程，但这个过程却涉及多种病理因素，产生复杂病理变化，不是一个病机所能概括。笔者依据临床总结认为其主要病机病理特点如下。

1.2.1 正虚邪实

《素问·评热病论》“邪之所凑，其气必虚；阴虚者，阳必凑之”，《素问·刺法论》“正气存内，邪气可干”。所以正虚邪实是中医病理病机的根本所在，凌耀星前辈更进一步解释为“局部为实，整体为虚”^[4]。笔者认为两者之间正虚是本，邪实为标，临床要长期补足正气，调节阴阳，在适当时机才给予攻破实邪。如前所述，骨转移瘤以“肾阴不足”为基石，在补肾阴基础上，还需调节脾胃补养后天之本，加以辅佐舒达肝气、养心生血，配合情志疏导，补充机体正气。患者自身的抗病能力增加，不仅提高自身驱邪抗病的能力，生活质量有所提高，还能一定程度上提高“自愈率”。

1.2.2 阳杀阴藏

中医理论简而言之就是以阴阳为纲要。人之和为“阴平阳秘”，生病为“阴阳失调”，治疗即为“调其阴阳”。骨转移瘤病机复杂多变，以简驭繁，其根本病机应为“阳杀阴藏”。《素问·阴阳应象大论》“阴静阳燥，阳生阴长，阳杀阴藏，阳化气，阴成形”，《素问·天元纪大论》“天以阳生阴长，地以阳杀阴藏”。肿瘤细胞中既存在着存活途径，也存在着死亡途径，即阴阳的关系，“阳”杀肿瘤细胞，促进其凋亡，“阴”却使其逃脱灭杀机制而繁殖^[5]。故临床上应提高机体“阳”的功能，加入一些抗肿瘤中药或结合化疗及放疗，抑制机体“阴”藏，逐渐恢复机体“阴阳平衡”。

1.2.3 兼夹胶着

骨转移瘤病机中邪实是引起临床症状的关键因素，而邪气的特点是痰瘀、气血、寒热、虚实、癌毒等兼夹胶着，变化无端。《灵枢·百病始生》：“卒然中外于寒，若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六俞不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣”。《诸病源候论·积聚瘤结候》：“积聚瘤结者，是五脏六腑之气已积聚于内，重因饮食不节，寒温不调，邪气重沓，牢痼结者也”。《丹溪心法·积聚痞块》：“痞块在中为痰饮，在右为食积，在左为血块。气不能作块成聚，块乃有形之物也，痰与食积死血而成也，……”，由上可见骨转移瘤病机的复杂性。临床上依据这一病机特点，不但要仔细辨别找出主要矛盾，还充分利用现有技术解除病邪胶着状态，分而攻之方能奏效。

1 治则治法

骨转移瘤的治则治法依据其病因病机而定。《素问·至真要大论》“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其血气，令其调达，而致和平，此之谓也”。中医擅长解决复杂问题，根本原因是要抓住要点，以“共性”领“特性”，分而治之。

调其阴阳：《素问·至真要大论》：“谨察阴阳所在而调之，以平为期”，《素问·骨空论》“调其阴阳，不足则补，有余则泻”。中医讲究阴阳平衡，即注重生理功能的平衡，“善治病者，调阴阳而已”。此乃中医治则大法，也是临床用药的基础，不用赘述。

扶正祛邪：《素问·经脉别论》“勇者气行则已，怯者则着而为病也”，反应出正气对疾病的发生、发展的关键作用。《医宗必读·积聚》：“初者，病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻；中者，受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补；末者，病魔经久，邪气侵袭，正气消残，则任受补”，这是中医扶正祛邪的总则。在临床实践中，扶正是骨转移瘤的治疗根本，驱邪的重要意义是减轻机体肿瘤负荷，提升正气控制和抗击邪气的能力，正气渐强，邪气衰弱，才有望治愈疾病。驱邪则依患者情况顺势而调，如《素问·六元正纪大论》“郁极乃发，待时而作也”，积攒实力，创造条件，在骨肿瘤某个病理阶段，一举攻破邪实。

疏导情志：情志影响机体功能，也影响治疗效果。如《灵枢·本脏》：“志意和则精神专直，魂魄不散，悔怒不起，五脏不受邪矣”，《素问·汤液醪醴论》“精神不进，志意不治，故病不可愈”。所以疏导情志是治疗骨转移瘤的基本及首要大法。如《素问·宝命全形论》：“一曰治神，二曰知养生……必先治神”。在诊治疾病过程中，需要鼓励患者的信心，增强其生存的意志，调动机体内部的积极因素，制定全面的治疗计划，增加患者及家属的参与能动性，联合三方力量共同完成治疗任务。

分治邪气：《素问·六元正纪大论》：“大积大聚，其可犯也，衰其大半而止，过者死”，《素问·六元正纪大论》：“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之，然调其气。过者折之，以其畏也，所谓泻之”。邪气各有特点，各有所喜所恶，以不同方法分而治之是彻底治疗病患的重要措施。临床上给予有效化疗方案也是分治邪气的一部分。

取主兼次：《素问·六元正纪大论》：“故知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷”。也就是说，治病重点必须抓住主要矛盾，分清层次逐个攻破。否则一味的概而全用药，力量分散，不能有效攻邪，疗效反而不好。一般来说，骨转移瘤主要扶正大法有补阴调阳、补肾壮骨、调补气血等；主要祛邪大法有：温寒驱风、痰瘀互治、寒热同解、攻毒通络等。我们认为骨转移瘤的主要病机在“肾阴不足”和“寒凝血滞”这两个方面，如《外科大成·卷之三·癭瘤》曰：“骨瘤属肾，治宜补肾行瘀，破坚利窍”，《治证准绳·癭瘤》曰：“夫瘤者留也，髓气凝滞，皆因藏府受伤，气血乖违，当求其属而治其本”。所以，临床上主要治则应从补肾、调血入手：①补肾壮骨，如《素问·逆调论》“肾者水也，而生于骨，肾不生，则髓不能满，故寒甚至骨也”。治骨从肾入是中医理论的特色，要控制骨转移继续发展，减轻骨痛症状必从肾入手；②活血理气，如《素问·生气通天论》“是以圣人陈阴阳，筋脉和同，骨髓坚固，气血皆从。如是则内外调和，邪不能害，耳目聪明，气立如故”，所以调节人体以气血为本。风者因“血行风自灭”，血者以“气行而血无瘀”，所以，该治法多为临床医师所认可，临床应用较多。

杂和以治：《素问·异法方宜论》：“故圣人杂合以治，各得其所宜，故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也”，《万氏秘传外科心法·瘤症总论》：“今瘤之所生，由滞气浊血所成，岂无药以祛之？内服汤药，外贴膏药，内外交攻，表里并治，瘤可愈矣”。凌老前辈依据恶性肿瘤的特点提出“攻、补、调、导”综合治疗之法^[4]。所以治疗骨转移瘤决非一个方法所能完全解决，临床强调综合治疗和个体治疗结合的方式。

肿瘤，尤其恶性肿瘤，是21世纪重大的医学攻克难题，成为严重威胁人类生命和健康的大敌。骨转移瘤是恶性肿瘤的最后发展阶段，严重影响患者的生

活质量，迫切需要找到有效的治疗手段能使患者“活的更长、活得更好”。中医对肿瘤的认识可追溯到两千多年前的《黄帝内经》，其中记载了包括积聚、噎膈、反胃、石瘕等十余种肿瘤病症，在其后的《伤害杂病论》、《诸病医源论》、《千金方》、《景岳全书》、《外科正宗》等中医名著中均有不同程度的深入阐发。中医治病以整体观为中心线，调其不和，顺其阴阳；以辨证论治为诊疗手段，散邪化瘀、去积消聚。目前，医学已经从单纯的“生物”模式转向“生物—心理—环境”模式。新世纪以来，人们对生物—心理—社会医学模式在肿瘤防治方面做了积极探讨，而中医学与这一模式有异曲同工之妙，其优势也逐渐被大家认知和应用。上述即为笔者从事多年骨肿瘤临床在中医诊疗理论上的些许体会。理论最终目的是更进一步指导临床，提高临床疗效。本文抛砖引玉，供同道商榷和交流，欢迎指正和讨论。

参考文献：

- [1] 李林法. 现代骨转移瘤诊治学[M]. 北京: 科学技术出版社, 2006(第1版): 17
- [2] 王磊, 常存库. 中医病因学之“不内外因”的学术命运[J]. 中医药学报, 2004, 36(4): 1-3
- [3] 王三虎. 中医抗癌临证新识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009(第1版): 5, 67
- [4] 凌耀星, 吴士延, 施晓芬等. 应用《内经》理论治疗癌症的临证体会[J]. 上海中医药大学学报, 2005, 19(3): 3-4
- [5] 董德河, 李志远, 周发祥. 《内经》“阳杀阴藏”理论与肿瘤细胞凋亡的理论探讨[J]. 河南中医, 2003, 23(4): 5-6

作者简介：

黄满玉(1974—)，女，汉族，河北唐山人，主治医师，在读博士。主要研究方向：骨病骨肿瘤。通讯作者：河南省洛阳市启明南路82号。

恶性骨肿瘤的中医治疗经验浅谈

黄满玉 古建立 李东升 张志勇 许京华

(河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科, 河南 洛阳, 471002)

中图分类号: R445.5 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0380-04

【摘要】 目的: 总结恶性骨肿瘤的中医治疗经验。方法: 从参合辨证, 重“证”不重“病”; 法重综合, 衷“中”参“西”; 瞻前顾后, 讲“长”也要“好”三个方面论述。结果: 中医辨证有八型, 针对八型分药治, 结合现代科学技术, 配合调理, 达到患者“活的长, 活的好”的目的。结论: 中医治疗恶性骨肿瘤有一定的前景, 应在积极发挥其优势的同时借鉴现代科技, 创造新的治疗模式。

【关键词】 恶性骨肿瘤; 中医药; 辨证; 治疗

【Abstract】 Objective :To introduce the treatment experience of malignant bone tumor by TCM. Methods There are three practical experiences and theoretical probes on the studies of malignant bone tumor: It attach more importance to“syndrome”than “disease”by four diagnostic differentiation; integrate all Techniques including the means of “TCM”and “Western medicine”; tread as on eggs for the “longer”and “better” life of the patients. Results We have 8 Syndromes of the malignant bone tumor showed by the analysis of Clinical data, and then we give the different Prescription drugs basing on those Syndromes. Next, we hold together the other modernistic technique, mating with thoughtway of Health Studies to gain our ends. Conclusion It has broad prospects in malignant bone tumor treated by TCM, but we should Active play the ascendancy of TCM used for reference of the modern techniques, to create some new Treatment model.

【Key words】 Malignant bone tumor; Traditional Chinese Medicine; Syndrome Differentiation; Treatment

恶性骨肿瘤在中医里称“骨疽”(骨的良、恶性肿瘤)、“上石疽”(颈淋巴结转移癌及何杰金病)、“缓疽或肉色疽”(软组织恶性肿瘤)、“石疔”或黑疔、青疔、翻花疮等(体表的恶性肿瘤、癌性溃疡)、“肉瘤”(据《千金方》记载所描述相当于软组织恶性肿瘤;按《外科正宗》描述相当于脂肪瘤等良性肿瘤)。临床中相对比较少见,既往对这类疾病诊疗的心得不多。随着医学科技水平的提高,临床诊断的能力不断完善,这些少见肿瘤逐渐多了起来,笔者经过多年的临床观察及研究,对其临床特点、辨证要点、中药治疗的疗效,并结合临床试验对照及实验室研究等方面总结了一些心得体会,现总结如下:

1 参合辨证,重“证”不重“病”

恶性骨肿瘤(癌)临床中常见的疾病有原发和继发两大类,原发的恶性骨肿瘤包括:骨肉瘤、骨巨细胞瘤、软骨肉瘤、纤维肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤、多发性骨髓瘤、脊索瘤、恶性神经鞘瘤、血管肉瘤、滑膜肉瘤及一些软组织肉瘤等;继发的恶性骨肿瘤主要指骨转移瘤和淋巴瘤IV期的患者,临床治疗更为综合化。中医里对恶性骨肿瘤的记录和论断相对也比较少,如果辨病用药很容易走进死胡同,笔者的体会,恶性骨肿瘤的认识应该充分中医理论的综合辨证优势,结合现代医学理论,重“证”不重“病”。

1.1 从中医经典探求“癌”及恶性骨肿瘤的本源

说中医经典主要指《黄帝内经》(以下简称《内经》),《内经》中没有癌的概念,但其中不少疾病

的描述和肿瘤的症状相似,而且涉及肿瘤的病因、病位、发病特点、治疗及预后。如《素问·刺法论》:“不相染者,正气存内,邪气可干,避其毒气,天牝从来,复得其往,气出于脑,即不邪干”;《灵枢·痲疽》篇中提到“其痛坚而不溃者,马刀侠癭,急治之”;《灵枢·卫气》:“痛,可移者,易已也;积不痛(不移),难已也”;《灵枢·百病始生》指出:“此必因虚邪之风与其身形,两虚相得,乃客其形。其中于虚邪也,因于天时,与其身形,参以虚实,大病乃成,气有定舍,因处为名”这四个条文虽然简练,却概括了“癌”是一种难治之积,其根本原因在“正气”不足而致“邪干”,该邪气是与一般外邪截然不同的虚邪,这种虚邪袭虚方得为病,症状以“痛”为主,应急治,预后为“难已”。上海名医凌耀星前辈治疗癌症的体会是“治癌当奉《内经》为圭臬”^[1]。其他的医典如《医宗金鉴·外科心法》内“石岩”的论述为:“膝痛,欣肿色红痛,疵疽如痛而不红,红软为顺,坚硬为逆,肝脾肾经致乘。”，“下石疽在膝上生”，“溪者，二肘二膝，四腕也，凡脾病在溪，肾有邪，其气留于两膝，凡筋病皆属于节，筋为肝之余，故又属肝，是以溪会有病皆从肝脾肾三经邪气乘之也”。这些条文均是我们中医辨证治疗的基础。

1.2 综合考察疾病本质,得到正确辨证

“癌”的发生非一朝一夕之事,是人不注意调摄养生导致内“虚”于虚位,虚邪趁机侵袭,邪久积于内,而失于积极调理而致。如《素问·移精变气论》言:

“当今之世不然，忧患缘其内，苦形伤其外，又失四时之从，逆寒暑之宜。贼风数至，虚邪朝夕，内至五脏骨髓，外伤空窍肌肤，所以小病必甚，大病必死。”可见癌症的发生首先必与自身调养不当有关。

《内经》中“脾为后天之本，肾为先天之根”、“肾生骨髓”“其充在骨”的理论为恶性骨肿瘤发生与“脾肾”密切相关的基础，之后中医肿瘤医家则进一步指出：“肾气壮则肾水旺，脾虚则痰湿内阻，肾之气阴不足以骨髓空虚，易为阴寒所客；水遇寒则泣，血遇寒则凝，脾肾两虚，遂致痰瘀相杂，胶结入骨，令骨弱废用；阻塞经络，故疼痛不已。”提示恶性骨肿瘤与脾肾亏虚有关，并与寒、痰、瘀紧密联系。从临床看，有些恶性骨肿瘤其肿块盘根坚硬，推之不移，皮色如常，疼痛多为昼轻夜重或阴雨天加重，且多有夜间痛甚的表现，符合阴邪致病特点；有些恶性骨肿瘤则表现肿块皮温增高，静脉怒张，疼痛剧烈，影响活动则更倾向于阳邪特征。本病病在骨，当属里证，进展迅速常伴有烦躁，忧郁，发热，形体羸瘦，气短神疲，面色少华，畏寒自汗，甚至手足不温，舌淡有瘀斑瘀点，苔白润或白腻，脉细弱或沉细等其他症状及体征。故临床辨证笔者多以肾虚骨痿、寒痰凝滞、痰瘀互结、脾肾两虚、肝郁血瘀、血亏毒积、痰热结聚、邪毒郁结等描述该患者病机。

1.3 结合现代科学检查手段更进一步求证病的本质

现代的诊疗手段为我们提供了更多的临床证据来佐证我们的辨证是否正确，比如通过实验室检查可以发现患者血液流变学异常，呈高凝状态，可归于“痰瘀互结”；血细胞的减少可提供“血亏毒积”的依据；影像学里骨密度的下降和骨质疏松症状，生化功能提示肝肾功能欠佳应为“肾虚骨痿”；局部血管造影提示丰富的肿瘤血管，局部静脉怒张可考虑“肝郁血瘀”；

血常规提示白细胞增多而且伴有发热，血沉较快者提示“痰热结聚”；如果患者素体虚弱，免疫功能检查均为不足，归于“脾肾两虚”；夜间痛甚，肿瘤较大，远端肢体动脉搏动减弱，血脉探察不清，肢体不温，可考虑“寒痰凝滞”；若实验室检查无特殊异常，考虑邪结不久，病势尚浅，以“邪毒郁结”处方。临床依据患者本身情况，指定相应的调理计划，并依上述八证用药可有验效。

比如：《素问·上古天真论》曰：“女子七岁肾气盛，齿更发长……四七筋骨坚，发长极，身体盛壮……七七任脉虚，天癸绝……丈夫八岁肾气实，发长齿更……四八筋骨隆盛，肌肉满壮……八八天癸绝，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去”。以上论述说明了增龄与肾精盛衰的关系，以及肾衰后可引起骨生长衰退这种增龄—肾气衰—骨质疏松的必然关系；《灵枢·决气》：“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽，补益脑髓”。说明骨质疏松也与脾胃功能有关；“肝藏血，主疏泄，肝肾同源”及“肾主骨生髓，髓藏于骨中滋养骨骼”的中医论断，说明肝疏泄功能减弱，骨所需物质不能补充及代谢失调也可致骨质疏松。所以中老年在可见或不可见的癌症发生后，因为骨的支持能力下降，抗挤压及折弯能力差，可引起全身骨痛及腰背腿酸软无力，骨折和肿瘤的危险也随之增加；骨骼防卫能力增加，可以减少骨小梁骨折的发生，骨转移瘤的发生机率就会大大降低。我们采取结合补肾强骨、调补脾肾、疏肝活血等药物可以使骨转移瘤患者的骨质密度增加，骨骼增强则抗邪能力增强，能够预防骨的转移，对已发的肿瘤则能形成肿瘤包壳，甚至消灭微小病灶，达到良好的阻止或延缓肿瘤进一步恶化及发展。

如下图辨证中药治疗肺癌骨转移瘤 3 个月的全身核素扫描对比图片：

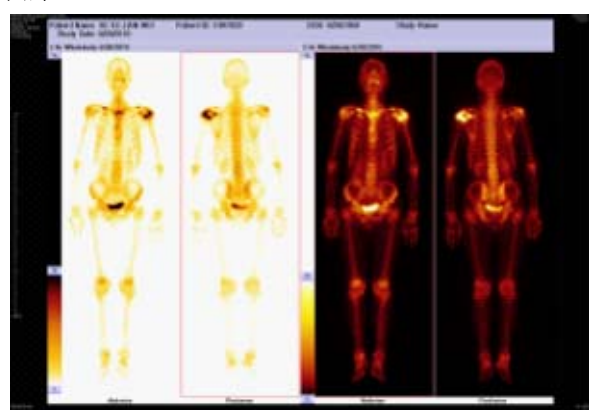
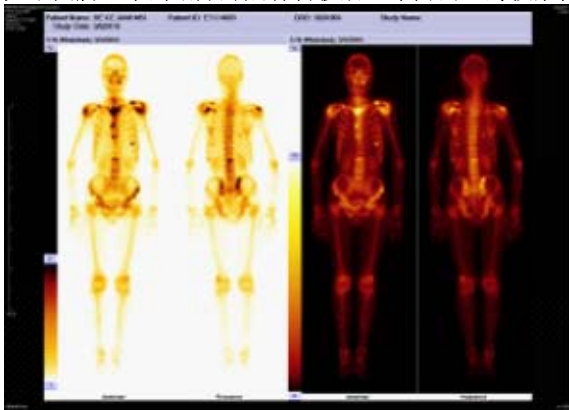


图1：患者贺某，男，51岁，肺癌多发骨转移，应用中药治疗3个月对比。1a：可见双侧肩关节、脊柱多个椎体及骶髂部骨代谢旺盛；1b：可见部分较小

病灶消失，且双肩关节及脊柱椎体骨代谢异常程度明显低于中药治疗前。

2 法重综合,衷“中”参“西”

目前我们对恶性肿瘤的治疗多以个体化的综合治疗方式,包括:外科手术、中医药辨证治疗、新辅助化疗、血管介入治疗、全身或局部放疗和导引调理等综合治疗手段。

恶性肿瘤不是局部疾病而是全身性疾病,治疗应全面分析患者自身体质、生活环境、饮食条件等相关因素,辨证施治。正符合凌耀星[1]的临证经验认为癌症的整体病机为“局部为实,整体为虚”,治疗上应注意“攻、补、调、导”的学术经验思想。由于恶性肿瘤的疾病种类较多,各个医家对其分型论治不尽相同,但基本可以认同的是总病机为“本虚标实”。治疗上应以“扶正祛邪、标本兼治”为根本准则。

2.1 调导计划

调导计划是我们针对患者家庭背景、疾病特点、心理情况和治疗计划相应的患者自身修养的调理方法:包括饮食建议、睡眠质量、心理调护、辅助修养手段(音乐、书法、画画等)、运动安排、家庭环境的要求、家属配合事项等。对于首诊的患者将调理计划制定后,由家属及主管护士共同配合完成心理疏导和自身机体的内在调养,达到协助治疗的目的,正如《素问·上古天真论》所言:“上古之人,其知道者,法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱”。如《素问·五脏别论篇第十一》:“凡治病必察其下,适其脉,观其志意,与其病也。拘于鬼神者,不可与言至德;恶于针石者,不可与言至巧。病不许治者,病必不治,治之无功矣”。首先制定调导计划,不仅使患者树立起自身抵抗疾病的信心,而且从内心修养,和于阴阳术数,情志舒畅,积极配合治疗,能真正达到医患同心抗病的目的。

2.2 手术治疗

手术治疗仍然是治疗恶性肿瘤积极的治疗手段,有其严格的手术适应症为:①局部肿瘤界线清楚,神经血管无明显压迫症状,全身情况良好,手术可完全切除瘤体者;②手术不能完全切除肿瘤,已行放疗,反应较为敏感,可以行“减荷”手术,术后继续放疗和中医药等综合调养;③脊柱肿瘤已经出现神经压迫症状者应尽快手术行椎管减压、松解神经、椎体内固定;④已经出现病理性骨折的四肢恶性肿瘤患者;⑤有神经血管症状但肿瘤可以完整切除,并有可以重建的条件,可行根治性手术;⑥对放疗均不明显,肿瘤近期较为稳定,无明显神经血管的压迫症状,有重建技术者则行根治性保肢手术,无重建技术者行截肢术;⑦有神经血管症状,并对放疗均不敏感或患者经济条件较差的四肢肿瘤可行截肢术;⑧多发的骨肿瘤,可确定某个病灶是引起患者症状的主要原因,手术可以缓解临床症状者可针对这个病灶行手术治疗;⑨对某些病灶虽尚未出现病理性骨折和神经症状,但依据相关稳定性及预后指数的评定出现相关症状的概率比较大,可行预防性手术干预;⑩具有一

定的手术价值但不能完整切除肿瘤,患者及家属强烈要求手术,依据患者情况可行微创姑息性手术干预。以上手术进行之前均应有有效的术前评估体系,在权衡利弊关系之后,确定手术并选择为患者真正有效的术式。

2.3 中药用方

中医药治疗癌症已经得到广大肿瘤临床医师的认可,目前进入医保的中成药大约26种,辅助治疗用药大约15种,比如华蟾素注射液、康莱特注射液、榄香烯注射液、艾迪注射液、得力生注射液、复方苦参注射液、紫龙金片、槐耳颗粒、金龙胶囊等临床应用相当广泛,辅助治疗肿瘤用药:参芪扶正注射液、猪苓多糖注射液、螺旋藻片等也被广大医疗工作者认可。这些药物也是我们配合化疗的基础用药。

笔者根据上述八大辨证分型选择不同方剂方药治疗,具体用药如下:

肾虚骨痿证:以六味地黄、左归丸、右归丸方药为主,加入黄芪、人参、伸筋草、虎骨、续断等补气、强骨药物;

寒痰凝滞:以补阳还五汤加瓜蒌、半夏、茯苓、苍术、厚朴、山慈姑、青礞石等化湿祛痰药物为主,加入八月札、柴胡、桂枝、制附子、丹参等温阳、行气、活血药;

痰瘀互结:以桃红四物为基础,加入海风藤、络石藤、川楝子、延胡索等通络、活血、行气的药物;

脾肾两虚:以四神散合补中益气汤为基础方加入巴戟天、淫羊藿、远志、山楂、神曲等药物,达到综合调理内脏功能;

肝郁血瘀:以疏肝理气汤加减为基本方加入山甲、二芍、乳香、没药等活血药物;

血亏毒积:以四珍汤为主加入黄精、天花粉、大黄、枳实、厚朴、二冬、二参等药物;

痰热结聚:以解毒饮加减随症加五灵脂、王不留行、山甲、昆布、海藻等;

邪毒郁结:以斑蝥、蜂房、全蝎、水蛭等攻毒药物为基础,加入三棱、莪术、郁金、苡米等药物以扶正去邪。这个证型属于早期或基础证型,是其他各证药物变化的基础。

我院研制的化岩胶囊是治疗恶性肿瘤的专方,组方以肝脾肾三藏虚,寒痰瘀三邪聚为辨证选药,采用补骨脂、淫羊藿等温散阴寒,通络止痛;苡薏仁、白芥子、胆南星温化痰瘀;三棱、莪术化痰通络;当归、白芍、白术、黄芪等益气补血,增强人体免疫力;玄胡索、郁金、大黄通腑理气止痛。经临床和实验验证^[2-3]具有较好的辅助治疗作用。另外还有化岩液(大黄180g、苡薏仁150g、补骨脂、延胡索各120g、白芥子80g、莪术80g、胆南星80g、急性子4g。用水、酒精提取,提取液合并后加氮酮制成每1ml含生药1g的药液)离子透入以更快缓解局部恶性肿瘤的肿痛症状。另外我们还依据放疗患者均有不同胃肠道反

应不能配合服用药物的特点,采用以症为处方原则,给予药物穴位贴敷的方法来及时缓解不适症状,比如:止吐贴选取中脘、膻中等穴;口咽贴选取大椎、天突等穴;胃肠安贴选取神阙、关元等穴;腰痛贴选取腰眼、阿是穴等。

另外,笔者体会选取组方用药,除遵其经典功效

选用外,还应积极参阅现代中医药的药理研究,将这些成果为我所用,扩大中药的功效范围,使组方更具科学性。比如:人参皂甙 Rg3 经现代研究具有抑制肿瘤新生血管生成的作用,丹皮酚在体内外具有抗肿瘤的作用,我们在“肝郁血瘀”证中加入人参、丹参可以使组方起到提高免疫功能,抑制肿瘤血管生长,破坏肿瘤细胞的作用。

2.4 其他现代手段

某些对放化疗敏感的原发恶性骨肿瘤比如骨肉瘤、尤文氏肉瘤、骨髓瘤、淋巴瘤等,还有大多数转移瘤应给予放化疗以尽快控制邪毒;某些内分泌类肿瘤如乳腺癌、前列腺癌等发生骨转移时应考虑配合内分泌治疗;某些肿瘤局部血供比较丰富的可采取介入手段给予血管栓塞或同时局部化疗;某些基因缺失、重组和信号传导通路异常者可给予靶向药物;某些免疫逃逸可采用自身或异体血液杀伤细胞的扩增反输以提高自身抗肿瘤的能力;某些骨代谢异常的可给予双膦酸盐类药物控制骨破坏,或者结合抗骨质疏松药物。其他还有许多现代科技手段,作为临床医师应全面了解依据患者自身条件个体化综合治疗。

3 瞻前顾后,讲“长”也要“好”

恶性骨肿瘤的中医理论尚不完善,需要紧密结合现代科技手段如影像学、解剖检查、病理组织学检查、血管介入造影技术、分子代谢技术等,对疾病本质充分认识,综合指导临床,制定最为个体化的中西医结合方案,积极采取有效手段干预肿瘤的进展,提高患者生活质量,延长患者生命时间。我们追求的治疗目标是“既让患者活的长,还要患者活的好”。

中医药与现代疗法相结合,可减轻放疗、化疗及核素治疗中的毒性反应,延长疼痛缓解期。恶性骨肿瘤是本虚标实之证,通过辨证施治可以很好的改善患者的免疫机能,提高抗癌能力,并可减少化疗、放疗的副作用,从而保证了疗效。中医药的优势在于既可抗癌,又可以很好地改善患者的免疫功能,提高抗病能力,减少止痛药物的用量或者减轻止痛药物的不良反应,并可减少放、化疗的毒副作用,明显改善晚期患者的生存质量。非常符合我们“既让患者活的长,还要患者活的好”的目标。

那么如何发挥中医药的优势呢,从经典中找灵感,从现代的科技中找支架,形成独特的一个综合诊疗及预防模式是一条可以探求的路。如《灵枢·官能》说:“法于往古,验于来今,观于窈冥,通于无穷”,笔者认为这种瞻前顾后,法古取今的办法是可取的。王新华等^[4]在对《内经》“阴阳”理论进行研究、提炼

和现代诠释的基础上,以蕴涵在《内经》中的“阴阳时空整体系统论”为指导,采用“中体西用”的中西医结合探索模式,同时结合最近几年中外有关恶性肿瘤防治领域的新成果,尝试性提出“阴阳失衡”理论,探讨了肿瘤防治的方向问题,认为对癌细胞的“打和杀”及对自身免疫力的“调、和”是阴阳整体系统一个治疗肿瘤的模式,吾是认同的。中医药治疗癌症的路还很长,希望在不久的将来,我们有更多的新成果出来,和世界一起攻克癌症这个难题。

参考文献:

[1]凌耀星,吴士延,施晓芬等.应用《内经》理论治疗癌庭的临证体会.上海中医药大学学报,2005,19(3):3.

[2]古建立,李东升,郭建刚等.化岩胶囊对 S180 荷瘤小鼠免疫功能的影响.新中医,2002,34:63-64.

[3]古建立,张志勇,郭建刚等.化岩胶囊对小鼠 S180 肉瘤的抑制作用.辽宁中医杂志,2001,28:254.

[4]王新华,张莽,乔俊红等.从对《内经》“阴阳”理论总结中管窥肿瘤防治探索的方向.现代中西医结合杂志,2004,13(20):2667-2668.

作者简介:

黄满玉(1974-),主治医师,河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科。

股骨上端转移瘤并发骨折的手术治疗

李东升¹ 冯峰¹ 古建立¹ 张志勇¹ 郭建刚¹ 黄满玉²

(1. 河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科, 河南 洛阳, 471002 ;
2. 上海中医药大学在读研究生, 上海 200032)

中图分类号: R738.1 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0384-03

【摘要】 目的: 探讨股骨上端转移瘤并发骨折的手术方法选择和疗效。方法 1998年10月~2004年3月, 收治股骨上端转移瘤并发骨折11例, 采用瘤段切除, 人工假体置换术7例; 瘤体刮除, 骨水泥填充, 带锁髓内钉固定4例。结果: 获随访8例, 随访时间10~82个月, 平均46个月。术后肿瘤复发1例, 无假体松动, 感染等并发症, 术后1年内死亡2例, 2年内死亡3例, 3年内死1例, 余3人髋关节功能良好。结论: 人工假体置换术可立刻恢复骨骼的连续性及相关功能, 是股骨近端转移瘤并发骨折的治疗首选; 肿瘤刮除, 骨水泥填充, 带锁髓内钉固定能维持肢体长度和连续性, 保持肢体功能。

【关键词】 股骨; 骨肿瘤; 病理骨折; 治疗; 外科手术

【Abstract】 Objective: To study the methods and effects of the treatment of surgery for metastasis tumor of the proximal femur with pathological fracture. Methods There were 11 cases to be reviewed from October 1998 to November 2003 in our hospital, respectively treated by 2 methods of surgery: 7 cases with artificial joint replace after tumor curettage, 4 cases with screw-locked internal fixture after tumor cutting and methacrylate cement filling in. Results Though only 8 cases followed up from 14 to 86 months with mean 46 months, the functional outcomes of all were good excepting 1 case recurrence. There was no infected case and complication in the future. There 2 cases, 3 cases, 1 case died in 1 year, 2 years, 3 years after operation respectively. Conclusion According to this review study, it seem that the surgery with artificial joint replace is the first choice with the advantage of conversing the sequential joint, the satisfactory function of hip joint, while the method of screw-locked internal fixture after tumor cutting and methacrylate cement filling in can be taken to reinforce and maintain the equally long and sequential limb in time, with achieving the satisfaction outcome of the limb function.

【Key words】 Femur; Bone tumor; Fracture ;Therapy;Surgery

恶性肿瘤中约80%的病例发生骨转移, 股骨上端是其好发部位, 由于在行走, 负重时该部位受剪力大, 若病变侵犯到股骨距或粗隆部更容易发生病理骨折^[1], 自1998年10月至2004年3月, 我们收治股骨上端骨转移瘤并发骨折11例, 本文通过回顾性分析, 探讨股骨上端转移瘤并发骨折的手术方法选择和疗效。

1 临床资料

本组共11例, 男8例, 女3例。年龄范围51~74岁, 平均65岁。其中肾癌转移3例, 前列腺癌转移2例, 肺癌转移1例, 直肠癌转移1例, 胃癌转移1例, 乳腺癌转移1例, 组织来源不明2例。肿瘤发生部位: 头颈区2例, 粗隆间区2例, 粗隆下区5例, 跨越头颈及粗隆区2例。

2 手术方法

2.1 瘤段切除, 人工假体置换术

手术选择后外侧弧形切口, 在股骨上端距肿瘤1~2厘米处切断外旋肌, 髂腰肌等旋转肌, 从股骨颈环行切断髋关节囊, 保持其完整性, 保护坐骨神经, 股神经, 股动静脉, 将股骨上端游离, 远离肿瘤4~5厘米切除股骨上端, 扩大髓腔, 安装股骨假体, 骨水泥固定, 用髋关节囊包裹股骨头, 外旋肌固定于假体大转子环上, 髂腰肌、耻骨肌固定于小转子环上, 假体较长时, 在假体与宿主骨结合部植骨, 残留肌肉覆盖假体。放置负压引流管, 术后保持患肢外展中立位, 并加强肌肉等长锻炼, 四周后下床, 逐步负重(图1)。

(a) 瘤体刮除，骨水泥填充，带锁髓内钉定

手术选择股骨上端前外侧切口，从股直肌和股外侧肌之间进入，暴露骨折端，刮出病灶内肿瘤组织，反复冲洗，必要时肿瘤壁应用石炭酸灭活，试行复位满意后，于大转子后上切口，将髓内钉顺行打入，股

骨转子下 2cm 内骨折选择 Gamma 钉固定，转子下 2cm 以远骨折选择带锁髓内钉固定，分别安装上下端锁钉，肿瘤残腔用骨水泥填充。术后加强肌肉等长锻炼，二周后下床，逐步负重（图 2）。

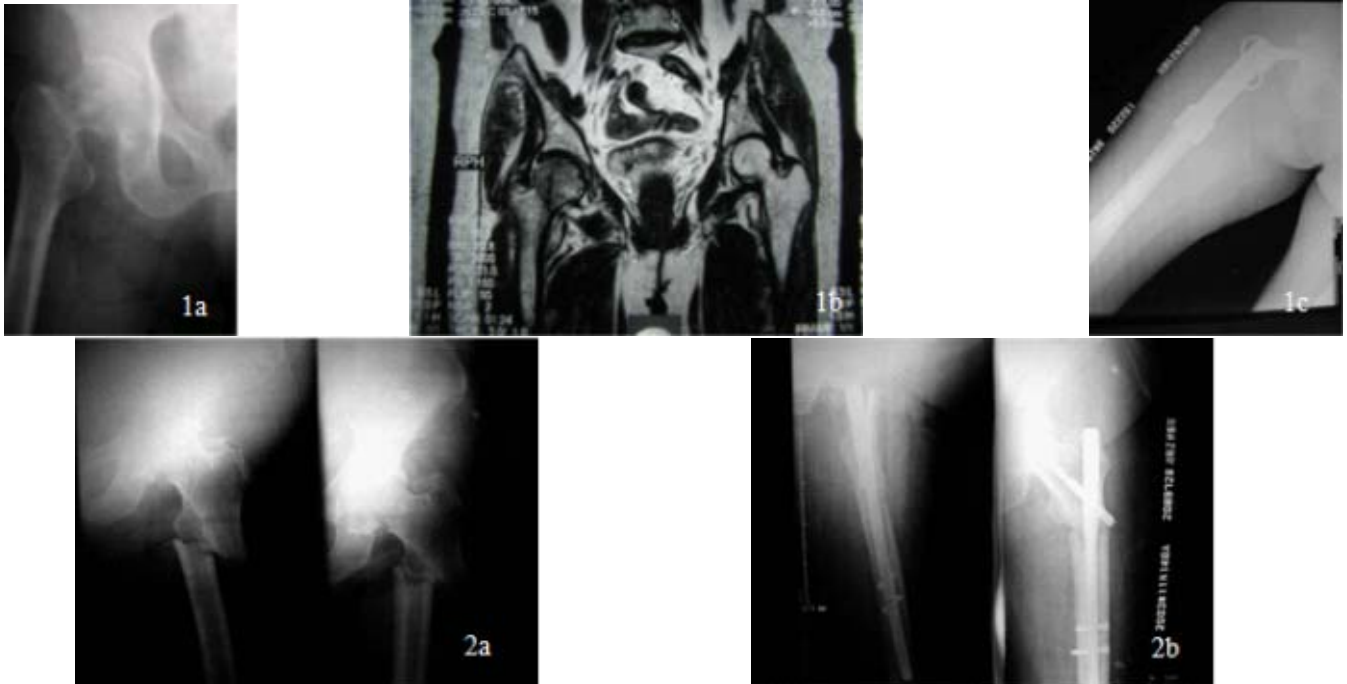


图 1 女，67 岁，右股骨颈基底部转移瘤 a. X 线提示股骨头颈部溶骨性破坏，股骨颈基底部骨折； b. MRI 提示股骨头颈部信号异常改变； c. 股骨上端肿瘤切除，人工假体置换术后。

图 1 女，67 岁，右股骨颈基底部转移瘤 a. X 线提示股骨头颈部溶骨性破坏，股骨颈基底部骨折； b. MRI 提示股骨头颈部信号异常改变； c. 股骨上端肿瘤切除，人工假体置换术后。

Fig 1 feminine, 67y, ambulant tumor in the boot of femoral neck a. X-line cue head and neck of the femur have a dissolvable breakage, the boot of femur neck fracture; b. MRI cue the signal come from femoral head and neck have changed unconventionally; c. tumor of the proximal femur have been cut, and artificial limb have been replaced.

Fig 1 feminine, 67y, ambulant tumor in the boot of femoral neck a. X-line cue head and neck of the femur have a dissolvable breakage, the boot of femur neck fracture; b. MRI cue the signal come from femoral head and neck have changed unconventionally; c. tumor of the proximal femur have been cut, and artificial limb have been replaced.

图 2 女，58 岁，左侧股骨粗隆下转移瘤 a. X 线提示股骨粗隆下溶骨性破坏，病理骨折； b. 肿瘤刮除，骨水泥填充，Gamma 钉固定。

Fig 2 feminie,58 y, ambulant tumour underside left femoral convexity a X-line cue underside left femoral convexity have dissolvable breakage and pathologic fracture b.tumour was been taken out and bone-cement was filled in it ,Gamma scruw fixed it.

图 2 女，58 岁，左侧股骨粗隆下转移瘤 a. X 线提示股骨粗隆下溶骨性破坏，病理骨折； b. 肿瘤刮除，骨水泥填充，Gamma 钉固定。

Fig 2 feminie,58 y, ambulant tumour underside left femoral convexity a X-line cue underside left femoral convexity have dissolvable.breakage and pathologic fracture; b.tumour was been taken out and bone-cement was filled in it ,Gamma scruw fixed it.

3 治疗结果

本组 11 例, 获随访 8 例, 随访时间 10~82 个月, 平均 46 个月。有 1 例带锁髓内钉固定患者术后肿瘤范围扩大, 但仍可下地行走, 本组无假体松动, 术后感染病例。术后 1 年内死亡 2 例, 2 年内死亡 3 例, 3 年内死 1 例, 余 2 人髋关节功能良好, 基本恢复未骨折前活动水平。

4 讨论

股骨上端是骨转移瘤多发部位, 对于这类病人, 手术的目的是缓解疼痛, 最大限度的恢复肢体功能, 提高生活质量^[2]。发生病理骨折后, 估计存活时间小于 3 个月, 年老体弱者可予保守治疗, 否则应行积极的外科手术治疗^[3]。目前国内外常采用的重建方法有两大类, 一类为肿瘤刮出内固定术, 另一类为瘤段切除人工假体置换术。

由于骨转移癌病人预期生命较短, 治疗上不需考虑骨折愈合问题, 肿瘤刮除, 带锁髓内钉加骨水泥固定是股骨上端转移瘤骨折后常用的方法, 主要适用于粗隆下区骨折。本组应用 Gamma 钉 3 例, 带锁髓内钉 1 例, 术后均能早期下地行走且功能良好, 其中 1 例术后出现局部复发。我们认为, 在内固定选择上, 带锁髓内钉通过髓腔中央承担应力, 能够维持长度, 对

参考文献:

[1] S wanson KC,Pritchard DJ,Sim FH,et al.Surgical tretment of metastasis disease of the femur[J].J Am Acad Orthop surg.2000,8(1):56-65.

[2] 杨荣利, 郭义, 徐万鹏, 等. 68 例骨肿瘤致病理骨折的治疗 [J]中国肿瘤临床, 2004, 31(11)620-623.

抗旋转, 并将股骨近端应力分散到股骨中下段, 避免了病灶区受力。同时, 术后可早期进行关节锻炼, 即使肿瘤局部复发仍能维持肢体长度和连续性, 保持肢体功能。对于肿瘤刮除后的填充物, 骨水泥最为理想, 在填充病灶的同时, 骨水泥放热可杀死残存的肿瘤细胞, 减少术后复发, 即使肿瘤复发, 也不能将其吞食而保留支持功能。

随着近代外科技术的进步及材料学的研究, 目前人工假体置换已成为肿瘤切除后关节功能重建的重要手段之一, 假体置换具有肿瘤切除相对彻底, 复发率低, 功能良好的优点, 特别是可立刻恢复骨骼的连续性 & 关节功能, 早期并发症少, 成为股骨近端转移瘤并发骨折的治疗首选。不仅适用于头颈区、粗隆间区, 粗隆下区也适应。本组应用 7 例, 术后无肿瘤复发, 假体松动, 感染等并发症, 并且髋关节功能良好, 这可能与本组病例随访较短有关, 多数长期随访报道假体固定不牢, 松动率较高, 关节功能不十分理想^[4]。

综合观察, 对于股骨近端转移瘤并发骨折, 人工假体置换术可立刻恢复骨骼的连续性 & 关节功能, 为治疗首选; 瘤体刮除, 骨水泥填充, 带锁髓内钉固定能维持肢体长度和连续性, 效果可靠。

[3] Schachar NS.An update on the nonoperative treatment of patients with metastic bone disease[J].Clin Orthop,2001,382:75-81.

[4] Donati D,Zavatta M,Gozzi,et al.Modular prosthetic replacement of the proximal femur after resection of a bone tumour a long-termfollow-up[J].J Bone Joint Surg (Br) ,2001,83(8):1156-1160.

长骨骨巨细胞瘤术后复发相关因素的探讨

张志勇 李东升 冯峰 黄满玉

(河南省洛阳正骨医院骨肿瘤科, 河南 洛阳市, 471002)

中图分类号: R738.1 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0387-03

【摘要】 目的: 探讨骨巨细胞瘤复发的相关因素和各种术式的选择与疗效, 为临床治疗及降低复发率提供参考依据。方法: 收集我院 1996 年~2004 年经手术病理证实的骨巨细胞瘤 53 例, 根据临床、X 线分级程度采用刮除植骨、骨水泥填充、大块切除、人工关节置换等不同手术方式进行治疗。通过随访观察疗效。结果: 随访最短 2 年 6 个月, 最长 6 年, 平均 3 年。刮除植骨骨水泥填充术 14 例, 复发 6 例; 肿瘤骨大块切除, 带血管腓骨髂骨移植术 17 例, 复发 1 例; 22 例瘤段切除, 均无复发。结论: 长骨骨巨细胞瘤术后复发相关因素复杂多样, 肿瘤复发与 Campanicci 影像学分级、手术方案的选择有着密切关系; 单纯瘤体刮除术可致较高比例的肿瘤复发, 故正确估计预后和选择适当的手术方案有重要的临床意义。

【关键词】 骨巨细胞瘤; 复发; 相关因素

【Abstract】 Objective: In order to evaluate the post-operative relative factors about recurrence of giant cell tumor(GCT) and to analysis the effect of various operation, provide a basis reference for better therapeutic and less recurrent rate method. Methods: There were 53 diagnosed GCT cases from 1996 to 2004 in our hospital, treated by sliding graft or osteoarticular allograft after curettage, bone cement following resection of tumor, segmental excision of tumor, artificial prosthesis according to their clinical manifestation, X-Ray, pathological characteristics, and followed up the effect. Results: followed up 2.6~6 years, with mean 3 years, 14 patients were treated by sliding graft or osteoarticular allograft after tumor curettage, 6 recurrent patients were found; 17 cases with vascularized fibular graft after segmental resection of tumor, 1 cases with recurrence; 22 cases with segmental excision of tumor, no cases with recurrence. Conclusion: There complex relative factor interrelated with the post-operative recurrence of GCT, such as the Campanicci' degree, operative method and so on, suggesting that it is significant to estimate right outcome and to select proper operative proposal before operation.

【key word】 giant cell tumor; recurrent; relative factor

骨巨细胞瘤是最常见骨肿瘤之一。其特点为潜在恶性, 侵袭破坏力大, 易局部复发。其复发率多数报道为 8%—40%^[1-2]。近几年许多学者对降低骨巨细胞瘤术后复发做了许多尝试, 作了许多报道。作者对我院自 1996 年~2004 年以来获随访 53 例骨巨细胞瘤, 采用不同的手术治疗方式, 就其术后复发原因加以分析探讨如下:

1 临床资料与方法

1.1 病例资料

本组 53 例(其中有 7 例为外院刮除植骨复发后到我院就诊), 男 36 例, 女 17 例, 年龄 16~46 岁。发病部位为: 其中胫骨上端 15 例, 股骨下端 16 例, 股骨上端 7 例, 桡骨远端 6 例, 肱骨 8 例, 腓骨上端 1 例。所有病例均为术前穿刺取活检, 术后大体标本再次确诊。

1.2 X 线表现

根据 Campanicci's 放射影像诊断标准, 以 X 线骨皮质及软组织侵缺程度, 分为三度。I 度: 病灶界限

清楚, 边缘有硬化, 病灶内呈“皂泡样”, 骨皮质尚完整, 软组织未受侵犯, 共 28 例。II 度: 病灶边缘不规则, 腔内间隔不规则, 软组织受侵犯, 边界尚清, 无骨膜反应, 共 16 例。III 度: 病灶界限模糊, 腔内间隔不明显, 合并骨膜反应, 软组织严重受侵害, 共 9 例。

1.3 手术方法

1.3.1 刮除植骨术

凿开一侧骨皮质开窗显露病灶, 刮除所有病变组织, 用石炭酸或 95% 酒精灭活, 植入自体髂骨、异体骨或骨水泥。本组 14 例, 胫骨上端 4 例, 股骨下端 4 例, 股骨上端 4 例, 肱骨上端 2 例。

1.3.2 瘤体切除吻合血管的髂骨、腓骨联合移植术^[3]

用于膝关节周围的骨巨细胞瘤, 将瘤体从包膜外切除, 取带血管腓骨和自体髂骨, 髂骨块平垫于关节软骨下, 将腓骨一折为二支撑髂骨骨块, 血管与受区血管吻合, 重建关节功能。本组 17 例, 胫骨上端 8 例, 股骨下端 9 例。(如图 1)

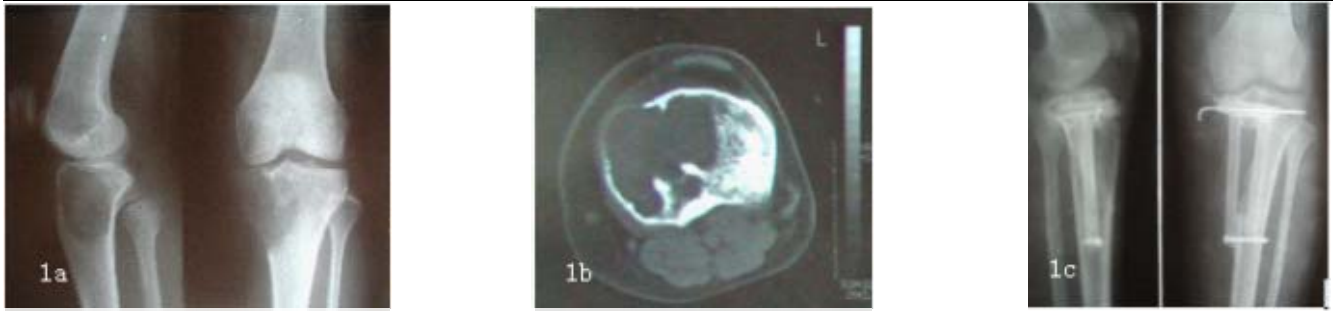


图1 胫骨上端骨巨细胞瘤 a 术前X片示肿瘤侵及关节软骨下 b 术前CT示外侧皮质未被侵及 c 术后X片

1.3.3 瘤段切除，带血管腓骨头移植术

应用肱骨近端与桡骨远端骨巨细胞瘤，将肿瘤连同部分正常骨质一同切除，切取带血管的腓骨移植重建肩关节或腕关节。本组9例，桡骨远端6例，肱骨上端3例。

1.3.4 瘤段骨截除术

对于发生在功能不需要修复部位的瘤段骨，可行完整病段骨及骨膜一并切除。本组2例，腓骨上端2例。

1.3.5 瘤骨切除、人工关节置换术

用于膝关节、髌关节周围骨巨细胞瘤，将肿瘤连同关节一同切除，应用人工关节置换。本组11例，胫骨上端3例，股骨下端3例，股骨上端3例，肱骨上端2例。

2 结 果

本组53病例术后二年内平均5个月复查一次，以后每年复查一次，随访最短2年6个月，最长6年，平均3年。局部复发7例，复发率13%。其中刮除植骨术复发4例，刮除骨水泥填充术复发2例，肿瘤骨大块切除，带血管腓骨、髌骨移植术复发1例，瘤段切除、带血管腓骨移植术，病段骨截除术，瘤骨切除、人工关节置换术均无复发。

3 讨 论

3.1 骨巨细胞瘤的生物学特性

骨巨细胞瘤是由骨髓间质细胞分化而来，以单核瘤样细胞和多核巨细胞为主要成分的溶骨性肿瘤，约占所有原发性骨肿瘤的13.62%，具有从良性到恶性的不同阶谱的肿瘤，复发率高达20%—50%。目前大多数学者都认为骨巨细胞瘤病理Ⅲ级分类与骨巨细胞瘤侵袭、复发等生物学行为不甚相符，影响分级对临床的指导意义。而认为单核基质细胞是骨巨细胞瘤的肿瘤细胞成分，因此它的异型性大，表示肿瘤的恶性程度高，复发率高^[4-5]。

3.2 影响骨巨细胞瘤复发的因素

①骨巨细胞瘤有较强的侵袭性，肿瘤的实际范围大于肉眼所见及影像学检查所见，肿瘤具有多分隔特性，不同的肿瘤部位肿瘤血管生长即侵袭程度不同，

且其生长部位多位于邻近关节，易致关节内侵袭生长。②外科治疗措施的彻底与否直接影响骨巨细胞瘤的复发^[6]。一般瘤内刮除术不易达到所需的安全界线，瘤内刮除术操作不当，易残留有未被开放的肿瘤间隔亦可成为复发的根源，另外不易控制的肿瘤瘤腔内出血易致邻近正常组织的污染，③骨巨细胞瘤的复发与影像学 Campanicci 分级相关，影像学分级越高，局部复发率越高^[6-7]。④局部病理性骨折也是可导致骨巨细胞瘤复发的重要原因之一。病理性骨折可导致肿瘤周围相邻正常组织或直接导致附近关节腔的肿瘤种植污染，而且一旦合并有病理骨折者，肿瘤的实际侵犯范围又常常超出瘤内刮除所能达到的切除范围。

3.3 手术方法的选择

现骨巨细胞瘤局部复发率的报道不一致，从5%—40%不等，这可能与不同的治疗方案与手术切除范围有关。传统的骨巨细胞瘤的治疗首先考虑病灶局部刮除，在局部复发后再考虑广泛切除，对于肿瘤边缘的处理也不一致，治疗方案的选择上没有强调X线的 Campanicci, s 分级和 Enneking 外科肿瘤分期的重要性。现多数学者认为骨巨细胞瘤复发与肿瘤 jaffe, s 分级无明显相关，但与放射影像学 Campanicci, s 分级明显相关，放射影像学分级越高，局部组织结构破坏严重，复发率越高。本组复发7例病例中，首诊放射影像学分级Ⅱ、Ⅲ级者5例，占71%。回顾本组病例，我们认为应充分认识到骨巨细胞瘤为低度恶性肿瘤，手术方案的设计要综合分析肿瘤的部位，大小，包壳的完整性，软组织的侵袭情况和放射影像学 Campanicci, s 分级^[8-9]，理性的目标是充分切除肿瘤又保留患肢功能，根据 Enneking 外科分期，1a 期尚可病损内手术，但仅限于静止非活跃期病变：临床症状轻微、溶骨破坏局限。局部刮除后必须进行各种方法的瘤壁灭活，可用酒精、石炭酸、液氮等。1a 期病变的最佳选择应该是彻底的肿瘤边缘切除加植骨或骨水泥填充治疗，将病损、假包膜以及肿瘤周围的部分正常组织全部切除。由于骨巨细胞瘤刮除复发率高，不少学者认为骨巨细胞瘤的治疗应以大块切除为主。对于1b 期骨巨细胞瘤原则上也可以施行广泛的边缘切除手术，但对于肿瘤体积较大，横径超过干骺端2/3，有较大软组织肿块，具有明显侵袭性的，可施行更为广泛的瘤段切除术，应用异体半关节或人工关节置换，

本组例病人瘤段切除、异体半关节或人工关节置换，术后均未复发。但异体半关节或人工关节置换后期并发症较多，临床应严格掌握其适应症。

治疗复发性骨巨细胞瘤仍以手术为主，治疗方案和手术方案应考虑到瘤体恶性程度、复发部位、再复发及向邻近组织侵袭蔓延之潜在恶性生物学行为等，原则是彻底清除肿瘤组织，避免再复发及恶变。对有恶性趋势、侵袭范围较大的则行人工膝关节置换术。对于明显恶性，肢体功能严重障碍者则行截肢术。

参考文献：

- [1] 愉惜华. 刮除植骨治疗四肢骨巨细胞瘤 50 例 [J]. 临床骨科杂志, 2001, 4 (4) : 286-287.
 [2] 董书堃, 郑铭豪, 沈溪明, 等. 影响骨巨细胞瘤预后的临床和病理因素研究 [J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29 (12) : 837-840.
 [3] 李东升, 冯峰, 古建立, 等. 吻合血管腓骨髌骨联合移植修复膝关节周围骨巨细胞瘤切除术后的骨缺损 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2006, 20 (10) : 981-984.

[4] 陈县城, 吴文乔, 沈洪武, 等. 骨巨细胞瘤的生物学行为与癌基因蛋白表达的相关性 [J]. 临床骨科杂志, 2001, 3 (4) : 241-244.

[5] Fomasier VL, Protzner K, I zhang, et al. The prognostic significance of histomorphometry and immunohistochemistry in giant cell tumor of bone. Human Pathol, 1996, 27 (8) : 754-760.

[6] 韦永中, 刘 沛. 肢体骨巨细胞瘤复发特征与治疗 [J]. 临床骨科杂志, 2001, 4 (2) : 13-125

[7] 陶 杰, 曹 云, 张明贵等. 骨巨细胞瘤的局部复发与治疗 [J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7 (8) : 733-735.

[8] 周 勇, 范清宇, 马保安等. 长骨骨巨细胞瘤相关复发原因分析 [J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7 (3) : 233-235.

[9] 李东升, 冯峰, 古建立等. 骨巨细胞瘤术后复发的早期诊断及其原因探讨 [J]. 中医正骨, 2003, 15 (9) : 21-22.

作者简介：

张志勇, 男, 主治医师, 主要从事骨肿瘤研究。

相关文献：

自体腓骨上段移植修复桡骨远端骨巨细胞瘤切除后骨缺损

〈篇首〉骨巨细胞瘤好发于长骨骨端，是一种具有侵袭性的原发性骨肿瘤，局部手术后容易复发，复发率高达 20%~50%，瘤段切除复发率为 6.3% [1-2]。桡骨远端是骨巨细胞瘤的好发部位之一，仅次于股骨远端及胫骨近端，也是骨巨细胞瘤局部容易复发的部位 [3]。桡骨远端参与构成了桡腕关节，大部分桡骨远端骨巨细胞瘤由于骨质破坏较多，往往需要整块切除。手术治疗的目的是清除肿瘤，有效地减少局部复发，尽量保留关节功能。

中国中医药基因信息学的发展和应

刘祖海

(海陆高科(北京)基因医学研究院,北京 100037,)

中图分类号: R285 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0390-04

1 基因信息学的表述

1.1 基因信息学的概念

基因信息学涉及到基因组信息的获取、表达、存储、分配和解析等几方面内容。人类基因组共有约 30 亿个碱基对,对基因信息数据整理包括编码人类全部蛋白质和结构核糖核酸(RNA)的信息,以及调控这些蛋白质和核酸装配成生物体的信息成为了基因信息学的主题内容。基因组信息学的主要目标就是配合人类基因组计划的各项实验研究,测定人类基因组的完整核苷酸序列,确定约 10 万个人类基因在染色体上的位置,以及研究包括基因在内的各种 DNA 片段的功能,主要是基因片段对信息磁场信息整合和信息表达功能,把 DNA 感应的信息磁场记录人类遗传和进化的 16.886 万亿个信息进行整合和分类表达。

基因组信息学研究的主要内容包括两个部分:一是基因组相关数据的收集与管理;二是基因组数据内涵的分析与解释,也就是遗传密码的破译以及在疾病防治、健康长寿方面的应用。

1.2 基因信息揭示疾病发生的机理(恶性肿瘤原始胚胎信息的表述)

基因信息,这是当今世界上刚刚出现的一门新的学科,谈到基因无疑会涉及到染色体端粒酶,染色体是构成基因的主要部分,基因信息是记载在染色体上的基因片段,以及碱基对的排序方式,在人体细胞结构当中,细胞核(DNA 脱氧核糖核酸),外部有三维空间的感应的磁性的信息场,这个磁场记录了人类的遗传和进化的全部信息,信息外面是基因中的片断,13000 多个点,每个点就是一个基因片段,基因信息的科学家把基因每个片段进行简化,因为再复杂的事物都可以简化为一个简单的道理,把每一个点简化为两种功能,一种为表达功能,一种是整合功能,基因的整合功能是指近代的遗传和进化的信息可得到充分的表达,隔代信息就会限制它的表达,而最原始的信息不让他表达,当基因整合受到破坏的时候,最先表达的是原始胚胎的信息(原始胚胎生物是在地球上最恶劣的条件下产生的生物,由于当时高压、高压、高热、高缺氧、高紫外线、高温差的影响,除了具有极强的生存能力,在进化的过程中保留了自己的酶系统、

营养系统和生物电场),当它通过基因的表达系统表达出来了以后,在基因系内侧三维磁场的外部会形成一个闭合电场,阻断了其它信息的表达,第一 RNA 复制的细胞造成了不完全代谢,第二金属离子快速沉积,第三加速了细胞的快速复制,形成肿块。产生的三种酶仅次于核辐射会对周围的细胞形成快速的破坏,当周围的原始细胞基因信息受到破坏后,那里的基因信息又在开始表达,破坏重的先表达,破坏轻的后表达,(这是我们对肿瘤患者进行放疗不起作用的根本原因)当三种酶进入人体血液和体液后,对全身免疫最弱的器官进行破坏,当那里器官的细胞的基因整合系统被破坏化,那里原始胚胎信息在那里又开始表达,这就形成了肿块的转移机理,当转移到神经系统的细胞破坏的时候,患者会发生剧烈的疼痛。

2 中药治疗原理与基因信息学的关系

2.1 中药在改善人体微观环境和肿瘤治疗方面的作用

中医学对恶性肿瘤的认识源远流长,早在殷墟出土的甲骨文中就有“瘤”的病名记载,在数千年的临床发展中形成了自己独特的治疗体系,建立了肿瘤治疗原则,如扶正固本、清热解毒、软坚散结、活血化瘀等,使中医中药在恶性肿瘤治疗中发挥了良好的作用,其理论研究进展亦十分迅速。中医药治疗肿瘤注重调整全身状态,纠正阴阳气血失衡,改善全身状况,提高抗病能力,延长寿命,这种不强调“攻瘤”而旨在“保命”的主导思想已被中晚期患者所接受。中医药治疗肿瘤的特点是通过稳定瘤体,改善症状来达到“带瘤生存”的目的,其有效病例的疗效特点与现代医学治疗的最大差别是,中医药治癌瘤体缩小不明显,但生存期延长,自觉症状明显好转;现代医学治疗肿瘤,瘤体在短时间内可能明显缩小,但很快复发,肿瘤增大,生存期无明显延长,生存质量明显下降。

2.2 特殊药材中含有有效改善生物磁场成分

随着临床肿瘤学研究的深入,中西医结合治疗肿瘤在理论和实践方面均获得了骄人的成果,应运而生的生物反应调节剂(BRM)治疗肿瘤使人们看到中西医结合治疗肿瘤的一个特点,BRM 概念由美国国立癌症研究所(NCI)1975 年提出,很快在全世界得到巨大的反响与推广,进展十分迅猛。BRM 能够直接或间接

地修饰人体与肿瘤的相互关系,从而改变人体对肿瘤细胞的生物学应答,使其有利于人体、不利于肿瘤;而产生治疗效应。

BRM 的种类有多种,而令人惊奇的是某些具有抗癌作用的中药所含的有效成分本身就是生物反应调节剂(BRM),如香菇多糖、人参制剂中的人参花总皂苷、扶正女贞素 LL-E 等。试验研究证明,香菇多糖对机体的免疫指标都有改善作用,可抑制肿瘤生长。明显延长癌症病人的存活期,由于其对正常细胞无杀伤作用,副作用轻微,成为它优于细胞毒抗癌药物的特点之一。

该领域的研究,说明了随着医学科学的进展,在深层次、分子水平以及更细微水平存在着中西医结合的理论结合点,为中西医结合治疗肿瘤提供了理论支持。而在临床实践中,中西医结合治疗肿瘤的优势更是得天独厚,如:中医药与手术治疗相结合,术前用中药能改善人体机能,增强体力,术后以益气固本,补气养血等法,有利于手术损伤的早日恢复,长期服用扶正培本、活血化瘀中药以及香菇多糖等,有望防治或延缓肿瘤的复发或转移;中药与放射治疗或化学治疗相结合有增效减毒作用,这更是中医药在肿瘤中西医结合治疗中的特色;中医药在化疗、放疗后使用或间歇使用,能提高机体抗癌机能及生存质量,延长生存期;晚期肿瘤已无手术、放疗适应症者,用中药治疗可稳定瘤体,减轻症状,延长生存期;中药用于癌前病变患者,也有一定预防肿瘤发生的作用。肿瘤的安全治疗已成为全社会关心的问题,中医药复方治疗及提取成分的应用愈来愈广。

2.3 中药中微量元素对细胞编译中生物信息的转录影响

①一切生命现象和过程,无不与酶的特异性作用息息相关,而体内必需的微量元素恰恰是很多酶的活性中心。科学研究证明,在人体发现的近千种酶中,竟有 70%以上是由必需微量元素激活才能发挥其生物学的作用。

②从另一角度上说,生命是蛋白质及核酸的表现形式,而核酸与蛋白质的合成,正常结构及功能、防止自由基攻击,以及人和需氧生物摄取与转运氮等,无不与锌、铁、铜、锰、碘、硒及其络合物有关。另外,金属元素在人体获得和保有自由电子方面,占有重要地位,在对抗过氧化—丢失自由电子方面也负有重要使命。成年后,随年龄增长,体内必需微量元素的含量逐渐减少(铬、锌等尤为重要),必然会引起酶类、蛋白质及其他生命敏感分子的损害,以及细胞编译中信息丢失或紊乱加速衰老的进程及疾病的发生。

③一些长年生中药材长期吸收土壤中微量元素,含有大量人体必需的微量元素如铜、锌、锰、碘、硒等微量元素共 16 种。它们在人体的含量虽然很少,仅占体重的 0.05%,但对生长发育,甚至生命的维持

都起着举足轻重的作用。微量元素在医学中的发现,开阔了人们的视野,为人类认识机体的生理、病理及诊断治疗增添了新的内容。随着现代医学的发展,中医辨证与微量元素的关系也取得了一定的成果。通过测定血液、头发等微量元素的含量变化,从微观角度探讨中医证型,已成为研究中医证型的方法之一。现代医学表明,虚证包括阴虚与阳虚,是由于体内阴阳平衡失调所致,也与体内的微量元素的变化有关

④调节体液渗透压和酸碱平衡 微量元素在体液内,与钾、钠、钙、镁等离子协同,可起调节渗透压和体液酸碱度的作用,保持人体的生理功能正常进行。

⑤影响核酸代谢 核酸是遗传信息的携带者,核酸中含有相当多的铬、铁、锌、锰、铜、镍等微量元素,这些微量元素,可以影响核酸的代谢。因此,微量元素在遗传中起着重要的作用。

⑥防癌、抗癌作用 有些微量元素,有一定的防癌、抗癌作用。如铁、硒等对胃肠道癌有拮抗作用;镁对恶性淋巴瘤和慢性白血病有拮抗作用;锌对食管癌、肺癌有拮抗作用;碘对甲状腺癌和乳腺癌有拮抗作用。

3 中药基因信息学理论的重大突破

3.1 中药中蕴藏的基因信息可整体调理人体生物磁场(生理)环境

根据中医阴阳五行学说,人体遗传基因信息系统可以分为五个子系统,分别叫做“肾”、“肝”、“心”、“脾”、“肺”五脏(与解剖学的器官定义不同),各赋予不同的脏器功能即遗传信息功能。它们都具有双重含义,其一主要指全身系统层次的五个子系统的信息活动,其二特指下级层次的,特定解剖学局部器官系统功能的信息活动。

①肾——遗传基因信息库和物质营养信息库 中医所说的“肾”,主要指全身的遗传基因信息库和物质营养信息库,特指生殖系统和泌尿系统功能。肾阳指的是遗传基因信息库,广义的指全身各个器官由遗传基因信息所赋予的器官功能,狭义的指生殖系统和泌尿系统功能。肾阴指的是物质营养信息库。

②肝——生命活力信息传递激发机制并参与神经、内分泌调节机制 中医所说的“肝”,主要指生命活力信息传递激发机制并参与神经、内分泌调节机制。特指肝的解毒功能和肝胆辅助消化器官系统消化的功能。肝阳指的是由遗传基因密码所规划的生命活力信息传递激发机制,包括受潜意识活动影响的交感、副交感神经调节功能。肝阴指的是由信使 RNA 传递 DNA 的遗传基因信息,指导合成各种蛋白质,实现辅助消化液和蛋白酶的提供、食物营养成分的鉴别解毒、调济补充和内分泌调节等功能。

③心——大脑中枢神经网络信息加工、神经和内分泌调控系统以及血液(营养物质)供应系统 中医所说的“心”,主要指大脑中枢神经网络信息加工、神经和内分泌调控系统以及血液(营养物质)供应系

统。心阳指的是中枢神经网络信息加工、神经和内分泌调控机制，心阴指的是血液和内分泌物质营养供应机制。

可以看出，四型“心”虚证，造成植物神经系统功能紊乱，干扰“肾”功能（DNA 分子遗传基因信息库）和“肝”功能（信使 RNA 分子传递 DNA 分子遗传基因信息指令，指导各个器官细胞合成各种蛋白质），以及“肺”的免疫功能，导致各类虚症的出现。这些试验正说明了：“五志又皆统于心神，心神正常，则五脏安和；心神失常，则五志皆发生紊乱。” 中医所说的“心肾相交”，即指“肾”的先天的遗传基因信息，与“心”的中枢神经网络的当前信息调控机制相结合，共同实时控制生命信息活动。

④脾——新陈代谢活动信息调控机制 中医所说的“脾”，是指新陈代谢活动信息调控机制，特指胃肠消化系统。脾阳是指人体物质和能量新陈代谢活动信息促进机制。脾阴是指肠胃消化系统提供的物质营养供应机制。

“脾”的功能不只是指消化系统提供营养信息，而且是全身器官组织物质和能量新陈代谢活动的调控机制。“脾”运化水液的功能，正是全身各器官细胞，通过血液和组织液输入营养成分和排除代谢废物所需要的、新陈代谢活动信息的促进机制。肌肉的新陈代谢活动最明显，所以“脾”主肌肉。

⑤肺——中枢神经系统控制的生命活动本能和自稳态信息调节机制 中医所说的“肺”，主要指中枢神经系统控制的生命活动本能和自稳态信息调节机制，特指呼吸系统。肺阳指的是由遗传基因信息所赋予的，由植物神经所支配的无意识活动，即人体生命本能，包括各种器官的正常生理功能、体温调节功能、对于异体蛋白的排异免疫功能、机体受损康复功能等等，使人体系统与环境变化中保持生命活动的自稳态。肺阴指的是血液中的氧气、各种免疫细胞以及各种营养物质的供应。

中医所说的五脏，是指人体这个遗传基因信息巨系统中的五个子系统，构成一个具有智能的自稳态自动控制系统，分别统管人体的物质、能量的新陈代谢活动；而把人的精神活动，归纳为神魂魄意志对人体的支配和调节作用：“心藏神，肝藏魂，肺藏魄，脾藏意，肾藏志，”把五志分属五脏，以维持人体一切生命活动和思维、精神活动。“心藏神”，“心”统管人的大脑全部信息加工活动；“肾藏志”，“肾”是大脑思维活动的主观信息记忆库；“肝藏魂”，“肝”统管人的情志活动；“肺藏魄”，“肺”统管人的生命本能活动；“脾藏意”，“脾”统管人的思维活动。神、魂、魄、意、志对人体的支配和调节作用，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊这些七情对于五脏的损伤，则是关于人类精神活动对身体疾病影响的辩证阐述。

3.2 中药中蕴藏的基因信息可调理微循环环境，增强脏器的能量

核酸决定了不同组织细胞所合成蛋白质的特异性，DNA 代谢正常与否，影响着蛋白质的生物合成，从而影响各脏腑组织发挥各自的功能。蛋白质是生命的物质基础，是细胞的主要组成成分。维持正常的组织更新、生长发育和创伤疾病的康复需要蛋白质；催化体内化学反应的酶和调节体内新陈代谢过程的某些激素，以及防御生物侵袭的抗体，也都是蛋白质或其衍生物。集体的生理活动和劳动做工，氧和二氧化碳的运输，均需要蛋白质的参与。可以说决定蛋白质的合成代谢的因素，即相当于祖国医学所说的元气。

这里所说的元气（真气），就是基因信息库中的脱氧核糖核酸 DNA 分子和由它所转录的核糖核酸 RNA 分子所具有的遗传信息。

除了营气参与机体的氨基酸等营养物质的代谢，宗气参与机体的能量代谢外，人体更重要的新陈代谢，是机体各个器官组织细胞本身的新陈代谢，产生新的细胞，替换衰亡的旧细胞。但是，当机体各个器官组织细胞复制 DNA 分子的功能不足，或局部器官组织细胞的 DNA 分子有基因突变时，呈现气虚、阳虚症状，必须由生殖器官复制的样板 DNA 分子（即真气、元气），通过经络系统运行全身，巡视、检查各个器官生理活动情况正常与否，遇到病理情况，就由自身“与谷气并”，由 DNA 分子转录信使 RNA 分子，发出遗传密码信息指令，将营气中的氨基酸组合成所需要的蛋白质，连同 DNA 分子本身一起组合成新的细胞，以取代旧的衰亡的细胞，进行细胞的新陈代谢，以维持和恢复机体各个器官组织的固有能力。在这个意义上来说，真气就是生命。

“气”的本质是信息，是各种信息的功能。它可以体现为各种物质能量调节，可以体现为各种神经—体液调节，也可以体现为各种免疫功能和机体恢复功能。“气”是载有信息的物质微粒，它通过经络运行全身。

4 基因信息学在中药制药中的应用

目前可以推广使用的先进基因信息制药工艺包括如下几项：①超临界二氧化碳萃取技术及最前沿的光波分子流超临界萃取超临界流体萃取技术（sFE）是 80 年代才开始获得发展的高新技术。德国、美国、日本、加拿大等几个工业发达国家相继研制出了工业化生产装置，继而我国也研制了超临界二氧化碳萃取工业化生产成套装备。该项高技术装置以低温提取和惰性气体保护为特点，防止“热敏性”物质的氧化和逸散，使提取物成分达到 100% 的“纯天然”，将萃取和分馏融为一体，有效地提高生产效率和节约能耗。该项技术提取的各种成分无化学溶剂残留、无氧化、无污染，可广泛用于中药制药领域中。光波分子流超临界萃取，将中药中的化合物分解成单一化合物，能够达到单一分子切割的标准，达到生物进化和遗传升级的标准。

②超微粉碎技术 超微粉末是跨世纪的新材料,超微粉末设备是近 20 年来世界迅速发展的具有良好经济效益的高科技产品,它利用了名列世界前茅的风洞技术优势,在我国超细粉碎技术领域实现了零的突破。我国研制的 cF 超音速气流超细粉碎分级系统,采用 LAVAL 原理,集国际上先进的多喷管技术、流化床技术与卧式分级技术于一体,从而使物料平均粒径破微米大关。在我国的中药制剂中,若引用超微粉碎科技可实现其低温粉碎、高纯操作、高的加工光洁度、机器易清洗等要求,从而提高药物的生物利用度和疗效,又可降低生产成本。③新吸附技术 这种工艺将传统中医药制剂理论与现代吸附理论紧密结合,可使大量的中药复方水煎不必浓缩,而是直接用特殊吸附剂吸附,这就大大节约了能源。吸附完毕用释醇洗脱、浓缩、干燥即得。该工艺的最大特点是操作简便,生产周期短,能源省,成本低,产品质量高。临床研究表明:新工艺提取物保持了原剂型疗效,这与药理和化学研究的结果是一致的,表明新工艺提取物保留了中药复方的生物活性成分,这是防治疾病的物质基础,毒理研究证明新工艺所用的 WLD 型吸附剂完全无毒;中试结果说明新工艺切实可行,适合于工业生产,特别是节约能源和提高药品质量方面具有极大的优势,有很好的推广应用前景,但以多糖、蛋白质为药效物质基础的复方不宜采用本工艺。

④将中药的有效物质通过分子流超临界萃取达到有效物质化合物采取分子切割,在分子的三维空间加入感应的磁性的信息磁场,先由物质变成物质活性,再由物质活性变成生物活性,最后在磁场的有选择性加入信息。这样中药有效的生物分子信息磁场和人类细胞信息磁场的结构是同步的。当细胞吸收这些后就起到修复作用,使变异的细胞修复到正常状态。

5 中药基因信息药品在临床治疗中的效果

5.1 中药基因信息药品在肿瘤、糖尿病治疗中的作用

按照美国 NCCN 的肿瘤治疗指南,年龄超过 60 岁、已达 3A 期(局部晚期)的癌症患者,术后不得进行放疗治疗,因为此类病人的抗免疫力极弱,另外患者如经放疗治疗,会出现放射性炎症,这无疑会加速病人的死亡。但在我国,不少医院为了经济利益,对 70 岁以上甚至是 80 岁以上的病人进行放疗治疗比比皆是,这很不正常。

中药葛根、山楂、决明子与微量元素硒、锌联合应用治疗高血脂症的效果。方法:386 例高血脂症患者分为实验组和对照组,2 组均服用藻酸双酯钠治疗,实验组加用葛根、山楂、决明子、硒、锌,均用药 4

周,观察 2 组治疗效果。结果用药后 2 组血清总胆固醇、三酰甘油、血清载脂蛋白-B(Apo-B)均显著降低,且实验组较对照组降低更为明显;实验组血清载脂蛋白-A I (Apo-A I)显著升高,而对照组无改变;实验组总有效率显著高于对照组。结论葛根、山楂、决明子、硒、锌联合应用对高血脂症具有良好的防治作用。中药基因信息产品治疗癌症临床治愈率可达 95%。

5.2 中药基因信息产品治疗癌症的治愈机理

①修复细胞基因的整合系统

②关闭原始胚胎信息的表达系统使癌细胞得不到原始信息的表达,从而阻断了癌细胞的复制。使癌细胞形成的肿块慢慢萎缩变软,并被周围的微循环血管,逐步消失;超过十公分以上的肿块,吸收不完全最后会形成钙化,病人可带瘤生存也可以手术取出。

③中药信息药品所载入的信息和癌症原始胚胎信息表达后产生的三种酶信息是同步的,在体内会被三种酶吸收,这三种酶在吸收后,能量会加强,会造成由量变到质变的变异,产生变异后这三种酶会失去活性,停止对免疫力低下细胞的破坏,消除了癌症转移的隐患。

5.3 中药基因信息药品在疾病治疗中的应注意事项

治疗癌症一定要中西医结合,辨证论治,整体治疗,治病留人,中医药应全面介入治疗全过程。很多患者由于只用西医治疗,进行“一刀切”,然而,治标不能治本,等到复发或转移后,真正的到了身体上、精神上、经济上全都山穷水尽的时候,才求救于中医,可能为时已晚了。很多患者错误的认为,只要医生还在给自己放化疗,自己就有救,真正的成了“生命不息,化疗不止”。据统计:在中国,肿瘤患者的五年生存率不到 25%,其中许多患者并非死于癌症本身,2005 年因为治疗手段不科学和患者不配合治疗而死亡的肿瘤患者,约占全部死亡人数的 52%,这是一个惊人的数字。通过中药基因信息药品在重大疑难杂症中的临床应用,改变病区微循环和细胞能量(消除病炉),使细胞基因信息准确表达有显著效果。

6 结论

现在基因信息学,把几千年来的中医中药学,现代分子生物学,自然养生学,气功,西医学完整的统一起来,解读了人类整个生命科学的过程,从根本上解读了中医药治愈疾病的整个机理过程,中药基因信息的制药过程,包括中医药有效成分的萃取,分子切割,在分子的三维空间信息磁场加入有效信息,在肿瘤、糖尿病、心血管、艾滋病、尿毒症等重大疾病治愈过程中实现了重大突破。

《内经》对肿瘤的认识

艾志福^{1,2} 况军³

- (1. 湖南中医药大学 2010 级博士研究生, 湖南 长沙, 410007;
- 2. 江西中医学院, 江西 南昌, 330006;
- 3. 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

【摘要】 详细阐述了《内经》对肿瘤病名、病因、病机的认识。

【关键词】 内经; 肿瘤; 病名、病因、病机

早在中国商周时期的殷虚甲骨文中, 就有关于“瘤”的病名记载。到了《内经》时代, 对肿瘤有了更深入、更全面的认识, 这为后世医家治疗肿瘤理论的形成奠定了良好的基础。

1 对肿瘤病名的认识

中医的“瘤”亦作“溜”。《内经》所记载的, 有“筋溜”、“肠溜”、“昔溜”、“脊溜”、“肉溜”、“肠覃”“石瘕”、“积聚”等病名, 其病症与现代某些肿瘤的临床表现极为类似, 属于肿瘤的范畴。如《灵枢·刺节真邪论》曰: “有所疾前筋, 筋屈不得伸, 邪气居其间而不反, 发为筋溜。有所结, 气归之, 卫气留之, 不得反, 津液久留, 合而为肠溜。久者, 数岁乃成, 以手按之柔, 已有所结, 气归之, 津液留之, 邪气中之, 凝结日以易甚, 连以聚居, 为昔瘤。” 《灵枢·水胀》曰: “水与肤胀、鼓胀、肠覃、石瘕、石水, 何以别之?”

2 对肿瘤病因的认识

2.1 外因

《灵枢·百病始生篇》曰: “积之所生, 得寒乃生, 厥乃成积也。” 《灵枢·九针论》曰: “四时八风之客于经络之中, 为瘤病者也。” 《灵枢·刺节真邪论》曰: “虚邪之入于身也深, 寒与热相搏, 久留而内着, 寒胜其热, 则骨疼肉枯; 热胜其寒, 则烂肉腐肌为脓, 内伤骨, 内伤骨为骨蚀。有所疾前筋, 筋屈不得伸, 邪气居其间而不反, 发为筋溜。有所结, 气归之, 卫气留之, 不得反, 津液久留, 合而为肠溜。久者, 数岁乃成, 以手按之柔, 已有所结, 气归之, 津液留之, 邪气中之, 凝结日以易甚, 连以聚居, 为昔瘤。” 《灵枢·水胀》曰: “石瘕生于胞中, 寒气客于子门, 子门闭塞, 气不得通, 恶血当泻不泻, 衄以留止, 日以益大, 状如怀子, 月事不以时下, 皆生于女子, 可导而下。” 上述各条指出, 外因之四时八风、虚邪、寒与热邪等侵扰人体, 阻碍气血运行, 导致气滞血淤, 痰湿凝聚, 久而久之则发展为瘤。

2.2 内因

七情(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)与肿瘤的发生、发展有着十分密切的关系。《素问·通评虚实论》“膈塞闭绝, 上下不同, 则暴忧之病也。”说明了噎膈的发病与情志之忧有关。《灵枢·百病始生篇》曰: “若内伤于忧怒, 则气上逆, 气上逆则六俞不通, 温气不行, 凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去, 而积皆成矣。”说明了“七情”不适, 能够扰乱人体气血运行, 使气滞血淤, 津液凝滞, 积久不散而导致肿瘤的发生。

2.3 不内外因

饮食是人类赖以生存和维持健康的基本条件, 是人体后天生命活动所需精微物质的重要来源。但饮食要有一定的节制, 否则饮食内伤致脾胃虚弱, 痰浊、风火内生, 气血运行失常而致肿瘤发生。《素问·阴阳应象大论》曰: “水谷之寒热, 感则害人六腑。” 《素问·痹论》曰: “饮食自倍, 肠胃乃伤。” 《灵枢·百病始生篇》曰: “卒然多食饮, 则肠满, 起居不节, 用力过度, 则络脉伤, 阳络伤则血外溢, 血外溢则衄血, 阴络伤则血内溢, 血内溢则后血。肠胃之络伤则血溢于肠外, 肠外有寒, 汁沫与血相搏, 则并合凝聚不得散, 而积成矣。”说明了饮食不节, 导致肠胃损伤, 气血运行失常, 淤血、积食、寒热互结, 凝聚不散而成肿块。

3 对肿瘤病机的认识

3.1 正气不足

《素问·遗篇刺法论》曰: “正气存内, 邪不可干”, 《素问·评热病论》曰: “邪之所凑, 其气必虚”。这明确提出了正气在人体发病中的辩证关系, 若正气虚弱, 不能抵御外邪之气, 则疾病从生。肿瘤的发生与正虚有着密切的关系, 无论外感六淫, 还是内伤七情, 在正虚的条件下容易导致内外合邪, 毒邪留滞而成肿块, 致发肿瘤。《灵枢·五变》曰: “皮肤薄而不泽, 肉不坚而淖泽, 如此则肠胃恶, 恶则邪气留止, 积聚乃作。”指出素体虚弱, 肠胃功能失职, 正气不

足, 不能为皮肤、肌肉提供足够的营养, 容易招致邪留肠胃而变生积聚。这与现代医学认为免疫功能低下容易导致肿瘤的发生的观点是相同的。

3.2 气滞血淤

《素问·举痛论》曰: “寒气客于小肠膜原之间, 络血之中, 血泣不得注入大经, 血气稽留不得行, 故宿昔而成积矣。” 气血是构成人体的基本物质, “气为血之帅, 血为气之母”, “气行则血行, 气滞则血淤”, 气与血之间生理上相互化生, 互相依存, 病理相互影响。邪气侵害人体, 气血运行失常, 气血凝滞, 瘀结日久, 乃生肿块。

3.3 痰湿凝聚

《灵枢·百病始生篇》曰: “津液涩渗, 着而不去, 而积皆成矣。” 《灵枢·刺节真邪论》曰: “有所结, 气归之, 卫气留之, 不得反, 津液久留, 合而为肠溜。久者, 数岁乃成, 以手按之柔, 已有所结, 气归之, 津液留之, 邪气中之, 凝结日以易甚, 连以聚居, 为昔瘤。” “百病多由痰作祟”, 水液布散失常, 水湿停聚, 酿湿成痰, 流注机体, 与血气相搏, 气机阻滞, 淤血内生, 痰湿淤血互相阻滞, 久而化生积聚。

作者简介:

艾志福, 男, 1977年生, 在读博士研究生, 讲师, 主要从事中医临床及教学、科研工作。工作单位: 江西省南昌市阳明路56号江西中医学院继续教育学院

相关文献:

晚期三阴性乳腺癌的临床特征及生存分析

目的 分析晚期三阴性乳腺癌(TNBC)的临床特征, 探讨影响其预后的因素. 方法 收集1999年1月至2007年12月间134例晚期TNBC患者的临床资料, 回顾性研究其临床特点、生存状况及预后因素. 结果 134例患者确诊为晚期TNBC的中位年龄为45岁. 6例为初治IV期, 128例为初治I—III期, 经手术等治疗后出现局部复发或远处转移. 14例为局部复发及区域淋巴结转移, 75例为远处转移, 45例患者为同时出现局部复发及远处转移. 最常见的远处转移部位是肺, 其中51.7%(62/120)的患者同时出现2个部位以上的转移. 随访至2009年6月30日, 死亡75例(56.0%). 全组患者的中位总生存时间(OS)为26.5个月(95%CI为20.5~32.6个月), 1、3、5年预期总生存率分别为80.9%、37.1%和30.1%. 初诊转移部位为单发骨转移患者预后好, 7例患者的中位OS为84.2个月. 111例晚期接受一线方案化疗的患者中位OS为28.5个月, 23例未接受化疗的患者中位OS为12.6个月, 差异有统计学意义($P=0.0001$). 一线化疗有效(完全缓解+部分缓解)患者45例, 疾病稳定患者39例, 疾病进展患者12例. 化疗有效患者的中位OS为36.1个月, 明显高于疾病稳定患者(20.8个月)和进展患者(14.0个月), 差异有统计学意义($P=0.0108$). 单因素预后分析结果显示, 是否远处转移、复发转移后是否接受化疗以及一线化疗疗效对患者的5年OS有显著影响($P<0.05$). Cox比例风险模型分析结果显示, 是否接受一线化疗以及一线化疗疗效是影响晚期TNBC预后的独立因素. 结论, TNBC易早期出现局部复发和远处转移, 且内脏转移及多部位转移的比率较高, 可能与其侵袭性高和缺乏有效的治疗手段有关. 晚期TNBC患者预后较差, 化疗能够改善其预后.

张景岳治疗肿瘤学术思想研究

彭鑫

(中国中医科学院, 中医基础理论研究所 北京, 100700)

中图分类号: R730 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0396-03

【摘要】张景岳认为,肿瘤之由,元气亏虚是其根本原因;而元气之虚,在于阳气;致虚之故,关乎调摄;肿瘤之病机,虚实夹杂。故治癌大法,当攻补兼施,以扶正为主,防治肿瘤,无论患者还是医者,都应当树立信心。而具体治疗肿瘤的治法,张景岳明确提出“攻、消、散、补”四法,在治疗方法 and 手段上,灵活多样,有汤药、丸药、膏药、导引、针灸等法。从肿瘤病势的缓急和人体的强弱两方面把握应用,肿瘤初期,病势尚浅,人体强壮,用攻法,以祛邪扶正;肿瘤中期病势急,人体亦强,必用消散中和法以缓病势;肿瘤后期,病势强,人体虚弱,应以生命为主,扶正气,增强人体抵抗疾病的能力,以延长寿命。

【关键词】张景岳; 中医; 肿瘤; 贡献

张景岳,名介宾,字会卿,号景岳,别号通一子,是明代著名的医学家,山阴(会稽县)人(今浙江绍兴)。因晚年编成《景岳全书》一百数十万言,名闻遐迩,后人多称其号,故张景岳一名反比张景岳的本名介宾更为人所熟知。张景岳生于明嘉靖四十二年(1563年),约卒于明崇祯十三年(1640年),享年约78岁。张景岳一生博学多识,学验俱丰;为易水学派有成就的代表人物。张景岳治疗肿瘤的学术思想上承张仲景、许叔微、朱震亨、张元素、李杲、张子和等几大医家之学,对中医肿瘤辨证论治颇多发挥,在中医治疗肿瘤学术领域上有极其重要的地位,对后世中医辨证论治起着承前启后的作用。

1 张景岳对肿瘤病因病机的认识

1.1 元气亏虚,根本病因

今之肿瘤,在古代有不同的称谓,张景岳对于这类疾病的命名基本沿用《内经》之旨,根据病机而命名,总称“积聚”,如心积为伏梁,在心下,相当于今之胰腺癌和横结肠癌;肝积为肥气,在胁下若覆杯,即今之原发性和继发性肝癌;脾积,有积寒在腹中,名厥疝,如今之肝脾肿大、肝癌、慢性白血病、脾大;肺积名息积,胁下满,气逆,二三岁不已,即肺癌;肾积,因沐浴清水而卧,积气留于小腹与前阴而成。症瘕,则为妇科肿瘤,如子宫肌瘤、卵巢囊肿、附件肿瘤等。此外,还有以典型症状来命名的,如噎膈、反胃,类似现代的食道癌、胃癌表现;关格,类似现在的肾癌、尿毒症等表现。

张景岳对于这些疾病的总体病因认为元气亏虚是其根本原因,五脏不调,经络不同是其后续表现。如张景岳所言:“但使元气无伤,何虞衰败?元气既损,贵在复之而已。常见今人之病,亦惟元气有伤,而后邪气得犯之。”张氏十分重视正虚在肿瘤发病中的关键作用。虚则脏腑功能低下,或痰滞血瘀,或气郁饮留,而变证丛生,日久或成症块,或成关格,或成噎膈,或成反胃。谨以反胃一证为例,张氏说:“反胃一证,本属火虚。盖食入于胃,果胃暖脾强,则食无不化,何至复出?今诸家之论,有谓其有痰者,有谓其有热者。不知

痰饮之留,正因胃虚而完谷复出。”又如积聚之成,张氏谓:“经曰虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。信乎?致积之由,多由于此。”因此张氏治疗肿瘤,除软坚克削、消痰活血之外,更重培护正气,其学术根源于此。

1.2 元气之虚,本在阳气

《素问·生气通天论》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。”张景岳本于素问而阐发更明,认为命门中真阳之气对人体健康有着极为重要意义。他说:“夫形气者,阳化气,阴成形。是形本属阴,而凡通体之温者,阳气也;一生之活者,阳气也;五官五脏之神明不测者,阳气也;及其既死,则身冷如冰,灵觉尽灭,形固存而气则去,此以阳脱在前,而阴留在后,是形气阴阳之变也,非阴多于阳乎?”他认为人之活力属于阳,五脏六腑气化之所以变化无穷,亦无不由于阳气,“生由乎阳,死亦由乎阳。……阳来则生,阳去则死”,人死则身冷如冰,系由于阴形在而阳已亡之故,不能说阳多于阴。

张景岳根据丰富的临床经验,他体会到阳气在生命活动中占有主导地位,同时阳气性动,最易亡失,凡大汗、大吐、大下及过服寒凉,都可导致亡阳。阳气一旦被损伤,又最难以恢复,故张景岳说:“难得而易失者,惟此阳气,既失而难复者,亦惟此阳气……即百虑其亏亦非过也。”同时,张景岳很明确的指出:“天之大宝,只此一丸红日,人之大宝,只此一息真阳。凡阳气不充,则生意不广,故阳惟畏其衰,阴惟畏其盛。非阴能自盛也,阳衰则阴盛矣。凡万物之生由乎阳,万物之死亦由于阳。非阳能死万物,阳来则生,阳去则死矣。”真阳不足,阴霾必甚,克削真气,肆症其身。”任其发展,“阳去则死。”由此可见,元气亏虚,是导致正气亏虚的主要原因,也是导致肿瘤形成的根本病结。

1.3 肿瘤病机,虚实夹杂

正虚虽是肿瘤发病的主要因素之一,但其成因之机,却是虚实多因素共同作用的复杂结合。他在论积

聚时说：“块乃有形之物，癌与食积死血而成也。”在论述与今之肝癌相似的阴黄证时，他又说：“阴黄证则全非湿热，而总由血气之败。盖气不生血所以血败，血不华色所以色败……阴黄证多由内伤不足，不可以黄为意，专用清利。”可见，据病而辨、据证而辨，是张景岳分析癌证病机的可贵之处。总其要，如前各项所述：调摄失宜，正气先虚；外受六淫，内伤情志，饮食酿痰，嗜酒生湿，气郁血瘀，虚痰瘀郁，留着不去，疾斯成矣。

同时，张氏十分重视从患者自身去探求致癌之故。他认为，致虚之故虽多，但调摄失宜却是诸因素中最重要。如他在论述噎膈病因时说：“噎膈一证，必以忧愁思虑，积劳积郁，或酒色过度，损伤而成。盖忧思过度则气结，气结则施化不行，酒色过度则伤阴，阴伤则精血枯涸，气不行则噎膈病于上，精血枯涸则燥结病于下。且凡人之脏气，胃司受纳，脾主运化，而肾为水火之宅，化生之本，今既食饮停膈不行，或大便燥结不通，岂非运化失职，血脉不通之为病乎？而营运血脉之权，其在上者，非脾而何？其在下者，非肾而何？矧少年少见此证，而惟中衰耗伤者多有之，此其为虚为实，概可知矣。故凡治此者，欲舍根本而言快捷方式，又安望其有成功也。”

2 张景岳对肿瘤的治则治法

2.1 攻补兼施，扶正为主

如上所述，张氏在肿瘤成因中，既重视正虚，又重邪实，在诸多因素中，他又强调气滞、痰饮、瘀血等，在强调正虚为本时，他尤其强调命门真阳的作用。其学术渊源，以丹溪、东垣为宗。故在论治癌证时，虽有攻、消、补、散诸法，但各法之中，俱兼具攻补之意。如论积聚之治时，他说：“凡积聚之治……不过四法，曰攻、曰消、曰散、曰补……治积之要，在知攻补之宜。而攻补之宜，当于孰缓孰急中辨之。凡积聚未久而元气未损者，治不宜缓，盖缓之则养成其势，反以难制，此其所急在积，速攻可也；若积聚渐久，元气日虚，此而攻之，则积气本远，攻不易及，胃气切近，先受其伤，愈攻愈虚。”故积术丸中，有积实之消削，又有白术之扶脾；又如治痞积之千金大硝石丸，除硝石、大黄消瘀化积外，又用人参、甘草扶正；再如消积聚之陈米三棱丸，以陈米与巴豆同炒后去巴豆，才加入陈皮、三棱、砂仁、麦芽、木香为丸，亦取陈米之健脾护正。他如治心腹积聚、症瘕痞块之局方温白丸（川乌、皂角、吴茱萸、菖蒲、柴胡、桔梗、厚朴、紫菀、人参、黄连、茯苓、干姜、肉桂、川椒、巴豆霜），即令新病体质壮实，可受攻伐之人，张氏用药亦十分谨慎，强调中病即止，速战速决，免伤正气。据此可看出张氏攻补兼施，扶正为主的主导思想。

2.2 防病治病，树立信心

张景岳认为，包括肿瘤在内的一切疾病，既可防，又可治，更重要的是要以预防为主，善于调摄，保养正气，人定胜天。他说：“故以人之禀赋言，则当天强厚者多寿，先天薄弱者多夭。后天培养者寿者更寿，后

天削者夭者更夭……若以人之作用言，则先天之强者不可恃，恃则并失其强矣；后天之弱者当知慎，慎则人能胜天矣。”这种人能胜天的思想，无论于医于患、于防于治，都有极其重要的意义。既克服一旦诊为肿瘤甚或癌证就精神崩溃，也克服了医生一旦面对肿瘤，便不敢论治的心理障碍。同时敢指出对肿瘤并非听天由命，可以治，更应当防。

张景岳的对于肿瘤的防治学术思想，不仅坚定了癌证患者战胜癌证的信心和勇气；而且，对于医生也是一种莫大的鼓舞和激励，钻研业务技术，提高防治癌证的能力；第三，他实际上指出癌证必须早期诊断、及时治疗，毋使其发展到正气大虚、毒邪大盛、攻补皆难的程度。

2.3 治瘤四法，攻消散补

张景岳对于治疗肿瘤，明确地提出“攻、消、散、补”四法。虽分四法，但又都体现了对多因素致病、正虚为本，应采用攻补兼施的基本原则。在具体应用时，体质壮实、病程较短、可以受攻之人，一是攻剂中佐以扶正之品，二是速战速决，中病即止。对病程较长，正气大虚，不堪攻击之人，在以补为主的方药中，酌伍克、削之品，俾扶正而不留邪。至于消法、散法，则为治疗肿瘤正法，但也应当渐消缓散，祛邪而不伤正。同时，张景岳还灵活地应用了外治及针灸的方法以治疗肿瘤。根据其得病轻重缓急及病势内外，张景岳治疗肿瘤大法详列如下：

2.3.1 攻法

凡积坚而实者，非攻不能去，用攻法此期正气尚强，邪气尚浅，则任受攻之，缓之则养成其势，反难制之。此阶段多为患肿瘤不久，体质强实者多用此法。方药如下：

①温白丸：以川乌（制）1两、皂角（去皮弦）、吴茱萸（汤泡炒）、石菖蒲、柴胡、桔梗、厚朴（姜制）、紫菀、人参、莲籽、干姜（炮）、黄连、肉桂、川椒（去目炒）、巴豆霜（另研）各5钱，共为末，入巴豆研匀，桐子大，每服3丸姜汤下。该方是在大量温药的基础上用了一些化痰（皂角）、苦寒（黄连）、补气（人参、茯苓）药，桔梗走上，厚朴降气，紫菀宣肺，柴胡疏肝，共同完成攻积块的功效。肝积加柴胡、川芎加强疏肝作用；心积加黄连、桃仁、菖蒲增强开心窍、活血、清心功效；脾积加吴茱萸、干姜温中散寒，有温则行之之意；肺积加人参、紫菀，以补肺，降肺气；肾积加丁香、茯苓、远志，丁香降气入肾，茯苓、远志交通心肾，以化肾积。本方主治：心腹积聚、症瘕、痞块，大如杯碗，胸肋胀满，呕吐，心下坚结，旁攻两肋，如有所碍，及诸风身体顽麻，十种水病，痞塞心痛，腹中一切诸疾。从功效看，该方不仅可治积块，还可治麻木，能利水，止痛，大有研究之处。

②宣明三花神佑丸：黑丑末2两，大黄2两，芫花、大戟（醋浸炒）、甘遂（面煨）各5钱，为末，

滴水丸，小豆大，初服 5 丸，每服加 5 丸，温水下，日三服，以快利为度。欲速下者八丸、十丸或更多。凡痞满甚者，以痰涎壅盛，顿攻不开，则转加痛闷，须渐进之，初服止三丸，每加二丸，至快利即止。本方药猛，服法说明详细，我们当仔细琢磨应用。本方功效：治一切沉积痰饮，变生诸病，或气血壅滞、湿热郁结、走注疼痛，风痰胀满等证。

由此可见，张景岳对于攻法和补法，掌握精到，不可因为攻法猛烈而不敢用，也不可因为补法扶正而乱用。观历代名医，未有不用攻法者，攻可医大疾，其中道理正在于此。补法虽好，若不分病势、病因、病理及正邪多少，用之则弊端甚大。再观今之用药，攻法几废，补法大行于世，而以温补见长的明代医家张景岳于此，却攻补二法泾渭分明，相得益彰，值得后世深思与学习。

2.3.2 消散和中法

凡不堪攻击，只宜消导渐磨者，消散之法。若用攻法，则愈攻愈虚，不死于积而死于攻。方药如：大和中饮。治饮食留滞、积聚等症。病为积聚者，用消散法，多用化湿、理气、消食、化痰类药，药物组成陈皮、枳实、砂仁、山楂，麦芽、厚朴，泽泻各等分，水煎远食服。胀甚加白芥子，胃寒恶心加炮姜，疼痛加木香、乌药、香附子，多痰加半夏。张景岳用泽泻，是其特点。其他如和中丸、草豆蔻散等。无形气聚，宜散而愈，宜排气饮、十香丸、神手散、四磨饮等。排气饮：治气逆、食滞胀痛，药物有：陈皮、木香、藿香、香附子、枳实、泽泻、乌药、厚朴，水煎热服，食滞加麦芽、山楂，寒滞加焦干姜、吴茱萸、肉桂之类，气逆之甚加白芥子、沉香、青皮、槟榔之属，痛在小腹用小茴香，呕兼痛者加半夏、丁香之类。

凡肿瘤势缓而攻补俱有未便者，当专以调理脾胃的和中法。此多属于不可攻、不可补的患者。方药有：枳术丸、景岳新制芍药枳术丸、大健脾丸等。大健脾丸健脾养胃，滋谷气，除湿热，宽胸膈，去痞满，久服强中益气。药物组成：人参、白茯苓、陈皮各 2 两，枳实、山楂、青皮（醋洗）、半夏、山楂肉各 1 两，谷芽（炒）1 两，白豆蔻、广木香各 5 钱，川连 1.6 两（用吴萸炒赤去吴萸），白术（土炒）3 两，为末，用长流水为丸，如绿豆大，食前白汤下，或加炮姜 1 两防寒凉伤脾胃。其他如人参木香生姜枳术丸等。

2.3.3 补法

积聚之病，多发于脾肾不足及虚弱失调之人。脾虚则中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不行，则邪滞得以居之，此辈无论有形无形，但当察其缓急，当以正气为主，用温补法。

脾虚者，宜温中饮治呕、吞酸、泄泻、不思食之中虚。药物组成：人参、白术、扁豆、陈皮、干姜、炙甘草、当归（泻不用）。下焦寒浊加补骨脂；气滞胸腹痛加藿香、丁香、木香、砂仁等；肝肾之病加桂

枝、肉桂；脾气陷，身热加升麻；胸腹痞满加茯苓，脾胃虚损之大呕、大吐不止者，倍用参、术，加胡椒少许煎，徐徐服之。其他如养中煎（人参、山药、扁豆、炙甘草、干姜、茯苓）治中虚呕满者等。虚在肝肾用理阴煎：主治真阴不足或劳倦之辈，或忽感寒邪不能解散，或发热，或头身头痛，或面赤舌焦，或虽渴而不喜冷饮，或背心肢体畏寒，但见脉无力者，悉是假热证。如今之肿瘤多处转移及晚期癌症病人，畏寒发热者，或面赤身热，肝肾虚假热证可加减用之，药物组成：熟地、当归、炙甘草、干姜或加肉桂；加附子名附子理阴煎；若加人参为六味回阳饮，临床可酌情选用。其他如暖肝煎，治肝肾阴寒小腹疼痛疝气等证。如今之子宫、卵巢恶性肿瘤、小腹疼痛可酌用，可以减轻症状。

2.3.4 外治及针灸法

凡坚硬之积，必在肠胃之外，募原之间原非药力所能猝至，用阿魏膏、三圣膏之类以攻其外，再用长桑君针法以攻其内。然此坚顽之积，非用火攻终难消散，故莫妙于灸。三圣膏，贴治积聚、痞块，组成：石灰十两，官桂半两，大黄一两，石灰过细筛炒红，急用好醋熬成膏，入大黄、官桂末，搅匀收磁器中，用时厚纸摊贴患处，火烘煨之。长桑君灸法：一般积聚灸中脘、期门、章门、肝俞、三焦俞、通谷，积聚在上灸中脘、上脘、期门、章门，积块在下灸天枢、章门、肾俞、关元、气海、中极。灸治次序：先上后下，脐腹处，灸宜稍大，先灸七壮，或十四壮，或渐增加，愈多愈妙，灸之火力所到，其坚聚之气自然以渐消散。张景岳用灸法和外贴膏药治疗积聚，值得借鉴。

其中，肺积不应针灸，宜导引加服药。导引，王冰注“谓摇筋骨，动支节。”其治疗方法有很多种，具有导引神气，以养形魄、延年之道，驻形之术，相当于现代的气功疗法，临床可以采用。

3 小 结

综上所述，张景岳认为肿瘤之根本病因在于元气亏虚；而元气之虚，在于阳气；致虚之故，关乎调摄；肿瘤之病机，虚实夹杂。故治癌大法，当攻补兼施，以扶正为主，防治肿瘤，无论患者还是医者，都应当树立信心。而具体治疗肿瘤的治法，张景岳明确提出“攻、消、散、补”四法，在治疗方法和手段上，灵活多样，有汤药、丸药、膏药、导引、针灸等法。从肿瘤病势的缓急和人体的强弱两方面把握应用，肿瘤初期，病势尚浅，人体强壮，用攻法，以祛邪扶正；肿瘤中期病势急，人体亦强，必用消散中和法以缓病势；肿瘤后期，病势强，人体虚弱，应以生命为主，扶正气，增强人体抵抗疾病的能力，以延长寿命。

因此，深入研究张景岳治疗肿瘤学术思想，古为今用，为治疗肿瘤探索更广阔的途径，造福于人类，有着深远的意义。

《内经》膈病的病因学认识及流行病学启示

刘 洋

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京 北京, 100700)

中图分类号: R249.2 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0399-02

【摘要】目的: 考察《内经》对膈病流行病学病因与一般病因的认识。方法: 采用文献调查与理论研究方法。结果: 《内经》膈病流行病学病因, 主要集中在运气学说中厥阴司天、厥阴在泉、厥阴之胜、木郁之发等厥阴值令或胜复之岁, 一般病因为肝寒与情绪忧郁。结论: 对于《内经》提出的膈病流行病学病因, 应该开展规模的流行病学调查研究, 以期提出具有运气特点的食管肿瘤预防措施。作为具有中医特色的新的一级预防理念, 其创新意义可能较为重大。对于《内经》提出的膈病一般病因, 提示采用温阳暖肝, 解郁散忧的治则, 在个体预防或临床治疗方面, 可能有所帮助。

【关键词】《内经》膈病; 病因学; 流行病学

《内经》无噎, 膈病多见。计有: 隔, 膈中, 膈塞不通, 膈咽不通等。

1 症状

《内经》所述症状与食管占位最相类者, 为《灵枢·邪气藏府病形》的“膈中, 饮入而还出, 后沃沫”, 简明扼要地描述了食管梗阻的症状。较为详细的症状组有: 胃脘当心而痛, 上支两胁, 膈咽不通, 饮食不下, 食则呕, 腹胀等。此类症状记载相当丰富, 且症状描述较为集中一致, 说明《内经》对本病具有细致的观察, 而且可以推测, 当时本病可能不属于少见病。从胃脘当心而痛, 上支两胁, 腹胀, 食则呕等症状的特点, 反映了本病气滞上逆的病机。

2 病位

明确指出膈病病位的是《灵枢·四时气》, “饮食不下, 膈塞不通, 邪在胃脘”。相近者如《素问·评热病论》的“食不下者, 胃脘隔也”。值得注意的是, 杨上善《太素》“胃脘”作“胃管”, 似更能体味膈病的病位。况《太素》早于王冰次注的《黄帝内经素问》, 更接近《素问》原貌。如此, 膈病病位便较明确地限定于“胃管”了。关于胃管之名实, 大致有三说。

2.1 胃管即胃脘

其原见于《内经》、《甲乙经》等, 但诸书均经宋臣校改, 是否篡变不得而知。

2.2 穴位名

为任脉穴上脘穴, 亦名胃脘穴。

2.3 胃管为食管

如宋赵彦卫《云麓漫抄》“胃管之下即有肺”, 将胃管的解剖部位置于肺之上, 至少应该是食管的上端部分。而宋张君房《云笈七笈》“胃管, 太仓口也”, 则将胃以上的部分统称为胃管。

明孙一奎《医旨绪余·人身内景说》的说法似应更为明确, “咽之与喉有二窍, 前后不同, 喉在前, 咽

在后, 咽则因物而咽, 以应地气, 而为胃之系, 下连胃管, 为水谷之道路, 自咽而入于胃”。咽下连胃管, 饮食自咽通过胃管入于胃, 则胃管纯指食管。

最直截了当者, 当属明龚廷贤《寿世保元·脏腑论》, “愚谓人之饮食入口, 由胃管入于胃中”。至于民国刘本昌《脉诀新编·内景真传说》“喉咙后管名曰咽门, 以咽物也。咽下为胃管, 长一尺三寸, 下连贲门, 即胃之上口也。下以透膈, 乃太仓胃口也”。就有中西合璧解剖学的意味了。可以看出, 随着后世的不断理析, 胃管即食管的理念逐渐清晰。

3 病因

分析《内经》所述的膈病病因, 不离乎肝。其中有运气的厥阴之胜郁因素, 肝大、肝寒, 情志忧郁等原因。

3.1 运气因素

运气因素导致膈病作为《内经》常见的病因, 以往是不被关注的。膈病主要发生于厥阴司天、厥阴在泉、厥阴之胜、木郁之年。如“木郁之发……故民病胃脘当心而痛, 上支两胁, 膈咽不通, 饮食不下, 甚则耳鸣眩转, 目不识人, 善暴僵仆”。(《六元正纪》)“岁厥阴在泉……民病洒洒振寒, 善伸数欠, 心痛支满, 两胁里急, 饮食不下, 膈咽不通, 食则呕, 腹胀善噫, 得后与气, 则快然如衰, 身体皆重”。“厥阴司天……民病胃脘当心而痛, 上支两胁, 膈咽不通, 饮食不下, 舌本强, 食则呕, 冷泄腹胀, 溇泄瘦水闭, 蛰虫不去, 病本于脾”。“厥阴之胜, 耳鸣头眩, 愤愤欲吐, 胃膈如寒, 大风数举, 佻虫不滋, 肘胁气并, 化而为热, 小便黄赤, 胃脘当心而痛, 上支两胁, 肠鸣飧泄, 少腹痛, 注下赤白, 甚则呕吐, 膈咽不通”。(《至真要》)

厥阴为风木, 其主岁则木旺肝胜, 其病症状均有胃脘当心而痛, 上支两胁, 膈咽不通, 饮食不下等, 其病机宋林亿释“木王而克脾胃, 故病如是”。

提示,在运气值厥阴司天、在泉、胜郁之年,是否膈病发病率上升,值得开展规模的流行病学调查研究,的确,就可制定提出具有运气特点的食管肿瘤预防措施。作为具有中医特色的新的一级预防理念,其创新意义可能较为重大。

3.2 肝寒、肝大

“肝移寒于心,狂,隔中”。(《素问·气厥论》)王冰释曰:“心为阳藏,神处其中。寒薄之则神乱离,故狂也。阳气与寒相薄,故隔塞而中不通也。”肝为心母,母子移邪,也是病传之一途。只是在病狂的同时,或其后出现隔中,此类病情未见于古今文献。但值得注意的是,寒邪是导致膈中的原因。

在《素问·风论》所记载的胃风,也可为寒致膈病的注脚。“胃风之状,颈多汗恶风,食饮不下,膈塞不通,腹善满,失衣则胀,食寒则泄,诊形瘦而腹大”。风邪外袭,必有多汗恶风;多汗恶风见于颈者,可以咽处颈中,由于食饮不下,膈塞不通,郁于咽颈所致解之。而腹常膨满,少穿衣服不能暖腹则胀,进食寒凉则腹泻,更为中寒的的症。寒邪致积,是《内经》主要的发病学观点,在膈病病因中也占有重要位置。

“肝大则逼胃迫咽,迫咽则苦膈中,且胁下痛”。(《灵枢·本藏》)此处的描述,可能不属于原发的食管占位,是由于肝的病理性体积增大,出现胁下痛,由于肝胃相邻,大肝直接压迫胃,(可能偏于肝左叶

增大,)胃咽相通,咽受胃迫,咽下不畅,导致膈中。出现了肝大、逼胃、迫咽、膈中等环环相扣的继发性食管梗阻的症状。

3.3 情绪忧郁

情志因素是肿瘤发生的重要诱因,食管肿瘤发生的情绪心理因素也是不能忽视的。《内经》的“隔塞闭绝,上下不通,则暴忧之病也”,(《素问·通评虚实论》)不完全只为食管肿瘤的表现和病因,但忧郁情绪确实可引起咽下的异常。其病机特点是“愁忧者,气闭塞而不行”。(《灵枢·本神》)。由于气闭塞而不行,就容易出现“隔塞闭绝,上下不通”了。如果忧郁情绪与寒邪结合,在《内经》是“积”的重要病因。《灵枢·百病始生篇》“卒然外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆。气上逆,则六输不通,湿气不行,凝血蕴裹而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣”。外中寒邪,若无情志内伤,可能就是单纯的外感病,如果此时恰逢情志忧怒,气机忤逆,经络阻滞,湿郁血瘀,留着导致成积。情志外感合邪,不但病情的复杂程度增加,病情的性质亦发生了显著变化。

《内经》有关运气厥阴胜郁或值令,对膈病发生具有重要影响,是食管肿瘤流行病学研究的重要内容,可能会在食管肿瘤一级预防方面发挥积极作用。温阳暖肝,解郁散忧,作为个体预防食管肿瘤发生,或开展治疗方面的意义,有待于临床实践中考察。

相关文献:

中医对脑卒中患者复发因素的分析及预防措施探讨

中医经典《黄帝内经》曰:血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死.这个厥证即脑中风,是严重危害人类健康和生命安全的常见的难治性疾病,中医学将其列为“风、痲、臛、膈”四大疑难病之首,存在着明显三高(发病率高、致残率高、死亡率高)现象.根据统计我国每年发生脑中风病人达 200 万.发病率高达 120/10 万.现幸存中风病人 700 万,其中 450 万病人不同程度丧失劳动力和生活不能自理.致残率高达 75%.我国每年中风病人死亡 120 万.已得过脑中风的患者,还易再复发,每复发一次,加重一次.所以,更需要采取有效措施预防复.

中医“灭热疗法”治疗白血病

王明德

(山西省祁县特色名老中医发展中心, 山西 祁县, 030900)

中图分类号: R733.7 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0401-02

白血病是一种特殊的血液病, 人称“血癌”, 大到六、七十岁, 小至1到3岁, 都会因感染上此病而丧失生命。目前, 国内外现行的治疗方法仍是化疗, 但, 化疗对人体产生的副作用, 至今一直无法克服。为此, 我就如何能够有效地治疗白血病, 又对人体不产生副作用探索寻求更好的治疗的方法。经过二十多年来艰辛研究, 创造性地运用自创中医“灭热疗法”治疗白血病取得了可喜的成绩, 此疗法经过多年临床验证, 可以有效地恢复白血病患者的造血功能, 并将白血病患者的血小板、血色素、各种红、白细胞等各项指标恢复正常, 打破了老依靠输血来维持治疗白血病的困局。从根本上挽救白血病患者。

为什么采用中医“灭热疗法”能够治疗白血病取的很好疗效呢?

首先我们可以从白血病患者高烧的表现症状分析一下, 无论是急、慢性白血病, 其最突出的症状是发烧, 血小板极度下降, 红白细胞减少 有的因感染白细胞增多。现代研究结果表明: 肿瘤部位的细胞组织温度明显高于其它正常组织, 这充分表明异常高热的温度支撑着肿瘤细胞的生长与繁殖, 也可以说肿瘤细胞就在极度异常高温下生长繁殖。大家知晓, 宇宙间凡有生命的物质, 都得有一定的生存条件才能得以生存, 如果失去生存条件就会死亡。天下万物, 本同一理, 癌细胞也因如此, 如果能够有效地破坏掉人体内癌细胞依靠异常高温的生存条件, 癌细胞同理会死亡, 癌症病人自然才能起死回生。按照此理推断, 正是挽救治疗白血病的关键

为此, 我按照《黄帝内经》热者寒之的原则, 大胆地创造性地针对消除白血病患者异常高温采取了“灭热疗法”。其实, 我国历史上就有好多医学家运用退热的方法挽救了无数患者的生命, 他们都在各自的著作中留下了精辟的论证。请看, 金元四大家刘元素指出“六气皆从火化”, 又指出“阳热易成郁结, 阳气的怫郁, 不但可以造成全身的病变, 而且可以造成多种器官的损害”。白血病患者骨髓内细胞的异常增生与肺部感染, 不正是因高烧而引起的吗? 柳宝治医学家曾指出: “邪伏少阴, 易于化热, 邪热疗原, 最易灼伤阴液, 阴液一伤, 变证蜂起。”又指出: “伏热不清, 阴液难复”。王孟英医学家指出: “温热病

最忌补涩塞滞之品, 设误用之, 则邪得补, 而愈火炽, 浊被壅而越塞, 阻其正气之流行。”从历代医学家所以治病能够取得成功, 就是由于他们抓住了“热”危害于人的根本所在, 掌握了退热治病的核心规律。试看, 汉代名医张仲景重用麻黄桂枝汤, 就是为了大发其汗解除人体高烧之热, 使感冒得愈。金代名医刘元素力主寒凉, 也就是消除火热而愈病, 金元四大家朱丹溪指出, 气有余便是火, 大力倡导滋阴降火, 也正是为了达到热消而病愈的目的。魏之秀医学家治病一贯养阴, 实是百年之得, 正是掌握了滋阴就是消火的治病奥秘。温病学家余霖大师大治瘟疫, 救人无数, 实是重用石膏寒凉之性, 荡涤胃中之火, 创出了救人的功绩。我众多的医学著作中发现了历代医学家所以在治病上能够取得成功。主要就是他们抓住了“热”危害于人的根本要害, 进行对疾病退热治疗, 我从历代医学家们著作中获得了宝贵的精华, 悟出了治病的奥秘, 从中发现了“热”极大地危害于人之后, 在清热解毒的基础上, 逐渐完善创造了中医“灭热疗法”, 运用生地、麦冬、银花、蒲公英等四十多种药研制成了“良效生血保命汤”“白血病造血功能汤”施之于病, 在临床中获得了显著的疗效,

病例一: 祁县北团柏患者王东明, 经晋中第二人民医院诊断为M5类型白血病, 花45000多元在某院治疗无效, 最后拿着该院下达的病危通知书, 回到家中准备后事。正值王东明生命垂危之际, 经人介绍服用了我研制的《白血病造血功能汤》, 不料王东明当夜起死回生, 从此, 王东明视此药如命根, 天天服用, 服用二十一天药后, 他的身体大大恢复, 行路又如往常。经晋中二院再次检查表明。他的血色素由病危时的3克恢复到11克、血小板8000恢复到122000、红、白细胞均已正常, 奇怪的是他的血液中的癌细胞全部消失了。

病例二: 山西省政府一们干部家属张老太太, 2011年经省城医院检查患上了W2白血病, 血小板已少到3.5万, 长夜失眠, 头晕不能走路, 经省城某医院治疗无效后, 慕名到祁县找到了我 经服用 我研究的“白血病造血功能汤”一个疗程后, 他饮食倍增, 精神大转, 失眠与头晕症状得已消除。后经医院化验表明, 她的小血小板由原来的3.5万竟然恢复到22万, 红白细

胞均已正常。他的家人万万没想到服中药竟然可以救下她患绝症的母亲。

病例三：祁县李先生在 2010 年患上了急性淋巴细胞白血病，经省城某医院治疗无效后，拿着病危通知书回到家中准备后事。家人含着眼泪求我给予治疗，当时患者高烧 42 度昏迷不醒，血项高达 15 万，经服用我研究的“白血病造血功能汤”三天后。不料，李先生起死回生，从昏迷中醒了过来，经继续服药后，高烧慢慢退了下去，饮食逐渐增加，病情一天天好起来，后经继续服此药两个疗程后，化验结果表明，

他血项白细胞由原来的 15 万降到了 3600，红细胞由原来的 1900 恢复至 3800，血色素由原来的 3.5 克恢复至 12 克，血小板由原来的 3 万恢复至 15 万。经化验表明，李先生的病情确实得到缓解，又经巩固治疗几个疗程后，他的生活已如往常，现在已能参加地里劳动。（以上病案均有报告可查）

作者简介：

王明德，主任，山西省祁县特色名老中医发展中心。

相关文献：

射频透热综合治疗恶性肿瘤

鉴于恶性肿瘤发病率呈上升趋势，目前治疗缺少理想方法。射频透热是一项治癌新技术，处于发展前沿阶段。沈阳市大东区抚近门中医院在东北地区首家引进中华医学会重点推广工程项目的 SR-1000 肿瘤射频治疗机，与传统中医学相结合治疗恶性肿瘤。文章介绍了肿瘤热疗 [HYPERTHEMIA] 的概念，即利用物理疗法（如高频电磁波，超声波，热水浴等），使组织加热，达到杀灭癌细胞的温度以治疗恶性肿瘤。此种疗法用高热杀死癌细胞，对于正常组织无损伤，无副作用，这是高热治癌有别于放疗和化疗的独特优点。本文回顾了高热治疗恶性肿瘤的发展史。1978 年我国开始应用此项技术治疗恶性肿瘤，1985 年美国食品和药物管理局 (FDA) 正式承认热疗作为治癌手段之一。从 1980 年起我国已召开八次全国肿瘤热疗会议，取得可喜成果。文章从高热杀灭癌细胞的主要作用和机理，射频透热治疗恶性肿瘤疗效研究（国外研究和国内研究），认识到 SR-1000 射频热疗治疗机是一种使组织自身“产热-积热-升温-控温-恒温-灭活癌细胞”的方法，其治疗最大有效面积直径为 30CM，深度可达 25CM，国内外临床研究证明其疗效是肯定的，对于不适合手术，化疗抗药，放疗无效失去最佳治疗时机的中晚期肿瘤患者是一种理想的治疗手段，晚期患者呈现气滞血瘀，气血两亏，脏腑失调，治以活血化瘀，改善微循环，继以扶正固本，增强免疫功能。待正盛本固再施软坚散结以除癌瘤。晚期病人采用中药治疗有其独特的内涵，如：人参、黄芪、阿胶、黄精、冬虫夏草、灵芝、女贞子、白术等，既是扶正固本的要药，又具有抑杀癌细胞的作用。射频与中药联合治疗肿瘤有互补作用：射频直接灭活癌细胞的同时，加速血流，改善微循环，有利于药物向肿瘤组织通达的作用。由于正常组织升温出汗伤津，此事中药养阴生津弥补其不足。射频对肿瘤灭活后，会有一个溶解过程，常有不同程度的毒血症状。此时中药养阴生津弥补其不足。射频对肿瘤细胞灭活后，会有一个溶解过程，常有不同程度的毒血症状。此时中药清热解毒，可减轻症状，有“机助药达，药助机成”之功，为中医药治癌特色展现了科学前景。

板蓝根薏仁化毒汤治疗原发性血小板减少

凡府地

(辽宁省盘锦市兴隆台区反贪局办公楼西侧 102 室, 辽宁 盘锦, 124000)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0403-04

【关键词】原发性血小板减少症; 板蓝根; 薏仁化毒汤。

1 病例介绍

郭某, 53 岁, 辽宁省盘锦市双台区财政局干部, 汉族。于 2000 年 5 月到我诊所就医, 通过天津血液病医院和石家庄血液病、省肿瘤医院确证为原发性血小板减少, 在多家医院治疗效果不佳, 血小板最低时接近于与零, 后经患者介绍到我所治疗。来时需人搀扶, 由于使用激素药类导致股骨头坏死, 形体臃肿, 高血压 120-190, 经我用解毒化湿凉血扶正方剂治疗:

板蓝根 30g 生薏仁 30g 金果榄 20g 白花蛇草 150g 半枝莲 50g 太子参 20g 紫草 50g 茜草 50g 龟板胶 30g 八角香 15g 三七花 30g 刺五加籽 30g 茯苓 30g 生地 20g。水煎服每日一剂, 日服三次。

经治疗 3 月后到盘锦市第二人民医院化验, 血小板指数升至 5.43 万, 股骨头经造影检查基本痊愈, 血压恢复正常, 自己行动自如, 可开车上下班, 经过 1

年左右治疗, 今天 7 月 22 日化验, 血小板升至正常指数 13.6 万, 身体恢复正常, 基本痊愈。

2 讨论

原发性血小板减少是疫毒和化工放射物质有关, 本病治疗法则是凉血、解毒、扶正、祛邪。方中板蓝根、白花蛇草、半枝莲、八角香、金果榄, 均为解毒之药。太子参、龟板胶、紫草、生地, 作用为滋阴升血小板。薏仁、茯苓, 作用燥湿通经。仙鹤草、茜草, 作用凉血止血。三七花、刺五加籽, 有降压和解苯中毒功效。此方配伍合理, 与病证相符, 故而患者病症痊愈。

作者简介:

单位: 辽宁省盘锦市凡府地中医诊所; 奇康中医肿瘤血液病研究所。

相关文献:

祛疣汤配合西医治疗尖锐湿疣疗效观察

目的: 观察清热解毒、祛湿、抗病毒类中药配合西医治疗尖锐湿疣的临床疗效。方法: 采用祛疣汤(黄芪、党参、白术、板蓝根、白花蛇舌草、薏仁、马齿苋等)配合二氧化碳激光治疗本病 96 例, 并设对照组观察; 结果: 治疗组痊愈率 84%, 复发率为 16%; 对照组痊愈率为 63%, 复发率为 37%。2 组痊愈率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。结论: 本方法对本病具有清热解毒, 祛湿, 抗病毒, 降低二氧化碳激光治疗后复发率的作用。

作者 苗润(河南省南阳市万和医院, 南阳, 473000);

刊名 陕西中医 2010 年 31 卷 04 期

浅谈李配富调和肝脾法治疗肿瘤抑郁状态

陈红 王维 指导老师: 李配富
(重庆市肿瘤研究所, 四川 重庆, 400030)

中图分类号: R73 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0404-03

【摘要】目的: 肿瘤抑郁状态是因恶性肿瘤诊断、治疗及其合并症等因素, 导致患者失去个人精神常态的情绪病理反应。其发病率国外为 3.70%~58%, 国内为 25%~75%^[1], 已成为制约肿瘤治疗效果的重要不良因素。目前西医多采用抗抑郁化学药物治疗, 副作用大, 收效甚微。本文旨在对李老调和肝脾法治疗肿瘤抑郁状态的思路进行探讨及分析总结, 体现出对于这样一种由生物、社会、心理等多种因素导致的疾病, 通过多层次、多靶点作用的中医药治疗更具优势。方法: 笔者跟随全国老中医药专家学术经验继承指导老师李配富主任医师临诊, 就相关理论渊源、治疗法则及临床医案等方面, 采用调和肝脾法治疗肿瘤患者伴发抑郁状态的经验进行总结。结果: 肝脾之间保持一种木克土、土滋木的动态平衡, 脾土得肝木的条达活泼、升散疏泄之性, 脾气才不会阴凝板滞; 肝木必赖脾气的柔润濡养, 方不致刚强太过; 假如肝脾的协调关系遭到破坏, 就会出现“肝脾不和”, 或肝旺脾虚, 或肝脾两虚而出现诸多病症, 治疗方法即调和肝脾。临床上常采用疏肝健脾法、抑肝扶脾法、补脾平肝法、健脾养肝法、清肝健脾法、疏肝活血理脾法六大法则。结论: 调和肝脾法治疗肿瘤患者伴发抑郁状态有其相关的理论本源, 根据病情缓急, 视其标本先后施治, 斟酌用药, 思路清晰, 疗效确切。

【关键词】肿瘤抑郁状态; 调和肝脾法; 中医临床辨证思维; 名老中医经验

肿瘤抑郁状态即肿瘤相关性抑郁症状, 是由于恶性肿瘤诊断、治疗及其合并症等因素, 导致患者失去个人精神常态的情绪病理反应。主要表现为情绪低落、悲观、意志活动减退以及躯体症状如睡眠障碍、乏力、食欲减退、身体任何部位的疼痛等。其发病率国外为 3.70%~58%, 国内为 25%~75%^[1], 有学者认为几乎 90%的癌症患者遭受抑郁的长期折磨^[2]。肿瘤抑郁状态可以抑制机体免疫功能^[3], 增加疼痛敏感性^[4], 加重不良反应, 提高肿瘤发生、发展、复发、转移的风险, 降低生活质量^[5], 使生存期下降 10%~20%左右^[6-8], 甚至有些肿瘤患者的直接死亡原因可能不是肿瘤而是抑郁症^[9]。目前, 应用化学药物治疗肿瘤抑郁症, 均存在不同程度的焦虑、失眠、困倦、头痛、血压波动、过度兴奋、消化道症状、性功能障碍、停药易反跳、药物昂贵等问题, 从而制约了临床使用。因此, 对于这样一种由生物、社会、心理等多种因素导致的疾病, 通过多层次、多靶点作用的中医药治疗更具优势。现今临床各医家多从肝郁气滞方面治疗此病, 虽有获益,

但仍有众多患者疗效欠佳。李配富主任医师身为全国老中医药专家学术经验继承指导老师, 在从业 40 余载, 对此类病症积累了丰富的经验。笔者有幸忝列门墙, 侍师襄诊, 对李老的学术思想略有体会, 今就李老调和肝脾法治疗肿瘤患者伴发抑郁状态的思路进行探讨:

1 调和肝脾法治疗肿瘤抑郁状态的理论溯源

中医历代文献中很少有专论肿瘤抑郁状态的病因病机。祖国医学认为, 癌症属于“癥瘕”、“积聚”等范畴, 对于病因认识比较重视内源性因素, 特别强调七情内伤。如《素问·举痛论》认为: “怒则气上, 喜则气缓, 悲则气消, 恐则气下, 惊则气乱, 思则气结。”即是对相关情志过激伤及五脏及其发病的论述。情志不遂久则气机不畅, 气火内郁, 痰浊内结, 气血凝滞, 邪毒内著, 壅滞经络, 聚而成积; 正如《丹溪心法》云: “气血冲积, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉……人身诸病, 多生于郁。”

“肝脾不和”之名，最早见于清·叶桂《临证指南医案》。邵兰荪著《邵氏医案》载：“形寒未罢，脘腹膨。肝脾不调也”。《素问·举痛论》曰：“百病生于气也。……怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣”。提示如果肝病未得到及时治疗，可病及已所胜，传及于脾，是肝病及脾，肝脾不调病理的最早论述。李老认为：肝脾之间保持一种木克土、土滋木的动态平衡，脾土得肝木的条达活泼、升散疏泄之性，脾气才不会阴凝板滞；肝木必赖脾气的柔润濡养，方不致刚强太过。所以《素问·五脏生成篇》云“土得木而达之”，《名医方论》亦云：“肝为木气，全赖土以滋培，水以灌溉。”假如肝脾的协调关系遭到破坏，就会出现“肝脾不和”，或肝旺脾虚，或肝脾两虚而出现诸多病症，治疗方法即调和肝脾。

2 调和肝脾法治疗肿瘤抑郁状态六则

2.1 疏肝健脾法

此法适用于因情志忧郁而致肝气郁结，疏泄不利，脾土阴凝停滞，脾气不升，胃气不降的木郁土中之证。常见胁肋或胃脘部胀痛或不规则疼痛，痞满纳少，口苦、嗝气、嘈杂，便溏不爽，情绪抑郁，舌质红或淡红、苔薄白、脉弦等症。治宜疏肝和胃，益气健脾。以柴胡疏肝散、逍遥散为代表方，其他如四逆散、越鞠丸等也可选用。

2.2 抑肝扶脾法

此法适用于因急躁易怒而致肝气横逆乘脾，脾胃受伤的肝木旺而乘脾土之证。常见肠鸣腹痛，大便泄泻，泻必腹痛，泻后痛缓（或泻后仍腹痛），舌苔薄白，脉两关不调，左弦而右缓等症。治宜补脾柔肝，祛湿止泻。以刘草窗的痛泻要方为代表方。《医方集解·和解之剂》：“此足太阴、厥阴药也。白术苦燥湿，甘补脾，温和中；芍药寒泻肝火，酸敛逆气，缓中止痛；防风辛能散肝，香能舒脾，风能胜湿，为理脾引经要药；陈皮辛能利气，炒香尤能燥湿醒脾，使气行则痛止。数者皆以泻木而益土也。”

2.3 补脾平肝法

此法适用于饮食不节而致脾胃受伤，脾胃虚弱，肝木相对偏亢的土虚木乘之证，以黄芪建中汤为代表方。著有《温热论》的清代著名中医温病大家叶天士，为黄芪建中汤治虚劳提出具体指征：久病消瘦；胃纳

不佳，时寒时热，喘促短气，容易汗出；脉虚无力；有操劳过度史；阴虚内热者忌用。

2.4 健脾养肝法

此法适用于脾虚运化失职，气血生化无源，导致肝血不足，肝失血养的土虚木弱之证。常见胁胀隐痛，头晕眼花，视物模糊，肢体麻木，纳差食少，腹胀便溏，面色萎黄，月经量少，舌淡脉弱等症。以当归芍药散、归芍六君子汤为代表方。

2.5 清肝健脾法

此法适用于肝经热盛，脾气亏虚之证。常见胁肋灼热胀痛，头晕急躁，口苦口干，纳差食少，腹胀便溏，脉弦数等症。治宜舒肝清热，健脾促运。以丹栀逍遥散为代表方。

2.6 疏肝活血理脾法

此法适用于情志抑郁，气滞血瘀，阻于肝脾脉络之中，水道不通，水气内聚而腹大坚满、胁腹攻痛，日久成积。常见腹大坚满，胁腹攻痛，右肋触之有痞块，质偏硬，脉络怒张，面色黧黑，面颈胸臂有血痣，呈丝纹状，手掌赤痕，唇色紫褐，渴不欲饮，牙宣鼻衄，大便色黑，舌质紫黯或有瘀斑，脉细涩等症。治当活血化瘀，通络散结。主方调营饮。

3 李老治疗肿瘤抑郁状态医案举隅

李某，女，52岁，重庆市沙坪坝区居民。左侧下腹胀痛伴阵发性加剧3天，于2008年11月12日就诊。患者半年前曾作直肠癌手术，术后3个月，腹胀痛频发，经医院多次检查未见肿瘤复发，服中西药罔效。3天来腹胀痛加剧，来我院诊治。症见消瘦，面色恍白，头晕神疲，失眠多梦，纳差食少，手足麻木，大便稀薄，舌质淡红，苔薄白润，脉沉细弱。辨为气血不足，肝脾不和，气机失调。拟柔肝养血，健脾化湿。方用当归芍药散加减。处方：白芍50g、炒当归15g、白术20g、茯苓30g、泽泻20g、川芎12g、黄芪15g、桂枝10g、甘草10g、淮山药30g、木香10g、柴胡12g、红藤30g、酸枣仁15g。10剂，水煎，分3次服。二诊，腹痛消失，大便转实，精神好转，四肢麻木减少，续进前方15剂，后以归芍六君子汤加减调理善后，至今未见复发。

按：患者直肠切除术后，精神一直紧张，导致肝气郁结不舒，影响脾胃运化失调，又因手术后，气虚血少，心神不宁而失眠多梦；筋脉失养，日久郁结不

畅，气机失调，积聚不通，则左侧下腹胀痛。方中白术、甘草柔肝止痛；当归、川芎、红藤养血活血通络；黄芪、淮山药补气健脾；木香疏中焦之气滞，酸枣仁养心安神。药证相宜，疗效显著。

李老师毕生致力于中医临床，每以奇方愈大症、起沉痾，医验宏丰。他使用调和肝脾法治疗肿瘤抑郁状态，不是简单地将入肝脾两经的药物合用于一方之中，而是根据病情缓急、辨病辨证，分析病机、知常达变，立法选方、一线贯通，斟酌用药、依法调治。

参考文献：

[1] 昂秋青, 王祖承. 肿瘤与抑郁症[J]. 国外医学·精神病学分册, 2000, 27(3): 136-139

[2] 曹力, 李黎. 与癌症相关的抑郁症及其护理对策[J]. 国外医学·护理学册, 2001, 20(5): 20.

[3] Michael R, Irwin, Andrew H, et al. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery[J]. Brain, Behavior, and Immunity, 2007, (21): 374-383.

[4] Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer type and treatment[J]. Psychooncology, 2001, 10(2): 156-165.

[5] Zabora J. The prevalence of psychological distress by cancer site[J]. Psychooncology, 2001, 10(1): 19-28.

[6] Reiche EMV, Nunds SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer[J]. The Lancet Oncology, 2004, 10(5): 617-625.

[7] David S, Janine GD. Depression and cancer: mechanisms and disease progression[J]. Society of Biological Psychiatry, 2003, (54): 269-282

[8] Mahony S, Goulet J, Komblith A, et al. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study[J]. Journal of pain and Symptom Management, 2005, 29(5): 446-457.

[9] Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome[J]. Eur Respir J, 1998, 11(1): 173.

作者简介：

陈红(1981-), 女, 籍贯: 四川。单位: 重庆市肿瘤研究所。

相关文献：

关于中医肿瘤病机理论的再认识

作者	李忠
母体文献	中华中医药学会2010年全国中医肿瘤学术年会论文集
会议名称	中华中医药学会2010年全国中医肿瘤学术年会
会议时间	2010-12-04T12:00:00
会议地点	北京
主办单位	中华中医药学会

生晒参治疗肿瘤气虚证四则

马纯政

(河南省中医院肿瘤科, 河南 郑州市, 450002)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0407-02

【摘要】人参乃治疗气虚之上品, 生晒参属人参中物美价廉之品。临床应用得当轻者扭转病机, 重则能起死回生。本文摘取部分临床病历, 一方面揭示中医药治疗恶性肿瘤要辨证, 准确把握病因病机; 另一方面要注意肿瘤之气虚非一般之虚, 非一般补气药能回天。并希望通过丝缕之经验向同道贡献点滴之经验。

生晒参, 习称“姜生晒”, 从地里挖出洗净晒干, 不经过任何加工, 叫“生晒参”; 来源为五加科植物人参 *Panax ginseng* C. A. Mey. 的干燥根。是我国“东北三宝”之一, 适应于气虚或气阴两虚者, 较人参功效相似, 但价格便宜, 具有较广泛的临床应用价值。近二年来被我省医保纳入基本药物。本人用生晒参治疗肿瘤病人无数, 疗效颇佳, 兹摘取数例, 以嗣同道。

1 治疗肺癌气虚证

患者岳某某, 女, 1960年出生, 郑州市人, 干部, 门诊号: 1023。1998年患左肺腺癌, 在我省肿瘤医院行左肺全切并加以后化疗6个周期, 后身体恢复不佳。2001年3月右肺发现转移灶, 化疗2周期后复查病灶无变化, 调整化疗方案后再化疗1周期, 因副反应较重而放弃化疗, 转求中医药治疗。于2001年7月9日求余诊治。初诊时患者身体消瘦, 全身乏力, 面色萎黄, 间断咳嗽, 咯吐白痰, 活动后喘促, 无发热, 纳食少, 精神差, 大便干, 小便正常, 舌质暗红有瘀斑, 苔白厚, 舌下有瘀点, 两手脉沉弱无力。胸部CT提示右肺多个类圆形病灶, 最大者12mm×10mm大小, 左侧胸膜增厚, 纵膈左移。结合其病史, 辨证为肺脾肾俱虚, 以肺气虚为主, 伴痰瘀毒邪内结。处方如下: 炙黄芪30g, 党参30g, 炒白术15g, 茯苓15g, 桑葚15g, 枸杞子15g, 百合12g, 肉苁蓉15g, 红花12g, 红景天15g, 皂刺18g, 露蜂房15g, 蛇舌草30g, 炙百部15g, 炙冬花15g, 焦三仙各12g, 炙甘草6g, 水煎服, 日一剂, 连服7剂。

2001年7月17日二诊, 症状稍减, 未增加新症状, 继服14剂。

2001年8月2日三诊, 上述不适症状大减, 纳食增, 几无咳嗽, 舌质暗红瘀斑无变化, 苔薄白, 舌下仍有瘀点, 两手脉沉细无力。上方去炙冬花、百合,

加五加皮30g, 赤灵芝30g, 生薏米30g, 以加强益气扶正之力, 继服60余剂。

2001年12月6日复查胸部CT, 病灶无明显变化。患者一般情况明显好转, 唯有乏力、面色恢复不理想。余考虑患者左肺切除, 属刀刃所伤, 肺气剧伤; 而乏力乃正气不足, 气之亏损, 非一般药物、短时间内能起效。故将原方中以生晒参10g易党参。服10剂后乏力减轻, 遂将生晒参加至15g, 再服10剂, 患者上楼梯而不喘, 精神佳, 舌质暗渐有减轻。服30余剂后患者面色渐有红晕, 伴口干, 舌质瘀斑明显缩小, 复查胸部CT病灶减少。遂以黄芪、生晒参、白术、茯苓、枸杞子、红景天、皂刺、蜂房、蛇舌草等为主药加减化材, 生晒参维持在10g, 又服药200余剂。

2002年9月份复查, 肺部病灶只余2处, 其它病灶均消失。舌质仍暗红, 瘀斑消失, 脉象偏弱。患者已经上班。遂处方如下, 嘱其每月服20剂左右: 炙黄芪30g, 生晒参10g, 炒白术12g, 茯苓10g, 枸杞子15g, 百合12g, 仙灵脾12g, 红景天15g, 皂刺18g, 露蜂房15g, 蛇舌草30g, 半枝莲30g, 山慈菇12g, 菝葜15g, 焦三仙各12g, 炙甘草6g。患者曾经停药超过20天, 但又出现乏力而恢复服药, 服药后不适症状立即消失。至2003年6月复查时, 病灶完全消失, 达到临床治愈。至今如常人。

2 治疗胃癌气虚证

患者陈某某, 男, 64岁, 郑州市人, 干部, 住院号7033。患者2008年9月因胃癌在我省人民医院行手术切除, 术中发现病灶穿透胃壁侵犯胰腺等周围组织, 无法切除, 遂转我院行中西医结合治疗。2009年10月8日初诊, 患者自述纳差胃满, 不欲饮食, 面色晦暗, 左侧腹背部隐痛, 乏力懒言, 舌质暗红, 苔白厚, 舌下脉络增宽, 脉沉弱无力。另外, CT、彩超提示腹膜后淋巴结肿大, 胃壁增厚。辨证为脾胃虚弱,

气滞痰阻。处方如下：党参 15g，白术 15g，茯苓 30g，姜半夏 12g，黄芩 6g，黄连 6g，大枣 6 枚 g，生姜 6g，白蔻仁 15g，白扁豆 15g，生薏米 30g，厚朴 12g，陈皮 12g，砂仁 9g，藤梨根 30g，炙甘草 6g，鸡内金 12g。水煎服，日一剂。配合全身化疗。两周后，症状无明显减轻，身体日渐消瘦，唯有舌苔变薄。考虑乃病邪笃深，伤脾胃深重，遂以生晒参 12g 易党参继服。两剂后胃脘胀满逐渐减轻，纳食渐增，身体有力。再服 7 剂后诸症明显减轻，后以生晒参为补脾胃气虚之主帅进行调整，中药化疗 4 周期后，患者渐如常人。2009 年以后患者放弃化疗，服中药带瘤生存达 2 年之久。

3 治疗肝癌气虚证

患者王某某，男，43 岁，阿克苏市人，农民，住院号：25601。2009 年 8 月 24 日初诊。初诊时为肝右叶肝癌手术后 1 年零 3 个月，术后行介入治疗 3 次，目前肝内无明显病灶，AFP 655ug/L；主症为全身乏力，纳呆食少，腹胀消瘦，大便偏稀，小便黄，舌红，苔白厚，脉沉细无力。辨证为肝郁脾虚，毒邪蕴结。实乃毒邪蕴结肝脏，阻滞气机，肝郁犯脾。治以疏肝健脾、解毒清热为主，处方如下：柴胡 12g，当归 15g，太子参 30g，白术 12g，茯苓 15g，白芍 15g，生姜 6g，薄荷 6g，八月札 30g，蛇舌草 30g，半枝莲 30g，蛇六谷 15g，枳实 12g，郁金 12g，炙甘草 6g，水煎服，日一剂，连服 7 剂，静脉点滴华蟾素注射液。七天后症状无明显改善，遂将上方中去太子参、加党参 30g，鸡内金 15g，7 剂。腹胀稍减轻，纳食好转，身体渐有力，再服 7 剂。至出院时症状仍无明显改观，遂在门诊调治，以出院时处方为主，生晒参 12g 易党参。服 3 剂后电话告知有食欲感，一周后纳食明显增加，腹胀减轻，大便渐实，活动有力，舌质红苔薄白，脉仍沉弱无力。考虑患者久病导致脾气虚致，非人参能益气救脾，唤醒脾气之功能，故虽舌红仍用生晒参，患

者并无热感。此后每次调方，生晒参稳坐不动，服 100 剂后，患者基本康复，复查无特殊异常，AFP 恢复正常范围，嘱其中药可以间断服用，不必每日服用。

4 治疗结肠癌放疗后气虚证

患者徐某某，男，71 岁，郑州市人，退休干部，门诊号：1072。患者 2010 年 12 月初诊，结肠癌术后 13 个月，放疗后 4 个月，主症：泄泻，每日 6 次以上，乏力，贫血貌，纳食少，消瘦，舌淡红，苔白偏厚，脉沉细无力；血 HGB 82g/L。曾住院治疗二十余天，以参苓白术散、葛根汤、四君子汤等方加减，泄泻等症状无明显改善，遂转求余诊治。辨证为气血两虚，毒邪蕴结；以脾胃气虚为主，毒邪蕴结于肠道。处方如下：党参 30g，茯苓 18g，炒白术 15g，白扁豆 15g，砂仁 9g，生熟薏米各 20g，炒山药 20g，莲子 12g，陈皮 6g，败酱草 15g，红藤 15g，冬瓜仁 10g，白蔻仁 15g，蛇舌草 20g，炙甘草 6g，水煎服，日一剂。服 7 剂后泄泻、乏力、纳食均无明显好转，遂用生晒参 12g 易党参，另加苦参 15g，龙葵 20g 以加强解毒热之力，服 7 剂。再诊时，大便每日三次作用，第一次已渐成形，乏力、纳差明显减轻。继服 14 剂后诸症大减，大便每日两次，上下午各一次，成形。服 30 剂后症状尽除，复查血 HGB 99g/L。后再以上方为主加减治疗 90 余剂，生晒参不动，患者状如常人，血 HGB 115g/L，可以外出旅游。

现代研究证实，生晒参能兴奋神经系统，能缩短神经反射的潜伏期，加快神经冲动的传导，增加条件反射的强度，提高分析功能，故能提高工作能力，减轻疲劳；改善消化吸收和代谢功能，增进食欲，促进蛋白质的合成。对脂肪代谢也有一定影响。生晒参还能抑制动物高胆固醇血症的发生。肿瘤病人气虚者居多，其表现大致为神经系统兴奋性减弱、消化功能下降等。所以，应用生晒参治疗肿瘤病人乏力、纳差、体质差等多能取得理想效果。

参考文献：

[1] 《中华人民共和国药典》(2005 年版).

中医“调理气机”法对 轻中度癌性疼痛治疗作用的临床研究

殷东风

中图分类号: R242 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0409-05

【摘要】目的: 研究中医“调理气机”法对轻中度癌性疼痛的治疗作用。方法: 入组在辽宁中医药大学附属医院肿瘤科住院的合并轻中度癌性疼痛的患者, 随机分为扶正抗癌组和理气抗癌组, 对比两组方法的疼痛缓解程度、伴随症状改善情况, 同时对应用中药及“三阶梯原则”止痛药进行分析。结果: ①在癌性疼痛缓解及患者一般状态评分方面, 扶正抗癌组和理气抗癌组均起到缓解作用, 两组相比无明显差异($P > 0.05$)。②在伴随症状的改善方面, 两组均能起到减轻症状的作用, 但各有侧重。理气抗癌组对身心症状改善的明显($P < 0.05$), 扶正抗癌组对消化系统症状改善的明显($P < 0.05$)。③扶正抗癌组和理气抗癌组汤药均佐加有止痛作用的中药, 理气消积方以佐加制胆南星(占 63.33%)为主, 益气消积方以佐加四逆散(占 66.67%)和元胡(占 58.33%)为主。并且理气抗癌组应用弱阿片类止痛药略少于扶正抗癌组。结论: 中医“调理气机”法治疗轻中度癌性疼痛效果显著, 能明显改善患者的身心症状及消化系统症状, 且无需佐加其他理气中药, 弱阿片类止痛药用量少, 值得进一步推广研究。

【关键词】 调理气机; 癌性疼痛; 弱阿片类止痛药

癌症疼痛(cancer pain, 简称癌痛)是由癌症本身或与癌症相关的因素所导致的疼痛。它是癌症患者最常见和最难忍受的症状之一, 常比癌症引起的死亡更令人恐惧。^[1]药物治疗是控制癌痛的主要手段。WHO 癌症三阶梯止痛治疗方案是一个在国际上被广泛认同的药物治疗方案。但长期使用镇痛剂毒副作用大, 依赖性强, 并受患者耐受性的限制, 致使部分患者止痛效果欠佳。近年来, 随着姑息治疗广泛被患者及家属认可, 选择应用中西医结合办法止痛的越来越多。我科应用中医“调理气机”法治疗恶性肿瘤已经多年, 临床研究与实验研究表明^[2-9], 在抗癌方面与“扶正抗癌”法作用相似。为了深入探讨“调理气机”法在癌痛治疗中的效果, 进行了益气消积方与理气消积方的随机对照研究, 现将结果汇报如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

2010年10月-2011年3月在辽宁中医药大学附属医院肿瘤科住院的合并癌性疼痛的肿瘤患者, 有病理依据, 男女不限; VRS 疼痛评分 ≤ 6 ; 所有患者均可以口服中药, 随机入组, 分为扶正抗癌组和理气抗癌组; 任何原因导致的不能口服中药, 试验期间服用阿片类止痛药者病例予以剔除。

1.2 研究方法

1.2.1 中药制备

扶正抗癌组一益气消积方(北沙参、太子参、茯苓、白术、炙甘草、薏苡仁、半枝莲、莪术、白花蛇舌草、浙贝母、黄芪、半夏、陈皮、夏枯草、龟甲胶、阿胶等)加减, 理气抗癌组一理气消积方(柴胡、黄芩、半夏、桂枝、太子参、龙骨、牡蛎、半枝莲、莪术、白花蛇舌草、山慈姑、薏苡仁、浙贝母等)加减, 中药均由辽宁省中医院中药局提供, 均在医院药局煎药。每付药常规煎出3袋, 100ml/袋, 1袋/次, 日二次口服, 共服用两周。

1.2.2 “三阶梯原则”弱阿片类及辅助止痛药物

扑热息痛片、芬必得片、磷酸可待因片、盐酸布桂嗪片(注射液)、曲马多缓释片、氨酚羟考酮片、盐酸羟考酮控释片、双膦酸盐(帕米膦酸二钠、伊班膦酸、唑来膦酸)

根据 VRS 疼痛评分选择合适的止痛药; 若合并有骨转移, 应用双膦酸盐。

1.3 指标测定

1.3.1 疼痛程度评分

NCCN 公布的癌症疼痛治疗指南中的数字评估法(NRS), 将疼痛程度用一线段表示, 该线段分为10段, 0为无痛, 1~3为轻度, 4~6为中度, 7~10为重度, 10为能想象的最剧烈疼痛。

1.3.2 中医症状变化评分

中医症状评分以《国家新药临床研究指导原则》中的症状评分标准为基础根据进行。

症状	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
暖气	每日少于4次	4-10次	10次以上
便秘	大便干, 每日一行	大便秘结, 2-3日一行	大便坚难, 数日一行
便溏	大便不成形, 一日一行	大便不成形, 一日2-3次	大便稀薄, 每日4次以上
肠鸣	偶有肠鸣	时有肠鸣	肠鸣持续不止
喘息	偶发, 不影响睡眠活动	喘息较频繁, 但不影响睡眠, 动则明显	喘息不能平卧, 影响睡眠及活动
多汗	活动后汗多	不活动也易出汗	常有汗, 湿衣, 动则明显
恶寒	恶寒不需加衣	恶寒需加衣	恶寒需加厚衣或加盖被褥
耳鸣	耳鸣轻微, 偶尔出现, 数秒即逝, 不影响听力	耳鸣较重, 经常出现, 持续数分钟, 轻度影响听力	耳鸣如蝉, 如火车声, 持续不已, 影响工作和睡眠
发热	37.5-38℃	38-39℃	39以上℃
乏力	精神不振, 气力较差, 可坚持日常工作及活动	精神疲乏, 全身无力, 勉强坚持工作	精神气力严重疲乏, 难以坚持日常工作
反酸	偶有反酸	时有反酸	频繁反酸
浮肿	偶有腹胀	时有腹胀, 腹部作胀明显	持续腹胀, 腹胀如鼓
腹泻	每日少于3次	每日3-6次	每日7次以上
腹胀	偶有腹胀	时有腹胀, 腹部作胀明显	持续腹胀, 腹胀如鼓
急躁易怒	心烦偶躁	心烦急躁, 遇事易怒	烦躁易怒, 不能自止
咳嗽	白天间断咳嗽, 不影响工作生活	白天咳嗽或夜里偶咳, 尚能坚持上班, 不影响睡眠	昼夜频咳或阵发, 影响工作睡眠
咳痰	少量, 昼夜咳痰10-15ml, 或夜间及清晨咳痰5-25ml	白天咳嗽或夜里偶咳, 尚能坚持上班, 不影响睡眠	量多, 昼夜咳痰100ml以上, 或夜间及清晨咳痰50ml以上
咳血	偶有咳血	时有咳血	
口干	偶有口干, 稍饮水即可缓解	咽喉干燥, 饮水能解	咽喉干燥难忍, 饮水难解
口干不欲饮	口干不欲饮, 但欲漱口	口干不欲饮, 但饮则无反应	口干不欲饮, 饮后恶心
口渴	口渴不需饮水	口渴需饮水	口渴频饮水
口苦	晨起口苦	口苦食不知味	口苦而涩
口中粘腻	口微粘腻, 不影响食欲	口中粘腻, 食欲下降	口中粘腻难受, 不欲饮食
面色恍白	面色微发亮, 见轻度浮肿	面色发亮, 见有浮肿	面白晶亮, 浮肿明显
纳呆	食欲减退, 食量未少	不欲食, 尚能进食, 食量减少1/3	无食欲, 食量减少1/2以上
尿急	小便急迫, 但可忍耐	小便急迫, 仅可忍片刻	小便急迫, 迫不急待
尿频	每日不超过10次	10-15次	15次以上
尿少	尿量稍减少, 24小时尿量1000ml以上	尿量减少, 24小时尿量400ml以内	尿量明显减少, 24小时尿量100ml以下
恶心呕吐	偶有恶心	时有恶心, 偶有呕吐	频繁恶心, 有时呕吐
气短	偶有气短	气短活动加剧	明显气短, 影响工作生活
善太息	偶有太息	精神刺激则太息发作	太息频作
身目发黄	色淡黄	色黄	色深黄
神疲懒言	精神不振, 不喜多言, 不问不答	精神疲乏, 思睡, 懒于言语, 多问少答	精神萎靡, 偶语
失眠	睡眠时常觉醒或睡而不稳, 晨醒过早, 但不影响工作。	睡眠不足四小时, 但尚能坚持工作	彻夜不眠, 难以坚持工作
溲赤	小便稍黄	小便黄而少	小便黄赤不利
脘腹痞满	餐后脘腹痞满, 半小时内自行缓解	餐后脘腹痞满, 2小时内自行缓解	整日脘腹痞满
畏寒肢冷	四肢末梢轻微发冷,	四肢发冷, 需加衣被	全身发冷, 增加衣被仍觉不能完全缓解
胃胀或胁胀	轻微胃胀, 时作时止, 不影响工作休息	胃胀可忍, 发作频繁, 影响工作及休息	胃胀难忍, 持续不止, 需服药缓解

五心烦热	晚间手足心热	心烦手足心灼热	烦热不欲衣被
心悸	正常活动时稍感心悸, 不影响日常生活工作	正常活动时明显心悸, 休息后可缓解, 可勉强坚持日常活动	休息时无症状, 稍轻微活动即可引起心悸, 不能进行日常活动
形体消瘦	下降 2Kg	下降 2-4Kg	下降 4Kg 以上
胸腹水	少量	中等量	大量
胸闷	偶有发作, 程度轻, 不影响休息活动	感觉较频繁, 但不影响睡眠	感觉明显, 不能平卧, 影响睡眠或活动
眩晕	头晕眼花, 时作时止	视物旋转, 不能行走	眩晕欲仆, 不能站立
腰膝酸软	腰膝酸软轻微, 不影响工作生活	腰膝酸软较重, 对工作略有影响	腰膝酸软重, 影响工作生活, 难以坚持
夜尿频	夜尿 1-3 次	夜尿 4-6 次	夜尿 7 次以上
肢体困重	微觉肢体困重	经常肢体困重	头重如裹, 肢体困重, 不欲活动
肢体麻木	偶有麻木, 程度轻微	持续麻木, 尚可忍受	持续麻木, 难以忍受

1.3.3 患者一般状态评分(KPS 评分)

分析治疗前后患者一般状态评分的变化。

1.3.4 中药用药情况分析

对益气消积方和理气消积方佐加有明确止痛作用中药品种及用量的分析。

1.3.5 “三阶梯原则”弱阿片类止痛药应用情况分析

对“三阶梯原则”弱阿片类止痛药的药物品种、用药例数进行分析。

1.4 疗效评价

疼痛治疗效果的评价, 用 NRS 分级法评判, 疼痛减轻程度及百分比 = (A-B) / A × 100% (A=用药前评分; B=用药后评分)。4 度完全缓解: 治疗后完全无痛

(100%); 3 度明显缓解 (减轻 75%~99%); 2 度中度缓解 (减轻 50%~74%); 1 度轻度缓解 (减轻 25%~49%); 0 度未缓解 (减轻 <24%)。

1.5 统计方法:

SPSS15.0 统计学软件, 应用 t 检验和 x² 检验。

2. 研究结果

2.1 患者一般情况

2010 年 10 月-2011 年 3 月, 共有 60 例患者入组, 剔除入组后不能口服中药及服用阿片类止痛药的病例, 其余 54 例, 其中扶正抗癌组 24 例, 理气抗癌组 30 例。患者的一般情况, 见表一

表一 患者一般情况

		扶正抗癌	理气抗癌	合计
例数		24	30	54
性别	男	12	13	25
	女	12	17	29
年龄	≤50 岁	3	3	6
	50~70 岁	16	16	32
	≥70 岁	5	11	16
	平均年龄	62	64	—
	中位年龄	62	62	—
病种	呼吸系肿瘤	6	4	10
	消化系肿瘤	10	18	28
	妇科肿瘤	4	7	11
	其他	4	1	5

入组的 54 例患者, 其中呼吸系统肿瘤共 10 例, 均为肺癌; 消化系统肿瘤共 28 例, 胃癌 10 例, 肠癌 7 例, 胰腺癌 4 例, 肝癌 3 例, 胆囊癌 3 例, 食道癌 1 例; 妇科肿瘤 11 例, 卵巢癌 4 例, 乳腺癌 4 例, 宫颈癌 3 例; 膀胱癌 1 例; 恶性黑色素瘤 1 例; 鼻咽癌 1 例; 骨转移癌 1 例; 肾癌 1 例。扶正抗癌组 24 例, 其中男性 12 例, 女性 12 例, 年龄 46-82 岁, 平均年龄 62 岁, 中位年龄 62 岁, KPS 评分 30-70 分; 理气抗癌组 30 例, 其中男性 13 例, 女性 17 例, 年龄 30-82

岁, 平均年龄 64 岁, 中位年龄 62 岁, KPS 评分 30-80 分。两组性别、年龄及病种方面差异无显著性 (P>0.05), 资料具有可比性。

2.2 治疗效果

2.2.1 疼痛缓解程度

经过治疗, 两组患者疼痛均不同程度的改善, 以下从治疗前后疼痛评分(NRS 分级法)变化及有效率方面进行分析, 见表二, 表三。

表二 疼痛治疗前后评分

	例数	治疗前疼痛总分	治疗后疼痛总分	治疗前疼痛平均分 ($\bar{x} \pm s$)	治疗后疼痛平均分 ($\bar{x} \pm s$)
扶正抗癌	24	101	55	4.21±1.18	2.29±0.99 [△]
理气抗癌	30	122	59	4.07±1.11	1.97±0.97* [△]

注：* 治疗后两组相比较 $p > 0.05$ ， Δ 两组治疗前后相比较 $p < 0.05$ 。

由表二可见，治疗前后扶正抗癌组与理气抗癌组疼痛评分上分别有显著差异 ($P < 0.05$)；治疗后扶正抗癌组与理气抗癌组疼痛评分上，两组之间无显著差异 ($P > 0.05$)。

表三 疼痛缓解程度

	例数	4度	3度	2度	1度	0度	有效率
扶正抗癌	24	0	1	11	10	2	91.67%
理气抗癌	30	1	0	20	7	2	93.33%*

注：* 两组相比较 $p > 0.05$ 。

由表三可见，扶正抗癌组有效 22 例，无效 2 例，有效率 91.67%；理气抗癌组有效 28 例，无效 2 例，有效率 93.33%，两组有效性相比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

2.2.2 伴随症状疗效评价

2.2.2.1 消化系统症状包括：形体消瘦、乏力、口苦、口中粘腻、口干、口干不欲饮、噎气、反酸、呕吐、脘腹痞满、胃胀或胁胀、肠鸣、便秘、腹胀、腹泻、纳差，两组治疗前后对比分析结果如下，见表四。

表四 消化系统症状评分

	例数	治疗前症状总分	治疗后症状总分	治疗前症状平均分 ($\bar{x} \pm s$)	治疗后症状平均分 ($\bar{x} \pm s$)
扶正抗癌	24	158	98	6.58±2.62	4.08±2.10 [△]
理气抗癌	30	211	170	7.03±3.16	5.67±2.71 ^{△☆}

注： Δ 两组治疗前后相比 $p < 0.05$ ， \star 治疗后两组相比 $p < 0.05$ 。

由表四可见，扶正抗癌组与理气抗癌组在消化系统症状治疗前后评分变化上有显著差异 ($P < 0.05$)，并且治疗后两组消化系统症状评分相比也有显著差异 ($P < 0.05$)。

2.2.2.2 身心症状疗效评价

身心症状包括：失眠、少寐多梦、精神忧郁、五心烦热、心悸、神疲懒言，两组治疗前后对比分析结果如下，见表五。

表五 身心症状评分

	例数	治疗前症状总分	治疗后症状总分	治疗前症状平均分 ($\bar{x} \pm s$)	治疗后症状平均分 ($\bar{x} \pm s$)
扶正抗癌	24	103	78	4.29±3.29	3.25±3.26 [△]
理气抗癌	30	106	41	3.53±3.14	1.36±1.71 ^{△☆}

注： Δ 两组治疗前后相比 $p < 0.05$ ， \star 治疗后两组相比 $p < 0.05$ 。

由表五可见，扶正抗癌组与理气抗癌组在身心症状治疗前后评分变化上有显著差异 ($P < 0.05$)，并且治疗后两组身心症状评分相比也有显著差异 ($P < 0.05$)。

KPS 评分为肿瘤患者一般状态评分，分数越高，一般状态越好，两组治疗前后对比分析结果如下，见表六。

2.2.3 KPS 评分

表六 KPS 评分

	例数	治疗前 KPS 总分	治疗后 KPS 总分	治疗前 KPS 平均分 ($\bar{x} \pm s$)	治疗后 KPS 平均分 ($\bar{x} \pm s$)
扶正抗癌	24	1330	1610	55.42±243.29	67.08±178.08 [△]
理气抗癌	30	1710	2060	57.00±152.76	68.67±149.89 ^{△☆}

注： Δ 两组治疗前后相比 $p < 0.05$ ， \star 治疗后两组相比 $p < 0.05$ 。

2.2.4 应用药物情况

根据患者入组时 NRS 疼痛评分情况，选择单用中药汤剂或合用“三阶梯原则”弱阿片类止痛药，两组

应用中药汤剂及“三阶梯原则”弱阿片类止痛药情况如下。

2.2.4.1 应用中药汤剂情况

中药中有明显止痛作用的有制胆南星、元胡、郁金、姜黄、四逆散(白芍、柴胡、炙甘草、枳实)等,

两组中均佐加上述中药的一种或几种,用量根据疼痛程度各有不同,两组加用上述中药情况分析如下,见表七。

表七 应用止痛中药情况(例数)

	例数	制胆南星			元胡	郁金	姜黄	四逆散
		10g	15g	20g				
扶正抗癌	24	5	2	1	14	4	2	16
理气抗癌	30	10	5	4	6	2	3	5

由表七可见,扶正抗癌组和理气抗癌组均应用了制胆南星、元胡、郁金、姜黄、四逆散,但应用例数各有不同。扶正抗癌组四逆散 16 例(占 66.67%)、元胡 14 例(占 58.33%)、制胆南星 8 例(占 33.33%)、郁金 4 例(占 16.67%)、姜黄 2 例(占 8.33%);理气抗癌组制胆南星 19 例(占 63.33%)、元胡 6 例(占 20%)、四逆散 5 例(占 16.67%)、姜黄 3 例(占 10%)、郁金 2 例(占 6.67%)。

2.2.4.2 应用弱阿片类止痛药情况

患者在治疗过程中,根据 NRS 疼痛评分持续或间断应用弱阿片类止痛药,合并有骨转移者应用双膦酸盐,两组应用弱阿片类止痛药情况分析如下,见表八。

表八 应用弱阿片类止痛药情况(例数)

	例数	强痛定		可待因片	氨酚羟考酮片	盐酸羟考酮控释片	双膦酸盐
		片剂	针剂				
扶正抗癌	24	0	5	1	5	2	2
理气抗癌	30	1	3	0	4	2	0

由表八可见,扶正抗癌组氨酚羟考酮片 5 例(占 20.83%)、强痛定针剂 3 例(占 12.5%)、盐酸羟考酮控释片 2 例(占 8.33%)、可待因片 1 例(占 4.17%)、双膦酸盐 1 例(占 4.17%);理气抗癌组氨酚羟考酮片 5 例(占 16.67%)、强痛定针剂 5 例(占 16.67%)、盐酸羟考酮控释片 2 例(占 6.67%)、强痛定片剂 1 例(占 3.33%)。

3 讨 论

引起癌痛的原因很多,其基本病机不外乎“不通则痛”和“不荣则痛”两种。实证者脉络闭阻,瘀塞不通,而致疼痛,常由气滞、血瘀、痰湿、热毒等引起。虚证者气血阴阳虚损,功能失调,以致脏腑静脉失荣,而发生疼痛。^[10]在癌痛的认识上,许多学者都倾向于邪毒内蕴、肝失疏泄、气滞血瘀、经脉壅阻,不通则痛,多认为以寒、热、湿、痰、气滞、血瘀有关,并以虚中夹实为主。^[11]因此,治法上应从扶助正气、调理气机两方面入手。

癌痛患者临床上除疼痛症状外,常伴随有消化系统(如腹胀、乏力、便秘等)和身心症状(如失眠、精神忧郁、五心烦热等),多表现为脏腑气机升、降、出、入基本形式的异常变化。《素问·六微旨大论》曰:“非出入则无以生长壮老已;非升降则无以生长化收藏”,“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。”由此可见,气机的异常对肿瘤患者的症状变化起到重要作用。殷东风教授在潜心研究《内经》气机升降理论的基础上,提出以“调理气机”法为核心治疗恶性肿瘤。多年来的临床研究结果表明^[6-9]，“调理气机”法对胃癌、乳腺癌及晚期肿瘤患者的症状有明显改善作用,患者的生活质量得到了显著提高。

本研究旨在探讨“调理气机”法与“扶正抗癌”法相比,治疗轻中度癌痛的效果。结果表明:①在癌性疼痛缓解及患者一般状态评分方面,扶正抗癌组和

理气抗癌组均起到缓解作用,两组相比无明显差异($P > 0.05$)。②在伴随症状的改善方面,两组均能起到减轻症状的作用,但各有侧重。理气抗癌组对身心症状改善的明显($P < 0.05$),扶正抗癌组对消化系统症状改善的明显($P < 0.05$)。③扶正抗癌组和理气抗癌组汤药均佐加有止痛作用的中药,理气消积方以佐加制胆南星(占 63.33%)为主,益气消积方以佐加四逆散(占 66.67%)和元胡(占 58.33%)为主。并且理气抗癌组应用弱阿片类止痛药略少于扶正抗癌组。

因此,“调理气机”法与“扶正抗癌”法均能治疗轻中度癌痛和缓解临床症状。但是“扶正抗癌”法下需佐加四逆散和元胡具有理气疏肝之功效的中药止痛效果明显,而“调理气机”法本身就以理气疏肝为主又不失扶助正气之本。因此,本研究表明“调理气机”法中药以配伍合理,功效全面,药味精炼为著略优于“扶正抗癌”法。

4 结 论

中医“调理气机”法治疗恶性肿瘤合并轻中度癌性疼痛效果显著,能明显改善患者的身心症状及消化系统症状,且无需佐加其他理气中药,弱阿片类止痛药用量少,值得进一步推广研究。中医“调理气机”法为癌痛的中医治疗提供了一个新的思路,为肿瘤患

者提供了一个新的、有效的治疗选择,更大程度地解决了恶性肿瘤患者对于疼痛症状的治疗要求,具有重大的实际意义。

参考文献:

[1]殷东风、张宁苏等.实用晚期恶性肿瘤综合治疗手册 [M]. 辽宁:辽宁科技出版社.2007:20.

[2]白淑红,殷东风.乳岩宁血清联合阿霉素干预乳腺癌 HER-2 癌基因的实验研究[J].临床肿瘤学杂志,2006,11(7):491-493,496.

[3]周立江,殷东风.肺积宁方对 C₅₇小鼠肺癌 VEGF 蛋白表达和生存质量的影响[J].现代肿瘤医学,2009,17(6):1042-1045.

[4]张巍,殷东风.肺积宁方诱导人肺-癌 A549 细胞凋亡及下调 VEGF 表达的实验研究[J].实用肿瘤学杂志,2007,21(4):330-335.

[5]梁靓靓,殷东风.小柴胡汤对 Lewis 肺癌小鼠 VEGF 表达的实验研究[J].中医药学报,2008,36(4):5-17.

[6]邢向荣,殷东风.运用柴胡剂从肝论治提高恶性肿瘤患者生存质量的临床分析[J].实用中医内科杂志,2007,21(1):58-59.

[7]朱颖,殷东风.运用调理脾胃中药提高晚期肿瘤患者生存质量的临床分析[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(9):685-687.

[8]陈永和.调畅气机法改善胃癌患者生存质量举隅[J].河南中医学院学报,2008,23(4):64-65.

[9]王歌,殷东风,高宏.殷东风运用中药饮片治疗晚期乳腺癌的规律研究[J].辽宁中医杂志,2010,11.

[10]钟毅,周红,张卫萍等.中医辨证论治癌痛 54 例[J].安徽中医临床实用杂志,2001,12.

[11]赵永杰,金昌凤.癌痛的中医药治疗近况[J].黑龙江中医药,2010,1

相关文献:

癌痛贴治疗癌性疼痛 31 例

目的 观察自拟癌痛贴外用对缓解癌性疼痛的疗效.**方法** 31 例癌痛病人均给予营养支持治疗,停用所有西药止痛药物,给自拟癌痛贴外敷疼痛部位,每 2 天换一次,局部皮肤有溃疡者禁用.6 天为一疗程.**结果** 通过对 31 例癌痛患者的观察,其中完全缓解 6 例,明显缓解 11 例,中度缓解 6 例,轻度缓解 5 例,未缓解 3 例,有效率 90.3%.

结论 自拟癌痛贴外用对缓解癌性疼痛有明显疗效.

作者	李海舟 (河南省宜阳县中医院,宜阳,471600) ;
刊名	光明中医 2011 年 26 卷 01 期
英文期刊名	GUANGMING JOURNAL OF CHINESE MEDICINE
关键词	癌痛贴 癌性疼痛 外敷 中医肿瘤学
MeSH 主题词	癌 (Carcinoma) 疼痛 (Pain) 观察 (Observation) 效率 (Efficiency) 皮肤 (Skin) 溃疡 (Ulcer) 方法 (Methods) 性 (Sex)
分类号	R2
DOI 号	10.3969/j.issn.1003-8914.2011.01.0056

论癌症疼痛与癌症发热的中医对策

董仲璧¹ 朱涵素² 苏敏²

(中国云南省宾川县金牛镇文化路10号, 云南 宾川县, 671600)

中图分类号: R73 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0415-04

【摘要】目的: 用实实在在的病例证明, 中医中药, 完全可以避免癌症疼痛, 癌症发热, 解除病人痛苦。原则: 调整心态, 理顺气机, 调理气血, 药物扶助, 扶正祛邪。方法: “诊病求因, 治病求本”。①心理治疗: 了解病因, 病史, 诊疗过程, 进行心理疏导, 帮助患者树立起战胜疾病的信心。以最有效的治疗方法, 解除病人的疼痛, 发热。建立起良好的互信合作的医患关系。②认清主症与次生症, 併发症, 确定完整的治疗方案。③以保证生命安全为核心, 针对主症, 次生症, 拟定中药处方; ④针对病人的精气神状态, 可采取以守为攻, 或以攻为守, 攻补兼施的方法。牢牢扶住生命正气。结果: 所治疗的癌症患者, 不疼痛, 不发热。结论: 运用中华医药宝库中的经典理论, 融合祖辈先贤的医理, 医术, 医药, 完全可以避免癌症疼痛, 癌症发热, 顺利治病。

【关键词】 癌症疼痛; 癌症发热; 中医对策

1 引言

癌症是各种癌的统称, 如: 肺癌, 喉癌, 肝癌, 胰腺癌, 胃癌, 肠癌, 肾癌, 膀胱癌, 乳腺癌, 子宫内膜纤维癌, 等等。无论患者患的是什麼癌, 大多数患者都会疼痛, 发热。

绝大多数西医都会给癌症疼痛患者口服止痛药, Piminodine Esylate(去痛片), Indomethalcin(消炎痛), Morphine(吗啡), AP-237(强痛定)Morphine Hydrochloride Sustained—release Tabletes(盐酸吗啡缓释片)或肌注(止痛针剂); 给癌症发烧病人口服退烧药, Amidopyri num(氨基比林), Tad·Aspirini(CoAPC)(复方阿司匹林, Bayaspirin Protect 100(拜阿司匹林肠溶片), Anileridine;Hydrochloride;Leritine,(安痛定、针剂)Dexamethasone;Decadron;Hecadron;Hexadrol(地塞米松, 退烧针), 效果好, 立竿见影;可是, 仍然有这样的患者, 即使是最权威的西医, 给他用上最好的止痛药, 打最好的止痛针, 也无效。甚至于越用越厉害。为什麼?

这就是本文要论述的主题: 癌症疼痛, 癌症发热的中医对策。

2 病例

病例1: 张××, 男, 42岁, 干部, 驻北京永通路东方器官移植中心肝移植中心医院——中国人民武装警察部队总医院7—15—29#。

患者于2005年2月春节开始, 持续高烧不退, 经确诊为肝癌晚期。为挽救生命, 决定作肝移植。3月17日20时, 剖开腹腔后, 发现肝在腐烂并大面积与隔肌粘连, 皮下脂肪在液化, 其脂液达1500cc黄色液体。已无法进行移植手术, 遂清点并欲关闭腹腔, 但无法缝合。给予退烧、止痛剂, 体温越高, 最高至

41.6℃, 鉴于西药无法控制体温上升, 专家组确认: “已无回天之力”, 只能寄希望于中医。故求助中医。

针对上述情况, 给天乐再生還元汤副方一剂。次晨(3月25日)9时正, 医院来电告知: 患者体温降至38.6℃。嘱: 再用一剂, 至19点30分, 医院来电: 体温回落到37℃, 要求: 为了挽救病人生命, 请务必赴京, 亲临面诊。

2005年3月27日到京: 患者体温稳定37℃, 但每到19点至19点10分, 患者体温升至37.6℃, 持续10分钟。处方不变, 只是将服药时间, 提前在18时30分, 口服天乐再生還元汤副方一次。此后, 体温保持在37℃, 三天后, 患者术后无法缝合的刀口开始长肉芽。2005年4月2日上午9时进行缝合术, 于4月4日转桂林进行康复治疗。至此, 事先准备好的充足的退烧药、止痛药, 杜冷丁、吗啡, 都没派上用场。

病例2: 黄××, 男, 42岁, 驻云南省肿瘤医院702—16, 鼻咽癌术后骨转移。患者于2007年4月2日, 由专车送来就诊: 大热天, 外穿皮夹克, 内穿两件毛衣、一件衬衫、一派形寒肢冷状态。面黄肌瘦如柴。诊时、肌肤冰凉粘腻, 额上冷汗如滴。脉: 沉、细、数、急。苔垢厚腻带黄, 中间有裂沟。食少便结, 数日不解。主诉: 浑身骨节冷痛, 由里向外, 疼痛难忍, 无法入睡, 冷汗不断。

家属代诉: 每天只有靠打杜冷丁或口服止痛药片方可入睡3至4小时, 否则, 一家人都得陪着他受罪。

经全面了解病程及治疗过程后, 得出的印象是: 药品过量, 导致寒极入骨。给予温里托阳、温中散寒, 和解营卫: 天乐再生還元汤一剂。

4月3日上午, 患者由家属陪同, 从车站直接步行到我处就医。未穿皮茄克, 衬衫外面套一件羊毛衫。病人自述: 不痛不冷, 没服用止痛针药。

处方不变，剂量稍增，三剂汤药，不发热、不疼痛。

病例 3: 刘 x x, 女, 63 岁。体重 36 kg, 1995 年 7 月 31 日初诊。望: 浮肿至眼睑, 体型瘦小, 面黯红。面, 颊, 颈部有汗珠, 颈静脉曲张, 跳动厉害。神倦疲乏, 舌质暗红, 舌前有瘀点, 舌后苔厚腻黄, 口臭, 声细弱微。

主诉: 因肝区疼痛、肿胀硬化, 在广州军区总医院作放疗, 白血球低下, 最低 2200, 须住院滴注人血白蛋白, 否则无法行动。有时右下腹似有小东西在踢闹, 疼痛汗如雨下。小便赤涩, 大便时干时稀, 纳差。医院确认: 肝萎缩, 肝坏死, 最多活不过两个月。

切脉: 左、右: 三部脉弦、细、微。

印象: ①放化疗药源性肝脾损害; ②高能量药物超越患者承受能力; ③思虑过度, 内分泌失调。

治则: 调整情绪, 调理气血, 药物辅助, 扶正祛邪。

处方: 天乐再生还原汤一剂。

当日见效: 汗止, 浮肿从双眼睑退至膝下, 大小便通畅, 晚餐进二两。

1995 年 8 月 1 日二诊: 诸证转佳, 见脉, 证、药相符, 再给天乐再生还原汤一剂, 诸证平息。

1995 年 8 月 2 日三诊: 症状如前更佳, 还给天乐再生还原汤一剂。

1995 年 8 月 3 日四诊: 给天宝肝乐 40 天剂量, 嘱其煎水煮鸡蛋, 早、晚服, 经一年调养, 痊愈康复。后经北京协和医院全面复查, 一切恢复正常, 现 78 岁, 体重 64kg。

从 1995 年 7 月 31 日起至 2009 年 2 月 4 日随访, 当年被权威医院判定活不过两个月的癌症晚期病人, 现仍健康快乐地生活、工作着。她现在还在以饱满的热情、充沛的精力, 由西医变成中医, 为别人治病。病名的界定

我这里论述的是本文主题的界定, 也就是本文主题病名的界定。即: 经权威西医医院确认诊断为癌症的疼痛或发热, 或只疼痛不发热, 或只发热, 不疼痛, 或疼痛伴随发热。其它的疼痛, 发热不在此论述的范围。

癌症疼痛, 癌症发热的原因

在诊疗肿瘤患者过程中, 运用现代医学, 实验医学, 分析医学, 量化医学手段, 确诊某患者的某肿瘤是某种癌时, 往往认为是癌细胞在吞噬健康细胞, 而使用某些强力杀灭癌细胞, 消除肿瘤的药品。病人感到疼痛、发热, 就给止痛药。就打退烧针。而肿瘤或癌症患者, 他们中的多数人, 都已作了较长时间的治疗。一旦确诊为某种癌, 那主治大夫一定会给他(她)药效更强, 能杀灭癌细胞的药品。包括口服, 或针剂、“化疗”; 或使用“放疗”(除了放射线尚不明其‘药性’外), 按中医药理分析, 其中大多数都属于寒凉药品。对一些癌症患者效果非常好, 立竿见影。而对

少数或个别患者, 甚至越用越加重病情: 疼痛, 发热, 时冷时热, 体温时高时低, 饮食减少。用实验医学, 计量医学手段检验: 各项指标都在上升, 而生命指标却在下降。最后, 病毒, 癌细胞被杀灭了, 患者的生命也结束了。“敌我”同归于尽, 人财两空。为什么?

血液是生命的载体, 也是生命存在于人体内部的物质形式和基础。目前, 血液科学家已发现, 人类的血型不止: O 型, A 型, B 型, AB 型四个血型, 现在已知有 30 个血型。

患者的血液是运输药品的工具或介质, 通过口服, 经过肠胃吸收, 进入血液, 或通过针具注射直接进入血液的止痛药, 退烧药, 都必须通过血液运送到病灶——“靶向”。

在这个运输过程中, 许多西药的某些成分与已知的某种或某几种血液成份, 或未知的某种或某几种血液的成分“相克”, 导致体温上升或下降, 血压上升或下降。虚汗淋漓, “虚脱”或“休克”; 重则红血球被白血球吞噬, 白血球增加, 红血球减少, 血色素降低, 导致生命“危机”。

一些西药的某些成分, 进入血液以后与红血球或白血球中的“生命因子”, 水火不相容。势必产生“药源反应”。轻者留下后遗症, 甚至危及生命。

所有解热, 止痛, 抗癌的西药, 不一定都对上“靶向”。因为, 这些药品, 都经过了提纯, 脱离了原生药物载体, 脱离了“五行相生相克”的互相依存的特定环境, 与人体这个活的有机体的血液环境不一定“和谐相容”, 有的“相克”。而“相克”的不一定是癌细胞, “相克”的反而是人体健康的, 活的细胞的一部份。这也是承载人体生命因子的一部份。有的医生, 一再强调, 只有杀灭病毒, 消灭癌细胞, 才是止痛、退烧, 挽救生命的根本的出路。结果……

“中医医人”。中医治病, 诊病求因, 治病求本。就是“以人为本”, 以病人的“生命为根本”。根据病人的病史, 病程, 治疗过程, 治疗方法, 用药史; 病症证状, 脉象, 舌象, 及精, 气, 神状态, 病人及病人家属对待疾病与生命的态度, 综合判断: 患者当前主要的症状, 主要的病症是什么? 孰重? 孰轻? 孰危? 根据病人的体质, 阴阳, 正邪, 虚实, 也就是根据病人的承受能力; 先扶住其正气, 治其危症, 急症, 保住病人的生命。治病的目的, 就是要保住病人的生命, 并延长其生命。这是祖辈先贤“救死扶伤, 治病救人”的“中医医人”的基本思想。

许多医生认为: 癌症疼痛, 其原因不外乎是: 癌细胞在活动、心理因素疼痛、药源性疼痛, 手术疼痛、转移性疼痛等等。完全忽视了人与大自然的关系。中医认为: 疼痛则是由于“不通则痛”。当然, 不通的原因不外乎气不通, 血不通, 经络传导不通, 排泄道不通, 肿瘤, 癥瘕积聚, 情志不遂(不通), 心理诱导, 等等。

然而，中医对疼痛的认识，并不局限于此。上面提到的，只是内因。不仅要按照虚，实，寒，热，郁，虫，菌，癥，瘕，损伤等等因素来辨证论治；还要根据风，寒，暑，湿等等外因，及不内外因，针对患者所表现出来的各种证状，综合起来辨证判断，引起其疼痛的原因。其中不可忽视心理因素及其心理污染。所谓心理污染，即：看到其他癌症患者受到疼痛折磨的状态或听见其呻吟，等等，都会引起该患者自我感觉，也疼痛，或发烧。以及未病之前传闻的“癌症医不好”、听“癌”，谈“癌”色变等等。

诊病、治病，仅仅局限于患者本身，往往忽视病人以外的大自然环境及病人的生活环境与生活习惯。忽视人与自然的关系。气候、气压变化等也会引起癌症发热、疼痛；饮食不当，也会发热、疼痛。

癌症疼痛，往往伴随发烧，或者只疼痛，不发烧；或者因发烧引起疼痛。也有只发烧，不疼痛的，这是极个别的。

从上世纪七十年代初，到现在2011年，37年间，我们治疗过癌症晚期患者数以百计。绝大多数都是西药导至高烧不退，疼痛难忍，极度虚弱，神情呆滞，处于极度绝望状态的患者。他们的共同点，就是：承受着过量的不该承受的西药的伤害。详细了解他们的病史和治疗过程，不难发现：香港、昆明，北京，上海，广州、海南等地的不同医院，对不同的癌症疼痛患者，或疼痛伴随发热患者，使用了大量的抗癌药，大同小异的止痛药，退烧药，以及镇静药，安眠药。而大量的抗癌药，止痛药，退烧药，从中医的理论，观点来看，它们的药性大多数都属于寒凉性质。长期大量使用这一类药品，必然导致：血管神经萎缩，脾胃呆滞，食欲减退，病人中气下陷，患者精神不振。免疫功能下降，神经传导障碍，微血管闭缩。结果，呼吸减慢，血液循环减慢，局部瘀阻，“不通则痛”。若继续“以攻为守”，逼寒入骨，导致“寒极入里”。患者畏寒，神情呆滞，脉象迟缓。面黯唇青。舌象：苔垢厚腻，色白或黄，色质淡，或青，或黑；二便不利；虚汗，冷汗不断，皮肤发凉。“寒极入骨”，如病例二。

也有这种情况：一些西医给癌症患者“对症治疗”，在“化疗”或“放疗”的同时，多种能量药品组合，给患者补充能量，以扶助患者的正气。愿望和出发点都很好，可“事与愿违”。患者疼痛，发热，烦躁，面赤，雨汗，口干，舌糙。舌质红，舌上无苔。脉疾，洪、芤，小便赤，涩，大便闭，数日未解。这是典型的药源性“热极入里”。（如病例3、4）。

然而，许多西药难以判定它们的：性，味，归经与走向。而且，许多西医不懂也不相信中医中药的医理，药理。结果：越治，病人疼痛越厉害，发热越厉害。（如病例1、2）。

无论是“寒极入里”，还是“热极入里”，都会给癌症患者“火上加油”，带来极大的痛苦和伤害。

正常情况下，人的体温是37度。患者一旦处于心理紧张，疼痛难忍的状态时，肌肉，血管，神经，内脏器官紧缩，会感到发冷，体表皮肤封闭起来，体内原有的热量蓄积，难以发散，导致体温越来越高，往往超过37度，甚至40度以上。患者时冷时热，这就是发热或叫作寒热往来。既有寒极入里，热极入里，也有热入血分，热伤经络，也有寒伤营卫，寒凝经络。这些原因都可以导致气血不通，经络传导不通。导致：癌症疼痛、发热。

3 治疗原则

针对患者疼痛，发热的证状，确定治疗原则：心理疏导、调整心态，理顺气机；调理气血，药物扶助，扶正祛邪。这也就是“中医医人”的原则。

4 治疗方法

①疗前教育，建立良好的医患关系。首先，让患者认识到：肿瘤，癌症不可怕，不是不治之症，是常见病，多发病。使用中医，中药完全可以治愈肿瘤和癌症。如果患者疼痛，使用中医中药，止痛。若患者发烧，使用中医中药，解热退烧。以实实在在的中医中药疗效，让患者建立起战胜疾病的信心和勇气。相信中医，使用中药，可以避免疼痛，发烧，可以治愈癌症。②对寒重，湿邪盛，中气下陷，“寒极入里”型，首先，温里托阳，温中散寒，扶住正气；气帅血行，血随气行。气血和畅，紧张，抑郁，恐惧的心理状态，自然缓解如病例^[2]。③对湿重热盛的“热极入里”型的疼痛，发热，重在和解湿热搏结，清热利湿，化滞润肠，通利二便。用“釜底抽薪”，内泄实热如病例^[3-4]。④如果患者时冷时热，体温时高时低；冷汗不断。诊时，冷汗腻手，皮肤发凉；脉象迟，缓。当体温升高时，脉紧，数，疾，时沉，时浮。这叫“寒热往来”。以和解方剂，扶正托阳，解热化滞，润肠通便，和解之。药到病除。⑤对热重湿滞脏腑，舌质殷红，苔垢厚腻，发黄，甚致有裂槽，苔面不润；脉：疾，弘，数，滑。这叫“热入血分，湿滞脏腑”。以芳香化湿，通利脏腑，解血分之热的方法，疗之如病例^[1]。⑥对气滞血瘀，疼痛发热；面黯，唇紫，舌质红，舌尖，舌边有瘀点，舌面干燥；脉：沉，涩，芤，或促，或代，或结。这叫“热积心胞”或“热入心胞”。病人疼痛发热呻吟难忍。重者昏迷。用活血化瘀，行气止痛的方法。“气行则血行”。血行和畅，热去痛止。⑦对痰阻气道，湿滞经络所致的疼痛，发热，则先顺气化痰，祛湿疏经通络。湿去热除，“通则不痛”。总而言之，疼痛，发热其原因和症状，因人而异。其治疗的方法，也要因人因症状和疼痛，发热的不同原因，采取不同的治疗方法。

5 治疗结果

从1974年3月至2011年3月30日,37年期间,先后治疗过肿瘤(癌症)患者数以百计,其中疼痛、发热93例。类别:肝癌57例;直肠癌8例;结肠癌4例;淋巴瘤骨转移2例;鼻咽癌手术感染3例;肺癌4例;子宫内膜纤维癌3例;子宫肌瘤2例;头、颈、胸三联淋巴瘤3例;横丹1例;肾癌1例、卵巢癌1例;乳腺癌2例;血癌2例。没有成功7例,占7.53%,成功率92.47%。

6 结论

结论:运用中医中药,不仅可以解释发生癌症疼痛,癌症发热的原因,不仅可以治疗或避免癌症疼痛,癌症发热,而且还可以顺利治癌,治愈癌症,留住生命。改善癌症病人的生存质量,延长生存期。让患者走出癌症阴影,回到五彩缤纷的世界。健康地迎接朝阳下新的人生!

参考文献:

- [1]《千金方》卷二孫思邈著,一木編校吉林人民出版社出版。
 [2]《中醫臨證基礎》北京醫學院(中醫臨證基礎)編寫組編寫,人民教育出版社版
 [3]《黃帝內經太素》隋楊上善撰注 人民衛生出版社出版1965年2月第1版

- [4]《黃帝內經素問》人民衛生出版社出版1963年1月第1版
 [5]《黃帝內經素問》譯釋第二版南京中醫學院醫經教研組編著上海科學技術出版社出版1981年10月第1版
 [6]《醫學啟源》金.張元素著,任應秋點校人民衛生出版社出版1978年11月第1版
 [7]《傷寒論》湖北中醫學院主編人民衛生出版社出版,1978年11月第1版
 [8]《內科證治》王其飛編著河北人民出版社出版1980年1月第1版2003年12月第三次修改
 [9]《備急千金要方》唐.孫思邈著.日本江戶醫學影摩北宋本,一本編校,吉林人民出版社出版,1994年11月第一次印刷
 [10]《金匱要略》東漢張仲景著,中醫研究院編注,人民衛生出版社出版,1974年3月第二版第五次印刷
 [11]《醫宗金鑒》清.吳謙,人民衛生出版社1980年7月第五次印刷
 [12]《臨證指南醫案》清.葉天士著,徐靈胎評,上海科學技術出版社出版,1959年2月第一版,1993年第五次印刷
 [13]《實用內科學》人民衛生出版社出版,上海第一醫學院編1979年9月第六版
 [14]《中國中醫藥學信息雜誌》1995.2,全國中醫藥圖書情報工作委員會,中國中醫藥研究院中醫藥信息研究所主辦。
 [15]《中國醫學文摘——中醫》中國中醫研究院中醫藥信息研究所,1995.1;1995.3;第19卷。

相关文献:

癌症疼痛的中医护理

疼痛是中晚期癌症病人最常见、最痛苦的症状之一,是不同于炎性痛和神经病理性痛的一种特有的疼痛形式,癌性疼痛有以下特征:疼痛多为逐渐加剧、是多数机制共存的疼痛,且持续时间长,癌症疼痛患者伴有精神恐惧和焦虑,中医护理以整体观念作为护理的指导思想,辩证施护,采用中药内服和中药外治,配合中医护理技术中的针刺疗法,有效缓解和减轻了癌症患者的疼痛,中医护理技术控制癌痛既无西药的依赖性、成瘾性、也无戒断性,应用方便,对人体无损害,凸显出中医护理的优势,值得推广。

作者	蒲春芳(新疆维吾尔自治区乌苏市中医医院,新疆,乌苏,833000); 徐桂玲(新疆维吾尔自治区乌苏市中医医院,新疆,乌苏,833000);
刊名	中医临床研究 2011年3卷06期
英文期刊名	CLINICAL JOURNAL OF CHINESE MEDICINE
关键词	疼痛癌症中医
MeSH 主题词	疼痛(Pain)肿瘤(Neoplasms)性(Sex)护理(Nursing Care)中草药(Chinese Herbal)癌(Carcinoma)人体(Human Body)恐惧(Fear)
分类号	R273
栏目名称	临床经验

肿瘤中草药热疗

高汉卿

(北京圣唐思逸国际中医研究院, 北京 石景山, 100042)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0419-04

【摘要】肿瘤中草药热疗, 主要用于各种类型的早、中、晚期恶性肿瘤及合并症的治疗; 其方法是运用亚高温肿瘤热疗机理, 通过提升体温和中药的双重作用抗癌消瘤, 包括了中药口服、穴(部)位中药热刺激、全身亚高温中药热疗3个主要环节和热疗服、中草药内衣、口服及外用中药等7项发明专利。经10余年临床验证, 该方法对寒凉体质患者的体表肿瘤、消化道肿瘤、乳腺癌、子宫癌、卵巢癌以及疼痛、积液、腹水、水肿、咳喘、噎食等合并症见效尤为迅速、愈后稳定。该方法将古老的中医中药与现代远红外医疗技术成功嫁接, 实现了中药口服、热敷的内外结合及中药温阳、远红外暖体、亚高温抗癌的强强联手。药效、热效, 攻补并举, 协同配合、相得益彰, 对癌细胞的围剿形成了强大的立体攻势, 疏而不漏、事半功倍, 使肿瘤治疗常常呈现出令人惊奇的疗效。

肿瘤中草药热疗故名词义, 就是把古老的中医中药学与现代肿瘤热疗学相融汇的肿瘤治疗方法, 该方法古今结合、中西并举, 是一项包括了中医汗法、脐疗、热敷、药物透皮疗法和远红外医疗技术等多学科交叉的综合性临床技术; 是一种以提升患者体温为核心, 激发人体免疫、恢复自愈机能为目标, 温阳扶正、驱邪救逆, 无创安全, 见效快, 疗程短, 愈后稳定的全身亚高温绿色疗法。

1 方法简介

肿瘤中草药热疗包括了中药口服、穴(部)位中药热刺激、全身亚高温中药热疗3个主要环节。其中全身亚高温中药热疗是核心环节, 该环节依据现代肿瘤热疗的机理, 结合中草药温阳扶正、舒经活血、化痰散结等功效, 将中医汗法、中药脐疗、热敷、熏蒸等外治法与远红外辐射及医疗技术进行了科学的融汇, 包括了远红外多点自控热疗服、热疗背心、热疗短裤、热疗护足靴、中草药短裤、口服和外敷中药7项发明专利。

全身亚高温中药热疗: 准备好外敷药粉、药袋、热疗内衣、热疗服、电源和温度控制器。患者首先穿好固定好药袋的热疗内衣, 再穿好热疗服, 躺在床上盖好被子, 连接好电源和温度控制器。打开电源热疗服开始发热, 随着时间的推移, 患者体温将平稳上升。

30分钟后, 患者体温一般可提高到38℃以上。热疗服的远红外辐射、渗透和共振作用, 在提升患者体温的同时, 促使经特殊炮制的外敷药剂开始汽化, 患者体表开始发汗、角质层的含水量迅速增加、药物透皮率大幅度上升。汽化的药物通过皮肤黏膜、汗腺、毛囊、角质层、细胞及其间隙等转运迅速进入血液循

环, 由表入里、从浅入深, 外而皮毛、内而脏腑、四肢百骸、五官九窍, 造成全身高血药浓度。

1小时后, 患者体温可达到39.5℃以上, 随着患者体温的升高, 体内热效应与高血药浓度共同作用于病灶及全身, 合力杀伤癌细胞, 促进循环、改善代谢, 调节阴阳, 提升免疫, 促进患者自愈机能的恢复, 实现肿瘤消退、愈后不复发之目标。

2 主治与疗效

主治: 各种类型的早、中、晚期恶性肿瘤; 广泛转移及术后复发的恶性肿瘤; 疼痛、积液、腹水、水肿、咳喘、噎食等症状; 减轻放化疗副作用及术后康复; 寒凉体质患者、体表肿瘤、消化道肿瘤、肾癌及乳腺癌、子宫癌、卵巢癌等见效尤快、疗程短、愈后稳定。

疗效: 中草药与热疗的结合, 较任何一种单一方法, 对各类各期癌症患者, 在疗效快、疗程短、愈后稳定等方面都表现出了明显的优势。

通过数百例临床医案的观察总结, 中草药热疗抗癌、镇痛、消瘤等优势得到了明确验证。

对于80%以上的患者而言, 肿胀、疼痛、咳喘、胸闷、声音嘶哑等症状, 治疗当天即可有明显缓解,

一至两周内症状基本消除; 吞咽困难、积液、腹水、水肿等症状明显、体征危重, 常规方法难以奏效的患者, 一周内症状明显缓解; 对于广泛转移、在体表可以看到或触摸到肿瘤的患者, 体表肿瘤二至四周可明显缩小或消失。早中期患者一至二个月可抑制扩散、转移和发展或肿瘤缩小, 3厘米以下实体瘤患者、70%

的人三至五个月可临床治愈；耐热较好的晚期及危重患者，六至十二个月有望临床治愈。

肿瘤中草药热疗 10 多年的临床应用,救治了数千名患者: 生存期较长的是 2000 年 44 岁的北京肺癌患者, 术后 40 天复发, 热疗 15 天痊愈, 正常生活 11 年至今健在; 2003 年 44 岁的临汾肺癌患者, 50 天热疗痊愈, 至今上班 8 年, 没有用过任何药物和保健品, 2010 年握力测试为 53.9 公斤, 超出正常握力的 43.73%, 肺活量 5570ml, 超出正常值 59.15%; 年龄最小的是 23 岁的骨癌并多发转移患者, 热疗 6 个月重获新生; 年龄最大的是 76 岁的肠癌患者, 热疗 6 个月癌瘤消失, 指标正常; 疗程最短的是 2003 年 41 岁的山西子宫癌患者, 中药热疗 7 天, 病灶完全消失。

3 功能概要

中草药热疗是多学科交叉的综合性技术, 其功能源于药物、温热和亚高温 3 个方面。

①药物功能: 扶阳固本、祛邪消积、活血通络、平衡阴阳、抗癌消瘤。

本法涉及了四种中药方剂, 即: 口服药茶、口服丸剂、穴(部)热位刺激外用及全身热疗外敷药。其中口服丸剂和外用敷药两个基础方剂已申报了国家发明专利, 两方剂是在继承祖传方剂密旨的基础上, 结合当今患者群体的体质及饮片质地, 应用现代“抗癌中药的生命动力元素与量子参数间的关系”, 采用尊古炮制及现代纳米超微粉碎等技术, 进行科学改良而成。治疗时, 需根据患者的个体病情差异, 通过中医的望、闻、问、切, 精准辨证、审慎立法、严谨遣方; 不同的患者以及同一个患者不同时期的用药, 都需随证处方, 而非一成不变, 真正是一人一方, 一方; 同时, 还需兼顾四个方剂之间的内外配合和相互辅佐。方剂中多以姜桂附(干姜、桂枝、附子)为要药, 并对症配伍其它成分, 目的是温热身体, 提升阳气, 并将其它药效引经入内, 以达药到病除之功。由此可见, 中草药热疗的药物功能是随证而定、不拘一格, 治什么病开什么方, 各类肿瘤所需的不同功能都可以通过随证处方、配伍调剂而解决。

②温热功能: 温热全身、改善循环代谢、激发免疫、消炎镇痛、软坚散结。

温热功能除了来自于方剂中辛热之药, 主要为热疗服的远红外辐射。远红外辐射的全身生理效应主要由热引起, 包括: 小动脉、毛细血管和小静脉扩张, 血液循环速度加快, 脉搏加快; 免疫能力增加; 肌张力降低等。

远红外辐射: 可以提高机体的免疫功能, 包括细胞免疫和体液免疫; 可以通过神经体液起到回答性反应, 加强白细胞和网状内皮细胞的吞噬作用, 达到消

炎抗菌之目的; 可以通过改善微循环和渗透压, 促进有毒物质和代谢产物的排泄, 加速渗出物的吸收, 起到活血化瘀、消肿消炎作用; 可促进局部组织五羟色胺含量的降低而抑制神经末梢的兴奋性, 减轻神经末梢的化学性和机械性刺激, 提高痛阈, 起到镇痛作用; 其共振作用可以活化细胞, 加速体内新陈代谢, 促进发汗, 从汗腺和皮脂腺, 将有害的重金属、乳酸、游离脂肪酸、脂肪、多余的钠离子、尿酸等, 连同汗水一起排出, 具有良好的排毒效果;

远红外线辐射可以温热全身并提高患部的温度, 喜冷怕热的癌细胞在温暖的环境下会渐渐失去活动力, 进入萎靡状态, 因无法摄取到足够的营养而导致营养不良, 起到抑制癌细胞扩散、转移, 控制病情恶化的作用。

③亚高温功能: 直接杀死癌细胞、清除毒素、缩小肿瘤。

亚高温是指人体体温在 39.5~41.5℃ 的温度范围。国际上通用的肿瘤热疗机理和 40 年的临床实践证明: 当人体体温达到 39.5~41.5℃ 时, 肿瘤内部的温度可高于人体体温的 3~7℃, 这个温度环境可以直接杀死癌细胞。

亚高温的功能, 主要是通过热疗服的远红外辐射使人体体温升高而实现的。

热疗服简介: 热疗服是全身热疗的必须产品, 是圣唐思逸国际中医研究院的专利发明之一, 其独到之处是: 采用非金属红辐线与棉纤维物一起织造而成的电热布为加热源, 这种电热布是一种具有 5-15 微米波长、热剂量均匀并可调节的远红外低温辐射源。根据病情需要, 经量体裁制成质地柔软、穿着舒适的电热服装。治疗时, 患者将其穿在身上, 热源紧贴皮肤, 并将体表均匀而全面覆盖, 在头部以下形成封闭式全身热疗环境, 即有利于全身受热均匀, 又有效的防止了热量经皮肤的散失。5-15 微米的远红外辐射恰与人体的吸收波长相对应, 形成人体对热源的最佳吸收, 使人体升温均匀、迅速、温和。当患者体心温度达到

并恒定在 40℃ 左右时, 贴近体表的热疗服温度仅为 41.5℃ 左右, 因此, 患者不会产生难以忍受的炙热感, 避免了因局部温度过高而灼伤现象。

远红外对人体加温是直接作用于体内细胞和水分子而产生的生物热能, 这个生物热能在体表、体内同时产生, 使得升温过程温和、速度快、全身温升均匀, 患者热感适中。

远红外对人体良好的加温效果, 来源于它极强的渗透力和独特的吸收、共振特性。人体固有的水分子运动频率恰好与远红外发射频率相吻合, 可迅速吸收远红外辐射并与其形成共振而生热, 同时, 通过毛细血管网和血液循环的传导作用, 使患者整体体温迅速升高, 并同步温热人体脏腑等核心部位。正是热疗服这种远红外辐射与人体独有的吸收、共振特性, 为患

者提供了温和、快速的升温环境，为患者长时间耐受高温、全面杀灭癌细胞、缩短疗程、快速康复创造了良好良好的亚高温环境。

4 临床依据

中医立法遣方，讲究审病因、查病机、辨寒热、分虚实，总体考虑，平衡阴阳、辩证施治，治肿瘤亦当如此。

病因分析：中医对肿瘤的认识与治疗可追溯到3000年前，历代医家对肿瘤成因都有精辟的总结：《灵枢·百病始生》：“积之所生，得寒乃生，厥乃成积矣”；《素问·阴阳应象大论》：“寒则厥，厥则腹满，死”；隋·巢元方《诸病源候论》：“癥瘕病者，皆由久寒积冷，饮食不消所致也”；《黄帝内经》在肿瘤的病因上强调寒邪致癌，治疗上阐述了温阳散寒的必要性；张仲景《金匱要略》对肿瘤的病因同样强调寒凝所致，治疗上善于寒热并举；孙思邈《千金方》重点强调了寒邪在肿瘤发生发展中的作用，并首开肿瘤的灸法和外敷治疗先河；宋代《扁鹊心书》侧重肿瘤的从寒论治。……

众多现代医家经数十年的临床总结，认为：现代人多数病症的病因均系风寒所使，病机为阳虚阴盛。现代著名中医大师卢崇汉：“临证上的大多数病人，九成以上是阳虚证”，李可：“现代人体质多虚，阳虚者十分之九，阴虚者百难见一，六淫之中，风寒湿邪为害十之八九，实热症百分之一二，地不分南北，国不分中外，全球如此”，祝味菊：“余治医30年，习见可温者十之八九，可清者百无一二，今人体质，可温之症多，而可凉之症少”。硕士生导师崔应珉教授通过长期临床观察、总结发现：虚寒体质是发生恶性肿瘤的

基础，寒是此类病症的基本属性。约80%的恶性胸肿瘤属于寒痰瘀毒搏结而成。采用温阳散寒、化痰逐瘀、攻下祛毒治法，可稳定病情甚至临床治愈。已逝的著名中医肿瘤专家孙秉严老先生曾根据对1000名患者的总结分析得出结论：肿瘤患者，不论是长江以北还是长江以南，也不论是沿海还是内地，寒型和偏寒型症候者最多，约80%；故治疗以辛热温通、大攻大破为主。

圣唐思邈国际中医研究院4年来对168名未经手术的癌症患者辩证发现：寒型体征者158人，占94.1%，热型体征者不足6%。这正是肿瘤中草药热疗立法遣方的基础。

立法遣方：

“人活一口气”，气指的就是中医所说的阳气，起危症，必先扶阳。圣唐思邈国际中医研究院的肿瘤中草药热疗，均系承原方祖训：起危症先驱寒，治癌症重姜附，温阳以散寒，祛邪为扶正。复习古今医著，审视原方要药，恰与中医温阳救逆法大同小异。

阳气具有人体推动、温煦、气化、兴奋、升发等作用，阳虚可以导致气滞、血瘀、痰饮、水停，阳气的兴衰决定了人的生老病死。中医温阳之说源自《周易》、始于《内经》，并于医圣张仲景的《伤寒论》中得到了充分体现，其中113方，使用干姜、桂枝、附子者达90方，具有斩关夺门、破阴回阳、起死回生之效的四逆汤，用生附子达30克之多；桂枝附子汤、白术附子汤，用生附子约90克；药王孙思邈《千金药方》所载温脾汤，用附子高达120克；

1973年美国生物学家对阳虚与体内环核苷酸的关系进行了研究，之后，我国邝安堃、戴维正、杨榛、上海中医学院、上海第一医学院、上海中医学院附属华龙医院等专家，分别对阳虚与神经系统、核酸代谢、内分泌、免疫功能等进行了大量研究，证实：阳虚则寒、阴虚则热，助阳药（附子、肉桂等）可使动物肝脾中DNA合成率明显提高……。

“附子为扶阳要药，能引补气药行十二经以追复散失之元阳，引补血药入血分以滋养不足之真阴，引发散药开腠理以驱逐在表之风寒，引温暖药达下焦去除在里之冷湿”。据此，圣唐思邈国际中医研究院将温阳中药与远红外温热科学结合，使方药“可攻可补、可上可下、可内可外、可行可止，无所不至”的温阳扶正之功效，得到了极致的发挥。

②温热扶正：

现代临床研究证实：寒是万病之源，癌细胞在35.5℃环境下繁殖最旺盛、扩散最迅速，36.8±0.34℃是人类正常体温，体温降低1℃免疫力下降37%，升高1

℃免疫力增强5~6倍，人体代谢能力提高17%；日本医学博士石原结实所著《病从寒中来》、《体温升高就健康》，我国张继轩所著《温度决定健康》，马悦凌所著《温度决定生老病死》等著作，以大量的医案证实了体温与健康的关系以及温热身体、治愈各种慢性病、疑难杂症以及癌症的实例。

中药辛热之品可以发汗，温热全身，可以通过温阳、祛邪达到抗癌的目的。远红外同样可以温热身体，治疗100多种疾病。它的生理效应、对免疫功能的影响以及改善血液循环、减弱肌张力、消炎、消肿、排毒、镇痛、抗癌等功效，在30年前已得到了国际公认，并广泛应用在医疗、保健领域，包括20世纪80年日本代盛行的“三温暖”以及我国自行研发并于2002年投入临床使用的大型肿瘤热疗设备——远红外全身热疗太空舱。

国外将远红外辐射技术用于临床治疗始于1973年，1975年日本东京关卓郎医师来华讲学，首次向我国介绍了远红外温热疗法；1976年上海首先发表了“远红外在医疗上的应用”，报道了远红外辐射的临床应用；自1980年起，日本医学博士松原英多、山崎敏子、台湾远红外研究会、中国科学院上海物理所主任医师姚鼎山等分别著有《远红外疗法的效果与实

例》、《远红外健康法》、《远红外医疗技术》、《科学的远红外疗法》、《远红外健康法·活络气血治百病》，这些著作科学的阐述了远红外的医疗、保健功能，并公布了大量慢性病、疑难病和癌症的治疗方法及治愈的病例。圣唐思邈国际中医研究院远红外热疗服、热疗背心、短裤、足靴等系列产品的发明，为寒性体征疾病包括肿瘤的治疗提供了极大方便。

远红外热疗服温热身体，不会给予皮肤突然的刺激，所以会令人产生很好的柔和温热感觉。并且因为波长较长，可将热渗透到身体内部，到达比皮肤更下层的肌肉及内脏，从身体的核心部分开始加温，使患部的温度提高，癌细胞便会渐渐失去活动力，本来就怕热的癌细胞，无法摄取到足够的营养，癌细胞便会营养不良。同时用远红外线让身体温热之后，体内的免疫细胞会刺激活化，自然治愈力的增加，便可以攻击消灭营养不良的癌细胞。

③亚高温抗癌：

现代肿瘤热疗学证实：体温 38.5℃ 癌细胞开始萎靡，体温 39℃ 对癌细胞的识别和攻击能力显著增强，体温 39.5℃ 癌细胞凋亡、停止繁殖和扩散，体温 40~42℃ 降低化疗对脑、骨骼肌、心、肝、肺的损伤并能刺激骨髓造血功能，体温 \geq 42℃ 抑制机体免疫反应，体温 \leq 43℃ 杀死癌细胞而不损伤正常细胞，体温 $>$ 43℃，造成机体免疫机制不可逆损伤。

肿瘤热疗是指运用物理学、化学和生物的方法，使人体组织升温杀灭肿瘤细胞，达到治疗肿瘤目的的技术和方法。肿瘤热疗根据加温温度的高低，可分为：亚高温热疗——39.5~41.5℃、高温热疗——41.5~43℃ 和超高温热疗—— $>$ 43℃。

肿瘤热疗是我国“863”计划项目和国家医学（八五）攻关课题。国际上肿瘤热疗的系统临床研究始于 1970 年前后，1977 年我国开始系统的肿瘤热疗临床研究，到目前为止，我国已出版肿瘤热疗专著 10 余部，包括肿瘤热疗物理学、生物学、理论与临床实践等。用亚高温杀死癌细胞，是近 20 发展起来的、倍受国际肿瘤届推崇的肿瘤热疗的一个分支。

国内外 20 年临床研究及实践证实，全身亚高温热疗可以：产生热休克蛋白 Hsp70 高于不加热组 10 倍；提高人体血浆内的白细胞介素-1、6、8、10 和 G-CSF、TNF 等浓度；诱导 r 干扰素合成能力增加 10~16 倍，IL-2 合成能力增加 1.5~6 倍；增加 CD4、CD8 及 NK 细胞的活性和浓度，提高对瘤细胞的攻击能力；活化 T 和 B 淋巴细胞，增加对瘤细胞的识别和攻击力；保护机体重要脏器免受化疗的损伤，并刺激骨髓造血功能；通过热休克蛋白保护机体重要脏器免受化疗的损伤；是增强机体抗肿瘤免疫反应的主要方法之一。

圣唐思邈国际中医研究院就是运用了亚高温可以提高机体抗肿瘤免疫，使癌细胞凋亡，有效抑制肿瘤生长发展，防止肿瘤扩散转移等机理，将古老的中医中药与现代远红外医疗技术成功嫁接，实现了中药口服、热敷的内外结合，中药温阳、远红外暖体、亚高温抗癌的强强联手。药效、热效，攻补并举，协同配合、相得益彰，对癌细胞的围剿形成了强大的立体攻势，疏而不漏、事半功倍，使肿瘤中草药热疗常常呈现出令人惊奇的疗效。

相关文献：

热疗联合中药辨证用药治疗癌性疼痛及改善生活质量的护理研究

目的：为减轻癌症患者的疼痛，提高癌症患者的生活质量。方法：将研究对象随机分成四组，治疗 2 个疗程，对癌症患者的相关指标进行统计学分析。结果：热疗和中医辨证用药两种疗法均具有治疗意义，热疗联合中药治疗效果更显著，具有叠加效应。结论：热疗联合中药辨证治疗恶性肿瘤疗效显著，安全性好，治疗成本低，可以在临床中推广应用。

作者	李燕(山东省莱芜市人民医院, 271100) ;
刊名	内蒙古中医药 2011 年 30 卷 03 期
英文期刊名	INNER MONGOL JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
关键词	热疗联合中药治疗疼痛护理
MeSH 主题词	疼痛(Pain) 护理(Nursing Care) 热温度(Hot Temperature) 中草药(Drugs, Chinese Herbal) 肿瘤(Neoplasms) 性(Sex) 目的(Goals) 生活质量(Quality of Life)
分类号	R248
栏目名称	护理

肿瘤的早期诊断和中药渗透方法临床应用的简介

付高辉

(江西省鹰潭市梅园新村 27 栋中单元 204 室, 江西省 鹰潭, 335001)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0423-02

1 针对初期

突发性(淋巴瘤)突发性(甲状腺肿瘤)突发性(纤维肉瘤)突发性(乳腺肿瘤)。

2 认识肿瘤的致病特点, 致痛特征

要相治疗“肿瘤”就必需了解“肿瘤”的生长特性, 认识“肿瘤”的基本结构及生存与发展方式, 多构成连贯性的致病因素与产生痛变的复杂病理生理过程, 在诊断上易造成混淆不清误诊。[另有书面说明]

3 认识肿瘤结构

①认识“肿瘤”(良性、恶性)二大类的生长特性与机体的不协调性。②分清“肿瘤”是由“主质、间质”二大部成份的统一体系构成的基本结构。[另有书面说明]

4 对肿瘤症扩散及转移的分析

了解“肿瘤”会迅速扩散转移(这一秉性)的生长方式, 分泌特殊物质的特殊性的生存与发展规律。同时期要认识细胞生活功能的运转规律。[另有书面说明]

5 怎么样知道肿瘤的早期诊断

用仪器检测分析出原发性“肿瘤”逐级增大增多的依据。探脉象脉搏次数快慢、节律流动波力、形态搏动长短、气势强弱、来分辨判断“肿瘤”疾病以至主病病机。

6 分析肿瘤发生病理变化

①肿瘤肿块部位; ②肿瘤肿块数目; ③肿瘤肿块形态和边界; ④肿瘤肿块硬度; ⑤肿瘤肿块活动度; ⑥肿瘤肿块大小; 是为彻底治愈的做准备, 在诊断“肿瘤”中一旦发生病理变化时, 可及时针对性研究治疗方案。[另有书面说明]

7 肿瘤致痛特点论

本人反映全身性疼痛持续加重, 性剧烈、弥散而持久刺痛、坐立不安、头痛失眠、入睡困难、持续性发作时, 激烈刺痛痛苦难忍的心律失常, 恐惊心情过度紧张, 日夜心神焦躁不安、对自己前途悲观绝望痛苦症状表现。[另有书面说明]

8 仪器监督及分析的情况证明

提问: 肿瘤是有先兆的, 发展有路线图规律: “肿瘤”是体内破坏组织结构产生一系列愚问的变化

症, 全凭治疗前后对比到治愈后对比数据证实。[另有书面说明]

9 对肿瘤致病特点论

因生存、生活、工作等原因, 所以身体成为亚健康; 因错误用药后会迅速扩散转移导致恶化及死亡的例子太多(死亡就是彻底破产)! [另有书面说明]。

10 肿瘤疗效观察分析

中药物在体内几小时至 3 天的治疗效果观察程度的解释: 中药物穴位外用兼内服, 8 小时内痛苦表现症状有所缓解, 连续 3 天病症状无缓解的另转其它医院。对“肿瘤”的中药治疗有着重要的实际意义。针对“肿瘤”疾症状的祸根的治疗后, 表现痛苦症状的消失。“肿瘤”的窝藏基地受到药物的治疗后, 经仪器检测鉴定数据, 分析出证据符合消失的现实状况。[另有书面说明]

11 清健康“经络”结构概况及功能协调的重要性

我还讲中医经络健康的概述, 认清健康“经络”结构概况及功能协调的重要性。[另有书面说明]。

12 中医论治”一致性

我研究中药物在临床上治疗肿瘤符合“中医论治”一致性: 并且简说作用机理。还划分出 4 个治疗期限。拟出常用中药物的成份及中医理论与现代化学成份的可靠性。[另有书面说明]

13 中药治疗原则

①化瘀为先锋; ②活血为主功; ③舒筋通络紧跟; ④提高免疫功能不缺少。⑤中医穴位的重要性, 顾整体的统一性(因时、因地、因人、制宜)(扶正祛邪为治疗疾病的总则)。

14 中药原理

按君、臣、佐、使配伍原理。中药源品种产地(重要性), 中药材加工配制(很讲究), 中药剂用量对比(要准确)。为了准确掌握发病的致痛特征与发病机理。避免影响中药物的吸收、代谢、排泄, 对每个过程密切控制并取得有 40 多年 400 多例丰富临床实践经验。

15 成功的优点分析

15.1 不论病情十分严重十分痛苦, 我用中药治疗第二天能够缓解病情, 初见疗效, 不见疗效不治。

15.2 经过二个月治疗用仪器复查证据对比,病症减少一半,轻病患症状减轻或消失。一系列有规律的治疗方案。

15.3 (禁吃西药打针,电击热水浸泡等影响疗效),突出中药物的特色,病患者愿意接受我的方法治疗。

15.4 因中药物有提高免疫功能,符合健康机体的生理结构所需要的中药物成份。

15.5 中药物穴位外敷兼内服安全,有40多年400多例无复发的好成绩,给前来治疗的病患增强治疗信心。

15.6 感谢老前辈讲解中药物的单独的药性药理、混合型的药性药理及配、伍、宜、忌的实践道理。

15.7 自购配制加工,市场上没有买卖的60多种系列的独家品牌,安全有效的人性化中医药医疗技术。

16 在早期发现肿瘤这些信号对肿瘤症患者及早治疗有着重要的生命价值。对人民健康事业的责任感!

相关文献:

复方蟾酥镇痛巴布膏剂体外透皮吸收研究

目的:探讨复方蟾酥镇痛巴布膏剂中药物透皮吸收的动力学模式及氮酮对药物透皮吸收的影响,以提高复方蟾酥镇痛巴布膏剂的疗效;方法:采用体外扩散池法,以复方蟾酥镇痛巴布膏剂中华蟾酥毒基、脂蟾毒配基的经皮渗透量为指标,模拟二者透皮吸收的动力学方程式.结果:加入氮酮能够显著增加华蟾酥毒基和脂蟾毒配基的吸收量和吸收速度.氮酮加入量的不同,对二者的吸收速度和吸收量及动力学方程亦不同.结论:复方蟾酥镇痛巴布膏剂中加入5%的氮酮能够显著增加华蟾酥毒基和脂蟾毒配基的吸收速度和吸收量

作者 林桂涛 (山东中医药大学, 济南, 250355); 盛华刚 (山东中医药大学, 济南, 250355); 张超 (山东中医药大学, 济南, 250355); 胡乃何 (山东中医药大学, 济南, 250355);

刊名 中国实验方剂学杂志 2011 年 17 卷 09 期

英文期刊名 CHINESE JOURNAL OF EXPERIMENTAL TRADITIONAL MEDICAL FORMULAE

治癌 防癌

李建坤

(昆明市西山区兴隆小区兴隆巷 60 号李建坤中医所, 昆明 西山区, 650118)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0425-02

癌症是各种恶性肿瘤的统称。其细胞的生长和分裂速度高于正常细胞, 且往往可转移到其他组织。

中国中医学博大精深, 早在距今约 3500 多年的殷周时代, 殷墟甲骨文上已记有“瘤”的病名。该字由“疒”“留”组成, 说明了当时对该病已有“留聚不去”的病理认识。癌症在 2000 多年前, 中国中医学属于: “症瘕”、“积聚”、“噎膈”等“证”的范畴, 古人在给病患检查时, 由体表至脏腑触及到坚硬如石的包块(古人形容如手经水面摸到水下石头感, 顾名思义为“岩”)。华佗在《中藏经》中指出: “夫痈疽疮肿之所作也, 皆五脏六腑蓄毒不流则生矣, 非独因荣卫壅塞而发者也”; 东汉的张仲景对肿瘤与非肿瘤的临床表现和预后的区别进一步发展了《难经》的论述“积者, 脏病也, 终不移; 聚者, 腑病也, 发作有时, 展转痛移, 为可治”……; 隋代巢元方所著《诸病源候论》不但分门别类地记载了许多肿瘤疾病和症状, 如“症瘕”、“积聚”、“食噎”、“反胃”、“癭瘤”等病证, 而且还论述了病因、病机, 同时记载了“缝亦有法”的外科手术方法。

中医认为“久病不愈, 久伤不愈, 不良嗜好的生活习惯, 房劳过度, 过重精神压力堆积为瘤或癌”病情在发展变化过程中若得不到合理有效的治疗, 则人体气机不顺, 阴阳失调, 所至机体内留下了“恶血”“恶痰”日积月累则有可能变异为“瘤”“癌”。

不论是什么癌症, 必定结于脏腑。若结于脏腑以外的部位, 也必定是脏腑的经脉所循行之处。在治疗时, 肿瘤处于哪个脏腑的经脉, 就专意治疗哪个脏腑, 并依照阴阳五行原理兼治其它脏腑, 培养元气。所以, 好的中医必须通晓脏腑理论和经脉学说必须辨证施治, 灵活用药, 若能如此, 能将“不治之症”的癌症彻底治愈。切不可固执地遵循西医思路去研制抗癌新药, 因为不可能有哪一个方子或哪一种药能够包治所有器官的癌症。

中医药治疗癌症是完全可以康复的; 但肿瘤患者应该选择对肿瘤, 癌症在治疗中有多年临床经验的中医医生, 至少可以让患者减轻痛苦, 延长生命, 提高生活质量。结合中医中药理论; 我主要以调和阴阳, 扶正抗邪, 软坚散结, 疏肝解郁、理气止痛, 破血消癥、通经活络, 破气行滞, 活血祛瘀, 化瘀止血, 活血定痛, 益气摄血, 通经络、消瘀肿; 清热解毒, 利湿消痰。用药过程中不要受本草“十八反”“十九畏”的限制, 但用药要谨慎。我治疗肿瘤的方法以散中求

补, 消中求行, 利中求清, 活血不伤正, 扶正不留瘀。对气滞血瘀所致的肿瘤, 此方法可以收到神奇疗效。

有的肿瘤患者患病后没有条件医治, 带瘤生存数十年, 有的肿瘤患者经济条件很好, 选择手术, 放疗, 化疗的治疗方法, 耗费上百万经济, 大多能生存 3—5 年。对晚期癌症的治疗更重要的是减轻痛苦, 提高生活质量, 控制病情, “稳中求进”。

若是以手术完全移除肿瘤细胞, 癌症是可以被治愈的。但并非总是如此简单, 外科手术通常无法切除已经转移到其他部位的癌细胞。使用外科手术治疗癌症的例子包括以乳房切除术治疗乳癌或是进行前列腺切除术治疗前列腺癌。手术的目的在于移除肿瘤细胞或是整个器官, 虽然将主要的肿瘤经外科手术切除, 但仍有些潜伏在肿瘤所生长的器官周围淋巴管的单一肿瘤细胞是无法被察觉的。随着时间过去, 又会重新生长成一个新的肿瘤, 称为癌症复发。除了切除原发性肿瘤之外, 癌症的病程分期也需要手术的协助。例如, 确定肿瘤恶化的程度与是否发生淋巴结转移。病程分期主要可用来推测预后和是否需要实行辅助治疗。有时手术也被用来控制症状以减轻病人痛苦, 如脊髓压迫或肠阻塞, 称为舒缓治疗

大致上癌症的症状可分为三类: 局部症状: 异常肿块或肿胀(肿瘤), 出血, 疼痛和溃疡。

全身性的症状: 体重减轻、食欲不振、恶病体质、大量出汗(夜间盗汗)、流血不止、贫血、休克、抽搐和伴随肿瘤新生引起的体内系统失调。

恶性转移的症状: 淋巴结肿大、咳嗽、咳血、肝肿大、骨头疼痛、骨骼因肿瘤转移影响发生骨折以及神经系统的症状。

癌症的早期信号

①原因不明的胸痛, 咯血丝痰。

②炎症在肺的同一部位反复发生, 经积极的抗炎治疗, 效果不佳。

③肺结核病人病情稳定后, 突然复发恶化。

④肺局部肺气肿或肺不张者, 应提高警惕, 必要的时候做支气管镜检查。

⑤原因不明的视力障碍或视野缺损, 即使无明显的眼底改变, 也应进行常规头部 CT 检查, 对可疑病例应进一步行 MRI 检查。

⑥对于眼肌麻痹患者, 在排除外伤、糖尿病及炎症等因素后, 应行头颅 CT 检查。

⑦因颅咽管瘤多发生于儿童或青春期前，故如幼儿仅出现轻微的视力障碍或视野缺损，但同时伴发育停滞，智力低下，应高度警惕颅内肿瘤的存在。

⑧鞍区肿瘤除眼部视觉改变外，常常会有其他全身症状伴随，如内分泌障碍，头痛等。因而当出现这些症状时要怀疑颅内肿瘤的存在。

⑨咽下梗噎感：最多见，可自选消失和复发，不影响进食。常在病人情绪波动时发生，故易被误认为功能性症状。

⑩胸骨后和剑突下疼痛：较多见。咽下食物时有胸骨后或剑突下痛，其性质可呈烧灼样、针刺样或牵拉样，以咽下粗糙、灼热或有刺激性食物为著。

(11)食物滞留感染和异物感：咽下食物或饮水时，有食物下行缓慢并滞留的感觉，以及胸骨后紧缩感或食物粘附于食管壁等感觉，食毕消失。

(12)咽喉部干燥和紧缩感：咽下干燥粗糙食物尤为明显，此症状的发生也常与病人的情绪波动有关。

防癌要则十条

①不吃发霉的粮食及其制品。花生、大豆、米、面粉、植物油等发霉后，可产生黄曲霉素，是一种强烈的致癌(特别是肝癌)物质。

②不吃熏制或腌制的食物，如熏肉、咸肉、咸鱼、腌酸菜、腌咸菜等，这些食物中含有一种可能导致胃癌和食道癌的化学物质。

③不吸烟。香烟中的焦油等物质是导致肺癌和胰腺癌的致癌因素。最近研究证明，吸烟和妇女宫颈癌也有关系。

④不酗酒，特别是不饮烈酒。浓度高的酒精会刺激口腔、食道壁和胃壁的上皮细胞并引发癌变。同时吸烟与喝酒会大大增加致癌的机会

⑤日常生活中应习惯于饮用普洱茶，根据自己身体状况，若舌苔白可喝熟茶(红茶)若舌苔红则喝生茶(绿茶)

⑥饮用新鲜、清洁的水，不喝过烫的水，不吃过热、过硬、烧焦或太咸食物。

⑦少吃高蛋白，高脂肪，辛辣，高热量饮食，多食豆浆。

⑧肝病者应保持心情舒畅，不爆急，爆怒。

⑨肺病患者痰湿过重，不吃鸡，鱼等易生痰食物。

⑩多吃新鲜蔬菜，吃饭不要过饱，控制肉类食物摄入量，控制体重，这样可以减少癌症的发病率。

癌症患者的心理护理

根据国外文献记载，约34%~44%的癌症病人有明显心理应激反应或心理障碍，其中18%的病人符合重症抑郁发作的诊断。如何帮助癌症病人减轻心理负担，摆脱情绪困扰，改善生活质量，是肿瘤、精神、心理等学科需要重视的问题之一。

癌症病人应当具备怎样的心理素质呢?日本著名医学专家伊丹教授指出:“惧怕死亡和疾病是非常健康的心理，没有这种害怕心理是不正常的。对惧怕的心理不要去管它，重点应放在追求有意义的生活上。”鼓励癌症病人，以建设性积极态度生活，从而达到治愈癌症及其它顽症之目的。

相关文献:

浅谈肿瘤的预防

预防比治疗更重要,癌症预防一般分为一级预防、二级预防、三级预防三个层次.一级预防:指病因预防.①多种致癌、促癌因素按其来源可分为饮食(30%-35%)、吸烟(30%-32%)、病毒和细菌感染(10%)、性生活(7%)、工业污染(6%)、酒精(3%-4%)、辐射(1%)、其他(6%).这些因素可以通过改造有害环境和改变不良的生活习惯来消除或减少,从而预防癌症的发生.②二级预防:临床前预防、“三早”预防.癌症能治疗,关键在“三早”.国内外大量的临床实践证明,癌症早期发现、早期诊断、早期治疗是可以治愈的.③三级预防:临床期预防或康复性预防.其目的是防止病情恶化,防止残疾.目前癌症治疗尚缺乏特效药物和根治办法,应当根据患者的具体情况,科学先用多种方法进行综合治疗,对于中晚期癌症可以缓解症状,提高生活质量延长其生命.现就肿瘤的预防浅谈以下几点:

SC+CIK+DC 细胞治疗 78 例肿瘤

王振国

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0427-03

【摘要】目的: 研究 SC (干细胞) 联合 CIK (细胞因子诱导的杀伤细胞) 和 DC (树突状细胞) 治疗肿瘤。方法: HLA 组织配型半相合以上来源的异体外周血或脐带血, 从其中分离出的 SC; 以及分离出的单个核细胞, 体外经 rhGM-CSF (集落刺激因子) 和 rhIL-4 (白细胞介素 4) 诱导产生 DC (树突细胞); 及分离出的淋巴细胞经 IFN- γ (干扰素 γ)、IL-2 (白细胞介素 2)、CD3mAb (CD3 单克隆抗体) 和 IL-1 α (白细胞介素 1 α) 体外诱导产生 CIK 细胞, 采用流式细胞术检测 CIK 的表型, 并回输患者进行治疗, 接受 3-5 次治疗。结果: 41 例可评价病灶的患者中, 6 例完全缓解 (CR), 3 例部分缓解 (PR); 15 例不可评价病灶的患者中, 2 例患者胸腹水消失, 3 例患者下肢浮肿消失。结论 SC 与 CIK 和 DC 治疗各期恶性实体瘤有一定的临床疗效, 为该类患者的治疗提供一种有效的免疫治疗手段。

【关键词】 干细胞; 杀伤细胞; 树突细胞; 免疫疗法; 肿瘤

干细胞 (stem cell, SC) 移植是通过分泌细胞因子, 刺激机体产生抗体, 提高机体的免疫力; 也可以通过抗原抗体反应作用于肿瘤细胞, 靶向杀伤体内肿瘤细胞; 还可以直接吞噬肿瘤细胞, 治疗肿瘤, 阻止肿瘤的复发转移。细胞因子诱导的杀伤细胞 (cytokine induced killer, CIK) 是以 CD3+CD56+T 细胞为主要效应细胞的异质细胞群, 具有增殖快、杀伤活性高、杀瘤谱广等优点。树突状细胞 (dendritic cell, DC) 是体内功能最强大的专职抗原递呈细胞, 是唯一能激活幼稚 T 细胞的抗原递呈细胞。DC 与 CIK 共培养可促进 CIK 的增殖, 并加强其功能^[1, 2]。为此, 本单位自 2009 年 11 月~2010 年 6 月用 SC+CIK+DC 细胞联合治疗 78 例肿瘤患者, 取得较好的近期疗效, 其中 5 例仅仅是体检中发现肿瘤标志物高, 用干细胞移植治疗后, 肿瘤标志物恢复了正常。现将临床观察部分结果报告如下:

1 对象和方法

1.1 对象

73 例恶性实体瘤患者均经病理证实, 男性 50 例, 女性 23 例, 中位年龄 52 岁 (21~83 岁); 其中胃癌 8 例, 结直肠癌 7 例, 肝癌、肺癌各 11 例, 鼻咽癌 6 例, 食管癌 5 例, 非何杰金淋巴瘤、乳腺癌、恶性黑色素瘤及肾癌各 2 例, 脑瘤 2 例, 前列腺癌各 2 例, 胸腺瘤、胰腺癌、横纹肌肉瘤、平滑肌肉瘤、骨肉瘤各 1 例, 宫颈癌及卵巢癌各 3 例。另外仅仅肿瘤标志物高者 5 例。

1.2 主要试剂

Ficoll 淋巴分离液 (GE Healthcare Bio-Sciences AB); IL-1 α (PeproTech Inc.); rhIL-4 (PeproTech Inc.); 肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor, TNF- α , 上海赛达生物药业有限公司);

CD3mAb (Abcam Inc.); IFN- γ (PeproTech Inc.); rhIL-2 (PeproTech Inc.); GM-CSF (PeproTech Inc.); RPMI 1640、无血清培养基 AIM-V (美国 Gibco 公司)。

1.3 肿瘤抗原

来源于患者自身手术标本或肿瘤细胞经超声波粉碎后, 10 000 r/min 离心 \times 20 min, 收集上清为肿瘤组织细胞裂解物。

1.4 方法

1.4.1 干细胞

脐血来源的 SC 由脐血库提供。子女提供的骨髓来源的干细胞用干细胞分离液分离得到。

1.4.2. CIK 细胞的制备参考文献^[3]。

由患者子女提供的外周血的单核细胞经血细胞分离机分离得到 10^6 ~ 10^7 个细胞, 用 RPMI1640 培养液悬浮细胞, 离心 (600 r/min \times 10 min), 洗涤细胞 3 次后, 用 AIM-V 无血清培养基调整细胞密度为 (4~6) $\times 10^6$ mL⁻¹, 置于 37 $^{\circ}$ C、体积分数为 0.05 的 CO₂ 中培养 2 h。收集非贴壁细胞, 用含人 AB 血清的完全培养基调整细胞密度约为 1×10^6 mL⁻¹, 加入 IFN- γ 1000 U/mL, 24 h 后加入 rhIL-2300 U/mL, CD3mAb 70 ng/mL, IL-1 10 U/mL, 每 3 d 换液 1 次, 同时补加 rhIL-2 100 U/mL。

1.4.3. DC 细胞的培养参考文献^[4]。

1.4.3.1 外周血 MSCs 的分离培养: 从 60ml 外周血, 肝素抗凝, 加等量 PBS 缓冲液稀释, 取 50ml 离心管, 先加入 15ml 密度 1.073g/ml 的 Ficoll 梯度分离液, 小心加入稀释后的外周血, 2000r/min 离心 25min 后, 用吸管吸取分层界面的白色环形絮状物 (富含单个核细胞), 800r/min 离心洗涤 2 次, 5min/次, 沉积细胞用含 15% 胎牛血清、100u/ml 青霉素、100u/ml 链霉素的 DMEM 高糖培养基悬浮, 调整细胞密度为 1×10^9 /L, 接种于 25T 的培养瓶内, 放置在 37 $^{\circ}$ C、体积分数为 0.05 的 CO₂ 饱和湿度培养箱中培养。孵育 72h

后更换培养基，去除红细胞及其他未贴壁细胞，以后视细胞生长情况平均三四天换液1次。

1.4.3.2 在1.4.3.1获得的贴壁的PBMNC细胞中加入含GM-CSF 1000 U/mL、rhIL-4 1 000 U/mL的AIM-V培养基，在37℃、体积分数为0.05的CO₂中培养，每3d换液1次。第3d将肿瘤抗原加入DC培养液内，第5d加入TNF-α 1 000 U/mL，第7d将部分负载后的DC按1:5的比例加入CIK培养液中，共培养5~7d。

1.4.4 细胞增殖

动态观察细胞增殖，采用标准白细胞计数方法，计算每毫升中的细胞总数。

1.4.5. 细胞表型测定

收集培养第1d和第12d的CIK细胞，PBS洗涤细胞2次，使用不同的抗体组合标记细胞，这些抗体组合为：CD3 CY5，CD8 PE和CD3 FITC，CD56 PE，室温孵育20min后，PBS洗涤细胞2次，流式细胞仪分析。

1.4.6. 细胞回输

收集培养12~14d的CIK细胞，细胞总数>10*10⁶个，2000 r/min×5 min离心、洗涤2次后，细胞溶于生理盐水100 mL中，细胞量>10*10⁶ mL⁻¹，静脉滴注，3 h内回输患者体内。收集培养7~14d的悬浮的、经过表型鉴定的成熟DC，溶于1 mL生理盐水中，10*6 mL⁻¹皮下注射。

1.5 疗效评价疗效指标包括客观缓解率(OR)、有效率(RR)和临床受益率(CBR)。

1.5.1 可测量病灶的客观缓解率(OR)

主要采用CT或胸片、B超测量病灶大小(双径测量)，按WHO规定的评定肿瘤近期疗效标准，即每2个疗程后作评价，分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、无变化(SD)和进展(PD)。如初步评价为PR或CR，则于4周后再次评价确认。以4周确认后的CR+PR统计客观缓解率(OR)。

1.5.2 不可测量病灶的有效率

(RR) 胸、腹水消失为有效，如初步评价为有效，则于4周后再次评价确认。以4周确认后的有效病例数统计有效率(RR)。

1.5.3 临床受益率(CBR)

疼痛程度减轻≥50%并持续>4周，体力状况改善≥20分并持续>4周，体质量增加≥7%，胸腹水减少≥50%但未消失。疗效判定分为：①有效：至少符合上述标准中1项，且其他无变化；②稳定：全部无变化。

1.5.4 肿瘤标志物的测定

1.5.5 观察患者术后无病生存期(DFS)

1.6 统计学处理利用SPSS 12.0分析，2组独立样本均数比较采用t检验。

2 结果

2.1 SC干细胞回输经静脉注射，细胞数量在10*8-10*10，溶于生理盐水100 mL中。

2.2 CIK细胞培养前后淋巴细胞表型分析经流式细胞仪分析表明，CIK属于异质细胞群，随着与DC的共同孵育时间的延长，其表面CD3+CD8+及CD3+CD56+双阳性细胞群的比例明显增加，与培养前比较差别有统计学意义(P<0.01)。

2.3 CIK细胞增殖细胞在培养的前3d数量略有减少，但随后即快速增长，培养第5d开始倍增，至第12d，细胞体积明显变大、变形，形状不规则，并呈现母细胞化，成簇生长。此后每3d增长2~3倍，至第12d时细胞数量约为培养前的15倍左右，同时加入DC共同培养的CIK增殖速度更快，至第12d其细胞数约为未加DC的CIK细胞数的3~4倍。

2.4 DC和CIK回输方法及回输疗程

DC于淋巴结转移的部位采用皮下注射，溶于生理盐水1 mL中，10*6 mL⁻¹，每天1次，1-3次治疗，或者经静脉注射。CIK经静脉注射，每天回输1次，每次100 mL，10*10 mL⁻¹，3-5次为1疗程。

2.5 临床疗效及不良反应

2.5.1 临床疗效：①41例有可测量病灶患者可评价OR。3例CR(鼻咽癌、恶性黑色素瘤与结肠癌局部治疗各1例)，7例PR(鼻咽癌2例，原发性肝癌、膀胱癌、前列腺癌、直肠癌及非小细胞肺癌各1例)。OR为12.2%。②16例有不可测量病灶胸腹水的患者可评价RR。3例胸腹水消失(有效病例)。RR为22.58%。③73例患者均可评价CBR：卡氏评分增加≥20分70例61.95%；疼痛减轻≥50% 25例(40.98%)；体质量增加≥7% 52例(46.02%)；胸腹水减少但未消失15例(48.39%)。总CBR为50.44%。④16例术后患者中3例DFS 2年(非小细胞肺癌与结直肠癌各1例，乳腺癌各1例)，3例>1年(胃癌与肝癌各1例，结直肠癌1例)。体检中发现仅仅肿瘤标志物高者5例，SC移植联合中药治疗一个月后指标正常。

2.5.2 不良反应

回输后最常见的不良反应为低热(6.4%)，未出现高热反应；其次是皮疹(2.5%)，2例(2.5%)出现一过性寒战，肌注异丙嗪后缓解，未见其他严重不良反应。

3 讨论

恶性肿瘤已经成为导致人类死亡的主要原因之一，我国恶性肿瘤在各种死因中排第2位。多项研究表明，恶性肿瘤之所以能够在体内增殖、转移，主要原因是肿瘤缺少非主要组织相容性抗原(MHC)等能激活T细胞的分子，不能被T细胞识别，而无法激活T

细胞介导的主动免疫。而今,恶性肿瘤的过继性免疫治疗已经成为肿瘤治疗的重要辅助手段。在临床上,淋巴因子激活的杀伤细胞、肿瘤浸润性淋巴细胞等细胞治疗已经成功用于某些肿瘤的治疗,取得一定的疗效,但其缺点也很明显:体外增殖数量少、细胞杀瘤活性低、不良反应大等,限制了其进一步推广应用。

SC 移植运用于恶性肿瘤治疗是因为它与肿瘤关系密切。它可以重建造血功能。不仅可以利用其“归巢”性,靶向性地集中在肿瘤病灶的周围,对肿瘤细胞进行直接杀伤;而且可以在分子(基因)水平上恢复致癌基因与抑癌基因的平衡状态,有效地防止肿瘤的复发和转移;同时可修复肿瘤术后放化疗对正常组织造成的损伤,重建造血的功能,恢复机体的免疫监视和抗肿瘤能力。

CIK 细胞是以 CD3+CD56+细胞为主的异质细胞群,是一种非 MHC 限制性的高效溶肿瘤细胞毒性 T 淋巴细胞,目前临床所用 CIK 细胞主要是以 CD3+/CD8+和 CD3+/CD56+为主的异质性细胞。

DC 细胞是体内功能最强的专职抗原递呈细胞,它的独特之处在于它能激活幼稚 T 细胞,并且它抗原递呈能力比 B 细胞和巨噬细胞强 100 倍,在机体免疫系统中发挥着十分重要的作用。有研究表明,将负载抗

原的 DC 细胞与 CIK 细胞共培养后,可促进 DC 与 CIK 细胞成熟,并可促进 CIK 的增殖和功能,其机制可能为:①成熟的 DC 表面的大量树枝状突起可使其负载肿瘤抗原并呈递给 CIK 细胞;②激活后的 DC 分泌 IL 12、IL 18 及 IFN γ 等细胞因子,刺激 Th0、Th2 细胞向 Th1 细胞分化,并强烈激发 Th1 型特异性免疫应答;通过 MHC II 类分子途径将外源性的肿瘤抗原呈递

给 CD8 细胞,同时还提供充分的共刺激信号。笔者认为,DC 有可能在特异性和非特异性免疫之间起到桥梁作用,而 DC CIK 治疗可作为肿瘤过继免疫治疗的首选方案。

本研究通过流式细胞仪检测发现,随着诱导培养时间的递增,CIK 细胞 CD3+CD8+、CD3+CD56+双阳性细胞的比例增高,与培养前相比差别具有统计学意义 ($P < 0.01$),这说明诱导活化后的细胞既具有 T 细胞标志(CD3),也有 NK 细胞表面标志(CD56),因而兼有 T 淋巴细胞抗瘤活性和 NK 细胞非 MHC 限制性杀瘤的特点。在细胞培养过程中,发现将 DC 细胞与 CIK 细胞共培养,可进一步促进 CIK 细胞的增殖,增殖倍数约为 3~4 倍,这为 CIK 有效地应用于临床提供了实验依据。笔者认为 DC 和 CIK 之间的相互作用,可引起 DC 和 CIK 细胞表面分子表达和细胞因子分泌的变化,共培养 DC 和 CIK 细胞可在体外扩增出大量的特异性的 CD3+ CD56+细胞,并具有杀瘤活性强、杀瘤谱广泛、非 MHC 限制性的特点。

笔者将 SC 与 DC 和 CIK 细胞根据病人个体化的差异,选择性的应用其中一种或两种,甚至三种细胞都用,在临床上对患者进行回输,取得了较明显的疗效,表明 CIK 细胞过继免疫疗法能明显提高癌症患者免疫功能,改善临床症状,延长生存期,具有临床推广价值。

作者简介:

王振国,研究员、主任医师、大学客座教授。北京振国肿瘤研究中心主任,振国肿瘤医院院长,振国集团董事长。

中药配合化疗治癌均应打破传统治疗

武常流

(北京肿瘤自然疗研究所, 北京 北京, 100068)

中图分类号: R273

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0430-02

【摘要】 本文是笔者根据自己多年用中药配化疗治癌的探索总结, 发现二者结合不但可获得 1+1>2 的效果, 而且, 在打破中医传统治癌一味的“以毒攻毒”为主的配伍格式, 和依据擅长个体化治疗的中医理论来辩证、权衡化疗剂量与程度的基础上, 还可避免过度治疗事件的发生, 从而有效提高患者的生存质量和生存期。

中药配合化疗, 是中西医综合有效治癌手段之一。用中药扶正、化疗祛邪的结合, 也可归属中医“攻补兼施”的范畴, 适用于癌症“虚实兼杂”或“正虚邪实”的中晚期病理阶段。但长期以来, 由于临床从事中医或西医肿瘤专业的同仁们, 虽临床已发现完全按照西医拟定的化疗方案治癌, 或单纯用传统的中医药治癌, 均难以获得理想的效果, 甚至还有可能耽误病情、或造成过度治疗事件的发生。然而, 毕竟各守自己所掌握的西医或中医治癌理论已临床多年, 同时中西医双方又缺乏沟通, 即使明知中药配合化疗可获得 1+1>2 的效果, 但由于缺乏理论和经验的支持, 也不敢妄犯族规。为此, 笔者根据自己多年中药配化疗的探索总结, 不揣浅陋, 谈点看法, 供同道斧正。

1 中医治癌用“以毒攻毒”要向西医靠拢

多少年来, 中医治癌总是靠祖宗留下的一些以“以毒攻毒”来治疗“肥气”“痞气”“积气”“症瘕”的方子, 用药常离不开“斑蝥、巴豆、雄黄、甘遂、大戟、芫花”等大毒峻剂之类, 但经多年的临床验证, 在杀灭癌细胞祛邪、缩小肿瘤方面的作用, 与其化疗药几乎没有可比性。由此, 中医处方治癌, 有必要打破传统方药, 积极认可化疗药就是“攻实祛邪”最好的药物, 不必总围绕“以毒攻毒”的传统方药摸索, 应“借西医之常, 补中医之短, 西为中用”。临床针对“化疗攻邪”后的规律和见证, 提高中医对新生事物的认识, 积极辩证补虚调理, 从而探索寻找新的中医治癌之路。

2 中医药治癌应发挥自身的强项

中医中药在我国历史悠久, 资源丰富, 长期的临床实践积累了丰富的经验。特别是近四十年来的临床及药理研究已证实, 中医药治癌的机理为: ①细胞毒作用; ②诱导肿瘤细胞的分化与凋亡; ③反突变、反启动; ④免疫调节。并证实用中药配合化疗治疗恶性肿瘤, 在改善临床症状、生活状态和生活质量、减轻毒副作用方面效果较为突出。由此不难看出, 中医药

在以上 4 项中, 除细胞毒作用弱于化疗外, 其余 3 项均为其自身的强项。

比如: 化疗骨髓抑制导致的血细胞下降, 几乎无一例外。用升白细胞的针药虽可使白细胞暂时性升高, 但停用后很快白细胞又会降低, 如此反复的刺激应用, 致使血细胞(骨髓)的生源匮乏, 非但用升高白细胞药物的疗效不佳, 而且患者又现体力虚弱、腰腿酸软, 甚则骨骼酸痛等骨髓空虚的见证, 迫使治疗中断; 或因其肿瘤组织本身产生的毒性激素和肿瘤易致氮平衡、内源性营养缺乏的发病特点, 进一步加重了骨髓受损的程度, 均为目前治癌功亏一篑的重要原因。

鉴于以上情况, 笔者建议化疗治癌的同时, 可根据中医治虚劳的验方和现代中药药理研究, 针对患者的骨髓抑制、心、肝、肾损害的程度, 以及并发症的见证, 给予补气养血、健脾和胃、滋补肝肾, 扶正培本保护骨髓脏器, 降低血液粘稠度, 改善高凝状态, 减轻粘膜、神经损害的中药, 及时处方用药, 给病人服用, 不但能很好的缓解化疗的副反应, 而且还能提高化疗的疗效从而达到化疗的减毒增效作用。

另则, 若坚持服用此类中药, 使其病人的白细胞保持常态, 贫血也不明显, 相对病人也可顺利按期使用化疗“攻邪”的有效手段, 如此一中一西, 攻补兼施, 可明显提高临床治癌的效果。

3 西医化疗也不能太古板教条

上述已表明, 针对病灶治疗的化疗药和中医“以毒攻毒”治癌药基本吻合, 相当于中医“祛邪以扶正”的治疗原则, 以达“邪去正自安”的目的。但中医认为肿瘤是一典型的虚实兼杂症, 一般早期治疗以“祛

邪实”为主兼以“扶正”; 中期“攻补参半”; 晚期以“补虚”为主, 兼以“顾邪”。由此“攻补兼施”, 不但为本病治疗的基本原则, 而且贯穿着癌症治疗的全过程, 由此说明采用“以毒攻毒”的治癌(化疗)方法, 理应是相当长的。然而, 由于临床化疗过渡事件的发生率很高, 从而折射出临床肿瘤化疗个体化的

需求程度。但时值当前，西医化疗个体化成熟方案的实现，实乃举步维艰。现依据笔者中药配合化疗的临床经验认为，西医化疗个体化，也可参照整体宏观辨证的中医学理论，遵循《内经》“大毒治病，十去其七”的毒药治病原则，打破其传统化疗的常规剂量或间隔时间，改为“因人而宜”、“中病则止”、“病去大半而已”的个体化化疗思路。特别是针对病情过程中的某一病理阶段所出现“正虚”与“邪实”的轻重之别，来选择补多于攻，或攻多于补的用药原则。从我治疗中晚期癌成功的案例证实，对于化疗药的剂

量和间隔，也要依据患者体征，打破常规，宏观调整适应个体化化疗的方案。

4 化疗疗效的关键是适度

按中医治病用药的理论，用药必中病所。因此，依据笔者的经验，在癌症的治疗过程中，若为根治性的肿瘤，或初次化疗体质尚可者，一定要不失时机地按照传统的经验化疗方案进行，并清楚预计该化疗方案副反应的程度，做好充足应对措施，及时足量给药；若面对化疗已达2-4次，或为姑息化疗的患者，一定要三思而后行，对一些即使体质尚可，但肿瘤反应明显者，也应突出中医整体辨证论治理论，结合现代医学的化验结果等相关辅助检查而适当量化。特别是对于一些晚期姑息化疗的病人，个千万要掌握在宁缺、勿过的尺度上进行干预化疗就可以了，切勿犯下“虚虚实实”之诫！因多数化疗患者的远期反应都是很明显的。况且，历史的教训已告诫我们，“癌症过度治疗事件”是以往癌症死亡的常见原因。

相关文献：

化浊解毒方治疗非小细胞肺癌临床观察

目的 观察化浊解毒方联合化疗(NP方案)治疗非小细胞肺癌的近期疗效. 方法 将214例晚期非小细胞肺癌患者随机分为2组, 治疗组110例采用化浊解毒方配合化疗治疗;对照组104例单纯给予化疗(NP方案). 观察2组瘤体大小变化、生存质量、不良反应情况. 结果 治疗组近期有效率45.4%、稳定率82.7%, 对照组有效率13.4%、稳定率75%, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗组生存质量有效率88.1%, 对照组有效率63.4%, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗组不良反应发生少于对照组($P<0.05$). 结论 化浊解毒方配合NP化疗方案治疗晚期非小细胞肺癌有显著的增效减毒作用.

作者 安国辉(河北省新乐市中医医院, 新乐, 050700); 王根民(河北省井陘县中医院, 井陘, 050300); 王开成(河北省唐山市丰润区中医医院, 唐山, 064000); 贾丽霞(河北省新乐市社会保险职工医院, 新乐, 50700);

刊名 中国中医药现代远程教育 2011年9卷06期

英文期刊名 CHINESE MEDICINE MODERN DISTANCE EDUCATION OF CHINA

关键词 非小细胞肺癌 中药疗法 化浊解毒

MeSH主题词 效率(Efficiency) 对照组(Control Groups) 观察(Observation) 肿瘤(Neoplasms) 统计学(Statistics) 目的(Goals) 癌, 非小细胞肺(Carcinoma, Non-Small-Cell Lung) 药物疗法, 联合(Drug Therapy, Combination)

“治未病” 中医药放光彩共享

金柄谷

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0432-01

中草药在宇宙自然条件状态下生长,它吸天地之甘露,采天地之灵气,受日月之精华,得自然之灵气而生长出千姿百态的药源来,迎合了天地人的接纳,对人体五脏六腑的平衡进行调整,中医药在我们日常生活中的健康,起到了不可估量的作用。

30多年前,我就开始对“治未病”进行了仔细的探讨,根据祖传秘方,结合现代科学的研究,特别是对亚健康人群的生理机能神奇效果——一种荣获国家发明专利“养胃酒”(金丙酒)。

当今祖国医学日益发达完善,在继承发展的过程中,加强中医理论和配方的实践,解决中医药不良反应的问题,组成了中药的现代配方,加强了该配方的安全性,对提高中药的整体水平起到了推动作用,因中药是自然科学,中药对防止重大疾病有独具特的疗效。我们现在已经进入创造健康,人人共享的时代。

①中医的特征,是以整体观念,辩证结论、他有平衡饮食、补充能量、增强体质的作用,也有生物活性和一种独特修复细胞,复活细胞的特殊作用。

②由于中草药是自然状况条件生产物,30年前就用自然之灵气,所生长的药源,进行一场细胞治疗及人体微循环经络的治疗革命,里面有食物和药性借鉴的化活物研究,通过精密的配伍配料精细得当,饮用量少,并得到广泛的应用,在疑难杂症中的治疗,更具有神奇的效果,防范未然不进医院。

③利用祖传的秘方,用现代科学的分析,用多味中药的配伍,通过高粱酒,与药物相互滋润的原理调配出一种“养胃酒”(医学名)商品名“金丙酒”因

酒也是百药之长,酒可以提高其它药物的功效、酒有强大的渗透力、酒文化源远流长,通过酒来刺激体表穴位,及全身经络的传导、走微循环、来调整气血和脏腑的功能、解除疲劳、滋补肝肾、调补心肾、而达到通络十二经及任督二脉,使整体细胞活动有力、调整肌体的阴阳失衡、协调脏腑气血功能,增强肌体免疫细胞、使肌体细胞运态均衡,从根本上解决病患和防治亚健康的问题。

④通过30多年的研究,和上千万的实践应用,“金丙酒”有独特营养神经促进细胞再生,对心脑血管硬化用酒来促进毒素的排泻,在新的科学研究中已经证明了对缓解大脑缺氧,缺血具有显著效果,在2004年的发明专利中,提到酒度低,口感香甜,具有补血、益气、健脾、益肝、益肾、固本培元之功能、无任何毒付作用、坚持每天饭前半小时饮用:15—18克,极量达到210克、不醉人、有病可除病,无病能保健,是一种适合各阶层男女老少饮用,而且四季皆宜的养生佳品,在对人体摄入“金丙酒”后不仅促进了脑神经酸的吸收利用,为体内所有细胞营养,修复再生。提供了能量保证,又从根本上打开了细胞营养通道,能消除细胞的酸中毒,恢复糖解质的过程中,稳定了细胞膜,人体的免疫功能也就加强了

⑤对预防亚健康人群,首先应从纠正病因开始,根据“审因论治”的理论,从并平时的生活细节抓起,要从思想上重视,自身健康,“金丙酒”时刻为你生活增添色彩。服务创造价值、努力回报社会,保护人民身体健康,保护全人类的健康作贡献。

求证中医 (一)

解6 略论人体结构

杨世光

1 我的整体观

据我观察,人体是指具有特定形态和内在器官的组合物。

从外表看:人是一个有特定形态的整体。但这个整体是由头,颈,躯干,上肢和下肢有机地组合而成的组合物,不是无机的组装体。因此,我认定:人这个整体是由支体有机组合而成的系统,并非单质的无机结合体。这就是我的人体整体观。

2 我的支体观

从外形看,人体呈现头,颈,躯干,上肢和下肢等形态不同的形体,我把这些形态不同的形体称为组成人体的支体。而把各个支体的有机组合物叫做人体。由此可见:人体是一个由支体组合成的系统,而不是单一的整体。

3 我的组合观

支体在组成一个整体之后,他们又高度的协调统一,形成一个功能上的整体。这个整体以他的协调性和统一性区别于其他的无机物体。因此:我把具有协调性和统一性的组合称作有机组合。把没有协调性和统一性的组合叫做无机组合。有机组合是生命体的特定组合方式。无机组合是非生命体的组合方式。这就是我的组合观。

4 我的经络观

我认为:经者,纵贯之组织系统也;络者,横联之组织系统也。经络者,纵横网织各支体器官以构成人体之组织系统也。

从形态角度看:人体是一个整体。但从结构状态看,他又是由各个支体有机组合而结构成的集合体,所以我认为人体是一个系统。在人体系统中,有各种部件,支体是整体的分支部件。经络是支体有机组合成人体的联接部件,所以经络也是构成人体的重要部件之一。

这样看来,人体这个整体,就是由头,颈,躯干,手,腿等支体经过经络组织网织而成的系统。绝不是囫圇的整体。

5 我的脏腑观

我认为:脏者,是一种能自律的生命系统的中心。腑者,是人体与外界进行物质交换的器官。比如人的大脑,心,肝,脾,肾都具备脏的功能特征。肺,胃,肠,膀胱,眼,耳,口,鼻,都具备腑的功能特征,他们同有异,有类可归,应予重新鉴定。

①脑,位于头部的颅骨腔内。他是整个人体的信息处理中心。也可以说他是人体内各个支体及各脏腑,各子系统的协调机构和司令部。他联系和程控着全身的神组织,成就了一个灵敏,高效的信息程控体系,实是人体内最重要的脏器。

②心,他位于胸腔中偏左位之内。他是人体内的交通部。他直管着血液循环系统,推动着肺循环,淋巴体液循环,脑脊液循环,肾循环,肝肠循环。担负着人体与自然界进行物质交换的运进与输出的重大任务。

③肝,他位于胸腔的右季内。他是人体内最大的消化腺体。也可以说他是机体内最大的化工厂和解毒器官。肝脏的功能主要是分泌胆汁,消化脂肪类食物,合成多种蛋白质,参与糖,脂类,激素,药物等的解毒和代谢。

④脾,位于胸腔左季肋内胃后侧,他是人体内胚胎时期的造血器官。出生后,演变成人体内最大的淋巴器官。脾的主要功能是过滤血液,检出和处置其中衰老有害的细胞和抗原。他对血源性抗原物质产生免疫应答。因此,可以说脾是人体的宪兵司令部。

⑤肾,位于腹腔肋脊角部两侧的是筛选肾,位于盆腔下外阴部的是生殖肾。筛选肾的功能是用过滤方式排除废物,回收可以再利用的营养物质。相当于一个废品处理厂。生殖肾是延续生命的器官。相当于人体宗室管理部的机要处。他掌握着遗传与变异的密码,是机密而重要的生命机构。

⑥腑，如前所诉，腑是人体与外界进行物质交换与加工的场所。它具有暂存仓库和加工厂的职能。具体表现是：

A，消化道。消化道者，口，侯，食管，胃，小肠，大肠等通道之谓也。人通过摄食让自身与外界进行物质交换，每次摄取之食物，经口齿之切磨，胃子之揉拌，肠内之蠕动，在机械力和各种生物化学液的作用之下，将各种食物消溶，发酵，分解，化合，吸收之过程叫消化。具有这种消化功能的通道叫消化道。消化道内的工作是连续作业，是流水作业的性质。

B，肺，肺者，吸入空气中的氧，呼出血液中的二氧化碳，进行气体交换之场所也。

C，眼，眼者，进行光影交换，分辨色彩之器官也。

D，耳，耳者，感知声波音调强弱之器官也。

E，鼻，鼻者，感知气味之器官也。

F，舌，舌者，品尝味道之器官也。

G，皮肤，皮肤者，卫体之城墙，触知外界物体之硬度，温度，湿度，散热排汗，吸收气体和水分等之表层器官也。

附注：

①略论者概说也，概说者摘要而言也。上面例举的论据和论点说明，我对人体结构的看法与传统的中医不同，也与现代的西医不同。我是在天人合一的唯物观和一元论思想基础上，运用系统论学说和控制论观点得出的新结论。这个观点是：把人看作一个特殊的生命系统，指出人体是由支体和子系统有机组合而成的形体。他们之间是层序和层控关系。是不可分割的有机整体，而不是各自独立的器官堆砌物。

②人体的脏和腑，是指能自律的生命系统中的中心器官为脏；与外界进行物质交换与加工的器官系统为腑。脏与腑的关系，是维系人体生命活动的器官与人体同自然界相联系进行物质交换的器官之间的关系。

③据此，把脑划为脏，把肺，皮肤，眼，耳，鼻，口归属腑。廓清了脏与腑的关系，起到了清源正本的作用。

作者简介：

杨世光（1942-），男，四川高县人。大学文化，临床工作 53 年。现任高县文江镇世光诊所所长，主任医师。高县医学会个体医分会会长。系中华医学会会员，中华中医药学会学术部会员。中国民族民间医药学会云南省分会会员。

相关文献：

K⁺通道亚型 Kv1.1 在卵巢癌细胞增殖中的作用

K⁺通道是细胞膜上种类最多、分布最广的一类离子通道。近年来的研究发现，细胞膜 K⁺通道结构和功能的异常在细胞癌变、侵袭和转移相关的信号传导、基因表达等方面起重要作用[1]。目前，对 K⁺通道与人体肿瘤细胞增殖关系的研究主要集中于结肠癌、肺癌、乳腺癌、黑色素瘤、前列腺癌等恶性肿瘤[2]。

瓮占平（青岛市市立医院妇产科，266071）；王纯（青岛市市立医院妇产科，266071）；纪向虹（青岛市市立医院妇产科，266071）；李燕婷（青岛市市立医院妇产科，266071）；蔡仁梅（青岛市市立医院妇产科，266071）；

求证中医 (二)

解 7: 论肿瘤的生成环境与治疗

杨世光

【摘要】 本文从环境医学的角度, 研讨人体肿瘤的孳生环境及治则。

【关键词】 人体肿瘤; 环境医学; 天人合一; 治则

1 环境医学概论

现代天人合一论者, 认为人是自然界中的一种特殊的物质。人体通过摄取自然物质, 经过加工同化为自体。又通过分解自身的物质, 代谢, 排泄体内的异化物, 使自体不断地回归自然。人与自然连成一体, 息息相通, 经过物质交换的方式, 在和谐统一的条件下, 构成生命运动的根基, 实现天人合一的境界。

因此, 任何破坏这种和谐统一的因素, 都会造成人体的不适, 产生生理上的故障和形体上的变异。显现危及人体生命安全的疾病。深入观察人体的生成状态, 又发现人体的生成是在一定的环境中实现的。离开了一定的环境, 人体将不复存在。比如: 人在地球上的生成, 就是在一定的自然圈和社会圈中实现的。我把这样的外在生成圈, 叫做人体生成的外环境。外环境包括自然环境和社会环境两大系统。

人体除了依成于外环境, 还依成于体内细胞, 组织, 器官的生成环境。在人体内部, 细胞与细胞, 细胞与组织, 组织与组织, 组织与器官, 器官与器官, 器官与人体之间的依成环境, 都是人体内部的生成环境, 我把这种内在的各种生命体的生成圈, 叫做人体生成的内环境。

我把研究人体生成的外部环境和内部环境的科学叫做天人合一学。而把运用天人合一学研究人体与环境互通互动的关系, 创造改善环境以适应人体生成的医学, 叫做环境医学。

2 肿瘤病概论

在现代天人合一论者看来, 肿瘤是人体歧化了的组织, 是寄生在人体上的一种生命物体。他也象人体的其他组织和器官一样, 离开人体就不能独立生成。受到外环境和内环境的制约, 与人体和自然界有内在和外在的联系。只要认识和掌握了他生成的环境和物质交换的路径, 就可以运用医疗手段改变他的依成环境, 使他无法生成, 最终从人体上消亡, 达到根治的目的。

举例: 患者: 周成英, 女, 74岁, 汉族, 农民。四川省宜宾市高县翻身乡金象村一组人。周成英于2005年11月9日到我所求医。主诉: 咳喘心慌30多年, 左肩背部发现肿块10多年, 经四处求医未得到很

好的治疗。查体: 听诊双肺野满布湿性罗音和干性罗音。脉交替, 心律不齐, 呈三联律或二联律, 心音低钝, 二尖瓣和三尖瓣有2级吹风样杂音。叩诊双肺浊音明显, 心实音界基本正常。T 36.6度c, p 113次/分, F 35次/分, BP 110/60 mmHg, 左肩胛部肿块约21×20×1.5cm³, 表面橘皮样变, 纵向曲张形静脉2条。瘤体质软能推动, 无波动感, 无挤压痛。影象检测: 胸部前后位x片显示: 双肺有明显的感染性炎症。双上肺有陈旧性TB灶。心脏区麦迪逊检测显示传导异常示: 心搏量146次/分; 电轴左偏, 左心室高电压, 前壁明显传。血常规检验显示:wbc 11.3×10^9 /L, RBC 4.03×10^{12} /L, PLT 324×10^9 /L, GLU 5.07 mmol/L, 本病此前经高县第一人民医院和县中医院检查, 认为风险大, 不宜手术切除。诊断: 本所检查后认为: 患者年老体弱, 又有肺部感染和左心室前壁缺血, 且曾经患过肺结核, 确实给手术切除增加了困难, 但不是不可逾越的障碍。

经过仔细分析, 我们认为: 周成英所患肿瘤是良性表浅性脉络型脂肪瘤。肿瘤的外环境是处于真皮下筋膜囊的包裹之中, 除有小血管进出真皮和肌肉之外, 并无瘤根串植, 易与人体分离, 有利手术切除。而肿瘤的内环境是集聚的瘤性脂肪组织, 虽有细小血管网络穿插滋养, 使瘤体无限增长, 突破了普通脂肪瘤的局限性。但终属良性瘤体, 一经切除不复遗患。故首选手术切除的治疗方案。

基于以上结论, 我所制定了详尽的治疗方案。第一步抗感染, 祛邪扶正, 达到促使患者具备适应手术的体质的目的。第二步术前先结扎进出瘤体的主血管预防出血过多, 阻止有害因子转移。第三步采用十字切口, 充分显露瘤体, 便于迅速地彻底剥离瘤体。第四步采用星状缝合术彻底消灭死腔。第五步采用术后支持疗法, 辅助病体康复。由于我们一切为病人着想, 得到了患者的积极支持和乐意的配合, 手术非常成功。切口一期愈合, 患者及其亲属感谢再三, 满意而归。事后随访三年, 患者无不适, 肿瘤无复发。

患者: 陈国光, 男, 67岁, 汉族, 农民, 四川省宜宾市高县加乐余州村同义组人。陈国光在2010年3月发病, 急现腹胀水肿, 而后全身黄染, 消瘦, 厌食, 晕厥。到高县第一人民医院就诊后转宜宾市第二人民医院会诊, 确定为肝门区晚期胆

管癌。被告知生命期不超出两个月，劝其回家休养，准备后事。正当其子女为他制棺材造坟墓之际，他在北京全聚德打工的女婿周小勇拨通了我所的电话，苦苦求我用心给他岳父诊治，了却他未竟的心愿。紧接着，陈国光被他的子女抬进了我的诊所，我被迫接诊。病人及其家属主诉：患者全身搔痒，上腹胀痛，不食，食入即吐。小便像菜油，大便秘结不下。头晕，全身消瘦如柴，软弱无力。查体：病人神志清楚，能回答问题，肢体能自主活动。唯大肉削瘦，皮肤黄染如烟薰十分突出。T36, 5度c, P121次/分, F32次/分, BP85/55mmHg, 腹壁柔软，脐静脉不怒张。肝脾未扪及，肝胆区无压痛及叩击痛。听诊：心肺音正常，无杂音，无肠鸣音。叩诊：肝浊音上界在胸锁乳突中线5肋间区，下界在8肋间区，左侧与心界接合为实音区。脉沉数，苔焦黄，舌居不胖。

经高县第一人民医院麦迪逊 SA__6000C 检查报告：在左右肝管汇合部探及范围约 2, 7 × 1, 0 cm 实性占位回声区。远端肝内胆管呈“软藤状”。胆囊未探及。胰腺体部可见一个大小约 1, 8 × 1, 5 cm 稍低回声区，性质待定。CT 平扫+三维重建显示：肝内胆管扩张，肝门区见有不规则软组织密度影。与周围组织分界不清，胆囊缩小为软组织影。胰腺未见确切异常。提示为肝门区胆管癌。生化结果显示：乙肝检测各项全部阴性。分析：从解剖位置上看，病变发生在肝门区左右肝管汇合部的肝总管上端。相邻器官有肝内胆管，肝外胆管，肝固有动脉，门静脉。远端相联组织和器官，向上是小叶间胆管，毛细胆管，肝细胞。向下是肝总管，胆总管，胆囊管，胆囊，胰腺管，十二指肠乳头，肝门外周还有很多淋巴管，淋巴结，神经和血管。这是肝门区胆管癌周围的主要外环境。其内环境是胆道组织和细胞之间的依托环境。胆道的组织结构约分三层。内层是粘膜层，中层是平滑肌和结缔组织，外层是浆膜层。构成组织之细胞之间的结构关系是复杂的，基本情况是由不同的原生质组成一定的细胞，再依化学性质和生理作用的需要，经特殊组合而成有生命特征的组织 and 器官。而从胆道内通过之胆汁，成分也十分复杂，其主要成分是甘胆酸与硫酸胆酸，还有各肿胆盐，蛋白质，粘液蛋白及无机盐。他们之间的外环境和内环境，是一个庞大的物理系统和化学系统，在我的知识范围内是暂时说不清的，希望得到大家的指导和共同探讨。

据我所知，胆道肿瘤，发生在壶腹部位以上的并不多见。一般为腺瘤，多数是良性的。他可以发生在

胆囊内外，也可以发生在胆管内。其中的胆管癌较胆囊癌更少见。胆管癌的发病年龄，平均在 59 岁左右。且女性较男性为多。胆管癌主要沿着胆管内壁向上下浸润发展，进程缓慢，有调控的余地。虽然胆管壁较薄，肿瘤很容易侵害周围组织，并向临近的淋巴结转移，但此例病人还没有发生。因此没有近月死亡的依据。发生在总胆管分叉处的胆管癌是一种极其罕见的硬化性胆管癌。常向一侧肝管蔓延孳生。这种癌分化较好，往往与硬化性胆管炎难以鉴别。病变过程慢，是这种胆管癌的特点。其主要的临床表现是消瘦，持续性黄疸（且阴黄）。如果合并胆石症或继发感染，病人可有右季腹疼痛，寒颤，发热，食欲减退，恶心呕吐等症状，不难分辨。惹遇 60 岁以上，曾有胆道病史的患者，近期出现症状加重，伴严重消瘦，黄疸者。则应考虑癌变的可能。

根据以上理由，我认为陈国光的病连手术探查的必要都没有，否定了几个医院的说法，确定为腺细胞性胆管瘤，合并阻塞性黄疸。思路清晰后，拟从活血祛瘀，化坚软结，消导洗涤入手。投以：重楼莪术汤加复方斑蝥胶囊和灵芝颗粒。6 天后症状改善。患者精神好转，食量增加，行动便捷，从等死的乡村住进城里求治。继续调治三十天后复查，皮肤上黄胆退尽，饮食恢复正常，爬山，走街访友行动自如，自认为完全好了。2010 年 6 月 14 日又经高县第一人民医院麦迪逊 SA__6000C 复查显示：肝左外叶探及范围约 1. 6 × 1. 3 C^m 低弱回声区。境界清晰，形态欠规则。胆囊壁毛糙，生化检验：直接胆红素 8. 3，谷酰转氨酶 68，原病灶不复存在。又继服两剂中药后患者于 2010 年 6 月 20 日自行停药。随访至今，患者一切正常，没有反复。

3 小 结

当今患者谈癌色变被吓死者多，当今医界妄称圣手的也不少。我认为：制定诊断标准和治疗标准，规范医界认识是十分必要的。

作者简介：

杨世光（1942-），男，四川高县人。大学文化，临床工作 53 年。现任高县文江镇世光诊所所长，主任医师。高县医学会个体医分会会长。系中华医学会会员，中华中医药学会学术部会员。中国民族民间医药学会云南省分会会员。

孙尚见治疗膀胱癌之验案分析

张 敏

(武汉艾克中医医院, 湖北 武汉, 430061)

中图分类号: R737.14 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0437-02

【摘要】 孙尚见是全国知名中医, 艾克医院创建人, 在恶性肿瘤的中医治疗方面, 积累了丰富的经验。在治疗膀胱癌方面, 孙尚见临床采用“清下消结汤”辨证加减治疗, 效果明显。本文摘录孙尚见临床治愈膀胱癌验案一则并加以分析。患者肖某某, 诊断为膀胱上皮细胞癌, 小便色红, 时有小腹疼痛, 纳可, 大便秘结, 舌质紫苔黄腻, 脉弦。为湿热、瘀血、郁毒蕴结膀胱, 损伤血络, 血溢脉阻。治遵“急则治标, 缓则治本”的原则, 予清热利湿解毒, 软坚散结消肿, 先止血后化瘀的治疗方案, 采用经验方“清下消结汤”加减治疗获显效, 最后痊愈。

【关键词】 膀胱癌; 中医治疗; 专家经验; 孙尚见

膀胱肿瘤是指发生于膀胱任何组织的肿瘤, 可来源于上皮组织和非上皮的间叶组织, 是泌尿生殖系统最常见的肿瘤之一, 膀胱癌属于中医学“尿血”、“淋症”、“癃闭”等范畴。临床表现已无痛性肉眼血尿、排尿困难、腰痛等症状为主。在我国, 男性膀胱癌位居全身肿瘤的第八位, 膀胱癌的发病率和死亡率随着年龄的增大而增加。近年来发病率呈上升趋势。在其治疗方面, 西医手术治疗有较高的复发率。有学者研究, 经尿道膀胱肿瘤切除术后病人的复发率高达 50%—75%。研究资料表明: 运用中药治疗膀胱癌, 可起到缓解症状, 减轻痛苦, 减少复发或转移, 甚至可以治愈。

孙尚见长期从事肿瘤临床工作, 在中医药治疗膀胱癌方面, 有十分丰富的经验, 临床常采用“清下消结汤”辨证加减治疗, 效果明显。笔者有幸侍诊于左右, 收益匪浅, 现将孙尚见治愈膀胱癌的验案一则摘录如下, 望对同行有所帮助。

清下消结汤方剂组成: 盐水炒川楝子; 贝母; 海藻; 昆布; 炒橘核; 蒲公英; 夏枯草; 白花蛇舌草; 天葵子; 墓头回; 白茅根; 金丝吊葫芦等 19 味中药。

验案: 肖某某, 男, 71 岁, 2010 年 9 月 15 日初诊。患者 2009 年 7 月无明显诱因出现血尿, 当地医院以为是泌尿系感染, 予抗炎对症治疗, 效果不明显, 后转同济医院检查, 见膀胱内新生物, 取组织活检示膀胱上皮细胞癌。于 8 月 26 日行微创治疗。2010 年复查时见膀胱内又一新生物, 诊断为复发, 再次拟行微创治疗, 患者因心脏原因拒绝, 转我院要求中药治疗。来时症见小便红色, 无疼痛, 大便干结, 腰部酸胀, 纳食一般, 舌质暗紫, 太微黄, 腻, 脉弦。小便常规示红细胞(++++), 白细胞(++), CEA9.43ng/ml。西医诊断: 膀胱癌术后复发。中医诊断: 尿血(湿热

下蕴, 毒瘀内结)。治法: 清热利湿解毒, 软坚散结消肿, 先止血后化瘀。方药: 清下消结汤 加仙鹤草 40g, 生米仁 60g, 小蓟 15g, 三七粉 10g (吞服)。

患者上方服用一月后, 小便颜色清, 无红色, 于 10 月 14 日二诊, 查小便常规, 红细胞(-), 白细胞(-), 潜血(-), 尿血症状消失, 故继用上方巩固治疗半月。10 月 28 日三诊, 述小便正常, 大便调, 舌质转红, 黄苔转白, 腻苔退去, 脉仍弦。因小便不在尿血, 为加强软坚散结之功, 今撤去一诊时加用的止血药: 小蓟、仙鹤草、三七粉等药物, 加三棱 5g, 莪术 5g 等消癥散结药物。12 月 13 日七诊, CT 复查, 示膀胱内未见明显新生物, 以前病灶处膀胱壁稍增厚。CEA1.67ng/ml, 已恢复至正常范围之内, 症状方面无特殊不适, 二便调, 无腰酸胀现象, 舌红苔薄白, 脉弦。至此, 效果表现非常显著, CEA 恢复正常, 膀胱内新生物明显消退, 但考虑膀胱壁稍增厚, 故仍继续使用上方, 加大金丝吊葫芦至 30g, 以增大软坚散结之作用。患者今年 3 月 30 日第十四诊, 复查小便正常, CEA1.09, CT 示膀胱壁正常, 未见增厚及占位。至此, 此膀胱癌临床已治愈。给予上方一月方药, 巩固治疗后停药。现患者无异常, 精神、饮食可, 二便调。

按: 该患者膀胱内壁新生物病检为膀胱上皮细胞癌。患者平素嗜食肥肉, 喜饮白酒及喜吃辣椒、花椒之味, 致酝酿湿热积于膀胱, 久而入络, 瘀阻脉络, 湿、瘀血、热互结成毒, 聚于膀胱, 久而变生积块, 故出现膀胱内壁新生物, 又脉络损伤, 故有尿血。此病病变在膀胱, 然先由不良饮食嗜好, 损伤脾, 化生湿热。膀胱者, 肾之腑也, 膀胱现病, 其肾已虚也, 所谓“邪之所凑, 其气必虚也”, 故脾、肾不足为本。湿热、瘀血、气滞、郁毒胶结为标, 阻滞脉络, 结为肿块。

孙尚见认为湿热、瘀血、郁毒是膀胱癌发病过程中的主要病理机制，贯穿于整个病程的始终。清热利湿解毒、软坚散结消肿以及活血化瘀等治则要贯穿整个治疗过程，更主要要重视两点：一是行气解郁，二是要重视肾阴损伤的修复。

治疗肿块，行气解郁为第一步。气为血之率，气行血才行，才能行气消坚；气行脏腑的气化功能才能正常运转，各胶结之病邪才有化解之可能。肾阴损伤，阴虚生内热，此等虚热，直接的清热药物退热效果不好，且苦寒太重还更伤阴份，加重虚热之势。养阴清热虽对虚热是很好的治则，但此患者不是单纯虚热，而是虚热与湿邪胶合，酿化成湿热，养阴势必助湿，使病缠绵难愈。对此，孙尚见根据“五行相生相克中金生水”这一理论，主张“壮肺金之体以滋肾水”，从而避免上述弊端。另外，“肺主通调水道，下输膀胱”，“肺为水之上源，源清洁自流”，如肺阴耗损，肺用失治，直接影响上述两功能，不利于膀胱气化功能的运转。

所以，在遣方用药方面，孙尚见选用盐水炒川楝子，其性寒，不助热邪，更能行气解郁，还可直入膀

胱经，通利小便，导膀胱之湿热而出（《新修本草》）。贝母者，能清肺之热，从而能清水之上源，助膀胱之“洁自流”；能滋肺之体阴，从而助“金生水”也；能开心胸之郁（《医学传心录》），从而帮助肺通调水道之功能，一药多能，功效淋漓。薏苡仁，健脾利湿，清热排脓，用之重在健脾。内湿者，生于脾也，脾之健运，有助湿之化也，薏苡仁还是目前公认的有效抗肿瘤药物。白茅根、蒲公英、夏枯草、白花蛇舌草清热利湿解毒，海藻、昆布味咸寒，有软坚消痰散结之功，天葵子、金丝吊葫芦、炒橘核、墓头回等解毒消肿块，也是散结抗肿瘤之显效方药。患者开始有尿血症状，故用小蓟、仙鹤草、三七粉以止血，其中《本草拾遗》记载“小蓟破宿血，止新血”，为治疗血淋首选方药。当血止之后，加入三棱、莪术。莪术者，破血行气，消癥瘕积聚，《本草图经》谓“莪术，今医家治积聚诸气为最要药”；三棱者，功同莪术，《开宝本草》谓“三棱，主老癖癥瘕结块”。纵观整个治疗过程，步骤清晰，辨证精确，效果显著，最后患者症状无不舒适，膀胱肿块消失，癌症指标恢复至正常范围。

相关文献：

经尿道等离子电切治疗非肌层浸润性膀胱癌 30 例

〈篇首〉膀胱肿瘤是泌尿系统常见的恶性肿瘤之一，其发病率约占 3.2%[1-2]。笔者采用经尿道等离子电切治疗非肌层浸润性膀胱癌患者 30 例，现报告如下。1 资料与方法

作者	翁利生 (建德市第二人民医院外科, 浙江省建德, 311604);
刊名	中国基层医药 2011 年 18 卷 09 期
英文期刊名	CHINESE JOURNAL OF PRIMARY MEDICINE AND PHARMACY
MeSH 主题词	尿道(Urethra)
栏目名称	研究与实践
DOI 号	10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2011.09.082

孙尚见中医药治疗膀胱癌经验

陈博 孙彩珍 杨德志 指导: 孙尚见
(金华艾克医院肿瘤科, 浙江 金华, 321051)

中图分类号: R737.14 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0439-02

【摘要】阐述金华名中医孙尚见运用中医药治疗膀胱癌独特病因病机和治疗经验,并用临床病案予以佐证。

【关键词】膀胱癌; 中医药; 治疗经验; 名中医

膀胱癌是泌尿系统最常见的肿瘤,临床常见症状血尿,多为无痛性、间歇性血尿为主。可合并尿频、尿急及尿痛等膀胱炎症状。晚期肿瘤坏死、感染时可有腐肉样物质排出,肿瘤或血块的堵塞可至排尿困难及排尿突然中断出现急性尿潴留,位于输尿管口的癌肿可引起梗阻,继发肾、输尿管积水,甚至尿毒症;侵犯盆腔淋巴结时,可出现同侧的下肢淋巴回流受阻所致的水肿。骨转移还可出现相应部位疼痛。男性发病率约为女性的3~4倍,发病年龄51~71岁多见,现代医学主要采用手术电烙术及放疗。

在历代文献中论述较多。如元朱丹溪认为:小便不通有“气虚”、“血虚”、“有痰”、“风闭”、“实热”等多种原因,并根据辨证施治的原则,运用探吐法来治疗癃闭。张景岳对气虚所致癃闭提出需“得其化”,“病未至甚,用左归、右归、六味、八味等汤丸……”“病已至甚,则必用八味丸料或加减金匱肾气汤大剂煎服”。清唐容川以导赤散加味治疗“心经遗热”之尿血,以龙胆泻肝汤加味治“肝经遗热”之尿血,若以上治法不愈,则从肺论治。《医宗必读》将血淋分为血虚、血冷、血热、血瘀四种情况,分别选用六味地黄丸、金匱肾气丸、小蓟饮子、桃红四物汤等加减治疗。近现代中医医家对膀胱癌有了较为一致的认识,对膀胱癌的治疗做了更进一步的研究,使临床疗效有一定的提高。

金华名中医孙尚见主任医师中医药治疗中晚期膀胱癌近20多年,对其病因病机、治疗都有独特见解,分述如下:

1 病因病机

孙尚见院长认为:膀胱癌属中医癃闭、尿血、血淋范畴,膀胱癌主要病因病机是由于湿热久郁下焦,热毒郁结膀胱,瘀毒内结,日久脾肾两虚,膀胱气化不利所致。中晚期大多虚实夹杂,缠绵难愈。

2 膀胱癌治疗特点辨病与辨证相结合:

2.1 专病专方

治疗上主要使用治疗膀胱癌专方即膀胱原方(清下消结汤),其方剂组成有:盐炒金铃子、土贝母、昆布、野枸橘核、夏枯草、白花蛇舌草、墓回头等19

味。本方用散结软坚之昆布;败毒消肿之夏枯草、白花蛇舌草、土贝母;消症瘕坚积之墓回头;化肝肾气滞之橘核;并用治癌有效之白花蛇舌草与夏枯草为剂;更可加活血止痛、益气滋阴之白芍、延胡索、沙参、太子参等共奏清热解毒,软坚散结,消癌抗癌之功。

2.2 分型论治

2.2.1 湿热下注型

证候:尿频、尿急、尿痛,以小便黄赤灼热,口渴,心烦,腰际酸楚,下肢浮肿,或小便淋漓,短少,甚则不通,小腹胀满,舌质红,苔黄腻,脉细数。

治法:清热利湿,佐以止血、通便。

方药:清下消结汤,尿血加仙鹤草、白茅根、大小蓟、三七。

经典病案一:

陶某,女,81岁。初诊时间:2009年5月5日。

住址:福建省漳州市。

主诉:输卵管癌术后27年,膀胱癌术后化疗后10年年余,检查复发8天。

现病史:患者于1982年因输卵管癌行手术治疗并化疗。1999年,发现膀胱癌行电镜切除术,术后丝裂霉素灌注膀胱一疗程。2008年11月12日至漳州医院做B超示:膀胱内有1X1CM结节,2009年4月27日又至该院复查,膀胱内见2个结节分别:1.3X1.0CM和0.6X0.7cm,病理切片示:(膀胱)移行细胞乳头状癌。查血象、肝肾功能正常。

刻下:精神可,饮食可,膀胱区仍感疼痛,小便频数,血尿,大便可。舌紫,苔白腻,脉细缓。

既往史:高血压、冠心病史,否认有糖尿病史。

个人史:无特殊嗜好。否认有药物及食物过敏史。

诊断:膀胱癌术后复发

辨证:膀胱湿热下注,痰瘀交阻,毒邪积聚而成积块。

治法:清热利湿,化痰祛瘀,解毒化积,软坚散结,兼扶正。

治疗:清下消结汤仙鹤草30克、土贝母30克、天葵子10克、白茅根30克、三七10克、野灵芝10克 金丝地甲胶囊6粒每日3次

6月17日少腹疼痛减轻,解小便次数减少。量增多。查肝功能黄疸指数增高,脉细涩,舌紫,苔黄腻。上方加茵陈30克、浙金钱草30克炒米仁30克

以上方加减,至2010年4月27日至漳州医院复查膀胱镜,膀胱结节消失,膀胱壁光滑。复查完全治愈,现随访治愈,无不适。

2.2.2 寒湿蕴结型

证候:小便癃闭,滴沥不尽或尿频漫长,尿色淡红,偶夹血块。四肢厥冷,畏寒,小腹胀满,形体虚胖,面色晄白,舌淡胖,苔白微腻,脉沉细。

治法:利水渗湿,温阳化气。

方药:清下消结汤合金匱肾气丸加减。

经典病案二:

包某某,男,81岁。膀胱癌并转移、肾功能不全。

初诊:2011年4月29日

住址:浙江省东阳市。

主诉:无痛性血尿一年余,伴下肢浮肿2天。

现病史:患者于2011年4月25日因“无痛性血尿一年余,伴下肢浮肿2天”去东阳人民医院确诊为

“膀胱癌并腰椎转移、轻度肾积水、肾功能不全”,于2011年4月29日到我医院要求中药治疗。刻下:腰痛、无痛性血尿,双下肢浮肿精神萎靡,纳差,形体消瘦。舌淡紫,苔白腻,脉滑弱。

诊断:膀胱癌并腰椎转移、轻度肾积水、肾功能不全

治法:痰瘀胶着,脾肾亏虚,癌毒内生。

既往史:高血压、冠心病史,否认有糖尿病史。

个人史:有饮酒嗜好。否认有药物及食物过敏史。

处方:清下消结汤加薏仁60克、三七10克、仙鹤草30克、附片8克(先煎)、黄芪30克、党参15克、茯苓12克、野灵芝30克。

二诊:患者纳可,血尿减轻,体重增加。2011年5月30日至东阳人民医院复查肾功能恢复正常。B超示膀胱癌,双肾积水消失。

后以此方加减治疗服药至今,诉无血尿,双下肢浮肿消失,病情稳定,继续服药治疗。

相关文献:

吉西他滨膀胱灌注治疗复发性浅表性膀胱肿瘤的安全性与有效性

目的 评价吉西他滨膀胱灌注化疗治疗常规膀胱灌注化疗(包括丝裂霉素、表阿霉素和羟基喜树碱)失败的非肌层浸润性膀胱癌(NMIBC)的安全性及有效性.方法 将72例在持续常规膀胱灌注化疗1年内出现肿瘤复发的NMIBC患者分为A、B、C3组,每组24例.A组给予吉西他滨1000mg灌洗,B组给予吉西他滨2000mg灌洗,C组继续采用原化疗方案灌洗.观察并记录肿瘤复发时间及化疗不良反应.结果 A、B、c组患者的2年肿瘤无复发生存率分别为66.7%、75.0%和45.8%,采用吉西他滨灌洗患者的2年无瘤生存率达70.8%,显著高于传统化疗方案(45.8%,P<0.05),但A组与B组间未见明显差异.A组与B组中各有1例患者发生肾功能不全,其余不良反应主要为尿频、尿急、尿痛、血尿等,经对症治疗后缓解,各组间未见有明显差异,未发生严重的血液学不良反应.结论 对于常规膀胱灌注化疗后复发的NMIBC患者可考虑采用吉西他滨膀胱灌注化疗,但需注意观察患者的肾功能改变.

作者	曹明(上海交通大学医学院附属仁济医院泌尿科,200127); 马辰凯(上海交通大学医学院); 马俊(上海交通大学医学院); 陈海戈(上海交通大学医学院附属仁济医院泌尿科,200127); 薛蔚(上海交通大学医学院附属仁济医院泌尿科,200127);
刊名	中华肿瘤杂志 2011年33卷05期
英文期刊名	CHINESE JOURNAL OF ONCOLOGY
关键词	膀胱肿瘤 化学疗法,肿瘤,局部灌注 吉西他滨 Urinary bladder neoplasms Chemotherapy, cancer, regional perfusion Gemcitabine
MeSH主题词	膀胱肿瘤(Urinary Bladder Neoplasms) 膀胱(Urinary Bladder) 复发(Recurrence) 肿瘤(Neoplasms) 性(Sex) 尿(Urine) 时间(Time) 肾机能不全(Renal Insufficiency)

恶性淋巴瘤的中医治疗

赵日新 席榴珠

(山西省平陆县洪池乡北马村卫生所, 山西 平陆, 044305)

中图分类号: R733.72 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0441-01

1 病历概况

柴 xx, 女, 53 岁。2003 年 6 月患者被西安某大医院诊断为颈淋巴恶性肿瘤, 晚期, 治疗无望, 生命最多只有 20 余天。患者头痛恶心、面色晦滞、双目失明、颈粗如桶、左肢枯痿、脉象滑数。自 6 月初长期服中药颈部淋巴瘤渐见缩小, 头痛呕吐逐渐减轻。至 10 月份肢体功能有所恢复, 只有失明一症还未好转。因患者性情刚烈, 常因双目失明恸哭抱怨。2004 年 3 月初我去复查, 患者身体状况恢复良好, 患者亲朋及家属兴奋异常, 并要登报表扬, 双目失明有待恢复。就在我走后一件意想不到的事发生了, 患者在家中无人的情况下突然死亡。当时患者仰卧床上, 神态安详只是口中有白沫。

2 治疗经过

2003 年 6 月初诊患者至诉: 头痛、气喘、欲吐、视物不见、左肢偏瘫。诊见: 面色晦滞、双目失明、颈粗如桶、脉象滑数。据见症结合病史辨证为气滞血瘀, 湿热中阻, 气阴两虚痰瘀结毒。宜培土生金, 扶正祛邪, 化痰软坚, 活血消肿。一基本方: 经病案整理自初诊之日起至 2004 年 3 月以下列药物轮换服用。
①培土生金扶正祛邪: 孩儿参 15、炙黄芪 30、白术 20、灵仙脾 20、石斛 20、神曲 15、阿胶 20、当归 20。
②化痰软坚养阴清肥: 川贝 15、瓜芦 30、麦冬 15、

五味 15、莪术 30、三棱 30、龙奎 30、米仁 30、山豆根 30、山慈姑 30。③活血消肿: 天龙 3 条、桃仁 15、郁金 20、射干 20、白芷 20。

服上药 40 余天, 患者身体状况明显好转, 胃纳转佳, 形体渐丰。再服 40 余天患者肢体知觉恢复。坚持服药至第二年 3 月。

3 疗效评述

本例患者颈部恶性肿瘤, 其凶险状况临床罕见。权威医院束手无策, 断言生命只能延续 20 余天。初诊其症明显为津液灼伤, 气阴两虚, 正气不存, 邪毒猖獗, 脾土无根生命难续。治疗首当补益脾土, 养阴生津, 增液行舟, 使能进食。则生化之源不绝, 中宫运化正气得扶, 抗病能力增强, 瘤体滋长受阻而方中重用太子参、炙黄芪、白术、山慈姑、灵仙脾、当归、石斛增强肌体扶正祛邪之作用, 重用莪术、三棱、龙奎、米仁、天龙、山豆根以活血消肿软坚。8 个月的辨证施治, 整体调摄肌体状况不断改善。本例充分显示出中药的神奇疗效, 且未见任何毒副作用。至第二年 3 月初随访患者只有双眼失明一症未见恢复, 余症皆除。所用方药始终以益气养阴重加灵仙脾一味不燥而温, 还重用抗癌之草药是因为癌毒凶险, 而肌体正气又得重补均无碍与肌体。本例用纯中药治疗能有如此显效, 并能延续生命 8 个多月。如果不出意外, 将是祖国中医辉煌更加灿烂。

自拟化癌解毒汤治愈术后乳腺转淋巴鳞癌 1 例

凡府地

(辽宁省盘锦市兴隆台区反贪局办公楼西侧 102 室, 辽宁 124000 中医专家。

中图分类号: R737.9 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0442-01

【关键词】 术后乳腺转淋巴癌鳞癌晚期治疗介绍。程某某, 女, 48 岁, 辽宁省新民市邮政局家属。于 2000 年 7 月中旬到我所就诊, 报告单写明此乳腺为鳞癌经省级医院放化疗多次但没得到很好的控制, 转移到淋巴结, 肿大直径 2.1 × 4.4cm 甲胎蛋白阳性, 家里放弃治疗, 但本人坚持治疗, 经省级医院检查为晚期乳腺转淋巴鳞癌。舌苔青紫, 脉沉涩无力, 有阴虚早搏之象, 疏肝解瘀化痰散结凉血解毒, 方自拟疏肝化癌方加减: 西洋参 30g 砂仁 15g 山慈菇 15g 黄药子 20g 茯苓 30g 生薏米 30g 儿茶 20g 全虫 15g 蜈蚣 3 条 夏枯草 50g 白花蛇草 50g 半枝莲 50g 蟾皮 10g, 日服两次, 外用斑蝥、儿茶、元明粉、鸭蛋子、透骨草, 醋调外敷。

本方加减, 经过 5 个月的治疗, 经省级医院检查全部治愈, 追查至今, 本人现已当按摩师, 能走上劳动岗位, 治愈至今已 11 年。

讨论:

原发性乳腺癌属于中医肝郁气结化生癌毒, 多由内伤饮食七情郁结而成或外感六淫邪气使气滞痰凝郁结日久化生毒瘤使本虚标实, 虚实夹杂为病。因此治疗此病疏肝理气软坚解毒、扶正补虚。

方中西洋参、砂仁, 养阴开胃。山慈菇、黄药子、茯苓、薏米、夏枯草, 软坚散解。全虫、蜈蚣、白花蛇草、半枝莲、蟾皮, 此类药杀鳞癌病毒, 外用醋制鸭蛋子、斑蝥、元明粉、儿茶、透骨草, 外敷。内外同时治疗五个月之久, 本患者彻底痊愈。

作者简介:

单位: 辽宁省盘锦市凡府地中医诊所; 奇康中医肿瘤血液病研究所。

相关文献:

内科胸腔镜对胸腔积液的诊断价值

目的 探索内科胸腔镜检查术对胸腔积液病因诊断的应用价值。**方法** 回顾性总结海南省人民医院呼吸内科, 2008 年 11 月至 2010 年 2 月 135 例经常规检查未明确病因的胸腔积液患者临床资料, 所有患者均接受内科胸腔镜检查术。**结果** 135 例胸腔积液患者病理组织活检确诊恶性肿瘤 53 例, 其中肺腺癌 35 例(25.9%), 肺鳞癌 1 例(0.7%), 小细胞癌 2 例(1.5%), 胸膜间皮瘤 5 例(3.7%), 淋巴瘤 1 例(0.7%), 乳腺癌转移 1 例(0.7%), 恶性肿瘤未分型 7 例(5.2%), 涎腺癌表皮样癌 1 例(0.7%)。结核性胸膜炎 56 例(41.5%), 肺炎并胸膜炎 2 例(1.5%), 化脓性胸膜炎 2 例(1.5%), 非特异性炎症 20 例(14.8%), 粘连严重未能看到胸壁者 2 例(1.5%), 肿瘤和结核病理结果确诊率为 80.7%。无 1 例出现严重并发症。**结论** 使用内科胸腔镜对胸腔积液的病因诊断具有较高的临床实用价值, 为一种安全、有效、诊断率高的检查方法。

中医外治肿瘤的点滴体会

黄金昶 张来亭

1. 卫生部中日友好医院中医肿瘤科, 北京 北京, 100029;
2. 河北省唐山市开滦医院, 河北 唐山, 063000)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0443-03

中医治疗肿瘤外用治法非常丰富, 现将我的点滴认识介绍给大家, 供大家参考。

1 肿瘤外治理论和方法简介

早在战国时期《五十二病方》就有中医外治方药, 之后历朝历代都有发展, 其机理就是吴师机的“外治之理即内治之理, 所异者法耳”, 但是外治也有许多不同于口服药物, 也有许多条件限制, 如辨证侧重于阴证阳证、每个部位要求酸碱度不一致、必须有透皮药等等。

清朝徐灵胎指出“若其病既有定处, 在皮肤筋骨之间, 可按而得着, 用膏药贴之, 闭塞其气, 使药物从毛孔而入腠理, 通经达络, 或提而出之, 或攻而散之, 较服药尤有力”。很清楚地说出了外用的最宜疾病和机理。

1.1 外用作用机理包括以下三方面:

①穴位及经络传导: 经络是人体组织的重要组成部分, 是通表里、上下的一个独特系统, 外与皮肤肌腠相连, 内与五脏六腑相接, 用中药外敷有关穴位, 既有穴位刺激作用, 又通过经络使药物充分发挥其功效。

②皮肤透入: 药物通过敷、贴、涂、擦、熏、蒸、洗、浴等, 透过表皮屏障, 由于真皮下有 90% 是血管, 药物可迅速达到五脏六腑而至全身。外用药最大优点是避免药物对胃肠道及对肝脏的损害, 药物的利用度高。

③粘膜吸收: 从鼻、眼、口及前后二阴给药的, 多从粘膜吸收。其外治方法包括塞鼻、点眼、含漱、喷雾、灌肠、阴道坐药等。

1.2 外用药物选择及赋型剂特点

中药外敷药物多用辛辣、芳香、气味浓烈的窜透性药物和活血化瘀力强的药物, 这些药物多能透皮吸收。因为大多数补益药物难于透皮吸收, 所以在外用药中较少选用。中医外用不是不能补益, 而是能迅速

补益, 主要方法为艾灸, 艾灸是非常好的补益方法, 大家要深刻理解它应用它。

赋形剂的选择: 常用的赋形剂为水调药末、酒和醋调敷; 也有蜜制剂, 蜂蜜天然吸收剂。常用剂型为散剂膏药(巴布剂)、栓剂、酊剂、油剂、水剂。如在外敷后再配合温熨, 疗效会更好。

1.3 肿瘤外用中药的优势

外用药可直接作用于位于皮肤肌肉之间部分肿瘤, 力量大、起效快; 外用药解决部分肿瘤患者口服中药困难的问题; 外用药可选许多治疗肿瘤的毒性药, 有副反应马上可以去掉。

1.4 肿瘤外治法常用给药途径

局部皮肤穴位、鼻口、脐部、阴道直肠。外治法的具体治法有搐鼻法、涂抹法、肺部熏吸法、针刺拔罐法、脐疗法、纳肛法、坐浴法、阴道给药、针灸法、泡洗法等。

1.5 注意事项

应用外用药物应注意选药对部位的刺激性, 否则患者难以接受; 注意根据作用部位调酸碱度, 如鼻腔给要做的 PH 值为 7.4, 以减少药物副反应; 注意给药持续时间, 和药物作用持续时间, 以便合理用药; 不同部位所选用的剂型不同, 应根据部位选用最适合的剂型, 最大限度提高疗效。

2 中药外用消抑肿瘤

我在书的各个章节强调要辨清肿瘤是阴证还是阳证, 要对症下药, 否则会促进肿瘤生长。

2.1 阴证或平证肿瘤的外用药

阴证或平证肿瘤的外用药肉桂末 90g(单包)、麝香 1g(单包)、川乌 90g、草乌 90g、海浮石 120g、海藻 120g、壁虎 90g、山慈姑 90g、蜈蚣 30g、猫爪草 90g、夏枯草 120g 等。非腹腔可加青皮 90g、乳香 90g。肉桂研细末, 过筛, 留极细末与麝香混匀备用; 其余药煎 2 次, 去渣, 留汁浓缩成稠膏, 如蜂蜜状(药汁可用微波炉去水分), 药冷却后加肉桂、麝香, 混匀,

备用。每次取少许，涂在大块橡皮膏上，敷在肿瘤体表部位，每次4-24小时，每日1次。副反应：皮疹、少数水泡、渗液，严重者可停用几天，待皮疹消失后再用，出现皮疹者加苯海拉明霜，出现渗液者加马齿苋。治疗皮下、四肢、胸腹盆腔肿物，腹盆腔肿瘤大网膜切除者不建议应用。如肿瘤反复，坚硬如石者，可将小金丸掺入药膏中，一起应用，肿物会继续缩小。

2.2 阳证肿瘤的外用药

肉桂末90(单包)、川乌10g、海浮石120、海藻120、壁虎90、山慈姑90、蜈蚣30、猫爪草90、夏枯草120、蚤休60、苦参60等。非腹腔可加青皮90g、乳香90g。煎煮法用法同阴证。重视药物艾灸，灸敷在局部的药膏，可以事半功倍。如肿瘤控制不理想，可在药膏中加入西黄丸。

2.3 肿瘤破溃的外用药

将壁虎6条，蜈蚣4条，蝎尾10条，青黛6克，百草霜、硼砂、白芷、血竭、硃砂、乳香各9克，研细末，外用，每次6g，每日2次，可使肿块缩小、癌疮恢复。肿瘤破溃一般元气大虚，应同时注意补元气。

2.4 胸膜间皮瘤的外用药

因为胸膜间皮瘤位在胸膜，属阴证，故用阴证外用加丝瓜络60g、川椒目60g，外敷胸部，每日一次，煎煮法用法同阴证。

2.5 放疗后肿瘤复发外用药

因为放疗处的皮肤色素沉着，不耐刺激、遮捂等，故采用油剂。用海浮石150g、壁虎粉150g、生大黄60g、草乌10g、紫草90g、生黄芪120g、当归90g、夏枯草120g、山慈姑120g、土元30g、海藻150g、炙麻黄30g、补骨脂90g、猫爪草90g、蜈蚣30条、乳香末90g、没药90g、肉桂末90g、冰片10g，炮制法为先将海浮石、壁虎、生大黄、草乌用油煎，煎半小时后去掉药渣，用所煎油之煎紫草、生黄芪、当归、夏枯草、山慈姑、土元、海藻、炙麻黄、补骨脂、猫爪草、蜈蚣，煎半小时后去掉药渣，待油放置正常温度后，加入乳香末、肉桂末、冰片，搅匀，放七天后即可使用，一般涂局部4-6小时后擦掉，每日可使用多次。注意：植物油量要少，才能保证效果好。

2.6 直肠肿瘤或乙状结肠肿瘤、子宫肿瘤的外用药

海浮石120、海藻120、壁虎90、山慈姑90、蜈蚣30、猫爪草90、夏枯草120、马齿苋90、胆南星90、清半夏60，水煎，灌肠；或蜜丸纳入肛门或阴道。肠道和阴道疾病属火者多见，所以用药千万要注意酸碱度和勿用刺激性强的药物，否则患者寝食难安，不能接受。

3 中药外用治疗肿瘤放化疗副反应

3.1 白细胞低下

敷脐：附片10g、当归10g、肉桂10g、干姜10g、血竭4.5g，研末，敷脐，每日一次，每次24小时。

3.2 腹泻

化疗腹泻用五倍子研末敷脐，每日一次，每次24小时。放疗腹泻用云南白药敷脐，每日一次，每次24小时；或用煨葛根30g、黄芩10g、黄连3g、丹皮10g、桃仁10g、赤芍10g、马齿苋30-50g、党参15g等，水煎灌肠，每日一次。

3.3 肿瘤化疗呕吐、胃胀

将苏梗、枳实等份，研细末，取适量敷脐，每日一次，每次24小时。该方治疗化疗引起的呕吐弥补了西医的不足，如食欲差、厌油腻、迟发性呕吐、头疼、便秘等。

3.4 便秘

肿瘤患者引起便秘的原因很多，可用大承气汤(大黄、芒硝、枳实、厚朴)研磨醋调敷脐；或针刺腹结穴皮下埋针、支沟穴、足三里等；或用蜜煎导纳肛；或用刺血拔罐疗法。

3.5 化疗药物外渗溃烂或静脉炎、放疗后皮损

紫草、当归、红花、生黄芪、生大黄、白芨等份，用清香油煎10分钟，泡半小时后，留油备用，用时将油涂患处，可每日多次。

3.6 化疗后手足麻木

奥沙利铂引起的手足麻木多为寒伤经脉，气血不通引起的，可用黄旗桂枝五物汤加减，黄芪30g、桂枝10g、赤白芍各15g、当归12g、鸡血藤20g、红枣10g、茯苓12g、土元3g、豨莶草30g，水煎服，每日一剂；或加川乌10g、草乌10g，水煎外洗，足心痒者加首乌30g、防风30g。紫杉醇或卡培它滨引起的手足麻木很顽固，考虑是湿热引起的，用地龙15g、苍耳子12g、防己12g、滑石15g、秦艽10g、丝瓜络10g、蚕沙12g、黄连3g、威灵仙30g、海风藤30g、苍术10g、薏米30g，水煎外洗，每日一剂，起效较慢，要坚持外洗10余天后会有疗效。

3.7 手足皲裂

伊瑞莎容易引起手足皲裂，为燥邪引起的，用生地30g、紫草20g、百合30g、桑叶10g、黄芪30g、当归20g，水煎洗手，每日一剂。

3.8 口腔溃疡

化疗后或头颈部放疗，会引起口腔溃疡，导致进食困难，用二香油外喷，或康复新口服液外用，配合封髓丹口服，效果满意。

二香油为香油一两，九香虫10个，用香油炸九香虫至九香虫黑透，停止加热，取虫留油备用。封髓丹药物组成盐黄柏、砂仁、生甘草，蒲辅周前辈极力推崇该方治疗口腔溃疡，效果很好。

4 中药外用治疗肿瘤并发症

4.1 癌痛的治疗

用刺血拔罐既可治疗所有癌痛，也可用来治疗爆发痛，缓解疼痛快且强。淋巴结转移引起者，用阴证外用方加乳香60g、没药60g；骨转移引起者，用阳证外用方加土元30g、河螃蟹腿、菊花60g、乳香60g、没药60g；脏器疼痛，要凭阳证、阴证用药，最好在

处方中加入乳香、没药。要重视药物热灸，上述药膏敷在局部后进行热灸，相对而言要费事些，但效果明显要好。

此外，鼻腔给药：细辛 3、肉桂 3、蜈蚣 3 条，研细末，喷鼻，每日可多次。该方止痛明显快于西药，一般半分钟就能起效，缺点是止痛时间短暂，止痛作用弱，可用于救急，协助止痛。也可用针刺止痛，选郄穴配合子午流注选穴，起效也快，效果也可。

4.2 胸水的治疗

在这里必须记住祖宗遗训：“诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒”。后世医者不能理解该句的含义衍生出许多治疗胸水治法，或有效或无效，后学难从，其实许多肿瘤引起的恶性积液多为清亮透明的，除非淋巴管受损引起乳糜腹水。那么必须认识到“水不是水，是寒”，这是思维突破，如此对恶性积液的治疗将起到由繁返简之功。在治疗恶性积液时主要看水是浑浊

还是清亮，不必重点考虑患者恶性积液局部是寒还是热。

治疗胸水用阴证外用药加丝瓜络 60g、川椒目 60g、莪术 60g、麝香 1g，外敷胸壁，每日一次。

4.3 腹水的治疗

用黄芪 10g、细辛 3g、川椒目 10g、桂枝 10g、龙葵 10g 等药，研细末。每次取少许，敷于神阙穴，点燃艾绒灸之，第 1 次灸 2 小时，第 2 次以后每次灸 1 小时，灸后将药留在神阙穴，每日一次，灸后局部用红花油涂抹防烫伤。

4.4 肿瘤引起的不全肠梗阻的治疗

肉桂末 90、川乌 60、草乌 60、海浮石 120、海藻 120、壁虎 60、山慈姑 60、蜈蚣 10、猫爪草 90、夏枯草 30 等，用法见肿瘤外用药。注意不可过用通便药、攻下药，否则会引起肠扭转坏死。

这些是我的点滴治疗体会，仅供大家参考。

相关文献：

中医肿瘤学临床带教点滴

〈篇首〉 中医药在肿瘤临床中的特色和优势越来越受到重视，培养大批高质量的中医肿瘤学人才是当前中医肿瘤临床带教的首要任务和目标。本文就自己临床带教的十余年经验和体会作简要总结，以期促进中医肿瘤学的带教工作。

作者 黄学武（广州中医药大学第一附属医院肿瘤科，广州，510405）；

刊名 中国中医药现代远程教育 2008 年 6 卷 10 期

英文期刊名 CHINESE MEDICINE MODERN DISTANCE EDUCATION OF CHINA

关键词 中医教育学 中医肿瘤学

分类号 G71

栏目名称 中远论坛

“董氏枯痔”软膏一次足矣

董金生

(桐庐县桐君街道鑫鑫小区 14 幢 201 室, 浙江 桐庐, 311500)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0446-03

痔疮是人类大部分皆有的一种疾病, 俗话说十人九痔的说法, 据有关部门科学调查称有 87%左右的人群患有不同程度的痔疾, 它的临床主要表现是: 使血、清血或喷血、坠胀疼痛、便秘, 分泌物多、痔核脱出肛外等, 患者深受疼痛和精神的三重折磨, 若不堪言, 严重影响身体健康和工作学习。

1 痔疮引起的原因很多, 主要有:

①肚垫下移; ②门静脉曲张; ③遗传; ④还有地理、食物、长站久坐; ⑤肛门部被感染等。

在人体直肠末端粘膜下和肛管皮肤下静脉丛发生扩大和屈曲成柔软的静脉团, 随着人的工作、活动, 静脉扩大弯曲其壁变薄, 外膜萎缩, 壁内弹力纤维组织变硬, 静脉内可有血栓形成, 静脉外有血块。常有急慢性炎症, 可见因细胞浸润, 有时形在小脓肿, 海绵状组织, 叫直肠海绵体, 由很多血管小球组成, 球内有短小并能弯曲的小动脉, 有时有动静瘘, 痔疮有肉痔、外痔和内外混合痔之分。内痔表面是柱状上皮, 外痔表面是鳞状上皮。

2 我们中国传统中属则认为:

①饮食不节, 易生湿热, 湿热下注肛门, 引发痔疮。

②劳累过度, 久坐则血脉不行, 久行则气血纵横, 瘀血流注肛门而生痔。

③便秘: 久忍大便, 大肠积热也是其中一个原因。

据我多年诊治和观察, 痔疮的外观表象大者如莲花、蜂巢、翻花、鸡冠、菱角、珊瑚等状, 而小的如樱桃、鼠尾、鸡心、核桃、蛭肉之形。所以积毒深者, 其形异而顽恶; 毒浅者, 其形正而平常。重则溃成漏, 坐卧刺痛, 甚至粪从孔出, 血从窍流, 日久伤及气血, 损及肌体。

痔疮患者尽管若不堪言, 但由于患处人的隐私部位。很多人碍于脸面不去诊治, 大部分患者去大医院手术或口服药物治疗, 这些治疗虽一时缓解病痛, 然只能治表, 无法根治, 会反复发作。如长期不治疗, 流血过多, 后期极有可能转变成肛门癌、直肠癌。

3 那么怎样才能彻底治愈痔疮呢?

我认为从理论和痔疮的生成机理来说, 治疗痔疮不仅仅要消除痔核, 更重要的是恢复直肠静脉及其分枝静脉弹性组织的弹性, 有较缓解曲张压力。使直肠及肛周的静脉血回流正常, 不再出现局部充血和血液回流障碍。进肠及肛周的静脉血液循环正常, 各种功能得以彻底恢复, 才能达到彻底根治的目的。

我自幼受祖母用中草药为人治疗的影响与熏陶, 深知许多痔患的痛苦, 我自小为自除痔患者痛苦做出贡献。长大后, 我在祖国伟大的医药宝库中吸取营养, 在祖传秘方的基础上, 我上高山入丛林, 采集中草药, 根据痔疮的成因和痔患的特点, 我潜心研究探索几十年, 终于研制成功了对内、外混合痔都有特效的“董氏枯痔”软膏。

4 “董氏枯痔”软膏的特点是治疗方便一交治愈, 永不复发。

①不论患者病情轻重, 治疗不用上医院手术开刀, 免去了住院等等的许多烦事。

②不用服药输液, 减少了许多医药费用。

③治疗期间行动不受限制, 故上班族不用请假, 可以照常工作。

④治疗时没有任何痛苦。

⑤治疗不分男女只要自己用药水将肛周清洗干净, 再将“董氏枯痔”软膏分早、中、晚一日三次外薄内注即可, 除去了在他人面前暴露隐私的种种尴尬。

⑥治疗时间短, 一次治愈永不复发。无论男女老幼一般痔患在连溲三至七日即可痊愈。重患至多连溲半月, 其痔枯黑干硬, 自然脱落, 达到了收口痊愈永不复发的目的。

⑦孕妇产后即可用本药, 无任何副作用。

5 以下是我六年前已治愈的几位患者:

①张卫城, 男, 32 岁, 桐庐桐君街道西湖弄, 患痔疮 7 年之久, 经杭州专家激光治疗无效。混合痔, 外形如鸡冠、内痔如牛奶头三粒, 每日坐厕 1 小时大便不能如愿, 而厕所里全是红色血液, 久而久之身体虚弱精神痛苦, 性欲淡漠, 内外用药而痊愈。

②吴伟施,男,54岁,千岛湖电力公司职工,患内外混合痔18年之久,大便困难出血很多,坐凳都困难,杭州医院手术2次,县级医院手术2次未见痊愈,反复发作痛苦不堪,经董氏枯痔软膏治愈。

③方友贵妻,30岁,千岛湖镇宋家村,患病六年之久,大便痛苦难忍,大便是嚎啕大哭,比分娩还痛,经董氏枯痔软膏治愈。

④上海马仁华、义乌的皇甫柏英等患都是用了董氏枯痔软膏后治愈。

⑤叶阿军,女,57岁,住桐庐桐君街道杨梅山1弄5幢,患痔20年,其形状外加核桃、内痔如樱珠有十余枚,面色痿黄,步履乏力,曾经省级医院手术五次未愈,肛门出血如注,失血很多,疼痛不已。经治三天明好转,自觉行动方便,经治十日痊愈。

⑥陈桃仙,女,55岁,住桐庐桐君街道小岭路19幢406室,患顽痔20多年,肛门四周如牛奶状痔疮四粒肿胀,肛门闭塞、大便困难、出血很多,卧床不起,身体十分虚弱。经县人民医院手术三次还是反复发作,转来我治疗,用药两天症状大有好转,继续内外用药十日痊愈断根,她对此疗效十分感激。

⑦吴为民,女,40岁,县国土资源局干部,痔疮加脱肛,疼痛不已,出血很多,多方求医不见效果,2004年8月,转来我处治疗,用药十一天痊愈。

⑧李菊秀,女,54岁,恰合卫生院医生,患内外痔十余年,形如乒乓球大小,疼痛难忍,便血不止,面色痿黄,精神不振,用“董氏枯痔”软膏十余日痊愈。

⑨刘汪生,建德市乾潭岩下村,在建德市人民医院开刀9天后新的痔又发出来,到我这里治疗痊愈,从此经刘汪生口传,在他本村介绍10几位长痔患者来我处,全部治痊愈。

⑩桐庐江南金龙花园21幢4单元507室方桂飞,她一上厕所就见红,连走路都走不动,脸一点血色都没有,经治疗痊愈。

(11)郑爱娟,桐庐江南城南小区,长痔后,大便巨痛,不能走路,经治疗痊愈。

(12)徐水泉,桐庐金鑫小区14幢101室,今年已73岁,长内外痔,原桐庐县供电局办公室,属全公费治疗,但在医院多次治疗未愈,经我治疗痊愈,现身体状况很好。

(13)多年来已为国内十多省市(湖南省、江西省、贵州省、上海、北京、四川省、广西、河北省、江苏省、新疆);国外有奥地利、意大利、瑞典、英国等治愈患者。

以上患者治愈后,至今无一人复发。万一有患者吃鸡蛋、奶粉、青霉等要过敏的,我本人还是应该免费给予他们治疗。

我是一个民间有心的研究痔患治痔的追求者,我从没有做刻意宣传,更没有做广告,全凭治愈者的口口相传,几年来经我治愈的来自全国各地各种患者,没有一人复发。获得了痔患者一致好评,甚至收到了患者煲奖锦旗及感谢信一百余面/封。

“董氏枯痔”软膏已获得国家专利证书。

百度“桐庐董金生”浙江二台采访视频。

百度“痔疮专家董金生”浙江六台采访视频。

相关文献:

枯痔油注射液治疗内痔 200 例疗效分析

目的 比较枯痔油注射液与消痔灵注射液的疗效.方法 随机抽选我院 200 例内痔患者病例,按就诊时间先后分为两组,治疗组 100 例采用枯痔油注射液注入痔核的方法治疗,对照组 100 例采用消痔灵注射液进行注射治疗,用肛肠镜 7 天后观察两组的治疗效果.结果 从疗效看,治疗组恢复情况、痔核萎缩情况均显著优于对照组,即 $P < 0.01$.

结论 注射枯痔油注射液治疗内痔疗效明显优于消痔灵注射液,值得在临床实践中推广。

中药 QB-100 腔内灌注治疗恶性胸腔积液

李去病¹ 刘树松² 李森³
(陕西咸阳肿瘤防治研究所咸阳肿瘤医院, 陕西 咸阳, 712044)

中图分类号: R561 文献标识码: B 文章编号: CCAC(2011)-08-0448-02

【摘要】目的: 观察 QB-100 腔内灌注治疗恶性胸腔积液的近期疗效和毒副反应, QB-100 腔内灌注液为咸阳肿瘤医院中药制剂(制剂号: 陕药管制字[2001]第 3492 号)方法: 108 例恶性胸腔积液患者进行常规胸腔穿刺引流胸水, 再给予胸腔内注药, 其中 A 组(n=64)为 QB-100 腔内灌注治疗组, B 组(n=44)为白细胞介素 II 治疗组。QB-100 腔内灌注每次注入 20-30ml, 白细胞介素 II 每次注入 100-200 万 U, 每周 1 次, 连续 3 周, 一个月后观察两组的疗效和不良反应。结果: QB-100 腔内灌注治疗恶性胸腔积液有效率为 87.5% (56/64), 优于白细胞介素 II 治疗组。结论: QB-100 腔内灌注治疗恶性胸腔积液疗效肯定, 副作用少, 是控制恶性胸腔积液的有效方法。

【关键词】 QB-100 腔内灌注液; 白细胞介素-II; 恶性胸腔积液

胸腔积液是恶性肿瘤最常见的临床并发症之一, 约 46%-64%的胸腔积液系恶性肿瘤所致^[1], 多见于肺癌、乳腺癌、恶性淋巴瘤等, 它可以直接引起疼痛, 影响心肺功能, 目前对于恶性胸水治疗虽有文献报道 50-70%有效率^[2], 但临床效果难令人满意, 反复穿刺引流会导致各种并发症, 积极治疗和控制恶性胸腔积液可以减轻患者痛苦, 提高患者生活质量, 延长生命。

我院自 2001 年 10 月至 2008 年 8 月用纯中药制剂 QB-100 腔内灌注治疗恶性胸腔积液 108 例, 取得了良好的效果。现报告如下:

1 资料与方法

a) 临床资料

全组 108 例患者, 年龄在 26-75 岁之间, 男性 68 例, 女性 40 例, 均经病理组织学和/或细胞学检查诊断为恶性肿瘤, Karnofsky 评分 ≥ 50 分, 预计生存期 2 月以上, 治疗前血常规正常范围, 无重要脏器功能障碍, 随机分为 A、B 两组。A 组(n=64)胸腔内注入 QB-100 腔内灌注液; B 组(n=44)胸腔内注入白介素 II。两组的一般资料详见表 1。

表 1 两组的一般资料

一般资料	A 组 (n=64)	B 组 (n=44)
男性	40	28
女性	24	16
中位年龄 (岁)	61 (30~72)	50.5 (26~75)
肺癌	40	32
乳腺癌	12	4
食管癌	2	0
胃癌	2	0
直肠癌	2	2
胸膜间质瘤	4	0
卵巢癌	2	2
原发性肝癌	0	2
胃癌	0	2

1.2 操作及治疗方法

1.2.1 操作方法

由B超定位后常规消毒铺巾,用2%的利多卡因局部麻醉,引流胸水500~1500ml。

1.2.2 治疗方法

根据患者具体情况,引流胸水500~100ml后,给胸腔内注药,其中A组胸腔内注入QB-100腔内灌注20~30ml,B组注入白细胞介素II 100~200万u,两组均给胸腔内注入地塞米松5~10毫克(减轻药物对胸膜的刺激),注药后嘱患者变换体位,以便药物与胸膜充分接触,治疗前后均摄胸片,胸部B超,记录胸水的变化及注药后的反应。1个月后评价两组的疗效及毒副作用。

1.3 疗效评定

表2 两组的疗效对比

	例数	CR	PR	NC	PD	RR(%)
A组	64	16 (25.0)	40 (62.6)	4 (6.2)	4 (6.2)	87.5
B组	44	6 (13.6)	24 (54.6)	8 (18.2)	6 (13.6)	68.2
合计	108	22 (20.4)	64 (59.2%)	12 (11.1)	10 (9.3)	79.6

注: $\chi^2=2.98, P>0.05$

2.2 毒副作用

A组中有4例患者发生胸痛6.2%(4/64),无发热,胃肠道反应及骨髓抑制,B组中发热占36.4%(16/44),4例恶心、呕吐占9.1%(4/44),胸痛4例占9.1%(4/44),两组中未出现肝脏、肾功能损害。两组在毒副作用(胃肠道反应、发热)方面有显著差异($P<0.05$)。

3 讨论

恶性胸腔积液常标志肿瘤已进入晚期,治疗难度大,预后差。有效控制胸水,对提高生活质量,延长生存时间具有重要意义。恶性胸腔积液,大多数观察显示由肺癌引起为常见,约占1/3,而乳腺癌和淋巴瘤分别为第二位和第三位^[3]。住院的治疗方法为,静脉化疗,腔内化疗及生物制剂的应用,其副作用明显,患者不易接受,我院采用QB-100腔内灌注,为纯中药制剂,其原理为:①引起胸膜刺激反应,发生胸膜尖性反应,胸膜硬化,降低其通透性,减少瘤性渗出液量。②直接抑制浆膜面癌细胞,杀菌,收敛。③溶栓,再通小血管,淋巴管促进积液吸收。④提高机体免疫力,有较好的扶正作用。⑤止血作用。

白细胞介素II是一种由激活的T细胞产生的一种淋巴因子,能诱导T淋巴细胞增殖反应,参与机体多种免疫调节活动,并具有抗肿瘤活性作用。其控制胸

水的机理可能与激活胸腔内的免疫功能有关,陈衍智^[4]报道单用白介素II胸腔内注入治疗恶性胸水有效率为72.7%。

QB-100治疗组疗效为87.5%,白细胞介素II治疗组疗效为68.2%,尽管A、B两组无统计学差异,但可以看出,A组疗效明显高,且副作用轻微。因此QB-100腔内灌注治疗胸水疗效肯定,值得推广。

2 结果

2.1 近期疗效

A组对恶性胸腔积液的疗效(CR+PR)为87.5%(56/64);B组对恶性胸腔积液的疗效为(CR+PR)68.2%(30/44)。A、B两组对恶性胸腔积液的疗效对比见表2。

1.4 统计学处理

采用 χ^2 检验

参考文献:

- [1]孙燕主编.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.257.
- [2]汤钊猷编 现代肿瘤学[M].上海:上海医科大学出版社,1993
- [3]American Thoracic Society .Management of Malignant Pleural Effusions [J].Am Respir Crit Care Med, 2000, 162(5):1987-2001.
- [4]陈衍智,李萍萍,孙红.欧耐特治疗恶性胸腹腔积液的疗效观察[J].中国肿瘤临床,1999,26(8):614~61

应用中医药治疗胰腺癌的体会

黄金昶 张来亭

(1. 卫生部中日友好医院中医肿瘤科, 北京 北京, 100029;

2. 河北省唐山市开滦医院, 河北 唐山, 063000)

中图分类号: R735 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0450-02

胰腺癌是一种常见的消化系统恶性肿瘤, 其恶性程度高, 进展快, 具有发现晚, 病程短, 转移早, 预后差等特点。近数十年来, 其发病率在全球范围内呈逐渐升高的趋势, 已成为国内外医学界面临的一个重大诊疗难题。在欧美国家, 胰腺癌占常见恶性肿瘤的第4位, 恶性肿瘤发病的2%, 癌症死亡的4%-5%, 5年生存率仅为4%。在我国亦有迅速增高的趋向, 目前占恶性肿瘤死亡的第9位, 占恶性肿瘤总死亡率的1.38%。据北京、上海的统计数据, 胰腺癌在全身恶性肿瘤的发病率已由第20位上升到第8位, 死亡率占恶性肿瘤的第5位。胰腺癌恶性度高, 肿瘤生长迅速, 不予治疗的胰腺癌中位生存期仅3-4个月。诊断后, 患者1年生存率为12%, 5年生存率仅为0.4%-4.0%。进展期胰腺癌常伴有疼痛、黄疸、恶心、呕吐、恶病质等症状, 给患者带来极大的痛苦, 因此, 改善患者生活质量, 延长生存期仍是胰腺癌治疗的首要目的。

胰腺癌的综合治疗包括手术治疗、放疗、化疗、微创治疗、生物治疗、中医药治疗及其它治疗。胰腺癌的治疗至今仍是以手术为主, 手术切除是目前唯一可以治愈的手段, 胰头癌的手术切除率仅在15%左右, 胰体尾部癌的手术切除率约15%以下。放射治疗已经成为胰腺癌综合治疗的重要组成部分, 对于手术不能切除的中晚期胰腺癌, 姑息性放疗已经成为缓解症状, 减轻患者痛苦的重要手段; 对于可以手术的早期患者, 与手术联合的放疗可以提高手术的成功率。胰腺癌属乏血供肿瘤, 其瘤体表面常有一层致密、血供少的纤维包膜包被, 化疗药往往很难渗入, 且胰腺癌常表达中到高水平的多药耐药基因产物, 其能将化疗药物快速从肿瘤细胞清除, 因此胰腺癌对化疗不敏感, 目前主要化疗药物为吉西他滨。微创治疗是一种姑息性治疗, 并不能有效地延长病人的长期生存率, 配合手术及放化疗可以缓解患者的症状, 改善病人的生活质量, 目前应用于临床的主要有高能聚焦超声热疗、冷冻疗法及微波固化疗法等。

中医药疗法作为胰腺癌的主要治疗手段之一, 不仅可以明显改善症状, 而且可以消灭抑制肿瘤。现将我的中医治疗胰腺癌的点滴体会汇总如下, 供同道参考。

1 肝阳不足、寒湿内盛挟热为胰腺癌的主要病机

胰腺癌古称“伏梁”, 中医古典文献中有关伏梁的病因病机多认为是气机不畅、脾湿困郁。病因多源于七情郁结、或饮食失调, 久而肝脾受损, 脏腑失和, 脾运受阻, 湿热内蕴, 瘀毒内结所致。若从脾从湿热治疗仅能改善部分症状, 不能消瘤, 效果并不理想。我从临床观察发现, 治疗胰腺癌可从厥阴论治, 该想法源于我曾治疗一位68岁男性胰腺癌患者, 化疗前每日大便1-2次, 用吉西他滨化疗后每日腹泻近20次, 往往便泻裤中, 苦不可言, 用甘草泻心汤、葛根芩连汤无效, 改用乌梅丸后3日大便正常, 疼痛缓解, 食欲正常, 体重增加, 回头反思发现胰腺癌主要症状与厥阴病提纲相符, 之后遂用乌梅丸加减治疗胰腺癌效果很好。

为深入研究胰腺癌与厥阴病的关系, 我们回顾性调查我院2002年9月至2008年9月住院治疗的有明确诊断的111例胰腺癌患者, 探讨临床症状与分期、临床症状与部位有无相关性。结果提示从患者的首发症状及就诊症状来看, 胰腺癌患者的首发症状和就诊症状大致相同, 均为上腹饱胀不适、上腹痛、纳差、消瘦、黄疸、腰痛、肩背痛、乏力、腹泻、便秘、恶心呕吐、腹部肿块、口干、发热, 这些症状中, 仅黄疸在胰头癌出现的频率明显高于胰体尾癌, 而上腹饱胀不适、上腹痛、纳差、消瘦、腰痛、肩背痛、乏力、腹泻、便秘、恶心呕吐、腹部肿块、口干、发热症状与肿瘤的分期、肿瘤的部位没有明显相关性。出现频率较高的症状为上腹饱胀不适, 上腹痛, 纳差, 消瘦, 腰痛, 肩背痛, 乏力, 首发症状患者多伴有腹泻、恶心呕吐、腹部肿块、发热。

伤寒论厥阴病提纲所述“厥阴之为病, 消渴, 气上撞心, 心中疼热, 饥而不欲食, 食则吐蚘。下之利不止”。将胰腺癌的主要症状与厥阴病提纲对照来看, 其中上腹饱胀不适、上腹痛、食欲下降、腹泻均符合厥阴病的临床表现。厥阴病的本质是肝阳虚, 导致寒热错杂。肝主春, 肝为阴尽阳生之脏, 寒乍尽, 阳始生, 犹春之寒乍尽, 阳始萌。肝中之阳, 乃春生少阳之气, 始萌未盛, 故易受戕伐而肝阳微弱, 形成脏寒。然又内寄相火, 相火郁而化热, 于是形成寒热错杂之症。消渴、气上撞心、心中疼热三症, 乃相火内郁而

上冲所致。肝阳虚馁不得疏土，则有饥不欲食，食则吐衄，下之利不止，此为脏寒之征。据此，胰腺癌主要病机为肝阳不足。此外，胰腺癌极易肝转移，“正气存内，邪不可干”，此也可佐证胰腺癌主要病机是肝气不足。同时发现胰腺癌容易周围浸润及淋巴结转移，这符合中医痰湿表现，所以可以说胰腺癌肝阳不足是本，寒湿内盛挟热是标。

2 治疗以温阳散寒祛湿散结并举，选用乌梅丸加减

目前治疗胰腺癌的药物多为清热利湿散结中药，偶有症状改善、瘤体稍微缩小医者便津津乐道，其实不然，中医药治疗胰腺癌仅仅症状改善、瘤体稳定是不够的，必须瘤体消失方无后顾之忧，瘤体消失必须温阳散寒祛湿散结并举，祛湿散结以祛其邪，温阳散寒以扶其正，寒湿得去正气易扶，肝阳得扶寒湿易去，两者相得益彰。

众所周知，乌梅丸是厥阴病的主方，在温肝的基础上调其寒热，寒热并用。同样乌梅丸也适合胰腺癌的肝阳不足、寒湿挟热之证。肝藏血，主疏泄，体阴用阳。体阴是指肝藏阴血，以滋养肝体、涵敛肝阳、化生胆汁作用；用阳是指肝的功能而言，是以肝阴为物质基础的。乌梅味酸，性温，入肝经，敛肝柔肝，且具有生发之性，但不能生血，故配以当归温补肝血，二者同补肝体，可助肝阳之用。人参益肝气，附子、干姜、细辛、桂枝、川椒五味辛热之药配合人参以温阳益肝之用。肝之阳气在生长阶段易郁而化火，故加黄连、黄柏清火热之邪。且黄连配附子，一清热燥湿一温阳化湿，湿热可尽除。干姜、川椒温中，可化中焦寒湿。细辛、黄柏合用起沉寒、清湿热。桂枝温心阳，推动阳气上升。

简单的慢性胰腺炎用乌梅丸就可解决，但胰腺癌属沉寒痼冷之疾，非乌梅丸原方所能胜任。胰腺癌较之一般厥阴病，肝阳更虚、寒湿更重，同时兼有癌毒、邪热、血瘀。方中可加用生黄芪补一身之气血且擅长

补肝气。结合胰腺癌易出现肝与淋巴结转移的特点，在治疗时加用养肝之药白芍，与当归共用养肝血，调肝气，减少肝转移的机会；淋巴结中医属“痰核”，

“痰核”病因多为寒湿、痰凝，乌梅丸中已有大量温阳散寒燥湿之品，可再加猫爪草、海浮石、蜈蚣等化痰祛风之品治疗淋巴结转移。肿瘤形成的根本原因虽然在于正气不固，但肿块形成必有毒邪蕴结，在治疗过程中，仅用温阳散寒祛湿药物实难奏效，非攻不可中病，当予以毒攻毒之药，可选用蟾皮、壁虎、斑蝥、龙葵、蜈蚣、小白花蛇等，“以毒攻毒”之药多伤气、伤胃，术后无瘤者、体弱者用药宜少、用量宜轻、用药时间宜短；肿瘤发展迅速，体壮者可选2-3种药物，量可大。胰腺癌多伴疼痛，说明血瘀是胰腺癌形成的主要病因之一，加乳香、没药以活血化瘀，而且活血类药物可助肝之用，促进肝脏疏泄功能恢复，肝脏疏泄功能恢复，瘀毒结聚宜除，且痰湿、瘀毒不易结聚。

在胰腺癌的治疗过程中，需加用抗肿瘤中成药，如复方木鸡合剂、金龙胶囊、华蟾素片、得力生注射液等。而且结合整体辨证外用温阳化痰软坚散结之品，药用川乌，草乌，海藻，海浮石，川椒，猫爪草，胆南星，山慈菇，壁虎，肉桂各90g，麝香1g，浓煎外用，每日4-8小时，对消瘤、缓解疼痛、治疗腹水都有很好的效果。

中药基本方：乌梅30-60g；当归15g；细辛3g；川椒6-10g；桂枝15g；黄连3-10g；黄柏10-15g；党参15g；干姜10-15g；制附片10g（先下）；白芍20g；生黄芪30g；壁虎30g（打）；猫爪草30g；海浮石50g；乳香10g；没药10g；鸡内金30g。水煎服，每日一剂，分两次服用。

加减用药：黄疸者加茵陈15g，配合芒硝1g、枯矾1g冲服；上腹疼痛、腰痛甚者加痛点刺血拔罐；便秘者加酒大黄10g；上腹胀者加厚朴10g、大腹皮15g；湿重口干甚者加薏仁米30g、苏梗15g，湿气化则口干缓解；食欲差者对脾俞、胃俞、足三里刺血拔罐艾灸；腹泻者加赤石脂15g、石榴皮15g，同时加大乌梅用量至60g；恶心呕吐者加旋复花15g、代赭石15g；气虚乏力甚者加艾灸气海、关元；阴虚甚者加知母15g；瘀血甚者加莪术10g，水蛭6g；合并腹水者加大腹皮15g、龙葵10g，去川椒易川椒目10g，同时与细辛3g、川椒目10g、龙葵10g、桂枝10g、生黄芪10g共研细末敷脐部，外置艾灸，每日一次，每次2小时。

百合固金汤在肺癌急症中的应用

李佩文

(卫生部中日友好医院中西医结合肿瘤内科, 北京 北京, 100029)

中图分类号: R265.11;734.2 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0452-02

【关键词】百合固金汤; 肺癌急症

原发性支气管肺癌(下简称肺癌)具有发病率高、顽固、并发症多等特点,在急症中可见咳喘、胸痛、咯血、发热等表现,中医辨证常与阴虚内热有关。肺癌的发生一般认为正气虚损是根本,本虚标实是重要表现。其中肺阴虚证颇受关注,又常和肿瘤急症相关。

《素问至真要大论》曰:“夫百病始生,皆生于风、寒、暑、湿、燥、火,以元化之变也”。肺癌之为病,论其病因又常与“燥、火”密切相关,特别是肺鳞癌患者,原因可与下列原因相关联,一是这种肺癌患者多有吸烟史,烟草之热毒有伤于肺;二是与某些职业环境有关,如煤烟、焦油等;三是放射治疗也可导致“热毒伤阴”;四是化疗引起呕吐、腹泻,导致体液丢失,及脾胃受损导致摄入不足;五是对脑水肿、胸腹腔积液的脱水治疗,可造成医源性体液丢失。

脏腑辨证,多以肺肾两脏水液代谢紊乱为主要病机,肺为水之上源,主肃降通调水道,生理基础是肾的“蒸腾气化”,古有“肺为气之主,肾为气之根”一说,肺癌者肺气受损,必久病及肾,肾阴为一身阴液的根本,肺阴虚损也可损及肾阴。肾不纳气又常致气喘。

百合固金汤养阴润肺是治疗肺肾阴虚的代表方剂。方中以生熟二地为君,滋阴补肾,麦冬、百合、贝母为臣,润肺化痰止咳,当归、白芍养血益阴,佐以玄参滋阴凉血,桔梗宣肺镇咳。使以甘草调和诸药,润肺止咳。在肺癌急症中,处理某些急症,每见效果。现仅就个人体会,与同道讨论。

1 用于肺癌的软坚散结作用

对有阴虚内热的肺癌患者,笔者习惯用百合固金汤加用鱼腥草、木蝴蝶、枇杷叶、山海螺等。也有报道百合固金汤合麻杏石甘汤,加三棱、莪术等治疗阴虚型肺癌 50 例,其中显效 1 例,有效 25 例,以及该方合用西黄丸治疗 210 例,显效 25 例,有效 127 例,无效 58 例。但没注明疗效标准^[1]。

1.1 病例举例刘某,男,山东德州人,吸烟 20 余年,半个月来右胸闷痛,干咳少痰,手足心热。于当地做 CT、X 光片示:右肺门软组织阴影 3cm × 4cm,气管镜检查见中分化鳞癌细胞,拒绝手术,求助于中医。2010

年 5 月 10 日来诊见面色黧黑,脉弦细,舌紫、苔薄黄。中医诊断淤阻肺络,肺肾阴虚,治宜化淤散结、养阴润肺:百合固金汤加木蝴蝶 10g,鱼腥草 10g,服药半个月,咳嗽明显好转,胸痛胸闷、五心烦热,症状消失。患者共服药 1 年半来复查,肿物稳定,症状已不明显,未见明显复发、转移征象。将原方配成水丸返回原籍。

1.2 讨论木蝴蝶,亦称玉蝴蝶、千张纸等,性凉,微酸,苦,甘。入肺脾经,利咽止咳^[2]。《滇南本草》称:“定喘、消痰、宽中”。鱼腥草,性微寒,味辛。入肺经,清热解毒、排脓消痈。有报道称可抑制癌细胞有丝分裂。《本草经疏》称治热毒壅肺,为肺痈吐脓血之要药。

2 用于肺癌发热

肺癌者虚热多见以午后为重,多伴五心烦热^[3]。西医多用抗炎治疗,但白细胞多无异常,现代医学有解热镇痛药萘普生缓释片,用后多有汗出,久用伤胃。低烧如不及时控制,发热日久,体力消耗甚大,甚者到肿瘤终末期,可发生高热 39℃ 以上,持续不退,现代医学称“癌性发热”原因不明,可危及生命。

2.1 病例举例刘某,女,42 岁,退休工人,河北保定会诊患者。胸痛月余,X 光片及 CT 提示右胸腔积液,胸水中查见癌细胞,全身骨扫描第 5 腰椎椎体及右侧第 12 肋骨放射性浓聚。在外院应用骨麟治疗,用后发热,午后 37.5℃ 左右,伴身痛、四肢不适,来服中药,初诊见患者消瘦萎黄,脉沉细,略数,舌红无苔少津,符合肺肾阴虚证,遂用百合固金汤加丹皮 10g、地骨皮 15g,用药 1 个月诊时低热已明显好转,身痛已止,但午后仍有余热未尽之感,遂上方加银柴胡 10g,半个月后发热消失。

2.2 讨论地骨皮归肺肾二经,凉血退蒸,清泻肺热,多用于骨蒸潮热、盗汗等症。《本经》载有地骨皮汤:地骨皮与鳖甲、知母同用善清虚热。《本经求真》称丹皮味辛,治无汗骨蒸。地骨皮味甘,治有汗骨蒸,本例用药 1 个月,余热未尽,遂加银柴胡以助退虚热之力。此法应注意,外感风寒、血虚无热者忌。

3 用于肺癌剧咳

肺癌常侵及气管发生剧咳，多伴有多痰而喘促、胸痛等。西药常用可待因镇咳，多有心慌、痰稠难咯等不适。笔者每用百合固金汤加川贝母、紫苑，常见效果。

3.1 病例举例刘某，男，60岁，河北清苑县农民，述干咳少痰，腰酸2个月余，CT示左肺巨大软组织影，分叶。穿刺病理：高分化鳞癌，放疗近1个疗程因剧烈咳嗽、胸痛甚不能坚持放疗，来服中药，初诊见患者消瘦，面色晦暗，胸部见放疗画线标记。脉细数，尺脉沉弱，舌红无苔少津、裂纹，辨为肺肾阴虚证，投以百合固金汤加川贝母10g，紫苑20g，服1个月后来诊，诉有痰容易咯出，胸痛得缓，咳嗽明显减轻。《药性论》及《本草会编》称贝母治“虚劳咳嗽”、“胸胁逆气”。

3.2 讨论贝母为肺经要药，广泛用于肺癌者，止咳化痰、清热散结。肺癌患者，久咳不愈，放射治疗又可引起放射性肺炎，发生咳嗽、少痰咽燥，每投以贝母，主要用于镇咳者多用川贝母，以散结为主者，多用浙贝。

4 用于肺癌止血

肺癌咯血者多见，有时可为首发症状，多因肿瘤侵犯肺部血管所致。肺阴虚咯血，初见为血色鲜红或血丝混于痰中，如不及时止血，则可诱发大咯血而致命。笔者常在百合固金汤中加白及、仙鹤草，两药均入肺经，可收敛止血。

4.1 病例举例李某，男，河南许昌人，咳嗽胸闷1个月查为左肺肿物伴纵隔淋巴结肿大，在中科院肿瘤医院诊为左肺中心型肺癌，放疗半个月出现胸痛干咳，每天晨起第一口痰伴有血丝，色鲜红，进而发展成为整口血痰，伴有盗汗、手足心热，来服中药。初诊见患者略消瘦，舌红苔薄黄燥，脉沉细数，辨为肺阴受损，投以百合固金汤加白及10g，仙鹤草20g，用药2周血痰消失，盗汗亦止。

4.2 讨论白及收敛止血，《本草纲目》称：“入肺止血”、“生肌治疮”，仙鹤草味苦涩性平，亦入肺经治血热妄行，尤对放疗患者，“热毒伤阴”咯血者效果尤佳，但用药时量宜大，可10~30g。百合固金汤中以生地为君，滋阴补肾、凉血止血，麦冬、百合润肺养阴，川贝母也有止血作用。甘草调和诸药，但现代研究甘草含有甘草次酸，其结构与糖皮质类固醇相似，对止血不利，故供用药时参考讨论。甘草用于清热解毒、宜生用。但本品味甘，助湿壅气，令人中满，故肺癌患者胸腹胀满，浮肿者剂量不可过大。

参考文献：

- [1] 赵建成. 肿瘤方剂大辞典[M]. 北京: 中国古籍出版社, 2009:61.
- [2] 黄泰康, 丁志遵, 赵守训等. 现代本草纲目[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001:419.
- [3] 李佩文, 赵建成. 恶性肿瘤并发症实用疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995:249.

相关文献：

百合固金汤在肺癌急症中的应用

原发性支气管肺癌(下简称肺癌)具有发病率高、顽固、并发症多等特点,在急症中可见咳喘、胸痛、咯血、发热等表现,中医辨证常与阴虚内热有关.肺癌的发生一般认为正气虚损是根本,本虚标实是重要表现.其中肺阴虚证颇受关注,又常和肿瘤急症相关.

体液微循环障碍

中医肿瘤学断代研究的思路

王仰宗

(北京中医院临床研究杂志社, 北京 102211)

中图分类号: R2

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0454-04

【摘要】中医肿瘤断代研究就是要重视对体质的治疗即“治人”，阴阳五行，四诊八纲及气血湿炎虚五证及“精气神”的多靶点多层次辨证施治是调整“人体体液微循环”的关键环节。血管微循环、淋巴管、神经末梢以及汗腺中运行的体液均属“体液微循环”的范畴。细胞内液以及组织液是“体液微循环”的物质基础和液体交换靶点，重视肿瘤细胞恶变及基因突变内环境和外环境是“肿瘤断代研究”的基本范围。中医基础理论必须涵盖肿瘤学的更深层次的问题，才能形成肿瘤治疗的新观点和新理论。气属阳，水属阴，纠正体液微循环平衡紊乱是防治细胞癌变，基因突变的临床医疗基础。水为生命之源，湿生百病，体液内环境是肿瘤形成的物质基础和培养基，体液和体液微循环的改变，是基因突变和细胞癌变的病理诱因。辨证施治，整体调控，在阴阳五行，四诊八纲指导下，达到养生保健防治肿瘤的目的。

【关键词】中医肿瘤断代研究；天人合一；体液微循环

中医肿瘤学同中医理论一样，同样面临断代研究的思路和创新。新观点、新思维是促进中医肿瘤学研究向前发展的关键。“天人合一”是中医理论形成和发展的基础，长期以来，通晓天文，地理，气象的医学家可以用“凤毛麟甲”来形容，剩下的只是单纯的医学研究和疾病诊疗。脱离疾病形成的环境，尤其是饮食营养，精神环境及天文气象，单纯研究药理和疾病，只能是“头痛医头”的局部医疗。西医汉译术语的翻译，来源于中医基本术语，这种借鉴，促进并使西方医学在中国的传播得以繁荣和发展。现代医学的发展，是建立在中医理论基础上已出现“脱胎换骨”的变化，虽然这种变化是“潜移默化”的。在中西医学的竞争，面对人体生物化学和人体生理病理，中医应该用“阴阳五行”观点去破解和诠释，几千年的发展史，正是中医的开放性促进了中医的发展。“精气神”和“气血神”，后者容易理解，从理化的高端层面去看待“人体生化生理”，去理解中医“气”的含义，概括的讲，“气是人体新陈代谢中的化学和物理变化总称，是人体营养平衡和能量代谢的“理化”现象。中医经络学说处于“气血神”即“精气神”的高端，神经及神经末梢，血管淋巴管及汗腺等是“人体经络”系统的底层结构。血液微循环，神经末梢轴浆循环，淋巴液及组织液循环，甚至“细胞膜交换”等都可归属于“人体体液微循环”。微量元素在人体的含量同地球化学元素在梯度比中，所含品种基本相同，但其含量在人体中却是微量甚至是痕量，人体营养和能量代谢反映着人体“气血神”的本质变化。

正确认识微量元素在中药及人体中的作用是非常重要的。在食品添加剂中，微量“砷”具有促进生长的作用，而超量却可致癌和巨毒。以药之偏纠正人体之偏，达到“阴阳平衡”是中医药的基本原理。中药作为一种绿色物质，除其具有药理作用外，也是一种营养和能量平衡剂。富营养主要是高热量，低微量元素，中药作为一种低热量，全微量元素系列营养物质，在某些情况下，又具有“食药同源”的作用。“体液微循环平衡障碍”既包括血液、淋巴液、神经轴浆及组织液甚至“细胞内液”，是调节人体“气血神”和“风水火平衡”的关键。体液微循环障碍受各种“内外”环境影响，受人体“气血神”及“精气神”影响。抑郁和营养失调及精神因素和营养因素是肿瘤形成的主要因素，“生物，心理，社会，环境”的多因素是肿瘤的主要诱因，“气基因合一”，重视“气”在基因代谢中的作用。“气血神”同样影响着肿瘤的发病和预后以及康复。

神经末梢轴浆循环，是体液微循环的重要组成部分，既具有其营养性的一面，又有其传导性的一面，两者都具有双向性。轴浆液的营养性既具有对神经元的营养性，又具有神经介质的多重递质功能；其传导功能既具有由外向内的传感作用，又有由中枢向周围组织细胞的由内向外的传导及神经功能调节和平衡作用。在细胞以及基因的突变中，体液微循环具有不可替代的作用。细胞膜内外的物质交换同样受“体液微循环”的影响和调节。尤其是“神经体液”的调节作

用。体液的水电解质酸碱平衡紊乱状态同样影响着基因突变过程。

细胞及基因突变的内外因素决定着肿瘤细胞的形成和变异,细胞的内外环境同样决定着肿瘤细胞的恶性程度和康复。中医中药的全方位调节,是“治病救人”的双重作用。

随着对体质疗法的重视,中医“正邪相争”即正气学说越来越受到重视,扶正祛邪,首先是扶正,这也是“治人”的关键,治人和治病是同时进行的体质疗法和祛病疗法,“治人和治病”的整体诊疗,才是提高临床疗效的关键。

治病必求于本,“本”是体质疗法,是治人,辨病是对症治疗,是辨证施治的主要部分是“治病”,摆正“治人和治病”的“标本和主证”关系是“治病必求于本”的核心观念。“七情六淫”和“精气神”皆可致病,以“寒”为例,最新科研证实,寒冷刺激,可使脑电图 α 波消失,可使外周血管收缩,皮肤汗腺散热障碍,从而形成体温升高,高热对神经系统及细胞新陈代谢的影响更是不言而喻,由此可见仅“寒热”即可引起整体变化,研究“七情六淫”对人体的致病作用及日积月累作用,可见“热”和“炎”症的关系并在肿瘤的形成过程居主要地位。“气血湿炎虚”和“精气神”同样居辨证施治重要位置。“阴阳五行,四诊八纲”同样在“治人治病”中,尤其在“治人”层次,具有不可替代的作用。“食药同源”,饮食在新陈代谢中生成二氧化碳和水以及热量,富营养主要是高热量,低微量元素,但微量元素在调节人体阴阳平衡及新陈代谢中的重要作用是不可缺的。中药不但具有各种药理作用,同样是多种微量元素调节剂。营养剂和气血神是“体液微循环障碍”的主要元素,同时也是肿瘤及基因突变的外因和内因。中药多靶点多层次的“君臣佐使”配伍是保证“治人治病”的关键,扶正永远是临床治疗尤其是肿瘤治疗的首要任务。“体液微循环”作为人体生命的基础,应该引起临床足够的重视。

扶正祛邪,在肿瘤的形成过程中,正虚邪实始终是肿瘤诊疗的主旋律,正虚是阳虚,邪实是阴盛,阳虚是气虚,邪实阴盛是湿盛,在肿瘤的形成过程中,气滞血瘀,湿盛,炎症和正虚同样是辨证施治的主旋律,多靶点多层次不等于无重点,主证的转换是矛盾的辨证性决定的,单方独剂自有其靶点性和速效,复方多靶点也有其优点,这就其整体性,二者的结合,能突出重点,兼顾急症。标并不等于本,但标可以是主要矛盾。西医作为辅助治疗,一是治病,二是治标。在肿瘤临床治疗中,纠正水电解质酸碱平衡紊乱是对“体液微循环”的基础治疗,中医健脾是扶正,是营养层次的扶正,“基因突变”离不开细胞内环境的改变,人体营养失衡尤其是微量元素缺失或不足,也是基因突变的诱因之一。体液、营养和精气神调理,是从气血神到形神合一的过渡。运用“阴阳五行”,“四

诊八纲”及君臣佐使的中药配伍,是肿瘤治疗的基本组方原则。抑瘤和肿瘤细胞灭活及凋亡序列疗法,实质上都是肺癌临床中的“治标”措施。重视临床中的体质疗法及“治人”,是肿瘤综合诊疗方案的主旋律,也是主要矛盾。中医肺癌断代研究,首先是“治病救人”的体质疗法,综合疗法是“治人治病”的复合疗法,这就是辨证施治。

“体液微循环”失调是基因突变的内环境和外环境,气属阳,水属阴,纠正细胞癌变和基因突变的体液内外环境,有利于逆转肿瘤诊疗的结局和预后。“天人合一”中的各种致病因素均通过“气血神”的改变,影响人体的正常功能,正确理解和掌控“正虚邪实”的肿瘤形成特点,把握“扶阳祛邪”是临床辨证的关键,在“气血湿炎虚”五证辨证中,“炎症”和“湿症”始终是肿瘤治疗的主要病因。扶阳不助热,利湿不伤阴,把握“阴阳五行”的辨证法则,灵活运用“四诊八纲”辨证施治,“标本兼治”重视并发症的治疗,“中医肿瘤断代研究”一定能取得辉煌的成绩,从而为中医肿瘤学的丰富和发展作出贡献。

面对恶性肿瘤,现代医学显的无能为力,中医肿瘤研究必须克服固步自封,走出无所作为的封闭意识和临床诊疗盲区,总结近代中西医在肿瘤研究方面的临床验案和经验,在传承的基础上,推陈出新。实现以中医为主体的原创性临床突破,开创辨证施治的新局面。

理气,活血,养神,扶正祛邪,以调理阴阳平衡为基点,重视“体液微循环”在临床中的重点作用,从“形神合一”和“精气神”一体层面,对中医理论和临床经验全面传承,重点研究整理中医学最新临床成果,从而丰富和完善中一种留学理论和临床诊疗体系。深刻理解中医肿瘤断代研究的重要性和迫切性,原创性的辨证施治有它的特定的环境和临床表现,经过临床现代诊疗过程的肿瘤症状和体征已变的不那么典型,要重现原创辨证施治的原生态环境,民间医疗和基层医院是以及第一矛盾首诊资料应该是原始症状的重现和记录。民间医学、基层医院,中医医院,综合医院中医科的医务人员所见到的症状和体征虽大同小异,但它们是临床研究的不同层次,是中医肿瘤断代研究的基础,认真总结他们的全面研究成果,必将开创中医临床研究的新局面。从“体液微循环”研究开始,以中医基本理论为指导,中医肿瘤断代研究必将迎来“气血神合一”研究的新局面。总结经验,拓展思路,探索肿瘤治疗的新方法,新途径,百花开放,百家争鸣,开创肿瘤复合治疗的全新局面和新时代。

中西医在肺癌认识中所形成的鸿沟,构成了中医肿瘤学断代研究的必要性。中西医学的自我封闭,严重阻碍了医学的发展,用中医基本理论去认识和破解肿瘤研究中的难题,融洽现代医学及多学科观点,从整体高度去看待临床肿瘤学研究,以总结临床经验为主,临床研究和人体科学研究为辅,使临床经验成为丰富和完善临床肿瘤学的重要组成部分。

体液微循环简表

类别	名称	性质	作用
血管微循环	血液+氧	气化+营养+调节	体液调节+供血+供氧
淋巴管	淋巴液	新陈代谢+水液循环	体液调节
神经末梢	轴浆液	营养+传感	体液调节+神经调节
组织液	组织液	细胞外液	体液调节
跨膜转运	细胞内液	新陈代谢+营养	体液调节
水通道	水分子扩散 跨膜流动	水液微循环 新陈代谢	体液调节
汗腺	汗液	新陈代谢	体温调节+体液调节

*神经末梢遍布人体各组织器官、血管、淋巴管、汗腺，神经末梢轴浆液呈双向循环，具吸收和分泌功能，传感作用也呈双向传感。全身衰竭时，神经末梢呈向心性变化。神经末梢功能改变，代表着“体液微循环”的生理状态。也是“气血神”的临床观察指标。理气、活血、养神从改善神经末梢功能开始。

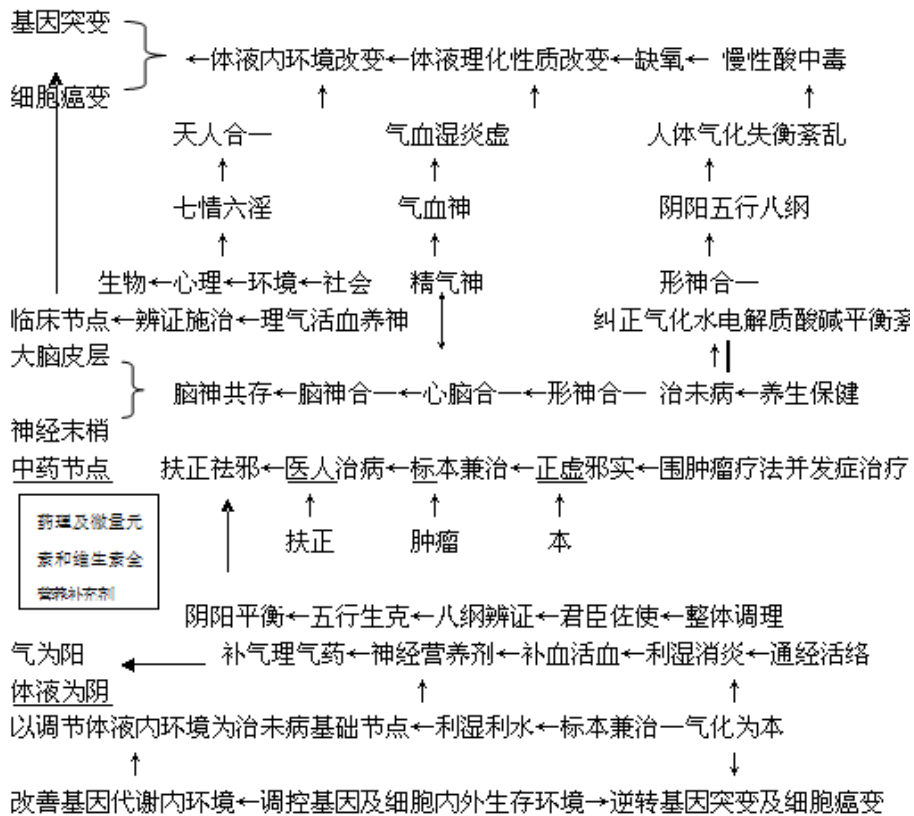
神经末梢终端

作用	路径靶点	备注
传感作用	感觉和运动的传导和支配	
信息终端	双向管理信息支撑平台	
营养作用	神经末梢自身营养及靶细胞	大脑和神经末梢是中枢和终端关系，中枢的信息传导靠终端实施并呈双向传导，具有系统性和管理作用。神经末梢的向心性特点，是全身衰竭的起始点。形神合一，相生相克。
双向调节	传入传出信息管理终端	
大脑神经	大脑神经末梢合一	
末梢系统	中枢和终端自洽机制	
天人合一	联接自然和人体的节点	
形神一体	经络神经和形体精神的生克关系	
气血神相应	肺和细胞氧交换、血管血液、大脑神经末梢一体	

神经末梢的营养和调控

特点	备注
神经末梢同大脑一样共同重要	脑神一体
大脑通过神经末梢实现调控作用	脑神相应
血供的向心性与神经末梢衰竭同时存在	气血审合一
神经末梢功能下降，所属及配部位功能下降	形神相应
神经性瘫是神经末梢衰竭的早期表现	形神合一
理气活血养神是改善神经末梢功能的基础	精气神一体

体液微循环障碍与肿瘤



作者简介:

王仰宗, 男, 主任医师, 副教授, 国家科技部《管理观察》杂志总编, 中华中医药学会名医思想研究分会副主任委员, 中华中医药学会肿瘤分会副秘书长。

相关文献:

休克早期液体复苏中的一种新思路

〈篇首〉随着对休克病理生理学的不断认识, 休克复苏经历了血管活性药物, 超负荷扩容、限制性液体复苏以及晶体液、胶体液和高渗液的选择、缺血一再灌注损伤的防治等演变. 目前, 救治休克的主要措施是止血和容量复苏 (包括晶体液、胶体液、血浆代用品和血液等的应用). 但是液体复苏仅仅是支持性治疗, 对于扩容治疗后, 微循环障碍和组织氧供不足目前还没有理想的解决措施. 这是休克复苏中急需解决的问题之一.

作者	路建 (嘉兴学院附属第二医院麻醉科, 314000) ;
刊名	实用医学杂志 2011 年 27 卷 02 期
英文刊名	THE JOURNAL OF PRACTICAL MEDICINE
分类号	R5
基金项目	全军“十一五”面上课题

辨症患者致癌体型分类与辨证论治

王仰宗

(北京中医院临床研究杂志社, 北京 102211)

中图分类号: R730.2

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0458-02

凡患各种疾病,都是有它的一定内因,癌症也同样是这样,我们防治癌症,既要知其外因,更要知其内因,把内外致癌因素,用相应的方法把它截断,这样才能做好防治癌症工作。癌症患者的致癌体型,是患癌的主要内因,它的类型较多,现就较常见的一些类型,分述辨证论治于下:

1. 气滞痰郁致癌体型: 气血是人体最主要的组成部分,而更占重要的又是气,它是人体各部分的动力,“得气则昌,失气则亡”,气血融和是人体健康的最基本条件;气滞痰郁体型与百病有关,也是主要致癌因素之一:如食道癌初期的“梅核气”,很明显是痰气凝滞所致,所以它的治法,就应在治癌防癌的基础上,用理气化痰的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌的作用。

2. 血证致癌体型: 气血在人体是有不可分割的关系,气病会影响血,血病也会影响气,气滞则易瘀,是临床医疗上常见的疾患,它在致癌上也起着主要作用:比如肝气郁结,就和许多肝脏病变有关;肝脏病变,有的是由急性肝炎治疗不当,日久不愈而转为慢性肝炎的,有的是情志久郁不舒而发生肝病的,但各种肝病多与气滞血瘀有关,也多是肝癌的跳板。这个体型的治法,是应在治癌防癌的基础上,用理气化瘀的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

3. 痰火致癌体型: 人体的正常津液是滋养人体的分泌液,这些津液在肺部,热盛则为痰,这就是痰火,痰火能引起肺部的许多疾患,也是引发肺癌的一个体型。肺部痰火的治法,是应在防癌治癌的基础上,用清肺化痰的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

4. 血瘀致癌体型: 血瘀致癌与人体各部许多癌症癌变,都有很大关系。其最突出的瘀血病变为腹部血瘀形成的腹动脉硬化及结块,这个病症就是中医中所论述的五积中的“心积伏梁”的来源:它的病变,与人体整个有关,特别对胃肠膈下脏器的病变和致癌,都是很重要的,临床观察有腹动脉瘀血硬化,没有慢性胃炎,胃溃疡...等胃肠疾患的是少数人,这些患者中间经详细检查诊断,分析辨正,没有形成癌变的也是少数人,何况腹动脉硬化结块,其本身就是血

管壁癌变。现在我国胃癌变很多,它就是一个主要的内因。它的治法应在防癌的基础上,用活血化瘀、软化血管的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

5. 瘀血贫血致癌体型: 疾病是千变万化的,人的体型也是错综复杂的,虚症可有大实,实症也有大虚;贫血的病人,面色萎黄,无力,心悸失眠,脉象细弱,甚至兼有代脉,这好像是纯属血虚贫血了,但是经过腹诊又兼有腹动脉血瘀硬化,这就肯定患者是属于瘀血贫血体型了;这个体型是双重的致癌体型,因为瘀血可以致癌。瘀血贫血所引起的心脏功能不好循环不良,也能加强致癌,这个双重致癌体型,很容易引起误治,所以我们临床治疗要特别注意。这个这个体型的治法,是应在治癌防癌的基础上,用养血与活血化瘀相结合的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

6. 湿热致癌体型: 湿热致癌体型是致癌体型中较多的一个体型,本体型兼湿与热,舌质多见绛红,舌苔多腻厚或兼黄燥;脉象多滑数右尺有力。此型能引起许多疾患,特别是肠胃病的癌变,多与此型有关;此型的治疗方法,应在防癌的基础上,用清肠利湿的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

7. 寒湿痰饮致癌体型: 人体津液,热盛在肺则为痰火,在体则为湿热;寒盛则成痰饮湿痹,都能阻滞经络传导,助邪为虐而至癌变;如食道癌食阻不下,时吐痰饮、痰涎,就多是本型癌变为祟的具体表现。此型的治疗方法,应在治癌防癌的基础上,用助脾化湿除痰的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

8. 血瘀湿热致癌体型: 血瘀湿热兼型致癌体型,在致癌体型中所占比例很大,整个消化道癌症多兼此型。此型是以上所述血瘀、湿热二型的合并体型,故对本型症状的认识应参考此二型。此型的治法,应在治癌防癌的基础上,用兼化瘀利湿热的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

9. 气血亏郁致癌体型: 人的生机和运动都是气血的功能,气血不足,整个机体的功能就会减弱,新陈代谢就会失常,如河里水少不能成流,形成亏郁,这样人体的抗病力量也会相对减弱,因而也就成了一个癌变的致癌体型;临床观察,凡有心脏病的患者,

同时体内也多兼癌变就与此型的致癌道理有关,此型身体多乏力,脉弱微或涩代· · ·等,一派气血不足之症,此型的治法,应在应在治癌防癌的基础上,用调补气血的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

10. 阴血亏损致癌体型:阴是指肾阴,血是指心血,阴血亏损者指血分之阴与血俱不足也,气血亏郁可以致癌,阴血亏损也可致癌,因为肾阴与整个机体调节有关,阴亏在血分则引起血热,在气分则可导致气燥,血热气燥是痰火湿热产生的根源,在消化道则消化津液缺乏而引起食欲减、下食不畅,都与癌毒留滞有关,并且机体津液不足也会使脏器功能减弱,抗病力量下降,古语云:“凡疮疡未愈者,不得合阴阳”(男女房事)。这就是古人在临床上观察,肾阴亏抗病力量就会下降的警告,所以阴血亏损确实也是一个直接或间接的致癌体型。此型多手足发烧,口干舌燥,脉象细数或兼涩。治法应在应在治癌防癌的基础上,用滋阴益血的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

11. 外湿侵蚀致癌体型:外湿侵蚀致癌,就是皮肤受外湿侵蚀,留久不散,日久引起癌变,或由于皮

肤浸淫诸疮,日久不愈导致癌变,皮肤癌就多与此型有关。此型的治法,应在应在治癌防癌的基础上,用透散表湿的治则来辅助治疗,以斩断它的致癌助癌作用。

12. 跌打损伤致癌体型:跌打损伤,会引起血瘀筋伤骨裂,在临床治疗观察中,它也与致癌有关。此型的治法,是应研究癌症的发病部位与跌伤筋骨血脉的情况有关系,在治癌的基础上,注意跌伤部位的情况,用活血理筋骨的治则来辅助治疗,以做到全面调理。

对人体致癌体型的分析和治则的应用研究,是防治和消灭癌症的主要一环,是对防治癌症的进一步深入观察:比如打仗要了解敌情,我们防治癌症,就应当深入研究癌情,不了解癌症客观规律发展的全面性、复杂性,只在片面的、局部的观点上打圈圈是难以防治和消灭癌症的。

作者简介:

王仰宗,男,主任医师,副教授,国家科技部《管理观察》杂志总编,中华中医药学会名医思想研究分会副主任委员,中华中医药学会肿瘤分会副秘书长。

相关文献:

体检人群 1200 例幽门螺杆菌感染情况调查

<篇首> 胃幽门螺杆菌(H. pylori, Hp)是慢性胃炎、消化性溃疡的主要病原菌,也是引起胃癌的危险因子,世界卫生组织将 Hp 列为第一类致癌因子,故及时检出、积极治疗非常重要 [1]. 本文通过对本院体检人群血清 Hp 抗体检测,分析 Hp 感染在不同性别、年龄分布的差异及意义.

作者 武子涛(北京军区总医院,消化内科,100700); 严艾琴(北京军区总医院,体检中心,100700); 李燕(北京军区总医院,体检中心,100700); 李大维(北京军区总医院,体检中心,100700); 石鹏飞(北京军区总医院,体检中心,100700);

刊名 中国误诊学杂志 2009 年 9 卷 34 期

英文期 刊名 CHINESE JOURNAL OF MISDIAGNOSTICS

关键词 体格检查 螺杆菌 幽门 螺杆菌感染/诊断

中西汇通或医学衷中参西录式的肿瘤研究方向的必要性和可行性

王仰宗

(北京中医院临床研究杂志社, 北京 102211)

中图分类号: R730.59

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0460-02

【摘要】重视神经末梢的体液气化作用,神经末梢的营养性、调控性以及体液气化中的关键作用是理解和解读“脑神合一”和“体液气化”的关键。中药的营养性和微量元素的全方位调控作用是肿瘤临床治疗中的重要方面。

【关键词】神经末梢; 体液气化; 脑神合一; 气血神一体

坚持中医的主体性,坚持中西汇通或医学衷中参西录的研究方向,坚持研究课题的临床性,是丰富和完善中医理论体系的必然和必由之路。西方医学在传入中国时,借用和引用了关键性的中医术语和词组,经过翻译专家和中西医学界的共同参与,但西医并未同中医实现整合,而是作为一种西方文化和医学体系,同中国文化和中医展开了竞争性的发展之路,在中医文化和学术与临床研究的共同推动下,西医实现了与时俱进的大规模发展,而中医却在特定背景下,缓慢地进行着自身的发展和完善。用西医思路研究中医和管理中医,一些基本的东西不去研究,一味的梦想着在“高端”研究中一举成名,理论脱离实际,研究脱离临床,对中医本质的东西,不敢去碰,不敢去研究,跟风式研究模式,西化式研究模式取代了中医对自身发展和完善的自我努力。中医逐渐被西医理论断章取意和中药现代化成果被西化,传统的辨证施治和西医被中医同化是殊途同归的两个方面,中西汇通是医学发展的必由之路,也是中医发展和完善的必由之路。肿瘤研究是中医临床研究的重点课题,也是中医现代化的突破点和创新点。

“水火者,阴阳之征兆也”。水性寒凉属阴,火性炎热属阳。水火是反映阴阳属性最为典型的物质,故为“阴阳之征兆。”体液气化积中医气化理论和“水火”理论于一体,构成人体阴阳平衡的基础。“寒极生热,热极生寒”,更将气化理论深化和发展。辨证是中医临床诊疗的灵魂。辨病易,辨正难,在体液气化的辨证施治中,“水火寒热”和阴阳五行以及四诊八纲,始终是临床体液气化辨证的核心学术,体液的属性,理化性质,营养水平,维生素和微量元素及体液调控能力都反映着人体阴阳平衡和体液气化的本质变化。而中药正是从营养和微量元素等方面全方位调控体液气化的调节剂。辨证施治和合理配伍,是中医防癌抗癌的必由之路和研究方向。“脑神合一”和“体

液气化”是中医“气血神”理论的核心学术观念,气化是“脑神合一”和“气血神”的全面辨证。体液是人体生命的物质基础,气化属阳,体液属阴,体液气化中,阴中有阳,阳中有阴,阴阳辨证和体液气化辨证是理解中医阴阳平衡的捷径。“精气神”、“气血神”、“形神合一”“体液气化”共同构成中医气化的基本框架。

人体皮肤中的分泌腺直接从血浆中提取液体;汗腺,汗窍也,又为气门,可见汗腺在体液微循环中的重要作用。汗腺实际上相当于一种改进型渗漏毛细血管。当产量最高时,人体每小时可排出多于3公升的汗液。大量失汗将死于由电解质失衡所引发的血量减少性休克或心脏衰竭。

体液气化,肺主气,肾主水,汗窍为气门,肺肾汗腺直接关系到体液气化。五脏,脏通藏,为精气贮藏之所。五脏的共同生理功能是化生和贮藏精、气、血和津液等体液物质。心主血脉,肺主气,脾运化水谷,肝的疏泄正常、气机调畅,则三焦气治,水道通利,故曰:“气行则水亦行”。肾主水液,为先天之本,肾阳充足,阳主阴从。肾主一身阴阳,为五脏六腑之本,寓真阴(命门之水),涵真阳(命门之火),体液气化,是人体阴阳平衡的基本层面。体液气化层面的盛衰和虚实,是气血神的基本状态。治未病和养生保健,对体液气化的重视,是改变体液内环境即肿瘤生发康复的关键环节。

大脑通过神经末梢实现对脏腑和周围器官组织等效应器官的调控作用,气血神三者互为因果,大脑在精神方面的作用,神经末梢对形体的调控作用,形成了“形神合一”和“气血神一体”的生命气化。“脑神合一”是对大脑和神经末梢功能的高度概括,是理解中医“形神合一”的理论基础。对“经络实体”的研究,是理论研究的重要方面,但作为神经、血管、淋巴管,汗腺等下游解剖实体,同样是构成“经络实

体”的次级和终端结构的复杂系统。“通经活路”是对神经末梢，血管脉络以及淋巴管的功能调控，人体内环境即人体体液微循环状态的平衡紊乱，体液的新陈代谢，营养生长，酸碱平衡等调控作用决定着人体“精气神”的整体气化功能。治未病和理气、养血，安神是人体保健养生的基本理念。“气血神”三者互为因果，心脑合一，脑神一体，共同构成“心脑合一”的理论基础。体液微循环障碍或失常是人体新陈代谢，生理功能的基本病理变化，是气化失调和气血平衡失调，纠正体液水电解质酸碱平衡紊乱，是从新陈代谢、营养生长和体液调控层面进行的“扶正祛邪”。神经

末梢炎症，神经末梢麻痹，神经末梢向心性衰竭是人体衰老及基因突变和细胞癌变的病理基础，神经末梢功能异常是人体“气血神”失调的基础致病原因。中药除药理作用外的营养和微量元素及生理调节剂作用，是全方位的生理调节剂。也是调理体液微循环障碍的调节剂。

作者简介：

王仰宗，男，主任医师，副教授，国家科技部《管理观察》杂志总编，中华中医药学会名医思想研究会副主任委员，中华中医药学会肿瘤分会副秘书长。

相关文献：

中医药防治视网膜静脉阻塞的临床研究进展

目的：通过对视网膜静脉阻塞临床资料的收集，从中挖掘数据，总结中医药在本领域内的研究进展，及治疗本病的规律，以期进一步突出中医药优势及更好的提高治疗疗效具有重要的参考价值。方法：检索近十年中医药治疗 RVO 的临床文献，同时参考当代部分中医眼科医家著述，通过研究分类，提取出有效的信息。结果：RVO 的病因病机理论认为 RVO 是多种原因导致眼底脉道瘀阻、损伤而致血溢脉外，其病变与肝、脾、肺、心、肾密切相关。本病的病理改变以瘀为主，脉络瘀阻为主要病机特点。证属本虚标实，虚实夹杂，与肝郁气滞、阴虚火旺、瘀血痰浊等因素关系密切。临床治疗有辨证分型论治、基本方为主随症加减治疗、古方运用、中成药治疗，中西医结合治疗，方法多样，治疗效果多在 79.17%~95% 之间，结果令人满意。结论：现代医学研究 RVO 发病多与血栓形成有关，与中医历代医家认为本病的病理改变以瘀为主，脉络瘀阻为主要病机的观点基本一致，活血化瘀通络为其主要的治疗方法。通过辨证论治，全面认识本病对防治 RVO 形成及病程迁延期的治疗效果明显。但也存在一些问题有待同行解决。

脑神心三位一体克癌指南

王仰宗

(北京中医院临床研究杂志社, 北京 102211)

中图分类号: R73

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0462-02

【摘要】 养生保健, 肿瘤人更需要养生保健, 保健是治本, 治癌是治标, 标本并重是提高肿瘤临床治疗水平的关键, 保健要辨证施治, 医疗更要辨证施治, 中药的“君臣佐使”正确配伍, 医疗保健的合理运用, 避免过度医疗和保健缺失是临床肿瘤防治的必由之路。

【关键词】 保健是治本; 治癌是治标; 标本兼治; 辨证施治

脑主神还是心主神, 长期以来困扰着中西医理论研究者, 大脑、神经末梢、心三位一体形成人体生命的调控中枢。经络学说位于脑神心调控中枢轴的顶层结构, 神经、血管、淋巴管、汗腺等脏器组织细胞均在其调节范畴。经络又称经脉, 四诊中的脉诊, 三部九候均属血管, 对血脉的研究形成了著名的“瘀血证”和“活血化瘀”疗法, 历代来, 尤其是“血证论”, 更使中医关于血脉的研究卓有成效。氧和缺氧状态是气化的关键环节, 肺呼吸, 细胞呼吸构吸进新鲜氧气, 呼出二氧化碳的气化过程, 生化、生理、病理构成阴阳平衡, 气化代谢的关键环节。气化是人体生化的集中表现。气化的理化性质是理解中医“气”的基础。不可以讲, 单纯的层面和生理状态是气的本质, 但中西医所讲的“气”, 是构成气的基本物质基础。中医经络学说同神经、淋巴、血管之间的调控通道和路径的缺失, 构成中医经络断代学说的基础, 但这只是高端同高端之间的断代问题, 并不影响中医“脑神心三位一体”的中枢调控机制和病机。气化状态和体液生理构成“体液微循环”的物质基础, 基因突变和细胞癌变都是在“体液微循环障碍”状态, 在中医基本理论指导下辨证施治。理论脱离临床是目前肿瘤防治的重大误区, 对经典中医的传承, 借鉴现代医学的最新成果, 是提高临床肿瘤治疗的必由之路。

气属阳, 水属阴, 气化和体液微循环障碍是基因突变和细胞癌变的关键环节。健脾壮肾, 扶阳益阴, 脾为后天之本, 肾为先天之本。脾肾保健是肿瘤康复和治未病的重要方面。肺主气, 肝为罢及之本, 调理五脏扶正祛邪。心肝脾肺肾各司其职, 阴阳失衡、脏腑失调, 是肿瘤发生形成的根本。基因突变也需要其“进化”环境, 同样适用于“适者生存”的进化法则。天竞物择, 肿瘤恶化转移同样遵循这个基本法则。正虚邪实, 扶正祛邪都是一个问题的两个方面, 调理体质和治疗疾病, 养生保健是长期的, 是终生的, 用整体观点辨证施治是全面理解“形神合一”, “气血神一体”综合防治肿瘤的关键。仅凭抑瘤和杀灭癌细胞

是不可能根治肿瘤的。治病必求于本, 用阴阳五行, 四诊八纲辨证施治的整体观念去指导临床肿瘤治疗, 是提高肿瘤治疗水平和康复的根本法则。

先治人后治癌还是先治癌不治人, 是治癌中学术争论的焦点, 但现代医学取中医所长, 在治癌的同时也没忘记保健, 但这只是在高端肿瘤人群的全方位医疗, 目前需要的是推广和普遍采用这种观念和医疗模式。保健医疗是全新的医疗模式, 保健是养生保健, 医疗是辨证施治, 在治病的同时又要保健, 保健是治未病, 保健中的辨证施治和医疗中的辨证施治是“治病救人”的关键, “救人”是医疗保健的双重疗法。治癌保健同时进行, 才能克服肿瘤防治误区。肿瘤治疗中的纯肿瘤治则是局限性的, 放化疗对人的损伤是长期性的, 减少副作用, 提高身体素质, 是保健治癌的最高法则。从体液的热量、营养素、维生素、微量元素、生命本质, 实施全营养平衡方理, 到血管、神经末梢、淋巴管、汗腺的调控, 是人体内环境保护和持续稳定的基础。气化是全身的新陈代谢和生理状态, 体液是气化的基础和依托, 以气化本, 提高人体液微循环生理状态是强化人体综合素质的根本, 也是扶正祛邪, 抑瘤保健的必由之路。

大脑通过神经末梢发挥作用, 神经末梢功能是人体生命新陈代谢的信息基础, 气血神三位一体互为因果, 体液微循环障碍或平衡失调首先影响神经末梢功能, 神经末梢又对支配区域的组织器官甚至细胞癌变的形成具有重要的作用。神经末梢所传递的双向信息具有管理和调控作用, 在这个调控机制中, 基因突变和细胞癌变同体液内环境有密切的关系, 长期以来, 神经末梢功能被淡化和遗忘。强化气血神的共生关系, 是肿瘤研究的重要课题。心神合一, 脑神一体, 正确认识气血神之间的互动关系和因果关系, 是提高临床肿瘤治疗的重要方面。神经末梢通过自身所具有的信息调控和营养保健的双重作用, 对基因变异及细胞癌变有着非常重要的意义。改善神经末梢的功能, 是在气化和体液以及气化深层次进行的高端保健医疗。

神经末梢是联结经络、神经、血管、淋巴管、汗腺等管道器官的终端结构。对神经末梢功能的研究，既是经络断代研究又是实现中医跨越式发展的关键。脏象和十二经同神经末梢之间的共生关系，心为君主之官，大脑是生命中枢，“心脑合一”，是经络的主宰作用和神经末梢生理功能的统一性的理论基础。十二经的分合和神经末梢的联结及双向多重处理能力，成为“形神合一”和“身心合一”研究课题的高端及顶级研究。手少阴心经，经脉和络脉，大脑和神经末梢，在“心脑合一”层次进行的多层次多系统之间的纵横联结，络脉同神经末梢结点的珠联璧合，脏腑和经脉及神经末梢的多层次多系统沟通和联结，在形体层次和大脑虚拟层次都形成了复杂的生理和功能联系，体液内环境和体液微循环构成“基因变异”和“细胞癌变”的物质基础。“心脑合一”和“气基因合一”，构成人体生命和“精气神”复杂系统，研究和重视神经末梢生理功能同临床肿瘤辨证施治的生命节点，是提高临床肿瘤治疗的重要方面。“精气神”，体液、血液、淋巴液、组织液、细胞内液、汗液等均属“体液”范围，胃液、肠液、胰液、胆汁以及内分泌液及各种生命介质，“基因”同样属“精气神”的核心物质，体液既是基因“变异”的基础，又是“基因功能”和生命力即体能的综合支撑平台，调节“体液”中任意部分，均可局部影响到整体，辨证观是临床肿瘤治疗的重要组成部分。

基因对人类智力贡献度达 50%，每个基因都对人的智力和生理功能产生一定影响，是许多基因的综合影响，基因变异对个体在知识（也称“晶态智力”）和解决问题的技巧（也称“液态智力”），方面的影响分别高达 40% 和 51%。人类的智力和生理功能具有多基因性状，基因对智力的影响是在大脑层次的表达，在神经末梢层次，是脏腑和外围及神经末梢对效应器官的生理功能。体液是基因代谢基础，对体液的调控，可影响到基因代谢和神经末梢的生理功能。体液是人体气化和精气神的集合体，治病必求于本，体液同样是“精气神”的集合体，是阴阳平衡的物质基础，“水火寒热”阴阳平衡，“体液微循环”是一个重要方面。

神经末梢功能是人体“精气神”状态的晴雨西表，是中医辨证施治的向心性和优先法则，人体缺血缺氧时，是由外周到中枢并呈递减性，故神经末梢是首发受害层次，神经末梢先衰竭，中枢大脑最后衰竭死亡，“回光返照”是大脑不可逆的最终生命亮点。治未病从改善神经末梢生理功能开始，修身养性，性命双修，即在身心层次“形神合一”层次上的养生保健和理气养神。肿瘤防治也是在这些层次上的辨证施治。

饮食营养，感觉运动，精神心理，新陈代谢，人体活动和生理病理以及基因代谢，既是人体气化又是神经末梢生理功能的本质和表达，“得神者生，失神者死”，首先是神经末梢功能，养生保健，中医中药等保健医疗，无不是围绕着健身养神而开展的，中药更是全营养“精气神”调节剂。单方独剂和复方配伍，靶向疗法和辨证施治，中医药是临床保健医疗和肿瘤防治的优选模式。

基因变异，细胞癌变的内因是体液内环境，外因内因起作用，体液的理化性质和体液微循环状态，是基因变异和细胞癌变的诱因和转化条件。肿瘤发病因人而异，“气血神”状态是关键因素，神经末梢生理功能的状态，受人体“精气神”的整体调控，基营养和调控作用是体液内环境的基本和核心因素，“脑神合一”，既在中枢层次又在外周效应器官及靶点，有着不可取代的主宰作用和主导作用。中药的整体调控和抗肿瘤药的重点靶向疗法，在辨证施治的高端理念，是拓展和完善肿瘤临床治疗的基本指导思想及克癌指南。神经末梢、血管、淋巴管、汗腺、组织液、细胞内液等体液通路共同构成人体体液循环和体液内环境，人体气化和体液内环境及体液微循环，构成人体“经络”系统的次级生命系统及终端系统。“通经活络”的基本含义在于，理气、治血、养神安神和保健。生命在于运动，整体辨正，局部辨病，整体同局部互为因果，建立在养生保健和证病辨正基础上的临床肿瘤保健医疗模式是临床肿瘤治疗的必由之路和现代养生保健模式。

作者简介：

王仰宗，男，主任医师，副教授，国家科技部《管理观察》杂志总编，中华中医药学会名医思想研究分会副主任委员，中华中医药学会肿瘤分会副秘书长。

莫通主任医师从“气”论治肿瘤经验

刘强 钟志国 莫通

中图分类号: R730

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011) 08-0464-03

【摘要】莫通主任医师系统总结多年治疗各种肿瘤的经验,深入思考肿瘤病机,以简驭繁,提出了中医治疗肿瘤宜从“气”论治。其内容主要包涵三个方面:①调畅气机消积聚,重在“通”:莫通主任医师认为,气滞、血瘀、痰凝、湿聚等这些肿瘤关键的病机要素,往往与人体气机淤塞,失于调畅密切相关。一旦气机调畅,升降出入有序,则气滞、血瘀、痰凝、湿聚等病理因素就可以基本消除,消积聚于无形,则肿瘤无法化生,预防肿瘤的复发和转移。因此,在治疗各种肿瘤患者过程中,莫通主任医师十分强调保持五脏六腑气机的调畅。《医学正传·郁证》说:“丹溪曰:气血冲和,百病不生。一有怫郁,百病生焉。”肿瘤患者大多数本虚标实。在补虚的过程中,莫通主任医师认为重在一个“通”字,一定要“补而不滞”、“补而不腻”。同时,气机调畅也不仅仅局限于行气药的运用,活血、散结、化痰、利水皆可行气。②强健脏腑养精气,重在“补”:由于先天禀赋不足或后天失养,致使机体“精气夺则虚”,正气亏虚,脏腑经络功能紊乱失常,各种致病因素才能入侵而发生肿瘤。现代医学研究发现在机体的免疫功能下降时,对抗原性异物的识别与清除能力下降,不能抑制原癌基因发生的突变,转位和扩增,从而导致癌基因的激活,结果便是肿瘤发生和发展。所以,莫通主任医师在肿瘤的治疗过程中,十分强调“补虚”的重要性。建议要“通”、“补”结合,一定要“补而不滞”、“补而不腻”,目的是要强健五脏六腑的机能,培补人体“精气神”三宝,重建机体的阴阳平衡,增强和调动机体自身抗癌能力,达到“补虚去实”,消肿瘤于无形的效果,以预防肿瘤、治疗肿瘤、带病延年。③详察元气辨寿期,重在“神”:元气是生命之本,是生命之源,禀于先天,藏于肾中,又赖后天精气以充养,维持人体生命活动的基本物质与原动力,主要功能是推动人体的生长和发育,温煦脏腑经络、防御外邪、固摄精血等重要职能。莫师认为,肿瘤是指由于元气亏耗不足,五脏气血阴阳失调,气滞血瘀,湿聚痰凝,火热内盛,癌毒内生,正气损伤所产生的疾病。莫师认为,对于肿瘤患者的预后和转归,元气充沛与否十分重要。元气充沛,脏腑健旺,则预后好,寿期长;元气不足,百病丛生,则预后差,寿期短;元气耗尽,脏腑衰竭则死亡。在辨别元气充沛与否过程中,“望神”最为重要。常用培补元气的药物主要有人参、党参、太子参、西洋参、黄芪、灵芝、冬虫夏草等。应该劝导病人极力戒除不良生活习惯,减少元气的耗损。

中医认为,肿瘤是由外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等内外因素长期作用于机体,使脏腑功能失调,气滞血瘀,湿聚痰凝,火热内盛,癌毒内生,正气损伤所产生的疾病,虽然各个具体脏腑组织器官的肿瘤有各自的特点,症状各异,证候多端,但邪毒互结,错综交织,虚实夹杂,多种病理因素同时存在是其共同的特点。目前大多数专家认为,肿瘤的病机可归纳为:气滞血瘀,痰湿凝聚,热毒内蕴,正气虚弱等方面。

莫通主任医师系统总结多年治疗各种肿瘤的经验,深入思考肿瘤病机,提出了中医治疗肿瘤宜从“气”论治。其内容主要包涵三个方面:①调畅气机消积聚,重在“通”②强健脏腑养精气,重在“补”③详察元气辨寿期,重在“神”。

1 调畅气机消积聚,重在“通”

一般来说,肿瘤是逐步产生的,在肿瘤产生之前,各种致病因素业已使脏腑功能失调,体内就可能存在着气滞、血瘀、痰凝、湿聚、火热等一系列病理变化,这种变化如果长时间不能被机体清除则可能化生肿

瘤。而肿瘤既生之后,又进一步危害脏腑功能,影响气血运行,水津布散,使脉络淤阻,水湿凝聚,邪热外感,从而产生新的瘀滞痰湿火热。

莫通主任医师认为,气滞、血瘀、痰凝、湿聚等这些肿瘤关键的病机要素,往往与人体气机淤塞,失于调畅密切相关。一旦气机调畅,升降出入有序,则气滞、血瘀、痰凝、湿聚等病理因素就可以基本消除,消积聚于无形,则肿瘤无法化生,预防肿瘤的复发和转移。

因此,在治疗各种肿瘤患者过程中,莫通主任医师十分强调保持五脏六腑气机的调畅。《医学正传·郁证》说:“丹溪曰:气血冲和,百病不生。一有怫郁,百病生焉。”

临床上,可以引起气机不畅的原因很多:由情志抑郁不舒,或因痰、湿、食积、瘀血等有形之邪阻碍气机,有因外邪侵犯抑遏气机,或因脏腑功能障碍(如肝失疏泄,肺失宣肃,皆可引起气滞),亦有因气虚,运行无力而滞者。不同部位的气机不畅的病机与临床表现也各不相同。如:肺癌患者,由于肺失肃降,上

焦气机壅滞，症见胸闷咳喘；肝癌早期病人，由于肝失疏泄，肝经郁滞，出现胁肋胀闷；胃肠肿瘤患者，由于胃肠气滞，则见脘腹胀痛，时作时止，时重时轻，得矢气、暖气则胀痛减轻。通观各种气滞，气机郁滞而不通，是其共同的病机。因此，闷、胀、痛是气机不畅最常见的共同临床表现。由于气推动着血、津液的运行与脏腑的生理活动，气滞不通则对津液、血、脏腑功能活动都有不良的影响。如气滞不畅，会引起血行也不畅，形成血瘀；气行不畅可使津液运行也不畅，进一步会引起津液停聚，而形成痰、饮或水肿；气行不畅还可使脏腑功能发生障碍。此外，因气有温煦作用，气滞不通，郁久化火，而出现火热征象，一般称为气郁化火之证。

肿瘤患者大多数本虚标实。在补虚的过程中，莫通主任医师认为重在一个“通”字，一定要“补而不滞”、“补而不膩”，时刻保持气机调畅，才能真正达到“补虚去实”的理想疗效。同时，气机调畅也不仅仅局限于行气药的运用，活血、散结、化痰、利水皆可行气。目的只有一个，就是使人体的气机调畅，升降出入有序，气血津液运行正常，精神健旺。

2 强健脏腑养精气，重在“补”

中医认为，由于先天禀赋不足或后天失养，致使机体“精气夺则虚”，正气亏虚，脏腑经络功能紊乱失常，各种致病因素才能入侵而发生肿瘤。《黄帝内经》记载：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。隋代巢元方《诸病源候论》中说：“积聚由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也”，金代张元素《活法机要》曰：“壮人无积，虚人则有之，脾胃虚弱，气血两衰，四时有感，皆能成积”，明代张景岳也说：“脾胃不足及虚弱失调之人，皆有积聚之病”。以上论述，说明人体正气亏虚是肿瘤发病的内在因素，也是其他各种致病因素导致肿瘤发生的基础条件。正气亏虚还与年龄有一定关系，年龄越大，正气越亏，经络脏腑功能越弱，肿瘤的发病率就越高。明代张景岳《景岳全书》中说：“少年少见此证（噎膈），而惟中年丧耗伤者多有之”，明代申斗垣谓：“癌发四十岁以上，血亏气衰，厚味过多所生”。

现代医学研究发现在机体的免疫功能下降时，对抗原性异物的识别与清除能力下降，不能抑制原癌基因发生的突变，转位和扩增，从而导致癌基因的激活，结果便是肿瘤发生和发展。这些研究结果与中医学的“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”、“因虚致实”等观点是基本吻合的。

所以，莫通主任医师在肿瘤的治疗过程中，十分强调“补虚”的重要性。建议要“通”、“补”结合，一定要“补而不滞”、“补而不膩”，目的是要强健五脏六腑的机能，培补人体“精气神”三宝，重建机体的阴阳平衡，增强和调动机体自身抗癌能力，以预防肿瘤、治疗肿瘤、带病延年。

中医补虚的治法较多，包括补气养血、健脾益胃、补肾益精等等，常用的益气中草药有黄芪、太子参、党参、人参、黄精、白术、淮山药、甘草等；补血中草药有鸡血藤、当归、熟地、干地黄、白芍、紫河车、桂圆肉、阿胶等；滋阴中草药有天门冬、麦门冬、沙参、生地、石斛、龟板、鳖甲、天花粉、知母、旱莲草、女贞子等；温阳中草药有附子、肉桂、鹿茸、淫羊藿、仙茅、补骨脂、菟丝子、锁阳、肉苁蓉、巴戟天等。

补虚中，莫通主任医师十分注重“健脾益肾法”的运用。中医认为，肾藏精，为先天之本；脾主运化，为后天之本，先后天相互促进、滋养、补充。肿瘤发病是一渐进过程，日久多有脾肾受损。补益脾肾，扶助正气，有利于正气的恢复和抗邪，又有利于放疗、化疗及手术治疗，提高机体的抗病力和适应能力，故健脾益肾法是防治肿瘤的常用方法之一。

常用的健脾药物有人参、黄芪、太子参、党参、沙参、石斛、白术、茯苓、山药、苡仁、甘草等；常用的益肾药物有附子、肉桂、鹿角、苁蓉、仙茅、杜仲、锁阳、仙灵脾、巴戟肉、枸杞、女贞子、桑椹子、金樱子、首乌、黄精、紫河车、山茱萸等。

健脾益肾法在肿瘤治疗中的应用较为广泛，具体应用时有健脾理气、温肾利水、益气健脾、健脾益肾等。健脾益肾法抗肿瘤的实验研究报道较多，其作用机理包括抗癌抑癌作用，提高机体免疫力，减轻放疗、化疗的毒副作用等。

莫通主任医师认为，通过强健五脏六腑的机能，培养人体的精气神，“通”“补”结合，使人体的气血健旺，神气充足，气机调畅，升降出入有序，气血津液运行正常，最终达到“补虚去实”，消肿瘤于无形的效果。

3 详察元气辨寿期，重在“神”

中医认为，元气是生命之本，是生命之源，禀于先天，藏于肾中，又赖后天精气以充养，维持人体生命活动的基本物质与原动力，主要功能是推动人体的生长和发育，温煦脏腑经络、防御外邪、固摄精血等重要职能。

“人之有生，全赖此气”（《类经·摄生类》）。元气充足，运行正常，则人可度百岁而去；反之，元气不足，或升降出入失常，则百病皆生。“气聚则生，气壮则康、气衰则弱，气散则亡”（《医权初编》）。元气充足则健康，元气受损则生病，元气耗尽则死亡。元气决定着生命的全部。元气充足免疫力就强，从而战胜疾病。如果人体元气不足或虚弱，就不能产生足够的抗体或免疫力去战胜疾病，因此造成死亡。

莫师认为，肿瘤是指由于元气亏耗不足，五脏气血阴阳失调，气滞血瘀，湿聚痰凝，火热内盛，癌毒内生，正气损伤所产生的疾病。其本为元气亏耗，气血不足，阴阳亏损，其标是气滞、血瘀、痰浊、水饮，临床表现多为虚实夹杂。

对于肿瘤患者的预后和转归, 元气充沛与否十分重要。元气充沛, 脏腑健旺, 则预后好, 寿期长; 元气不足, 百病丛生, 则预后差, 寿期短; 元气耗尽, 脏腑衰竭则死亡。元气不足, 偏于阴虚者, 可见颧红, 燥热不安, 易发火, 手心烦热, 怕热, 出热汗, 腰酸, 舌质红, 舌形瘦, 苔少, 苔薄; 偏于阳虚者, 可见面色青白无光, 疲惫气短, 懒语, 抑郁不欢, 手脚发凉, 怕冷, 出凉汗, 腰痛, 舌齿淡嫩, 舌形胖, 舌苔白, 舌苔厚。

莫师认为, 在辨别元气充沛与否过程中, “望神”最为重要。中医认为, 望神就是观察人体生命活动的外在表现, 即观察人的精神状态和机能状态。神是生命活动的总称, 神是以精气为物质基础的一种机能, 是五脏所生之外荣。望神可以了解五脏精气的盛衰和病情轻重与预后。望神应重点观察病人的精神、意识、面目表情、形体动作、反应能力等尤应重视眼神的变化。如果患者处于失神、假神状态, 往往提示病情重笃或垂危, 预后不良。得神或神气不足, 往往提示病

轻, 预后较好。另外, 如果患者神志异常, 包括烦躁不安, 以及癫、狂、痫等, 也是失神的一种表现, 但与精气衰竭的失神则有本质上的不同, 并不一定意味着病情的严重性。

元气虽然是由来源于父母的先天精气所化生, 但是后天脾胃所化生的水谷精气可以对它进行补充和培养。莫师认为, 中药人参的第一条功效就是“大补元气”。常用培补元气的药物主要有人参、党参、太子参、西洋参、黄芪、灵芝、冬虫夏草等。常用处方有补阳还五汤、参麦饮、补中益气汤、黄芪建中汤等。补脾益肾的食物, 如山药、大枣、蜂蜜、扁豆、黑芝麻、核桃肉、芡实等, 也有助于元气的固存。另外, 一些不健康的生活习惯, 如纵欲过度、酗酒、饮食不规律、睡眠过晚等, 都会耗伤元气。应该劝导病人极力戒除不良生活习惯, 减少元气的耗损。

相关文献:

温阳法辨治肿瘤思考

中医对肿瘤的形成多从热、毒、痰、瘀、气虚、阴虚几个方面进行阐述, 治疗上采用相应的滋阴降火、清热解毒、化痰散结、活血化瘀、益气养阴等方法。“阳虚毒结”亦为肿瘤发生的重要病机之一。阳气乃生命之根基, 肿瘤的形成与阳气的虚衰密不可分, 故温阳法在肿瘤的治疗中颇具意义。中医治疗肿瘤须标本兼顾, 应用温阳法辨证施治, 同时结合辨病论治, 尤其对于中、晚期患者, 切不可仅重寒凉药而轻温阳药。

作者	薛雪(南京中医药大学, 江苏, 南京, 210046);
刊名	吉林中医药 2011 年 31 卷 03 期
英文期刊名	JILIN JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
关键词	阳虚毒结温阳法滋阴降火清热解毒化痰散结活血化瘀肿瘤
MeSH 主题词	肿瘤 (Neoplasms) 阳虚 (Yang Deficiency) 气 (Qi) 痰 (Sputum) 热温度 (Hot Temperature) 阴虚 (Yin Deficiency) 方法 (Methods) 生命 (Life)
分类号	R242.2

肺癌中医临床疗效评价体系研究进展与思路分析

李文明 李忠

(北京中医药大学东直门医院, 北京 东直门, 100700)

中图分类号: R734.2

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0467-06

中医认为肿瘤是一种全身性疾病的局部表现,在治疗方法上,重视从整体观念出发,既考虑了局部治疗,又采取扶正培本的方法。使得在改善肿瘤患者的临床症状、提高生存质量、延长生存期及减轻放化疗的毒副作用方面中医药治疗更具特色。目前中医治疗肿瘤的评价标准基本上沿用了西医标准,主要以病灶及生存期为主要内容的实体瘤疗效评价体系,不能全面、客观地评价以缓解临床症状、改善患者生活质量为主要特点的中医肿瘤临床疗效,其结果是在不同程度上影响中医肿瘤学的发展。因此,亟需建立能充分反映中医临床疗效特点,并能广泛地为国内外认可和接受的疗效评价体系。已有学者在建立有效的中医疗效评价标准方面做了一些工作。现就中医药治疗肺癌的疗效评价研究现状做一综述。

1 研究现状

1.1 现行实体瘤的疗效评价标准

当前的肿瘤疗效评价体系仍以瘤体的改变及生存期为主要评价指标。临床上一直将世界卫生组织(WHO)于1979年颁布的实体瘤的近期疗效完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)或无变化(NC)及进展(PD)的分级标准作为临床疗效评价的金指标。随着WHO标准被广泛的采用,人们发现这一评价方法存在一些问题,如“可评价”和“可测量”概念混为一谈,使疗效评价出现差异;缺乏对最小病灶的大小及最少病灶数量的明确规定等问题。随着影像技术的发展,针对上述问题,1998年欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)、美国国立癌症研究所(NCI)和加拿大国立癌症研究所(NCIC)在回顾WHO临床疗效评价标准的基础上,进行必要的修改和补充,采用简易精确的单径测量代替传统的双径测量方法。在美国临床肿瘤协会(ASCO)会议上报告的“实体瘤疗效评价标准(草案)”(Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST),这一评价指南比现行的WHO标准更准确、更客观地判定临床疗效,为临床工作者所接受。

肿瘤细胞完全杀灭是现代医学治疗肿瘤的理想目标,迄今为止,恶性肿瘤的治疗仍以手术、放疗、化疗等治疗手段为主,其疗效尚未有突破性地进展,难

以达到肿瘤的完全杀灭、“无瘤生存”的目的。上述两种实体瘤疗效评价标准都是以瘤体体积大小的改变为主要评价内容,存在较明显的局限性。国内著名肿瘤专家孙燕教授曾指出:“人们不再满足于将肿瘤治好而病人变成残废或功能严重失调因而过着悲惨生活的情况”。肿瘤患者的生存质量在治疗中得到越来越高的重视。临床实践亦表明,既往肿瘤内科治疗中由于片面追求“无瘤生存”,可能会导致“瘤去人亡”的后果。生存率无改善,经济、社会负担加重,这种治疗方法逐渐受到质疑。而有些癌症患者只应用中医药保守治疗,虽未能消除或缩小病灶,但患者仍长期生存,且拥有较高的生活质量。Schipper^[1]认为有效的治疗并不需要肿瘤的完全消退,机体的反应性对癌症的治疗最为重视这一观点,与中医药治疗肿瘤的特点相一致,说明了带瘤生存的科学性。随着现代医学的发展,生存质量概念的提出,使人们认识到有效的治疗并不需要肿瘤的完全消退,生存期应该成为疗效评价的标准之一,肿瘤内科治疗的疗效评价应注重病人的生活质量。

1.2 中医药治疗肺癌临床疗效评价的研究

由于受到西医治疗肿瘤疗效标准影响,中医治疗肿瘤疗效标准很不完善,不能体现中医的特点。近年来,诸多中医肿瘤学者对建立中医肿瘤疗效评价体系进行了不懈的探索,提出了许多有益的设想与构思。

王济民等^[2]将瘤体大小变化(50%)+主要症状(40%)+生活质量(10%)做为中医治疗总的疗效标准。治疗后在一定时间内(>1个月)根据上述指标变化计算分数,如瘤体大小变化属于完全缓解者加50分,部分缓解者加25分,无变化者仍记原来50分,恶化者减50分;生存质量提高者加10分,降低者减10分,不变者仍记10分;主要症状减轻者加40分,恶化者减40分,无变化者仍记40分。将三者分数加权得出最后总分,达到或超150分者为显效,110分以上者为有效,仍为100分者为稳定,<100分者为恶化。杨宇飞等^[3]提出制定综合疗效评价标准,包括近期综合疗效评价指标(包括肿瘤大小变化、肿瘤相关的主症变化、卡氏评分、体重)和远期疗效评价标准(肿瘤患者中位生存期)。张培彤^[4]提出中医肿瘤疗效评价标准既要符合中医临床特点,又应符合现代医学肿瘤疗效评价的要求;要纳入生命质量评价;更加注重主观症状

改善的记录(包括中医四诊记录下的症状和体征);尽量将中医辨证分型纳入肿瘤临床疗效评价体系;疗效评价标准还要包括重要的实验室检查项目(如肿瘤标志物和外周血象、肝、肾功能等)的改善。张氏、杨氏提出恶性肿瘤的疗效评价公式:理想疗效=满意的生活质量+较长的生存时间+最高的肿瘤缓解率。并且强调前两者是主要的,不能牺牲患者的生活质量和生存时间来换取肿瘤的缓解率,而这正是中医药治疗肿瘤的特点^[5]。林洪生等^[6]以主症、肿瘤大小变化、Karnofsky 评分及体重、免疫指标为标准,每项指标均予量化分级,按明显受益、受益和不受益进行疗效判定,制定了晚期肺癌的综合疗效标准。林丽珠^[7]等提出肿瘤的分期不同,治疗的侧重点也应有所区别。因此在“实体瘤中医疗效标准(草案)”中提出,早中期总疗效评价标准=瘤体变化(40%)+临床症状(15%)+体力状况(15%)+生存期(30%);晚期总疗效评价标准=瘤体变化(30%)+临床症状(15%)+体力状况(15%)+生存期(40%)。周岱翰等^[8]对两组中晚期非小细胞肺癌病例同时用中医疗效评价系统及实体瘤疗效评价标准(response evaluation criteria in solid tumor RECIST)两种评价方法进行疗效评价。中医疗效评价以总疗效(100%):瘤体变化(30%)+临床症状(15%)+体力状况(15%)+生存期(40%)计量,75-100分者为显效,50-74分者为有效,25-49分者为稳定,<25分者为无效。结论认为中医肿瘤疗效评价系统比单纯瘤体缓解率的评价更能反映出中医的疗效,具有进一步研究的价值。薛暖珠^[9]等对中医肿瘤疗效评价标准在晚期非小细胞肺癌的应用进行评价,探讨《实体瘤的中医肿瘤疗效评定(草案)》(简称《草案》)在中医药治疗晚期非小细胞肺癌(NSCLC)疗效评价应用中的客观性和全面性。结果显示以《草案》标准评价中医药治疗晚期 NSCLC 的疗效,其结果能较好地反映中医疗效特点和优势,较之 RECIST 标准更为客观和全面,建议逐步完善后在临床推广应用。邵梦扬^[10]认为实体肿瘤的疗效评定应从瘤体大小、症状轻重、卡氏评分高低、生存期长短四个方面综合进行。按百分制进行计算,其中瘤体大小和卡氏评分各占 30 分,生存期和临床症状各占 20 分。各项分数相加总值,即为疗效总分,据总分水平,判定临床疗效等级。临床痊愈:总分≥90 分;显效:总分≥50 分<90 分;有效:总分≥10 分<50 分;无效:总分<10 分。认为最佳的疗效应该是:最高的肿瘤缓解率+最长的生存时间+最好的症状改善。李忠^[11]等根据中医治疗肺癌具有改善生活质量,延长生存期,特别是延长到达疾病进展时间(time to progression, TTP),预防肿瘤转移复发,降低成本/疗效的比值等作用,建议把生活质量、到达疾病进展时间(TTP)及成本/疗效比的评价引入中医治疗肺癌的疗效评价指标中,从而把上述公式完善为:满意的生活质量+较长的生存时间(到达疾病进展时间)+最高的肿瘤缓解率+合理的成本/疗效比,同时指出,不只是肺癌,对于

大多数恶性肿瘤而言同样值得推广应用。周岱翰等^[8]对 2003 年中华中医药学会肿瘤分会制定了中医肿瘤疗效评价系统(草案)在晚期非小细胞肺癌中的应用研究中指出,按照 RECIST 评价,中医组 CR+PR+SD 为 66.7%,西医组 CR+PR+SD 为 76.1%,西医组高于中医组;按照中医疗效评价系统评价,中医组显效+有效+稳定为 66.7%,西医组为 56.5%,中医组高于西医组。分析结果表明,两种评价方法之间具有相关性。表明中医肿瘤疗效评价系统比单纯瘤体缓解率的评价更能反映出中医药治疗的疗效,具有进一步研究的价值。

综上所述,不管是强调生存质量及生存时间还是建立辨证分型纳入体系及综合疗效评定,从以上学者的观点可以看出普遍重视生存质量及生存期在疗效评价中的地位,一致认为疗效评价标准应反映中医学的学科特点。应将中医辨证论治纳入评价体系,客观反映中医治疗肿瘤疗效强调评价要完善,纳入生化免疫指标、成本疗效分析等疗效评价指标。

1.3 临床疗效评价指标的研究

1.3.1 瘤体大小

不管是西医还是中医,肿瘤的临床疗效评价历来都是以肿瘤大小的变化作为评价标准,肺癌的疗效评价也一样,目前一般用:WHO 通用评价方法与 RECIST 评价方法。RECIST 标准与 WHO 标准对 CR 的定义同,而对 PR 的定义虽有不同,但临床研究显示两种评价标准的反应率基本相同。林丽珠^[12]分别采用 RECIST 和 WHO 标准对 187 例非小细胞肺癌患者近期疗效进行评估,评价单径和双径测量方法在肺癌近期疗效评价中的一致性,结果显示肿瘤最大径之和是衡量肿瘤变化的较好指标,单径测量方法较双径测量方法简单易用,两种方法的一致性较好。

1.3.2 生存质量

世界卫生组织(WHO)对生存质量(quality of life, QOL)的定义为:不同文化和价值体系中的个体对他们的目标、期望、标准以及所关心事情有关的生活状况的体验。肺癌的早期发现率较低,大多数患者就诊时已为晚期,放疗、化疗成为此类患者最主要的治疗手段,但严重的毒副反应常常给患者带来极大的痛苦,生存质量较治疗前明显降低。从而成为困扰患者和影响治疗进一步实施的障碍。再者,鉴于肿瘤具有高复发率、高转移率的生物学特性和手术、放疗、化疗对大多数肿瘤均不能有效控制的事实,治疗应以提高、改善患者生命质量作为出发点。中医强调“整体观念”,在对待疾病时,不仅考虑患者发病的个体,同时全面考虑自然、社会对人体的影响,在治疗过程中非常注意患者的生存质量,实质上是一个动态调整患者生存质量的过程。改善生活质量是肿瘤中医药治疗的主要目标之一,将生存质量的评价引入到中医肿瘤学的疗效评价能客观反应中医学自身特点,生存质量从而成为衡量和评价肿瘤临床疗效的重要指标之一。

国内外常用于肺癌的生存质量量表主要有以下几种:行为状态量表(KPS),简明健康状况调查表(MOS SF-36),癌症病人生活功能指标(FLIC)量表,癌症康复评价系统(CARES)量表,肺癌症状量表(LCSS),肺癌日记卡(DDC),欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)系列量表,癌症治疗功能评价—肺癌(FACT-L)量表,东部协作组体能状态计分(ECOG)量表等。其中将欧洲癌症研究和治疗组织生活质量核心量表(EORTC QLQ-C30)和肺癌的特异量表(EORTC QLQ-LC13)联合应用,被认为是目前能全面评价晚期肺癌生活质量最好的测评量表^[13]。生活质量量表(QLQ)是测量评估生活质量的基本工具,一个好的生活质量量表应当不仅能够反映生存质量的提高,并且能够表现出临床症状的改善或减轻。肺癌领域的生存质量评价日趋规范化,越来越多的学者采用成熟的中国量表,如杨军^[14]等自行设计的肺癌病人生命质量调查表,内容包括生物学,社会学和心理学三个方面,能较好的反应肺癌病人的生命质量。中医药治疗对改善中晚期肺癌患者生存质量的作用已被越来越多的人所公认。

1.3.3 临床症状改善

美国国立癌症中心和美国食品和药品管理局(FDA)已经认同改善肿瘤相关症状本身也是当前癌症治疗的一个有价值的目标^[15],疗效评价已经从单纯观察近期疗效逐渐过渡到注重提高患者的生存质量及延长生存期。大量临床研究可以观察到,中医药治疗后患者症状减轻、体质改善;并通过稳定瘤体、缓解症状使患者长期带瘤生存。因此,将主要症状的改善纳入疗效评价体系才能更为客观地反应中医药治疗特点。目前,对于主要症状改善的评价方法主要有多个症状积分以及单个症状程度分级两种。林洪生^[16]等将咳嗽、咳血、发热、胸痛、气短、乏力症状根据临床观察分级并赋予相应分数,症状分数相加总计积分,比较治疗前和治疗后积分情况作为评价方法之一,标准如下:①显效:症状消失,或症状积分减少大于等于2/3。②有效:症状减轻,积分减少大于等于1/3不足2/3。③无效:症状无减轻或减轻不足1/3。将治疗前后体重做疗效评价的一个方面,其标准为①显效:疗后较疗前体重增加 $\geq 1.5\text{kg}$ 。②有效:疗后较疗前体重增加 $\geq 1\text{kg}$ 。③无效:疗后较疗前体重无增加或增加不足1kg。严娟^[17]应用晚期肺癌咯血的疗效评定标准:①完全缓解(CR):经中药治疗后咯血控制,症状消失;②部分缓解(PR):经中药治疗后,咯血减少,症状改善;③无效(NR):经中药治疗后,咯血无变化。无论是作为综合治疗的一部分,提高手术、放疗、化疗及生物治疗的疗效,减轻其不良反应,促进康复;或是对于不能适应手术、放疗的患者或终末期患者,中医药作为主要治疗方法,其目的在于尽可能控制肿瘤、减轻症状。主要症状的改善既是肿瘤中医药治疗的主要目标之一,也是临床疗效评价的重要指标之一。

1.3.4 实验室指标

一些肿瘤标记物及免疫指标水平,在肺癌的诊断和预后判断中有相对较高的敏感性与特异性。对这些指标进行统计分析,有助于更好地认识和评价肺癌患者近期治疗效果和预后。与肺癌相关的肿瘤标志物如癌胚抗原(CEA),神经元特异性烯醇化酶(NSE),血清糖链抗原 CA211、CA242 等常作为临床疗效的客观观察指标。亦有研究用 NK、LAK、IL-2、CD3、CD4、cD8、CD4/CD8 比值等细胞免疫及淋巴因子作为观察指标。陈武^[18]曾观察 84 例肺癌患者,研究肺癌患者血清 CEA、NSE 及 CYFRA21-1 水平与肺癌分期、近期疗效及生存时间的关系,所有患者随访 5 年。研究结果显示,随肺癌临床分期的升高,肿瘤负荷愈重,血清 CEA、CYFRA21-1 和 NSE 表达水平愈高;化疗后肺癌患者血清 CEA、NSE 及 CYFRA21-1 水平明显降低;化疗前血清 CEA、NSE 及 CYFRA21-1 水平较高的肺癌患者,化疗后的生存时间比标志物水平正常的患者短。李福明^[19]临床中发现肺癌患者治疗前后 CEA、CA125 及 CYFR21-1 水平变化与组织类型、疗效及预后有关,可作为判断疗效和预后的一个指标。

1.3.5 生存期

生存期主要作为肿瘤远期疗效观察及预后估计的指标,是恶性肿瘤治疗的最终目的之一。生存期的评价包括疾病进展时间(TTP)、无进展生存期(PFS)、无复发(无病)生存期(QFS)、无病生存率(DFS)、中位生存期(MST)、中位生存(MS)等。它们有各自不同但却相关的评价意义。总生存期(overall survival time)和中位生存期(median survival time)为临床上常用的终点指标,用于中医治疗肿瘤的生存时间评价,但是由于观察时间较长,使整个研究周期过长,临床常用无疾病进展时间作为替代指标。无疾病进展时间指临床达到缓解至无病变进展的时间,反映了治疗后病变稳定情况,且在这一时间段患者可享有较高的生活质量,同时由于肿瘤患者在生存期内常常采用多种措施反复治疗,无进展生存期比中位生存期更客观地反映某一治疗方案的真实疗效。目前这两个指标已经广泛应用于新药的评价和临床试验,并公认可以作为反映患者生存获益的真实情况指标。

1.3.6 成本疗效比

成本效果分析是药物经济学四种常用和主要的评价方法之一,是较为完备的经济评价形式之一,其目的在于通过分析寻找达到某一治疗效果时费用最低的治疗方案,即用最小的成本达到预期的目的^[20]。传统的 WHO 实体瘤疗效评价体系由于过分追求“无瘤生存”,容易导致临床对肿瘤的过分治疗而导致医源性机体损害,即使肿瘤治好病人也变成残疾或因功能严重失调而过着非正常人的生活,造成了经济效果低、医疗资源浪费。虽然近年来,新药物,靶向治疗以及综合治疗的出现,在临床上取得了不错的效果,但是使其经济费用相对要大得多,让很多患者都无力承担。

肺癌治疗药物或治疗方案的经济性已引起很多学者的关注。应当既重视临床治疗效果,又要充分重视肿瘤治疗中的社会和经济效益,从而达到社会和经济效益与临床治疗效果的统一,避免不必要的医疗资源的浪费。药物经济学与经济学评价能进一步提升我们对昂贵的肿瘤药物的使用以及有效使用的理解。何春霞^[21]将 233 例中晚期非小细胞肺癌患者按治疗方案分为中医组、中西医结合组、西医组,以瘤体变化、生存质量、主要症状 3 项加权评分作为衡量临床疗效的效果指标,对 3 种治疗方案进行成本-效果分析。分析结果表明,3 种治疗方案的治疗成本从低到高依次是中医组、中西医结合组、西医组;3 种方案以瘤体大小、KPS 评分、症状评分的 3 项加权总疗效的有效率及稳定率的成本-效果比以中医组最好,中西医结合组次之。虽然中西医组有效率、稳定率均最高,但是成本相对中医组较高,所以成本-效果比以中医组最好。提示,从药物经济学观点分析,中医药治疗非小细胞肺癌符合药物经济学原则,是一种经济、有效的治疗方案。杨宏丽^[23]将 77 例 NSCLC 患者随机分为中西医组 38 例、西医组 39 例。中西医组用生脉注射液、梅花点舌丸联合 NP(异长春花碱+顺铂)方案化疗,西医组为单纯 NP 方案化疗,中西医组的成本/肿瘤控制率和成本/一年生存率(C/E)分别为 552.19 和 1104.51,西医组该两项分别为 595.68 和 1299.56。中西医组的成本效果比值较小,说明采用中西医结合治疗可以用较少的费用达到较好的治疗效果中西医结合治疗晚期 NSCLC 有较好的成本效果比。

1.3.7 其他:目前,关于中医治疗肺癌的临床疗效评价,大部分研究还是综合考虑肿瘤大小,生存质量及生存期,生化免疫指标等方面,亦有学者提出其它可纳入疗效评价指标,如邓海滨^[22]认为应将药物毒副反应评定作为肺癌疗效评价标准之一。

2 文献研究

目前对中医治疗肿瘤疗效评价标准已有了较为深入的研究,但多呈各自为政的状态,已有众多的有识之士已经作了非常有益的探索在疗效评定上,大体涵盖了西医肿瘤疗效标准、症状及体征的变化、生存时间、理化检查指标的变化等多个方面。并已经开展了较为系统的随机分组对照研究,使中医疗效评价更具有说服力。目前,尚缺乏统一规范的疗效评价标准。笔者对近 10 年来的中医药治疗肺癌临床疗效观察文献中所涉及到的疗效判定标准进行整理、比较和分析,希望能从中获得一些依据,为中医药治疗肺癌的临床疗效评价提供参考依据及思路。

本文检索了 2000 年至 2010 年间公开发表在国内各种医学期刊上的中医药及中西医结合治疗肺癌临床研究全文文献,以“肺癌”,“中医”,“中药”,“中医药治疗”,“中西医结合治疗”为检索词,要求所有文献均有明确的疗效判定内容,共检索到符合要求的文献 44 篇^[23-66]。44 篇文献中疗效指标的选择及参考标准有所不同,现将文献中所出现的疗效指标提到频次进行统计。经过汇总最后归纳为 8 个疗效指标,具体见表 1。

表 1 疗效指标频次构成比

组号	疗效指标	文章提到频次 (n)	频次构成比 (%)
1	瘤体大小	39	88.64%
2	生存质量	35	79.54%
3	主要症状	29	65.90%
4	生存期	23	52.27%
5	毒副反应	20	45.45%
6	实验室指标	17	38.64%
7	体重	9	20.45%
8	疗效成本比值	1	2.27%

由上表可见,44 篇文献中超过半数临床研究用到的疗效指标有 4 种,分别是瘤体大小、生存质量、主要症状及生存期。其中有 39 篇文献以可测量实体瘤的大小变化作为疗效评价的主要指标之一,占 88.64% (39 / 44),其中有 39 篇提供了具体的参考标准,以 WHO 实体瘤疗效评价标准最多,共 38 篇,有 1 篇参

考实体瘤的疗效评价标准(RECIST)。其次,有 35 篇文献以生活质量评价作为疗效评价标准之一,占 79.54% (35 / 44),其中 30 篇以卡氏评分表(KPS)作为评价标准,有 1 篇以“癌症治疗功能评价量表-肺癌”(FACT-L1)作为测评标准,另外有 2 篇以欧洲癌症研究与治疗组织肺癌生存质量量表(EORTCQLQ-C431)

为标准, 还有 2 篇参考孙燕研制的中国癌症患者化学生物治疗生活质量量表。有 29 篇文献以主要症状的改善情况作为疗效判定标准, 占 16.6% (29 / 44), 其中 12 篇有参考标准, 10 篇参考卫生部主编的《中药新药临床研究指导原则》、有 1 篇参考林洪生制定的中国治疗晚期肺癌的疗效评价方法、有 1 篇参考中医病症诊断疗效标准编委会制定的中医病症诊断疗效标准

表 2 疗效统计 均值 (%)

疗效指标	有效率均值 (%)
瘤体缓解率	34.730
瘤体稳定率	81.790
KPS 有效率	81.879
症状有效率	80.286
6 个月生存率	68.952
1 年月生存率	53.865

由上表可见, 瘤体稳定率、KPS 有效率、症状有效率均值均大于 80%, 6 个月、1 年生存率均值分别为 68.95%、53.87%, 说明中医药治疗肺癌在稳定瘤体, 提高生活质量、改善临床症状、延长生存期方面均有显著作用。

结语

近年来, 在肺癌的综合治疗中, 中医药作为一种重要治疗手段, 在稳定瘤体, 与放化疗配合增效减毒, 从而改善患者生活质量, 延长生存期方面具有独特的优势, 中医药在这个领域的作用受到重视。目前, 对于中医肿瘤临床疗效评价标准虽然已经有了较为深入的研究, 但仍存有一些问题。通过对 44 篇文献的分析, 可以发现疗效评价的标准不够统一, 而选择正确的、得到公认的临床疗效评价标准是评价临床研究疗效的重要保障, 疗效评价标准的引用错误或没有足够的证据支持作为评价标准, 将会直接影响到临床疗效的评价和结论的分析。本文检索到的大多数文献在主要评价指标的选择上达成了一致的意见, 大概包含了瘤体大小、生活质量、症状改善、生存期四个要素, 但其具体内容仍存在巨大的差异, 并且这些因素在疗效评价过程中的权重系数没有统一的标准。其他疗效评价标准的选择则显得杂乱无章, 其中既有评价标准本身的混乱, 也存在评价标准的参考标准的多源性问题, 尚有部分文献所采用的评价标准未注明出处。由此可见, 统一规范疗效评价标准也是建立完善的中医肿瘤临床疗效评价标准体系急需解决的问题之一。关于中医治疗肿瘤疗效标准的确立, 还需要在临床上继续地加以探索。相信随着中医药在肿瘤治疗领域的作用及影响的不断加深, 一个切实而具有较高效率与信度的, 能更科学、更准确地反映中医治疗肿瘤疗效的, 为国际医学界所接受的评价标准将会被确立。

参考文献:

[1] Schipper H, Clinch J, McMurray A, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional living Index-Cancer: development and validation. Clin Oncol E [J]. 1994, 2(5): 472~483.
[2] 王济民, 李佩文, 侯浚等. 中医药治疗癌症疗效评定方法的研究 [J] 中医研究, 1994, 7(3): 44.

准。还有 23 篇文献对远期疗效进行了评价, 占 52.27% (23 / 44), 主要为中位生存期和年生存率。其他疗效判定标准还包括药物的毒副作用、体重、肿瘤标记物检测、成本疗效比值等内容, 出现频次相对较少。

将文献临床疗效观察中单纯中药及中药联合化疗的研究结果加以整理, 得到各疗效指标有效率的均值, 具体见表 2。

[3] 杨宇飞, 朱尧武, 吴煜等. 中医药治疗恶性肿瘤综合疗效标准探讨及初步运用 [J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(6): 340—343.
[4] 张培彤. 中医肿瘤临床疗效标准的探讨 [J]. 中国肿瘤, 1999, 8(10): 452—454.
[5] 张健. 生活质量研究与恶性肿瘤的中医疗效评价 [J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(2): 67—69.
[6] 林洪生, 李树奇, 朴炳奎. 中医治疗晚期肺癌的疗效评价方法 [J]. 中国肿瘤, 2000, 9(8): 354—355.
[7] 周岱翰. 临床中医肿瘤学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 20HD3: 620—622.
[8] 周岱翰, 林丽珠, 陶志广. 中医肿瘤疗效评价系统在晚期非小细胞肺癌中的应用 [J]. 中国肿瘤, 2005, 14(10): 654—657.
[9] 薛暖珠, 林丽珠. 中医肿瘤疗效评价标准在晚期非小细胞肺癌的应用 [J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(2): 108—112.
[10] 邵梦扬. 中西医肿瘤学治疗进展研讨会. 2003, 中国. 香港.
[11] 李忠, 陈信义, 刘丹. 肺癌中医“杂合以治”临床治疗思路 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(2): 149—150.
[12] 林丽珠, 陶志广, 周岱翰. WHO 标准和 RECIST 在肺癌多中心疗效评价的比较 [J]. 中国肿瘤临床, 2006, 33(5): 253—255.
[13] Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzais. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life [J]. Eur J Cancer, 1994, 30(5): 635—642.
[14] 杨军, 蔡映云, 吴家琪等. 肺癌病人生命质量评估 [J]. 中国行为医学科学, 1996, 5(2): 20—22.
[15] O' SHAGNESSY J A, WILITTLE R E. BURKE G. et al. Commentary concerning demonstration of safety and efficacy of investigational anticancer agents in clinical trials [J]. J Clin Oncol 1991, (9): 2225—2232.
[16] 林洪生, 李树奇, 朴炳奎. 中医治疗晚期肺癌的疗效评价方法 [J]. 中国肿瘤, 2009, 9(8): 354—355.
[17] 严娟. 甘草干姜汤加味治疗晚期肺癌咯血 20 例临床疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(11): 1443.
[18] 陈武, 孙艳丽, 席妍. 肿瘤标志物水平与肺癌分期、近期疗效及生存时间的相关性的临床观察 [J]. 标记免疫分析与临床, 2008, 15(4): 209—211.

[19]李福明,袁瑛. 晚期非小细胞肺癌化疗前后肿瘤标志物变化与疗效的关系[J]. 2008, 13(6):400-401, 406.

[20]宋秉鹏,丁玉峰. 药物经济学概述[J]. 药物流行病学, 1996, 5(3):179.

[21]何春霞,欧爱华,徐凯,林金容. 非小细胞肺癌住院病例的成本-效果回顾性研究[J]. 中国药业, 2009, 18(18), 59-61.

[22]邓海滨. 中医药治疗晚期非小细胞肺癌疗效评定标准探析[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(10), 815-825.

[23]杨宏丽. 中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌的成本效果分析[J]. 中医杂志, 2007, 48(3):232-234.

[24]谢刚,郭志雄. 中医药治疗晚期非小细胞肺癌临床疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2003, 19(5):44-45.

[25]王燕林,柯汉,龙德,马振. 金肺汤配合含铂化疗治疗晚期非小细胞肺癌 30 例临床观察[J]. 河北中医, 2010, 32(5):652-654.

[26]刘嘉湘,施志明,李和根,等. 益肺抗癌饮治疗 271 例非小细胞肺癌临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2001, 2, 4-6.

[27]陈世伟,王欣. 温阳益气汤治疗晚期肺癌 50 例临床观察[J]. 山东中医杂志, 2001, 20(10):589-590.

[28]龙鑫,雷欧. 温阳益肾汤联合化疗治疗中晚期肺癌 30 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2007, 28(11):23-24.

[29]孙书贤,王笑民,郁存仁. 益气活血法治疗晚期非小细胞肺癌的疗效分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(4), 57-58.

[30]向理宏,翟玉珍,张黎,王健. 益气活血汤治疗晚期非小细胞肺癌临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(9), 1375-1376.

[31]黄立萍,田义洲. 益气养阴法结合化疗治疗中晚期肺癌 20 例[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(3), 206.

[32]柯立霞,宋爱英. 益气养阴法联合化疗治疗中晚期肺癌 32 例[J]. ACMP, 2006, 34(3), 46.

[33]郝建军,魏岳斌,刘志刚. 益气养阴法为主治疗中晚期肺癌 30 例[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(8):17.

[34]毕经旺,王宝成,刘欣,等. 益气养阴清热解毒方剂联合化疗治疗晚期 NSCLC 疗效分析[J]. 山东医药, 2010, 50(14):82-83.

[35]蔡菊芬,楼彩金,朱姻如,芦柏震. 抗癌扶正方联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌近期疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(7), 1398-1400.

[36]范明文,江瑜. 益肺清化颗粒治疗晚期肺癌 30 例[J]. 光明中医, 2009, 24(9):1691-1692.

[37]李春香. 参麦注射液联合常规化疗治疗中晚期肺癌 30 例疗效分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(4):160-161.

[38]张红巧. 艾迪注射液联合 NP 方案治疗晚期非小细胞肺癌[J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, 6(9):1059.

[39]张学民,周永明,钱钢,蒋霆辉. 中药配合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(5):77-79.

[40]李红梅,梁慧. 肺复方治疗中晚期非小细胞肺癌 36 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2008, 24(2):9-10.

[41]黄祖明,徐嫩,徐艳霞,姚娟. 平异灵合剂治疗晚期非小细胞肺癌 35 例[J]. 药物与临床, 2006, 3(9):98-100.

[42]李培训,贾英杰. 扶正合剂合肺丸治疗老年晚期非小细胞肺癌 34 例[J]. 陕西中医 2006, 27(4):391-392.

[43]陈锐深,黎壮伟,陈志坚,张广丽. 仙鱼汤治疗中晚期非小细胞肺癌 320 例临床观察[J]. 中医药学刊, 2006, 24(2):200-201.

[44]周延峰,李秀荣,刘朝霞,等. 中药加联合化疗治疗肺癌 30 例疗效观察[J]. 2005, 27(2):89-91.

[45]何健飞,谭跃,何晓洪,冯燕妮. 消灵胶囊治疗肺癌临床研究[J]. 辽宁中医杂志 2005, 32(2):91-92.

[46]敬新蓉,廖皓,陈健. 中药配合化疗治疗晚期非小细胞肺癌临床观察[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(10):2619-2621.

[47]薛玉保,周学义,史会晶. 中药配合化疗治疗晚期非小细胞肺癌 36 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2008, 40(7), 42-44.

[48]许允琪,丁蓉,张玉,罗毅,徐建伟. 中药配合化疗治疗晚期非小细胞肺癌疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(7):916-917.

[49]陈庆. 扶正克瘤汤联合 TP 方案化疗治疗中晚期非小细胞肺癌 30 例[J]. 当代医学, 2010, 16(24):156-157.

[50]武晓勤,黄金昶,陈冬娜,李佩文. 养阴清肺方治疗进展期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 中国临床医生, 2004, 32(2):51-53.

[51]黄群. 扶正解毒汤治疗晚期肺癌 90 例临床观察[J]. 中国临床医药研究杂志, 2004, 118, :73-74.

[52]隋道敬,周丽娜,李刚. 扶正煎治疗中晚期肺癌 40 例[J]. 山西中医, 2001, 17(6):16-17.

[53]吴健,周红,柳影. 肺癌平汤辅助治疗晚期非小细胞肺癌 63 例[J]. 中国中医药科技, 2001, 8(3):191-192.

[54]张霄岳,常树春,刘叶青. 参龙金灵丸对肺癌的临床疗效观察[J]. 中成药, 2002, 24(11):902-904.

[55]崔永玲,时水治. 金龙胶囊配合中药治疗肺癌 30 例临床观察[J]. 北京中医, 2001, 6:55-57.

[56]刘嘉湘,潘敏求,黎月恒,等. 金复康口服液治疗原发性非小细胞肺癌临床研究[J]. 肿瘤, 2001, 21(6):463-465.

[57]陈涤平,陈四清. 金平汤治疗晚期非小细胞肺癌 44 例[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2002, 18(6):372-373.

[58]邵国荣,岳国权. 溶岩胶囊治疗非小细胞肺癌 35 例[J]. 辽宁中医院学报, 2001, 3(3):198.

[59]王笑民,辛海,杨中,等. 固本消瘤胶囊治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(11):986-988.

[60]吾麦尔江·玉素甫. 中西医结合治疗肺癌 52 例临床疗效观察[J]. 中国当代医药, 2010, 17(6):84.

[61]孙大兴,裘维焰,等. 肺康方治疗中晚期非小细胞肺癌疗效分析[J]. 中医药学报, 2002, 30(2):49-50.

[62]苗文红. 中医辨证治疗肺癌 89 例报告[J]. 陕西肿瘤医学, 2001, 9(1):59.

[63]马纯政,牛喜伟. 中医辨证治疗晚期非小细胞肺癌 62 例[J]. 中医杂志, 2003, 44(8):608-609.

[64]范元芳,许秋萍,何伟涛. 中医辨证综合治疗非小细胞肺癌临床疗效观察[J]. 中医药通报, 2004, 3(4):50-54.

[65]翟范. 中医治疗中晚期肺癌 54 例[J]. 中华实用中西医杂志 2001, 1(14):784-785.

[66]刘静安. 中药结合化疗治疗原发性支气管肺癌 44 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2001, 17(4):11, 1 5.

中医药治疗肿瘤验案回访

褚长清

中图分类号: R730

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0474-06

【关键词】 西医确诊; 肿瘤; 中医辨证; 肿瘤证型; 中药治愈肿瘤回访

验案(一) 患者刘广恩, 男, 农民, 35岁, 已婚, 住山东省微山县韩庄一街。

西医诊断: 右股骨下段骨肉瘤术后复发, 肺部多处转移灶。

中医诊断: 右股骨下段痰血附骨术后复发传肺。

确诊证据: 来源徐州市中心医院出院记录: 2004年4月6日刘广恩入院诊断, 右股骨下段骨肉瘤术后, 住骨科三病区79号23床, 住院号200510号, CT复查结果: 肺部可见多出转移灶, 无价值继续治疗, CT号271790医师签字, 李有为, 同日出院。

2004年4月8日患者刘广恩来所就诊, 自诉患者骨癌手术化疗两年后转移, 要求死马当活马医。

诊见: 右膝关节局部色紫肿甚, 股骨髁部可触一实质包块, 质硬推之不移, 局部灼热感, 活动曲伸受限, 抬步困难, 右腿疼痛, 动则气短, 面色萎黄, 脉细涩。

辨证: 痰血附骨, 正虚邪实, 毒邪传肺。治以: 扶正祛邪, 软坚散法, 活血消肿。方药: 人参归脾汤扶其正, 秦艽、木瓜杜仲、乳香、没药、鹿霜、广角、苡仁、红花、柴胡、均青、活血通络、加服自制消瘤丸2号托里排毒, 软坚破瘀, 患者刘某连续服上方加减1200余剂肿瘤康复, 已参加正常劳动五年。按: 刘广恩股骨下段骨肉瘤术后复发转移, 的确属无价值治疗之症。刘广恩心态明朗, 正确看待生死, 善意诚心求医, 明确的要求死马当活马医, 笔者为刘广恩治疗实属医不逃责无法拒绝, 抱着试试看的治疗想法, 为刘广恩处方用药。没想到患者顽强的超长治病毅力, 战胜了癌症的精神压力, 战胜了疾病的痛苦, 战胜了经济困难, 配合治疗坚持服用中药1200余付, 经过三年不懈努力, 最终战胜了病魔恢复了身体健康, 近日电话访问患者刘广恩身体健康如常。

(自2004年4月8日接诊至今已6年10个月)

(本病案服药800剂时入编中国传统医药专家健康论一书744页)。

验案(二): 患者崔某, 女, 60岁, 铜山县大黄山矿工人宿舍。

西医诊断: 右股骨恶性骨肉瘤(溃烂)

中医诊断: 痰血附骨, 骨瘤(溃烂)

确诊证据: 来源南京市某肿瘤医院, 徐州市某医院分别诊断: 崔某, 右股骨下段恶性骨肉瘤(病理诊断案现存放患者家里)。

崔某, 1997年9月就诊于我, 诊见: 患者右股骨下段迎面骨中部突起一肿块, 按之坚硬, 推之不移, 局部2*2公分溃烂面, 疮口紫黑, 流紫色粘液。辨证: 痰血附骨, 瘀热腐烂。治以: 软坚散法, 托里排脓。药用: 自制消瘤丸1号, 每晚豆汁稀粥送服15克, 连续服用240余天, 肿瘤内消, 但疮口未愈, 又以自制蜡油每天外加0.03克砒霜末外涂去腐生肌, 外涂治疗月余, 疮口虽无脓液仍没结疤, 徐州市某植皮疮口愈合。患者崔某肿瘤康复现已13年。

按: 崔某服自制消瘤丸1号240天骨癌治愈。2004年10月我和几位退休的老朋友, 到崔某家走访时, 崔某的丈夫王脉泉说: 崔某骨肉瘤虽然治愈七年了, 全家人为了不让崔某对患癌症的精神压力, 一直没让崔某本人知道所患癌症病情。近期再次回访崔某身体健康如常。

(本病案2007年2月发表于中华医学临床杂志5卷2期56页)

验案(三): 患者李志兰, 女, 69岁, 住徐州市振河小区。

西医诊断: 阴道何杰氏淋巴瘤(恶淋)

中医诊断: 痰血积聚阴道

确诊证据: 来源徐州市第四人民医院, 医学影像学CT扫描报告, 报告号179138, 报告日期98年6月3日临床诊断: 恶淋。医生签字。1998年8月20日李的子女带来, 李志芝被确诊为阴道何杰氏淋巴瘤(恶淋)CT报告, 放化疗后肿块15*26大小与98—6.3比较无明显变化, 要服中药治疗。

辨证: 痰血互结, 积聚阴道。

治以: 软坚散法, 逐瘀消肿。

药用: 自制消瘤丸1号, 每晚豆汁稀粥送服15克, 李某连续服用消瘤丸1号180天, 肿瘤消失停药, 2004年10月回访时, 家人拿出2004年3月30日徐州市四院复查CT报告, 临床诊断李志芝阴道MHL(治愈)。近期电话访问, 李某健康如常。(本案2007年2月发表于中华医学临床杂志5卷2期56页)。

验案(四):患者褚衍常,男,60岁,农民,已婚,住山东省枣庄市台儿庄区涧头集镇褚楼村。

西医诊断:恶性甲状腺肿瘤

中医诊断:石瘿

确诊证据:枣庄市立医院CT报告45245号CT诊断:左侧甲状腺肿瘤,恶性不能排除,建议增强扫描,左颈部结节影,淋巴结可能。报告日期2006年7月2日医生签字。

山东大学第二医院检查报告,铁蛋白ferr973.9ng/ml超正常值573.90ng/ml。患者褚衍常确诊甲状腺肿瘤因经济困难,不愿手术7月3日回本所服中药治疗。

检查:患者颈左侧锁骨处肿块4*5公分。触之较硬,不发热,不头痛,呼吸受压感,局部色紫,肿块发展较快。

辨证:痰血互结,瘀滞留积。

治以:软坚散法,逐瘀消肿。

药用:自制消瘤丸1号,每晚豆汁稀粥送服30克,患者连续服消瘤丸1号190天,褚某肿瘤消失而

愈。褚某自2007年3月加入本村建筑队,已参加重体力劳动三年,体健如常。(本案2007年2月发表于中华医学临床杂志5卷2期56页)。

验案(五):患者贺某,60岁,男,退休干部,住枣庄市台儿庄区北关。

西医诊断:颈动脉体瘤

中医诊断:动脉瘤

确诊证据:来源台儿庄区人民医院B超、动脉斑块形成,颈动脉体瘤,医师王彦芹,2005年10月27日。2005年10月27日下午贺某来所就诊。

诊见:颈左侧中端左动脉肿块桃核大,局部可见明显跳动,触之较硬,肿块跳动击手明显。

辨证:淤血阻滞,留积颈动脉

治以:活血化瘀,通脉消肿。

药用:自制消瘤丸2号,每晚豆汁稀粥送服20克,贺某连续服用消瘤丸2号60天,动脉瘤消失而愈。现回访贺某动脉体瘤愈后五年未发,身体健康如常。

(本病案入编《中国传统医学专家健康论》一书744页)。



徐州医学院附属医院 病理检查报告单


姓名: 袁胜	性别: 男	年龄: 68
送检医院: 本院	送检科室:	门诊号:
送检日期: 2007-2-6	住院号:	标本名称: 鼻咽部活检

巨检: 灰白灰红碎组织一堆, 共黄豆大。



镜下:

病理诊断: (右鼻咽) 低分化癌

报告人: 
 报告日期: 2007.2.8

本报告仅供临床参考

徐州矿务集团第二医院

核磁共振MRI会诊诊断报告书

姓名袁月男 性别男 年龄36岁 MRI号0493
 科别内+ 床号32 门诊号 住院号34485

检查部位: 鼻咽部

临床诊断:

检查方法:

影像所见:

鼻咽右侧见异常信号, 不规则形(软组织信号), 边界较清晰, 右侧咽旁间隙受累, 其向前突入腭咽弓, 右侧扁桃体肿大, 右侧颌下腺见一肿块, 边界不清, 信号不均, 大小为: 4cm x 4cm, 界清。

诊断意见: 鼻咽右侧, 后壁与侧壁大肿块, 考虑鼻咽癌可能性大, 右侧颌下腺肿块, 考虑淋巴瘤(可能性大), 右侧颌下腺炎(可能性大)。

会诊报告医师 会诊审核医师 报告日期 2007.2.12
 本报告书仅供医师参考, 不做证明用;

验案(六):患者袁某,男,36岁,农民徐州市贾汪区紫庄镇马楼村人。

西医诊断:鼻咽低分化鳞癌。

中医诊断:痰血瘀滞,凝结鼻咽。

确诊证据:来源徐州医学院附属医院病理检查报告,巨检,灰白灰红组织一堆黄豆大。

镜下:病理诊断:右鼻咽低分化鳞癌。2007年2月8日报告医师签字。徐州市矿务局集团第二医院,核磁共振M尺1会诊诊断:鼻咽癌伴右侧颌下区淋巴结转移可能,会诊审核医生五疗,2007年2月12日。袁某于2007年3月8日来诊,检查:袁某,右侧颌下区触杏核大淋巴结肿大,右鼻腔内有乳头样肿块、鼻咽壁明显肥大红肿,右侧间隙变窄。

辨证:痰血瘀滞,聚结鼻咽。

药用:自制加味消瘤丸1号,每晚豆汁稀粥送服30克,袁某连续服加味消瘤丸1号270天肿瘤消失,去医院复查肿瘤消失,现回访袁某鼻咽癌治愈至今未发,已参加重体力劳动三年。

验案(七)西医诊断:左乳浸润性导管癌术后转移。

确诊来源:(一)淮南市第一人民医院彩色病理图文报告:病理号72519.病理诊断:左乳浸润性导管癌,乳头及皮肤切口处和基底切均未见癌组织,癌组织转移至同腋窝淋巴结1/9枚。诊断医生印章,诊断日期08年6月17日。(二)安徽省肿瘤医院:出院小结,诊断:左乳手术后左项部左锁骨上及腋下淋巴结转移,出院日期2009年10月16日。

患者邹某,女,已婚,住淮南市区,职工,患者自诉:2008年6月患(左乳)浸润性导管转移,手术化疗效果欠佳,要求死马当活马医。检查:左颈部及腋下杏仁大淋巴结肿大。

中医诊断:毒邪内陷,浸及淋巴结辩证:毒邪内陷,痰血瘀浊随脉浸及淋巴全身。

治以:健脾利胃,化痰散瘀,托里排毒。

方药:以独味苡仁汤健脾化浊,重用加味消瘤丸2号,托里散瘀排毒,每晚豆汁稀粥送服消瘤丸2号30克,患者连续用480天,2011年3月27日再诊。颈部及腋下淋巴肿块消失,身体无不适健康常人,已上班工作10个月,效不更方上药继服以资巩固,患者带加味消瘤丸2号90付。

相关文献:

潘智敏教授治疗积证验案2则

<篇首> 潘智敏教授是第四批全国名老中医经验指导老师,系首批全国五百名国家级名老中医杨继荪的学术继承人.从事中医临床工作30余年,经验丰富,擅长内科各系统疾病的诊治,临证善用祛瘀浊、化痰积、调气血、补虚损等法诊治疾病,充分发挥中医药优势,遣方灵活,临床疗效显著.现将潘师治疗积证验案介绍如下.

作者	朱利霞(浙江中医药大学,杭州,310053); 潘智敏(浙江省中医院干部病房,杭州,310006);
刊名	光明中医 2011年26卷05期
英文期刊名	GUANGMING JOURNAL OF CHINESE MEDICINE
关键词	积证脂肪肝肿瘤医案潘智敏
栏目名称	薪火传承
DOI号	10.3969/j.issn.1003-8914.2011.06.018

用“3+X”治癌新疗法的体会

杨存现

(河南省南乐县中兴医院, 河南 南乐, 457400)

中图分类号: R730.59

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0479-02

【摘要】本文是我们自2003年8月-2010年10月用武常流教授“3+X”疗法,治疗了15种96例中、晚期恶性肿瘤患者,通过治疗前后的临床症状和体征变化,生活质量,生存期以及组织病理、CT、B超、肿瘤变化等项指标进行观察,发现该疗法抗癌谱广,重复性好,减症作用较为显著,可有效提高患者的生活质量、延长生存期。并发现该疗法中:①对“3”的设计合理;②“话疗”是癌症治疗的重要一环;③用中医药适当配合放、化疗治癌可促使中医治癌事业的发展;④在中西综合治癌的同时合理应用抗生素可提高疗效。

半个多世纪来,对癌症治疗手段的研究,全世界的科学家们都在为之努力的耕耘着,所研究的成果也确实层出不穷。但大多还是集中在了手术的改良、化疗方案的配制选择和物理治疗的方法上(如放疗、 γ 刀、X刀、超声聚焦刀、热疗等),来杀伤肿瘤细胞。概括的说,这些方法不但有它一定的针对性和痛苦性,而且缺少了促使细胞去分化使其改邪归正的作用。目前,虽然说已加大了对癌症的生物治疗和基因治疗的研究,但时至当前,还未有一个较为恰当的成熟方案。我们自2003年8月-2010年10月用“北京高等中医药培训学校”武常流教授传授的“3+X”治癌疗法,对300余例中晚期癌症病人进行了治疗观察,将其中资料较为完整的96例做了系统的观察、随访和总结。认为该疗法治癌,是立足于突出中医特色的基础上,及时地吸取了西医诊治的长处,是中医整体观、辩证观、杂合观和西医个体化、靶向性选择的综合,是一个既有固定模式,又具动态辩证的一种独特的、中西医结合特色的综合治癌新疗法。该疗法临床能够获得如此理想的效果,大体归纳有如下4个方面:

1 该疗法中对“3”的设计合理

该疗法中的“3”,是中医针对肿瘤发病的因素和临床治疗的特性所拟定“一毒、二调、三补”的三个治疗原则。其中的①“一毒”(自拟名:“克癌膏”,具有拔毒止痛的功效),是根据中医“以毒攻毒”的道理,将其大量具有治癌作用的含毒中药,采取局部给药“短兵作战”的方法,不但可提高肿瘤局部的血药浓度,发挥其尽快遏制癌瘤发展的作用,而且还减少了一些含毒中药对机体的损害,从而使大部分细胞的代谢毒物、透皮外出,达到了祛邪(毒)不伤正的目的;②“二调”(自拟名“补脑丹”,具有疏肝理气、宁心安神的功效),是根据《素问·举痛论》“百病生于气”的中医古训,注重了情志因素与癌证的关系,以调理气机情志、调整内环境为主,从而使紊乱失衡的脏腑功能、气血、阴阳日趋平衡而调畅,从而达到“阴平阳秘”病自愈的治疗目的;③“三补”(自

拟名:“克癌粉”,具有补虚扶正抗癌的功效),可大补气、血、精、津、液,由此不但能提高病人的自身免疫力,而且还能明显改善放、化疗引起的骨髓抑制和白细胞减少的现象。同时,“克癌粉”虽为大补之剂,但其补而不受的壅滞现象,临床却从未发生,原理是方中又配一具有“百补、润肠”功能的蜂蜜为药品辅料。另外,根据现代药理研究报道还发现,组成以上三种药物中的人参、黄耆、灵芝、三七身、全蝎、蜈蚣、水蛭、牛黄、麝香、乳香、没药、川乌、草乌、仙鹤草、白英、白屈菜、白花蛇草、蚤休、黄药子、猪苓等,均具有抗癌和促细胞分化的双向作用。

2 “话疗”是癌症治疗的重要一环

“话疗”包括了“心疗”与“笑疗”。是医生透过与患者对话交流的方式,调畅患者的七情,从而达到治疗疾病的一种治疗手段。它不但体现了《内经》“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已。”的博大精深医理;而且,也与素有“西医之父”之称的古希腊医学家“希波·克拉底”的古训:“医生治疗病人有三种手段,药物、手术刀、语言”所契合。另外,现亦有不少的研究报道,均已说明了“癌”就是个“情志病”,所以,用语言“话疗”就更显得极为重要了。

同时,回首往昔,由于“癌症”等于“死亡”一词的影响多年,且早已在人们的心目中根深蒂固(据《健康报-7298期》东南大学附属医院统计的资料表明,肺癌病人八成是被“吓”死),致使那些中晚期“癌”病人的恐惧、绝望心理会更加明显,所以,武教授在“X”疗法中第一项即是“话疗”,从现代讲就是临症先做“癌症教育”之意。具体的“话疗”方法,既是针对的每个患者“心结”,策略的谈一下有关癌症的历史和传统治癌的误区和现代医学对癌症的研治成果,郑重告知患者,一定要相信科学,如今癌症早已不等于死亡了;或者采取把临床康复的癌患者,通过一定的“幽默”培训后,运用其献身说法,透过他们癌友之间幽默交流的方法,在“心疗”、“笑疗”的环境中使病人多日紧锁的愁眉顿开,从此病人

树立起与癌魔斗争的信心和勇气，终则机体与精神情志关系密切的顽疾—癌症之间的矛盾，得以化解。由于采用这种温柔的治癌方法，是符合“解铃”（情志病）还需“系铃”（请治疗）的规律治疗，所以，就有很大可能的达到“除癌魔尽在谈笑间”的目的。

另外，从古今临床研究也说明了“话疗”的重要性。现代医学科学，不但发现人的精神因素和体内的免疫机能是同步的，而且从大量的临床实践也证明了这一点，如：凡是患者无心理压力，精神振奋者，其疗效和愈后均佳（免疫功能相对提高）；凡是患者整日愁眉紧锁，精神崩溃者，想用药起效则举步维艰，故一般预后较差（免疫功能极度低下）。这说明，病人一旦免疫机能低下的，不但会影响到抗癌药的效果，而且给癌细胞带来无约束的疯长机会，即癌的转移、扩散也较予期来的早了，使机体对癌细胞的疯狂肆虐处以待毙状态。如此就折射出了一个：免疫功能低下→引发癌病→等于死亡的精神压力→免疫功能更加低下的道理。正如《灵枢·师传》所说：“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦……。”以及《素问·经脉别论》“勇者气行则已，怯者著而为病”之说。以上说明古今中西医对“癌与情志关系密切”的认识是一致的。

3 用中医药适当配合放、化疗治癌可促使中医治癌事业的发展

放、化疗治癌，是西医治疗癌症的主要手段，相当于中医学的祛邪，但比起用中药缩瘤要快得多。不过由于放、化疗敌我不分，易伤机体（正气）免疫力，是其最大的弊端。因此病人用后一般近期疗效还可以，而远期疗效则常大打折扣。同时，由于癌症化疗个体化的研究，举步维艰，所以临床化疗过度的事件也屡有发生，致使边治边转的现象非常普遍，这也是传统治癌失败，导致人财两空的主因。因此，武教授发明的“3+X”疗法是把西医的放、化疗，作为中医“以

毒攻毒”的一种治疗手段，并采取中医用剧毒药治病“中病则止”“病去大半则已”的理论，不但提高了疗效，而且又避免了（放、化疗）过度治疗的现象；这样不但说明了中医并非是把现代科学拒之于门外的高风亮节，而且说明中医应持以容纳百川的姿态不断地吸收现代医学、现代科学技术来丰富自身的内涵，从而促进中医治癌事业的发展。同时，这个方法也有可能是找到了一个中西医结合降服肿瘤的切入点。

4 在中西综合治癌的同时合理应用抗生素可提高疗效

我们依据“3+X”治癌新疗法治疗中、晚期癌症的创意，通过临床实践证明，凡是配合间断应用过抗生素治疗的患者，其总的疗效则又快又好。由此体会到中、晚期癌症病人，一般体质较差，再加上癌细胞代谢产物对机体的刺激与癌瘤周围组织的水肿，使其患者合并感染的机会较多，所以给予相应的抗菌治疗，不但能治疗患者的并发感染，而且还能相对改善肿瘤周围组织的水肿与炎症的恶性循环，相对提高了机体免疫和病灶周围的局部免疫力。同时，它对癌细胞在代谢过程中所释放的毒物刺激反应，可能也有一定的治疗作用。

小结：总之，从“3+X”疗法综合治疗中、晚期癌症 96 例的临床说明，该疗法虽然不一定使肿瘤变化，都像手术一样的快速消除，但从对癌症治疗的现阶段来讲，该疗法应是目前一种较安全而可靠的新的治癌法，因它对癌性疼痛的缓解，临床症状的改善，病人生存质量的提高和生存期延长的作用都是相当明显，况且对肿瘤变化也很明显。另外，我们还体会到用中西医综合治疗肿瘤的方法，并不等于所有治癌手段相加的总和，中西医结合治癌也并非是指中医加西医、中药加西药之和，而是在各自的基础理论上相互印证、融会贯通、有机结合、优势互补、相辅相成的，以宏观加微观的辩证，注重个体化差异，同病异治的去探索中西医综合治癌的真谛。

治疗肿瘤病学术思想

魏保全 魏叶叶

(河南省上蔡县光明中医药研究所, 河南 上蔡, 463800)

中图分类号: R733.7

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0481-03

魏医师致力于中医治疗肿瘤几十年来,既要求与历代典籍、更注重临床实践,善于从理论与实践结合上对中医治疗肿瘤进行探索。日渐形成自己独特的思路,终于研制出一种纯中药治疗肿瘤的外用新药。已申报国家知识产权局专利(号:200910172316.8)准备上报国家食品药品监督管理局申请册。

1 主张辨一证与辨病的有机结合

辨证论治是中医认识和治疗疾病方法,是中医诊断学治疗学的精髓。魏医师认为:治疗肿瘤 必须遵循中医理论,根据不同病因、病机和不同体质。进行辨证论治,并结合现代科学成果。将辨病与辨证有机结合,使诊断与治疗切合病机,从而获得良好疗效。

2 辨证论治的意义

魏医师辨证论治肿瘤,强调“治病必求之本”审证求医。即要看到肿瘤对机体损害的表现,又要认识到肿瘤形成的原因及病理变化,重视内因的主导作用。从肿瘤病理方面讲由于外因的邪气,邪毒、和内因五脏六腑的蓄毒。脏腑功能受到严重破坏,气血运行失常,阴阳失去平衡。七情刺激和正气的虚弱等,使机体阴阳失调,脏腑经络气血功能障碍,从而导致机体的病理变化。但每个病例各有不同,大凡或气滞、或血瘀、或痰凝、或毒蕴、或湿聚、或正气虚弱等情况。皆由于累及脏腑经络所致,气血阴阳盛衰千差万别,尤其是晚期病人更是如此,因此准确地掌握及运用辨证论治这一传统方法,是治疗肿瘤获得疗效的关键。

3 肿瘤的辨证

从肿瘤的病机和发展方面讲,由于肿瘤的病理损害,正气的盛衰,个体的差异等种种不同。患者可出现不同的症候。以鼻喉为例:其临床症状或为头痛、或为鼻衄、或为咳嗽、或为颈淋巴肥大……就病机方面,表现阳亢。有阴虚,有热毒炽盛、有气滞血瘀、有脾胃虚弱、病同症异,错综复杂,这些不同的症候,都是由于病人的个体差异和病理损害不同所产生的。在治疗时必须采用活血化瘀、疏肝理气、化痰软坚、清热解毒、健脾益气等治法进行处理。魏医师认为寻

找安全有效的抗肿瘤药固然重要,但更应该重视调动机体的内在因素。因为肿瘤的发展是整个机体防御机能盛衰的结果,若能调动机体免疫功能,则能是机体更好的发挥抗病、拟制病毒的作用。辨证论治看起来只是为了改善症状,而实际上常常是调整或恢复机体功能的第一步,不少患者由此而获得长期或短期的病情缓解。中医的辨证论治与调整免疫功能,两者关系如何?魏医师认为这个问题有很大的研究价值,由我指导的临床研究表明:健脾益气中药可显著提高肿瘤患者生命活动力,具有扶正祛邪、恢复身体康复。对于防复发有重要意义。由此可见,中医辨证论治在肿瘤领域不仅有其临床基础同时也有科学依据。

4 辨证论治的原则

对肿瘤患者辨证论治,魏医师指出首先辨阴阳所属经脉,在此基础上处理好局部与整体,扶正与祛邪辩证关系。①辨阴阳、从某种意义上说就是首先辨清肿瘤的症候与属性,正确诊断恶性肿瘤,大多起病无有明显表现。更无感觉,根底漫肿,按之肿块坚硬,难以散开,也不溃烂。最后溃烂翻花,伤口不愈,属恶性恶疮的类型,如瘤形高肿,红肿热痛,则为阳症。②辨舌苔和脉象虚实:魏医师说舌苔是观察机体内部病理变化的镜子,对肿瘤的辩证有重要意义。临床观察舌象和气色可帮助判断脏腑气血的盛衰,分辨病邪的性质,了解病位的深浅,掌握病变的范围,以辨寒热、疫湿、淤血。并可判断正邪消长及病势进退。若临床见舌苔薄属气血两虚,苔红中裂属阴虚火旺,舌质暗红或红降为内热有毒,舌质有淤斑、斑点为淤血内阻,舌苔薄白为寒、苔黄为热、苔腻为湿浊不化、苔黑质干为阴虚燥热、黑苔滋润为阳虚之候。魏医师又谓肿瘤的脉象,多见滑、数、细、芤等几种弦脉。反映了气血瘀滞、疫热炽盛、体虚脉弱、正气不足。治疗时必须四症合参。定虚实而定攻补。③辨整体与局部的病变。中医学受到我国自发的辩证法思想影响,因此具有一种朴素的整体观念。它认为人体内部是一个整体,而这个整体可分可合的,人体的各种生理活动,就是人体内部对立统一的矛盾运动。如果某些条件是这种生理性的矛盾运动遭到破坏,即是引起疾病的根本原因吧,因此掌握整体与局部的对立统一的辩证关系是治疗肿瘤不可忽视的重要环节。如整体情况

较好,调整整体补气养血,扶正祛邪。以保后天之本。生命则无忧。④辨证与辨相结合。辨证以中医学“四诊八纲”为主要手段,综合临床各种症候表现,来研究疾病的病因、病机及发展的规律,认识疾病的部位,寒热虚实及转归等。然后确定治疗方法;而辨病,是应用现代科学的理论和工具,通过物理生化等各方面的检查,作出相对准确的诊断。并从病因角度确定治疗原则,以消除致病因素,促进机体修复。⑤提倡扶正祛邪的治疗原则。魏医师认为:肿瘤是全身疾病局部表现。由邪气、湿毒、邪毒等外因侵袭,以及自身正气虚弱、心理失常、气血运行不畅、五脏六腑经络功能障碍所致气滞、血瘀、痰凝、湿聚、热毒蕴结诸病理变化,内因与外因互为结果,兼夹为患,最终形成肿瘤。中医治疗肿瘤立足整体观,分辨相应脏腑的阴阳气血、虚实寒热,在中医辨证论治原则与用药理论指导下,根据临床经验,选择合理方药,扶助正气,祛除病毒。⑥中医治疗疾病的法则:中医治疗疾病有汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。魏医师将此概括为扶正祛邪两大类。我认为扶正与祛邪的辩证运用是治疗肿瘤取效的关键。因此疾病的发生于正气的虚弱有着密切关系。如《灵枢·百病始生》谓“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人”。中医认为,致病之因虽多,但主要是决定于机体正气的强弱。当邪气侵入人体,正气必定与之抵抗,所谓正邪相斗。疾病的发生与转归,即是正与邪在相争中互相消长的反映、肿瘤也不例外。因此魏医师力倡运用扶正祛邪法则治疗肿瘤。指出祛邪不能离扶正。因为扶正能调动机体的积极因素,调整机体的阴阳平衡,提高机体的抗病能力。而扶正不能忽视祛邪,因为祛邪能消除致病因素。对肿瘤的治疗一般认为早期攻邪为主,中期攻补兼施,晚期扶正为主。魏医师不拘泥这一常规,认为早期也宜补晚期也可攻。全看病情标本虚实,因病因人轻重缓急而兼顾攻补。因此治疗肿瘤必须辨别阴阳气血的盛衰,各个脏腑网络的虚实,以邪正双方力量的对比,从而确定攻补方案,扶正是为祛邪创造必要条件,祛邪是为达到保存正气的目的。因此魏医师强调因人因时而异。⑦补中有泻。《内经》曰“正气存内邪不可干”。《伤寒杂论疼痛辨》说:“善用兵者必先屯粮。善治邪者,必先养正”魏医师授意古人之训。临症时非常重视补益,对肿瘤患者见标本实之候者。主张采用以补为主,补中有泻的方法治疗,对肿瘤晚期患者尤其如此。因补而不通,可使气壅留邪,又使药理难达病所。则病邪更盛,正气也竭。故不可拘泥晚期以求补也。尚须补中有泻。

5 重视脾肾的补益

肾藏精,内育真阴真阳,乃人体先天之本;脾主运化,为气血生化之源,乃人体后天之本。脾之健运须借助肾阳温煦。肾中精气亦有赖于水谷精微的培育

和充养,才能不断的充盈和成熟。脾和肾相互促进、相互滋养、相互补充。对维持人体正常的生理功能防止疾病发生具有十分重要的作用。正如李中梓所言“水为万物之流、土为万物之母、二脏安和、一身皆治、百病不生”。若有某种原因导致脾与肾的工作失调,则不仅可见脾阳虚、脾气虚、肾阳虚、脾肾两虚等脾或肾本脏的功能疾病。而且也可能影响其它脏腑,导致其它脏腑功能失调日久不复。亦可影响到脾的运化功能和肾的滋养温煦功能,从而形成恶性循环,最终导致一系列病症的发生。可见作为“先天之本的肾”和作为“后天之本的脾”对人体的发病与否及疾病的转归等均具有十分关键作用。李东垣在《脾胃论,脾胃虚实传变论》中所说“元气之不足,皆由脾胃之气所伤,而后不能滋养元气。弱胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气即伤,而元气亦不能补充。而诸病之所由生。魏医师认为肿瘤的发生及发病后转归一样,与脾肾功能状态密切相关。补益脾肾是治疗肿瘤常有效的治疗方法之一。①注重后天之本,补益脾气与滋养胃阴结合。脾胃中州,脾主运化水谷,胃主受纳腐食,脾升胃降,共同完成饮食的消化吸收输布,为气血生化之源,后天之本。脾胃虚弱是贯穿于肿瘤的整个发病过程的一个重要原因。②注重先天之本温补肾阳与温煦中土兼顾,滋养肾阴与养胃生津并举本专利发明人魏保全副主任医师任河南上蔡县光明中医药研究所所长典型病例:魏医师授以上学术思想指导临症治疗肿瘤取得一定疗效,一下介绍本专利发明人治疗肿瘤 100 人的病案,以佐阐之。

病例 1:

史××:男 64 岁 家住新疆库尔勒。病人胃脘痛 3-4 年,探查术 1 个多月。过去常有胃脘饱胀隐痛,吐酸暖气,即去军区总医院作胃肠钡餐 x 线拍片确诊为胃癌,身体逐渐消瘦,医院建议手术治疗。幽门部有 3cm×5cm 的包块,坚硬不平,与周围的组织粘连固定。经检查面色憔悴消瘦,舌红无苔,口苦咽干,脉细弦数,上腹板状硬,摸到 5cm×6cm 包块,质硬不活动。

辩证:肝郁气滞、寒热温郁

治疗:活血破瘀、理气降逆

方法:经本发明的膏药外用 18 天后,症状减轻,为巩固疗效用药 14 个月,消除病症,稳定病情,癌症未见复发转移,现已九年。

病例 2:

巴××:男 46 岁 家住新疆米泉。病人胃脘痛多年,探查术 1 个多月。过去常有胃脘饱胀隐痛,吐酸暖气,即去军区总医院作胃肠钡餐 x 线拍片确诊为胃癌,身体逐渐消瘦,医院建议手术治疗。幽门部有 2.8cm×3.9cm 的包块,坚硬不平,与周围的组织粘连固定。经检查面色憔悴消瘦,舌红无苔,口苦咽干,脉细弦数,上腹板状硬,摸到 3.3cm×4.2cm 包块,质硬不活动。

辨证：肝郁气滞、寒热温郁

治疗：活血破瘀、理气降逆

方法：经本发明的膏药外用 18 天后，症状减轻，为巩固疗效用药 12 个月，消除病症，稳定病情，癌症未见复发转移，现已七年。

病例 3:

谢××：男 47 岁 家住新疆五家渠。病人胃脘痛 4 年，探查术 1 个多月。过去常有胃脘饱胀隐痛，吐酸暖气，即去医学院作胃肠钡餐 x 线拍片确诊为胃癌，身体逐渐消瘦，医院建议手术治疗。幽门部有 3.3cm×4.5cm 的包块，坚硬不平，与周围的组织粘连固定。经检查面色憔悴消瘦，舌红无苔，口苦咽干，脉细弦数，上腹板状硬，摸到 4cm×6cm 包块，质硬不活动。

辨证：肝郁气滞、寒热温郁

治疗：活血破瘀、理气降逆

方法：经本发明的膏药外用 24 天后，症状减轻，为巩固疗效用药 16 个月，消除病症，稳定病情，癌症未见复发转移，现已七年。

病例 4:

刘××：女 46 岁 家住新疆乌鲁木齐县。病人胃脘痛多年，探查术 1 个多月。过去常有胃脘饱胀隐痛，吐酸暖气，即去军区总医院作胃肠钡餐 x 线拍片确诊为胃癌，身体逐渐消瘦，医院建议手术治疗。

幽门部有 2.8cm×4.3cm 的包块，坚硬不平，与周围的组织粘连固定。经检查面色憔悴消瘦，舌红无苔，口苦咽干，脉细弦数，上腹板状硬，摸到 4cm×6cm 包块，质硬不活动。

辨证：肝郁气滞、寒热温郁

治疗：活血破瘀、理气降逆

方法：经本发明的膏药外用 16 天后，症状减轻，为巩固疗效用药 12 个月，消除病症，稳定病情，癌症未见复发转移，现已五年。

病例五:

马××：男 49 岁 家住新疆米泉。病人胃脘痛 3 年，探查术 1 个多月。过去常有胃脘饱胀隐痛，吐酸暖气，即去军区总医院作胃肠钡餐 x 线拍片确诊为胃癌，身体逐渐消瘦，医院建议手术治疗。幽门部有 2.8cm×3.6cm 的包块，坚硬不平，与周围的组织粘连固定。经检查面色憔悴消瘦，舌红无苔，口苦咽干，脉细弦数，上腹板状硬，摸到 4cm×4.5cm 包块，质硬不活动。

辨证：肝郁气滞、寒热温郁

治疗：活血破瘀、理气降逆

方法：经本发明的膏药外用 18 天后，症状减轻，为巩固疗效用药 12 个月，消除病症，稳定病情，癌症未见复发转移，现已四年。

相关文献:

应用一种新的统计模型对胃癌易感基因进行多基因危险度评价

[目的]探讨南京地区汉族人群胃癌遗传易感基因进行多基因危险度评价。[方法]采用1: 1配对病例对照研究方法，收集南京市汉族人群原发性胃癌患者585例和相应非肿瘤患者为研究对象，应用分子生物学 PER-RFLP 和 AS-PCR 技术分析 CYP2E1、GSTM1、GSTT1、NAT2、ALDH2、MTHFR、XRCCI、IL-1β、VDR、TNF 等基因型别；以条件 logistic 回归模型对基因，基因间的交互作用进行分析，选出易感基因，并利用一种新的统计模型对选取出的危险因素进行多基因危险度评价。[结果]原发性胃癌遗传易感因素有8项，分别是 CYP2E1 (c1/c1)，NAT2表型 (慢乙酰化型，MTHFRA1298C (A/C)，IL-1β (C/T)NAT2M2 (A/A)，XRCC194 (T/T)，NAT2M1 (T/T)，VDR TaqI (T/T) 等在胃癌发生的作用有统计学意义。通过对多基因危险度评价分析，可以更直观地发现多基因组合的 OR 值与其基因频率存在高度相关性即随易感基因的增加，易感基因组合危险度分布曲线会向更加危险的方向移动。[结论]通过基因间的交互作用分析和多基因危险度评价方法可更有效的评价多基因的危险度，以推进对易感人群的识别和保护。

青蒿素及其衍生物抗肿瘤机制研究

刘伟 侯丽

(北京中医药大学, 北京 朝阳, 100029)

中图分类号: R254.5

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0484-04

【摘要】研究证实青蒿的主要有效成分双氢青蒿素、青蒿琥酯等具有抗肿瘤作用。青蒿有效成分抗肿瘤作用的机制主要是多途径抑制细胞增殖、抗肿瘤新生血管等。同时青蒿主要有效成分还有其他一些作用与抗肿瘤效应相关,如双向调节免疫的功能、抗多药耐药功能,是临床上可待开发的能增效减毒提高患者生活质量的新型天然抗肿瘤药。

【关键字】青蒿; 抗肿瘤机制; 增效减毒

青蒿为菊科植物青蒿的干燥地上部分,具有清热解暑,除蒸,截疟的功效,被广泛用于治疗骨蒸劳热,疟疾寒热,湿热黄疸等。《神农本草经》云其:“主疥瘙痂痒,恶疮,杀虱。”《唐本草》曰:“生按敷金疮,大止血,生肉,止疼痛。”《滇南本草》:“去湿热,消痰。治痰火嘈杂眩晕。利小便,凉血,止大肠风热下血。”《本草纲目》:“治疟疾寒热”,药理研究表明双氢青蒿素、蒿甲醚、蒿乙醚及青蒿琥酯等是青蒿的主要成分,这些主要成分是一类含过氧化基团的倍半萜内酯化合物。

近年来,有关药理学实验和动物实验证明青蒿有效成分具有抗肿瘤作用。孟丽丽^[1]通过实验表明,青蒿素有效成分之一青蒿素二聚体,对 Burkitt 淋巴瘤细胞株 CA46、T 淋巴细胞白血病细胞株 Molt-4、小鼠淋巴瘤细胞 P388 的增殖均有明显的抑制作用,IC₅₀ 值分别为 0.024mg/L, 0.076mg/L, 0.105mg/L, 且细胞增殖抑制率随药物浓度增加而增加。周从明^[2]通过动物实验表明,腹腔注射 100mg / (kg·d)、150mg / (kg·d) 和 200mg / (kg·d) 的青蒿琥酯对小鼠 S-180 具有明显的抑制作用,抑瘤率分别为 19.10%、30.00% 和 31.80%。此外,机制研究还表明青蒿有效成分还有调节免疫、增加化疗敏感性等作用,是临床上可开发利用的新型天然植物抗肿瘤药物。目前关于青蒿素及其衍生物抗肿瘤机制的体外研究表明,它通过多条途径来发挥抗肿瘤作用。

1 多途径抑制肿瘤细胞生长

1.1 抑制细胞增殖

肿瘤组织生长迅速,细胞分裂增生旺盛,抑制肿瘤细胞的分裂增生,将其阻断在某个或者某几个细胞周期,是多数抗肿瘤药物的作用靶点。实验证实青蒿有效成分可作用于细胞周期,抑制细胞增殖。林芳等^[3]将 1 μmol / L 双氢青蒿素作用于 MCF-7 (人乳腺癌) 细胞 24h 后,发现细胞被阻滞在 G₀+G₁ 期, S 期细胞明显减少,通过此实验表明将细胞滞留在 G₀+G₁ 期是双氢青蒿素抑制 MCF-7 细胞增殖的机制之一。Aldieri 等^[4]证实,青蒿素可抑制星形细胞瘤 T67 细胞中核因子 NF-κB 的合成,而活化 NF-κB 可直接作用于细胞周

期或 DNA 复制导致癌症的发生^[5]。周晋^[6]等研究了青蒿素对人白血病细胞株 NB4、K562 和原代 APL 细胞的影响及可能机制,结果显示青蒿素对 NB4、K562 和 APL 细胞的增殖有明显抑制的作用,并可将细胞阻滞于 G₂+M 期。Wu^[7]研究亦证实,青蒿素衍生物能将 L1210 (小鼠白血病细胞) 及 P388 细胞阻滞于细胞周期中的 G 期,并可导致细胞凋亡,其细胞毒性作用的机制可能不同于传统的抗肿瘤药物。可见青蒿有效成分对于不同肿瘤的细胞周期影响不同。

1.2 诱导细胞凋亡

诱导肿瘤细胞凋亡是抗肿瘤治疗的一个重要的机理,目前对青蒿素及其衍生物的研究表明,它主要通过线粒体通路、基因调控、内质网通路三个途径来产生细胞凋亡作用。

1.2.1 线粒体途径

线粒体是细胞内重要的细胞器之一,它不仅为细胞生活提供充足的能力,而且可作为细胞凋亡发生的感受器和放大器,对细胞存活起重要调控作用。董海鹰等^[8]研究青蒿素对体外培养的白血病 K562 细胞的凋亡诱导作用及机制后认为,青蒿素有明显促进 K562 细胞凋亡的作用,作用机制可能与抑制内向整流钾电流有关,使线粒体跨膜电位下降,这些改变发生在细胞凋亡的形态学改变之前,提示跨膜电位下降可能为凋亡早期阶段。Disbrow 等^[9]体外实验证实,二氢青蒿素和青蒿琥酯对 HeLa 细胞具有较强的毒性作用,其作用机制是通过激活线粒体 Caspase 途径而诱导细胞凋亡。董海鹰等^[10]用青蒿素处理 HeLa 细胞,发现青蒿素可诱导 HeLa 细胞凋亡,电镜观察细胞出现典型的凋亡小体,细胞凋亡率在一定范围内与药物浓度 (20~80 μmol/L) 呈正相关。

1.2.2 凋亡基因调控

肿瘤细胞凋亡重要途径之一是 Bcl-2 家族蛋白-线粒体途径。其成员 Bcl-2 与 Bax 蛋白的比值决定细胞是否发生凋亡。Bcl-2 基因是恶性肿瘤最为重要的拮抗凋亡基因。Bcl-2 高表达,凋亡指数低, Bcl-2 低表达或不表达,则凋亡指数高;而在 Bax 则情况相反, Bax 高表达时,则凋亡指数高, Bax 低表达或不表

达时凋亡指数低。王勤等^[11]报道青蒿素能下调肿瘤细胞中 Bcl-2 的表达而提高 Bax 基因的表达,以促进肿瘤细胞凋亡。

1.2.3 内质网途径

内质网是细胞内重要的蛋白合成和折叠场所,同时也是细胞内储存 Ca²⁺的重要场所,大量研究表明,细胞凋亡和细胞内 Ca²⁺升高有关,几乎所有非肌肉细胞内的 Ca²⁺储存、释放和摄取都受内质网蛋白调控。李颖等^[12]用 6.250mg/L 青蒿琥酯作用于 U937 细胞,0.5 h 后观察到胞质内 Ca²⁺ 浓度明显升高,1h 达到高峰,48h 时时仍维持在较高水平,48h 后观察镜下的 U937 细胞,发现细胞核染色质凝集深染,核碎片形成,出现凋亡小体,表明胞质内 Ca²⁺ 浓度的升高与青蒿琥酯诱导 U937 细胞凋亡有关,是其凋亡信号传导途径之一。

另外,谢红等^[13]体外培养人白血病 K562 细胞,分为实验组、对照组、空白组三组,实验组加入青蒿素,培养 44h 后,应用单细胞凝胶电泳(SCGE)检测细胞核 DNA 的损伤。结果显示经 1×10⁻⁵mol/L 青蒿素处理细胞 24h 后可引起细胞核 DNA 的损伤,此实验证明青蒿素可造成肿瘤细胞 DNA 的损伤,抑制肿瘤细胞生长。从各种机制研究得出的结论看出,青蒿素衍生物诱导细胞凋亡机制是复杂的,可能和多个途径都有关,可能是多个途径共同参与共同作用最终导致细胞的凋亡。

1.3 铁离子介导的细胞损伤

目前研究青蒿素抗疟疾的作用机制是通过铁离子介导而形成内过氧化桥,并产生活性氧离子(ROS)和以碳为核心的自由基,后者使细胞发生分子损伤和细胞死亡^[14]。青蒿素及其衍生物抗肿瘤的作用也与该机制有密切关系。癌细胞有很强的分裂增生能力,分裂时需要吸收大量的 Fe²⁺作为合成去氧核糖的原料,故癌细胞内 Fe²⁺吸收率高于正常细胞,且癌细胞表面转铁蛋白受体的含量也显著高于正常细胞。所以在恶性肿瘤细胞中 Fe²⁺含量要比正常细胞中多得多^[15]。青蒿琥酯进入癌细胞后与细胞内的 Fe²⁺结合,使其过氧桥断裂,进而释放大量自由基破坏癌细胞细胞膜,癌细胞则因大量胞浆外流而死亡。Henry 等^[16]证实,用 Fe²⁺铁转运蛋白+二氢青蒿素共同治疗人白血病 Molt-4 细胞可导致细胞的快速死亡。Lai 等^[17]已经成功地用转铁蛋白受体+青蒿素处理人白血病 Molt-4 细胞,发现它可以非常有效和有选择性地杀灭肿瘤细胞,对正常细胞几乎无毒性。

2 抗血管生成

目前,抗肿瘤治疗的一个新靶点是抗肿瘤新生血管生成。血管生成的中心环节是血管内皮细胞或基质干细胞发生迁移、分裂和分化,随后形成管腔结构。肿瘤血管生成是肿瘤细胞和内皮细胞相互作用,共同调控的结果。其中,血管内皮细胞生长因子(VEGF)是最重要的促进血管生成因子,它与血管内皮细胞表面

特异性受体 Flt-1(酪氨酸激酶 1)和 KDR/flk-1 结合,促进血管生成。目前,抗肿瘤新生血管已经成为肿瘤药物研究的新方向,研究表明青蒿琥酯能抑制人卵巢 HO-8910 移植瘤生长,使移植瘤微血管密度减少,并能显著降低肿瘤细胞 VEGF 表达^[18]。王玮琴等^[19]采用鸡胚绒毛尿囊膜、大鼠主动脉环无血清培养、人脐静脉内皮细胞损伤迁移等实验,检测青蒿琥酯对新生血管增殖与迁移的抑制作用。此实验的结果表明,青蒿琥酯有较强的血管增殖抑制作用,并且对微血管作用强于大血管;青蒿琥酯能明显推迟血管新生,减少新生血管数量;青蒿琥酯对内皮细胞具有增殖和迁移抑制作用,且其抑制血管生成作用呈剂量依赖性。且其抑制新生血管生成的作用可能与抑制血管内皮细胞迁移有关。Wartenberg 等^[20]报道青蒿素可以抑制正常小鼠胚胎血管生成,并能增加血管通透性,同时下调 HIF-1(缺氧诱导因子-1)、VEGF 和基质金属蛋白酶-II(MMP-2)的表达。总结青蒿素及其衍生物抑制血管生成的机制可能是抑制 VEGF 表达、下调 Flt-1 和 KDR/flk-1 表达水平,下调 Bcl-2 并上调 bax 水平,从而抑制内皮细胞增殖、诱导内皮细胞凋亡,发挥抗肿瘤血管生成作用。

机制研究还发现,青蒿素以及其衍生物除了明确的抗肿瘤细胞增殖和抗血管生成外,还有其他一些作用与抗肿瘤效应相关。

3 双向调节免疫功能

就目前有关青蒿琥酯对免疫功能的影响,有些学者认为有增强免疫功能的作用,部分人认为抑制作用,更有学者认为其有双向调节作用。研究证实青蒿琥酯对特异性细胞免疫功能有增强作用,主要能增强效应阶段 Ts 细胞的活性,Ts 细胞是青蒿酯的效应靶细胞^[21]。黄彩玲等^[22]给 S-180 荷瘤小鼠灌胃给予青蒿琥酯,每天给药 1 次,连续 10 天。检测 S-180 荷瘤小鼠的免疫功能。结果青蒿琥酯高剂量(60g/kg·d)、中剂量(30g/kg·d)和低剂量组(15g/kg·d)均能显著抑制 S-180 生长和升高 S-180 荷瘤小鼠血清 IgG 抗体水平,对 2,4-二硝基氟苯(DNFB)诱导的迟发性超敏反应有增强作用,并可诱导淋巴细胞转化为淋巴母细胞;提高小鼠免疫功能作用。周平等^[23]认为小剂量青蒿琥酯有免疫增强作用,而大剂量时则有免疫抑制作用;林培英等^[24]则认为青蒿琥酯对体液免疫有抑制作用,但对细胞免疫有促进作用,免疫机制在抗肿瘤方面的作用仍需进一步研究。

4 逆转多药耐药

多药耐药是指肿瘤细胞对一种抗肿瘤药物耐药的同时,对其他许多结构各异的抗肿瘤药物亦产生交叉耐药现象。多药耐药是临床上肿瘤化疗失败的主要原因。青蒿素与传统肿瘤化疗药物的作用机制不同,与其不存在交叉耐药,并且可以逆转肿瘤细胞的多药耐药。吕翠岩等^[25]体外培养耐药性人口腔鳞状上皮癌 KB_{v200} 细胞株,测定青蒿素、二氢青蒿素及青蒿琥酯对

KB_{v200}细胞的增殖影响和增敏指数,在体外通过细胞杀伤增敏实验证实,在无明显的细胞毒剂量下,青蒿素可部分逆转耐药 KB_{v200}细胞的耐药性。青蒿琥酯和二氢青蒿素对长春新碱杀伤 KB_{v200}有一定的增敏作用,且三者对长春新碱杀伤 KB_{v200}的增敏作用有剂量依赖效应,随其浓度的升高,其 RI(逆转指数)相应升高。

青蒿素逆转多药耐药方面,Oliver Burk^[26]发现,青蒿素可以诱导 LS174T 细胞(人结肠腺癌细胞)、肝细胞 CYP3A4 和 MDR1(多药耐药性基因)mRNA 的表达,同时又抑制 MDR1 编码的蛋白 Pgp 活性。另有报道青蒿素可以通过抑制谷胱甘肽 S-转移酶的活性,逆转肿瘤细胞对蒽环类、铂类等化疗药物的多药耐药性^[27]。Efferth 等^[28]报道青蒿琥酯通过增加柔红霉素在多药耐药细胞中的蓄积,克服细胞对柔红霉素耐药。对于 P-糖蛋白表达高的白血病多药耐药 K562 / ADR 细胞株,以及多药耐药相关蛋白 1 表达高的耐阿霉素人小细胞肺癌 GLC4 / ADR 细胞株,青蒿素、青蒿琥酯和二氢青蒿素可增加吡柔比星和阿霉素对它们的细胞毒性。还有实验表明,青蒿素是通过抑制谷胱甘肽-S-转移酶 A1-1 的活性,克服肿瘤细胞耐药^[29],其机制尚需进一步深入探讨。

结语

现代研究已经证实了青蒿素及其衍生物的抗肿瘤作用,就其抗肿瘤机制也进行了探索,但是青蒿的有效成分繁多,作用机制错综复杂,可能是多个机制共同参与,形成的有机抗肿瘤体系,其独特的作用机制仍需进一步研究,以便寻找抗肿瘤药物作用的新靶点。

化疗是肿瘤治疗的主要手段,在发挥有效抗肿瘤作用的同时,对正常细胞也有严重的损害作用,例如具有骨髓抑制、消化道不良反应、过敏反应等各种毒副作用,使肿瘤患者生活质量严重下降。长期以来,临床研究者致力于寻找能增效减毒的化疗辅助用药,长期研究证实,中药具有增效减毒方面的优势。景元明等^[30]观察参一胶囊联合 FOLFOX4 方案化疗治疗晚期胃癌(III、IV期)的疗效及毒副作用,结果发现,参一胶囊治疗组血液学毒性发生率低于对照组($P<0.05$),在生活质量改善方面两组差异有统计学意义($P<0.05$)。此实验证实晚期胃癌患者化疗后联合应用参一胶囊可减轻化疗毒副作用,改善患者生活质量。陈菊等^[31]通过建立 ADM(阿霉素)导致 BALB/c-nu 裸鼠骨髓抑制动物模型研究结果发现,复方浙贝颗粒能舒缓 ADM 大剂量和常规剂量导致肿瘤模型小鼠肾功能损害作用,联合应用 ADM 在具有增敏提高 ADM 的肿瘤抑制率效应同时,不会增加 ADM 的毒性反应,具有良好的增效减毒作用。以上研究结果启发我们把研究目光转移到中药上,研究开发能在肿瘤化疗过程中起到增效减毒作用的中药。

青蒿素及其衍生物系天然植物药青蒿的提取物,抗肿瘤过程中,可以选择性的杀伤肿瘤细胞而不损害正常细胞,抗肿瘤而毒副作用甚微。另外其抗瘤谱广,

具有调节免疫、逆转肿瘤细胞多药耐药、增加放疗敏感性等诸多优点。这些显著优点更增加了国内外研究者对它的重视,有望成为为肿瘤化疗或者辅助化疗的新药,亟待研究开发。另外,青蒿在我国分布广泛,可利用量大,属于天然抗癌的中草药。研究开发天然抗癌新药,降低化疗的成本,使更多的肿瘤患者都能得到最及时最有效的综合治疗,是我们中医药研究的最终追求目标。这不仅是对祖国医药事业的继承,更能减轻肿瘤患者的化疗痛苦,提高肿瘤患者的生活质量,为广大肿瘤患者带来福音。

参考文献:

- [1]孟丽丽,匡永清,肖义军等.二十二碳六烯酸双氢青蒿素酯的合成及其抗肿瘤活性的初步研究.化学研究与应用,2009,21(1):123-126.
- [2]周从明,王小渝,张西等.青蒿琥酯对 S180 实体瘤的抑制作用.西南国防医药,2007,17(1):34-36.
- [3]林芳,钱之玉,丁健等.二氢青蒿素对人乳腺癌 MCF-7 细胞的体外抑制作用.中国新药杂志,2002,11(12):934-936.
- [4]Aldieri E, Atragne D, Bergandi L, et al. Artemisinin inhibits inducible nitric oxide synthase and nuclear factor NF-kB activation. FEBS Letters,2003,552(2-3):141-144.
- [5]Gilmore T D, Koedood M, Piffat K A, et al. Rel/NF-kappa B/I kappa B proteins and cancer. Oncogene, 1996,13(7):1367-1378.
- [6]周晋,孟然,李丽敏等.青蒿素对人白血病细胞株和原代细胞的影响.中华内科杂志,2003,42(10):713-714.
- [7]Wu, JM, Shan F. Synthesis and cytotoxicity of artemisinin derivatives containing cyanarylmethyl group. Eur J Med Chem, 2001,36(5):469.
- [8]董海鹰,王知非,宋维华等.青蒿素诱导 K562 细胞凋亡研究.中国肿瘤,2003,12(18):473-475.
- [9]Disbrow G L, Baegge A C, Kierp iec K A, et al. Dihydroartemisinin is cytotoxic to papillomavirus-expressing epithelial cells in vitro and in vivo. Cancer Res, 2005,65(23):10854-10861.
- [10]董海鹰,宋维华,孙建平,等.青蒿素对体外培养的 HeLa 细胞生长的影响.哈尔滨医科大学学报,2002,36(6):423-427.
- [11]王勤,吴理茂,赵一.青蒿琥酯抗肿瘤作用的机制研究.药理学学报,2002,37(6):477-478.
- [12]李颖,李英,崔新等.青蒿琥酯诱导 U937 细胞凋亡的研究.临床血液学杂志,2005,18(5):287-289.
- [13]谢红,陈立军,姚丽等.双氢青蒿素诱导人肿瘤细胞凋亡及其分子机制的研究.中国药房 2007,18(24):1850-1852.
- [14]Van Agtmael M A, Eggelte T A, van Boxtel C J. Artemisinin drugs in the treatment of malaria: from medicinal herb to registered medication. Trends in Pharmacological Sciences, 1999,20(5):199-205.
- [15]Shterman N, Kupfer B, Mor oz C. Comparison of transferrin receptors, iron content and is oferritin profile in normal and malignant human breast cell lines. Pathobiology, 1991,59(1):19-25.
- [16]Henry Lai, Narendra P. Singh Selective cancer cell cytotoxicity from exposure to dihydroartemisinin and holotransferrin. Cancer Letters, 1995,1(91):41-46.
- [17]Lai H, Sasaki T, Messay A, et al. Effects of artemisinin-tagged holotransferrin on cancer cells. Life Sci, 2005,76(11):1267-1279.
- [18]Chen HH, Zhou HJ, Wu GD, et al. Inhibitory effects of artesunate on angiogenesis and on expressions of vascular endothelial growth factor and VEGF receptor KDR /flk-1. Pharmacology, 2004,71(1):1-9.
- [19]王玮琴,周慧君,陈欢欢等.青蒿琥酯抑制新生血管生成的作用.中国药理学与毒理学杂志,2004,18(1):32-36.

[20]Wartenberg M, Wolf S, Budde P, et al. The antimalaria agent artemisinin exerts antiangiogenic effects in mouse embryonic stem cell-derived embryoid bodies. *Lab Invest*,2003;83:1647-1655.

[21]林培英,张丹.青蒿素,青蒿酯和高甲醚对抑制性 T 细胞的作用. *广州医药*,1998,29(1):37-39.

[22]黄彩玲,林勇,肖柳英等.青蒿琥酯对 S180 荷瘤小鼠免疫调节的作用及机制初探. *实验动物与比较医学*,2010,30(2):145-148.

[23]周平,高玉祥.青蒿琥酯对小鼠免疫功能的影响. *蚌埠医学院学报*,1996,21(1):5-7.

[24]林培英,冯昭明.青蒿琥酯对小鼠免疫功能的影响. *中国药理学报*,1995,16(5):441-444.

[25]吕翠岩,陈信义,唐炳华.青蒿素及其衍生物逆转肿瘤耐药作用初探. *中国中医药信息杂志*,2006,13(4):12-14.

[26]Oliver Burk,Katja A,et al.Antimalarial artemisinin drugs induce cytochrome P450 an dMDR1 expression by Activation of Xenosensors Pregnane XReceptor and Constitutive Androstane Receptor. *Molecular Pharmacology*.2005,67(6):1954.

[27] Mukanganyama S,Widersten M,Naik YS,et al. Inhibition of glutathione S-transferases by antimalarial drugs possible implications for circumventing anticancer drug resistance. *Int J Cancer*, 2002, 97 (5) :700-705.

[28]Efferth T,Davey M, Olbrich A, et al. Activity of Drugs from Traditional Chinese Medicine toward Sensitive and MDR1-or MRP1-Overexpressing Multidrug-Resistant Human CCRF-CEM Leukemia cells. *Blood cells, Molecules and Diseases*.2002,28(2):160-168.

[29] Mukanganyama S, Widersten M. Naik YS,et al.Inhibition of glutathione S-transferases by antimalarial drugs possible implications for circumventing anticancer drug resistance. *Int J Cancer*,2002,97(5):700-705.

[30]景元明,叶民峰,徐关根等.参一胶囊联合 FOLFOX4 方案治疗晚期胃癌的临床研究. *浙江临床医学*,2010,12(9):940-950.

[31]陈菊,田劭丹,侯丽等.复方浙贝颗粒对阿霉素导致肿瘤模型小鼠心肝肾检测指标影响的研究. *中国医学创新*,2010,7(2):1-3

资金项目:

首都医学科技发展基金(SF-2009-III-13).

相关文章:

青蒿素治疗肺动脉高压的病理生理机制

肺动脉高压 (PAH) 是以肺动脉压力升高和肺动脉重构为特征的病理生理综合征. 由于其发病机制较为复杂, 目前尚无有效的治愈措施, 预后差. 如何有效降低 PAH 的肺动脉压力, 减轻或逆转肺动脉重构, 改善患者的预后已成为 PAH 治疗领域的研究热点. 现就青蒿素在 PAH 治疗中可能的保护性病理生理机制予以综述, 旨在探讨青蒿素防治 PAH 的理论基础.

作者	文宏(广西医科大学第一附属医院心血管内科, 南宁, 530021) ;
刊名	医学综述 2011 年17卷11期
英文期刊名	MEDICAL RECAPITULATE
关键词	青蒿素肺动脉高压重构机制
MeSH 主题词	高血压, 肺性(Hypertension, Pulmonary)肺动脉(Pulmonary Artery)预后(Prognosis)压力(Pressure)青蒿(Artemisia annua)性传播疾病(Sexually Transmitted Diseases)综述(Review)热温度(Hot Temperature)
分类号	R285R544. 105
栏目名称	临床药学
基金项目	广西壮族自治区中医药管理局中医药科技专项课题

肿瘤患者舌象特点的临床研究

吴君德 指导老师: 李忠

(东南大学附属中大医院中医科, 江苏 南京, 210037;

北京中医药大学附属东直门医院血液肿瘤科, 北京 东城, 100010)

中图分类号: R730

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0488-12

【摘要】伴随着现代肿瘤综合治疗观的发展, 中医在肿瘤诊断及治疗中的地位日益突出。中医四诊之一的舌诊是中医学中最具特色的诊断方法, 尤其对恶性肿瘤的诊断及预后有着重要意义。本临床研究以化疗及放疗作为干预手段, 由3名医师在自然光线条件下分别观察250例各类常见肿瘤患者在化、放疗前后舌象的变化, 并同时使用佳能A480相机拍摄舌图。

临床研究一结果表明, 在各类肿瘤中, 暗舌类(暗红舌、淡暗舌、紫暗舌)占到了极大的比例(平均71.2%), 其中紫暗舌又以肝癌为最高(33.33%); 点刺舌、齿痕舌、剥脱兼腻苔等各类舌形舌苔在不同肿瘤患者中的分布有所差异。说明瘀凝血瘀是肿瘤病程中的重要病理产物。在各类肿瘤当中, 肝癌患者的紫暗舌、舌下络脉迂曲、舌面瘀斑及白腻苔的比例均为最高, 提示肝癌的病理机制与瘀血痰浊阻滞有着更为密切的联系。与此同时, 各类肿瘤也有其相对特征性的舌象, 提示在临床治疗中应当根据各脏腑生理特性的不同, 权衡利弊, 斟酌用药。

临床研究二的结果则显示, 化疗前后舌质变暗, 瘀斑、胖大及齿痕舌增多; 舌苔的变化上, 化疗后白腻苔及黄腻苔的比例较前明显增大。放疗前后舌质以变化不大; 而放疗后裂纹及点刺舌增多, 舌苔则以剥脱苔(30.43%)及白干苔(26.09%)为主。说明化疗能使血瘀证候加重, 且损伤脾胃阳气, 使得脾失健运, 水湿内停提示我们在对于肿瘤患者的治疗应注意益气活血、健脾利水药物的使用。放疗对于机体的影响主要是耗伤阴液, 印证了“放疗属热毒”的说法, 放疗耗伤肺胃之阴, 故而在放疗过程中可酌加补益肺胃, 养阴生津之品, 如党参、黄芪、山药、麦冬、天冬、太子参、枸杞、女贞子、旱莲草、熟地等等。

【关键词】舌象; 中医; 肿瘤

1 不同类型肿瘤患者的舌象特点比较

前言

近年来, 恶性肿瘤的发病率逐年升高。自1996年以来, 恶性肿瘤患者在城市居民中的死亡率已超过脑血管病, 成为因病致死原因的第一位, 21世纪我们将继续同恶性肿瘤作斗争。中医肿瘤学是中医学的重要分支和组成部分, 随着现代肿瘤治疗中综合治疗观念的发展, 中医药治疗恶性肿瘤的效果, 以及其在肿瘤治疗中的地位日益突出, 正受到越来越多肿瘤患者的欢迎。而诊断是治疗的前提, 中医药治疗肿瘤的疗效提高, 离不开正确的诊断, 而尤以舌诊在中医诊断中具有重要意义。在中医对肿瘤患者进行诊疗的过程中, 舌诊是很重要的方面, 通过对肿瘤患者舌象变化的观察, 对恶性肿瘤进行早期诊断, 进而进行辨证分型, 判断预后, 评估治疗效果等等。

中医望舌有着悠久的历史, 经过历代医家的不断充实和完善, 舌诊技术得到了突飞猛进的发展, 目前舌诊已成为中医理论指导下的一种独特的诊断方法。舌为心之窍, 又为脾之外候, “涎为脾液”、“唾为肾液”, 人体内又有许多经络与舌相连, 机体的变化, 如病情深浅、脏腑虚实、津液盈亏、气血盛衰等, 均能客观地反映在舌象的变化上, 《形色外诊简摩》云: “苔乃胃气之所熏蒸, 五脏皆禀气于胃, 故可借以诊五脏之虚实也。”《望诊遵经》云: “舌者, 心之外候也, 是以望舌而可测其脏腑经络寒热虚实也。”由

此可知, 舌为诊候要地。故舌象的变化能反映体内气血津液的盛衰、病位的深浅、邪气性质, 可以判断疾病转归和预后, 指导组方用药, 意义重大。

鉴于舌诊的重要性, 近年来, 对恶性肿瘤的舌象特征进行了大量深入的研究, 大量资料表明, 恶性肿瘤患者的舌象都有着明显的异常变化, 舌象正常者较少。本研究以各类癌症患者的舌象为研究对象, 重点观察不同舌象在各类癌症患者中的分布规律, 进行分析, 以期能指导临床治疗, 判断预后。

1.1 临床资料

1.1.1 观察对象

2010年3月1日至2010年7月31日于北京中医药大学附属东直门医院血液肿瘤科门诊就诊的病例250例, 其中男91例, 女159例, 年龄最大78岁, 最小29岁, 平均55.7岁。肺癌39例, 肝癌42例, 胃及食道癌29例, 结、直肠癌42例, 肾癌24例, 乳腺癌42例, 卵巢癌32例, 全部病例均经临床和病理检查确诊, 且为神志清楚、伸舌合作者。

1.1.2 观察方法

让观察对象坐在检查椅上, 在自然光线下, 张口, 自然伸舌, 由3名医师通过自然光线观察其舌色、舌形、舌苔, 3人结果一致则记入相应表格, 并以佳能A480数码相机拍照记录, 不一致者则重新复查后再确定, 将分类后的舌诊内容归纳为数据表, 录入EXCEL表格。

1.2 参照标准

《中医舌诊图谱》^[1]

1.3 结果

表1 不同常见肿瘤患者的舌色比较

	肺癌	肝癌	胃食道癌	大肠癌	肾癌	乳腺癌	卵巢癌	平均
淡红	7 17.95%	6 14.29%	7 24.14%	7 16.67%	2 8.33%	7 16.67%	6 18.75%	42 16.8%
红	4 10.26%	8 19.05%	5 17.24%	5 11.91%	4 16.67%	2 4.76%	2 6.25%	30 12%
暗红	17 43.59%	10 23.81%	12 41.38%	22 52.38%	10 41.67%	20 47.62%	14 43.75%	105 42%
淡暗	5 12.82%	4 9.52%	4 13.79%	4 9.52%	2 8.33%	9 21.43%	6 18.75%	34 13.6%
紫暗	6 15.38%	14 33.33%	1 3.45%	4 9.52%	6 25.00%	4 9.52%	4 12.50%	39 15.6%
总计	39 100%	42 100%	29 100%	42 100%	24 100%	42 100%	32 100%	250 100%

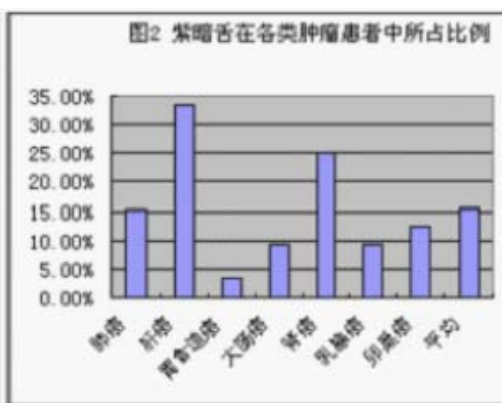
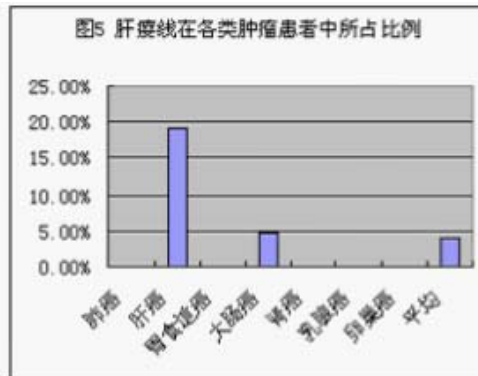
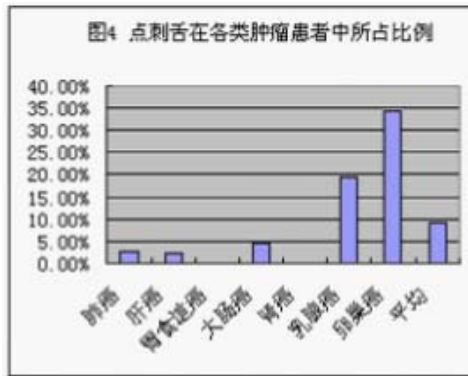
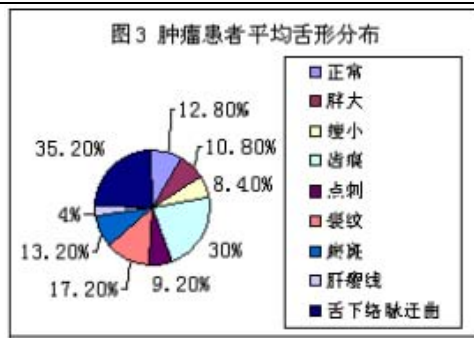


表1及图1可见，在各类肿瘤中，暗舌类（暗红舌、淡暗舌、紫暗舌）占到了极大的比例（平均71.2%），而淡红舌占有比例平均为16.8%；由图2可见其中紫暗舌又以肝癌为最高（33.33%）、肾癌其次（25.00%）。

表2 不同常见肿瘤患者的舌形比较

	肺癌	肝癌	胃食道癌	大肠癌	肾癌	乳腺癌	卵巢癌	平均
正常	6 15.38%	7 16.67%	5 17.24%	6 14.29%	2 8.33%	3 7.14%	3 9.38%	32 12.8%
胖大	6 15.38%	6 14.29%	3 10.34%	3 7.14%	4 16.67%	1 2.38%	4 12.50%	27 10.8%
瘦小	4 10.26%	1 2.38%	2 6.90%	3 7.14%	2 8.33%	5 11.90%	4 12.50%	21 8.4%
齿痕	12 30.77%	14 35.90%	10 34.48%	12 28.57%	6 25.00%	9 21.42%	12 37.50%	75 30%
点刺	1 2.56%	1 2.38%	0 0.00%	2 4.76%	0 0.00%	8 19.05%	11 34.38%	23 9.2%
裂纹	12 30.77%	4 9.52%	6 20.69%	6 14.29%	4 16.67%	9 21.43%	2 6.25%	43 17.2%
瘀斑	2 5.13%	8 19.05%	1 3.45%	8 19.05%	2 8.33%	8 19.05%	4 12.50%	33 13.2%
肝癭线	0 0.00%	8 19.05%	0 0.00%	2 4.76%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	10 4%
舌下络脉	12 30.77%	22 52.38%	10 34.48%	20 47.62%	7 29.17%	11 26.19%	16 18.75%	88 35.2%

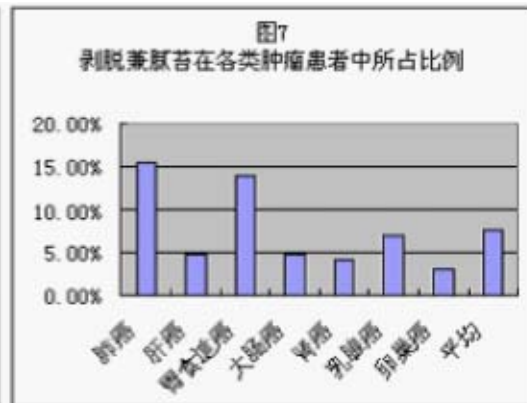


由表 2 及图 3 可见，正常舌形在各类肿瘤中比例平均为 12.8%；由图 3 可见，点刺舌在乳腺癌及卵巢癌中占有相当比例（分别为 19.05% 和 34.38%），而在其他肿瘤中占有比例较小（不超过 4.76%）；在表 2 中还可发现，齿痕舌在各类肿瘤中均占有一定比例（平均 30%），而以卵巢癌（37.50%）、肝癌（35.90%）、胃与食道癌（34.48%）、肺癌（30.77%）中所占比例较大；舌面瘀斑以肝癌、结直肠癌、乳腺癌为最高，均为 19.05%；裂纹舌在肺癌中较多（30.77%），其次为乳腺癌（21.43%）、胃与食道癌（20.69%）；舌下络脉迂曲所占比例最高为肝癌（52.38%），其余各类肿瘤也均较高（平均 35.2%）。

由图 4 可见，肝癭线在肝癌患者中的出现率为 19.05%，在其他肿瘤中仅有结、直肠癌出现 2 例（4.76%），其余肿瘤患者均未出现。

表 3 不同常见肿瘤患者的舌苔比较

	肺癌	肝癌	胃食道癌	大肠癌	肾癌	乳腺癌	卵巢癌	平均
薄白	9 23.08%	10 23.81%	6 20.68%	10 23.81%	3 12.50%	11 26.19%	9 28.13%	58 23.2%
少或无苔	3 7.69%	0 0.00%	4 13.79%	2 4.76%	2 8.33%	1 2.38%	2 6.25%	14 5.6%
白腻	15 38.46%	24 57.14%	12 41.38%	19 45.24%	12 50.00%	16 38.10%	18 56.25%	116 46.4%
白干	3 7.69%	0 0.00%	1 3.45%	1 2.38%	2 8.33%	2 4.76%	2 6.25%	11 4.4%
黄腻	3 7.69%	6 14.29%	2 6.90%	8 19.05%	4 16.67%	9 21.43%	0 0.00%	32 12.8%
剥脱兼腻	6 15.38%	2 4.76%	4 13.79%	2 4.76%	1 4.17%	3 7.14%	1 3.13%	19 7.6%
总计	39 100%	42 100%	29 100%	42 100%	24 100%	42 100%	32 100%	250 100%



由图 6 及表 3 可见，薄白苔在各类肿瘤中占有比例平均为 23.2%；少或无苔以胃与食道癌为最高，占 13.79%；白腻苔在各类肿瘤当中均较高（平均 46.4%），尤其以肝癌（57.14%）、卵巢癌（56.25%）、肾癌（50.00%）较为突出；黄腻苔在乳腺癌（21.43%）、大肠癌（19.05%）以及肾癌（16.67%）中较多；图 7 所示，剥脱兼腻苔在肺癌（15.38%）、胃与食道癌（13.79%）中较为明显，在其他肿瘤中不多见。

1.4 讨论

1.4.1 各类肿瘤患者的舌象特点

结果显示，在各类肿瘤中的舌象中，暗舌类（平均 71.2%）、白腻苔（平均 46.4%）及舌下络脉迂曲平均（35.3%）占到了相当的比例，说明痰凝血瘀是肿瘤病程中的重要病理产物，从而印证了“久病责痰，久病成瘀”的理论，提示临床用药应注意祛湿化痰及活血化瘀药的应用。但是即便是肿瘤患者，淡红舌（平均 16.8%）、正常舌形（平均 12.8%）及薄白苔（平均 23.2%）等正常舌象也占有一定的比例，说明舌诊在肿瘤的中医诊断中虽然占有重要地位，但并不是绝对准确，应当与其他诊疗手段协助应用。

除去这一共有的常见舌象，各类肿瘤也有其相对特征性的舌象，如肺癌常见舌象为齿痕舌、裂纹舌、剥脱兼腻苔，齿痕舌为脾虚水湿不化的表现，裂纹舌则是津液匮乏的表现，提示肺燥阴伤与脾虚湿盛是肺癌的重要证型。同样，胃、食管癌常见舌象也为齿痕舌、裂纹舌、少苔或无苔，提示其发病机制与肺癌类似，既存在脾虚湿盛的一面，也存在胃阴不足的一面，值得注意的是剥脱兼腻苔这一特征性舌象，在这两种肿瘤患者中较为常见，说明肺、胃肿瘤发病机制的复杂性，既存在气虚不足，阴津亏乏的一面，又存在脾虚湿盛，痰浊内阻的一面，肺为金水之脏，胃为阳明燥土，均喜润恶燥，而脾主运化水谷，脾气充足，为胃行其津液，散津于肺，肺气充足则水津四布，遍泽五脏，若胃气受损，受纳失职，脾气亏虚，土不生金，肺气受伤，推动运化无力，则津液内停不得输布，聚而为痰，肺胃之阴反而不足，从而出现剥脱苔与腻苔并存的舌象，提示在临床治疗中应当益气养阴，祛痰利湿并举，权衡利弊，斟酌用药。

在各类肿瘤当中，肝癌患者的紫暗舌（33.33%）、舌下络脉迂曲（52.38%）、舌面瘀斑（19.05%）及白腻苔（57.14%）的比例均为最高，提示肝癌的病理机

制与瘀血痰浊阻滞有着更为密切的联系。这与其他学者的研究结果一致，陈泽霖等^[2]对 1046 例肿瘤患者进行舌象观察，发现肝癌组中 112 例患者中 56 例（50%）有紫暗舌；徐文均等^[3]对 326 例癌症患者的舌象进行分析，发现 56 例肝癌中 38 例（67.9%）舌质暗红兼有瘀斑。

而在结、直肠癌与肾癌患者中，黄腻苔的出现率均较高（16.67%），而肾癌紫暗舌的出现率仅次于肝癌，结、直肠癌中舌面瘀斑的出现率与肝癌并列第一，说明血瘀、湿热这两种病理因素在相关肿瘤患者中占有一定比例，杨树明等^[4]也认为大肠癌以胖大舌、齿痕舌、舌质暗、舌苔黄腻多见。另外，白腻苔在肾癌患者中出现概率也很高（50.00%），肾为水火之脏，内寄元阴元阳，肾阴亏虚，湿热易于内蕴，而肾阳不足，则温煦无力，水湿不化，血瘀不行，故见瘀斑舌、白腻苔。

另外，乳腺癌患者中黄腻苔出现的比例最高（21.43%），这是因为女子乳房属肝，肝经行布双乳，肝郁不舒，导致肝火与痰湿交蒸，是乳腺癌中的重要证型，治当疏肝清热除湿；而白腻苔则在卵巢癌中出现比例较高（56.25%），仅次于肝癌，提示水湿是卵巢癌中的重要病理产物，这与临床上卵巢癌多易出现腹水密切相关。

1.4.2 肝癭线与肝脏恶性肿瘤的关系

20 世纪 60 年代，童国璋等^[5]对 76 例原发性肝癌患者进行观察，记录其舌象的变化。结果发现在原发性肝癌患者舌的左右两侧侧边缘呈现青色或紫色，呈条纹状或不规则斑块黑点，边界清楚，称之为“肝癭线”。

根据中医舌诊理论的划分，舌候五脏，舌尖主心，舌中主脾胃，舌根主肾，舌边主肝胆，如果脏腑有病可以在所候的相应部位出现反应。肝癭线出现在舌边缘的左右两侧（单侧或双侧并见），这两侧候肝胆部

位,就是说肝胆二经有病可以在这两侧反映。《灵枢·经脉》说:“厥阴者肝脉也,肝者筋之合也。筋者聚于阴器,而脉络于舌本也,故脉弗荣则筋急,筋急则引舌与卵,故唇青舌卷卵缩。”可以理解为当肝脏发生病变时,肝之气血失调,运行受阻,以致形成这种舌象。根据观察结果,肝癭线在舌质红、绛或紫色的情况下更为明显。中医学认为舌红主热;舌绛为邪热传营;舌紫多为热象;舌青多为虚寒,或为瘀血,为热毒乘虚入里,蓄热发斑;舌绛红或青紫多因血中邪热过盛,气血发生壅滞而成。瘀血的外在征象为舌上鲜红或紫暗的斑点。故而舌之青、紫、红、绛斑点等代表属热性病、气血壅滞、脏腑热毒或者瘀血病。原发性肝癌患者临床多见舌红、绛有瘀斑,且常伴有脉弦、尿赤以及血性腹水等症状,说明原发性肝癌的内在病机为热毒内郁、瘀血阻滞,故而在舌之边缘两侧出现肝癭线,反映肝经热毒瘀血阻滞,即肿瘤的可能^[10]。

在我们的研究中,也注意到了肝癭线这一特征性表现,其在肝癌患者中的出现率为19.05%,在其他肿瘤中仅有结、直肠癌出现2例(4.76%) (后证实为肝转移),其余肿瘤患者均未出现,说明肝癭线在诊断肝脏恶性肿瘤方面有一定意义。这与其他学者报告相符。笔者认为,肝属木,为厥阴之脏,为阴尽阳生之处,是阴阳转化的关键,且肝主藏血,以疏泄为用,肝气受伤则转化不利,疏泄失职,正不胜邪,正从邪化,从而使得人体的正常气血转化为恶气恶血,瘀滞不行;肝木侮土,水湿不化,久则痰瘀互结,聚而为积。从现代医学的角度来说,原发性肝癌患者肝脏代谢异常,抗凝因子破坏,血液长期处于浓、粘、聚、凝的状态是形成紫暗舌以及肝癭线的病理基础,肝癭线是原发性肝癌的继发性改变,是微循环障碍的局部体现。

1.4.3 点刺舌与妇科肿瘤的关系

点刺舌集中出现在乳腺癌与卵巢癌的患者中(分别为19.05%和34.38%),而在其他肿瘤中占有比例较小(不超过4.76%),具有特异性。这种点刺主要出现在舌尖部,颜色较暗,也有人称为“瘀点”。与其他系统的肿瘤相比,妇科肿瘤(乳腺癌和卵巢癌)瘀象明显,且集中反映于舌尖部,可见舌尖瘀点与妇科肿瘤具有一定的相关性。临床观察发现,有些瘀点用肉眼无法直接看到,有时因为患者伸舌头的时问较短,光线不足等,难以观察到舌尖瘀点,但通过照片可清楚看见舌尖上的瘀点。如赖斯宏等^[9]观察妇科肿瘤患者133例中,有舌尖瘀点者116例(87.21%),无舌尖瘀点者17例(12.78%),表明妇科肿瘤出现舌尖瘀点的概率明显高于其他疾病,其认为子宫肿瘤出现的舌尖瘀点主要呈弥漫性,卵巢肿瘤主要是集中性的舌尖瘀点。本研究结果低于赖氏的结果,但仍然提示舌尖部位是卵巢的反映区,卵巢肿瘤患者舌尖出现瘀点概率较高^[7]。本结果基本符合舌尖部位是子宫、卵巢

的反映区,痛经、子宫卵巢癌患者舌尖出现瘀点概率较高的观点。但子宫的问题未必直接反映在舌尖部,有时瘀点也出现在舌尖两边(即7区、9区,并不仅在8区)。卵巢的疾病,也未必都在7区、9区,有可能出现在8区^[8]。

按照传统的舌象反映内脏分布图^[9],舌尖是心肺状况的反映点。在临床观察中我们也发现,失眠、咳嗽等心肺疾病亦可见舌尖红,提示“舌尖主心肺”传统理论的科学性。笔者认为,舌尖点刺是心火暗郁的表现,因为妇科肿瘤患者都为女性,易抑郁或动怒,情志不遂,心气不舒,郁而化火,而成瘀滞点刺,提示治疗上应注重解郁养心之法。同时,舌尖瘀点与妇科肿瘤、痛经等辨证为瘀血的疾病关系也很密切。因此,气滞血瘀是妇科肿瘤发生的主要机制,治疗中应当注意理气活血、化瘀通络治法的运用。

参考文献:

- [1]丁成华,孙晓刚,中医舌诊图谱[M],人民卫生出版社,2003年12月第1版。
- [2]陈泽霖,许得盛,于尔辛等,1046例肿瘤病人舌象观察——附500例健康人舌象对照,中西医结合杂志[J],1981,1(2):81-83
- [3]徐文均,吴建华,326例癌症患者舌象分析[J],福建中医药,1994,25(3):14-15
- [4]杨树明,张爱萍,富临征,王国庆,360例消化系癌症患者舌象观察总结[J],实用中医药杂志,2008,24(5):318
- [5]童国琼,黄永融,原发性肝癌舌诊特征的发现——肝癭线[J],福建中医药,1962,3(6):7-8
- [6]赖斯宏,陈少东,何宽其等,妇科肿瘤、痛经和舌尖瘀点关系的临床观察[J],国际中医中药杂志,2010,32(2):117-118
- [7]周幸来,周举广.全息望诊图谱[M].西安:西安科学技术出版社,2006:1-16.
- [8]殷鑫,曹彩霞,侯宝峰.四诊抉微通解[M].西安:三秦出版社,2005:45-59.
- [9]谢梦州.毛彦晖.观舌识健康[M].福州:福建科技技术出版社,2008:103.
- [10]刘庆,原发性肝癌舌象“肝癭线”探析[J].安徽中医学院学报,2002,21(6)

2 肿瘤患者化放疗前后的舌象变化

前言

恶性肿瘤是当今威胁人类健康的主要病症。中医称之为“积”、“岩”等,祖国医学在治疗方面已经积累了丰富的临床经验,近年来在舌诊方面的研究也越来越多。

祖国医学认为,脏腑功能失调,正气内虚,是患癌症的主要病理基础,“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。舌象作为辨证论治的主要依据之一,必然会发生相应的变化。舌象可以反应恶性肿瘤患者化疗过程中疾病的性质、演变、以及转归。

舌诊最早在《内经》中就有记载,应用至今已有两千多年的历史,是中医学望诊的重要内容,在中医诊断上起着重要的作用,是反应体内的一面镜子^[1],为历代医家所重视^[2]。在对肿瘤患者进行中医诊治的过程中,舌诊是重要的一方面,舌苔为胃气所化,舌

为脾之外候，舌象不但能反映疾病的虚实寒热，而且能够反映病变的程度，性质及转归，对恶性肿瘤的临床诊治有着重要的意义。

化疗是利用化学药物杀死肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞的生长繁殖和促进肿瘤细胞分化的一种治疗方式；放疗则是用各种不同能量的射线照射肿瘤，以抑制和杀灭癌细胞的一种治疗方法，两者都是现代肿瘤治疗中非常重要的治疗手段。然而由于其针对性差，不仅能够杀伤肿瘤细胞，也能够杀伤正常细胞，不可避免的会造成机体损伤，通过患者舌象的变化反映出来。

总之，舌象可以反应肿瘤患者在化放疗中体内代谢水平的变化，病情的变化以及疾病的发展趋势，进而指导肿瘤患者化放疗时的合理用药。

2.1 临床资料

2.1.1 观察对象

2010年3月1日至2010年7月31日于北京中医药大学附属东直门医院血液肿瘤科门诊就诊的化疗病

2.3 结果

表1 化疗前后患者舌色变化

	淡红	淡白	红	暗红	淡暗	紫暗
化疗前	5(26.32%)	1(5.26%)	3(15.79%)	7(36.84%)	1(6.26%)	2(10.53%)
化疗后	2(10.53%)	0(0.00%)	1(5.26%)	5(26.32%)	2(10.3%)	9(47.37%)

表2 化疗前后患者舌形变化

	正常	胖大	瘦小	裂纹	齿痕	点刺	瘀斑
化疗前	5 26.32%	2 10.53%	2 10.53%	3 15.79%	2 10.53%	3 15.79%	2 10.53%
化疗后	1 5.26%	5 26.32%	1 6.26%	1 6.26%	5 26.32%	0 0.00%	6 31.58%

表3 化疗前后患者舌苔变化

	薄白	剥脱	白腻	白干	黄腻	黄焦
化疗前	5(26.32%)	2(10.53%)	5(26.32%)	4(21.05%)	3(15.79%)	0(0.00%)
化疗后	2(10.53%)	1(5.26%)	9(47.37%)	2(10.53%)	5(26.32%)	0(0.00%)

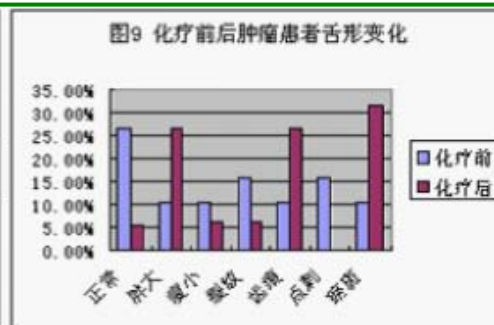
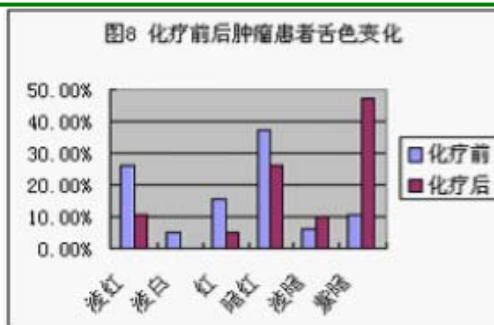
例 19 例(男性 7 例，女性 12 例，肺癌 8 例，胃癌 5 例，结肠癌 2 例，乳腺癌 3 例，卵巢癌 1 例)，放疗病例 23 例(男性 9 例，女性 14 例，乳腺癌 11 例，甲状腺癌 7 例，肺癌 5 例)，年龄最小 39 岁，最大 63 岁，平均 52.7 岁，全部病例均经临床和病理检查确诊，且为神志清楚、伸舌合作者。

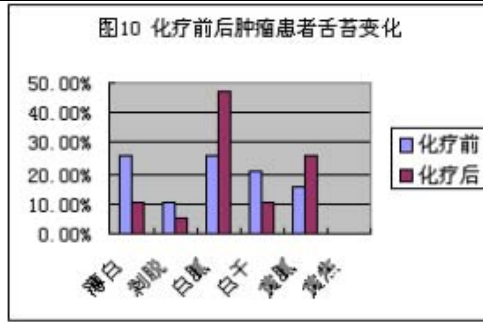
2.1.2 观察方法

让观察对象坐在检查椅上，在自然光线下，张口，自然伸舌，由 3 名医师通过自然光线观察其舌色、舌形、舌苔，3 人结果一致则记入相应表格，并以佳能 A480 数码相机拍照记录，不一致者则重新复查后再确定，将分类后的舌诊内容归纳为数据表，录入 EXCEL 表格。

2.2 参照标准

《中医舌诊图谱》^[9]





结果显示，化疗前舌质以暗红（36.84%）及淡红（26.32%）为主，化疗后舌质以紫暗（47.37%）及暗红（26.32%）为主；化疗前以正常舌形为最多（26.32%），化疗后则以瘀斑（31.58%）、胖大（26.32%）

及齿痕（26.32%）为最多；舌苔的变化上，化疗后白腻苔及黄腻苔的比例较前（26.32%及 15.79%）明显增大，分别为 47.37%及 26.32%，共占总量的 73.68%。

表 4 放疗前后肿瘤病人的舌色变化

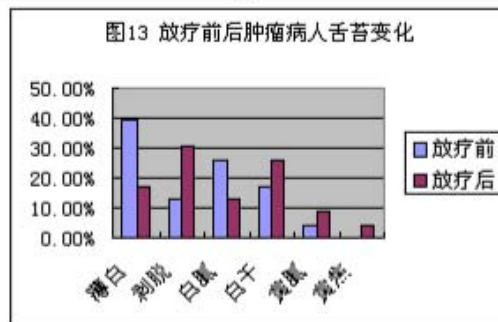
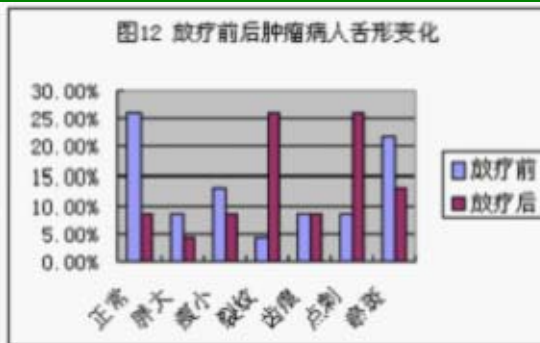
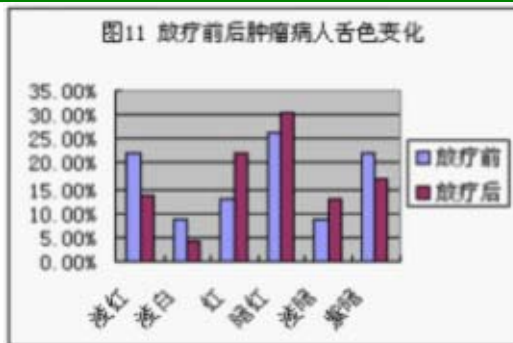
	淡红	淡白	红	暗红	淡暗	紫暗
放疗前	5(21.74%)	2(8.70%)	3(13.04%)	6(26.09%)	2(8.70%)	5(21.74%)
放疗后	3(13.74%)	1(4.35%)	5(21.74%)	7(30.43%)	3(13.04%)	4(17.39%)

表 5 放疗前后肿瘤病人的舌形变化

	正常	胖大	瘦小	裂纹	齿痕	点刺	瘀斑
放疗前	6 26.09%	2 8.70%	3 13.04%	1 4.35%	2 8.70%	2 8.70%	5 21.74%
放疗后	2 8.70%	1 4.35%	2 8.70%	6 26.09%	1 8.70%	6 26.09%	3 13.04%

表 6 放疗前后肿瘤病人的舌苔变化

	薄白	剥脱	白腻	白干	黄腻	黄焦
放疗前	9(39.13%)	3(13.04%)	6(26.09%)	4(17.39%)	1(4.35%)	0(0.00%)
放疗后	4(17.39%)	7(30.43%)	3(13.04%)	6(26.09%)	2(8.70%)	1(4.35%)



由图 11-13 可见，放疗前舌质以暗红（26.09%）及淡红（21.74%）为主，放疗后舌质以暗红（30.43%）及

红（21.74%）为主；放疗前舌形以正常舌形（26.09%）及瘀斑（21.74%）为主，放疗后则以裂纹及点刺为主

(均为 26.09%)；放疗前舌苔以薄白苔 (39.13%) 及白腻苔 (26.09%) 为主，放疗后则以剥脱苔 (30.43%) 及白干苔 (26.09%) 为主。

2.4 讨论

2.4.1 化疗前后肿瘤患者的舌象变化

结果显示，应用化疗药物后，肿瘤患者舌色变化上暗舌比例明显增加，尤其是紫暗舌，舌形变化上瘀斑、胖大、齿痕舌比例增高，一部分正常舌形转变为齿痕舌，原有的瘦小舌消失，舌苔变化上腻苔比例增大，表明化疗使得机体出现气机津液的转化异常，导致脾胃气虚、水湿内停，因为化疗药物属以毒攻毒之品，在杀灭癌毒的同时也损伤脾胃，克伐正气，气虚推动无力，痰湿不化，瘀血不行，故而导致脾虚痰阻，痰瘀互结的状况。李燕等[3]也提出化疗前患者的舌色表现以淡红舌和绛舌居多，分别为 37.10% 和 30.65%，化疗后则患者中表现为紫舌的比例为最大 (33.87%)；若患者化疗前即为紫舌者，化疗后其紫舌更加严重，而化疗前为绛舌的患者则化疗后转为紫舌者多见；在舌形的表现上，化疗前多见正常舌形，化疗后则多见瘀斑及齿痕舌，分别为 33.87% 和 11.74%。化疗前后舌色差异显著；舌形亦差异显著。经观察发现，化疗前患者表现为润舌的比例最大，为 43.55%；而化疗后则以腻苔为最多，占到 40.32%；化疗前后舌质的变化不显著；对于化疗前后舌苔的变化，以厚苔及白苔为多，中部舌苔的厚度差异显著。我们发现恶性肿瘤患者的舌色以紫舌、瘀斑舌尤为突出，而化疗后则更为明显；且化疗后舌体以胖大伴齿痕为主，舌苔以白厚腻为主，这与化疗后气虚血瘀证表现突出，同时化疗药物损伤脾胃，脾胃运化失司，致使水湿不化有关。这就提示临床上可以在化疗过程中适当应用活血化瘀，健脾益气、通络之品，如黄芪、白术、党参、茯苓、桃仁、当归、川芎、赤芍、三七、红花、丹参、全蝎、土鳖虫、水蛭等，以起到减轻乃至预防化疗不良反应的作用。

我们认为，舌象变化能够反映脾胃的状态以及邪气的性质与程度。在我们本次观察的样本中，化疗前患者舌象的异常出现率就很高，主要表现为腻苔。化疗后则原为腻苔者，其程度加重，与此同时舌苔增厚，且胖大齿痕舌的比例增加。另外，舌苔增厚变腻，舌形出现胖大齿痕者，多伴有较明显的胃肠道反应，如纳呆、腹胀、恶心呕吐、便溏等。可以说舌象异常，在一定程度上反映了癌症病情的变化，同时也是观察人体正邪斗争状态的标靶。

2.4.1.1 紫舌与化疗的关系

本研究结果显示肿瘤患者的舌色特点为舌色以紫舌、瘀斑舌尤为突出；化疗后则更为明显，《中医舌诊》[4]曰：“暗紫舌，舌色绛紫，晦暗无光，为热邪深重，津枯血燥，血行壅滞所致”。有文献报道[5]癌症病种与紫舌和暗红舌关系密切，食管癌中暗红舌和

紫舌的比例最高(86.12%)，鼻咽癌最低(22.9%)。相差近 4 倍，其次较高的还有肺癌，再者，病情越晚期紫暗舌的比例更高。本研究结果显示化疗后瘀紫舌的比例明显增高，肿瘤患者本身存在气滞血瘀的病机，而化疗药物，多易损伤脾胃、抑制骨髓致肝肾亏虚，阴血不足，阴虚血燥，又祖国医学认为久病入络，故而久病必虚，久病必瘀，从而进一步加重气滞血瘀的程度。《灵枢·本神》：“五脏者，主藏精也，不可伤，伤则失守而阴虚。”在临床中我们也可以看到患者在化疗过程中常伴有神疲乏力、面色晦暗、肌肤甲错、食欲不振、恶心呕吐、血象不升、结节肿物、疼痛、出血等表现。由此可见，紫暗舌是判断患者血瘀证的重要指标。通过总结各位医家的研究成果以及我们的临床观察发现，紫舌的出现与癌症病情的进展以及治疗方法有着很大的关系。一方面，癌症患者的血液易出现高凝状态，而化疗又会造成血瘀的加重；另一方面，这种血液高凝状态会促进肿瘤的生长、浸润以及转移。这就提示我们在治疗中可以加用一些健脾益气、活血化瘀的药物如黄芪、党参、白术、三棱、莪术、三七、当归、川芎、桃仁、红花、穿山甲、丹参、赤芍、乳香、没药、全蝎等。与此同时，中药还具有减轻化疗药物的胃肠道反应，对抗其肝肾毒性以保护肝功能及提高免疫力的作用。癌症患者的血液中往往存在微小癌栓，当血液粘稠度增高，血流变缓，微循环功能障碍时，癌细胞易于附壁生长。而癌细胞还能激活血小板，使其凝集包绕住癌细胞，从而避开人体免疫系统的攻击。血小板还可释放出细胞因子以增强血管通透性，促进癌细胞增殖，使得肿瘤增大或者转移^[10]。有报道称[6]，活血化瘀类的中药可以降低血黏度、抑制血小板聚集，改善血液高凝状态，改善血液流变性，帮助血液循环，从而能够打破药物进入癌组织的屏障，改善癌细胞缺氧的状态，增加其对化疗药物的敏感性。在临床治疗过程中我们应时时注意肿瘤患者化疗后出现紫舌，进行辨证论治，合理配伍理气活血化瘀的中药，以达到增效解毒的目的。2.4.1.2 齿痕舌与化疗的关系

肿瘤是机体在各种致癌因素作用下，局部组织的细胞异常增生而形成的新生物，常表现为局部肿块。肿瘤细胞具有异常的形态、代谢和功能，它生长旺盛，常呈持续性生长，与整个机体不协调，并在不同程度上失去了发育成熟的能力，甚至接近于幼稚的胚胎细胞。化学药物治疗恶性肿瘤(简称化疗)是肿瘤内科治疗的重要手段，它不同于手术、放疗等局部治疗方法，而主要是全身治疗，这种方法与免疫疗法、生物反馈治疗及中医药疗法一样，是整体综合治疗的重要组成部分。

齿痕舌的成因多由脾虚不能运化水湿，以致水湿内停，舌体胖大，受到牙齿的挤压而形成齿痕。所以齿痕舌常与胖大舌同见，主脾虚或湿盛。有文献报道^[7]，在病理状况下，气虚舌体胖大有齿痕是血浆蛋白

减少,组织水肿,血黏度下降、舌的肌张力下降所致,胖嫩而松弛的舌体昼夜挤压与齿缘之上,自然形成深浅不一的齿痕。齿痕的数量,往往与气虚的程度呈正比,因此是观察病情进退、疗效有无、预后好坏的指标之一。《察舌辨证新法·看舌八法》认为“湿热之症,舌质胀大满口,边有齿印。”《辨舌指南·观舌之心法》则进一步明确提出:“舌质又有大小,淡红而有齿痕,多是脾虚或气虚;红而肿胀满口,边有齿痕,多属湿热痰浊壅滞”。由于脾虚失运,水湿内停,出现舌体胖大边有齿痕,因此齿痕舌主脾虚湿盛。若舌淡白而润,则主寒湿内停;淡红边有齿痕,则多主脾气虚。中国中西医结合学会研究发现,27.4%的肿瘤病人有齿痕舌,远高于健康人或普通疾病组,在恶性肿瘤病人中,病情恶化者齿印消退较少,病情好转或稳定者消退较多,这对观察疗效和判断预后有一定意义。本研究发现化疗后齿痕舌较多见,且原来有齿痕的患者,化疗后齿痕会出现的更多,更深,这是由于化疗导致脾胃之气受损,水湿不运,且水谷津液不能转化为正常的气血津液导致气血亏虚而成。这就说明化疗对患者身体造成的主要损伤之一就是脾胃,也从另一个侧面说明了化疗患者多出现恶心、呕吐等明显的消化道反应的机理,提示我们在临床工作中对于将要进行化疗或正在化疗的肿瘤患者,应注意顾护其脾胃功能,可应用党参、黄芪、白术、代赭石、旋复花、半夏、陈皮等健脾和胃,降逆止呕的药物,有助于提高患者对化疗的耐受性。

齿印舌不仅可以和胖大舌同时存在,也可同见于瘦小舌或正常舌体,所以不能简单地认为齿印舌就是由于舌体胖大受到牙齿的压迫所致,其形成机理尚待进一步研究。临床观察证明,持续观察癌症患者的胖大舌、齿印变化,可以为辨证论治、观察疗效和估计预后提供参考依据,如果我们能进一步阐明其形成机理,可能会为癌症诊断治疗提供更有力的依据。

2.4.2 放疗前后肿瘤患者的舌象变化

放疗后,患者舌质变化不明显,舌体裂纹及剥脱苔比例却较前增大,提示放疗对于机体的影响主要是耗伤阴液,印证了“放疗属热毒”的说法,放疗耗伤肺胃之阴,故而在放疗过程中可酌加补益肺胃,养阴

生津之品,如党参、黄芪、山药、麦冬、天冬、太子参、枸杞、女贞子、旱莲草、熟地等等。

有学者对头颈部肿瘤患者接受放射治疗后舌苔变化作了观察,发现舌苔变化受舌体辐射影响很大,放疗期间大多舌苔变厚、黄苔增多,放疗后期多见少苔和光苔。认为放疗引起舌苔变化的原因主要是舌受大剂量x线或r线辐射后,口腔清洁力下降,使食物残渣残留。同时,舌丝状乳头角化过度,使放疗期间舌苔增厚,放疗结束后舌黏膜上皮特别是舌丝状乳头增殖趋缓、角化层变薄,且食物残渣也难于残留在舌上,所以常出现少苔或光苔^[8]提示我们肿瘤患者接受放疗后,不应只观察舌象,还须四诊互参,辨证才更为准确。

疾病是本质是致病因素对人体的损害和人体抗损害的一对矛盾。如果我们采取的治疗措施能帮助机体对抗损害,就能达到比较好的疗效。因此,在放化疗治疗之前,观察人体的正邪平衡状态,应用适当的中药扶助正气,就能大大提高化放疗的效果。对舌苔呈现剥苔或裂纹的患者,应在放疗前结合患者的体质状态,进行综合调理,尽量使之接近平衡状态,就能为放疗的实施奠定良好的身体基础。

参考文献:

- [1] 王怡,陈辉,中医舌诊研究展望,实用中西医结合杂志,1998,11(1):13
- [2] 陈泽霖,舌诊研究,上海:上海科学技术出版社,1982.76
- [3] 李燕等,42例肿瘤患者化疗前后舌象分析[J],中国中医药信息杂志,2007,14(6):20-21
- [4] 李乃民,主编,中国舌诊大全[M].北京:学苑出版社,1995.558
- [5] 姚媪,徐宗佩,107例癌症患者舌象临床观察,天津中医学院学报,1996,14.16
- [6] 于淑珍,活血化瘀药物在治疗恶性肿瘤中的思考,辽宁中医杂志,2005,32(6):536
- [7] 耿建芳等,应用抗肿瘤药物前后的舌象变化,时珍国医国药,2006,17(6):1326~1327
- [8] 曾秀池,试述癌症舌象的现代研究[J],实用中医药杂志,2007,23(7):461
- [9] 丁成华,孙晓刚,中医舌诊图谱[M],人民卫生出版社,2003年12月第1版
- [10] 李燕,大肠癌患者化疗前后舌象变化的临床研究[D],北京中医药大学硕士学位论文,2007

附图



附图1 剥脱兼腻苔



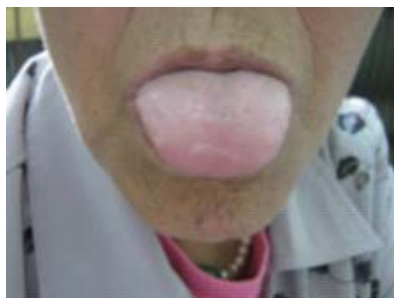
附图2 舌尖瘀点



附图 3 紫暗舌白腻苔



附图 4 舌下络脉迂曲



附图 5 淡白舌



附图 6 裂纹舌



附图 7 胖大齿痕舌



附图 8 黄腻苔



附图 9 白腻苔



附图 10 舌光红无苔



附图 11 瘀斑舌



附图 12 肝癭线



附图 13 化疗前舌象



附图 14 化疗后舌象



附图 15 放疗前



附图 16 放疗后

相关文献:

舌脉象仪临床应用研究概况

为进一步推动中医诊疗技术标准化研究,已研制出舌脉象数字化分析仪,并开展了部分临床应用研究.该系统作为一项无创伤性的检测方法能够为冠心病、慢性胃炎、慢性肾衰竭等的中医临床辨证分型和疗效评价提供客观依据.但是应用数字化舌脉象分析仪检测舌脉象参数以探讨癌症患者的舌脉象客观化参数的研究较少,有待今后作进一步探索.

作者 张卓(上海中医药大学附属曙光医院,上海,201203); 朱惠蓉(上海中医药大学附属曙光医院,上海,201203); 程悦蕾(上海中医药大学附属曙光医院,上海,201203);

刊名

江苏中医药 2011 年43卷07期

英文期刊名

JIANGSU JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

关键词

舌象脉象数字化分析仪临床应用疗效评价综述

分类号

R241.2

栏目名称

综述

基金项目

上海市重点学科(第3期)建设经费资助 上海市教委课题经费资助

舌象与慢性胃炎相关性研究述要

近年来中医舌象与慢性胃炎相关性研究的情况,对舌象与慢性胃炎胃镜象、幽门螺杆菌感染的相关研究以及慢性胃炎舌象在生化方面进行了客观的论述及评价,并提出了今后应制定统一诊断标准、观察方法,运用现代技术手段对中医舌象与慢性胃炎的相关性进行研究的想法.

作者 张艳玲(辽宁中医药大学,辽宁沈阳,110032); 魏红(辽宁中医药大学,辽宁沈阳,110032);

刊名

实用中医内科杂志 2011 年25卷05期

英文期刊名

JOURNAL OF PRACTICAL TRADITIONAL CHINESE INTERNAL MEDICINE

关键词

慢性胃炎舌象综述

分类号

R256.3

栏目名称

研究生论文

DOI号

10.3969/j.issn.1671-7813.2011.05.28

肺癌的治疗及实验研究

刘伟 张迪

中图分类号: R734.2 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)08-0498-4

原发性支气管肺癌(简称肺癌)是最常见的恶性肿瘤,病死率居恶性肿瘤之首,严重威胁人类健康。由于早诊水平有限,70~80%病例确诊时已属晚期,丧失根治机会。采取中西医结合的综合治疗是肺癌治疗的共识,辨证论治是中医理论体系的精髓,证候是中医辨证论治的核心,因此对肺癌证候证型的探讨依然是热点,在此基础上广泛开展临床研究,从提高疗效、调整免疫功能、减轻毒性、延长生存期、改善生存质量等方面挖掘中医药治疗肺癌的特色与优势,并从基础研究方面探寻中医药作用的机理与新靶点。

1 证候研究

采用中医药方法治疗肺癌,首先应对中医证候进行客观化、规范化研究。申维玺等^[1]对肺癌 TNM 分期与中医证型对应关系的研究发现,随着 TNM 分期增高,虚证发生率相应增高。谢长生等^[2]对 561 例肺癌中医证型与 TNM 分期及病理类型进行了相关性探索结果发现 TNM 分期中 I 期以痰浊壅肺证多见(37.5%), II 期以热毒蕴肺证多见(34.4%), III 期以气阴两虚证多见(28.2%), IV 期以气阴两虚证多见(42.9%)。闫安等^[3]指出以辨单证为基础,然后采用单证间相互组合构成复证的辨证分型方法,结合现代医学检查手段,开展大样本多中心循证医学研究,为统一证候分型诊断标准找到规律性结论。郭晓燕等^[4]提出以证候要素辨别为核心的辨证体系,探讨晚期肺癌证候要素分布规律,通过检索分析 1995~2009 年晚期 NSCLC 文献资料,结果显示构成晚期 NSCLC 证候要素主要以气虚、阴虚、血瘀、痰凝为主,证素组合形式有多种,以二证素组合最多见。冯月娟^[5]等将肺癌患者 112 例辨证分为阴虚毒热、痰湿蕴肺、气滞血瘀和气阴两虚四个证型,分别观察其舌象。结果鳞癌以痰湿蕴肺为主,腺癌以阴虚毒热为主,小细胞肺癌以气滞血瘀为主,肺泡细胞癌以痰湿蕴肺与气滞血瘀为主,未分类癌未见明显

特点。患者大多存在紫暗舌,鳞癌和小细胞肺癌以紫暗舌、胖大和(或)齿痕舌、腻苔多见;腺癌以红绛舌、紫暗舌、裂纹舌及光剥苔多见。田甜等^[6]建议从中医基础理论入手,积极利用先进科学技术进行深入研究,用客观知识来充实中医对肺癌的认识,带动肺癌证候规范化研究的深入。

2 治疗研究

在治疗方面,仍然是从增效减毒的角度,以提高主客观疗效方面进行临床的观察为主,既有经验方剂的应用,也有现有静脉制剂的疗效验证,并对肿瘤大家的临床经验、理论进行了挖掘、整理与总结。力图进一步解决如何合理运用中医药进行整体化治疗的问题,从而更好地发挥中医药在肿瘤治疗中的作用。

2.1 辨证施治

肺癌属于中医学的“肺积”、“痞癖”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴。肺癌病机复杂,往往是多种因素综合作用的结果。根据肺的生理特点,决定肺癌是全身属虚,局部属实的疾病。因虚而得病,因邪实而致虚,互为因果,恶性循环,贯穿整个病程。因此,多数医家认为“瘀、毒、虚”为肺癌的基本病机。邪实的一面为痰瘀、血瘀、癌毒,瘀毒内结;正虚的一面为肺脾肾,尤其是肺气虚、阴虚;瘀毒内结与肺脾肾气虚、阴虚并存肺癌。因此,在辨证施治上有补虚为主,有祛邪为主,有祛邪扶正兼顾的。与西医手段配合,分阶段论治也是特点之一。

彭卫卫等^[7]观察 NP 方案配合中药解毒祛瘀消岩汤剂(黄芪 30g, 太子参 15g, 姜黄 15g, 郁金 15g, 夏枯草 10g, 蜂房 15g, 白花蛇舌草 15g, 生牡蛎 30g) 加减治疗中晚期非小细胞肺癌的临床疗效。结果显示,总有效率联合中药组为 58%, 单纯化疗组为 38%, 两组比较差异有显著意义($P < 0.05$)。生活质量改善情况显示,联合中药组改善率为 56%, 单纯化疗组改

善率为 30%，两组比较差异有显著意义($P < 0.05$)。恶心呕吐，白细胞减少，血小板减少等发生率治疗组较对照组为低，两组比较，差异有显著意义($P < 0.05$)。结论认为中药解毒祛瘀能有效地辅助化疗治疗中晚期非小细胞肺癌，并对化疗患者有增效减毒作用。

王立芳等[8]采用前瞻性、多中心、随机对照的临床研究方法，开展中医药分阶段结合化疗治疗晚期肺腺癌临床研究，将 90 例患者分为治疗组(44 例)和对照组(46 例)。对照组只给予化疗，治疗组行化疗联合中医药治疗，化疗期间服用抗癌增效方，化疗结束后服用肺岩宁方。抗癌增效方主要由生黄芪、黄精、姜黄连、制苍术等组成；肺岩宁方由生黄芪、黄精、干蟾皮等中药组成。结果显示近期疗效治疗组优于对照组($P < 0.05$)，中位生存期治疗组为 16.63 个月，高于对照组的 11.60 个月，差异有显著性($P < 0.05$)。1 年、3 年、5 年生存率治疗组均高于对照组($P < 0.05$)，卡氏评分、临床症状改善情况治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

马科等^[9]对 35 例患者予健脾补肾方(生黄芪 30 g、生白术 12 g、茯苓 12 g、生薏苡仁 30 g 等)治疗 3 个月，观察主要症状变化、瘤灶稳定率、Kamofsky 评分以及患者生存期。结果显示患者治疗后主要症状明显改善($P < 0.05$, $P < 0.01$)，瘤灶缓解率为 17.14%，Kamofsky 评分提高稳定率为 91.42%；表明健脾补肾方在改善肺癌患者主要症状、稳定病灶、提高生存质量以及延长生存期等方面均有良好的疗效，中医扶正法为主有一定的抗癌作用。

2.2 静脉制剂

临床有许多中药制剂在肺癌上得到广泛应用，可以与放化疗联合，也可单独应用作为维持治疗或支持治疗的重要手段。

康莱特注射液是中药薏苡仁经现代科学方法提取制成的注射液，主要成分为薏苡仁油。外周血 $CD3^+$ 、 $CD3^+CD4^+$ 、 $CD3^+CD8^+$ 、NK 细胞及 $CD4^+ / CD8^+$ 等检测是评价机体免疫功能一种较为有效的方法。谢炜丽等^[10]的研究显示康莱特注射液治疗组患者化疗前后免疫功能

各指标的差异无统计学意义，而对照组化疗后细胞免疫功能明显下降。

贾勇士等[11]对艾迪注射液对放射治疗非小细胞肺癌疗效和放疗副作用的影响进行了研究。64 例病理确诊的非小细胞肺癌患者随机分组为两组：放疗加艾迪注射液组(治疗组)33 例，单纯放疗组(对照组)31 例，放疗采用常规外放疗，艾迪注射液 60~100mL 每日静脉滴注，比较两组间效果。结果显示治疗组治疗有效率 72.7%，对照组治疗有效率 48.4%，两组比较 $P < 0.05$ ，有显著性差异。两组之间体重稳定情况比较、白细胞有否降低情况比较、乏力减轻情况比较、卡氏评分比较均显示 $P < 0.05$ ，有显著性差异。治疗组 T 淋巴细胞亚群 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+ / CD8^+$ 与治疗前比较无明显降低，而对照组则相反。结论认为艾迪注射液应用于放射治疗晚期肺癌中可以提高近期疗效，减轻放疗副作用，提高患者免疫力，改善患者生活质量。

王娜^[12]等观察 80 例老年晚期非小细胞肺癌患者，采用静脉滴注复方苦参注射液，观察在肿瘤客观疗效、治疗进展时间、生活质量、中医症状、癌痛、不良反应的治疗作用。结果显示复方苦参注射液治疗肿瘤的稳定率为 68.8%；治疗进展时间为 2.43 ± 0.96 个月；并能提高患者生存质量、改善临床症状、缓解癌痛，且无不良反应。显示出复方苦参注射液对老年晚期肺癌患者具有较好的临床疗效。

徐鸿洁^[13]等将 88 例小细胞肺癌患者随机分为治疗组 42 例和对照组 46 例。治疗组采用参芪扶正注射液联合 EP 方案化疗，对照组单用 EP 方案治疗，21 天为 1 个周期，共 2 个周期。结果显示治疗组与对照组临床有效率 (PR+CR) 分别为 66.67%、63.04%；治疗组 KPS 评分及主要化疗毒副反应发生率明显优于对照组。

其他还有对参麦、参附注射液、痰热清注射液等在增效减毒方面的研究。

2.3 名家经验整理与挖掘

金福安汤由太子参、葶苈、生薏仁、桃仁、壁虎、生南星、生半夏、浙贝母、山慈菇、丹参等组成，是国医大师邓铁涛教授治疗肺癌的经验方。吴玉生等^[14]

进行的金福安汤治疗 60 例中晚期非小细胞肺癌的临床研究显示,与化疗组相比,中药组和中西医结合组在咳嗽、血痰、胸痛、气短、乏力等方面有较好的有效性,能提高患者生存质量,与化疗组相比,具有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。中西医结合组瘤体稳定率最高,与化疗组比较,无显著性差异($P > 0.05$)。中药组、中西医结合组 $CD4^+$ 水平、 $CD4^+/CD8^+$ 比值均较治疗前显著增高($P < 0.01$), $CD8^+$ 水平则显著下降($P < 0.05$);化疗组 $CD4^+$ 水平、 $CD4^+/CD8^+$ 比值较治疗前明显下降($P < 0.05$),与中药组、中西医结合组相比有显著性差异($P < 0.05$)。中西医结合组治疗后未见明显毒副反应,中药组发生毒副反应较化疗组明显减轻($P < 0.05$)。结论认为该方具有健脾益气、化痰祛瘀消积的功效,可以改善中晚期非小细胞肺癌患者的临床主要症状,提高患者生活质量,稳定瘤体,提高免疫功能,对化疗药物增效减毒、毒副反应少等作用。

胡凯文等^[15]对王沛教授治疗肺癌的用药经验进行总结。在治疗肺癌中,王老根据脏腑特点、五行相生理论以扶正,根据肺癌病机特点以祛邪。采用益气养阴、清热化痰、化痰解毒、散结消肿为主要治疗方法,常用药物有生半夏、沙参、天冬、麦冬、五味子、生黄芪、生首乌、补骨脂、干蟾皮、守宫、胆南星、玉蝴蝶等,选药独特,处方精炼,临床观察可明显改善患者症状、延长患者生存期。

何立丽^[16]总结孙桂芝治疗肺癌经验,认为肺癌与普通呼吸道疾病不同,其病机有自身的特殊性。认为肿瘤组织是一个“气血壅盛”的“生发”之所,属热毒积聚的有形之物。结合病因病机及临床经验,将肺癌辨证为阴虚内热、气虚痰阻、气血瘀滞、肺肾两虚等 4 个常见证型,主张肺癌总属本虚标实之证,治当以人为本,以正气为先,固护人体气血津液,守护阴阳,在此基础上辅以解毒攻邪、祛腐生新。主要方药有百合固金汤合千金苇茎汤、黄芪健中汤、麦味地黄丸、用逍遥散合桃红四物汤,辅助用药:解毒抗癌,酌加鼠妇、草河车、白花蛇舌草、金荞麦、露蜂房、土茯苓、半边莲、半枝莲、败酱草、鱼腥草、紫草根

等。临床上可以改善患者生活质量,延长肿瘤进展时间,延长患者总生存期。

3 实验研究

在实验研究方面,包括中药或天然植物有效成分研究以及复方研究两个部分,从抑制肿瘤细胞增殖、诱导肿瘤细胞凋亡、抗肿瘤新生血管生成以及抑制 EGFR 基因转录等多个方面进行了深入研究。

3.1 有效成分研究

温雅等^[17]的研究表明丹参水提液对 A549 人肺癌细胞株有抑制增殖作用,可诱导 A549 细胞发生凋亡。刘同祥等^[18]的研究显示大豆胰蛋白酶抑制剂在体外对人肺癌 PG 细胞生长有显著抑制作用,可将其阻滞于 S 期,促使人肺癌 PG 细胞出现明显的染色质浓缩和凋亡小体,诱导人肺癌 PG 细胞的凋亡。田甜等^[19]应用实时定量 PCR 技术,通过检测 C57BL/6 荷瘤小鼠骨髓细胞角蛋白 CK18、CK19 的 mRNA 表达,研究了苏水对肿瘤转移的影响。调节偏离正常细胞周期轨道的肿瘤细胞回到正常轨道上来,是今后抗肿瘤治疗新策略之一。高珊等^[20]的研究显示鸡血藤黄酮类有效部位 SSCE 通过下调 CDK1mRNA 转录水平及蛋白表达量,引起 A549 细胞 G2/M 期阻滞,通过下调 CDK2、6mRNA 转录水平及蛋白表达量引起 A549 细胞 G1 期阻滞,从而起到抗肿瘤的作用。王玮琴等^[21]通过试验检测青蒿素的主要有效成分青蒿琥酯对新生血管增殖与迁移的抑制作用,结果证实青蒿琥酯能明显推迟血管新生,减少新生血管数量;青蒿琥酯对内皮细胞具有增殖和迁移抑制作用,且其抑制血管生成作用呈剂量依赖性。其抑制新生血管生成进而发挥抗肿瘤作用。

3.2 复方研究

复方研究主要是针对临床治疗肺癌非常有效的方剂,通过现代实验研究,来揭示其作用机理。刘轩等^[15]对中西医结合肿瘤专家李佩文教授经验方平肺口服液(药物组成:百合 15g,麦冬 15g,五味子 10g,白及 10g,瓜蒌 10g,鱼腥草 30g,白花蛇舌草 30g,桑白皮 30g,浙贝母 10g)的研究显示,平肺口服液含药血清能抑制人胚肺成纤维细胞的生长,诱导细胞凋亡,使细胞周期发生 G1/G0 期阻滞,可能从抑制肺成纤维细胞增殖

和诱导凋亡方面预防放射性肺损伤发生。熊绍权等^[16]对周岱翰教授经验方鹤蟾片(仙鹤草、干蟾皮、天冬、浙贝母、人参等药物组成)的研究认为鹤蟾片具有诱导人肺腺癌 A549 细胞凋亡作用,分子机制可能与抑制 EGFR 基因的转录有关。季旭明等^[17]的研究显示,温下方(附子、大黄、人参、当归四药组成)含药血清能降低肺腺癌耐药细胞内 GSH 含量及 GST- π 的表达,提

高耐药细胞内铂含量,从而增强耐药细胞对 DDP 的敏感性而逆转耐药。

其他还有对民族民间医药的研究,如谭祥华等^[18]对由青蒿、莪术、三七等中药材组成的青莪汤的研究表明,其能抑制 MMP9、Ang. 1、EGF 的活性,降低肿瘤的微血管密度,抑制 Lewis 肺癌的转移。

参考文献:

- [1] 申维玺, 孙燕, 刘玉梅. 中医虚证与肺癌生物学行为关系的研究. 实用肿瘤学杂志, 2001, 16(2): 126-128
- [2] 谢长生, 王东建, 潘磊. 561 例肺癌中医证型与 TNM 分期及病理类型的相关性探索. 浙江中医杂志, 2010, 45(6): 398-399
- [3] 闰安, 张梅, 李平. 非小细胞肺癌的中医证候研究. 中医药临床杂志, 2010, 22(5): 384-385
- [4] 郭晓燕, 张惠勇, 鹿振辉. 晚期非小细胞肺癌中医证候要素分布规律的研究. 时珍国医国药, 2010, 21(9): 2410-2411
- [5] 冯月娟, 张建芳, 张国良. 112 例肺癌中医证型、舌象与病理分型关系探讨. 中国中医急症, 2004, 13(7): 446-447
- [6] 田甜, 张培彤. 肺癌证候研究方法现状及展望. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(4): 105-106
- [7] 彭卫卫, 贾英杰. NP 方案联合解毒祛瘀法治疗中晚期非小细胞肺癌的临床观察. 辽宁中医杂志, 2010, 37(7): 1303-1304
- [8] 王立芳, 徐振晔, 金长娟等. 中医药分阶段结合化疗治疗晚期肺腺癌临床研究. 上海中医药杂志, 2010, 44(6): 41-42
- [9] 马科, 马丽君, 楚国庆. 健脾补肾方治疗中晚期原发性肺癌 35 例. 上海中医药杂志, 2009, 43(5): 23-24
- [10] 谢炜丽, 郭勇, 杨维泓等. 康莱特联合参麦注射液对 NSCLC 患者化疗前后免疫功能的影响. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(4): 220-221
- [11] 贾勇士, 林白桦, 吴树强. 艾迪注射液联合金福安汤治疗 60 例中晚期非小细胞肺癌的临床研究肺癌疗效研究. 中华中医药学刊, 2010(7): 1556-1557
- [12] 王娜, 周雍明, 杨宗艳. 复方苦参注射液治疗 80 例老年晚期肺癌的临床疗效观察. 中国医院用药评价与分析, 2009, 9(5): 387-388
- [13] 徐鸿洁, 魏大军. 参芪扶正注射液联合 EP 方案治疗小细胞肺癌早期疗效的临床观察. 中国民康医学, 2010, 22(24): 3126-3126, 3128
- [14] 吴玉生, 赵媛媛, 曹洋等. 金福安汤治疗 60 例中晚期非小细胞肺癌的临床研究. 中成药, 2010, 32(4): 547-548
- [15] 胡凯文, 左明焕, 肖俐等. 王沛治疗肺癌用药经验. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(9): 783-784
- [16] 何立丽. 孙桂芝治疗肺癌经验. 北京中医药, 2009, 28(4): 263-264
- [17] 温雅, 毕垒, 张义彪, 陈卫平. 丹参水提液对肺癌 A549 细胞增殖的抑制作用. 中医药导报, 2010, 16(1): 3-5
- [18] 刘同祥, 张少娟, 艾浩等. 大豆胰蛋白酶抑制剂抑制肺癌 PG 细胞生长及诱导细胞凋亡的研究. 时珍国医国药, 2010, 21(9): 2180-2181
- [19] 田甜, 张培彤, 刘永衡等. 苏木对 C57BL/6 荷瘤小鼠骨髓 CK18、CK19 表达影响的实验研究. 北京中医药, 2010, 29(3): 222-224
- [20] 高珊, 杨国旺, 富琦等. 鸡血藤黄酮类有效部位 SSCE 对人肺腺癌细胞 A549 细胞周期调控的分子机制. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(3): 247-250
- [21] 王玮琴, 周慧君, 陈欢欢, 等. 青蒿琥酯抑制新生血管生成的作用. 中国药理学与毒理学杂志, 2004, 18(1): 32-36.
- [22] 刘轩, 李红艳, 夏启胜等. 平肺口服液抑制肺成纤维细胞生长和诱导凋亡. 中药新药与临床药理. 2010, 21(2): 127-129
- [23] 熊绍权, 周岱翰, 林丽珠. 鹤蟾片诱导人肺腺癌 A549 细胞凋亡的实验研究. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(6): 608-609
- [24] 季旭明, 江涛, 欧阳兵等. 温下方含药血清对肺腺癌耐药细胞内 GSH、GST- π 的影响. 山东中医药大学学报, 2010, 34(1): 67-69
- [25] 谭祥华, 黄秀深, 植品隆等. 青莪汤对 Lewis 肺癌小鼠 MMP9、Ang-II、EGF、微血管密度的影响. 长春中医药大学学报, 2010, 26(1): 14-15