

六代王氏中医技术对肝癌的治疗、整理与研究

王泰升

(河南省现代医学研究院, 河南 郑州, 450004)

中图分类号: R735.7 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0141-03

1 导论

肝癌是人类常发的恶性肿瘤之一。世卫组织统计:居世界主要癌症的第8位。我国是高发区,每年约11万人死于肝癌。占世界肝癌年死亡数的45%,为欧美的5-10倍。在我国占恶性肿瘤的第3位。据流行病学调查显示:“呈沿海高于内地并以青壮年为主的流行趋势”。近年来我国在乙肝发病率居高不下的前提下,约90%的肝癌患者中有HBV感染背景。在今日中国人不良饮食生活习惯前提下,黄曲霉素、亚硝胺、农药毒素残留、化肥性粮食、植物生长素蔬菜、激素性动物肉类、包括“瘦肉精”之类添加剂形成的食品链,地沟油、口水油、微量元素摄入,还有抗生素滥用等。形成市风日下的一切向“钱”看,只顾眼前利益,不计民生后果的社会病毒大趋势,亦是肝癌发病率上升的主要因素之一。

2 病因、病机

祖国医学在《灵枢》、《内经》、《难经》、《诸病源候论》等典籍中均有类似肝癌症状、体征和成因的记载。多因脏腑功能失调、饮食不节,寒温失当、五劳七伤、情志失和引起的气滞血瘀,而生“积聚”即肿块。王氏认为肝癌一病属肾阴,肾精虚损不能上荣肝木,肝阴、肝血亏虚而内热炽升,致病变逐步加重。笔者在家传认证肝病“癥瘕肿块”,为肝阳、肝风、肝气偏盛的临床技术指导下,从六代经验积累中认识到,肝病者宜食甲鱼“离中之虚”外坚而内肉,善潜伏为养肝阴肝血为用。而忌食鸡之“巽旺而动风”,如本草求真云:“鸡肉补肝火,动肝风,鸡属巽而动风。巽生风外应乎木,内通乎肝得阳气最早,故先寅而鸣,鸣必鼓翅,火动风生之象。鸡鸣于五更,日至巽位感动其气也。”时珍曰:“鸡卵生而地产,羽不能飞,虽为阳精实属风木,故能生热动风,风火相扇,乃成中风。肝气易动,则生火生痰,病邪得之为有助也,故阴虚火盛者不宜食鸡。食则风火益助疾也”。笔者从医五十余年研读家技悟出:“食偏则疾,疾则求其相生之食,而无亢害之过真理。而肝癌一疾。食鸡则病重,少食则病缓,不食则病易愈的临床心得”。更深刻理解到:“肝为风木之脏,生于肾水而孕心火”。体阴而用阳,

肝病则气郁,气郁则化热化火,动风耗阴而伤血。肝病者,食补生肝气、肝火、肝热、动风之巽鸡之肉,伤正而助邪。实属抱薪而救火之大不祥,严忌之家教矣!

3 肝与胃肠的同源病理关系

现代研究认为,椎动物的肝是消化管腔容纳腐熟、蠕动糜化水谷转化成气、血、津、液等精微物质,贮存的库房之所。所以内经云:“脾胃为水谷之海,肝为贮血之海”而在“胚胎发生学”都发生于内胚层,属同源器官。而中医在五千年以前就发现,肝与脾胃有相互制约、互相资生的生理病理关系。肝属木、脾胃属土。在五行上,木旺克土。故《金匱要略》指出“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的辨病、辨证、辨体科学见解。也充分体现了肝与脾、胃的同源生理关系,与现代医学研究是相符合的。人体血液系统的进化从简单到复杂,是从单细胞循环的进化形成的。最早的血液与淋巴和组织液不分。因此血液与体液最早是同功同源的。也就是中医的,血津同源学的形成。血管与淋巴管为胚胎同源起于中胚层。血管系统是胚胎的最早器官系统。淋巴管的发生比血管晚2周。所有淋巴细胞皆起源于卵黄囊壁的造血干细胞。还有一种观点认为淋巴管来自静脉内皮发出的毛细血管分支,见加拿大K、L穆尔著《人体发生学》何泽涌主译1982版人民卫生出版社266页。在生理方面,淋巴来自组织液,而组织液又来自血浆,又由毛细血管滤出的组织液进入毛细血管后,以淋巴管再回流到静脉,形成淋巴循环系统。《中医称,津液气化》是血液循环系统的延伸与补充。起着防御的重要作用。也就是中医的“卫、气、营、血”辨证的理论基础。而人体淋巴回流障碍而导致血液、体液循环障碍,所发生的人体动态平衡失调,形成的病理性水肿和肝腹水,都科学的体现了中医阴、阳失衡、气血失司、脏腑失调的临床,病理生理,辩证论治的重要性。

4 肝癌中、后期的生物钟变化与调理

在肝癌硬化期、腹水期,应遵照人体、生理病理的生物节律时间定时服药,会达到镇痛、抗腹水、改善体能生存力的较高功效。如《灵枢、顺气一日分四

时》篇：“夫百病者，多以旦慧昼安，夕加夜甚”。即指出了疾病一天内定时变化，在临床辩证时，对疾病生物钟规律的认识，也就是发病周期与肌体阴阳消长的密切关系。如《素问金匱真言论》篇：“春善病鼽衄，仲夏病胸胁，长夏善洞泄寒中，秋善病风症，冬善病事半功倍的效果。这也就是现代的中医时间治疗学。王氏认为：由于人体对药物的感受性存在着时间差异，要密切配合人体各脏器的功能节奏诊治，如肝脏夜晚负荷最重，保肝药在睡前服效果较好。心脏在白天负荷最重，保心药白天服用效果最好。抗癌药应在内脏抗癌毒性耐受力最强时间给药，才能达到减轻毒性，提高疗效的临床疗效。如人体 8-9 时是肾上腺皮质激素（ACTH）及皮质醇分泌的高峰时期，对人体脏器功能有着重要的促进作用。因此 9-11 点是人体生理功能的高潮阶段，这时给服抗病毒抗癌药，是人体耐受力较强，肾脏的排毒能力也处于相对较强的阶段。故对肝癌、肝硬化、肝腹水治疗能达到预期的目的。

5 肝癌健脾为要

《易·坤卦》曰：“至哉坤元，万物资生，坤厚载物。”即言坤为土地，为万物之母，重要之至。而《内经》亦曰：“脾者土也.....土者生万物而法天地”。《素问·太阳阳明论》：“脾胃者，仓禀之官，五味出焉”，大医学家李东垣在《脾胃论、脾胃胜衰论》中提出了“百病皆由脾胃衰而生”而创内伤论。所以王氏认为健脾是促肝癌逆转的重要治疗手段。

6 现代太极钟与患者寿命钟的合理调控应用

王氏认为：太极钟是中医的阴阳消长理论，人的寿命钟也就是人生、长、壮、老、已的周期体现。太极阴阳合抱的理论提示人的前半生为阳长阶段，后半生为阴长时期。阳长为生命的开始，阴长为衰老的来临。所以就有着人过中年日过午之说。在现代生物体遗传基因中存在的时控基因研究中，调拨寿命钟，即用药物的寒、热、温、凉、平五性来调整肌体细胞分裂的周期如能延长，则生命的极限将会不断改变。例：将人的颅温降 1.3 度，生命可延长 30 年的颅温干预法。正像一年生动物，一年生植物，完全以人工缩短其生长周期，可使之变成一季生动物，一季生植物。同样也可以人工延长生长周期变成二年生或三年生动植物。而人类本身人为地延长阴阳消长周期，后延长生命也是有可能的，特别是，肝癌、肝硬化、肝腹水患

痹厥”的季节性病。也就是现代生物钟病理体现。在现代医学中的“周期性发热，周期性出血，周期性腹泄，周期性皮疹.....不胜枚举”。王氏技术是通过临床观察肝硬化和肝腹水，肝癌的增长速度都存在着周期性。因此在治疗上要充分利用其周期给药治疗，才能达到者，有效的依靠阴消阳长的互生互长互制的昼夜节律，而调拨人体细胞中 CAMP、CGMP（核糖核酸和脱氧核糖核酸）的消长干预，使中医药养生保健的效用最大限度的提高，在治疗疾病当中有着重大意义。就好像大棚形成的逆季节蔬菜和长期光照提高，母鸡产旦率一样而有效调控病体节律而延长寿命是完全可能的。

7 肝癌的现代医学诊断标准

以 1990 年全国肿瘤防治办公室、中国抗癌协会拟定的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》、原发性肝癌的诊断标准。

A、病理诊断：①肝组织学检查证实为原发性肝癌者。②肝外组织的组织学检查证实为肝细胞癌。

B、临床诊断：1、若无其他肝癌证据，AFP 对流法阳性或放射免疫法≥400M/L，持续 4 周以上。女性并能排除妊娠，活动性肝病，生殖腺胚胎源性肿瘤及转移性肝癌者。2、影像当检查有明确的肝内实质性占位病变，能排除肝血管病或转移性肝癌，并有下列条件之一者：①AFP≥200u/L。②有典型的原发性肝癌影像学表现。③无黄症而 AGB 或 T 明显增高。④远处有明显的转移病灶或血性腹水或腹水中有癌细胞。⑤有明确的乙型肝炎标志阳性的肝硬变。

C：临床检验诊断标准：①甲脂蛋白（AFP）≥500/L 或 200/L，持续 2 月以上者。②异常凝血酶原（DCP）有助于 AFP 阴性肝癌的诊断。③血清铁蛋白（SF）显著升高，阳性率达 80%以上。④碱性磷酸酶（ALP）属癌坏蛋白之一，由肝癌细胞产生。还有乳酸脱氢酶（LDH）等多种酶学的综合检查可提高肝癌诊断率。还有超声显像，CT 检查，磁共振成像，核素成像（CRN），肝穿刺组织学检查等系列现代高科技手段，都对肝癌肿块的大小，结节的多少，肝组织病变等作出了 94%的诊断符合率。为中医药的防、控体系提供了可靠的诊疗依据。

8 家传验方整理应用

A、肾、肝阴虚，劳伤肝郁气滞型。

主症：腰疼胁疼并见五心烦热，眼睑与足踝水肿并见胁理苦满。舌红嫩少苔有裂纹，边尖有瘀点。面青黄色深。眼球黄染，四肢瘦削，乏力纳差、口渴喜冷饮、尺脉浮大无力、关脉沉弦细数或弦数。

治则：补益肝肾之阴，健脾理气开郁。

方药：怀二地各 15g、知柏各 60g、元参 60g、朱芩 30g、玄驹 20g、西杞果 30g、生别甲半斤炙、公英量大浓缩。炒青陈皮各 20g、醋郁金 15g、醋元胡 40g、炒破鞋底 10g、血竭 20g 水飞、炒西吉 15g、炒白术 30g、炒白芍 60g、生甘草 10g、砂叩仁各 9g、蟾皮 3 张 引。

外用：密制坤元膏外贴。笔者临床五十年数百例验证。疗效 60% 以上。如早发现，早治疗，疗效达 90%。例：上蔡县中转站傅某，女，29 岁，以乙肝大三阳，肝硬化腹水二年后入院住传染科治疗。家有乙肝病史，父、母亲均死于肝硬化。入院查乙肝大三阳，伴甲胎球蛋白大于 200 单位。谷丙转氨酶 760 个单位，血清碱性磷酸酶和乳酸脱氢酶同功酶阳性。彩超示：肝硬化、伴弥漫型结节改变。以全身黑色素变，重度肝腹水，持续性发热不退，眼、鼻、齿、渗出性出血、脉

微欲绝、气息微弱、眼睑推开不合闭、昏迷 2 天后从太平间抬出后无奈接诊。首给广角粉 10g、牛黄 1g、射香 1g、矿泉水研飞鼻饲，每 2 小时 1 次，6 小时后，腹中鸣响如雷，先黄褐小便 2 次约 1500 毫升，恶臭柏油性大便一次后复苏。要面水喝。后用家传方调治，1 年后全愈。现已在郑州开新婚影楼，儿孙满堂。历 20 多年仍健在。

9 小结

该患者病症凶险不救则死，笔者紧抓肝肾阴亏之本，热毒内蕴父母遗传之标。自幼生活贫困，在砖瓦窑上强劳而伤，肝、肾之脏。饮食不节后天脾土受损，又失于治疗而积劳成疾命垂一线的病理病机，辩证施治，加以生甲鱼鲜血配黄酒射香研服药食同用而收全功。诸如此类者，像新乡市邵某兄弟 7 人，公安局长宗某，驻马店市赵县长、康书记、马书记、刘富周局长、范五妮等，医人较众。后经民众要求经省药局批准，以乙肝排毒口服液，乙肝净胶囊等内批号应用临床，使数千例患者得福报后而获卫生部创新医学金奖。并受到原卫生部副部长殷大奎会长的题词褒奖。

相关文献：

CT 引导下氩氦刀冷冻消融联合肝动脉化疗栓塞治疗原发性肝癌的临床研究

目的:探讨 CT 引导下氩氦刀冷冻消融联合肝动脉化疗栓塞(TACE)治疗肝癌的疗效.方法:2005 年 5 月至 2008 年 1 月 32 例原发性肝癌病人先行 TACE 治疗,术后 14~28 天在 CT 引导下经皮穿刺氩氦刀冷冻消融治疗.术后病人定期复查 AFP、B 超检查及 CT 或 MR 扫描.结:32 例穿刺及冷冻消融均获得成功,无严重并发症发生.随访 3~18 个月,完全缓解(CR)4 例,部分缓解(PR)18 例,无变化(NC)9 例,进展(PD)1 例.结论 CT 引导下氩氦刀冷冻消融联合 TACE 治疗原发性肝癌是一种安全有效的方法,二者联合应用可弥补两种疗法可能存在的不足.

作者 刘军伟(107 中心医院,山东,烟台,264002); 位思荣(107 中心医院,山东,烟台,264002); 王建平(107 中心医院,山东,烟台,264002); 候鲁强(107 中心医院,山东,烟台,264002); 迟强(107 中心医院,山东,烟台,264002);

刊名 中医临床研究 2009 年 1 卷 03 期

英文期刊名 CLINICAL JOURNAL OF CHINESE MEDICINE

关键词 冷冻治疗化疗栓塞原发性肝癌经皮穿刺

MeSH 主题词 冷冻(Freezing)氩(Argon)氦(Helium)肝肿瘤(Liver Neoplasms)性(Sex)方法(Methods)病人(Patients)安全(Safety)

分类号 R73

栏目名称 肿瘤

女贞子对肝癌细胞作用生物学基础研究

胡兵 安红梅 沈克平 杜琴 邓珊

(上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科, 中医肿瘤研究所, 上海, 200032)

中图分类号: R735.7 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0144-01

【关键词】女贞子; 肝癌; 细胞凋亡; 细胞衰老; 转录组

目的: 肝阴虚是原发性肝癌(以下简称肝癌)常见中医证候或兼见证候, 女贞子是肝癌肝阴虚常用中药, 但女贞子对肝癌细胞的具体作用尚未明晰; 本研究在肝癌细胞模型中观察女贞子对肝癌细胞作用的肿瘤生物学作用。

方法: 补肝阴中药女贞子提取物处理肝癌细胞 Bel-7402, CCK8 (Cell Counting Kit-8, CCK-8) 法检测细胞增殖, 平板法检测细胞克隆形成, 流式细胞仪检测细胞凋亡, SA- β -gal (senescence-activated β -galactosidase) 染色检测细胞衰老。全基因组芯片杂交检测 Bel-7402 细胞表达谱, Real-time PCR 核实表达谱数据, Onto-Tools 生物信息学分析。

结果: 终浓度 20-500 μ g/mL 女贞子可不同程度抑制肝癌细胞 Bel-7402 细胞增殖, 呈剂量与时间依赖性; 抑制肝癌细胞 Bel-7402 细胞克隆形成, 呈剂量依赖性, 20-500 μ g/mL 克隆形成抑制率分别为 10.44%, 30.42%, 55.61%, 75.07%, 以及 100%。50~200 μ g/mL 女贞子可促 Bel-7402 细胞凋亡。终浓度 100 μ g/mL 女贞子作用 5 d 后, Bel-7402 细胞呈现变得大而扁平的衰老细胞形态, SA- β -gal 染色呈现蓝色阳性。

全基因组表达谱显示, 女贞子可影响 Bel-7402 细胞 732 个基因表达, 其中升表达基因 477 个, 降表达基因 255 个; 细胞结构 (Cellular Component) 基因 344 个, 主要涉及细胞膜系统、胞质溶胶 (cytosol)、线粒体、高尔基体、内质网、细胞骨架、中心体、溶酶体等细胞结构; 生物过程 (Biological process) 基因 296 个, 主要涉及转录调节、信号转导、细胞粘附、蛋白磷酸化、氧化还原、细胞分化、免疫反应、细胞周期、蛋白裂解、细胞凋亡、细胞增殖、DNA 修复等生物过

程; 分子功能 (Molecular Function) 基因 325 个, 主要涉及蛋白/金属离子/核酸/ATP 等结合活性、水解酶活性、转录活性、转移酶活性、受体活性、蛋白激酶活性、信号转导活性、蛋白同源二聚活性等分子功能。

女贞子可影响 79 个信号转导基因表达, 涉及 64 个信号通路; 主要包括 FAK 通路、MAPK 通路、Wnt 通路、TGF- β 通路、细胞骨架通路、ECM-受体通路、钙通路、胰岛素通路、细胞因子-受体通路、细胞凋亡通路、抗原加工呈递通路、PPAR 通路、Fc epsilon RI 通路、Jak-STAT 通路等与细胞粘附/移动/侵袭、增殖、凋亡、免疫反应、代谢等生命活动相关信号通路。

结论:

①女贞子可抑制肝癌细胞 Bel-7402 细胞增殖, 抑制 Bel-7402 细胞克隆形成, 促进 Bel-7402 细胞凋亡、细胞衰老;

②女贞子可影响 Bel-7402 细胞 732 个基因表达, 升调节 477 个基因表达, 降调节 255 个基因表达; 包括 344 个细胞结构基因, 296 个生物过程基因, 325 个分子功能基因;

③女贞子可影响 Bel-7402 细胞 79 个信号转导基因表达变化, 涉及 64 个信号通路, 参与调控肝癌细胞粘附/移动/侵袭、增殖、凋亡、免疫反应、代谢等生命活动, 同时女贞子在防治肝癌转移方面具有作用, 值得深入研究。

资金项目:

上海市基础研究重点项目 (09JC1413600), 上海中医药大学附属龙华医院国家中医临床研究基地“龙医团队、龙医学者”项目。

表没食子儿茶素没食子酸酯对人肝癌 细胞株 HepG2 体外放射的增敏作用及人端粒酶 逆转录基因 hTERT 的调控作用

Radiosensitization and hTERT gene regulation of epigallocatechin-3-gallate(EGCG) on human hepatoma carcinoma cell line HepG2 in vitro

刘礼 谢纪文 王熙

(湖北省武汉市协和医院中西医结合科, 湖北 武汉市, 430022)

中图分类号: R282.71 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0145-04

【摘要】目的: 研究不同剂量的表没食子儿茶素没食子酸酯 EGCG 对人肝癌细胞 HepG2 体外放射前后端粒酶逆转录酶的表达和细胞凋亡的影响, 探讨 EGCG 成为放射增敏剂的可能性。方法: 采用实时荧光定量 PCR 检测不同剂量 EGCG, 用直线加速器 6MVX 线, 剂量为 2Gy 照射前后, 共 8 组人肝癌细胞 HepG2 端粒逆转录酶的表达; 用流式细胞仪检测这 8 组细胞的细胞凋亡率, 并分析不用剂量 EGCG 对放疗前后人肝癌细胞 HepG2 的影响。结果: EGCG 对肝癌细胞 HepG2 体外放射前后端粒酶逆转录酶的抑制和细胞凋亡率的提高, 空白组、10umol/l 和 50umol/l 组均有明显差异, 且 10umol/l 和 50umol/l 组的差别较空白组更为显著, 而 100umol/l 组放射前后 hTERT 基因的表达和细胞凋亡率的改变无统计学意义。结论: 一定浓度的 EGCG 对肝癌细胞 HepG2 体外放射前后端粒酶逆转录酶的抑制和细胞凋亡率的提高有增敏作用。

【关键词】表没食子儿茶素没食子酸酯; 人端粒酶逆转录酶; 人肝癌细胞株; HepG2; 放射增敏

【Abstract】 Aim: To detect the effect on the expression of human telomerase reverse transcriptase(hTERT) and apoptosis with different dose epigallocatechin-3-gallate (EGCG) in human hepatoma carcinoma cell line HepG2 in vitro before and after radiotherapy, and explore the probability of EGCG for radiosensitizer. Methods: Real-time Fluorescence Quantitative PCR was used to detect the expression of hTERT in the eight group HepG2 cells with different dose EGCG before and after accelerator linear 6MVX-ray 2Gy; flow cytometer was used to detect the apoptosis rate in the eight group HepG2 cells. And analyze the radiosensitization of different dose EGCG in HepG2 cells before and after radiotherapy. Results: On the expression of hTERT and apoptosis rate of human hepatoma carcinoma cell line HepG2 in vitro with different dose EGCG before and after radiotherapy, the blank group, 10umol/l and 50umol/l group had the difference. The difference of 10umol/l and 50umol/l was more significant than the blank group, while 100umol/l group was not different. Conclusion: A certain concentration of EGCG can increased sensitivity in the inhibition of hTERT and adding to apoptosis rates of human hepatoma carcinoma cell line HepG2 in vitro before and after radiotherapy.

【Key Words】 Epigallocatechin-3-gallate(EGCG); hTERT; HepG2; Radiosensitization.

肝癌是我国常见的恶性肿瘤之一, 近年来手术、非手术治疗肝癌均取得了可喜进展, 其中放疗发挥着不可替代的作用。放射增敏是设法改变在放射治疗时, 肿瘤和正常组织所产生的作用, 以达到提高射线对肿瘤组织的灭杀作用或减少射线对正常组织的损伤作用。表没食子儿茶素没食子酸酯 [(-)-epigallocatechin-3-gallate, EGCG] 是绿茶茶多酚成分之一, 本研究通过 EGCG 联合体外放射治疗肝癌 HepG2 细胞后, 细胞凋亡率和端粒酶活性的检测, 探讨 EGCG 对放射治疗的敏感性。

1 材料与方

1.1 材料 人肝癌 HepG2 细胞株由武汉协和医院介入科提供; EGCG: SIGMA 公司产品; 胎牛血清: 杭州四季青生物工程公司产品; Annexin V-FITC 细胞凋亡检测试剂盒: 凯基生物科技发展有限公司; TRIZOL: invitrogen 公司产品; ReverTra Ace α -逆转录试剂盒: TOYOBO; SYBR Green realtime PCR master mix α -plus-试剂盒: TOYOBO.

1.2 方法

1.2.1 细胞培养 肝癌 HepG2 细胞株培养于含 100ml/L 胎牛血清 RPMI1640 培养液, 37℃、g 温箱中培养,

每 3-4 天传代 1 次。

1.2.2 分组和放射 取对数生长期的肝癌 HepG2 细胞, 分为对照组和放射组。对照组分为空白组及加 10umol / L、50umol / L、100umol / LEGCG 组, 放射组将对照组的各组细胞用直线加速器 6MVX 线, 剂量为 2Gy 照射, 共 8 组。加药照射后 37℃、5%CO₂ 温箱中培养中培养 24 小时, 开始检测。

1.2.3 实时荧光定量 PCR 端粒酶逆转录酶定量检测

(1) 引物序列: 种属为人

H-actin-SGTTGCGTTACACCCTTCTTG;H-actin-A:CTGCTGTCACCTTCACCGTT;H-tert-S:CCAGATTCGC CATTGTTAC;H-tert-A:GGTCACTCCAAATTCCCA GAG. (2) RT-PCR 检测: 在每组细胞中加 Trizol 1ml 后吹打、混匀、按照 Trizol 试剂说明书步骤提取总 RNA, 溶于无 Rnase 酶水中, 用紫外分光光度仪测定 RNA 浓度和纯度;按照 ReverTra Ace -α-逆转录试剂盒说明书配 20ul 反应体系, 反应条件为 42℃20min, 99℃ 5min, 4℃5min;然后按照 SYBR Green realtime PCR master mix -plus-试剂盒说明书配 25ul 反应体系, 反应条件为 95℃1min,95℃15s, 退火温度 actin59℃、 TLMA57℃15s, 72℃45s, 共 40 个循环。实时连续测定基因扩增过程中产生的荧光, 以达到指数扩增时的循环周期数 (Ct 值) 作为计算依据, Ct 值越大 hTERT 活性越低。基因表达水平以倍数变化即 2^x 来表示, x 为以对照空白组 Ct 值平均数减去其余各组 Ct 值平均

数差值, 对照空白组的倍数为 1.

1.2.4 流式细胞凋亡检测 用 0.25%的胰酶消化各组细胞, 吹打成悬浮细胞;用 PBS 洗涤细胞两次 (2000rpm 离心 5min)收集 10³~10⁵ 个细胞;加入 50ul 的 Binding Buffer 使细胞悬浮;加入 5ulAnnexin V -FITC 混匀后, 加入 5ul Propidium Iodide,混匀; 室温避光反应 5~ 10min;用流式细胞仪检测, 激发波长 Ex=488nm,发射 波长 Em=530nm.流式细胞凋亡的结果分四个象限, 左下方是对照, 右下方是早期凋亡细胞, 右上方是晚期 凋亡细胞, 左上方是死亡细胞。

1.2.5 统计学处理 数据 mean±SD 表示, 采用 SPSS13.0 软件包。两组间不同浓度 EGCG 放射前后基因表达和 细胞凋亡率的比较用 t 检验, P < 0.05 为差异有显著性, 且 P 值越小, 差异越显著。

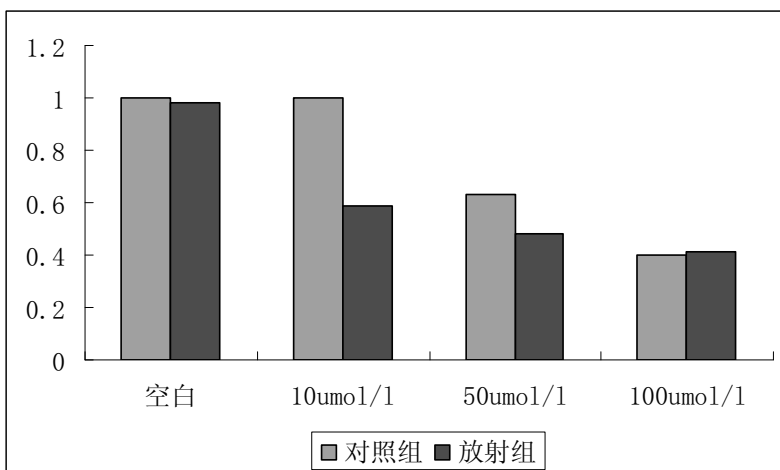
1 结果

2.1 不同剂量 EGCG 对 2Gy 放疗后的肝癌 HepG2 细胞端粒酶逆转录酶的影响 不同浓度 EGCG 放射前 后基因表达, 空白组 t=2.819,P=0.0372;10umol/l 组 t=13.789,P=0.0000;50umol/l t=10.7439,P=0.0000;100um ol/l 组 P>0.05.由此可见, 空白组、10umol/l 和 50umol/l 组有明显差异,且 10umol/l 和 50umol/l 组的差别比空白 组更显著, 而 100umol/l 组放射前后 hTERT 基因的表 达无统计学意义。

表 1 不同浓度 EGCG 放射前后 hTERT 基因表达的 Ct 值[Ct(hTERT)-Ct(action)]

Group	Dose of EGCG			
	Blank group	10umol/l	50umol/l	100umol/l
Control group	9.07±0.04	9.07±0.06	9.74±0.05	10.34±0.12
Radiotherapy group	9.19±0.09	9.75±0.11	10.13±0.05	10.34±0.09

图 1 不同浓度 EGCG 放射前后 hTERT 基因表达的扩增倍数



(a) 不同剂量 EGCG 对 2Gy 放疗后的肝癌 HepG2 细胞细胞凋亡率的影响 不同浓度 EGCG 放射前后 细胞凋亡 率, 空白组 t=5.387,P=0.0125;10umol/l 组

t=8.7523,P=0.0031;50umol/l 组 t=5.7379,P=0.0105;100umol/l 组 P>0.05, 由此可见, 空白组、10umol/l 和 50umol/l 组有明显差异,且 10umol/l 和 50umol/l 组的差别比空白组更显著, 而

100umol/l 组放射前后细胞凋亡率的改变无统计学意义。

表 2 不同浓度 EGCG 放射前后的细胞凋亡率

Group	Dose of EGCG			
	Blank group	10μmol/l	50μmol/l	100μmol/l
Control group	0.04±0.02	0.14±0.04	0.26±0.07	0.42±0.07
Radiotherapy group	0.10±0.04	0.29±0.05	0.38±0.06	0.42±0.08

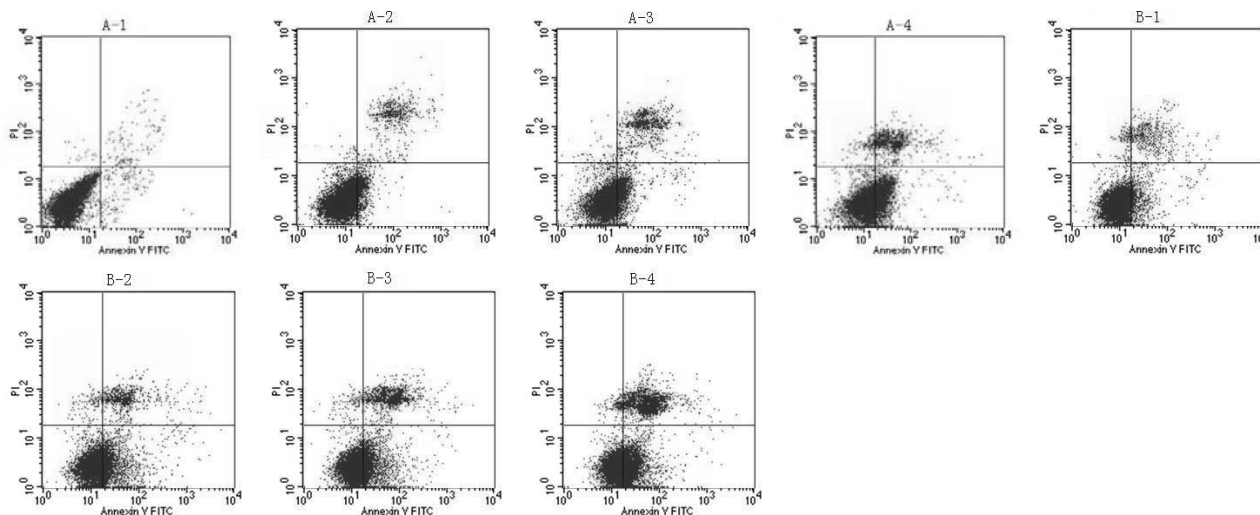


图 2 不同浓度 EGCG 放射前后细胞凋亡流式图

A-1 对照空白组 A-2 对照 10umol/l 组 A-3 对照 50umol/l 组 A-4 对照 100umol/l 组

B-1 放射空白组 B-2 放射 10umol/l 组 B-3 放射 50umol/l 组 B-4 放射 100umol/l 组

1 讨论

表没食子儿茶素没食子酸酯[(-)-epigallocatechin-3-gallate, EGCG]是绿茶茶多酚的一种主要成分,过去有研究表明:转染端粒酶反义 RNA 能抑制肝癌 HepG2 细胞的恶性表型,促进其凋亡^[1],而且 EGCG 对药物抵抗性肺癌细胞中的端粒酶活性有抑制作用^[2]。另一方面,端粒酶通过合成端粒重复序列添加到断裂的染色体末端而使放射所致的染色体损伤修复^[3]。在一定的浓度和时间范围内,EGCG 能够下调肝癌 Bel-7402 细胞 hTERTmRNA 表达,并与端粒酶活性下降基本一致,但下降幅度较端粒酶活性明显,提示 EGCG 对端粒酶活性的抑制可能与其诱导 hTERTmRNA 转录水平下降有关^[4]。文献^[5]报道,端粒酶在染色体放射损伤愈合方面起重要作用,端粒酶通过合成端粒重复序列添加到断裂的染色体末端,从而起到修复 DNA 的作用。新近已有体内实验^[6]证明,端粒酶抑制剂叠氮胸苷 (AZT)、放疗均能使端粒酶阳性的胃癌小鼠肿瘤体积缩小并降低端粒酶活性,且 AZT 能增加肿瘤的放射敏感性。因此,EGCG 有可能作为放射增敏剂运用,其下调 hTERT 基因水平可能是 EGCG 放疗增敏的传导通路。

参考文献:

[1]张东,李开宗,窦科峰,宋振顺,赵青川.端粒酶逆转录酶

本次研究表明:EGCG 对肝癌细胞 HepG2 体外放射前后端粒酶逆转录酶的抑制和细胞凋亡率的提高,空白组、10umol/l 和 50umol/l 组均有明显差异,且 10umol/l 和 50umol/l 组的差别较空白组显著性差异尤为明显,而 100umol/l 组放射前后 hTERT 基因的表达和细胞凋亡率的改变无显著性差异。

所以,一定浓度的 EGCG 对肝癌细胞 HepG2 体外放射前后端粒酶逆转录酶的抑制和细胞凋亡率的提高有增敏作用。

已有实验显示,EGCG 对多种人类肿瘤细胞株生长有抑制作用,并对小鼠体内抑制肿瘤的肺转移有一定作用,但对正常细胞则没有影响^[7]。EGCG 具有光保护作用^[8],可减少放射对皮肤的伤害。

综上所述,EGCG 既能够提高放射线诱导肝癌 HepG2 细胞凋亡的作用,又能够减少放射线对正常组织的损伤。EGCG 提高放射线诱导细胞凋亡的作用可能与下调 hTERT 基因水平有关。本实验提示,将 EGCG 运用到临床,可能提高放射对肝癌患者的治疗作用,并减少放疗对肿瘤病人的免疫损伤,提高放疗病人的生存质量。但是,EGCG 放射增敏作用以及量效关系还有待进一步进行体内和临床研究。

基因 hTERT 在肝癌细胞中的表达和端粒酶反义基因对人肝癌细胞 HepG2 细胞凋亡的影响.世界华人消化杂志, 2005;1:

175-179.

[2]David Sadava,Elizabeth Whitlock,Susan E.Kane.The green tea polyphenol,epigallocatechin-3-gallate inhibits telomerase and induces apoptosis in drug-resistant lung cancer cells.Biochemical and Biophysical Research Communication,2007;360:233-237.

[3]Hande M P,Lansdrop P M,Natarajan A T.Induction of telomerase activity by in vivo X-irradiation of mouse splenocytes and its possible role in chromosome healing.Mutat Res1998,1-2: 205-214.

[4]朱忠超,刘志苏,艾中立,孙权.表没食子儿茶素没食子酸脂对肝癌细胞端粒酶逆转录酶和 c-myc 基因表达的调控作用.中华实验外科杂志, 2005; 6: 683-685.

[5]Sshuck A, Poremba C,Lanver C,et al.Radiation-induced changes of telomerase activity in a human Ewing xenograft

tumor.Strahlenther Onkol, 2002,12:701-708.

[6]元玉琴、司君利、李文利、贺远龙、朱菊人.端粒酶抑制剂对小鼠胃癌放疗的增敏作用研究.肿瘤研究与临床, 2003, 12: 363-364.

[7]Kemberling JK,Hampton JA,Keck RW,et al.Inhibition of bladder tumor growth by the green tea derivative epigallocatechin-3-gallate.Urol, 2003,170:773-776.

[8]Morley N,Clifford T,Salter L,et al.The green tea polyphenol(-)-epigallocatechin gallate and green tea can protect human cellular DNA from ultraviolet and visible radiation-induced damage.Photodematol Photoimmunol Photomed 2005; 21: 15-22.

作者简介:

刘礼, 2007 级华中科技大学同济医学院附属协和医院中西医结合专业硕士, 主要从事中西医结合肿瘤方向的研究.此课题由刘礼与谢纪文设计; 研究过程由刘礼与王熙完成; 数据分析由刘礼完成; 写作由刘礼完成。湖北省卫生厅中医药, 中西医结合科研课题基金资助项目, No.200389

相关文献:

宫颈病变液基细胞中端粒酶活性的表达及其临床意义

目的:探讨端粒酶在宫颈癌发生发展中的作用、临床意义及预测宫颈癌发生的危险机率,为临床宫颈癌的筛查提供一个有效的辅助手段.方法:收集100例宫颈脱落细胞标本,其中正常宫颈妇女、宫颈上皮内瘤变 I 级、宫颈上皮内瘤变 II 级(CIN II)、宫颈上皮内瘤变 III 级(CIN III)和宫颈鳞状细胞癌(SCC)患者各20例,通过液基细胞机制片免疫细胞化学染色检测端粒酶逆转录酶(human telomerase reverse transcriptase,hTERT)的蛋白表达.结果:随着宫颈上皮内病变程度的增加,hTERT 蛋白表达阳性率增加.正常宫颈,CIN I 组与 CIN II、CIN III、SCC 组比较,hTERT 蛋白表达阳性率差异显著,有统计学意义($P < 0.05$),结论:端粒酶的活性在宫颈鳞癌中普遍存在,端粒酶的活性表达与宫颈病变程度呈正相关.

作者

张蕾山(山东省德州市中医院,山东,德州,253000); 曹丽群(山东省德州市人民医院,山东,德州,253000);

中西医结合治疗中晚期肝癌的现状与展望

中医肿瘤临床研究进展一瞥

杨建宇^{1,2,3} 郑黎^{1,4} 李彦知^{1,2,3} 张文娟^{3,4} 裴蓓^{4*}

(1.北京同仁堂中医医院中医大师孙光荣教授学术经验传承工作室,北京 100036;

2.光明中医杂志社,北京 100036;

3.北京知医堂中医专科门诊,北京 100031;

4.北京中医药大学,北京 100029)

中图分类号: R249 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0149-04

【关键词】中晚期肝癌; 中西医结合疗法 介入治疗; 肝动脉化疗栓塞

原发性肝癌 (Primary hepatocellular carcinoma, HCC) 是原发于肝细胞或肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤, 以下简称肝癌, 是我国常见恶性肿瘤之一, 我国每年有 11 万人死于肝癌, 死亡率在恶性肿瘤占第 2 位^[1]。肝癌起病隐匿, 发展变化快, 其恶性程度高, 易复发, 预后极差。近年来, 我国肝癌发病率逐年上升, 发病年龄趋于年轻化^[2], 因而肝癌的防治工作十分重要。

肝癌的治疗手段仍以早期手术为主, 然而大多数肝癌患者就诊时已发展到中晚期, 丧失了手术机会, 能手术切除者仅占 10%~15%^[3]。肝动脉栓塞化疗

(Transcatheter arterial chemoembolization, TACE) 是丧失手术机会或无法手术切除的中、晚期肝癌患者首选治疗方法^[4]。但是, 中晚期肝癌患者多伴有肝硬化和慢性肝炎, 肝功能多半异常, 甚至成为介入治疗的禁忌症^[5]。同时, TACE 术后栓塞后综合征以及碘油和化疗药引起的肝硬化、门脉高压症候群及肝功能衰竭会严重影响患者生存质量及生存期^[6]。

中医治疗肝癌, 是在整体观念的指导下, 纠正气血阴阳的失衡状态, 调整脏腑功能的失调, 达到扶正祛邪^[7]。中药因能抗癌消瘤、调节免疫, 提高放化疗的疗效, 减少副反应, 改善症状, 延缓肿瘤复发和转移, 改善生存质量和提高远期疗效等作用而倍受关注^[8-10]。中西医疗法结合可取长补短, 即西医局部祛邪法联合中医全身辨证治疗是治疗中晚期肝癌的最佳途径。现就中医联合西医疗法治疗中晚期肝癌做一综述。

1 发病病因

现代医学认为肝癌与病毒尤其是乙肝病毒及化学致癌物质如黄曲霉素、亚硝胺类化合物及寄生虫、微

量元素、某些激素和物理因素有关^[11]。但上述外因是条件, 通过内因, 主要是机体脏腑功能障碍、神经体液代谢紊乱、免疫监视功能低下, 在癌基因作用下而致干细胞损害, 从而发展为肝组织异常增生, 终致癌变。

2 病理分型

2.1 根据肉眼所见大体可分为^[12]:

2.1.1 巨块型: 较多见, 癌肿为一实体巨块, 有的可达婴儿头般大小, 圆形, 多位于肝右叶内甚至占据整个右叶。癌肿的质地娇软, 中心部常有出血坏死, 周边常有散在的星状瘤结节, 一般不合并或合并轻度的肝硬化。

2.1.2 结节型: 最多见, 表现为有大小和数目不等的瘤结节, 多发生在肝右叶。与周围肝组织的分界不如巨块型清楚, 常伴肝硬化。

2.1.3 弥漫型: 最少见, 可见米粒至黄豆大的癌结节分布于全肝。肝脏肿大不明显, 甚至可能缩小, 患者常因肝功能衰竭而死亡。

2.1.4 小癌型: 指癌结节的直径或两个癌结节的直径之和并不大于 3 厘米的结节型肝癌。其特点癌肿的体积小, 边界清楚, 膨胀性生长且生长缓慢, 有包膜切面呈分叶状结构。

2.2 根据起源的不同, 肝癌的组织学类型有^[13]:

2.2.1.肝细胞癌: 是肝癌中最常见的类型, 在我国约占 90%。常合并肝硬化。癌细胞是由肝细胞发展而来, 形状与其分化程度有关。分化较好者的癌细胞与肝细胞类似; 分化差者的癌细胞异型性明显, 多为巨核及多核癌细胞。

2.2.2.胆管上皮癌: 在我国约占 5%, 其预后比肝细胞癌好。癌细胞由胆管上皮细胞发展而来, 其组织结构

多为腺癌或单纯癌。较少合并肝硬变。

2.2.3.混合性癌：较少见，具有肝细胞和胆管上皮癌两种结构，也可呈过激状态（既不完全像肝细胞癌，又不完全像胆管上皮癌）。

3 诊断标准

坚硬及有大结节状肿块肝脏或影像学检查具有肝癌特征的占位性病变者。

3.1.2 AFP \geq 400ug/L，能排除妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝炎及转移性肝癌，并有两种影像学检查有肝癌特征的占位性病变或有两种肝癌标志物(DCP、GGT II、AFU及CA199等)阳性及一种影像学检查有肝癌特征的占位性病变者。

3.1.3. 有肝癌的临床表现并有肯定的肝外转移病灶(包括肉眼可见的血性腹水或在其中发现癌细胞)并能排除转移性肝癌者。

3.2 病理诊断：通过肝穿、剖腹探查、转移灶活检等手段，取得病理组织做出诊断。

4 中西医结合治疗

现代医学对肝癌的主要治疗包括手术、放化疗、介入治疗以及免疫治疗。从中医角度看，肝癌中医基本证型分为肝郁气滞、气滞血瘀、脾虚湿困、肝胆湿热、肝肾阴虚5种类型^[16]。由于肝脏长期受损，正气不足，难以胜邪，往往见邪盛正虚的复杂证候，所以治疗以标本兼治、扶正祛邪为原则。即“扶正固本、理气活血、清热解毒、化痰祛湿、软坚散结、养阴清热、补益肝肾”等治疗原则。肝癌病位在肝，其本在脾。肝癌所表现出的湿热、水液、瘀血等病理变化皆可由脾虚气滞发展而来。所以扶正培本、健脾补气、疏肝理气是肝癌治疗过程中贯穿始终的治法^[17]。

4.1 中医结合手术治疗：

肝癌的手术治疗，迄今仍被认为是早中期肝癌患者的首选疗法^[18]。手术疗效的好坏除与肿瘤因素有关，还与肝功能情况以及全身状况密切相关。对于中晚期肝癌患者，肝功能已有所异常，即使可以行手术治疗，但因为手术造成的更加虚弱的体质，最终必然使患者术后复发率升高。多篇文献报道^[19]，术后配合中医“扶正固本，健脾疏肝”等治疗，将会增强患者体质，改善肝功能，促进机体修复，预防癌症的复发和转移，提高患者生存质量。

4.2 中医结合放射治疗：

放射治疗适用于中晚期肝癌伴严重肝硬化而不宜切除者^[20]。由于直线加速器的应用，由单野照射改为移动条野照射和超分割照射法的应用的技术改进，放射治疗才被大量应用于临床^[21,22]，但肝癌细胞对放疗的低敏感性及放疗所致的肝功能损害对其疗效有很大

2001年9月第八届全国肝癌学术会议修订并通过的“原发性肝癌的临床诊断与分期标准”。^[14]

3.1 临床诊断^[15]：

3.1.1 AFP \geq 400ug/L，能除外妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝炎及转移性肝癌，并能触及肿大、影响。

李志梁^[23]采用X线适形放疗联合复方苦参注射液为治疗组，单纯放疗为对照组，结束3个月进行CT复查，根据治疗前后的CT片改变评价肿瘤变化情况。临床观察结果显示，治疗组的疼痛缓解率、临床受益反应率、血液毒性反应率、近期有效率均优于对照组，提示复方苦参注射液能增强X线适形放疗的疗效，且对放疗所引起的血液毒性反应有明显的缓解作用。该研究表明复方苦参注射液能增强X线适形放疗的疗效，且对放疗所引起的血液毒性反应有明显的缓解作用。

4.3 中医结合化学治疗

陈乃杰等^[24]采用中药抗癌药消癌平配合化疗治疗中晚期原发性肝癌，46例患者为治疗组，对照组采用历年以ADM.DDP.5-FU方案治疗的回顾资料，随机抽取43例，资料处理中位生存期用Life-Table分析，其他应用精确概率法、卡方检验。结果：治疗组总有效率30.43%(CR+PR)对照组为13.95%，二者无差(P>0.05)。中位生存期治疗组为18个月，对照组为8个月。甲胎蛋白(AFP)治疗组比对照组转为正常值或好转比对照组高。生活质量指征(腹胀、乏力、食减、腹水及肝痛)改善有效率，治疗组比对照组有提高，但无统计学意义(P>0.05)，毒副作用，肝、肾功能损伤，骨髓抑制和消化道反应治疗组相对比对照组低，无统计学意义(P>0.05)。表明消癌平具有抗癌作用，经与化疗联合应用可提高治疗效果。

经研究提示：消癌平具有杀死多种肿瘤功能，抑制肿瘤生长，提高机体免疫力等作用，可改善临床症状和体征，提高患者生存质量，缩小或稳定病灶，延长生存期，且无明显不良作用。

4.4 中医结合介入治疗

肝癌对化疗的敏感性较差，加之肝癌常伴有肝硬化和慢性肝炎，导致肝癌对全身静脉化疗的疗效亦差。近年来改变了化疗的给药途径，行经导管肝动脉化疗栓塞术(TACE)。大量临床研究证实介入治疗时直接作用于病灶部位的有效药物浓度为静脉用药的2~22倍^[25]。

TACE是采用改良Seldinger方法，在DSA引导下，经股动脉穿刺插管至腹腔动脉，用高压注射器进行造影，确定肿瘤的部位、大小、范围、血供情况

以及肿瘤靶血管,再超选择插管至肿瘤的供血动脉,并将该动脉内注入化疗药物。灌注后配合碘油栓塞(超液态碘油20ml与化疗药混合成碘油乳剂)及明胶海绵加强栓塞。前者是对肿瘤血管末梢进行栓塞。后者是对肿瘤染色丰富、供血动脉粗大者进行栓塞。栓塞后再次造影观察栓塞效果。术后压迫止血15 min,嘱患者平卧8~12 h。治疗后观察45~60 d,酌情再做下一次介入治疗。多次行TACE治疗者,每次间隔时间为4~6周。常用的化疗药物包括顺铂(DDP)或卡铂(CBP)、5-氟尿嘧啶(5-Fu)、阿霉素(ADM)及其衍生物(E-ADM、THP及丝裂霉素MMC)等。通常选用其中2~3种药物联合给药。

正常肝实质血供75%来自门静脉,而肝癌细胞90%~95%的血供来自肝动脉,故肝动脉栓塞后肿瘤血供减少90%~95%,而对正常肝实质的血供影响较小,仅降低35%~40%^[26]。TACE治疗一方面能够使肿瘤血供减少,最终缺血坏死并脱落;另一方面又作为载体携带抗癌药,到达瘤体后缓慢释放,增加了与肿瘤接触时间,提高局部药物浓度,增强化疗药物的局部疗效并减轻其全身不良反应^[27]。注意事项:TACE对肝动脉有解剖变异、肿瘤少血供或肿瘤已建立侧支循环或门静脉主干充满癌栓者,肝动脉化疗栓塞则并非是最有效的方法。严重的肝肾功能不全,肝硬化,重度黄疸和腹水,全身情况极差,明显凝血功能障碍及出血倾向、门静脉主干完全阻塞等应慎用。大多数情况下,本法不能治愈肝癌,因为:(1)癌肿周边部,血液供应往往来自门静脉;(2)肝动脉栓塞后,门静脉对癌肿供血代偿性增加;(3)对大的瘤块周围的子结节的供血小动脉,本法不易阻断^[28]。

肝动脉化疗栓塞介入治疗具有创伤小、定位准、作用快、疗效好等特点,自20世纪80年代以来在国内外原发性肝癌治疗领域中得到广泛应用并取得了良好的效果,已成为中晚期肝癌非手术治疗的首选方案^[29]。TACE的疗效与肝外侧支循环的建立、残存组织微循环的变化、肿瘤发生耐药性、导管插入部位及TACE治疗的次数等密切相关。

由于TACE仅是一种局部的肿瘤治疗手段,其局部疗效确切,但其对于控制肿瘤的转移病灶并无帮助。大部分原发性肝癌与乙肝病毒感染有关且合并肝硬化率高,肝功能往往处于代偿和失代偿状态,对介入治疗的反应耐受性差,对化疗药物的反应敏感,会出现骨髓抑制,机体免疫力受到抑制,从而促进了肿瘤转移灶的生长,除此之外,大剂量的化学药物更是能直接损害肝细胞,使得大部分肝癌患者最终死于肝功能

衰竭等并发症。再者,TACE术后的毒副反应严重影响了肝癌患者的生存质量,阻碍了下一个疗程TACE术的进行^[30]。

中晚期肝癌患者正气已衰,单纯采用肝动脉栓塞化疗,可使正气更损,不利于肝癌的治疗。中医治疗作为一种全身的治疗手段,通过辨证论治治疗肝癌可以提高机体的正气,通过增强机体自身的免疫力达到抗肿瘤效果。另一方面通过辨证施治,可以改善肝癌患者的临床症状,减轻介入治疗术后所带来的不良反应^[31]。中医药在肝癌介入治疗中的作用主要有两方面:一作为介入栓塞的治疗药物;二中药防治原发性肝癌化疗栓塞术后综合征及保护肝储备功能。

4.4.1 作为介入栓塞治疗药物

从上世纪80年代开始,国内开展了用中医药介入治疗肝癌的研究。冯敢生等首次将中药白芨胶注入肝动脉治疗肝癌患者并取得明显疗效以来,介入中西医结合治疗肝癌在国内如雨后春笋般开展起来。用于介入治疗的中药如白芨胶微球、莪术油微球、鸦胆子油、羟基喜树碱明胶微球、华蟾素微球等,不仅能栓塞血管,而且具有直接杀伤癌细胞、抑制癌细胞增殖、调节机体免疫功能、副作用少等特点。故以此作为灌注栓塞剂进行的中药介入治疗已成为临床治疗热点^[32]。

冯氏^[33]从白芨中提取制备出白芨胶栓塞治疗PHC无外科手术指征者27例,发现有15例肿瘤发生不同程度的坏死和缩小,肿瘤缩小率50%者占71%,肝功能能较快恢复,栓塞效果优于碘油,副作用也较粉剂明显小。程剑华等^[34]应用莪术油1 ml-3 ml经动脉插管至肝动脉灌注栓塞治疗HCC患者32例,与同期化疗药灌注栓塞治疗的32例作对照观察。结果治疗组有效率为43.75%,AFP转阴7例,滴度下降7例;化疗组有效率为43.75%,AFP转阴5例,滴度下降2例,两组疗效比较差异无显著性($P>0.05$),但治疗组无明显骨髓抑制现象,平均生存期11.5个月,化疗组平均生存期7.25个月。卢斌贵等^[35]采用中药羟基喜树碱肝动脉化疗栓塞治疗中晚期肝癌162例,每例介入治疗1-3次,总治疗次数391次。结果:治疗后154例食欲增加,生命质量改善,135例疼痛明显减轻或消失,106例患者术后体重增加。半年生存率94%,1年生存率65%,2年生存率27%,4例生存期大于4年。总有效率为95%。分析资料得出羟基喜树碱肝动脉化疗栓塞对中晚期肝癌具有良好的临床疗效,并认为羟基喜树碱可以作为肝癌介入灌注化疗的首选药物。

4.4.2 中药防治原发性肝癌化疗栓塞术后综合征及保护肝储备功能

TACE 虽然目前在治疗中晚期肝癌上有了很大进步,但是,从理论上讲,一次 TACE 不可能将肿瘤细胞全部消灭,至少 2-3 次^[36],而这样反复多次的栓塞化疗对肝功能无疑是多次损害。另外栓塞后出现的副反应常有:发热、恶心、呕吐、腹痛、肝功能异常等。

狄氏等^[37]观察了参芪扶正注射液防治原发性肝癌化疗栓塞术后综合征及保护肝储备功能的临床效果,结果表明,参芪扶正注射液可部分减轻 TACE 后综合征,并能防治 TACE 后所引起的肝储备功能损害。李金昌^[38]将 106 例原发性肝癌患者随机分为对照组和治疗组(中药配合介入治疗)。治疗组在介入治疗的同期或前后服用中药,气滞血瘀型用膈下逐瘀汤,肝郁脾虚型用逍遥散,肝胆湿热型用茵陈五苓散,阴虚内热型用滋水清肝饮。结果认为综合治疗组能够显著改善患者的临床症状,在肝区疼痛、疲乏无力、食欲不振等症状的改善方面,明显优于对照组。丁小琳等^[39]将 80 例肝癌患者于肝动脉化疗栓塞术后随机分为对照组及元胡柴芍承气汤治疗组(延胡索、柴胡、白芍、黄芩、枳实、厚朴、玄明粉、生大黄),观察两组副反应的发生率及严重程度。结果两组副反应的发生率并差异无显著性,但中药治疗组能够降低副反应的发生程度。

4.5 中医结合免疫治疗:

在肿瘤的发生发展过程中,机体的免疫系统和肿瘤细胞之间失去平衡,免疫治疗是指通过肿瘤宿主防御机制或生物制剂的作用以调节机体自身的生物学反应,从而达到抑制和消除肿瘤目的。免疫治疗要在手术、放化疗前后进行,不能在手术或放化疗期间应用^[40]。

目前免疫治疗药物有干扰素、白介素 2 (IL-2)、卡介苗 (BCG)、转移因子 (TF)、肿瘤坏死因子 (TNF)、左旋咪唑、胸腺肽、康莱特、贞芪扶正冲剂等。多年来临床反复验证,对肝癌免疫治疗中确有肯定疗效的药物有胸腺肽、干扰素、白介素-2,中药康莱特及贞芪扶正冲剂等^[41]。中药配合免疫治疗能够提高患者的免疫力,增加机体杀伤肿瘤细胞的能力,提高晚期肝癌疗效,延长带瘤生存时间。

李秋荐等^[42]应用中药癥积消口服液(主要成分为莪术、水蛭、土茯苓、西洋参等)配合左旋咪唑,与单纯化疗组(化疗药物为顺铂)相比较,中西医结合治疗组在生存期及瘤体缩小等客观疗效方面均优于单纯化疗组。

5 问题与展望

中医认为,肝癌发病属本虚标实。本虚者气、血、阴、阳亏虚;标实者血瘀、气滞、痰湿、热毒。由于

七情、饮食等致病因素导致机体阴阳失调,正气衰退,为癌肿的生长创造了条件,诱发癌肿形成;另一方面癌肿的迅速发展,又可加剧正气耗伤,促进癌肿生长^[43]。

中医治疗作为一种全身的治疗手段,通过辨证论治治疗肝癌可以提高机体的正气,通过增强机体自身的免疫力达到抗肿瘤效果。另一方面通过辨证施治,可以改善肝癌患者的临床症状,减轻放化疗治疗所带来的不良反应^[44-46]。

中西医结合治疗中晚期肝癌,可以发挥中医整体治疗优势和西医局部治疗优势,从而使两种治疗手段协同发挥作用,提高放化疗疗效,降低毒副作用,改善患者症状,减少转移和复发,改善患者生存质量,延长患者生存期^[47]。中西结合,相互取长补短,不仅疗效确切,而且副作用少,方便经济,值得临床推广。

随着西医治疗的不断进展、中医药现代化的不断推进,以及中西医结合探索肝癌的发病基础和临床实践研究的不断深入,中西医结合治疗原发性肝癌必将得到进一步的完善和发展。

参考文献:

- [1] 李戎等.中医药防治原发性肝癌机理研究进展[J].中国中医药现代远程教育.2003,2(8): 32-38
- [2] 黄廷荣等.治疗原发性肝癌的经验[J].湖北中医杂志, 2007, 29(7): 22.
- [3] 刘苏.中医药防治原发性肝癌初探[J].中国中医药现代远程教育. 2009,7(6): 91-92
- [4] 李研.韩淑华.从中医治未病思想探讨原发性肝癌三级预防[J].中国中医药现代远程教育. 2010,8(17): 80
- [5] 何纯阳.漫话中医中药治疗癌症[J].中国中医药现代远程教育. 2010,8(16): 179
- [6] 田明涛;包新华.原发性肝癌从脾肾论治的新机制探讨[J].中国中医药现代远程教育.2009,7(6):11-12
- [7] 张云鹏等.祖国医学对肿瘤认识举要[J].中国中医药现代远程教育.2008,6(12): 1459-1461
- [8] 黄国贤等.中药对肝癌介入治疗后肝储备功能的影响[J].中国中西医结合消化杂志 2003(3).
- [9] 徐国亭.姚家琪.介入及中药联合治疗中晚期肝癌的疗效评价[J].中医药信息 2003(1).
- [10] 郭岳峰.李艳丽.加味三甲散合肝动脉介入治疗中晚期肝癌 58 例[J].陕西中医 2003(3).
- [11] 张晓红.中医药应贯穿肿瘤姑息治疗的始终[J].中国中医药现代远程教育.2009,7(6): 100-101
- [12] 常胜.医治未病学术思想在肿瘤防治领域的应用与创新[J].中国中医药现代远程教育. 2009,7(2): 1-2
- [13] 赵发红.任志兵.浅谈调补脾肾在肿瘤治疗中的地位[J].中

- 国中医药现代远程教育. 2010,8 (11): 23-24
- [14] 秦凤展等.肿瘤内科治疗学[M].北京:人民军医出版社, 2004: 541-542.
- [15] 李佩文.中医药在肿瘤临床的应用[J]:中国中医药现代远程教育. 2003,1 (3): 22-24
- [16] 杜丽华.胡慧菁.谈中医治疗肿瘤[J]:中国中医药现代远程教育.2010,8 (17): 279-281
- [17] 李晶.中医与肿瘤康复[J]:中国中医药现代远程教育. 2010,8 (17): 276-277
- [18] 吴晓梅.邵柏荣.癌症病人手术前的准备[J]:中国中医药现代远程教育. 2010,8 (16): 158
- [19] 王鑫.健脾活血汤对晚期原发性肝癌患者生活质量的影响[J]:中国中医药现代远程教育. 2010,8 (1): 20-23
- [20] 蒋宏华.介入治疗不同肝脏储备功能原发性肝癌的 750 例[J]:中国中医药现代远程教育.2010,8 (8): 143-144
- [21] 叶胜龙.原发性肝癌的规范化治疗[M].CSCO, 2005: 303-306.
- [22] 曾昭冲.肝细胞癌的放射治疗[M].CSCO, 2005: 306-317.
- [23] 李志梁等.复方苦参注射液联合 X 线适形放疗治疗原发性肝癌 96 例临床观察[J].山东医药, 2009 (08)
- [24] 陈乃杰等.消癌平联合化疗治疗中晚期肝癌的临床分析[J].光明中医, 2009 (06) .
- [25] 邹洋.30 例原发性肝癌预后分析[J]:中国中医药现代远程教育.2009, 7 (11): 228
- [26] 韦永明等.鸦胆子油乳配合 TACE 治疗原发性肝癌 45 例[J]:中国中医药现代远程教育.2009,7 (11): 129-130
- [27] 张莉.晚期肝癌治愈 1 例[J]:中国中医药现代远程教育.2007,5 (11): 39
- [28] 韩文清.中西药联合治疗原发性肝癌 30 例[J]:中国中医药现代远程教育. 2009,7 (2): 103
- [29] 王爱平.浅谈恶性肿瘤细胞学检查的临床意义[J]:中国中医药现代远程教育. 2010,8 (4): 74
- [30] 王若华.中医药治疗癌症验案 5 则[J]:中国中医药现代远程教育. 2009,7 (2): 116-117
- [31] 章荣涛;章长立;叶振仙.中医防癌十法[J]:中国中医药现代远程教育.2008,6 (12): 1463-1464
- [32] 李永峰;李青雅.中西药联合治疗恶性肿瘤 45 例[J]:中国中医药现代远程教育. 2008,6 (10): 1209
- [33] 冯敢生等.中药白友胶栓塞治疗肝癌的应用研究[J].中国肿瘤,1997,6(4):1
- [34] 程剑华等.中药莜术油肝动脉灌注治疗原发性肝癌的临床研究[J].中医杂志, 135999,40(1):25.
- [36] 卢斌贵等.羟基喜树碱肝动脉化疗栓塞治疗中晚期原发性肝癌疗效观察[J].中医药导报,2008(08).
- [38] 李崇义.陈新农.自拟镇癌汤治疗癌症 50 例[J]:中国中医药现代远程教育.2010,8 (8): 45-46
- [39] 狄灵等.参芪扶正注射液防治肝癌化疗栓塞术后综合征及对肝储备功能的影响[J].40 中国中医急症, 2005, (3): 23—24.
- [40] 李金昌.中医辨证配合介入治疗原发性肝癌的临床观察[J].广东医学, 2001, 22 (3): 263-264.
- [41] 丁小琳, 樊宏伟.元胡柴芍承气汤治疗肝动脉化疗栓塞术后副反应的疗效观察 [J] .中原医刊, 2007, 34 (9): 62-63.
- [42] 商妮娅等.中药艾迪在晚期消化道肿瘤中的应用[J]:中国中医药现代远程教育. 2010,8 (4): 52-53
- [43] 游约章.扶正抗癌胶囊治疗晚期恶性肿瘤[J]:中国中医药现代远程教育. 2006,4 (2): 17
- [44] 王鲁军等.仙灵颗粒治疗肿瘤化疗中血小板减少的临床研究[J]:中国中医药现代远程教育.2009,7 (2): 3-4
- [45] 钱祥夕.旋覆代赭汤治疗肿瘤化疗消化道反应 63 例[J]:中国中医药现代远程教育.2011,9 (2): 96
- [46] 陆新岸等.香砂六君汤加恩丹西酮治疗癌症化疗消化道反应 30 例疗效观察[J]:中国中医药现代远程教育.2009,7 (8): 147-148
- [47] 李秋荐, 马辉利.中西医结合治疗中晚期原发性肝癌 40 例 [J] .河南中医药学刊, 2001, 17 (4): 40.

相关文献:

含奥沙利铂的方案肝动脉化疗栓塞联合中药组方治疗中晚期肝癌的临床观察

第1部分奥沙利铂抑制人肝癌细胞株 HepG2细胞增殖及诱导凋亡的研究。

目的:探讨奥沙利铂(L-OHP)抑制人肝癌细胞株 HepG2细胞增殖及诱导凋亡的作用。

方法:采用 MTT 法测定 L-OHP 对 HepG2细胞的生长抑制作用,以 AnnexinV/PI 双染色流式细胞术检测 L-OHP 对 HepG2细胞凋亡的影响。

结果:1与对照组比较,不同浓度的 L-OHP 组均可显著抑制 HepG2细胞的生长($P < 0.01$);抑制作用在一定范围内呈浓度依赖性及时问依赖性,浓度越高抑制作用越强($P < 0.01$);在相同浓度下,48h 抑制率明显高于24h 抑制率($P < 0.01$)。22.5、5.0 mg/L 的 L-OHP 所诱导的早期凋亡细胞较对照组明显增多($P < 0.01$)。

结论:L-OHP 可体外有效地抑制肝癌 HepG2细胞的生长,并诱导 HepG2细胞凋亡。

第2部分含奥沙利铂的方案肝动脉化疗栓塞联合中药组方治疗中晚期肝癌的临床观察

目的:

探讨以奥沙利铂(L-OHP)为主的肝动脉化疗栓塞介入治疗配合中医药辨证分型治疗中晚期肝癌的临床疗效及价值。原发性肝癌是原发于肝细胞或肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤,是我国常见恶性肿瘤之一。近年来,我国肝癌发病率逐年上升,发病年龄趋于年轻化[1]。肝癌起病隐匿,早期常无症状,多数患者确诊为肝癌时已为中晚期,丧失了手术机会。肝动脉栓塞化疗是丧失手术机会或无法手术切除的中晚期肝癌患者首选治疗方法[2]。但栓塞后综合征以及化疗药引起的肝功能衰竭等副反应严重影响生存质量及生存期。中药因能抗癌消瘤、调节免疫,增效减毒、改善症状,延缓肿瘤复发和转移,提高远期疗效等作用而倍受关注[3-6]。故西医局部祛邪法联合中医辨证是治疗中晚期肝癌的最佳途径。为证实肝动脉化疗栓塞治疗配合中医药辨证分型治疗的临床疗效及价值,本研究对61例失去手术机会的中晚期肝癌患者,分别行单纯以 L-OHP 为主的肝动脉化疗栓塞介入治疗和配合中医药辨证分型治疗。

方法:

61例中晚期肝癌患者,随机分为治疗组30例,对照组31例。治疗组应用以 L-OHP 为主肝动脉化疗栓塞介入治疗配合中医辨证治疗。对照组单纯应用以 L-OHP 为主肝动脉化疗栓塞介入治疗。

结果:

1治疗后不良反应发生率比较:治疗组和对照组的不良反应发生率分别为26.7%(8/30), 58.1%(18/31), 两组比较差异有显著性。

2治疗后两组临床症状改善比较:治疗组和对照组在临床症状改善方面的有效率和稳定率分别为80.0%, 86.7%; 45.3%, 54.8%。差异有显著性($P < 0.05$), 有统计学意义。

3治疗后瘤体大小变化比较:治疗组和对照组在治疗瘤体大小方面的有效率和稳定率分别为43.33%, 83.33%; 35.48%, 77.41%。差异无明显显著性($P > 0.05$), 无统计学意义。

4治疗后两组生存率比较:治疗组和对照组在治疗后6个月及1, 2年生存率分别为86.67%、63.33%、36.67%; 80.64%、41.93%、25.81%。治疗组生存率明显高于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。

结论:两组治疗中晚期肝癌在控制瘤体大小的近期疗效上比较接近,但治疗组术后不良反应,临床症状的改善以及生存率等疗效明显优于对照组。以 L-OHP 为主的化疗方案配合中医辨证治疗中晚期肝癌,在治疗上具有协同作用,可以提高放化疗疗效,降低毒副作用,改善患者症状,减少转移和复发,改善患者生存质量,延长患者生存期。

头颈部淋巴瘤18例 治疗肝肿瘤体会4例

王道德

(浙江省天台县平桥镇菜场对面小溪路1号道德中草药医诊所, 浙江 天台, 317203)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0155-04

王道德, 男, 58岁, 出生在浙江省天台县三乡岭脚王村, 高山区的一个穷山村里, 出生在1954年11月23日。根据我30多年的采挖中草药医病所得出的渺小的经验方: “治疗肝瘤一方”。

2007年3月15日, 姓名: 范国火, 男, 45岁, 浙江省天台县平桥镇雷锋乡桥排上下时村, 来我诊所时在大医院医疗花了人民币十多万元, 病因: 肝硬化腹水、肝有肿块如小鸡蛋大一个, 心脉细弱, 心包络脉滑数, 肝脉短滑数, 胆脉弦洪长滑数, 肾水永细微涩雀, 膀胱脉弦滑数, 肾命门细涩, 大肠脉弦细滑数, 眼圈青暗暗片黑色, 面部青白色, 眼白细微筋多, 黑睛高起肝郁热, 手心久按片有发热, 小腹两边各有2根青筋粗, 中腹与小腹青筋共有十二条, 脐凹出高起, 单腹肿大如鼓, 肝芽穴有压疼痛全心四肢肌肉削弱。

药方: 白背叶树 25g, 生黄芪 50g, 紫丹参 15g, 大服皮 15g, 冬瓜皮 15g, 茯苓皮 25-30g, 莪术 15g, 三棱 10g, 白术 12g, 茯苓 10g, 桑白皮 15g, 石伟 40g, 永不大 15g, 苗陈 509g, 野山楂 20g, 水马夹 20g, 马鞭草 60g, 半枝连 15g, 生香附子 25g, 枳实 25g, 郁金 18g, 木瓜 15-30g, 当归 10g, 律草 15—25g, 三棵针 20g, 大枣 21枚。服5个月药, 青筋腹水, 基本退

完。

到大医院查验只有小量腹水。后按上方, 加白毛夏枯草 15g, 光叶海桐 2G, 摇头竹(又名牛尾菜) 35g, 钩藤根 20g, 又服4个月肝肿瘤全消失, 共服12个月药, 基本全好。2011年3月来我诊所身体良好。

本方在1998年3月浙江省天台县平桥镇东林乡前庞村, 叶××, 男, 43岁肝肿瘤15至18公分大, 在医院医疗几万元, 来我诊所服药6个月, 以消小至乒乓球大, 我把草药说给他听, 他自采又服8个月好全, 参加劳动8年后意外死亡。

2006年天台县街头镇吞口范村, 范××, 男, 47岁肝肿瘤30公分大, 来我诊所叫我到他家里去看病, 服本上方一个半月包治现上, 二个月后无效亡。

2008年浙江天台县平桥镇上曹村, 曹××老师, 慢性肝炎, 背部肌肉多发猪流瘤四只, 服本方3个月好全。

本方禁忌服大热性菜、酒、辣、黄豆类腥气鸡与鸡蛋鱼类等到品。中草药医师王道德验方: 单方: 头颈淋巴瘤, 药用生草乌和醋磨酱用鸡毛抚上7-8天全愈, 从74年至85年, 男女30岁至55岁共18例治愈。

相关文献:

谢兆丰老中医治疗肝癌的经验之浅谈

谢兆丰主任医师治疗肝癌有丰富的临床经验.其治疗肝癌常予以疏肝解郁,理气散结法、健脾理气,消肿散结法、清热利湿,消肿散结法、活血化瘀,消症散结法、泻下逐水,化瘀散结法、清热解毒,消肿散结法、滋肾柔肝,养阴清热法。

扶正排毒疗法治疗肝癌的临床运用

张然丁

(河南中医学院三附院门诊部)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0156-02

【关键词】 肝癌; 中医药疗法

肝癌的病程较短, 发病迅速, 症状急剧, 当患者出现症状而到医院就诊时, 大多已到中晚期, 不仅失去了手术切除的机会, 也缺乏其他有效的治疗措施。近些年来, 我院运用中药扶正排毒疗法治疗中晚期肝癌, 收到较好的效果。现介绍如下:

1 文献记载

在祖国医学文献中, 类似肝癌症状、体征及治疗的记载有不少。分别隶属于“脾积”、“症积”、“黄疸”等范畴。2000 多年前, 《难经·五十六难》记载: “肝之积, 名曰肥气, 在左或右肋下, 如覆杯, 有头足(指边界清楚), 久不愈, 令人咳逆(指肺转移), 皆虐(指有寒热感)”。巢元方《诸病源候论》中记载: “诊得肝疾, 脉弦而细, 两肋下痛, 邪走心下, 足胫寒, 肋下痛, 引小腹, 男子积疝也, 女子瘦淋也, 身无膏泽, 喜转筋, 爪甲枯黑, 春痿秋剧, 色青也”。宋代《圣济总录》中记有: “积气在腹中, 久不瘥, 牢固推之不移者, 症也, 此由寒温失宜, 饮食不节, 致脏腑气虚弱, 饮食不消, 按之其状如杯盘牢结, 久不已, 令人身瘦而腹大, 至死不消”。这些描述与肝癌的临床表现的肋下肿块、消瘦、纳差、腹水等相似, 并指出预后不良。如记载: “肝黄, 病人目如丹赤, 口燥热渴, 气力衰劣, 身体青黄, 眼中出血, 气息急者, 不堪医, 先灸肝俞, 服知母汤(知母、柴胡、茵陈、鳖甲、常山)及灸烙百会”。“血黄, 鼻中出血, 大小便亦下血, 心间烦闷, 腹中有块, 痛如虫咬, 吐逆喘粗, 服茅根汤(茅根、生地、刺薊), 治血黄烦闷, 心腹痛, 结块, 心烦吐逆”。对肝癌的临床症状和治疗都作了比较详尽地记述。

2 病机特点

肝癌, 根据其临床表现及体征多可归属于中医学的“胁痛”、“腹痛”、“黄疸”、“积聚”、“症瘕”等范畴。肝癌的病机较为复杂, 临床上实难见到单一的发病机制, 临床上多表现为寒热混杂, 虚实夹杂。正虚邪陷为主是其主要病理特点。大凡肝病的形成都是在人体

②益肾健脾, 先天后天不可忘: 肝与肾, 肝与脾, 均关系甚密。肾为先天之本, 肝肾精血互生, 阴阳息息相通, 相互制约, 协调平衡。脾为后天之本, 肝的疏泄功能与脾的运化功能之间相互影响, 并且肝与脾在血的生成、贮藏、运行及防止出血等方面关系密切。

正气虚的条件下, 邪毒因虚而入, 导致气血运行失常, 气滞血瘀, 形成积聚, 日久气血痰湿之毒邪交结成块, 致使癌症的发生。亦即《素问·评热病论》所说: “邪之所凑, 其气必虚”。《外证·医编》指出: “正气虚则成岩”。

另外, 肝癌早期与脾的关系最为密切, 因而常表现纳差、腹胀、便溏等症状。随着病情的发展, 可出现气滞、血瘀、湿热、热毒的临床表现; 后期常以阴虚, 津亏为主。根据邪在肝, 邪气郁则胁痛, 并有结块; 若犯脾胃则出现纳差, 脘腹胀闷, 恶心, 大便不调等肝木乘脾之象。若肝脾俱病, 升降失司, 运化失常, 水谷清浊不分, 水湿困留, 则成臌胀。综上可见, 肝癌的发生, 是在脏腑气血亏虚, 脾虚湿困, 气滞血瘀的内因基础上, 复受六淫邪毒外侵的外因作用下, 日久结聚而成, 是内因和外因相互作用的结果。

3 治法依据

综上所述, 得知肝癌的发生, 内因是正气虚在先, 外因是六淫邪毒盛, 这就是制定“扶正排毒疗法”治疗肝癌的依据。在处方用药方面, 应当重视以下几点:

①体用结合, 养肝疏肝两相宜: 肝藏血, 主疏泄, 体阴而用阳。肝体即肝阴, 即肝之营血和阴液, 具有滋养肝体, 涵敛肝阳等作用。肝用即肝阳, 是指肝之功能而言, 是以肝阴为物质基础的。临床上发现, 肝癌病人不仅有肝阳不足之处, 而且也常出现胁肋隐痛, 消瘦、低热、头晕目眩、舌红少苔、脉弦细数等肝体不足之症状。此乃因肝癌晚期瘀毒阻滞, 耗伤肝体所致。可用白芍、枸杞子、乌梅、山萸肉、何首乌、生地、沙参、天冬、女贞子、石斛等敛肝养阴之品, 滋养肝体。气滞是肝癌发病的重要机制, 因此, 在肝癌的治疗过程中, 要重视疏肝之法, 选用不损胃, 不耗气, 不伤阴的药物。如青皮、陈皮、八月札、玫瑰花、佛手等果皮及花类药物, 取其轻清之性。平淡中显神奇。

因此在治疗中不忘“肝肾同源”, “知肝传脾”, 时时顾护先后之天, 用药时, 补肾滋阴多用熟地, 山药, 山萸肉; 助阳常选仙茅、巴戟天、淫羊藿、肉苁蓉、葫芦巴等温润之品, 以防过燥劫阴。后天之本最为关紧, 药食得进, 病体康健, 全赖脾胃之运化, 不可妄伐,

应时刻顾护。治疗肝病“当先实脾”，可用太子参、白术、茯苓、苡仁、砂仁等甘缓辛补之品，以建立中气。尤于疏利，滋阴之际，更不能忘兼以运脾，以防理气伤脾及滋腻碍脾。

③分期施治，扶正排毒两兼顾：肝癌的发生与发展，是一个邪正相争的过程，病人整体多表现正虚，而病灶局部多表现为邪实。虽然在临床上见到的肝癌病人大都是中晚期，极少早期病人，但是，也要根据具体病人表现的邪正盛衰状况，分为早、中、晚三期治疗。早期肝癌病人体质相对较好，正气尚不甚衰，邪气相对较盛，多表现邪毒蕴结，气滞血瘀，痰湿凝聚等一系列标实的病理变化。治疗应以攻坚，祛邪，排毒为主。可选用白花蛇舌草、蛇莓、红藤、白英、龙葵等一些具有清热解毒，破积化痰，软坚散结，化痰除湿类中草药，对改善症状，缩小肿块，确有效验。中期肝癌，是邪正相争之期，应以扶正排毒攻坚并举。晚期肝癌，多正气极度衰弱，出现恶病质。治疗应选扶正培本类药物，扶持正气，培植本元，调节人体气血阴阳，提高抗病能力，缓解症状，提高生存率。

4 主方及其加减

自拟治疗肝癌的主方是：黄芪、太子参、当归、白术、柴胡、陈皮、生龟板、生鳖甲、炮山甲、三棱、莪术、白花蛇舌草、半枝莲、虎杖、砂仁。

方解：（略）

加减：

①肝肾阴虚——加生地、黄精、沙参、枸杞子、麦冬；②大便干结——加瓜蒌仁、郁李仁；③午后潮热、盗汗——加银柴胡、牡蛎、百合；④腹胀——加郁金、香附、水红花子；⑤呕血、黑便——加白茅根、侧柏叶、三七；⑥黄疸——加红花、赤芍、茵陈、枝子；⑦呕吐——加生姜、半夏、橘皮、竹茹。

5 典型病例

例 1：娄某某，男，38 岁，河南漯河市人，2001

年 8 月 12 日初诊。患者因上腹部不适，右肋隐痛，纳差消瘦三个月，在外院行 B 超、CT 检查提示：“肝左叶占位”，肿块大小约 72×68mm，甲胎蛋白阳性（1210Ug/L）。首先介入治疗，效不佳，后到我院诊治。表现：纳差，消瘦，上腹胀满，右肋隐疼，睡眠欠佳，脉弦，舌质暗红，苔薄，边有齿痕。证属气滞血瘀，脾失健运。治宜理气化瘀，佐以健脾和中。药用：太子参 15g、当归 15g、白术 15g、柴胡 10g、陈皮 10g、炮山甲 12g、三棱 15g、莪术 15g、虎杖 30g、白花蛇舌草 30g、郁金 10g、元胡 15g、甘草 10g、xx 子 10g。每日一剂，水煎服，分三次服。服药两周后，患者纳增，精神好转，腹胀、肋痛减。效不更方，于原方略施化裁，嘱坚持服药治疗，半年后，自觉诸症基本消失。2002 年 2 月行 B 超、CT 检查示：肝左叶肿块明显缩小，大小仅有 23×16mm，甲胎蛋白为 40Ug/L。2002 年 5 月 CT 复查，病灶消失，自觉症状解除。如今在家是养牛专业户。

例 2：刘某某，男，47 岁，山东省沂水一农村支部书记。2006 年 5 月，因纳差消瘦，上腹胀痛在当地医院做 B 超，CT，核磁检查提示肝多发性占位。肝右叶上最大的肿块约 46×38mm。AFP840Ug/L。在当地治疗效不佳。于 2006 年 6 月 18 日来我院诊治。症见：体瘦，神疲，右上腹痛连后背，纳少，睡眠差，烦躁多怒，小便黄，大便二日一行，舌红少苔，脉弦细数。证属气阴两虚，血液淤滞。治宜益气养阴，佐以理气化瘀。药用：太子参 15g、生地 12g、枸杞子 12g、黄精 15g、柴胡 10g、炮山甲 10g、三棱 15g、莪术 15g、陈皮 10g、黄芪 30g、虎杖 15g、白花蛇舌草 30g、龙葵 15g、玫瑰花 6g，每日一剂，水煎服，分 3 次服。服药一个月患者饮食增加，精神好转，腹痛明显缓解，口干减。继续照上方化裁坚持服药治疗。八个月后，B 超，CT 复查示：肝肿病的小病灶已消失，仅剩原来较大的肿块，缩小为 08×11mm。甲胎蛋白为 15ug。自觉无明显不适。迄今存活已五年，获满意效果。

健脾解毒汤配合化疗治疗晚期大肠癌的临床研究

劳高权 陈丰 何小华 施智严 罗锦雄 陈建基 陈敏

(广西灵山县中医院肿瘤科, 广西 灵山, 535400)

中图分类号: R259;735.3 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0158-04

【摘要】 目的: 观察健脾解毒汤配合化疗治疗晚期大肠癌的临床疗效。方法: 将 60 例晚期大肠癌患者随机分成两组各 30 例, 两组均采用相同的 FOLFOX 治疗方案。治疗组同时加用健脾解毒汤治疗。两组均 3 周为 1 个周期, 2 个周期评价疗效。观察两组治疗前后 Karnofsky 评分, 体重、食欲、睡眠改善情况及不良反应。结果 治疗组与对照组总有效率分别为 40%、33.3% ($P<0.05$); 中位肿瘤进展时间 (TTP) 分别为 9.3 个月、8.5 个月 ($P>0.05$); 治疗组食量、睡眠改善率高于对照组 ($P<0.05$); 治疗后体重、Karnofsky(kps)评分高于治疗前 ($P<0.05$), 对照组治疗前后比较差异无统计学意义 ($P<0.05$); 治疗组不良反应程度均低于对照组 ($P<0.05$)。结论 健脾解毒汤配合化疗治疗晚期大肠癌能改善患者临床症状、减轻不良反应, 提高生活质量、延长生存期。

【关键词】 晚期大肠癌; 联合; 健脾解毒汤; 化疗疗法; 生活质量

大肠癌是临床常见的恶性肿瘤, 据估计 2007 年全球新发病例约 116.7 万, 居恶性肿瘤发病率第三位, 而同年死亡 60.3 万例, 是人类健康的重大威胁^[1]。大肠癌目前主张以手术为主的综合治疗, 中医中药治疗是综合治疗的重要方面。2008 年 12 月~2010 年 12 月, 我们应用健脾解毒汤配合化疗治疗晚期大肠癌 30 例, 并与单纯应用化疗治疗 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

参照《中国觉恶性肿瘤诊治规范》^[2]相关诊断标准经病理组织学检查证实为大肠恶性肿瘤。按国际大肠癌 Dukes 分期, 病期为 B、C、D 期^[2]。Karnofsky (KPS) 评分^[2]≥60 分; 预计生存期 4 个月以上; 愿意接受本研究治疗; 既往均未行奥沙利铂 (OXA) 治疗且无化疗禁忌; 并签署知情同意书; 并在治疗期间不再接受其他治疗者。

1.2 排除标准

①患者病情危重、Karnofsky 评分≤50 分; 预计生存期<3 个月; ②合并心血管、脑、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病; ③妊娠哺乳期妇女、精神病患者; ④依从性差的患者; ⑤不愿意接受观察措施者。

1.3 一般资料

全部 60 例均为我院肿瘤科住院患者, 按随机数字表法分为两组。治疗组 30 例, 男 21 例, 女 9 例; 年龄 27~63 岁, 平均 (35.1±20.2) 岁; 病理 1~10 个月, 平均 (7.93±2.74) 个月; 病变部位: 乙状结肠 15 例, 直肠 9 例、降结肠 1 例, 横结肠 2 例, 升结肠 3 例; 病理类型^[2]: 腺癌 18 例, 粘液腺瘤 9 例, 未分化

癌 2 例, 印戒细胞癌 1 例; Dukes, 分期^[2]: B 期 5 例, C 期 15 例, D 期 10 例; 初治 11 例, 复治 19 例。对照组 30 例, 男 23 例, 女 7 例; 年龄 28~64 岁, 平均 (36.7±20.1) 岁; 病程 1~8 个月, 平均 (5.03±3.02) 个月; 病变部位: 乙状结肠癌 14 例, 直肠 11 例, 降结肠 1 例, 横结肠 1 例, 升结肠 3 例; 病理类型: 腺癌 15 例, 粘液腺癌 11 例, 未分化癌 2 例, 印戒细胞癌 2 例; Dukes, 分期: B 期 7 例, C 期 14 例, D 期 9 例; 初治 14 例, 复治 16 例, 两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.4 治疗方法

两组均采用 FOLFOX 化疗方案治疗。FOLFOX 方案: 奥沙利铂 (OXA, L-HOP, 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20000337, 批号 05063012) 130mg/m², 静脉滴注 2h, 第 1 天; 醛氢叶酸 (CF, 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20000584, 批号 050334134) 200mg/m², 静脉滴注 2h, 第 1 天; 5-氟脲嘧啶 (5-FU, 上海旭东海普药业有限公司, 国药准字 H31020593, 批号 090709, 0.25/支) 0.5g, 静脉推注 10min, 5-FU3g/m² 持续微泵静脉滴注 48h, 第 1、2 天。每日化疗前 15min 常规使用 5-羟色胺 3 (5-HT3) 受体拮抗剂及地塞米松等预防性止吐治疗。治疗组在化疗前 1 天加用健脾解毒汤治疗, 药物组成: 黄芪 30g、党参 20g、薏苡仁 30g, 土炒白术 15g, 茯苓 12g, 陈皮 6g, 木香 9g (后下), 白花蛇舌草 30g, 半枝莲 20g, 蒲公英 25g, 徐长卿 15g。腹痛加延胡索 12g, 白芍药 15g; 腹胀加枳壳 22g, 乌药 12g, 呕吐加竹茹 6g, 半夏 12g; 便血加三七末 (冲服) 3g, 仙鹤草 30g; 腹泻加芡实 15g, 石榴皮 18g; 腹中寒冷加

吴茱萸 6g, 干姜 6g; 大便干结加火麻仁 12g, 莱菔子 12g (打碎)。每日 1 剂, 清水煎至 200ml, 早晚分两次温服。两组均应用 21 天为 1 个周期, 2 个周期后评价疗效。

1.5 观察指标

①观察两组治疗前后 Karnofsky 评分, 体重变化, 食欲、睡眠的改善 (食量较平时增加 50%、睡眠基本不受干扰为改善) 等生活质量指标; ②按照 WHO1981 年统一评价标准^[2], 分完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、无变化 (SD)、进展 (PD), CR+PD 为有效 (RR)。

2 结果

2.1 两组近期疗效比较, 见表 1。

表 1 两组近期疗效比较 例

组别	n	CR	DP	SD	PD	总有效率(%)	中位 TTP(月)
治疗组	30	1	11	15	3	40.0 [*]	9.3 [*]
对照组	30	0	10	14	6	33.3	8.5

与对照组比较, $\ast P < 0.05$

由表 1 可见, 两组总有效率及中位 TTP 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)

2.2 两组各项观察指标, 见表 2、3。

表 2 两组患者食量及睡眠情况比较 (%)

组别	n	食量增加	睡眠改善
治疗组	30	20(66.7) [*]	21(70.0) [*]
对照组	30	13(43.3)	15(50.0)

与对照组比较, $\ast P < 0.05$

由表 2 可见, 两组患者食量增加, 睡眠改善情况比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

表 3 两组患者体重和卡氏评分情况比较 ($\pm S$) (kg、分)

组别	n	时间	体重(kg)	卡氏评分(分)
治疗组	30	治疗前	53.32 \pm 6.50	60.75 \pm 12.76
		治疗后	55.10 \pm 4.98 [*]	63.35 \pm 13.07 ^{*Δ}
对照组	30	治疗前	52.12 \pm 5.42	60.18 \pm 10.27
		治疗后	53.63 \pm 3.68	61.11 \pm 11.30

与本组治疗前比较, $\ast P < 0.05$, 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

由表 3 可见, 治疗前两组体重、卡氏评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后治疗组体重、卡氏评分均优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 两组不良反应比较, 见表 4

表 4 患者治疗后不良反应比较 (例)

	治疗组 (n=30)						对照组 (n=30)					
	0	I	II	III	IV	发生率(%)	0	I	II	III	IV	发生率(%)
白细胞计数下降	22	4	3	1	0	26.7 [*]	12	9	5	4	0	60.0
血小板计数下降	21	5	2	2	0	30.0 [*]	17	6	5	2	0	43.3
恶心呕吐	16	7	5	2	0	46.7 [*]	11	9	6	3	1	63.3
肢端感觉异常	23	4	2	1	0	23.3 [*]	16	8	3	3	0	46.7

与对照组比较, $\ast P < 0.05$

由表 4 可见, 两组主要不良反应包括血白细胞下降率、血小板下降率、恶心呕吐下降率、神经毒性反应等, 其中治疗组神经毒性反应均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组优于对照组。

3 讨论

不良反应按 WHO 急性和亚急性毒性反应的表现和分度标准^[4]; ③两组治疗前后检查心、肝、肾功能、B 超、CT、血常规等。

1.6 统计学方法

采用 SPSS10.0 统计学软件进行统计学分析, 计量资料用均数 \pm 标准差 ($\pm S$) 表示, 用 t 检验, 计数资料用 X^2 检验。肿瘤进展时间 (TTP) 从 FOLFOX 方案化疗开始计算到影像学资料证实肿瘤进展或失访时间; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

大肠癌是成人最常见的恶性肿瘤之一, 目前手术仍为最主要的治疗手段, 但据统计, 在大肠癌确诊时

有 20%~30% 已属晚期, 单纯手术无法根治, 即使能施行根治术者, 5 年内出现复发或转移亦达 40% 以上^[3]。25% 的初发患者在出现症状时已有明显的转移征象, 最终有 50% 的初发患者死于转移性疾病, 晚期大肠癌治疗方法主要以手术为主的综合治疗。中医药能够在一定程度上控制病灶, 延长生存期, 提高患者生活质量, 是治疗中晚期大肠癌的特色和重要方法^[4]。

大肠癌属中医学肠辟、脏毒范畴。大肠癌的基本病因为本虚标实, 《医家必读》认为“积之成也, 正气不足, 而后邪踞之”。《景岳全书》曰: “凡脾胃不足及虚弱失调以多有积聚之病”。可见脾虚气弱、瘀毒结聚是大肠癌发生、发展的主要病因机制。健脾解毒=、方中黄芪、党参、白术、茯苓、薏苡仁益气健脾, 燥湿和中; 木香、陈皮行气消积, 理气止痛; 木香理气醒脾和中, 助白术健运脾胃; 白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、徐长卿清热解毒, 散结消积, 全方具有益气健脾、解毒散结功效。现代药理研究证实, 黄芪含多糖、氨基酸、蛋白质和大量无机离子能够扩张血管, 保护红细胞的变形能力, 增强造血系统功能, 降低血小板粘附率, 减少血栓形成, 改善贫血^[5]。四君子汤(党参、白术、茯苓、甘草)能提高实验鼠或肿瘤患者的免疫功能, 并有一定的抑瘤作用^[6]。薏苡仁的提取物能明显抑制肿瘤血管生成或阻断血管血流, 从而抑制瘤细胞的生长^[7]。白花蛇舌草具有抗肿瘤及抗菌、消炎作用, 抗炎作用是刺激网状内皮系统增生和增强吞噬细胞活力等因素所致, 并可显著提高动物小鼠腹腔及脾脏巨噬细胞的吞噬功能, 能拮抗环磷酰胺及泼尼松对单核—巨噬细胞系统的抑制作用^[8], 半枝莲具有抗肝癌、胃癌、直肠癌的作用^[8]。临床结果表明, 两组近期疗效比较, 治疗组与对照组总有效率分别为 40.0%、33.3% ($P>0.05$), 中位 TTP 分别为 9.3 个月、8.5 个月 ($P>0.05$); 治疗组食量、睡眠改善率高于对照组 ($P<0.05$); 治疗后体重、卡氏评分高于治疗前 ($P<0.05$), 对照组治疗后比较差异无统计学意义

($P>0.05$); 治疗组不良反应程度均低于对照组 ($P<0.05$)。

中药治疗肿瘤疾病主要通过扶正祛邪作用来体现的, 是中医整体治疗观的体现。抗肿瘤中药的作用机理是增强机体自身对癌细胞的免疫以及促进癌细胞凋亡两方面有较低的毒副作用^[9]。中医药还有整体调节和多靶点作用的特点。本研究结果显示健脾解毒汤配合化疗治疗晚期大肠癌具有改善临床症状, 使患者精神好转, 体重增加, 稳定瘤体, 减轻不良反应, 提高生活质量, 延长生存期。

参考文献:

- [1] Garcia M, Jemal A, Ward EM, et al. Global cancer facts & figures 2007[J]. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007: 25~26.
- [2] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范(合订本)[M]. 第 2 版. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1991: 16~22, 10~15.
- [3] 茅卫东, 许晨, 邓立春等. 伊立替康联合氟尿嘧啶与亚叶酸钙治疗草酸铂失败的晚期大肠癌的临床观察[J]. 临床肿瘤学杂志, 2005, 10(3): 306~307.
- [4] 熊墨年, 熊林楷. 益气清毒法加中药静滴治疗晚期大肠癌的临床观察[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(9): 1839~1840.
- [5] 璩玲, 董河, 王世端. 黄芪注射液对体外循环下心脏瓣膜置换术后患者肾功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(4): 313~315.
- [6] 吴军, 赵凤鸣, 王明艳等. 四君子汤、味地黄汤对环磷酰胺致小鼠免疫抑制的拮抗作用实验研究[J]. 四川中医, 2007, 25(10): 12~14.
- [7] 褚娟红, 叶骞. 薏苡仁的药理研究及临床研究概述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(4): 159~160.
- [8] 刘春安, 彭明. 抗癌中草药大辞典[M]. 第 1 版, 武汉: 湖北科学技术出版社, 1994: 368~399.
- [9] 于军平. 治疗肿瘤中药处方的药物分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010; 8(3): 103~104

健脾化痰方含药血清对人结肠癌细胞 LoVo 生物行为学的影响

王瑞平

(南京中医药大学第一附属医院肿瘤科, 江苏 南京, 210029)

中图分类号: R587.2;735.75 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0161-05

【摘要】 目的: 本研究旨在探讨健脾化痰方含药血清体外对人结肠癌细胞 LoVo 增殖、黏附和侵袭以及其对细胞凋亡等生物行为学的影响。方法: 采用 MTT 法、黏附实验、Transwell 小室侵袭实验, 观察不同浓度的健脾化痰方含药血清对人结肠癌细胞 LoVo 增殖、黏附和侵袭的影响; 运用 TUNEL 法和 AnnexinV/PI 法检测 LoVo 细胞的凋亡率。结果: ①健脾化痰方含药血清有抑制人结肠癌细胞 LoVo 增殖的作用, 高浓度组(20%)对细胞的生长抑制率有明显差异($P < 0.01$); ②高浓度(20%)健脾化痰方含药血清作用人结肠癌细胞 LoVo 后, 细胞的黏附能力明显降低($P < 0.01$)。③健脾化痰方含药血清高中低三种浓度(20%、10%、5%)作用人结肠癌细胞 LoVo 24 h 后, 侵袭的细胞数均明显减少($P < 0.01$)。④健脾化痰方含药血清作用细胞 48h 后可以诱导细胞凋亡。结论: ①健脾化痰方含药血清对人结肠癌细胞 LoVo 的增殖具有抑制作用; ②健脾化痰方含药血清能抑制人结肠癌细胞 LoVo 的粘附能力和侵袭能力。③健脾化痰方含药血清能诱导细胞凋亡。

【关键词】 结肠癌; 健脾化痰方; 细胞增殖; 细胞黏附; 细胞侵袭; 细胞凋亡

【Abstract】 Objective: This study was designed to explore: The effect of medicated serum of Jianpi Huayu Fang on the biological behaviors including proliferation, adhesion, invasion capabilities and apoptosis of human colon cell line LoVo in vitro. Method: After human colon cell line LoVo was treated with medicated serum of Jianpi Huayu Fang at different concentrations, cell proliferation and adhesion capabilities was assessed using MTT assay. The invasion capabilities of LoVo cells were determined using Transwell method(Boyden chamber), respectively. TUNEL and AnnexinV/PI double staining method was used to observe the early apoptosis induced by different concentrations of medicated serum of Jianpi Huayu Fang in human colon cell line LoVo. Results: ①The high concentration(20%) of medicated serum of Jianpi Huayu Fang significantly inhibited the proliferation of LoVo cells. The inhibition ratio of cell proliferation in high concentration(20%) medicated serum of Jianpi Huayu Fang had significantly different at the same time($P < 0.01$). ②The high concentration (20%) of medicated serum of Jianpi Huayu Fang significantly decreased the adhesion capability of LoVo cells ($P < 0.01$). ③The medicated serum of Jianpi Huayu Fang significantly decreased the adhesion capability of LoVo cells ($P < 0.01$). ④The medicated serum of Jianpi Huayu Fang applied on human colon cell line LoVo for 48h, induced the apoptosis of human colon cell line LoVo with a degree of concentration-dependence. Conclusion: ①The medicated serum of Jianpi Huayu Fang inhibited the proliferation of human colon cell line LoVo. ②The medicated serum of Jianpi Huayu Fang suppressed the adhesion and invasion capability of LoVo cells. ③Jianpi Huayu Fang induced the apoptosis of human colon cell line LoVo.

【Keywords】 Colon carcinoma; Jianpi Huayu Fang; Medicated serum; Cell proliferation; Cell invasion; Cell apoptosis

结肠癌是我国常见的恶性肿瘤之一, 严重威胁着人类的健康, 其发病率呈逐年上升趋势。我科针对结肠癌患者气虚血瘀的病机特点, 以益气健脾、化痰解毒为治疗大法拟定了健脾化痰方治疗结肠癌。我们在前期研究中发现其在体外具有抑制肠癌细胞增殖的作用^[1]。为此我们开展了健脾化痰方含药血清对于结肠癌细胞株 LoVo 的体外实验, 主要通过健脾化痰方含药血清作用于人结肠癌细胞 LoVo, 以观察其对细胞的增殖、粘附及侵袭能力的影响。

1 材料与方法

1.1 实验材料

健脾化痰方(白术、丹参、半枝莲、重楼等组成)由江苏省中医院制剂部提供; DMEM 培养液购自 Gibco 公司; 小牛血清购自杭州四季青公司; MTT、DMSO 和胰蛋白酶购自 Biosharp 公司; 8 μ m 微孔聚碳酸酯膜的 Transwell 细胞培养小室购自美国 Millipore 公司; Matrigel、FN 胶购自美国 BD 公司; SD 大鼠购自浙江大学试验动物中心; 人结肠癌细胞株 LoVo

细胞购自南京凯基生物公司; TUNEL 试剂盒购自 Roche 公司, AnnexinV/PI 双染试剂盒购自 BD 公司。

1.2 方法

1.2.1 含药血清的制备^[2] 实验动物: 大鼠 12 只; 分组: 空白组 6 只 (NS 灌胃 1ml/100g)、实验组 6 只。灌胃剂量: 临床等效剂量的 2 倍 (计算公式: 200g 体重大鼠给药剂量=60Kg 体重人给药剂量×0.018×2), BID。连续 3 日。末次, 第 4 日, 灌胃全天剂量后 1h, 3% 戊巴比妥钠 0.15 ml/100g 腹腔注射麻醉, 腹主动脉采血, 采血后: 静置 2h, 离心: 1500rpm*10min。56℃ 水浴 30 min。分装于 1.5 ml EP 管, -80℃ 封存。

1.2.2 细胞及细胞培养

LoVo 细胞用含 10% 小牛血清的 DMEM 培养液常规培养; 以 0.25% 胰蛋白酶消化, 按实验所需细胞密度接种。

1.2.3 MTT 法^[3] 检测健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞增殖的影响

取对数生长期细胞接种于 96 孔板中, 5×10³/孔, 设置分组: 空白组 (10% 空白鼠血清)、实验组。加入含有不同浓度 (20%、10%、5%) 的含药血清的 DMEM 培养液 200μl, 继续培养 48h。倾倒培养液, PBS 洗两次, 每孔加入 100μl 含 10% 小牛血清 DMEM+20μl MTT, 继续培养 4 h。倒掉上清, 每孔加入 150 μl DMSO, 置摇床上低速振荡 10 min, 使结晶物充分溶解。在酶联免疫检测仪 490 nm 处测量各孔的吸光值。计算抑制率 = (1 - 实验组值/空白对照组值) × 100%。

1.2.4 MTT^[4-5] 法检测健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞黏附力的影响

用 70ug/ml 的 FN 包被 96 孔板, 每孔 30ul, 超净台风干, 4℃ 备用。饥饿细胞 24 小时。重悬细胞至浓度约为 1×10⁶ 个/ml, 接种于 96 孔板 1×10⁵ 个/孔, 100ul,

设 3 个复孔。待细胞贴壁后, 加入含药血清 100ul, 使浓度成为试验所需浓度 (20%、10%、5%)。常规培养 30、60、90、120min; 吸出培养液; 用灭菌 PBS 小心清洗每孔 2 次, 洗去未黏附细胞; 每孔加入 100μl 10% 小牛血清 DMEM+20μl MTT, 继续培养 4h, 弃去全部上清, 每孔加入 150ul DMSO, 振荡器振荡 10min, 使结晶完全溶解, 在酶联仪波长 490nm 处测出各孔吸光度值(OD), 以 OD 值代表黏附细胞数, 按下列公式计算细胞黏附抑制率: 抑制率 = (1 - 加药值/空白值) × 100%。

1.2.5 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞侵袭能力的影响^[6]

使用 Transwell 小室用于检测细胞的侵袭能力, 其杯孔直径为 6.5 mm, 杯底由聚碳酸脂微孔滤膜封

闭(微孔孔径为 8μm)。在滤膜上覆盖 Matrigel 胶 (100μg/mL) 50μl, 超净台风干备用, 使用前加入少量无血清培养液水化 30 min。取对数生长期细胞, 为细胞撤去血清, 过夜。细胞用无血清 DMEM 培养基培养 24h 后于 4℃、离心 10min 取上清, 滤膜过滤除菌后作为条件培养液 (趋化因子); 将细胞消化调整细胞密度为 2×10⁶ 个/mL, 按血清浓度 (20%, 10%, 5%, 10% 空白鼠血清) 设为 4 组, 每组 3 个小室, 将细胞加入 Transwell 上室, 每个小室 2×10⁶ 个, 100μl。下室加入 300μl 含 10% 小牛血清的 DMEM 培养液+300μl 趋化因子。细胞培养 24 h 后, 用 PBS 清洗, 棉签轻轻去掉上室细胞及 Matrigel 胶。取下微孔滤膜, 将附着于滤膜背面的细胞用 0.1% 结晶紫染色, 并在光学显微镜 (×200 倍) 下计数细胞, 随机计数 5 个视野的穿膜细胞平均数。按以下公式计算细胞的侵袭抑制率: 细胞侵袭抑制率 = (1 - 含药血清组侵袭细胞数/空白组侵袭细胞数) × 100%。

1.2.6 原位末端核昔标记法(TUNEL)检测细胞凋亡

取对数生长期的细胞, 接种于置于 6 孔板内的玻片上, 1×10⁵ 个/玻片, 100μl。按血清浓度 (20%、10%、5%、10% 空白鼠血清) 分为 4 组, 每组 3 个附孔。每孔给含上述浓度血清的培养基 4ml, 每孔培养 24 小时后取出玻片。丙酮固定后, 按试剂盒所写步骤染色, 在光学显微镜 (×200 倍) 下计数细胞, 随机计数 5 个视野的凋亡细胞平均数, 按以下公式计算凋亡率: 细胞凋亡率 = (凋亡细胞数/正常细胞数) × 100%, 实验重复 3 次。

1.2.7 AnnexinV/PI 双染色法检测细胞凋亡

转移细胞至平皿中, 待细胞贴壁, 按血清浓度

(20%、10%、5%、10% 空白鼠血清) 处理细胞 24h, 收集细胞。离心, 调整细胞浓度为至 1×10⁶/ml, 转移至 5ml 的培养管中 1×10⁵ 个细胞, 100ul。加入 5 ul 的 FITC Annexin V、5ul 的 PI 在避光处轻轻摇晃培养管, 孵育细胞 15min, 25℃ 每个培养管中加至 400ul 的 1×Binding Buffer 缓冲液上机检测。

1.3 统计学处理

所有数据采用 SPSS 15.0 统计软件分析, 以均数±标准差(±s)表示, 各组之间比较采用 t 检验。

结果

2.1.1 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞增殖的影响

实验结果表明, 含药血清作用 LoVo 细胞 48h 后, 对细胞增殖有显著的抑制作用, 高、中浓度含药血清的 OD 值与空白组比较均有差异; 高浓度含药血清的抑制率可达 33%, 与空白血清组对照差异有显著性意义 (P<0.01)。结果见表 1。

表 1 健脾化痰方含药血清各个浓度对 LoVo 细胞株的抑制作用

浓度	时间(H)	48 H
20%		33%*
10%		13 %
5%		3%
空白组		-

(* $P<0.01$ 相比空白组)

2.1.2 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞黏附力的影响

高、中、低 (20%、10%、5%) 三种浓度作用 LoVo 细胞 30、60、90 和 120 min 时, 实验组各时间点的细胞黏附率均低于对照组, 高浓度含药血清与空白血清组对照差异有显著性意义($P<0.01$)。结果见表 2。

表 2 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞黏附力的影响

组别	30min	60min	90min	120min
20%*	44%	42%	42%	43%
10%	10%	14%	14%	14%
5%	8%	9%	13%	15%

(* $P<0.01$ 相比空白组)

2.1.3 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞侵袭力的抑制作用

含药血清作用 LoVo 细胞 24 小时后高、中 (20%、10%) 浓度侵袭细胞数均低于对照组($P<0.01$), 对 LoVo 细胞的侵袭抑制率分别为 50.21%、35.66%、25.31%。对照组细胞轮廓清晰、活力旺盛, 实验组细胞变圆、稀疏。结果见表 3, 图 1。

表 3 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞侵袭力的抑制作用

组别	抑制率%	视野 1	视野 2	视野 3	视野 4	视野 5
20%*	50. 21	351	387	312	298	347
10%*	36. 66	431	426	420	460	440
5%*	25. 31	535	556	580	590	591
空白	-	665	730	644	700	665

(* $P<0.01$ 相比空白组)

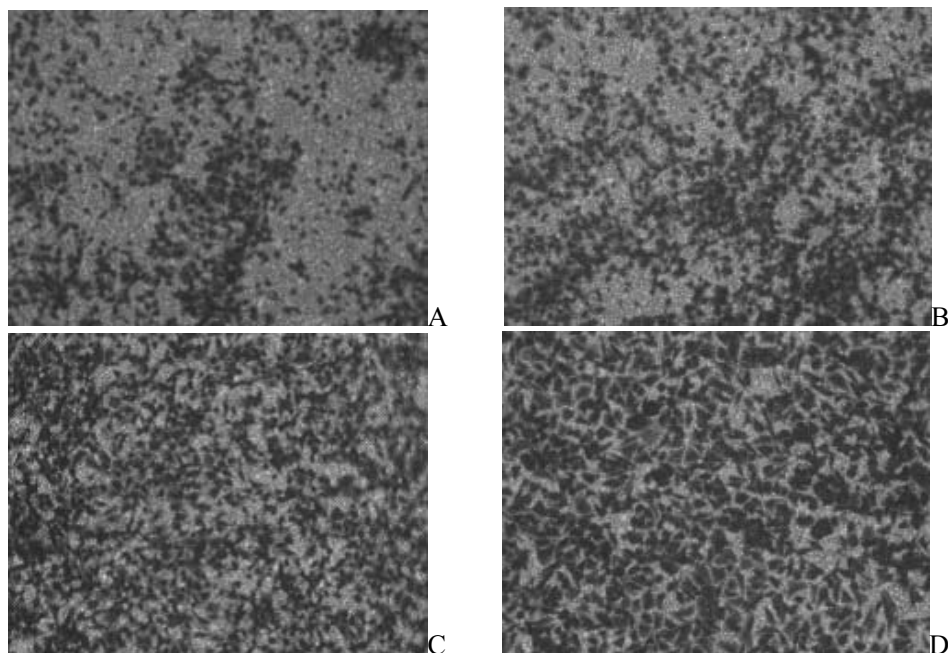


图 1 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞侵袭力的影响 A.20%血清组 B.10%血清组 C.5%血清组 D.空白组

2.1.4 原位末端核昔标记法(TUNEL)检测健脾化痰含药方血清诱导 LoVo 细胞凋亡

含药血清高、中组细胞凋亡数明显多于空白组，并呈浓度依赖性，表现出明显的量效关系($P < 0.01$)。低浓度组无统计学意义。对照组细胞轮廓清晰、活力旺盛，实验组见细胞体积缩小，细胞核固缩、染色质凝聚深染。结果见表 4，图 2。

表 4 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞黏附力的影响

组别	凋亡率%
20%*	41.19±3.8
10%*	19.16±3.87
5%	5.3±0.5
空白	0.91%±0.31

(* $P < 0.01$ 相比空白组)

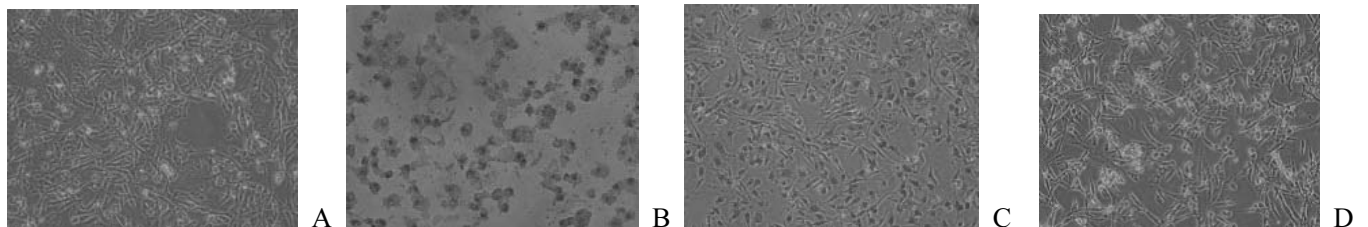


图 2 TUNEL 法检测 LoVo 细胞凋亡 A.空白组 B.20%血清组 C.10%血清组 D.5%血清组

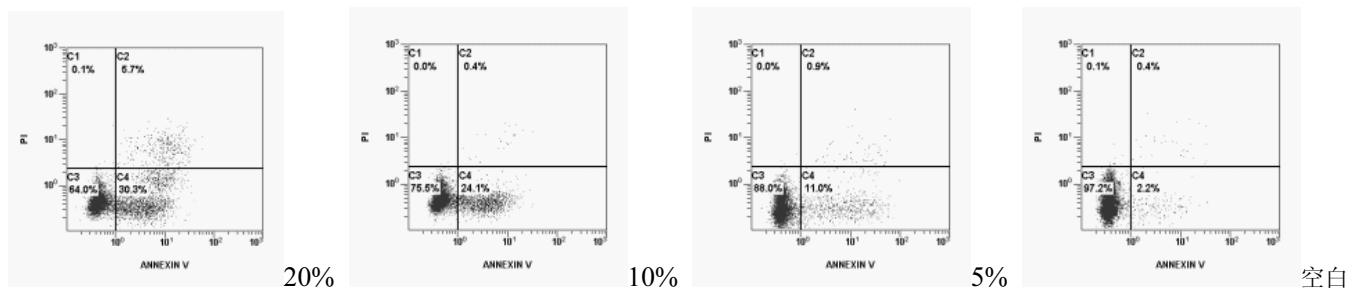


图 3 流式细胞仪检测 LoVo 细胞凋亡

2.1.5 AnnexinV/PI 双染色法检测细胞凋亡

含药血清高、中组细胞凋亡数明显多于空白组，并呈浓度依赖性，表现出明显的量效关系($P < 0.01$)。低浓度组无统计学意义。结果见表 5，图 3。

表 5 健脾化痰方含药血清对 LoVo 细胞黏附力的影响

(* $P < 0.01$ 相比空白组)

组别	凋亡率%
20%*	30.3
10%*	24.1
5%	11.0
空白	2.2

3 讨 论

大肠癌是严重危害人类健康的常见的恶性肿瘤之一,全世界范围内大肠癌的发病率男女均处于恶性肿瘤的第3位。年累及人数超过100万,死亡数超过50万。我国是大肠癌发病率相对低的国家,但是近年来随着生活水平的不断提高,饮食习惯的改变,大肠癌发病率呈上升趋势,病死率也不断上升,已经位居恶性肿瘤死亡率的第4~5位^[7-8]。侵袭和转移是恶性肿瘤的主要生物学特征^[9],本研究在体外模拟了肿瘤细胞黏附侵袭过程。结果显示,不同浓度含药血清处理LoVo细胞48h后,无论是黏附细胞数还是侵袭穿膜细胞率,均显著低于对照组,差别有显著意义($P<0.01$),表明健脾化痰方能明显抑制LoVo细胞的黏附能力,并降低肿瘤细胞降解穿透基底膜的侵袭力。

细胞凋亡是一种相对于细胞坏死的、主动的、程序化的细胞死亡形式,在胚胎发生、器官发育、变态作用和保持机体自身稳定的过程中发挥重要作用^[10]。因此,诱导肿瘤细胞凋亡被视为抗癌药物研究和开发的新靶点^[11]。本研究通过光镜下观察发现结肠癌LoVo细胞经20%、10%含药血清组作用48h后即出现部分细胞体积缩小,细胞核固缩,染色质凝聚深染等现象。流式细胞仪检测结果显示,结肠癌LoVo细胞经20%、10%含药血清组作用48h后出现典型的凋亡峰,两种方法测得的细胞凋亡率与对照组相比差异有统计学意义,且呈明显量效关系。结果显示健脾化痰方对结肠癌细胞LoVo增殖具有抑制作用,并可诱导细胞凋亡。对于其诱导凋亡的机制我们还将做进一步研究。

参考文献:

- [1]邹玺,王瑞平,胡玥.健脾化痰药物对消化道肿瘤细胞的体外抑制作用[J]南京中医药大学学报[J] 2010(01)
- [2]Mosmann T·Rapid colorimetric assay for cellular growth and

survival application to proliferation and cytotoxicity assays. Immunol Methods, 1983, 65(1-2): 55-63.

[3]Liu L M ,LIBX, XIAO JB et al Synergistic effect of all-transretinoic acid arsenic trioxide on growth inhibition and apoptosis in human hepatoma, breast cancer, and lung cancer cells in vitro [J]. World Gastroenterol, 2005. 11(36): 5633-5637

[4]YAO Z, CHE X C, LU R, et al. Inhibition by tyrosinleutide (YSL) on the invasion and adhesion of the mouse melanoma a cell [J]. Mol Med, 2007, 13(1-2): 14-21.

[5]YU J, QIAN H, LIY, et al. Arsenic trioxide (As₂O₃) reduces the invasion and metastatic properties of cervical cancer cells in vitro and in vivo [J]. Gynecol Oncol, 2007, 106(2): 400-406

[6]冯觉平,黄涛,王亚萍等.二氧化一砷抑制肝癌 HepG2 细胞侵袭转移及对 RhoC 基因表达的影响[J]. 肿瘤防治研究.2008. 35 (11) :775-777

[7]周际昌.实用肿瘤内科学[M].北京:人民卫生出版社,1999: 482.

[8]Zheng Shu, Cai Shanrong. Colorectal Cancer Epidemiology and Prevention Study in China [J]. The Chinese-German Journal of Clinical Oncology, 2003, 11(2): 72.

[9]Gassmann P, Enns A, Haler J. Role of tumor cell adhesion and migration in organ-specific metastasis formation [J]. Onkologie, 2004, 27(6): 577-582.

[10]Wyllie AH. Apoptosis and carcinogenesis. Eur J Cell Biol, 1997, 73: 189-197.

[11] Nicolson DW. From bench to clinic with apoptosis-based therapeutic agents [J]. Nature, 2006, 407: 810-816.

作者简介:

王瑞平(1961-),女,南京中医药大学第一附属医院,教授、主任医师、博士生导师。

基金项目:

江苏省中医药领军人才项目(LJ200908)。

新论肠癌之治法

高光宇

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0166-04

内经云:“正气内存,邪不可干,邪之所奏,其气必虚”肠癌也不例外,其因有二。

①外受六淫之邪,风寒暑湿热之侵袭。

②饮食不节,瓜果生冷无节制,烟酒辛辣,每日无度,痰热胶质引起脏腑功能阴阳失调,热毒、湿毒、痰毒最凶最恶,熏蒸于胃肠,形成痰热,凝聚于肠道,结成肠癖,误治不治托迟治疗形成热毒、痰毒、湿毒、血毒、诸毒最凶最深,由气份到血份侵入骨髓,病入膏肓,绝症也。

辩证论治,首别阴阳,总以扶正祛邪为大法,初期以泻实为主,扶正为辅,中晚期以扶正为主,祛邪为辅。阴症,气阴两虚,大剂量的益气养阴为主,泻毒,排毒、退毒、化腐为主,养阴为辅,生肌内外结合。阳症,大剂量的温阳补气,气行则血行,气血旺盛毒气无法入侵。

病例

马世超,男,48岁,于2009年8月14来我处就诊。川医诊断为肠癌,包块2.1X3.4CM,拒绝手术和放疗化疗,求中医保守治疗,面色油黑,脉沉细而微,

大便干燥,三日未解,小便赤黄,饮食不佳,舌苔白而腻。

诊断:肺脾肾阳虚为主,阴虚为辅。

治法:补气温阳,通便排毒。

方药:桂附地黄合四君和麻仁丸,官桂20g,白术30g,大连10g,黄柏30g,红藤30g,漏芦60g,白头翁20g,火麻仁60g,琥珀30g,金钱草30g,赤小豆30g,甘草10g.配合排毒、退毒、涤癌丸,一日三粒,一次一粒,开药4副,服四天。

二诊于19日,服药以后大便已通,小便清澈,疼痛减轻,脉象细而有力,食纳以增,舌苔已退一半,效不更方,继前方加化腐生肌药,配合丸子,开药30副,服2月。

四诊于11月30日,六脉平和,大有精神,二便正常,包块消尽,能能做轻微劳动。川医复查,无癌细胞,打一料康复丸,服一月巩固疗效。

2010年元月10日随访,一切康复,已到西藏打工。

相关文献:

超声诊断结肠癌一例

<篇首> 患者甲,因左下腹疼痛、便血1年,左下腹包块4月,加重1月前来我院就诊.超声所见:左下腹探及一杂乱偏弱回声团块,其大小为9.5×5.5×6.5cm,边界清,形态规则,其周边为弱回声,中央为强回声,呈“假肾征”.CDFI:周边低回声内见较丰富的血流信号,腹主动脉旁未见淋巴结肿大,盆腔未见游离暗区.超声印象:左侧腹腔内实性占位(结肠癌).

作者

杨仕芳(四川省凉山州会理县红旗中心卫生院,四川,凉山,615100);

刊名

中医临床研究 2009年1卷03期

英文期刊名

CLINICAL JOURNAL OF CHINESE MEDICINE

大肠癌诊治禁忌刍议

胡陵静

(重庆市中医院肿瘤科, 四川 重庆, 400013)

中图分类号: R735.3 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0167-02

大肠癌是发生在直肠、结肠、盲肠的恶性肿瘤, 是常见的消化道肿瘤。中医认为本病的发生主要是由于正气虚损, 脾胃失运, 湿毒内生, 久而化热, 邪毒湿热蕴结, 下注肠道, 气血瘀滞, 湿毒瘀滞凝结而成肿块。因其发生的部位不同, 临床特点各有不同, 以排便习惯与粪便性状改变, 腹泻或便秘, 大便带有粘液、脓血或便血, 腹痛腹胀, 肛门坠痛, 里急后重, 甚至腹内结块, 消瘦为主要临床表现。在证候表现上常有湿热郁毒、脾虚气滞、气滞血瘀、脾肾阳虚及肝肾阴虚之别。

大肠癌属于正虚邪实, 邪盛正衰的一类疾病。大肠癌的辨证, 主要辨明虚证或实证或虚实夹杂, 所以治疗的基本原则是扶正祛邪, 攻补兼施。初期正盛邪实, 时多呈湿热郁毒治以清热利湿, 方选白头翁汤加减, 气滞血瘀治以行气活血为主, 方选膈下逐瘀汤加减; 中期虚实夹杂宜攻补兼施, 脾虚气滞治以健脾理气, 方选香砂六君子汤加减; 病至后期, 正虚邪盛, 当以扶正为主, 祛邪为辅, 脾肾阳虚治以温补脾肾, 方选中汤加减, 肝肾阴虚治以滋养肝肾, 方选六味地黄丸加减。

1 辨证禁忌

① 忌将大肠癌正虚误辨为大肠癌邪实

在明确西医诊断的基础上, 首先分清正虚邪实, 可进一步了解病情的轻重和估计疾病的转归。患者病程较长, 或伴肿瘤广泛转移, 精神较差, 形态消瘦, 面色萎黄, 临床表现为腹部肿块, 隐痛, 喜按, 或腹部肿块切除术后, 大便稀溏, 纳食差, 此为正虚之象; 患者病程较短, 精神尚可, 形态一般或偏瘦, 面色一般, 临床表现为腹部肿块, 或胀痛, 或刺痛, 拒按, 大便粘液脓血, 不畅, 纳食尚可, 此为邪实之征。

② 忌将大肠癌虚证误辨为大肠癌实证

大肠癌的发生大多认为由于是正气虚损, 湿毒瘀滞蕴结所致。应辨明病变属虚属实。

大肠癌是全身性疾病一个局部表现, 虚为全身性的, 实为局部性的; 虚为病之本, 实为病之标。大肠癌的虚证先辨正虚为阴虚、气虚、阳虚, 再辨虚在何脏, 在肠、在脾、在肾, 当辨别属脾气虚、脾肾阳虚,

还是肝肾阴虚。实证不外乎以湿热、瘀毒为主要病理变化, 应分辨是湿热郁毒, 还是瘀毒内阻。

③ 忌将其他病症误为大肠癌

临床上很多疾病症状表现为腹痛、腹胀、腹鸣、大便稀溏、大便脓血、里急后重, 易误认为是大肠癌, 容易混淆, 应仔细鉴别, 认真辨证, 避免造成误治。如泄泻、痢疾、痔疾、霍乱等病症在发病时, 均有不同程度的腹痛、腹胀、腹鸣、大便稀溏、大便脓血、里急后重等症状, 应特别与大肠癌相鉴别。

忌将泄泻的大便次数增多, 粪质清稀, 甚则如水状, 或完谷不化, 误认为大肠癌的腹痛, 或腹内结块, 下利清谷或五更泄泻;

忌将痢疾的腹痛、便下赤白脓血等症状, 误认为大肠癌的腹部阵痛, 便中带血或粘液脓血便, 里急后重;

忌将痔疾的便时或便后出血、肛门坠胀或异物感等症状, 误认为大肠癌腹痛隐隐, 或腹内结块, 大便带血, 里急后重;

忌将霍乱的吐泻交作, 所泻之物多为黄色粪水, 或如米泔, 腹中绞痛, 误认为大肠癌腹胀, 腹鸣窜痛, 大便稀溏, 或便中带血。

2 治法禁忌

① 谨慎使用清热解毒法

清热解毒用于因饮食不节, 损伤脾胃, 湿毒内生, 久而化热, 热毒蕴结于肠道而成肿块, 适宜大肠癌毒火内盛证, 或阴虚内热证, 多见于病情发展或合并感染, 是治疗大肠癌的主要法则。临床表现为腹部阵痛, 便中带血或粘液脓血便, 里急后重, 或大便干稀不调, 肛门灼热, 或有发热, 恶心, 胸闷, 口干, 小便黄等症, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。

但应辨明属实火或虚火, 实火为邪热壅盛, 虚火为阴虚内热, 当分别治以清热解毒和滋阴清热。分清热证的真假, 如真寒假热, 不可误用清热解毒法。

对于老人、小孩、或体质虚弱者、或久病不愈者, 更要慎用清热解毒法, 亦不宜久用, 恐寒凉之品损伤脾胃, 影响消化功能。

② 忌过早使用收敛固涩法

收敛固涩是治疗大肠癌的主要治法之一,大肠癌后期由于脾胃受损,中阳虚弱,运化失权,或久病之后,损伤肾阳,不能温煦脾胃,运化失常,均可导致腹痛喜温喜按,或腹内结块,大便稀溏,下利清谷或五更泄泻,或见大便带血,面色苍白,少气无力,畏寒肢冷,腰酸膝冷等症状。

临床上,大肠癌正虚邪实常常相互夹杂,可根据疾病的不同阶段,不同临床表现,认真辨证,灵活施治。但收敛固涩法要在滑脱不禁的情况下才能使用,若使用过早,若余邪未尽,而误用此法,有“闭门留寇”之患。

③忌不辨证候滥用治疗大肠癌的中成药

治疗大肠癌的中成药品种较多,疗效较好,但必须认真辨清症候,以证选用成药,方可获效。若证候

不对应,也应禁忌。

④忌各种不良情绪

良好的心态是治疗癌证的良方,保持乐观的精神状态,做好心理疏导工作,克服精神上和情绪上的紧张、悲观、烦躁等不良情绪。

⑤忌饮食不节

养成良好的饮食习惯,慎食高脂肪、辛辣、腌腊、烧烤食品、卤制品、油炸饮食等食物,要多吃水果、蔬菜及含粗纤维的食物。凡大肠癌病人必须戒烟酒。慎食高脂肪、海鲜、辛辣、腌腊、烧烤食品、卤制品、油炸饮食,戒烟酒。

⑥忌不良生活习惯

保养精气,劳逸结合,做到定时作息,保证充足睡眠,避免过度疲劳,每天保持大便通畅,以免干结难解。

相关文献:

穴位按揉联合温水足浴对大肠癌患者术后肠蠕动恢复的效果观察

目的 观察穴位按揉联合温水足浴对大肠癌患者术后肠蠕动恢复的效果.方法 将 80 例大肠癌术后患者按手术日单、双号分为观察组和对照组各 40 例.对照组术后采用常规护理,观察组在对照组基础上行穴位按揉联合温水足浴.比较两组术后肠蠕动恢复情况、腹胀发生率.结果 观察组术后肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次排便时间明显早于对照组,术后腹胀发生率低于对照组.结论 穴位按揉联合温水足浴能促进大肠癌患者术后肠蠕动的恢复.

作者 陆金英(浙江中医药大学附属嘉兴中医院,浙江嘉兴,314001);

刊名 护理与康复 2011 年10卷04期

英文期刊名 NURSING AND REHABILITATION JOURNAL

关键词 大肠癌手术肠蠕动穴位按揉温水足浴

MeSH 主题词 大肠(Intestine, Large)针刺穴位(Acupuncture Points)水(Water)足(Foot)对照组(Control Groups)观察(Observation)时间(Time)肠(Intestines)

黄芪注射液联合化疗对晚期乳腺癌患者生存质量及免疫功能的影响

黄常江 刘俊波 廖天华 蔡 凯 潘海东 胡联民

(广西贵港市中医院肿瘤科, 广西 贵港, 537100)

中图分类号: R282.7;737.9 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0169-03

【摘要】目的: 观察黄芪注射液联合化疗对晚期乳腺癌患者生存质量及免疫功能的影响。方法: 将 60 例患者随机分治疗组 30 例与对照组 30 例, 两组化疗均采用 CEF 方案, 21 天为 1 周期; 治疗组加用黄芪注射液治疗, 14 天为 1 疗程, 2 个疗程评价疗效。观察两组近期疗效、临床证候变化、生活质量变化、毒副反应及免疫功能变化情况。结果: 两组近期疗效, 治疗组与对照组总有效率分别为 56.6%、40.0%($P>0.05$); 治疗组中位生存时间 16.5 个月(9~21 个月); 对照组中位生存时间 16 个月(6~21 个月); 临床证候变化比较, 治疗组与对照组总改善率分别为 83.3%、60.0%($P<0.05$); 生活质量变化比较, 治疗组与对照组改善率分别为 46.7%、23.3%($P<0.05$); 毒副反应比较, 两组白细胞下降、血小板下降、恶心呕吐等不良反应发生率治疗组均低于对照组, 其中白细胞下降及恶心呕吐两组差异有显著性($P<0.05$); 免疫功能变化比较, 治疗后两组 CD3+、CD4+无明显变化, 而治疗组 CD8+明显下降, CD4+/CD8+比值明显上升, 与对照组比较, 差异均有显著性($P<0.05$, $P<0.01$)。结论: 黄芪注射液可提高机体免疫功能, 改善临床证候, 减轻化疗药物的毒副反应, 提高生活质量, 延长生存期。

【关键词】 晚期乳腺癌; 黄芪注射液; 化学治疗; 生存质量; 免疫功能

乳腺癌的发病率近年来逐年上升, 有易复发和多途径转移的特征。虽然通过综合治疗, 疗效不断提高, 但对晚期复发及广泛转移者仍缺乏有效的治疗措施。近年来, 扶正培本方药在提高化疗疗效, 减轻毒副反应方面取得了较大成效^[1]。自 2008 年 6 月~2010 年 8 月, 我们应用黄芪注射液联合化疗治疗晚期乳腺癌 30 例, 并与单纯应用化疗治疗 30 例作对照比较观察, 现报告如下。

1 临床资料和方法

1.1 一般资料

本组 60 例按照《中国常见恶性肿瘤诊治规范》中的诊断标准, 均为 IV 期乳腺癌患者; 有明确的病理诊断, 全部为女性而住院患者; Karnofsky 评分 ≥ 60 分; 预计生存期超过 3 个月; 无严重心、肝肾功能损害及无化疗禁忌证。按数字表法随机分成治疗组 30 例与对照组 30 例。治疗组 30 例, 年龄 32~63 岁, 平均(47.8 \pm 3.2)岁; 病程 3~12 个月, 平均 6 个月; 绝经前 12 例, 绝经后 18 例; 软组织转移 4 例, 淋巴结转移 11 例, 肺转移 4 例, 肝转移 2 例, 2 个或 2 个以上部

①近期疗效 病灶大小变化参照 WHO 肿瘤病灶疗效标准^[2], 分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(NC)、进展(PD)。②临床证候变化, 根据《中药新

位转移(包括骨转移)9 例。对照组 30 例, 年龄 34~66 岁, 平均(51.2 \pm 3.5)岁; 病程 2~11 个月, 平均 6.5 个月; 绝经前 13 例, 绝经后 17 例; 软组织转移 5 例, 淋巴结转移 13 例, 肺转移 4 例, 肝转移 1 例, 2 个或 2 个以上部位转移(包括骨转移)7 例。两组资料经统计学处理, 差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

两组化疗均采用 CEF 方案: 环磷酰胺(CTX)600mg/m², 静脉注射, 第 1、8 天; EADM 50mg~60mg/m², 静脉滴注, 第 1 天; 5-氟脲嘧啶(5-Fu)500mg/m², 静脉注射, 第 1、8 天; 21 天为 1 疗程, 两个疗程评价疗效。治疗组在化疗前 1 天加用黄芪注射液(成都地奥九泓制药厂生产, 10ml/支, 相当于生药 20g)40ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注, 40 滴/min, 每日 1 次, 14 天为 1 疗程, 2 个疗程评价疗效。化疗期间两组均常规给予止吐剂及对症支持疗法, 避免使用其他对免疫功能及疗效有影响的药物。

1.3 观察项目

药临床研究指导原则》^[3]中临床证候积分值下降 $\geq 2/3$ 为显著改善, 积分值下降 $\geq 1/3$ 为部分改善, 积分值下降 $< 1/3$ 为无改善。③生活质量评价(Karnofsky 评分)^[4]:

治疗后较治疗前增加 ≥ 10 分时为改善,治疗后较治疗前减少 ≥ 10 分为下降,变化 < 10 分为稳定。④毒副反应参照 WHO 临床实验常见毒副反应分级标准^[5]。⑤T 淋巴细胞亚群(CD3+、CD4+、CD8+)测定:采用微量全血直接双标记免疫荧光染色方法在流式细胞仪上检测。⑥生存期:从化疗开始至死亡或末次随诊时间。

1.4 统计学方法

采用 PEMS 统计软件,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。总体生存率采用 Kaplan-meier 分析, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 两组近期疗效

治疗组 30 例中 CR 4 例(13.3%), PR 13 例(43.3%), NC 8 例(26.7%), PD 5 例(16.7%), 总有效率 56.6%; 中位生存时间为 16.5 个月(9~21 个月); 对照组 30 例中 CR 1 例(3.3%)、PR 11 例(36.7%), NC 8 例(26.7%), PD 10 例(33.3%), 总有效率 40.0%, 中位生存时间为

16 个月(6~21 个月); 两组间比较, 差异无显著性($P > 0.05$)。

2.2 临床证候变化比较

治疗组显著改善 13 例(43.3%), 部分改善 12 例(40.0%), 无改善 5 例(16.7%), 总改善率 83.3%; 对照组显著改善 8 例(26.7%), 部分改善 10 例(33.3%), 无改善 12 例(40.0%), 总改善率 60.0%; 两组间比较, 差异有显著性($P < 0.05$)。

2.3 生活质量变化比较

治疗组改善 14 例(46.7%), 稳定 12 例(40.0%), 下降 4 例(13.3%), 改善率 46.7%; 对照组改善 7 例(23.3%), 稳定 11 例(36.7%), 下降 12 例(40.0%), 改善率 23.3%, 两组间比较, 差异有显著性($P < 0.05$)。说明黄芪注射液能直接改善患者生活质量, 延长生存期。

2.4 毒副反应比较 见表 1。

两组白细胞下降、血小板下降和恶心呕吐等毒副反应发生率治疗组均低于对照组, 其中白细胞下降及恶心呕吐两组差异有显著性($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后毒副反应比较(例)

毒副反应	治疗组(n=30)					对照组(n=30)				
	I	II	III	IV	发生率(%)	I	II	III	IV	发生率(%)
白细胞下降	6	2	1	0	30.0*	10	4	3	1	60.0
血小板下降	5	3	2	0	33.3	7	5	2	0	46.7
恶心呕吐	7	4	2	0	43.3*	12	7	5	2	86.7

注: 与对照组比较, $*P < 0.05$

2.5 T 淋巴细胞亚群变化比较 见表 2。治疗后两组 CD3+、CD4+ 无明显变化, 而治疗组 CD8+ 明显下降, CD4+/CD8+ 比值明显上升, 与对照比较, 差异均有显著性($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

表 2 两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		CD ₃ ⁺ (%)	CD ₄ ⁺ (%)	CD ₈ ⁺ (%)	CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺
治疗组	30	治疗前	67.57 \pm 4.52	38.28 \pm 4.27	32.88 \pm 4.26	1.12 \pm 0.24
		治疗后	68.19 \pm 5.18	39.04 \pm 5.34	27.87 \pm 3.41* Δ	1.48 \pm 0.76* $\Delta\Delta$
对照组	30	治疗前	66.36 \pm 8.54	40.08 \pm 4.62	33.19 \pm 3.85	1.14 \pm 0.25
		治疗后	66.67 \pm 4.53	41.07 \pm 4.68	34.42 \pm 3.52	1.08 \pm 0.37

注: 与本组治疗前比较, $*P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$; $\Delta\Delta P < 0.01$

3 讨论

随着肿瘤发病率增高, 晚期肿瘤患者也日益增多, 晚期肿瘤患者一般都有肿瘤负荷大、恶液质、并发症等, 探索和研究晚期肿瘤的最佳治疗方案已成为临床身体一般状况和免疫功能均受到不同程度的损伤, 治疗过程中抗肿瘤和保护机体同等重要。黄芪具有扶正固本、补中益气、利水消肿、托毒生肌、益卫固表多种药理作用, 现代药理学研究表明, 黄芪的有效成分(多糖、酮类、皂甙类等)是良好的免疫调节剂。

工作的重点。随着医学模式的转变, 生活质量的提高日益受到重视, 成为晚期肿瘤的主要治疗目的, 中西医结合在实现这个目的上有良好的前景。

治疗晚期乳腺癌, 化疗是治疗必不可少的手段之一, 而晚期乳腺癌患者往往经过了多次的化疗、放疗, 黄芪具有双向调节免疫的作用, 能清除自由基及重金属物质, 并能抗氧化, 被认为是一种有效的生物调节剂^[6]。黄芪注射液能保护患者造血系统功能, 减轻化疗药物对骨髓造血功能的损害, 其机理可能是由于黄芪能促进骨髓细胞脱氧核糖核酸及蛋白质的合成, 加

快有核细胞分裂,从而增加血细胞数^[7]。临床结果表明,两组临床证候变化比较,治疗组与对照组总改善率分别为 83.3%、60.0%($P<0.05$);生活质量变化比较,治疗组与对照组总改善率分别为 46.7%、23.3%($P<0.05$);毒副反应比较,白细胞下降、及恶心呕吐等毒副反应,治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。T 淋巴细胞亚群变化比较,治疗后两组 CD3+、CD4+ 无明显变化,而治疗组 CD8+ 明显下降,CD4+/CD8+ 比值明显上升,与对照组比较,差异均有显著性($P<0.05$, $P<0.01$)。表明黄芪可抑制 T 细胞,导致其它 T 细胞亚群如辅助性 T 细胞功能增强,从而保护 T 细胞功能,增强机体免疫功能^[8]。黄芪提取液能促进小鼠淋巴细胞对羊红细胞的免疫特异玫瑰花环的形成,提高酸性非特异性酯酶染色阳性淋巴细胞比率,还可通过对体内 CAMP/cGMP 核酸代谢的调节而增加机体的非特异性免疫功能,并调节体液免疫和细胞免疫趋于正常^[9]。黄芪注射液可提高机体免疫功能,改善临床证候、减轻化疗药物的毒副反应,具有抑制肿瘤病变进展,提高生活质量,延长生存期,体现中西医结合在防治恶性肿瘤的优势。

参考文献:

相关文献:

求诚主任辨治慢性支气管炎的经验拾萃

林求诚主任医师认为慢性支气管炎的发生、发展是一种标本相为诱因,相互作用恶性循环的结果。慢支急性发作期,以辨痰为辨证的主线,热痰证,治以清热养阴,宣气活血。方药用鱼腥草、蒲公英、银花、连翘、胆星、陈皮、北沙参、瓜蒌、赤芍、丹参、桃仁、竹茹、麦冬、茯苓。寒痰证治以温寒燥湿,宣肺活血。药用煮半夏、制南星、细辛、干姜、白芥子、赤芍、桃仁、丹参、菖蒲。缓解期分为肺气虚证,治以补肺益气,佐以活血;脾阳虚证,治以健脾燥湿,理气活血;肾阳虚证,治以温阳补肾,纳气活血和阴阳两虚证,治以滋阴补阳。慢支并感染者多表现为本虚标实,应重视瘀血的存在,辨证为痰热壅肺,气虚血瘀。以瓜蒌薤白半夏汤化裁为:瓜蒌 10g,薤白 10g,半夏 10g,黄芪 15g,党参 15g,京丹参 15g,赤芍 15g,黄芩 10g,连翘 15g,蒲公英 24g,紫花地丁 24g,鱼腥草 24g,甘草 3g。强调重用清热解毒治标之品。

- [1]杨亚琴.中医药在肿瘤化疗中增效作用的研究[J].中国中医药信息杂志,1997,4(11):10
- [2]Miller AB, Hoogstraten B, staquet M, et al. Reporting results of cancer treatment. Cancer 1981,47(1):207
- [3]中华人民共和国卫生部颁布.中药新药临床研究指导原则[S].第3辑. 1997:6
- [4]周绪堂.实用肿瘤手册[M].南昌:江西科技出版社, 1997:1007
- [5]陈振东,孙燕,王肇炎.实用肿瘤并发症诊断治疗学[M]. 合肥:安徽科学技术出版社,1997:369
- [6]刘星塔,喻正坤.黄芪成分和药理活性研究进展[J].上海医药.1995,16(20):23
- [7]邓成珊.当代中西医结合血液病学[M].北京:中国医药科技出版社,1997:362
- [8]沈美玲.黄芪多糖生物活性的初步研究[J].中西医结合杂志,1984,4(10):615
- [9]申志强,孙俊秀.黄芪治疗选择性免疫球蛋白 A 缺乏[J].新药与临床,1997,16(4):246

作者简介:

黄常江,男,广西中医学院中西医结合专业毕业,主治医师,科副主任。

中医药治疗乳腺癌的临床观察

黄祖明 刘秀平 褚磊 孙敬
(青岛市肿瘤医院, 山东 青岛, 266042)

【关键词】乳腺癌; 中医疗法; 疗效观察

中图分类号: R737.9 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0172-02

自2001年4月~2011年4月,笔者运用中医药方法治疗已行手术,以及放、化疗后的乳腺癌患者93例,并与西医治疗32例作对照观察,结果治疗组较对照组疗效明显,现将结果报道如下。

1 临床资料

125例全部为女性,均经手术、化疗或放疗后属于激素受体阳性和激素受体阴性的乳腺癌患者。按照1989年卫生部《中国常见恶性肿瘤治疗规范》第六册乳腺癌的TNM分期标准进行分期,属于I期、II期、III期乳腺癌。

根据激素受体情况随机分为3组,其中治疗1组(激素受体阳性)33例,年龄38~76岁,平均年龄53岁。浸润性导管癌28例,浸润性小叶癌5例。I期15例,II期13例,III期5例。治疗2组(激素受体阴性)60例,年龄37~74岁,平均年龄51岁。浸润性导管癌50例,浸润性小叶癌10例。I期14例,II期35例,III期11例。对照组(激素受体阳性)32例,年龄38~75岁,平均年龄54岁。浸润性导管癌28例,浸润性小叶癌4例, I期16例, II期11例, III期5例。3组资料比较差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法

全部患者均给与个体化心理、饮食、运动养生等方面的指导,并定期进行身体检查。

2.1 治疗1组(激素受体阳性)

①三苯氧胺10毫克,每日2次,连服3~5年。②中药汤剂。

2.2 治疗2组(激素受体阴性)

①平消胶囊或内消瘰疬丸交替口服。3个月一交

替,两药均用中等剂量,如平消胶囊每次5粒,每日3次;内消瘰疬丸每次6粒,每日3次。两药每年至少口服两个疗程,连服3~5年。②中药汤剂。对于以上两个治疗组在中医理论指导下,以健脾补肾、疏肝清热、和血安神为治则进行组方治疗。基本方药:黄芪30g、白术20g、淫羊藿20g、巴戟天10g、仙鹤草30g、何首乌24g、茯苓20g、制半夏12g、枳壳15g、茵陈30g、夏枯草15g、黄连5g、公英15g、丹参30g、鸡血藤24g、远志10g、薏米30g、莪术20g、焦麦芽20g。每日一剂,水煎3遍,分早、中、晚3次温服,连服3个月为一个疗程,每年至少服用两个疗程。方药加减:如便秘或大便不畅属热结者可酌情加大黄5g~12g、二丑10g。噎气、呃逆、恶心属胃气上逆者可酌情加威灵仙20g、陈皮10g。大便溏泻、次数增多属脾胃虚寒者加芡实30g、山药24g、炮姜15g。身痛明显、手足麻木属气血不和者可加川芎15g、白芍18g。偏阴虚内热者加知母10g、熟地24g。阳虚畏寒者加肉桂5g、鹿角胶12g。血虚者加熟地20g、阿胶12g。

2.3 对照组(激素受体阳性)

三苯氧胺10毫克,每日2次,连服3~5年。

3 治疗结果

3.1 近期疗效

指治疗3个月,患者临床主要症状改善及治疗前后生存质量变化情况。

3.1.1 临床主要症状改善情况

经治疗后精神抑郁,或心烦易怒、多汗、失眠、身痛、纳差、乏力等方面治疗组比对照组改善例数明显提高。见表1。

表 1 临床主要症状改善情况 例 (%)

组别	例数	精神抑郁或心烦易怒 例 (%)	多汗失眠或身痛 例 (%)	纳差、乏力 例 (%)
治疗 1 组	33	23/28 (82.14) *	21/29 (72.41) *	27/30 (90.00)
治疗 2 组	60	47/52 (90.38)	45/51(88.24)	
53/56(94.64)				
对照组 (53.57)	32	12/30 (40.00)	13/27 (48.15)	15/28

注：表中数据为改善例数/症状例数，治疗 1 组与对照组对比 $P<0.01$ 。治疗 2 组与对照组对比 $P<0.01$ 。

3.1.2 治疗前后生存质量变化

在治疗前后（6 个月）按 KPS 活动状态分级进行评定，凡在治疗结束后较治疗前增加 10 分者为提高，减少 10 分者为降低，增加或减少 10 分以内者

为稳定。经治疗后治疗组比对照组生存质量明显提高。见表 2。

表 2 生存质量变化情况

组别	例数	上升例 (%)	稳定例 (%)	下降例 (%)
治疗 1 组	33	25 (75.76)	5 (15.15)	3 (9.09)
治疗 2 组	60	47 (78.33)	8 (13.33)	5 (8.33)
对照组	32	11 (34.38)	12 (37.50)	9 (28.13)

注：治疗 1 组与对照组对比有显著性差异 $P<0.05$ 。治疗 2 组与对照组对比有显著性差异 $P<0.05$ 。

3.2 远期疗效

指观察患者 2 年肿瘤转移情况，及生存情况。

3.2.1 客观肿瘤变化

观察患者 2 年两组在治疗中肿瘤复发或转移情况。治疗后 1 年转移率治疗 1 组为 3.03% (1/33)，治疗 2 组为 5% (3/60)，对照组为 6.25% (2/32)。治疗后 2 年转移率治疗 1 组为 9.09% (3/33)，治疗 2 组为 8.33% (5/60)，对照组为 12.50% (4/32)。三组比较无显著性差异。

3.2.2 生存率

治疗后治疗 1 组与治疗 2 组 2 年生存率分别为 100%、98.33% (1/60)，对照组 2 年生存率为 96.88% (1/32)。三组比较无显著性差异。

4 讨论

乳腺癌是当前世界各地最常见的恶性肿瘤之一，目前普遍认为，它既是一种慢性病，也是一种全身性疾病，因此，在治疗上从整体入手，保证足够的疗程是乳腺癌远期疗效的关键。目前一般将肿瘤分为治疗阶段、巩固治疗阶段和康复治疗阶段，笔者的该项研究层面主要在乳腺癌的巩固治疗阶段上，充分运用中医的优势对乳腺癌的治疗方法进行探讨，用来进一步提高患者的生存质量，防治肿瘤转移与更好的延长患

者的生存期。目前西医对手术以及放疗化疗后激素受体阳性的乳腺癌患者一般进行 3~5 年，甚至更长时间的内分泌治疗，但是由于内分泌治疗临床有效率不够满意，而且副作用较大，明显影响临床使用，部分患者因此间断或完全停止内分泌治疗。而激素受体阴性的乳腺癌患者，由于内分泌治疗基本无效，因此在临床上探讨应用中医药对激素受体阴性乳腺癌患者进行巩固治疗有着重要意义。

笔者在长期临床工作中观察到乳腺癌激素受体阳性的患者，在经过手术、放、化疗治疗后随即进行内分泌治疗，患者全身会出现诸多不适，如心烦易怒或精神抑郁、乏力、多汗失眠多梦、纳差、身痛等，个别患者在一定时间内会发生子宫内膜增厚，有发生癌变的风险。还有部分患者伴有以下疾患，如乳腺小叶增生、子宫肌瘤、骨质疏松、风湿病、心肌缺血、以及上肢淋巴回流受阻、放射性损伤、化疗性脑损伤等。以上这些病症都会在一定程度上影响患者的生活质量，长此以往会对乳腺癌患者的巩固治疗与康复治疗带来一定影响。因此笔者认为，充分发挥中医整体治疗优势，加强乳腺癌的巩固治疗，并对内分泌治疗进行“减毒增效”的治疗很有必要。

乳腺癌根据临床表现属于中医“乳岩”、“乳癌”、

“乳石痈”、“乳发”等范畴。中医认为,情志抑郁、饮食不节、正气不足、冲任失调为“乳腺癌”发生与发展的根本原因,而外感邪毒则是重要的条件。其病机主要为虚实夹杂,以虚为本,以实为标;全身属虚,局部属实;虚证主要表现为气虚血弱,肝肾亏虚,冲任失调。实证为气滞、血瘀、痰凝、毒聚等互结。本文的中医治疗就是根据中医学对乳腺癌的形成和发展与正气不足的认识而确立,特别在治疗立法和处方用药上充分发挥中医特点,以扶正祛邪为立足点,通过改善患者内环境,消除肿瘤生长原因、生长条件,促进神经、内分泌、免疫网络系统的调节,达到预防肿瘤转移的目的。有鉴于此,在中医治疗上则以健脾补肾、疏肝清热、和血安神为治则进行组方。基本方药:黄芪 30g、白术 20g、淫羊藿 20g、巴戟天 10g、仙鹤草 30g、何首乌 24g、茯苓 20g、制半夏 12g、枳壳 15g、茵陈 30g、夏枯草 15g、黄连 5g、公英 15g、丹参 30g、鸡血藤 24g、远志 10g、薏米 30g、莪术 20g、焦麦芽 20g。处方中有大队益气健脾、补肾药,如黄芪、白术、淫羊藿、巴戟天、何首乌、茯苓均能治疗脾肾气虚,它与疏肝清热、和血安神诸药合用可共奏扶正祛邪之功效。对于激素受体阴性患者笔者选用具有扶正祛邪、活血化瘀、清热解毒作用的抗癌中成药平消胶囊和具

有软坚散结抗肿瘤作用的中成药内消瘰疬丸,两者共同特点是其作用平和,这种特点对于乳腺癌的巩固治疗阶段较西黄丸、小金丸等寒凉药更有优势,而中等剂量的用法更适合于肿瘤患者的长期治疗,三个月一交替的用法更能有利于充分发挥出药物的功效,而防止产生耐药性。

通过临床观察,治疗 1 组与治疗 2 组无论在改善症状,还是在提高生活质量方面都比对照组显著。两个治疗组与对照组比较有显著性差异($P<0.01$)。临床观察也说明了治疗 1 组对三苯氧胺有一定的“减毒增效”作用,但是在客观肿瘤变化与两年生存期方面各组比较无显著性意义,这可能与观察时间太短有关。据现代研究,方中淫羊藿、薏仁、半夏、公英、黄连、夏枯草、远志、莪术、丹参、茵陈、仙鹤草均有一定抑癌作用;黄芪、白术、茯苓、巴戟天、何首乌等有提高机体免疫功能作用。这些作用不但对三苯氧胺有一定的“减毒增效”作用,对乳腺癌激素受体阴性患者有很好治疗作用,而且更重要是提高了患者的抗病能力和改善了相应症状,进一步提高了患者的生活质量和与疾病作斗争的信念。因此可以认为,中医药应该是目前治疗乳腺癌特别在乳腺癌的巩固治疗阶段是行之有效的方法之一,值得进一步探讨。

相关文献:

拓扑异构酶 II α 表达与乳腺癌患者生存的相关性

目的 探讨拓扑异构酶 II α (TOP2A) 的表达与乳腺癌患者生存的相关性. 方法 通过实时定量逆转录聚合酶链反应 (quantitative RT-PCR) 方法检测 86 例乳腺癌组织中的 TOP2A 基因表达量, 应用荧光原位杂交 (FISH) 检测乳腺癌组织中 TOP2A 基因扩增, 应用免疫组化 (IHC) 法检测 TOP2A 蛋白表达, 并分析 TOP2A 基因表达量、TOP2A 基因扩增与 TOP2A 蛋白表达的相关性. 结果 86 例乳腺癌患者中, TOP2A 基因扩增 11 例, TOP2A 基因缺失 11 例, TOP2A 基因变异率为 25.6% (22/86); TOP2A 蛋白表达的阳性率为 66.3% (57/86). TOP2A 基因表达水平与蛋白表达水平显著相关 ($P=0.001$), TOP2A 基因表达水平与乳腺癌患者的无进展生存期显著相关 ($P<0.001$). TOP2A 基因扩增与 TOP2A 蛋白阳性表达无显著相关性 ($P=0.211$). 结论 TOP2A 的基因定量表达水平为乳腺癌客观可靠的临床预后指标.

逍遥益生方对乳腺癌患者躯体性抑郁的临床干预

贾 玫 李 潇 王小星 陈信义

(北京中医药大学东直门医院肿瘤血液科, 北京, 100700)

中图分类号: R737.9 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0175-02

乳腺癌是女性恶性肿瘤之一, 抑郁作为乳腺癌患者最常见的情绪问题, 近年来引起了人们的高度重视。乳腺癌患者的心理障碍发生率远高于其他恶性肿瘤患者。国外一项对早期乳腺癌患者的调查显示: 45%的患者有精神障碍, 其中 42%为抑郁或焦虑障碍。2008年 Fann 等回顾总结了过去 20 年调查患乳腺癌女性临床抑郁患病率的研究, 显示乳腺癌患者术后抑郁的发生比率大约是 10%至 25%。国内李晓红^[1]等通过应用抑郁自评量表(SDS)对 50 例女性乳腺癌患者进行评定, 抑郁的发生率为 34%, 黄哲宙等^[2]调查上海市社区女性乳腺癌患者抑郁发生率为 22.99%, 可以看出抑郁症在乳腺癌人群中的高发生率。临床中发现, 抑郁可加重癌症术后治疗的副反应, 影响治疗效果, 并促进术后肿瘤的复发、转移、恶化, 抑郁还严重损害乳腺癌患者的生活质量, 两者互为因果, 恶性循环。因此乳腺癌伴发抑郁症是一个值得关注的临床难题。

1 中医对乳腺癌患者伴发抑郁症的认识

肿瘤患者合并抑郁症的成因复杂, 影响因素众多, 涉及肿瘤的预后与治疗、社会心理调节水平、社会及家庭的生活压力和宗教信仰及文化素养等多个方面。癌症患者具有复杂的心理因素, 癌症一经确诊, 对个体而言是突然的应激和灾难和灾难性生活事件, 对疾病的绝望、疼痛、因长期住院带来的经济问题和家庭矛盾, 成为患者在患病后产生抑郁症状的重要原因。需要注意的是长期抑郁也是导致癌症的重要原因之一。

中医历代文献中专论肿瘤抑郁症病因病机的很少。中医学认为乳腺癌属于“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。”情志不遂久则导致气机不畅, 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。”因此, 乳腺癌的形成, 主要是由于情志不畅, 正气内虚、脏腑功能失调, 以致邪毒(致癌因子)乘虚而入, 日久形成肿瘤, 而在肿瘤形成过程中, 肿瘤的病理变化又成为肿瘤伴发抑郁症的重要病理基础。

2 乳腺癌躯体性抑郁的临床表现

抑郁症主要以抑郁心境、思维迟缓和意志活动减

退为主, 多数病例还存在各种躯体症状。例如心悸、胸闷、胃肠不适、便秘、食欲下降和体重减轻。睡眠障碍突出, 多为入睡困难。躯体疾病引起的抑郁, 患者表情愁苦、不愿与人交谈、不愿谈自己的病、活动少、反应缓慢。但与典型的抑郁症比较有明显区别, 如自杀的想法少见, 自责、自罪者少见, 心境低落随躯体疾病的病情变化而变化, 甚至随医生的处治方法的改变而改变。可能与患者躯体疾病的生理病理基础密切相关, 也可能是对躯体疾病的强烈心理应激。一定程度上, 这些特点还与患者的个性倾向等密切相关。

与抑郁症相比, 癌症患者的抑郁有以下几个特点^[3]: 首先, 通常在癌症患者, 抑郁程度较轻, 持续时间短暂, 且患者常常保存有完整无缺的自尊心, 没有重度抑郁患者的那种强烈的自抱自弃感。其次, 尽管在癌症患者中反复出现死亡的想法是很常见的, 但他们并不具备典型抑郁症患者那种病态的强烈的欲望。第三, 在认知损害。分析乳腺癌患者焦虑抑郁情绪的原因^[4], 主要是患者对疾病的诊断和治疗及预后的应激反应(疾病心理反应), 表现为 4 个方面: ①疾病的诊断对患者造成强烈的刺激, 产生强烈的应激反应, 引起焦虑抑郁情绪。②手术带来的创伤。乳腺癌一旦确诊, 首选的治疗方法是手术, 但手术容易给患者带来双重打击, 使患者在躯体上失去重要器官, 在精神上造成更大的打击。女性在失去乳房后, 易于担心女性魅力及吸引力下降, 担心爱人不再爱自己等。③在放疗和化疗过程中强烈的躯体反应, 如恶心、呕吐、脱发、癌因性疲乏等, 使患者不能忍受而产生焦虑抑郁情绪。④某些药物的毒副作用, 如抗癌剂等各种药物过量或恶性反应等。

3 躯体性抑郁治疗现状

Pascoe 等^[5]研究发现伴有明显焦虑或抑郁的癌症患者中有 75%没有得到治疗。这些不良情绪的存在, 降低了患者的生活质量, 损害了免疫功能, 影响了癌症治疗的结果。因此, 改善癌症患者抑郁状态, 对肿瘤的治疗具有重要的意义。

临床上常用的抗抑郁药物按化学结构和作用机制, 通常分为三环类抗抑郁药(TCAs)、四环类抗抑郁药、单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)、五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)和其它类抗抑郁药物, 其中 SSRIs 占临床使用的 70%以上。选择性五羟色胺再摄取抑制剂是目前欧美国家常用的一线抗抑郁药物, 代表药物酸氟西

汀、帕罗西汀。由于现有治疗抑郁症的化学药物均程度不同地存在不良反应,包括性功能障碍、焦虑、失眠、消化道症状、困倦、头痛、血压改变(升高或降低)、过度兴奋、与其他药物相互作用、维持时间长、停药易反跳、价格昂贵等问题,从而制约了其临床使用。因此,对于乳腺癌伴发抑郁症这种由生物、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可以发挥重要作用,安全性方面更具优势,已得到越来越多学者的重视,并广泛开展了中医药治疗本病的临床研究。在欧洲,上个世纪90年代已用草药金丝桃的花和叶的提取物制成口服片剂,迄今已有数百万德国抑郁症患者服用,且未见不良反应。

中医药在防治抑郁症方面积累了丰富的经验。古代《黄帝内经》就有很多相关的记载。中医认为,抑郁症的发生与情志所伤、肝郁气滞、痰火内郁有关,分别用逍遥散、柴胡舒肝散、加味黄连温胆汤、解郁合欢汤等治疗,往往能取得良好的疗效。药理研究发现,具有抗抑郁作用的药类有银杏、贯叶金丝桃、儿茶酚、柴胡、佛手、人参、大麻、葡萄柚等。具有抗焦虑作用的中草药有银杏、缬草、卡瓦胡椒、人参、黄连、野菊花、马齿苋、厚朴、苦楝子等。以上草药,有一些已被开发,均是以其他抑郁症为研究对象,而针对乳腺癌抑郁症治疗的中药新药还无人问津,因此,开发潜力巨大。

4 逍遥益生方治疗乳腺癌躯体性抑郁症

乳腺癌患者伴发抑郁症直接因素是乳腺癌疾病及其相关治疗而致。乳腺癌从明确诊断之后,包括手术、放化疗以及康复治疗各个阶段均可伴发抑郁症。患者对死亡的恐惧以及对于乳腺癌复发和转移的焦虑贯穿整个发病与治疗病程。因此,乳腺癌的治疗全程均需兼顾疏肝健脾,调畅气血,积极预防和治疗乳腺癌伴发抑郁症的发生与进展,以改善患者生活质量,延长生存期。乳腺癌患者伴发抑郁症临床除有与其他抑郁症相同的症状外,由于乳腺癌及其相关治疗因素使患者机体整体机能处于失衡状态,虚实夹杂的病机变化使得疾病难治难愈。因此,乳腺癌伴发抑郁症与其他抑郁症治疗原则既有相同之处,也存在不同。相同的治则是“调畅气机,解郁除烦,镇静安神”,较少补虚治疗。而乳腺癌伴发抑郁症以“平调”为主,重视

气血调畅,脏腑平衡。选择“逍遥益生方”目的在与“疏肝健脾,调畅气血”。

逍遥益生方组成:柴胡12克、白芍12克、当归12克、茯苓12克、白术12克、荷叶6克、乌药10克、绞股蓝30克、炙甘草6克。功效疏肝、养血、健脾。方中柴胡疏肝解郁,当归、白芍养血柔肝,三药配合,补肝体而助肝用,共为方中主药;白术、茯苓健脾和中,为方中辅药;加荷叶、乌药可以疏散郁遏之气,透达肝经郁热;荷叶入心、肝、脾经,具有生发元气,裨助脾胃,涩精浊,散瘀血。绞股蓝在《药学杂志》、《国外医学》中记载:1.滋补强身,能双向性调节人体机能,增强体质,提高免疫力;2.镇静安神、改善睡眠、治神经衰弱症。3.清热解毒,能清理体内毒素,抑制细胞癌变和杀灭癌细胞。4.补脑安神,能调节大脑皮质兴奋和抑制反应的平衡,对中枢神经系统有双向调节作用,具有镇静、催眠、抗紧张、解疲劳、增强记忆力的功效。特别对于失眠有很快速的效果。5.调节女性内分泌作用。绞股蓝补气养阴,养心安神之功效;炙甘草调和诸药为方中使药。诸药合用,使肝郁得解,血虚得养,脾弱得健,则诸症自愈。

逍遥益生方虽然只有简单的九味药,却互相配合,充分体现了中医配伍的特色。临床上,逍遥益生方最常用于肝气郁滞、情绪不畅引起的两肋胀痛、郁郁寡欢、心烦易怒等症状,亦可用于四肢倦怠,神疲食少等症,应用广泛。

参考文献:

- [1]李晓红,王玉琼.乳腺癌术后患者抑郁状况相关因素的调查分析[J].现代护理 2004(10)3:212-213
- [2]黄哲宙,吴春晓,郑莹,王杰军等,上海市社区女性乳腺癌患者抑郁和生活质量状况研究[J].中国癌症杂志,2008,(18)3:204-208
- [3]李武,邓云龙.癌症患者的抑郁[J].中国行为医学科学,2002(11)4:474-475
- [4]张露莹,尚文娟,戴总孝,王军辉等 对乳腺癌患者焦虑抑郁情绪的研究及心理伦理干预[J].中国医学伦理学 2009(22)6:23-24
- [5]Pascoe S. Prevalence of psychological distress and use of support service by cancer patient at Sydney hospital [J]. Aust N Z J Psychiatry,2000,34(5):785-791

《光明中医》近3年肿瘤相关文献回顾分析

范竹雯^{1,2} 杨建宇^{1,2*} 李彦知^{1,2} 郑绍明¹ 许继宗^{3*}

(1.北京105信箱光明中医杂志社,北京 北京,100036;

2.北京西城复兴门南大街甲2号知医堂中医肿瘤专科,北京 北京,100021;

3.延庆中医院,北京 延庆,100500)

中图分类号: R552 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0177-03

肿瘤是指人体器官组织的细胞,在外来和内在有害因素的长期作用下所产生的一种以细胞过度增殖为主要特点的新生组织。这种新生组织与受累器官的生理需要无关,不按正常器官的规律生长,丧失正常细胞的功能,破坏了原来器官结构,有的可以转移到其它部位,危及生命。肿瘤可以分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类,其中恶性肿瘤死亡率极高,严重威胁着患者的生命和健康。因此总结分析该病的证治规律十分有意义。笔者就《光明中医》近3年(2008—2010)所载肿瘤相关论文进行归类分析,总结如下,以深入研究肿瘤的病因病机特点和辨治规律。

1 病因病机与相关因素探讨

王丽芬^[1]认为,细胞凋亡是多细胞生物生命活动中不可缺少的组成内容,既维持着机体组织的发育、正常生理活动,又与肿瘤的发生密切相关;中医药抗肿瘤具有十分重要的作用,可通过对细胞凋亡的各个不同环节的调控来诱导或抑制细胞凋亡,具有广阔的临床应用前景。杨琪^[2]自拟安糖I号方,发现其可以影响肿瘤坏死因子TNF- α 的水平,进而改善胰岛素抵抗,发挥对糖尿病的治疗作用。林吉品^[3]从中医药对恶性肿瘤发生、发展的认识,以及当前中医药治疗恶性肿瘤的特点等角度,详细探讨了中医药治疗肿瘤的作用机理。张卜瑗^[4]认为,肿瘤发病归于机体原有平衡被打破,机体的正常修复功能受到损伤而发病;肿瘤病因中医当属癌毒壅盛、正气不敌,最终引起阴阳失调、正气衰微、包块结聚。陈小冰^[5]探讨肿瘤坏死因子 α (TNF- α)在肝肾综合征(HRS)发病中的作用。方法:测定30例肝硬化患者和25例体检健康者的血清TNF- α 水平及肾功能,分析TNF- α 与肌酐清除率的关系。结果:TNF- α 在肝硬化伴不同程度肾功能损害患者均较正常组明显升高,其肾功能损害程度随血清TNF- α 水平升高而加重。结论:TNF- α 在HRS的发生与发展中可能起重要作用。张晓羽^[6]从未病先防、有病早治、既病防变等方面论述了治未病在肿瘤治疗中的应用及临床意义。

2 治疗方法探讨

2.1 中药汤剂治疗

王泳^[7]采用三仁汤治疗肿瘤患者化疗后食欲不振59例疗效满意。乔小燕^[8]将42例恶性肿瘤化疗后贫血患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组给予圣愈汤+支持治疗,对照组仅给予支持治疗,记录治疗前后血红蛋白(Hb)及血细胞比容(HCT)值,观察患者生活质量(QOL)改善情况。结果治疗组与对照组患者的治疗后Hb、HCT、QOL与治疗前相比均有上升,治疗组治疗贫血的有效率75.56%,而对照组为4.79%,两组疗效有统计学差异($P<0.01$)。结论圣愈汤能治疗恶性肿瘤化疗后相关性贫血,可提高血红蛋白及血细胞比容,改善生活质量。赵彤^[9]选择恶性肿瘤放疗后气阴虚证患者40例,随机分为治疗组20例,给予扶正解毒方治疗20天。对照组20例,给予贞芪扶正颗粒治疗20天。治疗前后用karnofsky评分量表进行评分,以评定扶正解毒方对恶性肿瘤放疗后气阴虚证患者的改善作用。结果治疗组同对照组相比有明显的疗效,达到统计学意义($P<0.01$)。结论扶正解毒方能有效地纠正气阴虚证,改善患者的体质,提高患者的生存质量。田翠丽^[10]应用减毒增效升白汤(黄芪、党参、白术、补骨脂、女贞子、阿胶等)联合化疗治疗恶性肿瘤,可增强恶性肿瘤化疗患者的白细胞总稳定率,提高免疫学指标,增强机体免疫力,达到减毒增效的良好作用。段春鹏^[11]总结贾文魁主任医师经验,采用异病同治辨证治疗肿瘤疗效满意。葛桂敏^[12]总结沈敏鹤主任医师论治肿瘤思想,多从热毒、瘀血论治,疗效满意。费雁^[13]将162例晚期恶性肿瘤随机分为两组,中药加联合化疗组80例,化疗方案依不同类型肿瘤给予不同方案,均于化疗前1周开始予中药口服,每日1剂,连服两月,化疗每周期为21—28天,均应两周期以上;联合化疗组则采用与中药加联合化疗组相同的方案,同样化疗两个周期以上。结果:两组化疗前后一般状况改变(KPS)差异具有显著性($P<0.05$),体重改变情况亦有显著性($P<0.05$),两组治疗后,白细胞则中药组明显优于单用化疗组($P<0.05$)。提示:中药联合化疗,可减轻化疗药物的毒副作用,提高晚期恶性肿瘤患者的生存质量。田建明^[14]自拟养阴解毒汤防治头颈肿瘤放射损伤疗效显著。柳玉美^[15]认为恶性肿瘤的治疗,中医多采用活血化瘀,化痰软坚,清热解毒,

补虚扶正之法,对于早期肿瘤,可能有效,但对晚期肿瘤病人的调治往往难以奏效,而应用温阳化痰法治之效果较好,并列出了典型病例。赵永强^[16]观察扶正祛邪中药对化疗毒副反应的改善作用。方法:选择进行化疗的肿瘤患者86例,分为治疗组与对照组各43例,观察两组病人主要症状分值差异情况。结果:经统计学处理,治疗组化疗毒副症状反应明显轻于对照组(多项数据 $P<0.05$ 或 $P<0.01$)。中药组能更有效地缓解肿瘤所造成的临床症状,有效改善患者机体状态。结论:扶正祛邪中药可明显减轻化疗期间常见毒副反应的严重程度,改善生活质量,在肿瘤的综合治疗中具有很高的应用价值。冯韧^[17]选择恶性肿瘤放疗后气阴虚证患者40例,分为治疗组20例,给予扶正解毒方治疗20d。对照组20例,给予贞芪扶正颗粒治疗20d。治疗前后用《气阴虚证辨证量表》进行评分,以评定扶正解毒方对恶性肿瘤放疗后气阴虚证的改善作用。结果:治疗组同对照组相比有明显的疗效,达到统计学意义($P<0.01$)。结论:扶正解毒方能有效地纠正气阴虚证,改善患者的体质,提高患者的生存质量。

2.2 中成药及注射剂治疗

张爱玲^[18]观察补肾壮骨颗粒对兔膝骨性关节炎中白介素-1(IL-1)和肿瘤坏死因子(TNF)表达水平的影响,探讨其治疗骨性关节炎的机制。方法将50只兔随机分为4组,即补肾壮骨颗粒组20只、塞来昔布组20只、空白对照组5只、正常组5只,采用Hulth法造成骨关节炎的病理模型,以补肾壮骨颗粒浓缩液喂食饲养,于治疗后3、6周分别抽取关节液,采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA),分别测定兔膝关节液中IL-1及TNF表达水平。结果治疗后3周,膝关节液中即可明显检测到IL-1及TNF的表达,各治疗组数值与对照组比较均见下降,3、6周时下降差异有统计学意义。结论补肾壮骨颗粒能降低骨性关节炎中IL-1

及TNF的表达水平,补肾壮骨颗粒可能通过影响IL-1及TNF等细胞因子而对骨性关节炎起到治疗作用。米希茂^[19]发现,生脉注射液在恶性肿瘤化疗时对骨髓抑制和胃肠反应都有明显的预防作用,该药对中晚期患者的化疗减毒作用有效。陈红涛^[20]将66例消化系统恶性肿瘤患者随机分为治疗组和对照组各33例,对照

3 中医护理探讨

毕晶^[25]介绍了39例中药熏洗疗法治疗肿瘤化疗后周围神经病变护理经验。张瑞香^[26]介绍了恶性肿瘤的常见症状及其辨证施护体会。徐芹^[27]总结了知识型妇科肿瘤患者的心理护理经验。

4 综述及其他

思考。徐筱红^[33]就“肿瘤”实验教学的“说课设计”,从说教材、说教法、说学法、说教学程序等方面做了探讨。

组予常规对症支持治疗,治疗组在此基础上予华蟾素注射液静脉滴注。治疗20天后观察疗效、KPS评分和毒副反应。结果:临床获益率治疗组为33.33%,对照组为21.21%;KPS评分治疗组总有效率为69.70%,对照组总有效率为42.42%,两组相比均有显著性差异($P<0.05$)。治疗组毒副反应发生少且轻微。结论:华蟾素注射液对晚期消化系统恶性肿瘤的疗效较好。

2.3 其他治疗方法

考军^[21]观察中药直肠滴入配合化疗治疗肿瘤病人减毒增效的临床效果。方法入组对象均为有化疗指征的住院患者100例,随机分为治疗组和对照组,治疗组采用化疗+中药直肠滴入,对照组单用化疗,观察指标包括不良反应情况(骨髓抑制、恶心呕吐、腹泻、便秘、口腔炎,尿素氮、转氨酶情况);体力状况(KPS评分);化疗方案完成情况。结果治疗组与对照组比较不良反应轻,体力状况改善,化疗方案顺利完成。结论中药直肠滴入配合化疗治疗肿瘤病人有明显的减毒增效作用。朱夏^[22]探讨负瘤骨高温高压灭活复合人工假体治疗膝关节周围骨肿瘤的可行性。方法:2003~2008年间负瘤骨经高温高压3分钟灭活复合人工假体治疗膝关节周围骨肿瘤15例,男10例,女5例,平均年龄24.9岁。恶性骨肿瘤14例,骨巨细胞瘤术后复发1例。Enneking分期为II B期。恶性肿瘤术前化疗2疗程,评估反应好的行保肢术。结果:灭活骨病理未发现成活细胞,随访16~30个月,平均22.9个月。1例术后16个月肺转移死亡,余无瘤生存。所有创口I期愈合,无并发症。术后3个月ECT示灭活骨段均有浓聚,11例灭活骨与宿主骨骨性愈合,平均8.2月;与异体骨重建相仿,术后膝关节功能恢复良好。结论:高温高压灭活骨时间短,复合人工假体重建骨缺损,解决骨来源,并发症少,复发率低,延长假体使用寿命,值得推广。杨建宇^[23]认为,癌症作为死亡率高的疾病,会对人的情绪产生根大的消极影响,癌症患者常有紧张、恐惧、焦虑、压抑、狂躁等不良情绪反应,因此运用适宜的音乐来调节自己的情绪,这对于战胜病魔,具有十分重大的作用。刘晓峰^[24]应用经尿道膀胱肿瘤电切术治疗膀胱肿瘤108例疗效满意。

李丹青^[28]总结了恶性肿瘤化疗后神经毒性的中西医结合治疗进展。张莹^[29]总结了中西医结合治疗肿瘤临床研究进展。田英^[30]总结了抗肿瘤中药化学研究进展。

周春华^[31]总结了中医外治法在肿瘤治疗中的应用。杨建宇^[32]提出了关于中医肿瘤学科标准化建设的

总结:综上所述,该刊近3年共载与肿瘤相关论文33篇,涉及病因病机及相关因素探讨,多种治疗方法探讨,及护理经验介绍、综述等多方面,起到了很好的交流平台作用。但实验研究类论文及肿瘤系统标

准化治疗文献相对较少,今后载文可以相应调整,也可适当刊载一些中医名家治疗经验的相关文献。

参考文献:

- [1]王丽芬,朱垚,章永红.小议细胞凋亡与肿瘤中医药治疗[J].光明中医,2008,23(7):1042-1044.
- [2]杨琪.安糖 I 号方对 2 型糖尿病患者血清肿瘤坏死因子水平影响的临床研究[J].光明中医,2009,24(4):600-602.
- [3]林吉品.中医药在恶性肿瘤治疗中的作用机理探析[J].光明中医,2009,24(2):207-208.
- [4]张卜瑗,王路,黄如敬,李世杰.损伤及修复障碍与肿瘤发生的中西医机理初探[J].光明中医,2009,24(6):1038-1039.
- [5]陈小冰.肝肾综合征患者血清肿瘤坏死因子- α 的测定及其意义[J].光明中医,2009,24(7):1248-1249.
- [6]张晓羽.“治未病”应贯穿于防治肿瘤的始终[J].光明中医,2010,25(3):348-350.
- [7]王泳,陈家俊,黄争荣,王榕平.三仁汤治疗肿瘤患者化疗后食欲不振 59 例[J].光明中医,2010,25(11):2029-2030.
- [8]乔小燕,杨树明,蔡焦生.圣愈汤治疗恶性肿瘤化疗后贫血的临床观察[J].光明中医,2010,25(8):1423-1424.
- [9]赵彤,冯韧,袁春梅,易遵军,程黎焰.扶正解毒方对恶性肿瘤放疗后气阴虚证患者生活质量的影响[J].光明中医,2010,25(7):1194-1195.
- [10]田翠丽,田翠霞,赵博雅,王凌芬,赵聚宾,毕宏观.减毒增效升白汤联合化疗治疗恶性肿瘤临床观察[J].光明中医,2010,25(4):617-619.
- [11]段春鹏,贾文魁,贾文魁主任医师对异病同治治疗肿瘤的认识[J].光明中医,2010,25(12):2170-2172.
- [12]葛桂敏,沈敏鹤,沈敏鹤主任医师论治肿瘤思想辑要[J].光明中医,2010,25(11):1976-1977.
- [13]费雁,冯刚,张丽娟,丁亚文,陈伟,万复苏,答邦明.中药配合化疗改善 80 例晚期恶性肿瘤病人化疗生活质量[J].光明中医,2008,23(8):1095-1096.
- [14]田建明,张欢英.自拟养阴解毒汤防治头颈肿瘤放射损伤[J].光明中医,2008,23(9):1306-1307.
- [15]柳玉美,姜崇智,姜旭杰.温阳化痰法在晚期恶性肿瘤调治中的应用[J].光明中医,2008,23(12):1993-1994.
- [16]赵永强,张凌云.中药改善肿瘤化疗毒副反应的疗效观察[J].光明中医,2009,24(6):1108-1109.
- [17]冯韧,袁春梅,易遵军,程黎焰,屈进文,王友硕,雷开键,华平.扶正解毒方对恶性肿瘤放疗后气阴虚证的影响[J].光明中医,2009,24(8):1425-1426.
- [18]张爱玲,于沛林,王晓宁.补肾壮骨颗粒对兔膝骨性关节炎白介素-1 和肿瘤坏死因子的影响[J].光明中医,2010,25(3):424-426.
- [19]米希茂.生脉注射液在恶性肿瘤化疗中的减毒作用[J].光明中医,2009,24(9):1755-1755.
- [20]陈红涛.华蟾素注射液治疗晚期消化系统恶性肿瘤的临床观察[J].光明中医,2009,24(9):1693-1694.
- [21]考军,周文丽,赵可欣,邵纬,马晓业.中药直肠滴入配合化疗治疗肿瘤病人减毒增效的临床观察[J].光明中医,2010,25(11):2006-2008.
- [22]朱夏,林建华,陈飞,陈雷,吴朝阳.负重骨高温高压灭活治疗膝关节周围骨肿瘤[J].光明中医,2009,24(11):2114-2117.
- [23]杨建宇,闫苏平,范竹雯,魏素红,李志明.音乐疗法在各种肿瘤治疗方法中的应用[J].光明中医,2009,24(2):388-388,F0003.
- [24]刘晓峰,俞海涛,靳志丽,王俊秀.经尿道膀胱肿瘤电切术治疗膀胱肿瘤 108 例[J].光明中医,2009,24(5):888-889.
- [25]毕晶.39 例中药熏洗疗法治疗肿瘤化疗后周围神经病变护理观察[J].光明中医,2010,25(6):1103-1103.
- [26]张瑞香,王萍,范宏宇.恶性肿瘤的常见症状及其辨证施护[J].光明中医,2009,24(3):550-551.
- [27]徐芹,盛玉霞.知识型妇科肿瘤患者的心理护理[J].光明中医,2008,23(12):2034-2035.
- [28]李丹青,吴海燕,黎壮伟.恶性肿瘤化疗后神经毒性的中西医结合治疗进展[J].光明中医,2010,25(7):1316-1316,F0003.
- [29]张莹.中西医结合治疗肿瘤临床研究进展[J].光明中医,2009,24(11):2226-2229.
- [30]田英.抗肿瘤中药化学研究进展[J].光明中医,2009,24(6):1195-1199.
- [31]周春华,鲍晋,殷洁.中医外治法在肿瘤治疗中的应用[J].光明中医,2009,24(1):34-35.
- [32]杨建宇,李彦知,郑绍明,张文娟,高君,魏素红,贾少谦,王养富,李志明.关于中医肿瘤学科发展的思考[J].光明中医
- [33]徐筱红,王莲香,刘洁,刘怀.肿瘤实验教学“说课设计”初探[J].光明中医,2009,24(9):1810-1811.

升血丹治疗恶性肿瘤放化疗后 白细胞减少 101 例临床观察

胡皓 罗银星 蔡小平 张影 魏征

(河南省中医药研究院附属医院肿瘤血液科, 河南 郑州, 450004)

中图分类号: R735.7;256 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0180-02

恶性肿瘤患者化疗过程中最多见的,也是最普遍的一种并发症是白细胞减少症,常常迫使化疗减量或延期甚至中断,从而影响化疗效果。我们运用升血丹治疗恶性肿瘤患者化疗中白细胞减少症,取得满意效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《实用内科学》, 经查周围血象证实白细胞总数持续低于 $4 \times 10^9 / L$ 者。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》辨证为脾肾两虚证, 临床表现为头晕, 乏力, 气短懒言, 食少纳呆, 四肢疲软, 脘腹胀满, 大便溏薄, 腰膝痰软, 舌淡有齿痕, 脉沉弱。

1.2 一般资料

101 例恶性肿瘤患者均为我院住院或门诊病人, 均有病理学诊断。其中男例 59, 女例 42; 年龄最大 87 岁, 最小 41 岁, 平均年龄 64 岁; 其中肺癌 25 例, 胃癌 26 例, 大肠癌 17 例, 肝癌 22 例, 肾癌 5 例, 前列腺癌 3 例, 卵巢癌 2 例, 膀胱癌 1 例, 恶性淋巴瘤 1 例。采用 EP、TP、CHOP、FOLFOX 等联合化疗方案。

1.3 升血丹组成

黄芪 30g, 当归 10g, 黄精 10g, 山茱萸 10g, 杞子 15g, 女贞子 15g, 龟版胶 10g, 内金 10g, 砂仁 6g, 焦三仙 10g, 枳壳 10g, 广木香 6g, 连翘 6g。上述药物按比例, 共研细末, 制成水丸。

1.4 治疗方法

每服 6g, 一日两次, 口服。

1.5 统计学处理

所得数据采用 SPSS 软件包处理, 有效率的比较采 χ^2 检验, 治疗前后血象变化及中医症候积分变化

采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示有统计学意义, $P < 0.01$ 表示有显著统计学意义。

2 疗效标准与结果

2.1 观察指标

①放化疗所致的毒副反应, 如消化道反应、放射性肺炎症状、放射性食管炎症状等;

②病人精神、体力、食欲、面色等。

③血象的改善, 肝肾功能的恢复。

2.2 疗效标准

2.2.1 症状积分改善情况:

显效: 毒副反应完全消失, 精神好, 食欲佳, 乏力消失, 无不快感;

有效: 有轻微毒副反应, 精神一般, 食欲增加, 乏力减轻;

无效: 有较重毒副反应, 精神差, 时有恶心欲吐, 食欲差, 乏力明显无改善。

2.2.2 白细胞指标:

疗效标准参照《血液病诊断及疗效标准》制定。

显效: 治疗后白细胞总数 $> 4 \times 10^9 / L$, 并在疗程中能维持疗效, 直至停药后 1 周;

有效: 治疗后白细胞总数 $< 4 \times 10^9 / L$, 但比治疗前上升 $(0.5 \sim 1.0) \times 10^9 / L$, 并在疗程中能维持疗效直至停药后 1 周;

无效: 治疗后白细胞总数增高 $< 0.5 \times 10^9 / L$ 。

2.3 结果

2.3.1 血象变化

共治疗 101 例, 显效 76 例, 有效 13 例, 无效 12 例, 有效率为(显效+有效) 88.1%, 治疗前后白细胞、血小板变化有显著统计学意义, 红细胞及血红蛋白的变化无统计学意义, 但平均水平呈升高趋势, 可见升血丹对红细胞及血红蛋白也有一定升高作用。

治疗前后血象变化

	WBC($\times 10^9/L$)	RBC ($\times 10^{12}/L$)	PLT($\times 10^9/L$)	HGB(g/L)
治疗前	3.57 \pm 0.79 ^b	3.38 \pm 0.33	123 \pm 47 ^c	111.7 \pm 26.5
治疗后	4.59 \pm 0.87 ^b	3.45 \pm 0.42	146 \pm 49 ^c	115.3 \pm 21.2

a 表示差异有显著统计学意义, $t=10.7$, $p<0.01$; b 表示差异有显著统计学意义, $t=5.2$, $p<0.01$.

2.3.2 中医症候积分变化

	治疗前	治疗中	治疗后
中医症候积分	20.4 \pm 2.5 ^a	20.2 \pm 2.0	19.6 \pm 1.7 ^a

C 表示 $F=3.6$, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

3 讨 论

恶性肿瘤疾病的发生及肿瘤病人在手术、放化疗过程中所引起的体质虚弱, 脏腑功能减退, 气血亏虚, 免疫功能下降, 是正气虚弱, 邪气乘虚而入的结果; 而病人免疫功能的下降及脏腑功能减退是导致肿瘤复发和远处转移的重要因素。

目前, 临床上对于化疗后出现的白细胞减少症有以下几种方法: ①使用粒细胞集落刺激因子, 此法应用较为普遍, 其“升白”效果虽然显著, 但作用时间短, 易于反复, 且费用高, 多数患者难以承受; ②口服维生素、鲨肝醇、利血生, 疗效欠佳; ③小剂量激素疗法, 如地塞米松, 但疗效不可靠且易诱发感染; ④小量多次白细胞输送或全血输送, 缺点是费用高, 操作复杂, 目前血源匮乏。化疗后患者常见的症状为头晕、乏力、气短懒言, 食少纳呆, 恶心呕吐, 四肢疫软, 脘腹胀满, 大便溏薄, 腰膝酸软, 舌淡有齿痕, 脉沉弱。从中医辨证上讲符合肝脾肾亏虚的证候。中医古籍无“白细胞减少症”的记载, 但根据其临床表现, 中医认为属于“虚劳”、“虚损”范畴。中医认为“肾为先天之本”, “脾胃为后天之本, 气血生化之源”。化疗药物均为攻伐之品, 极易损伤人体的正气, 导致人体脏腑功能失调或损害。其伤及脾胃, 脾气亏虚, 健运失职, 故见食少纳呆, 甚至恶心呕吐, 脘腹胀满, 大便溏薄; 脾虚水谷不化, 气血生化乏源, 全身失养,

故见头晕、乏力、气短懒言; 肾气不足, 故见腰膝酸软; 肾亏则精血生化无根, 也可出现乏力、头晕等血虚症状。因此, 化疗药物所致的白细胞减少症多属中医的“脾肾两虚”、“气血不足”等范畴。笔者立“益气健脾, 温肾填髓”之法为基本组方法则, 自拟升血丹治疗化疗后骨髓抑制。黄芪 30g, 当归 10g, 黄精 10g, 山茱萸 10g, 杞子 15g, 女贞子 15g, 龟版胶 10g, 内金 10g, 砂仁 6g, 焦三仙 10g, 枳壳 10g, 广木香 6g, 连翘 6g。方中黄芪、当归补中益气生血; 山茱萸、枸杞子、黄精、女贞子、龟版胶补肾益精填髓、补养先天之精; 内金、砂仁、焦三仙、枳壳、广木香理气和胃、健而不滞, 使血液生化更迅速, 后天之源充足; 连翘入血分, 凉血解毒, 清血分瘀毒。全方共奏补气养血、强脾壮肾、调和脏腑阴阳之功能。现代药理研究表明, 黄芪、当归等均可刺激骨髓增生, 提高造血因子的分泌。黄芪还具有增强免疫功能, 延长细胞体存活和抗病毒等活性。黄精、龟版胶可保护人体造血系统, 改善骨髓微循环, 促进造血细胞核糖核酸合成和多能干细胞增殖与分化, 具有显著提高白细胞的作用。本临床研究结果显示: 升血丹具有较好的升白细胞疗效, 服药过程中, 未出现任何不良反应。如此, 不仅医疗费用大大降低, 而且效果好, 反映了中医简、便、廉、验的特点。

岩舒注射液治疗晚期癌症 30 例

杨 雅¹ 刘俊保² (指导老师)

(1. 河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳, 471002;

2. 河南省人民医院, 河南 郑州, 450003)

中图分类号: R437.73 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0182-02

【摘要】 目的: 观察岩舒注射液治疗晚期癌症的临床疗效。方法: 2008年8月至2010年5月无法耐受手术、放化疗的晚期癌症患者57例, 随机分为两组。岩舒组30例, 岩舒注射液加支持疗法治疗; 对照组27例, 单纯支持疗法治疗。比较两组疼痛缓解程度、近期疗效。结果: 疼痛缓解率岩舒组为56.7%, 对照组为37.0%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 近期疗效两组均无CR、PR, 岩舒组稳定率为76.7%, 对照组稳定率为33.33%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 岩舒注射液具有减轻疼痛, 提高患者的生活质量, 延长生存期的作用。

【关键词】 岩舒注射液; 晚期癌症

癌症晚期的患者失去手术机会, 加之全身情况差, 难以耐受放化疗。自2007年8月至2010年5月, 河南省人民医院中西医结合科采用复方苦参注射液治疗晚期癌症取得较好疗效, 现将结果报告如下。

1 临床资料

57例患者均经病理学或细胞学明确诊断, 经CT、X线、B超检查诊断。均为丧失手术机会, 不能耐受放疗、化疗的晚期癌症患者。年龄至28~81岁, 预计生存期超过8个月。随机分两组, 岩舒组30例, 男21例, 女9例; 年龄35~81岁; 其中肺癌14例, 胃癌6例, 大肠癌3例, 肝癌7例。对照组27例, 男19例, 女8例; 年龄28~75岁; 其中肺癌12例, 胃癌7例, 大肠癌3例, 肝癌5例。两组患者年龄、性别、原发病经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 药物治疗

对照组常规给予补液、营养、纠正离子紊乱等对症治疗。岩舒组在对症治疗的基础上, 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。治疗中定期监测血常规、肝肾功能、心电

图。

2.2 疗效评定

①疼痛评估采用VRS^[1]法分为4级, 即0级: 无痛; I级: 轻度疼痛; 2级: 中度疼痛; 3级: 重度疼痛。显效: 疼痛减轻2级以上者; 有效: 疼痛减轻1级者; 无效: 疼痛未减轻或加重。显效+有效等于缓解。②近期疗效按WHO实体瘤疗效标准^[2], 完全缓解(CR), 部分缓解(PR), 稳定(SD), 进展(PD)。

2.3 统计方法

采用SPSS17.0统计软件, 两组疼痛缓解及近期疗效比较应用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

两组疼痛缓解程度, 岩舒组显效8例, 有效9例, 无效13例, 缓解率56.7%; 对照组显效4例, 有效6例, 无效17例, 缓解率37.0% (表1)。两组疼痛缓解程度比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组近期疗效均无CR, PR, 治疗组稳定23例, 进展7例, 稳定率76.7%, 对照组稳定9例, 进展18例, 稳定率33.3% (表2)。两组近期疗效比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。监测血常规、肝肾功能、心电图, 患者未出现明显白细胞下降、血红蛋白下降、血小板下降、肝肾功能及心电图改变情况。

表1 两组疼痛缓解疗效比较

组别	例数	疼痛缓解疗效		缓解率
		缓解	无效	
岩舒组	30	17	13	56.7%
对照组	27	10	17	37.0%

表2 两组近期疗效比较

组别	例数	近期疗效		稳定率
		SD	PD	
岩舒组	30	23	7	76.7%
对照组	27	9	18	33.3%

4 讨 论

岩舒(复方苦参注射液)组成含有苦参、土茯苓、山慈菇、五灵脂、何首乌等中药,其药理作用主要有抗癌、镇痛、提高免疫力、止血等功能。苦参的主要成分为苦参碱、氧化苦参碱等多种生物碱。实验研究表明苦参碱可抑制端粒酶活性,对肿瘤有直接杀伤作用;诱导细胞分化,促进肿瘤细胞凋亡^[3]。苦参和白土茯苓具有较强的抗癌作用,能诱导肿瘤细胞向正常细胞分化和促凋亡,对正常细胞不产生破坏作用,并能对B淋巴细胞和T淋巴细胞的免疫功能有增强作用,其明显的减毒功效成为癌症患者化疗中的理想辅助药物^[4]。刘勇^[5]等研究表明岩舒注射液联合GP方案治疗中晚期非小细胞肺癌虽不能明显提高近期疗效,但能明显提高KPS评分、减少血液学毒性、提高患者对化疗的耐受能力、改善患者生存质量。

本组观察结果表明,岩舒注射液缓解晚期癌症患

者的疼痛,稳定肿瘤发展,同时不增加毒副作用。但由于本研究样本量较小,入组标准还要进一步完善,因此结果会有所偏倚,岩舒注射液治疗晚期肿瘤临床机制的进一步探讨,还有待于以后大样本的,前瞻性的研究。

参考文献:

- [1] 忽新钢,余守章.疼痛评估在ICU危重症患者中应用的新进展[J].广东医学,2010,31(6):665-667.
- [2] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001:995.
- [3] 王友春,马建党.复方苦参注射液联合化疗治疗胃癌的作用机制探讨[J].中国实用医药,2009,4(17):22-23.
- [4] 陈文靖,张代荣,刘俊丽.岩舒注射液在非小细胞肺癌全身化疗中的作用评价[J].临床肺科杂志,2008,13(12):1660-1661.
- [5] 刘勇,魏知,孟令占等.岩舒注射液结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌临床观察[J].山西中医[J].2009,25(8):24-25.

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。

消瘤胶囊治疗恶性肿瘤 101 例临床总结

蔡小平 魏征 赵一张 影胡皓 罗银星

(河南省中医药研究院附属医院肿瘤血液科, 河南 郑州, 450004)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0184-02

晚期肿瘤患者的姑息治疗,在发达国家治愈率为 45%~50%,在我国治愈率仅为 10%左右,癌症患者体质状况一般较差,常常难以耐受化疗和放疗。为了改善晚期肿瘤患者的症状,减轻痛苦,提高生存质量,我院肿瘤科于 2004 年 10 月至 2010 年 10 月,应用消瘤胶囊治疗晚期恶性肿瘤 101 例,获得了满意疗效。现将结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《实用肿瘤内科学》。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》辨证为瘀毒内结者。

1.2 一般资料

101 例恶性肿瘤患者均为我院住院或门诊病人,均有病理学诊断。其中男 59 例,女 42 例;年龄最大 87 岁,最小 41 岁,平均年龄 64 岁;其中肺癌 25 例,胃癌 26 例,大肠癌 17 例,肝癌 22 例,肾癌 5 例,前列腺癌 3 例,膀胱癌 2 例,卵巢癌 2 例。常规化疗方案为 CAP、NP、TP 等方案。

1.3 药物组成及制法

全虫 3g,壁虎 3g,三七 5g,火硝 3g,半枝莲 10g,内金 10g,广木香 6g。上述药物按比例放大,共研细末,装入胶囊,每粒约 0.5g (由河南省中医药研究院制剂室制作提供)。

1.4 治疗方法

14 天为一疗程,每例用药 2 个疗程。治疗前、后观察临床变化,并常规进行外周血象、肝肾功能、心电图的监测。

2 结果

2.1 症状积分改善情况

	治疗前	治疗中	治疗后
中医症候积分	20.4±2.5 ^a	20.2±2.0	19.6±1.7 ^a

a 表示 $F=3.6$, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2.2 镇痛效果

	无痛 (例)	轻度 (例)	中度 (例)	重度或剧痛 (例)
治疗前	14	34	29	24
治疗中	18	36	27	20
治疗后	36	38	15	12

1.5 疗效评定

1.5.1 症状积分:

显效:患者化疗毒副反应完全消失,精神好,食欲佳,乏力消失,无不适感,肝肾功能及血象正常积分改善 $>70\%$;

有效:有轻微化疗毒副反应,精神一般,食欲增加,乏力减轻,肝肾功能及血象基本正常,积分改善 $\geq 30\%$;

无效:有较重毒副反应,精神差,时有恶心欲,食欲差,乏力,肝肾功能异常,血常规异常,积分改善 $< 30\%$ 。

1.5.2 生活质量评定:

依据 KPS 评分标准,增加 10 分为改善;

减少 10 分为下降;

变化在 10 分内为稳定。

1.5.3 癌症疼痛评估:

根据 Budzynsk 标准,疼痛分为五级:无痛 (0 分)、轻度痛 (1 分)、中度痛 (2 分)、重度痛及剧痛 (3 分)。

轻度痛指完全不影响患者睡眠;

中度痛指疼痛影响睡眠,但仍可自然入睡;

重度痛指疼痛导致不能睡眠或睡眠中痛醒,需要药物和其他手段辅助睡眠;

剧痛指患者有痛不欲生、生不如死的感觉。

1.6 统计学处理

所得数据采用 SPSS 软件包处理,有效率的比较采用 χ^2 检验,治疗前后血象变化及中医症候积分变化采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学意义, $P<0.01$ 表示有显著统计学意义。

本组 87 例存在不同程度的疼痛, 经过一个疗程治疗后, 中度疼痛 29 例中 6 例疼痛消失, 8 例减轻至轻度疼痛, 15 例无大的改变。重度疼痛 24 例中 12 例减轻至中度疼痛, 12 例无明显缓解, 25% 的患者疼痛完全解除, 52.8% 的患者疼痛减轻, 总有效率为 68.9%。

治疗前中后疼痛患者情况

2.3 血象变化

共治疗 101 例, 治疗前后白细胞、血小板变化有显著统计学意义, 红细胞及血红蛋白的变化无统计学意义, 但平均水平呈升高趋势。

治疗前后血象变化

	WBC($\times 10^9/L$)	RBC ($\times 10^{12}/L$)	PLT($\times 10^9/L$)	HGB(g/L)
治疗前	3.57 \pm 0.79 ^b	3.38 \pm 0.33	123 \pm 47 ^c	111.7 \pm 26.5
治疗后	4.59 \pm 0.87 ^b	3.45 \pm 0.42	146 \pm 49 ^c	115.3 \pm 21.2

b 表示差异有显著统计学意义, $t=10.7$, $p<0.01$; c 表示差异有显著统计学意义, $t=5.2$, $p<0.01$ 。

2.3 生存质量变化

根据 Karnofsky 生存质量评分标准, 46 例中 13 例(28.2%)未提高; 12 例(26.1%)提高 10 分; 11 例(23.9%)提高 20 分; 7 例(15.2%)提高 30 分; 3 例(8.8%)提高 40 分。22 例患者有精神、情绪、食欲、活动功能等方面的改善。

2.4 毒副作用

全组病例的心、肝、肾等重要脏器功能无明显不良反应。

3 讨 论

中医虽无恶性肿瘤之病名, 但对“噎膈”、“反胃”、“积聚”、“岩症”等论述详细, 并总结出许多有效的内治、外治方法。我们认为: 恶性肿瘤潜伏期长、一旦发病病情严重、发病迅速、变证多端, 我们将其称之为“瘀毒”。理论上以“瘀毒”为立论依据, 认为元气衰退、瘀血内阻、顽痰停滞、相互胶结形成瘀毒, 采用活血解毒、软坚散结、扶正抗癌等治法, 设立瘀阳毒及瘀阴毒系列方药, 应用于临床, 有着较好的临床效果。中医认为虫类药乃血肉有形之品, 以咸味、辛味居多, 气温或平, 且多有小毒。辛味“能散, 能行”加之性温, 多能通血, 可消除瘀滞; 咸以入血、软坚散结, 故《素问·宣明五气篇》曰“咸走血”; 又以取类比象法, 虫类药性善走窜, 剔邪搜络, 攻坚破积, 清代吴鞠通言: “以食血之虫, 飞者走络中气分, 走者走络中血分, 可谓入微不入, 无坚不破。”其药效多强、药力多猛, 一般用于急症、重症、顽症及恶性肿瘤的

治疗。我们以全蝎、壁虎活血解毒为君; 辅以三七、火硝活血化瘀、软坚散结; 佐以半枝莲、内金解毒抗癌、顾护胃气, 使以广木香理气和胃、舒畅气血。诸药合用, 共奏活血解毒、软坚散结、扶正抗癌之功。

现代研究表明, 多数虫类药实验证明有一定抗肿瘤作用, 如僵蚕、地龙、白花蛇、全蝎、水蛭、蜂房、蟾皮、壁虎等。有些虫类药如全蝎、水蛭、蜈蚣等, 对试验动物的血液高黏状态具有一定抑制作用, 有一定抗凝血作用。研究表明, 绝大多数恶性肿瘤患者存在有血液的高凝状态或静脉血栓, 肿瘤的促凝活性不仅仅是一种表现恶性的现象, 而且是引发癌细胞扩散、转移的原因之一。

故本方药用于恶性肿瘤患者, 中医辨证属于瘀毒内结之证, 可起到活血止痛、化痰消瘤、扶正解毒、调理气机之功, 对减轻患者痛苦、控制临床症状, 减轻放疗毒副作用, 提高生活质量, 延长生存期有着较好的临床效果。

柴苓汤证与肿瘤病人的治疗

何永明

(江苏省肿瘤医院中西医结合科, 江苏 南京, 210009)

中图分类号: R 文献标识码: B 文章编号: CCAC(2011)-08-0186-04

【摘要】 柴苓汤, 是小柴胡汤与五苓散的合方。在古代, 一般用来治疗身热、口渴、腹泻、小便不利等病症。在现代, 多用于治疗慢性肾炎、肝硬化腹水、溃疡性结肠炎、系统性红斑狼疮等疾病。肿瘤病人在手术、放疗、化疗等综合治疗过程中, 往往会出现: 情绪低落或焦虑, 食欲不振或呕吐, 口渴, 便溏, 小便不利, 面目肢体浮肿, 舌暗淡苔薄白等症候。以“方证相应”为原则, 运用柴苓汤治疗效果较好。对方剂组成、功效主治、剂型剂量、不良反应、方证加减、疗效评价方法等, 进行了探讨。

【关键词】 柴苓汤证; 肿瘤病人; 方证相应

柴苓汤, 是小柴胡汤与五苓散的合方。在古代, 一般用来治疗身热、口渴、腹泻、小便不利等病症。在现代, 多用于治疗慢性肾炎、肝硬化腹水、溃疡性结肠炎、系统性红斑狼疮等疾病。肿瘤病人, 在治疗过程中出现气滞水蓄等症候时, 以“方证相应”为原则, 运用柴苓汤治疗效果较好。

1 柴苓汤的历史应用

柴苓汤是小柴胡汤与五苓散的合方, 由柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、生姜、大枣、泽泻、茯苓、猪苓、桂枝、白术, 共计 12 味药组成。小柴胡汤和五苓散是中医常用的经方, 首见于东汉张仲景《伤寒杂病论》(约 208 年)。柴苓汤之名, 最早见于南宋杨士瀛《仁斋直指方论》(1264 年), 组成则在元代危亦林《世医得效方》(1337 年) 中有明确记载: “小柴胡汤与五苓散合和, 名柴苓汤。”其后, 在《丹溪心法》、《保婴撮要》、《景岳全书》、《医宗金鉴》、《沈氏尊生书》、《医学传心录》、日本《先哲医话》、韩国《东医寿世保元》等书中亦有记载。一般用来治疗, 伤寒泄泻身热、伤风伤暑阳明症、小儿麻疹痘疮疝气等, 症见身热、口渴、腹泻、小便不利者。

1.1 小柴胡汤证

在《伤寒杂病论》中, 小柴胡汤经典方证, 可表述为:

外感风寒, 或内伤杂病, 出现往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕, 或头痛腹痛, 或目眩嗜卧, 或汗出口渴, 或脉弦者, 小柴胡汤主之。

小柴胡汤方: 柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升(洗) 甘草三两(炙) 生姜三两(切) 大枣十二枚(擘) 右七味, 以水一斗二升, 煮取六升, 去滓, 再煎取三升, 温服一升, 日三服。

1.2 五苓散证

在《伤寒杂病论》中, 五苓散经典方证, 可表述为:

外感或杂病, 口渴, 小便不利, 或发热而脉浮,

或汗出, 或烦者, 五苓散主之。

五苓散方: 猪苓十八铢(去皮) 泽泻一两六铢 茯苓十八铢 桂枝半两(去皮) 白术十八铢

右五味, 捣为散, 以白饮和服方寸匙, 日三服。多饮暖水, 汗出愈。

1.3 柴苓汤证

《伤寒杂病论》

小柴胡加茯苓汤: 小便痛澀, 下如粟状, 少腹弦急, 痛引脐中, 其名曰淋。此热结在下焦也, 小柴胡加茯苓汤主之。

小柴胡加茯苓白术汤: 太阴病, 吐逆, 腹中冷痛, 雷鸣下利, 脉沉紧者, 小柴胡加茯苓白术汤主之。

《仁斋直指方论》

柴苓汤: 柴苓汤治伤寒泄泻身热。

《世医得效方》

小柴胡汤与五苓散合和名柴苓汤。柴苓汤, 治伤

风、伤暑、疝, 大效。

《景岳全书》

柴苓饮: 柴胡二三钱, 猪苓、茯苓、泽泻各二钱, 白术二三钱, 肉桂一二三钱。水一钟半, 煎服。如寒邪胜者, 加生姜三五片。治风湿, 发黄发热, 身痛脉紧, 表里俱病, 小水不利, 中寒泄泻等证。

柴苓汤: 白术、茯苓、泽泻、柴胡、猪苓、黄芩。治身热、烦渴、泄泻。

《医宗金鉴》

柴苓汤: 黄芩、半夏(姜炙)、白朮(土炒)、生甘草、赤茯苓、猪苓、泽泻、柴胡, 引用生姜、灯心, 水煎服。初热作泻柴苓先。若泻甚, 则是邪气并于肠胃, 迫而下降, 使传化失常也, 宜柴苓汤主之。

《医学传心录》

柴苓汤, 即小柴胡汤合五苓散。身热口中渴, 更兼泻下频, 柴苓汤一剂, 施治捷如神。

2 柴苓汤的现代应用

20 世纪 80 年代后,日本对汉方药进行了深入的药理研究和广泛的临床应用。2002 年,日本汉方药总生产金额为 1106 亿日元(约合 10 亿美元),其中补中益气汤、柴苓汤、大建中汤、小柴胡汤等 12 个品种的产值占 43.1%^[1]。

目前在国内外,柴苓汤广泛应用于多科多病证的治疗。包括,肾脏疾病:慢性肾小球肾炎、肾病综合征、狼疮性肾炎、急性肾炎、肾损伤、输尿管狭窄;肝脏疾病:肝硬化、肝硬化腹水、慢性肝炎;肺部疾病:肺结核病、肺真菌病;胃肠道疾病:溃疡性结肠炎、胰腺炎、胆囊炎;骨骼疾病:类风湿性关节炎、与透析相关骨关节病;糖尿病:抗糖尿病发病、降血糖、糖尿病性肾病;五官科疾病:黄斑水肿、糖尿病黄斑水肿、视神经萎缩、青光眼、高眼压症、周围性面神经麻痹、原发性三叉神经痛、梅尼埃病、梅尼埃病听力障碍、慢性卡它性中耳炎、渗出性中耳炎、感受性耳聋;甲状腺疾病:甲状腺良性肿瘤、突眼性甲状腺肿、桥本病、腺瘤性甲状腺肿;结缔组织疾病:系统性红斑狼疮;皮肤科疾病:嗜酸性细胞性脓疱性毛囊炎、带状疱疹、复发性生殖器疱疹;妇产科疾病:多囊卵巢综合征、不孕症、习惯性流产、妊娠中毒症、妊娠期高血压、妊娠水肿、孕妇味觉异常;男科:非感染性慢性前列腺炎;儿科:婴幼儿感冒性腹泻;外科:下肢骨折手术肿胀、外伤和手术后下肢肿胀;肿瘤:宫颈癌、宫体癌、直肠癌、胃癌、肺癌、乳腺癌、甲状腺癌等。

3 柴苓汤医案举例

3.1 咳甚遗尿案

姚某,女,54 岁。2006 年 9 月诊断为左肺腺癌,左肺门淋巴结、左侧胸膜转移。2006 年 9 月至 2007 年 1 月行 GP 方案、DP 方案多周期化疗。2007-02-08 入院时,精神悲观,面部浮肿,动则心慌,时有咳嗽,咯白色粘痰,咳甚则遗尿,饮食则呕吐,口苦不欲食,舌暗红苔薄滑,脉细数。近 1 个月体重减轻 6 公斤。心电图示:心率 120 次/分,窦性心律过速。X 线胸片示:左侧胸腔积液。此案,口苦呕吐、精神不振,属小柴胡汤证;面部浮肿、饮水则呕、咳甚遗尿,为五苓散证。予柴苓汤:柴胡 5 克、黄芩 10 克、党参 15 克、姜半夏 10 克、炙甘草 5 克、干姜 2 克、桂枝 5 克、茯苓 15 克、猪苓 10 克、泽泻 10 克、白术 10 克、枸杞子 5 克、丹参 15 克、郁金 12 克,三剂。患者服药感觉香甜,一剂后食欲增加,三剂后精神转振、面部浮肿减轻、咳嗽止、饮食二便正常,高高兴兴回家过春节。2007 年 03 月病人复诊时说,春节期间饮食、二便正常,体重恢复。

3.2 化疗呕吐案

高某,女,53 岁。2006 年 10 月诊断为右下肺腺癌术后(PT3N2MO)。2006 年 12 月至 2007 年 3 月行 GP 方案化疗 4 周期,每周化疗都有呕吐、食欲不

振。2007-04-10 行化疗第 5 周期,每日呕吐 4、5 次,患者气色萎黄,面部浮肿,食欲不振,口中发酸,舌淡红苔薄白,脉细。予柴苓汤调理,处方:柴胡 5 克、黄芩 10 克、党参 15 克、姜半夏 15 克、炙甘草 5 克、干姜 3 克、枸杞子 10 克、茯苓 15 克、猪苓 10 克、泽泻 10 克、桂枝 5 克、白术 10 克,三剂。因药房缺货,以干姜代生姜、枸杞子代大枣。服药后,患者自觉口感好,呕吐止,饮食二便随正常,化疗平稳完成。

3.3 泛酸胁痛案

马某,男,63 岁。2007 年 5 月诊断为贲门腺癌术后(PT4N1M0)。2007 年 6 月至 10 月行化疗 FAP 方案 5 周期。2007-11-13 近期时有口苦、泛酸,夜间为甚,左侧胸肋手术切口处隐痛,舌暗红苔薄白,脉弱。2007-11-15 胸腹 CT 示:左侧胸腔积液及左肺部分不张。予疏肝和胃、利湿化饮,柴苓汤调理。处方:柴胡 5 克、黄芩 10 克、党参 15 克、姜半夏 10 克、炙甘草 5 克、干姜 3 克、茯苓 15 克、猪苓 10 克、泽泻 10 克、桂枝 5 克、白术 10 克,药房缺大枣,三剂。患者服药一剂,已无返酸,口苦、胁痛减轻。三剂后,第 6 周期化疗平稳完成,无明显不适及化疗反应。

3.4 胸壁渗液案

徐某,女,43 岁。2007 年 8 月诊断为左乳浸润性导管癌,左腋下淋巴结转移。2007-09-03 至 10-09 行术前化疗 3 周期。2007-11-06 行左乳癌改良根治术。2007-11-19 至 12-13 行术后化疗 2 周期。患者术后,左胸壁负压引流球每日有引流出淡黄色液,至 2007-12-17 已 40 余天。2007-12-13 行右锁骨下深静脉置管术,术后穿刺皮肤处每日渗出淡黄色组织液。左胸壁负压引流球淡黄色液,每日约 30 毫升。2007-12-17 食欲欠振,左侧胸肋胀痛,舌红苔薄黄,脉弦数。予疏肝理气、健脾利湿,柴苓汤调理。处方:柴胡 5 克、黄芩 10 克、党参 10 克、姜半夏 10 克、炙甘草 5 克、干姜 2 克、泽泻 10 克、茯苓 15 克、猪苓 15 克、白术 10 克、桂枝 5 克、白芍 15 克,三剂。患者服药一剂后,左胸壁引流液减少至 5 毫升,右锁骨下深静脉置管穿刺皮肤处渗液明显减少。二剂后拔除左胸壁负压引流球,三剂后右锁骨下穿刺皮肤处已无渗液。

3.5 骨痛尿频案

蒋某,女,68 岁。2008 年 6 月诊断为左下肺腺癌,多发骨转移。选择中药治疗。2008-12-08 行局部放疗。2008-12-29 至 2009-02-13 行 GP 方案化疗 2 周期。2009-12-08 两肺转移,口服厄洛替尼片治疗至 2010 年 3 月。2010-03-09 一般情况较差,体质弱,精神萎,嗜睡,口干、食欲不振、时吐清液,多发骨痛,小便频数量少,双足浮肿。予疏肝和胃、化湿利水,柴苓汤调理。处方:柴胡 5 克、黄芩 10 克、党参 20 克、姜半夏 10 克、炙甘草 5 克、干姜 2 克、泽泻 10 克、茯苓 20 克、猪苓 15 克、白术 15 克、桂枝 5 克、枸杞

子 10 克, 三剂。服药后, 精神状态明显好转, 口干减轻, 未再呕吐, 夜间小便一次, 双足浮肿消退。镇痛药芬太尼透皮贴, 剂量由 42mg 减量为 25.2mg。柴苓汤五剂继服。

4 讨论

4.1 方剂组成

柴苓汤的组方药物有: 柴胡、黄芩、半夏、党参、甘草、生姜、大枣、茯苓、猪苓、泽泻、白术、肉桂, 共计 12 味中药。其中, 春柴胡、黑柴胡、大红枣、小红枣等中药的产地不同, 可遵循“因地制宜”的原则, 在南北方各地域所习用。姜半夏、法半夏、炙甘草、生甘草等饮片, 炮制方法不同其功效也有所差异, 应根据药性和疾病证候而选用。咽痛、心烦等热症明显时, 可去肉桂改用桂枝, 或加连翘、山栀子以清热。

关于古人参, 笔者经考证认为《伤寒杂病论》记载的“人参”为桔梗科党参而非五加科人参^[2]。正如清代张山雷所言: “凡古今成方之所用人参, 无不可以潞党参当之。即凡百证治之应用人参, 亦无不可以潞党参代之。”^[3]

临床运用的实际情况是, 处方中绝大多数为党参, 如: 许春华^[4]运用柴苓汤治疗慢性卡它性中耳炎时选用党参。也有些实验研究中用了人参, 如: 冉小蓉^[5]研究柴苓汤有效成分时选用人参。

4.2 功效主治

柴苓汤的功效, 可以归纳为: 解表和里、化气行水、疏肝健脾。解表和里, 是对解表祛热、健脾和胃、利小便以实大便功效的概括。化气行水, 是对升清降浊、输布津液、行水利尿治疗水蓄证功效的概括。疏肝健脾, 是对舒肝解郁、条达情志、增进食欲、帮助消化等功效的概括。柴苓汤的主治, 由药证、方证推导得出: 肝郁脾虚、气滞水蓄证。

4.3 剂型剂量和不良反应

柴苓汤的常用剂型有汤剂和颗粒剂。国内一般采用汤剂, 辨证论治, 中病即止或加减调理, 一般没有毒副作用。杨雪花^[6]运用柴苓汤治疗慢性肾小球肾炎, 疗程至少在 60 天以上, 取得疗效后仍守方辨证加减巩固 1 年左右, 未发现有明显毒副作用。

在日本, 采用柴苓汤颗粒提取物制剂, 服用数周至数年。一般是对病治疗, 不辨证或简单辨证(如: 胸胁苦满用柴胡剂)。大久保仁^[7]治疗 66 例肝硬变患者, 给予柴苓汤 9.0g/d, 进行为期 5 年的长期治疗, 研究结果表明肝硬变患者长期服用柴苓汤没有副作用。但是, 土田晋也^[8]报道柴苓汤致嗜酸性粒细胞性膀胱炎 1 例: 患儿, 男, 8 岁, 因蛋白尿、支气管哮喘、过敏性鼻炎, 自 5 岁起服用柴苓汤(3.0g/d, 顿服)、甲

哌噻庚酮(0.8mg/d, 分 2 次服), 3 年后出现下腹痛、尿频, 诊断为膀胱炎, 考虑为柴苓汤所致。

正如《汉书·艺文志·方技略》所言: “经方者, 本草石之寒温, 量疾病之浅深, 假药味之滋, 因气感之宜, 辨五苦六辛, 致水火之齐, 以通闭解结, 反之于平。及失其宜者, 以热益热, 以寒增寒, 精气内伤, 不见于外, 是所独失也。”中医一般认为, 应用中药要根据药性功效, 本着“辨证论治”的原则, 中病即止、或随证加减, 才能保障用药的安全和有效。

4.4 方证相应和随证加减

方证, 是方药和病证的对立统一。把经典方剂和其适应症作为相对应的整体来研究, 即方证研究。方证相应, 是经方起效的关键。

小柴胡汤证, 主要表现为: 往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕, 或头痛腹痛、目眩嗜卧、汗出口渴, 脉象以弦脉多见。五苓散证, 主要表现为: 口渴、小便不利, 发热脉多浮, 内饮脉多弦。在现代, 由于解热镇痛药和抗菌素的普遍应用, 往来寒热的症状有所减少。而随着静脉输液的大量应用, 水蓄证有所增加。肿瘤病人出现柴苓汤证时, 多表现在精神、食欲、水蓄三方面。柴苓汤证的典型表现有: 病人情绪低落或焦虑, 食欲不振或呕吐, 口渴, 便溏, 小便不利, 面目肢体浮肿, 舌暗淡体胖大苔薄白。

在治疗过程中, 症候也会随着患者的体质、病情和疗效而发生一些变化, 这就需要药证相对、加减化裁。如: 黄煌教授应用柴苓汤治疗肿瘤^[9], 伴见淋巴结肿大、热毒内盛者, 加连翘; 体质差, 易感冒, 伴有浮肿者, 加黄芪; 伴有心悸、盗汗者, 加龙骨、牡蛎; 伴有心烦、失眠者, 合酸枣仁汤; 伴消瘦、口干、舌质红者, 合麦门冬汤, 等。

4.5 疗效评价

对柴苓汤的疗效评价, 需要从病人的自我感受、症状体征、理化检查、不良反应、生活质量、生存时间等多方面进行观察和评价。

自我感受: 方药对证时, 病人一般会觉得汤药清香可口, 食欲增加, 身体舒服。不对证时, 感觉汤药难喝, 恶心欲呕, 身体不舒服。疾病好转后, 也会感觉原先的汤药变得难喝, 不想再喝汤药了。

症状体征: 病人的口渴、浮肿减轻, 小便通畅, 大便规律成形, 舌苔转变正常, 说明柴苓汤对证有效。理化检查: 胸水、腹水减少, 肝功能、肾功能改善, 肿瘤指标降低或稳定, 说明柴苓汤对证有效。

不良反应: 以“方证相应”为原则运用柴苓汤, 辨证加减, 一般没有明显的毒副作用和不良反应。

生活质量: 服药后精神好转、情绪稳定、睡眠改

善、疲劳感减轻、食量增加、体重增加、乐于情感交流、生活自理能力增强,说明柴苓汤对证有效。

生存时间:肿瘤患者配合中医药治疗时,在减轻症状、改善生活质量的基础上,一般都有生存时间延长的现象。

参考文献:

- [1]李刚.我国中药出口贸易现状与对策研究(II).中国中医药信息杂志,2004,11:6-11.
- [2]何永明.人参本草史考源.中成药杂志,2001,23(5):384-387.
- [3]张山雷著,浙江省中医管理局《张山雷医集》编委会编校.《张山雷医集》(上册),北京:人民卫生出版社,1995,182.
- [4]许春华,叶彧琳.加味柴苓汤为主治疗慢性卡它性中耳炎.中华实用中西医杂志,1996,9(10):606.

相关文献:

名老中医治疗头风病的证治规律浅析

目的:探讨名老中医治疗头风病的证治规律.方法:采用回顾性分析的研究方法,共收集了100篇总结当代名老中医治疗头风病经验的文献,对其中符合纳入标准的54篇文献进行分析总结.结果:在病因方面,头风病与风邪有关(83.3%),其次为瘀血、痰浊、热邪、血虚;在与脏腑的关系方面,头风病主要与肝(81.5%)相关,其次为脾(40.7%)、肾(40.7%);与心关联较小,与肺无关.常用治法依次为祛风、活血化瘀、祛痰、清热、养血.主要方剂是个人经验方(22.90%)、四物汤类方(22.2%).使用频次超过50%的药物,依次为川芎、甘草、白芍、白芷、当归、细辛、蔓荆子、半夏、柴胡、菊花、茯苓、黄芩、生地黄、羌活、赤芍.结论:在中医传统理论指导下运用中药治疗头风病具有一定的证治规律及独到的优势.

[5]冉小蓉,杨辉华,等.质谱差谱方法及其在中药复方研究中的应用,高等学校化学学报.2007,28(2):250-253.

[6]杨雪花,冯松杰.柴苓汤治疗慢性肾小球肾炎 53 例,辽宁中医学院学报.2005,7(1):53.

[7]大久保仁.(日本)汉方与最新治疗.1996,5(3):247-252.

[8]土田晋也.日本小儿科学会杂志.1994,98(1):91-95.

[9]张荣春.黄煌教授应用柴苓汤治疗肿瘤的经验.国医论坛.2007,22(4):7-8.

作者简介:

何永明(1975~),男,汉族,医学博士,主治医师,中西医结合内科副高级职称,研究方向:传统经典中医、中西医结合肿瘤防治。

当前中医肿瘤临床存在的问题与解决对策

张明

(北京复生康中医研究院, 北京, 102600)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0190-02

目前,在我国肿瘤的治疗上,中医药已得到普遍的应用,已成为与手术并列的两大治疗手段之一,我国大约70%—80%的肿瘤患者在使用中医药治疗,建国六十年来,中医肿瘤学取得了很大成就,许多被西医宣判死刑的晚期肿瘤患者经过中医的治疗挽回了生命,创造了无数人间奇迹,但另一方面,我们也应当看到,目前我国恶性肿瘤患者的平均五年存活率仅25%,每年去世的肿瘤患者200万左右,存活率低下的原因有很多,但与中医治疗有很大关系,直接影响着临床疗效,下面,就我们在平日临床中观察到的中医治疗肿瘤存在的几个问题及解决对策简述如下

1 中医在目前的肿瘤治疗中仍处于附属地位,来诊患者绝大多数是西医治疗无效的晚期患者,早期很少

目前,中医治疗的肿瘤患者绝大多数是经手术或化疗无效的晚期患者,早期很少,也就是说,目前中医在肿瘤的治疗中仍处于附属地位,是在给西医“打下手”,这部分患者,中医治疗难度同样很大,绝大部分存活期很短,最后能够长期存活的是少数,这是中医治愈率低的主要原因,这说明广大肿瘤患者对目前的中医治疗现状并不了解,他们不知道中医早已成为与手术并列的治疗肿瘤的两大手段之一,也不了解中医能够治愈许多晚期患者而早期疗效会更好,如果许多肿瘤患者在确诊时即结合中医治疗,那么,他们的治愈机会会大大提高,就不会过早的失去生命,改变这种现状要大力宣传建国六十年来中医在治疗肿瘤方面取得的巨大成就,让广大患者知道中医治疗肿瘤已有几千年的历史,疗效在许多方面要优于西医,使他们对中医的优势和特点有一个了解,不至于在西医没办法时才找到中医,那时就太晚了。

2 抗癌中药研发模式与中医临床背道而驰,“国药准字”疗效欠佳

目前,抗癌中药的研发,也就是“国药准字”的开发是以小白鼠试验和寻找“物质基础”为必要条件,开发费用至少在几百万至千万之间,而历经几年开发出来的“国药准字”抗癌中药绝大多数是以辅助治疗为

从近些年发表的专业论文来看,在肿瘤的中医基础理论方面研究不够,许多重大基本问题至今没有得到很好解决,如:肿瘤是如何发生的,治则是什么,哪些方剂和药物是对肿瘤有效的,等等,由于基础理

主,以治疗为主的几乎看不到,许多老中医对这类“国药准字”不屑一顾,中医界早在多年以前即对这类模式研究出来的科研成果称之为“假科研成果”,在中医界不被承认,中医治病是辨证论治,用药因人而异,“国药准字”违背中医辨证论治规律,不分男女老少,千人一药,其疗效可想而知,难怪老中医不认可,这也是疗效欠佳患者不相信中医的主要原因,中医肿瘤临床能有今天的现状,与“国药准字”的泛滥有很大关系,中成药的研制,中医历来是个人经过长期的临床摸索而形成,是个人智慧的结晶,纵观现在的名牌中药如云南白药,六神丸,六味地黄丸等无一不是如此,抗癌中成药的研发也不能脱离这个规律,应鼓励中医个人研制抗癌中药,只有这样才能研制出真正的抗癌中成药,而不能将没有批号的制剂统统视为假药,目前已进入21世纪,中医药的管理体制也应加以改进,做到与时俱进,更好的促进中医发展,而不是阻碍中医的进步。

3 大多数肿瘤患者在看中医时感到迷茫,不知如何选择

这种现象我们在临床中经常遇到,许多患者面对网上铺天盖地的中医抗癌信息感到真假难辨,无法选择,陷入一种无助的状态,说明目前中医在治疗肿瘤方面还非常混乱,鱼龙混杂,水平参差不齐,改变这种现状还需要付出很多努力。

4 民间中医的有效疗法和偏方,秘方没有得到充分发挥

民间中医是中医的主体,真正的中医在民间,肿瘤的治疗也不例外,目前,许多有治癌经验的民间中医处于自生自灭的状态,电视上,报纸上看不到他们的身影,许多老中医去世后他们的宝贵经验没有得到继承,而是带到了棺材里,他们默默无闻,鲜为人知,这些无论是对患者还是对中医事业都是一个巨大的损失,国家应当给与民间中医大力扶持,做为媒体,不能主要宣传专家,教授,要给民间中医话语权,关注和宣传民间中医就是造福广大患者。

5 基础理论研究不够,继承不足

论研究的不够深入,直接影响临床疗效,至今没有一个抗癌中成药是广大患者和医生公认的特效药,这是中医治疗肿瘤疗效不能进一步提高的主要原因,我国现存的中医古籍浩如烟海,这里面蕴藏着大量的治疗

肿瘤的宝贵经验和有效方剂，不要说全部继承，就是继承一小部分肿瘤的疗效也会有巨大的提高，从已发表的论文看，古典文献依据不足，含金量不高，继承不够，今后，我们的主要任务是加强古典文献的研究，努力挖掘祖国医学宝库中的精华，研制出更好的特效抗癌药，攻克癌症，造福人类。

以上，就我们在平日临床中所看到的几个问题做了一个简单的概述，这说明，我国目前中医肿瘤临床还处于初级阶段，这与中医的博大精深和治疗肿瘤的几千年历史极不相称，众多的肿瘤患者因为没有得到很好的中医治疗而离开人世，要想改变这种现状还需要一个漫长的历史阶段，还需要我们付出巨大的努力。

相关文献：

浅谈化疗患者不良反应的护理干预对策

化疗是治疗恶性肿瘤的重要方法之一。化疗在应用化学物质杀死肿瘤细胞的同时，会产生全身或局部的不良反应，影响机体的免疫功能，给病人带来身心的双重压力与痛苦，因此针对相关因素采取一些护理干预措施，能有效地预防或减轻不良反应，来提高患者的生活质量。

作者	郑明秋(江苏靖江中医院, 江苏, 靖江, 214500) ;
刊名	中医临床研究 2011 年03卷01期
英文期刊名	CLINICAL JOURNAL OF CHINESE MEDICINE
关键词	肿瘤化疗不良反应护理干预心理护理
MeSH 主题词	肿瘤(Neoplasms)病人(Patients)压力(Pressure)护理(Nursing Care)针(Needles)免疫(Immunity)方法(Methods)性(Sex)
分类号	R392.8

浅析手足口病的护理

手足口病是由柯萨奇病毒 A 16(Coxsackievirus A16, CVA16)、肠道病毒71(Enterovirus 71, EV71)等20多个人肠道病毒(Human enterovirus, HEV)血清型引起幼儿和儿童常见传染病。

作者	杨晓霞(甘肃省武威肿瘤医院, 甘肃, 武威, 733000) ; 许建萍(甘肃省武威肿瘤医院, 甘肃, 武威, 733000) ;
----	---

排瘤疗法与恶性肿瘤的治疗——附 38 例病例分析

张 明

(北京复生康中医研究院, 北京, 102600)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0192-03

【摘要】目的:使中医药在治疗恶性肿瘤方面有一个新的思路和方法,进一步提高治愈率和有效率。方法:使用中药制剂将人体内的肿瘤组织排出来。结果:治疗后发现部分肿瘤患者排出了体内的肿瘤组织,而且长期存活,最长达十几年。结论:排瘤疗法是一种治疗恶性肿瘤的有效疗法,具有独特的优势,深入研究对恶性肿瘤的治疗具有重要意义。

【关键词】排瘤疗法;恶性肿瘤的治疗

运用排瘤疗法治疗肿瘤是指通过药物的治疗作用将人体内的肿瘤组织通过不同渠道如口鼻,前后二阴排出体外,从而达到治病的目的,正如《灵枢·水胀》:所云:“石瘕何如?歧伯曰: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,可导而下之”,历代医家在继承前人的基础上运用排瘤疗法治疗肿瘤者不乏其人。

张子和《儒门事亲·卷八·积块一百二十九》:“果园刘子平妻,腹中有块如瓢,十八年矣,经水断绝,诸法无措,戴人令一月之内涌四次,下六次,所去痰约一,二桶,其中不化之物,有如葵菜者,烂鱼肠之状,涌时以木如意揣之,觉病积如刮,渐渐而平”。

龚廷贤,《寿世保元·卷三·积聚》:“中州吴仰泉夫人,年五旬,患腹中积块如盘大,腹胀年余,后渐卧不倒床,腹响如雷,暖气不透,口干,吐白沫,不思饮食,肌瘦如柴,医更八人,并无寸效,一家哭泣,后世具备,束手待死而已,召余至,诊六部涩数,气口紧盛,余知是前医误以寒凉克伐之剂使真气不运,而淤血不行,予以汤剂,服三剂后,小便下血块如鸡肝状,服至十二剂,打下黑血块如盆许,腹中仍有数块,又以八物汤加枳实,香附,五剂而痊。”

李中梓,《医宗必读·卷之七·积聚·医案》:“襄阳郡守于鉴如,在白下时,每酒后腹痛,渐至坚硬,得食辄痛,余诊之曰,脉浮大而长,脾有大积矣,然两尺按之软,不可峻攻,令服汤剂七日,投以自治攻击丸三钱,但微下,更以四钱服之,下积十余次,皆黑而韧者,察其形不倦,又进四钱,于是腹大痛而所下甚多,服汤剂十日,又进丸药四钱,去积三次,又进二钱,而积下遂至六七碗许,脉大而虚,按之豁如矣,

乃以补中益气调补,一月痊愈。”

吴鞠通,《吴鞠通医案·卷三·噎食》:“傅先生,55岁,先因酒楼中饮酒,食烧小猪响皮,甫及下咽,心下隐隐微痛,一月后痛有加,延医调治一年不效,次年5月饮水一口,胃中痛如刀割,干饭不下咽已月余矣,闰5月初8日,计一粒不下已十日,骨瘦如柴,面赤如赭,胃中痛处高起如桃大,按之更痛不可忍,余曰,此食隔也,当下之,伊家见方重不敢服,求签而后服一碗,痛至脐,服二碗,痛至小腹,服三碗,痛至肛门,大痛不可忍,又不得下。于是又作半剂,服一碗,外加蜜导法,始下如鸡蛋,黑而有毛,坚不可破,次日先吃烂面半碗,又次日饮粥汤,三日食粥,五日吃干饭矣。”

张锡纯《医学衷中参西录·第六期第四卷·妇女科·产后癥瘕》:①邑城西韩家庄,韩氏妇,年36岁,得产后癥瘕症。初因恶露下少,弥月之后渐觉少腹胀满,因系农家妇,当时麦秋忙甚,未暇延医服药,又迟月余,则胀而且痛,始服便方数次,皆无效,后则疼处按之觉硬,始延医服药,诊治月余,其痛似减轻而硬处转见增大,月信自产后未见,按生理正规,产后两月,月信当见,有孩吃乳,至四月亦当见矣,今则已半载月信未见,引起产后未下之恶露,结癥瘕于冲任之间,后生之血遂不能下为月信,而尽附益于其上,俾其日又增长,是以积久而其硬处益大也,是当以消

癥瘕之药消之,又当与补益药并用,使之消癥瘕而不致有伤气化痰.....将药连服十五六剂,(随时略有加减)忽下紫黑血块若干,病随痊愈。②邻庄李边务,刘氏妇,年25岁,经血不行,结成癥瘕,处境不顺,心多抑郁,以致月信渐闭,经血不行,结成癥瘕,癥瘕初结时,

大如核桃，久治不消，渐至经闭后则癥瘕渐长，三年之后大如覆孟，按之甚硬，渐至饮食减少，寒热往来，咳嗽吐痰，身体羸弱，亦以为无可医治，待时而已，后忽闻余善治此证，求为诊视，此乃由经闭而积成癥瘕，由癥瘕而浸成虚劳之症也，此宜先治其虚劳，而以消癥瘕之品辅之，与药连服十二剂，其淤血忽然降下若干，紫黑成块，杂以脂膜，癥瘕全消，为其病积太久，恐未除根，俾日用山楂片两许，煮汤冲红蔗糖，当茶饮之，以善其后”。

施今墨，《施今墨临床经验集*妇科疾病*五，妇科杂病*癥瘕案(子宫颈癌)》：“赵某某，女，46岁，1955年4月在协和医院确诊为宫颈癌2—3期，当时患者癌症已转移至骨盆，失去了手术机会，经放疗后病情加重，已卧床不起，奄奄一息，经四诊治疗，从阴道中排出核桃大球形糜烂肉样组织一块，状如蜂房，质硬，从此以后患者症状得到缓解，经两年的治疗终于使患者病情明显好转，从1957年到1964年，七年以来定期随访仍健康如常”。

蒲辅周，《蒲辅周医案*一，内科治验*附：石瘕》：“陈姓，女，23岁，月经已3月多未潮，渐渐腹胀疼痛，小腹硬，手不能近，连日流血，医院已排除怀孕，求治于蒲老，蒲老曰《灵枢*水胀》：有云：“石瘕何如？歧伯曰：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，可导而下之”，此女素体健壮，主以**和剂，温通破坚，服一剂，下掌大黑血一片，痛稍减，乃以原方再进，次日其妹来告，服药一时许，患者突然昏倒，不知人事，手足亦冷，下为血块，大如碗者一枚，余如卵者数枚，色多瘀黑，不一会，手足自温，神志渐清，原方调整，月三日，患者服药后，已不流血，惟连下豆渣状物，今晨复下卵大硬块，色白，坚如石，弃之厕中，惜未将其送化验室分析，再以补药调理，又一月，恢复健康，月经应期而至，一切正常”。

郑荪谋：“牛**，男，68岁，离休干部，患者于1984年底发现肺癌，1985年10月确诊为肺癌晚期，仅予化疗，首次尚可，第二次化疗则因体力不支而中断，医院告其家属，癌已扩散，生存期约3个月，即刻返榕住入某省医院，1986年春节邀余诊治，症见消瘦乏力，声音低微，纳差口干，咳嗽，吐泡沫痰及血痰，气喘，胸闷痛，大便不畅，舌暗红，苔黄腻，脉细小结代，经用中药治疗11个月后于1987年初患者咳出一片状硬物后胸感畅快，将此硬物送病理检查，报告为癌组织，治疗三年后患者体质健壮，最近经常

咳出小片状硬块组织，一年之间累计约有半个手掌大，将此咳出硬块组织送病理检查，胸透，拍片，CT检查均未见癌病灶，发病至今近5年，未见反复”。^[6]

那显臣：“患者杨某，女，52岁，患者于1965年7月发现右侧乳房有一个手指肚大小肿块，质地坚硬，稍有痛感，未加注意，至1966年3月，肿块已如鸡蛋大小，隐隐作痛，在黑龙江省佳木斯医学院附属医院确诊为“乳腺癌”，劝其手术治疗，因本人惧怕手术，采用化疗3个月，效果不佳求治于中医，检查所见：乳房右侧肿瘤已6*5*3厘米大小，质地坚硬，凸凹不平，表面皮肤如橘皮状，乳头内陷，固定，右腋下淋巴结肿大，治宜疏肝理气，软坚散结，以逍遥散加味，改散剂为汤药治疗2个月后发现乳房肿块表面逐渐变成深灰色，沿肿块边缘裂开一道缝，深约2毫米，无出血，嘱其继续治疗，治疗至10月18日乳房肿块裂缝已深达15毫米，同时出现腐尸恶臭味，距3米远可闻及，腋下肿大淋巴结也同时缩小，继续治疗至11月29日，门诊换药时，乳房内肿块全部脱落出来，肿块约5*40*27毫米大小，表面呈灰褐色，质地坚硬，有一种恶臭的腐尸味，乳房的不规则的圆坑内，颜色粉红，无出血，全部是肉芽组织，继续服汤药治疗，疮口用雷夫诺尔油纱条填塞，每日换药一次，12月24日六诊，疮口已平复，腋下肿大淋巴结已摸不到，面有光泽，精神状态良好，随访至1972年，患者一切良好，双侧乳房对称，无肿块。^[7]

徐恕甫，“血瘀症，代抵当大下半盆之多似血非血，似肉非肉之物，丁**，女，42岁，经闭五月，腹胀大如临产，按之坚硬，腰不能屈，气促不舒，不能多食，家属视为妇科疾病，故专请妇科大夫诊治，诊为气胀，水肿，胎孕等，议论不一，憾而无效，延及多日，病情日趋加重，有见危象而来求治，患者形体虽瘦，而精神气血未败，脉象沉而坚实，其形虽呈虚象，但脉象不虚，似属实象，有可挽救，追其病史，原月经不调已有数年，每来时血兼有快，腹痛量少，以脉症看之乃为经血滞留，淤积于腹，症属血瘀，方用低当汤丸为切题，但有说罕用，故不敢轻取，视其家属再三要求，加之当时处于抗日时期，医疗条件很差，无法求于他治，故尊仲景低当之意，方取代低当加味，处方(略)，嘱其取服一剂，服下2小时后，胃肠蠕动增强，气而顺行，至夜半忽然大下似血非血，似肉非肉，量有半盆之物，腹胀顿消，形体也未受损，次日可食米汤碗许，视其邪去正虚，再拟用八珍加味，以调气善其后，连进数剂，正复体安。^[8]

我们在前人排瘤疗法治疗肿瘤的基础上，从理论

和临床两个方面做了进一步的研究,扩大了排瘤疗法在恶性肿瘤治疗中的应用范围,经过长期的临床实践,发现排瘤疗法对中心型肺癌,消化道癌症,宫颈癌等有良好的疗效,可以将这些部位的肿瘤组织直接排出来,使肿瘤缩小或完全消失,因为这些部位的肿瘤与外界有直接的通路,有利于肿瘤组织的排出,易于达到治愈的目的。

1 排瘤疗法治疗恶性肿瘤的基本原理

①治病要给邪以出路

中医治病有一条重要的原则,即给邪气以出路,清*周学海《读医随笔*用药需使邪有出路》有云:“凡治病,总宜使邪有出路,宜下者,不泄之不得下也,宜外出者,不散之不得外出也”,毒邪瘀阻体内,亦可从内而出,逐邪外出的通道就是人体与外界的通道。亦称“孔窍”,如口鼻,前后二阴,汗孔等,这些孔窍是机体新陈代谢产物得以排出的重要途径,《灵枢*口问》有云:“凡此十二邪者,皆奇邪之走孔窍者也”,吴又可《瘟疫论*标本》亦谓:“诸窍乃人生之户牖也,邪自窍入,未有不由窍而出”,临床实践证明,如果因病产生孔窍闭塞,则会对人体产生危害,正如《素问*生气通天论》所云:“阳不胜其阴,则五脏气争,九窍不通”。因此,在治疗上逐而通之为必用之法,《伤寒论》大承气汤,大陷胸汤,抵当汤均为开辟邪路,逐邪外出而设,里实积滞肠道而闭塞,用走而不守之大黄开通后窍而逐邪外出,瘀血内结致经脉不通而积聚疼痛用抵当汤开通邪路则瘀血自走,《灵枢*刺节真邪》有云:“为开通辟门户使邪得出,病乃已”,开通门户,就是开辟邪路,使不通者通之,使通而不畅者畅之,以利邪外出,正如张子和所说:“夫病之一事非人身素有之也,或由外入,或由内而生,皆邪气也,邪气加诸身,速攻之可也,速去之可也,揽而留之何也,虽愚夫愚妇皆知不可也”^[6],排瘤疗法就是因势利导,使邪有出路,而关门逐寇历来为医家大忌,《素问*阴阳应象大论》:“因其轻而扬之,因其重而减之,因其高而越之,其下者引而竭之,中满者泻之于内,其有形者渍形以为汗,其在皮者汗而发之,其慄悍者按而收之,其实者散而泻之,血实者以决之”,即指明了因势利导给邪以出路的原则。

②推陈致新,邪去则正安

“推陈致新”亦称推陈出新,清,唐宗海《血症论.男女异同论》有云:“腐肉不化,则新血亦段无生理”,在中医学中是指祛除体内的病理产物,如,痰饮,瘀人,1993年7月被确诊为“弥漫型肝癌伴肝硬化”,1993年10月就诊,经过近三年的治疗,肝癌全部消失,患者自述在治疗期间多次从大便中排出烂肉样坏死癌组

血,使得瘀去新生,正气自复,新血再生,从而达到治病的目的,《素问*汤液醪醴论》有云:“祛苑陈痼,开鬼门,洁净府,精以时服,五阳已布,疏涤五脏,故精自生,形自盛,骨肉相保,巨气乃平”。说明了推陈可以致新,可以使人体恢复到正常的生理状态。《神农本草经*大黄》亦云:“破癥瘕积聚,留饮宿食,荡涤胃肠,推陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏”。同样说明大黄虽然具有攻下的作用,但却具有瘀去新生,安和五脏的作用。邪气滞留于机体,在胃则阻碍五谷运化,在肠则阻塞郁滞,在气则痞聚胀满,在血则积瘀经络,直接影响了机体的气血运行,脏腑升降出入,生化发生等生理功能,用排瘤疗法攻邪,直接驱逐病理因素,间接达到化五谷,流气血,安五脏的效果,尤其是对肿瘤这类疑难疾病,与其辗转延治,消耗日久,致使机体正气衰弱,不若把握病机,一举推荡实邪,使邪去正安,故张子和说:“下者,是推陈致新也”^[3]下药乃补药也^[4],补的真正含义在于下法使机体在推陈的前提下,达到致新,也就是“陈痼去而肠胃洁,癥瘕尽而荣卫昌,不补之中有真补者存焉”^[5]。

2 排瘤疗法的方药组成与临床应用

根据以上的理论探讨,在治疗肿瘤的用药上,正如朱丹溪《局方发挥》所说:“虚而积寒、非寻常草木可疗”。因此,我们采用了对肿瘤组织具有排瘤和祛邪的中药,例如:全虫,蜈蚣,土虫,山慈姑,大黄等,它们对体内的肿瘤组织具有很高的清除率,具有破瘀散结,排瘤外出之功,同时还根据患者的不同病情结合辨证论治,取得了较好的临床疗效。

附:38例病例分析

筛选出经过排瘤疗法治疗后的有效病例38例,全部是经过手术和化疗无效的中晚期患者,其中最最长存活18年,最短一例3岁脑瘤患者已存活1年零7个月,目前仍在治疗中,其余37例均存活2年以上,年龄最小3岁,最大83岁,其中,肺癌5例,肝癌4例,胃癌2例,结直肠癌7例,鼻咽癌1例,肾癌3例,膀胱癌1例,输尿管癌1例,如腺癌1例,宫颈癌2例,卵巢癌1例,脑瘤5例,胰腺癌2例,多发性骨髓瘤2例,慢性粒细胞白血病1例,排出肿瘤组织的有,肺癌,肝癌,胃癌,结直肠癌,宫颈癌,膀胱癌,排瘤时间最短3-5天,最长不超过3个月,一次连续排出最多肿瘤组织600克以上,最少10克。典型病例:

①晚期肝癌患者冯桂林至今已存活18年

冯桂林,男,67岁,北京门头沟汽车配件厂厂工,随访至今健在,已存活18年。

②肺癌患者范女士已存活13年

范**,女,71岁,家庭妇女,住北京门头沟区

三家子村东老店,患者自觉气短 2-3 年,来诊前 20 天症状加重,于 1998 年 4 月 2 日确诊为左肺中心型肺癌,肿块约 3×4cm 大小,患者因年龄偏大不能手术,于同年 4 月 14 日来诊,经过 2 年 6 个月的治疗,复查后肿瘤全部消失。在服药 5 个月后,发现从痰中排出烂肉状物,1998 年 12 月复查,肿块已缩小,病情稳定,继续服药至 2000 年 8 月,复查肿块全部消失,自行停药,随访至今健在,已存活 13 年。

③脑瘤患者王丽雅治疗已存活 11 年

王丽雅,女,10 岁,住天津市武清区白古屯乡杨圪瘩村,小学生,患者于 1999 年 9 月开始头痛、呕吐,经天津环湖医院磁共振确诊为“丘脑胶质瘤”,同年 9 月 20 日因瘤体太大手术少量切除,术后做过放疗,同年 11 月复查肿瘤未见缩小,约 3.6×3.2cm 大小,视力下降,患者于 2000 年 1 月 15 日来诊,治疗时间三年有余,复查肿瘤全部钙化,随访至目前患者一切正常,已存活 11 年。

3 讨论

相关文献:

膀胱原发性恶性黑色素瘤 1 例并文献复习

目的 观察原发性恶性黑色素瘤的病理形态、免疫组化和电镜特征,进一步探讨其组织起源和鉴别诊断,指导临床诊治。方法 用组织病理学、免疫组化、透射电镜方法进行观察,并结合国外文献资料进行探讨。结果 肿瘤位于膀胱黏膜下,瘤细胞呈巢状或弥漫排列,具有一定异型性,部分为透亮型,部分为小细胞型,靠近边缘的肿瘤细胞呈梭形伴黑色素沉着。免疫组化:HMB45、Melan-A、S-100 和 p53(+),Ki-67>40%,CK 5/6、CK18、CK18、CK7 均(-)。电镜检查:肿瘤细胞排列松散,核异型性明显,核膜凹凸不平,胞质内见黑色素颗粒,部分肿瘤细胞内有较多的核糖体。结论 膀胱原发性恶性黑色素瘤极为罕见,组织来源尚存争议,可能起源于异位的或胚胎残留的黑色素细胞、正常尿路上皮内的嗜银细胞或尿路上皮的化生。争取广泛切除手术是该病的主要治疗方法。合理采用化学疗法、免疫疗法以及放射疗法等综合疗法,可能提高疗效。

排瘤疗法可以使人体内有管腔与外界相通的肿瘤排出来,从而达到治疗的目的,如中心型肺癌,胃肠道肿瘤,宫颈癌,膀胱癌等等,没有管腔与外界相通的肿瘤是排不出来的,只能是缩小,如脑瘤,乳腺癌,胰腺癌等,但不可思议的是肝癌也可以排出来,我们治疗过的肝癌患者出现过这种现象,施今墨医案中也有记载过这样的病例,这种现象目前我们还无法解释,排瘤疗法使中医治疗肿瘤有了新的突破和进展,进一步的深入研究对提高肿瘤的治愈率具有重要意义。

参考文献:

- [3],[4],[5],萧国钢,儒门事亲研究 北京,中医古籍出版社,1998,P,327,372,367
- [6]《当代名医临症精华*肿瘤专辑*郑荪谋》
- [7]《中医临床诊治丛书*肿瘤科专病》人民卫生出版社,2000 年 10 月第一版,第 88 页
- [8]《徐恕甫治疗妇科疑难病症验案举隅》《中医文献杂志》2001 年第 1 期,第 27 页

试论中医药在肿瘤综合治疗中的作用、地位

林吉品

(浙江省慈溪市人民医院, 浙江 慈溪, 315300)

中图分类号: R730 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0196-03

【摘要】传统的综合治疗是目前世界上公认的治疗肿瘤的最佳模式,它优于任何一种单一的治疗,但综合治疗仍存在着诸如无法防止复发、转移、既治癌又致癌、副作用大、费用高、过度治疗等问题。中医药治疗肿瘤有数千年的历史,积累了丰富的经验,但其更适用于配合传统综合治疗的各个阶段,更侧重于病人的生存时间和质量,以及在姑息性治疗和支持性治疗上的独特作用。中、西医是二种不同的医学体系,随着对肿瘤学的不断研究,认识有了改变,中、西医有许多相通之处,但由于中、西医都缺乏了解对方的治疗手段和方法,因而基本上是各行其道,中医药的治疗更多的表现为患者的个人行为。越来越多的专家学者都提出,我们现在的治疗肿瘤的方法仍然不够完善,认为“团队治疗”是最好的模式,将中医药治疗肿瘤融入到这个“团队”中去,不仅能体现中国特色,而且必将对人类治疗肿瘤作出积极的贡献,有关部门应重视这个问题。

【关键词】 中医药; 肿瘤综合治疗; 作用; 地位

肿瘤的治疗,经历了单一手术、放疗、化疗到手术、放疗、化疗、免疫治疗、姑息治疗、支持治疗等综合治疗这一发展过程,其治疗效果也在提高,是世界公认的最佳治疗方法,目前,肿瘤治疗已进入综合治疗的年代。在我国,中医药应用于恶性肿瘤的临床已有几千年的历史,积累了非常丰富的经验,这是我国独特的医疗优势,据统计,约有87%的肿瘤病人在接受西医综合治疗的同时接受中医药治疗。但这并不表示中医药已经溶入了综合治疗之中,相反,真正将中医药纳入为综合治疗的非常少见,中医药往往是在“孤军”作战,虽然有二种医学体系的原因,中医药被排斥“综合治疗”之外是客观事实。这非常不利于肿瘤的治疗和康复,中医药在肿瘤综合治疗中应有的作用和地位不容忽视。

1 传统的综合治疗有优势但也有许多无奈

传统的综合治疗(指不包括中医药治疗)虽然是世界上公认的治疗肿瘤的最佳模式,它优于任何一种单一的治疗,昔日那种互不了解、排斥的现象已经成为互相学习、尊重、协作所取代,肿瘤的治疗呈现出可喜的前景,使得很多肿瘤的治愈率有了相当提高。但不可否认,国内外学者发现这个治疗存在的问题仍很多,如美国田纳西州范德比尔特大学教授卡洛斯·阿特亚加领导的研究小组在2007年的数份研究报告中说:“抗癌疗法可导致癌细胞复活和生长这一现象已得到普遍认可。辐射疗法、化疗和手术都曾导致过癌症复发”,认为复发和转移的原因是化疗和辐射疗法会提高一种称为TGF- β (转化生长因子-2)的化合物的含量,而这种化合物反过来会帮助乳腺癌细胞向肺部扩散,并提出“可能不只TGF- β 可以导致癌细胞扩散”,包括一些在免疫系统中发挥信号作用的化学物质在内的其他许多化合物都与癌细胞的扩散和生长有关,“TGF- β 可能只是冰山一角”。

中国工程院院士、复旦大学附属中山医院肝癌研究所所长汤钊猷教授,在中国工程院和上海市中国工程院院士咨询与学术活动中心共同举办的“2009 医学前沿论坛”上,提醒医务界重视传统疗法可能带来的反作用,因为手术、放、化疗治癌亦可能致癌。擅长肝癌切除手术的汤钊猷院士所在的中山医院肝癌研究所,小肝癌的切除例数20年来增加了10倍多,但患者的5年生存率却没有明显提高。汤院士指出:动物模型研究发现,姑息性切除可能促发残癌细胞的侵袭转移,放疗对于癌细胞的影响更为复杂,初二天的癌细胞生长停止,但30天后却发现癌细胞的肺转移倾向竟然比那些休养生息的肝癌小鼠更高、更活跃。

此外,传统的综合治疗不仅疗效显著提高不够,而且难以控制转移和复发,还具有毒性大、副作用大的弊端,以及费用过高,过度治疗等,都表现出了综合治疗的不足和无奈。

2 中、西医对肿瘤的认识在逐渐相通

中、西医虽是二种不同的医学体系,对疾病的分析、认识到治疗都有自己的观点和手段,这在其它疾病上似乎很难交汇在一起,惟独肿瘤则不然,随着中、西医学对肿瘤研究的深入,中西医之间的相通之处也越来越多,诸如肿瘤的发生是一个漫长的过程,需要内因和外因的作用,肿瘤的治疗并不是靠单一的手段和方法可以解决。中医虽也讲抑瘤消瘤,但更注重的是带瘤生存、生存质量,西医曾致力于将所有肿瘤细胞完全消灭,但也开始注意起生活质量,与肿瘤和平共处。比较有代表性的如美国临床肿瘤学会等从2001年开始的有5000名患者参加的大型国际多中心临床协作研究(HERA)结果表明,一种叫赫赛汀的药物,这种药物的关键就是结合传统疗法尽可能地抑制恶性肿瘤的发展,将癌症变成慢性病,也即将“老虎”变成“猫”,首先稳定住肿瘤,促进人体和肿瘤“和平共处”,

接下来就是和平演变。

再如现在比较看好的靶向治疗，靶向治疗可以说是肿瘤内科发展的趋势之一，已成为肿瘤治疗的研究热点和重要手段，但靶向治疗并不是以缩小肿瘤为其目的，而是以“稳定肿瘤”和“延迟进展”为目标，这同中医药治疗肿瘤的作用有惊人的相似之处。在第 32 届圣安东尼奥乳腺癌大会报道中指出：OS（总生存时间）是判断靶向药物疗效的“金标准”，指出：肿瘤的发生发展是一个长期过程，过去，我们一直致力于根治肿瘤，而忽视了癌症患者可承受的限度。随着对肿瘤认识的不断深入，我们逐渐意识到带瘤生存对晚期癌症患者来说具有更重要的意义。WHO 也将肿瘤定义为一种慢性疾病，对于中晚期癌症的治疗观念也由根治治疗转变为带瘤生存。肿瘤的治疗目标逐渐确定为控制肿瘤、延长生命和维持患者良好的生活质量。因此，肿瘤完全缓解、部分缓解及疾病稳定都可被视为抗癌治疗有效。

由上可见，中、西医在对肿瘤的认识，逐步交汇在一起，对肿瘤的中医药治疗的评价开始有新的改变。

3 完善综合治疗是肿瘤医学发展的必然趋势

2010 年 7 月第四届肿瘤内科大会（CCMO）上，大会主席中国工程院院士孙燕教授在主题报告中提到，除了 21 世纪医学领域公认的循证医学以及规范化、个体化治疗之外，我国应当注重将中医基本观点融入临床肿瘤学实践，例如：通过“辨证论治”提高预见性；通过“同病异治，异病同治”实现有的放矢；运用“扶正祛邪”理念重视宿主情况、基础疾病、免疫和骨髓功能重建等；提倡“治未病”重视预防、重视防止复发；强调“以人为本”，重视生活质量和远期结果。孙院士还在同年 9 月举行的第 13 届全国肿瘤学大会暨 2010 中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会学术年会上指出：什么是有中国特色的临床肿瘤学？肿瘤高发区研究、中西医融合研究就是我们的特色。中医的“辨证论治、同病异治、异病同治、关注个人、以人为本”等观念，应该成为有中国特色临床肿瘤学的组成部分。从孙院士的这些观点不难看出，尽管我国临床肿瘤学研究的机构、人才、成果与发达国家相比还有一定的差距，但我国有独特的中医药治疗手段，将中医药融入综合治疗既是体现我国肿瘤治疗的特色，更是完善综合治疗的必然，有可能在临床上更优越于发达国家，有助于缩短同发达国家在肿瘤学研究，尤其是临床治疗学的差距。

无独有偶，在第 35 届欧洲肿瘤内科学会（ESMO）大会上，来自英国的大会主席戴维·克尔教授在接受中国医学论坛报记者采访时指出：最严峻的挑战莫过于我们拥有的治疗方法仍然不够完善。……没有任一种单一治疗手段会成为“终极”方法，我认为最好的癌症治疗模式是团队治疗。当然，克尔教授所讲的“团队治疗”不会包括中医药治疗，但其提出的问题实质完善治

疗方法是一种必然趋势。

4 中医药在肿瘤综合治疗中的作用、地位不容忽视

中医药治疗肿瘤有数千年历史，积累了丰富的经验，但由于中医学对肿瘤的认识和理念不同于西医学，更关注的是生存质量，中医药治疗肿瘤更多考虑的是调整人体的动态平衡，帮助患者重建和恢复体内的失衡，毋庸置疑，有一些医家任意扩大中医药在肿瘤治疗上的作用，甚至有人提出可以用中医药替代西医学的综合治疗，这种唱高调、走极端的人虽为数不多，但影响很坏，不利于中医药的发展。也有一些人过分悲观地看待中医药，用传统的缩小肿瘤的标准来评估中医药，认为中医药在肿瘤治疗中可有可无，根本不相信中医药在肿瘤中的作用，把中医药治疗肿瘤与西医学治疗对立起来，把中医药治疗排斥在外，这些观点同样对肿瘤的治疗和研究是有害的。

中华中医药学会在 2006 年已认定中医药防治肿瘤具有四大优势，即突出以人为本，带瘤生存的理念；对放疗、化疗增效减毒；术后调补，促进机体康复；预防转移与复发。并预见：中医中药将在肿瘤的综合治疗中发挥越来越重要的作用，也必将为人类最终征服肿瘤的事业作出应有的贡献，很好地阐明了中医药在肿瘤综合治疗中的作用和地位。在肿瘤治疗效果仍不够理想，对肿瘤的治疗更趋多元化的情况下，任何一种对肿瘤治疗有促进对患者有帮助的治疗，是没有理由去放弃的。如果说西医综合治疗的作用已达到 60%~70%，甚或更高的水平，中医药的参与能促使治疗效果的提高，让患者更有利于生活质量和生存质量的提高，都是值得人类去尝试、去探索，至于如何评价并不重要，诚如克尔教授所说的那样：没有任何一种单一治疗手段会成为“终极”方法。……我们需要更多的研究或更好地选择患者，即治疗获益最佳者，正所谓“对正确的患者，在正确的时间，用正确的剂量，给予正确的治疗”。那么就没有理由把积有数千年经验的中医药排斥在肿瘤综合治疗之外。随着对肿瘤认识观念的转变，中医药在肿瘤综合治疗中的作用和地位将进一步显现，并必将得到人类的认可和推荐。

结语：由于中、西医二种医学体系的不同，从对肿瘤的认识、诊断、治疗都在更多的体现各自的体系特点，中、西医都缺乏对对方的了解，所以目前治疗肿瘤基本上是各走各的道，各开各的方，虽然肿瘤病人在进行西医和中医的治疗，但基本上都是病人的个体行为，并没有人来进行更科学、合理的安排，因而也使中医药在肿瘤治疗中的作用被忽视、地位被否定。因而，如何制订和实施包括中医药在内的综合治疗肿瘤的方案是非常重要的，这样既可体现中医药的作用，更更有利于肿瘤病人的康复，建议有关部门能重视这

中西医不同特色与恶性肿瘤

李配富 李龙丽

(重庆市肿瘤研究所, 四川 重庆, 400030)

中图分类号: R273

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0198-04

【摘要】当世界上 1676 年第一台光学显微镜诞生、1895 年发明了 X 线照相术的时候, 传统中医学早已形成了一个系统的理论体系。传统中医因不具备现代科学技术, 在临床上存在着不能见知活体之内“客观信息”的缺陷, 所以说诊治技术是落后的。尽管如此, 从《黄帝内经》成书时代以来, 历代医家都力图创建如今所见到的传统中医“整体象揣思维”, 及类似现代西医“分解息象思维”的两套理论, 但因无现代科学技术, 不能直见活体内的“客观信息”, 故前者获得了成功, 而后者却未能如愿。

本文以图文并茂的形式, 通过对中西医在不同的历史时期, 以不同的科技水平、不同的文化底蕴比较分析, 阐明了中西医理论体系在不同的历史时期, 以不同的科技水平、不同的文化底蕴比较分析, 其“科技差距”所诊察出“反差极大的客观信息”, 是彼此不同特色的物质根源, 其“文化差异”是彼此不同特色的意识根源, 其不同的“思维模式”及所蕴含的“科学内涵”, 是彼此最根本的不同特色。由此而来, 中西医在研究方向、临床诊察、辨识途径、特定概念、临床诊治、理论分类、判断标准等方面, 所形成根本不同特色的“思维模式”, 在整体与部分、宏观与微观、结构与功能、本质与现象、精确与模糊等方面, 就蕴含了不同特色的“科学内涵”。

中西医均是以人体生命与疾病为同一研究对象, 按常理讲, 随着现代科学技术的不断发展, 相互是可以取代或融为一体的, 但现代科学技术无论怎么发展, 都因存在着现代科技永无顶峰与难揭医学无限奥秘的客观性, 故对“人与天地相应、生物不断进化、物质无限层次、疾病不断变更、医学发展无限”等学术领域, 进行现代研究的“客观信息”永远是有限的, 是不可穷尽的。因而, 中西医无论现在或是将来, 无论在理论或是临床上不同特色都将永远共存, 而不会取代之或融为一体。传统中医的思维模式是先进而科学的, 其独具特色的长处是肯定而毋庸置疑的, 中西医必须并重发展不可偏废, 传统中医必须现代化, 才能提高诊治恶性肿瘤的疗效。构建现代中医理论, 中医现代化、中医走向世界, 并不是以现代西医“思维模式”及“科学内涵”为标准与国际接轨, 而是应在继承传统中医“思维模式”及“科学内涵”为特色的理论基础上, 汲取现代研究的“客观信息”, 以现代中医的“思维模式”及“科学

内涵”为标准, 世界医学要向我国看齐才是必然趋势。

纵观人类现在的疾病谱, 一部分单纯中医或西医均可治愈, 一部分中医疗效好而西医疗效差, 一部分西医疗效好而中医疗效差, 大多数若中西医结合诊治疗效会更好; 还有一部分即使中西医结合诊治疗效都不理想, 甚或毫无办法。因此, 通过中西医结合研究, 提高中医临床疗效, 最终实现中医现代化, 这既是人们的主观愿望, 也是时代的要求历史的必然, 是世界医学科学发展潮流。

中医药学历史悠久、源远流长, 流派纷呈、博大精深, 从秦汉时期理论体系的形成, 到金元时期的学术争鸣, 至明清时代温病学说的诞生, 各家学说云次鳞集, 各类著述汗牛充栋。这些, 既是中华民族几千年来同疾病作斗争的经验总结, 也是留给世界医学的宝贵财富。千百年来, 中医药一直维护着我国人民的健康, 为中华民族的繁衍生息, 做出了巨大的贡献, 同样也为世界各国人民健康事业做出了积极的贡献; 即使在现代西医如此发达的今天, 传统中医药仍然如同璀璨的明珠光耀医林。在全球抗击 SARS 期间, 中医药的神奇疗效, 又一次震惊了全世界。事实有力的说明, 要发皇古义、融会新知, 继承不泥古、创新不离宗而实现中医现代化, 首先必须充分继承传统中医。

1 中西医形成不同特色诊治疾病的答案

任何事物, 总是相比较而存在的。没有东方, 则无所谓西方; 没有古代, 则无所谓现代; 没有现代西医理论特色, 则无所谓传统中医理论特色, 如果世界上只有一种医学, 也就不存在中西医之间的长短、优劣之分了。显然, 传统中医与现代西医之间的不同特色, 都是在比较中存在的。所谓特色, 就是区别于同类事物不同的色彩和风格; 就是你无我有, 你有我优。

社会的发展,科学的创新,都必须从特色出发,才能正确认识事物,古今中外概莫能外;否则,必然导致认识上的错误,行动上的盲目,主观越努力,危害越大,最终失败。毋庸置疑,在现代西医如此发达的今天,作为传统中医学如果没有自己的特色,则不仅不会发展,而且还很难生存,更不用说治疗恶性肿瘤还有什么特色。所以,也正是中西医在比较之中发现了各自的不同特色,为了战胜疾病的需要,才导致了中西医结合研究的诞生。

实现中医现代化必须进行中西医结合研究,而中西医结合研究又是产生于两种理论体系不同特色的比较之中。那么,要认识中医诊治疾病取得神奇疗效的奥秘,就必然要把目光投向中西医理论不同特色的思维模式中去寻找答案!

1.1 科技水平是中西医不同特色的物质根源

人类对事物不同的研究能力,标志着人类科学水平的不同程度。当世界上于1676年第一台显微镜诞生、1895年发明了X线照相术的时候,传统中医的理论体系早已形成。由此说明,传统中医不具有现代科学技术水平,所获“客观信息”是有限的,故在临床上只具备“活体外宏观信息”,而没有直窥“活体内宏观客观信息”。例如,传统中医没有显微镜、X光机,没有超声显像、电子计算机断层扫描(CT)、核磁共振显像(MRI)、单光子发射型计算机断层扫描(ECT)等现代检查仪器。然而,现代西医正是充分运用了如上述这些现代检查仪器,从而形成了具有现代科学技术水平的医学理论体系,所获“客观信息”就大大超过了传统中医。

由此说明,中西医虽然都是以人体生命与疾病为同一研究对象,但在不同历史时期,因古今科技差距极大(中医没有现代科技,西医却有),各自诊察生命与疾病的“客观信息”就具有极大的差异(中医没有活体内的“窥息”,西医却有),彼此就必然以有限的“反差极大差异的客观信息”而应用于临床。中西医科技水平的差距,类似于现代哲学思想所称生产力的差距,其所获“反差极大差异的客观信息”,类似于现代哲学思想所称的物质基础、经济基础,所以说“科技差距”是中西医不同特色的物质根源。

1.2 文化差异是中西医不同特色的意识根源

中西医为适应临床的需要,就必然对彼此有限的“反差极大差异的客观信息”要进行分析并诠释,这种

分析并诠释的思维方法就是一种文化,类似于现代哲学所称的精神、意识;然而,因东西方地域与文化的差异(如中华文化有阴阳五行学说,西方文化却无),中西医应用彼此具有“差异的文化”要诠释这些“反差极大差异的客观信息”,就必然具有不同的思维方法。如此中医就以包括阴阳五行学说的中华文化为底蕴,诠释只有“外象”而无“窥息”的临床意义;而西医以没有阴阳五行学说的西方文化为依托,诠释既有“窥息”又有“外象”的临床意义。这种以不同“差异的文化”诠释的思维方法,类似于现代哲学思想所称的意识形态。所谓意识形态,即指一种观看事物的方法,一种讨论生产力与生产关系的思维方法,所以说“文化差异”是中西医不同特色的意识根源。

1.3 思维模式是中西医理论最根本不同的特色

中西医以不同差距的生产力所获“反差极大差异的客观信息”为依据,以不同“文化底蕴”而形成具有“差异的文化”而诠释的思维方法,必然形成不同特色的“思维模式”,及蕴含了不同特色的“科学内涵”。

当中西医各自的理论体系形成之后,就将按其自身的特色而运行,并将以自身不同特色的“思维模式”与“科学内涵”为基础,汲取来自外界环境中的信息。此类似于现代哲学思想所称的生产力决定生产关系、特定经济基础与上层建筑统一构成特定的社会形态,反过来社会形态、生产关系对生产力,又具有能动作用,所以说“思维模式”是中西医不同特色最基础的、最理论核心。多少年来,关于传统中医理论体系的特色,虽然中医界已俗成定论的是“整体观念”和“辨证论治”,但从构建现代中医理论角度,与现代西医比较分析并非如此。其实,现代西医同样具有“整体观念”和“辨证论治”相似的思维方法,只不过是“分解息象思维”的“整体观念”和“辨证论治”,不是“整体象揣思维”的“整体观念”和“辨证论治”而已。

1.4 中西医不同特色思维模式根源简表(略)

2 中西医最根本不同特色的思维模式

中西医在不同的历史时期,基于不同的科技水平、不同的文化底蕴,必然形成各自根本不同的“思维模式”特色。传统中医最根本的“思维模式”,是构建现代中医理论体系的核心。

2.1 传统中医理论的思维模式特色

传统中医理论体系在形成的过程中,虽然无现代科学技术,但仍然对人体生命与疾病进行了打开人体

与不打开人体,以“非拆卸式”为主辅以“拆卸式”,但均无活体“窥息”的研究方式。传统中医因无活体“窥息”应用于临床,故基本上就犹如没有进行打开人体研究。传统中医理论体系在形成的过程中,不具备现代科学技术,虽然以“非拆卸式”为主辅以“拆卸式”的方式,对人体生命与疾病进行了打开与不打开人体的研究,但因无活体“窥息”应用于临床,故基本上犹如对人体没有进行打开研究。我国历代医家正是在无活体“窥息”的条件下,以有阴阳五行学说的中华文化为底蕴,在“整体象揣融哲”自然观的指导下,为了说明并把握活体“外象”与体内的变化情景,便以“外象”为先导的“整体象揣研究”方法,将以知自然界的规律与人体“外象”紧密联系,以阴阳五行学说“以外应内”地分类诠释,并与初浅的解剖知识相联想,描述出与“外象”相应相等的活体“揣息”,再以“外象”与“揣息”为基本信息应用于临床,从而形成了以整体性能决定部分性能、以“整体象揣思维”为特色的理论体系。

由此可见,传统中医既有全息学、系统论、控制论的理论,又有其指导临床的特色;虽有“分解息象思维”的理论,却无其指导临床的特色。这个历史的、必然的、科学的,充满大智慧的正确选择,使传统中医学发展成了一套系统的、逻辑严密的、特色突出的理论体系。传统中医从整体“外象”层次进行诊治,每每可获卓越疗效。这个历史的、必然的、科学的,充满大智慧的正确选择,使传统中医学发展成了一套系统的、逻辑严密的、特色突出的理论体系。传统中医从疾病整体“外象”层次进行诊治,每每可获卓越疗效。

2.2 现代西医理论的思维模式特色

现代西医理论体系在形成的过程中,因具有现代科学技术,故对人体生命与疾病进行了打开人体与不打开人体,以“拆卸式”与“非拆卸式”并重,但均有活体“窥息”的研究方式。现代西医理论体系在形成的过程中,具有现代科学技术,虽然以“拆卸式”与“非拆卸式”并重且均有活体“窥息”的方式,对人体生命与疾病进行了打开与不打开人体的研究,但因是立足于“窥息”应用于临床,故基本上犹如对人体没有进行不打开研究。

西方医家正是在具有活体“窥息”的条件下,以无阴阳五行学说的西方文化为依托,在“分解息象用哲”自然观的指导下,以“解剖”为先导的“分解息象研究”方法,将以知人体生命和疾病的变化规律与人体“外象”紧密联系,以解剖的八大或更多系统“以内应外”

地分类诠释,并以活体“窥息”及“外象”为基本信息而应用于临床,从而形成了以部分性能决定整体性能、以“分解息象思维”为特色的医学理论体系。由此可见,现代西医虽有全息学、系统论、控制论的理论,却无其指导临床的特色;虽有“整体象揣思维”的理论,却无其指导临床的特色。

2.3 中西医理论不同特色思维模式简表(略)

3 中西医最根本不同特色的科学内涵

从历史上看,人类对自身的认识方法,总是从整体到分解再从分解到整体的交互使用。在传统中医理论孕育之初及发展过程,面对纷繁错杂的人体生命与疾病的“外象”,先从整体到分解再从分解到整体,达到了一种观念上有序的统一整体。然而到了今天,由于人类对生物的分解研究愈深入却反愈失全貌,从而又亲手创造出一些极其复杂的分解事物。这就对从分解到整体的思维方法研究事物,提出了更高的要求。

先从整体到分解再从分解到整体交互使用的研究方法重又回到了科学的园地,而系统论、控制论、信息论等新的科学理论也应运而生。生命已有35亿年历史,人类已有300万年历史,还没有发现哪一个人是先生产脑、心、肝、肾等器官及骨、肉、神经、皮肤等零部件,然后再组装起来的例证。

系统论“简化——还原论”的第一个反驳是“整体不等于部分之和”,生命存在的整体等于有机部分之和与生命不存在的整体不等于分解部分之和,更不等于现代分解研究的部分之和的原则性差异。科学内涵是中医创新的基石。依据系统论对“简化——还原论”第一个反驳是“整体不等于部分之和”的这个命题,说明中西医不同特色“思维模式”,蕴含了不同特色的“科学内涵”。

3.1 人与机器一样与不一样的科学内涵简表(略)

3.2 打不打开人体研究的不同科学内涵简表(略)

4 图解中西医思维模式与科学内涵特色

4.1 传统中医思维模式与科学内涵特色示意图(略)

4.2 现代西医思维模式与科学内涵特色示意图(略)

4.3 中西医思维模式与科学内涵特色示意图(略)

4.4 中西医不同特色必共存而不融合

思维模式是中医创新的灵魂,科学内涵是中医发展的基石。中西医尽管都是以人体生命与疾病为同一研究对象,但因“科技差距”的不同,各自以“反差极大的客观信息”为依据,以不同“差异文化”而诠释的“思维模式”,以及所蕴含的“科学内涵”,都形成了根本不

同的特色。彼此无论以现代西医理论为主附以传统中医、传统中医理论为主附以现代西医而融为一体，或以中西医理论找结合点的思维方法而构建现代中医，都是难以办到或不可能的。

中西医无论现在或是将来，无论在理论或是临床体系已是势在必行。

5 中西医不同特色与现代中医的构建

5.1 中西医不同特色与构建现代中医

中西医之间的思维模式与科学内涵，因其历史渊源、科技水平、文化底蕴不同，相互研究人体生命与疾病的范畴、层次，有着根本不同的特色。传统中医立足于中医思维模式与科学内涵的特色，以继承不泥古、创新不离宗为主旨，运用中医反馈研究方法，融有关现代科研成果为一炉，重新确立新汲取活体“窥息”的特定概念，填补没有诊察活体“窥息”的空白，使之贯穿于传统中医理论的各个环节，并在临床诊辨论治和理法方药的运用上，具有现代科学水平的更多变量参数，从而发展成具有“整体象息思维”特色的现代中医理论体系。

5.2 现代中医思维模式与科学内涵特色示意图（略）

5.3 传统及现代中医与西医的不同特色示意图（略）

中医现代化、中医走向世界，并不是以西医“思维模式”与“科学内涵”为标准与国际接轨，而是应在继承传统中医“思维模式”与“科学内涵”特色的基础上，汲取现代研究的“客观信息”，以中医现代“思维模式”与“科学内涵”为标准，世界医学要向我国看齐才是必然趋势。

6 中西医治疗恶性肿瘤的不同特色

癌症，即指恶性肿瘤。恶性肿瘤是严重威胁人类健康的常见病、多发病，临床治疗有效率虽然很高，但治愈率却不尽人意，在很多城市的统计中占居民死亡原因的首位或第二位，可见人类要最终战胜恶性肿瘤，还任重而道远。治疗恶性肿瘤：西医以手术、放疗、化疗、生物治疗为主，还有内分泌治疗、介入治

上，相互“思维模式”与“科学内涵”的根本不同特色，都将永远共存殊途各行。中西医无论现在或是将来，无论在理论或是临床上，彼此“思维模式”及“科学内涵”的根本不同特色，都将永远共存殊途各行，而不会取而代之或融为一体。这就说明，构建现代中医理论、基因治疗、加热治疗、冷冻治疗等多种方法；中医以中药汤剂、注射剂为主，还有膏、丹、丸、散等剂型，以及针灸、气功治疗等多种方法。

既然中西医无论现在或是将来，无论在理论或是临床上，相互“思维模式”与“科学内涵”的根本不同特色，都将永远共存、殊途各行。那么中西医各自的多种疗法，都具有不同特色的长处与不足，彼此的临床疗效是不可替代的。因此，治疗恶性肿瘤不仅中西医各自的多种疗法要综合应用，而且还需要中西医并重的综合治疗。

中西医各自多种疗法的综合应用，以及中西医之间的综合应用，对提高疗效、减轻病人痛苦、改善生存质量、防止复发或转移、延长生命，提高治愈率，比单一的中医、西医、或中西医之中只应用某一种疗法的疗效都好。这是通过大量临床实践逐步被专家和学者所认识和接受的，是肿瘤学术界在不断地实践中形成的共识。

然而，在临床上对于恶性肿瘤的早、中、晚期，何时、何环节，如何恰当地中西医并重？中西医各自多种疗法以及中西医之间，如何综合应用才能发挥最佳疗效？在学术界还没有完全取得共识，致使不少病人丧失了较多治愈或缓解的机会。如何开展中西医综合应用才能对恶性肿瘤发挥最佳疗效，是中医、西医、中西医结合界的同仁们，共同责任与目标。让我们为最终攻克恶性肿瘤，奋发图强、携手共进，开拓进取、与时俱进，而携手共进为癌症病人的康复托起一片蓝天！

作者简介：

李配富（1950-），男，籍贯：四川。单位：重庆市肿瘤研究所。

评估中医治疗肿瘤疗效的探讨

陈小峰

(福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州市, 350003)

中图分类号: R730 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0202-02

2000 年全球新发恶性肿瘤(以下简称肿瘤)病例约 1000 万,死亡 620 万,现患病例 2200 万。预计 2020 年肿瘤新发病例将达到 1500 万,死亡 1000 万,现患病例 3000 万。肿瘤正在成为新世纪人类的第一杀手。人类对肿瘤的认识已有长足的进步,甚至是突破性的进展,但迄今肿瘤的危害仍未能被遏制。探索肿瘤的防治是现代医学的热点和难点。我国传统医药认识和治疗肿瘤已有两千余年历史,积累了不少成功和宝贵的经验,经近代的验证和探索,正逐渐得到科学的证明^{[1][2]},并受到患者的认可和接受。目前,我国肿瘤临床学界已基本接受中医作为治疗癌症的手段之一,大多数患者和家属均寻求和接受中医药治疗。但是如何评估中医治疗癌症的疗效至今尚无统一的认识和标准,妨碍中医治疗肿瘤的推广和研究的深入,确是一个亟待解决的问题。

传统的西医肿瘤理论认为“癌细胞一旦形成,就不可改变”。在这种思想观念指导下治疗肿瘤必然是以完全彻底杀灭癌细胞为主,强调“无瘤生存”。经典的治疗疗效标准是运用各种治疗手段达到无瘤程度,以求延长患者的生存期,这种认识造成对许多患者进行了不必要的过度治疗。但临床实践表明这种对抗性的杀灭方法往往过度治疗而严重损伤患者的体质,无法达到延长患者生存期的目的。

按照这种传统西医的“无瘤生存”标准,即肿瘤的治愈必须清除体内所有癌细胞,近几十年的临床证明肿瘤的治愈几乎是不可能的。

不同于西方医学,中国传统医学以反复临床实践经验为基础,在中国古代哲学和文化框架里,形成独特的理论体系,其临床疗效的评估以临床症状和疾病表象的缓解/解除为观察标准。中医治疗肿瘤的疗效体现在改善症状,稳定瘤体,提高生活质量,来达到包括“带瘤生存”的提高总生存(OS)的目的,而不是或很少是直接杀灭癌细胞的,因此,瘤体的缩小或改变较缓慢。其有效病例的疗效特点与西医治疗的最大差别是:前者瘤体缩小不明显或缓慢,但是自觉临床症状明显改善,生活质量较高,总的生存期延长;而后者,瘤体常在短时间内明显缩小,但治疗的毒副作用大,生活质量较差或迅速下降,生存时间常无明显延长或反而缩短。

1994 年,加拿大的 Schipper 教授在关于肿瘤概念

的新模式中提出,有效的治疗并不需要肿瘤的完全消退;机体的反应性对肿瘤治疗最为重要^[3]。美国临床肿瘤学会(ASCO)和欧洲临床肿瘤学会于 2006 年共同发布了“改善癌症医疗质量的共识意见声明”,强调关注肿瘤存活者及肿瘤姑息治疗问题。国际上抗癌的理念正在不断地修正,西医对癌症的认识,从“绝症”到“可根治”到“慢性病”的转变。原美国国立癌症研究所主任 Eschenbach 提出了与癌症共生存的理念。他认为,人们不应该把癌症看作是医生束手无策的终末期疾病,而是一个病理过程。治疗肿瘤的理念应从“寻找而消灭之”转到“瞄准而控制之”。肿瘤的发生发展是一个长期过程。过去,我们一直致力于根治肿瘤,采取各种对抗性,伤害作用大的治疗手段(如大范围根治性手术,大剂量密集化疗,高强度放疗等),而忽视了癌症患者可承受的限度。随着对肿瘤认识的不断深入,我们逐渐意识到带瘤生存对晚期肿瘤患者来说具有更重要的意义。

中医学的特点是整体观和“天人合一”,其治疗癌症是通过全面调节人体内环境的平衡,是一种多途径、多层次、多渠道及多靶点的综合治疗作用,“带瘤生存”是其显著特点,如果认识不到这一点,就会陷到中医药治疗肿瘤没有疗效的偏见中去。因此,临床上中医药治疗可在肿瘤未获得明显缓解(即瘤体缩小等)及无明显毒性反应的情况下延长患者的疾病进展时间或总生存期,而且中医治疗的不良反应相对轻微,患者耐受性良好,能使患者保持比较良好的生活质量。所以说,中医治疗的特点决定了对其疗效的评估不同于传统西医治疗,强调的是疾病稳定和生活质量的提高,故此以“稳定肿瘤”和“延迟进展”“生活质量”作为目标更具有实际意义。目前评价一种肿瘤治疗模式是否合理的标准主要包括:有效率(RR)、PFS、总生存(OS)、安全性和生活质量,综合来看,中医治疗是较为符合这一模式的。根据临床的实际情况和我们的实践,结合现代医学的认识,我们认为评估中医治疗肿瘤的疗效应包括以下三个方面:

①近期疗效即改善症状,减轻患者痛苦:目前中医接诊的大部分肿瘤患者是经过多方医药治疗而临床见效不著者,中医学认为“有诸内必形于外”,疾病的征象(包括症状和体征)是疾病本质的反映,解除或缓解疾病征象即是治疗疾病的本质的基本方法之一。

中医治病的长处就在于通过调整内部不平衡来达到解除/减轻疾病所导致的痛苦。ASCO 前主席(1980年)弗赖雷克(Freireich)教授:“始终切莫忘记,我们是医师,我们最重要的职责是解决患者的实际问题。”2011年ASCO会议提醒肿瘤科医师:“不要忘记医师的基本职责是治疗患者。”肿瘤患者的痛苦往往一般常规的治疗方法不易见效,中医学的特色是能解除或减轻患者的临床症状,中医在长期实践中积累了丰富的临床经验,这些方法和经验,应用得当,完全可以有效解决许多肿瘤的临床问题,从事中医肿瘤临床工作者需要信心,细心和耐心;需要具备坚实的中医药理论基础,扎实的专科知识和积累临床经验。只要能解决患者就诊时的痛苦,就能取得患者的信任,也就初步把握治疗该患者的入手路线。这也是评估中医治疗肿瘤疗效的最基本目标。

②提高生存质量:生存质量(quality of life, QOL)是一个多维的概念,包括生理、心理、社会的满意程度,以及疾病或治疗有关的症状。在肿瘤治疗领域中,QOL评价被广泛应用于临床治疗决策、治疗效果评价、疾病严重程度评定、肿瘤药物效应评价等方面,成为肿瘤治疗研究终点之一。20世纪90年代以来,国际上已将癌症患者的生活质量作为临床研究的终点,生活质量将成为全面评价肿瘤疗效的重要标准而被广泛应用。癌症领域比任何其它领域将会更多地采用生活质量评价。1995年,美国食品和药品管理局FDA提出新药的评价既要有生存时间,又要有改善生存质量的资料^[4]。目前普遍采用的主要是标准化的生存质量量表(Quality of Life Questionnaire, QLQ)测定方法^[5]。中医治疗肿瘤重在调整和改善人体整体机能状态,强调天人相应,形神合一,这些观点和生命质量的内涵是一致的。临床实践也证明经过中医系统治疗的肿瘤患者的生存质量高于单纯西医治疗的患者。虽然国内外已公开发表的生活质量量表已有100余种,但均不能反映中医治疗的特色,因此很有必要选择一个较为认可的生活质量量表为基础,再加入舌诊,脉象,四时气候变化,地理等中医特征,量表必须简便易行,具有综合性、可操作性和可接受性等特点,以适应不同情况和不同生活质量的人群。通过这种量表的评估,可反映中医治疗对肿瘤患者生存质量

的提高。

③提高总生存率(overall survival, OS):过去,肿瘤领域临床研究多采用有效率终点,但近年来,大多数研究已改用生存期终点。究竟以何种指标是最佳终点?,各种指标都是合理的,互相之间只有主次之分,并无冲突之处。就治疗而言,有效率和肿瘤进展、转移速度等都是较实用的指标。但患者可能更关心生存期长短。从人文关怀的角度出发,患者的生活质量也非常重要。因此,很难简单地用一种方法或者标准来判断哪种指标更优越。但必须牢记医学的最终目的始终是让患者“活得更久,活得更好”。近年来医学界的共识:肿瘤是全身性疾病,既要局部消灭肿瘤,至少减少瘤负荷量,且更重要的是,要使患者获得临床受益(改善临床症状,生活质量改善)和生存受益即提高OS。因此,OS是判断疗效的“金标准”。因为总生存(OS)延长可直观反映出患者的临床获益,且对该指标的评估和观察相对容易操作,只须得到受试者准确的死亡日期即可。然而,现在若要通过肿瘤药物临床试验证实其为患者带来的OS益处,非常困难。FDA始终坚持要求,新药须证明其可为患者带来OS益处或生活质量的改善,才可获准使用。中医临床实践已可证明中医治疗可调整机体对肿瘤的各种生物反应,增强机体与肿瘤作斗争的能力,同时还能改善病人的病理生理状态,提高治疗效果^[6],不仅可以提高患者的QOL,而且延长患者的OS。

参考文献:

- [1]杨秉辉,丛文铭,周晓军等.原发性肝癌规范化诊治专家共识[J].《临床肿瘤学杂志》2009,14(3):21-25.
- [2]陈志峰.中医药治疗原发性非小细胞肺癌疗效的Meta分析[J].中医杂志,1999,40(5):287-289.
- [3]Schipper H. Treating cancer is skill cure[J]. *Ann Acad Med Singapore*, 1994, 23(3):282
- [4]Aronson N a K, Megerowitz B a E, Bard M, et al. Quality of life research in oncology: Past achievements and future priorities[J]. *Cancer*, 1991, 67(3):839.
- [5]Selby PJ, Chapman JA, Etzadi-Amoli J, et al. The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients[J]. *Br J Cancer*, 1984, 50(1): 13-22.
- [6]陈小峰.中医药防治肿瘤的生物反应调节作用.福建中医学院学报,1993,3(1):1-3.

中西医治疗癌肿瘤的论述

陈伙荣

中图分类号: R730 文献标识码: A

中医学是中国传统文化的精髓,丰富和厚实的中医学诊断学。中医学,中医针灸学等等都充分显示出中医学独特的无与伦比的明显优势。成千上万的不同的古医学书籍反映了中医学发展的东方文化特色,展示了极其广博内容。早在春秋战国时期,我国第一部医学巨著——《内经》,就肿瘤有所记载。中医临床中对肿瘤记载有很多,如:鼻咽癌,中医属于“鼻渊”、“真头痛”、“石上疽”、“失荣”等范畴,病因是肺热痰火及肝胆热毒上扰为主要原因。治以益气补血,活血化痰,解毒消肿、养阴清热等方法为主;肺癌属“肺积”范畴,认为正气虚损,阴阳失调,六淫之邪乘虚入肺,邪滞于肺,导致肺脏功能失调,肺气阻郁,宣降失调,气机不利,血行受阻,津液失于输布,津为痰,痰凝气滞,络脉瘀阻,痰气瘀毒胶结,日久形成肺部积块而成肺癌等等。近年来西医学的发展,在治疗癌肿瘤方面也有许多新方法,如电疗,化疗,放射治疗,手术治疗等。中医学治疗如能与手术治疗、放射治疗、化疗等相结合,则效果更好。

中西医结合治疗方法,在西医的手术治疗、化疗、放疗、电疗的基础上,加服中药,处方组成:仙鹤草 30 克、白英 30 克、败酱草 30 克、土茯苓 15 克、山豆根 10 克、三七 10 克,水煎服,按不同癌症加减,鼻咽癌加:白花蛇舌草 30 克、夏枯草 30 克、金银花 30 克、人参 10 克;食管癌:全瓜蒌 10 克、蒲公英 30 克、黄药子 30 克;上颌窦癌加:玄参 30 克、沙参 30 克、麦冬 30 克、蒲公英 15 克、荆芥 10 克、野菊花 10 克;腮腺癌加:半枝莲 30 克、王不留行 30 克、炮山甲 20 克、生牡蛎 50 克;甲状腺癌加:泽兰 10 克、红花 10 克、桃仁 10 克、薏米仁 20 克、昆布 15 克、海藻 15 克;肺癌加:仙灵脾 15 克、仙茅 15 克;舌癌加:白术 15 克、当归 15 克、白芍 15 克、川芎 15 克、生地黄 15 克、半枝莲 15 克、山慈菇 15 克、连翘 15 克、黄芩 15 克;大肠癌加:苦参 12 克、草河车 12 克、白头翁 12 克、白槿花 12 克;原发性肝癌加:八月札 30 克、白花蛇舌草 30 克、半枝莲 30 克、蛤壳 10 克、金铃子 10 克、丹参 10 克、牡蛎 30 克、地龙 10 克、荆芥 10 克、柴胡 10 克、白芍 10 克、溪黄草 20 克、薏米仁 30 克;肾癌加:五灵脂 10 克、杏仁 10 克、青皮 10 克、金钱草 10 克;膀胱癌加:龙葵 30

文章编号: CCAC(2011)-08-0204-02

克、半枝莲 30 克、威灵仙 30 克、灯芯草 10 克、荆芥 10 克、壁虎 3 条、山甲 10 克;前列腺癌加:薏米仁 30 克、车前子 20 克;乳腺癌加:王不留行 30 克、银花 30 克、蜂房 6 克、红娘子 1 克;子宫颈癌加:紫石英 30 克、赤石脂 15 克、半枝莲 1 克、大枣 10 克;皮肤癌加:白藜皮 15 克、薄荷 10 克、荆芥 10 克;恶性淋巴瘤加:玄参 10 克、丹参 10 克、夏枯草 15 克、白花蛇舌草 15 克、荆芥 10 克、大枣 10 克、山慈菇 10 克、夜交藤 30 克、珍珠母 30 克;白血病加:龙胆草 15 克、黄芩 10 克、栀子 10 克、泽泻 10 克、车前子 5 克、当归 5 克、柴胡 10 克、甘草 5 克、生地黄 10 克、玄参 10 克、丹参 20 克、鸡血藤 30 克;软组织恶性肿瘤加:忍冬藤 30 克、半枝莲 15 克、伸筋草 30 克、紫草 20 克;脑瘤加:姜半夏 15 克、胆南星 15 克、石菖蒲 15 克、山萸肉 10 克、地龙 10 克、赤芍 10 克、蜈蚣 3 条、全蝎 3 克、夏枯草 30 克;骨肿瘤加:白花蛇舌草 30 克、半枝莲 30 克、土鳖虫 10 克、露蜂房 6 克、鸡血藤 20 克、蛤壳 10 克、蟾蜍皮 6 克。另外各种癌症根据不同的症状辨证加减,如气虚加黄芪、党参;阴虚加麦冬、太子参;肺虚加五味子;大便秘结加火麻仁、酒大黄等,具体治疗方法可参考陈伙荣主编的《中医实用治病手册》。

结果:经上述中医药结合西医治疗癌症,使 96% 以上的晚期癌症病人治疗症状得到改善,服药后肿瘤停止增殖或缩小,大部分癌症病人的生命延长 1 年—23 年不等。更具优势的是凡用过以上中药的癌症患者从不疼痛,最痛的肝癌患者也不例外。以中药抗癌是不可思议的,结合西医的化疗、手术治疗、放疗或电疗效果更佳。

病例 1, 1988 年我(陈伙荣)用中药+针灸+气功疗法为一位 43 岁女性,晚期鼻咽癌患者治疗。先后治疗了 6 个月,随访 20 年未复发。现还在世。病例 2, 2006 年我用中药+针灸+气功疗法为一位香港 50 岁男性,晚期肺癌患者治疗。治疗 14 日后,精神饱满,面色恢复正常的红润状态,咳血症状消失,回港复查,肺癌病灶较之前缩小了 60%,后继续治疗一个多月,身体各项体征基本恢复正常。采用中医学与西医治疗癌症是癌症病人最好的治疗选择,是癌症病人战胜癌症病魔最有效的方法。

发挥中医肿瘤学优势，建立中医肿瘤规范化治疗方案

陈建立 陈刚（四川省攀枝花市西区陈刚诊所，四川 攀枝花，617068）

中图分类号：R730 文献标识码：A 文章编号：CCAC(2011)-08-0205-02

医改意见：（五）进一步完善医疗服务体系中提到充分发挥中医药（民族医药）在疾病预防控制、应对突发公共卫生事件、医疗服务中的作用。加强中医临床研究基地和中医院建设，组织开展中医药防治疑难疾病的联合攻关。在基层医疗卫生服务中，大力推广中医药适宜技术。采取扶持中医药发展政策，促进中医药继承和创新。

为贯彻落实科学发展观，按照“以人为本”构建和谐社会和创新型国家的要求，坚持发挥中医药特色与优势，以提高中医药继承发展能力为核心，全面实施中医药标准化战略，充分发挥标准化在中医药事业发展中的技术支撑和基础保障作用，提高中医药学术水平，增强技术创新能力，加强行业规划管理，加快中医药走向世界，促进中医药事业可持续发展，更好地为人民健康服务，为全面建设小康社会服务。多年来，吾在中医临床实践中研发了一种纯天然植物药，取名为“克炎灵”，是癌症和各种炎症的通用药。

治疗特色：突出“以人为本，带瘤生存”的和谐要领。

治疗方法：“克炎灵”是针对肿瘤发病环节中的蛋白或基因的突变，以增强机体免疫力，使其变异得到逆转，得到定点调控，而不是直接灭癌，治疗后患者亦处于“带瘤生存”的状态。

“克炎灵”属“免疫疗法”，方法简便、费用低廉，易被病家接受，患者常在医院获得临床或病理确证后，而“克炎灵”能有效地进行对于手术后体虚的患者进行康复治疗。对放、化疗的患者进行减毒增效治疗，对晚期癌症住院或非住院患者，此时瘤体较大或已转移，体质虚衰，现代医学的抗癌措施已无能为力开展，只有“克炎灵”药效明显可信。相对而言不管是医学院治疗中心、国家新药研究临床基地等，其结果都是临床设计欠合理，药理药效欠明确，药物质量难控，研究结果难于可信；相对而言，资金消耗巨大，开发药物较少，总体上受益患者人数亦较少。

多年来临床实践表明，“克炎灵”治疗肿瘤方法简便、费用低廉，其疗效是使患者能在改善症状的过程中生存较长时间，常常出现“带瘤生存”的状况。而现代肿瘤学研究毫无新进展，无法应对因学科标准化、规范化不足带来的挑战。

建立肿瘤规范化治疗方案是一项庞大的系统工程。“克炎灵”在中医核心理论指导下，以最佳的临床证据（诊疗经验）为基础，参照“循证医学”的原则，经过大样本、多中心盲法临床验证表明，建立中医肿瘤规范治疗方案的过程，是加强中医肿瘤学内涵建设

的重要举措，能提高中医治疗肿瘤的整体水平，必须自始至终坚持中医学术特色，对某些癌瘤或证候在规范化的标准中应避免过多地借用西医标准，以免束缚中医优势的发挥。而对待名医经验，又需有严谨的对照以验证可靠性和重复性为检验标准。

民间验方也是我们的国粹，在民间流传很多有效方药。但目前由于多方面因素，对民间验方的整理和研究工作严重不足，造成许多有效的民间验方流失，无法更好地应用于临床，当今癌症治疗疗效评价理念发生了根本变化，以“疾病为核心”最大限度杀伤肿瘤的治疗模式，已正在向以“患者为核心”谋求最好生活质量的人性化治疗方向转变，突出“以人为本，带瘤生存”的和谐概念。多年来的诊疗实践表明“癌症多虚”的病因学“痰瘀互结”的病理学，使癌症成均恒状态，带瘤生成的治疗原则及“恶性肿瘤全流程中西医相融合互补的实效疗法”的观点。注重维护患者的生活质量和切实树立患者顽强抗癌的自信心，长服“克炎灵”以保持患者各系统的免疫力不会降低，反对“过度治疗”。目前病例到最长的已健康存活13年。克炎灵对各种癌症都有疗效显著，减轻症状，促进愈合，带瘤生存的独特疗效。可惜当前有的科研部门的权威人士只图写论文实惠，搞专家鉴定类的研究是打消耗战，与自己收获有所脱勾。其实，如果科研部门的上层人士能像新闻媒体的人们一样干实事，可以说科学发展观才能在他们的实践中呈现实效。

克炎灵在免疫疗法治疗领域，是自主创新和研发的，已超过国际先进水平，它建立的中医肿瘤治疗规范若能尽快推广，用于肿瘤的防治服务，将能有效降低癌症风险，确保患者获得高质量的治疗，同时使所有普通癌症患者的存活率上升。

1 让肿瘤患者恢复健康

万事万物、相生相克，世界科学界曾预言：“破解癌基因死亡密码，最终战胜癌症，必定是中国中医无疑。”

在全球范围内，大多数肺癌患者死于肺癌的转移性疾病。目前多数患者的诊断情况仍然不够理想，肺癌乃至其他类型的恶性肿瘤的治疗，亟待新的方法出现。目前关于分子靶向治疗的研究日益受到人们的关注，其中的关键治疗措施在于抑制肿瘤血管生长，其药物尚待研究中，直接作用于肿瘤血管的治疗方法也同时在研究中。总之凡能使血管新生抑制的药物，就可取得肿瘤的治疗效果。

“克炎灵”用于全抗体治疗，能使有效血浆浓度达到治疗浓度，可产生明显的抗肿瘤效应。目前来看，这

应是唯一可行之有效治疗肿瘤最先进的办法。

癌症是由机体中某些细胞基因发生突变为特征的一种全身性疾病，它的危害不仅在于它损害身体的器官，而且还会产生各种癌症并发症。如转移、积水、疼痛等，最终导致身体各器官功能衰竭而危及患者的生命。

癌症发病原因是多方面的、复杂的，但归根结底是“细胞 RDS 基因突变”引起组织细胞无限制的增殖，控制基因改变的部位在 DNA 的短链上，其发生突变与短链的长短有关。肿瘤的 DNA 的短链变短，只有设法增强免疫力，方能使该短链的长度恢复正常长度，肿瘤细胞即可逆转恢复为正常细胞，肿瘤即可治愈，这就是“逆转学说”。

西医治疗癌症主要采用手术、放疗、化疗等方法，这些方法都有缺陷性。其一，只有早期癌症病人才能进行手术治疗；其二，放疗也有明显的局限性；其三，化疗有很多毒副作用。在杀死肿瘤细胞的同时，大量地杀死正常细胞，致使免疫系统受到严重的破坏，使本已很低的免疫功能雪上加霜，且不能改变癌细胞基因，致使后期肿瘤转移、复发、失去控制，造成复发和转移，直至邪去正亡而告终。

法新社报导说：美国科学家发表的一项研究结果显示，用于治疗癌症的普通化疗药物在功效上是弊大于利，因为这些药会杀死健康的脑细胞，导致长期性大脑损伤。这一发现使科学家找到了有关“化疗脑”病因的线索，据统计，接受化疗的癌症患者中约有 4/5 的人曾出现失忆、失明、癫痫和间歇性痴呆等症状。纽约罗切斯特大学生物学家克·诺布尔领导的研究小

组针对“化疗脑”现象，在正常临床用药状态下用卡氯芥，顺铂和阿糖胞苷等化疗药物，对动物的健康脑细胞进行了试验，这些药物经常用于治疗乳腺癌、肺癌和结肠癌等多种癌症，试验结果表明上述药物对脑细胞的杀伤性要超过对目标癌细胞的杀伤性。在试验中，上述药物会杀死 70% 至 100% 的脑细胞。与此同时，它们仅能杀死 40% 至 80% 的癌细胞。这些科学家曾在《生物学杂志》上发表了相关报告。

大量临床实践证明，对中、晚期癌症病人进行大剂量化疗或对产生耐药的患者再次进行化疗，只能导致虚弱的生命更加垂危，加速了患者死亡。临床常常可以见到，患者死因不是因为癌症本身造成，而是由于不科学、不恰当的杀伤性治疗所致。

如宝鸡有一肝癌病人，现年 14 岁，初中在校学生，从上海请来专家对其手术后，服“克炎灵”治疗，从当月 13 日开始至次月上旬的一月左右，该病员体重上升了九斤，身体状况如未病前样，专家决定手术已到一月，于是强行对其介入，立即出现腹水、黄疸等肝功能衰竭，仅五天就死去了。

面对数千万患者谁能首先研发出一种疗效确切的

中药，必将获得巨大的成功。

2 癌症病人康复 8 点谈

随着医学事业的飞速发展，癌症可防可治已不是梦想，但在现有条件下短期内要大幅度提高癌症的治愈率尚不可能。只有通过正规的、确有实效的治疗方可提高癌症患者自我的生存质量，达到健康长寿的目的，这已引起社会和医学界的广泛重视，医学专家将此概括为 8 点。

①精神愉快 癌症不是不治之症，治疗前后都不要悲观失望，应放松情绪、自我安慰，坚强的求生意志是最终战胜癌症的根本，避免和减少参加各种可造成不良情绪的活动或紧张的工作。

②生活规律 癌症患者日常生活和正常人有所不同，应充分合理地安排自己生活、起居、饮食、服药、体能锻炼、娱乐活动、社会交往使之规律化，宽松充满乐趣的生活可增强身体对癌症的抵抗力。

③科学饮食 癌症患者的营养消耗大于正常人，因此通过良好的营养维持，能够提高和巩固疗效，可根据不同的病情，年龄、体质、嗜好等综合调配，忌口不宜过多，应掌握新鲜营养，清淡、对味、少食多餐为好。

④合理锻炼 癌症仅靠药物治疗是不可能彻底解决问题，合理锻炼不仅可恢复体力，改善残疾、更重要的是使精神上有寄托，消除抑郁悲观情绪、自我锻炼的方法很多，可根据自己的爱好、体质、环境、选择：太极拳、五禽戏、八段锦等。

⑤长服中药 癌症的形成是人体气血阴阳失衡所致。康复期的癌症患者应长期服中药调理，在医师指导下辩证施治，以补气血、调阴阳为主，以恢复患者正常的免疫防御功能。

⑥定期复查 癌症患者应定期自查或到肿瘤专科或医院复查，绝不可盲目乐观、掉以轻心。虽然各种癌症康复期有不同，但一般来说治疗后，头 3 年每月复查一次；第 4 至 5 年每半年一次，5 年以后每年一次。

⑦辅助治疗 癌症患者应在专科医师指导下有针对性地运用中西医方法综合治疗，要适当地补充各种维生素、蛋白质、脂肪乳剂等。由于治疗后抗体内难免残留少量癌症细胞，成为复发和转移的根源，因此康复期免疫治疗非常重要，只要长期坚持服用中药，方可达到痊愈。

⑧社会关注 癌症的发生是社会的不幸，医护、家庭、单位、社会都应该给予癌症患者在精神、生活、工作、经济、医疗上热心关怀，积极支持，创造一个温馨、美好的环境，保证患者无所顾虑地同癌症作斗争，将极有利于早日康复。

3 癌症病人的心理疗法

①信心疗法：一个真实的故事。几个人和一名年轻人开玩笑，他们把这个年轻人的双手和双脚捆起来，

蒙住双眼，并把他抬到一条已经不用的铁轨上，邻近的铁轨上正好有一列火车呼啸而过，当那几个人上前为他松绑时，发现这年轻人已经死亡。美国心理学教授指出：他的死因不仅是由于恐惧，而且是死于信念。当人和动物认定自己生还无望时，这种认定自己必死无疑的信念会造成死亡的悲剧。科学研究证明：每个人都有一种超乎寻常的潜能，它一旦被激发出来后，将使人得到意外的收获，甚至会出现奇迹。信心就可以激发这种潜能，所以患病后要尽快摆脱不良的情绪，下决心不管忍受多大的痛苦，顽强地战胜疾病，相应奇迹会在自己身上发生。

②想象疗法：在服中药后，病人就想象自己的全身通畅，有一点象瑜伽功，在进行想象疗法时，身体要放松、杂念应抛弃。

③安慰疗法：安慰疗法是治疗癌症的一贴良药。这需要家属、朋友、医生的帮助，帮助病人解除思想上的负担，消除顾虑。在进行安慰疗法时应真诚、热情、不能敷衍、搪塞、哄骗，但可以避重就轻。

④音乐疗法：就是听音乐，但是听的时间不宜过长，音量以 70 分贝以下最佳。

⑤幽默疗法：医学家们发现癌症病人有规律地笑可使病情得到缓解。

⑥咽津疗法：病人平心静气，轻轻吐气三口，再将舌伸出齿外唇内上下左右搅动，当津液满口时，鼓漱 5—10 次，然后有意念分五次把唾液徐徐送入丹田，每次练功重复三次，每日 3—4 次，坚持下去也许会有意想不到的效果。

典型病例之一（现该病员健康状况良好）

4 中药 TTS 赋予人体新的生命力

经皮给药制剂或经皮给药系统（TTS）：是指经皮肤敷贴方式用药，药物由皮肤吸收进入全身血液循环并达到有效血液浓度，实现疾病治疗或预防的一类制剂。

临床实践表明 TTS 具有超越一般给药方法的独特优点：它可以不经过肝脏的“首过效应”和胃肠道上的破坏，不受胃肠道酶消化液 PH 等诸多因素的影响，从而提高生物利用度，提供可预定的和较长的作用时间；降低药物毒性和副作用，维持稳定而持久的血液浓度；疗效较高，使用方便，操作简单，给药次数少等。

传统中药经皮给药方式的客观、科学的内涵，赋予人体新的生命力。中药 TTS 研究有几千年的发展历史，早已达到至善至美的高度，如敷脐疗法、足心疗法、敷穴位疗法与透皮吸收都能显示中药 TTS 的独特疗效。

中药透皮促渗剂助推中药经皮给药制剂实例：

姓名：李发英 性别：女 年龄：75 岁 时间：2003.09.04 超声提示：甲状腺左、右叶实性占位伴多发钙化灶（ca），右侧颈部实性占位伴多发钙化灶，（淋巴转移，ca）。

患者病情危急，双侧颈项肿块增大，巨痛难忍，颈项僵直不能动，吞咽受限茶水难下数日，听力受阻，失音，经西医检查，患者生命已危在旦夕。

介于患者吞咽受阻，汤水不下，于是用中药“克炎灵”对患者颈项病兆部位进行经皮敷药，下午 3 点开始敷药至晚上 9 点钟，患者病兆部位疼痛开始减轻，颈项稍能转动，以此中药克炎灵连敷三日，其透皮促渗效果神奇，使疼痛大减，能言语，吞咽无阻。

第三天起，每天服克炎灵三次，5g/次连服两年，20 天后患者饮食起居大有好转，体重增加 4 斤，至今历时 8 年，患者听力正常，经检查目前各种指数均在正常范围。

多年来，吾在中医临床实践中研发的这种纯天然植物药，取名为“克炎灵”，是癌症和各种炎症的通用药。

合川市中西医结合医院CT诊断报告单

姓名: 李华英 性别: 女 年龄: 50 科室: 床号: 1221 CT 1221
扫描部位: 腹部 检查日期: 2007年11月2日 时

结肠直肠未见明显异常改变, 中结肠结肠癌, 结肠未见明显异常。

诊断意见: 结肠CT扫描未见明显异常。

医师: [Signature] 报告日期: 2007年11月2日 时 (时期:)

合川市中西医结合医院TCD报告 日期: 2007-11-02

姓名: 李华英 性别: 女 年龄: 50 科室: 床号: 1221
扫描部位: 腹部 检查日期: 2007年11月2日 时

血管: LMA Peak: 31.3cm/s PI: 1.77 探头: P92M 增益: 13dB
Mean: 17.2cm/s S/D: 0.79 体积: 7mm 范围: 10dB
PI: 1.77 S/D: 0.60 速度: 45 增益: 500%
RI: 0.92 RI: 107 流向: >> 深度: 57mm

血管: RFA Peak: 24.2cm/s PI: 1.25 探头: P92M 增益: 14dB
Mean: 9.4cm/s S/D: 0.83 体积: 7mm 范围: 10dB
PI: 1.25 S/D: 0.60 速度: 45 增益: 500%
RI: 1.00 RI: 35 流向: >> 深度: 57mm

血管: LPCA Peak: 10.9cm/s PI: 1.70 探头: P92M 增益: 13dB
Mean: 1.6cm/s S/D: 0.94 体积: 7mm 范围: 10dB
PI: 1.70 S/D: 0.40 速度: 45 增益: 500%
RI: 1.00 RI: 40 流向: >> 深度: 61mm

血管: RMCA Peak: 49.2cm/s PI: 1.17 探头: P92M 增益: 13dB
Mean: 27.2cm/s S/D: 0.89 体积: 7mm 范围: 10dB
PI: 1.17 S/D: 2.86 速度: 45 增益: 500%
RI: 0.65 RI: 101 流向: << 深度: 57mm

诊断结论: 1. 结肠中结肠癌, 中结肠癌。
2. 结肠未见明显异常。

医师: 何学英 (签名)

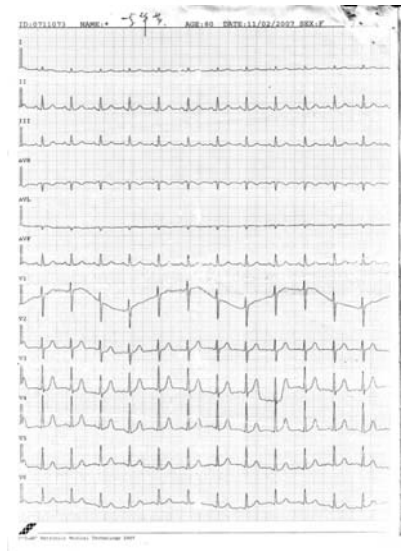
合川市中西医结合医院CT诊断报告单

姓名: 李华英 性别: 女 年龄: 50 科室: 床号: 1221 CT 1221
扫描部位: 腹部 检查日期: 2007年11月2日 时

1. 结肠中结肠癌, 中结肠癌, 结肠未见明显异常。
2. 结肠未见明显异常。
3. 结肠未见明显异常。
4. 结肠未见明显异常。

诊断意见: 1. 结肠中结肠癌, 中结肠癌。
2. 结肠未见明显异常。
3. 结肠未见明显异常。
4. 结肠未见明显异常。

医师: [Signature] 报告日期: 2007年11月2日 时 (时期:)



合川区中西医结合医院 超声诊断报告

姓名: 李华英 性别: 女 年龄: 50 科室: 床号: 1221
检查日期: 2007-11-2 超声号: 2007107-009
检查部位: 腹部 检查医生: 何学英
检查时间: 2007-11-2 检查地点: 合川区中西医结合医院

超声描述: 1. 结肠中结肠癌, 中结肠癌, 结肠未见明显异常, 未见占位。
2. 结肠未见明显异常, 未见占位。
3. 结肠未见明显异常, 未见占位。
4. 结肠未见明显异常, 未见占位。

超声提示: 1. 结肠中结肠癌 (中结肠癌)。
2. 结肠未见明显异常。

医师: 何学英 (签名)

合川市中西医结合医院 检验报告单

姓名: 李华英 性别: 女 年龄: 50 科室: 床号: 1221
检查日期: 2007-11-2 报告日期: 2007-11-2

白细胞计数	10.9	红细胞计数	4.5
血红蛋白	110	血小板计数	150
红细胞压积	32	白细胞分类	中性粒 68%
平均红细胞体积	100	淋巴细胞	22%
平均血红蛋白量	110	单核细胞	8%
平均血红蛋白浓度	110	嗜酸性粒细胞	2%
红细胞分布宽度	110	嗜碱性粒细胞	0%
网织红细胞计数	0.02	淋巴细胞绝对值	1.1
网织红细胞百分率	0.02	单核细胞绝对值	0.2
血小板分布宽度	110	嗜酸性粒细胞绝对值	0.05
血小板体积分布宽度	110	嗜碱性粒细胞绝对值	0.01

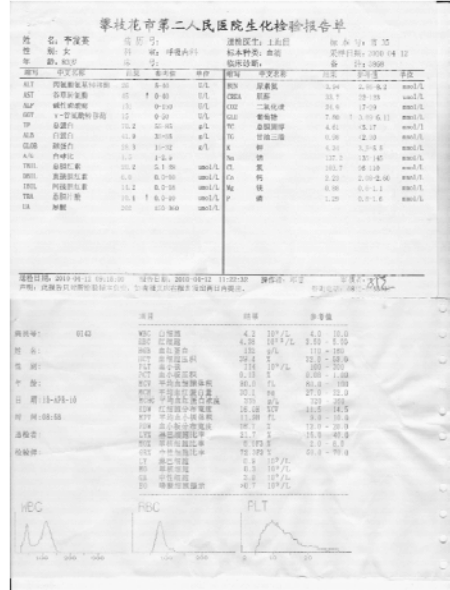
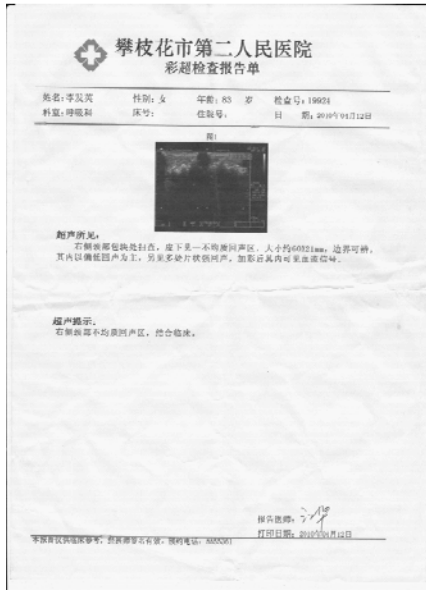
临床诊断: 结肠癌
检查结论: 结肠癌
医师签名: [Signature]

典型病例之二

刘 X X, 43 岁, 男, 工人, 宝鼎矿, 患菌痢、便脓血、腹痛, 在市二院住院二三天, 转本门诊两天, 未见好转, 于第三天午后 2 点服“克炎灵”胶囊六粒, 天黑前腹痛停、痢止, 第二天一早病愈而归。

熊××, 54 岁, 男, 工人, 散办车队, 大便日数

次难解、小腹痛胀难忍、不食, 经市中心医院诊断为结肠炎, 经检验肠道有两处发生糜烂转华西医院作手术, 服“克炎灵”胶囊三天, 三天后大便基本恢复正常, 服药 5 天痊愈, 历时 2 年余, 不见复发。



杨××，58岁，男，西区公安分局，感冒咳嗽两周，打针、服药仍无好转，服“克炎灵”三次，一天后咳嗽停止。

蒋××，28岁，男，搬运工，面粉厂，左手无名指头被机器扎掉只剩下指甲，未伤及指骨，多处求治无法止血，用“克炎灵”外敷患处，血立止，五天后果其指头皮、肉增生痊愈，第六天又上班搬运。

李××，25岁，男，打工，二队焦化厂，右手食指被焦炭扎伤，前医以手术将扎烂的指甲截除加压包扎，到第二天仍出血不止，来我处就诊用“克炎灵”粉立即止血，五日后痊愈上班。

王××，65岁，女，教师，建校，因跌跤其右肘外

侧被灶台破磁砖划伤动脉血管，当时血喷一尺多远，前来就诊，以“克炎灵”敷上立即止血，第二天复诊，其伤口已愈合。

袁××，48岁，男，大水井1队，摩托车排气管将其左小腿胫部II烫伤，用“克炎灵”外敷，1周内痊愈。

文××，45岁，男，大水井3队，脚踝部扭伤，不能行走，用“克炎灵”外用，一天内消肿、痛止痊愈。

郭××，35岁，女，河石坝，慢性口腔溃疡，服用“克炎灵”胶囊3天痊愈未见复发。

李××，52岁，男，503电厂，内痔严重出血，疼痛、时久，服用“克炎灵”三天痊愈未见复发。

民间中医药治疗恶性肿瘤研发成果

何洪儒

(成果研发来自青海省大通县长宁镇公路旁中医诊所, 青海 大通, 810105)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0210-04

【摘要】中医传承人何洪儒: 土生土长于青藏高原, 做了从医从药临床四十余载的寒窗学子, 一则从医理破译对恶性肿瘤的病因机理的全新基础理论。二则从药理的配置与冬临四季高原特色赋性药材与常温四季赋性的药材相辅相合的组方研发出岩舒系列方法方药。以上前者开拓指明了方向, 后者有了组建特色特效的方法方药; 升华凝炼成“了道明理”的全新民间科研成果。

注重从医从药是本着古谓之, “济世之道, 莫先与医, 医者药之先也”之道, 既然是传承中医首先要遵古, 医药不能分家的传承理论基础, 深入思考, 反复实践, 不断地加以总结、修改、补充、提炼、升华凝炼形成了经验医学科学理论, 因此随着当前中药材市场的混乱假冒伪劣代用品之多, 首先多次前往全国各大中小中药材市场深入考察了解全国的道地药材的产地与特殊性味与功能作用, 提高掌握了各药质的辨认与鉴别知识。这样才能做到既明医理, 又了道药理融会贯通, 获得最佳研究的疗效成果。比如: 全蝎动物用药的制备方法改进, 采用捕捉期季节时取鲜活蝎用冷冻死的方法, 阴凉干, 药效倍增, 而不采用药商们所采用的传统盐开水煮烫死, 加盐粉入辅料法压称为目的(商家获利): 其一、将大量的活性蛋白成份被破坏、丢失。其二, 药用效价被降低而达不到治疗功效。

笔者注重从医从药一线与民间临床从事疑难杂症的研治, 实践中对恶性肿瘤的攻克研究中从无数肿瘤众患者试疗中运用了众多中医杂志、名家医案及其理论方法方药以及现代医学对中药, 所做的药理试验的所谓抗肿瘤的所有中药一一都做了试用。所谓以上数十年的临床验证已被一一淘汰了。皆然走过了种种途径的遥远之路。放弃诸多医家之百年误区之困惑总结经验的基础上, 从中重新悟出道理, 注重对肿瘤的发病机理有了新的破译发掘。有了新的基础理论指明方向开拓新思路终于有了大海大洋的彼岸, 有了更加捷明确靶向治疗对机体的各种肿瘤的方法方药。

紧随着数十年本人所积累的临症经验, 假说: 做医的宗旨: 医生与人类疾病做斗争, 就等于是战争中的某一战役一样, 一种顽疾就是一场比赛, 取胜与失

败的规律一样。遵循古训: “学医不精, 莫如不学, 生民何故, 不死与病、而死与医者何也”之教诲。所以天下无不治之病, 只是医生无能而已, 暂时无能, 不可永远无能。

1 遵中医从人体活动规律着手, 来探究人体发病机理

古人为了探究生命的规律, 观天地、识自然、解自体, 通过一定的锻炼休持, 完成自我体验, 自省人体内部气机变化, 将这种变化记载下来就有了中医的“气化学说”所以中医以肾为先天之说: “一则维持和启动现有的生命功能活动, 二则是制造复制下一代保证物种的遗传, 三则主宰三焦的气化, 髓的聚集, 骨的封藏, 产生内热为人体生命提供恒温, 制造血液, 传递能量, 又能提供机体生命各器官活动的原动力源。所以说, 先天属肾为基因, 基因是从胚胎至胎经年 0-16 岁编码, 摄制人体蛋白质与细胞的。”脾为后天之说: “脾为后天助先天, 脾统血、摄血, 驾驭细胞, 细胞是为人体最基本的结构和功能单位, 其结构与地球的存在形势呈无限缩小的同一模式, 细胞内为细胞核是整个细胞的热点, 负载着生命本体的全部遗传信息。”

所以“肿瘤”是人体气化功能不健全而造成的病理产物, 它能使人体有序的规律失司, 使脏腑功能的阳气被遏而虚损, 令“气滞血瘀, 痰积湿聚”而成“瘤岩”; 既不仅是一种症状, 而且还代表着一种有序运化规律, 这种有序的规律是以“肿”、“瘤”、“癌”三种状态体现的; “肿”是在人体功能退化的状态下形成的水液注于形质中的肥厚胖松驰超厚态; “瘤”是在人体虚弱的状态下形成的气滞血瘀与痰核交织的多余体; “癌”是在人体功能衰竭的状态下, 形成其质坚硬, 其性冷痲或炙热, 失去活力, 并可通过浸润传递和直接散在

移植性而耗伤人体功能的阳气阴精的不移病灶。因此，“肿、瘤、癌”不仅反映了肿瘤的有序进化规律，也直接体现了肿瘤的产生，发展甚至死亡的全过程。

破译发掘恶性肿瘤的主要病因病机是由两种寒热趋势，长期不顺应体内环境，从逆转趋势发展偏颇极化成癌岩，即：寒极则冷痼剥脱，热极则爆裂崩脱为规律。寒趋势是生命活化的根本。热趋势是一种暂时症状的标象。中医则调节机体寒热顺应趋热环境，如一轮红日阳光普照万物有序的生长，活动、给予的生命健康活力，使脏腑气化进入有序，促进恢复机体气化功能，促使癌基因转化与肿瘤细胞的分化。

2 治疗原则

平衡阴阳和谐，顺应趋势热环境，调理患者情志因素，健全脏腑肌体气化功能。

3 研发成果治疗功能机理

- ①强健体能，振奋肾阳。温通气血，活血散瘀。
- ②健脾补肾，激活体能。融化瘀结，湿邪同祛。
- ③助阳行气，寒趋遏制。温通寒凝，瘤体自熔。
- ④振奋阳气，温热寒化。气机疏通，岩瘤融化。
- ⑤逐热趋势，临证标象。清解余毒，标邪并祛。

4 成果方药的治疗机理作用

助阳行气，助阳活化，助阳祛湿，助阳化痰，助阳软散，助阳消肿，助阳消瘤，清解标邪，汤剂活用，安然无恙。

全功能发挥中医的气化功能：整体提高免疫功能，具有抑制肿瘤细胞的生长，从防、遏、抗、消、化、杀、灭癌变未分化细胞。达到扶正祛邪、标本兼治的功用机理，全方位发挥出对恶性肿瘤未病征兆的防御，即早、中、晚期的治疗与愈后的复发、扩散、转移达到遏制、止作用。并且减低对西医放化疗的毒副作用，增强药效作用。其防治疗效结果：①防御未病潜伏肿瘤征兆的出现。②对早中期 10 天见效或显效，8-16 个月治愈。③晚期术后即可服用临床改善体能状态，遏制止，复发、扩散、转移，保全了西医手术后的扩散、转移的前功尽弃，达到根除痊愈的可靠指标。

5 岩舒系列成果方药组成

由：野生树舌、桦褐、松针、无柄赤芝孔菌、冬虫夏草、藏红花、麝香、特制钱粉、穿山甲、生旱夏、猪苓、藏连根、阴阳丹、鹿尾、蛤尾、附片、人参、

熟地、当归、巴戟、枸杞、白蛇草、冬凌草、白英草。

结合临证诸法汤药，以脏腑归经及阴阳虚损，寒热趋势发展的程度，辩证施用总结出以下十二诸法：

- ①调理阴阳消癥法；②助阳行气消癥法；③健脾补肾消癥法；④培补气血消癥法；⑤培补养阴消癥法；⑥舒肝理气消癥法；⑦祛痰利膈消癥法；⑧宣降利肺消癥法；⑨活化利解消癥法；⑩宣通疏机消癥法；⑪化痰通络消癥法；⑫软坚散结消癥法。以上诸法，将中医的无形气化功能结合西医与现代医学理论融会贯通，将有形的肿瘤逐渐融化消除在无形当中。

6 临床治愈案例一

严某，男，55 岁，住大通县长宁镇下严村，患病于 98 年 4 月 7 日，住青海大学附属医院肿瘤科，经住院待查，一月后诊断为“胃癌”，施行手术后，发现胃癌病灶已扩散，未行切除术，当即通知家属，癌已扩散，再手术切除已无任何治疗意义，只好缝合刀口。回家之后，家属多次要求笔者出诊，并详述了住院的病情，初见患者面眺白，卧床不起，无痛呼声，诊脉细弦滑、苔淡白、舌质赤、舌下瘀点、声微疲倦、精神不振、体瘦弱、饮食纳少，大便行而不畅，胃脘痞胀硬，按之胃脘部有块肿物，用力触及疼痛敏感。证属脾肾阳虚、胃络阻滞、气血郁瘀、痰湿蕴结。方以疏肝理气消癥法，运用汤药并结合岩舒方药，调理 30 天后明显奏效。胃脘部痞、硬、胀基本消除，有食欲且能起床活动，脉见起色，舌转淡白，大便畅通。继续以培补气血消癥法汤，减疏肝理气法，结合岩舒方药，共守服用九个月后停药，一切恢复如常，七年后随访健在。

案例二：患者靳某，女，56 岁。住互助县西山乡。于 1999 年 6 月来诊，患者自述多年长期头疼，偏左侧及颞部痛，颠顶痛，近半月来恶心、呕吐，目视不清，加重出现语言蹇涩，口角流涎，右侧半身不遂，去青医附院做 CT 检查。诊断为“左前颞部胶质瘤”。前来本诊所，请求为其治疗。诊脉弦紧，舌绛瘦小，口干苦，不欲饮，汗出精神不振，疲倦声微，全身燥热，烦躁不安，神昏妄语。症属：肝肾阴虚兼阳虚，痰核阻滞脑络。方以，培补养阴消癥法：汤药，每日一剂。兼服：岩舒系列药丸、胶囊。服用 15 天后复诊，以上症状减轻多半，并能行动自如，可到田间地头散步。

二诊脉弦滑，舌绛变苔，淡白，舌体伸展变大，头感肿胀昏晕重着，乃脑积水症。改方：培补气血脱水消癥汤。再连续服用 15 剂。兼服岩舒系列方药，共服 30 天。三诊时，脉沉细弱，舌淡红，舌体正常，头肿胀消失。唯疲倦乏力。改方：健脾补肾消微汤，继服上药岩舒系列方药两月。四诊时脉缓和，苔淡白，精神振。停药汤药，继服以上岩舒系列方药，守服六个月，康复如前，操劳起家务事。三年后追询如常。

案例三：韩某，女，45 岁住大通县长宁镇宋家庄村，于 2000 年 7 月发现鼻右上侧菜籽粒大一疹子，两个月后如食指头尖大小，疼痛及面目漫肿，伴随头痛，来诊时，见痛患来势凶猛，随到省二医院去做病理检验，做完检查，确认为“恶性皮肤癌。来诊：脉弦紧，苔淡薄，舌水滑，头痛眩晕，面部红肿尤为以右侧脸红胞肿。证属脾肾阳虚，痰浊抟结，湿毒壅盛。方法：①活化化解消癥法：汤药，每日一剂水煎服。②兼服岩舒系列方药，外用岩舒胶囊 4 粒，蛋清调敷患处，每日清洗更换一次。

用以上方法调治 10 天肿瘤自溶自化消除，面肿全消如常，减汤剂，守服岩舒系列巩固三月，完全根治，至今达七年之久未复发。

案例四：马某，男，回族，66 岁，住湟中县上五庄乡。于 04 年 3 月因患腰周围下坠痛，欲大便昼夜有十余次，每次大便艰难，时有便出小拇指一点还带血，本来诊所求治时，让患者首先去省二医院去检查后再治，后经病检，诊断为“直肠癌，医生说准备四万元钱来住院做手术治疗，因农民无钱去医院治疗。继来笔者处求治，指诊触及肛管内周肿瘤物如大拇指大小，有三处根基块硬如小拇指大小，如此锁住肛门周围，故大便不能排除。诊脉弦紧，苔黄腻，舌质暗红，舌下瘀点，口干涩，疲倦乏力，食欲无，其发病严重，有十天，近日出现消瘦。证属：正所虚衰、邪气壅盛、恶性肿瘤，方以活化化解消癥法：汤药结合岩舒方药，另用岩舒 A 组 5 粒用黄酒 10ml 溶解，注入肛管，昼夜三次，综合用法十天后显效，患者大有信心，精神大振，治疗欲望强烈，守服三月后，指诊无触及上述肿瘤体，继服岩服方药九个月，停药一年后随来患者询访无复发。

案例五：卡莫加，女，28 岁，藏族，住果洛州玛

沁县，于 07 年 6 月 12 日经青海省肿瘤医院以“左乳腺癌改良术”术后半年病现示，乳腺浸润性导管癌，伴脉管栓形成及坏死，肿瘤组织累犯胸肌筋膜；周围乳腺组织中可见脉管瘤栓，淋巴转移腺癌（22/22），部分淋巴融合（胸肌间淋巴）4/4，（三分平淋巴结 2/2）；二水平淋巴结 7/7；腋窝淋巴结 9/9；经放、化疗后仍查出出现骨、肺、肝转移，盆腔积液。该院已放弃治疗意义，经藏族活佛介绍前往该医院住院部面诊时，患者面色晦暗，体瘦削，气微神疲，恶心呕吐，脉细微弱，舌淡中心后斑瘀点，平卧指诊剑实下痞硬疼痛占位性，大便溏，小便清，诊后与其家属商议讲明病危极晚期，试探服能否服进药，试用岩舒三联后逐渐进药 5 天后出现胃气尚有再进 5 天后奇迹出现，继以岩舒三联内服外敷膏药带回家，经守服半年后 CT 扫描肺、肝正常，骨浓聚灶微代谢，继守岩舒二联半年后复查一切正常。如今经介绍来患者说再看不出她是病人了。

7 实践总结

7.1 临床治疗中的关键因素

虽然以上研发方法方药疗效之确凿，但在临床治疗中往往被忽视不在乎的因素，及认识生命现象以及人体脏腑气化功能的实质。

①抢占先机

肿瘤病程形成缓慢，只要掌握肿瘤产生的预兆、或者是现代高科技；技术仪器能预先检查出肿瘤的先期征兆，就可避免肿瘤的晚期出现。所以无论何种手段，只要被早期查出来，及时得到笔者所研发岩舒系列中治未病、防治、康复为一体的方药皆可得到抑制发展，避免恶化最终达到彻底康复的健康人。

②晚期术后的早期；强调说明：任何肿瘤癌症只要是做完手术，千万不要认为是万事大吉了，不能坐失良机；坐以待毙，同时也最好不要做化疗。尽快采用笔者研发成果方法方药才能获得最佳万事大吉。

③如果是恶变后的肿瘤癌症，也可分早、中、晚三期，如果是早中期被发现首次治疗得当、亦可抑制发展，同时也有治愈。只不过用药治疗周期长而已。但到晚期虽然用药有效，只能延长生命。治愈实属困难了。别说肿瘤癌症，就连一般普通常见病：治疗延误到晚期，同样更难治了。因此说，得了不知之病不

可怕，不要等到不能治，不可救药之时。假说：“任何一种疾病，如果延误失治，迁延日久，都可造成气血痰亏，脏腑功能衰竭，最终走向死亡之路”。

④恶性肿瘤到了恶病质的出现：最可怕，虽然患者表象精神状态还可以，一但进行治疗时即可出现，恶心、呕吐、厌食、厌药，的确到了无可救药的时机了。

7.2 若干年造成的思想情志“截流断源难”。

任何肿瘤癌症患者从临床治疗过程中往往出现的关键要素，有情志机体与“截流断源难”；因人体生命由有形之体能产生功能情志，而功能情志又主宰人的形体。脏腑形体是情志的载体，精神的房宅，也是脏腑形体的主宰，肉体的灵魂。人的情志可直接改变体内的气机变化，指挥气血的运行与聚散。笔者在临床中通过实践观察，发现人的精神可以改变体内的温度，气血流向和决定能量的聚散。人若无志则生恐惧，恐惧可使人体的真气涣散，整体温度降低而产生尿频、浮肿等一派肾阳虚损症的出现；人若无志则生苦思，妄想可使脾胃谷气凝结不化，整体运化缓慢而生食积、痰积、湿聚等；人若无志则求安逸任放过而之心，使机体血行缓慢而生痰滞。因此说，人体肿瘤的产生实源于人之情志为关键要素，人体肿瘤的发展很多根源于人的情志。如谈癌色变与癌症被吓死之说。人无恒志多担忧为癌生之源，无定识、多思虑、为癌长之根。无实能，生躁急，成气滞血瘀、痰积癌变之机。然而假说：“现代人对什么研究的通，唯独对自身不去研究了解；什么都懂，都明白，唯独对自身不懂不明白。连自身最起码的常识也不能接受，岂能得到对人体研究中的偿失吗，对看得到的形体承认，而这形体内有能量源在与外界温度作同步运化则不能理解与接受！如人的脑、眼、耳、鼻，可以想、看、听、闻，这不能不予承认？这些能力都是由人体的气化功能的无形能量游弋于体外完成的事实却难以接受。”因此对肿瘤只承认看得到的病灶，并去研究这病灶的实质是什

么？而不去研究这一病灶是由人体内部的寒热失序造成的两种极化状态形成的规律，更不去研究主宰体内寒热与水运化的情志作用。他们不明白或不愿明白情志主宰人体内部气机升降，气机升降主宰气血运化。气血运化产生存在形式这一客观规律。其实很简单电视机里的电流虽取决于内部的电路，但电路必须为电视功能的要求而规范其存在形式。他们不知道或不愿知道病灶只是人体内部寒热作用来与肌体过程的产物，或外在表象，将肿瘤病灶切除，只能改变由这一时病灶带来的继发性病症，但却无法改变人体形成癌变的原发性症状。现代人抱定了一个原则，即凡是自己未认可的科学事物都不能容其存在。这就是癌症患者死亡的最主要原因，也是癌症攻关中的死敌。他们忽视了科学是由存在产生并服务于存在这一科学的规律。科学的认识本来是一个过程连续积累前后继承的过程为实践。何谓科学家做无数次试验？实践是检验真理的唯一标准。而奉守我不懂的就不是科学的自私、自幻的卑鄙狭隘思想，使肿瘤根于情志这一客观事实无法对生民进行宣传与教育的。给防治肿瘤带来了极大困难。到现在为止现代科学家们还未制造出一种可以研究人的情志作用的仪器，而事实却又不允许等这种仪器诞生后再去宣传教育！

不健康的人体就向象一个垃圾箱，人的不正常的情志每时每刻都在制造有害人体健康的垃圾，而医生就象清洁工一样不断地清理垃圾箱中有害物质，有时造的少就清理的快。有时造的与清理的等量，等于清理的没有造的快，这正是人类健康状况的不争之事实了，这种状态决不是医生的能力所改变的客观事实。人的精神与肉体切不可同时患上癌症。故治癌症过程中最大的困难是“断源截流难”，只有通过讲道理来改变患者的思想思维，使其情志趋于正常少造有害垃圾，医生清除才会见功效。那么愚公移山是移不长的山，如果山长的比搬的还快，愚公就移不了山。调节情志以全五志者是釜底抽薪之上策，古中医乃称之为“上工治神”。

疑症瘤

黃靜波

中图分类号: R273 文献标识码: A

中華醫藥進化到今天已有五千年的歷程裏,從“三皇”時期的醫載資料,產生了“皇帝內經”,主由《素問》和《靈樞》兩部分組成。它比較系統的闡述了人體生理、病理、診斷、防治以及臨床各科的內容。這是一部傳載漢代以前人們運用傳統的哲學思想思維方法,以及時以經掌握了天文、曆法、氣象、物候、地理及至社會學、心理學,甚至數學等知識來探索生命奧妙……從那時起就以經在研探基因生物這一高端科學知識了。在研探基因生物這一高端科技時,我想必須先從生物界“疑、難、雜症”、“腫瘤”相結合起來一同研討。自從 20 世紀 80 年代初提出“創建中醫疑難病學科理論體系”學術思想後,在中醫學術上第一次出現了“中醫疑難病學”這個新概念。我從數十年醫史方面總結到“疑”是疑惑不解,認識不清,難於定論;“難”在治療上有難度,缺乏有較好的治療方法;“雜症”主要是多種病抗的聯在經絡發生病變。七情和六淫與氣血,經絡、臟腑的生理功能有著密切的互聯關係而疾病衍生,這種雜症多在一病多症,一症多經絡受擾,因而主方難以定位,疾病互相牽制,方藥與複方又有互相消化的可能,這就是“雜”的主要基因。

在“疑、難、雜”的基因制約下,會導致“熱”的聚集灼傷經絡而成“腫”。在“奇症匯”載有《腫多由熱而生……》,腫之熱與寒相結合便產生脹痛。腫痛滯留在“腫”區難以化解而聚結成“瘤”。

吾之結合這幾十年中醫臨床的實際探索,真有無熱積不成腫,腫與寒相結合便生瘤的經驗。瘤而因寒多痛,腫本熱再加熱而成腫脹,腫脹又加寒致成癰。這種寒熱成癰而滯成瘤,這就是腫瘤,都是疑難雜症而匯集寒熱形成了腫瘤的主要基因了。

現在我經過多年的臨床經驗和總結,研發了專用化解腫瘤的克星…… 疙瘡膏,即以申報專利的疙瘡丹精膠囊。首先採用化瘀而不傷新系細胞的三棱、破血之瘀阻的水蛭、軟堅化結的鱉甲、清熱解毒的白花蛇舌草,再配以通經活絡,固本培元的佐使,故而化解了各種病型的腫瘤。例如肺腫瘤:吾採用疙瘡丹精膠囊日服 3 次,每次 6 粒,配以較強的培元固本的人參、北黃芪、歸芍和有血之品紫河車、阿膠、鹿鞭狗腎等為佐使,患者服用不到兩周,肺部腫大收縮到原狀的二分之一,繼續服 4 周基本鈣化,兩月後已痊愈。另一患者系女性 58 歲,宮頸腫瘤後期,咖啡色血水浸流不止,全家及親友求吾施治。本著治病救人的目的,吾採用以培元固本為前提,重用參芪及消導之品,導疙瘡丹精膠囊(七分補三分化解),72 小時血止,患者大有起色,而增加疙瘡丹精膠囊的用量後(六分

文章编号: CCAC(2011)-08-0214-02

補四分化解),兩周後患者可以下床活動。再次診斷,吾調整治療方法,改為五分補五分化解,又兩周患者雙下肢無力,不思餐,吾再診斷是患者夜間受寒阻塞絡道,遂以七分溫培三分化解的同時又結合清熱化寒排毒通絡,3 天後精神好轉,飲食改變,雙下肢有力,而速以七分溫培三分化解癩毒,四周後達痊愈,後經多家醫院檢查屬痊愈,一年期至今各方面均好,無其他不適,結論痊愈。

再有一肝腫瘤患者,男性 40 歲左右,因原有肝炎史 12 年之久,近於外感時經醫院治療不到 5 天,忽感左肋疼痛異常,經醫院檢查並結合掃描,系肝腫瘤急性期,醫院多方採用抗菌等無果,遂求吾施治而當即投入疙瘡丹精膠囊服用,並配合清肝熱,解毒涼血等,三天後患者腹脹減輕無腹水,能少量進食。在投入疙瘡丹精膠囊每日 2 次每次 6 粒,配合中藥柴胡疏肝散等補中益氣湯加味,服用一周後,經醫院掃描檢查,除有少量的餘熱外,均完好,再投入 6 分培元固本 4 分化癩解毒並附柴胡疏肝散加味中藥,2 周後基本痊愈。經囑咐鞏固四周(前方專用),至今無不適感,一切均正常,結論痊愈。

上三例系腫瘤性質,但第一例先由肺部感染,而後轉移腫瘤。主要是肺熱夾寒而雜合煙酒史合並而致腫瘤,經對症對方用藥後達到痊愈;第二例系女性,因一身中勞累和疾病聚集於婦科奇經,疏於及時對症施治,屬疑難雜症範疇,而滯瘤於宮頸,雖經 X 醫院用抗生素結合抗菌素而終未達到效果,吾以培元固本為前提,活血化癩排毒確保經絡之暢通,因而方藥對症施治,攻守結合,而在短期達到治愈,實乃吾研製專攻腫瘤的疙瘡丹精膠囊,並對症、又配合培元固本之補佐而達實效。

在“疑、難、雜症”和“腫瘤”,三患者的先期均屬於一個“虛”字,在虛弱的前沿不能化解癩毒而達到通經活絡,因而造成後期之腫瘤。在明代,名醫張景嶽曾說“醫不貴能愈病,而貴能愈難病,而貴能延真其醫”(摘自《景嶽全書·傳忠錄·病家兩要說》)。面對諸多疑難病症,古今中醫學家迎難而上,嘔心瀝血,從實踐中探索不少行之有效的方法,概括起來主要是從‘痰、癩、毒、虛’等辯治,顯示出中醫的特急優勢及神奇。

①研發腫瘤的致病基因是先以疑、難、雜為前提,在受寒熱的浸塞成腫,腫難化解遇寒阻絡而致瘤,腫非惡性,瘤因病毒加寒熱混合而咬死成惡性腫瘤。②分析和治的主要因素與定案,在臨床上實用性。③結果是臨床效果的推廣,在醫藥上的特案與驗方。

作者簡介:黃靜波,回族,四川江油基因生物研發研究院博士。

治癌论

宋宪举

(商丘市疑难病肿瘤研究所, 河南 商丘, 476000)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0215-02

古老医学奥妙深, 当代医学更先进, 现在名医不解义, 还得仙人转乾坤。

癌症本是病中王, 天地人和把它降; 等待医理更过来, 癌症食用自灭亡; 在长期治病的岁月里, 得出天地人和论的医理, 能治愈癌症, 结合天地人和论诊断, 天是一大天, 人是一小天, 天地有的, 人都有。天有五气, 人有五脏。人的五脏必须随从天有五气, 相通相应。如人的五脏不能通天的五气, 人就要起反应, 这个反应先人把它列入病, 这就是病的来源。我把天地人和论结合在一起治来治病, 效果良好, 可治愈百病。

肾为大地, 肝为太阳, 心为天, 脾为空气, 肺为大气; 肾主水, 是寒脏, 患有肾病就用冬天成熟的药, 和热性药来治疗, 三个月可治愈。主药: 用杜仲、巴戟天;

肝为木, 是毒脏, 患有肝病, 用春天成熟的药。主药: 茵陈、公英;

心为天, 是火脏。患有心病, 就用夏天成熟的药。主药: 黄连、黄芩。

脾为空气, 是平脏。患了脾病, 就用运化的药。主药: 大枣、枳壳、砂仁。

肺为大气, 是冷脏。患了肺病, 就用秋天成熟的药。主药: 冬花、贝母。

凡是脏腑的病, 都要对准天令用药, 三个月病自愈。这是天地人和论的医理。天令、地令、人令, 结合在一起, 三者和谐, 百病消除。

暑天热到 40 度, 一场大雨热自消。用到人的病上就需要健脾。房间里热到 40 度, 电扇一开凉快了, 用到人的病上就要补肺。冬天寒冷, 人打颤, 火力一到寒退了, 用到人的病上要补心。

以上是天地人令与 24 节气作用变化, 和人的五行相克相生联系在一起。不管你是医生、专家、教授, 只要把天地人和论吃透, 你就治病如神, 可药到病除。

1 癌细胞的形成

癌症是五脏功能减弱, 脏腑不协调, 有强有弱, 有寒有热形成的慢性病, 也是代谢失调, 应该代谢的不能代谢排出体外, 存在莫一部位, 时间长了就形成

了癌症。

治疗癌症要全面的看待, 分清主次、找出根源, 是能够治疗好的。我有治好的肝癌, 35 年建在的。血癌有 20 多年正常生活的。1, 从肾上说起, 肾主骨, 生髓, 主二便的排泄。肾产骨髓, 通于大脑。如患了骨癌、子宫癌、脑瘤, 只要强壮肾阳, 癌病就消了。西医认为, 肾产骨髓, 骨髓产白细胞 7-15 天成熟, 红骨髓产红细胞, 120 天成熟。如果肾脏的阳气不足, 骨髓产的白细胞, 应该 7-15 天成熟, 可有一部分 3-10 天它就不长了, 红骨髓产红细胞应该 120 天成熟, 可也有一部分 50-80 天也不长了。这两种红白细胞不成熟也得参与血液循环, 这就是发病的根源。

白细胞和红细胞成熟后, 有肝脏和脾脏的功能, 把两种细胞分解后, 一部分转入血液循环, 一部分转入津液循环。由于肾阳弱了, 产的红白细胞有不成熟的, 也得参与循环, 加上肝解毒不好, 脾运化减弱, 应转 50 克血液的只转 30 克。应转 50 克津液的也只转 30 克。另外的 20 克循环在一起, 成了强毒, 也叫坏蛋细胞, 这种坏蛋细胞周流全身各部, 等待作乱。如果哪一脏弱了, 强毒就生存在哪里, 这就是癌症的形成。对于治疗各种癌症的发病原理都是一样的, 在治疗中各有不同, 要看患者的五脏强弱来定。(1), 患癌症如果本人无症状, 要大补五脏, 调节 12 经, 把全身的强毒和坏细胞排出体外, 三个月病就好了。(2), 癌细胞形成有肿块的全身转移的, 并伴有疼痛的, 在补五脏调 12 经的同时, 加点活血药就能治愈。(3) 有疼痛肿块坏死的, 只能补阳气, 对症治疗, 减少痛苦, 延长生命。(4)、疼痛剧烈的, 舌色紫红的、腹胀、喘气、吐血的, 面色黑黄、青, 出现, 只能等后事了。

2 癌细胞和五脏的争营养

癌细胞的形成来源于肾阳不足, 所产的红白细胞不成熟, 再加上肝脏阳气不足, 气化减弱。肝为太阳, 太阳不能照射大地, 大地湿寒, 红白细胞不能正常成熟, 脾脏主运化, 脾湿了全身的水分不能正常代谢, 给癌细胞提供了营养和环境, 帮助癌细胞生长繁殖。这就是癌症和五脏争夺营养的通道, 如果把癌症需要的营养杜绝供给, 癌细胞无吃的了, 不给癌细胞送营

养了，癌细胞就会死掉。癌症就好了，患癌症的病人就会一天天的好起来。

怎样不给癌细胞送营养呢？就是强壮肾阳，让红白细胞都成熟，再把脾脏健起来，运化生血，把肝阳提起来，把全身的毒素解完。只要把五脏的阳气不起来，癌症自愈，这就是我多年的验证。

3 天地人和论癌症

天是一大天，人是一小天，天所有的人都有，天有露水，人有津有，天的露水在2月-10月，都是露水珠。到冬天，天气冷了，大地结冰，露水遇寒变成风雪，可水遇寒就要结冰，天气的变化，冬天水结冰，

夏天冰就化了，地球多年都是这样循环的，可人是一小天，小天地得随着大天地而行，人才能健康成长。人患了癌症和天一样，天每年都有冬天，水寒结冰，人的五脏随天而来，也有寒结冰的时候，人的结冰，医生把它叫做癌症。人遇寒，津液变成霜雪了，这叫癌症的转移，可想而知，癌症就是这样形成的，如果不治疗，也能好，就依靠自身的调节，癌症都有怕冷爱热，全身无力、酸痛出汗，等症，以上症状对症调节。怕冷爱热者就加热添衣，等到五脏阳气升起来了，癌症自消。有的癌症手术了、化疗了，电疗了，只能延续好转，不能根治，我说根治是天人和一的治疗。以上讲的很清楚，癌是寒症、虚症，来源于肾、肝脾脏虚弱，只要把三脏不补起来，三个月癌症自好。

相关文献：

荷包包埋法在胃癌根治术十二指肠残端处理中的临床意义

目的 评价荷包包埋法在胃癌根治术十二指肠残端处理中的临床应用价值. 方法 回顾性分析1995年1月至2009年12月浙江省人民医院2034例因胃癌行全胃切除或胃次全切除术患者的临床资料, 十二指肠残端行荷包包埋(A组)465例, 十二指肠残端行直线切割闭合器关闭+浆肌层包埋(B组)835例, 十二指肠残端行全层+浆肌层包埋(C组)734例. 对比分析各组手术费用、十二指肠残端处理时间、术后近期并发症、术中出血量、术后恢复情况. 结果 2034例患者术中无死亡, 术后近期(1个月内)95例(4.7%)发生并发症, 其中切口感染36例(37.9%), 腹腔内出血18例(18.9%), 吻合口漏14例(14.7%), 3组之间差异均无统计学意义(均 $P>0.05$). A组患者术后未发生十二指肠残端漏, 与B组(6例, 0.72%)和C组(5例, 0.68%)比较, 差异有统计学意义($P=0.048$). A组和C组的手术费用均显著低于B组[(9902±312)元和(9896±281)元比(13 129±237)元, 均 $P=0.0001$], A、C两组之间差异无统计学意义. A组和B组十二指肠残端处理时间均明显短于C组[(7.1±0.9)min和(7.6±0.8)min比(11.5±1.4)min, 均 $P=0.0001$], A、B两组之间差异无统计学意义. 3组术中出血量、术后恢复情况差异均无统计学意义(均 $P>0.05$). 结论 荷包包埋法处理十二指肠残端手术时间短, 费用低廉, 十二指肠残端漏发生率低, 是胃癌手术十二指肠残端关闭的一种安全可靠、简单快捷的理想术式.

肿瘤论治探讨、医学论文

吴国新

(桂北中草药研究所南站菜市口鑫桂佳苑南楼 7-4 科室, 广西 桂林, 541003)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0217-02

1 人为什么会得肿瘤病, 肿瘤到底从哪里来?

太湖生态破坏是蓝藻爆发的原因, 生态破坏的核心点是“氮磷含量过高”, 由这一核心点引爆一系列连锁反应, 破坏了整个生态链。

“人体生态破坏”是癌症发病的根本原因, 那么这一破坏的核心点在哪里? 癌症是世界上最复杂的疾病, 已知的癌症就有 300 多种, 每一种又有不同的亚型, 在不同的时期和不同的种群又有不同的特征。如果能找到这个核心点, 那么所有的癌症“病根”就找到了。一旦找到癌症的“病根”, 那就为根治癌症打开了一扇希望之门。

当今社会, 癌症的发病率是越来越高, 肿瘤有三高: 发病率高、转移率高、死亡率高, 几乎每一个成年人都可以找出一个他所认识的癌症患者, 这是大环境造成的: 首先是社会环境的变化, 竞争压力, 人际关系的复杂化等造成精神紊乱, 郁闷不畅, 现代人没有多少能够做到心平气和, 精神因素在癌症发生过程中起着非常重要的作用; 其次是自然环境的污染, 包括水、食物、空气等的污染。

在人体五大生命群落中, 肝是负责调畅情志的, 肝“喜条达而恶抑郁”, 精神因素首先伤肝, 造成“肝郁”, 肝脏功能失常。肝脏的主要功能是“主疏泄”, 除了调畅情志之外, 最重要的功能是调畅气机, 肝主疏泄的功能失常, 气的运行就会不畅, 导致“气滞”, 这个过程就叫做“肝郁气滞”。

天人相应的生态系统里, 水归肾、水的污染必然伤肾, 肾是“先天之本”, 是人体元气化生的地方, 现代人多肾虚与水质有很大的关系; 食物要通过脾胃运化, 食物的污染最先伤及脾胃, “脾胃为后天之本”, 后天的气血需要脾胃来化生, 脾胃受伤则气血亏虚; 空气的污染首先伤肺, 肺主一身之气, 肺虚也会导致“气虚”。

“气为血之率”, 是推动血液运行的动力, 无论是“肝郁气滞”还是“气虚”都会造成血液的运行不畅, 导致“血瘀”。至此, 我们可以清楚地看到癌症发生的整个

因果链条: 精神因素和环境因素导致肝郁和气虚, 两者结合、造成血瘀, 血瘀时间久了, 在瘀阻的地方就会逐渐肿大, 叫“肿”, “肿”的时间一长, 留而不走就形成“瘤”, “瘤”进一步发展由量变产生质变就成为“癌”。

癌症的种类虽然繁多, 但在本质上是相同的, “肝

郁气虚”就是启动癌变进程。“扳机点”, 是癌症发病的“总后台”也就是肿瘤治疗的重点。

既然所有的发病机理都起源于肝郁气虚, 那么癌症会选择哪个部位发生? 是发生在肺: 还是发生在肝? 还是发生在胃? 肿瘤发生后, 又会向哪里转移? 这就需要用《黄帝内经》中的发病原则进行判断, 这个发病原则就是“正气存内, 邪不可干, 邪之所凑, 其气必虚”。“肝郁”和气虚“是人体生态破坏的整个特征, 但癌症选择最薄弱的环节首先爆发, 也就是最虚弱的脏器, 发病后进一步破坏体内的生态链, 造成各脏器的连锁反映, 然后在向正气虚弱的其他脏器各个击破。所以在治疗中还需要对正气较虚的脏器, 进行针对性的调理, 以阻断其转移复发。

如何确定肿瘤病人各脏腑的虚实呢? 这就需要进行一项特殊的检查——MT 检查来透视全身各脏腑气血的阴阳的变化。

2 10 个癌症 9 个转移, 肿瘤会到哪里去?

肿瘤流行病学调查表明: 80%—90%的肿瘤患者死于侵袭和转移, 转移最终成为绝大多数肿瘤患者死亡的原因。如果能提前预测肿瘤转移方向并进行阻断, 那么肿瘤也并不那么可怕。

作为一名医务工作者, 最大的快乐, 莫过于为病人解除痛苦。然而在实际工作中看到不少病人因缺乏癌症防治知识延误了早期诊断与治疗, 到医院就诊时, 已失去了治疗的机会, 深感内疚和不安, 更为一些人置身于致癌环境中而浑然不知感到可惜。

我们要坚信, 只要大力普及防癌知识, 提高广大人民群众防癌抗癌意识, 人类就会早日控制癌症,

最终战胜癌症。为实现这一目标，人类就会延长生命减少死亡率。

3 中药抗癌：主角还是配角？

对于众多急、重、晚期癌症病人而言，原来一贯处于抗癌“主角”地位的西医西药有些时候显得无能为力，而“配角”地位的抗癌中药却显现出其越来越重要的作用，有可能成为抗癌“主角”。

临床实践表明：中药治疗肿瘤能显著减轻癌症病人的痛苦，改善症状，提高生活质量，延长生存期，在肿瘤综合治疗中具有独特的优势。

①具有很强烈的整体观念：肿瘤虽然生长在身体局部，但实际上是一种全身性疾病，对多数病人来说，局部治疗不能解决根治问题。中医药从整体观念出发，既考虑局部的治疗，又考虑病人整体状态的调整，无疑更有利于肿瘤康复。

②弥补手术、放疗、化疗的不足：手术固然能切除癌肿，但还有残癌，或区域淋巴结转移，或血管中癌栓存在等，术后长期服用中药，可以防止复发和转移，放化疗治疗对消化道和造血系统有相当大的毒副作用，运用中药治疗既能减轻化疗的毒副作用，又能加强放化疗的结果；而对于晚期不能手术和放化疗的患者，我国又比外国多了一条治疗途径。

③以人为本、副作用小：大部分中药（除了以毒攻毒的中药）都没有髓抑制方面的毒副作用，对消化道也不会有严重的影响，在治疗过程中不影响病人的正常饮食和生活，有利于肿瘤病人生活质量的提高，树立战胜疾病的信心。

④具有双向调节作用：一些抗癌中药具有抑杀肿瘤细胞和提高机体免疫力的作用，这对肿瘤病人的治

疗和康复无疑更加有利。

4 肿瘤是一种什么样的疾病？

我认为癌症的发生是一个漫长的过程，虽然从微观上看肿瘤是一种基因疾病；是由于人体基因突变导致的，但这种基因突变不是自发的；从宏观上看 80% 以上的肿瘤是由不良生活方式长期刺激诱发的，今天确诊癌症，是此前十几年不良因素长期累计的结果。因此养成良好的生活习惯，科学合理安排饮食，就能够有效地预防大部份癌症发生。

另外，在癌症形成过程中，人体免疫力起着重要作用，某种程度上是决定着癌症的发生、发展与预后。总而言之，从本质上说，癌症是一种以局部肿块为主要表现特征的全身性疾病，机体内环境（微观和宏观两方面）失调是人体患癌的根本原因。

5 治癌谏言

古语说浇花要浇根，治病审证必求因。治癌没有固定方，岂能一药足乾坤。癌症病根在脾肾，辨证施治才是真。同是一病因人异，对症下药可回春。所有治法兼调养，自身免疫靠血行。理法方药兼病例，治病救命济世人。初中两期尽治愈，晚期带瘤可生存。尽量少用放化疗，中药扶正必紧跟。瘤体切除病情缓，手术斩草不除根。血液淋巴有余毒，转移扩散要当心。清除癌毒防复发，标本兼顾定强身。多息少作防外感，平时注意七情淫。三分治疗七分养，保持天天都开心。痛苦减轻精神爽，生命延长合家享。我的建议你参考，治癌误区别陷深。

作者简介：

吴国新研究员、中医专家。

相关文献：

葡萄胎恶变相关因素及预测方法探讨

葡萄胎恶变为恶性滋养细胞肿瘤的恶变规律,一直是滋养细胞疾病研究的重点,本文分析了葡萄胎恶变相关因素及预测方法。