


中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

肿瘤科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎
主 编 / 黎月恒 潘敏求



 湖南科学技术出版社

中西医临床用药手册

中国中医药出版社

脚瘤科 分册

主编：程海波 副主编


中国中医药出版社



中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

肿瘤科 分册

 湖南科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医临床用药手册. 肿瘤科分册 / 何清湖, 周慎
总主编; 黎月恒, 潘敏求主编. — 长沙: 湖南科学技术出版社, 2010. 1

ISBN 978-7-5357-5986-3

I. ①中… II. ①何… ②周… ③黎… ④潘… III.
①临床药学—手册②肿瘤—用药法—手册 IV. ①R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 003155 号

中西医临床用药手册

肿瘤科分册

总主编: 何清湖 周慎

主编: 黎月恒 潘敏求

策划编辑: 邹海心

文字编辑: 唐艳辉

出版发行: 湖南科学技术出版社

社址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-84375808

印刷: 衡阳博艺印务有限责任公司

(印装质量问题请直接与原厂联系)

厂址: 湖南省衡阳市黄茶岭光明路 21 号

邮编: 421008

出版日期: 2010 年 3 月第 1 版第 1 次

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 10

字数: 328000

书号: ISBN 978-7-5357-5986-3

定价: 21.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

中药是在中医学基础理论指导下，用以防治疾病的药物。其特征包括三个方面：①传统中药药性理论标识药性。②中医学功效主治术语标识药物的功效主治。③药物配合使用时，按照中药七情和合、方剂君臣佐使关系进行调剂，对患者进行辨证论治。符合这三点基本内容的药物称为中药。在实际临床工作中，用单味中药（又称单方）治病的占少数，大部分是用两味以上的中药组成复方治病。因此，从药物组成上可将中医学体系分为单方和复方两个部分，后者又称方剂学，而实际上中药是方剂的组成单元，方剂是中药的组合应用，两者密不可分。

西药是在现代医学基础理论指导下，用以防病治病的药物。其特征包括三个方面：①以药物本身的物理和化学性质表述药物性能。②以医学功效主治术语表述药物功效与适应证。③药物配合使用时，根据药物同用是否产生物理、化学变化，或药物之间是否产生拮抗和协同作用而定。具有如上三点基本内容的药物称为西药。

从本质上说，中西药作用于人体，皆通过影响机体的生理、生化及病理等环节发挥效应，治愈疾病，因而构建中西药结合学术体系是可行的。但是，要将通过两种不同发展途径、发展模式、发展背景下形成的学术体系有机结合，其过程相当艰巨。目前的难点有二：一是传统中医学理论的现代化，由于传统中医学理论并不是在现代科学背景下产生的，要阐明其科学内涵需要付出艰辛的努力；二是中医学体系的复杂性，中药的主要资源是天然产品，结构复杂，再加之配伍成复方，其成分更为复杂，要找到解决复杂科学问题的途径和方法，逐步解决这个关键课题。

构建中西药结合体系需分步实施，整体推进。可以分为以下三步走。

第一步，开展临床研究，摸索中西药结合应用的经验，证实其疗效，总结中西药结合应用的思路与方法。具体表现为三点：

一是辨证与辨病用药相结合。中医更注重辨证，着眼于整体，把人本身的阴阳失调和外部环境结合起来，强调因人、因时、因地制宜，用药时侧重平衡阴阳，调理气血，以调动机体内在抗病修复能力，但对病的局部往往重视不够；西医注重疾病诊断，注重病因、病理形态和病理生理的改变，治疗时往往注重局部病变而忽视整体。辨病与辨证相结合，既明确疾病的基本矛盾，又了解疾病各阶段的主要矛盾，这是中西药合理使用的前提。

二是发挥中西医药理论对临床应用的指导作用。用西医药理论指导中药应用有时是不恰当的。如小檗碱（黄连素）能消炎，但临床用于肠炎有时无效，这是因为肠炎属中医“泄泻”范畴，泄泻的辨证有寒热虚实，黄连及其小檗碱只适用于湿热泄泻，对于虚寒泄泻非但无效，反而有害。同样，用中医药理论指导西药应用也不恰当。如目前市场上可供选择使用的抗高血压药物有60余种，可分为利尿药、 β 受体阻滞药、钙拮抗药、血管紧张素转换酶抑制药、血管紧张素II受体阻滞药、 α 受体阻滞药、血管扩张药、交感神经阻滞药等。临床必须弄清患者的高血压类型及发病机制，合理选用降压药，笼统地应用一种降压药治疗高血压，疗效不理想。这就需要临床医师既要掌握中医药基本理论，又要掌握现代医药基本理论，才能发挥中西药结合的优势。

三是发挥中西药各自优势，取长补短。如病毒感染，选用既对“证”而又有良好抗病毒作用的中药为主治疗，必要时辅以西药对“症”处理。恶性肿瘤患者采用化学药物治疗（简称化疗）和放射治疗（简称放疗）的同时，辅以扶正祛邪中药，以增强机体免疫力，减轻化疗、放疗的不良反应，促进机体康复。急性心肌梗死患者，救治以西药为主、中药为辅，或单用西药；而康复治疗则以中药为主、西药为辅，或单用中药。

第二步，加强传统中药理论研究，这是实现中药现代化的关

键课题，也是构建中西药结合体系的前提条件。千百年来传统中药理论一直指导着临床用药，是中医药理论的精华部分。而传统中药理论又是最难实现现代化的部分。如用提取分离方法研究中药物质基础，其提取的成分未必全是有效成分，须经药理实验证明其有效性；即使证实属于有效成分，还必须体现中药药性理论中的四气五味、归经、升降浮沉、功效之间的联系，方可使用。进一步说，每一味中药性味、归经各有不同，按“君、臣、佐、使”组成的复方又千差万别，如何体现这些理论在物质基础、药效、质量控制及作用机制等方面的差异，体现中药化学成分的定性定量与药效间的相互关联，获得安全、有效、均匀、稳定的中药规范和标准，都需要加强研究。

第三步，中西医药学理论、方法互相渗透、互相融合，形成具有独特优势的中西药结合体系。将中西药学体系中各分支学科进行对比不难发现，除基础理论的差异性较大以外，其他分支学科具有较强的互通性。如药理学与中药药理学、中药化学与药物化学、中药制剂学与药剂学、中药药材学与生药学等，由于中药学的一些分支学科相对年轻，一般都借鉴了现代药学的研究方法。由于中药学研究对象更复杂，研究方法也需要更综合、更前沿。

西医临床用药与中医临床用药各有特色与优势，自成体系。总体来说，西医用药重在辨病，而中医用药重在辨证；西医用药重在局部，针对性较强，而中医用药重在整体，协调性较强；西医用药以化学药物为主体，而中医用药以自然药物为主体。如何在临床上将两种用药方法相互结合，以取长补短，优势互补，提高临床疗效，降低不良反应，使患者达到最大治疗效果，是我国医学界、特别是中西医结合医学应努力探索的主体问题。受国家中医药管理局安排，由湖南中医药大学作为牵头业务单位，负责组织全国 30 余家中西医结合重点医疗单位和重点专科，完成“中西医结合优势单病种诊疗规范”课题的研究，借此课题研究的同时，我们与湖南科学技术出版社协商，编纂了《中西医临床

用药手册》丛书，旨在为各科临床医师提供一套系统的中西医临床用药指导丛书。

《中西医临床用药手册》丛书以临床用药为主体内容，突出中西医结合的特色，包括临床用药的总体思路、方案和具体方法，以及临床结合用药的注意事项，尽量做到每部书稿思路清楚、明晰，方法具体、详细，科学、规范，强调先进性和实用性。

丛书以临床学科设子书书名，以类病为章，以单病种为节。节下设无题概述、用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案和注意事项。

1. 无题概述 简述该病基本概念、分类、发病率、临床特点、西医基本病因病理；另段简述中医相应病名（含国家标准病名、中医传统病名）、病因病机。

2. 用药思路 分析本病中、西医临床用药的特色、优势与不足，概述中西医临床用药的目的、基本思路和原则。要求分析客观，思路清楚、明晰，具有指导意义。

3. 西医常规用药方案 介绍本病西医常规用药的方案，具体分类设置标题，根据具体病种不同而定，要求分类（分题）科学合理，切合临床实际。用药方法介绍中，药名、剂量规范，具体、详细，易于使用。

4. 西医特殊用药方案 介绍本病特殊人群、特殊病情、合并病症等临床特殊情况的用药方案。

5. 中医辨证治疗方选 介绍本病中医常见证型以及各证的主症、治法、方药和加减等。

6. 名医用药经验方选 介绍现代名老中医对本病独特的用药经验和方法（包括具体处方）。

7. 中药成药用药方案 介绍本病有针对性的中成药处方和用法。包含中成药名、处方组成、功能主治、用法用量（含使用注意）。

8. 注意事项 介绍本病中西医临床用药的使用注意事项。

本丛书的编纂是在中国中西医结合学会的指导下，由湖南省中西医结合学会和湖南中医药大学具体负责组织完成，各分册主编多由湖南省中西医结合学会各专业委员会主任委员担任。虽然我们抱着“锐意创新，敢为人先”的精神并用极大的热情去做这么大的一个工程，但由于学识水平有限，时间较紧，加上中西医结合本身是一个创新性的学科，对其学科内涵以及研究的思路与方法，还有许多值得商榷的地方，且“仁者见仁，智者见智”，我们也就权当抛砖引玉，希望各位读者能多提宝贵意见，以便再版时进一步修订与完善！同时，对陈可冀院士、陈士奎教授、王阶教授、蔡光先教授、尤昭玲教授对本丛书的审定表示衷心的感谢！

何清湖

2009年5月

编写说明

在恶性肿瘤逐渐成为常见病的今天，要延长肿瘤患者的生存时间，提高生活质量，其中很重要的因素就是要采用综合治疗。有统计资料表明，我国恶性肿瘤患者在用西医治疗后有 2/3 以上的患者在其随后治疗中均服用中药。中医药治疗肿瘤虽可单独使用，但多与西医结合，术前可改善机体状况、增强体质，术后可恢复脏腑功能，防止减少复发、转移；与放射治疗（简称放疗）、化学治疗（简称化疗）同用可减轻放疗、化疗不良反应，增加放疗、化疗的敏感度。对中晚期患者，通过中医的辨证或中西医对症治疗可起到延长生命，提高生活质量，减轻痛苦的作用。中西医结合治疗在恶性肿瘤治疗中有其独特的地位，已成为恶性肿瘤综合治疗中的重要组成部分。

本书是一部立足于中西医结合肿瘤临床，突出中西医结合应用经验，以临床应用为主的临床专著。书中主要编辑了 40 种常见恶性肿瘤的用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案、注意事项等内容。同时，每个方的临床应用都标明来源出处，以方便临床医务工作者或读者查找详细的材料和有用的信息。总之，我们希望本书能给中医及中西医结合第一线临床医务人员以及从事中西医结合科研工作者、医学院校的师生提供有价值的参考。

编著过程中我们特别注重本书的临床实用性，由于时间紧，水平有限，难免有不妥和疏漏之处，恳请广大读者指正。

黎月恒

2009 年 5 月

目 录

第一章	头颈部肿瘤	(1)
第一节	鼻咽癌	(1)
第二节	舌癌	(10)
第三节	恶性涎腺肿瘤	(13)
第四节	喉癌	(18)
第五节	甲状腺癌	(21)
第六节	扁桃体恶性肿瘤	(25)
第二章	胸部肿瘤	(29)
第一节	原发性支气管肺癌	(29)
第二节	胸膜肿瘤	(46)
第三节	胸壁肿瘤	(51)
第四节	纵隔肿瘤	(56)
第五节	食管癌	(59)
第六节	贲门癌	(70)
第三章	腹部肿瘤	(78)
第一节	胃癌	(78)
第二节	大肠癌	(88)
第三节	原发性肝癌	(96)
第四节	胆囊癌	(105)
第五节	胰腺癌	(110)
第四章	泌尿及男性生殖系统肿瘤	(116)
第一节	肾癌	(116)
第二节	膀胱癌	(123)
第三节	前列腺癌	(129)
第五章	妇科肿瘤	(138)
第一节	乳腺癌	(138)
第二节	宫颈癌	(153)
第三节	子宫体癌	(160)
第四节	卵巢癌	(166)

第五节	恶性滋养细胞肿瘤	(174)
第六章	神经系统肿瘤	(188)
第一节	神经胶质瘤	(188)
第二节	垂体肿瘤	(196)
第七章	造血系统肿瘤	(203)
第一节	急性白血病	(203)
第二节	慢性粒细胞白血病	(213)
第三节	慢性淋巴细胞白血病	(218)
第四节	恶性淋巴瘤	(223)
第五节	多发性骨髓瘤	(234)
第八章	恶性骨肿瘤	(242)
第一节	骨肉瘤	(242)
第二节	尤文肉瘤	(247)
第三节	软骨肉瘤	(251)
第九章	恶性皮肤及软组织肿瘤	(255)
第一节	皮肤癌	(255)
第二节	恶性黑色素瘤	(261)
第三节	软组织恶性肿瘤	(267)
第十章	小儿肿瘤	(272)
第一节	畸胎瘤	(272)
第二节	神经母细胞瘤	(275)
附录		(277)
	实体瘤的近期疗效标准	(277)
	抗肿瘤药急性及亚急性毒性反应分度标准	(278)
	常用抗肿瘤药的远期毒性	(280)
	患者一般状况的计分标准	(280)
	肿瘤患者的生活质量评分	(281)
	原发性肝癌中医证候诊断标准及中医疗效判定	(282)
	原发性支气管肺癌中医证候诊断标准及中医疗效判定	(287)
	从身高及体重决定体表面积的计算图表	(290)
	常用抗肿瘤药物中英文名称和缩写	(292)
	分子靶向药物介绍	(294)

第一章 头颈部肿瘤

第一节 鼻咽癌

鼻咽癌是指发生于鼻咽腔顶部和侧壁的恶性肿瘤。鼻咽癌的死亡率占全部恶性肿瘤死亡率的 2.81%，居第 8 位，其中男性死亡率为 3.11%，居第 7 位；女性死亡率为 2.34%，居第 9 位。全世界的高发地域分布在中国南部、菲律宾、马来西亚、格陵兰、北非和欧洲南部的地中海盆地。其中发病率最高的是中国的南方（每年 30/10 万～80/10 万），其次是北非（每年 8/10 万～12/10 万），欧洲的病例较少（每年约 1/10 万/年）。男性患者多于女性（2.4：1）。北非地区高发年龄段为 15～25 岁，占 20%，中国的高发年龄峰为 40～60 岁，高发地区依次为广东、广西、湖南、江西、福建，广州四会是世界上最高发地区，发病率男性 30.96/10 万，女性 15.45/10 万。本病发生一般认为与 EB 病毒感染、环境、饮食等因素有关，随着基因手段的不断进步，人们逐渐揭示鼻咽癌的遗传因素，高发人群中有着明显的家族倾向。

本病相当于中医病名国家标准的鼻咽癌，亦属于头痛、鼻痔、鼻衄、失荣、上石疽等范畴。中医认为本病的病因病机为上焦积热，鼻窍不通，气机阻遏，肺气失宣，津液不敷，热毒侵袭，灼津为痰，痰火蕴结而成。其病位在鼻咽部，由肺所属，与脾、肾有关；其病性为本虚标实，虚在肺、脾，实在热、毒、痰、瘀。

用药思路

1. 中西医结合用药是由于鼻咽癌本身的特点及中药、放射治疗、化学治疗的特点所决定的。放疗是鼻咽癌首选及常规治疗手段。部分中晚期患者还需要接受化疗。中药在减轻鼻咽癌放疗中引起的近期副作用如唾液腺损伤、口腔黏膜受伤等和远期毒副作用如脑脊髓损伤、颞颌关节功能障碍、照射野软组织萎缩或硬化等后遗症具有优势，中西医结合治疗能保证治疗的顺利进行；并且有研究证实一些活血化痰中药由于能改善微循环，提高肿瘤组织血液的灌注量，减轻或解除肿瘤局部的乏氧状态，从而对放疗具有增敏作

用；对于部分晚期及对放疗、化疗不敏感的患者，则主要用中药治疗。

2. 目前的临床实践已证实，有针对性地将中药与西药结合在一起应用，能发生协同作用，其临床疗效优于纯用西药和纯用中药治疗，在减轻西药不良反应，改善患者症状，提高生活质量，延长患者生存期等方面显示出明显优势。

3. 中医应制定统一的辨证分型标准及适合中西医治疗评价的疗效标准，将有利于中西医治疗研究的资料集成，系统评估。

西医常规用药方案

1. 常用有效的抗肿瘤药物

(1) 多柔比星：对未分化鼻咽癌有较好疗效。一般主张间断给药， $75\sim 90\text{ mg/m}^2$ ，静脉注射，每3周重复1次。

(2) 表柔比星：主要用于中晚期未分化鼻咽癌。一般主张间断给药， $40\sim 60\text{ mg/m}^2$ ，每3周重复1次。

(3) 顺铂：对鼻咽癌有一定疗效。 20 mg/m^2 溶于0.9%氯化钠注射液250 mL中静脉滴注，连用5天，间隔3~4周可再重复给药。或 30 mg/m^2 溶于0.9%氯化钠注射液250 mL中静脉滴注，连用3天，间隔3~4周可再重复给药。高剂量为 $80\sim 120\text{ mg/m}^2$ 静脉滴注，3~4周可再重复给药，需配合水化，使尿量保持在2000~3000 mL。

(4) 奈达铂：对鼻咽癌等头颈部肿瘤疗效较好。每次 100 mg/m^2 ，0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注，4周1次。

(5) 博来霉素：主要用于中晚期未分化鼻咽癌。一般主张间断给药， 10 mg/m^2 ，每周2次，每3周重复1次。用药前30分钟应预防用药防止该药引起的发热不良反应。

2. 生物制剂 干扰素。文献报道 α -干扰素和 γ -干扰素对鼻咽癌局部病灶有一定效果。

3. 联合用药方案

(1) 鼻咽癌转移和局部复发的化疗：

1) PBF方案：博来霉素 $16\text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 第1~5天；氟尿嘧啶 $650\text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 第1~5天；顺铂 100 mg/m^2 ，第1天。每4周1疗程，给药3周期。

2) BEC方案：博来霉素 $16\text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ ，第1~5天；表柔比星 80 mg/m^2 ，第1天；顺铂 100 mg/m^2 ，第1天。每3周1疗程，给药6周期

(后3周期不用表柔比星)。

3) FEBM 方案: 表柔比星 80 mg/m^2 , 第1天; 氟尿嘧啶 $800 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 第1~4天; 顺铂 100 mg/m^2 , 第1天; 丝裂霉素 $10 \text{ mg}/\text{m}^2$, 第1天。每3周1疗程, 给药6周期(丝裂霉素间隔使用)。

4) PC 方案: 紫杉醇 135 mg/m^2 , 第1天(在用紫杉醇前6、12小时分别口服地塞米松 20 mg 预处理); 顺铂 75 mg/m^2 , 第1天; 每3周1疗程。

5) DC 方案: 多西他赛 100 mg/m^2 , 第1天(在用多西他赛前6、12小时分别口服地塞米松 8 mg 预处理); 顺铂 75 mg/m^2 , 第1天; 每3周1疗程。

6) FC 方案: 氟尿嘧啶 $1000 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 微电脑泵(CIV) 96 h, 第1~4天; 顺铂 100 mg/m^2 , 第1天(水化3天)。每3周1疗程。

(2) 诱导化疗(新辅助化疗): 于放疗之前先行化疗的诱导方法, 其目的是使局部晚期患者提高局部缓解率并减少远处转移的机会。

1) PBF 方案: 博来霉素 $16 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 第1~5天; 氟尿嘧啶 $650 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 第1~5天; 顺铂 100 mg/m^2 , 第1天。博来霉素 $15 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 第1天推注; 每4周1疗程, 给药3周期, 间隔4周, 共用2周期。第3周期插在2组35 Gy放疗之间。

2) BEC 方案: 博来霉素 $12 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 第1~5天; 表柔比星 70 mg/m^2 , 第1天; 顺铂 16 mg/m^2 , 第1天; 博来霉素 $15 \text{ mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$, 第1天静脉推注。每3周重复, 第3周期结束后继续做放疗。

4. 个体化用药方案

(1) 根据人群选择: 肝功能异常者, 则避开烷化剂这类化疗药物; 肾功能异常则避开铂类药物; 心脏功能异常者, 慎用多柔比星、表柔比星素及金属类抗癌药物; 老年患者在选择药物时, 尤应注意不良反应的耐受, 剂量宜减量使用。

(2) 根据鼻咽癌病理类型选择: 鼻咽未分化癌化疗效果较好; 鳞癌则化疗效果较差。根据病理类型不同选择不同化疗方案。

(3) 根据患者病情选择: 根据患者的病情分期情况来选择辅助化疗、诱导化疗、伴随化疗或复发转移全身化疗。

(4) 根据患者既往治疗情况选择: 患者经过多疗程化疗后, 根据患者对化疗疗效、不良反应、是否有耐药等情况及时调整化疗方案。

西医特殊用药方案

1. 特殊人群用药方案

(1) 老年人鼻咽癌：辅助化疗及诱导化疗时剂量宜偏小，应考虑患者的耐受情况。

(2) 儿童鼻咽癌：辅助化疗及诱导化疗获得病情缓解时，可减少放疗剂量。而化疗药物应避免对生长发育有较大毒性的药物。

2. 合并症用药方案

(1) 骨髓抑制：WBC $<2.5\times 10^9$ ，Plt $<75\times 10^9$ 时停药，必要时给予G-CSF、GM-CSF。

(2) 其他合并症：伴肝功能损害者，避免用环磷酰胺、阿糖胞苷、大剂量甲氨蝶呤等药物；伴有心脏损害者，避免用蒽环类抗癌药；伴有呼吸功能障碍者避免用博来霉素；伴有肾功能损害者，避免用顺铂、甲氨蝶呤、链脲霉素、环磷酰胺、异环磷酰胺、丝裂霉素等。

中医辨证治疗方选

1. 痰热内结证

【主症】鼻塞浊涕，咳痰黏稠，头痛头重，耳鸣耳闭，小便短赤，颈部瘰疬，舌暗红，苔黄膩，脉弦滑。**【治法】**清热化痰，解毒化浊。**【方药】**清气化痰汤加减（《中华肿瘤治疗大成》）：胆南星 10 g，法半夏 10 g，陈皮 10 g，黄芩 20 g，枳实 10 g，辛夷 10 g，苍耳子 10 g，石菖蒲 10 g，土贝母 15 g，土茯苓 30 g，十大功劳叶 30 g，半枝莲 30 g，夏枯草 30 g，重楼 30 g。加减：头痛者，加僵蚕、白芷；口干欲饮者，加天花粉、生地黄、芦根；涕中带血者，加仙鹤草、白茅根；颈部瘰疬者，加昆布、海藻。

2. 热毒蕴结证

【主症】鼻塞浊涕或脓涕稠厚，偏侧头痛，视物不清，耳聋耳鸣或口眼喎斜，面麻，口苦咽干，舌红绛，苔黄，脉弦数。**【治法】**清热解毒，凉血泻火。**【方药】**清瘟败毒饮加减（《中华肿瘤治疗大成》）：石膏 30 g，知母 15 g，生地黄 15 g，赤芍 10 g，黄芩 20 g，栀子 12 g，连翘 15 g，淡竹叶 10 g，菊花 12 g，辛夷 10 g，石菖蒲 10 g，桔梗 10 g，半枝莲 30 g，重楼 30 g，葵树子 30 g，石上柏 30 g。加减：鼻衄不止者，加仙鹤草、白茅根；口眼喎斜，面麻者，加全蝎、僵蚕。

3. 气滞血瘀证

【主症】鼻涕带血，耳内胀闷或蝉鸣，头痛眩晕，胸胁胀闷不舒，纳少，舌暗或有紫斑，苔薄白，脉弦。**【治法】**疏肝理气，化痰解毒。**【方药】**逍遥散加减（《中华肿瘤治疗大成》）：柴胡 10 g，茯苓 12 g，白术 10 g，当归