
恶性肿瘤 并发症治疗

主 编 郭 勇 谷建钟

第2版



科学出版社

恶性肿瘤并发症治疗

(第2版)

主 编 郭 勇 谷建钟
编 者 (以姓氏笔画为序)

丁 霞	丁聿衡	马艳红	王 辉
卢红阳	华琼博	阮善明	孙校男
李 妍	李介义	杨笑奇	杨维泓
谷建钟	张 洁	张卫平	张翔云
张碧燕	陆 宁	陈 森	周华妙
郑 翔	郑丽丹	郑贤炳	施云福
洪 卫	洪朝金	姚庆华	袁凯施
顾锡冬	钱丽燕	钱晓玲	徐 凯
徐 玲	徐玉芬	郭 杨	郭 勇
唐 秋	唐朋林	黄健飞	蒋 璐
蒋立文	路晨雯		

北 京

内 容 简 介

本书以中西医结合为特色,详细阐述了常见肿瘤并发症及肿瘤治疗所致并发症的中医病机、诊断与鉴别诊断、治疗、辨证施治、中西医结合治疗策略等。本版在第1版的基础上对原有内容进行了适当的修改和增补,尤其是“中西医结合治疗策略”的选择,避免临床医师治疗的盲目性,从而提高了疗效。

本书可供西医及中西医结合医师参考,也可作为中西医结合专业研究生教学的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

恶性肿瘤并发症治疗/郭勇,谷建钟主编.—2版.—北京:科学出版社,2017.6

ISBN 978-7-03-052613-7

I. 恶… II. ①郭… ②谷… III. 癌—并发症—治疗 IV. R730.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 086909 号

责任编辑:王海燕 / 责任校对:李 影

责任印制:赵 博 / 封面设计:吴朝洪

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津新科印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2011年6月第一版 由人民军医出版社出版

2017年6月第二版 开本:890×1240 1/32

2017年6月第一次印刷 印张:9

字数:222 000

定价:39.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)



第 2 版前言

恶性肿瘤是严重威胁人类健康和社会经济发展的重大公共健康问题。2014 年,国家癌症中心共收到全国 234 个肿瘤登记处提交的 2011 年肿瘤登记资料。据统计分析,2011 年全国恶性肿瘤发病率为 250.28/10 万,死亡率为 156.83/10 万。此次结果与 2010 年比较,发病率和死亡率水平基本持平,但发病人数和死亡人数均有所增加。通过分析结果可知,对于恶性肿瘤的预防和治疗工作,任重而道远。

受科学发展水平的限制,肿瘤整体治疗的有效率只有 30%~50%。随着社会进步及患者期望值的不断增高,现代医学作为治疗恶性肿瘤的主要手段,也逐渐出现了如下缺陷和不足:①手术、放疗、化疗等有效抗癌治疗后 70% 的患者会出现复发和转移,严重影响患者生存质量和生存期;②放疗、化疗对治疗实体瘤的总体有效率<50%,且存在着一定的不良反应和并发症;③癌症康复和晚期癌症姑息治疗仍处于起步阶段。现阶段对于癌症有限的治疗和控制效果,以及患者对于生存期和生存质量不断增长的期望,亟须我们不断探求新的治疗理念及模式。

尽管中医药在肿瘤方面的独特优势已得到国内外医学界的广泛认可,但我们并不提倡单独应用中医药诊治恶性肿瘤。恶性肿瘤的中医药治疗,必须在整体观、辨证施治理论指导下进行,结合现代临床肿瘤学理念,才能发挥综合治疗作用,起到增敏、减毒、改善症状、延长生命的作用。用中药来治疗患者的证候,用现

代医学来治疗肿瘤,二者相辅相成,事半功倍。

2015年1月底,美国总统奥巴马在2015年国情咨文演讲中宣布了一个生命科学领域新项目——精准医疗计划(Precision Medicine Initiative),从此精准医疗项目便如火如荼地在中国的肿瘤医疗界展开。《恶性肿瘤并发症治疗》自2011年出版以来,深受广大读者及同行欢迎。由于肿瘤内科学领域的发展与时俱进,经慎重考虑,编者决定进行第2版编写。本版较第1版增加了恶病质、静脉血栓形成与肺栓塞、脑转移、呼吸障碍和呼吸衰竭、黏膜溃疡等内容。汇集作者多年临床、教学经验,对临床常见恶性肿瘤并发症,分别从病因、中医病机、诊断与鉴别诊断、治疗、辨证施治、中西医结合治疗策略等方面进行阐述。书中提到的西医治疗方法,多是当前前沿的、得到公认的手段;涉及的中医治疗内容不仅充分体现了主编的学术观点,同时也收集了其他中医肿瘤专家的临床经验,集各家之所长,推陈出新,承前启后。

本书的编写在第1版的基础上对原有内容进行了适当的修改和增补,旨在向从事中西医结合肿瘤临床的同道们推介国内外中西医结合治疗肿瘤并发症的最新理念,同时也可使相关专业的研究生、西学中学员、基层医务工作者了解中西医结合诊疗肿瘤并发症的新方法、新技术。此次改版仍以第1版突出临床实践和实用为重点,希望能对广大同道和读者有所裨益。对于书中存在的不足之处,恳请各位同道及读者批评指正。

浙江中医药大学第一附属医院 郭勇

2017年4月



第 1 版前言

肿瘤并发症是指在自然病程发展过程中,肿瘤发生侵犯、转移到某些脏器,或者是在治疗过程中因手术、放疗、化疗而引起的一系列难以避免的综合征。某些肿瘤并发症是患者首发症状,肿瘤患者的许多并发症出现突然、来势凶猛、发展迅速,加之放疗、化疗引起的免疫功能减退,致病情很难控制。

现代医学对恶性肿瘤的诊治是当前的主流,但尚不能令人满意,放疗、化疗对实体瘤治疗的总体有效率小于 50%,且存在着一定的不良反应和并发症。鉴于此,越来越多的肿瘤患者接受中西医综合治疗。中医药对放疗、化疗具有明显的减毒增敏作用,对现代医学治疗恶性肿瘤过程中出现的并发症具有一定的疗效。近年来,国内外也开展了中医药治疗癌性发热、癌性疼痛、癌性胸腹水等肿瘤并发症的临床研究,采用不同途径给药、针药结合、内外并举的治疗方法,提高了患者的生活质量。

基于多年从事中西医结合肿瘤临床工作的责任和热情,我们组织有关人员编写了《恶性肿瘤并发症治疗》一书。本书汇集作者多年临床、教学经验,对临床常见恶性肿瘤并发症,分别从中医病因、病机、诊断与鉴别诊断、治疗、辨证施治、中西医结合治疗策略选择进行阐述。书中介绍的西医治疗方法,多是当前比较先进的或得到公认的,而中医治疗内容充分体现了主编的学术观点,也收集了其他中医肿瘤专家的临床经验,既有继承,也有发展,同时考虑到了现代治疗对中医证候的影响。

本书旨在向从事中西医结合肿瘤临床的同道们推介国内外中西医结合治疗肿瘤并发症的最新理念,使相关专业的研究生、基层医务工作者了解中西医结合肿瘤并发症诊疗的新方法、新技术。由于笔者知识水平有限,对于书中存在的错漏和不足之处,恳请各位同道及读者批评指正。

编者

2011年6月



目 录

第 1 章 肿瘤并发症	(1)
第一节 癌性发热	(1)
第二节 癌症疼痛	(10)
第三节 上腔静脉综合征	(30)
第四节 浆膜腔积液	(39)
第五节 转移性骨肿瘤	(50)
第六节 肿瘤相关心理问题	(59)
第七节 恶性肠梗阻	(65)
第八节 癌症相关性疲劳	(75)
第九节 恶病质	(86)
第十节 静脉血栓栓塞症	(94)
第十一节 恶性肿瘤脑转移	(107)
第十二节 呼吸衰竭	(115)
第 2 章 肿瘤治疗所致并发症	(125)
第一节 心脏毒性	(125)
第二节 肺毒性	(137)
第三节 肝功能损伤	(145)
第四节 肾功能损伤	(150)
第五节 胃肠道反应	(155)
一、恶心、呕吐	(155)
二、腹泻	(173)

第六节	便秘	(184)
第七节	出血性膀胱炎	(194)
第八节	神经系统毒性	(206)
第九节	皮肤毒性	(215)
第十节	肿瘤相关性贫血	(221)
第十一节	粒细胞减少症与粒细胞缺乏症	(227)
第十二节	血小板减少	(238)
第十三节	脱发	(244)
第十四节	乳腺癌术后上肢水肿	(250)
第十五节	药物外渗与静脉炎	(257)
第十六节	放射性疾病	(261)
一、	放射性膀胱炎	(261)
二、	放射性肺炎	(264)
三、	放射性食管炎	(268)
第十七节	口腔黏膜炎	(272)



第 1 章

肿瘤并发症

第一节 癌性发热

【概述】

癌性发热一般是指癌症患者出现的直接与恶性肿瘤有关的非感染性发热,是恶性肿瘤晚期常见症状之一,多反复发作,缠绵难愈。正常人的体温为 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$,临床上当体温超过 37.2°C 称为发热,按照发热的高低,发热可分为:低热 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$;中等发热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$;高热 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热 41°C 以上。癌性发热多见于癌症进展期,有报道恶性肿瘤患者 $2/3$ 病程中伴有发热,常见于霍奇金病、淋巴瘤、急性白血病、骨肉瘤、肺癌、肾上腺肿瘤、肝原发性或转移性晚期肿瘤等。由于其产生的机制复杂,临床上患者的发热程度表现也不一样,癌性发热常以低热为主,或自觉无热,而体温测试显示体温升高,外周血中白细胞计数及中性粒细胞比值大多正常,抗感染治疗无效。部分为中高度发热,高热热型以不规则热或弛张热多见,但绝大多数体温在 38°C 左右,一般不超过 40°C 。

【病因及发病机制】

癌性发热的病因和发病机制目前没有完全明确,可能与以下原因有关:肿瘤细胞自身产生内源性致热源,如肿瘤内白细胞浸润引起炎症反应、恶性肿瘤细胞内释放抗原物质引起免疫反应而发热;肿瘤细胞能分泌一些活性物质,如类癌细胞产生 5-羟色胺,嗜铬细胞瘤产生儿茶酚胺,肝癌细胞产生甲胎蛋白,以及许多肿

瘤细胞能产生异位激素等,都对机体产生各种不同的反应。其中有些物质可引起发热;肿瘤因生长迅速而缺血缺氧引起自身组织坏死;肿瘤侵犯或影响体温调节中枢引起中枢性发热;治疗引起肿瘤细胞坏死释放肿瘤坏死因子,导致机体发热;在肿瘤治疗中放疗、化疗,应用干扰素、白介素Ⅱ、肿瘤坏死因子、集落刺激因子、肿瘤疫苗等制剂也可引起发热。

【中医病因病机】

中医学认为,癌性发热属于“内伤发热”“虚劳”范畴,其病因病机复杂,可分为虚实两大类:气滞、血瘀、痰湿所致者为实证,其基本病机乃因气、血、津液瘀滞,壅结阻遏而引起发热;气血阴阳不足者属虚证,多为脏腑不足所致。有一个病因单独致病的,也有一个以上病因致病的,如气滞血瘀、阴虚夹湿痰、气虚血亏等。

1. 饮食失节 恶性肿瘤患者由于饮食失节,脾胃功能受损,气血生化不足,使气虚血亏,虚热内生;或脾胃受损,不能运化水湿,清浊相溷,水湿结聚,壅塞中焦,遂决渎无道,脾土壅滞,蕴而发热。

2. 情志内伤 身患肿瘤,情志失畅,抑郁不欢,致使肝失疏泄,条达失司,令气机运行不畅,另则肝气郁结不舒,横逆侵犯脾胃,土受木克,遂令水液运化障碍,水湿内停与瘀血蕴结,进而再阻塞气机,日久气、湿、痰、瘀等互结郁而化热。与情志密切相关,故亦称“五志之火”。

3. 劳欲过度 肾主藏精,为先天之本,脾主运化为后天之源,二者为生命之根本。肿瘤患者存在正气不足,若劳欲过度必伤及脾肾二脏,使虚者更虚,虚热内生,或体内中气不足,阴火内生而引起发热;若素体阴虚,或热病日久,耗伤阴液,或误用、用过温燥药物等,导致阴精亏虚,阴衰则阳盛,水不制火,阳气偏盛而引起发热;或久病气虚,气损及阳,或脾肾阳气亏虚,以致火不归原,盛阳外浮而引起发热。

4. 放疗、化疗等治疗 肿瘤患者邪毒内蕴,化疗药物易损伤

脾胃, 气血生化不足, 虚热内生, 水湿运化功能失司, 湿浊久蕴化热; 放疗本为火热之邪, 不但消灼阴液, 且火热毒邪积聚, 耗气伤阴, 元气亏损致以内伤发热。

此外某些消化系统肿瘤致慢性失血, 以致营血亏虚, 血虚不能配阳致阳亢发热。

癌性发热属中医学内伤发热的范畴, 病机比较复杂, 可由一种也可由多种病因同时引起发热, 如气郁血瘀、气阴两虚、气血两虚等。久病往往由实转虚, 由轻转重, 其中以血瘀久病, 损及气、血、阴、阳, 分别兼见气虚、血虚、阴虚或阳虚, 而成为虚实兼夹之证的情况较为多见。概括而言, 癌性发热是以内伤为病因, 以脏腑功能失调, 气血阴阳亏虚, 加之热、毒、痰、瘀相结为基本病机的病证, 不同时期可表现为实证、虚证或虚实夹杂证。

癌性发热的预后, 与基础疾病、患者的身体状况有密切关系。据临床观察, 大部分癌性发热患者病情缠绵, 病程较长, 须经一定时间的治疗方能获得明显疗效, 而兼夹多种病证, 病情复杂, 以及体质极度亏虚的患者, 则其疗效及预后均较差。

【癌性发热的诊断与鉴别】

1. 诊断 参照《内科疾病鉴别诊断学》经临床和病理组织学检查确诊为恶性肿瘤患者, 体温至少出现一次超过 37.2°C , 持续时间超过 2 周, 体检、实验室检查、放射检查缺乏感染依据, 缺乏过敏机制, 排除药物热等, 抗生素应用 1 周, 但发热、血常规无变化者, 作为诊断标准。按照发热的高低, 发热可分为: 低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$; 中等发热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$; 高热 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$; 超高热 41°C 以上。发热可持续数周甚至数月, 抗感染治疗无效, 或开始有所下降, 但不能下降至正常或再次上升。

2. 鉴别诊断 癌性发热须与感染性发热相鉴别。感染所致的发热多以高热为主, 可伴寒战、畏寒或感染部位的相应症状和体征, 外周血白细胞计数明显升高或显著减少, 血、尿或痰培养中有致病菌落形成, 广谱抗生素治疗多数有效; 而癌性发热常以

低热为主,或仅自觉身热,而体温并不升高,外周血中白细胞计数及中性粒细胞比值大多正常,抗感染治疗无效。少数患者以持续高热或不规则间歇发热为首发症状,此种情况常见于恶性淋巴瘤或肾癌,经联合化疗或手术切除肿瘤后,体温即随之降至正常。也有一部分患者经抗感染治疗后,体温有所下降,但始终不能降至正常,则往往是感染与肿瘤因素兼而有之。

【治疗】

现代医学目前还不能完全控制癌性发热,处理相对简单,以对症处理为主。

1. 物理疗法 常用冰袋降温,亦可冰帽置头部,冰袋置双腋下或大血管部位,或乙醇、温水擦浴。嘱患者多饮水,予补液。

2. 药物对症治疗 常用非甾体抗炎镇痛药、糖皮质激素、中成药等。

(1)非甾体抗炎镇痛药:使用非甾体抗炎镇痛药时注意高温、年老体弱患者容易出现出汗过多导致虚脱,患者的粒细胞减少等不良反应。对年老体弱患者使用时应从小剂量开始,逐渐加量,并推荐连续给药至体温正常并平稳 3~5d 后再停药,不要间断给药。解热镇痛药常用吲哚美辛、双氯芬酸钠、布洛芬、阿司匹林等,常用药物及用法如下。

①吲哚美辛(消炎痛):常规用法、用量,口服,每次 25mg,每日 2~3 次,渐增到 0.1~0.15g/d,饭时或饭后服;塞肛,栓剂每次 50~100mg,每日 1~2 次。

②双氯芬酸钠(扶他林、诺福丁):常规用法、用量,75mg/次口服,每日 1 次。

③阿司匹林:常规用法、用量,口服,每次 0.3~0.6g,每日 3 次。哮喘患者及有出血倾向、活动性出血患者禁用。

(2)激素类药物:激素类药物主要是通过抑制体温中枢对致热源的反应,减少内热源的释放降低体温。临床上在使用激素类药物时最应该注意患者消化道溃疡的发生,睡前使用易引起兴

奋、失眠等。激素类有泼尼松及地塞米松等。常用药物及用法如下。

①泼尼松：常规用法、用量，口服，每次 2.5~10mg，每日3次。

②地塞米松：常规用法、用量，静脉注射，每次 5mg，或 5~10mg 加入生理盐水 250ml 中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 中医治疗 包括中药汤剂、中成药、针灸、灌肠等疗法。中药汤剂根据不同个体进行辨证施治（详见辨证施治）。针灸对癌性发热也有独到疗法，有报道采用大椎穴放血等疗法治疗癌性发热临床上取得了较好的效果。此外，临床上一些中成静脉制剂，如痰热清注射液、醒脑静注射液等清热解毒药，对癌性发热也取得很好疗效。

4. 病因治疗 癌性发热的最根本原因是肿瘤。病因不去，邪热不退，根据不同肿瘤或肿瘤的不同时期，给予化疗、放疗、靶向治疗或生物免疫制剂等抗肿瘤治疗。

【辨证施治】

癌性发热属于中医“内伤发热”范畴，多由于恶性肿瘤引起气血脏腑虚损或阴阳失调、痰瘀湿毒、蕴久化热所致，或因化疗、放疗后，火热毒邪积聚，耗气伤阴，元气亏损所致，临床上以阴虚证为多，属本虚标实之证。

1. 阴虚发热 此型多见于肺癌、肝癌等，或放疗后患者。

主证：午后或夜间潮热，或手足心发热，颧红，心烦盗汗。

次证：失眠消瘦，口干咽痛，大便干结，尿少色黄。

舌脉：舌红而干，或有裂纹，无苔或少苔，脉细数。

治法：滋阴泻火、除蒸退热。

方药：青蒿鳖甲汤、清骨散加减。

2. 气虚血亏 此型多见于胃癌、肠癌等消化道肿瘤患者，手术、化疗后患者及存在急、慢性失血的患者。

主证：热势或高或低，常与劳累后加剧，头晕乏力，自汗神疲，气短懒言，食少便溏。

次证：偏于血虚者常为低热、潮红，面白少华，心悸不宁，唇甲色淡等，偏于气虚者常为心悸气短，少气懒言，语言低微等。

舌脉：舌淡胖，边有齿痕，苔薄白或薄腻，脉细弱。

治法：益气养血、甘温除热。

方药：补中益气汤、参芪四物汤加减。

3. 气滞血瘀 此型多见于原发性或转移性肝癌、胰腺癌、卵巢癌等腹部肿瘤患者，或鼻咽癌、甲状腺癌等头颈部恶性肿瘤患者。

主证：午后或夜间发热，口干咽燥而不多饮，面色黯黑，局部有固定痛处或肿块。

次证：胸闷喜叹息，两胁、胃、腹胀痛，暖气，急躁易怒，情绪波动时易腹痛腹泻，女性乳房、小腹胀痛，或痛经，经色紫暗夹有血块，或闭经。

舌脉：舌紫暗或有瘀点、瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，行气凉血。

方药：血府逐瘀汤加减。

4. 湿热瘀毒 此型多见于肠癌、膀胱癌或宫颈癌等患者。

主证：发热缠绵，下午较甚，身热不扬，胸脘痞闷，身困头重。

次证：腹胀腹痛，身目发黄，恶心纳少，便下脓血，便稀或溏，或里急后重，或尿赤、尿急、尿频、尿痛，或带下黄赤、腥臭。

舌脉：舌暗红，苔黄腻，脉濡数或弦滑。

治法：清热利湿，解毒散结。

方药：地榆槐花汤、八正散、完带汤加减。

5. 肝经郁热 此型多见于原发性或转移性肝癌、乳腺癌、甲状腺癌等肿瘤患者。

主证：低热或潮热，热势常随情绪波动而起伏，心烦，易怒。

次证：善叹息，口苦，胸胁胀痛，大便干结，妇女常伴乳房胀痛，月经不调。

舌脉：舌苔黄，脉弦数。

治法:疏肝解郁,清热散结。

方药:丹栀逍遥散加减。

【中西医结合治疗策略】

癌性发热的西医治疗优势在于降温快,疗效较确定,处方简单等。但对于晚期肿瘤患者易引起消化道损伤,严重者甚至出现消化道出血,非甾体抗炎药还容易引起大汗淋漓、粒细胞减少等不良反应,此外初次使用疗效明显,但长期使用体温易出现反复。中医药治疗优势在于不良反应小,能避免服西药汗出较多,致气阴更虚之弊,作用持久,停药后体温回升率低,能做到标本兼顾,兼顾其他伴随症状,提高了患者的生活质量,延长了生存期。但缺点在于起效慢,而且因处方者辨证施治准确与否直接与疗效有关,因此往往导致疗效不确定。对于发热体温较高,整体情况较差的患者是不利的,而西药可以快速地降低体温从而减少对身体的消耗。所以要想较好地控制症状,采取中西医结合是最好的方法,取长补短,提高疗效。在临床实践中,笔者摸索出了些许中西医结合治疗癌性发热的方式:对体温尚正常的肿瘤患者,只要患者愿意接受中医药治疗,在辨证论治的原则下予以相应方药,调和气血阴阳、补虚泄实,达到“未病先防”的目的;对于已经出现发热症状的患者,应首先注意鉴别感染引起的发热,及时对其进行病因的判断,进行必要的实验室检查,例如血常规,血、分泌物等的培养和药敏,C反应蛋白动态监测等,并根据结果给予有效的治疗。近年来血清降钙素原(PCT)的检测在癌性发热的鉴别上逐渐显示出其优势,血清降钙素原(PCT)是降钙素的前体激素,是一种没有激素活性的糖蛋白,正常情况下由甲状腺C细胞分泌,经细胞内蛋白水解酶水解后形成活性成分。健康人血清PCT含量极低。在病毒感染和非感染性炎症反应时,PCT值不升高或升高不明显;当严重感染并有全身表现时,PCT水平明显升高,并可超过100ng/ml,且升高程度与感染严重度及预后相关。血清PCT选择性诱导升高,并与疾病的严重度程正相关,在病毒感染、

肿瘤疾病及手术创伤时则保持低水平。有研究表明,恶性肿瘤患者出现感染后,血清 PCT 水平明显升高,其灵敏度为 90.9%,特异性为 96.7%,而未出现感染的恶性肿瘤患者血清 PCT 水平正常。笔者经过多年临床研究发现:PCT $>2\text{ng/ml}$,往往考虑是感染; 2ng/ml 以下,基本可以排除感染引起的发热。

如确定是癌性发热后,则根据前述的辨证论治进行治疗,治疗期间未出现中等或中等以上热度患者,体温有稳定或下降趋势,无明显不适主诉,尽量不予西药治疗。如出现中等或中等以上热度,无明显禁忌证,在中药治疗的基础上及时予适当西药治疗,必要时联合应用抗生素,达到控制症状,减少消耗的目的,使用西药的同时注意不良反应,加强监测和护理。

癌性发热的中医辨证分为 5 型,临床仍以阴虚发热为多见,但临床用药时应注意不可一味的滋阴清热,应时刻注意顾护脾胃,注意辨别证候之虚实和病情之轻重。不可见热退热,滥用苦寒泻火类药物,因为晚期肿瘤患者大多已经气阴两虚,苦寒药更易耗气伤阴,伤脾败胃,使病情缠绵难解或日趋加重。再者,中医强调“治病求本”,癌性发热为肿瘤本身所致,故在中西医结合治疗癌性发热的过程中,控制肿瘤原发灶,对治疗癌性发热亦为重要。在治疗时应当标本兼顾,按照个体化的原则,在身体允许的情况下,积极治疗肿瘤本身,这样标本兼治,对缓解症状及控制肿瘤的生长、发展、转移都能起到积极的作用。此外对晚期恶性肿瘤患者,发热会增加全身慢性消耗,加上此类患者常伴有进食的减少,易引起氮的负平衡,加之肿瘤本身的消耗,会促使恶病质的提前发生,故在对症治疗的同时,应注意静脉营养支持,补充维生素、清蛋白及脂类制剂,纠正电解质紊乱,纠正酸中毒。我们应在发病的不同阶段,根据不同个体发病特点,发挥中西医各自的优势,进行综合治疗,以达到最佳疗效。

(周华妙 陆 宁)