



中华中医药学会标准

ZYYXH/T136~156—2008

肿瘤中医诊疗指南

Guideline for Diagnosis and Treatment of Tumor in TCM

2008-11-30 发布

2008-12-01 实施

中华中医药学会 发布

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤中医诊疗指南/中华中医药学会发布. —北京: 中国中医药出版社, 2008. 11

ISBN 978 - 7 - 80231 - 464 - 1

I. 肿… II. 中… III. ①肿瘤—中医诊断学—指南②肿瘤—中医治疗法—指南 IV. R273

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 141633 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京顺义兴华印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 5.5 字数 159 千字
2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 464 - 1

*

定价 28.00 元

网址 www.cptem.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

前 言

ZYYXH/T 136 - 156—2008《肿瘤中医诊疗指南》(以下简称《指南》)分为鼻咽癌、甲状腺癌、肺癌、乳腺癌、食管癌、胃癌、大肠癌、胰腺癌、肝癌、恶性淋巴瘤、急性白血病、慢性粒细胞白血病、多发性骨髓瘤、前列腺癌、睾丸肿瘤、卵巢癌、宫颈癌、膀胱癌、肾癌、皮肤癌、癌性疼痛二十一个部分:

本《指南》由中华中医药学会提出并发布。

本《指南》由中华中医药学会肿瘤分会归口。

本《指南》主要起草单位:中华中医药学会、卫生部中日友好医院、北京中医药大学、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学东方医院、北京中医医院、《中医药管理杂志》社、广州中医药大学第一附属医院、河南中医学院、上海中医药大学附属普陀医院、上海市中医医院、内蒙古中蒙医院、河北医科大学四院、江西省中医药研究院、云南省中医院、辽宁中医药大学附属医院、湖北中医学院附属医院、中山大学附属肿瘤医院、河南省洛阳正骨医院。

本《指南》主要起草人(按疾病的顺序排列):鼻咽癌(周岱翰、林丽珠),甲状腺癌(郑玉玲),肺癌(范忠泽、贾立群),乳腺癌(张蓓),食管癌(蒋士卿),胃癌(李忠),大肠癌(李雁),胰腺癌(耿刚),肝癌(周宜强、凌昌全、岳小强),恶性淋巴瘤(陈信义),急性白血病(陈信义),慢性粒细胞白血病(陈信义),多发性骨髓瘤(古建立),前列腺癌(熊墨年),睾丸肿瘤(李斯文),卵巢癌(殷东风),宫颈癌(杨新中),膀胱癌(刘亚娴),肾癌(胡凯文),皮肤癌(王笑民),癌性疼痛(李园、李佩文)。

专家指导小组成员:刘嘉湘、沈同、邵梦扬、潘敏求、李佩文、周维顺、高锦、包尚联。

引 言

《肿瘤中医诊疗指南》(以下简称《指南》)的编写目的在于规范肿瘤的中医临床诊断、治疗,为临床医师提供肿瘤中医标准化处理策略与方法,全面提高中医肿瘤的临床疗效和科研水平。本《指南》简明实用,可操作性强,符合医疗法规和法律要求,具有指导性、普遍性和可参照性,适用于中医肿瘤科临床医生、科研人员及相关管理人员,可作为临床实践、诊疗规范和质量评定的重要参考依据。

《指南》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的标准化项目之一,于2006年4月正式立项。2006年6月,中华中医药学会肿瘤分会在福州成立《中医肿瘤诊疗指南》编写委员会,并对编写体例、内容、时间安排和编写过程中可能出现的问题进行了讨论。2006年9月,肿瘤分会派员参加第一期全国中医药标准化培训班。2006年10月,《指南》样稿的编写工作完成并在国际中医肿瘤大会召开期间提交编写委员会专家讨论审定,同时对编写内容进行了分工并提出具体要求。《指南》由中华中医药学会肿瘤分会常委以上人员编写。每一章编写核心组成员由三人组成,并广泛听取相关学科专家意见,集体讨论后确定。2007年6月,在北京召开的第一次审订工作会议上听取了国家标准化委员会专家就中医肿瘤标准化工作的建议,讨论了初稿编写过程中存在的问题和解决的措施,形成了切实可行的《指南》编写计划初稿。2007年7月,根据一审会议精神,编写委员会修改完善了编写内容和体例,之后将有关内容以书面形式送请专家审订。2007年9月,初稿修订完成并在重庆召开了第二次审订工作会议。2007年12月底,参编专家根据第二次审订工作会议精神,结合修订的参考样本,对《指南》进行了认真修改并形成送审稿。之后,编写委员会在综合专家建议的基础上对部分内容进行了进一步讨论和修改,并最后定稿。

本《指南》审定组成员:张伯礼、杨明会、沈同、刘保延、李乾构、唐旭东、仝小林、彭勃、陈淑长、周宜强、刘雁峰、陈珞珈、王承德、孙树椿、丁义江、汪受传、段逸群、花宝金、陈信义、刘大新、马健。

刘嘉湘、王沛、邵梦扬、李佩文、潘敏求、包尚联等专家对《指南》进行了审订并提出许多宝贵意见,张书文、张雅月、白桦、孙宏新等参与了《指南》的编写工作,在此一并表示感谢。

目 次

前言	(I)
引言	(III)
ZYYXH/T136-2008 鼻咽癌	(1)
ZYYXH/T137-2008 甲状腺癌	(5)
ZYYXH/T138-2008 肺癌	(9)
ZYYXH/T139-2008 乳腺癌	(13)
ZYYXH/T140-2008 食管癌	(17)
ZYYXH/T141-2008 胃癌	(21)
ZYYXH/T142-2008 大肠癌	(25)
ZYYXH/T143-2008 胰腺癌	(30)
ZYYXH/T144-2008 肝癌	(34)
ZYYXH/T145-2008 恶性淋巴瘤	(38)
ZYYXH/T146-2008 急性白血病	(42)
ZYYXH/T147-2008 慢性粒细胞性白血病	(46)
ZYYXH/T148-2008 多发性骨髓瘤	(50)
ZYYXH/T149-2008 前列腺癌	(54)
ZYYXH/T150-2008 睾丸肿瘤	(58)
ZYYXH/T151-2008 卵巢癌	(62)
ZYYXH/T152-2008 宫颈癌	(66)
ZYYXH/T153-2008 膀胱癌	(69)
ZYYXH/T154-2008 肾癌	(73)
ZYYXH/T155-2008 皮肤癌	(76)
ZYYXH/T156-2008 癌性疼痛	(79)

鼻咽癌

1 范围

本《指南》规定了鼻咽癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于鼻咽癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

鼻咽癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）鼻咽癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

鼻咽癌 nasopharyngeal carcinoma

鼻咽癌是指由被覆鼻咽腔表面的上皮或鼻咽隐窝上皮发生的上皮性恶性肿瘤，其发病与遗传、EB 病毒感染、环境等因素关系密切。

根据临床表现和古代医籍的描述，鼻咽癌归属于“鼻渊”、“控脑砂”、“耳鸣证”、“上石疽”、“失荣”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

鼻咽癌的症状包括鼻衄、鼻塞流涕、耳鸣耳聋、头痛等；兼症见颈部瘰疬、口眼歪斜、口干、发热等。晚期常因肿瘤经淋巴和血行播散而引起一系列相应症状及体征，表现为：颅神经损害症状，以三叉神经、展神经、舌咽神经、舌下神经等受侵较多；颈部淋巴结转移；远处转移，如骨、肺、肝等器官转移。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 间接鼻咽镜检查

间接鼻咽镜检查是一种简便、快捷、有效的常规检查方法。一般情况下，可在间接鼻咽镜下窥视到鼻咽各壁的正常结构或异常改变。鼻咽原发癌灶的外形有结节型、浸润型、菜花型、溃疡型以及黏膜下型，有时可见几种类型同时存在。

4.1.2.2 鼻咽纤维镜检查

纤维镜检查是鼻咽部疾患的常规检查方法之一，其优点为：更好地观察鼻咽部，特别是间接鼻咽镜检查的盲区；易发现微小及隐匿病灶，病检的阳性率高；更清楚地观察到肿瘤的浸润范围。

4.1.2.3 CT 检查

CT 可以显示鼻咽癌向鼻咽腔内和腔外生长的范围，观察与邻近组织器官解剖关系及有无转移。鼻咽癌的 CT 主要表现有局部肿块效应、深部浸润、颅底骨质改变和颅内侵犯。

4.1.2.4 磁共振（MRI）扫描和正电子发射断层显像（PET）

与 CT 比较，MRI 和 PET 在肿瘤的诊断、分期、疗效评价、随访等方面优势明显，可用于确定原发病灶、术前分期、制订治疗方案、评价治疗效果和复查监测等。

4.1.3 病理学诊断

鼻咽癌早期常表现为局部黏膜粗糙或略隆起，或形成隆起于黏膜面的小结节，随后可发展成结节型、菜花型、黏膜下浸润型和溃疡型肿块。黏膜下浸润型因表面黏膜尚完好或仅轻度隆起，而癌组织在黏膜下已广泛浸润甚或转移至颈部淋巴结，故患者常以颈部淋巴结肿大为最早出现的临床症状。临床以结节型最多见，其次为菜花型。在组织病理学上，根据光学显微镜下有无鳞状细胞分化，鼻咽癌可以分为角化性鳞状细胞癌、非角化性癌（分化性癌）和未分化癌。角化性鳞癌比较少见，约占鼻咽癌总数的5%~10%左右，多发生于年龄较大的人群，对放射治疗不敏感。非角化性癌占鼻咽癌的95%以上，通常对放射治疗敏感，与EB病毒关系密切。

4.1.4 实验室诊断

目前常用EB病毒壳抗原抗体IgA（VCA-IgA）、EB病毒早期抗原抗体IgA（EA-IgA）、EB病毒DNA酶中和率（EDAb）等作为诊断的辅助指标。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 鼻咽部疾病

鼻咽癌需与鼻咽部增生性病变、结核、坏死性肉芽肿、血管纤维瘤、咽旁肿瘤、鼻咽淋巴瘤、嗅神经母细胞瘤等鉴别，经病理检查可确诊。

4.2.2 颈部肿块

鼻咽癌需与颈淋巴结炎、结核、腮裂囊肿、颈动脉体瘤、神经鞘瘤、恶性淋巴瘤、颈部淋巴结转移癌等鉴别，可做活检以确诊。

4.2.3 颅内疾患

鼻咽癌需与颅咽管瘤、脊索瘤、小脑桥脑角肿瘤等鉴别，CT检查有助于鉴别诊断。

5 辨证

5.1 热邪犯肺证

症见鼻塞涕血，微咳痰黄，口苦咽干，时有头痛，胃纳如常，尿黄便结，舌质淡红或红，舌苔薄白或薄黄，脉滑或数。

5.2 肝郁痰凝证

症见胁肋胀满，口苦咽干，烦躁易怒，头晕目眩，颈核肿大，时有涕血，舌质淡红或舌边红，舌苔薄白、白腻或黄腻，脉弦或滑。

5.3 血瘀阻络证

症见头晕头痛，痛有定处，视物模糊或复视，面麻舌歪，心烦不寐，舌质暗红、青紫或见瘀点瘀斑，舌苔薄白、薄黄或棕黑，脉细涩或细缓。

5.4 气阴两虚证

症见口咽干燥，咽喉不适，间有涕血，耳鸣耳聋，气短乏力，口渴喜饮，舌质红或红绛，苔少或无苔或有裂纹，脉细或细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

在鼻咽癌初诊患者中，70%左右属Ⅲ、Ⅳ期，且95%为非角化性，因而其治疗以放射为主导，常结合化疗、手术、中医中药、基因、免疫治疗等。在确定治疗方案前必须对疾病分期、手术情况、个体差异等进行综合评价。

初治病人的分期治疗原则：Ⅰ期、Ⅱ期，放疗+中医，部分早期病例也可酌情采用外照射+后装放疗+中医；Ⅲ期、Ⅳ期，局部复发率较高的T晚期可通过诱导化疗和（或）同期化放疗+中医以提高局部控制率，N晚期可通过多个疗程的化疗+中医达到控制远处转移的目的，M₁患者应争取多

个疗程的化疗+中医，然后视情况对原发灶和转移灶补充放疗+中医。

未控制或复发病人的综合处理原则：常规根治剂量放疗后，对鼻咽残留病灶可补充后装腔内放疗或适形放疗+中医；颈淋巴结残留灶 $\geq 1\text{cm}$ 时，给予深部X线或 β 线缩野照射剂量+中医，3个月後仍不消退者可手术切除+中医；鼻咽病灶复发，距第1次放疗1年左右者可行第2程放疗+中医，时间尚短、不宜放疗者可先化疗+中医，然后争取第2程放疗+中医，此时一般只照射复发部位，不作区域淋巴结引流区的预防照射；颈部淋巴结复发，有手术指征者可行颈部清扫术+中医，否则应争取化疗或化疗+中医，淋巴结固定或大片皮肤浸润者可先予化疗+中医；出现脑、脊髓放射性损伤者不宜再行常规外照射放疗，而应采用其他治疗手段+中医或单独中医治疗。

鼻咽癌的中医治则是：早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主，三者均不离解毒通络。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 热邪犯肺证

治法：清热解毒，化痰宣肺。

主方：清气化痰丸加减。

常用药：胆南星、瓜蒌仁、黄芩、枳实、辛夷、茯苓、陈皮、法半夏、杏仁、石上柏等。

6.2.1.2 肝郁痰凝证

治法：疏肝解郁，化痰散结。

主方：消瘿丸加减。

常用药：煅牡蛎、生黄芪、海带、三棱、莪术、浙贝母、玄参、龙胆草、血竭、乳香、没药等。

6.2.1.3 血瘀阻络证

治法：活血祛瘀，通络止痛。

主方：通窍活血汤加减。

常用药：赤芍、桃仁、红花、八月札、苍耳子、川芎、当归、郁金、蜂房、地龙等。

6.2.1.4 气阴两虚证

治法：益气养阴，软坚散结。

主方：生脉散合增液汤加减。

常用药：太子参（或西洋参）、玄参、麦冬、生地、女贞子、石斛、天花粉、猫爪草、夏枯草、白花蛇舌草、半枝莲、甘草等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 犀黄丸：每次3g，每日2次。适用于鼻咽癌证属热邪犯肺者。

6.2.2.2 小金丹：每次1.2~3g，每日2次，打碎后口服。适用于鼻咽癌证属血瘀阻络者。

6.2.2.3 六味地黄丸：每次6g，每日3次。适用于鼻咽癌证属气阴两虚或化疗后者。

6.2.2.4 六神丸：每次10~20粒，每日1~3次。适用于鼻咽癌证属邪热犯肺或放疗后者。

6.2.2.5 消瘿丸：每次9g，每日2次。适用于鼻咽癌证属肝郁痰凝者。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 鼻咽癌放射治疗引起的干性皮炎可用青黛蜜调外敷，或莪术油外敷，湿性皮炎可用双柏散外敷或浸洗，黏膜反应（充血、水肿、上皮脱落或渗出物形成白膜）可用野苧煎水内服，或用喉风散、六神丸外搽。

6.2.3.2 鼻咽癌颈部淋巴结转移可予双柏散200~400g加热或冷敷，颈部淋巴结破溃可予紫金锭数片，食醋或凉开水研化，药棉蘸取外敷。

6.2.4 针灸疗法

6.2.4.1 鼻咽癌头痛

①体针：取巨髎、四白、合谷、支沟穴。常规皮肤消毒，快速进针，达到穴位深度，产生酸、麻、胀感后中等刺激，留针5~10分钟。每日1次，5日为1疗程。

②耳穴：上颌透额，肾上腺透内鼻，神门透交感，中等刺激，留针2分钟。疼痛剧烈时可体针、耳针并行。

6.2.4.2 鼻咽癌放疗期间

①穴位：太阳、攒竹、阳白、鱼腰、四白、迎香、下关、颊车、承浆、合谷、太溪等。方法：用2.5~4cm毫针浅刺，平补平泻，以局部得气为度，留针30分钟，隔10分钟行针1次。隔日1次，10次为1疗程，疗程间休息1周。上述穴位任意分2组，交替使用。

②穴位：太阳、印堂、神庭、百会、内关、膻中、足三里等。方法：用2.5~4cm毫针浅刺，平补平泻，得气为度，留针30分钟，隔10分钟行针1次。隔日1次，10次为1疗程，疗程间休息1周。

甲状腺癌

1 范围

本《指南》规定了甲状腺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于甲状腺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

甲状腺癌国际 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN） 甲状腺癌临床指引 2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准

甲状腺癌 thyroid carcinoma

甲状腺癌是发生于甲状腺滤泡上皮、滤泡细胞及甲状腺间质的恶性肿瘤。患病年龄为 25 ~ 65 岁，青老年多见，女性多于男性。

根据临床表现和古代医籍的描述，甲状腺癌归属于“石瘿”范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

甲状腺癌早期患者多无自觉症状，且肿瘤生长缓慢，故一般就诊较晚，主要临床症状有：颈部无痛性肿块进行性增大、颈部胀满疼痛；晚期可累及周围软组织或气管软骨而使肿瘤固定，或累及喉返神经而致声嘶，少数合并不同程度的呼吸困难、颈部淋巴结肿大及其引起的耳、枕和肩部放射性疼痛；远处转移可见消瘦、乏力，髓样癌可见水泻，含有未消化食物，每日数次至十数次，同时可伴面部潮红、心悸等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

巨大甲状腺肿瘤、晚期甲状腺癌以及临床怀疑有纵隔甲状腺时都须作气管正、侧位摄片检查，以了解肿瘤的范围和气管受压情况。颈部正侧位软组织 X 线片可观察气管是否移位，管腔是否狭窄。正位片可观察前上纵隔是否增宽，以判断胸骨后扩展情况；侧位片可观察椎前隙宽度，如有增宽表示肿瘤向气管后或食管扩展。甲状腺肿瘤出现的钙化亦可作为诊断参考，一般大片、致密、边界清楚的钙化多属良性，显影淡、边界模糊、外形不规则、小絮片状钙化常为恶性。

常规胸部 X 线片可观察有无肺转移。一侧或双侧肺野多发片状、棉絮状或粟粒状阴影多考虑肺转移，偶可表现为孤立的阴影。

骨骼 X 线片可观察颅骨、胸骨柄、锁骨、肋骨、脊椎骨等部位的转移情况，一般表现为骨破坏，无骨膜反应。

4.1.2.2 CT 检查

颈部 CT 检查能清晰显示甲状腺及其边缘的影像，进而可以判断肿瘤的部位（甲状腺内或外、一侧或双侧）、范围（特别是胸骨后侵犯）、气管受累情况（移位、狭窄、受累的部位、范围及狭窄程度）、食管、肌肉、纵隔等有无压迫和破坏、淋巴结有无转移及颈总动脉受累情况等。胸部 CT 可以

发现普通胸部 X 片难以发现的早期小转移灶。

4.1.2.3 放射性核素检查

甲状腺组织能特异性地吸收¹³¹I 及^{99m}TcO₄，根据显像情况可以判断甲状腺的位置、形态、大小及甲状腺内的占位病变。根据吸收得或碘的量及其功能差异，一般分为四类：①热结节。多见于滤泡型和毒性腺瘤，少数滤泡性腺瘤亦可有热结节表现。②温结节。多见于腺瘤和结节性甲状腺肿。③凉结节。多见于甲状腺囊肿，其次为甲状腺癌、淋巴细胞性甲状腺炎和木样甲状腺炎。④冷结节。单个实质性甲状腺肿瘤表现为冷结节时约有 50% 癌变可能，其他良性肿瘤也可出现此图像，结合病史，体检和其他相关检查不难作出临床诊断。

4.1.2.4 B 超检查

B 超检查可以判断病变的部位、大小、物理性质（实质性或囊性），亦可为定性提供参考。

4.1.2.5 磁共振成像（MRI）

磁共振成像（MRI）在甲状腺肿瘤上的诊断价值不如 CT，仅对判断颈部转移淋巴结与肌肉、血管的关系有一定临床意义。

4.1.3 病理学诊断

细针穿刺细胞学检查（Fine - needle aspiration cytology, FNAC）是一项较成熟的病理诊断技术。甲状腺癌的组织病理可分乳头状癌、滤泡状癌、髓样癌及未分化癌（其中乳头状癌和滤泡状癌又称为分化性甲状腺癌）。

4.1.4 实验室诊断

降钙素检测对诊断甲状腺髓样癌、观察术后动态变化和确定复发及转移具有重要的参考价值。甲状腺球蛋白的检测虽然不能作为特异性的肿瘤标志物，但可作为甲状腺癌切除术后的监测指标，如升高则表明复发或转移。对于甲状腺手术后长期补充甲状腺素的患者，应定期检测 T₃、T₄、TSH。如果给药剂量不足，TSH 水平会升高，反之则降低。因此，TSH 水平可作为调节甲状腺素剂量的依据之一。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC, 2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤为一侧或双侧单发或多发结节，生长缓慢，表面平滑，质地较软，无压痛，吞咽时移动度大。囊肿张力大时也可表现为质硬。同位素扫描、B 超等可帮助诊断，仍鉴别困难时可行穿刺细胞学检查。

4.2.2 结节性甲状腺肿

结节性甲状腺肿多见于地方性甲状腺肿高发地区，沿海地区亦不少见。病程长，可数年或数十年，初起为双侧甲状腺弥漫性肿大，随年龄增长可出现结节，常为多个，大小不一，质韧或较软，表面光滑，随吞咽上下活动，甲状腺功能多正常。同位素扫描、B 超可明确诊断。

4.2.3 甲状腺炎

亚急性甲状腺炎常呈急性发病，以类上呼吸道感染症状为首表现，可伴有高热。甲状腺局部症状多在全身症状出现后逐步明显，表现为甲状腺轻、中度肿大，发作性疼痛或触痛，范围常超出甲状腺本身。血液学检查常有 α 球蛋白升高、血清蛋白结合碘（PBI）升高、甲状腺吸¹³¹I 率降低、TSH 降低等。其中 PBI 升高和吸碘率降低的分离现象是亚急性甲状腺炎急性期的重要特征之一。细针穿刺检查常表现为滤泡上皮退行性变、纤维组织增生、中性粒细胞和单核细胞浸润。

淋巴细胞性甲状腺炎（又称桥本氏病）发病早期类似亚急性甲状腺炎，有类上呼吸道感染症状，伴局部疼痛、血沉升高。急性期，由于甲状腺滤泡破坏，大量甲状腺素释放入血而引起“甲亢”症

状；疾病中期，甲状腺功能可正常；缓解期，因甲状腺纤维化，可出现“甲减”症状。实验室检查，TGA、TPO可升高。细针穿刺检查，可见大量淋巴细胞浸润和甲状腺滤泡上皮退行性变。

5 辨证

5.1 肝气郁结证

症见颈前瘰疬隆起，逐渐增大，质硬或坚，胀痛压痛，吞咽稍动或固定不移，颈部憋胀不适，或妨碍呼吸和吞咽，伴胸闷，善太息，或胸胁窜痛，病情随情志因素波动，舌质淡，苔薄白，脉弦。

5.2 痰湿凝结证

症见颈前瘰疬隆起，逐渐增大，质硬或有结节，胀痛压痛，吞咽稍动或固定不移，颈部憋胀不适，或妨碍呼吸和吞咽，肿块经久不消，伴胸闷气憋，食少纳呆，口淡乏味，恶心泛呕，肢体困重，舌淡，苔白或腻，脉弦滑。

5.3 痰瘀互结证

症见颈前瘰疬质地坚硬、增大，固定不移，按之较硬或有结节，颈前刺痛，胸闷纳差，或伴颈前、两侧瘰疬丛生，舌质青紫，有瘀斑或瘀点，舌苔薄白或白腻，脉弦或涩。

5.4 阴虚内热证

症见心悸不宁，气短乏力，心烦少寐，易出汗，眼目干涩，口舌干燥，五心烦热，头晕目眩，形体消瘦，舌质红或红紫，苔少，脉细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

甲状腺癌应根据其各自的特点采取相应的治疗原则，包括手术、放疗、内分泌治疗、化疗等，其中手术是最主要的治疗手段。甲状腺癌确诊后，如无明显的手术禁忌证，应及时行原发灶和颈部转移灶的彻底清除术，力争根治。放射治疗是甲状腺癌的重要辅助治疗方法，外照射对未分化癌的效果最好，放射性核素¹³¹I对有碘吸收功能的滤泡状癌和乳头状癌远处转移或局部残留有很好的效果。甲状腺癌化疗效果不理想。全甲状腺切除的患者需终生服用甲状腺素。

中医辨证，甲状腺癌早期以邪实为主，治宜疏肝理气，健脾化痰，消瘰散结；中晚期以正虚为主，治宜健脾益气，养阴生血，扶正祛邪。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝气郁结证

治法：疏肝理气，消瘰散结。

主方：四逆散加减。

常用药：柴胡、芍药、枳实、炙甘草、蒲公英、天葵子、黄药子、猪苓、茯苓、生苡仁、灵芝、焦山楂、鸡内金等。

6.2.1.2 痰湿凝结证

治法：健脾理气，化痰散结。

主方：四海舒郁丸加减。

常用药：海藻、海带、海螵蛸、海蛤壳、青木香、陈皮、昆布、苍术、白术、党参、茯苓、生苡仁、法半夏等。

6.2.1.3 痰瘀互结证

治法：理气化痰，散瘀破结。

主方：海藻玉壶汤加减。

常用药：海藻、昆布、海带、青木香、陈皮、贝母、半夏、连翘、当归、川芎等。

6.2.1.4 阴虚内热证

治法：滋阴降火，软坚散结。

主方：知柏地黄丸加减。

常用药：黄柏、知母、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、丹皮、黄药子、炙鳖甲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 西黄丸：每次 3g，每日 2 次，开水送服。用于热毒内盛，瘀血内结之证。

6.2.2.2 小金丹：每次 2~3g，每日 2 次。可破瘀通络，化痰止痛，用于各种肿瘤。

6.2.2.3 参一胶囊：每次 2 粒，每日 2 次，开水送服。可培元固本，补益气血，用于气虚证。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 阳和解凝膏掺阿魏粉敷贴肿块部位。

6.2.3.2 肿块疼痛灼热者，可用生商陆根适量捣烂外敷，每日换药 1 次。

肺 癌

1 范围

本《指南》规定了肺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于肺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

肺癌国际分期 国际抗癌联盟（UICC）2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）非小细胞肺癌临床实践指南（中国版）2006

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）小细胞肺癌临床指南 2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

肺癌 lung cancer

肺癌是原发于支气管黏膜和肺泡壁的恶性肿瘤，其病因主要与吸烟、电离辐射、空气污染、砷和其他有毒环境下工作有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，肺癌归属于“肺积”、“息贲”、“咳嗽”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

肺癌的临床表现与肿瘤发生的部位、大小、病理类型、病程长短、有无转移和并发症有关，大致可以归纳为四类：原发肿块、胸内蔓延、远处转移和副肿瘤综合征。常见症状有咳嗽、咯血或痰中带血、胸痛、胸闷等，应当引起注意的是气促、喘鸣、局限性肺炎等气道阻塞引起的间接表现。

肺癌最常见锁骨上下、颈部和腋下淋巴结转移，可为单个或多个结节，触之坚硬。其他部位的转移常引起相应的症状，即肺外表现。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 胸部 X 线检查

X 线是诊断肺癌最重要的方法，可通过 X 线透视、胸部正侧位片发现块影或可疑肿块阴影。

4.1.2.2 CT 检查

CT 可以辨认有无肺门和纵隔淋巴结肿大。临近胸壁的肿块可在 CT 引导下进行针刺活检以明确组织学诊断。

4.1.2.3 磁共振（MRI）检查

常规的 MRI 几乎不能使肺部显像，只能明确肿瘤与大血管之间的关系。

4.1.2.4 正电子发射体层扫描（PET）

PET 可以较准确地对 <1cm 的肺癌及肺癌纵隔淋巴结有无转移进行诊断。

4.1.2.5 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜检查对明确诊断和获取活体组织、提供组织学诊断均具有重要意义。对于近端气道内的肿瘤，纤维支气管镜刷检结合钳夹的活检阳性率为 90% ~ 93%；对于远端气道内不能直接窥视的病变，可在荧光屏透视指导下经光纤支气管镜进行肺活检。

4.1.3 病理学诊断

4.1.3.1 痰脱落细胞学检查

痰脱落细胞学检查中，非小细胞肺癌的阳性率较小细胞肺癌高，一般在70%~80%左右。

4.1.3.2 开胸肺活检

若经痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜检查 and 穿刺活检均未能确立诊断，则应考虑开胸肺活检，但必须根据患者的年龄、肺功能及可能的手术并发症等综合决定。

4.1.3.3 组织病理学诊断

肺癌分为小细胞肺癌（SCLC）和非小细胞肺癌（NSCLC），后者包括鳞癌、腺癌（包括支气管肺泡癌）和大细胞癌。

4.1.4 实验室检查

肺癌常用的肿瘤标记物有癌胚抗原（CEA）、 β_2 微球蛋白、铁蛋白（FER）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、CA211、CA153等。其中癌胚抗原在肺癌患者中阳性率可达40%~60%，其水平与病情轻重及预后有一定的关系。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 肺结核

4.2.1.1 肺结核球

肺结核球多见于年轻患者，一般无症状。多位于结核好发部位（肺上叶下部和下叶上部），病灶边界清楚，可有包膜，密度高，有时有钙化，周围为纤维结核灶，在随访观察中多无明显改变。如有空洞形成，多为中心性，洞壁规则、较薄，直径很少超过3cm，常需与周围型肺癌鉴别。

4.2.1.2 肺门淋巴结结核

肺门淋巴结结核易与中央型肺癌混淆，应加以鉴别。肺门淋巴结结核多见于儿童或老年，多有发热和结核中毒症状，结核菌素试验多呈阳性，抗结核治疗有效。体层摄片、CT、MRI和纤维支气管镜检查等有助于二者鉴别。

4.2.1.3 急性粟粒性肺结核

急性粟粒性肺结核应与弥漫型肺泡癌相鉴别。急性粟粒性肺结核发病年龄较轻，多有发热等全身中毒症状。X线胸片显示病灶为大小基本一致、分布均匀、密度较淡的粟粒性结节。肺泡癌两肺多有大小不等的结节状播散灶，边界清楚，部位较深，进行性发展和增大，且呈进行性呼吸困难。

4.2.2 肺炎

肺炎起病急骤，有寒战、高热等症状，继而出现呼吸道症状，抗生素治疗多有效，病灶吸收迅速而完全。癌性阻塞性肺炎炎症吸收较缓慢，可出现块状阴影，且多有中央型肺癌表现，光纤维支气管镜检查、细胞学检查等有助于鉴别。

4.2.3 肺脓肿

肺脓肿应与癌性空洞继发感染相鉴别。原发性肺脓肿起病急，中毒症状明显，常有寒战、高热、咳嗽、吐大量脓臭痰、周围血象白细胞和中性粒细胞计数增高，X线胸片上空洞壁薄，内有液平，周围有炎性改变。癌性空洞常先有咳嗽、咯血等肿瘤症状，然后出现咳脓痰、发热，胸片可见块影有偏心空洞，壁厚，内壁凹凸不平。结合光纤维支气管镜和痰脱落细胞学检查可以鉴别。

5 辨证

5.1 脾虚痰湿证

症见咳嗽痰多，色白而黏，胸闷气短，腹胀纳差，神疲乏力，面色无华，大便溏薄，舌淡胖，有齿痕，舌苔白腻，脉濡缓或濡滑。

5.2 阴虚内热证

症见咳嗽无痰或痰少而粘，痰中带血，口干，低热盗汗，心烦失眠，胸痛气急，舌质红或暗红，苔少或光剥无苔，脉细数。

5.3 气阴两虚证

症见咳嗽痰少，咳声低弱，痰中带血或咯血，神疲乏力气短，面色苍白，自汗盗汗，口干咽燥，舌淡红或舌红，有齿痕，舌苔薄，脉细弱。

5.4 肾阳亏虚证

症见咳嗽气急，动则喘促，胸闷，腰酸耳鸣，畏寒肢冷，或心烦盗汗，夜间尿频，舌淡红或暗红，舌苔薄白，脉沉细。

5.5 气滞血瘀证

症见咯痰不畅，痰中带暗血或血块，胸胁胀痛或刺痛，痛有定处，颈部及胸壁青筋显露，唇甲紫暗，舌暗红或青紫，有瘀点或瘀斑，舌苔薄黄，脉细弦或涩。

6 治疗

6.1 治疗原则

非小细胞肺癌的分期综合治疗，I期肺癌： $(T_{1-2}N_0M_0)$ 首选手术；不宜或不愿手术治疗者，推荐单独的放射治疗；完全性切除的Ia期肺癌无需辅助化疗或辅助放疗，肿瘤直径 $>4\text{cm}$ 的Ib期可考虑辅助化疗；I期肺癌切缘阳性者，推荐再次手术。II期肺癌： $T_{1-2}N_1M_0$ 者首选手术治疗； N_1 期完全性切除者，推荐辅助化疗； T_3 II期肺癌以手术切除为主要手段；II期肺癌侵犯胸壁完全性切除者，推荐辅助化疗；切缘阳性者，再次手术能切除干净的应考虑手术，否则应给予放射治疗联合化疗；先行化放疗的病例，治疗期间应随时评价手术切除的可能性；肺上沟瘤术前评价可切除者首选同期化放疗后的手术切除，不可切除者首选同时放化疗，化疗2~3周期和放疗40Gy后须重新进行手术切除可行性的评价，可切除则行手术切除，不可切除则继续放化疗。III期肺癌：可切除的局部晚期，建议新辅助化疗+手术切除或手术切除+辅助化疗；不可切除的局部晚期，予含铂方案化疗联合放射治疗。IV期肺癌：以化疗为主要手段。

小细胞肺癌局限期：手术切除+化疗或同期放化疗；广泛期：化疗或放化疗。

肺癌的中医治疗应遵从辨证施治，扶正祛邪的原则，早期以调理肺气，化痰散结为主，晚期以扶正补虚为主，兼以化痰散结。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 脾虚痰湿证

治法：健脾化湿，理气化痰。

主方：六君子汤加减。

常用药：党参、白术、茯苓、薏苡仁、半夏、陈皮、杏仁、瓜蒌皮、石见穿、石上柏、百部、紫菀、谷芽、麦芽、鸡内金等。

6.2.1.2 阴虚内热证

治法：养阴清热，润肺化痰。

主方：百合固金汤加减。

常用药：百合、生地、沙参、麦冬、杏仁、全瓜蒌、鱼腥草、白花蛇舌草、八月札、石见穿、石上柏、苦参、干蟾皮、夏枯草、生牡蛎、麦芽、鸡内金等。

6.2.1.3 气阴两虚证

治法：益气养阴，清化痰热。

主方：生脉散合沙参麦冬汤加减。

常用药：生黄芪、白术、北沙参、麦冬、薏苡仁、杏仁、瓜蒌皮、石见穿、白花蛇舌草、夏枯草、生牡蛎、麦芽、鸡内金等

6.2.1.4 肾阳亏虚证

治法：滋阴温阳，消肿散结。

主方：金匱肾气丸合赞育丹加减。

常用药：北沙参、麦冬、生地、熟地、淫羊藿、肉苁蓉、仙茅、石见穿、石上柏、王不留行、薜荔果、芙蓉叶、川贝、蚕蛹等。

6.2.1.5 气滞血瘀证

治法：理气消肿，活血化瘀。

主方：复元活血汤加减。

常用药：桃仁、王不留行、丹参、莪术、蜂房、八月札、郁金、全瓜蒌、夏枯草、生牡蛎、海藻、昆布、山豆根、石见穿、白花蛇舌草、山慈菇、谷麦芽、鸡内金等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 金复康口服液：每次30ml，每日3次。30天为1疗程，可连续使用2个疗程。用于治疗原发性非小细胞肺癌气阴两虚证。

6.2.2.2 清肺散结丸：每次3g，每日2次。1个月为1小疗程，2个月为1大疗程。用于治疗肺癌。

6.2.2.3 参一胶囊：饭前空腹服，每次2粒，每日2次。8周为1疗程。改善肿瘤患者的气虚症状，与化疗药配合有助于提高原发性支气管肺癌的疗效。

6.2.2.4 康莱特注射液：每次200ml缓慢静脉滴注，每日1次。21天为1疗程。适用于不宜手术的气阴两虚、脾虚痰湿型原发性非小细胞肺癌。

6.2.2.5 鹤蟾片：每次6片，每日3次。用于原发性支气管肺癌和肺部转移癌，能改善患者的症状体征。

6.2.2.6 康艾注射液：每日40~60ml，用5%葡萄糖或0.9%生理盐水250~500ml稀释后缓慢静脉滴注，每日1~2次。30天为1疗程，或遵医嘱。

6.2.2.7 艾迪注射液：50~100ml，加入0.9%氯化钠注射液或5%~10%葡萄糖注射液400~500ml中静脉滴注，每日1次；与放、化疗合用时，疗程与放、化疗同步；手术前后和介入治疗，10天为1疗程；单独使用，15天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程；晚期恶病质病人，30天为1疗程，或视病情而定。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 蟾乌巴布膏：由蟾酥、细辛、生川乌、七叶一枝花、红花、重楼、川乌、两面针、白附子、三棱、莪术、丁香、肉桂、乳香、冰片等20余味中药组成。使用前先将皮肤洗净擦干，再将膏药敷在疼痛处，每24小时换药一次。适用于肺癌疼痛者。

6.2.3.2 癌痛散：山柰、乳香、没药、姜黄、栀子、白芷、黄芩各20g，小茴香、公丁香、赤芍、木香、黄柏各15g，蓖麻仁20g。上药共为细末，用鸡蛋清调匀外敷乳根穴，6小时换药一次。适用于肺癌疼痛者。

6.2.3.3 消积止痛膏：取樟脑、阿魏、丁香、山柰、蚤休、藤黄等量，分研为末，密封备用。用时将上药按前后顺序分别撒在胶布上，敷贴于肺癌疼痛部位，随即用60℃左右的热毛巾在药膏上敷30分钟。每日热敷3次，5~7天换药1次。