

# 中西医结合防治肿瘤

孙 燕 主编  
余桂清



北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

# 中西医结合防治肿瘤

钱信忠

一九九五年七月

孙 燕  
余桂清

主 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

**图书在版编目 (CIP) 数据**

中西医结合防治肿瘤/孙燕, 余桂清主编. —北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995

ISBN 7-81034-429-3/R · 428

I. 中… I. ①孙… ②余… III. 肿瘤-中西医结合疗法 IV. R730. 59

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (95) 第 18396 号

**中西医结合防治肿瘤**

孙 燕 余桂清 主编

责任编辑: 林呈煊

\*

北 京 医 科 大 学 联合出版社出版  
中国协和医科大学

北京昌平精工印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

\*

787×1092 毫米 1/16 17.375 印张 431 千字

1995 年 10 月第一版 1995 年 10 月北京第一次印刷

印数: 1—4000

ISBN 7-81034-429-3/R · 428

定 价: 24.00 元

## 内 容 简 介

五十年代末六十年代初,在中西医结合的方针指导下,一大批西医系统地学习了中医,为中西医结合研究打下了良好的基础。三十多年过去了,在肿瘤防治中都取得了那些成果?有哪些经验?存在哪些问题?本书由我国二十余位知名的专家共同撰写,第一部分介绍了对中西医结合防治肿瘤总的体会、思路和问题;第二部分比较具体地介绍了中医扶正培本、活血化瘀等治则在肝癌、肺癌、胃癌、白血病等常见肿瘤中西医结合治疗方面所取得的成绩;第三部分为中药辅助放化疗提高病人抗病能力和减轻毒副反应的结果;第四部分为临床有效的方剂、单药和其有效成分的实验和临床研究成果。本书还包括我国著名肿瘤药理学家韩锐教授写的抗癌中草药研究的进展一文。

书中代表了我国三十余年来在肿瘤防治方面中西医结合领域内所取得的主要成就,学术水平较高,而更重要的是代表了作者们对癌症治疗这一难题锲而不舍、执着钻研的精神,是十分难能的。

本书可供广大肿瘤临床和研究工作者阅读。由于本文也包括了一些具体的方剂和单药,也可供广大临床医师、在校医师生和研究生参考。

# 目 录

|                                                   |            |
|---------------------------------------------------|------------|
| 前 言 .....                                         | 孙 燕 (1)    |
| 中西医结合防治肿瘤研究进展 .....                               | 余桂清等 (5)   |
| 走中西医结合之路, 发扬中国肿瘤防治研究的特色 .....                     | 郁仁存 (23)   |
| 发扬我国防治肿瘤的特色——中西医结合, 进一步<br>提高肿瘤治疗水平 .....         | 郁仁存 (25)   |
| 中西医结合在肿瘤防治研究中的十大优势 .....                          | 潘明继 (29)   |
| ✓ 中医中药治疗癌肿——38 年的探索 .....                         | 于尔辛 (37)   |
| 中西医结合治疗中晚期癌瘤思路的研究 .....                           | 张代钊 (41)   |
| 中西医结合治疗癌瘤促进中医学术思想的发展 .....                        | 张代钊 (44)   |
| 中西医结合治疗恶性肿瘤的经验体会 .....                            | 郁仁存 (47)   |
| ✓ 中医药在肿瘤综合治疗中的作用 .....                            | 孙桂芝 (56)   |
| 抗癌中草药研究的进展 .....                                  | 韩 锐 (61)   |
| 从中药抗癌成分筛选及其结构改造中发现新抗癌药 .....                      | 李德华 (71)   |
| 中药的免疫调节作用 .....                                   | 孙 燕 (76)   |
| 脾虚肿瘤患者免疫功能的研究 .....                               | 郁仁存等 (83)  |
| 滋阴生津、益气温阳法治疗 304 例晚期原发性肺腺<br>癌的前瞻性研究 .....        | 刘嘉湘等 (86)  |
| 晚期非小细胞肺癌患者气虚血淤证的研究 .....                          | 王笑民等 (92)  |
| 健脾益肾冲剂合并化疗治疗晚期胃癌 (术后) 的临床<br>及实验研究 .....          | 余桂清等 (95)  |
| 理胃化结汤结合手术与化疗治疗 320 例胃癌的疗效分析 .....                 | 潘明继等 (103) |
| 胃癌中西医结合治疗规律的探讨 .....                              | 潘明继等 (107) |
| 消化系肿瘤的中医中药治疗 .....                                | 余桂清 (111)  |
| 三十年来中西医结合研究白血病的概况 .....                           | 周霭祥 (116)  |
| 中西医结合治疗慢性白血病和处理急性白血病软<br>组织感染的经验和设想 .....         | 张之南 (123)  |
| 中医药对化疗的增效减毒作用 .....                               | 郁仁存等 (130) |
| 扶正健脾汤辨证加减防治 534 例癌症化疗副反应的观察 .....                 | 潘明继等 (132) |
| 扶正解毒冲剂防治癌症患者放、化疗毒副反应的<br>临床观察 (附 376 例病例分析) ..... | 张代钊等 (135) |
| ✓ 肺癌病人放、化疗副反应的中医治疗 .....                          | 张代钊 (143)  |
| ✓ 癌症病人放、化疗副反应的中医药防治研究 .....                       | 张代钊等 (147) |
| ✓ 扶正生津汤配合放射治疗鼻咽癌 150 例远期疗效观察 .....                | 潘明继等 (155) |
| 固本祛淤 1 号配合化疗治疗恶性肿瘤的临床及实验研究 .....                  | 郁仁存等 (158) |

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| 环磷酸胺合并贞芪扶正冲剂对小鼠乳腺癌 EMT-6                             |            |
| 的抑制作用 .....                                          | 张群喜等 (162) |
| 固元冲剂扶正作用 125 例的临床观察 .....                            | 孙 燕等 (167) |
| 扶正女贞素的促免疫作用 (I) .....                                | 孙 燕等 (172) |
| 扶正女贞素双盲临床试验结果 (I) .....                              | 孙 燕等 (177) |
| 女贞子化学成分的研究 (II) .....                                | 吴迺居等 (180) |
| 抗癌新药——榄香烯研究进展 .....                                  | 陈玉仁 (182)  |
| 贞芪扶正冲剂治疗慢性萎缩性胃炎 108 例初步临床观察 .....                    | 苏继忠等 (188) |
| 榄香烯乳治疗晚期恶性肿瘤的 II 期临床试用结果 .....                       | 王金万等 (192) |
| 几种肿瘤外治法简介及应用 .....                                   | 段凤舞 (197)  |
| 射频热疗伍用中医药治疗晚期恶性肿瘤 .....                              | 梁富义等 (202) |
| A Study of Traditional Chinese Medicine Syndrome     |            |
| Typing in Cancer Compromised Patients .....          | 郁仁存等 (207) |
| Clinical Application of Chinese Herbs Remedies       |            |
| as Immunomodulators in the Treatment of Cancer ..... | 郁仁存 (213)  |
| Evaluation of Chinese Drugs in the Treatment         |            |
| of Neoplastic Diseases .....                         | 孙 燕 (227)  |
| 增生平片抗癌、防癌作用的研究 .....                                 | 林培中等 (237) |

# 前言

孙 燕

近 30 年来中西医结合防治肿瘤的科研和临床工作取得了相当的进展,逐渐为多数中外学者所接受。来我国就诊的病人也愈来愈多。那么,中西医结合防治肿瘤究竟有哪些成就?前景又是如何?根据我们近年来的工作,谈几点体会。

## 一、东西方对肿瘤的认识

肿瘤是一类古老的疾病,不但人类有,动植物也有。人类从有文字记载以来,就有关于肿瘤的记载。从各自的哲学思想和临床实践出发,东西方医学体系是不同的。但对肿瘤的认识却有一定相同之处。

在古代,中医认为肿瘤是气血凝滞的后果。我国殷墟甲骨文中“瘤”字,两千多年的《周礼》一书中,记载了周代已有专治肿瘤的医生,称为“疡医”。以后历代的医学典籍中都有关于肿瘤的记载,所用病名很多,不但讨论了外因病邪,还特别强调内因“邪之所凑,其气必虚”。认为体内气血亏虚,运行失常,以及五脏六腑的蓄毒等体内失调,导致了肿瘤发生。公元 1171 年宋代东轩居士《卫济宝书》中第一次作用了“岳”字,而宋、元两代医学家论述乳癌时均用“岩”字,直到明代才开始用“癌”字来统称乳癌及其它恶性肿瘤。

在西方医学中远在几千年前,几乎在医学史的开始年代,即有关于肿瘤的记载。埃及草纸时代(公元前 1500 年)已应用砷化物制成的油膏治疗有溃疡的肿瘤。希波克拉底(Hippocrates 公元前 460~370 年)对肿瘤已有了比较确切的认识。从公元后 150 年左右加伦(Galen)时代一直到 19 世纪,由于体液学说在欧洲盛行,人们把肿瘤看成是“黑胆汁”凝聚、淤滞而成。治疗当然也都是设法纠正这种“体液失调”。19 世纪中菲尔肖(Virchow 1821~1902)创立了细胞病理学。1853 年发表《异常肿物》被认为是第一部近代肿瘤学专著,不但描述了癌细胞的形态,而且描述了癌变的发展。

从以上可以看出,人类对肿瘤早有认识,但受当时哲学思想和条件制约,尽管如此,中外医学都强调肿瘤是一种全身性疾病。细胞病理学虽然为肿瘤的组织发生学奠定了科学基础,但在病因认识上也有一定的局限性。近一百年来,随着生物化学、免疫学和分子生物学等生命科学的发展,人们对肿瘤的认识越来越深入。很可能在癌变的初期即已有了一系列基因的改变,如原癌基因的突变、重排、扩增,抑癌基因的丢失、失活。同时也有生化和免疫学方面的改变。单纯形态学的描述已经远远不而能满足临床上制定治疗方案、预测可能的治疗结果、判断有无微量残存肿瘤细胞及监测复发的需要。这些必然会给临床肿瘤学带来重大变革,其中也包括中西医结合。

## 二、三十年实践体会

通过 30 年全国各地同道的临床实践和思考,总结正反两面的经验、教训,我们有了以下

表 1 不同时代对肿瘤的认识

|     | 肿 瘤                                 | 宿 主                        |
|-----|-------------------------------------|----------------------------|
| 古 代 | 西方医学：黑胆汁凝聚<br>中医：气血凝滞               | 正虚                         |
| 近 代 | 局部细胞恶变                              | 内分泌失调                      |
| 现 代 | 细胞过度增殖<br>染色体异常（突变、异位）<br>原癌基因活化，扩散 | 细胞免疫功能下降<br>遗传缺陷<br>p53、KB |

几点体会：

### 1. 结合点在于实践和共同发展

中西医两种不同的体系都是经过长期实践发展起来，是各有长处的。我认为中医和西医虽然体系不同，实际上自古以来就是互通的。西医应该说是世界性的，本不属于哪个民族；从传统上我国的医学也同样从来就是开放的，能够吸取其他民族的精华为我所用。民族虚无主义和全盘西化当然不可取，复古主义也无道理。中医学一直能够吸取其他民族的成就和优点。实际上《本草纲目》上产于其他国家的药物就不少。但中西医结合由于体系不同，真正达到相互融合、渗透、促进也是不容易的，远非像我们当初想象的那么容易只要努力就可以在一二十年内完成。现在看来需要大量的研究工作和长期的努力，其结合点是实践。尤其是两者结合的临床实践和深入的实验研究，也就是说在较高层次的结合，在互相启发互相提高的结合。只要通过这种最大限度地应用现代医学认识发掘祖国医学宝藏，才有可能对世界医学作出我们民族的贡献。

这方面成功的例子已有不少，例如通过肾上腺皮质功能的研究我们已可以说在很大程度上中医的肾阳虚是由于皮质功能的不足，这为我们治疗肾阳虚提供了理论依据，也为西医治疗肾上腺皮质功能低下开辟了新途径，因而为中外病人带来真正的裨益。另一个例子是我们对扶正中药促进免疫功能的研究，通过长期实践我们观察到很多扶正中药可以提高机体的免疫功能，尤其是细胞免疫相关，并已开发一些中医常用的扶正药物如黄芪、人参、女贞子、芦笋、仙灵脾等作为免疫调节，并取得一定临床疗效。但仍然存在较多的问题，例如阴虚虽然也与免疫功能有一定关系，但它的本质是什么？免疫抑制药与 T 抑制 (Ts) 细胞的关系及扶正中药、免疫功能和抑癌基因 (KB、P53 等) 关系等等都是值得深入研究的新课题。

不但如此，中医“虚”的范畴很广，而且十分深入，这是西方医学所远远不如的。无疑地任何学过中医的医师都能从症状、舌诊、脉相上认识阴虚、阳虚、气虚、血虚、更进一步肾阳虚、肾阴虚、脾阳虚、脾阴虚等等，而这在西医中则只有 Weak (软弱) 这一种主要描述，最多有苍白、气促、消化不佳也就很深入了。所以，我认为阐明中医所说虚的本质，以及上述气血阴阳及脏器虚实的本质，特别是应用现代医学来加以说明，无疑会促进世界医学的发展。如果能进一步结合针对这些中药治疗的疗效机制深入研究，一定会给更多病人带来裨益。使得西医不再不辨阴阳一味补充营养进补，以致给一部分病人带来相反的效果。

### 2. 辨证与辨病相结合

另一个重要体会是应当辨病与辨证相结合。过去很多有名的中医其中也包括我的几位老师，都曾提出肿瘤可能是中医治疗中的一个“例外”，单靠辨证论治会有一定局限性。例如肺癌病人大多有肺热阴虚、气虚的表现，如不进行现代医学的治疗只靠中医调节很难达到治愈



的目的。病人可能暂时好转，症状减轻，但终因肿瘤发展而不能控制。所以，辨病深入了解病人疾病的性质和发展规律有时就成为首要的课题。正如扶正必须与祛邪结合一样，在肿瘤临床上只有辨证与辨病相结合才能有效地解决病人的问题。我国甚至一些西方经验的肿瘤学都认识到在综合治疗中必须重视病人的机体状况，医学是严格的实践科学，容不得半点唯心主义。临床实践体会西医受机械唯物主义影响较深，强调客观检查，吸收迅速发展的科学成就，在认识和解释疾病时比较深入、具体；而中医则较多朴素的辨证思想，观察病人细致深入，重视内在联系，特别是分辨证候有独特的见解，是各有所长的。两者怎样结合？我想结合点在于临床实践，从处理具体病人入手最为合适。

### 3. 扶正与祛邪

根据祖国医学的基本理论，在疾病发展过程中正虚占有一定的地位。所以在处理多数疾病时扶正祛邪是最根本的法则。中医的正是一个比较广泛的范畴，根据辨证可进一步分为许多类型，但免疫功能的缺损至少部分地概括了虚证的某些共性。其他如肾上腺皮质和甲状腺功能、能量代谢、蛋白质合成和造血功能低下，抑癌基因的失活等也都与某些虚象有联系。扶正中药的作用也是多方面的，调节免疫功能只是其中的一方面，但无疑是一重要的方面。

七十年代初我们应用现代免疫学指标，观察了几百例接受扶正中药治疗过程中的动态变化，说明扶正中药对细胞免疫功能有一定的增强作用，这类中药对化疗和放疗而所致的肾上腺皮质和骨髓功能的抑制也有一定保护作用。并能减轻放、化疗引起的消化道反应。此后，我们与国内外科研单位合作开展系列的实验研究，进一步证实了临床的观察结果。并发现黄芪、女贞子的水提物和活性成分具有消除肿瘤病人过量的抑制性（Ts）淋巴细胞的活性，从而使正常免疫功能得到恢复。我们研制的贞芪扶正冲剂、扶正女贞素和固元冲剂（主要由黄芪多糖和人参皂甙组成）在临床上都有较好的疗效，而且证明对T细胞亚型中的T8（Ts）细胞有抑制作用。同时，还发现扶正中药能激活巨噬细胞的活性，促进干扰素的产生并能保护和促进造血干细胞，与白细胞介素2有协同作用，和某些癌基因的表达及具有而抗氧化作用等等。

通过多年的临床实践，我国中西医结合治疗肿瘤的模式和阶段有了比较明确的共识：①在病人初次就诊时由于邪盛，首要任务是应用中西医各种方法包括手术、放射线、化学药物打击肿瘤，但在这时要注意保护机体的正气；②待肿瘤负荷大大减低以后，则将治疗重点转为最大限度地促进骨髓和免疫功能的恢复，即重建正气的阶段。由于肿瘤本身就是一个抑制因素，而且会诱导过量的抑制细胞如Ts的活性，在第一阶段单纯扶正常常不可能达到目的；而在第二阶段如果忽视将治疗重点转为扶正治疗其疗效也会降低；③经过一阶段的免疫和骨髓功能的重建，在必要时还可再转入以打击肿瘤为主的第三阶段即巩固治疗，尽可能扫除潜在是残存肿瘤细胞；④以后再转入长期的扶正治疗。这样的治疗模式已在很多常见的肿瘤中如胃癌、肺癌、淋巴瘤、子宫颈癌、乳腺癌中证明不但能改善病人的免疫功能和一般状况，而且可在一定程度上提高治愈率，因而受到国内外学术界的瞩目。

### 4. 防癌

中医古籍对肿瘤的形成十分强调内因“凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病”，“积之成也，正气不足，而后邪气踞之”。前面我们已提及从现代医学的角度也可以看到肿瘤病人多有免疫抑制现象。那么，对于正气不足的人及时加以调理，会不会减少肿瘤的发生呢？这种想法已通过高发区的现场研究证实，例如在河南林县食管癌高发区开展的普查中不但查

出一些早期患者，也发现不少食管重度增生的癌前病人。所谓癌前病变是它本身不是癌，但在这基础上容易发生癌。二十年来通过应用一种中草药制剂“增生平”已能降低这些癌前期病人发生食管癌的机率；六味地黄汤对食管重度增生也有良好的疗效。在甘肃通过给慢性萎缩性胃炎（胃癌的癌前病变）服用“贞芪扶正冲剂”二月，半数以上病理学检查有好转。前已述及有些扶正中药具有抗氧化作用，而过分氧化也是肿瘤形成和衰老的机制之一，因之中药的防癌和抗衰老作用也倍受重视。

### 三、中西医结合大有可为

当然，在中西医结合的路程上还有许多问题有待解决。我们 30 年的实践应该说是成绩的。最主要的是对结合点和问题的难度有了一定的认识。治则的研究我们认为应是一个重点。在国际上中药的研究正在受到广泛重视，但西方的误区之一是不懂，也不按中医理法方药的原则。中国古代称药物书为“本草”，英语中 drug 是干燥的草木的意思，都说明植物药在医学中的重要地位。但如没有中医理论的指导很难有连续性达到举纲及目，事半功倍的目地。如前所述，目前我们正在从分子水平认识肿瘤很可能是一类由于癌基因和抑癌基因的调控发生变化的后果。而且近代生物治疗和基因治疗的发展也是着眼于通过促进机体的免疫功能、调理癌基因和抑癌基因达到抑制肿瘤的目的；或通过刺激造血因子促进病人骨髓功能的恢复。只要安排合适，中西医结合治疗会起到相辅相成共同造福病人的目的。我认为最大限度地应用现代医学方法，研究、阐明祖国医学在防治肿瘤中的作用原理，可以大大地推动祖国医学的发展，而且大有可为的。

# 中西医结合防治肿瘤研究进展

余桂清 梁富义

目前全世界 52 亿人口, 每年新发癌症患者 700 万, 癌症死亡人数为 500 万。我国 11 亿多人口中, 每年有 160 万新发癌症患者, 105 万人死于此症。在城市肿瘤是各种疾病死亡的第一位。乡村肿瘤死亡上升至第二位。肺癌、肝癌、乳腺癌等癌瘤近一、二十年发病率继续在上升。然而, 40 年来我国运用中西医结合治疗肿瘤越来越被广大学者与病家所接受, 并已成为常用的治疗方法, 是肿瘤综合治疗中的有效手段之一。以中西医结合的方法、药物治疗肿瘤的病种、病例逐年增加, 大量的临床观察、实验研究和已获得较大的进展, 展示了富有特色的中西医结合防治研究肿瘤的新路子。这是一条从中国实际出发, 融中西医学各自优势于一体, 发挥传统中医学, 提高现代医药学, 两者相辅相成, 实行互补结合的具有中国特色的防癌治癌之路。

兹就近年来中西医结合防治肿瘤的病因、诊断、治疗、预防、实验等探讨主要内容简介如下。

## 一、病因

肿瘤的病因十分复杂, 迄今尚未完全清楚。祖国医学认为癌症的病因病理为正气先虚、邪毒炽盛、气滞血淤、痰饮积聚, 即虚、毒、淤、痰四个方面相互关联, 共同作用于人体而形成。现代医学对肿瘤的发生与发展从外因入手, 重视外在自然环境中某些致癌因素的探讨, 如空气、水源、食物等污染或某些化学致癌物质的作用是肿瘤发病上升原因之一; 对肿瘤内因不少学者从内分泌学、免疫学、遗传基因及心理学等不同的角度进行研究。中医对肿瘤病因认识重视内源性因素, 认为肿瘤的发病与情志内伤密切相关, 过渡情绪的变化会引起脏腑功能失调。例如食管癌, 古人认为“膈塞闭绝、上下不通, 暴忧之病也”; 乳腺癌的发病是由“忧思郁结, 肝脾气逆”所引起。据现代心理学研究资料表明, 约 70% 肿瘤患者发病前有较长期严重的精神抑郁状态。说明中医学对情志因素与肿瘤的认识是有科学内涵的。

1980 年北京城区胃癌病例对照调查研究, 发现“好生闷气”一项, 其相对危险性 (RR) 高达 3.00,  $X^2=11.021$ ,  $P<0.001$ , 具有非常显著的意义, 居调研 54 项危险因素之首。

精神刺激, 即生活事件与胃癌的发生显著相关,  $RR=3.57$ ,  $X^2=9.03$ ,  $P<0.01$ 。从我国五个大城市对胃癌 398 对的配对研究资料分析发现, “生气吃饭”、“好生闷气”, 二项指标与胃癌的发生明显关联。

德国的哈默在他的癌症病源新理论中, 提到“癌症的铁的法则”说, 当一个人发生深刻的内心冲突, 而且常常是在受此折磨的人, 如果感到自己在身体上、社会上和精神上孤立时, 癌就会生长。

日本最新研究论及精神紧张可削弱免疫功能。面临精神压力的动物会发生细胞结构的改

变。忧虑能提高肿瘤发病的危险性。在校正了膳食和其他先前认为与肿瘤有关的因素后,得出肿瘤发病与紧张、压抑的精神状态有关的结论。

如上一些研究,与祖国医学认为“百病皆生于气”一说是吻合的,强调了情志变化对疾病的关系,对内因的作用非常重视。因此,在肿瘤防治工作中对心理生理医学的研究必须给予一定的重视。

在控制肿瘤发病,学者现已开展宏观的探讨,也有深入到亚细胞和分子水平的研究,如癌基因与抑癌基因改变在发病学上的意义等。

## 二、诊断

肿瘤的诊断和其他疾病一样,通过四诊八纲进行辨证,审证求因,证候归类。历代医家对肿瘤的辨证论治积累了丰富的经验,迄今还有效地指导临床应用。近年来,医家在肿瘤患者四诊的研究取得一些新进展,有些课题已由一般的对比观察发展到系统的探索规律,用现代科学手段对四诊进行实验研究和定量分析,使其更易为临床所应用。肿瘤四诊客观化,在舌诊的研究最为突出。

早在70年代,在我国食管癌高发区(如河南林县、河北磁县、涉县等地),以舌诊结合细胞学普查了30岁以上人群约十万名,初筛出一些早期食管癌及食管上皮细胞重度增生患者,显示这种检查方法对肿瘤流行病学调查,如大面积普查食管癌有一定的优越性。

中国中西医结合学会肿瘤专业委员会中医诊断协作组组织全国29个医疗科研单位,采用舌诊比色板,制定了统一的观察指标,对16,865例肿瘤患者舌象(舌质、舌体、舌苔、舌脉)进行临床观察,并与4,049例非肿瘤患者和8,845例健康人作对照。提出肿瘤舌象的临床意义和病理舌象形成原理的系列报告。提示肿瘤舌诊研究对辨证辨病,选择治法,判断病情和预后等有参考价值。如肿瘤舌质青紫的占57.35%,明显高于非肿瘤组和健康人组;青紫舌比例中较高者有食管贲门癌、口腔癌、肺癌、肝癌、白血病等;肝癌临床有肝区疼痛及上腹部肿块者,出现青紫舌及舌脉异常者明显多于见淡红舌者,说明其症状体征均较严重;肺癌早期淡红舌、薄白苔居多,到中、晚期逐渐减少,而青紫舌、腻苔逐期增多;鼻咽癌暗红舌在Ⅰ~Ⅳ期中分别18.80%、42.60%、68.60%、71.30%。中晚期肿瘤患者转移者紫舌占78%,舌脉异常占66%,血沉加快占36%,而未转移者依次为42%、56%、4%,统计学处理有显著差异,提示舌质、舌脉异常改变结合血沉变化,可作为预测肿瘤患者复发转移的一个辅助指标。该诊断协作组对肿瘤舌象形成原理与中医病因、甲皱微循环、血液流变性、酸碱血气分析、微量元素、免疫功能以及肿瘤的形态学等相关性进行了系统的规律探讨。

最近,为进一步深入研究肿瘤舌诊,该协作组研制了能同步迅速准确测量舌宽和舌厚的舌体测量器,与具有智能化处理的舌体测算仪,对肿瘤患者胖大舌、瘦小舌、齿印舌进行普查,从临床观察中提出大量数据,如519例肿瘤患者中,胖大舌200例,占28.5%,为健康者对照组(487例,胖大舌79例,占16.2%)的2.4倍。胖大舌以食管癌患者最多,其次头颈部癌、肺癌、贲门胃癌、大肠癌、乳腺癌、淋巴瘤,泌尿生殖系癌最少,但瘦小舌最多。胖大舌以术后一个月以内者最多,其次为放疗组、化疗组,而中药组和中药并用化疗组出现最少,化疗后比化疗前增多。放疗后瘦小舌增多,变化显著。齿印舌的观察肿瘤患者646例,健康对照组487例,前者多见, $P<0.01$ ,齿印舌伴舌质青紫者较多,和无齿印的青紫舌相比,差异显著,提示肿瘤患者齿印舌形成可能与血淤有关。

上述研究表明,肿瘤患者舌象变化有明显的规律。如此大规模地对舌象进行科学研究,在

国内外尚属首次。这项研究为中医舌诊应用于肿瘤患者的诊断和预测奠定了基础,在肿瘤防治中有重要临床价值,并体现了中西医结合诊疗的优势。

浙江省中医研究所从中药蚕砂提取的光敏剂叶绿素衍生物CPD<sub>4</sub>,用于诊治恶性肿瘤167例,诊断符合率97.7%,治疗显效率59.2%。该制剂光敏效应显著,避光时间只需24小时,而用同类产品血卟啉注射剂的患者避光为30天。此中药光敏剂可供口服应用,且低毒、价廉、药源丰富、应用方便。

其他各地对肿瘤经络穴位探测,耳穴探测,中医脉诊、吞水音图、肿瘤指纹等等进行了观察和研究,为肿瘤诊断积累了资料。根据中医理论“有诸内必形诸于外”,内脏病变必在体表有所反应,因而进一步对肿瘤四诊的探讨是有助于提高肿瘤诊断水平的。此外,全国对肿瘤患者的“中医证型”、“证的动物模型”、“肿瘤治则客观标准”也相应做了不少研究外;为肿瘤辨证论治的研究奠定了基础。

### 三、治疗

#### (一) 原发性肺癌

肺癌的预后很差,80%病人在诊断后一年内死亡。病变小的周围型肺癌病例中,约30%术后能存活5年以上。肺癌患者的总5年生存率只有5~10%。小细胞肺癌患者不经任何治疗,中位生存期为6~17周,用安慰剂治疗,病变局限者的中位生存期为6个月,病变广泛者为3个月。近年采用手术、放疗、药物和其它疗法(根据各类肺癌的生物学特性)的综合治疗,对各种中晚期肺癌病例的近期疗效几乎提高了一倍,如手术加术后放疗者的3年和5年生存率分别为45.3%和28.1%,达到了较早期病例的单纯切除手术的疗效。

1. 刘嘉湘等(1993)以滋阴生津、益气温阳法治疗304例晚期原发性肺腺癌(此类型肺癌预后差,中位生存期4.9月),与化疗组MOF方案进行前瞻性治疗对照。中医药治疗根据辨证分别给予滋阴、益气、温阳扶正中药为主,酌情伍用软坚解毒药物。治后生存率用寿命表法计算,两组生存率用普哇积法计算,1、3、5年生存率:中药组为60.94%、31.36%、24.22%;化疗组为36.67%、24.56%、0%。中位生存期中药组为417天,化疗组为265天,差异显著。

2. 朴炳奎等(1993)以益气养阴、清热解毒、理气化痰的肺癌平膏(黄芪、党参、沙参、麦冬、白花蛇舌草、杏仁、川贝、桔梗等)对晚期肺癌进行一系列临床观察与实验研究,对部分首次接受治疗未经放疗或化疗患者观察生存期,肺癌平膏组28例中生存1年以内6例,1年以上15例,2年以上4例,3年以上3例;平均生存期12.5个月,中位生存期为9.5个月。化疗组17例中生存1年以内14例,1年以上3例,没有生存2年以上者。平均生存期为7.5个月,中位生存期6.6个月。从患者症状、肿瘤病灶稳定率、免疫功能、延缓CEA增加、血氧分压等各项指标分析对照肺癌平治疗195例与化疗组144例,中药组均优于化疗组。

3. 原发性肺癌的主要治疗手段之一为放射疗法,但由于肿瘤组织中的乏氧细胞对射线不敏感而影响了放射效应,余桂清、孙华丽(1989)采用活血化淤和扶正培本药物组成扶正增效方(生黄芪、炒白术、鸡血藤、枸杞子、女贞子、太子参、天冬、红花等),配合放疗,治疗肺癌32例,总有效率从单纯放疗的31.3%提高到68.8%,两组相比差异显著( $P<0.05$ ),观察组病灶缩小显著( $P<0.01$ ),展示中西医结合治疗原发性肺癌有广阔的前景。

4. 潘敏求等(1990)用中药肺复方与化疗对比治疗中晚期原发性支气管肺鳞癌80例,中药肺复方基本方:百合、熟地、生地、玄参、当归、麦冬、白芍、沙参、桑皮、黄芩、臭牡

丹、蚤休、白花蛇舌草，化疗采用 MEV 方案。两组各 40 例。结果治疗后生存 1 年中药组 23 例 (57.5%)，化疗组 11 例 (27.5%)，中位生存期前者 420 天，后者 240 天， $P$  值  $<0.05$ 。研究表明肺复方有养阴润肺、扶正抗癌之功，有稳定瘤灶作用，疗后瘤灶稳定率为 82.5%。

5. 王羲明 (1992) 用扶正养阴汤 (生熟地各 12 克、天麦冬各 12 克、生黄芪、党参各 15 克、漏芦、土茯苓、鱼腥草、升麻各 30 克) 加减，治疗原发性支气管肺癌 50 例。总有效率 74%，1、3、5 年生存率分别为 44%、8%、4%。经治疗后淋巴细胞转化率、E 玫瑰花结形成率等免疫指标均较治疗前有非常显著提高 ( $P<0.001$ )。

6. 辛育龄 (1993) 报道电化疗与中药治疗 221 例中晚期肺癌临床疗效，治疗分 3 组：电化疗组 130 例，采用电化疗仪和铂金针在 X 线或 CT 监测下，将电极针准确地插入肿瘤内通电治疗。中药组 40 例，用克癌 7851 (由麝香、黄芪、黄柏、丹参、枳实、香附等加铜、铁等微量元素制成片剂) 4 片/日 3 次，2 个月为 1 疗程。中西医组 41 例，用上述电疗法和中药治疗。3 组有效率分别为 69.2%、52.5%、85.3%。中西医组优于前两组 ( $P<0.05$ )。远期随访 4 年生存率分别为 46.3%、40.0%、53.8%。亦以中西医组疗效为佳。

## (二) 胃癌

在肺癌病例大幅度增长以前，胃癌是男性中最常见的肿瘤。在所有的胃癌病例中，五年生存率是 25% 首都医院统计各期胃癌的 5 年生存率，I 期 86.7%，II 期 59.3%，III 期 21.3%，IV 期 1.7%。未经治疗的进展期胃癌，从最初出现症状到死亡，平均存活 1 年左右。近年来由于诊断技术的显著进步，早期胃癌诊断率逐年增加，手术方式的改进，我国胃癌根治术后的五年生存率由过去 20% 上升到 40~50% 左右，姑息切除术后的 5 年生存率为 11.7%。胃癌放射治疗小剂量无济于事，大剂量会损伤正常组织，近年国内部分资料表明术前放疗比单纯手术切除高 20%，术后可能延长生存期。胃癌之联合化疗方案，10 多年来改变不大，部分缓解率 30~50%，5 年生存率 0%。

1. 余桂清等 (1993) 用健脾益肾冲剂加 MFV 化疗治疗晚期胃癌术后的患者。该方中药有党参、白术、枸杞子、女贞子、菟丝子、补骨脂，治疗后对 III 期胃癌 303 例进行远期随访，1、3、5、10 年生存率分别为 99.01% (300/303)、77.31% (184/238)、53.40% (102/191)、47.37%。此扶正中药的减毒、增效效果肯定，已通过成果鉴定。

2. 潘明继 (1989) 报道 320 例不同手术方式的中、晚期胃癌患者，术后用化疗及中药治疗，结果根治术 (76 例)，术后中西医综合治疗的 3、5、10 年生存率分别为 60.52%、47.36%、18.42%；姑息切除 (177 例) 的 3、5、10 年生存率分别为 44.06%、23.16%、5.0%；短路改道 (67 例) 术后 3、5 年生存率分别为 15%、2.5%，均较单纯手术切除的平均 5 年生存率为高。

3. 王冠庭等 (1993) 报道中扶正抗癌冲剂 (党参、黄芪、白术、仙鹤草、生薏仁、白花蛇舌草、白英、七叶一枝花、石见穿、甘草) 结合化疗治疗中、晚期胃癌患者，其中术后 103 例；未手术 50 例。前者随机分为中药组、中药加化疗组、单纯化疗组，治疗一年后，单纯中药组与中药加化疗组患者生存质量大多明显提高，两组仅有 4%、10% 患者生存质量有所下降，而单纯化疗组 54% 患者明显下降。中药组、中药加化疗组、单纯化疗组 1 年生存率分别为 79.8%、76.2%、74.5%，3 年生存率分别为 55.4%、56.4%、49.5%。三者差异无显著性 ( $P>0.05$ )。未手术组 50 例中 35 例晚期或有广泛转移患者，经中药加化疗治疗，1、3 年生存率分别为 71.43%、25.7%，中位生存期 1.12 年；另 15 例单纯化疗组 1、3 年生存率分

别为 20%、0%，中位生存期为 0.61，两组差异显著 ( $P < 0.05$ )。

4. 吴贤益等 (1993) 报道扶正抗癌活血化淤为主治疗术后晚期胃癌 158 例。药用潞党参、生黄芪、生白术、生苡仁、仙鹤草、白英、白花蛇舌草、七叶一枝花、石见穿。随证加减。持续服用 2~3 年，5 年以上可间歇服用。第一批患者 56 例，随机分中药加化疗组 34 例，单纯中药组 22 例，结果两组分别 1 年以上生存率 75.3%、72.73%，3 年以上生存率 41.18%、40.91%，5~8 年生存率 29.41%、31.81%。随访 15 年，10 年以上生存率合计为 12.5%。第二批 102 例，81 例的中药加三种不同化疗方案比较，以中药加 5-氟脲嘧啶为佳。三组 3 年以上生存率分别为 55%、65%、76%。

5. 邱佳信等 (1993) 以健脾法为主的中医中药治疗术后晚期胃癌 60 例，基本方是太子参 (党参)、炒白术、茯苓、姜半夏、青陈皮、红藤、莪术、野葡萄根、藤梨根、生牡蛎、夏枯草、绿萼梅、白扁豆、天龙。对照组 60 例，手术后不服中药。观察结果：半年、1 年、2 年、3 年生存情况中药组 60 例分别为 53、43、31 及 18 例，对照组 60 例分别为 32、19、6 及 5 例。经统计学处理，有明显差异。

邱佳信采用前瞻性配对方法观察，以健脾益气、清热解毒、软坚化痰方剂治疗晚期胃癌患者，与 MMF 方案治疗的化疗组对比研究，结果提示中药组 1、2、3 年生存率分别为 82.44%、62.49%、37.12%；而化疗组则分别为 41.39%、27.59%、7.62%。两组间存在着显著性差异。

6. 吴良村等 (1993) 以中医药结合腹腔动脉插管化疗治疗晚期胃癌 86 例，食管癌 44 例，插管前见脾胃虚弱、气血不足 (手术后或病程日久) 者取健脾助运、补益气血、扶正抗癌方药。见热毒内蕴、灼伤津液 (放化疗后) 者，取养阴生津、清热解毒方药。插管后见肝胃不和、恶心呕吐、脘腹胀满，取疏肝和胃，降逆止呕方药。如不能进中药，宜针刺足三里、内关、膈俞穴或胃复安 30~50mg 静滴。由于大剂量联合化疗而出现脾虚胃弱，肝肾两亏，气血不足证候，治疗以益气养血，滋补肝肾，兼顾脾胃方药。化疗药用 5-Fu 或 5FUDR 1~2g，DDP 60~100mg (鳞癌加用 BLM30mg)。130 例共插管 268 次，平均每例 2 次。疗效分析胃癌与食管癌结果无显著差异，半年与 1 年生存率分别为 84.68% 和 43.98%。近期有效率明显高于未用中药组。

### (三) 食管癌

食管癌的预后很差，其 5 年生存率常低于 5%。食管下 1/3 段可切除的癌瘤，其 5 年生存率 15%，中 1/3 段是 6%，上 1/3 段低于 1%。在采用综合疗法选择性病例中，如术前放疗加外科手术，其 3 年生存率高于 40%，而单一外科者仅 20%。目前我国食管癌手术切除率已达到 80~95%，手术死亡率仅仅 2~3%，术后 5 年生存率为 25~30%。在食管癌的高发区，由于早期病例增加，5 年生存率已达 44%，I 期食管癌的 5 年生存率高达 90% 以上。食管癌放射治疗，近期有效率高，5 年生存率 8~19%，中西医结合疗效可提高。

1. 河南医学院 (1993) 多次食管癌疗效分析，对 260 例中西医结合治疗的初步报导，化疗加冬凌草组疗效最好，化疗加其他中药组次之，单纯化疗组疗效最差。以中西医结合扶正培本方药 (瓜蒌、苡仁、白术、山豆根、冬凌草等) 合并化疗治疗食管癌 223 例，1、3、5 年生存率分别为 42%、8.3%、7.1%。近期疗效 56% 完全缓解，8.1% 部分缓解。该院用冬凌草治疗随访 598 例肿瘤病人，其中早期食管癌 10~15 年生存率分别为 63.49% 和 44.56%，明显优于对照组的 11.45% 和 8.59%。冬凌草与化疗药物合用，可使疗效明显提高，且无明显毒副作用。王瑞林等最近对 650 例食管癌的疗效分析，提及用冬凌草、中药食管癌方等加化

疗治疗, 治后存活 5 年以上 40 例多经反复强化治疗 3~6 个疗程, 存活不足五年的 610 例多仅治疗 1 个疗程。提示中晚期食管癌患者只要体质较好, 治疗得当, 坚持强化和维持治疗是可以延长生存时间的。

2. 河北省医学科学院、河北省涉县肿瘤医院 (1985) 用扶正抗癌中药黄芪、党参、白术、苡仁、甘草、石见穿、白花蛇舌草、冬凌草、北豆根、蛇葡萄根藤等, 合并中、小剂量化疗, 治疗 60 例食管贲门癌。另选 33 例严格条件对照。治疗组早、中、晚期平均生存期分别为 52.9 个月、47.5 个月、17 个月; 对照组分别为 36.6 个月、13.3 个月、8.8 个月。总平均生存时间治疗组为 46.4 个月, 对照组为 28.2 个月。经中西医结合治疗有效率早期为 95.45%、中期为 62.50%、晚期为 50.00%, 多数患者能缓解症状, 延长寿命。

3. 刘少翔等 (1985) 报道中医药结合化疗治疗晚期食管癌 60 例, 对照单用化疗 30 例。中药方为绞股兰 30~60g, 黄芪 15~30g, 石见穿 30g, 藤梨根 30g, 白术 15g, 炙甘草 10g, 随证加减。结果中位生存期治疗组 9.4 个月, 对照组 5、6 个月, 治疗组生存期明显延长, 化疗中出现的消化道反应及白细胞下降率经统计学处理, 两组有明显差异。

4. 307 医院报道中西医结合治疗食管 99 例 (1986), 分单纯放疗 (49 例)、放疗加中药 (28 例)、放疗加化疗 (22 例) 3 组。治后 1、3、5 年生存率单纯放疗组为 44.9%、14.5%、0%; 放疗加中药组为 57.1%、28.6%、12.5%。放疗加化疗组为 59.1%、18.2%、9.9%。3 组治疗结果显著以中药加放疗组疗效最好。

#### (四) 原发性肝癌

肝癌的预后极差, 仅 1% 患者可活过 5 年。放射治疗对肝癌不敏感。化疗药物如 5-氟腺嘧啶、氨甲喋呤和阿霉素, 作全身和动脉灌注用药, 仅能暂时使肿瘤退缩。上海医大学肝癌研究所 1958~1986 年间住院 985 例肝癌中, 有 125 例生存 5 年以上。这 125 例中 55.2% (69/125) 为 AFP 和/或超声显像普查高危人群而发现。全组中 48% 为亚临床期肝癌, AFP 的中位值为 2000 $\mu$ g/L。

1. 中国医科院肿瘤医院 (1987) 对 52 例原发性肝癌动脉插管灌注化疗药及中药、放疗综合治疗的结果分析: 单纯化疗 11 例, 疗后生存期平均 85.36 天 (中位数 90 天); 化疗加中药 19 例, 疗后生存期平均 291.6 天, (中位数 135 天); 化疗加放疗 12 例, 疗后生存期平均 226.17 天 (中位数 205 天); 化疗加放疗加中药 10 例, 疗后生存平均 379 天 (中位数 375 天), 四组比较, 化疗加放疗加中药组效果最好, 近期有效率 80%, 也属最高。

2. 于尔辛报道 (1993) 中西医综合治疗中晚期肝癌, 对中期大肝癌 (即单个癌块直径在 8cm 以上, 或多个癌灶, 其体积占整个肝脏的 50% 以上) 患者采用移动条放射疗法, 在癌肿缩小后, 再加用单野放射, 同时常规应用中药, 尤其是健脾理气中药治疗, 如党参、白术、茯苓、枳实、凌霄花、八月札等。1980 年以来的 228 例大肝癌, 均经病理证实, 采用上法治疗, 用寿命表法统计其自下而上率 1 年为 59.64%, 3 年 34.85%, 5 年 25.41%, 中位生存期 18.3 月。较以前有了明显的提高。其中 70% 以上患者, 肿瘤区的放射量可达 2000GY 以上, 用寿命表法自下而上率 1 年 100%, 3 年 68.42%, 5 年 68.32%。

3. 潘敏术等 (1991) 运用中药肝复方治疗中晚期原发性肝癌 60 例, I 期 49 例, II 期 11 例, 另设放疗组 24 例, 化疗组 28 例, 均为 I 期病例, 分别采用<sup>60</sup>Co 全肝移动条照射和 5-Fu、VCR 化疗方案。中药组分气滞血淤、肝郁脾虚、肝胆湿热、阴虚内热四型, 服中药肝复方每月 1 剂, 2 个月为 1 疗程。治疗结果半年与 1 年生存率中药组为 43.3% (26/60)、21.6%



(13/60);放疗组为20.8% (5/24)、8.3% (2/24);化疗组为25% (7/28)、0% (0/28)。治后瘤体稳定率各组分别为78.3%、20.8%、32%。瘤体增大率各组分别为15%、12.5%、53.6%。三组比较说明中药肝复方有明显延长中晚期原发性肝癌的生存期及稳定瘤体的作用。潘氏等近期对61例Ⅰ期、Ⅱ期原发性肝癌采用三种中医药综合治法对比观察。所有病例均未接受过其它抗癌疗法。3组病例分别给予合剂口服;肝1号,健脾理气、化淤软坚、清热解毒法,药由党参、白术、茯苓、沉香、大黄、土鳖虫、鳖甲、重楼等组成;肝2号,健脾理气、清热解毒法,药由党参、白术、茯苓、沉香、重楼等组成;肝3号,化淤软坚、清热解毒法,由大黄、土鳖虫、鳖甲、重楼等组成。临床观察结果表明,0.5年和1年生存率比较,肝1号分别为65.7%、32.8%,肝2号分别为26%、8.7%,肝3号分别为46.2%、15.4%。作者根据上述资料认为,淤、毒、虚是肝癌的特殊本质,健脾理气、化淤软坚、清热解毒是肝癌的治疗大法。

4. 彭正顺等(1993)以复方丹参注射液(每支2ml,相当丹参、降香生药各2g)治疗晚期肝癌,20例患者均为肝动脉插管化疗后病情恶化者,将此活血药2~4支加10%葡萄糖注射液20ml,经原肝动脉化疗的塑料导管注入,2日1次,2周为1疗程。内服茵陈蒿汤合三仁汤加减(湿热型),茵陈蒿汤合丹参饮加减(淤热型),桃仁四物汤合四逆散加减(淤血型),龙胆泻肝汤合四黄汤加减(肝阳化火型),参苓白术散合水陆二仙丹加减(脾肾两虚型)。另20例对照组不灌注复方丹参注射液外,其余治疗均同治疗组。结果两组分别显效5、0例有效8、5例;无效7、15例。两组比较有非常显著差异, $P<0.01$ 。

5. 林宗广(1992)应用扶正培本、活血软坚法治疗原发性肝癌44例,作者分析中晚期病例47例,其中44例(93.6%)均有正虚和淤结见证,治后生存率0.5、1、3、5年分别为77.3% (34/44)、59% (26/44)、15.9% (7/44)、6.8% (3/44)。林氏应用活血利水法为主,中西医结合治疗晚期肝癌腹水18例。结果14例腹水消退,近期腹水消退率为77.7%,腹水减少4例。全部有效。治后半年、1年、2年生存率为66.8% (12/18)、38.8% (7/18)、16.6% (3/18)。尚存活2例,分别为2年2个月及3年6个月。本组病例运用基本方:赤芍15g、丹参、三棱、莪术、地鳖虫各10g(酌用2~4味)、广郁金10g、车前子、泽泻、半边莲各30g、猪苓、茯苓各15g。辅用西药双氢克尿塞或速尿、氯化钾,并发有感染、肝昏迷、出血者予以对症治疗。

6. 董海涛报道(1992)清开灵注射液合并中医辨证治疗原发性肝癌74例临床观察。基本方:太子参、八月札、凌霄花、白芍、水红花子各15g,白术、茯苓各10g,白花蛇舌草30g。治疗组54例加清开灵注射液20~30ml,加入5%葡萄糖盐水注射液500ml中静滴,隔日1次,45日1疗程,疗程间隔30日。对照组20例不加清开灵,疗程同上。两组主症消失率分别为66.5%、31.7%, $P<0.01$ ,有显著差异;主要体征消失率分别为15%、12.8%,肝功能恢复正常率为49.2%、34.0%。本组优于对照组,但无显著差异, $P<0.05$ 。

7. 陈长怀等<sup>[28]</sup>以“平肝饮”(黄芪20g、炒白术10g、茯苓12g、鳖甲12g、郁金12g、枸杞15g、八月札15g、凌霄花15g、仙鹤草12g、太子参12g、僵蚕12g、神曲9g、白花蛇舌草15g)为主治疗38例原发性肝癌。平肝饮每日1剂,随证加减,并用“抗癌1号”4ml肌注,日2次,“清开灵”10~20支(20~40ml)加入葡萄糖500ml中静滴,每日或隔日1次。以上治疗两个月为1疗程。给药后大部分病人症状稳定或减轻,生存质量有所改善。经随访的27例病人(另7例正在门诊或住院治疗,4例失访)Ⅰ、Ⅱ期单纯型患者平均生存期分别为13.7