

中西医结合

实用
消化系肿瘤学

王冠庭 主编

于尔辛 林宗广 王羲明 副主编

COMBINED USE OF
TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN MEDICINE
PRACTICAL DIGESTIVE ONCOLOGY

上海科技教育出版社

SHANGHAI KEJI JIAOYU CHUBANSHE

中西医结合
实用消化系肿瘤学

王冠庭 主编
于尔辛 林宗广 王羲明 副主编

上海科技教育出版社

中西医结合实用消化系统肿瘤学

王冠庭 主编

于尔辛 林宗广 王羲明 副主编

上海科技教育出版社出版发行

(上海冠生园路 393 号 邮政编码 200233)

各地新华书店经销 常熟人民印刷厂印刷

开本850×1168 1/32 印张15 字数396,000

1995年12月第1版 1995年12月第1次印刷

印数 1—3200

ISBN 7-5428-1180-0/R·76

定价: 17.60 元

〈中西医结合实用消化系肿瘤学〉编委

主编 王冠庭

副主编 于尔辛 林宗广 王羲明

编写者(按姓氏笔画为序)

于尔辛教授 上海医科大学肿瘤医院

王冠庭教授 上海第二医科大学瑞金医院

王羲明主任医师 上海市中医医院

朱金水博士生 上海第二医科大学瑞金医院

邱佳信教授 上海中医药大学龙华医院

陈健民教授 上海市医科大学华山医院

吴云林副教授 上海第二医科大学瑞金医院

林宗广主任医师 上海市纺织第二医院

唐傲荣教授 上海第二医科大学瑞金医院

张冀先教授 上海第二医科大学瑞金医院

龚新环教授 上海第二医科大学瑞金医院

序

纵观西医书刊,肿瘤的治疗,以手术为主,辅以化疗、放疗和近年来发展的生物疗法。对消化系癌肿,一般认为手术以外的疗法,效果不著。医道在我国,西医学之外,还有我国独特的传统医学。积数千年的经验,我国医学家建立和发展了自己独特的医学体系和医疗方法。近二三十年来,更重视中西医之结合,经近代中西医之不断努力,虽离一统尚远,但已作出不少成绩。盖西医之于癌肿,以杀灭癌细胞为主,故药味峻猛,难免波及无辜,此为化疗、放疗等之不足,或是疗效不著的主要原因之一。中医则重视扶正,调理机体的全身功能以抵抗癌肿,扶正以祛邪,柔中带刚。中西医结合,可取长补短,此或所以疗效之能提高的根本所在。本书作者,是中西医结合的能手,多年来研究肿瘤的防治,颇多心得。现作者博览群刊,结合自己的经验体会,编撰成籍,实际上是把过去中西医结合防治消化系肿瘤的研究作一总结,展示于医界。这是一项既艰巨而又极有意义的工作,我为之欢呼。相信读者定能从中获得不少教益和启发,使我国对胃肠道肿瘤之防治,步上一个新的台阶。是为序。

江绍基

1993.10

前 言

肿瘤是我国发病率最高的常见病之一，据统计每年癌症的新发病人数约有百万以上，每年死于癌症的病人有80万左右，其中消化系统的恶性肿瘤的发病率，死亡率尤高，占很大比例，严重威胁人类的健康。因此，对肿瘤的防治已成为当今世界医学领域中重要研究课题。近几年来我国对消化系肿瘤的病因、发病机理、诊断及治疗方面的研究，取得较大的发展。尤其是对中晚期消化系统肿瘤采取手术、化疗、放疗及中医中药综合措施，充分发挥中医中药“扶正祛邪”的作用，使疗效有了显著提高。实践证明，中西医并举诊治肿瘤已成为我国独特的途径和优势，并已积累了许多宝贵经验和临床实践资料。因而，编著一本较系统地、综合地反映现代中西医结合诊治消化系统肿瘤的书，以指导临床实践，颇有必要。作者多年来临床实践，使许多消化系统癌症患者经过中西医结合治疗，能绝处逢生，显著改善生存质量和延长生存期。为此，作者与具有丰富理论知识与实践经验的从事中西医结合研究与诊治消化系统肿瘤的同事们，编著了《中西医结合实用消化系统肿瘤学》一书，供同行们参考。在编著过程中，再次参阅了中、外及中西医结合最新诊治肿瘤资料，以及进一步总结临床经验和心得体会，并且尽量反映当代中西医结合有关诊治消化系统肿瘤研究方面新水平。

本书内容突出中西医结合，每种肿瘤均体现中医理论与西医理论结合，辨证与辨病结合，中西药治疗结合。全书共分十章，第一章，介绍中西医结合对消化系统肿瘤的防治研究概况，第二章至第四章分别介绍中西医结合对消化系统肿瘤的诊断、预防及治疗。第五章至第十章分别论述食管、胃、小肠、结肠、胰腺、肝脏及胆道系统各器官良、恶性肿瘤，每一肿瘤均介绍中、西医对该肿瘤的病因而，发病机理的认识、病理、临床表现、诊断、中医辨证与中医药研

究的新进展,以及西医药治疗与中西医结合治疗。本书内容丰富、新颖、实用,可供中、西医师,中西医结合医务工作者及消化系统肿瘤防治研究医务人员作为临床与研究之参考。

由于编著者中西医知识有限,不足之处难免,祈同行们及广大读者批评指正。

王冠庭

1993年3月8日

目 录

第一章 中西医结合对消化系肿瘤的防治研究概况	1
第二章 消化系肿瘤的诊断	5
第一节 消化系肿瘤的中西医结合诊断.....	5
第二节 消化系肿瘤X线检查.....	11
第三节 消化系肿瘤CT检查.....	20
第四节 肝、胆、胰肿瘤核磁共振检查.....	26
第五节 超声显象对消化系肿瘤的诊断.....	29
第六节 内镜对消化系恶性肿瘤的诊断.....	46
第七节 放射性核素对消化系肿瘤的诊断.....	60
第八节 腹腔镜对消化系肿瘤的诊断.....	73
第三章 消化系肿瘤的预防	76
第一节 增加机体抗癌能力, 普及防癌知识.....	76
第二节 减少致癌因素.....	78
第三节 饮食对消化系肿瘤预防的重要性.....	81
第四节 预防治疗癌前病变.....	81
第五节 防癌普查.....	85
第六节 中医中药对肿瘤预防的作用.....	87
第四章 消化系肿瘤的治疗	92
第一节 中医治疗法则.....	92
第二节 治疗消化系肿瘤的常用中草药、中成药.....	101
第三节 消化系肿瘤的其他治疗方法.....	131
第四节 内镜对消化系癌肿的治疗.....	146
第五节 消化系肿瘤食疗.....	152
第五章 食管肿瘤	161
第一节 食管良性肿瘤.....	161

第二节	食管癌	161
第三节	食管肉瘤	175
第六章	胃部肿瘤	176
第一节	胃部良性肿瘤	176
第二节	胃癌	177
第三节	胃其他恶性肿瘤	209
第七章	肠道肿瘤	211
第一节	十二指肠肿瘤	211
第二节	小肠肿瘤	221
第三节	结肠肿瘤	281
第四节	阑尾肿瘤	322
第五节	直肠和肛管肿瘤	333
第八章	肝脏肿瘤	367
第一节	肝脏良性肿瘤	367
第二节	原发性肝癌	369
第三节	转移性肝癌	418
第九章	胰腺肿瘤	427
第一节	胰腺良性肿瘤	427
第二节	胰腺其他少见肿瘤	434
第三节	胰腺恶性肿瘤	436
第十章	胆道系统肿瘤	447
第一节	胆道系统良性肿瘤	447
第二节	胆道系统恶性肿瘤	448

第一章 中西医结合对消化系统 肿瘤的防治研究概况

祖国医学已有 3000 年的历史,医学文献上早有类似肿瘤的记载。近 40 余年来我国中西医结合防治肿瘤的研究发展迅速,50 年代,我国已有中医中药治疗恶性肿瘤的文献报道;60—70 年代,广大医务人员对中医中药防治恶性肿瘤有了新的认识;进入 80 年代,中医中药已被广泛应用于防治恶性肿瘤,并取得显著成绩。特别是中医中药与手术、放疗、化疗等有机结合,相互取长补短,取得丰硕成果。近 40 年来,中西医结合防治恶性肿瘤的大量、广泛的临床实践,以及深入细致的科学实验,已取得了如下的一些进展。

一、对恶性肿瘤病因、病理、治疗的新认识

中西医结合对肿瘤病因、病理治疗的认识,从理论上提高到一个新的认识阶段。现代医学认为恶性肿瘤病因是环境、食物、情绪、遗传、机体免疫状况等多因素的综合结果。而中医认为除外邪、还有酒、膏粱厚味、七情,特别是脏腑亏虚、气血不足、阴阳失调等内在因素。将外部致癌因素与重视机体内在因素结合起来,就是中西医结合的新认识。在病理上,中西医结合把热与炎症,湿与胃肠功能紊乱,血瘀与血液高粘状态,正虚与机体免疫状态等联系起来,进行全方位地观察、分析,从而制定出正确的治疗方法。在治疗上,采用手术、放疗、化疗,重点在于杀灭癌细胞;而中医中药则重在扶正祛邪,通过扶正固本以提高机体抗癌能力,特别对于湿、热、瘀等病理产物进行有效清扫,以振奋脏腑,恢复气血功能,调整阴阳,平衡失调,从而抑制癌细胞的发展。

二、医学哲学的新体现

中医是在自然哲学指导下形成的,故有整体观、辨证观、系统观等特征;而西医是在机械唯物论哲学思想指导下形成的,故有重

视局部、注重实验、深入微观等特点。自进入本世纪后，西医在辨证哲学影响下，亦出现神经内分泌系统、免疫系统、分子生物水平系统等整体观察，既重视整体，又重视局部；既重视宏观，又重视微观；既重视经验、又重视实验。中西医结合防治恶性肿瘤的长期实践，正体现了辨证哲学上的内涵和优势，相信只要坚持下去，必将会形成一个新的医学体系。

三、已成熟的两个结合热点

在中西医结合防治恶性肿瘤的实践中，中医扶正固本法与肿瘤免疫学说、中医活血化瘀法与肿瘤血液高粘学说是两个中西医结合较为成熟的热点。恶性肿瘤病人免疫功能紊乱，不但是肿瘤病因中的内在因素，而且在手术、放疗、化疗治疗中亦经常会出现。许多资料证明：人参、黄芪、黄精、扁豆、女贞子、补骨脂等，均可良好地调整机体免疫功能，使不少病人延长了生存期。血液高粘状态在恶性肿瘤病人中，高达80%以上，特别是手术、放疗和化疗，更会加重血液高粘状态，其结果不但易形成癌栓，更容易引起远道转移或复发。使用川芎、延胡、牛膝、丹参、桃仁等活血化瘀药，对血液高粘状态有很好的改善作用，不但减少转移、复发机会，亦可使生存期得以延长。这两个热点所取得的疗效，远远高于单纯西医和单纯中医的疗效，体现了中西医结合的优势。

四、中西医结合诊断

恶性肿瘤现代医学诊断近年来可谓突飞猛进；B型实时显象超声(B超)、计算机X线断层造影(CT)、核磁共振(MRI)、热象图等，无疑对提高诊断率有极大的推进。但从实践来看远非尽善尽美，特别是癌肿早期，或还不具备以上仪器设备的广大农村山区，还无法广泛地、正确地作出诊断。因此，国内有不少单位，在研究中医望、问、闻、切的诊断手段后，从宏观上，通过大量正常人群的普查，以及恶性肿瘤病人的验证发现：舌诊、腮粘膜诊、目诊、唇诊、耳穴诊、脉诊、体征诊、经络穴位诊等，结合病史及家属史，有助于发现大量的早期恶性肿瘤病人。特别在肿瘤高发区利用中西医结合进行普查，取得极好的效果。如我国太行山区多发食管癌、

贲门癌；江苏启东地区、广西多发肝癌，普查结果证明：青紫舌对发现早期癌有极高价值。在已逾百篇文献报道中，青紫舌与舌脉异常不但可初筛、辅助诊断，对分期、辨证、指导治疗、估计预后均有重要意义。

五、防治癌前病变

食管上皮细胞重度增生与食管癌；萎缩性胃炎肠化生、不典型增生与胃癌；乙型肝炎、肝硬化与肝癌；肠道息肉、或克隆氏病与肠癌等，已被大量资料证实，有着内在联系。因此，对这些癌前病变进行积极、有效的治疗，阻止它们恶变有着非常重要的预防意义。而中医中药，中西医结合在治疗上述消化道肿瘤癌前病变方面，全国均有极其丰富的宝贵经验，如六味地黄丸能改善食管上皮细胞重度异型增生状态。中药健脾益气，清热解毒，治疗萎缩性胃炎肠化生及异型增生均有较好疗效，能使大部分病理变化逆转。这无疑对降低食管癌、胃癌等发病率起到重要作用。

六、中西医结合治疗新突破

手术、放疗、化疗为治疗肿瘤“三宝”，再与中医中药这一“宝”相结合，充分反映和体现了我国中西医结合治疗恶性肿瘤的特色与优势。然而，手术的创伤，放疗及化疗常产生毒副作用，给相当一部分病人带来痛苦，致使治疗半途而废，无法达到癌块消失的目的，特别是在癌发生扩散或转移后，手术和放疗、化疗显得无能为力，但一旦配合应用中医的清热解毒，消痰软坚，理气活血，健脾和胃，补气养血，滋阴温阳等治疗方药，不但大大减少手术、化疗、放疗带来的毒副作用，减少病人痛苦，更重要的是能消灭癌块进一步提高疗效。此外，有相当部分癌发生扩散和转移的病人，只能依靠中医中药治疗，无数临床实践证明，通过扶正、祛邪等辨证论治，绝大部分病人生存期延长，生存质量亦明显提高，有些患者“带癌生存”3—5年不等，甚至更长时间。这种优势不但得到国内医务界认可，且引起国外同行的重视。

七、众多的康复手段

对恶性肿瘤应用手术、放疗、化疗等治疗，同时应用中医中药

等康复手段，促使病人康复起到重要作用。如中医的气功、太极拳、按摩、推拿、针灸、食疗、药膳等康复手段，已被医务界广泛应用于消化道肿瘤病人的康复，且深受病者欢迎。特别“癌症俱乐部”的出现，体现了病人间相互关心，相互鼓励，树立与癌症作斗争的信心，调动内在抗癌能力，反映了心理调摄在康复期中的重要性。

八、药物创新

氟脲嘧啶是胃肠道肿瘤常用药物，它的毒副反应是抑制骨髓、血象下降，影响胃纳等。因此，选择一些能提高血象、保护胃气的中药，与氟脲嘧啶一起压制成复方氟脲嘧啶片剂，可减少毒副反应，深受病人欢迎。又如当归龙荟丸对慢性粒性白血病有一定疗效，经反复筛选发现主要是青黛这一味药，再利用现代药理、药化等手段，从中提出有效成份——靛玉红，确实大大提高了白血病缓解效果，创制了我国一种独特的新药。此外，喜树碱、长春新碱、三尖杉碱、秋水仙碱等均是中西药结合的丰硕成果，为攻克肿瘤作出了贡献。

总之，中西医结合防治消化道恶性肿瘤取得一系列的进展，今后将进一步完善中西医结合防治恶性肿瘤的理论和方法，深入研究和开发抗肿瘤的中西医结合新途径、新疗法、新方药，对攻克恶性肿瘤将会取得更大的成就。

(陈健民)

第二章 消化系肿瘤的诊断

第一节 消化系肿瘤的中西医结合诊断

尽管恶性肿瘤的现代医学诊断近年来迅速发展,但是我国中医、中西医结合诊断恶性肿瘤的方法,仍引人注目。中医、中西医结合诊断恶性肿瘤诸方法中,以舌诊最为突出,具有重要临床价值。其次,在腭粘膜望诊、穴位经络诊断,包括耳诊等方面亦有不少探索;以针刺、中药配合胃镜、X线摄片检查,则是很有特色的中西医结合诊断方法。

一、舌象诊断研究

(一) 流行病学调查

早在1978年我们分析71例恶性肿瘤舌象,青紫舌占到50.7%。至1981年统计1046例恶性肿瘤病人中,青紫舌仍占49.6%,为500例正常人的3.9倍,舌脉异常率达49.7%。青紫舌的色泽,主要与粘膜下层血管中血液成分及其动力学改变有关,静脉压增加至一定程度,可使舌下两根静脉明显增粗突出,曲张延长,出现色泽紫黑等异常现象,故恶性肿瘤舌象表现引起人们广泛重视。自1985到1990年,由全国30个单位组成的中医诊断协作组,根据统一观察项目及标准,并使用统一的舌色板,总结恶性肿瘤病人16865例,非恶性肿瘤病人4049例与正常健康人8845例作为对照,分析表明:暗红及青紫舌恶性肿瘤组为非恶性肿瘤组的2倍,为正常健康人组的2.7倍;舌脉异常率恶性肿瘤组亦最高,与其余两组相比,P值均 <0.001 。结果说明:暗红、青紫舌和舌脉异常在恶性肿瘤中非常突出,虽然不具诊断恶性肿瘤的特异性,但在疾病鉴别诊断方面具有一定参考价值。

(二) 临床价值

恶性肿瘤舌诊在初筛、辅助诊断、辨病分期、辨证分型、判断预后及指导治疗诸方面，显示出一定临床意义及价值。其临床价值将会引起国内外重视。

1. 初筛食管、贲门癌 70年代中期起，在我国食管、贲门癌高发区，不少单位应用青紫舌初筛食管、贲门癌，人数达数十万，开始仅对30岁以上人群观察其有无青紫舌，结果约占10%左右，再对具有青紫舌者进行食管拉网病理诊断，发现早期癌及食管上皮细胞重度增生约占10%，其中早期癌占1%。为了减少非青紫舌者漏诊率，后以青紫舌、厚腻苔结合家族史及可疑症状为阳性，阳性率进一步提高。因此，在大面积普查工作中，舌诊初筛具有节省大量人力、物力，尽早诊断和及时治疗的优越性。

2. 辅助诊断肝癌 早在60年代，有人即提出原发性肝癌具有“肝癭线”——舌两侧边缘呈现紫或青色，成条纹状或不规则形状的斑状黑点，境界分明，易于辨认。其符合率达77.69%，以后有人报道为85.7%。目前肝癌因肝穿刺不能普遍开展，因此“肝癭线”这一征象在鉴别诊断肝癌、晚期肝硬化的临床应用上具有一定参考价值。

3. 辨病分期 不少资料均指出，无论哪一类恶性肿瘤，其淡白舌、青紫舌、腻苔、剥苔、舌脉异常等病理舌象比例，均随早、中、晚期逐期增加。如1238例肝癌硬化型Ⅰ期与Ⅲ期相比，青紫舌分别占36.56%、51.49%，腻苔分别占67.41%、76.97%，剥苔分别占2.24%、6.31%，说明Ⅲ期均重于Ⅰ期。肝癌中期多见舌脉红紫及淡紫等正常色，达71.79%；而晚期多见舌脉青紫及紫黑等异常色，达69.23%、 $p < 0.01$ 、可见肝癌晚期舌脉异常远远高于中期者。因此，病理性舌象对判断恶性肿瘤分期有较好的参考价值。

4. 辨证分型 临床辨证中舌象能反映病人的体质和病情变化，故能成为统一中医分型的客观标准之一。如1989年3月在广州通过的肿瘤的中医分型标准，共分五型：气滞血瘀型—舌质暗紫，舌苔薄黄；脾虚痰湿型—舌体胖而有齿痕，舌苔白腻；阴虚内热型—舌质红而少苔；热毒蕴结型—舌质红或略暗，苔黄而干；气血

两虚型一舌质淡红，少苔或薄白。作者曾对 548 例恶性肿瘤辨证分为虚证 117 例，虚实夹杂证 321 例，实证 110 例等三组。其中青紫舌比例分别为 5.98%、32.71%、40.00%，以实证组最高。说明病理性舌象对中医辨证至关重要，是辨证论治中一个重要部分。

5. 判断预后及指导治疗 恶性肿瘤经手术后，如失血较多，则舌质多淡红，甚至淡白色，舌体胖，有齿痕；如并发感染，则舌质红；如胃肠功能紊乱，则舌苔黄腻。恶性肿瘤经放疗后，不少人会舌质转红，苔剥，食管癌、贲门癌者放疗前如舌质红、绛，对放疗剂量耐受性较差；相反，淡白舌、淡红舌者有较大耐受性。放疗还可使青紫舌比例大大增加，且与死亡率成正比，即放疗后出现青紫舌，经治疗后仍不消退者，则多见肺、肝转移，死亡率较高。因此，重视恶性肿瘤病理性舌象变化，不但对判断预后，特别对治疗有极重要意义。

(三) 原理研究

恶性肿瘤舌象原理研究涉及面极广，从局部到整体，从生化到病理，均有所探索。但从现有研究工作来看，血高铁血红蛋白含量、微循环、血液流变性异常与舌质，特别与青紫舌，包括舌脉异常之间关系较为肯定。此外，酸碱血气分析的变化、微量元素含量与恶性肿瘤舌象亦有一定关系，尚待进一步深入研究。

舌诊研究将采纳新方法、新技术，如用同位素标记方法检测舌上皮更新程度；放射自显影技术显示舌粘膜细胞的核酸代谢；组织化学、酶化学等测定舌组织中所含种种成分；还可以用癌基因、遗传工程、单克隆抗体等客观指标，来研究恶性肿瘤舌象原理及各种病理变化。

二、非舌望诊研究

(一) 腭粘膜征

日本伊原信夫提出血瘀望诊的一种新尝试—腭粘膜征。根据软、硬粘膜的色淡贫血色调、黄色血调、颗粒形成等不同严重程度分成(一)—++++等五级。可预报心肌损害、脑软化病、恶性肿瘤等12个病种，作为诊治某些特定疾病的潜伏期，即“未病”阶段的重

要指标。且与红绛舌、青紫舌、舌脉粗张等有较高的相关性。腭粘膜单纯充血反应是血热的一种表现。病理切片可察见腭粘膜下层血管扩张、水肿,并有轻度炎症细胞浸润及淋巴细胞集聚。国内有人普查正常人 1144 例,各类疾病 1032 例的腭粘膜征,根据软、硬粘膜小动脉扩张、出血、小静脉曲张、瘀血、出血等严重程度,分成 0~Ⅲ等四级。其中 52 例肝癌的软、硬粘膜征异常率分别为 50% 和 25%,远远超过其他病种。另观察 163 例恶性肿瘤发现腭粘膜异常与甲微循环有关,但与血小板聚集性、血液流变性等无直接关系。因此腭粘膜征在血瘀证中意义不如青紫舌。

(二) 综合望诊

作者在 257 例恶性肿瘤中,观察病理性舌质、舌体、舌苔、舌脉,以及颊粘膜病变,青紫色瘀血斑点等五项,如有病理性舌象三项和颊粘膜征一项均见为阳性,阳性率从 96.12% 到 100%,而非恶性肿瘤阳性率为 42.62%,正常健康人为 0%。提示颊舌异变与粘膜下血液成分或其动力学的某些改变及局部细胞学改变有关。运用目诊、耳诊、唇诊、舌诊、体诊、指甲诊等六项综合诊断,以统计学手段对各项阳性体征记分。1982 年检测 800 例结果确诊癌症准确率为 82%;继对 304 例双盲法对照,术前诊断与术后病理吻合对照等方法,准确率为 75%;1984 年初筛 8432 例,重点复查 1161 例,结合病史、体检,筛出重点复查对象 382 例,占普查人数 4.5%,再作有关特殊检查,发现早期癌 3 例,癌前病变 23 例。

现代医学肿瘤诊断趋向严格定位、定性、定量,且向微观化发展,具较高的特异性、准确性。而中医诊断趋向宏观、综合分析与判断。这是中西医学根据各自理论体系所进行的临床探索。事实上,现代医学中某一疾病某一特异体征的发现,也有一个从不确切到确定的过程。所以对多项目综合分析判断这一方法不应摒弃,只要对每一具体体征指标进行客观化、标准化、科学化的定位、定性、定量,其临床价值必会进一步提高。

三、穴位经络诊断

由于恶性肿瘤已占常见病、多发病的首位,因此,通过穴位、经