



辨证施治策略与案例丛书

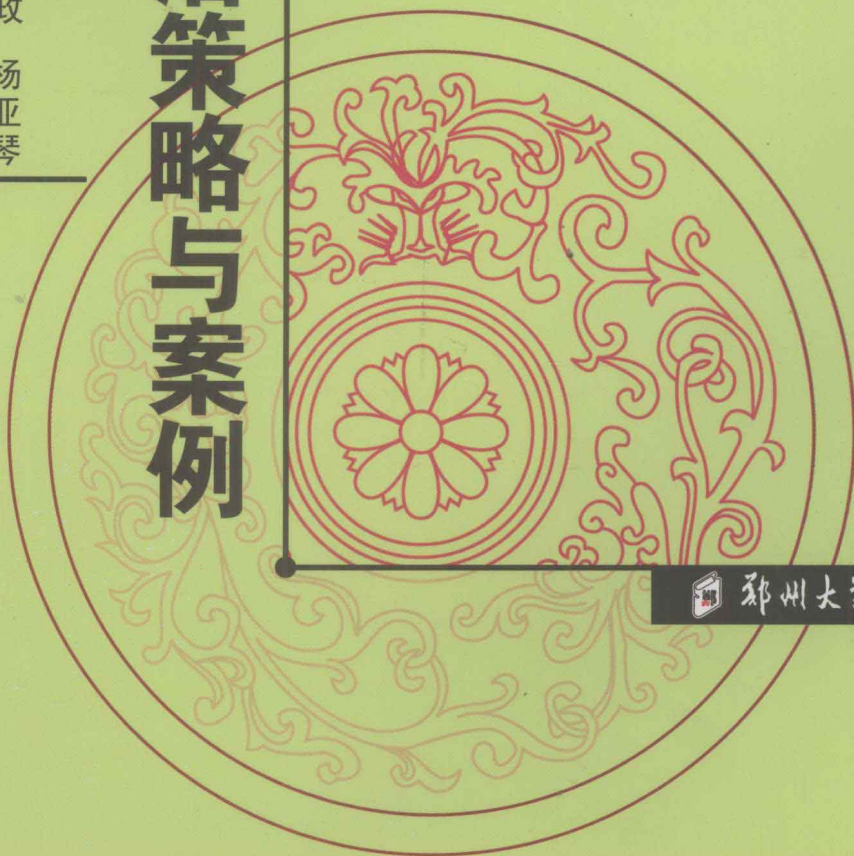
BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

肿
瘤

辨证施治策略与案例

ZHONGLIU BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 马纯政 杨亚琴



郑州大学出版社

辨证施治策略与案例丛书

BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

肿
瘤

辨证施治策略与案例

ZHONGLIU BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 马纯政 杨亚琴

郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤辨证施治策略与案例/马纯政,杨亚琴主编. —郑州:
郑州大学出版社,2012.1

(辨证施治策略与案例丛书)

ISBN 978-7-5645-0431-1

I. ①肿… II. ①马…②杨… III. ①肿瘤-辨证论治
IV. ①R273

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 059303 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

河南新华印务有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:16.25

字数:394 千字

版次:2012 年 1 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-66966070

印次:2012 年 1 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-0431-1

定价:40.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换



据世界卫生组织 2008 年报告,全世界每年新发癌症病人约 1 270 万人,大约有 760 万人因癌症死亡。从世界范围来看,癌症不再是少见的疾病,也不仅局限于医疗资源发达的国家,癌症给发展中国家带来越来越大的经济负担。目前我国疾病的发生特点是发达国家和发展中国家的疾病并存,癌症已经占居民死亡原因的首位,接近发达国家水平。随着社会经济的发展,癌症的主要危险因素未能得到相应控制。我国在肝癌、胃癌及食管癌等死亡率居高不下的同时,肺癌、大肠癌及乳腺癌等又呈显著上升趋势。特别值得重视的是,近年我国农村癌症死亡率的上升速度明显高于城市,癌症也位居农村人口死因的首位。在我国农村和西部地区的癌症高发区,其危害尤为严重,癌症是当地农民因病致贫及因病返贫的重要原因。癌症的危害不仅在于严重影响劳动力人口的健康水平,而且成为医疗费用上涨的重要因素。

20 世纪 80 年代以来,特别是近 10 年,恶性肿瘤的诊治技术取得了长足的发展。肿瘤分子生物学技术的革新加深了人们对恶性肿瘤发病机制的深入认识;分子病理学、医学影像学,特别是分子影像学的发展提高了恶性肿瘤的诊疗水平;调强放射治疗技术的发展使放射治疗在最大限度保护正常组织的情况下更加精确有效地攻击癌组织;分子靶向治疗则给众多的肿瘤患者带来新的希望;以循证医学为基础的规范化综合治疗模式提高了恶性肿瘤的整体治疗水平;癌症姑息治疗进展使人们更加重视癌症患者的生活质量。目前,多学科规范化综合治疗已经证实可以提高很多常见肿瘤的治愈率,手术、放疗、化疗、免疫治疗、基因治疗及中医药治疗有效结合,合理有计划地安排现有治疗手段,可以达到提高治愈率和改善病人生活质量的目的。为适应疾病谱的变化及恶性肿瘤诊治技术的快速发展,全国大多数二级以上医院都设立了肿瘤学专科,这将进一步推动治疗的有序化和规范化进程。

有着五千年历史的中医药为中华民族的繁荣昌盛发挥了重要的作用。我国传统中医药在肿瘤治疗方面有着其独特的优势,已经受到国际肿瘤界的关注。中医药这一“伟大宝库”中蕴藏着大量的防癌抗癌理论和临床经验,其独特的临床疗效被越来越多的患者和医生肯定并接受,一些行之有效的偏方、验方已被临床广泛应用和开发。例如众所周知的“砒霜治疗白血病”就是中医验方治疗肿瘤的典型范例,可谓“偏方治大病”。但我们同时也应该看到,有关中医药名家治疗肿瘤的经验系统总结并不是很多,这不利于临床肿瘤诊疗的进一步发展。

我们抱着将既往中医药治疗肿瘤经验进行推广,为人类战胜肿瘤提供可靠

的武器之想法,充分挖掘一线临床中医肿瘤医师的临证思维,总结出常见肿瘤的辨治要点和临床治疗体会,便于初学者尽快掌握基础理论,使有一定临床基础者更好的提高临床诊疗水平。同时,我们通过阅读大量的参考文献,收集和整理了多位中医肿瘤专家在长期临床实践中的成功经验。这些专家中既有国内外知名的学者,也有极富创造力的年轻医师。我们将其经验进行汇编、总结、分析,希望能够开拓广大肿瘤科医务工作者的临床思路,增加临床经验,使他们“技高一筹”。

由于编写者水平所限,加之编写时间仓促,书中不妥之处在所难免,请广大读者不吝指正。

马纯政 杨亚琴

2010年8月



第一章 呼吸系统肿瘤

第一节	鼻咽癌	/1
第二节	肺癌	/14



第二章 消化系统肿瘤

第一节	食管癌	/32
第二节	胃癌	/49
第三节	原发性肝癌	/67
第四节	胰腺癌	/83
第五节	胆囊癌	/95
第六节	大肠癌	/106



第三章 泌尿系统肿瘤

第一节	肾癌	/121
第二节	前列腺癌	/131



第四章 血液系统肿瘤

恶性淋巴瘤	/143
-------	------



第五章

神经及内分泌系统肿瘤

第一节 脑瘤 /161

第二节 甲状腺肿瘤 /172



第六章

妇科及生殖系统肿瘤

第一节 乳腺癌 /185

第二节 卵巢癌 /201

第三节 子宫颈癌 /213

第四节 子宫体癌 /226



附录

恶性肿瘤涉及的常用西药 /235



参考文献

/243

第一章

呼吸系统肿瘤

第一节 鼻咽癌

概述

鼻咽癌是指发生于鼻咽黏膜的恶性肿瘤。世界上大部分地区发病率较低,一般在 1/10 万以下,其发病率以中国的南方较高,如广东、广西、福建、湖南等省(区),特别是广东的中部和西部的肇庆、佛山、广州地区更高,有些地区鼻咽癌的发病已居全身恶性肿瘤之首。例如,肇庆的四会地区其发病率男性为 25.12/10 万,女性为 12.11/10 万;中山市男性为 21.73/10 万,女性为 8.66/10 万;香港男性为 24.3/10 万,女性为 10.2/10 万,均具有较高的发病率。总体上讲,鼻咽癌的发生男多于女,大多为中年人,亦有青少年患病者。鼻咽癌有明显种族差异,好发于黄种人(中国、印度尼西亚、马来西亚、泰国、越南、菲律宾),白种人少见。世界上有些地区鼻咽癌的发病率与移居的种族有关,国外报道鼻咽癌多数病例是华侨。侨居泰国的中国人、中泰混血儿和泰国人的鼻咽癌患病率的比率为 3.4:2.2:1。鼻咽癌的病因与种族易感性(黄种人较白种人患病多)、遗传因素、化学因素及 EB 病毒感染等有关,例如鼻咽癌患者有种族及家族聚集现象,居住在其他国家的中国南方人后代仍保持着较高的鼻咽癌发病率,这提示鼻咽癌可能是遗传性疾病。

中医原著名言

在祖国医学中,鼻咽癌归于“鼻渊”、“失荣”、“控脑砂”、“上石疽”等病症范畴。经典医著《医宗金鉴》中,对鼻咽癌的症状、淋巴转移时的表现等已有比较详细的记述:“鼻窍中时流黄色浊涕……若久而不愈,鼻中淋漓腥秽血水,头眩虚晕而痛者,必系虫蚀脑也,即名控脑砂。”“上石疽生于颈项两旁,形如桃李,皮色如常,坚硬如石,痛不热……初小渐大,难消难溃,既溃难敛,疲顽之症也。”中医认为,鼻咽癌的病因与机体内外多种致病因素有关,先天不足,正气虚弱,或情志不遂,饮食不洁,使脏腑功能失调,邪毒乘虚而入,都可能凝结而成癌肿。

临床病理分型

在1972年,我国将鼻咽癌病理组织学类型分为未分化癌、低分化癌(包括大圆形细胞癌、多形细胞癌、梭形细胞癌、混合细胞癌等)和较高分化癌(包括鳞癌Ⅰ、Ⅱ级,腺癌等)。1991年世界卫生组织分型如下:

1. **角化性鳞状细胞癌或鳞状细胞癌** 细分为分化好的、中等角化性鳞状细胞癌和分化差的鳞状细胞癌。

2. **非角化性癌** 细分为分化型非角化性癌以及未分化癌或鼻咽型未分化癌,后者中包括最具特征性的过去称为泡状核细胞癌或大圆形细胞癌的亚型,因为根据组织学与超微结构所见,泡状核细胞癌实质上也是一种未分化癌。

预后

一般说来,年轻的女性患者、免疫力强、EB病毒抗体测定滴度低、癌组织分化良好、癌组织内淋巴细胞含量较多、早期确诊、治疗适当者,预后良好。国内外一些病例数较多的回顾性资料表明,早期鼻咽癌的5年生存率平均在50%左右,而中晚期者仅为20%~30%。

诊断与鉴别诊断

(一)诊断要点与依据

鼻咽癌生长在鼻腔后方的鼻咽部,位置较隐蔽,早期常无明显症状,容易被忽视。大部分患者是因发现颈部肿块或其他转移症状后才被确诊。鼻咽癌的常见症状:

1. **回吸性涕血** 早期可有出血症状,表现为吸鼻后痰中带血,或擤鼻时涕中带血,早期痰中或涕中仅有少量血丝,时有时无。晚期出血较多,可有鼻血。

2. **耳鸣、听力减退、耳内闭塞感** 鼻咽癌发生在鼻咽侧壁侧窝或咽鼓管开口上唇时,肿瘤压迫咽鼓管可发生单侧性耳鸣或听力下降,还可发生卡他性中耳炎,单侧性耳鸣或听力减退、耳内闭塞感等,是早期鼻咽癌症状。

3. **偏头痛** 约见于1/3的患者,头痛剧烈且部位较固定,服用止痛剂无效。头痛是由癌组织侵犯或压迫脑神经所引起。

4. **单侧鼻塞** 早期多不明显,随着肿瘤的增大而呈现进行性加重。其与感冒不同,表现为单侧鼻塞,且抗感冒治疗无效。

5. **单耳部症状** 癌肿组织增大,侵犯耳咽管可引起中耳炎,引起耳部疼痛、耳鸣、听力减退,若压迫咽鼓管咽口时,使鼓室内外压差变化增大,可加重耳鸣症状。

6. **单侧口眼歪斜、复视及面麻** 鼻咽癌侵犯到脑神经,还可产生口角喎斜,患侧眼视力下降,或出现复视及面麻。这些症状有时是某些患者的初诊主诉。

7. **颈部肿块** 据统计约80%的患者有锁骨下后方、耳垂下方的淋巴结转移,肿块增

长迅速,可无任何症状,起初可以活动,而后在短时间内即发生粘连,固定不动。

8. **远处转移症状** 鼻咽癌也可发生远处转移至肝、肺、骨骼等部位,从而引起相应部位的症状。

(二)特征性检查

1. **前鼻孔镜检查** 鼻黏膜收敛后,经前鼻孔镜可窥到后鼻孔和鼻咽部,能发现侵入或邻近鼻孔的癌肿。

2. **间接鼻咽镜检查** 方法简便实用,应依次检查鼻咽的各壁,注意鼻咽顶后壁及两侧咽隐窝,要两侧相应部位对照观察,凡两侧不对称的黏膜下降起或孤立性结节更应引起注意。

3. **纤维鼻咽镜检查** 进行纤维鼻咽镜检查时,可先用1%麻黄素溶液收敛鼻腔黏膜、扩张鼻道,再用1%地卡因溶液麻醉鼻道表面,然后将纤维镜从鼻腔插入,一面观察一面向前推进直到鼻咽腔。本法简便,镜子好固定,但后鼻孔和顶前壁观察不满意。

4. **颈部活检** 对鼻咽活检未能确诊的病例,可进行颈部肿块或淋巴结活检,尽可能切取整个淋巴结。

5. **细针穿刺抽吸** 这是一种简便易行、安全高效的肿瘤诊断方法,近年来较为推崇,对疑有颈部淋巴结转移者,可首先使用细针穿刺取得细胞。

6. **EB病毒血清学检测** 目前普遍应用的是以免疫酶法检测EB病毒的IgA/VCA和IgA/EA抗体滴度,前者敏感度较高、准确性较低;而后者恰与之相反。故对疑及鼻咽癌者宜同时进行两种抗体的检测,这对早期诊断有一定帮助。对IgA/VCA滴度 $\geq 1:40$ 和(或)IgA/EA滴度 $\geq 1:5$ 的病例,即使鼻咽部未见异常,亦应在鼻咽癌好发部位取脱落细胞或活体组织检查。如一时仍未确诊,应定期随诊,必要时需做多次切片检查。

7. **鼻咽侧位片、颅底片及CT检查** 每例患者均应常规做鼻咽侧位照片和颅底照片,疑及鼻旁窦、中耳或其他部位有侵犯者,应同时做相应的摄片检查。有条件者更应做CT扫描,了解局部扩展情况,特别需要掌握的是咽旁间隙的浸润范围,这对于确定临床分期以及制订治疗方案都极为重要。

8. **B超检查** B型超声检查方法简便、无损伤性、患者乐意接受,在鼻咽癌病例主要用于肝脏、颈、腹膜后和盆腔淋巴结的检查,了解有无肝转移和淋巴结转移等。

9. **磁共振检查** 由于磁共振成像(MRI)可清楚显示头颅各层次脑沟脑回、灰质白质和脑室脑脊液管道、血管等,用SE法显示 T_1 、 T_2 延长高强度图像,可以诊断鼻咽癌、上颌窦癌等,并显示肿瘤与周围组织关系,对指导分期、治疗及预后都有较高价值。

(三)鉴别诊断

1. **腺样体增殖** 常见于幼儿、青少年腺样体质者。鼻咽顶部,咽扁桃体肿大,膜正常。当高度增殖或表面溃烂或有肉芽肿样形成,注意癌变,应予活检。

2. **鼻咽部炎症** 常见黏膜粗糙,分泌物多,可见表面高低不平,多数滤泡增殖为0.2~0.3 cm大小的结节,呈紫红色,有时橙黄色,常伴鼻腔黏膜炎、喉炎、副鼻窦炎及咽后壁淋巴组织增殖呈小结节状。可用清热、利咽、活血化痰法治疗。

3. **鼻咽良性肿瘤** 少见,病程较长,好发于项前部,呈圆形隆起或分叶状,表面光滑。如纤维瘤、纤维血管瘤、混合瘤、脊索瘤等。

4 肿瘤辨证施治策略与案例

4. **颈部淋巴结炎** 急性淋巴结炎若为一般致病菌引起,多有红、肿、热、痛,局部温度增高,常伴有口腔、咽腔感染病变,白细胞数增多,中性粒细胞偏高,淋巴结轻度或中度肿大,光滑,质软活动,触痛明显,边界清楚,抗炎治疗有效。慢性非特异性淋巴结炎,无论细菌或病毒引起的颈部淋巴结肿大,局部皮肤色泽正常,体温不高,触痛不明显,常呈黄豆或蚕豆大小,光滑、质韧、活动、边清,常随咽腔、口腔、耳部炎症轻重而变化,抗炎治疗多不理想。

5. **鼻咽结核** 少见,多有鼻咽部不适,异物感。分泌物增多,常伴发其他器官结核,如肺结核等。

6. **恶性淋巴瘤** 发病较急,病程较短,多发于青少年,病变可累及整个鼻咽腔,常见双侧或他处淋巴结普遍肿大,质地较转移性淋巴结软,有弹性,临床上常需做病理检查进行鉴别诊断。

7. **鼻咽坏死性肉芽肿** 其特征为鼻咽顶部中央有肉芽状坏死,边界清,具有特殊臭味,临床过程与鼻咽未分化癌相似。

辨证分型与施治策略

(一)辨证分型

1. **气滞血瘀** 鼻塞,呼吸不利,鼻涕带血,耳内胀闷,耳鸣耳聋,胸胁痞满,头痛眩晕,舌质暗或有紫斑、苔薄白,脉弦。

2. **痰浊凝结** 鼻塞流涕,头重头晕,胸闷气短,咳嗽痰稀,食欲不振,恶心呕吐,颈部瘰癧,舌质暗、苔厚腻,脉弦滑。

3. **热毒蕴结** 头痛剧烈,耳鸣耳聋,鼻出血量大不止,腥臭。颈部肿,核大而坚硬如石,口臭,口干而苦,小便赤,舌质红、苔黄厚,脉弦滑数而涩。

4. **气血亏损** 为鼻咽癌晚期阶段,形体瘦削,面容憔悴,或肢冷畏寒,面色晦暗,舌淡苔白,脉沉细弱。

(二)辨证施治

1. 气郁血凝证

治法:疏肝理气,化瘀散结。

方药:逍遥散(《和剂局方》)加减。柴胡5g,龙胆草5g,枳实5g,草河车15g,赤芍15g,郁金10g,炒栀子10g,黄芩10g,苍耳子10g,丹参30g,葵树子30g,石上柏30g。鼻出血加三七粉、小蓟炭;大便秘结加大黄;耳鸣耳闷加石菖蒲、远志。

2. 痰浊凝结证

治法:健脾化痰,散结解毒。

方药:清气化痰丸(《医方考》)加减。胆南星10g,制半夏10g,陈皮10g,杏仁10g,黄芩12g,土茯苓30g,土贝母30g,半枝莲30g,石上柏30g,辛夷10g,苍耳子10g,枳实9g,山慈姑15g,鸡内金9g,党参12g,茯苓9g。

3. 热毒蕴结证

治法:清热解毒,疏肝健脾。

方药:柴胡清肝汤(《医宗金鉴》)加减。柴胡6g,当归9g,川芎6g,白芍9g,生地黄12g,防风9g,牛蒡子12g,黄芩12g,栀子9g,连翘9g,天花粉12g,甘草5g。脾虚纳呆加白术、鸡内金;火毒盛者加山豆根、青黛、地胆头;鼻出血不止可加旱莲草、藕节、白及等;疼痛剧者可加五灵脂、蔓荆子、田七等。

4. 气血亏损证

治法:补养气血。

方药:人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)。人参、白术、熟地黄、白芍、五味子、女贞子、石上柏各10g,党参、茯苓、当归各15g,陈皮、半夏各5g,草河车30g,黄芪30g。如出现鼻出血、疼痛、颈部淋巴结肿大等各种症状,可参考以上各症,加减用药。本方还适用于鼻咽癌放疗以后,气血双亏时。

(三)施治策略

祖国医学认为,肺热痰火、肝胆气郁及热毒上扰为鼻咽癌发生的主要原因。上焦积热,肺气失宣,热甚迫血离经出现鼻出血,继而气血凝滞,津聚为痰,痰热蕴结而成肿块;肝失疏泄,气郁气泄,气泄不能运化水湿,积聚为痰,痰浊凝集而成肿核、肿块;肝气郁滞,郁久化火,灼液为痰,痰火上扰清阳则烦躁易怒、耳鸣、耳聋、头痛、视物模糊、颈部出现痰核。治疗上辨证、辨病及辨症状相结合,主要从宣肺通窍、清热解毒、化痰散结、凉血消肿等入手,结合患者体质,适当加强抗癌中药的应用。同时,中药应与现代治疗方法如手术、放疗等有机结合使用,因人制宜,因法制宜,放疗时中药应以解毒滋阴为主,化疗时健脾益气、和胃降逆为主,手术后应以益气养血、滋肝补肾为主,最大限度的发挥中西医结合治疗的效果。

(四)调护

应避免重体力劳动、熬夜、过度的体育锻炼等,因这些不当习惯可使机体的内环境失衡,抵抗力下降,促使癌症复发或转移。饮食宜均衡,多吃蔬菜、水果,少吃或不吃咸鱼、咸菜、熏肉、腊味等食物,不宜食辛燥刺激食品、不宜过量饮酒。治疗期间应注意局部卫生,每日数次漱口,必要时行鼻咽腔冲洗,一年内避免拔牙。

病案示例与分析

(一)名家案例

1. 张赞臣案例

冯某,女,34岁。患者自1958年6月始感右鼻阻塞,且有腥气,继则右侧颈部淋巴结肿大。经某医院检查,诊为鼻咽癌,并用深部X射线和⁶⁰钴放射治疗后,症状与体征均有改善。同年11月,又发现左侧鼻咽中部有一米粒大小的肿块,但无痛感,即到某医院做病理切片检查,诊断为鼻咽未分化癌,并采用⁶⁰钴放射治疗40次。1963年11月22日请张赞臣教授治疗。当时患者自觉左侧头痛波及后脑,有时面部烘热汗出,咽部干燥无津液,半流质食物吞咽困难,大便干结如栗。检视左侧欧氏管上部有一肿块隆起,左侧喉核(扁桃体)肿胀散漫,形如桃核,色红质坚,右人迎部亦有一肿块,舌质红、苔干剥、无津液,左脉细弱无力,右脉细弦。辨证为阴液亏损,津液不能上乘。治宜内外兼施:孩儿茶9g,川

石斛 9 g, 肥玉竹 9 g, 天麦冬各 6 g, 制何首乌 12 g, 桑葚子 9 g, 生白芍 6 g, 炒白术 4.5 g, 野蔷薇花 3 g。另用喉科牛黄散(川黄连、生黄柏、薄荷叶、飞雄黄、西瓜霜、西月石、冰片等药)研细末,吹入咽部,每日 3~4 次。又用芙蓉软膏(芙蓉叶、赤小豆粉、炒陈米粉等共研细末,加黄凡士林适量,调成软膏)外敷右人迎部,每日 1 换。

经用上药内服外治连续 5 d 后,头痛减轻,大便干结转润而通畅。其后,外用药同前,内服药根据病情加入淡竹叶、天花粉、栝楼皮、玄参等,继续调治,至同年 12 月 1 日,咽部已无干燥,喉核及人迎部肿块消失,但人迎部尚感作痒,故改用青橄榄 5 只、白萝卜 30 g,煎汤长服。

案例分析:鼻为肺窍,与诸多脏腑、经络关联。咽喉为人的生命要道,众多经、脏与之相系。本例癌发鼻咽,而兼头痛面热、咽喉干燥、大便干结、硬结如栗,此本真水不足,挟而为毒,毒火焚攻,阴液愈涸。张教授据脉、舌、症、证,断为阴液亏损、津不上承,投滋阴清热、养血润燥之剂,内服外治,综合处理,丝丝入扣,全面周到。方中清肺胃而不燥,养阴液而护中,药量虽无特奇,然五脏兼顾,标本同理,俾水足而火自灭,阴充阳自潜。所拟喉科牛黄散吹咽法及芙蓉软膏外敷,实给后世医家辟出治疗蹊径,然也是“杂合以治”法之代表。

2. 杨恺明案例

陈某,女,49 岁。曾于 1959 年 2 月 20 日由上海第一医学院肿瘤医院诊为鼻咽未分化癌Ⅲ期,于 1959 年 6 月 14 日入我院。患者卧床不起,微热,两侧颈肿,左侧肿核疼痛,痛势呈放射性,脸部麻木,两臂不能活动,咽喉多黏腻分泌物,影响吞咽,食少,失眠。用犀黄醒消丸、六神丸、补血汤治疗。

犀黄醒消丸(外科全生集方):牛黄 0.9 g,人工麝香 4.5 g,乳香、没药各 30 g(去油),共研细末,用黄米饭 30 g,捣烂为丸,如菜菔子大,每日早晚 2 次,饭后各吞 0.45 g。

六神丸:人工麝香 3 g,牛黄 4.5 g,腰黄 3 g,濂珠粉 4.5 g,梅花片 3 g,杜蟾蜍 3 g,共研细末,烧酒调为丸,如油菜籽大,百草霜为衣,每日早晚 2 次,饭后各吞 6 粒。

补血汤:黄芪 15 g,当归 9 g,每日 1 剂,上下午 2 次水煎服。或加南北沙参等。

治疗 6 个疗程(10 d 为 1 个疗程)以后,有显著好转(病灶缩小,症状体征减轻或消除),生活能自理,两臂活动无异常,咽喉舒适,黏腻分泌物、疼痛、麻木等症状均消失;能食,也能安眠。1959 年 10 月 5 日,由原检查医院复查,证明病灶好转。

案例分析:醒消丸、六神丸清热解毒,能治疗各种无名肿毒。用于癌肿当无非议,但必须得宜。本案即扶正与祛邪相协,治标与治本合拍,解毒不忘培补气血(黄芪、当归),清热不忘滋阴养液(南北沙参)。俾正气日充则能抗毒,毒邪被攻则正气得护,实堪为治疗鼻咽癌所效法。

3. 华良才案例

李某,女,47 岁,1980 年 7 月 12 日初诊。3 个月前发现颈部右侧有一黄豆大肿物,近来肿物增长较快,偶有早晨涕中带有极少量血丝,余无特殊不适。检查:右侧乳突尖端前下方可触及到 2 cm×3 cm 肿物,中等硬度,活动差。鼻咽镜见右咽鼓管乳头处黏膜较粗糙。于颈部肿物取活检,病理报告确诊为鼻咽癌颈部淋巴结转移。证属血瘀痰凝,拟予活血化瘀、祛痰散结,处方:赤芍 20 g,川贝母、杏仁、生蒲黄、五灵脂各 10 g,土鳖 4 g,鳖甲、

丹参、全栝楼、当归各 15 g,制乳香、没药各 8 g,水煎服。并将药渣用纱布包裹外敷局部。10 剂后,症状无明显进退。加紫草、山慈姑各 15 g,又 20 剂,肿物变软、变小,约 1 cm×2 cm 大小。又用前方 20 余剂,颈部肿块已消,鼻咽镜检查正常。继服 10 剂巩固疗效。1986 年 3 月 31 日随访未见复发。

案例分析:此案例为华教授治疗耳鼻喉科恶性肿瘤四法之一的“散”法举例。据华教授称:散,是指恶性肿瘤属于早期发现,肿物不大,无颅内及内脏重要器官转移(但可能有淋巴结早期转移),正气尚盛,可采用活血化瘀、祛瘀散结之法,冀图肿物可散。可在辨证论治前提下选用如下药物:生蒲黄、五灵脂、丹参、赤芍、三七、土鳖、全栝楼、半夏、胆南星、贝母、杏仁、莱菔子、皂角刺、鳖甲、莪术、龙葵、石菖蒲、乳香、没药、当归、制木鳖子、急性子、紫草、地龙、血竭、守宫等。由此可见,华教授之“散”,即通过活血化瘀以渐消缓散。本法不仅适用于耳鼻喉科任何部位肿瘤,只要瘀、痰指证明显,均可单独“散”之,也可协同他法以“散”之。

4. 刘嘉湘案例

林某,男,47 岁。诊断:鼻咽癌伴左右两侧颈淋巴结转移。1979 年 7 月 10 日初诊。主诉:两侧颈部不适已半年,经某医院检查诊为鼻咽低分化鳞癌,而进行放疗,放疗后口干较为明显。查:颈部两侧可触及 3 cm×3 cm 肿块各一,质偏硬,不移动,无压痛,舌红苔少,脉细数。此乃火毒内盛,耗阴伤津,非重投养阴之剂不能抑其火毒之势。方用北沙参、玄参、天花粉、苍耳草各 30 g,天麦冬、八月札、黄精各 15 g,赤芍 12 g,王不留行 9 g,生山楂、鸡内金各 12 g。服上方一月余,经放疗后,颈部肿块缩小为 1.5 cm×1.5 cm。口干,舌质暗红,苔少,脉细数。阴津难以聚复,瘀毒尚未尽除,再以养阴活血消肿法。方用:北沙参、天花粉、苍耳草、石上柏、蛇六谷(先煎)、半枝莲各 30 g,玄参、八月札各 15 g,天麦冬、赤芍各 12 g,王不留行 9 g,女贞子、冰球子各 30 g,生山楂 12 g。并予天龙片,每次 5 片,每日 3 次,吞服。患者继续服用上方 7 年,全身情况良好,颈部肿块亦未见增大,经检查亦未见其他转移。

案例分析:刘教授认为,鼻咽癌以肺热瘀毒较为多见,故其治法首推养阴活血法,既有扶正之功,又具祛邪之效。苍耳草是治疗鼻咽癌常用药物,不仅通鼻窍,而且有抗肿瘤作用,可谓一药多专。本案热毒久羁,耗伤阴津,此又病机发展之必然。刘教授用大剂量药物养阴保肺,始终坚持,也正顾本“留人”之法。

5. 黄耀人案例

刘某,男,46 岁,永泰县籍,农民。患鼻咽癌已 7 年,经省某医院确诊后,曾行⁶⁰钴放射治疗 1 次,因感烦热,鼻咽部灼热干燥难忍而自行放弃治疗。于 1978 年 6 月 24 日邀余诊治,鼻腔内见菜花样物,舌紫暗,伴浆液淋漓。鼻咽部见肿物下垂至软腭,悬雍垂肿大,左耳流出浆液,双耳轰鸣,以右耳尤甚,双目失明已 4 年,眼球固定,瞳孔大小不等。重度消瘦,胃纳量极少,卧床不起,舌暗红,苔黄腻,脉沉弦数,双寸弦滑。故拟自制升麻解毒汤,结合外治剂一试。处方:升麻 30 g,黑玄参 24 g,北沙参 18 g,苏芡实 18 g,冬瓜子 18 g,天

花粉 9 g, 粉甘草 3 g。每日 1 剂, 服 4 剂。外治方: 冰硼散 1 瓶, 分次吸入鼻腔及咽部。用药后鼻腔菜花状物及咽部肿物、悬雍垂均见缩小, 食欲稍好转, 一般情况稍转佳。续服原方的基础上, 或加牡蛎、侧柏叶、薄荷、菊花、草中黄、藕片等, 共服 30 余剂。外用冰硼散 14 瓶合珍珠粉 6 g, 分次吸入鼻咽部。前后治疗共 3 个月, 肿物基本消失, 能起坐, 食欲明显好转, 视力恢复, 可见数米之远, 一般情况显著改善。患者因经济情况较差, 未继续治疗。3 个月后随访, 病情稳定, 仅见鼻流血水, 余症悉除。1 年后随访得知症状如前, 未见加重。

案例分析: 本例患者病情较重, 采用内服外治共施, 相得益彰。虽未彻底治愈, 但已获稳定。所奇者, 久病正伤而重剂投以升麻, 病情反见好转, 足以证明癌肿应着重从“毒”的方面考虑。方药中黄教授重用升麻于病毒性肝炎, 其机理主在攻毒, 此例道理同之。

(二) 经方案例

左金丸合旋覆代赭石汤

向某, 男, 42 岁, 电工。发现颈部包块进行性增大 2 年余。头痛, 左侧面部麻木, 左耳失听, 左眼近失明 4 个月, 鼻出血 3 个月, 治疗无效。1984 年 7 月去重庆医学院一院诊治, 视力: 左 0.01, 右 1.0。左眼上睑下垂, 各方运动受限, 角膜及睑额部感觉减退, 瞳孔散大约 5 mm, 眼底静脉充盈, 眼底视乳头边缘清, 色白, 黄斑色暗, 中心凹陷反光消失, 诊断为: 左眼视神经萎缩。X 片: 左侧颅底、眶底(蝶骨小翼附近)骨质破坏吸收, 颅神经损害。鼻咽活检: 鼻咽低分化鳞形细胞癌(晚期)(病理号 1984 年 3207)。予以放疗无好转而终止。

1984 年 8 月 24 日凌晨突然上腹疼, 半小时后呕吐咖啡色样液体约 500 mL, 当即晕倒在厕所, 失去知觉, 送到医院后, 又连续呕吐咖啡样液体两次, 约 400 mL。拟诊: 转移性胃癌, 急性上消化道出血。经补充血容量, 止血, 抗酸等治疗十余日病情好转出院。

1985 年 1 月 2 日开始发热, 头痛, 右耳痛、流脓, 诊断为卡他性中耳炎, 门诊治疗十余日无好转, 伴严重呃逆、呕吐, 病情危重再次入院。胸片: 左胸第四肋间腋前线处有一密度增高影, 拟诊为癌肿转移肺部。对症治疗 1 周无效, 1 月 21 日会诊。症见: 患者恶病质, 面色青黄晦滞, 呃逆, 呕吐频繁, 呕吐物为黄绿色胆汁, 入院 1 周余未进任何食物, 食入即吐, 脘腹胀痛, 已十余日未大便, 口苦口臭, 口唇焦燥, 右侧剧烈头痛, 右耳疼痛流脓, 口渴, 小便黄赤而少, 舌苔黄黑相兼且厚, 脉数而实。患者素嗜烟酒, 酒生湿热, 湿热酿痰, 痰热结聚, 乃生癰痞; 吸烟助火伤阴, 阴液不足不能濡养清窍, 故耳为之失听, 目为之失明; 阴虚生内热, 热毒蕴伏于里, 劫夺真阴, 充斥三焦, 致津液竭绝之危候。治疗当以存阴救津为旨, 急治其标, 拟大承气汤以急下存阴, 兼以左金丸、旋覆代赭石汤清泄肝火, 降逆和胃, 二法并用, 一通一降, 直泻其火, 酌加滋阴生津之品。处方: 熟大黄(后下) 15 g, 芒硝(冲服) 12 g, 枳实 30 g, 厚朴 30 g, 吴茱萸 3 g, 黄连 10 g, 旋覆花(包煎) 18 g, 代赭石 30 g, 党参 15 g, 沙参 30 g, 姜半夏 20 g, 水竹茹 20 g, 紫苏叶 6 g, 玄参 24 g, 天花粉 30 g, 甘草 3 g, 生姜 5 g, 水煎频服。服 2 剂后, 下燥屎数枚, 后渐软, 呃逆、呕吐大减, 渐能食稀粥。继予左金丸、旋覆代赭石汤加减: 吴茱萸 6 g, 黄连 8 g, 代赭石 24 g, 旋覆花(包煎) 18 g, 姜半夏 20 g, 茯苓 18 g, 厚朴 18 g, 党参 15 g, 沙参 30 g, 葛根 20 g, 藿香 15 g, 大枣 20 g, 生姜 5 g。2

剂后,呃逆、呕吐未再作,耳脓已尽。但腹胀痛,大便燥结,食差,口渴,舌苔白黄兼黑而燥,脉数实。此阴液过伤,肝胆火盛。治以通腑泄热增水行舟,清肝泻火,降逆和胃:生地黄 24 g,玄参 24 g,麦冬 30 g,熟大黄(后下)10 g,枳实 20 g,厚朴 24 g,柴胡 12 g,吴茱萸 3 g,黄连 6 g,旋覆花(包煎)15 g,代赭石 30 g,姜半夏 18 g,沙参 24 g,水竹茹 15 g,天花粉 24 g,山楂、神曲各 15 g,甘草 6 g,生姜 6 g,2 剂。2 月 2 日四诊:大便通利,腹胀除,纳食增加,无呕吐呃逆,口渴减轻,头已不觉晕痛,精神大振,已能下床活动,舌黄黑苔已除,现苔白干少津,脉细数。患者自服中药以来,也未再输液,未再用其他西药。今热势大衰,但余热未清,津液未复。治拟养阴清热,益气生津。方以竹叶石膏汤,叶氏益胃汤,增液汤化裁:竹叶 10 g,生石膏 40 g,知母 12 g,沙参 30 g,法半夏 10 g,生地黄 20 g,玄参 18 g,麦冬 20 g,石斛 15 g,玉竹 20 g,黄连 5 g,乌梅 18 g,山楂、神曲各 15 g,谷芽 15 g,甘草 6 g。上方连进 4 剂后诸症悉减,上方继服 4 剂后出院,并嘱继续服中药巩固。3 个月后随访,体重增加,精力大复,出院后仅一周,即恢复全日制上班,力能胜任。1985 年 3 月 29 日去重庆医学院复查,未见恶变,且左眼球较前活动,视力亦有所提高。

案例分析:本病例的发生与吸烟、饮酒有关。依据症舌脉之表现,辨证为热实,郁而为毒,久而伤阴,本虚标实。诊治者随病机而遣方投药,各得其宜。可见,诊治癌肿,必须以病机为中心,分清正气与邪气之多寡,自能收到应有疗效。

(三) 验方案例

1. 加减八珍汤

处方组成:黄芪、党参、怀山药、半枝莲、牡蛎各 30 g,茯苓、大小蓟、赤芍、淡海藻、淡昆布各 15 g,白术、陈皮、地龙各 10 g,仙鹤草、玄参各 20 g,甘草 3 g。每日 1 剂,水煎,分 2 次温服。

功能主治:补益气血,和营解毒,软坚散结。适用于气血两虚,血瘀毒凝之鼻咽癌。

杨某,男,61 岁,1977 年 9 月 26 日初诊。患者于 1976 年底发现右侧颈部包块,如鸭蛋大小,经检查确诊为“鼻咽部上皮样癌”。近 3 个月来右鼻常出血,面色少华,形体消瘦,乏力声低,食少眠差,包块疼痛,近 1 个月来增大明显,舌质淡红,苔薄白,脉弦细。服上方 8 剂后,纳增,痛减,鼻血减少,原方加山慈姑 10 g,继服 12 剂后鼻血止,包块未增大,精神明显好转。加减服药至 1978 年 8 月 10 日,复查右侧颈部包块消失,面色红润,体重增加。至 1984 年 2 月随访已带癌生存 6.5 年。

案例分析:方中“八珍”中黄芪、山药、玄参补益气血,养阴和营;大小蓟、仙鹤草化瘀止血;昆布、牡蛎、海藻、地龙、山慈姑软坚散结;半枝莲解毒抗癌。全方补益扶正为主,抗癌攻伐为佐,药缓而力均,可长期服用。

2. 金银花粉

处方组成:金银花粉。

功能主治:清热解毒。适用于热毒证之鼻咽癌。

魏某,男,44 岁,工人,南安县诗山人。1958 年 2 月 28 日入院。主诉:右鼻不通气,有脓性和黏液性分泌物,鼻出血,嗅觉差,头痛,病已 4 个月。查体:右鼻有脓性分泌物,并有灰黑色肿块堵塞右鼻孔,咽黏膜充血。右下颌淋巴结肿大,可移动,无压痛。右鼻

肿块切片检查:癌组织由方形、长方形或椭圆形癌细胞组成,细胞大小尚一致,核较透亮,核仁明显可见,染色质呈细点状,瘤细胞排列成索状或呈弥漫生长;组成腺腔倾向者可见,间质较少,中杂有少量嗜酸性多核白细胞浸润,核瘤组织表面部分区域有脓性、血性分泌物覆盖。1958年3月3日X射线检查,右侧鼻骨增殖,鼻中隔及右侧上颌窦壁均受破坏。综上所述检查,诊断为右鼻腔腺癌。出院后追踪记录:出院后右侧鼻腔有轻微通气,但仍有黄水及血水流出。患者适遇中医师周团,介绍用金银花粉从右鼻吸入疗法,每晚吸一次。第一次无显著改善,第二次复吸入上述药粉,觉得右鼻通气,且脓性分泌物大为减少。第三次用药后鼻塞消失,黄水及血水遂告停止,患者自觉病已痊愈,同时右下颌淋巴结肿大也告消失。1958年8月19日患者到晋江专区医院复查:右鼻腔已无肿物发现,中鼻甲及下鼻甲稍微萎缩,黏膜尚光泽,局部也无脓性、血性分泌物,通气好,右侧鼻腔正常。

案例分析:本案有偏方运用意义。用金银花研成粉末,吸入鼻中,使药面直接作用于病灶,也是一种尝试。金银花为清热解毒之首选药物。目前,资料中以金银花治疗癌症者,多为配方,单用本品者较少。本案单用粉剂吸入,能清热解毒而激发抗癌活性,有一定参考价值。

附 鼻咽癌涉及相关现代治疗方法简介

早期鼻咽癌的患者在选择治疗方法时,应首先考虑放射治疗,而不适宜单纯使用手术、化疗、生物学治疗、中医中药治疗、X刀、 γ 刀等治疗,更不能单单相信如“偏方”之类的其他不正确的治疗方法而延误了诊治时机。同时,放射治疗是一种局部治疗手段,对于病属晚期,或放疗后出现局部复发和远处转移,则应采用综合治疗的方法。有效地将化疗、生物学治疗以及中医中药辅助治疗等合理结合起来,对提高鼻咽癌患者的生活质量,延长生存时间,有效控制病情有重要作用。

(一)放射治疗

放射治疗一直是治疗鼻咽癌的首选方法,原因是多数鼻咽癌为低分化癌,对放射线的敏感性高,并且原发灶和颈部淋巴引流区域容易包括在照射野内。自20世纪40年代起我国即开展了鼻咽癌的深部X射线放疗,50~60年代起又开展了 ^{60}Co 的外照射放疗,并将鼻咽及颈部联合大野照射改为小野照射,减少了放疗的不良反应,并提高了生存率。目前最有效和最肯定的方法是用 ^{60}Co 远距离治疗。

1. 鼻咽癌放射治疗的适应证和禁忌证

(1)根治性放疗的适应证 ①全身状况中等以上者;②颅底无明显骨质破坏者;③CT或MRI片示鼻咽旁无或仅有轻中度浸润者;④颈淋巴结最大直径小于8 cm,活动,尚未达锁骨上窝者;⑤无远处器官转移者。

(2)姑息性放疗的适应证 ①KS分级60分以上;②头痛剧烈,鼻咽有中量以上出血者;③有单个性远处转移者或颈淋巴结转移大于10 cm,经姑息放射后如一般情况有改善、消失、远处转移灶能控制者,可改为根治性放射治疗。

(3)放射治疗禁忌证 ①KS分级60分以下;②广泛远处转移者;③合并急性感染病者;④放射性脑脊髓损伤者。