

中西医结合治疗

常见肿瘤的良好方妙法

吴大真 柯新桥 李宁 总编

许德甫 王良骏 郝建新 主编

中国医药科技出版社

R730.5
XDF

中西医结合治疗难治病的良方妙法系列

中西医结合治疗 常见肿瘤的良方妙法

总编 吴大真 柯新桥 李 宁
主编 许德甫 王良骏 郝建新



A0282489

中国医药科技出版社

登记证号：(京) 075 号

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合治疗常见肿瘤的良方妙法/许德甫等主编. 北京: 中国医药科技出版社, 1996

(良方妙法系列)

ISBN 7-5067-1497-3

I. 中… II. 许… 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 (96) 第 02376 号

中国医药科技出版社 出版
(北京西直门外北礼士路甲 38 号)
(邮政编码 100810)

本社激光照排室 排版
北京昌平精工印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 $787 \times 1092 \text{mm}^{1/32}$ 印张 $15\frac{3}{4}$
字数 345 千字 印数 1-4000
1996 年 4 月第 1 版 1996 年 4 月第 1 次印刷

定价：30.00 元

内 容 提 要

全书以临床常见、多发恶性肿瘤为探讨对象，按病因病理、临床表现、辅助检查、诊断要点、防治方法及研究进展，对每种肿瘤都提出了一套行之有效、有较高临床水准的防治方法，开拓了中西医结合治疗肿瘤的思路，有一定的临床指导意义。

中西医结合治疗
难治病的良方妙法丛书

编辑委员会

总 编：吴大真 柯新桥
李 宁

副总编：周祯祥 郝建新
聂 广

编 委：王良骏 王国华
包高文 刘凤云
刘建国 许德甫
黄保希 谭异伦
樊 群 黎烈荣

主 编：许德甫 王良骏
郝建新

副主编：鲁建林 刘 娟

编 委：（以姓氏笔划为序）

乐 颖 张河滢
董 慧 彭世蕊
樊友文

出版者的话

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书，经编委会及各分册主编的共同努力，已陆续编撰出版发行，以奉献给热心关注、爱护中医、中西医结合事业的朋友们。

可以说，中医和西医是两套几乎完全不同的医学理论体系，它们是在不同的历史条件下产生形成的。因此，其自然观、生命观、疾病观、诊疗观乃至方法论等，均存在着明显的差异。然无数事实充分说明，临床实践中若能互相取长补短，有效地发挥中西医各自的优势，常可显著地提高某些疾病（尤其是一些疑难病例）的临床疗效，充分地显示了走中西医结合之路的广阔前景。鉴于此，我们特组织各地有关专家、教授，集体编撰这套以各科疑难杂病的防治为重点的大型临床参考丛书，其目的旨在反映目前疑难病中医、中西医结合防治的前沿研究状况，促进中医、中西医结合事业的健康发展。

全套丛书，重心内容以“难治病的中西医结合防治”为主，力图反映各科（或各系统）中医、中西医结合的最新研究进展。虽然如此，但其间仍然存在有不成熟的地方。我们怀着真诚的感情，希望广大读者关心她、批评她，使之为中医、中西医结合的发展做出应有的贡献。

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书编委会
吴大真 柯新桥 李 宁

编写说明

恶性肿瘤，是一类严重威胁人类健康的常见病、多发病，故防治肿瘤的研究已成为世界医学界的重点课题。近几十年来，国内外对肿瘤的治疗都注重采用综合方法，我国的中西医结合疗法在防治肿瘤的研究中已显出明显的优势，并获得了许多令人鼓舞的成果，一部分确有疗效的中药制剂被广泛地用于临床，受到了广大临床医生和患者的欢迎。因此，系统总结这些研究成果，为广大临床工作者提供诊疗经验，促进中西医结合防治肿瘤疾病的研究深入开展是一项意义重大的工作。基于此点，我们广泛参阅了大量专业文献及期刊报道，并结合自己的临床体会，集体撰写了本书。本书的编写具有以下特点：

一、全书重点收录了常见、多发恶性肿瘤及个别特殊肿瘤 30 余种。其编写原则是：诊断以西医为主，防治以中西医结合为主，特殊病种以西医为主；略于基础理论，详于防治方法；以治为主，防治结合；力求反映中西医结合防治肿瘤疾病的最新研究进展，突出全书的先进性、实用性和科学性。

二、书中每种疾病均按【病因病理】、【临床表现】、【辅助检查】、【诊断要点】、【防治方法】、【研究进展】等六个方面的内容进行编写，其中【防治方法】为重点。编写时，力求全书体例基本统一，但每一部分内容又可依编写的需要适当调整。总之，注重分清层次，突出重点，阐述清楚，使读

者查阅方便，以利于参考选用。

三、在每种病的【研究进展】项中，编者汇集了近年来国内文献期刊报道的研究成果及临床经验，企望能反映中西医结合防治肿瘤疾病的前沿状况，为进一步研究提供新的思路。

四、本书所刊载的中西医结合治疗方法，其疗效一般要高于单纯运用中药或西药，确有参考价值。为了便于读者查寻，故将编写时参考的文献及期刊报道列于“主要参考文献”，附之于后。

此外，有些肿瘤，如子宫肌瘤等，已编著于本套丛书的其他分册中，故本书未予刊载。

参加本书编写的作者分别来自湖北中医学院、湖北医科大学、湖北省肿瘤医院、鄂州市中医医院、武汉化工学院医院、湖北省电力医院等单位，作者均为多年从事肿瘤临床与科研工作的教授、专家及主治医师。但由于各种原因，本书的缺点、错误及疏漏之处在所难免，故祈望广大读者批评指正。

编 者

1995年5月20日于武汉

目 录

第一章 消化系统肿瘤	(1)
食管癌	(1)
胃癌	(25)
肝癌	(54)
胰腺癌	(101)
大肠癌	(115)
第二章 呼吸系统肿瘤	(135)
鼻咽癌	(135)
肺癌	(156)
第三章 泌尿生殖系统肿瘤	(186)
肾癌	(186)
膀胱癌	(198)
前列腺癌	(210)
睾丸肿瘤	(219)
阴茎癌	(228)
第四章 妇科肿瘤	(241)
乳腺癌	(241)
子宫体癌	(257)
子宫颈癌	(268)
卵巢癌	(288)
外阴癌	(302)
恶性葡萄胎	(314)

绒毛膜癌	(327)
第五章 中枢神经系统肿瘤	(340)
胶质细胞瘤	(340)
脑膜瘤	(353)
垂体腺瘤	(361)
颅内转移瘤	(371)
第六章 恶性淋巴瘤	(378)
第七章 白血病	(399)
第八章 其他肿瘤	(426)
多发性骨髓瘤	(426)
骨肉瘤	(439)
血管瘤	(450)
恶性黑色素瘤	(456)
皮肤癌	(467)
附 1 主要抗癌药的名称缩写	(482)
附 2 方剂索引	(485)

第一章 消化系统肿瘤

食管癌

食管癌是发生于食道全段的、食管鳞状上皮的恶性肿瘤，为我国最常见的消化道恶性肿瘤之一。其发病有着明显的地区差别，以河南、河北、山西三个省交界处的发病率和死亡率最高，这种地区差异的规律性为进一步探索食管癌的病因提供了重要的线索。进行性吞咽困难为其最典型的临床症状。早期患者常有咽下哽噎感，可自行消失和复发，不影响进食，偶感胸骨后和剑突下疼痛；随着病情的发展而发生进行性吞咽困难，直到完全不能进食。常吐泡沫状粘液（量一般较多）。晚期癌肿溃烂可引起出血。发病率从性别上看，男多于女；从年龄上看，30岁以下的人少见，自30岁起，随年龄的增高而迅速上升，年龄越高，死亡率也越高，其中以60~69岁年龄组最高。从解剖部位上看，一般以食管中段的发病率最高，下段次之，上段最少。食管癌早期诊断可作治愈性治疗，而中晚期只能给予姑息处理。目前的情况是，临床有半数病人在开始警觉时癌肿已转移。

结合本病的临床表现，一般将其归类于中医“噎膈”的范畴。

【病因病理】

一、西医

1. 病因 本病发病与自然、地理环境和生活习惯有着密切的内在关系。其中主要包括以下几种因素：①食用发霉、变质的食物，认为是诱发食管癌的主要因素；②食物和饮料中的亚硝胺类化合物也是食管癌发生的重要因素。③其他因素，诸如环境生态条件因素、机体营养因素、遗传易感性因素及食管的慢性炎症刺激因素等在食管癌发生过程中都有一定的作用。另外，值得注意的是饮酒、吸烟、烧煤取暖以及饮食方面的粗、热、硬、快等不良习惯，对食管癌发生也具有不可忽视的作用。

2. 病理 早期食管癌病变只累及上皮、固有膜或粘膜下层。根据外科标本观察可以分为隐伏型、糜烂型、斑块型与乳头型四种。四种类型中均未侵及肌层，也无淋巴结转移。当病灶进一步发展增大时，依照肿瘤的生长方式和形态，在大体上可分为髓质型（肿瘤浸润管壁各层，管壁增厚，粘膜常伴浅表溃疡）、蕈伞型（肿瘤呈圆形扁平状肿块突入管腔，边缘外翻，表面常伴溃疡）、溃疡型（癌灶呈深凹陷溃疡，边界整齐、基底部深达肌层）、缩窄型（癌灶较短，但呈环状浸润生长，致使管腔高度狭窄）。其中以髓质型最多，约占58%。

按镜下的组织学分型，一般分为鳞状细胞癌，主要发生在中段及接近中段的上下段处，约95%的病人食管癌都为此型。腺癌较少见，主要发生在上段及下段。未分化癌可发生在食管各段，但极少见到。

食管癌浸润及转移的方式与其他肿瘤基本相似，主要有：

①直接浸润。癌灶可呈环状浸润性生长或沿管壁上下蔓延或向深部浸润肌层。甚至向外可侵犯到肺、胸膜、气管、支气管、心包、主动脉及甲状腺等处。②淋巴道转移。常可发生在中期或早期，上段发生向颈深及锁骨上淋巴结转移。中段常向后纵膈、肺门下淋巴结转移。下段多向膈下及腹腔淋巴结转移。此外各段又均可转移至锁骨上区。③血道转移。较少发生，以肺、肝、骨等部位转移为主。发生血道转移者已属晚期。④腔内种植。较少发生。有时下段食管癌侵及贲门胃底时，偶发生膀胱直肠窝或阴道直肠窝种植。

二、中医

关于本病病因，中医也早有认识。一般认为，主要与精神和饮食因素有关。《素问·通评虚实论》中说：“膈塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。”《诸病源候论》中说：“忧恚则气结，气结则津液不宣流使噎。”《景岳全书·噎膈》也认为：“噎膈一证，必以忧愁、思虑、积郁而成。”因为忧思可伤脾，脾伤则气结，气结则津液不得输流，使聚而成痰；恚怒伤肝，肝伤气郁，气郁则血不流而瘀血不行，阻塞谷道而成噎膈。在饮食因素中，以饮酒过多和多食辛香燥热之品为主。《医碥》中说：“酒家多噎膈，饮热酒者尤多，以热伤津，咽管干涩，食不得入也。”可见积热消阴，津伤血燥，日久瘀热停留，阻于食道而成噎膈之症。由此可知，食管癌的病理机转不外乎气、痰、血、热诸种之变。

本病的病位在食道，属胃气所主。《古今医案按》引叶天士“食管窄隘使然”之说，即明确指出噎膈的基本病理改变为食道狭窄。但就其发病机理而言，除胃以外，又与肝、脾、肾密切相关。一般而言，初为肝脾气结，痰气交阻于食道；或

因胃津亏耗，津伤血燥，食道滞涩，均使饮食下咽不顺；日久，气郁导致血瘀，致痰瘀互结，阻隔胃气，或胃津亏耗，进而损及肾阴，使病情加重，食物下咽梗塞疼痛，甚则食入即吐，水饮亦难咽下；病久不愈，由阴损及阳，则肾之精气并耗，脾之生化告竭，常能导致气虚阳微，致使病情危笃。在此阶段，如因阳竭于上而水谷不入，阴竭于下而二便不通，称为关格，系开合之机已废，为阴阳离决的一种表现，多无回天之力。

【临床表现】

一、**症状** 食管癌早期症状多不明显，或有时仅出现某些轻微的异常感觉，如上段者多有咽喉部不适或异物感，中段多在进食时胸骨后或背部不舒，下段多在食后中上腹部作胀饱满等。这些症状可持续较长的时间。一般认为这是由于食管的痉挛或肿瘤的浸润所引起。随着肿瘤的增长和浸润，致使管腔逐渐狭窄而发生进行性的吞咽困难，可伴呕吐，吐出物多为食物、唾液、粘液等。呕吐量一般较多，有时液体流入气管而并发吸入性肺炎。

1. **典型症状** 为进行性吞咽困难。起初在进食固体食物时感到吞咽困难，以后是软食进食困难，最后进食流汁也发生吞咽困难，直至完全梗阻滴水不进。

2. **呕吐** 因为阻塞不通，食不得入或食入即吐；若勉强咽入，必感梗阻难下，随即吐出。

3. **伴随症状** 胸膈疼痛，大便燥结，全身消瘦，精神疲惫，甚至吐出物为赤豆汁。

二、**体征** 食管癌由于不能进食和频繁地呕吐以及肿瘤

不断消耗，身体多呈进行性消瘦直至恶液质出现。同时因肿瘤病灶坏死溃疡可出现胸背部疼痛；食管瘘形成时可伴发纵膈炎、肺炎或脓胸等。肿瘤内大血管破裂时可引起大出血。喉返神经被侵犯时可致声音嘶哑。肿瘤出现远处转移时，也各有相应的体征表现。

三、临床分期 关于食管癌的分期，1976年在山西阳泉召开的三省一市食管临床工作会议，根据我国的具体情况，提出了新的食管癌临床病理分期方案，如表 1-1 所示。

表 1-1 食管癌的临床病理分期

分 期	病变长度	病 变 范 围	转 移 情 况	
早 期	0	不规定	限于粘膜层	无
	I	3cm 以下	侵及粘膜下层	无
中 期	I	3~5cm	侵及部分肌层	无
	II	5cm 以上	侵及肌层或有外侵	有局部淋巴结转移
晚 期		5cm 以上	有明显外侵	有远处淋巴结或 其他器官转移

【辅助检查】

一、X 线检查 凡遇到可疑患者，都应拍食管片或吞钡透视。X 线检查是食管诊断中必不可少的手段。在 X 线片上，早期或较早期的患者，常可见到食管壁粘膜增粗、中断或紊乱。进而可见局部小溃疡或充盈缺损、食管壁局限性僵硬，蠕动减弱及钡剂滞留等。病灶再进一步增大时，可见管腔狭窄

及不规则的充盈缺损。钡剂通过受阻及病灶以上之食管扩张，如见较大较深的溃疡或瘘管时，可见到龛影或钡剂外漏。

二、脱落细胞学检查 对已经拟诊的食管癌病人，在明确病灶部位的基础上，均应及时作脱落细胞学检查，以明确诊断。目前最常用的是食管气球脱落细胞检查法。这是一种简单易行、有效的检查手段。因本检查在操作过程中不给患者带来特别的痛苦而病人乐于接受，所以可以用于普查；它能及时发现一些早期或较早期的病人。因此对食管癌的诊断具有很大的应用价值。阳性确诊率高达 95% 以上。

三、食管镜检查 对于临床高度怀疑食道癌的病人，应用上述检查后仍不能确诊时，可考虑食管镜检查。镜下可直接观察病灶及其范围，并可钳取活组织作病理检查。

四、胃内窥镜检查 在纤维光学内窥镜问世后的今天，内窥镜误诊是很少发生的，但也可能发现不了以粘膜下病变为主的贲门处癌肿。在那些提示可能有食管癌症状的病人中，诊断性检查应包括（内窥镜下）钳取活检、细胞刷和脱落细胞检查。

五、CT 检查 CT 纵膈检查可能有助于分期，但不应认为它可以决定能否切除。

【诊断要点】

一、食管癌的典型症状是：起初在吃固体食物时感到吞咽困难，以后是软食，最后进食流汁也发生吞咽困难，所有这些都表示食管存在着严重的器质性病变。据此可作出初步的诊断。在病史中尤应注意，凡年龄在 40 岁以上者，特别是男性，如有进食不舒或梗阻时，首先考虑食管癌的可能。