

肿
瘤
与
肺
癌
证
治

ZHONGLIUYUFEIYAI ZHENG ZHI

谢继增
编著



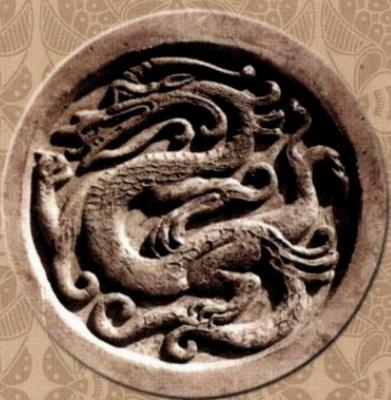
中医名家学术经验集（四）



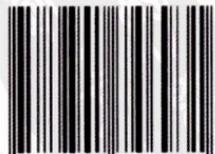
中医古籍出版社

责任编辑◆刘 婷

封面设计◆韩博玥



ISBN 978-7-80174-693-1



9 787801 746931 >

定价: 15.00元
(全套150.00元)

中医名家学术经验集（四）

肿瘤与肺癌证治

谢继增 编著

中医古籍出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

中医名家学术经验集. 4/《中医名家学术经验集》编委会主编.
-北京: 中医古籍出版社, 2009. 7

ISBN 978 - 7 - 80174 - 693 - 1

I. 中… II. 中… III. 中医学临床 - 经验 IV. R249. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 012257 号

中医名家学术经验集 (四)

肿瘤与肺癌证治

谢继增 编著

责任编辑 刘 婷

封面设计 韩博玥

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京亚太印务有限公司

开 本 850mm × 1168mm 1/32

印 张 9. 875

字 数 244 千字

版 次 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

印 数 0001 ~ 1500 册

ISBN 978 - 7 - 80174 - 693 - 1

定 价 15. 00 元 (全套 150. 00 元)



弘揚中國粹

為謝繼增題

錢信忠

二〇一五年四月



谢继增医生简介

谢继增，1949年6月30日生于中国享有盛名的药都河北省安国市一个著名中医世家。现为国际医学博士并任北京市崇文区医学会健安医院院长，中国民间中医医药研究开发协会副会长，中国民间中医医药研究开发协会肿瘤专业委员会副主任委员，全国民营中医医院院长工作委员会副主任委员，阿根廷中国医药专科学校客座教授，马来西亚中医科学研究院海外专家顾问，马来西亚三奇药业集团董事长，马来西亚德仁堂中医养生治疗中心院长。曾担任过中国文化研究会传统医学专业委员会副主席、秘书长，美国传统医药科技大学客座教授，香港国际医学研究会驻北京分会副理事长，世界传统医学联盟委员，中国医促会中医药发展研究会专家委员，中国—北京肿瘤骨病研究会理事，国际颈、肩、腰、腿痛专辑编委，《首都医药杂志》编委，《共和国名医专家大典》编委，加拿大世界中医药学会理事，中国保健科技学会国际传统医药保健研究会常务理事。

继增先生早在1963年的孩提时代就从事医学基础理论学习。1966年任乡卫生所医生。1968年入伍，从事部队医务工作，后一直从事中西医结合防治肿瘤工作。就读于北京军区医学院、河北医学院。曾任张家口105医院、267医院、251医院、268医院中医主治医师。1974年军首长遵照周恩来总理“我们一定要战胜癌症”的重要批示。特任命他为军区肿瘤科研小组组长。为了更好的了解和积累治癌防癌的经验，走遍了全国各地，虚心

向名老中医和民间老中医以及经过验方、秘方、偏方治疗康复的肿瘤患者请教经验，并大胆地、科学地总结以中医研究肿瘤的病因病理以及伴随的症状和转移，从而达到治疗转规，有一套独特的诊断和成熟的治疗方法，特别是对肺癌、膀胱癌、乳腺癌、分别采取不同的辨证论治，取得了显著的效果。经过长期的刻苦钻研和不懈的努力，大胆的实践和探索，取得了以中西医结合治疗肿瘤及疑难病症的宝贵经验。并编著了《肺癌患者康复指南》一书，撰写的《肺丹治疗肺癌 3500 例》、《三棱针穴位速刺加拔火罐治疗寻麻疹》、《乳结灵治疗乳腺病》、等多篇专业学术论文均获优秀论文奖。特别是 2000 年 11 月自拟治疗肺癌新药“七贝肺安颗粒”被北京市药品监督管理局批准为医院制剂，于 2004 年 9 月 1 日被中华人民共和国国家知识产权局获取国家专利。

继增先生先后出访了美国、德国、卢森堡、比利时、法国、泰国、日本、新加坡、斯里兰卡、香港等国家和地区进行学术交流和讲学。并且在 1995 年，研制的治疗肺癌的纯中药制剂，获世界传统医学金杯一等奖。1996 年，应邀出席在美国举行的世界传统医学大会，荣获金杯一等奖。1997 年，应中国保健杂志社邀请参加“中国名医迎香港回归”同贺活动，同年 11 月 26 日，被世界卫生组织授予国际医学博士。1998 年 6 月在韩国“肺丹中成药治疗肺癌”，被评为一等奖金奖。1998 年 11 月在德国同一课题被评为科技领先贡献奖。1998 年，经美国爱迪生发明中心达尔文研究院，香港科学院国际生物工程研究院，欧共体国际荣誉联合评选委员会联合评定，授予国际“达尔文”生物、医学成果博览会国际最高金奖及“对人类贡献”奖称号。同年，被世界科学院授予“世界医学成功人士”，同时荣获第四届世界

传统医学大会世界传统医学优秀科技成果金奖。2000年5月，中国中医研究院特色医药合作中心，中华高新知识产权参评推选委会，授予共和国名医专家成就“贡献”奖，中华名医高新科研成果“领先”荣誉金奖，同时被任命为国家版《共和国名医专家大典》编委。2001年3月，被香港国际传统医学研究会特聘为课题教授。2002年12月，中华传统中医学学术成果交流会荣获“中医世家”荣誉称号。2007年11月17日在“首届全国优秀民营中医医疗机构表彰大会”上被评为“全国优秀民营中医医院院长”。

继增先生经过长期艰苦的努力和勇于探索的精神，取得了可喜的成绩，同时也被国内外多家新闻媒体《人民日报》、《光明日报》、《文汇报》、《作家文摘》、《大公报》、《首都医药》、《天津青年报》、《天津每日新报》、卫生部《卫生天地》栏目组制作的《谢继增访谈录》专题片，进行了多次报导。近日应中国国情研究会的邀请接受了“弘扬中医事业为传统医学做贡献”的专题采访。由于谢继增教授对中华文化事业做出了突出的贡献，相继被编入《中国人才辞典》、《中国当代思想宝库》、《共和国专家成就博览》、《共和国名医专家大典》、《中国专家大辞典》、《中华医药大百科文库·中华名医高新诊疗通鉴》、《中华人物辞海》、《科学中国人·中国专家人才库》、等重要史册。其辉煌的成就引起了国内、外医学界的广泛关注。

前 言

肿瘤之名源远流长，早在 2000 ~ 3000 年前，埃及和我国已有关于肿瘤的记载，但远不在常见病之列。本世纪肿瘤在世界各地仍是较少见的疾病。目前肿瘤已发展为多发病常见病。已经成为威胁人类生命的严重疾患，其中肺癌已居各种癌症死亡率首位，而我国形势更加严峻，肺癌发病率已从 1973 ~ 1975 年的 9.49/10 万上升到 1990 ~ 1992 年的 20.41/10 万。平均每年递增 11.9%。到 2025 年我国每年肺癌发病率将超过 100 万，成为世界第一肺癌大国。所以攻克癌症已成为全人类的共同愿望。

我自幼随伯父学医，1968 年入伍后一直从事中西医结合防治肿瘤工作。治疗各种中晚期肿瘤患者上万例，其中有成功的喜悦，也有失败的痛苦。看到患者痛苦的表情和求生的愿望更激发我攻克肿瘤的信心。

现代医学治疗肿瘤有手术、放疗、化疗、生物、冷冻等方法。但手术和放射治疗只是局部治疗，它不能防止远处转移。化疗虽属全身性的治疗，但选择性抑制作用不强，全身用药毒性大，患者难以忍受。四十年来我把防治肿瘤工作重点放在了中医中药方面。

中医药的发展已有数千多年的历史。中医治疗肿瘤是我国的特色，按中医的理论，任何疾病的发生不外人体内部阴阳平衡失调和外在致病邪气侵犯两方面因素。对于肿瘤的发生，我认为是当机体处于阴阳失衡，气血不和，五脏之气紊乱的状态下外来邪

气乘虚而入，破坏的五脏正常的生理功能，损耗了人体气血津液的物质基础，引起气滞、血瘀痰凝、毒聚、湿停等病理变化，产生气、血、痰、食等病理产物，久之这些病理产物相互交错形成有形的肿物，于是就发生了肿瘤。中医诊病讲究切脉，病人脏腑气血的异常变化通过脉象表现出来。切脉的同时我还观察了成千上万只病人的手，他们指甲的形状、质地、色泽不同，而且甲印的大小、多少也不同。经过反复比较验证，发现甲印与体质、疾病关系十分密切，用它来确定证型和判定体质的寒热虚实非常准确。还观察到多数肿瘤患者在足弓的相应部位出现明显的压痛反应，经过近四十年的时间我总结完善了一套诊断疾病的新方法，即“三印”“四触”“一条线”，此法不但对中医的四诊是个补充，而且也使中医诊断向客观化标准迈进了一步。它与四诊结合提高了辨证的准确率，因而也提高了疗效。另外我用此法对健康人进行检查，发现了许多早期肿瘤患者。

由于多种因素导致近几十年来肺癌发病率迅速上升，前来就诊的病人多数为中晚期肺癌患者，自然攻克肺癌成了我近三十年的重要工作。经过几十年的临床研究总结，我提出了“三位一体”法的综合治疗方法。即通过口服和静脉注射的给药途径加上局部强化治疗相结合与一体，取得了满意的临床效果，此法于局部肿瘤更注重整体用药，有效地预防和消除了远处转移。通过多年的努力我研制出了肺癌的基本用药“七贝肺安颗粒”，它巧妙地利用了肿瘤的发生发展过程，通过多部位、多靶点对肿瘤进行攻击，有效地控制了肿瘤细胞的生长。本书后面有对七贝肺安的详细介绍。

本书从中医和西医的两个方面分别对肿瘤的发生发展及特性

做了介绍，尤其是中西医对肺癌的认识和治疗进行了详细的论述，同时也把我个人对肿瘤的独特见解和诊断治疗方法无保留的献出。希望本书能为广大的中西医人员在预防和治疗肺癌中有所借鉴，为肺癌患者和家属提供一些帮助，这就是我的最大心愿。

在本书编写过程中本院人员谢峰、吴超联、王子珍参与了工作，广大医护人员对本书的编写也给予了热情的关心和支持，在此一并表示衷心的感谢。

承蒙卫生部原部长钱信忠同志为本书题词，国家中医药管理局田景福司长为本书作序，北京中医药大学宋书功教授为本书统稿并作序，特在此表示诚挚的谢忱。

序 一

谢继增先生是我多年的老相识和好朋友。应邀为《肿瘤与肺癌证治》一书出版作序很欣慰。继增先生刚到耳顺之年，但他在医疗战线上已兢兢业业，孜孜不倦的研究，探讨了四十多年，并取得了令人惊叹的医学成就，在国内、外享有很高声誉。

立志奋发，苦学不辍。继增初涉医学时还不过是一个初中生。但就凭他的坚强毅力，现在竟成了一个大学生。阿根廷中国医药专科学校客座教授世界卫生组织授予国际医学博士。这期间，他付出了比常人更大的辛苦和艰难。

如鱼得水，成就名医。1968年带着在农村当医生的微薄知识，加上对医学知识的渴望追求，应征入伍到部队。并先后就读了北京军区医学院，河北医学院。艺高人胆大，他用学到的知识，特别是在防治肿瘤方面独树一帜，不仅服务于部队广大官兵，还对全国各地的老百姓排忧解难。被誉为“军中骄子、一代名医”。

冲出国门，传扬世界。中医学在我国已有几千年的历史，为了继承和弘扬我国传统医学。继增先生不仅到美国、德国、日本等国治病讲学。不仅在北京组建起了健安医院，更难能可贵的是他把医院建到了马来西亚。使国际友人慕名而来，求药治病的人络绎不绝。

天道酬勤，硕果颇丰。继增先生研制的治疗肺癌新药“七贝肺安颗粒”获取国家专利。他还在国内、外众多民间中医药

研究开发组织并任领导职务，同时还被国内的《人民日报》、《光明日报》、《中央电视台》等媒体专题报道。还相继编入《中国人才词典》、《共和国名医专家大典》等史册。真是一分耕耘一分收获。

《肿瘤与肺癌证治》一书是继增先生从医四十多年的实践经验和总结。此书对防癌、抗癌以及提高人民的生活质量都有很高的价值作用。

田景福

2009年3月17日

序 二

癌症是严重危害人类健康的常见疾病，是肆虐人类生命的第一杀手，世界上每年不知有多少人被其夺去了生命，单在我国每年就约有 160 万人患癌症，而其死亡者有 130 万之多，这就给世人在心理上笼罩了一层谈癌色变的恐怖气氛，这也就成了中外医学家必须挑战的课题和必须攻克的堡垒！

上世纪八十年代，我们的《光明日报》遵从周恩来总理的指示，每天都在它的中缝里刊有这几个黑体大字：“人类一定要征服癌症”！这是战斗的呼号！这是我国医学界向癌症发起攻击的呐喊！

军旅名医，北京健安医院院长谢继增教授在这场战斗中取得了重大胜利，他攻克了癌症这个顽恶的堡垒！在那些被他起死回生的癌症患者的心目中，他是英雄，是他们的救命恩人。

谢继增教授出生于在我国素有药都之称的河北安国，谢家世业医，其伯父是当地名医，这样的社会环境和家庭氛围，使他从小就酷爱医学，19 岁从军后又就读于中国人民解放军北京军医学院。他学习努力，刻苦钻研，家学渊源，学贯中西，为其打下了坚实的基础。当他看到癌魔夺去了一个个鲜活的生命，心中就有难以抑制的悲悯，于是痛下决心，此生一定要攻克癌症这个顽恶的堡垒！

终于经过 30 余年的艰苦努力，他成功了！他在临床上反复实践而研究出的“三印、四触、一条线”的新诊法，在医学界

引起热烈的赞同和认可；特别是他经过 30 余年的努力研制出的抗癌新药“七贝肺安”，以其卓越的疗效在中外医学界产生了强烈的震撼。这些成就是谢继增教授对祖国医学乃至世界医学所作出的重大贡献，是广大癌症患者的福音。

如今，谢继增教授把他几十年来治疗癌症的经验和方法，以及他的认识和体会，亦即他心血的结晶，写成此书，贡献于抗癌战线，这是大大的好事，故今趁此书付梓之际，喜为之序。

宋书功

2009 年 2 月 28 日

目 录

上篇 概 述

第一章 认识肿瘤	(1)
第一节 中医对肿瘤的认识	(1)
第二节 西医对肿瘤的认识	(5)
第二章 常见肿瘤的早期发现	(9)
第三章 肿瘤的病因病机	(19)
第一节 中医肿瘤病因认识	(19)
第二节 中医肿瘤病机发挥	(25)
第三节 肿瘤的致病因素	(30)
第四章 中医肿瘤治疗精要	(41)
第一节 中医治则与治法	(41)
第二节 临床常用的中医治疗具体方法	(58)
第三节 西医常规治疗	(68)
第四节 中西医结合治疗恶性肿瘤概要	(88)

下篇 谢继增论肿瘤治疗及肺癌证治

第一章 病因病机的一些探讨	(91)
第一节 体内癌毒的蓄积是肿瘤发生的根本病因	(91)
第二节 肿瘤直接病因的探讨	(95)
第三节 肿瘤的病机是“因病致弱”	(105)
第二章 谢氏新诊法及治疗方法	(108)
第一节 理论基础	(110)
第二节 谢氏新诊法及其在肿瘤诊断辨证中的应用 ..	(112)
第三节 新诊法与防病	(134)
第四节 辨体质强弱和病症寒热对防病的意义	(135)
第五节 新诊法辨肝郁、气血瘀滞对防病的意义	(138)
第六节 散寒回阳法的应用机理	(139)
第七节 攻下法对肿瘤治疗的意义	(143)
第三章 中药治疗肿瘤	(148)
第一节 中药抗癌特点	(148)
第二节 中药治疗肿瘤的作用机理及典型病例	(149)
第四章 肺癌	(157)
第一节 病因病机	(158)
第二节 肺癌的致病因素	(160)
第三节 肺癌病理学	(163)
第四节 肺癌的常规诊断及治疗	(177)
第五节 对于肺癌治疗之我见	(191)
第六节 肺癌治疗药七贝肺安颗粒的研制	(198)
第七节 典型病例	(213)

第五章 肿瘤病人康复指南	(221)
附录 媒体之声	(228)
(一) 《老年文摘》： 当代名医治疗肺癌的新突破	(228)
(二) 《华北信息报》： 大济苍生——记当代名医谢继增	(234)
(三) 《华北信息报》、《华北都市报》： 军旅名医	(238)
(四) 《健康周报》： 当代名医治疗肺癌的新招术	(250)
(五) 《文汇报》： 军中骄子 一代名医	(254)
(六) 《光明日报》： 黑暗王国的一线烛光	(262)
(七) 《张家口市报》： 癌患者的一缕幸福之音 医学上的一束希望之光	(265)
(八) 《张家口市报》： 为了癌患者的生命	(267)
(九) 《人民日报市场报》： (当代名医) 降癌除魔克星——谢继增	(274)
(十) 《新疆绿洲声屏报》、《作家文摘》： “谢大胆”轶事	(276)

-
- (十一) 《人民日报市场报》：
 (当代名医) 我所认识的谢继增大夫 …… (282)
- (十二) 《河北信息报》：
 古有邳彤 今生继增 …… (291)
- (十三) 《中国医药报》：
 谢继增研究成果引起世界传统医学界关注 … (292)
- (十四) 《当代中国》：
 杏林春暖——访北京健安医院院长谢继增 … (292)

上篇 概述

第一章 认识肿瘤

人类早在 3000 多年前就发现了肿瘤的存在，并发现不只是人类会患有肿瘤，其他生物同样也会发生类似肿瘤的病理变化。肿瘤分为良性和恶性两类，其中恶性肿瘤是一类严重威胁人类健康的多发病常见病。根据世界卫生组织 2003 年公布的数据显示：2000 年全球共有 1000 万人患有恶性肿瘤，其中有 530 万为男性，470 万为女性；而由于恶性肿瘤而死亡的更是高达 620 万人，是死亡人员总数的 12%，在一些国家这一数字可达 25%。在发展中国家，城市化进程在加快，导致肿瘤的发生也将逐渐转变为发达国家的形式。我国于 2002 年公布了肿瘤的发病情况，男性的发病率为 143.9/10 万~213.1/10 万，女性为 112.9/10 万~157.2/10 万。

第一节 中医对肿瘤的认识

殷墟的甲骨文中就已经有“瘤”字，早在 2000 多年前的《周礼》中就已经记载周代有专治肿瘤的医生，称之为“疡医”。奠定中医理论基础的《黄帝内经》中也有关于肿瘤一类疾病的记载及其分类：筋瘤、昔瘤、肠瘤、骨瘤、肉瘤、积聚等。如《黄帝内经》中的“久者数岁户成，以手按之柔，已有所结，气血归之，津液留之，邪气中之，凝结日以益甚，连以聚居为昔瘤。”“有所结气归之，卫气留之不得反，津液久留，合而为肠

溜。”“人之善肠中积聚者，……皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽。如此，则肠胃弱，恶则邪气留止，积聚乃伤。”等记载。并认为肿瘤的发生是在脏腑阴阳气血失调、正气虚弱的基础上，外邪入侵，痰、湿、气、瘀、毒等外因长期对机体的侵害，积攒而成。宋元时期称肿瘤为“岩”，而“癌”是明代时才出现的。

中医中还有很多类似肿瘤一类疾病的病名

(1) 噎膈 或称膈证、噎食，和西医中的食道癌、贲门癌相类似。《素问·通评虚实论》中说“膈塞闭绝，上下不通”；《灵枢·邪气脏腑病形》说“膈中，食饮入而还出，后沃沫”。

(2) 反胃 或称胃反、翻胃，和西医中的胃癌相类似。《黄帝内经》说“饮食不下，膈塞不通，邪在胃脘。”《金匱要略》说“朝食暮吐，暮食朝吐，宿食不化，名曰胃反。”

(3) 肺积 或称息贲，和西医中肺癌相类似。《难经》中说“肺之积，名曰息贲，在右肋下，覆大如杯，久不已，令人洒洒寒热，喘咳，发肺痈。”《济生方》说“息贲之状，在右肋下，覆大如杯，喘息奔溢是为肺积，诊其脉浮而毛，其色白，其病气逆，背痛少气，喜忘目瞑，肤寒，皮中时痛，或如虱缘，或如针刺。”

(4) 失荣 是指一些恶性肿瘤，如淋巴肉瘤、喉癌、鼻咽癌、腮腺癌等等。《外科正宗》中说“失荣者……其患多生于肩之上。初起微肿，皮色不变，日久渐大，坚硬如石，推之不移，按之不动，半载一年，方生阴痛，气血渐衰，形容瘦削，破烂紫斑，渗流血水或肿泛如莲，秽气熏蒸……”《疡科心得集》说：“失荣者，犹树木之失于荣华，枝枯皮焦故名也。生于耳前后及项间，初起形如栗子，顶破根收，如虚疾病瘤之状，按之石硬无情，推之不肯移动，如钉着肌肉是也。不寒热，不疼痛，渐渐肿大，后随隐隐疼痛，痛着肌骨，渐渐溃破，但流血水，无脓，渐渐口大，肉腐，形如湖石，凹进凸出，斯时痛甚彻心。”

(5) 乳岩 相当于乳癌。《妇人大全良方》中说“若初起内结小核，或如鳖棋子，不赤不痛，积之岁月渐大，巉岩崩破如熟石榴，或内溃深洞，血水滴沥，此属于肝脾郁怒，气血亏损，名曰乳岩，为难疗。”

(6) 妒乳 和西医中的乳腺湿疹样癌相类似。《千金要方》说“妇人女子乳头生小浅热疮，痒搔之，黄汁出，浸淫为长，百种治疗不差者，动经年月名为妒乳。”

(7) 肾岩 和西医中的阴茎癌相类似，又称外肾岩、翻花下疳。

(8) 茧唇 相当于唇癌。《医宗金鉴·茧唇》中说“初起如豆粒，渐长若蚕茧，坚硬疼痛，妨碍饮食……若溃后如翻花，时津血水者属逆……”

(9) 舌菌 或称舌疔，相当于舌癌。《薛己医案》中说：“咽喉口舌生疮，甚则生红黑菌，害人甚速。”《医宗金鉴》中说“其症最恶，初如豆，次如菌，头大蒂小，又名舌菌，疼痛红烂无皮……若失于调治，以致臃肿，凸如泛莲，或有状如鸡冠，舌本缩短，不能伸舒，妨碍饮食语言，时津臭涎。再因怒气上冲，忽然崩裂，血出不止，久久延及项额，肿如结核，坚硬肿痛，皮色如常……”

(10) 喉百叶 或称喉菌、喉疔，和西医中的喉癌相类似。《喉科指掌》中对喉百叶进行了描述：“生于喉中，状如浮萍，略高而厚，色紫。”《囊秘喉书》说“喉百叶是咽喉中有生肉，层层相叠，渐肺有孔出臭气者。”

(11) 五色带下 属于宫颈癌及盆腔肿瘤。《千金翼方》中对其有典型描写：“崩中漏下，赤白青黑腐臭不可近，令人面黑无颜色，皮骨相连，月经失度，经来无常，小腹弦急，或苦绞痛上至心。”

(12) 癥瘕 和西医中的肝癌、胰腺癌相类似。《肘后备急

方》中描述到“凡癥瘕之起多以渐生，如有卒觉便牢大，自难治之，腹中症有结节，便害饮食，转羸弱。”《诸病源侯论》中说“瘕者，由寒温失节，致脏腑之气虚弱，而饮食不消，聚结在内，染渐生长块段，盘牢不移动者是瘕也……若积引岁月，人皆柴瘦，腹转大，遂致死。”“其病不动者名曰为瘕，若病虽有结而可移动者，名为瘕。瘕者假也，为虚假可动也。”

(13) 肠覃 和西医中的结肠癌及卵巢肿瘤相类似。《灵枢·水胀》中有关于肠覃的描述：“其始生也，大如鸡卵，稍以益大，致其成如杯子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。”

(14) 肉瘤 包括软组织恶性肿瘤和脂肪瘤。《外科正宗》中说：“肉瘤者，软若绵，高似馒，皮色不变。”

(15) 伏梁 和胰腺癌、肝癌、胃癌等相类似。《难经》中描述：“心之积名曰伏梁，起脐上，其大如臂，上至心下，久不愈，令人病烦心。”《素问·腹中论》中说：“病有少腹盛，上下左右皆有根，病名曰伏梁……裹大脓血，居肠胃之外，不可治。”《济生方》描述道：“伏梁之状起于脐下，其大如臂，上至心下，尤梁之横架胸膈者，是为心积。其病腹热面赤，咽干心烦，甚则吐血，令人食少肌瘦。”

(16) 积聚 相当于肝癌、胰腺癌、肠癌等。《难经》中说：“气之所积名曰积，气之所聚名曰聚，故积者五脏所生，聚者六腑所成。积者阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处。聚者阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛不常处，为之聚。”《金匱要略》说：“积者脏病也，终不移，聚者腑病也，发作有时，展转痛移为可治。”

肿瘤是一种全身性疾病，而不是局部性疾病，是全身疾病的局部表现。肿瘤是一类病而非一个病。其主要临床症状特点是机体内出现坚如岩石的肿块，表面高低不平，并伴有疼痛及内脏虚

衰的表现，主要体现为脏腑功能的废用及身体状况的急剧恶化。

中医有关肿瘤的病因病机的认识，《黄帝内经》认为主要是情志失调，邪气内伤，《素问·通评虚实论》有“膈塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也”的论述，而这种认识历经数千年一直沿用至今，一直作为中医对于肿瘤病因病机的解释，历代的重要医籍中也基本保持这样的观点。

第二节 西医对肿瘤的认识

西医对于肿瘤的认识比较直观，肿瘤是由人体正常干细胞在一定的内因和外因作用下，逐步转化为癌细胞，然后经过分裂增殖形成肿瘤。人体细胞是由于干细胞分化而来的，细胞是形成人体组织结构和功能的基本单位，一个成年人机体大约有一千八百万亿个细胞组成，这些细胞在正常情况下，按照一定程序、方式和速度，有规律地进行新陈代谢，维持机体的正常生理功能。正常细胞生长到一定程度，就会自动停止繁殖，具有严格的程序调控能力与细胞程序性死亡规律。过去认为，这些正常细胞的任何一类在致癌因素作用下，都可转化为癌细胞，然后经分裂增殖形成肿瘤。

根据肿瘤的生物行为可把肿瘤分为良性和恶性。癌属于恶性肿瘤。癌的英文(cancer)名字，汉译意为“螃蟹”。这就是说“癌”是一种无限制地向外周扩散、浸润。癌症是一组疾病，其特征为异常细胞的失控生长，并由原发部位向其它部位播散，这种播散如无法控制，将侵犯要害器官和引起衰竭，最后导致死亡。虽然人类发现肿瘤已有3000年以上的历史，但直到19世纪应用显微镜后，才建立了目前肿瘤学的框架。20世纪以来，由于自然科学的发展、基础理论研究与新技术的应用，肿瘤学研究有了长足的进步。尽管恶性肿瘤已成为人类致死的第1或第2位

原因，但肿瘤学的进展已使肿瘤患者的 1/3 有根治希望。

一、基本概念

(1) 恶性肿瘤 是指有浸润、转移能力，呈现恶性浸润性增长的肿瘤，包括癌和肉瘤。可破坏周围组织，极易引起死亡。恶性肿瘤无包膜或仅有假包膜，分化程度很差，组织及细胞呈紊乱排列。

(2) 良性肿瘤 是指无浸润、无转移能力的肿瘤，也可引起死亡。通常生长缓慢，呈膨胀扩展，边缘清晰，有包膜，肿瘤分化好，与正常组织相接近。一般不会复发，不转移，预后较好。

(3) 交界瘤 是指介于恶性肿瘤和良性肿瘤之间的中间型肿瘤。良性肿瘤可以渐进的演变为恶性肿瘤，在这个过程中就存在中间型肿瘤。

(4) 癌 是指由上皮细胞演变而成的恶性肿瘤，现在常用来泛指一切恶性肿瘤。

(5) 肉瘤 是指来自间叶组织的恶性肿瘤。

(6) 癌前病变 是指有可能引起癌症发生的一些疾病。如巨大的慢性胃溃疡、慢性溃疡性结肠炎、肝硬化、阴茎乳头状瘤等等。各种器官的上皮不典型增生也可以看做癌前病变。

(7) 原位癌 是指癌细胞局限于上皮层内，基底膜未被穿破，包括乳房小叶原位癌、宫颈原位腺癌、喉原位鳞状细胞癌等等。

(8) 隐匿性癌 是指原发癌十分微小，临床未被发现，转移灶首先被发现的癌症。

二、恶性肿瘤的命名

(1) 根据恶性程度命名 低度恶性肿瘤、中度恶性肿瘤、高度恶性肿瘤。

- (2) 根据生长方式命名 原位癌、浸润癌、转移癌。
- (3) 根据波及的范围命名 早期癌、中期癌、晚期癌。
- (4) 根据解剖部位命名 如胃癌、肝癌、肺癌等等。
- (5) 根据组织结构命名 如囊腺癌、乳头状癌、管状癌、腺样囊腺癌等等。
- (6) 根据来源细胞命名 鳞状细胞癌、基底细胞癌、移行细胞癌、骨肉瘤等等。

三、对肿瘤的基本认识

- (1) 肿瘤基本上都是起源于机体细胞。
- (2) 肿瘤的形成需要一个相对漫长的过程，且需要内外因的联合作用，这个过程一定程度上是可逆的，而恶变后就难以逆转了，现在西医的认识是基因发生了变化，且已经用实验予以证实。
- (3) 肿瘤的发展分为5个阶段：
 - ①癌前病变：良性病变，具有癌变的潜在可能。
 - ②原位癌：癌前病变刚刚发生癌变。
 - ③浸润癌：已经开始浸润扩展。
 - ④局部转移：通过淋巴转移到淋巴结。
 - ⑤远处播散：恶性肿瘤的终末期，十分凶险。肿瘤细胞通过血液转移到较远处的器官。

四、肿瘤病毒的生物学特征及其致癌特点

- (1) 肿瘤病毒是具有生命的微生物，但它必须进入宿主的细胞内并利用细胞和营养条件进行繁殖，而在自然界不能生存繁殖。
- (2) 肿瘤病毒对人和动物的细胞具有感染性和特异亲嗜作用，并诱发突变致癌。

(3) 肿瘤病毒的 DNA 和 RNA 直接或通过酶的作用，必须整合到宿主的细胞的 DNA 中，并作为细胞的基因加以表达，从而使宿主细胞发生恶性转化。

研究证明，逆转录病毒的致癌必须在逆转录病毒感染细胞后，以其 RNA 基因组在逆转录酶作用下转录为单链 DNA，然后合成单链 DNA 的互补链，这种双链 DNA 可整合到受感染细胞的染色体 DNA 中（而 DNA 病毒则直接将 DNA 整合到受感染细胞的染色体 DNA 中），经转导、转录和翻译表达为一定的蛋白质，从而导致宿主细胞癌变。

目前已知能引起动物肿瘤的肿瘤病毒约有 600 株以上，其中 1/3 属于 DNA 病毒，2/3 属于 RNA 病毒。越来越多的证据显示，人类于下列肿瘤病毒密切相关。

- ①淋巴瘤病毒可引起人类 T 细胞白血病；
- ②EB 病毒可引起 Burkitt 淋巴瘤和鼻咽癌；
- ③肝炎病毒可引起肝癌；

④人类乳头状瘤病毒可引起上皮性肿瘤。如：宫颈癌、外阴癌、阴茎癌、肛门癌、前列腺癌、膀胱癌、食道癌。85% 的宫颈癌及其癌前病变与人类乳头状瘤病毒 DNA 整合到宿主细胞 DNA 有关。因此，病毒 DNA 的整合对于肿瘤的发生非常重要。

第二章 常见肿瘤的早期发现

癌是人类最凶恶的疾病，目前随着生活水平的提高及其它感染性疾病的被控制，癌已跃居于人类死亡疾病的前三名（中风、冠心病和癌）。据世界卫生组织统计，每年十万人中大约有 150 人患癌，对 40 岁以上的人威胁极大，但儿童、青年亦非没有癌症，胚胎性恶性肿瘤、肉瘤、急性白血病、脑瘤、神经母细胞瘤、恶性淋巴瘤、肾母细胞瘤等恶性肿瘤，则主要侵害青少年。

我国死亡率最高的九大癌症为：胃癌、食管癌、肝癌、宫颈癌、肺癌、肠癌、白血病、鼻咽癌、乳腺癌。其中最凶险的癌要算肝癌，发展迅速，死亡率极高，一般不超过 6 月~3 年。

癌属于恶性肿瘤，恶性肿瘤主要包括癌及肉瘤，其中癌占恶性肿瘤的 80% 以上，主要来源于人体的上皮组织，而肉瘤则来源于间叶组织，如肌肉、脂肪、骨骼、纤维组织，以及造血系统、淋巴系统、神经系统等，占 10%，或者说发生于内、外胚层组织的叫癌，形成与中胚层组织的称为肉瘤。其中男性常发生的癌为肺癌、胃癌、肠癌、肝癌、胰腺癌、白血病，女性为宫颈癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌、肠癌。由于癌不是一个单纯的局部病变，而是全身疾病的局部反应，因此癌的早期先兆是有反应基础的。然而所不幸得是癌症状难以早期发现，早期临床症状多数已为中、晚期病理演变了，因此必须尽力探索超早期先兆，这样才能阻截癌症于早期病理阶段，而且任何一种癌肿都有沿淋巴、血循环转移的毒性，其中尤以恶性黑色素瘤播散最速、最多和最远。因此为了防止癌毒的危害和转移，力争早期发现和早期治疗，有必要探索癌的早期和超早期先兆，其意义比任何一个疾病都更为重要。

一、癌的早期先兆基础

(1) 人体恶性肿瘤 75% 长在体表，易于发现。

(2) 癌形态学为发生肿块，故易于暴露。

(3) 生长速度虽比良性肿瘤快，但亦有一定过程（足以被人们所发现的过程）。

(4) 早期淋巴结转移，为早期发现癌创造了有利条件。人体的六大淋巴结就是癌肿的早期预报仪，尤其是颈部淋巴结，可以是全身淋巴结的早期荧光屏。据统计，颈部淋巴结仅 20% 为原发，80% 均为全身转移而来，80% 来源于锁骨下，其次腋窝淋巴结为上肢、胸膜、乳房癌肿的荧光屏，下颌下淋巴结可预防面部组织的癌肿。腹股沟淋巴结为下肢、盆腔、生殖器癌肿的预报器。

(5) 隐蔽再深的癌肿亦必然有一定的征象暴露，如可通过肿块出现、疼痛的产生，以及分泌物的异常，或因癌肿分泌的毒素类激素而产生全身性的异常现象。诸如出现内分泌失调疾病，如皮质醇增多症、性欲亢进、甲状腺功能亢进症、性早熟、乳腺增生等病。或见癌毒刺激的瘙痒症，神经营养功能障碍所致的皮炎，精神异常，代谢异常等，都足以作为讯号。

二、癌早期发现的困难性

1. 早期肿块无痛

在癌肿未侵及神经、骨膜时，无痛无痒为癌肿的隐匿性进展创造了条件。如乳腺癌 2/3 以上呈现“不痛不痒”的肿块，原发性肝癌 3 厘米以下无疼痛等皆是。除非神经系统、骨、肝等神经纤维分布丰富的癌才有早期疼痛，因此难以引起患者的警惕，肿块小的有时反而侵蚀力极强，淋巴转移较早，或尚未出现临床症状时已有远期转移，肿块长的很大的有时反而侵蚀力相对不大。

2. 善于隐蔽

癌经常长在易于隐蔽的地方，如鼻咽癌常选择鼻咽隐窝，阴道癌则藏于阴道后窟窿。又如有些癌症（如甲状腺癌）可长期隐匿性存在着，甚至在尸体解剖时才发现，有的则偷藏于器官腺管内而难以发现。如早期乳腺癌由于癌肿极小，匿藏于乳腺管内，无法发现，因此经常延迟了病情，而胃癌则常以萎缩性胃炎的形式匿性进展。总之，许多癌肿皆为各种各样的形式隐蔽地、悄悄地进展着，给早期诊断带来了困难。

3. 长期潜伏性

有些癌症以癌前潜病的形式长期潜伏着，到一定的时候则突然癌变，并迅速地发展起来，就象定时炸弹埋伏在体内一样。如交界痣、皮内痔可以长期不活动，如体内只要有一个黑色素细胞瘤出现，则身体其它部分埋伏着的交界痣、皮内痔均会突然发生响应，全都几乎同时发生癌变。有的癌甚至在胚胎时期就开始潜伏。有学者说，在妊娠期妇女因治疗给予雌激素，通过胎盘血循环到达胎儿生殖道，可致其上皮细胞发生突变，这些突变的细胞潜伏期可达三十年以上，从事沥青工作的潜伏期可达到二十年之久，皆足以表明有的癌其潜伏性相当长。

4. 早期无特异性

癌肿大多早期先兆缺少特异性，故致诊断发生困难。如胰腺癌、肝癌、胃癌、大肠癌等消化系统癌症早期皆有厌食、腹胀、恶心等消化不良症状，所谓胃纳呆症。必须在此基础上进一步找出其间的特异性，才能发现早期癌症。

5. 体质因素

由于个体素质的差异，疼痛阈不一致，因此对疼痛的敏感也不一样，从而客观上对癌肿造成了掩盖。

三、癌的超早期先兆

癌的超早期先兆是比较复杂的，无论在内分泌改变方面，或是免疫反应方面，神经系统方面，以及心血管、血液等方面，早期皆有不同程度的兆象，对癌的早期诊断具有一定的辅助价值。

1. 在内分泌改变方面

据现代研究认为：异位激素（非内分泌腺源类内分泌病），所谓肿瘤-内分泌综合征，以肺癌为多见，最早出现于肺癌局部临床表现的前三年，由于异位激素干扰了正常激素的平衡而使内分泌呈紊乱状态。因此，四十岁以后出现无原因的内分泌紊乱时就应列为癌警号。一般来说肿瘤产生所谓异位激素，为瘤对脑垂体的促激素，而不是激素本身增加，如肿瘤产生的异位促甲状腺素，而非甲状腺素。再加某些肺癌（未分化癌）及肝癌分泌的促性腺激素可使患者乳房发育，其中，尤以肺癌、肝癌、甲状腺癌及生殖系统癌容易产生异位激素，从而导致相应的改变。

2. 神经系统方面

神经系统表现常为肿瘤的较前沿信号，可出现于肿瘤发生前数年，主要表现为感觉异常或感觉障碍。

3. 心血管系统方面

心血管变化，尤其是迁徙性血栓性静脉炎的出现，多为肺癌及生殖系统癌，及胰腺癌等腹、盆腔恶性肿瘤的最早信号。

4. 血液系统方面

贫血常为造血系统肿瘤及淋巴系统肿瘤，如白血病的晚期恶兆，有的恶性肿瘤则可出现类白血病反映或白细胞减少，常为癌坏死，转移之恶兆。

5. 免疫系统方面

有些癌的过敏反应和自体免疫常增高，出现皮炎、类风湿性关节炎改变。如慢性淋巴细胞白血病、淋巴肉瘤，皆较早出现

自体免疫性的溶血性贫血，虽为非特异性证候，但亦可为早期信号之一。

6. 皮肤组织方面

皮肤病变常是内脏恶性肿瘤的报标器，如皮肤恶性黑棘皮病，在内脏恶性肿瘤中，尤其腺性癌的预报率几乎百分百。皮肤炎有1/6有癌症可能，消化道恶性肿瘤及生殖系统恶性肿瘤白血病等，常先出现皮肤瘙痒。静脉管炎很多情况下与恶性肿瘤有关，尤其是胰腺癌。此外，慢性荨麻疹与淋巴肿瘤有联系。有些恶性肿瘤，如肺癌，生殖系统癌，消化道癌及淋巴系统癌，常易出现皮肤癌，常易出现皮炎，其中期预报价值可比癌瘤局部临床症状提早达二年的预报价值，最迟可提早2月，其特性是面、颈部出现蝶形潮红斑样疹。

7. 腺体分泌及排泄物方面

腺体分泌物及排泄物虽不是超早期先兆，但其改变也较早，二者的变化对癌系统来说，皆足以为戒！如恶性肿瘤分泌出来的毒素刺激所在脏器组织的腺体，因此早期由于分泌物或排泄物的增加，虽无其它伴有症，亦足以引起警戒。如直肠癌早期出现便后带少量黏液，前列腺癌最早期可出现尿后及大便后少量黏液，子宫颈癌的白带增多，子宫体癌及输卵管癌的水样白带均足以引起警惕。

四、癌前潜病

(一) 可能癌前病

- (1) 胃癌 溃疡 (2%~8% 癌变率)，萎缩性胃炎。
- (2) 肠癌 肠道息肉 (40%~50% 癌变率)。
- (3) 阴茎癌 隐睾，包皮过长 (85%~100% 癌变率)。
- (4) 宫颈癌 宫颈糜烂 (20%~35% 癌变率)。
- (5) 卵巢癌 卵巢囊肿 (50%~75% 癌变率)。

(6) 甲状腺癌 甲状腺腺瘤 (20% 癌变可能)。

(7) 乳腺癌 乳腺囊性增生 (20% ~ 50% 癌变率)、乳腺纤维腺瘤 (2.6% 癌变率)。

(8) 皮肤癌 色痣、慢性溃疡、白斑、瘢痕、放射性皮炎、日光病、表皮样囊肿。

(9) 黏膜癌 黏膜白斑。

(10) 绒毛膜上皮癌 葡萄胎。

(二) 癌前病

(1) 皮肤 长期顽固的色素性痣、疣, 或其它结节、白斑病、慢性皮炎、经久不愈的溃疡, 或易受摩擦部位的瘢痕、白化病、角化过度……或着色性干皮病, 在日光照射下, 可癌变为皮肤恶性肿瘤。

(2) 黏膜 白斑病、慢性炎症、溃疡、或乳头状突起等。

(3) 胃 胃酸不足性慢性胃炎、萎缩性胃炎、胼胝性溃疡、息肉。

五、恶性肿瘤的十大信号

①发现不痛不痒的肿块。

②经久不愈的溃疡。

③疣或色素痣, 突然增大, 脱毛, 刺痒或疼痛, 色素加深。

④持续性干咳、胸痛。

⑤持续性食欲减退, 上腹不适, 或疼痛, 或食道吞咽不适, 或疼痛规律突然改变。

⑥腹胀不适, 排便习惯突然改变。

⑦不明原因的出血。

⑧排泄物带血。

⑨分泌物增多, 如白带增多。

⑩不明原因的发热、乏力、体重减轻、贫血。

六、交界肿瘤的可逆性

所谓交界肿瘤，是指界乎于良、恶性之间的肿瘤，交界肿瘤的标准在于形态结构的可疑，介于分化良好与明显异性之间。或分化不成熟，或分化完全成熟，但临床症状为恶性。良、恶性肿瘤之间并非一刀截，很多情况下是互相渗透的，或存在着阶梯变化的标准。交界性肿瘤是良性实则为恶性的混合瘤，交界性肿瘤一般是可逆性的。

交界性肿瘤包括：

- ①尿路上皮移行细胞乳头状瘤。
- ②甲状腺乳头状腺瘤及胚胎性腺瘤。
- ③卵巢囊腺瘤、上皮增生活跃者。
- ④外耳道、阴茎处鳞状细胞乳头状瘤。
- ⑤唾液多形性腺瘤（混合瘤）、细胞丰富者。
- ⑥鼻腔等处的内翻性乳头状瘤。
- ⑦大肠乳头状瘤（即绒毛状腺瘤）。
- ⑧细胞丰富的纤维瘤。
- ⑨乳腺纤维瘤分化良好者。
- ⑩血管外皮瘤。
- ⑪骨巨细胞瘤Ⅰ级。
- ⑫葡萄胎滋养叶细胞活跃增生者。
- ⑬颌骨造釉细胞瘤。
- ⑭肾腺瘤、肝细胞腺瘤。

七、交界性肿瘤的特点

交界肿瘤实际上也就是境界肿瘤，其特点根据李吉友所提供的特点如下：

- ①肿瘤细胞形态介于良性、恶性之间，即不是典型的良性，

又缺乏肯定恶性的证据，或者，从某些方面看似属良性，另一方面又象恶性。或者，从某些方面看似属恶性，另一方面又象良性，或者，恶性的证据不太确凿，但又有可疑之处，遇到这种情况，诊断意见就可能出现分歧，有的医生说是良性，有的医生说恶性，甚至会讨论时也不能求得统一的想法。

②生长方式上有局部扩散的倾向，切除后往往容易复发，但却不发生转移或极少有转移，或者即使出现局部转移，仍然进展缓慢，对疾病威胁不大。

③细胞形态和它的实际情况对不上号，细胞形态属良性，但实际表现有局部扩散或偶有转移，或者细胞形态符合恶性，但没有明显的扩散转移等恶性表现。

八、女性绝经期肿瘤先兆

此时期出现，尤其是生殖系统肿瘤更易发生。由于卵巢、乳腺、输卵管、子宫等是一个系统，疾病都互为关联，因此它们之间的肿瘤信号也可以互报。

女性更年期是一个极为复杂的时期，由于内分泌的失调、免疫功能下降，导致各种疾病的发生，诸如更年期精神病、更年期内分泌紊乱，尤其是经绝期肿瘤的发病率为最高峰。因此，加强警惕性具有重要意义，如发现得早可以彻底治愈，发现得晚则祸害立至。故在绝经期阶段，女性生殖系统发生的一切异常信号（尤其不规则流血及月经异常）皆不能掉以轻心。

女性生殖系统包括卵巢、输卵管、子宫、阴道、乳腺，皆受辖于卵巢。因此可以说，卵巢的异常，是这一系统疾病的罪魁祸首。卵巢本来就是一个很活跃的组织，尤其在绝经期更易被激惹。绝经期如果用药不当，摄生不慎（包括房事不节）等，很容易导致卵巢内分泌失调、下丘脑-垂体促性腺功能亢进，致雌激素血水平偏高，从而诱发卵巢肿瘤，卵巢肿瘤一旦发生，恶变率

很高，因此有主张更年期切除卵巢以绝后患之说。

由于卵巢、乳腺、子宫、阴部是一个受卵巢支配的系统，它们之间在生理上互相关联，在病理上也互为因果关系，因而在肿瘤的先兆方面具备了互报的条件。如乳腺增生、子宫内膜增生都是卵巢器官功能失调的信号，都有可能转变为肿瘤。

卵巢虽然深居腹内，但人是一个统一的整体，“有其内者，必形于外”，卵巢一旦出现异常，都能通过乳腺及子宫等发生信号，故乳腺、子宫、外阴的异常，往往都是卵巢肿瘤的外兆。如卵巢囊肿（尤其是浆液性囊肿），在绝经期的发病率相当高，而且恶性率并不低（10%~20%，甚至可以高达50%），故应引起高度警惕。如40岁以上的妇女，一侧少腹胀，或持续性压迫痛伴月经异常（月经稀发、发黑、淋漓不尽或过多），都应警惕卵巢肿瘤。绝经期或绝经后出现子宫不规则出血、色黑，都应想到子宫内膜癌的可能，尤其原有月经过多（子宫内膜增生）脱落内膜污黑者，更应加以高度重视。

35岁以上妇女高发的宫颈癌，在女性生殖器恶性肿瘤中竟高达58.5%~93.1%。因此，中年妇女，尤其是早婚妇女，房事不节者，发现带有异味的清稀水样白带增多及接触性出血（尤其是性交后出血）就应立即进一部检查以免错过早期治疗的时机。

子宫肌瘤是妇女的高发肿瘤，30岁以上妇女，出现月经过多，行经期延长，经一般治疗无效，平时白带增多，性欲偏亢，就应想到子宫肌瘤的可能。一侧少腹酸胀，带有异味的水样白带大量增多，则应进一步检查以免错过早期治疗的时机。

一侧少腹痛（排卵期及经期尤其明显），并有逐渐增剧的趋势，伴有月经紊乱者，首先应考虑卵巢癌或卵巢肿瘤的可能。乳房摸到不痛不痒硬块，并逐渐增大者，又应怀疑乳腺肿瘤发生的可能。

总之，绝经期及绝经后期是女性生殖系统肿瘤的高发期，如在这个阶段出现的任何异常，都不应有任何侥幸心理，而应立即进行进一步检查。另外，开展40岁以上妇女定期进行生殖系统肿瘤普查，是妇女保健的一项必要措施。

九、青少年时期肿瘤先兆

青少年时期的恶性肿瘤，由于起病多急，因此易于发现。但由于本病恶性程度高、进展迅速，一旦发现已非早期，故青少年时期的恶性肿瘤，尤应注意超早期先兆。

(1) 骨肉瘤 骨肉瘤是恶性肿瘤中最凶恶的一种，占人体肉瘤的1/3，好发于10~25岁的青少年（占1/3），男女比例为2:1。多见于股骨下端及胫骨上段，本病最为凶险，发展快、转移迅速，危害极大。青少年如出现不明原因的上述骨部不适，就应引起注意，如出现疼痛或肿块更应考虑本病的可能。

(2) 恶性淋巴瘤 恶性淋巴瘤分为何杰金氏病（淋巴网状组织恶性肿瘤）及非何杰金氏病淋巴瘤两类，包括淋巴肉瘤及网织细胞肉瘤。多发生于青少年，男多于女。青少年如出现全身（或局部）瘙痒、不规则发热及浅表淋巴结肿大（尤为颈部淋巴结肿大），都应尽早做淋巴组织活体检查。

(3) 甲状腺癌 甲状腺癌为一种多发生于青年女性的恶性甲状腺肿瘤。凡青年女性在甲状腺部位触到生长迅速的结节、不痛不痒，都应立即作进一步检查。

小结：总之，青少年时期易发生的恶性肿瘤虽然种类不多，但极为凶险，加之青少年体质较强，一般状况好，容易掩盖病情。因此，凡出现上述可疑信号者，都不能掉以轻心。尤其发生年龄愈轻的恶性肿瘤，遗传性愈强，故应注意家族史。

第三章 肿瘤的病因病机

第一节 中医肿瘤病因认识

下面简单的谈一下中医数千年以来对于类似于“肿瘤”这类疾病的病因的认识。

中医学认为肿瘤是一种全身性疾病，而不是局部性疾病，是全身疾病的局部表现。肿瘤作为一类病而非一个病，其致病因素比较复杂。综观古今文献资料，祖国医学对肿瘤病因的认识，归纳起来不外外因与内因。所谓外因者，主要指对外界特别是大自然中的一切致病因素，以及先天不足及脏腑功能失调等。而在强调外因的同时，尤重内因，认为肿瘤是七情内伤、饮食失节以及机体本身所具有的致病因素，特别是不良精神因素。还有经络气血运行障碍，引起局部气滞血瘀、痰凝、热毒、湿聚等相互交结而成癌变。

一、六淫致病

“六淫”即风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的总称。祖国医学认为癌瘤的发生与邪气侵袭有关。正如《灵枢·九针论》曰：“四时八风之客于经络之中，为瘤病者。”“虚邪致入于身也，寒与热相搏，久留而内蓄…邪气居其间而不反。发为筋瘤…肠瘤…昔瘤，以手按之坚，骨疽…肉疽。”说明虚邪、寒、热等可以引起肿瘤。《灵枢·百病始生篇》亦曰：“积之所生，得寒乃生，厥乃成积也。”提出积之所成与感受寒邪有关。《诸病源候论》中对六淫所致肿瘤更具体的描述。如其曰：“脑湿热，谓头上忽生肉如角，乃湿热蕴蒸冲击所生也。”“黑痣者，风邪

搏于血气，变化生也。”“恶核者，肉里忽有核，生颈边，又是风寒所折，逐不消不溃。”《医宗金鉴》中认为茧唇由“脾胃积火”结聚而成。从古人的论述中，我们可以发现，六淫邪气在肿瘤发生外界因素中占有重要地位。六淫之邪侵袭人体客于经络，扰及气血，使阴阳失调，气血逆乱，津液代谢失调而致气滞血瘀、痰湿凝聚，日久成积，变生肿瘤。我们认为，古代医家在当时的条件能认识到肿瘤发生与外界致病因素相关，这一点是难能可贵的。当然，除了古人所述“六淫”邪气之外，由于工业的不断进步，社会生活环境亦发生了重大变化，空气污染日趋严重，这已成癌症发生的又一重要外因。据统计表明，吸烟及工业污染接触已成为肺癌的主要原因。

二、七情内伤

七情指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，属于人体正常的情志活动，与脏腑、气血有着密切关系。七情太过或不及均可引起体内气血运行失常及脏腑功能失调，过怒则伤肝、过喜则伤心、过思则伤脾、过悲则上肺、过恐则伤肾，为引发肿瘤奠定了内在的基础。正如《灵枢》曰：“内伤于忧怒…而积聚成矣。”在这一思想指导下，后世医家多有发挥，将一些肿瘤的发生与发展认为与精神因素、情志不遂有关，如噎膈在《素问·通评虚实论篇》被认为是“暴忧之病也”。《医学津梁》在论述噎膈时指出：“由忧郁而气结，气结于胸，以至噎膈”，“大抵气血亏损，复因悲思忧虑，则脾胃受伤，血液渐耗，郁气生痰，痰则塞而不通，气则上而不下，妨碍道路，以致血气并结于上焦，通络窄狭，不能宽畅，饮或可下，食则难入而病成矣。《景岳全书》亦认为“噎膈证必以忧思虑积劳积郁而成”。

上述医家均认为噎膈的发生，主要在于情志的异常变化。突然强烈长期持久的情志刺激，可以直接影响机体的正常生理功

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信**：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

能，使脏腑气血功能紊乱，经络不能畅达，郁结胸中，久则癌肿成矣。当然，临床所见，不仅仅噎膈与此关系密切者尚有多种。《妇人大全良方》认为乳岩的发生：“此属肝脾郁怒，气血亏损。”《医学正传》亦认为：“此症多生于忧郁积忿之中年妇女。”《丹溪心法》在论述乳腺癌时指出，其病因为“忧恚郁闷，晰晰积累，脾气消阻，肝气横逆”所致，更明确提到没有丈夫或失志于丈夫的女子较多，其曰：“瞧不得于夫者，有之妇以夫为天，失于所天，仍生乳岩。”这比国外提到“寡居者”早几百年。《外科正宗》亦曰：“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想有心，所愿不得志者，致经络疲惫，聚结成核…其时五脏俱衰，四大不救。”明确指明了情志因素，特别是忧思在“乳岩”发病中的重要地位。《外科枢要·论瘤赘》在论肉瘤时指出：“郁结伤脾，肌肉消薄，而成肉瘤。”《医宗金鉴》认为“失荣”由“忧思恚怒，气郁血逆，与火凝结而成。”陈实功在论述“失荣病因时，亦指出“失荣者，先得后失，始富终贫，亦有虽居富贵，其心或因六欲不遂，损伤中气，郁火相凝”。《澹寮集验方》中论述“五积”时曾曰：“盖无积者，因喜怒忧思七情之气，以伤五脏…故五积之聚，治同郁断。”

综上所述，可见历代医家在分析肿瘤病因时，都十分重视情志因素。认为七情内伤尤其是忧思不能自拔在肿瘤的发病及分析肿瘤病因时，在肿瘤的发病及发展上有着重要的作用。七情内伤不仅可以直接引起气血管脏功能失调而致气滞血瘀，津停痰阻，日久而成瘤，而且由于七情内伤，又易致外邪（致癌因素）侵袭，通过“正虚”内外合邪，多因素综合作用而产生癌瘤。现代医学亦证明了肿瘤的产生与情志有关。有学者搜集近 50 年的资料，发现癌症患者常常压抑自己的情绪，对前途悲观失望，过分自责并伴有轻度焦虑。近代研究认为，社会心理的紧张刺激会降低或抑制机体的免疫能力，诱发内分泌的失调。抑郁消极的情

绪可使催乳素分泌过盛而致乳腺癌，紧张的环境刺激、恐惧和焦虑可影响巨噬细胞、淋巴细胞及免疫抗体的产生，造成免疫能力缺损而引起癌症。大量试验和临床观察亦证明，癌症的生长速度与个体的生活方式突然改变等因素有关。故有人称精神刺激引起的恶劣情绪，可能是癌症的“活化剂”。

三、饮食劳伤

饮食、劳动和休息，是人类生存和保持健康的必要条件。但饮食要有一定的节制，劳逸要合理安排，否则会影响机体的生理功能而产生疾病。饮食是人体生存、成长和维持健康所不能缺少的营养来源，正如《素问·平人气象大论》曰：“人以水谷为本。”但饮食要有规律和节制，饥饱要适宜，要讲究卫生，营养要全面，不宜偏嗜，如饮食失节或饮食不洁极易导致疾病的发生。饮食所伤，往往影响脾胃功能，聚湿生痰化热和变生其他疾病。正如《内经》所言：“饮食自倍，肠胃乃伤。”“膏粱之变，足生大疔。”祖国医学很早便认识到饮食与肿瘤发生有一定的关系。《济生续方》中在论述积聚病因时曾言：“凡人脾胃虚弱，或饮食过度或生冷过度，不能克化，致成积聚结块。”《景岳全书》亦曰：“饮食以渐留滞者，多成痞块。”

《济生方》指出：“过餐无味，鱼腥乳酪，强食生冷果菜停蓄胃脘，久则积结为症瘕。”上论说明，若饮食失节，饥饱失常使肠胃功能失调，不能克化饮食，积滞内停而成“积聚症瘕”。另外，中医学认为不当的饮食习惯或饮食偏嗜，往往给予机体某些不良的刺激，在肿瘤特别是消化道肿瘤的病因中占有重要地位。如《医学统旨》在论述噎膈病因时指出：“酒面炙煇，黏滑难化之物，滞于中宫，损伤肠胃，渐成痞满吞酸，甚则噎膈反胃。”

《医门法律》亦曰：“滚酒从喉而入，自将上脘烧灼，渐有

热腐之象，而生气不存，狭窄有加，只能纳水，不能纳谷者有之，此所以多成噎症。”《外科正宗·茧唇地六十三》认为肿瘤之成因：“因食煎炒，过餐炙煨，又兼思虑暴急，痰随火性，留注于唇。”从古人的论述可以看出，无论是在饮食不节（洁）、饥饱失度或饮食偏嗜，均能影响脾胃的功能，最终导致津伤气结痰凝而变生肿块。这些观点与现代营养与肿瘤发生的观点颇相似。据流行病学研究表明：西方人由于长期食用高脂肪膳食，乳腺癌、前列腺癌和结肠癌的发病率明显高于西方人。动物实验表明：长期摄入过量蛋白会使某些部位的癌症发生率升高。科学家们对动物研究还发现，癌症的发生与进食种类关系不大，而和进食数量关系密切。国内外近年报道认为饮热茶能破坏人体食管的“黏膜屏障”。据我国食管癌高发地区流行病学调查全部食管癌患者中发现有7%左右的人，有喜好热饮、硬食、快食或饮酒的习惯，并经动物实验研究证明，饮酒和热食、快食等食道黏膜有一定的灼伤和腐蚀作用，黏膜细胞出现增生性病变，进一步可发生癌变。此外，研究亦表明，自然界中广泛存在的一种真菌黄曲霉素、亚硝胺类物质以及3.4-苯并芘等的污染，均可导致癌症的发生。

关于过劳，过逸而致病，在中医历代文献中亦有很多记载。如《素问·宣明五气》“久视伤血，久卧伤气，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。”《素问·调经论》亦曰“内热奈何？”歧伯曰：“有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气熏胸中，故内热。”过劳、过逸均可以对人体产生不利的影 响，造成正气虚弱，脏腑经络气血功能障碍，亦是肿瘤形成的一个因素。所以，调节饮食、防止劳逸过度在肿瘤防治中也是重要的环节。

四、体质内虚

祖国医学认为体质状况决定了正气的强弱。不同的体质状况决定了疾病的易患性和倾向性。综观古代文献，我们不难发现关于体质与疾病的论述。《内经》中曾把人的体质进行分类。曰：“愿闻二十五人之形，血气之所生别，而以候从外知内……”并“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”这一精辟的论述，对各类疾病的病因病机进行了总结。当然对肿瘤的认识亦有指导意义。从肿瘤的发病来看，其与人体体质状况有着密切关系。当机体健康、免疫功能良好，既正气存内，阴阳平衡，脏腑协调时，即使有致癌因素的重要条件。正如《内经》所言：“壮人无积，虚人则有之。”《灵枢·五变》亦曰：“人之善病肠中积聚者，皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止积聚。”充分说明了肿瘤的发生与体质相关。后世医家，在长期的临床实践中，对此亦有发挥。张洁古曾言：“壮人无积，虚人则有之，脾胃虚弱，气血两衰，四时有感，皆能成积。”陈藏器亦曰：“夫众病积聚，皆起于虚。”《景岳全书》明确指出：“脾胃不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。”《外科医案汇编》亦说：“正虚则为岩。”除了“积聚”、“岩”外，其他病亦与体质相关。《诸病源候论》在论述黑痣的时强调：“黑痣者，风邪搏于血气，变化生也，夫人血气充盈，则皮肤润悦，不生疔瘕，若虚损，则黑痣变生。”噎膈之症也与体质有关。《景岳全书》曰：“噎膈反胃，名虽不同，然病出一体，皆由气血虚弱而成。”《古今医统》亦曰：“气血日亏，相火渐炽，几何不至于噎膈。”吴鞠通明确指出：“此症形体长大，五官俱露，木火通明之象，凡木火太旺者，其阴必素虚，古所谓瘦人之病，虑虚其阴。”“大凡噎症，由于半百之年，阴衰阳结。”此外，古代医家还注意到由于年龄不同，体质差异，对肿瘤发生发展的影响。如

《外科启玄》曰：“癌发四十岁以上，血亏气衰，厚味过多所生，十全一二。”明代赵养葵在论噎膈时说：“惟男子高年者有之。”张景岳指出：“少年少见此症，而惟中年耗伤者多有之。”说明年龄因素的意义。中医理论认为，随着年龄的增大，其正气愈虚，机体的防御功能减弱，故易受致癌因素的作用。从上述观点，我们不难发现，肿瘤的发病过程自始存在着“体质内虚”的基本因素。“体质内虚”应该是我们认识肿瘤、防癌治癌的着眼点。实践证明，只有改善体质状况，才能起到良好的防癌治癌的效果。

第二节 中医肿瘤病机发挥

病机即指疾病的发生、发展、变化及其结局的机理，历代医家均十分重视病机。《内经》言：“审察病机，无失气宜。”“谨守病机，各司其属。”将病机提高到“审察”、“谨守”的高度来论述，足见病机在辨证中的意义。从临床看，肿瘤的治疗自始至终贯穿了“病机中心论”的思想。肿瘤的病机在于内虚的基础上，多种致病因素相互作用，导致机体阴阳的失调，脏腑经络气血功能障碍，引起病理产物聚结而发生质的改变。肿瘤本身是一个全身性疾病，是一个全身为虚，局部为实的疾病。由于肿瘤的病因复杂，病种不一，临床表现多样，所以其病理变化也非常复杂，综合临床观察，结合前人理论，我认为肿瘤的病机大致体现以下几个方面。

一、气滞血瘀

祖国医学认为：气与血是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，它们对人体生命活动具有十分重要的功能，故《类经·摄生类》曰：“人之有生，全赖此气。”《景岳全书·血证》

亦曰：“是以人有此形，惟赖此血，故血衰而形衰，血败则形坏。”气为阳，血为阴。《难经·二十二难》曰：“气主煦之，血主濡之。”简要地概括了气血在功能上的差别。而古语“气为血帅，血为气母”，又说明气血之间相互依赖，相互为用的密切关系。在正常情况下气在全身上下，流畅无阻，升降出入，无处不在，借以执行其推动温煦、营养、气化、防御、固摄的功能，维持着人体的生理活动和机体的健康。血在气的推动下，亦循环全身，内至五脏六腑，外达皮肉筋骨，四肢百骸，对全身组织器官起着营养和濡润作用。由于气血之间生理上存在着联系，病理上亦相互影响，气病可以及血，血病可以及气。正如《内经》所言：“气血不和，百病乃变化而生。”临床大多数肿瘤病人均有气滞血瘀之征象，所以古人认为肿瘤与气滞血瘀关系密切。《诸病源候论》在论述噎膈时曰：“忧悲则气结，气结则不宣流使噎。”《订补指掌》曰：“噎膈多起忧郁，忧郁则气结于胸，久而生痰…病成矣。”《古今医统》亦曰：“凡食下有碍，觉屈曲下，微作痛，此必有死血。”上述说明噎膈的形成与气滞血瘀有关。此外，历代医家在论述乳岩时均说明，气滞血瘀是肿瘤发生的基本病机之一。这是由于脏腑经络、四肢百骸之中，如气滞不畅，瘀血不行，凝滞不散，日久均可成瘤。所以疏肝理气，活血化瘀是肿瘤治疗中的大法之一。应注意的是，临床上不同的肿瘤不同的病期，有偏于气滞，有偏于血瘀。一般而言，初期结块多以气郁为主，而随病情发展，血瘀征象日渐明显，所以用药上宜有偏气偏血之差异。

二、痰凝湿聚

痰、湿皆同于一源，稀者为湿，稠浊者为痰。湿邪为病有内外之分，外湿由气候潮湿、涉水淋雨、居处潮湿等外在湿邪所致。内湿多与脾虚有关。湿为阴邪，重浊而黏腻，留滞于机体，

易阻遏气机运畅而出现气滞、气郁、经络痹阻等证。湿蕴于内，久而不去成湿毒、湿热，湿毒浸淫，生疮，流汁流水，经久不愈称为“湿毒流注”。《千金方》曰：“妇人女子，乳头生小浅热疮，搔痒之黄汁出，浸淫为长，百治不差…”这里记载于乳头周围湿疹样癌相似。痰既是病理产物，又是致病因素。它主要是由于肺、脾、肾功能失调，水湿代谢紊乱，停聚而成痰。痰既成之，随气流行，外而经络筋骨，内而五脏六腑，全身上下内外无处不至，从而可导致多种病变。故古人云：“百病皆生于痰。”“怪病皆由痰作祟。”朱丹溪在其著《丹溪心法》中首先提出了肿瘤与痰的关系，曰：“凡人身上中下，有肿块物者，多属痰症。”《外科正宗·痲论》曰：“夫痲痲者，有风毒，热毒之异，又有痲痲、筋痲、痰痲之殊…痰痲者，饮食冷热不调，饥饱喜怒不常，多致脾气不能传运，遂成痰结。”说明了饮食情志损伤脾胃，脾虚生痰，结为痰核，而成肿块。对于发生于颈部的岩肿——失荣，《外科正宗·失荣症》对其病因病理作了较系统的论述。“失荣者，先得后失，始富终贫，亦有虽居富贵，其心或因六欲不遂，损伤中气，郁火相凝，随痰失道停结而成。”说明失荣乃痰毒深痼所为也。总之，痰湿为病，甚为复杂，病机变化多端。临床上把体表或皮下不痒不痛，经久不消之肿块，均按痰核论治，多以消痰散结，化痰通络之法来治疗，而对湿毒为患则以祛湿解毒法来治疗。现代药理研究亦表明，许多化痰散结作用的中药均有抗癌活性。如半夏、山慈姑、瓜蒌、前胡等，而祛湿药中具有抗癌作用的药物更多。综上所述，痰湿凝滞亦是肿瘤发病中的一个重要的病理变化。因此，化痰散结、祛湿解毒亦是治疗肿瘤的大法之一。

三、热毒内蕴

古人言：“诸痛痒疮，皆属于心。”心既指心经实火。痲疽

原是“火毒生”，可见火毒致病的范围很广。疮疡肿痒均与火毒有关。火与热，均为阳盛所生，其性均属于热，但二者同中有异，一者是在热的程度上差异，即火为热之极；二者是热多为外邪所淫，火可由外感之邪所化生，而亦多内生，为机体阳气所生。火邪具有耗气伤津，生风动血，易致肿疡等特点。热毒内蕴可形成肿瘤，因血遇热则凝，津液遇火则灼液为痰，气血痰浊壅阻经络脏腑，遂结成肿瘤。对此，古人早有深刻的认识。《杂病源流犀烛·口齿唇舌病源流》对“疮菌”病理论述。时指出：“舌生芒刺，皆由热结之故，或因心劳火盛，而生疮菌。”《医宗金鉴·外科心法要诀》论舌疳：“此证皆由心脾毒火所致，其证最急…舌本属心，舌苔属脾，因心绪烦扰而生火，思虑伤脾则气郁，郁甚而成斯疾。”将舌疳的病理归为心脾毒火所为。《疡科心得集·辨肾岩翻花绝症论》认为肾岩由“其人肝肾素亏，或有郁虑伤木，肝经血燥…阴精消涸，火邪郁结”。精辟论述了内生火邪，毒热结肿的病理。中医文献把许多肿瘤认为是由于感情抑郁，郁而生火，郁火夹血瘀凝结而产生，临床上多见癌瘤呈热郁火毒之证，若邪热鸱张，呈实热证候，表现肿瘤正在进展，属于病进之象。如系病久体虚，瘀毒内陷，病情由阳转阴，成为阴毒之邪，则形成阴疮毒疽，翻花溃烂，经久不愈，皮肉腐黑，流汁清稀。治实热阳证火毒之邪应投以大剂清热解毒，养阴清热，滋阴降火之品，而对阴毒之邪，则需温里托补，扶正祛邪以调和气血，解除阳虚。

四、脏腑失调，正气虚弱

祖国医学认为：肿瘤发病与脏腑功能失调，正气虚弱有关。脏腑即五脏六腑，脏为阴，腑为阳，脏藏精气而不泻，腑传化物而不藏，脏与腑，一阴一阳，一表一里，通过经络相互络属，共同完成各项生理功能。若脏腑功能失调，则气机紊乱或脏腑禀赋

不足，皆可成为肿瘤发生的内在因素。《诸病源候论·卷十九·积聚候》曰：“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受之风邪，搏于脏腑之气所为也。”将积聚的产生归之于脏腑虚弱、阴阳不和、感受外邪、内外合邪所致。陈藏器亦言：“夫众病积聚，皆起于虚也，虚生百病，积者五脏之所积，聚者六腑之所聚。”简明扼要地说明了“积聚”之病与正虚，脏腑之间的内在关系。中医学认为癌肿的发生应与肝、脾、肾有关，当然其他一些脏腑亦可发生肿瘤，但从临床上看，确以肝、脾、肾三脏最为重要。正如张景岳所言：“脾肾不足及虚弱之人，多有积聚之病。”李东垣《脾胃论》亦曰：“脾病，当脐下有动气，按之牢苦痛，动气筑然，坚牢如积而硬，若似痛，甚则亦大痛，有是则脾虚病也。”《辨证录》曰：“人有脾气虚寒，又食寒物，结于小腹之间，久不能消，遂成硬块…谁知命门火衰不能化物乎？夫脾乃湿土，必借命门之火熏蒸。倘命门火衰，则釜底抽薪，何以蒸腐水谷哉。”因此，治疗上提出“补命门之火，扶助脾土，则旺土自能消化，必功逐而症瘕自开，更觉潜移默夺之胜矣。”据说脾肾功能不足可引起肿瘤。中医认为脾胃为先天之本，肾为后天之本，脾肾不足则正气虚，以致卫外之气无以生，引起癌瘤发生。近代研究表明，恶性肿瘤患者大多均有脾虚气亏或肾虚等症。其细胞免疫功能及皮质醇均较正常人为低，通过中药健脾补肾，或重点健脾益气，或重点补肾固精均能提高患病机体的细胞免疫功能和调整内分泌失调状态，使“卫气”得以恢复，抗癌能力增加，有利于病体的康复。临床上肝郁亦是癌肿发病的一个重要因素。因为从病因上看，情志和发病有关，而七情致病是最易伤肝，有肿块皆夹郁之说。古人言：“六脉弦紧，心下伏梁，非易化之症，一生忧伤，肝之郁可知……”从临床看，恶性肿瘤往往是因虚而得，因病致虚，形成恶性循环，最后导致正衰邪盛，故治疗采用扶正与祛邪相结合，调理脏腑功能，补气养血，

调动和增加机体内在的抗癌能力，这是当今恶性肿瘤治疗学中发展起来的一种最常见的法则，有着重要的意义。

肿瘤是一个全身性疾病。临床上一般认为肿瘤为全身属虚，局部属实的病变，其特点在于因虚致实，又因实致虚，病因病理复杂，变化多端。在疾病的变化过程中，每个患者的病情又不尽相同，所以上述病理机制并非单独存在，而是相互关联或复合在一起。因此，临床辩治，必须依据中医理论，审证求因，抓住每个患者的不同病理特点，根据具体情况给予治疗，才能提高疗效。

第三节 肿瘤的致病因素

引起人类干细胞出现异常的增殖和癌变病因，概括起来主要是内因和外因。内因包括：遗传因素、免疫因素和激素因素。外因包括化学因素、物理因素、生物因素。

一、外源性病因

（一）化学致癌因素

化学致癌因素是肿瘤病因中的最重要环境因素之一。人们的生活环境、职业、不良生活方式和习惯、饮食等均与肿瘤形成密切相关。化学致癌物质最大的特点在于它具有器官特异性。如黄曲霉素引起肝癌，糖精引起膀胱癌，二甲亚硝胺、二乙基亚硝胺引起肝癌，不对称的亚硝胺诱发食管癌，而化学致癌物大多数为癌前致癌物，其本身无致癌性，它必须在宿主体内经过酶系统的代谢启动，形成最终致癌物，才能作用于细胞的遗传物质 DNA 并能与 DNA 共价结合使其细胞转化为恶性肿瘤。所以，细胞 DNA 是大多数化学致癌物质的终极目标，而且化学致癌物是导致肿瘤最强的诱变剂。而化学致癌物的剂量与肿瘤的发生率和潜

伏期成正相关，而剂量越大肿瘤发生率越高，潜伏期也越短。

美国科学院特别委员会在《饮食营养和癌症》报告中指出：“人类的癌症，90%是包括饮食在内的各种环境因素引起的。据研究，男性癌症30%~40%，女性癌症60%都与饮食有关。最近更有两位流行病学专家提出改善饮食，及不良生活习惯可大大防癌及降低癌病的死亡”这就是“病从口入”或“癌从口入”。

哪些饮食、不良生活习惯和环境因素引起癌症？

1. 饮食中化学物质的致癌作用

原料和制作工艺的原因导致许多食物中需要添加化学添加剂，这些添加剂很多都有致癌作用。

表 1-1 可疑致癌物或致癌物

化学物质	在食物中的用途
环己氨酸钠	甜味剂
糖精(邻黄酰苯酸亚胺)	甜味剂(国际规定每天不超过0.5mg/kg)
甘素	甜味剂(国际禁用)
碳酸二乙酯	保险剂
丁基基甲苯	抗氧化剂
桂皮醛	香料
姜黄素	着色剂
红色1号	着色剂
红色2号	着色剂(用于果露、果冻、清凉饮料)
红色104号	着色剂(用于腊肠、鱼松、点心)
蓝色1号	着色剂(用于口香糖、葡萄汁、咖啡和巧克力着色)
溴酸二钾	面粉改良剂
芒色2号	着色剂(用于点心、糖果、凉果、饮料)
正苯酚	进口水果中的防霉剂(橘子、柠檬)
丙二醇	保鲜剂(生面条、饺子皮、馄饨皮、春卷皮等)

2. 吸烟与癌症关系

恶性肿瘤肺癌第一主要原因是吸烟，卫生部公布了2006年

城乡居民主要死亡原因，恶性肿瘤居于首位。应该说，向百姓普及肿瘤的防治知识已是当前一项亟待进行的工作。为此，本版特请相关人士就一些肿瘤防治的方法及存在的误区进行了介绍。据专家介绍，吸烟与30%的癌症有关，烟草污染已成为威胁人们健康的最大公害。

据北京肿瘤医院发病室统计，2003年北京地区恶性肿瘤的发病为2.4万余例，其中肺癌就有5千多例，几乎占了1/4。流行病学统计表明，导致肺癌的主要元凶是吸烟。另有研究报告表明，在我国，引起肺癌的原因，男性约有70%~80%归因于吸烟，女性约有30%归因于吸烟或被动吸烟，世界卫生组织报导说，吸烟者肺癌的发病率是不吸烟者的8~12倍。目前我国有3亿多烟民，而这一数字还在以每年新增300万人的速度不断地上升。高吸烟率直接导致了肺癌一直盘踞于男性癌症发病与死亡的第一位；由于多数女性经常处在被动吸烟的状态，也造成了女性肺癌的高发，肺癌在女性癌症发病中，发病率为第二位，死亡率第一位。

科学家通过对吸烟者吸入烟物的化学成份分析发现，烟雾中含有40多种致癌物质。国内外的研究表明，吸烟多、吸烟量大、烟龄早，其肺癌的发病率会增高。专家计算，每吸一支烟，吸烟者的寿命就会缩短6分钟，长期吸烟者平均要缩短20年左右的寿命。每天吸烟两包（40支）以上者，患肺癌的危险性较不吸烟者高65倍；每日吸烟10支者，较不吸烟者患肺癌的危险性增高13倍。

研究同时表明，虽然由烟草带来的肺癌发病率和死亡率在上升，但是戒烟可以造成这一数字的下降。国外已经有很多实例证明，即便是在中年戒烟，也可以减少肺癌发生的危险。控制吸烟可以减少平均大约80%以上的肺癌，30%的总癌症死亡率也会随着戒烟年限的增长而逐渐降低，如果连续戒烟12年，则与不

吸烟者接近。

吸烟者对周围的被动吸烟构成了很大的威胁。吸烟者的喷云吐雾污染了周围的空气，不吸烟的人呼吸了被烟雾污染的空气，也会受到香烟的危害。被动吸烟者主要是吸入支流烟雾，主动吸烟者吸入的主流烟雾在体内被吸收的仅占 70%，还有 30% 又呼出体外，也混入支流烟雾中。被动吸者吸入的支流烟雾有害成分比主流烟雾还要多。所以，被动吸烟对健康的损害可能更为强烈。

因此，专家在此提醒吸烟者，一定要坚定信心克服烟雾，不要等到危害健康和生命时才醒悟。虽然戒烟是一项困难的工作，但是我们绝不能放弃，更不能表现出软弱。要不断地提高认识，把戒烟行动当作一种责任来看。一些研究表明，戒烟能否成功，关键取决于吸烟者的知、信、行态度，即毅力和决心。

吸烟不仅引起肺癌，还引起胃癌、食管癌、舌癌、唇癌和膀胱癌。大量的调查表明，死于癌症的患者，吸烟者比不吸烟者后果是肺癌增加 108 倍，喉癌增加 4.1 倍，食管癌增加 3.4 倍，肾癌增加 1.5 倍，膀胱癌增加 3 倍，口腔癌增加 4.4 倍，胰腺癌增加 3.6 倍，支气管炎和肺气肿增加 6 倍，冠状动脉疾病增加 1.7 倍。

吸烟者不但本人受害，而且波及周围其它人也受其害，特别对婴儿和儿童更是如此。吸烟时，吸烟者吸入口中的烟雾叫主流烟，副流烟中的致癌物质亚硝胺的含量要比主流烟中高出几十倍，苯并芘高出 2 倍，一氧化碳高出 4 倍，这就是为什么说副流烟（被动性吸烟）对婴幼儿危害之大的关键所在。

纸烟烟雾中有哪些致癌物质呢？经过化学分析测定，明确纸烟烟雾中含有：苯并芘、乙 - 萘胺、亚硝胺 2 - 甲基亚硝胺、区甲基屈等致癌物质，而副流烟雾中含有 N - 亚硝基二甲胺 N - 亚硝基吡咯烷，现简要分析如下：

(1) 苯并芘 1954 年从纸烟的煤焦油中成功的分离出世界公认的强烈致癌物质苯并芘，经过含量测定，每 1000 支纸烟中可测得苯并芘含量为 2 毫克，此剂量足以使动物产生恶性肿瘤，一个人每天按中等吸烟量 20 支计，若吸烟 30 年，则共吸纸烟 2190 万支，累积吸入苯并芘 438 毫克；若日吸烟 10 支计，30 年累计吸入苯并芘为 292 毫克，此剂量对人体的危害性和引发肺癌的可能性极大。

(2) 乙 - 萘胺 当氨基酸加热在 700 度以上时，可产生乙 - 萘胺。在吸烟的烟草燃烧温度也在 700 度以上，这样纸烟中所含氨基酸在高温下产生乙 - 萘胺，经测定每支烟平均产生乙 - 萘胺 0.22 微克。按吸烟 30 年，每天吸 30 支吸烟计，其累积吸入乙 - 萘胺量为 72270 微克，另有报告指出，吸烟者死于膀胱癌的机率比不吸烟者高 2~3 倍。动物实验证明，把烟的焦油涂在小鼠口腔黏膜上，经过 140 天，有 75% 的小鼠发生膀胱癌。

(3) 2 - 甲基亚硝胺 于 1972 年从纸烟烟雾中检测 2 - 甲基亚硝胺，是一种强烈的致癌物质。经动物实验证明，将动物放在纸烟雾中吸入烟雾，结果发生了肿瘤。

(4) N - 亚硝基二甲胺和 N - 亚硝基吡咯烷 日本国立公共卫生院收集并测定副流烟中的亚硝胺类化合物，发现烟雾中含有数种亚硝胺物质，其中含量最多的是 N - 亚硝基二甲胺和 N - 亚硝基吡咯烷，这些物质是在纸烟燃烧时，使烟草中的氮与胺加热而生成的致癌物质。对美国万宝路和日本希来特等十种纸烟中测定，每支纸烟中含 N - 亚硝基胺 195~431 微克，平均含量为 321 微克，而每支纸烟含 N - 亚硝基吡咯烷含量为 92~225 微克，平均含量为 153 微克。

从上述数据可以看到，吸烟可以将五种以上强烈的致癌物质吸入人的身体，动物实验证明每一种物质就可以致癌，而吸烟者可同时吸入五种以上的致癌物质，这些致癌物质之间的相加作用

或相乘作用的协同效果，无疑给吸烟者和被动吸烟者带来极大的危险性。有人提出吸烟就是喜笑颜开的安乐性慢性自杀，还有人提出吸烟就是腾云驾雾上西天。于 2003 年美国癌症协会负责人谢傅林说：香烟才是真正的大规模杀伤性武器。

因此，日本政府环境厅发出警告，并在制定的《禁烟手册》中提醒人们：吸一年使寿命缩短 28 天。于 2003 年美国癌症医师协会负责人布恩指出全球每分钟有 8 人死于吸烟，癌症占 1/3。同时美国牛津大学研究报告指出：“21 世纪死于烟害者将高达 10 亿。”

（二）物理致癌因素

物理致癌因素主要指电离辐射，紫外线辐射和矿物质纤维三类物质，它们来源于大自然，也可以源于人工制造。实际上人类就是生活在这样的物理致癌因素的自然环境中不断发展与进化，因此来自自然界的宇宙射线、放射性物质和紫外线，虽然致癌但对人类的危害远远小于人为制造，人为增强致癌辐射源中的危害性，例如：日本长崎、广岛原子弹爆炸和前苏联切尔诺贝利核泄露事故等所导致的癌症（包括白血病）是人类历史中的两件大事。

1. 电离辐射

电离辐射是指电磁波长很短的 X - 线、 γ - 线、 β 粒子、质子、中子和 α 粒子。这些射线来自于人造原子爆炸核电站的核泄露事故，于人诊断用 X - 光机、CT 机等治疗用的放射线危险因素相比微不足道，而且医疗效益大于致癌因素，不会影响临床应用，但不可不知，不可不防。电离辐射最重要的特征就是在局部释放大量的能量，这些能量足可引起细胞的 DNA 双链断裂，这样就涉及大量的基因改变，引起染色体缺失或重组，进而诱发肿瘤形成。

2. 紫外线

紫外线是日光中波长最短的部分，波长在 320 ~ 280（纳米）

之间致癌作用最强，紫外线主要诱发皮癌。以白种人发病率最高，白人肿瘤发病率是黑人的 70 倍。皮癌发病特点：1) 好发部位多位于暴露、日光照射部位；2) 皮癌好发人群为户外工作者，而白人发病率较高，美国每年由 50 万新发病例，但皮癌的治愈率在 95% 以上。紫外线照射后引起细胞的 DNA 损伤，同时还抑制内切酶对损伤的 DNA 修复功能以及全身免疫功能降低，进而导致癌症的发生。

3. 异状物（矿物纤维）

纤维状异物是指长度与直径之比大于 3:1 以上的微小物体。在生活环境中大量存在着，而人造的多见，如石棉、去污物、食物、化妆品、药品。其中对人危害最大的是石棉。石棉是自然形成的水合矿物质硅酸盐矿石。占世界 90% 以上的是常见的蛇文石棉，其纤维柔韧，呈卷曲状。石棉导致的癌症发病率比一般人群高 5~10 倍，吸烟具有协同作用。致癌潜伏期可长达 30~40 年之久。肺癌是石棉工人中最常见的恶性肿瘤。调查表明，20% 的石棉工人死于肺癌，矿物石棉纤维的致癌特性较强；反之其致癌性较低，非纤维状的石棉颗粒则无致癌性。研究发现，石棉纤维可诱发细胞微核增加染色体畸变，并启动或诱导原癌基因表达和抑癌基因突变失活等导致癌变。

（三）生物致癌因素

生物致癌主要是指病毒致癌。凡能致癌的病毒称肿瘤病毒，它包括 DNA 病毒和 RNA 病毒两种。DNA 病毒共有六个科，其中有 50 多种可引起动物肿瘤，但与人类恶性肿瘤有密切相关的 DNA 病毒主要有三种，既人类乳头状瘤病毒、EB 病毒和乙肝病毒。RNA 病毒家族有 14 个科，其中仅逆转录病毒科的肿瘤病毒亚科具有致癌作用，它具有非常重要的生物学特征，病毒拟核内含有以 RNA 为模板 DNA 逆转录酶，故命名为逆转录病毒。逆转录病毒对去污剂、脂溶剂和温度（56℃）敏感，可被酸

(PH4.5) 福尔马林 (1:4000) 灭活, 对紫外线和 X 射线有高度耐受。

二、内源性病因

(一) 遗传因素

德国的医学专家于 1914 年首次提出, 细胞内的染色质含量不均衡是引发肿瘤的根本原因。通过流行病学肿瘤临床统计学和肿瘤病因学研究证明, 90% 以上的肿瘤发生是遗传因素、物理因素、化学和生物等外界因素, 相互作用的结果。正因为如此, 肿瘤起源于干细胞两次以上突变的假说已成为公认。

正常细胞分化具有三大特性, 即稳定性、可逆性和突变性。稳定性是细胞分化状态中最显著的特性, 分化方向一旦确立, 其分化状态就十分稳定而不变, 并遗传给后代细胞, 所以分化的程序是不可逆的。可逆性是细胞分化虽然是稳定的, 不可逆转的, 但分化的可逆性是有条件的, 在一定条件下的细胞分化才是可逆的。条件一, 逆转细胞必须处于有利于细胞分化逆转的特定环境中。条件二, 只有具有增殖能力的细胞才能发生细胞分化的逆转。因为已经分化的细胞本身是不可逆的, 它也不具有转变为其它类型的细胞能力, 只有细胞分裂产生具有多潜能的子细胞后, 并在逆转因素作用下, 沿着正常分化程序进行的新的分化途径; 突变性是指细胞的染色体自发的数量和结构变化, 这种变化称为染色体畸变。这种畸变可以通过物理、化学、生物等因素诱变产生, 称为诱发突变。也可以是自发地产生, 称为自发突变。

染色体自发的突变包括数量和结构变化, 此与肿瘤发生有密切相关。数量变化是指染色体比正常二倍数成倍增减成为单倍体或多倍体, 结构变化是指染色体断裂后不按原来的结构重新连接恢复染色体原来结构, 而是以易位、插入、侧位、重复和缺失等不同方式进行相互连接, 造成染色体畸变, 这种畸变致使遗传物

质和遗传信息的改变产生遗传学上效应，最终不同程度的导致和影响机体肿瘤的发生。

因此曾有人报导结肠癌、膀胱癌、胃癌、肝癌、男性乳腺癌、白血病等肿瘤具有家族性，因此有家族史的癌症可见于自小分居的家族成员，而不见于没有血缘关系的接触者和配偶。所以，这类癌症可能与遗传因素有关。

到目前为止，已发现几十种表现为显性或隐性遗传的肿瘤和肿瘤综合征。常见有：视网膜母细胞瘤，肾母细胞瘤，神经母细胞瘤，嗜铬细胞瘤，遗传性非息肉性大肠癌等。

研究还发现：肺癌、肝癌、肾肿瘤、膀胱癌等肿瘤患者的染色体易位、侧位、重排缺失和插入等检出率较高。以上说明癌症与遗传因素密切相关。

（二）免疫因素

人体细胞突变是一个正常的经常发生的事件，每 24 小时约有 100 万个细胞发生突变，这就是意味着可能有少量细胞向恶性转化，在转化和发展成瘤的过程中，机体的免疫监视功能和免疫杀伤系统的功能状态与肿瘤的发生、发展以及对患者的治疗效果、存活期有着非常密切的关系。当机体的免疫系统功能正常时，肿瘤发生发展较缓慢，甚至出现自发消退而痊愈现象，预后较好。然而当免疫系统功能低下或缺损时，肿瘤呈恶性发展，肿瘤发展快预后不良。

人体的免疫系统功能低下或缺陷有原发性和继发性两种。原发性免疫缺陷的人群比普通人群肿瘤发生率高 1000 倍。当免疫球蛋白分子（IgM）缺乏时，患肺癌、胃癌、乳腺癌、食管癌、结肠癌等敏感性增高。如免疫球蛋白分子（IgM）缺损时，患神经母细胞瘤和淋巴网状系统肿瘤敏感性增高。若细胞免疫和体液免疫不同程度的缺损，主要是对淋巴造血肿瘤敏感性增高。继发性免疫缺损主要是临床治疗其它疾病造成的恶果，最常见发生在

器官移植的患者，为了防止对移植器官的排异损伤，常用环磷酰胺、肾上腺皮质激素等免疫抑制剂减轻排异反应，结果此类患者肿瘤发生率高达5%~6%，此是同龄普通人群肿瘤发生率的100倍。其它疾病如牛皮癣、系统性红斑狼疮、肾病综合征、类风湿性关节炎等，在应用免疫抑制剂治疗时应特别注意，以免引发肿瘤。艾滋（AIDS）病人在晚期常发生卡波西肉瘤和非霍奇金淋巴瘤，此是免疫功能低下所致。

（三）激素因素

激素分非类固醇和类固醇二类激素。类固醇激素是人体内分泌腺分泌的激素，它包括五类，即糖皮质激素、盐皮质激素、孕激素、雌激素和雄激素。与肿瘤的发生有关的主要是雌激素和雄激素最多见。这些类固醇激素主要生理功能是对人体新陈代谢、生长发育、生育等生命活动起重要调节作用。它们是以简单的扩散直接进入细胞内并与相应的特异性受体相结合并启动受体发挥作用，能参与调节生长因子、癌基因的表达、参与调节细胞辅导、信号转导、细胞周期及其细胞凋亡，参与细胞的增生及分化过程。研究表明，类固醇激素在生理浓度时调控着人体细胞增殖分化与生长发育过程，不会引起肿瘤发生，甚至还能抑制肿瘤发生，但人体内的激素水平（浓度）超出正常生理范围时，过度的激素刺激特定靶器官的肿瘤发生。研究表明，这些器官的肿瘤的发生与激素水平相关，并且存在着剂量效应关系。

流行病学、动物模型及肿瘤治疗等研究表明，高水平的内源性雄激素与前列腺肿瘤发生也是密切相关，去除或抑制雄激素对前列腺肿瘤发生也是密切相关，去除或抑制雄激素对前列腺癌有明显的治疗效果。而内源性雌激素水平与乳腺癌及其它肿瘤发生也密切相关。采取卵巢切除和他莫昔芬（此药与激素受体结合，从而阻止激素与受体结合达到治疗日的）治疗乳腺癌效果，均进一步证明肿瘤发生与激素的相关性。

目前通过流行病学及实验证明，乳腺癌、子宫内膜癌、卵巢癌、前列腺癌、睾丸癌、甲状腺癌及骨肉瘤，均为激素依赖肿瘤。其发病与物理、化学、生物因素致癌的作用机理不同就在于不需特殊刺激诱发因素致癌，而是激素通过促进增生过程中DNA复制随机性遗传错误导致的突变致癌。

第四章 中医肿瘤治疗精要

第一节 中医治则与治法

一、治则

治则是治疗疾病的总法则。治则的确立，是在整体观察和辨证论治指导下，对疾病的现状进行周密分析的基础上做出的总的治疗原则。肿瘤的治疗原则，同样是在中医整体观察指导下，通过对肿瘤的病因病理发病等全面分析、判断、正确辨证后确定的。由于肿瘤本身的特殊性，故在治疗上，我们通常遵循扶正祛邪、调整阴阳、调整脏腑、调整气血、三因制宜五大法则。

1. 扶正与祛邪

扶正与祛邪是两大类治则。扶正即是调动机体的抗病能力，提高机体的免疫功能，增加免疫系统的作用，达到防治疾病的目的。祛邪就是抑制、排除、消灭致病因素。《素问·通评虚实论》中的“精气夺则虚”《素问·三部九候论》中的“邪气盛则实”和《素问·三部九候论》中“实则泻之，”则是确立祛邪治则的主要理论依据。

疾病的发生、发展及其变化过程，就邪正关系而言，是正气和邪气相互斗争的过程。邪正相争的胜负，不仅决定着疾病的发生，而且影响着疾病的进退，因而任何疾病的治疗都是为了扶助正气，祛除邪气，改变邪正双方的力量对比，从而有利于疾病向痊愈的方向转化。临床应用扶正与祛邪法则时，应认真细致地观察和分析邪正双方力量对比情况、邪盛于正衰之间的轻重缓急，然后决定扶正与祛邪两者的主次和先后。

从目前临床上看，关于疾病治疗中扶正与祛邪，一般有两种不同的观点和做法。一种主张以祛邪为先，认为“邪能伤正”，“邪去则正安”。正如张子和所言：“若先论攻其邪，邪去则元气自复。”他认为，补虚扶正要有一个过程，缓不济急，故主张攻其邪，邪去正复。在肿瘤论治中，这种祛邪就是抗癌，抑制和杀灭癌细胞，消除癌块。当然，这种祛邪无疑具有积极治疗意义。另一种主张以扶正为主。所谓“养正积自除”。古籍文献中，对晚期肿瘤病人大多采用“补益气血，调理阴阳脏腑”以减轻痛苦，延长生命，带瘤生存。笔者认为癌症的病理特点在于正虚邪实，在其疾病的变化过程中，由于病情复杂，正与邪之间相互消长，不断变化。所以，在治疗上应把扶正与祛邪辩证地结合起来，依据癌症各个阶段的特点，正确认识扶正与祛邪的辩证关系。根据客观实际病情虚实而定攻补，即要看到祛除病邪的积极意义，如手术切除、放射治疗、化学药物治疗对某些癌症的有效作用和积极意义，又要看到扶持正气也是祛邪的重要保证。要更好地接受各种治疗，就必须依靠人体正气。营养状况好、身体抵抗力强、后天脾胃消化功能好的患者，手术后的恢复将更快、更好，耐受放、化疗的能力更大，这就是扶助正气以驱邪外出。对于癌症患者，消除癌肿是治病之本，是最积极的治疗原则，这时的祛邪法对机体来说，在某种意义上也可看作是一种“补法”。从临床上看，单纯补虚扶正是难以消除肿瘤的，片面强调扶正有时则会贻误病机。但若只强调祛邪抗癌，亦可伤正，造成病情恶化。所以在临床中，应根据病情的具体表现，患者的体质状况而区别对待，或以扶正为主，或以祛邪为主，或先攻后补，或先补后攻，或攻补兼施，才能收到较好的效果。正如《医宗必读·积聚》所言：“初者，病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻；中者，受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补；末者，病魔经久，邪气侵袭，正气消乏，则任受补。”对于癌症患

者，一般而言，早期正气尚未衰，治则重在祛邪，同时考虑到补，采用大攻小补，攻中有补的原则。中期，癌肿发展到一定程度，机体正气日渐耗损，宜攻补兼施。晚期，正气不支，已不任攻伐，治疗采用大补小攻的措施，补虚扶正为主，祛邪抗癌为佐，借大补以增强病人体质，提高抗癌能力，小攻使肿瘤停止发展。另外应注意患者经手术、放疗后，肿瘤已控制或去除，机体受到一定损害时，治疗上应以扶正调理为主。但我们应看到，除早期病变手术彻底切除者外，往往余邪未尽，易于复发和转移，故仍以扶正与祛邪相结合的治疗为宜。肿瘤患者在放、化疗时，由于它们是主要的抗癌攻邪手段，所以治疗期间，最好适当配伍中、西医扶正调理措施，这些措施不仅可以尽量减少放、化疗反应，还可增加治疗效果。综上所述，临床肿瘤治疗的特点在于“调之使和。”既体现消除病理损害的“祛邪”的一面，又有恢复正常生理功能“扶正”的一面，真正做到扶正与祛邪的统一，始终抓住扶正环节，体现出扶正基础上祛邪的原则。

2. 调整阴阳

疾病的发生，从根本上来说，即是机体的阴阳之间失去相对的协调平衡，从而形成阴阳偏盛偏衰的病理状态。调整阴阳是根据机体阴阳失调的具体状况，促使其恢复相对的协调平衡。正如《素问·至真要大论》中所云：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”所以，调整阴阳，补偏救弊，恢复阴阳的相对平衡，促进机体阴平阳秘是临床治疗的基本原则之一，同样亦是肿瘤临床治疗的基本法则。调整阴阳的方法很多，从狭义上讲即损其有余，补其不足；从广义上讲，由于阴阳是辩证的总纲，疾病的各种病理变化均可以用“阴阳失调”来概括，如气血不和、脏腑经络失调、表里出入与升降异常等。所以诸如解表攻里，越上引下，升清降浊，扶正祛邪等均属调整阴阳的范畴。适时调整阴阳变化，是治疗恶性肿瘤的关键。因为通过调整阴阳，可以改善机体

内环境，使原来失衡的阴阳气血重新达到动态平衡，从而实现“阴平阳秘，精神乃治”。

3. 调理脏腑功能

祖国医学认为肿瘤的发生与脏腑功能失调有着密切关系。因此，调理脏腑功能是中医肿瘤论治的重要法则之一。调理脏腑功能一般包括两个方面，一是调整某一脏腑的某种生理功能的亢进或衰退；二是调整脏腑之间生理功能的失调。由于人体是一个有机整体，因此各脏腑之间生理上相互联系，病理上相互影响。中医五行学说认为脏腑之间存在着相生相克的关系，即“肝生心”，“心生脾”，“脾生肺”，“肺生肾”，“肾生肝”；“肝克脾”，“脾克肾”，“肾克心”，“心克肺”，“肺克肝”。在正常情况下，这种生克制化的异常，疾病的传变，总不外乎五行之间的“相生”或“相克”的传变，临床上常有“母病及子”、“子病犯母”、“相乘”、“相侮”的病理变化。因此，在调理脏腑时往往不能单独考虑某一脏腑的某种生理功能失常，而应从各脏之间五行生克制化异常的实际情况出发，注意调整各脏腑间的相互关系，以控制疾病的传变，恢复机体生理功能的平衡协调。根据五行生克制化理论，临床中形成了“虚则补其母”、“实则泻其子”、“滋水涵木法”、“培土生金法”、“益火生土法”、“金水相生法”等治疗大法。肿瘤疾病病情复杂，病理过程中往往涉及多个脏器功能失调，所以治疗中更应注意各脏器间“五行生克制化”的关系，做到各脏之间的协同调理。如肝癌患者，临床上除肝脏自身病变外，还往往会影响脾胃而出现消化道症状如恶心呕吐、纳少等。治疗中往往在治肝的同时，配以健脾胃、消导之品。正如《金匱要略》所言：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”临床应用此法，每获良效。

4. 调理气血关系

气和血，是组成人体的基本物质，各有其生理功能，二者之

间存在着相互依存、相互为用的关系。古人云：“气为血之帅”、“血为气之母”。当气和血之间的相互依存、相互为用关系失调时，即形成气血不和的各种病变，正如《内经》所言：“气血不和，百病乃变化而生。”肿瘤的发生与气血失调有密切关系，从临床分析来看，气滞血瘀是肿瘤发生的基本病理因素。所以，调和气血，使气机流畅，血瘀得去，在肿瘤治疗中有重要意义。此外，肿瘤病的发展过程实际上是一个慢性消耗过程，主要表现为气血的亏虚，在临床中，大多数中、晚期癌症病人均有气血不足的征象。故在临床肿瘤治疗中，调整气血时尤应注意益气养血。气血得充，正气得复，则抗癌有力。

5. “三因”制宜

“三因”即指因人、因地、因时。“三因”制宜是指治疗疾病，必须从实际出发，即必须依当时的季节、环境，人的体质、年龄等实际情况出发，制定和确定适当的治疗方法。“三因”制宜在中医肿瘤防治中具有十分重要的意义。

(1) 因人制宜 根据病人年龄、性别、体质、生活习惯等不同特点，来考虑治疗用药的原则，即“因人制宜”。

年龄：不同年龄的人其生理、病理状况和气血盈亏等均有不同，故治疗用药应有区别。正如《瘟疫论·老少异治》曰：“凡年高之人，最忌剥削，设投承气，以一当十，设用人参，十不抵一。盖老年荣卫枯涩，几微之元易耗而难复也。不比少年气血生机甚捷，其气勃然，但得邪气一除，正气随复，所以老年慎补，何况误用也。亦有年高禀厚，年少赋薄者，又当从权，勿以常论。”

肿瘤为常见病、多发病，可发生于任何年龄，但从临床上看来，以老年患者居多。正如《外科启玄》曰：“癌发四十岁以上，血亏气衰……”说明年高之人，元气衰败，脏腑阴阳气血亏损，是形成癌症的基础。总之，年老之人患肿瘤，多以正虚为

本，治疗中应详加注意。

性别：男女性别不同，各有其生理特点，治疗用药时应结合性别而区别对待。由于两性生理特点的差异，导致对不同病因的易感性及疾病类型的倾向性不同。在肿瘤患者上亦出现性别不同的特殊疾病，如女性特有的子宫肿瘤、阴道癌、输卵管癌等；男性特有的前列腺癌、睾丸癌等，其治疗以辨证为主，结合不同生理特点配以辨病亦很重要。

体质：体质有强弱与寒热之论，不同的体质状况，临床用药应有所区别。从临床上看，不同肿瘤不同证型的表现反映了其不同的个体体质，对临床辩治提供了客观证据。

(2) 因地制宜 是根据地理特点，环境条件对机体和疾病的影响，考虑治疗用药的原则。我国地域广阔，不同地区地质、地貌环境各异。由于地理条件及各地人们生活习惯的不同，所以，不同地区的人生理活动及病理变化特点也就有一定区别，并且还会出现某些地方病，故在确定治疗方法时，必须考虑“因地制宜”。《素问·异法方宜论》曰：“…医之治病，一病而治各不同，皆愈…地势使然也。故东方之域，其民食鱼而嗜咸，皆安其处，美其食，鱼者使人热中，盐者胜血，故其民皆黑色疏理，其病皆为痲疡，其治宜砭石…。西方者，金玉之域，沙石之处，天地之所收引也。其民陵居而多风，水土刚强，其民不衣而褐荐，其民华食而肥厚，故邪不能伤其形体，其病生于内，其治宜毒药，故毒药者，亦从西方来。北方者，天地所闭藏之域也，其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食，藏寒生满病，其治宜灸，故灸者，亦从北方来。南方者，天地所长养，阳之所盛处，其地下，水土弱，雾露之所聚也，其民嗜而食。故其民皆致理而赤色，其病挛痹，其治宜微针，故微针者，亦从南方来。中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众，其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热，其治宜导引按者，故导引按者，亦从中央出也。

故圣人杂合以治，各得其所宜，故治所以异而病皆愈者，得病之情，知病治之大体也。”说明了由于地理环境的不同，其气候、居民条件亦不同，而人体生理功能和病理反应必然随之而异。故治病时，必须全面考虑这些因素，采用不同的治疗才能做到“得病之情，知治之大体”。

从肿瘤发病来看，可以说其“因地”不同而高发现象很突出。如食管癌，1972年开展山西、河北、河南、北京等省市沿太行山区181个县市5000万人口范围内的食管癌调查与普查，发现食管癌死亡率为53.96/10万人。死亡率较高的地区为太行山南段三省交界地带，由北向四周逐渐减低，大体形成一个不规则的同心圆分布。高发地区，食管上皮增生的病人亦很多。再如肝癌，在江苏和广西的肝癌高发区进行肝癌的普查和防治研究，发现江苏某地1972年肝癌发病率高达54.43/10万，占恶性肿瘤的首位。江苏省1974年标准化发病率为49.17/10万；通过采用血清甲胎蛋白检查普查近50万人，发现许多阳性病人等。针对肿瘤这种因地制宜的现象，对于“因地制宜”这种治则的运用就显得更为重要。一方面它为我们治疗提供了指导，另一个方面也为如何预防提供了方向。

(3) 因时治宜 气候的寒温，对人体的生理和病理均有相当的影响。根据不同季节，不同气候对人体影响的特点，考虑治疗用药的原则，即是“因时制宜”。

因时制宜的运用与年月日节律相结合。

亚年节律的应用：治疗疾病必须先确立纪年的干支，掌握该年的大运司天、在泉、至气、客气等变化情况，用作立法用药参考。正如《素问·六元正纪大论》曰：“先立其年以明其气，金木水土运之数，寒暑燥湿风火临卸之化，则天道可见，民气可调，阴阳卷舒，近而无惑。”《素问·至真要大论》中，对每年司天、在泉、太过、不及、胜气、复气为病的治疗配伍作了具体

论述。另外，在临床中，我们发现肿瘤转移的部位与亚年节律有一定关系。

年节律的应用：用药时应注意气之寒热。《素问·六元正纪大论》曰：“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热，食宜同法。”一般而言，秋天季节阳气潜藏，人体的肌肤腠理，亦随之而逐渐致密，此时若非火热之证，多慎用寒凉药物，以免耗伤阳气。春夏季节，阳气升发，腠理疏，对辛温解表药运用应掌握分寸。五脏补泻顺应五时规律。《素问·脏气法时论》曰：“合人形以法四时五行而治。”《灵枢·顺气一日为四时》亦曰：“顺天之时，而病可与期。”

既然与四时五行相应，临床即可把握四时五行生克规律治疗五脏疾病。

日节律的应用：人体的气血随着月亮的盈亏而又盛衰的变化。临床可根据月亮的盈亏施以补泻。《素问·八正神明论》曰：“月生无泻，月满无补，月郭空无治，是谓的时而调之。”否则，“月生而泻，是谓脏虚；月满而补，血气扬溢，络有留血；月郭空而治是乱经，阴阳两错，真邪不别，治有留上，外虚内乱，淫邪乃起。”这种补泻原则亦适用于肿瘤治疗中。

日节律和趋日节律的应用：若能掌握选择时辰规律用药，对某些疾病能取得好的效果。据研究报道：肿瘤细胞具有不同的生物钟，癌细胞在上午 10 时生长最快，第二个生长高峰是晚上 10~11 时，正常细胞的生长高峰在下午 4 时。这一发现，为我们临床用药提供了依据。

用针、用药时应注意四时气血的情况。

《灵枢·四时气》曰：“四时之气，各有所在，灸刺之道，得气穴为定。故春取经、血脉、分肉之间，甚者深刺之，间者浅刺之。夏取盛经孙络，取分间绝皮肤。秋取经腧，邪在脏，取之合。冬取井荣，必深而留之。”说明四时之异，取穴、手法各

异。李东垣亦提出顺应四时以确定治则，曰：“凡治病本四时升降之性，汗下吐利之宜。”“夏宜汗”、“秋宜下”、“冬宜密”。

综上所述，三因制宜的原则从多个角度体现了中医辨证观、整体观。在临床中只有注意到这些问题才能获得良好的治疗效果。

二、主要治法

治法是治疗疾病的具体方法。祖国医学中关于治法的内容十分丰富。一般概以汗、吐、下、和、温、清、消、补八法论之。在中医理论的指导下，随着中西医结合研究的进展，中医肿瘤学初步形成其完整的治疗体系，常用的治法为：扶正培本法、理气活血法、清热解毒法、软坚散结法、化痰除湿法、以毒攻毒法等。肿瘤为全身性的局部病变，病情复杂，虚实寒热夹杂，所以上述诸法又常配伍应用，而且常以扶正培本为重点，清热解毒、以毒攻毒、活血化瘀等为肿瘤防治中常用配伍法。

1. 扶正培本法

肿瘤属慢性消耗性疾病，多为虚证。用扶正培本法，扶助人体正气，协调阴阳偏盛偏衰。补益人体虚弱状态，调整机体内环境，提高患者免疫功能，加强抵御和祛邪的能力，抑制癌细胞的生长，为进一步治疗创造条件。正如中医所言“养正积自除。”当然，在临床中扶正的同时应注意扶正与祛邪的辩证关系。

扶正培本的方法很多，如补肺益气，健脾和胃、补肾生津等。常用中药：天门冬、麦门冬、沙参、生地黄、龟版、鳖甲、天花粉、知母、旱莲草、女贞子、鸡血藤、当归、阿胶、熟地黄、黄芪、党参、人参、黄精、白术、淮山药、附子、淫羊藿、补骨脂、紫河车等。根据现代研究证明，扶正培本致癌的作用是多方面的：能提高机体细胞免疫和体液免疫功能，调整患者机体 CAMP 和 CGMP 比值，提高 CAMP 相对值而抑制肿瘤细胞的生

长，有利于保护骨髓，增强放、化疗疗效，控制复发而达到抗癌和抑癌的效果，增强激素调节功能，促进垂体的肾上腺皮质功能，促进网状内皮系统的吞噬功能，改善机体免疫状态，诱导肝脏药酶，增强机体解毒能力，直接抑瘤作用。

肿瘤发病的最基本的病理特点是正虚邪实。因此，扶正培本法在肿瘤防治中具有重要的意义，可以说它贯穿了肿瘤治疗全程。临床运用时，首先应辨清阴阳气血盛衰，然后辨别五脏虚损及脏腑间相互关系，采用五脏分补法。扶正培本并非十全十美，在应用时，必须通过多方辨证弄清虚在何脏何腑，属阴属阳及其性质。然后根据病情早晚、病程长短、体虚程度、性别、年龄等情况分别进行调治，正如古人云：“形不足者温之以气，精不足者补之以味。”不同情况下运用不同治疗方法，才能真正发挥补益作用。扶正培本的目的在于增强人体正气的抗病能力，达到“正胜则邪祛”的目的。肿瘤病中，扶正培本的正确使用，要以辩证为依据，首重脾胃，要依据病情选择适当的补益法。在运用补益剂时，要处处照顾脾胃，重视“胃气”恢复，所谓“有胃气则生，无胃气则死”。癌症病人，其病情发展多表现为一系列慢性衰弱状态，所以应用补益剂时，宜缓补而少峻补，有些正气衰竭病人甚至“虚不受补”，宜平补而慎用温补。临床中除药补外，还应结合食补，选择与身体需要相应的补益食物，起到扶正抗癌，增强体质的作用。祖国医学一向强调饮食疗法，《内经》曾曰：“毒药攻邪，五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气。”如在放疗期间，由于热灼伤阴，在饮食上可多补充些补阴清凉，甘寒生津的食物，如芦笋、甘蔗汁、蜂蜜、荸荠汁、白木耳、鳖肉等。化疗期间易出现骨髓抑制，在饮食上可以多补充足量的造血原料，如含铁食物菠菜、动物肝及健脾食物薏米粥、芡实粥等。在药补的基础上结合食补，注意精神的调摄，对身体的恢复十分有利。

2. 疏肝理气法

祖国医学认为肿瘤的发生与气机运行失调关系极为密切。《医宗金鉴》曰：“乳癌由肝脾两伤，气郁凝结而成。”《丹溪心法》亦云：“厥阴之气不行，故窍不得通而不得出，以生乳癌。”气机不畅则津液运行代谢障碍，积而成块以生肿瘤。气滞是肿瘤最基本的病理变化之一，因此，理气药在肿瘤治疗中十分重要。

现代药理研究证明，理气药既能治癌，又能改善由癌细胞影响机体造成的多种紊乱状态。如乌药对小白鼠肉瘤 180 株抑癌率为 44.8%。日本人对抗癌剂有强耐药性的宫颈癌患者 JTC-26 细胞株筛选 800 种中药，发现抑瘤达 90% 以上的有：大茴香、枳实、香附、郁金、川楝子、大腹皮、佛手、枸杞子、青皮、玫瑰花、九香虫、绿萼梅、厚朴、旋复花等。

在临床应用中，往往根据病情的兼夹不同予以适当的配伍。如气滞兼血瘀，在使用理气药时，应配合丹参、赤芍、桃仁、红花、三棱、莪术等活血化瘀药一起应用；气滞兼痰凝应配伍半夏、天南星、昆布、海藻、象贝等化痰软坚药；气滞兼湿阻，则配伍苍术、白术、薏苡仁、猪苓、茯苓等化湿利湿药；气虚兼气滞，应与黄芪、党参、甘草、扁豆等药合用。诚然，理气药大多辛香而燥，重用、久用或运用不当，会有化燥伤津助火等弊病。但只要配伍运用得当，既可防止上述副作用的发生。

3. 活血化瘀法

肿瘤多有形，历代医家多认为症积、石瘕、痞癖及肚腹结块等皆与瘀血有关。《医林改错》曰：“肚腹结块，必有形之血。”说明腹内有形包块肿物多由瘀血所致。临床观察证明：几乎所有肿瘤患者普遍存在有瘀血见证。如体内或体表肿块经久不消，坚硬如石或凹凸不平；唇舌青紫或舌体、舌边及舌下有青紫斑点及静脉怒张；皮肤黯黑、有斑块、粗糙、肌肤甲错；局部疼痛，痛有定处，日轻夜重，脉涩等。瘀血是肿瘤的病因之一，针对瘀血

而采用的活血化瘀法是肿瘤临床常用治法。活血化瘀法不但能祛邪消瘤，亦可配伍其它法对瘀血引起的发热、瘀血阻络引起的出血、血瘀经络所致的疼痛等证起到一定效果。临床上对肿瘤患者施用活血化瘀法，可以起到多方面作用。

常用的活血化瘀药物有丹参、赤芍、红花、郁金、延胡索、乳香、没药、五灵脂、王不留行、水蛭、全蝎、蜈蚣、斑蝥、水红花子、石见穿、血竭等。实验证明，活血化瘀类中药抗肿瘤的作用的主要表现以下几个方面：①对肿瘤的增效作用。如丹参、鸡血藤等活血化瘀药与喜树碱合并用药，治疗小鼠白血病 L65 瘤株实验，增加生命延长率 60%，这样相对地降低了喜树碱的毒性，改善了血液循环，增加血流量，充分发挥了喜树碱杀灭白血病细胞的作用。②调整机体免疫功能。③调整神经内分泌功能。④预防放射性纤维化，减少副作用。⑤对肿瘤细胞的直接破坏作用。据动物实验筛选及临床实验证实，活血化瘀中具有杀灭癌细胞作用和抑癌作用中药有三棱、莪术、三七、川芎、当归、丹参、喜树、降香、元胡、乳香、没药、穿山甲、土大黄、全蝎、蜈蚣、僵蚕、丹皮、石见穿、五灵脂等。莪术不仅对癌细胞有直接抑制和破坏作用，而且提高机体免疫力，使肿瘤消退。⑥对抗肿瘤细胞引起的血小板聚集及瘤栓的形成。如桂枝、丹皮、赤芍、桃仁、红花，在体外均有较强的抑制血小板聚集作用，减少血栓对瘤细胞的保护，有利于免疫系统对癌细胞的清除。

临床中，应用活血化瘀法，使用活血化瘀类药物时应根据辨证与辨病相结合的原则，同时参与实验研究结果，按肿瘤性质和部位不同选择适当的药物。如消化道肿瘤，一般常用穿山甲、土鳖虫、郁金、延胡索、平地木等；食管癌加王不留行、急性子；胃、结肠癌加丹参、乳香、没药、水红花子、凌霄花等；肝癌加牡丹皮、五灵脂、姜黄等；胰腺癌加红花、藤梨根；呼吸系统恶性肿瘤加桃仁、红花、丹参、赤芍、泽兰、石见穿、红梅梢、虎

杖、牛膝、地鳖虫等；乳房、子宫及卵巢肿瘤加丹参、益母草、月季花、凌霄花、姜黄、泽兰、红花等；软组织肿瘤加三棱、莪术、穿山甲、水蛭等；淋巴系统恶性肿瘤加丹皮、桃仁、皂角刺等。鳞状细胞癌加王不留行、急性子、石见穿、丹皮等；腺癌加丹参、赤芍、穿山甲、土鳖虫；分化不良（或未分化）癌加桃仁、红花、凌霄花、水蛭等。单发原发灶者加穿山甲、土鳖虫、石见穿、王不留行、急性子；转移灶或伴有转移灶者加丹参、赤芍、桃仁、三棱、红花、莪术、水蛭等。

在活血化瘀药的应用中，往往应注意活血化瘀药的剂量，正确掌握其剂量是使用活血化瘀药物发挥最大效用而避免或减少其副作用的一个重要手段。一般而言，活血化瘀类药物大剂量使用时，有以下几个指征：①恶性肿瘤患者增大迅速，其他方法缺乏效果，不能抑制其发展者；②晚期肿瘤患者疼痛剧烈，用其他止痛药无效者；③转移灶的患者，转移灶不能稳定而迅速增大者；④肿瘤患者肿瘤虽然在极短时间内迅速增大，但经长时间中药或中西医结合治疗，病情不能控制者；⑤考虑中西医结合治疗，期望化疗杀伤（控制）肿瘤的效果更好者。活血化瘀药小剂量应用指征：①有明显出血倾向或已有出血者；②对某些活血化瘀药物不能耐受者；③多种活血化瘀药配合应用时；④小剂量化瘀药物可以起作用者。

临床应用活血化瘀法治疗肿瘤时，亦非单独使用，通常根据辨证，同时结合其他法则，如健脾益气、软坚散结等共同发挥协同作用。此外，在应用活血化瘀药物的同时，涉及到是否能促进血行转移的问题，其结论不一，在临床中应引起我们的注意。但也不能因噎废食而放弃应用活血化瘀药，只要恰当用药，合理配伍，还是有良好的效果。

4. 清热解毒法

热毒是恶性肿瘤的主要病因病理之一。恶性肿瘤，特别是

中、晚期患者，在病情不断发展时，临床常有发热、疼痛、肿块增大、局部灼热疼痛、口渴、便秘、苔黄、脉数等证。即毒热内蕴或邪热瘀毒表现，故应以清热解毒为大法治疗。清热解毒药能控制和清除肿瘤周围炎症和感染，所以能减轻症状，在恶性肿瘤某一阶段起到一定程度的控制发展的作用。同时清热解毒药又具有较强的抗肿瘤活性，所以清热解毒法是恶性肿瘤治疗中较常用的治疗法则之一。

常用的清热解毒药物有金银花、连翘、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、龙葵、七叶一枝花、山豆根、板蓝根、虎杖、紫草、紫花地丁、蒲公英、鱼腥草、夏枯草、败酱草、穿心莲、黄芩、黄柏、苦参、龙胆草、石上柏、土茯苓、大青叶、马齿苋、鸦胆子等。近年来关于清热解毒药物抗肿瘤的药理研究报道很多，综合起来其药理作用主要有以下几个方面：

直接抑制肿瘤的作用。经抗癌活性筛选，清热解毒药的抗癌活性最强。如白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、穿心莲、白英、冬凌草、臭牡丹、青黛、龙葵等均有不同程度的抑瘤作用。冬凌草煎剂和醇剂口服或注射对动物移植 S180V14W256 均有一定抑制作用。

调整机体免疫力。许多清热解毒药如白花蛇舌草、山豆根、黄连等能促进淋巴细胞转化，激发或增强淋巴细胞的毒作用调整巨噬细胞吞噬作用，提高骨髓造血功能。

抗炎排毒。清热解毒药如白头翁、鱼腥草、黄连、穿心莲、大青叶等均有一定抑菌作用，并能对抗多种微生物毒素及其他毒素，抑制炎症渗出或增生，从而控制或清除肿块及其周围的炎症或水肿，缓解症状。

调节内分泌功能。白花蛇舌草、山豆根等能增强肾上腺皮质的功能，影响肿瘤的发生或发展。

阻断致癌和反突变的作用。某些清热解毒药具有对小鼠胃鳞

状上皮癌前病变及癌变有明显抑制作用，如夏枯草、山豆根、白藓皮等。红藤、莨菪、野葡萄根、漏芦等能阻断细胞在致癌物质作用下发生突变。清热解毒法为防治肿瘤的常用治法，属“攻邪”的范畴。临床应用时，应根据疾病的性质，辨清正邪之盛衰，与其他法则和药物相结合运用，能收到事半功倍的效果。另外，还应根据毒热蕴结的不同部位和不同表现，分别选用作用于不同部位的清热解毒药，如黄芩清上焦肺热，黄连清胃热，黄柏清下焦热，龙胆草清肝胆热，栀子清三焦热等。同时，清热法又常与利湿法同用，解毒法常与化瘀散结法等一起使用。所以，结合病情，辩证地应用清热解毒药，使其在肿瘤治疗中发挥更好的作用。

5. 软坚散结法

肿瘤古称石瘕、石疽、岩等，多为有形之物，坚硬如石。《内经》中早已指出：“坚者削之…结者散之。”“客者除之。”所以对于肿瘤多用软坚散结法治疗。凡能使肿块软化，散结的药物均称软坚散结药。根据中医理论及经验，一般认为味咸中药能够软坚，如鳖甲的咸平，龟版的甘咸，海螵蛸的咸涩，海浮石的咸寒等都有软坚作用。散结则常通过治疗产生聚结的病因而达到散结的目的，如清热散结药治热结，理气散结药治气结，化瘀散结药治瘀结等。软坚散结法在肿瘤临床中应用很久，但单独作为主要治法进行观察者很少，通常配合其他治疗肿瘤的法则和方药中使用，以达到共同消除肿块之目的。

临床中常用的软坚散结类药物有龟版、鳖甲、牡蛎、海浮石、海藻、地龙、瓦楞子、昆布、海藻、地龙、瓦楞子、昆布、海蛤壳、夏枯草、莨菪、半夏、胆南星、瓜蒌等。根据现代药理研究，软坚散结药物抗肿瘤的机理在于直接杀伤癌细胞。如僵蚕对 S180 有抑制作用。除湿药生薏苡仁对艾氏腹水癌有明显抑制作用，汉防己对 W256 有明显抑制作用等。

临床中常用化痰除湿药有瓜蒌、皂角刺、半夏、山慈菇、象贝母、葶苈子、青礞石、海浮石、前胡、马兜铃、杏仁、苍术、厚朴、茯苓、藿香、佩兰、生薏苡仁、独活、秦艽、威灵仙、徐长卿、萆拔、海风藤、络石藤、猪苓、泽泻、车前子、防己等。

化痰除湿法是肿瘤临床常用的治疗法则之一。在临床中，合理使用化痰和除湿法，能提高肿瘤论治效果。当然，化痰除湿法并非单独应用，往往结合病情，根据辨证论治的原则配以其他治疗方法。化痰法与理气法合用称理气化痰，用于气郁痰凝者；与清热药合用称清热化痰法，用于痰火互结或热灼痰结者等。湿有内外之分，外湿犯人，每与风邪、寒邪相兼，治疗采用祛风除湿；内湿治当除湿利水。同时，根据湿聚部位不同分别采取芳香化湿、淡渗利湿、健脾除湿、温化水湿等法治之。

6. 以毒攻毒法

瘤之所成，无论是由于气滞血瘀，还是由于痰凝湿聚或热毒内蕴或正气亏虚，久之均能瘀积成毒，毒结体内是肿瘤的根本原因之一。由于肿瘤形成缓慢，毒邪形成缓慢，毒邪深居，非攻不可，所以临床常用有毒之品，性峻力猛，即所谓“以毒攻毒”法。

临床常用的以毒攻毒药有蜈蚣、斑蝥、蜂房、全蝎、守宫、蟾酥、土鳖虫、狼毒、硫磺、藤黄、蜣螂、常山、生半夏、马钱子、巴豆、干漆、洋金花、乌头、生附子、雄黄、砒石、轻粉等。实验研究表明，这些药物大多对癌细胞有直接的细胞毒作用。如斑蝥的有效成分斑蝥素或斑蝥酸钠，或斑蝥的水、醇及丙酮提取物，对小鼠移植性肿瘤有明显的抑制作用。蟾酥提取物在体外能抑制人的卵巢腺癌、下颌未分化癌、间皮瘤等多种瘤细胞的呼吸。藤黄酸、别藤黄酸腹腔给药，对S180、S37实体瘤的抑制率较显著，抑制率或生命延长率在35.6%~80%之间。

肿瘤是正虚邪毒结于内，大多表现为阴毒内结，所以在应用

攻毒法时，多采用辛温大热有毒之品，以开结拔毒。临床中使用该法时，一定要依据中医理论，结合病情、患者体质适可而止。正如《素问·五常政大论》曰：“大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九。”“无使过之伤其正也。”在使用攻毒药的同时，应照顾正气，合理配伍且注意药物的合理炮制，选择适宜剂型，这样既可以发挥其抗癌作用，又可以减少其副作用。总之，以毒攻毒作为肿瘤治疗中的常用治法，临床中依据辨证，结合其他治法，能共同发挥抗癌之功。

7. 固摄法

肿瘤性疾病具有其特殊性，其病程中自始至终表现出“散”这一矛盾，《内经》谓“散者收之”，提示应针对性地采用收敛、固摄的方法，这是恶性肿瘤的治本之法，我们称之为“固摄”法。固，有使之牢固巩固坚固之意；摄，一方面指收摄、摄纳离散脱失的物质，另一方面有摄护摄养节制之意。固摄法，顾名思义，是采用具有收敛固摄等作用的药物，以治疗正气（包括气、血、精、津等）有形或无形的消耗、散失，及邪气（特指癌毒）的侵袭、扩散之证候的一种方法。

固摄法治疗恶性肿瘤，其作用机制是通过：a. 固摄正气，防止正气的耗散，纠正正虚失固的状态。b. 固摄癌毒，防止或减少癌毒的扩散与转移。正气本身具有对癌毒的固摄收束作用，在“正虚”状态下，癌毒的扩散与转移趋势超过了正气的防护约束力，疾病便会进展。在固摄法对正气及癌毒的双重作用下，正气的耗散趋势得到抑制，正气水平得以提升，抗癌、固摄癌毒的能力增强，癌毒的扩散转移趋势同时受到抑制。此即固摄法的立意所在。

固摄法的常用药物包括酸味药如白芍、乌梅、五味子、酸枣仁、菝葜等，涩味药如龙骨、海螵蛸、椿根皮、赤石脂、芡实

等，咸味药如牡蛎、文蛤等以及处方中某些药物，或烧炭存性，或用醋制，如杜仲炭、小茴香炭、芍药炭、醋制大黄等，其他如冬虫夏草补益固摄肺、肾之气，黄芪益气以固摄中气、卫气，桑螵蛸补肾固精，白果、蛤蚧敛固肺肾之气，山茱萸补肝肾、敛精气，莲子养心益肾补脾以敛精气等等，临床运用中可根据病变所涉及的脏腑部位不同以及病情轻重而酌情选用。

第二节 临床常用的中医治疗具体方法

祖国医学中关于肿瘤的治疗方法很多，但从作用上看不外扶正与祛邪。其方法大致可分为内治与外治两大方面。

一、内治法

1. 辨证论治

辨证论治是中医治疗学的精髓，是中医内治法的核心内容。参考文献，结合临床，针对肿瘤的特色，将临床上常见的辨证类型归纳如下。

(1) 肝郁气滞证 胸闷不舒，脘腹胀满，嗳气呃逆，或伴呕吐、食欲不振，或吞咽梗阻不畅，或两乳作胀，常感心情忧郁善怒，舌苔薄白或薄腻，舌质淡红，脉沉细。治宜疏肝解郁，降逆。方以逍遥散加减。常用药物有柴胡、郁金、香附、当归、青皮、陈皮、橘叶、八月札、川楝子等。降逆药有半夏、沉香、降香、刀豆子等。临床上初期乳腺癌、早期肝癌、贲门癌、甲状腺癌常见此症。

(2) 气滞血瘀证 胸胁胀闷，性情急躁，肋下痞块，刺痛拒按，痛处固定，入夜尤剧，可扪及肿物包块，爪甲黑紫，舌质暗或见瘀点，脉涩等。治宜理气活血，化瘀消积。方以血府逐瘀汤加减。常用药物有丹参、赤芍、川芎、红花、桃仁、水红花

子、五灵脂、刘寄奴、凌霄花、莪术、王不留行、三棱、乳香、没药、苏木、鬼箭羽、铁树叶等。本型多见于原发性肝癌、晚期肺癌、中晚期食管癌。

(3) 痰凝湿聚证 痰阻在肺，可见咳嗽咯痰；痰阻在心，心血不畅，可见胸闷心悸；痰迷心窍，可见神昏，痰鸣，痰火扰心，则发癫狂；痰停于胃，胃失和降，可见恶心呕吐，胃脘痞满；痰在经络，可见瘰疬痰核，肿物包块，肢体麻木或半身不遂；痰浊上犯于头，可见眩晕，昏迷；痰气凝结咽喉，咽中梗阻，吞之不下，吐之不出或吐泡沫黏液痰涎，湿邪内聚，可见头重如裹，关节肿痛，四肢困倦。水饮停聚于内，可出现浮肿，胸腹水，胸脘痞闷，口淡而黏，食欲不振，口虽渴却不思饮水。本型多见食管癌、肺癌伴胸腹水者。治宜化痰除湿，软坚散结。常用药物有苏子、莱菔子、白芥子、半夏、天南星、瓜蒌、厚朴、旋复花、葶苈子、苍术、猪苓、茯苓、僵蚕、藿香、佩兰、生薏苡仁、木通、滑石、防己、车前子、芫花、商陆、牵牛子、千金子等。

(4) 热毒内炽证 发热，面红耳赤，口渴喜饮，咽干舌燥，心烦失眠，痰少而稠或痰中带血，大便干，小便赤，吐血衄血，舌红，脉数。宜清热解毒。常用药物有金银花、连翘、蒲公英、野菊花、大青叶、板蓝根、山豆根、半枝莲、白花舌蛇草、龙葵、白英、黄连、黄柏、黄芩等。本型多见于晚期肿瘤伴发感染者。

(5) 气血两亏证 头晕目眩，少气懒言，面色淡白或萎黄，心悸失眠，舌淡而嫩，脉细弱。治宜补气益血，滋补肝肾。常用药物有当归、熟地黄、山药、白芍、何首乌、阿胶、山茱萸、女贞子、枸杞子、杜仲、川断、桑寄生、肉苁蓉、菟丝子、旱莲草、淫羊藿、仙茅等。本型多见于肿瘤病程长，正气耗伤或手术、放射治疗、化学治疗所致之正气亏损者。

2. 中成药

中成药在癌症患者的治疗中，由于其剂量便于控制，药效稳定，服用方便，已被癌症患者所常用。目前临床使用的抗癌中成药中既有传统中成药，又有国内许多单位根据临床经验研制的多种剂型的抗癌中成药。

(1) 传统中成药

①六味地黄丸 本方出于《小儿药证直诀》，由熟地黄、山茱萸、干山药、泽泻、牡丹皮、茯苓组成。临床用于治疗食管上皮增生症、小细胞肺癌等。

②六神丸 六神丸见于谢观《中国医学大辞典》雷氏六神丸方，由麝香、牛黄、冰片、珍珠、蟾蜍、雄黄组成。临床用于治疗白血病、上消化道晚期肿瘤、鼻咽癌等。

③犀黄丸 本方源于清·王洪绪《外科证治全生集》，由麝香、牛黄、乳香、没药组成。临床主要用于治疗肺癌、肝癌、胃癌、肠癌、乳腺癌、食管癌等。

④大黄蛰虫丸 本方出自汉·张仲景《金匱要略》，由大黄、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、芍药、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭蟥等组成。临床主要用于治疗慢性粒细胞白血病、原发性肺癌、肝癌等。

⑤小金丹 本方源于清·王洪绪《外科证治全生集》，由制首乌、木鳖子（去壳去油）、五灵脂、白胶香、地龙、制乳香、制没药、当归（酒炒）、麝香、香墨组成。临床常用于治疗甲状腺癌、恶性淋巴瘤、乳腺癌、皮肤转移癌等。

⑥梅花点舌丹 方出自清·顾世澄《疡医大全》，由制蟾蜍、牛黄、冰片、珍珠、熊胆、血竭、制乳香、制没药、麝香、沉香、生硼砂、明雄黄、朱砂、葶苈子、白梅花、生石决明。临床主要用于治疗口腔癌、舌癌、喉癌、食管癌、皮肤癌等。

⑦蟾酥丸 本方见于明·陈实功《外科正宗》，由制蟾酥、

雄黄粉、朱砂粉、生蜗牛、寒水石（煨）、轻粉、铜绿、制乳香、制没药、麝香、枯矾、胆矾组成。临床常用于治疗皮肤癌、乳腺癌、骨瘤等。

⑧阳和丸 本方出自清·王洪绪《外科证治全生集》，由熟地黄、鹿角胶、肉桂、麻黄、炮姜、白芥子、甘草组成。临床主要用于治疗骨瘤、乳腺癌、恶性淋巴瘤等。

⑨玉枢丹 本方见于明·陈实功《外科正宗》，由山慈姑、续随子霜、红牙大戟、五倍子、麝香、腰黄、朱砂组成。临床常用于治疗食管癌、胃癌、恶性淋巴瘤等。

（2）现代中成药

①康莱特注射液 由浙江康莱特药业有限公司出品。系从传统中药薏苡仁中提取天然有效活性物质，经先进制剂手段制备的可供静脉、动脉输注的新颖乳剂，既高效抑制癌细胞，又显著提高机体整体免疫力，且对化疗、放疗有增敏解毒作用，并提供高营养及缓解疼痛，为临床中较为理想的肿瘤综合性治疗药物。我们临床常用于肺癌、肝癌的辅助治疗及晚期恶性肿瘤的姑息治疗。

②榄香烯乳注射液 由大连金港制药有限公司出品。系从传统中药莪术中提取的抗癌有效成分，经对癌细胞亲和性甚强的乳化剂特殊处理而制成静脉用乳剂注射液。其能有效抑制癌细胞的生长，对放化疗亦有增效的作用。我们临床上常用于肺癌、脑瘤、消化系统肿瘤、恶性胸腹水及晚期肿瘤的姑息治疗。

③华蟾素 由安徽金蟾药业总公司出品。其具有清热解毒、消肿止痛、活血化瘀，软坚散结功效，能抑制肿瘤细胞生长，减轻放、化疗的毒副作用，临床常用于中、晚期恶性肿瘤的治疗。

除上述药物外，临床中不管是常用的现代中成药，还是现代抗癌中成药都应遵循中医辨证原则，考虑肿瘤患者的不同病情，合理选用这些药物。患者必须在医生的指导下，正确使用抗癌中

成药，以期收到良好的治疗效果，避免一些毒副反应的发生。

二、饮食疗法

中国传统的食疗具有悠久的历史，独特的理论和丰富的内容。早在三千年前，我国医学上就有“食医专科”。《内经》曰：“谷肉果菜，食养尽之，无使过之…”唐·孙思邈在《千金要方》中有“食治”专篇，其认为“夫为医者，当须先洞晓病源，知其所犯，以食治之，食疗不愈，然后命药”。主张食疗重于药疗。后世医家，相继补充发挥，形成独具特色的中医食疗，在疾病防治中起到一定作用。

中医食疗学认为食物的性质有寒热温凉的不同，性味有辛、酸、苦、咸之别，五味入口各有所归，酸入肝、辛入肺、苦入心、咸入肾、甘入脾。由于不同的食物，性味不同，归于不同的脏腑，故其作用有别。一般而言，味辛者温散，甘者补中，酸者收涩，味苦清泄，咸味软坚，淡味渗利。在临床配膳中，应注意食物属性与机体脏腑寒热偏盛，虚实强弱相宜，正如《金匱要略》所言：“所食之味，有与病相宜，有与身为害，若得宜则补体，害则成疾。”体质属寒者，宜食甘温，忌食凉性；属热者，忌辛辣及一切热性食物；虚弱之体，阳虚宜温补，阴虚宜滋补，这样才能用五味之偏调整脏腑失调，借以达到“阴平阳秘”状态。肿瘤的发生与饮食失调有一定的联系。古人通过长期的临床实践，在饮食治疗肿瘤方面亦积累了丰富的经验。如海带、海藻、昆布治疗甲状腺肿瘤；韭菜汁混合鹅血饮治疗上消化道肿瘤；枇杷、荸荠治疗呼吸道肿瘤；生薏苡仁治疗胃癌；花椒、乌梅、山慈菇治疗妇科肿瘤。据研究表明，香菇、生薏苡仁、无花果、山慈菇、苦瓜等对不同的肿瘤细胞显示一定的抑制作用。

饮食疗法作为一种辅助治疗，在肿瘤临床治疗中有着不可忽视的作用。可以说饮食疗法的作用是多方面的。从预防上而言，

改善饮食结构，调整饮食习惯可降低某些肿瘤的发病率。从治疗上讲，首先调整饮食可避免肿瘤某些相关发病因素的继续作用。其次，饮食疗法可改善机体的营养状态，增加机体的抗病能力，具有扶正固本之效，作为扶正祛邪的辅助作用是治疗中重要的一环。如放、化疗时，配以食补，往往能提高机体对化疗、放疗的耐受力，保护骨髓功能或促进骨髓机能恢复，改善造血作用，协助放、化疗发挥更大作用。再者，许多食物本身亦有抗肿瘤作用。如鱼腥草、生薏苡仁、核桃、紫菜、海带等。当然，临床应用饮食疗法时，亦应注意“辨证用膳”，将饮食营养与食物治疗相结合，这样才能收到良好的效果。

三、气功疗法

气功疗法，古称“导引术”，是中华民族文化遗产中的宝贵财富。很早以前，古人便以气功疗法用于肿瘤的治疗中。《素问·奇疾论》曰：“积为导引服药，药不能独治也。”《诸病源候论》亦明确指出用养生导引法治疗积聚。但由于种种原因，气功疗法很难用文字表达，古今医家掌握的人不很普遍，严重阻碍了其发展。近几年来，通过有志之士，才使这颗璀灿的明珠更加耀眼，并被广泛用于慢性病、疑难病的治疗，其治疗恶性肿瘤的奇效也得以发挥。

气功疗法，通过研究会到它的主要作用是扶正，其扶正的机理在于：①疏通气血，激发经气的流通。肿瘤病机之一是其治血瘀，而气功锻炼以意领气，导引内气运与经脉中，气行则血行，所以起到疏通经络，调和气血的作用。②调节脏腑功能，气功训练能对肺、肝、心、脾、肾各脏腑功能进行调节，因此可以使呼吸、循环、消化及神经内分泌系统的功能得到纠正或改善，使失去调控的各脏腑功能得以恢复。③练气功时，意守丹田，排除杂念，可以增强癌症患者的信心，治疗精神创伤，减少焦虑状

态，使精神和心理上得到调理战胜疾病的主观能动作用。④增加机体的抵抗力。观察表明，有些患者练气功之后，免疫功能状态有增强，对末梢血液中白细胞也有调节作用。偏低的可以升高至正常，偏高的可降低至正常范围，所以气功在癌症综合治疗中，可以发挥一定的积极作用。

在气功发展演变中，形成许多流派，总体分为动功和静功两大类。对于不同的病人选择何种方法，因病而异，注意“辩证施功”。从目前看，有关气功对癌症患者的作用及其适应症，哪种气功对肿瘤有益尚需进一步观察研究。

四、外治法

外治法是祖国医学传统治疗方法的重要组成部分。古人在肿瘤的治疗上，除内服药物外，亦形成了丰富的外治疗法，如对乳岩的治疗，孙思邈用赤龙汤及天麻洗之，敷二物飞鸟膏及飞鸟散，提出“若始作者，可敷黄芩漏芦散及黄连胡粉散”。宋代东轩居士著《卫济宝书》第一次提到“癌”字，并把“癌”列为痈疽五发之一，有“癌发”以麝香膏贴之的外治记载。明·陈实功《外科正宗》治疗茧唇采用艾灸及外贴蟾酥饼的方法。《理渝骈文》是我国第一部外治法专著，其运用很多方法治疗肿瘤，有膏药疗法、湿热疗法、蜡疗法、泥疗法等，丰富了肿瘤外治的理论和方法。

外治法是相对内治而言，外治法与内治法一样，同样在中医理论指导下辩证用药。

《理渝骈文》曰：“外治之理，即内治之理，外治之药，所异者法也。”外治法在临床应用中有其独到之处，可以补充内治的不足。正如清代名医徐灵胎所言：“疾病由外以入内，其流行于经络脏腑者，必服药乃能驱之，若其病既有定所，在皮肤筋骨之间，可按而得者，用膏药贴之，闭塞其气，使药性从毛孔而入

腠理，通经贯络或提而出之，或攻而散之，较服药尤有力。”现代研究亦表明，中药外用为体表直接给药，经皮肤或黏膜表面吸收后，药力直达病所，迅速有效，且避免口服药经消化道吸收所遇到的多环节灭活作用及一些内服药带来的某些毒副作用，特别是晚期肿瘤患者，正气衰弱，不耐攻伐，单靠内服药疗效不佳，中药外敷更具优势。当然外治疗法也有一定的适应症和禁忌症，应随病症变化，灵活应用。特别在肿瘤治疗中应内外合用，则能相得益彰，提高疗效。肿瘤临床外治方法很多，本篇仅对常用外治法简速如下：

(1) 膏药贴敷 用膏药贴在局部肿瘤体表，利用药物作用，以达消肿止痛、活血生肌去腐的目的。《理渝骈文》论膏药作用时说：“一是拔一是截。凡病所结聚之处，拔之则病自出，无深入内陷之患；病所经过之处，截之则邪自断无妄行传变之虞。”精辟地概括了膏药的功能。目前膏药外治肿瘤应用很广，取得了一定的疗效。临床应用膏药时，亦应辩证施治，皮肤过敏、局部渗出较多或有溃疡者慎用或禁用。

(2) 腐蚀法 主要用于体表肿瘤，也适用于肠、肛门、子宫颈等处的癌变。腐蚀主要使用中药腐蚀剂，如红砒、轻粉、汞、硃砂等功能为祛腐生新之品。临床中，如用皮癌净（红砒、指甲、头发等）治疗皮肤癌，用三品丁治疗宫颈癌等，均获较好的临床疗效。

(3) 结扎枯瘤法 宋·窦汉卿提出：“用芫花根洗净，带湿不犯铁器，捣取汁用生丝线，浸汁一宿以线系瘤上，一夜即落，不过二次，将龙骨、细茶、诃子末三味，敷疮口。如无根，以芫花煎浓汁亦妙。”一般此法适用于良性带蒂肿瘤。

(4) 围敷法 常将新鲜植物药捣烂或用干药研磨成细末，加水或醋、蜂蜜、猪胆汁、麻油、猪油、姜汁、凡士林等调和，直接敷围于肿瘤局部，间隔一定时间，换一次药，其作用有二：

一是初起围敷以达到消肿目的。二是若化脓，则围敷以束其根盘，截其余毒，不令雍滞。《医学入门》亦认为：“敷围内外夹攻，药气相通为妙。”

(5) 含嗽法 将药物煎汤过滤后，常含口内，具有清热解毒，消肿止痛作用。常用药物多为清热解毒之品，如山豆根、甘草、白花蛇舌草、玄参、硼砂、黄芩、天葵子等。用于口腔、牙龈、咽喉部肿瘤、溃疡、白斑。

(6) 灌肠法 将药物捣烂或研成细粉，用灌肠或直肠滴入。具有消肿止痛、解毒杀虫、润肠通便、腐蚀肿块等作用。常用于子宫颈癌、阴道癌、直肠癌、肛管癌等。

(7) 塞法 将药物捣烂或研成细粉，用纱布包扎，或制成各种栓剂，塞于耳、鼻、阴道、肛门内，以达到消肿止痛、解毒杀虫、润肠通便、腐蚀肿块等作用。常用于子宫颈癌、阴道癌、直肠癌、肛管癌等。

(8) 吹吸法 把药物研成细末，吹入病人的咽喉、口腔或鼻腔内，也可吸入某些特种药物烟雾气，以达到消肿止痛、通窍开噤等作用。适用于口腔、鼻咽、肺部等癌肿。

五、针灸疗法

针灸疗法是祖国医学特有的方法非药物治疗方法。在我国使用针灸治疗肿瘤及类似疾病的历史很长。《灵枢·九针论》曾曰：“四时八风之客于经络之中，……而痼病竭。”《针灸甲乙经》中记载用针灸治疗某些与肿瘤或癌类似的病症。如“饮食不下，隔塞不通，邪在胃脘，在上脘则抑而不下，在下脘则散而去之”。这些描述与食管癌十分相似。《医宗金鉴·外科心法》载乳岩的针灸治疗：“肿核初起，即加医治，宜用豆粒大艾壮，当需灸七壮，次日起泡挑破用三棱针刺入二、六分。”说明针灸对肿瘤确有疗效。

近年来临床与实验研究证实，针灸可提高机体免疫功能，增强抗病能力，调整脏腑功能，恢复机体的阴阳平衡。针灸具有良好的镇痛作用，其可提高机体的痛阈值，降低对疼痛的敏感性。

针灸治疗作为治疗肿瘤的一种方法，已被广泛应用于临床。其无论在提高机体免疫能力、抑癌消瘤方面，还是在改善临床症状，减轻放、化疗反应方面，均有较好的效果，同时不产生任何毒副作用。在临床应用中，亦应注意“辨证”原则，依据不同的疾病性质，患者体质的差异等方面情况，选定穴位，确立手法，以达到补泻之功。另需注意，由于肿瘤病的特殊性，一般以循经取穴为主，不可直刺瘤体，以免扩散或转移。正如古人云：“甚不可针破。”依据传统中医理论，结合不同的癌肿，我们将常见肿瘤的常见俞穴列举如下：

①食管癌 天鼎、天突、膻中、上脘、内关、足三里、膈俞、合谷。病灶在颈段者加扶突、气谷、大抒、风门等。中段者配气户、俞府、承满、肺俞、心俞等；下段者配期门、不容、承满、梁门等。

②肺癌 风门、心俞、肺俞、天宗、膻中、尺泽、中府等。

③鼻咽癌 风池、下关、听宫、上星、百会、合谷等。

④肝癌 章门、期门、肝俞、内关、公孙等。

⑤乳腺癌 乳根、肩井、膻中、三阴交、心俞、脾俞、肺俞、膈俞等。

⑥宫颈癌 肾俞、关元、中极、三阴交等。

⑦淋巴瘤 天井、间使、关元等。

肿瘤灸法有化脓灸和非化脓灸两种。化脓灸又称直接灸，其是用艾绒或其他药直接在穴位上点燃烧灼，给皮肤及皮下临近组织造成一个人为的烧灼溃疡。研究表明，这种局部无菌性溃疡，可以激发调动机体的免疫能力。

肿瘤作为一种常见病、多发病，由于病情复杂、变化多端，

所以临床上往往单一方法很难收到良效，因此需要多种方法结合，做到辨证与辨病相结合，扶正培本与抗癌祛邪相结合，局部治疗与整体治疗相结合，综合治疗与摄生调护相结合，内治与外治相结合，中西医治疗相结合，使各自发挥其治疗的优势，共同协调，相互增效。这一体现在肿瘤治疗中的思想与中医“杂合以治”相符。《内经》曰：“圣人杂合以治，各得其所宜，故治所以异而病皆愈，得病之情，知治之大体也。”此外，由于肿瘤病程长，病邪深固，临证表现复杂，所以临床用药时首先应注意在扶正基础上多类不同药物的协调配伍，其次在剂量上一定注意用量宜大，剂型上要多样，给药途径应多种，这样才能收到良好的治疗效果。

第三节 西医常规治疗

一、化学治疗

（一）化学治疗的历史

恶性肿瘤的化疗始于第二次世界大战后期，开始用氮芥治疗白细胞增多性疾病，但没有成效。1942年耶鲁大学杰尔曼和菲力浦医师首先用氮芥治疗淋巴瘤，使肿瘤明显缩小。1952年埃列恩和海钦斯最先发现核酸合成抑制剂对细胞生长的影响，并发现了一些有效的抗嘌呤药物可以治疗癌症等疾病。由于这杰出的贡献，1988年被授予诺贝尔医学奖。60年代以后，各国加强了抗癌化疗药物的研究，新的抗癌药物不断涌现。并研究临床上如何合理地应用，包括用药方法、剂量、用药时间、对用药后不良反应的防治等。1968年美国提出了内科肿瘤学，成为内科学的一个专业分支。1989年欧洲内科肿瘤协会在伦敦举行了内科肿瘤学专科证书考试。

(二) 化学治疗的方式

目前临床应用有四种方式：

(1) 肿瘤的全身化疗 适用于肿瘤晚期或播散性肿瘤。可能取得病情缓解。

(2) 辅助化疗 手术治疗或放射治疗后，可能存在微小转移灶，为防止其复发或转移而进行的化疗。可能提高生存率。

(3) 新辅助化疗 手术前或放疗前使用化疗，治疗目的是希望化疗后肿瘤体积缩小，减弱肿瘤细胞的活性，消灭可能存在的微小转移。可以提高手术切除率和生存率。

(4) 特殊途径化疗

①腔内化疗 通常用于胸腔内、腹腔内、心包腔内癌性积液。常用药物如丝裂霉素、顺铂、5-氟脲嘧啶、博莱霉素等。

②椎管内化疗 白血病及许多实体瘤可以侵犯中枢神经系统，尤其是脑膜容易受侵。可采用腰椎穿刺鞘内给药，使脑积液内有较高的药物浓度，达到治疗的目的。常用的药物有甲氨喋呤及阿糖胞苷。

③动脉插管化疗 如肝动脉插管治疗肝癌，颈外动脉分支插管治疗头颈部癌。常用的药物有表阿霉素、丝裂霉素、5-氟脲嘧啶及顺铂等。

(三) 合理用药原则及化疗适应症

目前已有 40 余种常用抗肿瘤化疗药物，用药必须有合理的治疗方案，包括用药时机、药物选择与配伍、用药的先后次序、剂量、疗程及间隔时间等。

1. 通常联合化疗方案的组成要考虑以下原则

(1) 使用不同作用机制的药物，以便发挥协同作用；

(2) 药物不应有相似的毒性，以免毒性相加，患者不能耐受；

(3) 单一用药必须有效。

2. 化疗适应症

(1) 造血系统恶性肿瘤 如白血病、多发性骨髓瘤、恶性淋巴瘤等，近年来采用化疗已取得良好疗效。

(2) 化疗效果较好的某些实体瘤 如皮肤癌、绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎、精原细胞瘤及卵巢肿瘤、尤文氏瘤、肾母细胞瘤、乳腺癌等。

(3) 实体瘤手术或放疗后复发播散者。

(4) 实体瘤已有广泛转移，不适于手术切除或放疗者。

(5) 实体瘤手术切除或放疗后的巩固治疗。

(6) 癌性体腔积液采用腔内化疗。

(7) 肿瘤引起的上腔静脉压迫、呼吸道压迫、脊髓压迫或脑转移引起颅内压升高，可先用化疗以缩小体积，减轻症状，然后进行放疗。

(8) 某些较局限的肿瘤，采用手术前化疗，以减少手术切除范围，增加手术切除率。

3. 注意事项 患者一般情况较好，血象及肝、肾功能正常，才能耐受化疗。有下列情况者，要慎重考虑药物的种类和剂量或不用化疗。①年老体弱；②以往经过多种化疗或与放疗同时进行；③肝、肾功能异常；④明显贫血；⑤白细胞或血小板低于正常值；⑥营养不良、血浆蛋白明显减少；⑦肿瘤骨髓转移；⑧肾上腺皮质功能不全；⑨有发热、感染或其他并发症；⑩心、肺功能受损。

4. 停药指征 在化疗过程中出现以下情况之一者，必须停药观察，并采取必要的措施：①呕吐频繁，影响进食和电解质平衡；②腹泻超过每日5次，或出现血性腹泻；③白细胞 $3 \times 10^9/L$ 以下，或血小板在 $60 \times 10^9/L$ 以下；④心肌损害；⑤中毒性肝炎；⑥中毒性肾炎；⑦化学性肝炎或肺纤维化。

(四) 肿瘤化疗的水平

(1) 可以根治的肿瘤 (治愈率大于 30%) 滋养叶细胞瘤、睾丸肿瘤、伯杰脱淋巴瘤、大细胞淋巴瘤、霍奇金病、儿童急性白血病、横纹肌肉瘤、神经母细胞瘤、肾母细胞瘤等。

(2) 可延长生存期的肿瘤 (治愈率 5%~30%) 急性粒细胞白血病、成人急性淋巴细胞白血病、小细胞肺癌、胃癌、骨肉瘤等。

(3) 姑息疗效 乳腺癌、膀胱癌、前列腺癌、子宫内膜癌、肾癌、黑色素瘤、头颈部癌、多发性骨髓瘤、慢性粒细胞白血病、慢性淋巴细胞白血病等。

(4) 综合治疗能提高疗效 化疗和手术、放疗等综合治疗,可提高疗效。如乳腺癌、睾丸肿瘤、大肠癌、骨肉瘤、肺癌、软组织肉瘤、尤文氏肉瘤等。

(五) 肿瘤化疗的不良反应

不是每一个病人都会发生不良反应,反应的情况也是各人轻重不一。如果发现不良反应经医师治疗后,多数人能完成化疗的疗程。不良反应常见的有:

(1) 骨髓抑制 白细胞减少、血小板减少、贫血。

(2) 消化道毒性 恶心、呕吐、黏膜炎、腹泻和便秘。

(3) 肺毒性 弥漫型间质病变或片状浸润。

(4) 心脏毒性 心电图改变、心肌缺血等。

(5) 肝脏毒性 化学性肝炎、静脉闭锁性疾病、肝纤维化。

(6) 肾和膀胱毒性 血清肌酐水平升高,偶伴蛋白尿,高尿酸等。

(7) 神经毒性 末梢神经炎、肌无力、腱反射消失、便秘、肠麻痹、尿储留等。

(8) 皮肤毒性 包括脱发、静脉炎、注射部位疼痛、红斑、

药物外漏引起组织坏死等。

(9) 过敏反应 极少数人会发生。

针对以上不良反应，临床医师会采取措施进行预防和必要的治疗。

二、放射治疗

肿瘤放射治疗是利用放射线如放射性同位素产生的 α 、 β 、 γ 射线和各类 X 射线治疗机或加速器产生的 X 射线、电子线、中子束、质子束及其它粒子束等治疗恶性肿瘤的一种方法。

(一) 放射治疗的发展史

1895 年德国物理学家伦琴的偶然发现，给现代医学带来了一件最有力的工具 - X 射线。1896 年居里夫妇发现了镭，它的生物学效应很快得到认识。1899 年放射治疗治愈了第一例病人。自此为人类医学治疗领域打开了一扇大门。1922 年生产出深部 X 线机，同年在巴黎召开的同际肿瘤大会上 Coutard 和 Hautant 报告了放射可治愈晚期喉癌，且无严重的合并症。1934 年 Coutard 发明了分割照射，一直沿用至今。放射治疗在经历了初始阶段的艰难历程，20 世纪 30 年代、建立了物理剂量 - 伦琴 (r)，50 年代制造了远离治疗机，放射治疗也逐渐形成了独立的科学。60 年代产生了电子直线加速器，70 年代建立了镭疗的巴黎系统，80 年代发展了现代化近距离治疗，近十余年随着技术进步和计算机的高速发展放射治疗更是有了飞跃的发展，三维适形治疗，强调放射治疗亦引入了临床治疗领域。虽然放射疗法仅有几十年的历史，但发展较快。由于超高压治疗机的使用，辅助工具的改进和经验的积累，治疗效果得到显著提高，目前已成为癌症治疗中的最重要手段之一。我国约有 70% 以上的癌症需用放射治疗，美国统计也有 50% 以上的癌症需用放射治疗。放射治疗几乎可用于所有的癌症治疗，对许多癌症病人而言，放射治疗是唯一必

须用的治疗方法。在我国，自1920年初北平协和医院安装了一台浅层X线治疗机起，至1949年解放时，全国在北京、广州、沈阳等地约有5家医院拥有放射治疗设备。解放后，特别是改革开放后放射治疗发展迅速。

（二）放射治疗在治疗恶性肿瘤中的地位

放射治疗主要用于恶性肿瘤的治疗，目前已成为世界公认的肿瘤治疗的三大手段之一。据国内外统计，肿瘤病人中65%~75%接受过放射治疗。Tubiana1999年报告，45%的恶性肿瘤可治愈，其手术治愈率22%，放射治疗治愈率18%，化学药物治疗治愈率15%，作为局部治疗，对于一部分不能或不愿意接受手术治疗的病人而言，放射治疗因其无创，并发症少且局部控制好等优势被许多患者和家属所接受。

（三）放射源和放射治疗的主要设备

放射治疗通常以两种基本照射方式进行治疗，一种是位于体外一定距离，集中照射人体的某一部位，叫体外远距离照射，简称照射。另一种是将放射源密封，直接放入被治疗的组织内或人体的天然腔内，称组织放疗和腔内放疗，又称近距离治疗。

临床治疗的X线机根据能量高低分为：临界X线6~10KV，接触X线10~60KV，浅层X线60~160KV，深部X线180~400KV，高压X线400KV~1MV及高能X线2~50MV。普通的X线机与加速器比由于深度剂量低，易于散射，剂量分布差等缺点，从50年代起加速器开始使用于临床治疗，随后迅速得到发展，据统计我国目前拥有加速器200多台，已成为我国放射治疗的主要设备。

放射治疗的一个重要环节是定位，主要采用二维模拟定位机，透视下确定照射野，而后根据照射野或激光灯的标示摆位。随着计算机和影像技术的进步三维立体定位技术引入了放射治疗

领域。首先行 CT 扫描后将 CT 影像传入装有特定软件（称为 TPS）的计算机，划定靶区，设计照射野，最后根据计算机给出的数据在患者身上划出激光灯标示。三维立体定位技术的应用使得放疗更为准确，也更准确地体现了放疗的原则，即肿瘤剂量最高，正常组织剂量最低，以便实现在不增加病人新的痛苦的前提下减轻其现有的病痛。

（四）放射治疗的种类

放射治疗主要有两种形式：体外和体内。某些病人接受两种形式的放射治疗。

（1）体外放射 体外放射就是仪器位于人体外，直接把高能射线照在肿瘤部位。大多数病人在医院接受的都是体外放射。

（2）体内放射 体内放射是将放射源密封植入肿瘤里或靠近肿瘤。有时，当手术切除肿瘤后，把放射源放在切口处，用来杀死残存的癌细胞。另外一种体内放疗是将未密封的放射源通过口服或静脉注入人体内进行治疗。

（五）放射治疗的作用

所有细胞（癌细胞和正常细胞）都要生长和分裂。但是癌细胞的生长和分裂比他们周围许多的正常细胞都要快。放射疗法采用特殊设备产生的高剂量射线照射癌变的肿瘤，杀死或破坏癌细胞，抑制它们的生长、繁殖和扩散。虽然一些正常细胞也会受到破坏，但是大多数都会恢复。与化疗不同的是，放疗只会影响肿瘤及其周围部位，不会影响全身。

（六）放疗的副作用

高的放射剂量可以破坏或消灭癌细胞，但同时也损害正常细胞，导致副作用。许多病人没有一点副作用，但有些病人在治疗的相关部位会产生副作用。虽然副作用令人不适，但大部分都不

严重，而且可用药物或饮食加以控制。

副作用因人而异，它主要取决于治疗剂量和治疗部位。病人的健康状况也会影响身体对放疗的反应以及是否产生副作用。

副作用分为两种：急性的和慢性的。急性（或短期）副作用在治疗后不久随即产生，并且通常在治疗停止后几周内完全消失。慢性（或长期）副作用可能需几个月或几年才逐步显现出来，但通常是永久性的。

最常见的副作用是疲劳、皮肤变化和食欲不振。其它副作用通常与接受治疗的部位有关，例如对头部进行放疗后所引起的脱发。

值得庆幸的是，大多数的副作用都会及时消除。同时，我们还有办法来减轻副作用所带来的不适。如果病人的反应特别严重，医生会中断治疗或改变治疗方法。通常来讲都不愿意中断放疗疗程，因为这会降低治疗效果。

病人应把他注意到的副作用告诉医生或护士，以便帮助治疗这些问题。

成千上万的人单用放射治疗或并用放射治疗、手术治疗、化学治疗和生物治疗后，治愈了他们的癌症。医生在病人手术前，可以用放射治疗来皱缩肿瘤，使之易于切除；手术后，用放射治疗来抑制残存癌细胞的生长。

三、手术治疗

恶性肿瘤原发灶的切除是肿瘤手术治疗的主要内容，根治性手术是主要手段。根治性手术是指对原发灶的广泛切除并连同周围淋巴结转移区的整块切除。目前对肿瘤局限于原发部位及区域淋巴结而未发现有其他转移病灶，患者全身情况能够耐受手术者，均适应于作根治术。

恶性肿瘤可以自局部向周围组织浸润及扩散，因此手术治疗

的原则是切除原发灶以及可能受累及的周围组织，如果肿瘤在某一器官或组织则要将该器官全部或大部切除，如肺癌、胃癌、肾癌、食管癌、软组织肿瘤等。如果原发灶与邻近脏器有粘连或侵犯，必要时可将邻近脏器一并切除，如胃癌侵犯肝左叶时可同时切除肝左叶，食管癌侵犯心包时切除部分心包。手术切除的范围还应根据不同肿瘤的生物学特性而定，同时也应熟悉肿瘤的病理学知识，决定对具体肿瘤手术切除的恰当范围。

根治性手术时对原发灶应尽可能作彻底切除。然而，手术切除范围的大小并不一定影响术后生存率，这主要是很多肿瘤在治疗时已经发生亚临床期转移。手术治疗作为局部治疗的主要手段，对局部瘤灶的控制有助于减少局部复发及远处转移，同时切除肿瘤后改变了机体与肿瘤的比势，有利于提高机体的免疫功能，为综合治疗创造条件。

根治性手术是尽可能的彻底切除肿瘤，以达根治目的。但如肿瘤的发展超越根治的范围，或者患者存在严重的脏器功能不全，年老体衰难以耐受手术，则不宜选择根治手术，可视具体情况采取一些合适的姑息治疗方法。

淋巴结的清除：相应区域淋巴结的清除是根治性手术的重要内容。通常上皮性肿瘤的淋巴结转移率较高，因而，对上皮性肿瘤要常规进行淋巴结清除，间叶组织来源的恶性肿瘤以血道转移为主，仅小部分有淋巴结转移，是否需作淋巴结清除，应视具体情况而定。

临床上已有明确淋巴结转移的，除了对放疗敏感的肿瘤（如鼻咽癌，睾丸精原细胞瘤等）外，一般均要作手术清扫，如胃癌、结肠癌及宫颈癌等手术。在脏器切除的同时连同周围淋巴结一同清除已经成为常规。但对有些肿瘤如乳腺癌、头颈部肿瘤、四肢躯干部的皮肤癌、软组织肉瘤、睾丸癌、阴茎癌等，如临床上没有明确淋巴结转移，是否需作预防性淋巴结清除术尚存

在争议。理论上讲选择性的区域淋巴结清除对临床上未触及肿大淋巴结而病理上已有转移者的意义最大。但对临床上淋巴结没有明确转移时是否需作清除，则应根据原发肿瘤的生物学特性、肿瘤部位和肿瘤的扩展情况而具体决定。

某些部位如口腔或肢体远端的恶性肿瘤，原发灶与区域淋巴结相隔较远，难以与原发灶整块切除，此时可行分段手术，在原发灶控制或治疗后进行二期淋巴结清除术，两次手术的间隔以2~6周为宜。

由于外科手术治疗恶性肿瘤仅仅是局部治疗，当淋巴结广泛转移超出第1站时就很难通过扩大手术范围达到治疗目的了。如何提高手术疗效，已从单纯的扩大手术范围，转变为恰当的手术范围。注重保护、提高机体的免疫功能，重视肿瘤的生物学特点，加强全身综合治疗是提高疗效的重要方法。

目前，早期癌肿手术治疗后5年生存率可达80%以上，但是，出现症状后就医的患者中，大多数为Ⅲ、Ⅳ期患者，远远超出了局限性范围，治疗失败的原因主要是血道的播散，因而，加强综合治疗是提高疗效的关键。有些肿瘤在经过综合治疗后疗效已经有了很大的提高，如骨肉瘤、肢体软组织肉瘤等，单纯手术治疗5年生存率仅仅为10%~20%，应用综合治疗后其5年生存率可达75%以上。同时，综合治疗的应用也为各种手术的开展提供了保障，创造了良好的条件。虽然其它一些实体肿瘤的综合治疗效果并不如此，但总的生存率还是有所提高。

综合治疗方案的制定必须根据肿瘤的性质、病理类型、恶性程度、播散情况以及生物学特性而定，正确估计外科治疗在综合治疗中的地位。首次手术是提高疗效的关键，首次治疗的正确与彻底常能使患者获得根治的机会。反之，如首次手术不彻底，则复发机会增多，大大减少了根治的机会。如果术前估计已难以行根治手术，盲目地进行探查手术只能给患者带来不利的影响，甚

至也为其它综合治疗的实施带来了困难。

四、免疫学治疗

(一) 肿瘤免疫学的基本原理

免疫细胞由众多功能不一的细胞组成，从广大概念而言，免疫细胞包括：造血干细胞、淋巴细胞系、单核吞噬细胞系、粒细胞系、肥大细胞系、红细胞和血小板等。这些细胞在免疫系统中发生免疫应答以及免疫效应过程中发挥各自不同的作用。免疫细胞可以通过各种途径对体内的几乎每个细胞发挥直接或间接作用。免疫分为体液免疫和细胞免疫两大分支系统，体液免疫主要由B淋巴细胞及其产物参与完成。而细胞免疫主要由T淋巴细胞发挥杀伤效能，这些免疫细胞具有两大生物特性，一是在发育过程中可监视并排出“非己”的分子和病原微生物，而不与自身的组织细胞发生反应。二是这些免疫细胞在组织器官内缺乏与组织细胞固定的联系，而是在全身游走于循环及淋巴系统内外。

肿瘤的生物疗法作为治疗肿瘤的一种方法，主要是通过宿主自身免疫防御能力或用生物性药物发挥抗肿瘤效应或者设法刺激机体免疫，提高防御机制或者设法提高肿瘤相对于正常组织的“异己”性，或放大宿主对肿瘤较弱的免疫反应，以达到激活宿主的淋巴细胞、单核细胞、巨噬细胞、树突细胞、上皮细胞以及体内许多免疫细胞和细胞因子参与完成对靶（癌）细胞的攻击杀伤作用。这些细胞由于其功能不同，它们之间可以以多种不同方式相互作用，相互调节彼此的活性和功能达到细胞之间最大调节协同杀伤功能。

免疫细胞主要分泌两种类型的可溶性免疫蛋白质物质。一种是抗体，它是在血液循环中存在的免疫物质，随时可与抗原结合进行杀伤，是免疫反应高度特异性的基础，它是杀伤靶细胞的重要免疫物质。另一种是细胞因子，正常情况下在血液循环中检测

不到，它们代表了一类新型激素，可作用于免疫系统内外的多种不同的靶细胞，为肿瘤免疫治疗提供了新的治疗手段。

试验表明：人的 T 细胞能在体外杀伤自体肿瘤细胞的同时，还能特异性分泌多种细胞因子。如白介素 2 (IL-2)、 γ -干扰素 (γ -IFN)、粒细胞/巨噬细胞集落刺激因子 (GM-CSF) 和肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 等。T 细胞受自体肿瘤细胞刺激后，还能发生增殖。这些细胞因子及增殖的 T 细胞均能参与杀伤肿瘤细胞的作用。

(二) 杀伤癌细胞的免疫效应及其机制

由于免疫细胞类型不同，对癌细胞的杀伤破坏作用机制的不同，因而免疫反应可分细胞免疫和体液免疫两大类型。

1. 细胞免疫

宿主对肿瘤抗原的免疫反应主要是人体的免疫细胞对肿瘤细胞的杀伤作用（细胞对细胞的杀伤）。现认为以下几种主要免疫细胞在肿瘤的免疫中起作用。

(1) T 淋巴细胞

细胞毒性 T 淋巴细胞 (CTL) 在肿瘤免疫应答中起关键作用。它对抗原的识别具有高度的特异性，绝大多数的 CTL 只能识别存在于肿瘤细胞表面的抗原的同时，还必须识别自己的主要组织相容性抗原 (MHC) 才能被激活。即 CTL 抗原受体 (TCR $\alpha\beta$) 只能识别 MHC-抗原多肽复合物，被激活产生一系列的免疫反应。而 MHC-抗原多肽复合物是由外源性（或内源性）肿瘤蛋白抗原经抗原递呈细胞（如：树突状细胞、单核细胞、巨噬细胞及激活的 β 细胞等）酶解为多肽后与 MHC I 类分子（或 MHC II 类分子）结合成 MHC-抗原多肽复合物才能被识别而激活。这时被激活的 CTL 出现形态学变化增殖、分泌淋巴毒素 IL-2 等，并获得细胞毒性 T 淋巴细胞功能。CTL 对细胞的细胞毒性作用有二。一是通过活化 CTL 细胞质分泌蛋白及释放色

氨酸蛋白酶，在有钙的情况下，使靶细胞形成小孔，致使胞质内容物外溢，靶细胞渗透性发生改变，引起细胞肿胀、破坏或凋亡。CTL 另一种免疫途径是抗体依赖细胞介导的细胞毒作用 (ADCC)。在这种细胞溶解方式中与靶细胞结合的抗体起交联作用，然后与具有 FC 受体的细胞溶解性细胞结合，免疫效益细胞上的 FC 受体（此 Fas 属于肿瘤坏死因子 (TNF) 类分子受体家族成员）与靶细胞上的抗体的游离 FC 段结合。通过这种交联结合，靶细胞便可发生溶解作用。

靶细胞的死亡包括凋亡，表现为染色质浓缩及细胞溶解的 DNA 片段形成。

另外 CTL 在杀伤靶细胞的过程中，其本身不受损伤，因此免疫细胞可以反复杀死或杀伤更多的靶细胞。

(2) 自然杀伤细胞 (NK 细胞)

①NK 细胞的识别杀伤功能 占总淋巴细胞组成的 5% ~ 15%，遍及全国的组织，但主要在循环中。是一群广谱的杀伤细胞，对阻止肿瘤生长起重要作用。NK 细胞识别靶细胞通过三种形式：a. 针对 NK 细胞敏感的靶细胞。b. NK 细胞受 IL-2 激活后出现更广的抗肿瘤细胞，从而杀伤大部分瘤细胞。c. 主要识别缺乏 MHC-I 抗原或者突变的 MHC-I 抗原的靶细胞。NK 细胞杀伤靶细胞时不需要依赖于胸腺抗体、补体及预先致敏，而是 NK 细胞与靶细胞直接接触，就能杀伤靶细胞。杀伤机制是 NK 细胞释放淋巴毒素、肿瘤坏死因子、天然杀伤细胞毒因子和穿孔素等细胞毒性因子，而穿孔素能将靶细胞膜穿孔使蛋白酶进入细胞内，以诱导靶细胞凋亡。然后 NK 细胞与靶细胞分离再激活，反复参与杀伤靶细胞。

②NK 细胞的免疫调节功能 NK 细胞和 CTL 细胞在免疫反应时间及高峰出现次序上由明显的互补性，均为 NK 反应在前，而 CTL 反应在后；当 NK 细胞缺乏时，会导致巨噬细胞数量和功

能的明显下降；NK 细胞可直接诱发免疫反应时，均调动大部分 NK 细胞参与并能迅速分泌大量的 IFN - r、TNF、IL - 3、CSF 等，其功能在于调节吞噬细胞的功能。

(3) 巨噬细胞

单核吞噬细胞系统包括血液中的单核细胞和组织中固定和游走的巨噬细胞。血液中的单核细胞进入组织后形成各具特征命名不同的组织巨噬细胞。如肝脏内巨噬细胞称巨噬细胞，肺者称肺泡巨噬细胞，神经者称胶质细胞等。活化的巨噬细胞对肿瘤细胞表现为非特异性细胞毒作用，引起靶细胞溶解或抑制其分裂，但它们很少能内吞肿瘤细胞。在许多自发肿瘤和试验肿瘤体内发现有巨噬细胞浸润现象。活化的巨噬细胞识别和溶解肿瘤的抗癌作用有以下方式。

①巨噬细胞与肿瘤靶细胞直接接触，细胞膜互相融合，激活的巨噬细胞内的溶酶体直接进入肿瘤细胞内，致使肿瘤细胞被溶解破坏而凋亡。

②巨噬细胞表面有 FC 受体，通过 ADCC（抗体依赖细胞介导细胞毒作用）效应来增强对肿瘤细胞的细胞毒作用。

③激活巨噬细胞可产生介质如细胞溶解蛋白酶，肿瘤坏死因子（TNFa）、白介素 - 2（IL - 2）一氧化氮（NO）过氧化物（如 H₂O₂）等共同参与杀伤肿瘤细胞作用。

(4) 处理和递呈抗原而激活 T 细胞产生特异性抗肿瘤的细胞免疫应答

2. B 细胞和体液免疫

B 淋巴细胞是体内唯一产生免疫球蛋白分子（immunoglobulinlg）抗体的细胞，当 B 淋巴细胞膜表面的免疫球蛋白与抗原刺激结合后，在 T 细胞、巨噬细胞的协同作用下，促使成熟的 B 细胞继续增殖分化形成并能分泌免疫球蛋白分子的协同作用下，促使成熟的 B 细胞继续增殖分化形成并能分泌免疫球蛋白分子

(Ig) 的终末浆细胞。故可称为抗原依赖期。在此期中, 有部分 B 淋巴细胞扩增克隆细胞成为记忆细胞, 而生命期长达数月致数年。当再与同一抗原接触时, B 淋巴细胞易于分化与活化并与抗原再次产生免疫反应, 故此种细胞称为记忆 B 淋巴细胞。人体免疫球蛋白在体内约有 107 个特异性不同的抗体分子, 其特异性的多样性是来自千百万不同的 B 淋巴细胞克隆。每一个克隆 B 细胞由其遗传特性均可产生一种能与相应抗原特异结合的 Ig 分子, 分泌到细胞外的 Ig 分子即为抗体。按其生物学的差异可分五大类型: 即 IgA、IgD、IgE、IgG 和 IgM。

体液免疫杀伤肿瘤细胞在 B 淋巴细胞介导, 同时还在肿瘤抗原刺激下, B 淋巴细胞增殖分化形成浆细胞, 而浆细胞分泌免疫抗体 (Ig) 并通过与 K 细胞、NK 细胞、巨噬细胞或补体的协同作用而发挥其杀伤肿瘤细胞的作用。体液免疫有三种方式:

(1) 细胞毒性抗体: 在有补体存在的条件下与具有细胞毒性作用的抗体 IgM 共同参与下, 可破坏肿瘤细胞。

(2) 依赖于淋巴细胞的抗体: 淋巴细胞的抗体 FC 段可与 K 细胞结合, 而 Fab 段与肿瘤细胞结合, 然后通过释放多种溶酶将其肿瘤细胞水解杀伤。

(3) 嗜细胞性抗体: 巨噬细胞具有免疫球蛋白的 FC 受体, 此与免疫球蛋白 (Ig) 结合, 然后通过释放各种溶酶将其肿瘤细胞水解杀伤。

(三) 肿瘤的免疫治疗

1. 肿瘤免疫治疗的基本原则

免疫学治疗肿瘤的目的在于肿瘤切除后一种辅助治疗方法。治疗肿瘤的效果取决于肿瘤本身的大小或手术切除后肿瘤残存的多少。肿瘤越大、免疫治疗效果就越困难, 越难于治疗。一般认为肿瘤免疫治疗前有一定的阈值, 而肿瘤细胞数不能超过 10^8 (相当于 0.1cm 直径) 效果较好, 另外尚需要考虑患者本身免疫

功能的机能状态和肿瘤免疫原性强弱，是决定免疫治疗成败的关键（特别是主动免疫治疗）。免疫疗法可以在肿瘤手术后和放疗、化疗交替序贯应用。

2. 肿瘤免疫治疗

于 20 世纪八十年代对肿瘤的生物治疗提出四大生物技术疗法，细胞因子技术、免疫活性细胞继承性输注技术、单克隆抗体及其偶联物技术、肿瘤疫苗技术。

现分述如下：

(1) 细胞因子

细胞因子是指一类由免疫细胞（如淋巴细胞、单核、巨噬细胞）和相关细胞（如纤维母细胞、内皮细胞等）产生的蛋白质多肽物质。文献称的生长因子、细胞因子、淋巴因子、集落刺激因子、生长抑制因子等均属此范畴。一种细胞可产生多种因子，而一种因子又可由多种细胞产生，因此细胞因子的作用具有交叉性。细胞因子的种类很多，大约在 100 种以上，目前与肿瘤生物治疗有关的细胞因子可分为五大类：①干扰素（IFN）②白细胞介素（IL）③肿瘤坏死因子（TNF）④集落刺激因子（CSF）⑤转化生长因子（TGFs）。

细胞因子多肽物质，具有免疫调节、免疫效应、细胞生长、分化等多方面的重要生理作用。

其作用特点是：作用时间短暂，范围局限，仅影响分泌本身组织（自分泌作用）或周围组织（旁分泌作用），一旦进入血液后就失去活性，因此仅在高剂量时才能作用于远处，但副作用也多。

细胞因子对肿瘤的作用机制可分为两大类：一类因子对肿瘤细胞发挥直接杀伤作用，如 IL-1, IFN- β , γ 和 TNF $\alpha\beta$ 。另一类细胞因子调节作用（间接作用）。目前发现细胞因子均具有调节作用，其调节作用发生可在细胞因子之间相互调节，另可激活

抗肿瘤效应细胞，杀伤效应的同时促进其分泌抗癌效应因子，参与杀伤肿瘤的作用。

细胞因子疗效特点：

①无量效关系：药效与剂量无相关性，因其作用复杂，剂量过大反应出现副作用，而长期低剂量给药效果最好。

②疗效缓慢而持久：细胞因子疗效较缓慢，在数月后才显现出来，停药后病情将进一步好转。并可带瘤生存而寿命可显著延长。

③副作用小而短暂：大剂量用药可出现急性病毒感染症状。停药后症状消失病情进一步好转。

④联合局部给药：采用多因子联合或与化疗药联合比单一因子效果好，而局部给药比全身给药效果好，副作用也少。

(2) 干扰素 (interferon IFN)

干扰素是由细胞产生的三种干扰素。

干扰素 - α (IFN - α) 是由白细胞和巨噬细胞产生。干扰素 - β (IFN - β) 是由纤维细胞和上皮细胞产生。干扰素 - γ (IFN - γ) 是由 T 细胞和 NK 细胞产生。干扰素对肿瘤的作用机制是直接和间接两种机制起作用。直接杀伤作用机制是抗肿瘤增殖作用，细胞毒作用（直接溶解细胞），增加肿瘤细胞表面的 MHC I 和 II 类分子及相关抗原及调节细胞分化诱导肿瘤细胞正常分化。间接作用是活化单核、巨噬细胞、T 细胞及 NK 细胞的毒性细胞作用，及调控抗体生成。其疗效与肿瘤类型和干扰素类型相关。临床治疗肿瘤使用最多的是干扰素 - α (IFN - α) 在 23 种肿瘤中的有效率（部分或完全缓解率）为 10% ~ 90% 之间。以子宫颈内膜上皮肿瘤疗效最好，有效率高达 80% ~ 90%，而疗效较差者为肺癌（小细胞和非小细胞肺癌），有效率不足 10%。

(3) 白细胞介素 - 2 (IL - 2)

IL-2 是由活性 T 细胞分泌的一种非常重要的免疫系统淋巴因子，它具有许多种生物活性，在特异性免疫调节中处于统筹核心的重要地位，其重要作用具有几方面：

IL-2 本身具有肯定的抗癌作用，其抗癌作用的强度与其浓度在一定限度内具有相关性。

IL-2 主要作用是：可刺激具有 IL-2 受体的活化 T 细胞的生长。只有扩增一定数量的 T 细胞才能杀伤肿瘤细胞，另外对 T 细胞、B 细胞、巨噬细胞、上皮细胞少突神经角质细胞等具有激活作用。

大多数 T 细胞、NK 细胞、B 细胞需在 IL-2 刺激下才能扩增，然后参与免疫杀伤作用。

效应细胞前身细胞并未完全分化，故不能介导效应功能，需要 IL-2 的刺激经过分裂增殖才能成为效应细胞，对癌具有杀伤作用。

IL-2 在体外能刺激淋巴细胞成为细胞毒活性极强的淋巴因子激活的杀伤细胞 - LAK 细胞，并能激活从实体瘤分离的淋巴细胞 - 肿瘤浸润淋巴细胞 (TIL)。这些细胞移入体内成为过继免疫疗法。

总之，IL-2 对免疫效应细胞的调节作用：刺激活化的 T 细胞生长分化；产生淋巴因子激活 LAK 细胞的杀伤活性；刺激 B 细胞增殖和产生免疫球蛋白；刺激巨噬细胞细胞毒活性；IL-2 的应用可引起宿主其他细胞因子和激素的释放，并与 IL-2 协同发挥生理效应；IL-2 应用可使体内免疫缺陷逆转；在体内 IL-2 可引起内源性和过继性转移的淋巴细胞增殖；淋巴细胞与 IL-2 共同孵育可产生一种称作 LAK 细胞，它能使肿瘤细胞溶解，此为过继性致癌奠定了基础。

IL-2 临床应用疗效：Rosembeig (罗氏) 单独使用 IL-2 治疗肾细胞癌 54 例，黑色素瘤 42 例，乳腺癌、肺癌、结肠直肠癌

共 11 种肿瘤共 130 例，其有效率 19%，其中肾细胞癌和黑色素瘤效果最好，其它肿瘤的疗效不够满意，甚至无效。目前给药方案有多种：

静脉注射：剂量为每 8 个小时 7.2~72 万 $1\text{u}/\text{kg}$

静脉点滴：剂量为每次 10~20 万 $1\text{u}/\text{m}^2$

皮下注入：每周 2~3 次剂量 50~100 万 $1\text{u}/\text{m}^2$

肿瘤局部注射：每周连续四次给药，剂量 20 万 $1\text{u}/\text{m}^2$

(4) 集落刺激因子

造血生长因子是由许多不同的细胞产生的骨髓生长因子，其功能是调节造血母细胞及成熟细胞的增殖分化功能，但对造血干细胞很少有作用。现已发现有 20 多种不同的造血因子，这些因子称为集落刺激因子 (CSF)。由 T 细胞产生的称多能集落刺激因子 (Multi-CSF)，由母细胞和巨噬细胞产生的因子称粒细胞、巨噬细胞集落刺激因子 (CM-CSF)，二者功能刺激几种不同的造血细胞。由纤维母细胞产生的因子称巨噬细胞集落刺激因子 (G-CSF)，其功能主要刺激中性粒细胞增殖分化和成熟。四种集落刺激因子 (CSF) 在不同的阶段影响不同造血细胞增殖，但联合应用具有协同作用，并能迅速而显著的影响造血细胞的造血功能。

体外实验证明，集落刺激因子 (CSF) 具有刺激骨髓细胞增殖、诱导分化、影响成熟细胞的功能和维持髓系细胞体外存活四大功能。

临床应用：

肿瘤的放疗和化疗常常引起骨髓严重抑制甚而导致白细胞数量大量减少，免疫功能下降，抵抗力降低，引起感染。集落刺激因子 (CSF) 具有刺激骨髓细胞增殖、诱导分化、影响成熟细胞的功能和维持髓系细胞体外存活四大功能。

①减轻化疗药物对宿主骨髓毒性作用，可以加大化疗药物的

剂量，使疗效明显提高。

②加快骨髓造血功能的恢复，使骨髓抑制持续时间缩短近50%。

③有效防止放化疗因免疫功能降低导致的致死性感染。

因此，目前已进入临床实验的集落刺激因子（CSF），临床应用前景非常乐观。

（5）过继性细胞免疫治疗

由于肿瘤的免疫性不强或其产物对免疫功能的抑制作用，而导致肿瘤患者的免疫功能难以对肿瘤进行有力地免疫杀伤作用。为了克服免疫功能障碍，研发了过继性免疫治疗方法。所谓过继性细胞免疫治疗是输注具有免疫活性的自体或同种异性免疫细胞或非特异性肿瘤杀伤细胞给患者，为患者提供现成的免疫力，以达到治疗目的。

①淋巴因子激活的杀伤细胞（LAK）

LAK细胞属异质性群体，主要来自NK细胞。所谓淋巴因子激活的杀伤细胞（LAK）是将患者外周血淋巴细胞分离出来与IL-2孵育3~4天，使扩增与活化成为具有广谱抗癌作用的免疫杀伤细胞，然后将LAK细胞与IL-2一起输回患者体内，可使肾细胞癌、黑色素瘤结直肠癌、膀胱癌、肝癌有一定的疗效，总有效率约为20%，动物实验证明IL-2/LAK疗法不但使原发肿瘤消退，还可使肺和肝转移癌灶消失。若IL-2剂量过大，可出现发热、寒战、皮肤红斑、毛细血管渗透漏综合征等毒副作用。

②肿瘤浸润淋巴细胞（TIL）

TIL是浸润生长于肿瘤中淋巴细胞与IL-2孵育扩增和活化成为具有高强度的免疫杀伤细胞，其作用特点：a. 静脉输入TIL趋向于肿瘤内聚积，b. 主要对自体肿瘤起免疫杀伤作用，其作用强度是LAK细胞的50~100倍。c. 与环磷酰胺IFN、TNF配伍使用有协同疗效。

目前对肾癌黑色素瘤卵巢瘤等十多种肿瘤表现有一定疗效，总有效率约为 32%。过继性免疫疗法是目前研究一大“热点”，但非常耗时、费力、昂贵和毒副作用反映等，目前正在临床试用。

单独采用单抗技术及单抗疗法或将其与核素、药物酶等相联进行免疫导向治疗虽已十多年，但仍未取得突破性进展，许多技术问题尚未解决，特别是抗体的异源性和肿瘤内部的“高压区”是单抗及其偶联治疗效果不理想的两大问题，目前正在研究中。

肿瘤疫苗及主动特异性免疫治疗始于 1902 年。至今一个世纪，无论是采用患者自体的还是其他患者同种异体瘤细胞或用建立的瘤细胞系所制备预防列入了日程。研究的进展将给肿瘤高危人群带来福音。

第四节 中西医结合治疗恶性肿瘤概要

一、中西医结合治疗恶性肿瘤的临床意义

中西医结合治疗恶性肿瘤是融中西医学各自优势为一体，发挥传统中医特色，结合西医药学理念，二者相辅相成，实行互补结合的具有中国特色的防癌治癌道路。五十余年来，我国在中西医结合治疗恶性肿瘤方面成绩非凡，特别是在倡导肿瘤“综合治疗”的今天，中西医结合治疗恶性肿瘤就更显其优势和特色，从临床上看，其主要优点可概括为：

①中西医结合治疗能增强疗效，减少副反应，延长生存周期，提高生存质量。

②中西医结合对肿瘤的诊断具有思路广、方法多、指标全面的特点。

③中西医结合诊断手段较客观，治疗措施较有力，对病情转

归的判断较准确。

④中西医结合对晚期肿瘤病人的对症治疗中有独到之功。

二、中西医结合治疗肿瘤的方法

1. 中医药与手术治疗结合

凡能行手术切除的肿瘤均应手术切除治疗，通过手术可极大地减少病体内的癌细胞数目，使宿主与癌细胞比势改变有利于宿主，也可有利于打破癌细胞的免疫封闭。但手术造成的损伤和破坏则可用中西医治疗使之恢复，特别是中医药在此的作用值得重视，许多外科专家对手术期的中医药治疗的作用充分肯定，这方面是值得提倡和推荐的。其主要作用如下：

①术前配合中医调理，纠正阴阳的失调，可扩大手术适应症。临床常选用补气养血、健脾滋补肝肾之品，如四君子汤、八珍汤、十全大补汤、六味地黄丸等。

②术后配合中医药治疗，可促使术后脾胃功能的调整，气血得以恢复，对术后康复，免疫功能的提高有一定疗效，为进一步接受放、化疗打下基础。临床常选用调理脾胃、补养气血、理气行滞化瘀或益胃养阴生津之品。

③术后配合中医药治疗，可提高近期生存率，预防肿瘤的复发和转移。临床常以辨证与辨病结合，在扶正基础上加相应的抗癌中药。

2. 中药与放疗结合

目前研究表明，中药与放疗结合可以减少放疗所致的毒副作用。中医认为放射线是一个热性物质，其在杀伤癌细胞的同时，亦作为“热毒”作用损伤人体气阴，临床中，我们常选用益气养阴，凉血解毒之品，如沙参、麦门冬、玉竹、紫草、牡丹皮、生地黄等以减少毒副作用。对于放疗而致的皮肤及黏膜损伤，中药能改善微循环，促进血液循环，如桃仁、红花、三棱、莪术、

赤芍等。

3. 中药与化疗结合

化疗药物治疗近几年发展很快，疗效确切，但化疗所引起的毒副作用亦为众所周知，并在一定程度上限制了化疗药物的使用。而中药与化疗结合一方面可以减少或减轻化疗药物的毒副作用，另一方面可以增强机体的免疫能力，提高癌细胞对化疗的敏感性，增强疗效。

(1) 化疗局部反应的中医药治疗 化疗药物长期刺激而引起的静脉炎可选用金黄龙珠膏或生土豆片等外敷治疗。

(2) 化疗全身反应的中医药治疗

① 消化道反应 化疗期间常有食欲减退、恶心呕吐、腹痛腹泻等消化道症状，中医药主要是健脾和胃、降逆止呕，常选用旋覆花、代赭石、姜半夏、砂仁、焦三仙等。

② 骨髓抑制 临床主要表现为血小板及白细胞的下降。临床中，我们采用补肾活血法，疗效甚佳，常选用补骨脂、女贞子、黄精、枸杞子、鸡血藤、当归、山茱萸、桃仁、红花等。

下篇 谢继增论肿瘤治疗及肺癌证治

第一章 病因病机的一些探讨

第一节 体内癌毒的蓄积是肿瘤发生的根本病因

前已讲到，肿瘤是机体在致病因素作用下所产生的气、血、痰、食等病理产物相互交结而成的，但在实际上如按照一般的气滞、血瘀、痰凝、食积等来治疗，效果是不好的，这也是众所周知的。单驱邪不成，于是就从“邪之所凑，其气必虚”上理解，或攻补兼施，或以补为主，但仍不能得到满意的疗效。为什么同是四诊八纲，同是活血化淤、行气消积，对于肿瘤病人（主要指恶性肿瘤）几乎是无效的呢？这必须从肿瘤在病因病机方面的特殊性上来认识。

肿瘤对人的危害，尤其是恶性肿瘤对人的危害是十分严重的，预后也十分恶劣，对此古人早有认识。如陈实功《外科正宗》谈乳岩（乳癌）说：“始生疼痛，痛则无解，月后肿如堆粟，或如复碗，紫色气秽，渐渐溃烂。深者如岩穴，凸者如泛莲，疼痛连心，出血则臭。其时五脏俱衰，四大不救，名曰乳岩”。恶性肿瘤后期，正气极度衰竭，邪气无限蔓延，是生命不可挽救的主要原因。病邪破坏了人体阴阳的平衡，吞噬了气血津液，降低了人的抗病力，如果能有效地控制邪气发展并逐渐消灭它，正气就能保全，癌症就有可能治愈。汉代华佗的《中藏经》曾说过，肿瘤的发生，非独气血的壅滞而致，更有五脏六腑蓄毒不流这个原因。这种认识就把肿瘤和一般的气血痰食等的壅滞区

分开了，对后代医学家探讨肿瘤病因病机、治则、用药规律产生了很大作用。就是说，只有体内气血痰食等聚结，没有致癌的“毒”（癌毒），是不会患肿瘤的。宋代杨士瀛指出：“癌者上高下深，岩穴之状……毒根深藏，穿孔透里。”在治疗上，古籍除有华佗“剖破腹背，抽割积聚”的记载外，《晋书·景帝纪》又记录了医生为景帝割治目疾的实例，这些治法都相当于今天的手术疗法。药物治疗方面有用毒性药物来对抗体内癌毒的，如《神农本草经》记述斑蝥“主寒热、鼠痿、恶疮疽，蚀死肌，破石瘕”的作用，此外陈实功《外科正宗》的蟾酥丸，王维德《外科证治全生集》犀黄丸等至今还被用来治疗肿瘤，有一定的临床疗效。以上药物有的是剧毒性的，但用得恰当就不会中毒，用于恶性肿瘤，道理就是以毒攻毒，这后一个毒字，就指的是癌毒。

癌毒究竟是什么呢？它不同于一般所说的致病因素，即不是六淫、七情、劳伤和其他，而是体内的致癌物，就是说，只有当体内有了癌毒，再加上六淫、七情、劳伤或其他因素的诱发，才可能患癌。那么癌毒又是怎样产生的呢？80年代初，我和一位化验师配合，对2800名癌症患者进行调查，我选择介绍病人，检验市为病人做血液检查，查梅毒、癌毒（查癌毒的方法当时保密），我再根据化验结果用药，然后再复查血液，通过检查，发现梅毒和患癌有一定关系。对一些癌症病人给予驱梅剂，能使症状得到缓解，对于一些虽不是癌症但长期治疗不效的疾病，使用驱梅剂也有一定疗效，当然这仅是癌毒产生的一方面原因，而且主要是先天的原因。事实上，后天调养不慎也可使体内产生癌毒，各种原因使五脏蓄毒不流就说明癌毒已经产生了。

古今对于肿瘤病因病机的论述，启发我从有毒中药里去寻找治疗肿瘤的有效药物。经过认真筛选，找出了几十种对于恶性肿瘤有攻击力的药物，如斑蝥、蟾酥、守宫、蜈蚣、全蝎、轻粉、

白砒、铜绿、黄药子、天葵子、紫草根等动、植、矿粉类药，这些药本草上记载有解毒作用，能疗恶疮、痈疔、疔串等。此外又吸收各地治癌经验，把一些对癌症确有疗效的中草药用于肿瘤临床，如藤梨根、白花蛇舌草、半枝莲等。有些剧毒药的剂量需要严格掌握，如汞制剂毒性很大，能抑制骨髓生长，用得不妥当会造成严重后果，给病人用前必须亲身尝试，掌握不同剂量时产生的反应，做到心中有数。为了方便病人，特别是方便边远地区病人邮购药物，我院研制了多种内部制剂作用于不同部位肿瘤的成药，包括内服药和外用药，有些药内含黄药子、蟾酥、轻粉等，可用来治疗脑瘤、喉癌、食管癌；有些药内含轻粉、白砒等，用来治疗肺癌、胃癌、骨肉瘤；有些含斑蝥、山慈菇、雄黄等，用来治疗膀胱癌、肝癌、白血病、结肠癌。以上药都是用来攻毒的，是针对邪气的，使用时还要与汤剂相配，才能标本兼顾。实践证明，只要严格掌握好攻毒药的剂量是不会中毒的，部分病人服药后肿瘤组织脱落，自身并不受伤，这又反过来证明了肿瘤病人体内确实有毒。这种毒区别于中医学上其他的毒，如火毒、热毒、温毒等，因此叫做癌毒，以说明它的恶性程度大。

癌毒是导致恶性肿瘤发生和发展的根本病因之一，既不同于一般的六淫邪气，亦不同于一般的内生五邪及气滞、血瘀、痰凝诸邪，而是由于各种致病因素长期刺激，综合作用而产生的一类特殊毒邪。归纳起来，癌毒具有以下特性。

(1) 癌毒为“阴毒” 其性深伏没，为病缠绵。

(2) 癌毒为实邪 从整体上讲，恶性肿瘤性疾病是一类全身性疾病，而癌毒及其所致的肿瘤是全身性疾病的局部表现，其本为正虚，其标为邪实。

(3) 易于扩散 癌毒一旦产生，即处于恶性肿瘤的初期阶段，此期主要表现为癌毒向原发病灶周围的侵袭扩散；癌毒沿经脉、络脉流散，在适宜的环境下又会发生肿瘤，形成转移病灶，

即进入中、晚期。癌毒淫溢流窜，正气耗散，此消彼长，癌毒的扩散转移趋势愈盛，病情更趋深重。

(4) 癌毒非外邪 癌毒为一类特殊毒邪，毒自内生是其重要特点之一。在正虚的基础上，多种致病因素相互作用，机体阴阳失调，脏腑经络气血功能障碍，导致病理产物聚结，日久则发生质的改变——产生癌毒，发生肿瘤。癌毒即是病理产物，又是肿瘤的直接致病因素。

(5) 癌毒的产生与局部气滞、血瘀、痰凝有关 肿瘤发生之后，癌毒又进一步加重了气滞、血瘀、痰凝等证候，形成恶性循环。气滞、血瘀、痰凝状态还是癌毒扩散和转移的适宜土壤与环境，癌毒由原发部位扩散，沿经络脉循行过程中为气、瘀、痰诸邪所阻，气滞血瘀，痰凝毒聚而生肿瘤。

(6) 毒性猛烈 恶性肿瘤的中、晚期，癌毒深重，重阴必阳，化热化火，更伤正气，其害人之速，病势之凶险，反映了癌毒毒性猛烈的一面。

通过对有关恶性肿瘤中医理论的深入探讨和临床实践体会，我们认为恶性肿瘤的基本病机在于“正虚”“癌毒”两个方面。癌毒特性中最主要的两个方面即耗散正气与扩散趋势，在不同肿瘤及肿瘤的不同阶段（病程）中有不同程度的体现。换言之，肿瘤病机的本质性特征，一是肿瘤患者自始至终表现正气耗散、正虚失于固摄的过程，二是癌毒本身具有易于扩散转移的特性。从生理上讲，正气与癌毒之间的关系表现为：正气具有抗癌、固癌的双重作用，正气具有抗邪的本能，癌毒一旦产生，正气即作出反应，发挥其抗癌能力；正气还具有固摄癌毒，抑制癌毒扩散的作用，这一作用贯穿疾病全程。只有在癌毒的扩散能力超过了正气的固摄能力的情况下，才会发生癌毒扩散，肿瘤转移。从病理上讲，正虚与癌毒又互相联系，互相影响。正虚是导致癌毒产生的病理基础，如《医学汇编》所谓“正气虚则为岩。”同时，

正虚失于固摄，又使癌毒更易于扩散，形成转移；癌毒耗散正气，又可以加重正虚。双方力量对比处于动态变化中，疾病初期，正气的抗癌、固癌能力尚强于癌毒的致病力，病毒深伏，扩散趋势受到一定程度的抑制，临床常无明显症状和体征；随着正气的耗散，正虚进一步加重，癌毒的致病力超过正气的抗病力，疾病进展，出现临床症状和体征，癌毒发生扩散，形成转移，进入中期；恶性肿瘤晚期，毒势鸱张，邪毒淫溢，流散四方，正气大虚，逐渐出现阳虚阴竭，阴阳离决而死亡。针对这种病机特色，我们提出了“固摄扶正、解毒”这一肿瘤论治的新大法。

第二节 · 肿瘤直接病因的探讨

我在上文中已经谈到了癌症根本原因是癌毒，但是这里又出现了疑问，因为根据古代文献发现癌毒是从古至今一直存在并且一直严重危害人体健康的致病因素，但是为什么在现代社会中癌症的发病率在逐年升高并且病势的发展速度和凶险程度都较之原来加快、加重了呢？这说明除了癌症的根本原因——癌毒以外在现代社会中还有一些原因导致了癌症的多发和加重，也就是说现代社会中还有一些原因直接导致了癌症的发生和发展。在我几十年同肿瘤的较量过程中，不断的思考和总结，发现在不同的社会和生活条件下导致肿瘤的发生和加重的直接因素也不同，我对于在现代社会的大环境下肿瘤的直接病因作了总结，下面和大家共同探讨一下。

中医理论认为人与天自然是一个整体，人类生活在自然界之中，自然界存在着人类赖以生存的必要条件。同时自然的变化又可以直接或间接的影响人体，而机体相应的产生某些反应，所以《灵枢·邪客》说“人与天地相应也”，《灵枢·岁露》说“人与天地相参也，与日月相应也”。而作为现代文明社会中的现代

人类来说，社会和人的关系前所未有的加强了，人脱离了社会就难以生存，大家的生活方式和习惯等很多方面都受到了社会的影响，而人的社会生活在一定程度上也打破了人与自然的平衡，从而导致了人类机体的疾病发生，而不同的时代、不同的社会环境对于人体疾病的影响也不尽相同。我通过对于肿瘤的临场的观察、诊断以及治疗，发现现代社会中肿瘤发生和加重的直接诱因主要有以下几点：

一、现代饮食的致癌作用

在现今的社会中人类物质文明的发展已发展到一个前所未有的高度，我国经过了近 30 年改革开放的高速发展，社会面貌焕然一新，人们物质生活更加富裕，饮食种类十分丰富，但是一些食品由于制作工艺问题和原料问题成为了重要的诱发肿瘤的因素之一。

1. 蕨菜类植物致癌

在饮食多样化的现代社会，山珍野味登上餐桌，而蕨菜、牧冬花等菜中的野菜颇受偏爱，可是这两种山菜中却含有致癌作用很强的吡咯兹定碱和生物碱 A 酶素。

日本东京大学医疗研究所，在大鼠身上进行了蕨菜致癌实验，实验结果证明，喂食新鲜的蕨菜类，可使 83% 的大鼠患癌。若将蕨菜分别用草木灰、6% 苏打水、食盐淹渍 4 个月等处理后，其致癌率分别为 25%、10% 和 5%。结果表明，蕨菜的头部比茎部的毒性大，而地下茎和根部的毒性更大。

2. 油炸、烘烤熏制的肉类食品致癌

凡肉类（猪牛羊鱼）经过油炸、烘烤和熏制过程中，出现焦糊后，其蛋白质的色氨酸发生化学变化，生成一种致癌活性很强的色氨酸 - P（包括 P1 或 P2），同时还产生另一种致癌物质 3.4 苯并芘。在烘烤时肉类的油滴入火中则生成 3.4 苯并芘，此

物混合在烟里随着火焰上升，则熏附于肉类食品的表面。

经研究证实：色氨酸 - P 的致癌活性比黄曲霉毒素强 100 倍，比 3.4 苯并芘的致癌活性强 525 ~ 1200 倍。

实验发现，在饲料中掺入 0.02% 浓度的色氨酸 - P 对小鼠的致癌实验研究中发现肝癌发生率，雄性小鼠为 16%，雌性小鼠为 92%。

经调查发现：在调查了一个长年食用熏鱼习惯的沿海居民区和一个处于相同环境不吃熏鱼的居民区，这两个地区五年恶性肿瘤发病率有显著的差别。食用与不食用两区的消化道系统及呼吸系统及皮肤的肿瘤发生率分别为 102/10 万和 49/10 万。

调查发现：市场供应的熏制食品经测定：熏羊肉每公斤含 3.4 苯并芘 4.3 微克，熏鱼每公斤含 3.4 苯并芘 2.1 微克，农村市场熏制食品致癌物 3.4 苯并芘含量更高，熏羊肉含 3.4 苯并芘 2.3 微克。用上述食品以大鼠喂养实验证明恶性肿瘤发病率为 11%，而熏鱼致癌率更高为 33%。

从动物到人，上述制作的食品均能引起恶性肿瘤，应引起重视。经实验证实：在烘烤油炸鱼和肉类时，预先用面粉糊包裹后，再如上法制制作可大大减少焦糊时产生的致癌物质，但不会完全彻底消除致癌物质。

3. 火腿、腊肉、香肠、鱼肉香肠致癌

1954 年在英国某大学的化学实验室中有四名化学家，同时患了肝硬化，经查发现四名化学家误食了一种试剂“二甲基亚硝胺”的物质所致。1956 年经大鼠实验证明二甲基亚硝胺具有致癌作用。二甲基亚硝胺化合物，在 1000 多只大鼠身上进行致癌研究实验，证明在动物的所有脏器中都可以生长癌。易发生癌变的器官为肝，其次是食道和咽部。亚硝胺的由来，在含蛋白质的肉类和鱼类中都含有多种胺类，而辣椒和胡椒中的刺激的辣味就是胺类物质引起的。但是，胺类单独存在时不会出现任何问

题，一旦与亚硝酸盐类一起，便产生化学变化，形成亚硝胺，就成为致癌物质。我国科学家实验证实：将甲基苯胺或二乙胺与亚硝酸钠放入人的胃液中一起混合，然后进行孵育，经检验测定形成了亚硝胺。进一步实验研究证明：用亚硝酸钠与甲基苯胺同时喂大鼠，则引起了大白鼠的乳头状瘤和鳞状上皮癌。这说明本来无致癌作用的亚硝酸钠和胺类物质可在胃内合成亚硝胺，进而引起癌瘤。

鱼、肉类食物中的蛋白质中，含有多种胺，那么亚硝酸盐又从何而来到食物中的？这就是人类所造成的。在制造火腿、香肠等工艺中亚硝酸盐作为防腐剂和着色剂中添加，在制造火腿和腊肠中，亚硝酸盐具有两大作用，其一，着色剂，在肉类中掺入亚硝酸盐后，亚硝酸与肉中的血色素产生了一种色泽美观、美味可口的粉红颜色，使肉质增加几分成色。其二，亚硝酸盐有另一种作用，它可杀死易于在火腿和腊肠内生长繁殖毒性很大肉毒杆菌，以防造成食物中毒或死亡。从目前情况看，肉毒杆菌的中毒率远高于亚硝胺的致癌率，正因如此在火腿和腊肠制作中，仍然使用亚硝酸盐，再食品加工中，使用亚硝酸盐似乎是被认可的。美国农业部规定，食品中亚硝酸盐的用量控制在 40PPM 以下，许多国家在使用亚硝酸盐没有限制和规定。

在农业上，大量使用氮肥，被蔬菜吸收，便可转化成亚硝酸盐。在食用蔬菜中如菠菜、萝卜等都含有亚硝酸盐。

4. 食品的添加剂、着色剂、人工甜味剂及蔬菜杀虫剂

食品加工工业已进入发达的高科技时代，几乎所用的食品加工中都加入食品添加剂、着色剂、人工甜味剂等化学物，加入食品中的目的是防腐、防变质、抗氧化、增进色香味等使其食品的感官性状吸引消费者。由于上述食品加工的化学物有数百种之多，在此只能简要提醒不便详加说明。

过去曾使用现已禁止应用的有红色 1 号、4 号和 104 号、黄

色1号、2号和3号，兰色3号，橙色1号和2号，绿色1号和2号等，上述着色剂大都是煤焦油产品。

总之，对含有甜味剂、着色剂、增白剂、保鲜剂、抗氧化剂、稳定剂等人工化学物质加工的食品以及含有农药杀虫剂（如六六六、DDT及有机氯农药等）含量超标的蔬菜瓜果不买不吃是最明智的。

二、现代人类生活环境冷热的变化规律被打破

前面已经谈到了，人与自然是一个和谐的整体，自然界的一年四时的气候变化也是人体健康生存的必要条件，在一年四时气候的变化中，春属木，其气温，其性升发；夏属火，其气热，其性升腾；长夏属土，其气湿，其性生化；秋属金，其气燥，其性肃降；冬属水，其气寒，其性收藏。春温、夏热、长夏湿、秋燥、冬寒这一年的气候变化作用于人体，就有了春生、夏长、长夏化、秋降、冬藏等相应的适应性变化。

在现代生活日新月异的今天，人们为了改善自己的生活条件，打破了环境的寒热变化规律，人体对于冷热的适应需要一个过程，如果冷热变化人体充分的适应是不会发生疾病的，当冷热变化在很短的时间内发生的话人体难以适应，疾病发生的条件就产生了。

其中我认为现代社会中人们出汗量不足是重要的致病因素之一，冷气的广泛应用造成了人体出汗量减少。汗是由人体体表汗腺分泌的，汗液中水分占99%，其他可溶物占1%，汗液既是人体散热的渠道又是人体细胞毒素排出体外的渠道，人体遇热时腠理则开，汗液就出来了，试验测试表明，汗液不是简单的血浆滤出液，而是由汗腺细胞主动分泌的。人体细胞代谢产物的排泄渠道有两条，一是小便，另一个就是汗，人在排汗量不足的情况下细胞内的毒素就不能充分的排出，造成毒素的堆积，堆积到一定

程度机体正气就虚弱了，癌毒就有机可乘。

三、现代人喜好冷食

冷食是指经过冷藏等方法处理后温度低于常温并立即食用的食品或饮品，包括冰镇食品、冰镇饮料等。当人们处于喜好而食用冷食的时候忽略了冷食对于机体的负面影响，长此以往就慢慢的耗伤了人体的正气从而致病。

冷食首先就是伤胃，胃对于人体来说非常重要，胃的生理功能是受纳和腐熟水谷，胃以降为和。饮食进入身体后都要由胃来受纳，所以中医称胃为“太仓”、“水谷之海”，《灵枢·玉版》中说“人之所受气者，谷也；谷之所注者，胃也；胃者，水谷之海也。”在受纳的同时胃对饮食进行腐熟即初步的消化形成食糜，向下传于小肠，水谷精微再经过脾的运化作用而营养全身，所以胃对于维持机体的生命活动至关重要，故《素问·玉机真藏论》说：“五脏者，皆禀气于胃；胃者，五脏之本也。”冷食进入胃中，胃黏膜遇冷会受损伤，同时由于遇冷收缩导致胃黏膜分泌胃液的量就会降低，并且胃中的消化酶在较冷的环境中也不能充分的消化分解，所以饮食无法得到足够的腐熟就下传到了小肠，严重的影响了人体正常的吸收水谷精微的功能，同时对于下消化系统也产生了缓慢的积累性损伤，这样人体生命的根本就变得衰弱了，就可以直接导致肿瘤的发生。

四、情绪因素产生的气滞

七情内伤与肿瘤的病因与疾病的关系在前边已经总的探讨过了，这里就不再作细致的探讨，下面我要重点论述一下过怒而产生的气滞对于人体的致病影响。

在多年的临床实践过程中我发现过怒对于机体的影响在近年来尤为突现，这种情况是由于现代社会的竞争日益激烈，而人们

的心理状态也普遍变得浮躁且容易感到心里不平衡，就容易感到压力和愤愤不平。过怒则伤肝，《素问·六节藏象论》说“肝者，罢极之本，魂之居也；其华在爪，其充在筋，以生气血，其味酸，其色苍。此为阴中之少阳，通于春气”。肝脏对于人体十分重要，肝脏的生理功能是主疏泄和藏血。肝主疏泄，疏是指疏通；泄是指发泄、升发。主疏泄就是泛指肝脏的疏通、宣泄、调达升发的生理功能，这种生理功能对全身气血具有重要的调节功能，具体表现为：调畅气机、通利气血津液、促进脾胃的运化、调畅情志等方面。而我认为伤肝后的最为严重的病理表现为气滞，所谓气滞是指人体局部或全身的气机不畅乃至停滞不行所表现的证候，气滞在古代有称气郁，主要是由于情志不遂所致的肝郁引起的。气滞的临床表现是以局部或全身胀满、痞闷、胀痛为主症，且症状时轻时重，走窜不定，按之无形，叩之如鼓，常因不良情绪而诱发或加重，又常因心情好转或太息、嗳气、失气而减轻。那么气滞对于机体有什么危害呢？我认为气滞对于机体的危害比人们想象的要严重的多，在《素问·举痛论》中说“百病皆生于气也。”可见气滞可以引起很多疾病，主要体现在以下几个方面：

(1) 气滞对于机体的直接影响 所谓的机体中的气包括：元气、宗气、营气和卫气。元气的生理功能是推动人体的生长和发育，激发和温煦各个脏腑、经络等组织器官的生理活动。而气滞可使元气的生理功能不能充分的发挥，人体的生长发育和脏腑经络等组织器官的生理功能都会受到影响。宗气的生理功能是：①走息道以行呼吸。②贯心脉以行气血。如果气滞那么呼吸和血行都会不畅通。营气的生理功能有营养全身和化生血液两个方面。气滞则机体滋养不利，血液生化乏源。卫气的生理功能主要为三点：①护卫肌表。②温养脏腑、肌肉、皮毛等。③调节腠理开合，维持体温恒定。气滞可以使机体的抵抗外邪的能力降低。

由此可见气滞可以使机体的正常功能大大减退。

(2) 气滞对血的影响 气与血的关系十分紧密，中医认为“气为血之帅”、“血为气之母”，就是说气和血之间存在着气能生血、行血、摄血和血为气之母四方面的关系。而一旦气滞最主要的影响是血行滞涩不畅，甚至可形成血瘀。血瘀对于机体的影响很严重，血瘀后血液对于机体的营养和滋润功能就会失常，同时全身脏腑组织的代谢废物也难以及时排泄，从而可以产生很多疾病。

(3) 气滞对体内津液的影响 气与津液的关系和气与血的关系基本相同，气在体内的存在，不仅依附于血，而且需要依附于津液，所以津液也是气的载体。气与津液的关系主要表现为气能生津、行津、摄津和津能载气等方面。一旦气滞就可致津液停滞从而导致水、湿、痰、饮等种种病理变化的发生。

除了这些以外，机体还有很多方面会因为气滞的发生而产生病理变化。

五、医源性的因素

医源性因素有很多方面，我认为其中有以下几个方面是比较多发的。

(1) 滥用医疗保健品 还是我一再说的生活的飞速提高带来的副作用，人们健康知识的提高远远跟不上人们健康意识的提高，这就造成了很多健康知识的盲区，其中对于合理应用保健品方面知识的匮乏及认识上的错误所引发的危害尤为显著。普通民众普遍存在着只要是医疗保健品越多吃越好的错误观念，可是实际上保健品都有它的适应症和适应人群，并且在用量和用法上也有着相映的规定，如果应用不当可能对人体造成比较严重的危害。生活中常见的应用保健品出现的问题有以下几点：①对于“解酒护肝”保健品的过度依赖，会使人们对医生要求病人戒酒

的医嘱抱有侥幸心理，这样十分不利于肿瘤的治疗和预防。一位患者今年 37 岁，他从 23 岁参加工作以来，几乎每天都要喝酒，少则几两，多则 1 斤。2003 年，他来我院体检时发现肝脏损伤，我一再告诫他不能喝酒了，可是工作的需要以及长期培养起来的习惯，已经让他离不开酒了。一次偶然的机，他发现了一种“解酒护肝茶”。该产品广告上说这种茶是利用老字号药方，运用现代高科技生物技术研制而成的护肝产品，“酒前酒后喝一包，能‘解酒护肝’”。于是，他买了这种茶，喝了两年之久。但是，运用“古代名方”的“高科技”产品没能护住他的肝，2006 年 11 月，他被确诊出患有肝癌。对于解酒产品，专家指出，事实上到目前为止，人们还没找到真正的能把大量饮酒对人体的危害完全解除的解酒产品。没办法真正解酒，自然也就达不到理想的解酒护肝的目的。护肝只有一条路：戒酒。一天一小杯酒可以使血中高密度脂蛋白的浓度升高，起到预防心血管病的作用。但长期过量饮酒必然伤肝，肝不好者必须戒酒。②食用鱼油危害大，过量可以造成意想不到的危害。鱼油是现在比较流行的保健品之一，合理的使用对于机体会益处，但是人们不知道过量使用同样会对机体不利。鱼油主要成分是 DHA、EPA 等不饱和脂肪酸，对于改善记忆力、抗血小板凝聚、延缓血栓形成有良好效果。然而，鱼油摄入过多会增加人体对维生素 E 的需要量，干扰饱和脂肪酸的合成，影响蛋白代谢；而且人体在维生素 E 缺乏的情况下，DHA 和 EPA 极易被氧化成过氧化物，可把周围的细胞、维生素和酶破坏掉，对健康极其有害，可使身体机能下降，抗癌能力降低，从而导致肿瘤的发生及发展。③滥用排毒产品损害胃肠道。英国一些医学家和化学家提出，目前市场上流行的很多排毒产品，其实根本没有排毒作用。在这里我也要告诫大家：即便是中药排毒，长期服用也会带来一系列副作用，对肠胃功能有较大的损害。排毒产品主要以“泻”为主。长期服用排

毒类“泻”药，会让肠道反射功能、敏感性降低，肠蠕动的力量减弱，消化功能受损，影响对食物的消化吸收，造成营养不良等后果，而这又造成了便秘等病理变化的产生，所以陷入了恶性循环，久而久之发生疾病的机率就升高了。若已经患有肿瘤，那么，这样的恶性循环就会加重病情。④激素类保健品可致乳腺癌。因为很多女性保健品中含有雌性激素，可能导致乳腺癌的发生，所以女性不要滥用保健品。在临床中发现，不少乳腺癌患者在发病之前，都曾经服用过一些号称“永葆青春”的含有雌激素的医疗保健品。遗传、营养失衡、不良生活习惯以及心理健康等都会导致乳腺癌的发生，然而，引发乳腺癌主要的原因是人体内的雌激素在作怪。体内的激素分泌一旦失去平衡，导致雌激素分泌过多，乳腺导管上皮细胞就会在雌激素的刺激下由正常发育变为异常增生，进而有癌变的可能。因此，那些长期过量服用雌激素的女性、经常服用含高比例激素成分保健品的女性、常年使用口服避孕药的女性，患乳腺癌的危险性会增加。此外还有服用补钙药过量、经常服用减肥药等，都会给机体健康造成很大的损害，使人体正气下降抗肿瘤能力降低，导致肿瘤的发生和加重。

(2) 治疗不当，引起肿瘤病情加重 随着肿瘤发病率的升高，人们对于肿瘤的医疗需求也日益增加，由于正规的有实力的肿瘤医疗资源有限，难以满足人们的需要，所以造成了很多经验不足或资质不合格的医疗人员加入到抗肿瘤的斗争中，同时又由于经济利益的驱使和个别医生医德的欠缺，导致肿瘤的医疗不当，不但没有治愈疾病，而且延误病情。主要有两个方面：①过度检查对身体的损伤。临床上肿瘤的常规检查有实验室检查、放射学检查、放射性核素检查、超声波检查、内窥镜检查、手术探查等特殊检查。实验室检查：主要包括血、尿、大便的常规检查、生化及免疫检查、病理学检查等。其中内窥镜检查对人体内脏都有或多或少的创伤，这种创伤往往是慢性的，它会造成慢性

炎症和渗出，从而有利于肿瘤细胞的扩散，同时也使脏腑正常的生理功能降低。放射性核素检查是对受检者静脉注射某种放射性核素的胶体或标记化合物后，这些物质能被内脏器官浓集或暂时停留在器官内，此时用扫描机和 γ 照相机就可以在体外探测并显示出器官的影像及放射性核素分布的规律，从而获得内脏器官的位置、大小、形态以及器官内有无占位性病变等资料。而放射性核素的胶体或标记化合物在体内会被肿瘤病灶所吸收受进而导致患者病情的恶化。所以可见若检查不当，或者检查过度的话，就会进一步引起肿瘤的恶化。②治疗不当后果严重。临床上常用的治疗方法有：手术切除、化学治疗、放射治疗、生物治疗、中医治疗、热疗、冷冻治疗、内分泌治疗、基因治疗等。其中手术切除治疗、化学治疗、放射治疗等很多治疗手段在除掉和杀死肿瘤细胞的同时对于机体的正常组织也有很大的损伤作用，如果采用的治疗方案不当，不但患者病情不会好转，甚至会加重病情，降低生活质量。

以上五个方面虽然是众多导致肿瘤发生或恶化因素中的一小部分，但是在我多年的临床医疗和研究过程中发现这些因素是相对比较重要和多见的，我认为应当予以重视和关注。

第三节 肿瘤的病机是“因病致弱”

综上所述，肿瘤的发生既要有六淫、七情、劳伤之诱因，又要有机体阴阳失调、气血逆乱之异常。但仅有这两方面的原因并不会患癌症，还须有癌毒存在。既有癌毒，体内必产生抵抗癌毒的力量，正气中用来抵抗癌毒的力量可以叫做抗癌力。人患不患癌，关键要看癌毒和抗癌力量谁强谁弱。机体脏腑功能异常，产生的气、血、痰、湿、食等有形之物停积日久，影响了气机的运行，癌毒依附于这些有形物上逐渐蓄积下来，待其力量大于抗癌

力时就发生了癌症。

所有疾病的发展过程中，都存在着正邪双方的对立。对于癌症来说，表现为抗癌力和癌毒之间的斗争。癌毒致癌的过程就是不断消耗抗癌力直至最后战胜抗癌力的过程，在此期间，癌毒做为一种长久蓄积于人体中的邪气，也迅速地消耗了人体的精血阴液，导致正气的衰竭直至死亡。由此可知，治疗癌症首先要控制癌毒的蔓延发展，这样才能有效地保存人体的精血阴液。王清任在《医林改错》中就肯定地讲过疾病的发生有因弱致病和因病致弱的不同，治疗重点也自当不同。他说：“因虚弱而病，自当补弱而病可痊；本不弱而生病，因病久致身弱，自当去病，病去而元气自复。”即如果因身体虚弱而患病，治疗当以补弱为主，如果是因病久而使身弱，治疗当以去病为主，既然癌毒是致癌的根本因素，因为有了癌毒而缓慢耗伤正气，那么癌症就属于这后一种，即“因病致弱”，当以去病为主。

抗癌力是正气中与癌毒相抗争的那部分力量，它虽然是正气的一部分，但它的大小和正气却不一定成比例。因为一个人抗癌力的大小除了与正气力量的大小有关外，体内癌毒还无时无刻地在消耗抗癌力。抗癌力消耗得越多，癌毒的发展就越迅速，癌症后期的扩散、转移就说明了这点。

我们在临床上看到同样身体虚弱，有的人患癌，有的人不患癌，更有的人身体强壮也患了癌症，原因在于患癌的人体内癌毒蓄积到了致癌的程度，他们体内的抗癌力在与癌毒的抗争中逐渐被消耗殆尽。这就进一步证明了在癌症的发生中，癌毒力量的强弱是决定因素，癌症的发生是因病致癌。有的病人，医院已明确告诉无存活的希望，他们多方探听，抱着最后一线希望而来。这些病人的共同特点是：身体羸瘦、衰弱，神情暗淡，有的奄奄一息，随时可能死去，被别人抬进诊室。面对这些病人，我的心情是很复杂的，若想求得平稳，给予调补之剂，即使治不好，家属

亦无怨，但如果对虚羸之躯施以攻法，一则不容易被家属理解，二则需要心中有十分的把握。到底应该怎样处理攻、补的关系呢？癌症后期，虚象明显，施以补法人人理解，而攻邪不当则可使正气崩溃于一时。但既然明确了癌症是因病致弱，癌毒是发病的主因，那么只有攻邪才是针对了致病之因，才有扭转险恶局势的可能，而以补法为主是起不到这个作用的。中医要想在治疗恶性肿瘤上有所突破，由原来的辅助地位上升到主要地位，必须在对肿瘤的攻击性治疗上下功夫，再全面发挥整体观的特长，能在生命的垂危时刻挽救病人。

第二章 谢氏新诊法及治疗方法

尽管有西医、中医、中西医结合多种途径，但在我国恶性肿瘤的死亡人数仍在不断增多，给人们的精神造成了巨大压力。究其原因，无非有三个方面，一是理论上认识得不够充分；二是临床上早期诊断不够准确；三是药物上不能满足治疗的需要。中医学要想在攻克肿瘤方面有更大的作为，一是要进一步挖掘古代文献中关于肿瘤防治的理论和经验介绍；二是要从事大量的临床实践活动，取得第一手资料；三是理论结合临床进行积极的思考。近几十年的医疗实践已经完全能够证明这样一个问题：中医药不仅是西医治癌的辅助（用在手术、放疗、化疗后体力的恢复和消除其副作用方面），而且以中医药为主也能治愈癌症，能大大提高癌症患者的生存率，提高癌症的治愈率，有两个关键：一是要在治疗上下功夫，二是要做好癌症的预防工作。后一个是关键，因为只有未病先防，有病早治才可能保证治疗成功。早治又取决于早期准确的诊断，西医有 X 线、内窥镜、B 超、CT 等现代化诊疗设备和技术，但早期诊断仍有难度，二是目前国内尤其是广大农村尚难以推广，更不可能用于普查。在这种情况下，中医发挥其诊断疾病的优势，及时发现耳、舌、面、甲等局部信息，为肿瘤的早期治疗和诊断提供客观依据，有非常重要的意义。肿瘤患者，特别是那些晚期患者，寒热交错，虚实相兼的复杂症候常使医生束手无策。攻毒则正气不支，扶正则不能控制邪毒蔓延之势。如何处理好攻毒和扶正二者之间的关系呢？这是我 30 年来一直想解决的问题，我认为要想处理好这两者之间的关系应先准确的诊断机体的寒热、虚实。中医讲究切脉，病人脏腑气血的异常变化能通过脉象表现出来。在切脉的同时我还观察了

成千上万只病人的手，他们指甲的形状、质地不同，而且甲根部位的半月形痕记的多少和大小也不同。经过反复对比验证，发现这种痕迹（简称甲印）与体质、疾病关系十分密切，因此用它来确定证型和判定体质类型的寒热虚实，假象较少。甲印和舌边的齿印（简称舌印）、口腔黏膜上臼齿部位的齿印（简称腮印）统称三印，用于疾病的诊断，不但对中医四诊的内容是个补充，而且也使中医诊断向客观化、标准化迈进了一步。“印法”与四诊相结合，提高了辨证的准确性，因而也提高了临床疗效。且印法简便易学，又不对病人造成痛苦，所以医生容易掌握，病人也能配合。为了检验“印法”的准确程度，我检查了100名健康职工（指能进行正常工作的职工）的身体状况，再同以中医传统的四诊八纲方法检查得出的结果相对照，确定合格率。符合的67人（占67%），不符合的31人（占31%），剩下的两名者为不确定型。临床上我用印法与中医四诊的其他方法来辨证论治，衡量病人正气和邪气谁主谁次，谁轻谁重，治疗时就能心中有数，临床疗效也得到了提高。

所谓辨证就是分析、辨别、认识疾病的病因、部位、性质以及正邪双方斗争的情况，它要求必须准确。论治是在辨证的基础上，确立治疗原则。现代医学的各方面检查科学性是很强的，而祖国医学的辨证论治则是以四诊为方法（望闻问切）、八纲为纲领（阴阳、表里、寒热、虚实）以脏腑辨证为基础，根据某种疾病的不同阶段，所表现的不同症状而进行的。这里既有同病同治的，又有同病异治，异病同治。

我们在辨病与辨症相结合的临床实践中，认识到在偶然之中定有必然，通过长期临床观察找到了印法这一诊病的工具。它能看得见，摸得着，有一定规律可循。对于各期肿瘤病人和一些慢性疑难疾病，在诊断和鉴别治疗上都有一定的使用价值。

第一节 理论基础

人是一个整体，人又要生活在自然之中，社会之中，就像鱼要生活在水中，鸟兽要生活在森林中一样。人体本身脏腑的阴阳要协调平衡，人体和大自然的关系也要协调平衡，和社会的各个方面也要协调平衡，这样才能不得病。人之疾病，就是人体同以上几种关系的协调平衡被破坏的表现。

第一，人体内部的脏腑、体表的经络以及各部官窍都是统一的。祖国医学认为人体是个统一的整体，不论体内与体外，局部与全身，在结构上是不可分割的，在功能上是互相协调，相互为用的，在病理上是相互影响的。以脏腑病理而论：肝有病，可影响脾（肝木克脾土），同时又累及肾（肝肾同病）。因此，一脏有病累及三脏（子母关系），三脏有病而影响全身。内经云：“五脏相通，移皆有次”“五脏六腑寒热相移”。这里指明了脏腑之间互相关联、互相依存和相互作用的紧密联系。机体的这种统一是在阴阳平衡的基础上形成的。《内经》云“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离绝，精气乃绝”。祖国医学把人体看成是阴阳对立统一的两个方面，认为疾病的发生是阴阳失调，正邪斗争的过程。中医根据这一原理就可以从病人外在的异常表现和感受判断是内部哪些脏腑发生了病变，病性是寒还是热，是虚还是实，疾病发展的趋势是什么，预后怎样等。肿瘤患者局部的肿物，是由淤血、积滞、痰饮、热毒等在一定环境条件下相互聚结形成的。不同部位由于所主的脏腑不同，病机也不相同，如颈部、咽喉部肿瘤的形成多由气结痰凝而致；乳腺、卵巢部位的肿瘤多由肝郁血积而致。以脏腑而论，肝部肿瘤多与郁火化毒有关，膀胱部位肿瘤和水饮不化、湿热结毒或寒湿蓄毒有关。总之，不同的肿瘤，它们的发生都和所主脏腑生理功能失常及这些脏腑的经络运

行、气血的功能受到障碍有非常密切的关系。但又不论什么部位的肿瘤，它们的发生又都可以归结为肝的疏泄功能、肾阳的温化功能、脾胃的生化功能等的失常，因此肿物虽在局部，实是全身都发生了病变。肿瘤病变的病机特点是局部肿块坚实，五脏却功能低下，即貌似强盛，实则正气虚羸，机体营养物质亏乏。经我用印法结合四诊对癌症患者辨证的结果，大多数证属虚寒。西医用一定的方法测得肿瘤病人的免疫功能是低下的，这和中医讲正气的虚弱是相同的。认清了局部和整体的关系，对于治疗十分有利，局部为标，整体为本；邪气为标，正气为本。治病求本，是中医治疗疾病的总目标，但在具体治疗时有时还应标本兼顾，危急时还可以先标后本。

第二，人体同其所处的自然、地理环境是一个整体。《素问·异法方宜论》中，黄帝问歧伯为什么“一病而治各不同”？歧伯回答是“地势使然也”。以自然环境而言，东方是鱼盐之地，鱼能使人热中，所以得痲疡病的多；西方是金石之地，乳肉食品多，得病部位深，用药也要重；北方是寒冷闭藏之地，得病多脏寒，宜用热药；南方地势低下湿气重，易得脉痹筋挛，适合用针灸治疗。肿瘤的发生也是如此，南方和北方不同，城市和农村也不同，如南方沿海地区得鼻咽癌的多，北方农村得胃癌、食道癌的多。不同的地理环境和不同的体质因素，都是治疗时要加以考虑的。

第三，人和社会，即人体和精神的统一关系。中医学从《内经》开始，历来都有关于精神因素引发疾病的实例记载。肿瘤的发病也是这样，七情病因占了重要位置，如《景岳全书》说：“噎膈一证，必以忧愁、思虑、积劳、积郁或酒色过度损伤而成。”《素问·疏五过论》最早提到的“脱营”和“失精”病，发生的原因主要是精神压抑。该文说：“凡未诊病者，必问尝贵后贱。虽不中邪，病从内生，名曰脱营；尝富后贫，名曰失

精。”这两种病就是恶性肿瘤。清代医学家张璐解释说：“夫脱营者，精气内夺，五志之火煎迫为患，所以动辄烦冤喘促，初如痰核，久则渐大如石，破后无脓，惟流血水，乃百死一生之证。”“其破败之状，有如榴子之裂于皮外，莲实之嵌于房中，与翻花疮形无异。非若流注、结核之溃后尚可图治。”我们根据对肿瘤患者的了解，他们中大多数人在精神上都受过压抑，爱生闷气。有的病人治疗后效果满意，但由于精神上的刺激又使病情急转直下，治疗也前功尽弃。有的病人存在着严重的恐癌心理，在不明真实病情时疑心重重，一旦得知患了癌症后精神又完全跨了下去，这种精神状态对治疗很不利。

第二节 谢氏新诊法及其在肿瘤诊断辨证中的应用

一、谢氏新诊法的概述

谢氏新诊法是指“三印”、“四触”、“一条线”。“三印”属于望诊的范围，包括望舌齿印、腮齿印、指（趾）甲印，用以辨体之寒热虚实；“四触”属于触诊的范围，包括触按胃脘、脐、触摸耳软骨和足弓，用以辨体内淤滞之有无；“一条线”是指腮线，对于上消化道癌的诊断提供依据。

人体有皮肉、筋脉、骨、五官诸窍，都通过经络与内在脏腑相连。内部脏腑失调可以牵连外在的皮肉筋脉骨和五官诸窍，外在器官发生病变也可以牵连内部的脏腑；任何局部的病变都可以影响全身，全身的病变也可以表现在某一个局部上，这就为我们提供了诊察整体以辨认局部病变，诊察局部以辨认整体病变的理论依据。但在实际中疾病的诊断并不是都那么单纯，因为疾病的原因往往不是单一一个方面的，而是多方面的，表现也是各不相同错综复杂的。大实有羸状，至虚有盛候，阴阳格拒，虚实相

兼，寒热错杂的情况给诊断、辨证增添了很大困难。还有一些疾病，不发展到一定阶段，外在的变化不明显，一旦发展到一定程度，虽然诊断出来了，但治疗也就晚了，肿瘤更是这样。上文已述，癌毒潜伏是肿瘤发生的内在根据，但身体里有了癌毒并不一定患癌，还取决于自身抗癌力的强弱。体内癌毒与淤、痰、食、湿等有形之物相结合而蓄积下来，当抗癌力不能阻止癌毒发展之时就发生了恶性肿瘤。但癌毒蓄积恶变不是一朝一夕之功，在其没有发展成为肿瘤时，往往症状不明显，痛苦不大，即使舌脉出现变化也不会想到是肿瘤的先兆，以致失去了治疗的最佳时机，因此恶性肿瘤的早期诊断就成了提高临床疗效的关键问题。此外，当肿瘤发生之后，机体发生了错综复杂的病理变化，又需要准确无误的辨证，才能不发生误补、误攻之偏。近些年来，中医局部望诊应用于癌症的早期诊断、辨证分型上，有很大发展。局部望诊法就是通过寻找身体局部的特异反应来判断疾病、预后吉凶。如望舌质颜色、舌苔厚薄、耳壳反应物等，都能为肿瘤的早期诊断提供一定的信息。但从总的情况来看，依据已被确诊为患有肿瘤的病人身体上的阳性反应物，而为治疗寻找辨证、用药依据的情况并不多见。下面向读者介绍的印法是我在临床上摸索的一套新的诊断方法，以它与原有的四诊相结合，能对疾病的症候做出较为客观的认识，因而就指导了临床用药，提高了疗效。印法不仅用于癌症，而且对于其他疾病的诊断与辨证也同样适用，它通过辨指（趾）甲上的印（即月痕）的大小、多少，舌、腮上的齿印和耳软骨上硬结有无和大小、胃脘部和脐左压痛点的有无、足弓压痛点的有无和位置以及腮线的有无和颜色，确定癌毒和抗癌力之比、证之寒热、淤滞之久暂等，对于肿瘤的治疗和预防都能起到指导性的作用。

二、印法望诊及意义

(一) 甲印的望诊及意义

爪甲是人体的一部分,《灵枢·卫气失常》说:“皮之部,输于四末。”甲分为甲缘、甲体、甲根三部分。甲体透明,将指内组织的颜色透漏于外,为此中医认为“爪下之血色,亦与面色同”。

爪为筋之余,肝胆之外候,秉承肺气,萦贯血脉,所以又和内部脏腑有密切关系,又由于爪位于人体四肢的末端,气血灌注的尽头,所以爪甲的变化可以准确而又及时的反映出人体气血盈亏的变化。正常情况下,爪甲应红润含蓄,坚韧而有光泽,一旦患病,色泽、形态都会出现异常。中医外科把指甲红润做为五善之一,古人又有以甲之色泽辨何病何证者,如《杂病广要》引《幼幼新书》所述东方先生察甲的方法:“夫劳疾诸证……未须察脉,但看手指甲,美恶分明是何劳候。病热甚,宜看脚甲色,与手一同也。其甲青紫者,传尸之证;红白者,正色之候;黄白者,酒色之候;红紫者,气劳之候。细详必知其病之所在。”这说明古人早就注意到了爪甲与疾病的关系。甲印是指甲根部白色半月状弧(亦称月痕),是甲板的新生部分。对于甲印的变化古医书记载较少,我对甲印的注意是在与大量病人的接触中产生的。开始在切脉的时候并不注意病人的甲印,以后渐渐发现各种病人甲印的形状、大小、有甲印的指数都是不同的,于是就和他们的体质、表现出来的寒热证候加以联系。临床上又发现,那些素来体质弱的人不但甲印小,而且有甲印的指数也少,有的甚至10指均无甲印。以上发现使我在诊病时加入了望甲印的内容。

望甲印简便、直观,熟练掌握之后能缩短病人就诊时间,并能提高辨证的准确率。需明确甲印望诊当包括手甲和足甲望诊,但足甲的鲜明度较手甲差,因此常察手以代足。

1. 甲印的分类

(1) 正常甲印 (见图1)

又为健康甲印, 两手数目应为8个, 即除去2个小指之外, 其余8指都应有甲印。甲印大小从甲根向甲缘量起应在2mm左右(大拇指可到2~3mm, 其余依次减少到2mm左右)。甲印边缘整齐、清晰, 中部凸出显得饱满。



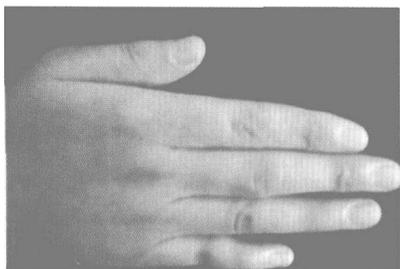
图1 正常甲印

此种甲印多见于身体健康无恙者, 说明气血充和, 脏腑阴阳相对平衡, 人体正气旺盛。

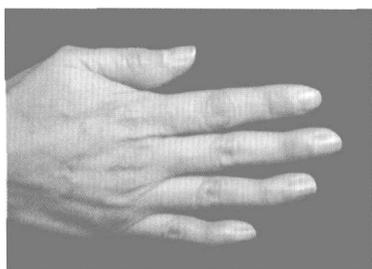
异常甲印与正常甲印相比较, 甲印增大或缩小, 有甲印的指数增多或减少, 10指全有或全无甲印, 都称为异常甲印。分为以下3种类型:

(2) 寒型 (见图2)

甲印偏小或有甲印的指数减少, 均属寒型甲印。按程度不同又可分为偏寒、寒、大寒3类。甲印变小在1~2mm之间, 或个别手指甲印消失(两手共有3~7个甲印)为偏寒类; 仅两拇指有甲印, 余8指均无甲印为寒类; 10指均无甲印为大寒类。



寒性甲印



偏寒甲印



图2 大寒甲印

寒型甲印是体内阳气虚衰，阴气偏盛的表现，说明素体虚弱。在疾病的情况下，表现为阳气虚衰，难以与邪气相争，此为虚证。

(3) 热型（见图3）

甲印变大或有甲印的指数增多，均属热型甲印。按程度不同也可分为偏热、热、大热3类。8个手指的甲印大小仍正常或略大，又见1个或2个小指有甲印（一般较小）为偏热类；9指以上有较大甲印（均在2mm以上），或除2小指甲印较小外，余8指甲印均大于正常为热类；10指都有特大甲印（超过甲体的1/2）为大热类。

热型甲印是体内阳气旺盛，脏腑功能强壮的表现。正常人甲印越大，说明身体素质越好（还当与身体其他情况合参）。在疾



热型甲印



大热甲印



图3 偏热甲印

病情况下，则表示阳气偏盛，阴液相对不足，此为实证；日久阳盛而致阴虚，证属虚实夹杂。与寒型甲印比较，治疗容易见效。

(3) 寒热交错型（见图4）

此型介于寒热之间，又叫溶合甲印，是原有热型大甲印发展而来的。体质好，阳气偏盛之人饮食起居常不谨慎，容易贪凉饮冷；证候属阳属实，服寒凉药的机会也多。以上两种情况都可使热型甲印逐渐转向寒热交错型。此型甲印表现为甲印的边界模糊不清，颜色亦逐渐接近甲体的颜色。



图4 融合大甲印

寒热交错型甲印有3个变化阶段：

溶合初期：甲印边缘开始变化，但不明显。若将体内寒热之和定为整数100，则热可占到80以上，寒仅占20或不足20。此种甲印主病意义仍属实热，治以清热解毒为主。

溶合中期：甲印的赤白边界已经模糊好象由原来的实线变成

了虚线。此时热约占 60，寒约占 40。证属寒热交错，临床表现既有阳盛阴液不足的一面，又有脾阳受遏，阴湿内停的一面。

溶合后期：此属体质由热变寒，由强到弱的质变时期，表现为原来边界上“虚”的范围不断扩大，直至赤白境界完全消失（即甲印消失）。此时热约占 20，寒约占 80，若体内阳气继续消耗，则变为大寒甲印。证属虚寒，心肾阳气之虚，以辛热药回阳、益气治之。

平时观察到，多数人的甲印是右手略大于左手，男性大甲印多于女性。此外，不论正常人还是病人，两手拇指大多有甲印，两手小指大多无甲印，这也是望甲时需要了解的。

2. 甲印与体质

爪甲位于四肢末端，是十二经阴阳交接之处，阴经由此入里，阳经由此出表，以维持营卫气血运行不息，因此爪甲就成了全身营养物质的转输站，营养物质丰富或者不足都可以在爪甲上表现出来。古人和今人论述甲之色泽、质地、形态的异常变化和人体营养物质盛衰间的关系很多，但很少论述甲印与体质强弱关系。通过大量临床观察，发现甲印和体质确实有着十分密切的关系。其中表现为：凡先天禀赋好，后天脾胃功能旺盛，平时心胸豁达，喜爱运动，能食形壮的人，甲印都基本是正常的；如果能食善饥，平时精力旺盛而不知疲倦，能胜任较强劳动的人，大多出现热型甲印。反之，如果一出生就身体弱，又加后天调理失当，平时虽无大病，但小病不断，弱不禁风，不耐疲劳，饮食量少，睡眠常惊，就容易出现寒性甲印，甚则 10 指都无甲印。其二是一个人甲印的情况与其父母甲印表现出相似性，父母如果是大寒无甲印，子女也多无甲印，尤其是婴幼儿的甲印更与父母相似。随着年龄增大，受后天各种条件的影响而变化，但仍然有一定的相似性，说明甲印的生长情况有遗传性。甲印的以上两个特点正说明其反映了体质的情况。调查中还发现，真正具有正常甲

印的人数并不多，非偏阴即偏阳，也说明事实上绝对阴阳平衡、气血和调的人是很少的。

体质可以看成是一个人原来具有的阴阳类型，这种类型可以说在他刚一出生或还是胎儿的时候就形成了。张景岳就说过：“脏气各有强弱，禀赋各有阴阳。”就是说，体质是原来具有的。体质既反映一个人精血津液是不是充沛，又表现出抗病能力的强弱。甲印与体质关系这一问题可以分为以下几方面来谈。

(1) 古人对体质的分类

对于体质类型，古人有按阴、阳、平脏来分的，如清代程芝田《医法心传》说：“凡人阴脏、阳脏、平脏，本性使然。如素系阴脏者，一切饮食必喜热物，偶食生冷，腹中即觉凝滞不爽，大便一日一度，决不坚燥，甚则稀溏，食难消化。若系阳脏，一切饮食必喜寒冷，偶食辛热之物，口中便觉干燥，甚则口疮咽痛，大便数日一次，必然坚硬，甚则燥结。”“至于平脏之人，或寒饮，或热食，俱不妨事。即大便，一日一度，不坚不溏。若患病，若系热者，不宜过凉；系寒者，不宜过热。至用补剂，亦当阴阳平补，若过热则伤阴，过寒则伤阳。”

也有把体质分成阳旺阴虚、阴阳俱盛、阴盛阳虚、阴阳两虚4类的，如章虚谷《医门棒喝》说：“假如形瘦色苍，中气足而脉多弦，目有精彩，饮食不多，却能任劳，此阳旺阴虚之质也。每病多火，须用滋阴清火，若更兼体丰肌厚，脉盛皮粗，此阴阳俱盛之质。平时久病，每病多重，以邪蓄深久故也……如体丰色白，皮嫩肌松，脉大而软，食啖虽多，每生痰涎，此阴盛阳虚之持……若更兼形瘦脉弱，食饮不多，此阴阳两弱之质。”根据前人论述并结合临床上的实际情况，人的体质在正常之外，再分为寒性、热性、寒热交错性较为合理，因为这种方法符合阴阳为总纲的原则，寒为阴类，热为阳类，寒热交错类又可以把阴阳偏盛偏衰造成的各种体质差异包括进去，便于掌握。

(2) 甲印、体质与证候表现

具有寒型甲印者（包括偏寒、寒、大寒），体质属于阴类，平时见精神萎靡不振，面色苍白，嗜睡，心悸或失眠多梦，体胖倦怠，四肢厥冷，感冒不断。其中焦脾胃功能低下，表现为食后消化不良，每吃凉食腹胀加剧，恶寒、冷汗常出，不喜坐凉处，大便或溏而不爽，或冷结便秘，小便清长，老人则尿频或淋漓不断。妇女经前腹痛，经期错后，腰酸腹胀，带下清稀。此人舌腮肿胀，常被牙齿咬出血或咬成血泡，脉多见沉细而迟或沉紧而弦。

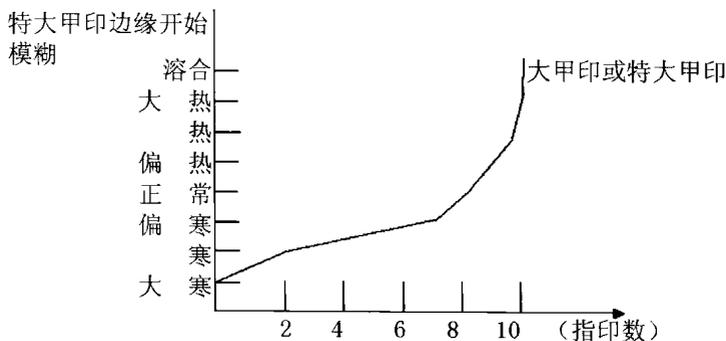
具有热型甲印者（包括偏热、热、大热），体质属于阳类，多表现为脏腑功能之亢奋。见面红、耳赤、身燥热不安。其人精神兴奋，脾气急躁易怒，能食力大，不知疲倦，能负重耐劳，言语粗壮，喜冷饮食，喜坐凉处，衣被单薄，大便常秘，甚则数日一行亦不知所苦，脉洪滑有力。

具有寒热交错甲印者，体内阴阳处于偏盛偏衰的变化之中。其出现甲印的溶合多是由原先的大甲印变化而来的，原因虽多，总不外过用寒凉而致。阳盛体质的人，多贪凉饮冷；平时体质壮实，亦可不再谨慎保护身体。饮食失当，寒温失调，劳伤过度，使其阳损耗，体质就会发生变化。正如《素问·上古天真论》所说的“以酒为浆，以妄为常”，“不知持满，不时御神”的那种人，又如《素问·厥论》说的“此人者质壮，以秋冬夺于所用……阳气日损，阴气独在”的那种人，都是自恃身体壮实，不知养生造成的后果。平时我们还见到一种情况，就是气候炎热的地方反而寒型甲印多见，夏天患中阳虚寒之泄泻也多，就是这个道理。热性体质的人，患病后也容易造成医生过用寒凉药的错误。苦寒药最容易遏伤脾胃阳气，日久寒湿内生，清阳下陷，甲印也就从热型大甲印，变为溶合甲印了，进一步发展可变为大寒无甲印。从这点来看，大甲印虽表明体质好，但极易向相反方面发展，因此可以说是一种不稳定甲印，也表明阴阳不协调。最理

想的是阴阳协调的正常甲印。

具有寒热交错甲印者，既有寒象又有热象，初期、中期仍以阳性体质表现为主，但热中已见寒象，其饮食已减，不喜冷食，服温胃药（良姜、佛手、荜拔类）后则舒；后期以阴类体质表现为主，但寒中亦有热象。溶合甲印后期，由于下焦元阴元阳和中焦脾胃阳气都虚，所剩之残阳也就成了无根之火，此火浮游于上，可见五心烦热、午后低热甚则无名高热；元阳虚于下则精神萎靡、恶寒嗜睡、遗精带下、冷秘、尿频；脾阳亏于中则恶食寒凉，腹胀，手足冷汗出。以上都属于上热下寒症。

现将辨甲印寒热之法图示如下（仅标有甲印的指数，尚须参以甲印之大小）。



3. 甲印与证型

体质因素与患病后的证候类型有密切关系，因此甲印不但是体质强弱的表现，也能反映出得病后的证候性质来。

人的体质有阴阳、寒热、虚实的差别，而总的又以阴阳为纲分为阴类和阳类两种。阴类属于虚寒性，阳类属于实热性，各有不同的甲印表现。体质为阳，患病后多表现为阳证；体质为阴，患病后多表现为阴证。丹波元坚《杂病广要》说：“假令素有寒者，多变阳虚阴盛之疾，或变阴毒也；素有热者，多变阳盛阴虚

之疾，或变阳毒也。”说明体质与患病之后的证型有统一之处。有了这个基础，望病人甲印来辨认证之属寒属热、属虚属实就较为可靠，这就是甲印用于诊病的原理。

具有寒型甲印的患者，由于阳气素虚，更易遭受寒邪的侵犯。寒易伤阳，最终要伤脾肾之阳，出现寒证表现，见身寒手足逆冷，面色苍白，气冷息微，其口不渴，喜热饮食，尿清长或频数，大便溏，舌淡苔水滑，脉沉迟。在寒证表现中，有时在一派寒象中可有下午或夜间手足心烦热，咽痛隐隐，有的口腔糜烂，这是因为寒则阴湿生，下午气机下沉，阴郁而化热的缘故。

具有热型甲印的患者，由于素体脏腑功能亢盛，体内阴精相对不足，更容易遭受热邪的侵犯，有时虽遇寒邪，也容易随机体之阳而化，出现热证表现，见面赤身热，心烦，气热息粗，手足躁扰，唇红肿或干裂，厌油腻，闻爆锅味恶心，喜冷饮，口渴，尿短赤，便秘，舌红苔黄，脉洪大数疾。

问饮食喜凉喜热，对于鉴别证的寒热有重要参考价值。饮食凉热喜好，反映了中焦阳气盛衰的情况，因此在甲印上也能表现出来。如素不喜凉饮食的人，其甲印多属寒型；素不忌凉饮食的人，其甲印多属热型。正如张景岳说：“素喜冷食者，内必多热；素喜热食者，内必多寒。故内寒者不喜寒，内热者不喜热。”所以在一般情况下，看甲印之后，再问饮食喜凉还是喜热，对于证属寒热心中就能有数。饮食喜凉喜热有时和甲印并不一致，如果甲印为寒想吃凉，很可能是湿将化燥，温热药中要佐以寒凉；如果甲印为热反想吃热，很可能是中阳有伤（溶合甲印初期），清热中要慎用苦寒。

具有寒热交错甲印的患者，多表现为既有上部的耳鸣、头晕、失眠、咽痛、烦闷等上焦燥热症，又有畏寒、腰膝酸软的下焦虚寒症，用药应寒热兼顾，前期清热滋阴，后期滋阴泻火、温补脾肾。

症属寒热交错者，应分辨寒与热的多少，除看甲印变化外，还可用药物来试寒热。

热多寒少 鼻咽唇舌干燥，口渴喜热饮，饮多。治以滋阴增液为主、辛温祛寒为辅，如元参、花粉、麦冬、石斛之中加少量干姜、肉桂有效。

寒多热少 口渴喜热饮，饮不多。治以温阳祛寒为主，滋阴为辅，如干姜、肉桂、附子、白术之中加少量花粉、麦冬、五味子有效。

寒多热少兼湿重 口渴喜热饮，饮不多兼有胸闷脘痞，下肢沉重乏力。治以辛温燥湿祛寒为主，滋阴为辅，如苍术、草果、薏米、干姜、肉桂、附子之中加少量花粉、麦冬、五味子有效。

我们通过对大量肿瘤病人（主要是恶性肿瘤病人）临床调查结果表明，寒型甲印者占了绝大多数（约80%）；说明恶性肿瘤病人中体质虚寒的是大多数。我们所说的正常人，阴阳只不过是相对平衡，真正的阴阳平衡、不偏盛不偏衰的所谓平脏体质是不多的，所以正常甲印是不多见的，大部分是偏寒类，也有大寒类。体质虚寒的人不一定都得病，体质强盛的人也不一定永远不得病，一要看邪气的性质，二要看体内产生对抗这种邪气力量的大小。对于恶性肿瘤来说，取决于癌毒和抗癌力量的对比，即虚寒体质的人得肿瘤的机会远大于其他类型体质的人。明白了这一点，虚寒体质者通过用药或自身身体锻炼，改善体质，就可以减少恶性肿瘤的发病机会，即使发病，也可减轻症状，这对于未病先防，有病早治都是很有意义的。

4. 甲印与治疗

治疗就是通过药物的作用来改变机体寒热虚实的各种病态，使机体重新恢复阴阳的平衡。按这个道理，通过有效的治疗，甲印也应随之改变，即由原有的寒型甲印变为正常甲印，但甲印又是体质情况的反映，这样岂不是体质也发生了变化？体质是个体

的一个较稳定的特性，它的改变不是轻易的，需要一个过程，但事实证明，在一些情况下体质也是可以改变的。张景岳说过：“其有以一人之禀，而先后之不同者。如以素禀阳刚，而恃强无畏，纵嗜寒凉，及其久也，而阳气受伤，则阳变为阴矣。或以阴柔，而素耽辛热，久之则阴日之涸，而阴变为阳矣。”这段话的意思是说，体质能够改变，既可由阳变阴，又可由阴变阳，不适当的药物和饮食能够破坏体内阴阳的平衡，因此要避免。

体质的改变通过甲印的变化反映出来，甲印的变化情况反过来又检验了治疗的正确与否。甲印的变化过程比较缓慢，但不同的人也有差异。

（二）齿印望诊及意义

齿印望诊比较简单，包括望舌齿印和腮齿印。

舌齿印即舌边缘牙齿的压痕，是体内寒凝湿聚、水湿痰饮的标志。重者舌体胖大可塞满口腔，活动不灵，甚则影响言语和呼吸。



舌印（齿痕）

齿印的成因，多由于脾虚不能运化水湿，湿阻于舌而舌体胖大，受齿列挤压而形成压痕，故齿痕常与胖嫩舌同见，一方面由于舌体水

肿，属脾之阳虚而湿盛，另一方面由于舌体肌肉松弛，张口不足，属脾之气虚。脾阳虚、气虚导致寒凝湿聚、水湿痰饮，也就是中医所说的“诸湿痰饮皆生于脾”。而痰和湿对于机体疾病的发生有着至关重要的作用，所以有“百病皆生于痰”的说法。

腮齿印是口腔内两侧腮部黏膜受齿缘压迫的印痕（甚至颊

黏膜被牙齿反复咬破成为突起)，多由胃腑寒痰湿停，上阻于口所致。印浅者，寒湿痰郁轻，印深者，寒湿痰郁重。寒郁越久，齿印越深，颜色越重（呈紫黑色），甚至咬成血泡。

三印之中，以腮齿印的变化最明显，中阳虚寒得辛热可很快消失，饮食不慎、寒凉过度又可出现；甲印的变化最不明显，治疗有效，体质变强，但甲印未见变化的情况很多。

临床上望三印需同时进行，这样更有利于辨证。为叙述简便，把舌齿印和腮齿印分别简称为舌印和腮印。

三、印结合对寒热证候的辨认

（一）各类寒热证候中的三印表现

1. 寒型

随程度不同，有大寒、寒、偏寒的分别，甲印与舌、腮印的情况为：

大寒甲印，舌、腮印出现且明显（标记为++）。

寒甲印，一般有舌、腮印（标记为+）。亦有舌、腮印在治疗过程中消失，而甲印尚未消失的情况，说明治疗已经产生效果。

偏寒甲印，舌、腮印或有（标记+），或不明显（标记±），分别说明寒湿的程度。

2. 热型

随程度不同，有大热、热、偏热的分别，甲印和舌、腮印的情况为：

大热甲印，舌，腮印无（标记-）

热甲印，舌、腮印无（-）

偏热甲印，舌、腮印或无（-），或模糊（±）。

3. 寒热交错型

初期 大热甲印变化不明显，舌、腮上开始显印（±）。对

于大热甲印患者，只要看到有舌、腮印的出现，即可断为热证向寒的方向开始转化。

中期 大热甲印边缘已模糊似成虚线，舌、腮印比较明显(+)。

后期 原大热甲印的边缘已模糊不清，舌、腮印深(++)。

舌、腮印的主病意义是阳虚寒湿内停，其敏感度远大于甲印，尤其腮印更突出。如无腮印的热性体质者，吃凉东西一多马上可出现；如果再吃些热药，马上又消失。因此说一个真正的大热症，必须具备甲印、舌腮印、脉象表现三者的一致，即甲印大或特大，舌、腮印均无，脉洪大或数疾。热性体质或热性病患者吃寒凉饮食、服寒凉药物，容易出现舌、腮印。吃些姜或其他温胃药，如果出现的腮印立刻消失，可知是偶遇寒凉；若腮印依然存在，且日益加深，则应结合脉症综合分析，即使是甲印尚未溶合，也要考虑到有可能向寒的方面发展。此种人往往有肠胃之寒，癌症患者应以清热滋阴增液兼温其肠胃，麦冬、石斛、花粉、元参之中加姜桂附等。

(二) 三印辨证应用示例

三印诊法是从临床上总结出来的，而且我们还把三印诊病结果和四诊诊病结果进行了无数次对照和反复修正，因此可以说三印诊法是在四诊基础上摸索出来的，而且又有执简驭繁的效果。有了三印，临床就能比较准确的把握证之寒热虚实，不用担心真假混淆不分，也免去了舍脉从证和舍证从脉之类的麻烦。我从专攻肿瘤以来，门诊患者接应不暇，自有了三印四触诊法，不但提高了工作效率，而且也提高了辨证的准确性和治疗的有效率。

四、四触诊法及意义

四触系触摸两耳软骨有无增生物（包括有无增厚和结节出现，而正常人耳壳平整无结节或增厚），胃脘部（相当于中脘穴

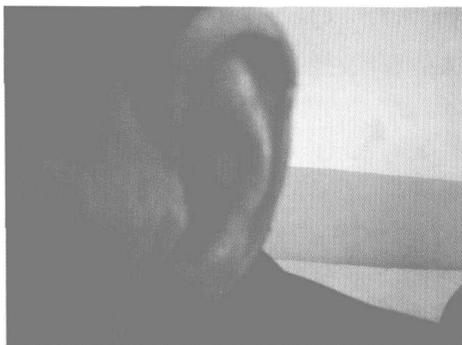
部位)和脐左旁(脐左距脐2寸左右处)有无板滞感和压痛,足弓(双足弓是否有压痛点)四触在以化淤驱毒攻下为原则的肿瘤治疗中,是非常重要的诊断方法。

(一) 触耳

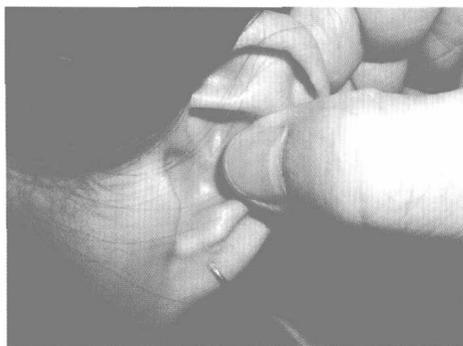
《灵枢·口问》篇说:“耳者,宗脉之所聚也。”《灵枢·邪气脏腑病形》篇也说:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面,而走空窍。”说明耳与脏腑经络有密切联系。而通过现代针灸实践发现,在耳部分布有与全身各部分相对应的穴位系统,也就是说耳部就是整个人体的投影,所以身体某个部位有病,除身体相应部位有变化外,耳穴上也可出现反应物,甚至耳软骨变形。

耳上的反应物主要指耳软骨上某一部位增厚,但边缘较清楚,质硬而固定,有的捏之疼痛,大如小蚕豆粒,小如绿豆或小米粒,一个或数个,一侧或两侧耳壳出现。反应物的部位多在耳甲腔的肝、脾等区。

临床上体会,耳软骨反应物的出现与肝气郁滞的关系十分密



耳壳结节



耳壳触诊

切，它是肝郁深久，脏腑经络中气血运行障碍发展到壅阻蓄积不去的程度时的表现。因此临床凡见到耳软骨上出现反应物的患者，都有明显的唇爪青紫，舌质紫暗淤斑、舌下静脉怒张表现。肿瘤病人气血郁滞比其他疾病患者严重，所以耳软骨反应物的出现率高，尤其是肝癌患者单耳或双耳结节出现率更高，随着结节的硬度和大小的不同机体患病的程度也有不同，具体为硬度越大疾病的程度也就越严重，而肝癌的恶性程度高，患者的存活期短，说明肝癌患者体内阴阳严重失调，癌毒蓄积更重。

耳软骨结节消失十分缓慢，但治疗后随着病情的好转和痊愈，耳软骨结节变软变小是能见到的。

（二）触胃脘与脐

此属于触诊的内容，即触按上腹部相当于中脘穴处和脐左侧2寸左右处有无板滞感，有无压痛拒按的情况。

触胃脐也是中医腹诊的一部分。触胃脐在战国时期成书的《难经》里已有记载，《难经·六十六难》说：“假令得肝脉，其外证善洁，面青、善怒；其内证脐左有动气，按之牢若痛。其病四肢满，闭淋，溲便难。”徐大椿对这条原文



胃脘触诊

的注释是：“脐左，肝之位也。动气，真气不能藏而发见于外也。牢者，气结不坚；痛者，气郁而滞也。”正常人腹软而平坦，无压痛，如出现胃脘板滞压痛，应考虑停饮或食积，脐左“牢”、“痛”则是肝气郁结、症瘕积聚停留的反映。

中医学认为，百病之生，皆起于气。怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，思则气结，惊则气乱。五脏之中，肝主升主动，对于气的升降出入有平衡协调作用，因此七情致病首先使肝主疏泄的功能失常，才导致了其他



脐左触诊

脏腑功能的失常。气机不通，最容易导致血行障碍，形成血瘀，产生症积、肿块；气机不通也会导致津液代谢输布障碍，使痰、水、饮等病理产物停留下来。

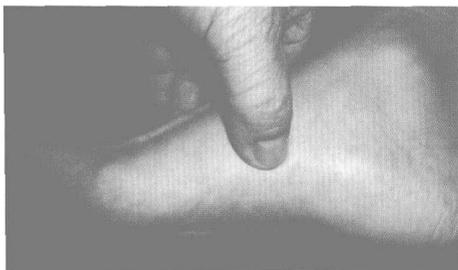
肝的疏泄功能对脾胃的运化功能影响极大，唐容川《血证论》说：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化；设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之症，在所不免。”

肝的以上特点告诉我们，对于气机郁结而致的五脏功能失常，治疗应从肝着手。脐左触之坚硬而有压痛，是肝郁气滞的明显标志，胃脘触痛是肝木横土，胃气不降、停食停积的标志，因此胃脐压痛就是行气破淤攻下的依据，这是必须明确的。如果没有两触的阳性，是断然不敢用大剂破淤攻下的。临床调查肿瘤患者，两触阳性者占80%左右，进一步证明肿瘤的形成与肝郁、胃肠结滞有密切关系，也为确立行气破淤攻下的治则奠定了理论基础。

（三）足弓

中国《路史》记载，当人体有病时，发现脚部也有一处或几处出现痛觉敏感区，在被腾跃蹦跳中触及的敏感区会发生刺

痛，而疾病也随之好转，这一现象的反复出现使人们发现可以“摸足治疗。”中国《史记》述及上古黄帝时代有位高明的医家名叫俞跗“俞”与“跗”通，跗即足背。专门摸脚治痛，这就是中国最早的足全息疗法



足弓触诊

的应用记载。心脏有节律的搏动，使血液沿着密闭的管道不停地在全身循环往返，是机体内外物质交换和运输的重要通道。当任何一个脏腑器官机能异常或发生病变时，必然产生一些对人体有害的代谢产物进入循环通道。由于足部是远离心脏的部位，血压较低，血流缓慢，加之位置最低，地吸引力也有影响，使进入循环的有害物质很容易在足部沉积造成沉积部位皮肤组织出现异常现象，皮肤赘生物，皮下颗粒，皮下硬结，这些都称为病理反应产物，阳性反应物对局部神经末梢的刺激使局部皮肤产生疼痛或对触压敏感。在临床诊断过程中通过对大量病人的临床观察，发现大多数肿瘤患者在足弓的相应部位出现明显的压痛反应，我们称之为足弓压痛阳性，按由趾指到足跟的方向把足弓分为相等的三分，其所对应的病变部位分别是上焦、中焦、下焦。按其疼痛过程由轻到重记录，为疾病的诊断提供了较为准确的信息。

（四）一条线及其意义

一条线是指口腔内两侧的腮线，可能为上下牙齿挤压所致，可出现在左右两侧或一侧，为青紫色或白色，它的出现常提示肝癌或消化道肿瘤的发生。

三印、四触、一条线是人体脏腑病变的自然全息缩影，它有诸内必形诸外，脏腑有病必然在体表的某一特定分布区域内出现

的异常反应，抓住这一信息就可准确定位定性指导治疗。故而从直观从外察其表知其里而知。

附：其他诊法介绍

人体存在着许许多多能够反映整体状况的局部区域，除印法中介绍的以外，还有其他一些部位在机体发生病变时能表现出异常变化，可以作为辨证的依据，有的还可以为疾病的早期诊断和预防提供各方面信息。

1. 皮肤白点

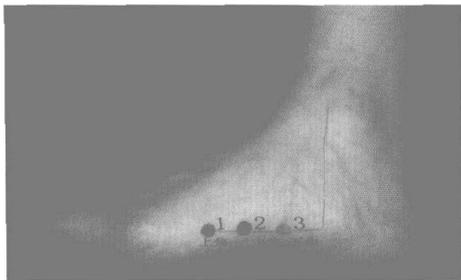
指人体皮肤表面乳白色的斑点。斑点大小不等，小者如小米粒，大者如黄豆或更大些，呈圆形或椭圆形，边缘清晰，较健康皮肤略有凹陷。有白点部位的皮肤无痛痒感觉，亦无脱屑、角化、萎缩、溃疡现象。皮肤白点以躯干部位出现较多，四肢较少。

2. 上唇系带结节

此指生于上口唇内中部系带上的圆形或椭圆形的赘生物。大者如半个绿豆粒，小点如小米粒或更小，无痛苦。颜色大者多为白色，小者多为红色，有的凸起，有的平塌不明显。上唇系带结节的出现与直肠、肛门病变有关，结节生于上者，病变距肛门远，生于下者，病变距肛门近。

3. 舌面裂纹

舌诊在肿瘤病的诊断中是很重要的。《辨舌指南》说：“舌为心之外候，苔乃胃之



足弓触诊示意图



上唇系带结节

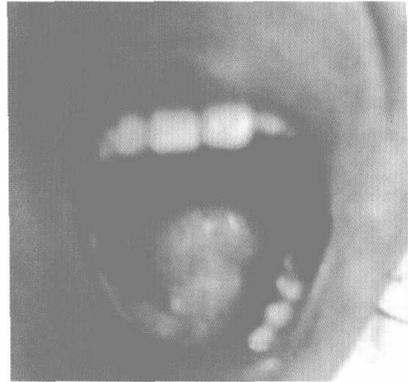
明征，察舌可知正之盛衰。”舌诊中除了一般望舌质舌苔的内容外，舌面裂纹的出现对于一些肿瘤病的诊断也有重要意义。

舌面裂纹主要是舌质的变化，有横的，也有横竖相兼的。深者如刀刻，浅者如划痕或小皱纹。裂纹的出现是脾胃气衰、生化无源的表现。

肿瘤患者中胃痛、胃窦癌、贲门癌舌面裂纹出现得多，所以胃部疾病如出现裂纹舌，说明病程较长，且有恶变的可能。观察胃癌病人的裂纹舌，如果表面肿胀，初起就不易看清，需仔细察看，因裂纹处多有较细微的苔。裂纹舌是不是可以看成癌前病变有恶化趋向的征兆？由于观察例数少，亦没有做更细微的调查统计，目前不能做这个结论，但对有裂纹舌的患者密切注视，早做检查，积极治疗，却是必要的。

4. 舌下静脉怒张

舌下静脉指舌体下舌系带两旁各一支主干静脉及其分支。舌下静脉望诊的内容，一是看其有没有怒张（暴起和增粗），另是看颜色是不是加深（青紫、蓝紫、紫黑）。舌下静脉怒张明显，色紫黑是血瘀久而重；虽有怒张但色不紫是新淤而轻。对于血瘀重的，在服活血化淤药的同时可以加三棱针放血，点刺怒张的静脉（部位相当于舌下金津、玉液穴稍向舌尖一点），1周1~2次，刺2~3周，可使怒张和颜色紫黑的情况大大减轻，有利于药物治疗。



舌底静脉怒张

舌下静脉怒张，色紫黑严重者，可以累及舌根部、咽部和咽部周围的血管，出现恶心、烦躁、饮水易呛、舌动不灵、言语不

清等现象，可按上法点刺舌下静脉，使其出血。

如果平素痰稠黏，心烦易怒，厌油腻，不喜热饮食，又见舌下静脉怒张，是老痰久淤在胃，化为湿热所致。

5. 朱砂掌

是指手掌上出现了如同硃砂样之红色，是肝病的外露，也叫“肝掌”。肝主疏泄，其病也多见由于疏泄不达而致的气郁血瘀症。肝郁日久，气血周流障碍，五脏六腑不能得到灌溉，当升不升，当降不降，反过来使肝气的郁滞更加严重。肝的病变亦由量变不断积累，发展为质变，出现肝肿大，这时就出现了肝掌。所以说肝掌是肝肿大的标志。

肝掌的表现也有轻重的不同，说明肝的病变处在不同的时期，大致可以分为三期。

初期 手掌大小鱼际处已见硃砂样的红点，说明肝已开始变大。

中期 全手掌都有红点，赤色较上更为鲜明，甚至发紫，说明肝之肿大更明显。

后期 全手掌和10指腹面赤色渐变为紫褐色，是气郁血瘀日久，邪毒壅结的标志，是肝病中的恶候。

察肝掌，辨其轻重程度，可以判断病情的轻重，预测疾病的吉凶。肝病包括现在的肝炎、肝硬化，这两种病都可见到肝掌。肝癌出现肝掌的机会更多于其他肝病，说明肝病发展到肝癌，已是邪毒深结日久了。其他部位的肿瘤也多见肝掌，证明肝郁血瘀亦是存在的。肝癌病人的肝掌如果出现后期表现，是肝郁和癌毒深结，为难治。

6. 甲体

甲体正常者应该红润光泽，这早在古代就被外科列为“五善”之一。体内脏腑病变可使甲体形态异常。

甲面上出现纵向条棱，严重者条棱锐利，如用指甲去刮，感到有障碍，为素体虚弱，或病久体虚，肝肾阴精不足。某一处甲

面损坏的情况在脚趾甲上多见，男女有别，男者多见于左脚，女者多见于右脚，可能和男子以气为主，女子以血为主，而气在左，血在右有关。

紧捏指端然后放松，看甲色恢复的快慢可以测知气血是不是流畅。甲色恢复快的为血活，反之为血不活。

第三节 新诊法与防病

诊断是治疗的基础，根据诊断结果所确定的症是立法治疗的依据，这充分证明了诊断的重要性。中医诊断的原理是“有诸内，必形诸外”，但实际上真正掌握准确的诊断技术是不容易的。通常说治病容易，认症难。原因主要是诊断依靠的证有真有假，如果不能识别真假，就难免发生错误。许叔微说：“寒极似热，热极似寒，寒热真假之症尤为难辨，如有毫厘之失，生死反掌。”在诊病认症中，还会遇到虚实夹杂，表里相兼的情况，心中了了，指下难明；领会于心，未必用之于手。正因为这样，才有许多名医诊病的神奇故事流传下来。如《史记·扁鹊仓公列传》记载扁鹊过齐，为齐桓公诊病，只靠望诊即知齐侯病在什么部位，而且还对疾病的发展做了预测。这一方面歌颂了扁鹊医术的高明，另一方面也说明中医诊断学对防病治病的伟大贡献。可惜扁鹊诊病的经过没有用文字记载下来，是极大的憾事。

《难经·六十一难》说：“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧。”这是中医学对诊法提出的很高要求。其中的“望而知之”就是指通过望诊而知病之所在。用印法将病症分为3型（寒、热、寒热交错），共9类（大寒、寒、偏寒；大热、热、偏热；寒热交错之初、中、后期）。每型每类都有较为客观的指征，摸得着、看得见，因而提高了望诊的水平，也丰富了中医诊断学的内容。

前章介绍了三印诊法的应用，贵在临床上能灵活变通，相互参照。如甲印小而不全的偏寒症，经治疗后，甲印可由小变大；原来没有甲印的手指上可生出甲印来，成为正常甲印。10指均无甲印的大寒证，经治疗后可以生出甲印，寒象亦逐渐消退。热类大甲印，由于饮食不慎、用药有误可出现溶合情况，经用温热药治疗，可使赤白境界重新明显起来。可见甲印的变化就是体内阴阳消长、脏腑功能强弱的外现。三印和四触相结合，不但能确定症之寒热，而且也能判断淤滞之有无，如10个手指全无甲印，舌、腮均有齿印，又见一侧或双侧耳壳有增厚或结节，即可知其素来脾肾阳虚，胃肠功能低下，且肝郁气滞日久。如果又触得胃及脐左侧有板滞感和压痛，说明由肝郁气滞日久又引起有形淤血、积滞的停留，由以上印法得知，此属大寒淤滞症，可用辛热通阳破淤攻下治疗。冷积除，淤血去，则阳气复，新血生。与此相反，如舌腮均无齿印，10个手指全有大甲印，耳壳有结节，胃脘有压痛，则属大热淤滞症，可用清热解毒破淤攻下法治疗。如果10指都有大甲印，舌腮皆有齿印，说明盛阳为阴湿笼罩，若耳壳结节阳性，胃脘压痛阳性，即可定为寒热交错淤滞症，治疗既滋阴清热，又散寒温脾，再加破淤攻下。以上所举都是典型的大热大寒症和寒热交错症，临床上更多见到的是不典型的寒、热症和寒热交错证，但不论怎样复杂，只要熟练掌握了印法，都能找到可供参考的依据，不难在千变万化中理出头绪来。

第四节 辨体质强弱和病症寒热对防病的意义

体质是一个人阴阳气血多少和抗病能力的标志。体质强的健康人，其脏腑阴阳调和，气流畅通，代谢活动旺盛；体质弱的人多病。还有一些体质弱的人虽平时没有症状，但一旦得病，则因正气衰弱而难以痊愈。如果能找到区分体壮的健康人和体弱而无

明显症状的人的客观标志，就可以从增加人体抵抗力方面对体弱之人早诊断，早治疗，提高疾病的治愈率。

除去平性体质外（实际不多），体质总的可以分为3型：

（1）寒型 总指五脏功能低下。具有这种体质的人，有的平素胃肠有慢性疾病，如便溏不爽，或冷秘，呕吐吞酸，腰酸遗溺，脉沉迟等。有的虽无明显的躯体症状，但神气不足之证明显，如两眼困倦发锈（如刚睡醒状），精神萎靡不振，凡事兴趣不大，反应迟钝，健忘，声低懒言等。甲印、舌、腮印均表现为寒或大寒象，即能判断为虚寒体质。

（2）热型 与寒型相反，总指五脏功能旺盛。具有这种体质的人，精力不衰，面色荣润，表情丰富，二目有神，反应灵敏，胃肠功能良好，能抗寒任劳，吃凉饮食亦无妨。甲印、舌、腮印均表现为热或大热象，即能判断为实热体质。

（3）寒热交错型 是介于寒型和热型之间的体质类型。这种体质从总的来说，基础还比较好，但又有很多矛盾的地方，如虽喜冷饮，但又不敢多饮；虽面色潮红，但却暗淡无光；虽五心烦热，却又怕冷；虽体力强但又不耐劳等。甲印、舌、腮印的综合表现为“寒热交错”（主要指中期），即可断为处于寒热交错变化时期。

以上3型体质的判定是靠四诊和三印相结合得出的。如果说四诊提供了确定体质类型的各种信息，三印提供的就是各种信息的数量，数量积累到一定程度，就会在质量起变化。寒型体质的人得病机会最多。经过调查，人群中真正具有正常甲印的人不多，因为真正的阴阳平衡很难达到，很多人虽名曰健康人，坚持正常上班，但经常跑医院看病，他们多患长期失眠症、头痛、腰痛、慢性口腔炎、咽炎、慢性胃病（胃炎、胃溃疡）、关节炎、结肠炎、痔疮、带下、慢性肝炎等，日久精气消耗，都现出寒性甲印，通常情况下都是偏寒类甲印。此种体质之人如果血液中有

癌毒存在，在一定时机又有致病诱因作用，癌毒与淤血、气滞、痰饮、食积等相结合而蓄积下来，就会发生肿瘤。如果我们在其未发生肿瘤之时通过辨三印认出症属寒性，再通过药物治疗和自我保健（饮食卫生、体育锻炼、气功等），变寒型体质为热型体质，就可以大大减少肿瘤和其他疾病的发病机会。改变寒型体质的药物主要是具有温补心、脾、肾阳功能的药。心为君火，肾为相火，脾属中阳。阳虚则阴湿盛，辛热散寒药不可少。干姜、肉桂、附子、良姜、半夏、陈皮、菟丝子、党参、白术、远志，助阳、益气、祛寒最为常用。若10指全无甲印，姜、桂、附各30克；甲印小而全，姜、桂、附各用15克。这些药可以看成是扭转寒性体质的，无论是什么病人，只要验三印是属寒型的都可按以上方法来用，不但治了病，而且也能防病，这才是真正的治病求本。相信这样做下去，肿瘤的发病率是可以降下来的。

临床上对肿瘤病人观察的结果，寒性体质病人身体衰弱之象十分明显，对于放疗、化疗耐受力最低，恶化也快，中药汤剂、丸剂要较长时间服用，否则病情容易出现反复。来就诊的病人中，有的连续服药10余年，个别病人20年来一直断续服药（不敢完全停药），这里大部分是寒型甲印者。热型症候，主要表现为功能的亢奋。而功能亢奋，则必有阴精不足，因此既要清热，又要注意滋阴生津，同时还要注意保护脾胃阳气。肿瘤病人属于热型症候的，身体状况较寒型症候者好，对于放疗、化疗耐受力强，中药治疗收效也较快。寒热交错型症候，治疗的关键是辨清寒热各占几分，甲印表现提供了这方面的依据。舌、腮印的有无和深浅对于判断寒热交错型初、中、后期有参考意义。这种类型由于都是从大热型转化来的，病人体质素来不错，所以对治疗的反应比寒型者要好，如果治疗及时而又对路，溶合的甲印能重新清晰起来。如此看来，在肿瘤治疗中，除了针对癌毒、痰淤积滞等病邪外，如果再用足够的温补心、脾、肾阳药物，努力使原来

的寒证向热证变化，就可以提高机体对药物的敏感度，减少机体对药物的不良反应，提高肿瘤患者的存活率和治愈率。

第五节 新诊法辨肝郁、气血瘀滞对防病的意义

印法除查三印之外，还有四触。耳壳上增厚或结节，是肝郁日久的明征，生于两侧、增生物大者，肝郁重；生于一侧，增生物小者，肝郁轻。气郁久者必有血瘀，血瘀久者气滞亦重。肝郁者脾胃升降必致失常，故痰、湿、食等必然停留，胃及脐左侧板滞、压痛必出现。以上病变，是攻下破淤消积法的适应症，而癌症患者，两触阳性率远高于其他疾病，因此攻下破瘀消积是癌症治疗的一个主要方法，他既可以解肝郁，又可以攻有形之积聚。

一般的人，虽然没有明显的停痰、停积、淤血症状，但两触阳性者并不少见。这些人有的自觉症状不明显，相当一部分人长期头痛、胃痛、失眠、胸痛、易怒心烦等。女性病人月经失调，或闭经，或崩漏。还有的大便长期秘结或不爽。他们大多面色晦暗，舌下静脉怒张，心情抑郁不舒，因而患癌症的机会也多。如有胃溃疡病的人患胃、贲门癌的多；有痔疮病的人患直肠癌的多；长期心情压抑的容易患乳腺癌、甲状腺癌；有慢性肝病的患肝癌的可能性大等，因此可以说，癌症是肝郁气滞血瘀发展到一定程度而来的。明白了这个道理，在临床上对于四触阳性的患者，甚至对于没有明显临床症状但四触为阳性的所谓健康人给予疏肝理气活血方面的治疗，就可以减少恶性肿瘤的发病率。具体来说，有慢性病的不论属虚属实，都加疏肝理气、活血化淤药，对大便不通畅或秘结的人，调理其中焦脾胃气机，使之保持大便的通畅，就可以起到预防肿瘤发生的作用。

第六节 散寒回阳法的应用机理

人的生命，不只是有形的躯体，而且蕴有无形的“生机”。这个生机，用中医学的术语来讲，就是火和热，归结到一点就是阳气。《素问·生气通天论》说：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰。”在阴阳的关系中，阳气是主要的，《内经》强调“凡阴阳之要，阳密乃固。”阳气功能低下，火与热就不足，人体就不能抵御外邪的侵犯。

（一）寒邪的来源

使人体阳气受到损伤，最严重者莫过于寒邪，阳气受伤则形成阴证。金元时代医学家王好古《阴症略例》中把“冷物伤脾”和“外感风寒”看成是形成阴证的外来因素。张景岳把寒邪分为外来之寒和本来之寒两种，《景岳全书·新方把阵》说：“夫寒之为病，有寒邪侵于肌表者，有生冷伤于脾胃者，有阴寒中于脏腑者，此皆外来之寒……至于本来之寒，生于无形无响之间，初无所感，莫测其因。”其实这本来之寒就是指与先天禀赋关系密切的体质情况，因此张景岳总结寒的成因说：“或因禀受，或因丧败，以致阳气不足，多见寒从中生。”

程钟龄在《医学心悟》中又把寒症归纳为“口不渴，或口渴而不能消水，喜饮热汤，手足厥冷，溺清长，便溏脉迟。”为一派阳气虚衰，阴湿内停征象。里阳虚则生化鼓动无权，表阳虚则卫外无力，在这种情况下最容易患病。前来就诊的世界各地病人，寒型和偏寒型证候者最多，约80%。

（二）寒与气郁、血瘀、痰积的关系

寒证总的可以归于机体热量不足，热证总的可以归于机体热量有余，因此可以认为寒型之人生理功能减退，其一系列外在表

现是机体对内外有害因素抵抗力低落的现象。反之热型之人生理功能亢奋，其一系列外在表现就是机体对内外有害因素反应旺盛的表现。人的血气阴液，要靠阳气的推动才能运行，阳气虚则热量不够，推动力就小，津液精血的运行就变得缓慢甚至停滞下来。阳气虚反过来又容易遭受寒邪的侵犯，正如《素问·举痛论》说：“寒气客于小肠膜原之间，络血之中……故宿昔而成积矣。”这样，有形的症瘕、积聚就形成了，这也是体质属寒的人得肿瘤的人居多，肿瘤病中寒证居多的原因。

寒型体质多患痰食停滞或症瘕积聚，治疗应在活血化瘀、消食化痰药中加入温热回阳药物。清代王清任创制的急救回阳汤就是回阳化淤的典型方剂。由党参、附子、干姜、白术、甘草、桃仁、红花组成。前五味药辛热回阳、甘温益气，后两味药活血祛淤，而且辛温辛热药的剂量远远大于活血药，意思是很明白的，就是要通过补充热量来驱散寒气，使淤散气行。对于痰饮的治疗，张仲景《金匮要略》指出“病痰饮者，当以温药和之”，处方有苓桂术甘汤、肾气丸等，都是通过增加体内的阳气来推动水饮的运行，从而使水液代谢恢复正常。

淤血、痰湿、食积停留，又能阻塞气机，使气滞而不行，于是痰、淤、气、积等相互交错，久则郁而发热。如对此不仔细辨认，再用寒药去清热，等于冰上加霜，临证一定要以四诊加印法去详察。

（三）寒症与心、脾（胃）、肾三脏的关系

心为君主，心之阳气就是君火。脾胃是摄取后天营养的脏腑，其气属后天之阳。肾属下焦，内系元阴元阳，其阳又为相火。人出生以后，自然要靠脾胃来摄取后天水谷的营养，肾精的封藏也要靠脾胃之气的不断补充，因此脾胃二气和调对于机体健康关系重大。而脾胃能正常完成消谷、布谷、营养全身的任务，也要靠其它脏腑阳气的鼓舞。在对脾胃阳气有补充、鼓舞的脏腑

中，医书中多讲到命门相火，而很少提到心之君火。相火对中医的补充、鼓舞作用是无疑的，但君火对中医之助也是不可缺的。君、相二火在作为动力这点上是有所分工的，生育子女以相火为主，纳食进食以君火为主。前者容易理解，那么为什么纳食进食以君火为主呢？从五行上讲，火为土之母；从生理功能上讲，中焦水谷精气上输到肺后，贯全身血脉要靠心阳的推动，化赤为血要靠心阳的温化，因此没有心阳的作用，脾胃精气的运输就失去了动力。肾除了生育子女外，与脾胃主要是先后天的关系，先天不足，后天可以补。肾与心对脾胃功能的补充是有所偏的：肾火主要补脾土，若见能食不能化，乃胃不病而脾病，治当补脾，补脾之阳，尤要注意补肾中之火。心火主要补胃土，若见不能食，食之又安然者，乃脾不病而胃病，当补心中之火。所以胃之阳虚责之心，脾之阳虚责之肾，心、肾之阳俱虚，脾胃之阳自然不足；脾胃之阳不足，也要消耗心肾之阳，就形成了内寒。由此可知，心、脾胃、肾之阳气可增而不可削。比如鼎釜之中，置诸米谷，脾胃阳虚等于炉火不旺，米谷在釜中时间虽久亦不能熟腐，补心肾之阳就等于在炉火之中添加煤柴。

脾胃阳虚的病症非常多见，尤其是脾胃本身的慢性疾病，如饮食不化、痞膈胀痛、反胃吐酸等常见病，大都与脾胃阳气不足有关。脾胃阳气不足，犹炉中火力不旺，锅中水米难以速化，时久还可腐败变酸，所以产生上述一系列症状。张景岳说：“人之饮食在胃，惟速化为贵，若胃中阳气不衰而健运如常，何酸之有？使火力不到，则其化必迟，食化既迟，则停积不行，而为酸为腐……必渐至中满痞膈泄泻等症。岂非脾气不强，胃脘阳虚之病，而犹认为火，能无误乎？”对于脾胃阳虚症，治以温补脾气、扶助胃阳，及早消除寒凝是最有效的，且能阻止病情的恶化。

一些慢性病，表面看来不属于脾胃本身的病变，但究其原因，都和脾胃阳气不足有直接关系。如失眠一症，虽然原因很

多，但寒郁而胃不和最为主要，所以不能一听失眠就安神补心。肝郁胃寒、脾虚肾寒引起的各种病变中都可出现失眠。如寒邪久郁胃肠而致的冷结便秘（包括大便通而不畅，或虽有便意但大便数日不解等情况），也常有失眠。这是因为胃不和则卧不安，肠不和也能卧不安。中焦阳气虚寒，就无力推动糟粕，久则浊气上攻于心而出现失眠，由于粪中之毒物刺激，就可在全身及肛门处出现瘙痒，头面及颈项部出现疮疖，此时不但要温振中阳，还要攻下寒凝积聚，才能使阳气较快地恢复。

寒证需用温药，张景岳对温药的使用很有独到之处，他在《景岳全书》中说：“凡用热之法，如干姜能温中亦能散表；肉桂能行血善达四肢，血滞多痛者宜之；吴茱萸善暖下焦，腹痛泄泻者极妙；肉豆蔻可温脾肾，飧泄滑利者最奇；胡椒温胃和中……制附子性行，加酒无处不到，能救急回阳。炙半夏、南星、细辛、乌药、良姜、香附、木香、茴香、仙茅之属，皆性温之，当辨者。”上面列举的药物，从性味上讲，有辛热亦有甘温，辛能行能散，热则开寒凝冷闭；从作用上讲，既补中散寒又补益命门助心火，对于寒证皆当使用。其中干姜、附子、肉桂回阳，视为必用，大寒用30克，寒轻用15克；良姜、香附、木香、乌药、茴香温运阳气，能加强胃肠道吸收消化功能。总之用温热药时，剂量要掌握好，还要有适当的阴药佐制。

（四）寒郁反喜冷饮，或发热不退的原因

在临床上可以看到，10个手指全无甲印，舌、腮印明显的人，有的反而喜冷饮食，其实这并不是真正热，可以称为本寒标热证。原因是寒郁日久，气机不能舒畅，清阳不能升发，寒湿郁遏而化为阴火，阴火上炎故见口渴、烦热、耳聋、耳鸣、耳热、全身烦躁而热。治疗应标本兼顾，即温阳、化寒湿、清火同时进行。

寒郁证也可出现持续高热或长期低热不退，症见身热面赤、

目红，烦躁不安或神昏谵语，便秘溺短赤等证，舌红苔黄或黄腻，脉弦数。此证与实热证无异，但三印却见 10 指甲印小而不全，或 10 指均无甲印，舌、腮印（+）。其原因是脾胃阳气虚衰，胃不能腐熟水谷，脾不能为胃行其津液，致使脾胃之气下流。肾受脾胃下流之湿气，下窍不通，脏腑之气壅阻，这正是《素问·生气通天论》的“阳不胜其阴，则五脏气争，九窍不通。”脏腑寒湿之气郁久化为阴火，受到体内正气排斥，于是上冲，充斥于皮肤使全身发热，其道理和上面说的寒郁反喜冷饮的道理一样。

第七节 攻下法对肿瘤治疗的意义

（一）祛除有形邪气以消除癌毒

攻下法用于肿瘤临床，有破淤、驱毒、攻积之攻。实践证明，攻下法不但适用于体壮的早期癌，而且也适用于体弱的晚期癌（包括手术、化疗、放疗后的复发癌）。它能使淤化毒散，正如《儒门事亲·凡在下皆可下》所说：“内经一书，惟以气血流通为贵。世俗庸工，惟以闭塞为贵。又只知下之为泻，又岂知内经之所谓下者，乃所谓补也。陈莖去而肠胃洁，症痕尽而荣卫昌，不补之中有真补者存焉。”这陈莖、症痕就是下法针对的有形物。

我院收治的病人，大部分是经过放疗、化疗、手术后无效或用其他方法治疗后复发的晚期肿瘤病人，很多人体重不过百，色素降到最低限度，有的正处于大量呕血、咳血的危机情况中，有的多日来只靠输血输液活命，但用大剂攻下之后却能转危为安。

（二）攻肠胃之邪以疏利肝胆之气

攻下法是使邪气从大便而出的方法，对于肠胃食积气滞固然可用，而淤血、痰饮如何去之？这要从淤血、痰饮与肝的关系上

谈起。

瘀血和痰是人体的有害物质，它们已经失去了正常血液、津液荣养人体的功能。正常血液、津液由某些原因运行发生障碍，久则成瘀成痰，引起血液、津液运行障碍的最重要原因是肝疏泄功能的失常。以最常用的活血化瘀药来说，入肝经的最多，如治肿瘤常用的川芎、赤芍、红花、桃仁、三棱、莪术、水蛭、虻虫、牛膝等都入肝经，可知人体内正常的血不仅与肝关系密切，而且瘀血与肝的关系也很密切。李东垣在《药学发明》中就提出了“恶血必归于肝”的理论，疏肝就能化瘀，化瘀亦有利于肝气的疏泄。痰饮的道理也是如此，肝的疏泄功能失常可影响津液的疏布而产生痰饮，因此治疗痰也常常从疏肝理气入手。

肝与胆互为表里，它们在主司人体一身气机的升降上是协调一致的，又和脾胃有着密切的关系，即肝胆的病变可以影响脾胃，同样脾胃的病变也可影响肝胆。因此在治疗上肝胆的病变不仅要从肝胆治，也要从脾胃来治疗；脾胃的病变不仅要从脾胃治，也要从肝胆来治。那么肝胆和脾胃的关系是怎么样的呢？

肝胆和脾胃的生理特性是：肝气宜升，胆气宜降；脾气宜升，胃气宜降。胆火、胃气以降为和；肝气、脾气以升为顺。肝胆和脾胃的相互关系，黄坤载说得最明：“肝气宜升，胆气宜降，然非脾气之上行，则肝气不升；非胃气之下行，则胆火不降。”在治疗上，利胆即是疏肝，降胃就是升脾，所以利胆降胃就是治疗肝脾。明代医学家李挺《医学入门》中对于脏腑关系的论述冲破了只是肺与大肠、肾与膀胱、脾与胃等有表里关系的范畴，指出脏与腑之间还有另外的关系。在谈到肝与大肠的关系时说“肝与大肠相通，肝病宜通大肠，大肠病宜平肝。”确实是临床经验的高度概括。清代唐容川也提出过隔治法：“心与胆通肝大肠。”即心病从胆治，肝病从大肠治。这个观点给人以启发，揭示了肝胆与脾胃大肠之间的内在联系，也为肿瘤病使用攻

下法提供了依据。通大肠、降胃气不仅是攻下肠胃积滞，升脾之清气的需要，而且又是理气疏肝，消除淤血、积痰的需要。

联想以往治疗肝病，总在和肝、柔肝、疏肝、镇肝、伐肝上打主意，急于求效，结果是欲速则不达。黄坤载、李挺、唐容川之论道出了肝胆、脾胃大肠间的内在联系，为治疗肝胆、脾胃系统的疾病开拓了思路。

（三）邪去正气才得以自复

在对肿瘤的治疗中，攻下法是祛邪的主要手段，这一方面是因为肿瘤病人大多具有可下之征（四触阳性），另一方面从攻下法本身来说，确能起到邪去而正复的作用。只要正确运用攻法，就能攻有毒而不中毒，破有淤而不伤正。肿瘤的治疗首先要破除癌毒，以毒攻毒是消除癌毒的有效方法，而破淤、消积、涤痰这些攻坚方法都是不可少的。有害之物主要靠从大便中排出，因此治疗中必须保持大便的通畅。此外一些驱毒药物，如癩蛤蟆、毒蛇、蜈蚣、斑蝥、巴豆、白砒等都有大毒，有些药中的轻粉、红粉、等都是汞制剂，有剧毒，剂量和服法要严格掌握，服药期间一定要保持大小便的通利，以防积蓄中毒。

（四）攻下的原则和注意事项

临床体会，各种程度的肝郁气滞，血瘀毒结，都是攻下法的适应症。具体使用时应具备以下条件：四触检查耳壳有结节或增厚，胃脐有压痛；症见便秘或便不畅；睡眠不安或多梦；脉弦紧或沉实，或虽为虚脉，但未至散乱（无根），都可以较长时间使用攻下破淤法。

对肿瘤病人使用攻下法，要掌握以下原则方法：

1. 掌握攻下与扶正的关系

人的体质有强弱，病的证候有虚实，对于正气不足之人，攻下之中常需辅以扶正之品。

脉证皆实：常见于非晚期肿瘤患者。四触阳性，症见胸闷肋胀，消化不良（肝脾不和），便秘或便不畅，或便后肛门下坠仍有便意，失眠多梦。脉弦长有劲或弦紧滑数。此类可只攻不补。

脉虚证实：常见于肿瘤晚期，久病而致体弱，或手术、放疗、化疗后气阴两亏的肿瘤患者。四触阳性，症见胸胁满闷，消化不良，大便不通，或虽一日数次但不畅利。舌下静脉紫暗、怒张、脉浮芤、沉细、迟涩或促、结、代。此仍应用攻下法祛邪，但同时要辅以扶正药物，常用黄芪、人参、白术、熟地、大枣等。

失神气脱：晚期癌症患者，突然出现神昏或烦躁不安，弄衣抓空，二便失禁，脉象出现“七绝”（釜沸、鱼翔、虾游、屋漏、雀啄、解索、弹石），此距死期不过2~3日，不宜再用攻法和其他方法治疗。

2. 掌握对不同部位的肿瘤使用攻下的原则

攻下既不可过，也不可不及，攻下时间的长短和下药用量的大小应视毒结深浅、淤滞久暂而定，可以四触阳性的有无及程度和大便情况为客观标准。一般用药至胃脘、脐左无压痛，大便通畅可止。攻下后食欲振，排出异物后身轻有力为反应良好，此种患者预后佳。如果经攻下治疗后大便已通，但四触仍为阳性，还应再攻，但需慎重，勿伤脾阳。对于久病淤滞重、四触阳性长期不消失的患者，在使用攻下治疗时，要注意久攻必有伤阴之弊，可于处方中酌加熟地、菟丝子等。恶心呕吐不能进药者，可采用寒药热服、热药冷服，或采用少量多服的方法。也可用吴茱萸粉醋调敷足心，热性药中也可酌加知母、黄连。

攻下药性味多苦寒，注意勿伤脾胃中阳，常须配伍补气理气、开胃消食的药物，如党参、白术、木香、沉香、厚朴、枳壳、内金、三仙等。在服用攻下药期间，应增加饮食营养，并视具体情况适当用一些补阴补阳药，如参茸丸、六味丸、二至丸及各种维生素等。忌鱼虾、生冷黏硬食物、忌绿豆。

肿瘤部位不同，攻下又有缓、猛的不同。脑部肿瘤、乳腺肿瘤（包括良、恶性）、胃癌、胰腺癌、主动脉瘤、腹壁瘤、肝肿瘤（包括良、恶性）都宜猛攻，药物选用大黄、元明粉、二丑、槟榔、巴豆、枳实、厚朴等（除巴豆外，剂量都可达到30克）。肺癌、纵隔肿瘤、结肠癌、卵巢肿瘤（良、恶性）、前列腺癌、宫颈癌、子宫肌瘤都宜缓攻。选用大黄、元明粉（大黄为攻下首选药，原因在于其清理肠道的功效优于其他药），剂量15克左右。鼻咽癌、喉癌、甲状腺肿瘤（良、恶性），食道肿瘤（良、恶性），膀胱癌、直肠癌亦需缓攻。由于肝与大肠的关系，攻下药中也经常配伍桃仁、红花、三棱、莪术。

3. 攻邪务净，不留隐患

肿瘤是对人类危害性最大的疾病之一。其顽固性人人都知，即用一般的活血化瘀药无效。手术切除、药物治疗、放射线治疗后转移、复发率很高。原因主要是局部的肿物虽然已除去，但全身的癌毒不容易彻底扫除干净，待癌毒发展到一定的量，在适当的时机又蓄积起来形成肿物。因此治疗恶性肿瘤，要以癌毒的彻底消灭为最终目的，对于那些在短期内见效的病人，切不可一见病情好转就停药。一般来说，连续服药需1~2年，甚至3年，有的病人虽未终日服药，但10多年来中药未断。从道理上讲，甲印恢复正常，皮肤小白点消失，四触变为阴性应是癌毒被消灭的标志，但事实上不可能完全达到，尤其耳壳结节和皮肤小白点完全消失更非一朝一夕之功。有的病人经治疗后，小白点变模糊，但停药不久又出现。因此，战胜肿瘤是个艰巨的任务。但这并不是说肿瘤就不可战胜，治疗从增强抗癌力和消灭癌毒两方面入手，先控制其发展，然后集中力量歼灭，使其长时间不复发，就是治愈；有的病灶未消失，但病情不再发展，亦带瘤存活很多年，说明中医中药治癌前景广阔。

第三章 中药治疗肿瘤

第一节 中药抗癌特点

1. 直接和明显的抑癌作用

研究证明许多中药对癌细胞具有直接杀灭癌细胞,进而导致癌细胞凋亡作用。如七贝肺安颗粒,对小鼠 Lewis 肺癌抑瘤率为 54% (对照组顺铂抑瘤率为 47%),对 S180 肉瘤抑瘤率为 65% (顺铂组为 77%)。中华灵芝宝对肺癌、肝癌等五种细胞株抑制率为 93%~100%。槐耳清膏对肺癌细胞系 A549 凋亡作用为 36% (对照组基喜树碱为 35%)。总之中药对肺、肝、胰、食道、肠道等恶性肿瘤均具有明显疗效,可改善症状,缓解疼痛,提高生活和生存质量,显著延长生存期。

2. 显著的机体免疫功能增强调节剂作用

抗癌中药对提高调节肿瘤患者全身低下的免疫功能具有显著作用,在中药的作用下诱导人全身产生干扰素 α 、 γ ,肿瘤坏死因子 α 促使 T 淋巴细胞分裂、繁殖、成熟分化,调整抑制性辅助 T 细胞的比例,产生某些细胞激活因子如白细胞介素 -2,使 NK 活性增强,进而激活白细胞的杀伤作用和诱导癌细胞的凋亡。因此中药治疗癌症是药物的直接杀伤作用和提高与调节患者机体免疫功能,两大杀伤功能协同作用的综合效果。这是西药抗癌药所不具备的。

3. 无明显毒副作用

克服了一般抗癌西药因毒性大,致使患者不易耐受而影响疗效,对体内的重要脏器如心、肝、肾、骨髓造血机能均不产生抑制或损伤作用,因此可以长期服用。

4. 联合用药增强抗癌疗效

能促进耐化疗药物的肿瘤细胞抗药性发生逆转，增强癌细胞对放化疗的敏感性，所以能适合与化疗和放疗联合治疗，而且增强放化疗效果的同时，还可降低放化疗的毒副反应。

5. 起效慢，疗效显著而稳定

中药直接杀灭癌细胞及对机体免疫功能的调节是一个复杂的体系，尤其对处于免疫功能严重低下的中、晚期的患者，作为有效抗癌中药，一般连续服用1~2个疗程后，由肿瘤所引起的症状才可得到明显的好转与改善，直到取得良好的治疗效果。

第二节 中药治疗肿瘤的作用机理及典型病例

肿瘤细胞对抗癌药物的耐药问题是导致肿瘤治疗失败的常见因素和难题，临床研究表明中医药对破解肿瘤耐药难题有独到的优势和肯定的疗效，如贝母含有贝母硷甲素，贝母硷乙素等生物硷，两种生物硷是逆转肿瘤细胞多药耐药的主要活性成分，二者属于异甾生物硷中的瑟闻琴类生物硷。其化学结构与已经发现的气正离子拮抗剂，双苄基异喹啉类生物硷和环孢菌素A的衍生物完全不同，它们是通过直接抑制P-糖蛋白的表达，减少抗癌药物的“泵”出，增加抗癌药物在耐药肿瘤细胞内的蓄积，从而起到逆转肿瘤细胞耐药性的作用。

以上研究表明，中药有提高临床疗效，降低医疗费用的优势。肿瘤特别是恶性肿瘤，人们谈癌色变，这是由于只看到它可怕的一面。如果我们在不断的实践中逐渐探索和掌握了防治规律，它也将同其它疾病一样，会被人们征服的。祖国医学在各方面给我们提供了一些征服肿瘤的途径和方法。例如，宋代杨仁斋的《直指方》：“有癌疮颗颗累垂如瞽眼，其中带青，由是簇头各类舌，毒深穿孔，男则多发于腹，女则多发于乳，或项或肩，

令人昏迷。”我在多年行医过程中，理论联系实际，对治疗肿瘤有如下几点体会。

一、注重整体与局部的关系

整个自然界是个整体，人体内部也是一个整体，人与自然又是一个整体，这个整体是以不断运动变化的形式存在的，有人把它叫做“整体恒动观。”因而对于疾病的预防、诊断和治疗，便处处从这一观点出发，并强调因人、因时、因地制宜。这是祖国医学认识论的精华和防治疾病的指导思想。比如《内经》说：“病在上，取之下；病在下，取之上；病在中，旁取之。”又说：“从阳引阴，从阴引阳”，“得神者昌，失神者亡”，“治病之道，气内为宝”。这就是说，整体观既要注重形质，更要注重精神，才能避免“头痛医头，脚痛医脚”的局部观点。我曾治一例脑肿瘤患者，男性，48岁。头部剧痛，眼复视，且具有顽固性呕吐（历时5个月）。某医院作头颅CT检查及脑动脉造影均确诊为“颅底鞍区占位性病变，脑部蝶鞍瘤”。认为必须手术治疗，患者不愿手术，于2001年4月来我院求治。该患者头痛剧烈时，双手抱住后脑，挺向墙壁，头晕，恶心，呕吐与进食无关，眼睛看向右侧则见物为双，烦躁不眠，大便干结，口干喜饮，舌质红，苔黄白而干，甲印溶合，脉弦紧细数。诊为肝风上冒，肝邪犯胃。治疗宜平肝降胃，熄风通络。处方：丹参12克 首乌15克 生地15克 白芍12克 女贞子15克 旱莲草12克 旋复花10克 生赭石30克（先煎） 珍珠母20克（先煎） 广皮5克 竹茹10克 天葵子10克 蜈蚣1条 蛇蜕（焙）3克 牛膝10克 黄连3克

另用锈铁，灶心土烧红入黄连淬水兑药服。15剂后，痛缓，呕吐减少，大便已润，舌质红，黄苔已退。原方去旋、赭、竹茹、黄连，加龟版24克，鳖甲20克，茺蔚子12克，石决明20

克，服30剂，头痛渐止，呕吐减轻，舌红而干，脉弦带数。原方加减：太子参15克 沙参12克 丹参12克 首乌15克 生地15克 白芍12克 甘草5克 女贞子15克 旱莲草10克 炙龟版20克 生牡蛎20克 紫草10克 天葵10克 牛膝10克 桑叶18克 蛇蜕（焙）3克

五诊均用原方加减，共服80剂。

五个月后，头痛复视消失，舌质淡红，苔薄白而润，脉弦不数，以养肝肾药收功。后经复查，自觉症状完全消失，体重增加，疗效巩固。

本例中，“气上不下，头痛颠疾”。治疗宜上病取下，从阴引阳通过整体改善局部，从而取得疗效。

二、机体素质与免疫的关系

我曾刻意探索了《内经》所指出的：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”的相互关系。邪是致病因子，正是抗病能力，“扶正祛邪”，“祛邪扶正”（邪去正自安）无非是要达到增强体质的目的。又从长期医疗实践中体会到“脾胃为后天之本”，“肾为先天之本”，均属人体的生化之源，临床上包括肿瘤在内的许多慢性疾病，虽然错综复杂，而治疗时以保护脾胃健运为第一要图，故前人有“四时百病，胃气为本”的说法，只有资助后天，才能达到培养先天的目的。这样通过自然调节，使全身阴阳相对平衡，从而增强机体的免疫能力。我曾经治疗肺部肿瘤患者（女，55岁），1995年发现胸部胀痛，在某医院拍片，右肺门有肿块如核桃大，曾去上海某医院检查，不排除“肺癌”。住院手术，患者不同意，于1997年10月来我院要求中药治疗。证见胸闷气急，胸骨后隐痛，咳嗽见痰中带血，面黄倦怠，神色沮丧，寐食均差，舌质淡红，苔薄白，脉弦缓无力。此属脾虚气弱，肺失肃降。治疗宜健脾固本，兼予清肺化痰。用

参苓白术散加减：北沙参 15 克 淮山药 12 克 茯苓 10 克 苡仁 12 克 炙草 5 克 冬虫草 5 克 紫参 10 克 白芨 10 克 白英 30 克 冬瓜子 15 克 土贝母 10 克 蛤粉 12 克 田三七 3 克 每日一剂。

服 20 剂后，胸闷气急减轻，痰中带血未再出现，病者有了治愈的信心，眠食转佳。原方坚持续服 20 剂，呼吸已匀，胸骨后隐痛已止，原方去白英、冬瓜子，加白术 10 克，鸡内金 3 克，健脾助化。又服 60 剂，自觉症状全部消失。后去北京某医院断层照片复查：原右肺门肿物消失。继续间断服用中药观察两年，健康情况无变化，疗效巩固。

三、辨证论治与共性、个性的关系

在恒动的整体观和个体差异的基础上进行辨证论治。曾治疗几例腹部主动脉瘤，方法就是同中有异。

例一，张某，男，54 岁。自觉腹部有一股气向上冲，发作时心悸头昏，耳鸣，恶心呕吐，颈动脉搏动明显，经某医院诊断为“腹主动脉瘤”。来我院就诊时，脐上二指处扪及肿块约 4×3 厘米，搏动应手，身体俯卧受限，纳差，倦怠无力，形寒便溏，舌质紫，苔白润，十指无甲印，舌下静脉曲张，脉弦缓带涩。此属脾肾阳虚，淤血阻络。治疗宜温中助化，活血通络。用附子理中汤加味：党参 12 克 白术 12 克 炮姜 30 克 炙草 5 克 炙附片 20 克 酒芍 10 克 肉桂 20 克（同煎） 水蛭 10 克 地鳖虫 10 克 海藻 12 克 田三七 3 克 桂枝 20 克 九香虫 5 克 鸡内金 3 克 服 14 剂。

食纳增进，形寒消失，大便成形，冲逆症状减轻，发作已稀，肿块未再增大，原方去附片、炮姜加丹参，瓦楞子（煅红醋淬），坚持服用三个月，肿块渐渐消失，冲逆止，眠食佳。复诊时舌质淡红，脉已不涩，体重由 104 斤增至 114 斤，疗效巩

固。这种化痰通络的方法，是通过健脾胃功能助消化而渐达治疗目的。

例二，白某，男，45岁。患者自觉腹部有股气向上冲，发作欲死，心忡心烦，头晕眼花，颈动脉冲动，恶心作呕，经医院诊断为“腹主动脉瘤”。来我院就诊，患者纳差，睡眠不好，口干，便结，舌质暗紫，舌下静脉曲张，脉弦数带涩。证属阴虚阳亢，冲气上逆，淤血阻络。治疗宜镇冲潜阳，活血通络。

丹参30克 首乌15克 生地15克 白芍20克 赭石30克 龙齿12克 珍珠母20克 瓦楞子12克 海藻10克 水蛭10克 地鳖虫10克 服用15剂。

复诊时气上冲胸次数减少，发作时症状减轻，精神稍好，脉仍弦涩，小腹有点隐痛，原方加肉桂少许，又服用15剂。患者明显好转，气上冲胸渐止，眠食俱佳，大便滞结，舌质稍红，苔薄白，脉弦不涩，原方去肉桂，加地龙10克，草决明20克，服上方30剂后，患者来信，病已痊愈，恢复正常工作。

以上二例，都属腹主动脉瘤，前者偏于脾肾阳虚，形寒消失，即去姜附；后者偏于肝肾阴虚，出现小腹作痛，即少加肉桂以化寒凝。此病同证异治，因此必须注意个体差异。

四、精神因素与自然疗效的关系

心理、社会因素对肿瘤病的发生发展有很大的影响，因此，必须在加强祖国医学治疗的同时，还要加强心里医学和社会医学的研究。这在《内经》中早已指出：“恬淡虚无，精神内守，真气从之，病安从来。”患者王某，男，61岁，声音嘶哑，喉部隐痛，吞咽时有异物感，经某医院确诊为“喉癌”，曾作放疗。因白细胞降低，体力不支，病情进展，后来我院治疗，治前检查，皴裂水肿，声带充血、咽后壁滤泡密布，右颈部淋巴结 2×2 厘米，右胸闷痛，咽干口燥，眠食均差，大便干结，小便黄赤，舌

质绛红无苔，脉弦细带数，此属肾阴亏损，虚火上炎。治疗宜滋阴降火，理肺清咽。方用：太子参 15 克 沙参 10 克 生地 15 克 丹皮 10 克 女贞子 15 克 旱莲草 10 克 白芍 10 克 甘草 5 克 冬虫草 5 克 川贝 5 克 木蝴蝶 3 克 青果适量（单独嚼咽）。日夜服一剂。

治上焦如羽，每隔 2 小时一次，少量呷服。连服 15 剂，喉痛减轻，声音渐出，吞咽不困难，情绪乐观，大便已不结，小便淡黄，舌质转淡红而润，仍无苔，脉弦细不数。原方去生地、丹皮，加熟地 15 克，淮山药 12 克，金樱肉 12 克，又服 30 剂，病情进一步好转。后经某医院复查，喉部基本良好，声带变白，皸裂未见异常。根据下肢冷感，便溏，小便夜多，腰酸膝软等症状，为阴损及阳，治疗宜柔剂养阳，用金匱肾气丸去桂，加牛膝、菟丝子，蜜丸如梧桐子大，每服 30 丸，日夜 4 次。连服 3 个月，下肢冷感等症消失，语音响亮，吞咽无阻。每年秋冬，仍服中药，平常心存乐观，迄今疗效巩固。

上述举例，从整体来看辨证论治、提高免疫力、治病必须因人施治，既要针对素质，更要注重精神，治疗肿瘤也不例外。

五、谢继增在肿瘤方面多年积累的单方、验方疗法

在中医古籍中国民间广泛流传着许多治疗肿瘤的单方、验方。这些单方、验方可以说是人们长期与疾病斗争的经验，多数具有广泛的临床实践和可靠的疗效。从目前临床与实验研究看，有些方确有较好的抗肿瘤效果，现举例如下。

(1) 守宫酒 将守宫六条泡入白酒 500g 中，7 日后饮用，少量多次饮酒，每次 10ml，对于食管癌晚期患者饮水不入的有开管通膈的作用。

(2) 核桃枝煮鸡蛋 核桃枝 40g，煮鸡蛋 4 枚，吃蛋喝汤，每日 1 次或分服，可连服 1~2 个月。但需注意有个别病例服用

过量会中毒。用于治疗各类肿瘤或软组织肿瘤。

(3) 藤梨根 浙江地区试用藤梨根 75~80g, 加水 1L, 用文火煮 3 小时以上, 每日 1 次, 每日量分服, 10~15 天为 1 疗程, 休息数日后再服, 共 4 个疗程。据报道对胃肠系统肿瘤有效。

(4) 蟾酥酒 取活蟾酥 3 只, 黄酒 500ml, 共蒸 2 小时, 除去蟾酥, 留酒, 装瓶备用。每次 10ml, 每日 3 次, 饭后服用。

(5) 抗癌丸 黄药子 60g, 山豆根、夏枯草、白藜皮、败酱草各 120g, 共研细粉, 炼蜜为丸或制成片剂, 每次 1g, 每日 3 次吞服, 治疗食管及贲门癌。

(6) 抗癌验方 信石 3g, 阿魏 3g, 巴豆 1 粒, 白参 15g, 三七 15g, 猪苓 30g, 共研细粉, 炼蜜为丸, 每日 1~2 丸, 早, 晚空腹服, 治疗各种癌症。

(7) 加味犀黄散 牛黄 5g, 麝香 9g, 乳香 (去油) 30g, 没药 (去油) 30g, 山豆根 30g, 山慈菇 30g, 田三七 30g, 人参 30g, 共研细末。每日 2~3g, 胶囊装服或黄酒送下, 每日 2 次。

(8) 平消片 枳壳 30g, 火硝 18g, 五灵脂 15g, 郁金 18g, 白矾 18g, 仙鹤草 18g 干漆 (炒) 6g, 制马钱子 12g, 将上药共研细粉, 水泛为丸, 每服 1.5~6g, 开水送下, 每日 3 次, 适用于各种癌症。

(9) 龙蛇羊泉汤 龙葵 30g, 蜀羊泉 30g, 蛇莓 15~30g, 每日 1 剂, 水煎, 分 2 次温服。临床适用于各种肿瘤。

(10) 香蚣散 蜈蚣 10g, 生半夏 15g, 陈皮 15g, 硼砂 30g, 重楼 45g, 全蝎 30g, 乳香 30g, 紫花地丁 45g, 银朱 9g, 麝香 1.5g, 上药共研为细末, 合在一起, 研均。每次按疼痛部位大小适量, 用荞麦面打糊调药粉, 外敷于疼痛部位对侧皮肤上。每隔 12 小时换药 1 次, 疼止停药。适用于癌痛剧烈者。

(11) 神仙追毒丹 五倍子 (捶破, 洗, 焙) 90g, 山慈菇 (去皮洗净, 焙) 30g, 千金子 (去壳, 研, 去油, 取霜) 30g,

山豆根 30g，朱砂和雄黄各 30g，全蝎 30g，红芽大戟（去芦，洗净，焙干）45g，上药共为细末，研入麝香，以糯米饮为丸。每服 1 丸，生姜、薄荷汁、泉水送服。适用于各种肿瘤。

（12）益气养阴解毒方 南北沙参各 20，石斛 15g，天门冬，麦门冬各 15g，黄芪 20g，太子参 30g，生地黄 20g，玄参 15g，黄芩 10g，龙葵 30g，半枝莲 30g，七叶一支花 15g。水煎分服。常用于肺癌、胃癌、肝癌、食管癌的手术治疗或放、化疗后。

第四章 肺 癌

原发性支气管癌又称肺癌，是指原发于支气管黏膜和肺泡的癌，不包括转移性肺癌和气管癌。在我看来肺癌是最应该予以重视的恶性肿瘤，虽然肺癌看起来不如肝癌等恶性肿瘤凶险，但是肺癌拥有以下几个特点决定了它是最应该予以重视的恶性肿瘤。

第一、肺癌是恶性肿瘤中发病率最高的，在全球 25 种主要的癌症中，肺癌的发病率为男性癌症的第一位，女性癌症的第五位，而且有逐年升高的趋势。据 1998 年统计，全世界每年有 103.7 万新发肺癌病例，占癌症发病率的 12.8%。在癌症死亡的患者中，肺癌占 17.8%，每年死亡 92.1 万例，而美国估计在 2004 年将有 17.37 万美国人被诊断为肺癌，其中 16.444 万人将死于该病，随着环境污染，吸烟人数增加，人类寿命的提高，肺癌的发病率逐年上升，在城市尤显著。在今后 30 年中可能成为我国居民的主要死亡原因。尽管经过多年的研究，肺癌病人的生存率仍然很悲惨，5 年生存率只有 13%。这说明肺癌的死亡率很高，救治的难度很高。

第二、中医认为“肺为华盖”覆盖在五脏六腑之上，肺是人体最大的脏器，几乎占据了整个上焦，同时肺是人体所有血液获取氧气的地方，全身的血液经过循环都要到达肺，从而获取氧气并带到全身各个部分，所以肺癌是最易于转移的，并且也难以控制。

第三、中医认为“肺为娇脏”，绝对不允许异物的进入，一旦吸入杂质就会通过咳嗽来清除杂质，所以对肺癌直接用药也就有些困难。

第四、上边说了肺是机体获取氧气的主要途径，所以一旦发

生了肺癌则势必使得肺的功能降低，肺的通气功能的失常对于机体的影响会很快的显现出来。

中医认为，肺癌属于“肺积”、“咳嗽”、“胸痛”等范畴。

第一节 病因病机

肺癌属于中医的肺积、痞癖、咳嗽等范畴，病机为本虚标实。各家对于肺癌病因病机的认识侧重点不同。

我对于肺癌的病机的认识为正虚为本，由于正气虚衰，阴阳失调，邪毒趁虚入肺，邪滞于肺，导致肺脏功能失调，宣降失司，气机不利，血行受阻，津液失于输布，津聚为痰，痰凝气滞，瘀阻经脉，于是邪气瘀毒交结，日久形成肺部积块。因此，肺癌是因虚得病，因虚而致实，是一种全身属虚、局部属实的疾病。

一、肺癌病因的认识

(一) 六淫致病

“六淫”即风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的总称。祖国医学认为癌瘤的发生与邪气侵袭有关。正如《灵枢·九针论》曰：“四时八风之客于经络之中，为痼病者。”肺癌也不例外。古代医家在当时的条件能认识到肿瘤发生与外界致病因素相关，这相当于西医所研究的物理的、化学的、病毒等致病因素，这一点已经是属不易了。

(二) 七情内伤

七情太过或不及均可引起体内气血运行失常及脏腑功能失调，过怒则伤肝、过喜则伤心、过思则伤脾、过悲则伤肺、过恐则伤肾，为引发肿瘤奠定了内在的基础。正如《灵枢》曰：“内

伤于忧怒…而积聚成矣。”在这一思想指导下，后世医家多有发挥，将一些肿瘤的发生与发展认为与精神因素、情志不遂有关，突然强烈或长期持久的情志刺激，可以直接影响机体的正常生理功能，七情内伤扰及气血，可致气郁、气滞、血瘀等，使脏腑气血功能紊乱，经络不能畅达，郁结胸中，久则癌肿成矣。

（三）饮食劳伤

《内经》所言：“饮食自倍，肠胃乃伤。”“膏粱之变，足生大丁。”祖国医学很早便认识到饮食与肿瘤发生有一定的关系。饮食、劳动和休息，是人类生存和保持健康的必要条件。但饮食没有一定的节制，劳逸没有合理的安排，就会影响机体的生理功能，导致气机紊乱而产生疾病。

二、肺癌病机的认识

中医对于肺癌病机的认识主要是正气虚弱，机体正常生理功能下降，痰浊、瘀血、邪毒积于肺，导致了肺癌的发生和恶化。主要病理表现为痰凝湿聚、热毒内蕴、气血瘀滞、气阴两虚等。

痰凝湿聚：痰浊属于内生之湿的范畴，多因素体阳虚而致痰湿过盛，或因好食生冷、肥甘等，耗伤脾胃，从而脾阳不振或脾气虚衰，脾的运化功能失调，从而痰湿内生。我认为痰凝湿聚是肺癌发生的主要病理机制。

热毒内蕴：在肺癌发生过程中，热毒内蕴是常见病理机制，这里的热是“内火”或“内热”是由于阳盛有余，或阴虚阳亢，或病邪内郁所化生的火热。此外，过食辛热厚味或烟酒等不良嗜好也可产生火热内生。热毒内蕴结于肺，就产生了肺癌。

气血瘀滞：由于气的运化郁滞不畅，从而造成血液循环障碍，继而出现血瘀的病理状态。气血瘀滞，若久积不去就有可能产生肿瘤。

气阴虚衰：肺主气，其性喜阴润恶燥火，而气阴虚衰就会造

成阳盛燥生，进而进一步耗伤气阴，肺在这种燥火盛的环境下就可能产生癌症。

第二节 肺癌的致病因素

一、现代医学公认的发病因素

1. 吸烟

50~60年代流行病学调查研究已经确立了吸烟与肺癌的因果关系，在70年代国际肿瘤会议上已肯定吸烟是肺癌发病的主要原因，而且吸烟量与肺癌发病率呈正比。组织病理学检查证实，重度吸烟者的支气管上皮细胞纤毛脱落，鳞状上皮化生，非典型增生及核异性等癌前期病理变化，甚至癌变。同时进一步的病理学又证明，肺癌的鳞癌、腺癌、小细胞或大细胞肺癌均与吸烟有关。而姊妹染色体互换增加，微核体的形成，泛黄嘌呤核糖核酸转移酶的突变等试验证明和肺癌中P53抑癌基因的胸腺嘧啶→鸟嘌呤（G→T）易位均与烟草所致的DNA损伤有关。动物实验证明，给86只猎犬长期吸入烟草烟雾，结果导致36只犬（占42%）发生肺癌。

经化验检测证实，烟草中含有3000多种不同的化学物质，其中具有致癌作用的物质达40余种。这些物质包括多核芳香烃、尼古丁、煤焦油、苯并芘、2-萘胺、甲基屈、N-亚硝酸胺、芳香胺、丙烯晴、砷和放射性等。吸烟中这些致癌物质都是在缺氧、富含氢的情况下香烟燃烧端的后面由高温分解和蒸馏产生的。香烟主流烟雾每毫升大约含109~1010个微粒，高于最严重的大气污染的烟尘颗粒浓度5万倍。其中亚硝酸胺和酚可被酸性过滤嘴选择性祛除掉，而微粒的中性成分含有多种多环芳香烃、苯并芘及甲基屈等，此为吸烟致癌的主要活性成分，这些成

分主要通过宿主特殊酶的活化才可能成为诱变剂。而活化的致癌物与宿主特殊酶的活化才可能成为诱变剂。而活化的致癌物与宿主体内的 DNA 形成共价结合物，导致突变致癌。

最近 2003 年，美国国家灵长类动物研究中心的科学家研究发现，香烟中的尼古丁不仅能致癌，而且还可以刺激人体乙酰胆碱（此是副交感神经分泌时携带信息的神经传递物质）分泌增加，而乙酰胆碱能刺激肺癌细胞加速分裂繁殖生长，而迅速繁殖生长的肺癌细胞本身又可制造大量的乙酰胆碱，由此对肺癌形成一种增殖恶性循环。

研究证明，吸烟致癌的危险性与吸烟时间、烟龄、吸烟的强度及戒烟有密切关系，并且伴随着吸烟量的增加，而肺癌的发病率和死亡率也增加，几乎所有的国家男性与女性吸烟的年龄小，吸烟量大，而相对危险性就高。每日吸烟在 30 支或以上者与不吸烟者相比，危险性增加 22.3 倍。82% 的肺癌死亡归因于吸烟。吸过滤嘴香烟与吸焦油含量低（低于 22 毫克）的香烟可降低吸烟者肺癌死亡率 20%，而吸焦油含量增加一倍的香烟，可导致肺癌的危险性明显降低，而戒烟后患肺癌的减少程度取决于过去吸烟的时间长短和每日吸烟量的多少有关。

调查研究后还得出以下结论，若每天吸烟 20 支以上者，戒烟后十年，可使肺癌发生率下降到非吸烟者水平。若每天吸烟 19 支以下者，戒烟 1~4 年，肺癌发生率的危险性可与非吸烟者相当，吸烟 30 年以上的人，戒烟十年后，也能大大减少肺癌发生率。因此戒烟确能防癌，而且吸烟的时间越短，吸烟量越小，戒烟越早，防癌效果就越好。

2. 大气污染

人类社会正以落后的农业国向发达的工业国家突飞猛进的发展，生产及生活资料均进行大范围的深度革新与变革，给人类社会带来了极大繁荣与文明。同时也带给人类健康带来危害，大气

污染就是目前人类社会繁荣的产物。如化石燃料的燃烧产物主要是多环碳氢化合物，机动车、柴油发动机产生的尾气，发电厂、各种工矿业及居民区能源产生的废气等均释放到大气中并形成大气污染。

研究证明，上述废气中已证明，含有致癌物质有多环碳氢化合物，苯并芘、煤焦油和无机颗粒（如石棉、砷、铬、镍、铀）、放射性核素（如 ^{212}Pb 、 ^{210}Pb 、 ^{222}Ra ）、有机气体和微粒的燃烧产物（1-2 苯并芘）等。世界卫生组织国际癌症研究机构宣布，柴油发动机排出的废气是可能的致癌源。并已证实大气污染导致肺癌的主要物质是苯并芘，而苯并芘主要来源于煤和石油的燃烧，是造成大气污染来源之一。

大气污染导致肺癌发病率具有以下特点：

- ①工业发达国家肺癌发病率比工业落后的国家高
- ②城市肺癌发病率比农村高
- ③大城市肺癌发病率比中小城市高
- ④市区肺癌发病率比郊区高
- ⑤近郊肺癌发病率比远郊区高

值得一提的是有人认为室内的空气污染比大气污染较严重，而厨房是室内高度污染区，因为厨房的面积较小，煤气灶（或燃煤灶和燃柴灶）燃烧产生大量废气积聚在厨房内，尤其是将油加到高温而将蔬菜放入油锅时候听到的嗞啦一声而产生的蒸汽油烟烟雾中含有致癌物质，若在通气不良的屋内进行操作，相对污染就更严重，导致肺癌危险性就高。在我国云南省的山区，肺癌的危险归因于室内污染，即在通气不良的屋内，燃烧的煤烟的结果。上海及北京等大城市肺癌危险性的增加推测是由于长期暴露于油烟，尤其是高温烹饪美味佳肴时油产生的蒸汽油烟烟雾。东北肺癌的危险归因于燃煤取暖所导致的室内污染。同样，现代室内装修也应别特注意使用的装修材料含有氡（ ^{222}Ra ）可增加

致肺癌的危险性。

氡是 238 铀裂变产物，在常温下是一种天然存在的放射性无色无味的惰性气体，半衰期为 3.8 天。已经证实，在足够高的浓度时，氡及其衰变产物（钋-214 和钋-218）可引起肺癌，并已在鼠的实验研究中得到了证实。

3. 职业性致肺癌因素

从事矿业开采如矿场、采石场、花岗石等或加工生产石棉、砷、铬氯甲酸铋醚、镍和镍的混合物，电离辐射、微波辐射和放射物质（如镭、铀衰变过程中产生的氡）等物质的职业人员以及长期接触和长期吸入粉尘人员均可诱发肺癌。前七类物质（石棉-多聚芳香族化合物）已被国际癌症研究机构划分为一类致癌物质。石棉与烟草诱发肺癌有协同作用，若职业性人员同时又吸烟者，其肺癌发生的危险性可增加约 100 倍。

4. 肺部慢性病变与瘢痕因素

慢性支气管炎、肺结核、弥漫性间质纤维化患者，肺癌发生率较正常人群高。例如上海进行的肺癌群体性病例对照研究中，所有的肺结核的存活者中，较正常的相对危险性增加了 50%，而在 20 年前就已经诊断为肺结核的患者中，相对危险性增加了 100%。已痊愈的肺结核病灶所引起的肺部瘢痕中可发生腺癌，如上海医大总结报告中，236 例肺癌，其中合并肺结核患者占 8.5%。

第三节 肺癌病理学

肺癌病理学主要研究肺癌的组织发生学，肺癌的部位分布，肺癌的细胞形状特征和分类等。

一、肺癌的组织细胞发生

越来越多的研究证实，恶性肿瘤起源于具有多功能可分化的干细胞，而不是其他细胞或正常细胞。因为已经分化成熟的正常细胞已不再具有自我更新的能力，即使发生突变，也不能转化。这就是正常细胞分化中最显著的特点——细胞分化状态的稳定性。然而，干细胞则不然，它在致癌因素作用下，干细胞可以自我更新，发生突变，进而转化成癌。

二、肺癌的部位分布

临床上常将肺癌发生的部位不同分为中央型和周围型两大类。凡肺癌生长在总支气管及叶支气管或段支气管开口以上支气管，位于肺门附近的肺癌称中央型，约占75%，以鳞癌和小细胞癌较为多见。在中央型肺癌中，生长在总支气管的肺癌占65%，生长在段支气管的肺癌占25%。生长在段支气管及其分支以下的肺癌称周围型，约占30%，多以腺癌较常见。生长在气管或气管分叉的称气管癌，较少见。

肺癌的生长和发展呈多样化，表现呈多型性。肿瘤以息肉样或菜花样突入支气管腔内生长，并可有管壁侵犯，称管内型；肿瘤穿透支气管壁向邻近肺组织浸润或直接侵犯胸壁、纵隔、膈肌、心包等或肿瘤细胞可循淋巴管向肺门、纵隔、腋下、锁骨上淋巴结扩散，称管壁浸润型；肿瘤呈球型，边缘可呈小分叶状，与周围组织分界清楚，但与支气管的关系不明确。肿瘤体积一般较小，少数最大直径约4厘米以上，则边缘比较平滑，但分界清楚称为球型，约占31%；肺癌呈肿块状，形状不规则，呈分叶状，与周围肺组织有时分界不清，与支气管关系不明确。此类型较多见，约57%称肿块型，肿瘤组织向肺叶或肺叶的大部分呈弥漫性浸润，与大叶型肺炎或融合性肺炎，形态极相似，此称弥

漫浸润型，但较少见。

三、肺癌组织学分型

肺癌的组织学分型方法较多，迄今尚未统一，应用最广的肺癌组织学分型是世界卫生组（WHO）的分型，现将1999年（第三版）最新修订版列表如下（见表1）以资参考。

表4-1 WHO/IASLC 肺癌组织学分类，第三版，1999☆

浸润前病变

鳞状上皮非典型增生/原位癌	大细胞癌
非典型腺癌性增生	变异型
弥漫性特发性肺神经内分泌细胞增生	大细胞神经内分泌癌
鳞状细胞癌	混合型大细胞神经内分泌癌
变异型	基底细胞样癌
乳头状	淋巴上皮瘤样癌
透明细胞	透明细胞癌
小细胞	大细胞癌伴横纹样表型
基底细胞样癌	腺鳞癌
小细胞癌	伴多形性、肉瘤样、肉瘤成份癌
混合型小细胞癌	伴梭形细胞和/或巨细胞
腺癌	多形细胞癌
腺泡型	梭形细胞癌
乳头状	巨细胞癌
支气管肺泡癌	癌肉瘤
非黏液型	肺母细胞瘤
黏液型	其他
黏液与非黏液混合型或未定型	类癌
分泌黏液的实体腺癌	典型类癌
伴混合亚型的腺癌	不典型类癌
变异型	唾液腺型癌
高分化胎儿型腺癌	黏液表皮样癌
黏液（胶样）腺癌	腺样囊性癌
黏液性囊腺癌	其他
印戒细胞腺癌	未分类癌
明细胞腺癌	

WHO = 世界卫生组织； IASLC = 国际肺癌研究协会

肺癌组织学分型一般根据细胞分化程度和形态特征将肺癌的主要组织学类型分为鳞状上皮细胞癌、腺癌、小细胞癌、大细胞癌和细支气管肺泡癌等五型，分述如下：

1. 鳞状上皮细胞癌（鳞癌）

鳞状细胞癌是恶性肿瘤按组织学分类的一种，起源于表皮基细胞，90%发生于皮肤暴晒部位，如面、头及手背，其次龟头、下唇、颊黏膜、舌、乳头等部位，亦可发生于体表各部皮肤。多见于中、老年人，男性。容易发生转移，且可侵入皮肤黏膜，损害为小结节，呈黄色，小的为红斑性浸润性硬斑块，扩散较快，中央发生溃疡，基底坚硬，边缘翻卷，溃疡表面呈乳头状或菜花样。常合并感染，其间隙有黏稠的、脓性的、发腥臭的渗出物。根据细胞分化程度又分为未分化、低分化、中分化、高分化、鳞状细胞癌为常见的类型，鳞状上皮细胞癌约占原发性肺癌的40%~50%。2/3鳞癌为中央型，其余1/3为周围型。由于支气管黏膜的纤毛柱状上皮细胞受损，纤毛丧失，基底细胞化生，不典型增生和发育不全，最后突变成癌。鳞癌最常发生在肺段支气管，通过浸润累及叶支气管和主支气管。鳞癌偏向管内生长，故早期即可引起管腔狭窄，导致阻塞性肺炎和肺不张。癌组织极易变性、坏死，形成空洞或脓肿。形成空洞的肺癌多数是鳞癌，而且在肿瘤附近的血管内几乎都显示出含有肿瘤细胞。高分化的鳞癌（Ⅰ级），细胞大，呈多样性，胞浆丰富，有角化倾向、核畸变，染色深，细胞间桥多见，常呈典型鳞状上皮样排列。细胞间桥、癌珠形成以及单个癌细胞角化，是鳞癌形态的特征，这些特征在分化好的肿瘤中明显，在分化差的肿瘤中则不易发现。中分化的鳞癌（Ⅱ级），癌细胞大小不均，角化珠少，核分裂相当多。分化好的鳞癌生长缓慢，转移较晚，常有局部肋骨破坏。

2. 腺癌

近年来发病率有上升趋势，占25%~30%。根据1999年

WHO（世界卫生组织）分类，腺癌有五个分类亚型：即腺泡、乳头状、支气管肺泡型、伴黏液生成的实体型和混合型。上海报道，2013例肺癌中腺癌占37.6%，女性多见，但近年来男性腺癌有增加的趋势。与吸烟关系较小，与肺组织性瘢痕关系密切，多生长在肺边缘小支气管的杯状细胞和黏液腺。大多数腺癌具有组织学异质性，含有两种或更多的组织学亚型，因此大多数腺癌属于混合型。向管外生长的倾向，较大，但亦可循肺泡壁蔓延。常在肺边缘部形成直径2~4cm肿块。与肿块相近的胸膜常见到乳白色斑，并有不同程度的内陷。伴有黏液产生的实体腺癌与大细胞癌相似，但应有胞内黏液，而且在两个高倍镜视野中至少应有五个细胞内观察到黏液。典型的腺癌细胞呈腺体样或乳头样结构，圆形或椭圆形，胞浆丰富，核多偏位，核膜较清楚。腺癌通常伴有可以导致瘢痕形成的纤维化。腺癌血管较丰富，故局部浸润和血行转移较鳞癌早。易转移至肝、脑，更易累及胸膜引起胸腔积液。

3. 小细胞癌

在肺癌中恶性程度最高。发病率次于鳞癌和腺癌，约占所有肺癌的1/5。患者年龄较轻（40~50岁），多有吸烟史。本型肺癌大约2/3好发于肺门附近，典型小细胞癌位于支气管周围组织。常侵犯管外肺实质，易与肺门、纵隔淋巴结融合成团块，常误诊为纵隔肿瘤，癌组织松脆，刷检或钳检时，细胞受挤压而破损，易误诊为破碎细胞。肿瘤呈白-棕色，质软、易碎，常有大片坏死。癌细胞体积小，类圆形或梭形，胞浆少，染色质呈颗粒状，核仁缺少或不明显，常见核分裂现象，每个高倍视野可见于10个左右的核分裂，核分裂指数高。细胞浆内含有神经分泌型颗粒，具有内分泌和化学受体功能，能分泌5-羟色胺儿茶酚，激肽组胺和特异性神经原性烯醇酶，能引起各种肿瘤副癌综合征。肝、骨髓，肾上腺为常见的转移脏器。大约不到10%小细

胞癌与非小细胞癌中的某种组织类型相混合，约4%~6%的病例中有小细胞与大细胞癌混合，约1%~3%的小细胞癌与腺癌或鳞癌混合。

4. 大细胞癌

大细胞癌是分化甚差的肿瘤，是不具有鳞癌、腺癌或小细胞癌形态特征的未分化癌，占有肺癌的9%。多由大的多边形细胞组成，呈实性巢状排列，常发生大片出血、坏死和空洞形成。瘤细胞浆丰富，细胞核大，核仁明显，核分裂相多见。电镜观察，不少大细胞癌表现出鳞癌或腺癌的特征。可分巨细胞型和透明细胞型，巨细胞型癌细胞团块挤压发生肺实变。透明细胞型易误诊为转移性腺癌。经纤支镜取得的小块组织，易误诊为分化差的鳞癌或腺癌。本癌可发生在肺门附近或肺边缘的亚段支气管。

5. 细支气管肺癌——肺泡癌

又称肺泡癌，是一种分化较好的原发性肺癌，肿瘤细胞以鳞片状形式沿肺泡壁生长，但不侵犯肺泡间隔。这类患者可以通过手术切除而治愈。由于生长方式和临床表现比较特殊，故单独分类。好发于中年，男女发病率相近，约占原发性支气管肺癌的2%~5%。病因尚不明确。有人认为与慢性炎症引起的瘢痕和肺间质纤维化有密切关系，而与吸烟关系不大。它的组织起源多数认为来自细支气管末端的上皮细胞。典型的细支气管-肺泡癌分化较好。细胞基底部胞浆丰富，呈嗜酸性染色。癌细胞多沿支气管和肺泡壁生长。肺泡结构完整，周围肺泡腔充满黏液，有时呈胶状。分化较差的细支气管-肺泡癌，细胞呈立方形组成，核大小不均，排列不整齐，沿着肺泡隔生长，可形成乳头状向细胞内突出。

四、肺癌的转移和西医分期

1. 肺癌的转移

肺癌的转移方式与多数恶性肿瘤相似，包括肿瘤的直接蔓

延，淋巴转移，血行转移。

(1) 肿瘤的直接蔓延 肺癌可直接侵犯邻近组织和器官，如侵犯胸膜引起胸痛，产生胸腔积液，侵犯心包产生心包积液，侵犯喉返神经引起声带麻痹，出现声嘶，饮水反呛，肿物压迫食管引起吞咽困难。

(2) 淋巴转移 肺癌往往发现时已有淋巴转移。其沿淋巴道依次转移至同侧肺门淋巴结，隆突下淋巴结，纵隔淋巴结，锁骨上淋巴结。但不总是按顺序转移，也有跳跃性转移。肿大的转移性淋巴结也可产生压迫症状。最常见的是锁骨上淋巴结压迫喉返神经引起的声嘶和饮水反呛。

(3) 血行转移 肺癌常发生多个器官转移，很多患者常因为脑转移的症状就诊，常规胸部 X 片检查时发现肺部肿物，或多发转移寻找原发肿瘤时被诊断为肺癌。

2. 肺癌的分期

现在国际上对于癌症的分期基本采用 TNM 分期系统，TNM 分期系统的倡议和研究开始于二十世纪四十年代，并经过了多次修订。现在 UICC（国际抗癌联盟）对于 TNM 分期系统大约每 10 年修订一次。

(1) TNM 分期系统的概念

原发肿瘤 (T)

T_{1s}: 原位癌

T_x: 痰或支气管灌洗液中找到癌细胞，但影像学或支气管镜没有发现肿瘤。

T₀: 没有原发性肿瘤的证据。

T_{is}: 原位癌。

T₁: 肿瘤最大直径小于或等于 3cm，为肺或脏层胸膜包绕，支气管镜检查肿瘤近端未侵犯叶支气管开口。

T₂: 肿瘤直径具备下列任何特征：肿瘤最大径大于 3cm；肿

瘤侵犯叶支气管或主支气管，距隆突大于2cm；肿瘤已侵犯脏层胸膜；已扩展到肺门区引起肺不张或阻塞性肺气肿，但未累及全肺。

T3：任何大小的肿瘤，直接累及胸壁（包括肺上沟瘤）、膈肌、纵隔胸膜或心包但未累及心脏、大血管、气管、食管或椎体、或主支气管内的肿瘤距隆突2cm内，未累及隆突，或者有累及全肺的肺不张或阻塞性肺炎。

T4：任何大小的肿瘤，侵犯纵隔、或累及心脏、大血管、气管、食管、椎体或隆突。或者有恶性胸水，心包积液，原发癌肺叶内有卫星灶。

淋巴结（N）

N0：无区域淋巴结转移

N1：支气管周围或同侧肺门区淋巴结转移，或两者均存在，包括直接侵犯；

N2：同侧纵隔或隆突下淋巴结转移；

N3：对侧纵隔、肺门淋巴结，同侧或对侧斜角肌或锁骨上淋巴结转移远处转移；

M_x：远处转移不能评价；

M0：无远处转移；

M1：有远处转移——标明位置。

(2) TNM分期

隐性肺癌：Tx No Mo

0期：Tis No Mo

I A期：T1 No Mo

I B期：T2 No Mo

II A期：T1 N1 Mo

II B期：T2 N1 Mo

III A期：T3 N1 Mo, T1 N2 Mo, T2 N2 Mo, T3

N2 Mo

ⅢB期: T4 任何 N Mo, 任何 T N3 Mo

Ⅳ期: 任何 T 任何 N M1

五、肺癌的临床表现

表 4-2 肺癌的常见症状和体征

中央型或支气管内肿瘤生长所产生症状

咳嗽

咯血

喘息和喘鸣

阻塞性呼吸困难

阻塞性肺炎(发热,咳嗽)

周围型原发肿瘤所产生的症状

胸膜或胸壁受累所致的疼痛

咳嗽

限制性呼吸困难

肿瘤空洞所致的肺脓肿综合征

胸腔肿瘤邻近的局部播散或区域淋巴结转移相关的症状

气管梗阻

食管受压——吞咽困难

喉返神经麻痹——声音嘶哑

膈神经麻痹——一侧膈肌升高和呼吸困难

交感神经麻痹——Horner 综合征

颈7和胸1神经受累——尺侧疼痛和Pancoast 综合征

血管受压——上腔静脉综合征

心包心脏受累扩大——心包填塞、心律失常或心力衰竭

淋巴管阻塞——胸腔积液

沿淋巴管肺内播散——低氧血症和呼吸困难

(一) 一般症状

1. 咳嗽

咳嗽是最常见及最早出现的自述症状,诊断为肺癌的患者约有50%或更多患者有咳嗽,由于大多数肺癌患者吸烟,咳嗽常被忽略,不以为是病症。但大多数患者由于咳嗽加重使病人以支

气管炎或肺炎而就医。因肿瘤生长造成支气管狭窄而典型咳嗽多为阵发性刺激性呛咳，咳声高音调或金属调。但如果肿瘤生长造成支气管完全阻塞，可不出现咳嗽。咳痰多为泡沫样，可伴有血丝痰，如伴有肺部感染可出现脓痰。

2. 胸痛

在早期肺癌胸痛是常见的症状，以第一症状出现者占26.7%，但在手术过程中或切除标本都未被证实有胸膜的侵犯。因此，此类疼痛的原因还不清楚。肿瘤累及胸膜或纵隔，可产生不规则的胸部钝痛。肿瘤累及胸壁、肋骨或压迫肋间神经则胸痛尖锐而剧烈，且有定点或局部压痛，并随呼吸或咳嗽或变换体位而加重。几乎所有广泛胸膜或局部胸壁侵犯者预后较差。肩部或胸背部持续疼痛，常提示上肺叶内侧近纵隔有肺癌外侵的可能。

3. 胸闷

胸闷、气急为肺癌的第一症状者，约占12.8%。肿瘤生长在大支气管时，阻塞气道，引起胸闷气急，常常出现吸气性呼吸困难，严重时可发生哮鸣症状，特别是呼吸功能较差的患者更是如此。弥漫性细支气管癌、腺癌、病变广泛播散，气急进行性加重，紫绀严重。癌性淋巴管炎，大量胸腔积液，心包积液常使气急加重。

4. 咳血或血痰

咳血严重程度变化较大，从咳少量血丝到大量咳血。以咳血为第一症状者约为18.9%，典型咳血者表现是呈持续性痰中带血丝或血痰。特点是鲜血多，痰少或纯血。咳血持续时间较长而不愈，其诊断意义更大。

5. 发热

发热为肺癌第一症状者约占30.9%。由于肺癌压迫或阻塞支气管，引流不畅，引起肺不张。肺炎是中心型肺癌的主要症状，其典型的发热在38℃左右，很少超过39℃以上者，而且易

被抗炎药物所控制。

(二) 肿瘤压迫或侵犯引起的症状

1. 上腔静脉压迫综合征

此综合征是由于肿瘤压迫上腔静脉造成回流障碍所致。可出现头部浮肿、青紫、眼结膜充血、头晕、呼吸困难、不能平卧、颈静脉怒张等症状。

2. 胸腔积液

胸腔积液可出现呼吸困难，体检可发现患者病变侧的胸部触诊语颤减弱或消失，叩诊浊音，听诊呼吸音减弱或消失，其原因主要是由于胸膜受累或胸导管受累所致。

3. 声音嘶哑

声音嘶哑是由于肿瘤或转移性淋巴结的压迫或侵犯一侧（左侧多见）喉返神经所致。这是由于左侧喉返神经由主动脉弓下经被肿瘤及肿大淋巴结压迫或损伤所致，此种情况出现，提示病变几乎不能手术切除。

4. 同侧膈肌麻痹

同侧膈肌麻痹是由于肿瘤压迫或侵犯同侧膈神经所致，左侧膈神经较右侧更易受累。可能因左侧膈神经同主动脉较近，偶尔出现声音嘶哑和左膈肌麻痹症状同存。膈神经麻痹意味着肺癌已属晚期。

5. Pancoast 综合征和 Horner 综合征

Pancoast 综合征是由于肺尖肿瘤侵袭臂丛神经下支（颈 8 和胸 I 神经）、胸壁和星状神经节可出现典型的肩部和上胸臂的疼痛，而因肺尖肿瘤压迫或侵犯颈交感神经引起的。表现为病变侧瞳孔缩小，上眼睑下垂，眼球内陷，额部少汗，称为 Horner 综合征。

六、副癌综合征

副癌综合征实属非肺癌本身和非转移性肿瘤引起的临床表现，如全身无力、疲劳、厌食、恶心、呕吐等是最常见的和常常被忽略的副癌综合征，但此征的许多症状并非肺癌所特有，但因肺癌在所有癌症中占首位，故此综合征多见于肺癌，约有10%~20%的肺癌患者在临床上可见到数种不同的副癌综合征（见表4-3）。

现分述如下：

（一） 髂肌副癌综合征

杵状指和肥大性骨关节病的发生常与肺癌有关。杵状指发生快，表现为甲沟软组织膨大，甲床基底与甲皮间的成角消失，甲床周围环绕红晕，有疼痛感，杵状指可单独出现，也可同时累及手指和足趾。

肥大性骨关节病的症状发生时长骨末端疼痛，骨膜增生，关节肿胀疼痛和极度衰弱无力为其特征，但不出现关节畸形和强直。

杵状指与肥大性骨关节病可同时发生，其共同特征是杵状指和管状骨骨膜形成骨赘。因此长骨X线片显示骨膜骨赘增多，方可做出肥大性骨关节病的诊断。

皮炎：皮炎和多发性皮炎是一种炎性疾病，特征为肌无力和触痛，骨盆带肌肉的无力程度较肩胛带肌肉更为严重，面部可伴有蝶型对称皮肤红斑。

（二） 内分泌综合征

高钙血症是恶性肿瘤常见的代谢问题。常见的肿瘤有肺癌、乳癌、胃癌等。

肺癌中的鳞状上皮癌是高钙血症中最常见的一种，但多见于

肺癌晚期。高钙血症的临床症状取决于血清钙的水平（含量）和达到该水平的速度，其早期症状包括恶心、呕吐、疲劳、乏力、厌食、瞌睡、瘙痒、便秘、多尿、烦渴。上述症状常与肺癌化疗反应相似，易于误诊为化疗反应，不予以处理治疗。

表 4-3 肺癌患者的副癌综合征

内分泌系统

高钙血症（异位甲状旁腺激素）

柯兴氏综合征

男子乳腺发育

高降钙素血症

生长激素升高

泌乳素、卵泡刺激素、黄体生成素升高

低血糖

甲状腺机能亢进症

神经系统

脑病

亚急性小脑变性

进行性多灶性脑白质病

周围神经病变

多发性肌炎

植物神经病变

Eaton Lambert 综合征

视神经炎

骨骼系统

杵状指（趾）

肺性肥大性骨关节病

血液系统

贫血

类白血病反应

血小板增多症

血小板减少症

嗜酸细胞增多症

续表

纯红细胞再障
幼红细胞再障
幼红幼粒细胞增多症
弥漫性血管内凝血
皮肤
过度角化症
皮炎
黑棘皮病
色素沉着症
匍行性回状红斑
获得性胎毛样毛多

其他

肾病综合征
低尿酸血症
血管活性肠肽分泌性腹泄
高淀粉酶血症
厌食或恶病质

引于《癌—肿瘤学原理和实践》

脱水和肾功能不全，进而出现意识模糊，抽搐和昏迷等。血清钙在浓度高于 13mg/dl 或有高钙血症的症状患者需要治疗。治疗高血钙症引起的脱水，补液是治疗的必要手段，而双磷酸盐是治疗高钙血症最常用的药物。

(三) 抗利尿激素分泌异常综合征

抗利尿激素分泌异常综合征绝大多数是小细胞肺癌，非小细胞肺癌和其他肿瘤（如食管癌、前列腺癌）也可见到。有些患者在化疗后产生抗利尿激素综合征。患者肾、肾上腺和甲状腺功能正常，但存在低钠血症、血浆低渗透压并伴有不适当的尿高渗透压，便可确诊。患者一般无症状。血钠低于 115mmol/L，可出现恶心、食欲不振、全身乏力、瞌睡等症状。甚至出现神态改变、抽搐、昏迷。

治疗症状轻微的低钠血症患者只限制液体进入量（500 ~ 1000ml/天）即可，严重低钠血症患者可用高渗盐水和速尿、缓慢纠正治疗。

此外由于肿瘤特别是小细胞肺癌分泌促肾上腺皮质激素样的肽类物质，引起库兴氏（cushing）综合征，表现多见于踝关节浮肿、糖尿、高血压、无力、躯干肥胖、满月脸；分泌甲状腺样激素，可引起烦躁、口渴、多尿、便秘、心动过速、低血磷等；分泌促性腺激素常引起男性乳房肥大，并伴有骨关节病。

第四节 肺癌的常规诊断及治疗

一、辅助检查

（1）影像学检查 X线检查是必要的诊断手段之一。常规胸片通常是发现肺癌的最初检查手段，很多患者因咳嗽等呼吸道症状或常规检查正侧位胸片时诊断的。CT检查较胸片更为精确，可以提示肿瘤的大小及其与周围解剖结构的关系，而且可以显示肺门和纵隔淋巴结的大小。一直到最近，在使用10 ~ 15mm作为正常淋巴结标准界值的情况下，检出淋巴结远处转移的敏感性和特异性只有40% ~ 70%，但作为无创性检查CT为肿瘤的分期提供重要的证据，也为手术与否提供重要的参考。同样在放疗计划的制定中也很重要，正电子放射体层摄影（PET）已经成为一种进行纵隔评估的重要无创性检测方法。由于肿瘤引起同位素标记的葡萄糖摄取增加，这些标记的葡萄糖可被显像。多项的回顾性资料提示，采用PET对非小细胞肺癌进行纵隔分期的敏感性和特异性分别为85%和88%。联合应用PET和CT似乎比单纯使用任一种方法有更高的敏感性和特异性。MRI检查对鉴别肺门及纵隔区的血管或淋巴结有帮助，对肺尖部位诊断也较好，对观察

肿瘤是否外侵有帮助。

(2) 细胞学检查 是一种无痛、简单、有效的方法。阳性率 75%~86%，而阳性率与标本的采集方法有关。正确的采集方法，标本的及时固定和多次送检可以提高阳性率。标本满意时，三次阳性率为 69%，四次为 85%。

(3) 纤维光导支气管镜检查 这是获得组织学诊断的可靠手段，其活检阳性率为 60%~70%。但对于周围型肺癌其阳性率明显下降。并发症较少，主要为气胸和出血。

(4) 经 CT 导向穿刺活检 此法对于周围型肺癌尤其是肿瘤位于背段，操作简便，门诊便可完成，并发症主要是咯血和气胸。阳性率一般为 70%~80%，而 CT 引导下阳性率为 90%，且并发症较少。

(5) B 超检查 主要用于检查腹部和颈部锁骨上区的淋巴结是否有远处转移，彩色 B 超还可以通过淋巴结的血流情况鉴别是否为恶性，一般血流丰富的恶性可能大。

(6) 纵隔镜检查 经颈部入镜可以检查上纵隔 2、4 区和肺门淋巴结有无转移，经左前胸骨旁入镜可以检查纵隔 5、6、7 区淋巴结有无转移，纵隔镜检查是纵隔评估的金标准。因其有创伤且操作技术要求高，在临床应用较上述检查的使用率低。

(7) 全身扫描 肺癌发生血行转移到全身多个器官。在确诊时约一半病人已经有远处转移，此比例在小细胞肺癌中更高，其中部分病人首发症状就是骨转移，因此在行局部积极治疗前常例行全身骨扫描，既便于分期，又可指导治疗方法。

(8) 头 CT/MRI 肺癌尤其是小细胞肺癌易出现血行转移。而脑是肺癌转移的常见器官，在治疗前行头 CT/MRI 的检查可发现脑转移病灶，使得分期更为准确（局限期或广泛期），也便于治疗方案的选择。

二、诊断

临床症状和体征及无症状查体影像怀疑肺癌时，必须经过上述检查取得病理或细胞学诊断，才能最后确诊。符合下列各项之一临床诊断便可成立。

①胸片肺内肿物2~3个月内渐增大，积极药物治疗已排除肺结核和肺炎的可能；

②肺段性肺炎2~3个月内发展成肺叶或全肺不张，或在相应部位出现肿块者；

③上述病变并发胸内脏器受压，受侵或远处转移。

三、鉴别诊断

(1) 肺结核 最易与肺癌误诊，最好的鉴别方法是抗痨治疗是否有效，有效即可排除肺癌。无效则应继续进一步检查。当然部分患者有肺结核的病史，在结核的基础上发生恶变，这需要最终的病理学或细胞学的证据来支持诊断。

(2) 肺炎 有咳嗽、咳痰等呼吸道症状，胸片有絮状阴影，但抗生素治疗有效，胸片上阴影消失。需警惕的是迁延不愈的肺炎应行CT等进一步检查以排除肺癌的可能。

(3) 肺炎性假瘤 女性多见，发病年轻，多数无症状。胸片显示孤立性圆形阴影，边缘锐利（肺癌的肿物边缘毛刺征），密度均匀，偶见点状钙化和肺门淋巴结肿大，而且肿物长期无改变。

(4) 纵隔肿瘤 纵隔性肺癌是指靠近纵隔胸膜的周围型肺癌或原发癌较小而纵隔淋巴结转移癌巨大的肺癌，其纵隔肿瘤的鉴别困难，可通过支气管镜检查获取病理来鉴别。

(5) 肺内孤立性转移瘤 常需与周围型肺癌鉴别，患者一般有其他恶性肿瘤的病史，也可通过肺内肿物的活检从病理学方

面区分。

(6) 结节病 肺与肺门淋巴结受累者占 80% ~ 90%，胸片表现为支气管周围淋巴结肿大，呈双侧对称，分叶状，边界清晰。约 20% 患者无肺门淋巴结肿大，肺表现为网状或结节状，或不清的暗影，似肺泡影，可分散或融合。肺癌的表现多是单侧，而且边界模糊，可通过支气管镜鉴别。

(7) 肺良性肿瘤 肺的错构瘤，平滑肌瘤，脂肪瘤，肺囊肿，原发性高科技神经节瘤等。多数表现为病程长，进展缓慢。与肺癌较易区别，肿物较大者较难鉴别。

(8) 肺的其他恶性肿瘤 肺的纤维肉瘤，平滑肌瘤，横纹肌肉瘤，原发恶性淋巴瘤，癌肉瘤，肺母细胞瘤，原发浆细胞瘤等。胸片表现类似良性肿瘤，但边缘略呈分叶状，且生长快。

四、化学药物治疗（简称化疗）

近半个世纪以来，科学家对肿瘤细胞增殖动力学、药物作用机理、药代动力学及合理用药等方面的研究证明，化学药物治疗癌症，可使患者的生活及生存质量显著提高，寿命延长，因此医务人员已经不把药物治疗当作姑息性治疗手段或辅助疗法，而药物是全身性治疗，在综合治疗中药物的全身治疗占有非常重要的地位，其目的在于提高对隐匿性微小癌灶的全身控制目标。研究早已发现，很多临床上诊断是相当早期的癌症患者，手术后常死于远处转移。倘若术后及时予以药物全身性的治疗，则可使其治疗效果明显提高。然而由于肺癌早期诊断，目前尚缺乏有效手段，70% ~ 80% 的患者已处于晚期就诊，且已失去手术的机会，因此化疗就成为晚期患者的主要治疗手段。

临床化疗的重要研究课题是制定科学的最佳化疗方案，以达到药物最大限度的杀伤癌细胞，保护正常癌细胞减少其损伤，使药物对正常组织细胞的毒性限制在可逆范围内。因此必须考虑药

物的作用机制、肿瘤和宿主细胞生长特性，至关重要。

(一) 肿瘤细胞生长动力学

从细胞动力学的观点看，肿瘤生长的速率取决于细胞增殖的三个参数，即肿瘤的倍增时间、生长分数和丢失系数。

1. 肿瘤细胞倍增时间 (TD)

所谓倍增时间是指肿瘤细胞总数增长一倍所需时间。

表 4-4 肺癌及其它癌肺转移的肿瘤体积倍增时间 (TD)

肿瘤类型	肿瘤数	体积倍增时间 (周)
原发性肺癌		
腺癌	64	21
鳞癌	85	12
间质性癌	55	11
乳腺癌		
原发性	17	14
肺转移	44	11
软组织转移	66	3
结-直肠癌		
原发性	19	90
肺转移	55	14
淋巴瘤		
淋巴结病变	27	4
睾丸癌转移肺	80	4
儿童肿瘤转移肺	47	4
成人肉瘤转移肺	58	7

(引自: steel 1977)

注: ①人体常见恶性肿瘤的肺转移瘤的平均体积倍增时间为 2~3 个月。

②在同一病人转移瘤比原发性肿瘤生长更快。

③在肿瘤中，对化疗敏感者较不敏感者生长为快。

2. 生长分数

生长分数是指肿瘤细胞在分裂增殖中占肿瘤细胞总数的比例

或肿瘤细胞群体中处于增殖分裂状态细胞的百分比。计算公式如下：

$$GF = P / (P + Q)$$

P：代表增殖细胞群

Q：代表不增殖的细胞群

实验研究表明，在动力学模型中，癌细胞生长分数（GF）随时间增长而下降，即随肿瘤生长分数（GF）而减少，因为长大的肿瘤中有更多的癌细胞进入GO期。临床观察也证明，临床上最早可以诊断（直径为1cm肿瘤，癌细胞为10⁹，重量约1克）的肿瘤，甚至包括那些生长快速的肿瘤在内，其生长分数充其量也只有20%左右。

3. 细胞丢失系数（φ）

癌细胞增殖速度远大于丢失的速度，这是肿瘤生长的特征。肿瘤细胞生成率（KB）为每天新生细胞的百分率（KL）就是癌细胞每天丢失百分率。细胞丢失系数就是KL/KB的比值。因而生长快的肿瘤丢失率（φ）值较小。现将人体几种组织类型肿瘤的平均细胞动力学参数列表如下（见表4-5）。

4. 癌细胞生长特性与化疗药物的作用关系

从癌细胞生长曲线发现，癌细胞早期生长呈指数生长，即细胞增殖比率（GF）大，倍增时间（TD）短，丢失系数（φ）低，此时期的肺癌在X线片上还不能发现肿瘤，当肿瘤直径在1厘米大小时，是临床X线片上能最早诊断的极限，这时的肿瘤细胞总数为10⁹，相当于1克的重量，而多数癌细胞处于分裂周期，若此时予以化疗，则治愈率可能性很高。然而肺癌的早期诊断，目前还缺乏有效手段，70%~80%的患者已处于中晚期就诊，已失去早期治疗机会。而处于中、晚期的肺癌患者的癌细胞群中，大多数癌细胞已进入非增殖期，其生长分数充其量也只有20%左右，也就是说抗癌药物将其全部杀死，其有效率也只有

20%左右。说明中、晚期的肺癌患者对化疗药物的敏感性较低，影响化疗效果。因而联合化疗或综合疗法是必要策略手段。

表 4-5 人体组织学类型肿瘤的平均动力学参数

组织学类型	倍增时 (d)	标记指数 (%)	生长分数 (%)	细胞丢失 因素(%)	每日 109 细胞中细 胞丢失的绝对值	每日更 新率(%)
胚胎性肿瘤	27(76)	30(30)	90	93	490 · 106	49
恶性淋巴瘤	29(41)	29(15)	90	93	470 · 106	47
间叶性淋巴瘤	41(87)	4(32)	11	68	55 · 106	5.5
鳞状细胞癌	58(51)	8(68)	25	89	100 · 106	0
腺 癌	83(134)	2(121)	6	71	20 · 106	2

(引自: cherubic 等, 1991; Malaise 等, 1993)

注: 括号内数字为检测的病例数

①假设 $TC/RS = 3$ 根据标记指数计算

②依 steel 假设的 $T_s = 15h\lambda = 0.75$, 在倍增时间及标记指数计处尚计算

③相当于产生率: 生成率 \times 丢失率因素

④相当于细胞丢失绝对数/细胞数

⑤正常骨髓干细胞 $t_{c24} \sim 26$ 小时

⑥白细胞 t_{c60} 小时左右

5. 不同周期的癌细胞与化疗药物的关系

同一肿瘤组织内的癌细胞是处于不同的细胞周期, 由于对化学药物杀伤的敏感性不同, 将同一肿瘤的癌细胞可分为四种不同的类型群。

A. 群癌细胞: 这类癌细胞是处于细胞分裂周期, 即倍增时间 (TD) 短, 增殖比率 (GF) 大, 它们对化疗药物极其敏感。此时为最佳化疗期, 治愈率可令人惊喜。

B. 群癌细胞: 为暂时或一时处于不增殖周期的 G0 和 G1 期的癌细胞。还包括被药物对细胞周期延缓作用进入“同步化”的癌细胞在内, 这群细胞占肿瘤细胞的大多数, 它们对化疗药物不敏感或完全不敏感, 但是仍保留增殖能力, 若将延缓药物除掉

或通过适当刺激，便可进入细胞周期，进行分裂增殖，此是患者以后复发或转移的根源。

C. 群癌细胞：为分化完全不再分化的癌细胞群。对化疗药物极不敏感，与药物治疗和疗效无关。

D. 群癌细胞：为死亡或凋亡的癌细胞，与化疗的疗效无关。

6. 肺癌细胞类型不同对化疗药敏感性不同

根据肺癌细胞组织学类型的不同合理选用药物，可提高抗癌疗效，小细胞癌对化疗药物最敏感，鳞癌次之，腺癌敏感性最差。A 群类癌细胞对抗癌药物最敏感，而 BCD 群癌细胞敏感性较差。

五、放射治疗简述

（一）非小细胞肺癌（NSCLC）

非小细胞肺癌占全部肺癌的 70% ~ 80%。手术是非小细胞肺癌病人尤其是早期肿瘤病人的主要治疗方法。但是肺癌病人就诊时约 1/3 能手术，其余病人因为局部晚期或已有远处转移而失去手术机会，过了适合手术期的病人，放疗是并发症较少也是最有效的非外科治疗方法。根据放疗的目的可分为根治性放疗和姑息性放疗。对于远的转移，肿瘤局限于胸腔且一般情况较好的病人采用根治性放疗，而姑息性放疗适于能够接受放疗的任何时期有症状的病人。

1. 根治性放射治疗

（1）适应症 一般认为肿瘤的最大径小于 3cm 的 NSCLC 才能根治。多数临床医师将肿瘤局限于胸腔或锁骨上区，而患者能耐受根治剂量的治疗称为根治性治疗。主要包括能手术切除因各种原因未行手术的患者，虽然失去手术机会但肿瘤局限且一般情况尚可的患者，术后局部复发且未行过放射治疗的患者。

（2）照射方法 将胸部 CT/MRI 的影像传入三维治疗计划

系统划定靶区，而后设照射野。靶区包括临床病灶，外放 1~2cm，原发肺上叶外入 1~1.5cm，原发肺下叶侧外放 1.5~2cm，具体情况可根据透视下肺的活动度调整。纵隔野上界胸廓入口下界达气管分叉下 4~5cm。通常先行前后对穿野（原发灶外放 1~2cm 纵隔野）照射 DT40Gy/20f/4w，然后避开脊髓使纵隔淋巴引流区达 50Gy/25f/5w 后，缩小照射野使之达到 60~70Gy/30~35f。对于合并阻塞性肺炎、肺不张的病人放疗期间应每周在模拟定位机下复核照射野，以便在肺不张时及时调整视野，值得注意的是由于肺癌的综合治疗的广泛应用，很多病人在放射治疗前接受全身化疗。还有部分病人合并慢支、肺结核、肺气肿等呼吸系统的疾患使得正常肺组织对放射治疗的耐受性下降。因此决定放疗的总剂量时应先考虑病人的具体情况。在治疗期间应定期评价病人的情况（以卡氏评定分标准），若病人日益衰弱应及时修改放疗的照射野和剂量，放疗根治的目的，改为姑息治疗，避免追求高剂量或根治目的时给病人带来新的痛苦。

2. 姑息性放射治疗

姑息性放射治疗多应用于肺癌较晚的病人，主要的目的是缓解症状，改善病人的生活质量。

(1) 胸部 病灶较低且压迫症状明显，而病人的一般情况较弱，难以耐受根治性治疗的大面积、高剂量的照射时，可以仅对病灶给予局部放射治疗，常规分割，Dt40/~50Gy/20~25f。当然放射治疗的同时应积极处理病人的合并症，如有肺炎的给予抗炎治疗，营养不良者给予支持治疗的同时应积极处理病人的合并症，如有肺炎的给予抗炎治疗，营养不良者给予大剂量糖皮质激素、利尿药，VC 等治疗。有部分病人随着局部症状的改善，一般情况好转可以耐受更大范围的照射和更高的剂量，应尽量提高放疗的剂量以期达到或接近根治的可能。

(2) 脑转移 由于肺癌易经过血行播散，肺癌脑转移并不

少见。肺癌的病人出现头痛、恶心、呕吐或一侧肢体活动受限等系统症状时，应行头 CT/MRI 检查以明确脑转移的诊断。当然有部分病人首发症状就是脑转移的表现。对于颅内单发转移灶可以采用以下三种治疗方法：开颅手术直接切除病灶，此法多用于局部压迫症状较重，病人可以耐受手术者。病灶的切除可以即刻解除压迫症状。二是行头部 X 刀治疗，大分割，每周三次，具体剂量根据剂量线的分布和病灶周围的重要器官决定，三是先行全脑放射治疗 Dt30Gy/10f/2w 或 Dt40Gy/16~20f/3~4w，而后视病灶的位置，缩野对病灶局部照射 Dt10~20Gy/5~10f/1~2w。放疗时对症状明显的给予积极脱水、激素治疗。糖尿病和活动消化性溃疡病人应用激素治疗时要慎重，应行血糖和大便潜血的监测，可适当加强降糖治疗和积极地抑酸、保护胃黏膜。肾功能不全的病人使用甘露醇。

(3) 骨转移 肺癌的病人在诊断后为确定分期和疼痛主诉时应行全身骨扫描检查，以明确是否发生骨转移。通常为多发转移，放射治疗并非常规治疗方法，放疗多用于局部疼痛剧烈，口服止痛药无效或因为药物副作用明显而难以接受药物止痛的病人。根据骨扫描片和病人的主诉部位，在模拟机下定位。给予单野源皮距照射或对穿野等中心照射，若病人行动便利可以采用大分割 Rt40~50Gy/20~25f/4w，若病人一般情况不佳或生存期短则采用大分割 Dt30Gy/10f/2w 或 Dt24Gy/6f/3w，国外有报道一次给予 Dt18~12Gy 与其他分割方式的止痛效果相似。美国 RTOG 报道的一随机分组结果，1000 例骨转移病人入组，剂量为 15Gy/5f，25Gy/5f，45Gy/15f 等多个分割剂量放射治疗，总有效率 90%，约 50% 病人疼痛缓解保持到死亡，完全缓解的中位时间为 12~15 周。显示随剂量的增加，疗效改善。也有文献报道放射治疗骨转移骨痛缓解率达 85% 以上，约一半病人的疼痛能完全消失。50% 的病人疼痛在放射治疗后 1~2 周内缓解。若治

疗后6周,疼痛仍无减轻就表示疼痛缓解的机会很小。

3. 辅助性术后放射治疗

(1) 适应症 手术后肿瘤有残存,转移淋巴结较多,单纯开胸探查术肿瘤未切除者。

(2) 照射方法 参见根治性放疗,淋巴引流区若已切净,给予 Dt50Gy/25f/5w,若未清扫净则给予 Dt60~70Gy/30~35f/6~7w。手术肿瘤残存灶给予 Dt70Gy/35f/7w,但应注意保护好正常肺组织。

(二) 小细胞肺癌 (SCLC)

小细胞肺癌由于其恶性程度高、生长快、倍增时间短、早期出现广泛转移等特异生物学行为,大多数病人就诊时已出现全身广泛转移,因而其分期不同于非小细胞肺癌,分为局限期和广泛期。局限期指病变局限于一侧胸腔,有/无同侧肺门、同侧纵隔、同侧锁骨上淋巴结转移。广泛期是指病变超过局限期的。

小细胞肺癌在临床治疗中对放疗、化疗均敏感,但是单一治疗效果差。全身化疗虽然有效率和完全缓解率高,但缓解时间短,局部复发率高,而胸部放疗可以降低局部复发率,因此,放、化疗的综合治疗可以明显提高生存率。而放、化疗的顺序有以下几种:序贯法、化疗-放疗、交替法又称三明治法。化疗-放疗-化疗,同步法即放化疗同时进行。放射治疗的方法同根治性放疗,只是剂量和照射野范围不同。一般淋巴引流区 Dt40Gy/20f/4w,病灶 Dt60Gy/30/6w,照射野化疗后的肿瘤体积为准。脑预防照射(PCI)的目的是降低脑转移率。但文献报道,这并不提高生存率,因此作者并不主张脑预防性照射。有报道小细胞肺癌预防照射可发生不同程度的中枢神经系统的损伤。而且全身多周期化疗也会带来神经毒性反应,两者叠加可能带来更大的损伤。至于已存在脑转移的病人,放疗的方法和姑息性放疗中脑转移的方法相同。

(三) 放射治疗的副反应

(1) 放射性食道炎 急性放射性食道炎多发生在常规分割放疗后2~3周,表现为进食不适、哽咽感,严重者进食疼痛使得病人畏惧进食,可以对症给予黏膜保护剂,嘱病人进食无刺激性的流食。随着黏膜的修复,多数病人不需处理,4周左右症状即可减轻。

(2) 放射性肺炎 急性放射性肺炎是肺癌放疗中常见而且危害较大的副反应,特别是多周期化疗后的病人中发生率更高。急性放射性肺炎的治疗,首先停止放疗,而后给予足量糖皮质激素(地塞米松最好静脉给药)、抗生素、改善微循环药物和对症支持治疗。最好的预防是放疗前对病人的情况细致评估。病人的一般情况,肿瘤体积,是否有慢性支气管炎、结核病史,是否存在肺气肿、肺功能不良等呼吸系统合并症,是否接受过化疗(部分化疗药物也可引起肺损伤)。近年随着放射物理的进展,三维治疗计划和适行放疗技术的引入,放射性肺炎的发生率明显下降。

(3) 放射性脊髓炎 只要严格控制脊髓受量 $Dt45Gy/4w$, 一般不会出现此反应。但有报道病人接受常规分割照射 $Dt10 \sim 20Gy/1 \sim 2w$, 出现截瘫,经过大剂量的激素和活血化瘀后,病人症状消失。因此应注意临床实践中可能有部分病人对射线超敏。

(4) 其它副反应 受照皮肤的色素沉着、花斑样改变、食欲不振、白细胞计数减少等症状。

附:放疗的新技术和今后的研究方向

1. 放疗新技术

由于计算机技术和影像学设备进步以及新材料的出现,放疗也出现了新技术。如三维立体定向适行和调强治疗,让患者卧于

专用体位固定器中，身体下垫以真空垫，胸部处用可塑性的材料固定，然后行 CT 扫描，将 CT 影像传输到三维治疗计划系统内，然后，确定靶区制订治疗计划。和以往二维模拟定位机下定位比较，照射的范围更精确，对正常组织特别是肺的照射更少，有些放疗中心在进行呼吸门控的研究，而有关肺癌的调强治疗还在探索中，但是其临床治疗的费用较昂贵。

2. 今后的研究方向

提高放疗效果应在放射物理和放射生物学两方面进行研究。目前放疗的新技术主要是在放射物理方面的进步，而放射生物学方面的发展仍有限。国内、外的有关放疗合作组织已开展这方面的研究。如放疗的分割方式、放疗增效剂的应用以及放疗合作组织已开展的这方面的研究。如放疗的分割、超分割、加速分割几种，后两种基于肿瘤细胞的放射生物学效应，尚缺少明确的结论。

六、肺癌的手术治疗

外科手术切除肺癌及其转移淋巴结和受侵的邻近组织是治疗肺癌古老而有效的方法，在各种治疗肺癌手术方法中能使患者获得治疗的唯一方法，在可以手术的肺癌患者中，手术也是综合治疗的基础。因此，凡确诊为肺癌患者具有适应者，均应及时争取尽早手术。在肺癌中，非小细胞肺癌的手术疗效比较好，术后平均 5 年生存率为 30% ~ 50%。在肺癌分期标准评估的原位癌或隐性癌经手术切除后可获得根治而痊愈。而肺癌肿块直径 < 2cm 的周围性肺癌或 I 期局限于大支气管壁的中央型肺癌，手术切除后 5 年的生存率可高达 50% ~ 70%。鳞癌术后 5 年生存率较高，腺癌次之，小细胞癌最差（放化疗效果较好）。但在放疗和化疗的治疗基础上采用辅助手术治疗局限性（I 期）小细胞癌术后 5 年生存率为 23% ~ 30%，肺癌手术切除后采用放疗、化疗、免

疫、中药等综合疗法较为理想，对延长寿命有重要意义。

手术目的、原则及适应症

1. 手术的目的与原则

①全部彻底干净切除肿瘤组织、转移淋巴结和受侵的邻近组织结构，使没有远处转移癌的患者达到临床治愈。

②肺癌淋巴结转移是影响术后生存率最强的负性因素，其生存率与 N1 淋巴结转移及其转移的数量均密切相关，因此手术着重清除切除部位及其相关的淋巴结，避免复发，提高生存率。

③切除肿瘤不让其种植或破裂，避免断面残留癌。

④相对而尽量切除绝大部分肿瘤组织及其淋巴结结构，为术后综合治疗（包括：放疗、化疗、免疫及中医药）创造有利条件。

⑤减少并发症，减轻痛苦，提高生活质量，以期延长寿命。

然而，根据国内外资料表明，由于肺癌早期不易发现，而 80% ~ 85% 的患者就诊时已到晚期而失去手术治疗机会，因此只有 20% 左右的肺癌患者可以手术治疗。

2. 手术适应症

①按肺癌国际 TNM 分期标准，肺癌的手术适应症为 0 期、I 期、II 期和 III a 期。上述各期是适应征仅限于 - 侧胸腔的非小细胞肺癌，是外科手术治疗首选最佳治疗方案，在国际 TNM 分期的 III a 期中的 T3 仍可手术切除治愈，累及同侧纵膈淋巴结 (N2) 病例术后 5 年生存率不到 10%，而 T3 术后 5 年生存率高达 40%。在 III b 期肺癌已有对侧淋巴转移 (N3) 和重要脏器转移 (T4) 或已有远处转移而不能手术者，但为了缓解肺癌患者的症状和远期无病生存，对原发癌灶及孤立转移癌灶仍可以考虑采取手术切除的可能性。

②只有无外科手术切除绝对禁忌证的肺癌患者，在进行临床分期评估手术切除的可能性的基础上，对肺储备功能评估后可以耐受预期手术，原则上应予以及时手术治疗，以期获得较好的效果。

③在无法取得病理、细胞学或其方法明确诊断，但临床上高度疑似肺癌且不能排除肺癌可能性患者，应做手术探查以便明确诊断，不失时机地进行相应的治疗。

第五节 对于肺癌治疗之我见

一、治疗原则

首先我要着重的论述一下，脾胃——肺——大肠的关系，及其对于肺癌治疗的意义。

1. 脾胃与肺的关系

(1) 水液代谢方面 脾主运化，为水液升降出入的枢纽，肺主宣发肃降、通调水道。脾肺共同作用，维持着水液代谢的平衡。水液经过脾胃的吸收运化，再由脾上输于肺，肺再通过宣发将津液输布于全身，多余的水液再通过肺的肃降和脾的传输，向下到达肾和膀胱排出体外，有升必有降，有入必有出，这样有序的周而复始，人体才能维持动态平衡，保持健康。

(2) 气生成的方面 脾主运化，可以运化饮食，产生水谷精微之气，是产生气的基础；肺主气，司呼吸，可以吸入清气。所以有“肺为主气之枢，脾为生气之源”之说。如水谷精微之气与清气可以生成宗气并积于胸中，宗气走息道助肺呼吸，贯心脉助心行血。五行中脾属土，肺属金，土能生金，所以脾与肺之间是母子的关系。《薛生白医案》中有：“脾为元气之本，赖谷气以生，肺为气化之源，而寄养于脾也。”的论述。

脾肺的关系在治疗肺癌的方面有着重要的意义。我在上边已经提到了痰湿瘀滞是肺癌最重要的致病因素，痰由肺出只是外在表现，痰作为水液的一种存在形式，在脾与肺的在水液代谢方面的关系中可以发现痰是由脾而生的，上传到肺，故中医认为

“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”由于脾气虚衰，水湿不运，湿浊内生，化痰成饮，而痰饮就会上传至肺，并聚集于肺，这样痰湿瘀滞就产生了。脾气虚衰，运化失司，水谷精微化源不足，导致肺气不足，这就是所谓的土不能生金。痰湿瘀滞这是邪盛，肺气虚衰这是正虚，邪盛正虚疾病乃至。由此可见肺癌的发生中肺不是病源，又由于“肺为娇脏”不容异物，不容易直接用药，所以我主张治肺癌当先治脾，正所谓釜底抽薪，在临床中的效果十分理想。

2. 肺与大肠的关系

肺与大肠关系主要是通过静脉相互络属构成的表里相合的关系。肺的手太阴之脉与大肠的手阳明之脉是相表里的关系。生理上肺主肃降，肺气下降从而有助于大肠的传导，有助于糟粕的下行。病理上一旦肺气虚弱，肺失肃降，则：（1）肺气不足，不能有力的推动大肠的传导。（2）肺失肃降则津液不能下达，大肠不能得到濡养，传导功能也将失常。同时，若肺有了病邪也必将通过表里关系下传到大肠，使大肠传导功能也受到损害。而大肠的传导功能不能正常运作体内的糟粕就不能及时的排出体外，从而造成机体的内环境进一步恶化，导致疾病的发展。

当肺癌发生时，肺气的虚衰，津液不能濡润大肠，同时在肺癌的发展过程中常见肺之邪热下传至大肠，导致了大肠的传导功能的丧失，临床表现为肺癌患者往往出现长期大便秘结、干如土块，作为人体代谢产物的大便，其中含有大量的毒素，在大肠内停留的时间过长，又由于大肠也有一定的吸收作用，大量的毒素被人体再次吸收，这些毒素刺激肺癌患者的身体使之出现发热不退，且常规手段很难退热。这时就当通其大便泄其邪热，大肠的邪热去则肺的邪热就随之泄去，患者的情况就必定会有很大程度的好转。

由上可知，我对于肺癌的治疗主要是基于对脾胃——肺——

大肠关系的研究、思考、总结临床的观察和联系上，治肺要先调理好脾肺和大肠。

3. 我的临床治疗原则有以下几点

(1) 治疗方法的制定和方药的应用一定要遵循“三印、四触、一条线”的辩证法则。所以辩证一定要准确。中医的诊疗原则及程序是先要辩证准确才能立法，才能用药。

(2) 在准确辩证的基础上，用药的剂量一般要超出常量3~4倍（具体用量根据病情而定）。这样的用药方法有以下方面的原因：

①首先，这主要是因为恶性肿瘤的耐药性，众所周知肿瘤有很强的耐药性，一般的剂量用药很难产生明显的治疗效果，所以我打破传统观念，只要是能够准确的辩证，我就足量用药，这样对于肺癌这样的恶性肿瘤往往效果较好，故有“用大毒治其十，用中毒治七八，用小毒不治病。”的说法（这里的毒是指用药的量），也就是只有在辩证用药准确的前提下用药量一定要足够，这样才有足够的抗邪力量。

②因为无论是一次性用足够的量，还是少量渐进的用药，当药的总量相同时它所产生的毒副作用基本上是相同的，所以用超常的用量可以使在相同的毒副作用的情况下，取得更好的治疗效果。

③现在人体对药物的敏感程度较之以前也有所下降，所以有时在用药的时候，完全按照经典用量用药就难以达到理想的效果，比如原来用青霉素只用到十几万单位就可以了，而现在要用到数百万个单位才可以产生较好的治疗效果。

④现在的野生中药材已经十分匮乏，所以基本使用人工培育的药材，人工培育的药材生长年份少、迅速成材，造成人工药材相对于野生药材来说有效成分不足，这样一来用同样剂量的药材其治病效果就会降低，再加之现代人的药物敏感性降低，就导致

了药效的缓慢或降低，甚者无效。

所以我主张在辨证准确的基础上，用药的剂量要超过常规用量，这样才能取得较好的治疗效果。

(3) 用药要有科学性，就是用药第一要按照药典，第二要根据病情结合现代治疗手段。

二、治疗方法

由于独特的诊断方法和治疗理念的指导，我对肺癌的治疗方法也较有特色并卓有成效。

(一) “三维一体法”

“三维一体法”主要以药疗、心疗、体疗、食疗为一体的综合疗法贯穿治疗的全过程，经过对上万名国内外肺癌患者临床观察，它起到了抑制肿瘤，改善症状，提高生活质量，防止复发和转移，延长生命的效果，此疗法并发症少，毒副作用低，疗效显著，治疗费用合理。

明确“三印、四触、一条线”的诊断，来指导用药和食疗。

(1) 十指无甲印，舌腮齿深重发紫，大寒型

征象：面不华，精神差，体胖乏力，四肢冰冷，常感冒不愈，或反复发生，纳差消化不良，尿频急，妇女痛经，带多异味。

食疗：多食生姜、胡椒、大蒜、牛羊肉、乌鸡等。

药疗：附子理中丸（汤），加大附子、肉桂用量。

(2) 两拇指有甲印，寒型体质，舌印、腮齿明显

征象：怕冷恶寒凉，精神差，体胖乏力，四肢冷，胃消化差，感冒不断，便溏，尿频，妇女痛经带下。

食疗：多食生姜，辛辣物，喝红茶，忌食生冷。

药疗：附子理中丸（汤），治疗后甲印长出。

(3) 十指甲印小不全，“齿舌印有无不定”，偏寒型

征象：与寒型体质略同，身冷怕凉，多喜热饮食物。

食疗：多食生姜，辛辣食物，少食生冷凉饮。

药疗：附子理中丸（汤）注意大便通畅，忌食生冷少吹凉风。

（4）十指特大甲印（大热型），无舌腮齿印

征象：面红润，精力足，声洪亮，消化功能好，体健壮，不怕冷，衣被单薄，口、舌干，喜冷饮，易烦热，常开门窗吹空调。

食疗：多食蔬菜、水果，喝绿茶、花茶，少食辛辣。

药疗：麦味地黄丸，知柏地黄丸（汤），大便干燥服蕃泻叶、元明粉加蜂蜜代茶饮。

（5）十指大甲印，热型，正常腮无齿印

征象：不怕冷，喜凉冷等食物。

食疗：多食蔬菜、水果、冷饮、绿茶等。

药疗：知柏地黄丸（汤）均可，忌辛辣食物。

（6）两手小指微甲印，8个指甲有印，有无齿腮印均可，偏热型体质

征象：口舌咽干、头晕、喜凉饮但不多饮，时有怕寒冷。

食疗：食蔬菜、水果、冷饮、花茶，忌食辛辣食物。

药疗：麦味地黄丸或通便药等。

（7）大甲印寒热溶合，有无齿印均可，寒热溶合型

征象：口舌、咽干、头晕、喜凉饮但不多饮，时有怕寒冷。

食疗：食蔬菜、水果、冷饮、花茶。

药疗：口干服麦味地黄丸，头晕服杞菊地黄丸。

注意通便，用火麻仁丸、芦荟通便灵，忌食辛辣食物。

（二）攻结之毒，破瘀滞流，顾全整体的治疗方法

肿瘤的发生既有六淫、七情、劳伤之诱因，又有机体阴阳失调，气血逆乱之异常，但结久而生毒，在体内的蓄积是决定因

素，癌症病人尤其是晚期患者，身体非常虚弱，但其“弱”是“因病而致弱”，是结而生毒作用的结果，只有驱毒祛邪才能使元气恢复。所以清除毒邪为先。以张子和攻下以驱邪的思想，常以祛毒、破瘀、攻下之结，用于各种类型的癌症，根据整体情况和病性的寒热虚实选择药味和加减化裁。祛毒常用斑蝥、蟾酥。破瘀滞流常用桃红四物、三棱、莪术、水蛭、虻虫、松罗等。攻下常用川军、元明粉、蕃泻叶、槟榔、二丑等。癌症患者脾肾阳虚、寒瘀毒结者多见，加桂、附、良姜，辛热温里，下元虚寒加杜仲，胃脘脐左板滞压痛，必攻下而取之胜，在此基础上重点研究制定治疗肺癌专用药。七贝肺安（原名肺丹），其特点是病在肺不治其肺，治癌性高热不退而通下取效，咳、痰、喘温胃补脾而愈，胸水不抽治肠而消。

（三）中医对于肺癌并发哮喘的治疗

“过钱”之说，系指细辛入散剂而言，复方汤剂内每服酌用细辛6~9克，煎取日2~3次分服，多无大碍，反具顿挫病势之殊功。治病一定要考虑到病机和药物的升降开阖，仲景方中姜、辛、味的配伍，提出了肺癌合并哮喘有新、久、虚、实之分。新喘、实喘责之于肺，有邪为实；久喘、虚喘责之于肾，无邪为虚。初起多系感寒而发，急则当治其标。对脉促数而喘者，轻则半夏厚朴汤加减，重则越婢术夏汤增减（麻黄、生石膏、半夏、炙甘草、白术、生姜、大枣、厚朴、细辛、五味子）；胸腹胀满者，厚朴麻黄汤主之；痰饮较甚，喉间痰鸣如水鸡声者，射干麻黄汤甚佳；寒包火者，适用麻杏甘石汤或白果定喘汤；兼烦躁者，大青龙加重石膏；表寒里饮，咳唾白色泡沫状痰，小青龙汤最为合拍。惟以上方剂中，举凡（干或生）姜、（细）辛、（五）味（子）配伍并用者，三药一定要等重量。若担心细辛量大，小量投服之，则其效立减。所谓“辛不范例”。

及至哮喘中期，有虚有实，即本虚标实、大小青龙汤及射干

麻黄汤均不相宜，后世人参定喘汤、人参麻黄汤皆标本同治之方，不过均偏重在实。气虚者，久病喘促之发，已不受季节气候之影响，但见脉上部浮数，下部两尺沉细，为上盛下虚，以下虚为主。治疗宜大补肺气、纳气归肾。给予全真一气汤蜕化方：

人参 30~60 克，熟地 30 克，山萸肉 12 克，麦冬 15 克，五味子 3 克，怀牛膝 10 克，白芥子 6 克，生姜 5 片。

我曾用此方治愈或控制多例此型多年哮喘患者。人参小剂量应用其性上浮，大剂量应用则下沉。半虚半实用人参定喘汤，乃人参与麻黄同用即此意。前人用人参每服达 90 克之多，我酌情用 30~60 克亦佳。《景岳全书》用贞元饮（熟地 120 克，当归 21 克，甘草 12 克），徐灵胎甚至主张用人参块。但实证用此法，要犯虚虚实实之戒。

后期痰如泉涌之哮喘，可用桂附地黄汤，以温化痰饮，填补下元。久虚之体，每多中州运化失职，痰涎壅生不已。若不及时采取对应措施，渐至正气虚甚，则肾水上泛，龙雷之火上亢，终至毙命。后期肺脾肾俱虚之哮喘，人参、熟地既治其本，亦上好之化痰药。久病暴喘，用蛤蚧尾 0.2 克研末，顿冲服，劫喘甚效。平素每日佐食炙核桃 3~5 个，对治疗虚喘颇有助益。病情得以控制后（静止期），根据祖国医学理论，先投肾气丸加沉香、五味子以纳气归根；继用脾肾同治法，即先后天并重，晨服五味异功散或六君子丸，晚服肾气丸，以扶正培本，巩固疗效。

“三分医药，七分调养”。适其劳逸，过劳或久卧哮喘亦概莫能外。一要知宜知避。预防感冒，以免外感引动内饮；盐哮喘之人，要忌食糖、盐。二要知过劳皆可伤气。故须劳逸适度；久哮之人，尤应远房帙，以顾护本元。三要节其饮食。以清淡为佳，膏粱厚味足以导致湿热，皆宜节制之。

第六节 肺癌治疗药七贝肺安颗粒的研制

一、摘要

七贝肺安颗粒系由三七、丹参、瓜蒌、龙葵、白术等中药组成，具有活血化瘀、化痰散结、清热解毒之功用，主治肺癌属于痰瘀互结、热毒内蕴证的中药制剂。本工作对其主要药效学进行了抗癌、活血化瘀、免疫增强等方面的实验观察，实验结果表明：

①七贝肺安颗粒对小鼠 Lewis 肺癌及 S180 肉瘤有明显的抑瘤作用，说明七贝肺安颗粒有明显的抗癌作用。

②七贝肺安颗粒可显著增强荷瘤鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能及血清溶血素的生成，说明七贝肺安颗粒有免疫增强作用。

③七贝肺安颗粒对急性血瘀模型大鼠 4 个切变率下 ($1S^{-1}$ 、 $5S^{-1}$ 、 $50S^{-1}$ 、 $100S^{-1}$) 增加的全血黏度及红细胞聚集指数 (AI) 均有明显的改善作用，说明七贝肺安颗粒有明显的活血化瘀作用。

二、药理与毒理研究

实验目的：

对七贝肺安颗粒的主要药效学进行实验研究，观察七贝肺安颗粒是否对荷瘤鼠有抑瘤及免疫增强作用，对血瘀模型大鼠是否有活血化瘀作用。

(1) 动物 健康昆明种小鼠 18~22 克，雌雄均用，北京大学医学部实验动物部提供，质量合格证：医动字第 01-3049 号。健康 C57BJ/6J 小鼠，18~22 克，雌雄均用，北京大学医学部实验动物部提供，质量合格证：医动字第 01-3044 号。抑瘤实验，

同批实验使用同一性别。健康 SD 大鼠，180 ~ 220 克，雌雄各半，北京大学医学部实验动物部提供，质量合格证：医动字01 ~ 3054 号。

(2) 受试药物 七贝肺安颗粒，由北京市崇文医健安医院提供，批号：000201，1g 颗粒剂相当于生药 1.782g。实验前用去离子水配成浓度为 0.221g 生药/ml 的水溶液。

(3) 阳性对照药 参莲胶囊 (3.6g/Kg)，通化金马药业股份有限公司，批号：991001，(94) 卫药准字 Z-58 号，实验前用去离子配成浓度为 0.072g/ml 的溶液。顺铂 (2.0mg/Kg)，齐鲁制药厂生产，批号：9904006，鲁卫药准字 (1995) 第 062015 号，给药当天用生理盐水无菌配成 0.2mg/ml 水溶液。

(4) 瘤种 Lewis 肺癌，肉瘤 S180，由中国医学科学院药物所药理室提供。

[实验方法]

三、抗癌作用

(1) 小鼠 Lewis 肺癌的抑瘤作用 无菌取生长良好的 Lewis 肺癌小鼠肿瘤，称重，用生理盐水匀浆，100 目尼龙网过滤，制成 2.5×10^7 /ml 的瘤细胞悬液，给 Lewis 小鼠右腋下接种，0.2ml/只，24 小时后称取体重，根据体重随机分为 6 组，每组 10 只，分别为荷瘤模型对照组 (简称模型组)、参莲胶囊阳性对照组 (3.6g/Kg，简称参莲组) 顺铂阳性对照组 (0.2mg/Kg，简称顺铂组) 及七贝肺安颗粒低剂量组 (11.040g 生药/Kg，简称肺低组)、中剂量组 (22.080g 生药/Kg，简称肺中组)、高剂量组 (44.160g 生药/Kg，简称肺高组，分别为人临床用量 1.069 生药/Kg 的 10、20、40 倍。除顺铂组外各组按体重灌胃给药，隔日给药一次，共注射 4 次。末次给药 24 小时后称取体重，

处死动物取瘤称重，计算各组平均瘤重及瘤重抑制率。此实验重复二次，共进行三次。

(2) 小鼠 S180 肉瘤的抑瘤作用 无菌取生长良好的 S180 肉瘤（腹水型）小鼠腹水，用生理盐水制成 2.5×10^7 /ml 的瘤细胞悬液，给昆明种小鼠右腋下接种，0.2ml/只，24 小时后称重，分组、给药、取瘤同前。此实验重复二次，共进行三次。

四、扶正作用

1. 对 Lewis 肺癌荷瘤小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响

A. 鸡红细胞制备：无菌取鸡静脉血，放入 5 倍阿氏液中摇匀，4℃ 保存。使用前用生理盐水洗涤三次，每次 1500rpm 离心 5 分钟，弃上清，用生理盐水配成 5% 鸡红细胞悬液。B. 接种及给药：接种 Lewis 肺癌细胞，方法及分组同前，另设正常对照组（未接种瘤细胞，简称正常组），给药同前，模型组及正常给等体积去离子水。末次给药 24 小时后称取体重，处死动物，收集腹腔巨噬细胞，测定其吞噬百分率及吞噬指数（方法见下面），并计算各组均数：取瘤称重，计算平均瘤重及瘤重抑制率。C. 巨噬细胞吞噬百分率及吞噬指数的测定：处死动物后，向腹腔内注射 Hank's 液 3.0ml 充分洗刷腹腔后吸出腹腔液 2ml，将腹腔液滴于干净的载玻片上，每片 0.5ml，每只小鼠 2 片，放湿盒内置 37℃ 恒温箱育 30 分钟，用温生理盐水漂洗玻片后晾干，甲醇固定，4% 的姬姆萨—瑞氏染液染色 5 分钟，用去离子水漂洗，油镜下观察，每片计数 100 个巨噬细胞吞噬鸡细胞情况，两片合并，按下列公式计算巨噬细胞的吞噬百分率及吞噬指数。

吞噬百分率 = (吞噬鸡红细胞的巨噬细胞数 ÷ 200) × 100%

吞噬指数 = 被吞噬的鸡红细胞总数 ÷ 200

2. 对 Lewis 肺癌荷瘤小鼠血清溶血素抗体生成的影响

A. 绵羊红细胞制备：无菌从健康绵羊外颈脉取血，置于内

盛玻璃珠的灭菌锥形瓶中，摇动 10 分钟以除去纤维蛋白，4℃ 保存备用，用时取上述保存的羊细胞液，用生理盐水洗涤 3 次（2000rpm 离心 5 分钟），弃上清，用生理盐水制成 1% 红细胞悬液备用。B. 接种、分组、给药、免疫：接种 Lewis 肺癌细胞，方法及分组同前，设正常组给等体积去离子水。于实验第 3 天腹腔注射绵羊红细胞悬液 0.2ml/20g 体重。末次给药 24 小时后称取体重，眼眶取血进行溶血素测定：取瘤称重，计算平均瘤重及瘤重抑制率。C. 溶血素测定：眼眶取血，放置 1 小时后 2000rpm 离心 10 分钟，冰浴终止反应后 2000rpm 离心 10 分钟。

取上清 1ml，加都氏试剂 3ml 充分混匀，放置 10 分钟，于 540nm 处以对照管作空白，分别测定各管吸收度值，以绵羊红细胞稀释液 0.25ml 加都氏试剂 3.75ml 测绵羊红细胞半数溶血时吸收度值。

$$\text{样品 HC50} = (\text{样品吸收度值} \div \text{羊红细胞半数溶血时吸收度值}) \times 500$$

	样品管	对照管
稀释血清	1ml	-
生理盐水	-	1ml
绵羊红细胞稀释液	0.5ml	0.5ml
1:1 豚鼠血清稀释液	1ml	1ml

五、活血化瘀作用

对急性血瘀模型大鼠全血黏度及红细胞聚集指数的影响：称重，将大鼠根据体重随机分为 6 组，每组 10 只，雌雄各半，分别为正常对照组（简称正常组）、模型对照组（简称模型组）、参莲胶囊阳性对照组（3.6g/kg，简称参莲组）及七贝肺安颗粒低剂量组（11.040g 生药/kg，简称肺低组）、中剂量组（22.080g 生药/kg，简称肺中组）、高剂量组（44.160g 生药/kg，简称肺高组）。

组)。按体重灌胃给药, 每日 2 次, 连续用药 7 天, 正常组及模型组给等量去离子水。末次给药后禁食给水, 并皮下注射盐酸肾上腺素 $8\mu\text{g}/\text{kg}$ 体重 (正常对照组除外), 间隔 4 小时重复注射 1 次, 在两次注射之间 (前后各 2 小时) 将大鼠浸入冰水 5 分钟 (正常对照组除外)。末次给药 24 小时后腹腔注射 2% 戊巴比妥钠 $2\text{ml}/\text{kg}$ 体重麻醉, 腹主动脉取血, 肝素钠抗凝, HF-2 血液流变仪测高低功变率 (1S^{-1} 、 5S^{-1} 、 50S^{-1} 、 100S^{-1}) 下的全血黏度, 计算红细胞聚集指数 ($\text{AI} = \eta_{\text{al}}/\eta_{\text{a100}}$)。用 Excel197 进行数据管理, SPSS8.0 for windows 进行数据处理。

[实验结果]

(一) 抗癌作用

1. 对小鼠 Lewis 肺癌的抑瘤作用

七贝肺安颗粒对小鼠 Lewis 肺癌有明显的抑瘤作用。按前述方法分组给药实验重复三批, 三批结果均表明七贝肺安颗粒有抑制 Lewis 肺癌肿瘤生长作用。11.040g 生药/kg 剂量组的瘤重抑制率为 37.04%、39.14% 及 33.54%、22.080g 生药/kg 剂量组的瘤重抑制率为 54.31%、54.14% 及 47.12g 生药/kg, 47.160g 生药/kg 药剂量组的瘤重抑制率为 29.29%、44.80%、34.97%, 见表 1, 图 1。照片 1-7。与参莲胶囊组比较, 两药作用相当。顺铂的抑瘤作用略优于七贝肺安颗粒。

2. 对小鼠 S180 肉瘤的抑瘤作用

七贝肺安颗粒对小鼠 S180 肉瘤有明显的抑瘤作用。按前述方法分组给药实验重复三批, 三批结果均表明七贝安颗粒有抑制肿瘤生长作用。11.040g 生药/kg 剂量组的瘤重抑制率为 53.17%、43.33% 及 35.61%、22.080g 生药/kg 剂量组的瘤重抑制率为 65.52%、57.53% 及 50.67g, 4 对小鼠 S180 肉瘤的抑瘤作用: 七贝肺安颗粒对小鼠 S180 肉瘤有明显 4.160g 生药/kg 剂

量组的瘤重抑制率为 43.40%、40.09% 及 39.44%，见表 2，图 2，照片 8-14。七贝肺安颗粒 11.040g 生药/kg（低剂量组）及 44.160g 生药/kg（高剂量组）的作用与参莲胶囊作用相当，而 22.080g 生药/kg 剂量组（中剂量组）的作用略低于参莲胶囊。顺铂的抑瘤作用明显优于七贝肺安颗粒。

（二）扶正作用

1. 对 Lewis 肺癌荷瘤小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响

七贝肺安颗粒可明显地增强荷瘤鼠的非特异性免疫功能。按前述方法分组实验结果表明，七贝肺安颗粒可显著增强 Lewis 肺癌荷瘤小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬百分率及吞噬指数，11.040g 生药/kg 剂量组的吞噬百分率及吞噬指数分别为 38.3% 及 0.85，22.080g 生药/kg 剂量组的为 39.6% 及 0.89，44.160g 生药/kg 剂量组的则为 25.7% 及 0.47，见表 3，图 3。与参莲组比较，两药作用相当。在抑瘤方面，顺铂的作用优于七贝肺安颗粒；但在荷瘤鼠的巨噬细胞吞噬功能方面，七贝肺安颗粒的作用则明显优于顺铂，顺铂对荷瘤鼠的巨噬细胞吞噬功能有明显的抑制作用。

2. Lewis 肺癌荷瘤小鼠血清溶血素抗体生长的影响

七贝肺安颗粒对荷瘤鼠的血清溶血素的生长有明显的促进作用。按前述方法分组实验结果表明，七贝肺安颗粒可明显增加荷瘤鼠血清的半数溶血值（HC50），11.040g 生药/kg 剂量组的 HC50 为 320.6，22.080 生药/kg 剂量组为 352.9，44.160g 生药/kg 剂量组的则为 283.3，见表 4，图 4。与参莲组比较，两药作用相当。与顺铂组比较。在抑瘤方面，顺铂的作用优于七贝肺安颗粒；但在荷瘤鼠的溶血素生成方面，七贝肺安颗粒的作用则明显优于顺铂，顺铂对荷瘤鼠的溶血素生成有明显的抑制作用。

（三）活血化瘀作用

七贝肺安颗粒有明显的活血化瘀作用。按前述方法分组实验

结果表明,七贝肺安颗粒对急性血瘀模型大鼠4个切率下($1S^{-1}$ 、 $5S^{-1}$ 、 $50S^{-1}$ 、 $100S^{-1}$)的增强的全血黏度及红细胞聚集指数(AI)均有明显的改善作用,见表5,图5-6。与参莲组比较,可见两药作用相当。

实验小结:

本研究对七贝肺安颗粒的主要药效学进行了实验观察,实验结果表明:

①七贝肺安颗粒对小鼠Lewis肺癌及S180肉瘤有明显的抑瘤作用,表明七贝肺安颗粒有抑制肿瘤生长作用。

②七贝肺安颗粒可显著增强荷瘤鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能及血清溶血素的生成,说明七贝肺安颗粒有免疫增强作用。

③七贝肺安颗粒对急性血瘀模型大鼠4个切变率下($1S^{-1}$ 、 $5S^{-1}$ 、 $50S^{-1}$ 、 $100S^{-1}$)增加的全血黏度及红细胞聚集指数(AI)均有明显的改善作用,说明七贝肺安颗粒有明显的活血化瘀作用。

四、七贝肺安颗粒治疗肺癌临床验证总结报告

北京市药品监督管理局批准(2000年11月28日)并同意我院对七贝肺安颗粒疗效进行临床验证后,我院随机观察了60例肺癌患者,现将临床验证结果报告如下:

1. 资料方法

1) 临床资料 60例肺部肿瘤者,均经病理学及X线胸片、CT等检查确诊,均未做放、化疗及手术治疗。男36例、女24例,年龄34~80岁,平均年龄61岁,组织学类型:鳞癌31例、腺癌24例、小细胞肺癌5例。按TNM分期:Ⅱ23例、ⅢA24例、ⅢB6例、Ⅳ7例。

2) 治疗方法 七贝肺安颗粒10克,一日三次,一次10克。30天为一疗程,一般3~6个疗程观察疗效。

3) 观察指标

(1) 近期疗效 按 WHO 实体瘤疗效标准, 即完全缓解 (CR), 部分缓解 (PR), 无变化 (NC), 进展 (PD)。

(2) 人体功能状态 (Kanmofsky) 治疗前后比较, 评分增加大于 10 分为好转, 减少大于 10 分恶化, 两者之间为稳定。

(3) 体重变化 治疗前后测量一次, 治疗前后比较体重 $\geq 1\text{kg}$ 为增加, $< 1\text{kg}$ 为下降, 其余为稳定。

(4) 症状变化 咳嗽气喘, 痰中带血, 咳血, 胸痛, 胸闷, 治疗前后比较, 以自述症状有无为准。

(5) 毒副反应 治疗前后对血液、肝功、肾功、大便、小便进行一次检查。

2. 结果

1) 近期疗效

本组资料无完全缓解 (CR) 病例, 部分缓解 (PR) 占 36.6% (22/60), 无变化 (NC) 占 63.3% (38/60), 无进展 (PD) 病例。其中鳞癌 31 例, 有效为 15 例占 48.3%; 腺癌 24 例有效占 20.8%; 小细胞肺癌 5 例, 有效 2 例占 40%。

2) 人体功能状态

治疗后 18.3% 的患者人体功能状态有所提高, 而 81.6% 患者处于移稳定状态。

3) 体重变化

治疗前后比较, 体重增加 36 人占 60%, 体重稳定无变化者 16 人占 26.6%, 体重下降者 8 人占 13.3%。

4) 自觉症状的变化

治疗的 60 例患者中咳喘症状消失者 38 例占 65.4%, 6~8 周咳喘症状消失者 11 例占 18.9%, 9 例 (占 15%) 咳喘症状未治愈。30 例患者有胸痛胸闷, 服药 2~4 周症状消失者 15 人占 50%, 6~8 周症状消失者 11 人占 36.6%, 尚有 4 例患者 (占

13.3%胸痛胸闷症状未能治愈。痰中带血者17例,服药二个疗程中16例痊愈占94.2%,1例未愈占5.8%。

5) 毒副反应

治疗前后对血液、肝、肾功能,大小便检测未发现异常变化。

3. 讨论

动物实验研究结果证明:七贝肺安颗粒对小鼠 Lewis 肺癌及 S180 肉瘤均具有明显的抑瘤作用,七贝肺安颗粒组与参莲胶囊组(中药组)对比,两药作用相当,而仅次于顺铂组(西药组),与模型组对比其抑瘤作用有显著性差异($P < 0.001$)。七贝肺安颗粒这一抗癌作用,在临床验证中获得了肯定疗效,在治疗的60例肺癌患者中肿瘤缩小 $\geq 50\%$ 者22例,有效率占36.6%。而稳定率63.3%,这一疗效与目前化疗的疗效基本相当。初步证明:七贝肺安颗粒对鳞癌疗效好于腺癌,其有效率分别为48.4%(15/30)和20.8%(5/24)。治疗后机体的功能状态明显改善的占18.3%,而81.6%处于稳定状态。治疗后60%的患者体重增加,26.6%处于稳定状态。治疗后咳嗽气喘、胸痛胸闷及痰中带血,在二个疗程中分别有84.5%,86.7%及94.2%症状消失。以上表明:七贝肺安颗粒具有标本兼治作用。

动物毒性试验证明,给小鼠七贝肺安颗粒的剂量是成人临床用量的140倍,未发现任何中毒症状,为此获免做长毒性测验。在临床验证中,60例肺癌患者口服七贝肺安颗粒后,未发现对肝、肾、骨髓及消化系统的功能损伤及产生任何毒副作用。

综上所述,七贝肺安颗粒对肺癌患者具有肯定抗癌效果,其优点在于具有一定抗癌疗效的同时,尚能改善患者的机能状态,提高患者的生存质量,无化疗药物引起患者恶心、呕吐、脱发、白细胞降低、免疫功能低下及进食困难等难以承受的痛苦。总之,七贝肺安颗粒是具有安全有效,无任何毒副作用而标本兼治

的抗癌新药。

五、“七贝肺安”治疗肺癌 3500 例临床观察

(一) 资料与方法

(1) 一般资料 3500 例原发性肺癌患者中年龄最大 73 岁，最小 27 岁。男性 2300 例，女性 1140 例，病情最长 13 个月，最短 20 天。

(2) 病况和病理分类 术后复发 240 例，肺癌转移 160 例，肝癌转移 300 例，骨癌转移 60 例，淋巴转移 120 例，脑癌转移 60 例，肺癌合并肺不张 1060 例，胸腔积液 720 例，术后化疗，放疗复发 240 例，心包转移 62 例。按部位分型为中心型 1920 例，周围型 1280 例，按组织学分型：鳞状细胞癌 1320 例，小细胞型 620 例，腺癌 140 例，大细胞型 100 例，细支气管肺泡癌 820 例。

(3) 诊断标准 无原因的持续性呛咳、反复痰中带血、肺部局限性炎症反复发作，胸痛发热，肺结核除外。

- ①X 线片及 CT、核磁共振检查确诊。
- ②支气管镜检及病理痰脱落细胞学检查确诊。
- ③活检：肺及胸腔穿刺或转移淋巴结活检确诊。
- ④化验检查：血沉增快，乳酸脱氢酶和碱性磷酸酶增高。

(4) 治疗方法 “七贝肺安”每日 3 次，每次 6g，饭后服用，此药口服一个月为一个疗程，可单独服用此药，又可配合放、化疗同时服用。笔者治疗 3500 例肺癌患者多为失去手术、放、化疗机会的晚期病人或术后复发转移者。

(二) 结果

(1) 疗效标准 按 1978 年在常州召开的“全国抗肿瘤药物研究学术会议”制定的“抗肿瘤药物疗效评定标准”。

(2) 疗效评定 用“七贝肺安”治疗 3500 例，痊愈 249，占 7.1%；显效 952 例，占 27.2%；有效 1452 例，占 41.8%，好转 550 例，占 15.7%；无效 287 例，占 8.2%，总有效率 91.8%。

(3) 服药后药物起效时间平均 ± 8 天 治疗后随访，存活 8 个月至 1 年者 840 例，1 年至 2 年者 610 例，3 年至 4 年者 288 例，5 年以上者 220 例。

(三) 讨论

肺癌为支气管黏膜、细支气管肺泡的原发性或继发性恶性肿瘤，死亡率居各种恶性肿瘤之首。国外曾有报道：1960 例确诊后未经治疗的肺癌病人 95% 在 1 年内死亡，平均存活仅 4.2 个月。国内外均以手术、放疗、化疗为主要治疗手段，但疗效较差。美国的肺癌治愈率平均为 10%，手术后 5 年存活率为 20%。而我国自从采用中西医结合治疗及多种方法并用后，肺癌疗效有了进一步提高。笔者采用中药传统炮制方法和现代科学精制而成的“七贝肺安”纯中药制剂，是治疗肺癌的有效中成药。它不仅能控制癌细胞生长和转移，亦可逆转癌瘤基因和变异细胞，使异变的细胞与功能恢复正常。具有驱毒抗癌、活血化痰、软坚散结，止咳化痰、润肺平喘、祛腐生肌、健运脾胃、扶正祛邪之功效。用于 3500 例肺癌患者，总有效率 91.8%，有效地延长了患者生命，缓解了病人痛苦。本品疗效显著，长期服用无毒副作用，可单用也可与手术、放疗化疗配合使用，是一种值得广泛推广使用的有效抗癌药物。肺脏在机体生理功能上有其独特性，其位置高为五脏之华盖，上连于气，可呼吸。由气机出入升降失常及由此引起的一系列病理变化，肺朝百脉，极易引起全身转移。同时肺为娇脏，贯通百脉而与其他脏腑沟通，故其他脏腑有病时也易累及于肺。因此，肺部病理变化非常复杂。基于此而制成的七贝肺安制剂，从整体观出发，对各型肺癌均起到标本兼治，药到

病除之效。

(四) 病例

右支气管肺癌伴纵膈、肺内、隆突下颈部淋巴结转移。

高润莲：女性，68岁，河北省崇孔县高家营村人。1989年3月16日，因咳嗽、咯血痰、呼吸困难、高热在当地医院按肺结核治疗无效而病情加重，发展至今稍活动即喘，咯大量血痰，面部浮肿，颈部肿胀。先后到张家口医学院第一附属医院及解放军二五一医院经CT、支气管镜检查、病理检验确诊为“低分化腺癌”，纵膈、肺内、隆突下颈部淋巴结转移，胸腔积液。因失去手术、放疗、化疗治疗机会，要求中医药治疗。于1989年5月31日来本院治疗，经检查诊断已属晚期，给予“七贝肺安”系列药品治疗三个月后病情好转，并自行来院复诊，体重增加3公斤，6个月后自觉症状消失，CT检查，原病灶全部吸收消失。继续服药至13个月后生活自理，胜任家务。1998年7月随访健在。

表1 七贝肺安颗粒对 Lewis 肺癌小鼠瘤重的影响 (g, X ± SD)

组别	动物数 (只)	剂量	体重(g)		瘤重 (g)	抑瘤率 (%)
			给药前	给药后		
高剂量	10	44.160g/Kg	19.63 ± 0.60	18.37 ± 0.85	1.195 ± 0.316 ^{***}	29.29
中剂量	10	22.080g/Kg	19.66 ± 0.72	18.41 ± 0.98	0.772 ± 0.257 ^{***}	54.31
低剂量	10	11.040g/Kg	19.64 ± 0.55	18.88 ± 0.76	1.064 ± 0.194 ^{***}	37.04
顺铂组	10	2.0mg/Kg	19.66 ± 0.73	17.63 ± 0.75	0.891 ± 0.294 ^{***}	47.28
参莲组	10	3.600g/Kg	19.67 ± 0.72	18.96 ± 1.56	0.874 ± 0.230 ^{***}	48.28
模型组	10		19.63 ± 0.67	18.22 ± 1.34	1.685 ± 0.307	
高剂量	10	44.160g/Kg	20.11 ± 0.92	19.03 ± 0.89	1.092 ± 0.346 ^{***}	44.80
中剂量	10	22.080g/Kg	20.13 ± 0.82	19.03 ± 1.10	0.908 ± 0.277 ^{***}	54.14
低剂量	10	11.040g/Kg	20.09 ± 0.87	19.40 ± 1.17	1.205 ± 0.342 ^{***}	39.14
顺铂组	10	2.0mg/Kg	20.14 ± 0.82	18.29 ± 0.78	0.747 ± 0.206 ^{***}	62.27
参莲组	10	3.600g/Kg	20.10 ± 0.94	19.14 ± 1.24	0.890 ± 0.196 ^{***}	55.05
模型组	10		20.13 ± 0.82	18.66 ± 1.20	1.977 ± 0.407	
高剂量	10	44.160g/Kg	19.51 ± 0.95	18.68 ± 0.99	1.140 ± 0.321 ^{***}	34.97

续表

组别	动物数 (只)	剂量	体重(g)		瘤重 (g)	抑瘤率 (%)
			给药前	给药后		
中剂量	10	22.080g/Kg	19.53 ± 0.95	18.77 ± 1.25	0.927 ± 0.251 ^{***}	47.12
低剂量	10	11.040g/Kg	19.58 ± 0.75	18.57 ± 1.04	1.165 ± 0.338 ^{***}	33.54
顺铂组	10	2.0mg/Kg	19.49 ± 0.92	17.87 ± 0.87	0.775 ± 0.231 ^{***}	55.79
参莲组	10	3.600g/Kg	19.45 ± 0.89	18.67 ± 1.12	0.878 ± 0.241 ^{***}	49.91
模型组	10		19.44 ± 0.83	18.03 ± 0.99	1.753 ± 0.417	

注:使用单因素方差分析,并进行多重比较;与模型组比较:※※P < 0.01;※※※P < 0.001

表2 七贝肺安颗粒对S180肉瘤小鼠瘤重的影响(g, X ± SD)

组别	动物数 (只)	剂量	体重(g)		瘤重 (g)	抑瘤率 (%)
			给药前	给药后		
高剂量	10	44.160g/Kg	20.15 ± 1.20	25.68 ± 2.11	1.381 ± 0.436 ^{***}	43.40
中剂量	10	22.080g/Kg	20.22 ± 1.13	25.31 ± 1.14	0.842 ± 0.495 ^{***}	65.52
低剂量	10	11.040g/Kg	20.20 ± 1.28	23.74 ± 2.08	1.145 ± 0.488 ^{***}	53.11
顺铂组	10	2.0mg/Kg	20.37 ± 1.28	23.45 ± 1.71	0.543 ± 0.194 ^{***}	77.76
参莲组	10	3.600g/Kg	20.27 ± 1.28	25.04 ± 1.70	1.344 ± 0.436 ^{***}	44.96
模型组	10		20.14 ± 1.15	25.06 ± 2.03	2.442 ± 0.583	
高剂量	10	44.160g/Kg	20.07 ± 1.06	25.53 ± 2.01	1.463 ± 0.422 [*]	40.09
中剂量	10	22.080g/Kg	19.99 ± 1.07	24.52 ± 1.71	1.037 ± 0.260 ^{***}	57.53
低剂量	10	11.040g/Kg	19.96 ± 0.95	24.34 ± 2.00	1.384 ± 0.370 ^{***}	43.33
顺铂组	10	2.0mg/Kg	19.91 ± 0.99	23.33 ± 1.17	0.715 ± 0.240 ^{***}	70.72
参莲组	10	3.600g/Kg	20.08 ± 1.19	24.80 ± 1.62	1.273 ± 0.388 ^{***}	47.87
模型组	10		19.92 ± 1.23	25.29 ± 2.22	2.012 ± 0.343	
高剂量	10	44.160g/Kg	19.53 ± 1.07	24.95 ± 1.65	1.267 ± 0.361 ^{**}	39.44
中剂量	10	22.080g/Kg	19.64 ± 1.07	24.34 ± 1.62	1.032 ± 0.234 ^{***}	50.67
低剂量	10	11.040g/Kg	19.71 ± 0.96	24.15 ± 1.23	1.347 ± 0.334 ^{**}	35.61
顺铂组	10	2.0mg/Kg	19.49 ± 0.92	23.24 ± 0.93	0.738 ± 0.278 ^{***}	64.72
参莲组	10	3.600g/Kg	19.52 ± 0.92	24.35 ± 1.29	1.173 ± 0.318 ^{***}	43.93
模型组	10		19.45 ± 1.01	24.59 ± 1.52	2.092 ± 0.603	

注:使用单因素方差分析,并进行多重比较;与模型组比较:※P < 0.05;※※P < 0.01;※※※P < 0.001

表3 七贝肺安颗粒对 Lewis 肺癌小鼠巨噬细胞吞噬功能的影响 (X ± SD)

组别	动物数 (只)	剂量	体重(g)		吞噬百分 率(%)	吞噬指数	瘤重 (g)	抑瘤率 (%)
			给药前	给药后				
高剂量	10	44.160g/Kg	20.07 ± 1.01	19.26 ± 1.24	25.7 ± 11.8	0.47 ± 0.26	1.063 ± 0.423 ^{***}	40.01
			20.11 ± 0.92	19.36 ± 1.12	39.6 ± 13.4 ^{**}	0.89 ± 0.46 ^{**}	1.039 ± 0.344 ^{***}	
中剂量	10	22.080g/Kg	20.15 ± 0.86	19.09 ± 1.45	38.3 ± 13.5 [*]	0.85 ± 0.41 ^{**}	1.205 ± 0.342 ^{**}	32.00
			20.21 ± 0.96	18.81 ± 1.07	24.4 ± 11.6 ^{***}	0.40 ± 0.20 [#]	0.736 ± 0.391	
低剂量	10	11.040g/Kg	20.13 ± 0.97	18.20 ± 0.50	12.6 ± 6.3 [*]	0.15 ± 0.08	0.736 ± 0.255 ^{***}	58.47
			20.11 ± 1.13	19.00 ± 1.24	40.0 ± 12.6 ^{**}	0.73 ± 0.30 [*]	0.948 ± 0.308 ^{***}	
顺铂组	10	2.0mg/Kg	20.21 ± 0.96	18.81 ± 1.07	24.4 ± 11.6 ^{***}	0.40 ± 0.20 [#]	1.772 ± 0.391	58.47
参莲组	10	3.600g/Kg	20.06 ± 0.87	21.72 ± 1.19	44.8 ± 13.9	0.70 ± 0.29		46.50

注:使用单因素方差分析,并进行多重比较;与正常组比较,#P < 0.05;##P < 0.01;###P < 0.001;与模型组比较,*P < 0.05;**P < 0.01;***P < 0.001

表4 七贝肺安颗粒对急性血瘀模型大鼠全血黏度及红细胞聚集指数的影响(X ± SD)

组别	动物数 (只)	剂量 (g/Kg)	切 变 率				AI
			1S ⁻¹	5S ⁻¹	50S ⁻¹	100S ⁻¹	
高剂量	10	44.160	13.110 ± 5.387 ^{***}	9.024 ± 2.739	6.012 ± 0.639	5.503 ± 0.509 ^{**}	2.338 ± 0.835 ^{**}
			12.500 ± 3.650 ^{***}	7.927 ± 1.253 [*]	5.579 ± 0.302 ^{**}	5.082 ± 0.153 ^{***}	2.470 ± 0.756 ^{**}
中剂量	10	22.080	14.634 ± 4.937 ^{**}	8.354 ± 1.992	5.598 ± 0.622 ^{**}	5.244 ± 0.562 ^{***}	2.784 ± 0.952
			13.720 ± 5.969 ^{**}	8.963 ± 2.388	5.366 ± 0.615 ^{***}	5.320 ± 0.665 ^{***}	2.532 ± 0.968 [*]

续表

组别	动物数 (只)	剂量 (g/Kg)	切 变 率				AI
			1S ⁻¹	5S ⁻¹	50S ⁻¹	100S ⁻¹	
模型组	10		21.951 ±	10.061 ±	6.488 ±	6.156 ±	3.556 ±
			6.395 ^{###}	1.912 [#]	0.792 ^{##}	0.401 ^{###}	0.996 ^{###}
正常组	10		8.537 ±	7.988 ±	5.616 ±	5.152 ±	1.633 ±
			3.748	1.873	0.534	0.393	0.645

注:使用单因素方差分析,并进行多重比较;与正常组比较,#P<0.05;##P<0.01;###P<0.001;与模型组比较,*P<0.05;**P<0.01;***P<0.001

表5 七贝肺安颗粒对 Lewis 肺癌小鼠瘤重及血清溶血素的影响(X±SD)

组别	动物数 (只)	剂量	体重(g)		HC50	瘤重 (g)	抑瘤率 (%)
			给药前	给药后			
高剂量	10	44.160g/Kg	19.46 ±	19.95 ±	283.3 ±	1.115 ±	38.84
			0.87	1.15	123.2 ^{***}	0.352 ^{***}	
中剂量	10	22.080g/Kg	19.50 ±	19.82 ±	352.9 ±	1.088 ±	40.32
			0.88	1.14	95.9 ^{***}	0.335 ^{***}	
低剂量	10	11.040g/Kg	19.40 ±	19.74 ±	320.6 ±	1.222 ±	32.97
			0.79	0.96	68.9 ^{***}	0.342 ^{**}	
顺铂组	10	2.0mg/Kg	19.53 ±	18.71 ±	52.3 ±	0.755 ±	58.58
			0.92	0.73	41.1 [*]	0.294 ^{***}	
参莲组	10	3.600g/Kg	19.37 ±	19.68 ±	346.1 ±	1.013 ±	44.43
			0.73	1.14	64.7 ^{***}	0.395 ^{***}	
模型组	10		19.36 ±	20.07 ±	142.8 ±	1.823 ±	
			0.72	1.57	95.9 ^{###}	0.483	
正常组	10		19.46 ±	22.02 ±		372.5 ±	
			0.69	1.19		57.9	

注:使用单因素方差分析,并进行多重比较;与正常组比较,###P<0.001;与模型组比较,*P<0.05;**P<0.01;***P<0.001;

第七节 典型病例

病例 1: 右乳癌术后 7 年胸膜肺转移伴胸腔积液

张法平, 女, 63 岁, 北京人, 患者于 1992 年 7 月在北京日坛肿瘤医院行右乳腺全切, 术后放疗、化疗治疗二年多, 一般状况良好, 于 1999 年 5 月 13 日突感胸部憋闷, 隐痛, 动则呼吸困难, 平卧难以入睡, 未被重视。至同年 5 月 28 日上述症状加重, 痰中带血即到肿瘤医院经 CT 核磁扫描检查确诊“乳腺癌术后双肺转移, 浸及胸膜并发胸腔积液”劝其放疗和化疗, 本人及家属拒绝治疗, 经人介绍来我院治疗。查体: 恶性消耗性体质, 左锁骨上淋巴结肿大, 右肺叩诊浊音, 右肺中下叶呼吸音消失, 行动极度困难。B 超示: 右胸腔积液于 9~10 肋间, 上下径 8.6cm 液性暗区, 给以“七贝肺安”系列药物治疗, 6 天后呼吸困难减轻, 胸部憋闷好转, 而能平卧入睡, 精神好转。继续上述治疗至 1999 年 11 月 18 日来院第八次复诊自觉症状全部消失, 体重加 4.6 公斤, 并自行在公园内练功, 胜任家务, 左锁骨上肿大淋巴结吸收消失, 复查 CT: “原肺内结节影及胸腔积液全部消失”。仍在间断服药以巩固疗效。

病例 2: 左下肺癌半胸水

王××, 男, 48 岁, 中国石化干部, 患者经中日友好医院检查确诊为“右肺腺型低分化癌”, 劝其手术治疗, 本人及家属拒绝, 于是来本院治疗。经查体及外院诊断符合肺癌诊断标准。经内服“七贝肺安”及静脉点滴纯中药制剂治疗 30 天, 自觉症状消失, 食欲较治疗前明显增加。体重由 65 公斤增加到 67 公斤, 至今已 8 个月无特殊不适, 已上班工作。

病例 3: 右侧中心型肺癌

美籍华人欧海华女士, 患右中心型肺癌 6.2×4.4 肿瘤。在

美国住院治疗花费5万美金，病情仍渐加重，咳嗽不止，呼吸困难，胸水渐多，入睡困难，肝脏转移伴黄疸，腹水。在万分焦急之时闻讯健安医院谢继增博士治疗肺癌一事。于2003年9月26日从美国来到北京健安医院找谢继增教授就诊，经过对病情详细了解及查看在美的核磁扫描后，专门为她调配补脾健胃，润肠清肺、疏肝解郁、豁痰利肺、软坚散结之药。30天后病情得以控制，患者惊喜万分。经三个月治疗后复查胸片、CT、核磁扫描、血、肝肾功能检查，结果表明癌块消失，恢复正常，带药回美国巩固疗效。

病例4：右肺周围型鳞状细胞癌

台湾人陈××，男67岁，因患周围型肺癌在台湾当地医院检查确诊，经胸腔穿刺病理诊断为：鳞状细胞癌。本人不同意手术，采用化疗和放疗治疗后无好转，咯血痰，呼吸困难，胸痛仍渐加重。于2004年8月6日从台湾来北京求治，经检查和在台湾的诊断依据给予“七贝肺安”治疗二十天后病情稳定，自觉症状减轻，继续治疗四个多月自觉症状全部消失，体重增加3.8公斤。带药回台湾治疗5个月后经CT检查原肺内肿物已吸收消失，于2006年3月随访，健在。

病例5：

戴××，男45岁，北京市人，患者于1998年12月开始咳嗽，痰中带血及发烧，未进行特殊治疗，1999年3月出现周身骨骼疼痛、身体消瘦。6月份在北京市胸部肿瘤医院住院，住院号为60961，CT诊断为：“右上肺癌”并住院行手术切除，术后病情未见好转且进一步加重，出现声音嘶哑，身体进一步消瘦，全身无力，行走困难，曾三次病危抢救。7月份CT检查发现多外骨转移、锁骨上淋巴结转移。经人介绍来我院住院治疗给予“七贝肺安”系列药物及静脉注射中药治疗，15天后症状明显好转，能下地行走，体重增加5公斤。继续治疗一个疗程后，肿大

的淋巴结消失，基本生活自理，带药回家治疗。2000年5月在肿瘤医院CT、骨扫描、化验检查一切正常。家属对此非常感谢，逢人便说如果不是坚持服用健安医院的“七贝肺安”系列药物，他的病决不会是这样子，是健安医院的药物救了我爱人的生命。

病例6：

于××，男，70岁，石化公司退休干部，患者因咳嗽、咯血痰、呼吸困难、头痛、视力下降伴呕吐及抽搐而入本院治疗。住院前曾在北京市医院检查确诊为右肺癌淋巴及脑转移，因年老体弱拒绝放、化疗治疗，来院求治，经采用“七贝肺安”系列药物治疗，治疗3个月后诸症消失，经肺部及头颅CT检查，病灶全部消失，经一年后随访，体健如常。

病例7：

洪××，男，1943年出生，新加坡籍华人。于2002年1月无明显诱因出现咳嗽、咳痰，经对症治疗无效。于2002年5月20日CT发现右肺癌、纵隔转移，右侧胸腔少量积液，支气管镜活检示：小细胞肺癌。于2002年6月11日来我院住院治疗，查体：脉沉涩，舌质紫暗，甲印小溶合，齿印++，耳软骨膜增厚，右足弓压痛+++，证属寒瘀毒结、气滞血瘀。治以散寒化瘀、驱毒利水中药，口服七贝肺安颗粒10克，每日3次，局部采用三维放射治疗。经治疗1周后咳嗽、咳痰消失，右胸胸腔积液消失，45天后右肺肿块消失，出院后继续口服七贝肺安颗粒巩固一年。随访多次未见复发，现健在。

病例8：

张××，男，2000年出生。患者于2003年7月发现左下肢疼痛，左腹股沟鸡蛋大小肿物，经承德医学院手术切除，病理为：弥漫性非何杰金氏淋巴瘤、B小细胞型。后经北京儿童医院会诊：弥漫性非何杰金氏淋巴瘤、B细胞型。在武警总院住院化

疗多次，无明显疗效。2006年11月出现头痛、呕吐、高热、抽搐，经武警总院MRI诊断：右侧额叶、顶叶多发异常信号，考虑为淋巴瘤脑内浸润，因面积较大无法手术切除。经人介绍来到我院求治。对患者进行仔细检查：脉弦滑数，甲印全无，舌腮赤印+，患者平素怕冷，喜热饮，大便秘结。证属寒热交错，瘀滞毒结，治疗以清热散寒、化瘀攻毒、醒脑开窍。处方：川芎，白芷，芥穗，细辛，藁本，蜈蚣，僵蚕，鳖甲，川军，元明粉，附子，半支莲，菊花，穿山甲，3付，日一付分多次服。服3付后热退，排出大量恶臭宿便，头痛减轻。原方减元明粉、菊花、半支莲，加煅牡蛎、五味子、全虫、代赭石，服用1月后患者除发作性抽搐外，无其它任何不适。继续服中药巩固治疗1年，于2007年11月在北京宣武医院MRI复查：颅内未见异常，自觉无任何不适。

病例9：

李××，女，68岁，山东聊城人，患者于2003年2月经山东省聊城人民医院CT发现右上肺2.3×3.8cm肿块伴纵隔淋巴结转移。当地医院介入治疗3次无效，出现咳嗽、痰中带血、胸痛、乏力，于2003年4月29日复查CT：原右上肺肿块增大至4.3×3.8cm，伴纵隔淋巴结转移，于2003年5月6日找到我院就诊，病人身体消瘦，面色无华，咳嗽活动后气喘加重，纳差，大便秘结，尿黄，脉滑数，舌质紫暗，苔黄厚腻，热型甲印，双耳结节，胃脘、脐左板滞压痛阳性。辨证：痰瘀互结、热毒内蕴证。治法：活血化瘀、化痰散结、清热解毒。给予七贝肺安每次10克，每日3次，服药3天后咳嗽缓解，气喘减轻，服药30天后体重增加2公斤，精神体力明显好转，可料理一般家务。服药至04年4月9日又经聊城人民医院复查CT：原右上肺肿块缩小至1.5×2.2cm，纵隔未见肿大淋巴结影。继续服用至07年9月2日复查CT：原右上肺肿块缩小至1.1×1.6cm，现无任何不适

症状。

病例 10:

蒲××,女,82岁,河北省衡水人,患者于2002年4月出现咳嗽,痰中带血,经痰脱落细胞学检查,查到鳞癌细胞,胸部CT:右上肺6×5.6cm肿块边缘毛刺,右颈部约3×2cm肿大淋巴结,右胸腔少量积液。经当地医院化疗1次反应较大不能坚持,听人介绍于2002年6月找到我院,就诊时患者咳嗽剧烈,呼吸困难,身体消瘦,食欲差。脉沉细数,甲印大溶合,胃脘、脐左板滞压痛(++),右足弓压痛(+++)。证属:气阴两虚,脾虚痰湿型,给予七贝肺安颗粒每次10g,每日3次,中药益气健脾,软坚散结:党参,茯苓,白术,山药,生薏仁,砂仁,猫爪草,川山甲,葶苈子,壁虎,蚤休,干蟾皮,蛇舌草,服药2天后咳嗽明显减轻,呼吸通畅,食欲增加,患者信心大增,前方加半夏,冬虫夏草,服药15天后,体重增加1公斤,精神好转,生活自理,胸水消失,继续服上药治疗2个月,症状全部消失,体重增加4公斤,颈部淋巴结由3×2cm缩小至1×1cm,复查CT右上肺肿块缩小至4×3.8cm,未见胸水,停药汤药,只服用七贝肺安10克,每日3次,治疗1年后复查CT:原右上肺肿块缩小至2×1.2cm,无任何不适症状,为巩固疗效服药至今,随访,无不适。

病例 11:

王××,女,38岁,河北省张家口市人,患者于1998年3月初发现右乳肿块,经穿刺活检示:浸润型导管癌,医院建议做根治手术,其本人拒绝手术治疗,遂来我院要求中药保守治疗。初诊见右乳外上方一核桃大小肿块,质硬,活动差,表面皮肤紫暗,疼痛,善叹息,口干喜饮,舌绛苔薄白,脉弦细,甲印小溶合,胃脘、脐左板滞压痛。此乃气滞血瘀、脉络阻塞,治疗以疏肝行气、软坚散结、活血消癥。处方:柴胡,枳壳,赤白芍,郁

金，公英，浙贝，生牡蛎，穿山甲，三棱，莪术，制乳没，当归，夏枯草，路路通，每日一付，服药10付后疼痛减轻，感胸前较前舒畅。原方加鳖甲，半支莲，以加强解毒散结作用。服药30付后右乳肿块开始缩小变软，精神舒畅。继续服药3个月右乳肿块完全消失。随访至今未见复发，已正常工作。

北京市普仁医院 影像诊断报告

姓名: 贾传华	性别: 男	年龄: 41岁	ID号: 20415
科室: 健康医联	病房:	床号:	
门诊号:	检查日期: 2007.01.22	报告日期: 2007.01.22 11:21	

检查名称: 胸部螺旋CT定位增强扫描检查 层厚10mm

影像表现: 左上中肺野变致密，打药后观察：左肺致密影呈不规则强化，其中可见低密度，左侧支气管受压，左侧伴有少量胸腔积液及胸膜增厚，右肺野内未见异常密度及异常强化，纵隔内未见明确肿大淋巴结。

印象: 左上中肺野占位 伴左侧胸腔积液

写片医师:  审核医师:  审核日期: 2007.1.22

(此影像资料仅供临床医师参考)

(胶片需妥善保管，不可超过14天)

北京市普仁医院 影像诊断报告

姓名: 贾俊华	性别: 男	年龄: 44 岁	CT 号: J945
科 室: 健安医院	病房:	床 号:	
门诊号:	拍片日期: 2007.02.26	报告日期: 2007.02.26 13:31	

检查名称: 胸部螺旋CT检查 平扫

影像表现 左肺占位治疗后复查: 左肺门上极仍可见团状高密度灶, 边缘清晰, 密度不均匀, CT值17-25HU。左主支气管变窄, 与2007-1-12片比较, 上述征象较前好转, 病灶较前变小, 前片所示左侧胸腔积液现已吸收。气管前, 腔静脉后淋巴结较前无变化。余大致同前。

印象: 左肺占位治疗后改变, 较前变小, 建议定期复查。

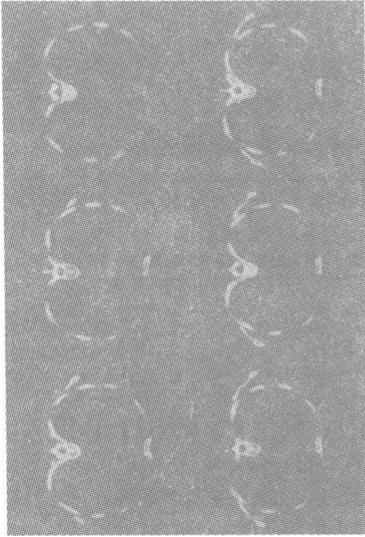
写片医师: 任静

审核医师:

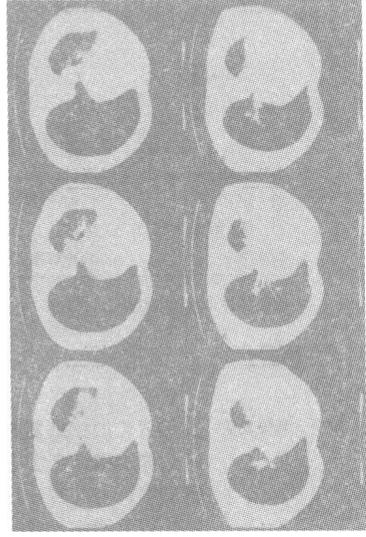
审核日期:

(此报告资料仅供临床医师参考)

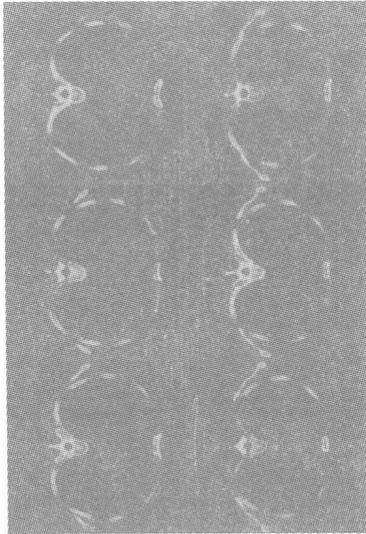
(胶片属贵重物品, 不可随意损毁)



(治疗前)



(治疗后)



(治疗后)

第五章 肿瘤病人康复指南

一、肿块就是肿瘤吗

这个问题应该这样理解，肿瘤的绝大多数是以肿块出现为表现形式，少数如白血病则在临床上少有肿块出现，但肿块不等于肿瘤，如炎症时出现的血肿等，均可以肿块形成出现。却不是肿瘤。那么什么是肿瘤呢？肿瘤是机体细胞分化异常和过度增生而形成的新生物，通常表现为生长较快且无休止的肿物。癌细胞还可以通过血管、淋巴等在身体的其他部位发生继发性肿块。所以恶性肿瘤一旦发生，如不及时进行合理的治疗，那危害性之大就可想而知了。

二、日常生活巧防癌

“癌症之生，必经癌前之变”，在日常生活中，注意生活细节可起到防癌症的目的。

1. 摩擦皮肤

日本东京大学水野教授指出，人的皮肤下存在一种组织，平时处于休眠状态，当用毛巾摩擦皮肤后，受到刺激的皮肤组织细胞就会从休眠状态活跃起来，逐步发展演变为网状细胞。网状细胞具有免疫功能，可以增强人体的抵抗力。

2. 勤于开窗

地面及许多建筑材料都释放致癌气体 - 氡及其子体（氡衰变的物质），开窗可使室内空气中的这类致癌物质降到最小密度而达到减少氡及其子体对人体的伤害。

3. 吞咽唾液

近年来日本医学专家在研究中发现唾液中的过氧化物具有抑制癌物质的特殊功效，所以他们建议“一口饭咀嚼 30 次”可充分发挥唾液的作用，提高自我保健功能。

4. 适当饮茶

茶叶中有一下中叫 EGCG 的茶碱，可以阻断致癌物——亚硝酸胺在体内的合成，同时也有抑制亚硝酸胺的致癌作用。

5. 合理睡眠

癌细胞是细胞分裂过程产生的不正常细胞。细胞分裂多在睡眠中进行，合理睡眠，有利于机体控制细胞不发生变异。

6. 全力戒烟

香烟中的许多化学成分和放射性元素都能致癌，放射性元素与烟草中的毛点结合，并在肺内沉积，形成放射性热点是肺癌的发源地。

三、食物疗法

食物被现代的科学家认为是对付癌症的最有力武器之一，美国国家癌症研究所公布的资料显示正确的饮食能有效地阻止和预防癌症。癌症的发生需要一段相当长的时间，一般从一个突变细胞生长为一个恶性肿瘤所经历的时间平均为 20~30 年，在这漫长的岁月里，在你不经意中，你的饮食可能慢慢发挥它防治癌症的作用。

1. 水果和蔬菜

美国伯克利加州大学归纳了全世界近年来有关此项的研究后，得出结果，人群中吃水果和蔬菜量最多的一组人是吃的最少的一组人发生癌症的风险率的 50%。其中最突出的是洋葱和大蒜，它们含有 30 多种抗癌物，可以对抗亚硝酸胺、黄曲霉素等的致癌作用，能预防胃癌、肺癌和肝癌等多种癌症。另外蕃茄和西

瓜中蕃茄红素也有明显对抗单氧的致细胞癌变的作用。

2. 大豆和豆

大豆已被发现至少有5种抗癌成份，它可以对抗由雌激素介导的致癌过程，如乳腺癌在动物试验中，大豆中的蛋白酶抑制剂，可以完全阻断结肠、口腔、肺、肝脏、胰腺、食道的癌变过程。同样，大豆中的植物固醇和皂角可以抑制结肠癌细胞的增殖和分化，刺激正常免疫阻断宫颈癌和皮肤癌细胞的生长，并在人类身上得到最终证实。食物抗癌，以其营养丰富、服用方便、副作用低、抗癌效果显著而深受广大癌症患者的欢迎，而科学家们亦孜孜不倦地研究，努力揭示食物的抗癌原理和寻找更广阔的抗癌天地。

四、肿瘤病人如何进行自我调节

病人在被确诊为肿瘤时通常会产生各种复杂的心态，甚至悲观绝望，但多数人能正确认识，勇敢而理智地面对疾病，争取时间，积极配合治疗。病人的心态，对治疗及康复至关重要。但并不是所有的病人从一开始就有良好的心态，大多数都需要一个调整的过程。在调整过程中别人的鼓励和帮助是一方面，更重要的是自我心理调节。包括以下几点：

1. 敢于面对现实，树立战胜疾病的信念

人的一生中谁都难免会得这样、那样的疾病，无论是大病小病，都应坦然面对，就如同针对敌人一样，要有勇于战胜疾病得到胜利的决心，如果在各种挫折下丧失了信心，精神也被打垮，那么即使是有希望治愈的疾病，也会收效甚微，所以对患者来说，生命每延续一天，就有一线希望，其信心和精神就决不能垮。

2. 提高心理素质，善于自我调节

多数情况下病人的心理状态是复杂而有矛盾的，既留恋美好

的生活对未来抱有希望，又不堪忍受疾病的折磨。对患者而言，越是病情严重的时候，越需要顽强的毅力，鼓足精神与病魔斗争，乐观的生活态度是每个病人都应有的。况且癌症不再是绝症，早期癌症完全可以治愈，即使晚期病人仍有很好的治疗方法，有的可以长期带瘤生存。因此，患者完全可以减轻心理压力，调节好自己的心理状态，看电视、听音乐，做自己高兴做的事，都可以使身心放松。保证良好的心理状态，吃好、睡好、休息好才能够增强自身的抗癌能力，有利于疾病的康复。

3. 了解一些有关知识，正确认识肿瘤

了解目前医学界对肿瘤防治的发展，近年来，人类为征服肿瘤作出了巨大努力，并取得了明显的成效。肿瘤不再是绝症。当今社会，科学技术发展迅速，我们应改变过去对肿瘤的看法，应认识到肿瘤只是人类疾病的一种而已。肿瘤的后果并不比心肌梗塞、中风、尿毒症等严重，然而，人们对肿瘤的心理压力却远远超过了这些疾病。许多治愈后的肿瘤病人可以正常的工作、生活。

五、家庭成员的照顾和体贴

家庭成员应如何照顾体贴癌症病人，一个人患了癌症给家庭带来的冲击是很大的，全家都为之操心、痛苦和奔忙。而家属应在癌症治疗中要尽量作到以下几点：

1. 正视现实勇挑重担

当病人诊断明确后，家属首先要经受住这意外的打击，不要惊慌失措，应尽快从医生那里了解患者的真实情况，并配合医生选择最佳的治疗方案；同时鼓励病人接受治疗，争取最好的治疗效果，尽力使病人感受家庭的温暖，增强与疾病作斗争的信心。

2. 尽量为病人营造一个良好的周围环境

如果病人能承受了解病情的刺激，则应在适当的时间坦率地

将病情告诉病人，以便调动病人自身的积极性，更好的配合治疗。

3. 在治疗期间，家庭成员肯定要付出极大精力

大家不要互相推诿、埋怨，而要加强谅解，互相帮助，共同克服困难。

4. 在医生的指导下，作好病人家庭护理工作

合理安排病人的饮食、起居，努力学习和掌握一定的医学护理知识。

5. 减轻压力

长期的繁重劳动和精神压力，可能会使家属产生情绪不稳定，如烦躁、灰心、失望等，家庭关系也可能会变得复杂起来。由于家属的顶撞或态度冷淡，都可能给病人带来烦恼、抑郁等消极情绪，甚至拒绝治疗。这时家属要充分理解病人的心情和痛苦。在病人病情恶化时，家属更应给病人以精神支持，使病人得到心灵上的安慰。总之，在肿瘤病人整个诊治和康复过程中，家属所起的作用决不小于医生和护士。病人从家属那里得到了各种各样的帮助和支持，家属们用其永恒的爱与同情心给痛苦中的病人以希望和勇气，他们对医生来说是最好的助手。

6. 肿瘤患者治疗过程中和治疗后的不良反应建议服用以下汤药：

龙眼大枣汤 龙眼肉，大枣加水适量炖1小时，和盐姜调味，吃肉喝汤。功效：健脾补中、滋阴生血，适用于肿瘤化疗后造血系统抑制。

天麻莲子牛奶汤 天麻5克，奶粉50克，莲子15克，先将天麻，莲子加适量水煮20分钟，去渣取水，冲入奶粉即可。功效：健脾养胃，补虚生血，适用于肿瘤化疗后纳差，眩晕症。

虫草炖鸡 冬虫夏草15克，黄芪20克，天麻10克，母鸡1只，母鸡宰杀后去毛及内脏，将黄芪，冬虫夏草，天麻入鸡腹，

精盐、生姜、葱调味，加水适量炖2~3小时，食肉饮汤。功效：补虚健脾，滋阴生血，适用于肿瘤化疗后体制虚衰，乏力，气短，眩晕等症。

茯苓清蒸桂鱼 茯苓15克，桂鱼150克，加水及调料同蒸至熟烂即成，吃鱼喝汤。功效：健脾利湿，益气补血，适用于化疗后气血亏损。

人参茶饮 生姜10克、人参5克，绿茶30克，开水一杯，浸泡5分钟，温服。功效：消食开胃，止呕止泻，适用于化疗后呕吐，腹泻等症。

7. 肺癌化疗后吃点甲鱼

甲鱼汤中加些西洋参和枸杞效果更好。

肺癌患者化疗后，经常出现发热、口干舌燥等症状，而缓解的最好方法是采用相生相克的食疗方法。肺癌患者化疗后可适当吃些甲鱼，因为甲鱼正是热毒的克星，它能够凉血、滋阴、退热。

肺癌患者多为阴虚肺热体质，而化疗药物的毒热效果会加重肺阴、肾阴的损伤程度。因此，进补时首先要选用能够滋阴退热的食物，以达到养肺阴的作用。中医认为，动物中甲鱼的滋阴效果名列前茅。有研究表明，甲鱼能抑制肿瘤细胞生长，提高机体免疫功能。对肺癌患者来说，可起到事半功倍的效果。

鳖甲（甲鱼的壳）本身就是一味药材，把甲鱼炖成汤，其药效会溶解在汤中，更利于患者吸收，发挥其治疗作用。需要注意的是，尽管甲鱼能滋阴凉血，但其药性偏寒，化疗后患者脾胃较虚弱，因此要间隔服用，最好是2~3天吃一次，以免脾胃受寒，出现食欲不振，恶心呕吐，腹泻腹痛的症状。同时，不要将甲鱼和人参，红参一起炖汤服用，这些参类药性偏热，如果和甲鱼同服，两者药性相互抵消达不到进补功效。

其实，要想增强甲鱼汤的功效，不妨在甲鱼汤中加些西洋参

和枸杞。中医认为，人体之所以患肿瘤是因为正气不足，邪毒侵袭所致。枸杞能够扶助正气，补肝肾，滋阴，对化疗后血象低，虚弱的人有温补作用。

8. 边饮酒边吸烟致癌机率更大

很多人已经意识到，吸烟是致癌的重要因素。但专家提醒，饮酒同样与多种癌症相关，控制酒量及酒的度数。据专家介绍，酒精可促使癌细胞生长，还能帮助致癌物质渗入细胞膜。长期饮酒除了对肝脏有直接毒害作用外，还可以对机体免疫功能产生影响，研究显示，饮酒与多部位的癌症发生有关，目前已经证明可能与饮酒相关的癌症有胃癌、肝癌等9种。

专家说，癌症在大量饮酒者中的发病率增高是由酒精的毒性所引起的，与酒精种类无关。不仅是白酒，只喝葡萄酒或啤酒同样不能保护人体免受酒精的毒害。另外，饮酒同时吸烟的致癌可能性更大。

专家指出，对饮酒者而言有两点值得注意：一是饮酒的度数宜低不宜高；二是健康人可适量饮酒，但必需控制酒量。另外，妊娠期间孕妇饮酒会导致婴儿患酒精综合征致精神紊乱等其它疾病，因此要绝对禁止。

附录：媒体之声

（一）《老年文摘》：

当代名医治疗肺癌的新突破

——北京中医肿瘤骨病研究会、著名肺癌专家谢继增教授

引言：癌症是严重危害我国人类健康的常见病，特别是肺癌的发病率呈明显的上升趋势。我国每年有 160 万人患癌症，近 130 万人死于癌症，其中肺癌占死亡总数的 1/5，成为妨碍我国人口健康的“第一杀手”，征服这个举世顽症，已成为我国医学界的一项重大科研课题。

面对这残酷的现实，一个勇于探索、执着追求，并且具有深厚现代肿瘤学知识和丰富临床经验的我国著名肺癌专家谢继增教授勇于向癌魔发起了挑战……

出生中医世家 少年志向远大

谢继增，1949 年 6 月 30 日生于河北省安国市，曾先后就读于北京军医学院，河北医学院，中国共产党员，国际医学博士，现任北京市崇文区健安医院院长（主任医师），中国文化研究会传统医学专业委员会副主席、秘书长，世界传统医药科技大学客座教授，香港国际传统医学研究会驻北京分会副理事长，世界传统医学联盟委员，中国·北京肿瘤骨病研究会理事，国际颈、肩、腰、腿痛专辑编委，首都医药杂志编委，加拿大中医药学会客座教授。

谢继增的家乡——河北安国自古就有“药都”美称，境内种植、采集、炮制中草药成为传统行业，代代不乏有高人出现。谢家世代行医，在当地广有医名，到他已是第五代传人了。谢继增从小耳濡目染的就是丸散膏丹，望闻问切、卫气营血、八纲辨证之类。看到伯父妙手回春，为乡亲们解除病痛后的喜悦，他幼小的心灵就羡慕不已，立志要继承祖业成为一代名医。因此，在1963年他即开始随伯父学医。

中国的中医宝库博大精深。谢继增从小就有一股强劲，越是困难的事他越是有兴趣。他勤学好问、悟性极高，在伯父的悉心指导下，他背汤头、熟药性、精炮制、集验方、擅针灸、通按摩，1966年就成为当地小有名气的赤脚医生。

谢继增选择军旅生涯是他人生路上最关键的转折点。他在部队当卫生员时就以精湛的医术折服过很多人，做一名出色的军医一直是谢继增的夙愿，为提高其医药理论，部队曾先后两次送他到北京军医学院、河北医学院深造。所以当集团军成立攻克癌症研究小组时，军首长亲自点名让他当了组长。

谢继增是个志向高远的人。自从学医以后，他就决心在中医药学方面有所突破，实现他济世救人，为民解忧的远大理想。攻克癌症研究小组的成立为他提供了难得的机遇，也使他确定了毕生事业的研究方向。

刻苦钻研 精益求精

癌症是严重威胁人类生命的恶疾，不但病情发展迅速，死亡率高，而且患者异常痛苦，现代医学对癌症的主要治疗手段是放、化疗及手术治疗，虽然有部分癌症患者病情得以控制，但也使大量正常细胞组织受到损害，甚至全血细胞减少，从而导致免疫力下降。

为了提高增强免疫力，谢教授从部队至今，一直从事研究防

治肿瘤工作，于1974年成立肿瘤攻关课题专家小组，他吸取了西药治疗精华，挖掘祖国中医之瑰宝，并且走访了全国很多医疗名家，率组员到河北、河南、山东、贵州、北京、上海等省市追踪访问，广泛收集民间验方、偏方、土方，有时候为了取得某一味药的最大用量，他时常冒着危险在自己身上做实验，经常恶心呕吐、胃脘胀满如堵，他都仔细地记录下来。经过反复实验、反复煎煮，以祖国传统医学结合现代医疗科学技术，总结近30多年来治癌防癌的临床经验，终于研制并开发出专治肺癌的“七贝肺安颗粒”系列药物。

谢继增教授及其专家组经过近30多年临床观察认为：肺癌并非只是局限性的肺部疾病，而是一种全身疾病的局部表现。根据对临床数千例肺癌患者观察发现：寒性体质或由热转寒的人发病率明显高于热性体质的患者。认为肺癌的发病主要为正气虚损、阴阳失调、六淫之邪乘虚而入，其中寒与气（情志因素）最为重要。导致肺脏功能失调，肺气郁积、寒降失常、血行受阻、津液不能正常分布，内聚成痰，痰凝气滞，痰阻脉络，于是痰气瘀结，日久形成肺部肿块。“七贝肺安”系列就是通过大量实验筛选出的近百种名贵抗癌中药，依据中医理论君、臣、佐、使严格配方而成。它不仅能控制癌细胞生长、转移和杀灭癌细胞，亦可逆转癌瘤基因和变异细胞，使之恢复正常。具有驱毒抗癌、活血化痰、软坚散结、止咳平喘、扶正祛邪之功效。

“七贝肺安颗粒”由北京医科大学药研室、北京市药品检验所、北京市药品监督管理局组成的专家评审组对临床试验得出结论：第一，有明显的抑瘤抗癌作用。第二，对人体具有提高免疫机能的作用。第三，有明显的活血化瘀功效，和西药顺铂、中药参莲对照相比作用类似，而抑瘤抗癌作用高于西药，无化疗药物所产生的恶心、呕吐、脱发、白细胞降低等毒副作用。专家审评组认为：“七贝肺安颗粒”系列药物是一种治癌的首选药物，值

得推广，并广泛用于临床。北京市药品监督管理局批准号为（2005）京药制加字（232）第F-2081号并已由国家知识产权局列为专利保护品种（ZI01102474.7）。

一份耕耘，一份收获。临床经验表明，癌症患者服用“七贝肺安颗粒”，对中、晚期肺癌患者，特别是术后复发、转移和失去治疗机会的，服药后3~10天即可减轻临床症状，剧烈咳嗽减轻或消失；呼吸困难靠吸氧维持生命不能平卧者，可中断吸氧呼吸平稳、平卧入睡；大量咯痰或血痰，减少或消失；胸痛者彻夜不眠或服麻醉药止痛者，疼痛减轻或停服麻醉药。面部、上下肢水肿6~15天减轻或消失；30~60天肿大的体表淋巴结缩小或消失；大量的胸腔积液每3~5天就需抽水才可缓解呼吸困难者，用药后6~35天胸水得到控制或消失；对无任何方法解决的癌性热者（40℃~42℃），用药后（12h~24h）体温即可降至正常。对无生存能力的晚期癌患者90%以上均可见到不同程度的缓解，延长了生存时间，提高了生存质量，减轻了生存期痛苦。

肺癌患者服用“七贝肺安”系列药物治疗后，可直接激活人体整体免疫机能，产生大量T淋巴细胞、巨噬细胞、NK（杀伤）细胞等免疫活性细胞，显著提高机体免疫机能，强化免疫细胞对癌细胞的对抗力和战斗力，彻底包围、封锁癌细胞，抑制癌细胞转移，吞噬并杀灭癌细胞，使癌肿缩小，癌细胞消失，诱导变异细胞逆转恢复正常。科学的研究，临床证明“七贝肺安颗粒”系列药物对肺癌、术后复发转移及放、化疗后无任何治疗手段患者均有明显的疗效。几十年的潜心钻研，上万例患者幸福的笑脸，充分体现了谢继增教授和他研制治癌系列药物的价值所在。慕名前来就医的患者络绎不绝，每天010-67025447、67055376热线电话响个不停，专家们热情的为他们解答疑难问题，求医问药的信件像雪片一样。那些经多方医治慕名而来的患者，经服用他潜心研制的“七贝肺安”系列药物后，疼痛消失、

症状减轻、瘤块软化、萎缩坏死，直至消失，许多到了中晚期的病患者从死亡线上被拉了回来，获得新生。

医德高尚 医风亮洁

他视患者如心中的一团火，病人视他犹如一盏明灯。40多年来，谢继增教授尤重医德、医风，无论在地方、部队、农村还是在健安医院，只要有危急病人相求，他都要努力去做，经常很晚才回家，置劳累于不顾，全身心去工作，为患者服务。因此，很多病人提起他来，真是有口皆碑，成为一代名医。

由于谢教授对治疗肺癌有独到之处，在国内外产生了极大的影响，他的先进事迹先后在《人民日报》、《解放军报》、《光明日报》、《文汇报》、《大公报》、《首都医药报》、《作家文摘报》、《中国教育报》、《中国医药报》予以报道；国家卫生部《卫生天地》电视栏目摄制组在全国千家电视台制做题为《谢继增访谈录》的专题报导播出后反映强烈，中央电视台等新闻媒体也作了多次事迹报道。谢教授先后又出访了美国、德国、卢森堡、比利时、法国、泰国、日本、香港、斯里兰卡等国进行学术交流和讲学，并且在1995年研制的治疗肺癌的中药制剂获世界传统医学金杯一等奖。1996年应邀出席在美国召开的世界传统医学大会，荣获金杯一等奖，及出席在斯里兰卡召开的国际传统医学大会获“医学博士称号”，1998年应邀出席在韩国召开的传统医学国际交流大会获国际金奖。同年，经美国爱迪生发明中心达尔文研究院，香港科学院国际生物工程研究院，欧共体国际荣誉联合评选委员会授予“对人类贡献”，“成功人士”、“达尔文”国际最高金质奖等荣誉称号和国内多项金奖，其辉煌成就引起了国内外医学界广泛关注。

谢继增教授成名后，在如此辉煌的成就面前，他没有沉醉其中，当看到一个个枯萎的生命重新绽开生命的春天的时候，他欣

慰的笑容不禁流露了出来。而无论对记者还是来答谢的患者他只是谦虚地说道：“中华医学博大精深，我离成功还差得远呢。”

张家口市一位报社工作人员的亲戚，是一位原发性晚期肺癌患者，有医院下结论寿命顶多一年多，面对死亡的威胁和打击，患者和家人都惊呆了，家人四处打探终于在北京健安医院找到了谢继增教授求救，仅一周时间，患者痛苦明显减轻，食欲好转，经过三个月的施治，经当地医院扫描肿块由原来的 $4.8 \times 7.1\text{cm}$ 缩小到 $2 \times 1.5\text{cm}$ ，食欲大增，其它功能也渐正常，最后痊愈。

石油部干部戴某某，男 46 岁，患肺癌手术切除后，症状无改善且出现声音嘶哑，食欲下降，身体逐渐消瘦，卧床不起，咳嗽气短，曾住院三次病危抢救。1999 年 7 月经北京肿瘤医院 CT 检查：发现纵膈、肺门淋巴结，骨转移，且体质进一步衰竭，经人介绍来健安医院接受住院治疗，服用“七贝肺安”系列及对症治疗，60 天后，病人自觉症状好转，食欲大增，通过半年多的治疗，市肿瘤医院胸部 CT 检查报告示：右肺 Ca 术后未见胸部复发和转移。CT 诊断报告，颈部 CT 扫描未见明显异常。头颅 CT 扫描未见明显异常。腹部 B 超示：上腹扫描未见占位病变。目前继服“七贝肺安”系列抗癌药，以巩固疗效，现经多次随访至今依然健在。

大医精诚 弘扬国粹

生命毕竟短暂，谢继增教授视时间为生命，为在有限的时间里给更多的癌症患者带来欢乐和幸福是谢教授最大的心愿。如今他除了保障国内外患者能及时就诊外，还加班整理总结治癌经验，撰写论文。近 10 年来，由他探索、总结并撰写的中西医结合治疗肿瘤及疑难病症的《肺丹治疗肺癌 3500 例》、《三棱针穴位速刺加拔火罐治疗荨麻疹》、《乳结灵治疗乳腺病》、《三消胶囊治疗糖尿病 178 例临床观察》、《三氧化二砷配合中药治疗白

血病 275 例疗效观察》等多篇专业学术论文均获优秀论文奖。

面对一张张痊愈病人的笑脸，面对全国各地的感谢信，谢继增教授不禁由衷地感叹：“让每一个家庭都健健康康是我们行医者的责任，我愿意看到每一个肿瘤患者早日摆脱病魔的纠缠，防癌、治癌任重而道远，我们要做的事还很多！”

（二）《华北信息报》：

大济苍生

——记当代名医谢继增

吴士英

天将降大任于斯人也，必先苦其心志，劳其筋骨，饿其体肤，空乏其身……

《孟子·告子下》

上士闻道，勤而行之；中士闻道，若存若亡；下士闻道，大笑之。

《老子·四十一章》

死亡传票

半拉月亮穿过一块块黑云艰难地挪到中天，几片惨白的月光从窗外探头探脑地摸进屋来。60岁的贾福老汉剧烈地咳嗽着，腊黄的脸咳得通红，老伴睡眼惺忪地爬起来给他捶着背，一阵阵呻吟和着撕心裂肺的咳嗽声裹在月光里冲进无边无际的夜色中。

“快天亮了吧？”咳嗽的间隙贾福哑着嗓子问。处于疾病煎熬中的人更喜欢充满光明的白天。

“嗯”，老伴答得有些心不在焉，她看着咳得上气不接下气

的贾福，眼眶里全是泪水。

“都好几个月了，咋吃甚药都不管事呢？”老伴喃喃地念叨着。“明天说甚也得到大医院去检查检查。”一辈子倔强的贾福看着老伴着急的样子，顺从地用力点着头。

贾福是张家口市机电公司的退休职工，膝下四个儿女都已成家立业。儿女们都孝敬，平时聚在一起时满堂儿孙倒也其乐融融。

贾福的哮喘病已经有十年的历史，因而贾福也几乎成了哮喘病方面的“专家”该吃什么药自己一清二楚。每到春秋两季犯病的季节，随便吃上两颗止咳定喘的药就能平安无事。

1999年的夏天热得邪气，可贾福的哮喘病却开始进入了“高潮”，各种药吃遍仍然咳嗽不止。不久左胸部突然开始疼痛，并且痛感逐步向左肩部及背部转移，常常一夜夜地睡不了觉，这种状况持续了几个月后，老伴和孩子们都着了急。

10月29日是个平常的日子，对多数人来说只是一闪而过，可贾福老汉却正在医院里度日如年。

大医院自有大医院的气派，挂号、计价、交费、取药各种手续一应俱全。大大小小的大夫们礼貌的冷淡拉开了与病人及家属间的距离。当孩子和老伴被唤进医生办公室的时候，漫长的看病之“旅”才算告一段落。

诊断书上那令人惶恐的字眼使老伴和孩子们如坠深渊，“左肺门周围型肺癌晚期”的诊断结果也使贾福的生命开始了倒计时，老伴终于明白了这已是无法更改的事实，腿一软瘫坐在地上。

晚期肺癌使贾福失去了手术的机会。据权威医生断言：化疗和放疗是目前能采取的唯一治疗办法，而且也只能维持几个月的时间。

近在咫尺的生离死别让老伴和孩子们欲哭无泪，难以掩饰的悲戚也使贾福猜出了一切。对生命的珍惜迫使一向倔强的贾福出奇地配合治疗。随着治疗的进行贾福的病情也逐步加重，跨过新

千年的2月29日拍片结果表明，肺部肿瘤已达8×8厘米，3月29日拍片又扩大到十几厘米，病情呈进行性发展，医生告知家属，继续治疗已没有实际意义，回家早做准备吧。

此时的贾福已开始吐血，肿瘤压迫气管呼吸已十分困难，说不出话。既不能坐，又不能躺，更不能走，只能在床上擦几个枕头顶住胸部俯卧在上边，实在熬不住的贾福开始寻找机会自杀。

其实人到了这种地步想自杀又谈何容易，——手已无举刀之力，足不能一步而行。贾福恳请老伴帮他一把，让他少受几天罪。心如刀割的老伴轻声安慰着他。两个相濡以沫几十年的老人相拥而涕。

癌症这个恶魔使本应花团锦簇的生活平添了几分凶险。它的吓人之处就在于你只能眼睁睁地看着病人一步步地走向死亡而毫无办法。绝望中的老伴开始为贾福准备“装老”衣服，儿女们也都挤在老爸面前尽量多尽一点孝心。

可能冥冥之中老天发了点善心，一个远房亲戚送来的一张报纸给这个绝望中的家庭带来一线希望——北京来的治癌专家谢继增教授，在张家口市桥西区公园路菜市场内一个不起眼的小医院“玉带桥医院”每周六、日一天半的时间内坐诊。2000年4月2日已经接到死亡传票的贾福老汉被人抬着前来就诊。

谢教授亲切的态度和治疗的信心使病人和家属精神大振。他用自己研究配制的肺丹、消癌三仙饮、化结丸、咳喘胶囊等全系列的中草药制剂以及输液（中药制剂）、针灸、外敷、内服等全方位的治疗手段很快就见了成效，20天后，病人自觉痛苦大为减轻，两个月后病人已能下床走动，也能平躺睡觉。服药四个多月后，咳嗽时开始呕出一块块黑色的“肉”，9月5日，到原来的医院拍片，发现肿瘤已比原来缩小了1/3，使曾经宣告他已不治的医生大为惊奇。

11月18日，我到玉带桥医院采访时见到了贾福，此时的贾

福除嗓子有些暗哑外其他已无大碍。据他老伴介绍，贾福现在骑着自行车哪都能去，吃饭睡觉都挺好，是谢大夫救了他一条命，也救了他们全家。

贾福面带笑容坐在我的面前，从外表已看不出他是个晚期肺癌的患者。贾福文化不高，不擅言辞，显然我的采访又使他想起那不堪回首的往事，说了几句话后突然大恸，两行热泪滚滚而下，反复念叨着“不是谢大夫我早就没命了，不是我老伴的话我也早就自杀了”。

和贾福有同样感受的还有65岁的老太张发平。张老太88年7月左侧乳腺癌手术后到97年6月发现肺转移。到北京和上海的大医院都看过，各种中药，西药都吃过。两年多时间钱花了几万可仍然是发展趋势，最后还是听了权威们的“忠告”回家等死。到99年时此，人已瘦得脱了形，右侧胸腔积液，肿瘤压迫气管同样造成呼吸困难、失音、不能进食、不能行走，并且开始依靠服用吗啡类止痛药以减少疼痛。到玉带桥医院经谢教授治疗十多天以后疼痛减轻，经数月治疗后自觉明显好转，B超检查胸水已明显减少，失音的嗓子已基本恢复。

我眼前的张发平老太行动敏捷，笑容可掬，全不像曾经患过大病的样子。只是在谈及得病及治疗过程时她也流了泪，那自然是一段不愿回忆的日子，它带给人们的伤害太深，太沉重。好在这一切都已成为过去，言谈中老人一再表示，感谢谢大夫的救命之恩。

如今小小的张家口玉带桥医院已经成了各种疑难病患者和集中地，8010956的热线电话也响个不停。有患各种癌症来绝处求生的，有患糖尿病以求解除病痛的，有被心肌梗死、严重失眠、结核病等各种疑难杂症长期折磨的。患者有来自山西、内蒙及周边县、市的外地客，也有来自市内的本地人。他们中多数都是经口碑相传后慕名而来。自然，他们都把谢继增当作辗转求医路上

的最后一线希望，是普济众生的活菩萨。

谢继增现在是北京健安医院的院长，驰名中外的中医药学专家，北京肿瘤骨病研究会理事，中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长、香港国际传统医学研究会副理事长、达尔文生物医药研究院副理事长、世界传统医学联盟委员，世界传统医药科技大学客座教授，并被世界卫生组织国际传统医科大学授予博士学位。

诊室中的谢教授不停地忙碌着，他要抓紧时间，为每一个找他来看病的人做详细的检查和认真的解答。因为他来这里坐诊每周只有一天半的时间，明天午饭后还要赶回北京，那里有更多的病人在等着他。

我眼中的谢教授没有一点名人和专家的架子，看着他奔忙的身影，看着他对病人那种耐心，那种慈和态度，一时很难把他那些惊人的成就、炫目的头衔和他本人联系在一起。

在国际国内以专治各种疑难病症而名扬四海的谢继增当然不会忘记张家口这个小地方，他就是从这个塞外小城起步而逐渐步入世界传统医学这个大舞台的。谢继增是个最重感情的人，每当他站在国际传统医学学会的讲台上宣读论文的时候，每当他从金发碧眼的外国人手中接过一个个象征最高成就的“金杯”的时候，他眼前都会浮现出“第二故乡”那一张张被病痛折磨得扭曲的脸，一个个被病魔搅得支离破碎的家庭中那些祈盼的眼神……

（三）《华北信息报》、《华北都市报》：

军旅名医

车轮飞转，汽笛长鸣。

十九岁的谢继增身着新发的绿军装，趴在西去列车的窗口出

神地向外望着，渐渐远去的故乡和即将到来的新生活使他思绪万千，兴奋不已。

谢继增 1949 年 6 月 30 日出生在河北安国，安国自古就有“药都”美称，境内种植、采集、炮制中草药成为传统行业，代代不乏有高人出现。谢家世代行医，在当地广有医名。谢继增从小耳濡目染的就是丸散膏丹，望闻问切、卫气营血、八纲辨证之类。看到伯父妙手回春，为乡亲们解除病痛后的喜悦，他幼小的心灵就羡慕不已，立志要继承祖业成为一代名医。因此，在 1963 年小学毕业后，即开始随伯父学医。

中国的中医宝库博大精深，而且多为古文、艰涩难懂，对于只有小学文化的谢继增来说，难度就更大了。

谢继增从小就有一股强劲，越有困难的事他越有兴趣。他勤学好问，悟性极高，在伯父的悉心指导下，他背汤头、熟药性、精炮制、集验方、擅针灸、通按摩，1966 年就成为当地小有名气的赤脚医生。

选择军旅生涯是谢继增人生路上最关键的转折点。当飞驰的列车把他和他的战友们送到塞外山城张家口时，一个光明的前程已在他面前展开。

他在部队当卫生员时就以精湛的医术折服过很多人。当时部队经常野营拉练，有时行军几十里都没有水源，有的战士甚至在行军途中渴昏过去。部队首长找到谢继增，让他想办法解决这一难题。谢继增用几种止渴生津、抑阳润燥的草药配成一种止渴丸，只要行军途中含上一丸，就可以一路不渴，为部队解决了大问题。所以当 1974 年集团军成立攻克癌症研究小组时，军首长亲自点名让他当了组长。

谢继增是个志向高远的人，自从学医以后，他就决心在中医药学方面有所突破，实现他济世救人、为民解忧的远大理想。研究小组的成立为他提供了难得的机遇，也使他确定了毕生从事的

研究方向。

七十年代初期有关肿瘤治疗成功的范例很少，为了搜集有关资料，他带领研究小组的成员们到各个医院去寻找病例，只要找到线索，费尽千辛万苦也要找到病人，了解他们的治疗过程和疗效，总结成功和失败的经验教训。有些病人是民间医生用土丹验方治好的，他们就想方设法接近医生，以从中学到一点东西。

中国的传统文化是一个较为封闭的系统，中医也不例外。一些颇为有效的单方、验方和制药方法，持有者总是千方百计地匿藏起来，秘不外传。这不仅为很多疾病的治疗和预防设置了障碍，同时也延缓了中医学自身的发展。所以传统中医理论至今还在千百年前的《黄帝内经》、《伤寒论》、《本草纲目》的基础上徘徊，新的中医学专著屈指可数。

立志为人类免除病魔之苦而努力奋斗的谢继增从一开始就遇到了这一难题，直言求教总是被客气地拒绝。于是，他们就采取装扮成病人和家属前去就医的方法来采集验方，但药方中关键部分还是被隐瞒。

一次谢继增听说河北南宫，一位乡下医生医术甚佳，处方有独到之处，于是不远千里前去求教，经仔细观察后发现其所开之药都很平常，为什么从他手中拿出的药疗效就不一样呢？谢继增断定秘密是在中草药的炮制方面。他乘乡医外出之际登门造访，发现屋檐下用黑、白、红三色线吊着很多苦胆。原来药方中很多主药都是在苦胆中浸泡多日而成，于是谢继增“满载”而归。

经过认真的努力，谢继增和他的战友们收集了数千个民间验方，经过综合分析、筛选和临床应用之后，在国际传统医学界颇负盛名的“肺丹”、“消癌三仙饮”、“化结丸”等系列制剂已具雏形。

谢继增为攻克癌症而忘我钻研的精神深得部队首长的赞赏，先后选送他到北京军区军医学校和河北医学院学习。经过8年中西医系统理论学习和实践的谢继增如虎添翼，在驻军105医院以及267医院、251医院肿瘤科工作期间就以专治各类肿瘤和各种疑难病症而出名。

1985年7月1日，张家口市报就以“癌患者的一缕幸福之音，医学上的一束希望之光”为题，对当时在解放军驻张267医院工作的谢继增治疗癌症的事迹做了报道——

食道癌患者史殿林在外地医院手术治疗后复发，到267医院治疗时已不能进食，病情危重。经谢继增治疗后肿瘤缩小，逐渐能吃蛋糕、馒头，恢复正常生活。

膀胱癌患者李秀敏发现是已是晚期不能手术治疗，服用谢继增的中药后半年时间自觉症状消失，出院后两年期间先后三次做膀胱镜检查肿块消失，脱落细胞检查未见癌细胞。

肝癌患者付玉莲入院时身体衰竭，呈恶病质。服用谢继增中药后病情逐渐好转，一年后经同位素扫描检查，原肝内占位性病变消失，肝功能及各项检查都正常。记者采访时看到出院6年已年过花甲的付玉莲正在忙里忙外地做家务。

肺癌患者徐育英从外地医院转到267医院时胸痛、气短、咯血，服谢继增的中药半年后，从口咯出块状物，经病理组织检查为癌组织脱落。病情好转，身体日益强壮，能从事一般的体力劳动。

这篇报道立即在全市乃至周边省、市引起强烈反响；军旅神医谢继增的名字开始在人们口中流传。

1985年8月5日，张家口市报又以整版篇幅刊登报告文学“为了癌患者的生命”，文中对谢继增于84年收治的晚期胰腺癌患者白玉珍的治疗经过及治疗效果作了更为详尽的报道——

1984年2月，时年64岁的白玉珍是在北京某大医院检查确

诊为晚期胰腺癌并被劝回家中“养疗”后找到谢继增的。当时的白玉珍已经“粒米不食，滴水不进”，危在旦夕。而此时医院正在扩建，已经停诊，不能住院，谢继增为她开设了家庭病床。经过半年多的治疗，白玉珍竟神奇地活了过来。当记者和谢继增一起到白玉珍家采访时，白老太正在家里砸煤。乐呵呵的白玉珍告诉记者，她现在在家里照看两个孙子，还管做饭，每天屋里屋外地忙个不停。

谢继增已经创造了奇迹。

那年他才 36 岁。

一个个濒临死亡的“绝症”病人在谢继增的精心治疗下起死回生，重新投入到生活和工作中去，这些非凡的成就使谢继增名声大振，并且受到国际医学界的重视。1992 年 11 月底，当时已在 251 医院中医科任主治医师的谢继增应邀到新加坡参加“中医与针灸走向世界国际学术研讨会”。1993 年 1 月 12 日张家口市报又以题为“谢继增论文引起世界医学界关注”的消息对此事进行了报道。报道中说：谢继增在研讨会上所作《中西医结合治疗白血病临床探讨》的学术报告“受到与会 28 个国家和地区的医学专家们的高度重视，这一论文被编入国际学术论文集”。

一个只有小学文化程度的部队卫生员，经过十几年的艰苦努力，走上国际讲台并受到广泛关注，这其中的艰辛可想而知。

1994 年初，谢继增被调到北京解放军 268 医院门诊部任主治医师，继续开展他的中西医结合治疗肿瘤和各种疑难病症的研究工作，他精湛的医术和认真负责的精神在京城又掀起不小的波澜。

1995 年 5 月 9 日“光明日报”在头版头条醒目位置刊发通讯“黑暗王国的一线烛光”，把谢继增中草药治疗癌症的显著成效比作是为充满死亡气息的黑暗王国带来光明和希望的烛光。文

中以生动的笔触介绍了谢继增把几位被死亡威胁着的胃癌、肝癌、肺癌、膀胱癌患者推向健康之路的实例。文章刊出后，一时间 268 医院谢继增的诊台前患者如云。

此时的谢继增已经成为一代名医，谢继增的抗癌神话已成为众多媒体关注的热点。

1996 年 8 月 22 日“中国医药报”向公众报道了“谢继增研究成果引起世界传统医学界关注”，并在前不久召开的“第三届世界传统医学大会上被评为‘中国民族医药之星’”的新闻。

1996 年 10 月 15 日“中国教育报”报道，谢继增独创的治疗肺癌的肺丹“治疗中晚期 290 例，有效率达 91%”，“白血病胶丸、化结丸、生殖丸、活血丹等系列药治白血病有效率达 82%”。“此外，谢继增对食道、肝、胰腺、膀胱、乳腺癌的临床治疗显效率、治愈率均居国内领先地位”。

就在这年，谢继增脱下军装，以副师职级别退休，到北京市崇文区医药卫生学会主办的、位于永内东街东里 12 号楼的“健安医院”当了院长，自此，67025447 的询诊电话又成为众多“绝症”患者的一“线”生机。

谢继增是从军旅中成长起来的中医药学专家，人民军队中得天独厚的学习和工作环境为他恣意纵横地施展才华，取得成就创造了条件，近三十年的军旅生涯是他一生中的骄傲。

这一年他被世界传统医药科技大学聘为客座教授，1997 年 11 月世界卫生组织国际传统医科大学授予他博士学位。

海外媒体对谢继增的成就也表现出极大的关注。1997 年 12 月 2 日出版的香港“文汇报”以整版篇幅发表了题为“军中骄子，一代名医”的长篇通讯，对谢继增的成长过程做了详细报道，对他治疗癌症、糖尿病等疑难病症的开拓性工作做了高度赞扬。

退休后的谢继增仍然把自己当作一名军人，而军人精神的精

髓就是咬定目标永不退缩。为了解除大众的疾苦，他继续在攻克癌症和各种疑难病症的崎岖山路上奋力攀登。

谢继增当了院长之后生活相对安定，曾经有过安下心来著书立说的想法，可不久一位塞外山城张家口的肝癌患者的到来彻底打乱了他的计划。

这位患者在张家口和北京两地确诊为肝癌晚期，手术和放、化疗都已失去机会，只能回家等死。病人家属不甘心，到251医院去找谢继增，听说已调到北京。到268医院去找，又说已经退休。辗转几次在健安医院找到谢继增的时候，病人上腹部肿块已明显突出，非常痛苦。虽然经过治疗病人已恢复健康，但其费尽周折的求医之路也深深刺痛了谢继增的心。为了不使钦慕自己医道的塞外患者丧失生存的机会，一个新的想法在他的心中酝酿成熟。

1998年10月，谢继增和张家口市桥西医院合作在人民公园对面的菜市场内开设了“玉带桥医院”。医院开张之际首都很多中医药界的名医泰斗或亲莅祝贺，或题词慰勉。从此，谢继增每周五中午在健安医院接待完病人之后立即驱车赶往张家口，每周日中午在张家口看完最后一个病人之后又急急忙忙赶回北京，有时在半路上还要趁机随访几个病人。

我在张家口玉带桥医院采访谢继增时曾经问过他，这样长年奔波劳碌是不是为了挣钱，他听后大笑说，“如果要图挣钱，在北京就足矣，何必来张家口。况且到我这儿看病的绝大多数都是在别处已经把钱花得差不多，现在已没钱的人，也都是别的医院推出门外的人，每次来张家口，光往返过路费和汽油钱就得好几百，还得搭旅馆费、饭费，每个月就得几千元。有的病号看到半途中没钱了，刚刚见效你能扔下他不管吗？如果说为了挣钱，这些该怎么解释呢？”

我无言以对。

从谢继增对每一个患者的轻声安慰和殷殷的叮咛中，我忽然想到，是强烈的事业心和责任感在支撑着他，是人民军队的优秀传统在鞭策着他，是他曾经生活和工作过二十多年的塞外山城人民纯良朴厚的民风吸引着他。

不是吗？

上士闻“道”

1997年11月。

初冬的朝阳照耀着首都机场。走下舷梯的谢继增深深地吸了口清新的空气，在心底里大声呼喊——祖国，我回来了！

这是他应世界卫生组织国际传统医科大学之邀，赴美参加学术交流以及该大学授予他博士学位的仪式的。身披博士袍，头戴博士帽的谢继增攀上了他事业的新的山峰，正如该校校长在仪式上致辞时所讲到的“谢继增博士对中国治癌的独特贡献，不仅在于理论上的独辟蹊径，更在于那一例又一例被权威医院的现代仪器判了死刑，而在他手上又奇迹般康复的众多患者。”

掌声，热烈的掌声。一些蓝眼睛高鼻梁的外国同行钦佩地向他竖起大拇指。而此时只有谢继增自己知道，这辉煌的博士袍上凝聚着多少苦涩和艰辛……

还是他在“研究小组”时期，张家口有一个乳腺癌患者已到晚期，乳腺肿瘤呈菜花状溃烂，并且伴有严重的高血压、心脏病，很多医院表示无能为力，患者已在家“等死”。

谢继增知道后立即与病人家属联系，表示愿意无偿为她治疗。病人家住东门口，谢继增每天骑车十余里到病人家为她治病。服了多次谢继增的验方后，病人没什么反应，而且溃烂的部分越来越大，发出一阵阵恶臭，病人和家属也都失去了信心。看来普通药物已无济于事，逼到绝路上的谢继增决不轻言放弃，一个最终使他从侪辈中脱颖而出的大胆想法开始形成。

他熟读《本草》，知道书中记载有一味剧毒中药“砒霜”，

外用专治无名肿毒，“蚀痈疽败肉枯痔杀虫”，但无人敢用。他认为，中药配伍中有“十八反、十九畏”的说法，两味本无毒的药物碰到一起就会产生剧毒，这说明中药之间具有相生相克的特性。中药配方中的“君、臣、佐、使”是一个非常重要的理论，普通的药物合理地配在一起就会产生几倍于原药的功用。那么，什么药和砒霜配在一起能缓解砒霜之毒，不让它对人体产生副作用，并且最大限度地发挥它去腐生肌的作用呢？经过在他自己身上反复试验，砒霜的配伍和用量问题解决了。用到患者身上一星期后，患处不再漫延，一个月后患处缩小，两个月后，肿块整体脱落。谢继增成功了。

这次治疗的成功使谢继增对中药的药性、配伍和成方有了新的认识。他深深地体会到，中医、中药作为中国的国粹已有几千年的历史，现有的成方具有很高的使用价值。但是，同人类对自然界的认识一样，中医、中药仍有很多需要进一步认识和发展问题，很多新的治疗方法和新的方剂需要开拓和创新。病人得病的病因、体质的强弱、对药物的适应程度等情况千差万别，用固定的、一成不变的治疗方案和古方照本宣科不行，要根据每个病人的个体差异、发病时间、病患程度决定具体治疗方案。古人云“尽信书不如无书”、“师古而不泥古”说的都是这个道理。谢继增的想法实际上已得中医辨证施治的真髓，并且在继承前人的基础上酝酿着新的突破。

患者付玉莲经肝同位素全消造影确诊为肝癌晚期，医院判定至多还有三个月的生存期。病人找到谢继增时其生存期已过半，面色腊黄，形销骨立，精神萎靡。谢继增根据病人的特点，选用硼砂为主药对其进行治疗。

据《本草纲目》记载，硼砂主治上焦痰热，除噎膈胃积块结，并且与砒霜相得。《药典》记述硼砂入药不能超过3克。为了取得最佳治疗效果，掌握最大用药量，他又在自己身上实试

验。他从3克开始服，直服到8克时反应剧烈，恶心呕吐。他又研究如何利用配伍来消除其副作用，以发挥它的最大药效。经过反复研究验证之后，他给付玉莲开的药方中硼砂用到12克。

病人服药后不久就开始上吐下泻，呕吐物中黏痰黏结成线。谢继增仔细地观察病人反应，不断地调整用药。病人停止呕吐后，气色逐步恢复如常，治疗半年后病人康复出院。

经过这次治疗成功，使谢继增更加坚信自己的认识是正确的。用药的关键是要够剂量。剂量如果不够，药力就不能迅速达到阻遏病情发展，软坚、散结、通窍、去瘀的目的，就会延误病期。

谢继增认为：用药之妙，如将用兵。兵不在多，独选其能。开方本身就是部署兵力，何者为群，何者为臣；何者为引路途径之佐使，为攻坚略强之奇兵，都要一清二楚，并且要根据患者病情发展情况随时调整“兵力”，才能取得胜利。那种使用固定方剂，一成不变者，成功的希望极其渺茫。

谢继增敢用药、剂量大在当时的张家口是很有名的。有时医院药房药不全，患者拿着他开的处方到市里药房买药，卖药的看到这些险方奇药怕承担责任，非得让医院院务处盖章以后才能抓药，以后时间长了，也就逐渐习惯，‘谢大胆’的绰号也因此而越传越神，越叫越响。

如何使中医和西医各自的优点有机地结合起来，使治疗效果更好，是当时谢继增思考的又一个大问题。中医讲究辨证施治，认为百病之生，各有其因，因有所感，则显其症。症者病之标，因者病之本。所以中医治病分标、本、缓、急。“知标本者，万举万当。未知标本，是谓妄行”。中医的理论与实践都是非常科学的。西医不讲究这些，却具备仪器先进，辨病准确，治疗快速的特点。然而遗憾的是，西医对某些疑难病症常常束手无策，两种治疗方式虽各有特点，但彼此门户之见甚深，甚至有老死不相

往来之势。

谢继增自幼研习中医中药，但他对中医看不起西医，西医看不起中医的现象极不以为然。他认为，只要出于治病救人的目的，达到治病救人的效果才是最重要的。在医疗实践中，他认真汲取西医之长以弥补中医之不足。在具体确定病人的病情、病灶时要靠西医的化验、拍片。日常坐诊时，除了号脉、望诊之外，还时常使用血压计、听诊器来进一步确定病情，他常说，西医为中医的治疗提供了很好的基础，中医为治疗癌症等各种疑难病症提供了很好的保障，二者不应互相排斥，而是相附相成的关系。基于这样的认识，所以谢继增成为当今采用中西医结合治疗各种疑难病症的集大成者。

经过多年的实践和认真研究，使他在很多病症生成病因的认识上形成了自己独特的理论。一般人认为，癌症是由温热而生，可他却认为是因寒而起，由气而生，由毒而显，最终使人体微循环出现障碍，导致体内某个部位产生疾病。而防病就是要保持微循环系统的畅通无阻，治病就是要使用药力打开微循环系统闭塞阻隔的通道，所以他治疗癌症糖尿病等疑难病时，主要针对微循环系统用药—用那些对微循环系统最敏感的药，用那些能对微循环系统产生冲击力的药，以达到温中散寒，补气活血，扩管促流，开闭通瘀，加速毒素排泄的效果，使微循环系统畅通无阻，恢复机体新陈代谢。因此谢继增在治疗肺癌时，常使患者把癌变组织咳吐出来；治疗膀胱癌时要从尿中排出；治疗乳腺癌时要使癌组织整体脱落。

谢继增在治疗方法上也有独到之处，他接手治疗的癌症患者，多数都是在别的医院治疗无效后慕名找来的。病情没有给谢继增留下从容治疗的时间，而时间对于这些患者来说就是生存的希望。为了不再延误病情，他独创了“三联一体”疗法，即按中医的治疗原则确定一个整体的治疗方案。采取局部熏蒸、热

敷、肛用、贴敷、针灸等外部治疗和口服、输液三种方法同时使用，以达到最好的整体治疗效果。实践证明，这种治疗方式为众多癌症患者求得生存起了决定性作用。

除了理论和治疗上有新的创造以外，谢继增在制药方面的成就也出类拔萃。中药在产地方面很讲究，如：川军、川芎、杭菊等，药名中就明确了产于何地，这是由于当地山水精华形成了他们的独特功用。所以谢继增在选药时全部从产地选购，而且选的都是上品，这就为他确保疗效打下了基础。

一般的中药制剂都是把选用的草药碾成粉末后合成。谢继增认为这样制药效果不好，他制成的“肺丹”之类丸药，把体积庞大且能够煎煮的全部装在大水缸里，架起来用“文火”煮三天后，把药水澄出来阴干；再把阴干后的药末用细萝筛出，以剔除药渣；然后把那些不能用水煎煮的药碾成药末合在一起制成药丸，这样做虽然颇费功夫，但是全部都是药中精华，这也是谢继增成功的奥秘所在。

谢继增在杏林群英中是一个成功者，数十年的艰苦努力使他创造了医学史上的一个个奇迹，各种荣誉也纷至踏来，除了治疗各种癌症使他名扬四海，他的《三棱针穴位速刺加拔火罐治疗荨麻疹》《乳结灵治疗乳腺癌》也在国际上引起很大反响。继1995年他的“肺丹系列药品”荣获世界传统医学成果“金杯一等奖”之后，1996年他的“月半消减肥饮”又获此殊荣。

荣誉的光辉没有稍稍延缓他追求事业的脚步，他仍然在京张公路上来回奔波着，没有休息日，也没有节假日，别人可以合家出游，在山川美景中怡养身心，可他不能。别人可以在一天劳碌之后，在温暖的家中尽享天伦之乐，可他也不能。他实在太忙了。白天，他要接待一个个来自四面八方的患者，夜晚，他还要研读各种医学典籍，思索一些患者进一步治疗的方案，爱人常常怨他把家当成了旅馆，把医院当成了家。他也只能歉疚地一笑。

是的，他知道自己这一生中唯有欠她太多，太多。他总是这样安慰爱人，“到六十岁以后我一定好好陪你。”可这话已经说了几十次，只是把其中的 50 岁换成了 60 岁。

谢继增毕竟已年过五旬，精力也大不如前，过度的奔波劳累使他时常感到力不从心，但他的内心是充实的，因为他心里装着的全是那一一张张渴望生存的脸，和一个个被他从死神手中夺回的鲜活的生命。他活着，就是为了让别人生活得更美好。

华北信息报

2000 年 12 月 7 日 星期四

第 98 期 第 5 版

华北都市

(四) 《健康周报》:

当代名医治疗肺癌的新招术

记世界传统医学学会副主席、著名肺癌专家谢继增教授

癌症是严重危害人类健康的常见病，特别是肺癌的发病率呈明显的上升趋势。我国每年有 160 万人患癌症，近 130 万人死于癌症，其中肺癌占死亡总数的 1/5，成为妨碍我国人口健康的“第一杀手”，征服这个举世顽症，已成为我国医学界的一项重大课题。

面对这残酷的现实，一个勇于探索、执着追求并具有深厚现代肿瘤学知识和丰富临床经验的我国著名肺癌专家谢继增教授勇于向癌魔挑战。谢继增教授，1949 年出生于河北安国县，转业军人。少年即随师学医，他少年志向高远，发誓毕生从医，先后就读于北京军医学院、河北医学院，曾任香港国际传统医学研究会副理事长、世界传统医学联盟委员，《首都医药》杂志编委、

中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长、北京中医肿瘤骨病研究会理事、中国人民解放军 268 医院疑难病专家等职务，现任北京市健安医院院长。

当前，现代医学对癌症的主要治疗手段是放、化疗及手术治疗，虽然有部分癌症患者病情得以控制，但也使大量正常细胞组织受到损害，甚至全血细胞减少，从而导致免疫力下降。为了提高增强免疫力，谢继增教授从部队至今，一直从事肿瘤研究防治工作，于 1974 年成立以他为组长的肿瘤攻关课题专家小组，他吸取了西医治疗之精华，挖掘祖国中医之瑰宝，并且走访了全国很多医疗名家，率组员到河北、河南、山东、贵州、北京、上海等省市追踪访问。广泛收集民间验方、偏方、土方，有时候为了取得某一味药的最大用量，他时常冒着生命危险在自己身上做实验，经常恶心呕吐、胃脘胀满如堵，他都仔细地记录下来。经过反复实验，反复煎煮研制出专治肺癌和不同恶性肿瘤的消除癌症毒性因子，增强人体免疫功能，抑制、破坏、阻止癌体细胞的分裂繁殖，既有杀灭溶解、消除癌细胞及癌体作用，又改变了癌细胞基因，被杀死的癌细胞可通过出汗、咳痰、大小便等方式排出体外，且不会对人体产生其他影响，治疗了上万例中晚期患者，效果显著。

在从事肿瘤研究防治工作几十年来，临床证实，用祖国传统医药治疗肿瘤具有改变基因的功能，又能增强抗癌基因的活性，“消癌三仙饮”就是根治肿瘤的一种新的有力武器。临床实践中有数十例患者的肿瘤转移完全被阻止，还有的患者治愈十七年后无复发，这就足以证明，中药的调理能使基因转变，更可以充分说明扶正祛邪的说法的正确性。一分耕耘一份收获。“消癌三仙饮”系列药物不仅对肺肿瘤疗效显著，而且对治疗乳腺癌、皮肤癌、骨肿瘤、食道癌、鼻咽癌、膀胱癌、白血病、胰腺癌等病症都取得了突破性的疗效。并且对转移、复发和肿瘤放、化疗引

起的不良反应也都起到很好的治疗作用。经过对众多患者的施治疗效是肯定的。莫名前来就医的患者络绎不绝，每天 010 - 67025447 咨询电话响个不停，谢教授及医生们热情地为他们解答疑难问题，要求邮寄药品的信件像雪片一样。那些经多方医治慕名而来的患者，经服用他潜心研制的“消癌三仙饮”系列药物后，疼痛消失、症状减轻、瘤体软化、萎缩坏死，直至消失，有的乳腺癌患者经治疗，如刀割一样，瘤体与正常组织分裂掉下来，30 多天后愈合不再复发，许多到了中晚期的病患者从死亡线上被拉了回来，获得新生。

由于谢继增教授对治疗肺癌有独到之处，在国内外产生了极大的影响，先后在《人民日报》《解放军报》《光明日报》《文汇报》《大公报》《首都医药》《作家文摘报》《中国教育报》《中国医药报》国家卫生部《卫生天地》电视栏目摄制组在全国千家电视台制作题为《谢继增访谈录》的专题报道播出后反映强烈，中央电视台等新闻媒体作了多次事迹报道，他先后又出访了美国、德国、卢森堡、比利时、法国、泰国、日本、香港、斯里兰卡等国和地区进行学术交流和讲学，并且在 1995 年研制的治疗肺癌的中药制剂获世界传统医学金杯一等奖。1996 年应邀出席在美国召开的世界传统医学大会，荣获金杯一等奖。出席在斯里兰卡召开的国际传统医学大会获“医学博士称号”，1998 年应邀出席韩国召开的传统医学国际交流大会获国际金奖。同年，经美国爱迪生发明中心达尔文研究院、香港科学院国际生物工程研究院、欧共体国际荣誉联合评选委员会授予“对人类贡献”“成功人士”国际最高金质奖。2000 年 6 月在泰国举行的世界疑难病症学术论文研讨会上，由中国中医研究院、中华高新知识产权评选组委会授予“中华名医专家世纪高新金杯一等奖”由香港国际传统医学会授予“1999 年度世界传统医学首届专病学术成果金奖”。谢继增教授成名后，在如此辉煌的成就面前，他没

有沉醉其中，当看到一个个枯萎的生命重新绽开生命花朵的时候，他欣慰的笑容不禁流露了出来。而无论对记者还是答谢的患者他只是谦虚的说到：“中华医学博大精深，我离成功还差得很远呢”。

张家口一位在报社工作的亲戚，是一位晚期肺癌患者，穿刺结果为原发性，寿命顶多一年多，面对死亡的威胁和打击，患者家人都惊呆了；家人四处打探终于在北京健安医院找到了谢继增教授求救，仅一周时间，患者痛苦明显减轻，食欲好转，经过三个月的施治，经当地医院 CT 扫描肿块由原来的 4.8×7.1 缩小到 2×1.5 食欲大增，其他功能也渐正常，最后痊愈。

一位河北食道癌患者景玉田在外地医院手术治疗后局部复发，淋巴转移、肺转移、不进饮食，病情危重，后经谢教授精心医治，起死回生，肿瘤消失，至今已十二年还健在。还有一位叫李秀梅的患者，医院诊断膀胱癌晚期，已不能手术治疗，经服用谢教授调理的药物两个疗程后，病情明显减轻，肿块消失，尿脱落细胞检查未见癌细胞。面对如此明显的效果，当地医院吃惊了，他们不得不相信这是一个奇迹，谢教授是创造生命奇迹的人。

生命毕竟短暂，为在有限的的时间里给更多的癌症患者带来欢乐和幸福，谢继增教授视时间为生命，如今他除了保障门诊为来京患者看病外，还加班整理总结治癌经验，撰写论文，为满足京津冀患者需要，特开通了咨询和预约电话。北京咨询热线：010-67025447、010-67055447、67011391（自动传真）；张家口咨询电话：0310-8010956、8039589。因此，请外地患者将病情检查结果和临床表现、地址、邮编，邮寄或传真给他们，根据病情制定方案，解除患者和家属的路途疲劳之苦，联系人：谢峰，地址：北京市崇文区永内东街东里 12 号楼健安医院，邮编：100050，乘车路线：北京站乘 122 路、120 路天坛公园南门下车

即到。张家口就诊地址：张家口市桥西区玉带桥公园路市场内，玉带桥医院；邮编：075000；联系人：许有、袁永超；乘车路线：市内乘1、2、10路公交车玉带桥下车，公园路市场内东行100米，乘3路公交车附属医院下车公园路市场内西行200米即到。

我们的国家、我们的民族、我们的患者，能不为这样救死扶伤，乐于奉献的医生而骄傲和自豪吗？

人民日报社记者 何映辉/文

华北信息报周末

国内统一刊号：CN12-0006 邮政代号：5-19（5-29）

国内外发行 本期8版

2000年11月11日

（五）《文汇报》：

军中骄子 一代名医

——记著名糖尿病、肺癌专家、健安医院院长 谢继增教授

谢继增，男，一九四九年六月三十日生于药都——河北省安国县，自幼随伯父学习中医，一九六八年应征入伍，先后在北京军区军医学校，河北医学院学习深造八年，从军二十九年中，曾在河北、北京几家部队大医院任职，专职于中西医结合防治肿瘤工作。

在三十多年的辛勤探索和所积累丰富详实的临床资料中，他大胆总结出一套科学的治疗方法，并研制出治疗肺癌，白血病，膀胱癌等病症的肺丹、化结丸、乳结灵等中药制剂。其中，肺丹系列药品治疗肺癌在一九九五年荣获世界医学金杯一等奖和世界

传统医学优秀成果超人杯一等奖。在一九九六年第三届世界传统医学成果奖中，[月半消]减肥饮荣获金杯一等奖。他撰著的《三棱针穴位速刺加拔火罐治疗寻麻疹》、《乳结灵治疗乳腺病》、《肺丹治疗肺癌》等文章先后被评为国际优秀论文，为此而获得部队三等功数次。

现在，谢继增是中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长，世界传统医药科技大学客座教授，世界传统医学联盟委员，中国北京肿瘤骨病研究会理事，国际颈、肩、腰、腿疼痛专辑编委，首都医药杂志编委，一九九七年他由副师级军衔离职退休，出任北京市健安医院院长，同年十一月世界卫生组织国际传统医科大学授予他博士学位。最近，他又应世界医学组织之邀，参加于一九九七年十一月二十七日在斯里兰卡首都科伦坡举行的[集中治疗方法]的世界医学大会，会上发表了名为[中国传统医学对肺癌的治疗]的论文，并且，他还被邀请为大会主席。

军中出伟男

●他年少因家贫论才辍学，却志存高达，赖以军营绿色的摇篮，终使少年之志实现，竟成了国际医学界的常客。

●他乐于发掘祖国传统医学之精髓。虚心讨教学习民间医生，广泛收集土方、验方、由此研制出的[肺丹]系列药品治疗肺癌获世界传统医学金杯一等奖。

●他注重科学，勇于探索，大胆创新，用药超乎常规，因[胆大]而使几百例被权威大医院判为死刑的癌症患者重获生命之春，也因胆大而成为权威。

●他做为一名军医，严谨和热情赋予他高尚的医德，面对患者，一视同仁，也视为亲人一般，患者视他为生命之神，他谨以此为份内之事。

生活中，人们谈及糖尿病，肺癌而〔色〕变，视其为生命之死神。有关专家也预测，到2000年糖尿病将成为人类十大死因的第二位。同时有关统计资料表明：目前世界有癌症患者五千万，其死亡率由六十年代的第七位上升至仅次于心血管病的第二位。而其中肺癌为死亡率最高的癌症之一。为攻克降服这两种顽症，国内外医学界都在不断的探索研究。其中成果最为丰硕者，是位中国军医，他就是位于北京市崇文区永内东街东里12号楼的北京健安医院现任院长谢继增教授，三十多年来，由他摸索总结的内服外贴的〔三联一体〕治疗糖尿病方法及自己研制出的〔肺丹〕系列治疗肺癌中药制剂均取得令人满意的治疗效果，其中，〔肺丹〕系列曾荣获第二、三届世界传统医学博览会金奖。

那条洒满血汗的探索之路

谢继增教授出生于中医世家，一九六八年应征入伍。从一名普通的边队卫生员到一名出色的军医专家、教授。他走出了一条洒满血汗的奋进探索之路。

如果说勤奋与机遇使他成为一名优秀的军医，那么热情与自尊更使他成为肺癌专家。入伍十年后的一天，一件发生在当时他所在诊所的事震动了他，自那一天起，他便成了一名向癌症挑战的勇士。那天，天气阴沉沉的，一位患者的亲人向诊所的大夫渴求道：〔大夫，求医院给老人治治病吧！咱知道这癌症难治，但即使治不好，能治一治，对病人也是一种安慰呀！那怕是让病人多活几天，也算是咱儿女的尽了一点抚养之孝哇！……〕当时，由于医院没有肿瘤门诊和这方面的大夫，只好拒绝了这一点叫人酸心的请求。那天晚上，他失眠了……脑中老是闪现着白天的那一幕……〔难道癌症就不可治了吗？〕好一阵思绪过后，他自问道。被自尊激起的信念回答到：〔不！〕

自那以后，谢继增的书桌上的书猛然增多：《肿瘤的诊断与治疗》、《中医肿瘤学》、《千家药方》、《中草药大全》等有关诊治癌症的医学书籍堆在那里。借助医学词典默默地阅读着，摘记着……他正式向医学的顽敌——癌，进军了！凭着入伍前所积累的丰富的中草药知识，他决定向中草药这座中华民族无数中医前辈共建的医学宝库寻求攻克癌症的武器。当时，在短短一年的拼搏中，他先后翻阅了近百本的医学书籍及刊物，做了多达五十万字的笔记，搜集整理了三千多个民间的土方、偏方、验方。所有这些都极大丰富了他的医学理论及思路。为了整理这些宝贵的民间医学资料，他可谓达到了如痴如狂的地步。有一次，他在一本古医书看到一个治噎膈的药方，其中有味叫鸡舌香的药他从未听说过，而此书中对这种药的介绍甚少，他查遍了医院的药学书籍，终未得结果。于是他又踏遍市内的各个药店，找老药工及老中医讨教，然而却以回答：「不清楚」而结束。谢继增仍没有灰心，又每日奔波于市图书馆查寻，功夫不负有心人，他终于在《东医宝鉴》这本不曾见过的古医书中查到了有关这种药的详细注解。还有一次，他为寻找一种治疗癌症效果极佳的民间土方验方，率组不顾艰辛在河北、河南、山东、北京、上海等省市访寻于民间，然而，欲因这些民间医人的性格怪僻而经常吃「闭门羹」，或许是他的精诚所至吧，上帝有意指引他，在一次几乎将要毫无收获的拜访中，他无意发现了某民间医人用苦胆浸泡药粉的秘密，回到驻地，亲自试验，果然效果极佳！以据这些宝贵的资料，结合自己的临床经验，他炮制成了各种抗癌、治癌及防治各类顽症的新药，用于治疗乳腺癌、皮肤癌、骨肿瘤疗效极好。以后，他又研制出荣获国际金奖的「肺丹」系列中药制剂。所有这些积极、热情的探索，终换来了丰硕成果！

他因胆大而成了权威……

熟悉谢继增教授的人都知道他有个叫人心服口服的绰号——

谢大胆，而在事实上得这一美誉确实不易。它既需要科学的医学理论做指导，也还需要一种热情的奉献，依据三十多年的在医学这片土地上的辛勤耕耘，他已逐渐创立了一套完整的关于〔癌〕的医学理论体系，谢教授认为：中医的治病关键在于辨证施治，中医的实质为庞大的开放性系统，所有的病因都可隋之于阴阳失调，故治病的总则就是为了调理阴阳，治癌亦如此。对于癌，以往人们都认为它是因温热而生，而谢教授则不拘泥于传统的看法，他认为癌是因寒而起，由气而生，由毒而显。基于这一病因，谢继增教授从科学的微循环理论中找到突破口。

所谓微循环是指血液流经组织小血管的循环。其主要功能是完成人体内物质的新陈代谢。因此，它不谨是一种物质与能量的代谢场所，也是治疗疾病而输送药力的通道，也是体内外互通的交换站。若人体的微循环出现故障，则仍然会导致各种疾病的产生。因此，防病就是保证体内微循环的正常运行，治病就是借药力扫清一切阻碍微循环系统通畅的物质。这一新的认识思路为治疗癌症另辟径，那就是针对微循环系统用药，用那些微循环系统最为敏感的药，用药量也就要考虑到对微循环系统所形成的影响。于是，运用中药理论所讲的：温中驱寒，补气活血，开窍通关，扩管促流，使闭瘀通，加速排泄，促进微循环畅通，使机体代谢旺盛。这一指导思想，便是谢教授的诊治疾病之理论基础。

所有这些理论的实践，必然要体现在治病所用的药量上。为此，谢教授凭自己深厚的药理基础和新颖的用药见解，大胆用药。以求达到一步到位的治疗效果。他认为，现代人的抗药性增加了，有实事为证：过去病人注射青霉素，用量在二十至四十万单位，现在职的用量竟已达八百万单位。因此，一代抗生素新药〔先锋〕也就应运而生。中草药是一种自然的野生植物资料，很难以新代旧。在人的抗药性增大的今天，一个很显然的做法就是增大药剂量。更何况现在的药物有很多都是人工培养的，与吸收

日月之精华，采万物之精气的野生药物相比较，在药性上还要大打折扣。现在即使是野生资源，因为其生态环境发生很大变化、药性也非能跟昔日相比较。所以，用运动，发展的眼光去审视《药典》才是科学的。另外，他还熟知药物的配合禁忌，在实践中深谙于古代名医所提出的〔君臣佐使〕之法。

依据这些科学的诊断，谢教授这才潇洒的大胆用药，给人的直觉上，用药超乎常量，真不愧于其〔雅称〕谢大胆。然而，在他大剂量潇洒自如用药的背后，隐藏着许多鲜为人知酸甜苦辣，为了取得某一味药的最大用量，他时常冒着生命危险首先在自己身上做试验。比如硼砂的用量，按《药典》规定人般为三克，为了找到效果最佳的药量，他自己从三克开始服用，一直到八克时，体内反应剧烈起来，恶心呕吐，胃脘胀满如堵，周身烤灼似的发烧，他详细地记录下这些感觉总结出硼砂的用量与药效之间的联系。

正是这种勇于开拓，积极创新的精神以热情奉献的无私，使他因胆大而成了权威。

患者心中的一团火，病人眼中的一盏灯。

谢继增教授常这样说：〔医生应该是患者心中的一团火，病人眼中的一盏灯。〕多少年来，他是这样说的，也是这样做的。这样的话语也唯有一个具有高尚医德和善良之心的行医者才能从内心捧出。多年的治病救人生涯中，他不会忘记那癌患者被病魔所扭曲的面庞，扭曲的心灵，对生活失去信念的灰一般的心情，灰一样的眼光。这一副副陌生而又熟悉的面孔，无时不震撼着他那颗善良的心。他知道，严谨的治疗，热情的帮助对一名癌患者的作用和意义。

三十多年来，他无论在地方，部队还是农村，城市行医，只要有危急病人相求，他总是热情接待，视病人如亲人。特设的服务热线 010 - 67055447 不管是白天黑夜总是--响就接。时常置个

人安危、劳累于不顾，全心为病人服务，在他所治疗过的病人中真谓是有口皆碑，以下暂举几例以弘其德。

哈尔滨有位年青的大学生身患白血症，经诊断已到晚期，百治无效，丧失生活信心。后来患者父母经人推荐，求医于谢教授，谢教授当即乘飞机赴哈治疗，细心严谨的治疗和师长般的教导，使这位大学生顿生生活信念，病情立即好转。不料当时谢教授走后，病情又恶化，于是谢教授又反复返回为他治疗，这位大学生见着他时病情竟又立即好转，其实这并不为怪，谢教授不光是他的生理医生，更是他的心理医生。为了使病人愉快地走完最后短暂的人生之路，谢教授便应其母亲之邀，住在患者家里，浓浓的人间真情，使他与患者间以舅甥相称，后病人病情恶化，他便日夜守候、病人大小便失禁，他便为病人端屎端尿，亲如一家人，尽管说病人终病故，但谢教授对病人的悉心治疗时反映出的真情却永不会逝去，只会使他医德的光环更加瑰丽无比！

治病救人，谢教授只作是份内之事，从未有索取之心。深圳某某建筑装潢公司总经理黎某，患膀胱癌手术后复发，膀胱内八个大小不等的乳头状瘤，经谢教授三个月治疗痊愈。这位腰缠万贯的大亨，为感谢救命之恩，非要赠给他一辆进口小汽车。就像是经常无数次拒绝收受病人钱物一样，他婉言谢绝了。每每谈到这类事情，他总是这样说：「作为医生，最高兴的就是能治好患者的病，其余的都是次要的。」

——极为平淡却又耐人寻味。

在医术，真情和金钱面前，谢继增教授高尚的医德就像是把神奇的大剪刀，剪去金钱，留下真情，修好医术！

他从绿色军营走出来

一九九二年十月的一天，金风宜人，世界第一届中华治癌学术研讨会在新加坡召开，与会者大都是来自东南亚一带的中医学

的权威人士或经国内严格筛选的中医治癌新秀。会上，第三位发言者，是位长相憨厚的中年中国军医，他就是作为中华人民共和国中医界代表之一的谢继增。

当他在会议严格规定的十五分钟发言时间内宣读完《中西医结合治疗白血症临床探讨》论文时，会场为之震动，会议主持者特破例为他延长十分钟让他继续阐述中医治癌的独特思路和方法。当时，此论文被收编入国际学术论文集，引起世界的广泛关注。他的成就，正如大会主席在闭幕时所评价的：谢继增大夫对中医治癌的独特贡献，不仅在于理论上的独辟蹊径，更在于那一例又一例为权威大医院的现代仪器判为死刑，而经他的手治疗又奇迹般康复的众多患者。事实也正是如此，近年来，他所治疗食道癌、肝癌、乳腺癌等多类型的患者数千例，均达到理想效果。

当时，他还应邀参加了在当地举行的〔世界针灸传统医学研讨会〕。当他宣读完《白血病临床治验一百九十六例观察》、《万应化瘀治疗消化系统肿瘤疗效观察》、《肺丹治疗肺癌一百九十六例临床观察》三篇论文时，同样的境况发生了，会议组织者在谢继增的十五分钟发言时间之外竟特批他继续发言四十分钟，他侃侃而谈，推理严密，数据精确，语言精炼。言毕，博得阵阵经久不衰的掌声！与会者为这位中国军医的博学风采所震撼，叹服！

是的，作为一名医生，在一番艰苦的探索后，从军营这绿色的摇篮中骄傲地走了出来，走向世界。

1995~1996 两年，他曾两次赴港台地区进行学术交流还应邀两次到美国出席了第二届、第三届世界传统医学大会，其成果均获金杯一等奖，特别是九七年，他被世界卫生组织国际性传统医科大学授予博士学位。

在如此辉煌的成就面前，谢继增没有沉醉于其中，只是谦虚而由衷地说道：〔中华医学博大精深，我离成功还差得远呢！〕

是的，满足于现实就意味着后退，脚下的路还远很长，等着他更好地走下去呢！

文汇报

1995年5月19日 星期五

农历乙亥四月初十 今日8版 第16516号

第42期 总第908期

（六）《光明日报》：

黑暗王国的一线烛光

——谭 健

1986年5月的一天，虽然正是柳烟乍起、草色遥看的初春时节，但塞外张家口仍然有些寒气袭人。当时在驻军某医院行医的谢继增军医，被一群人堵在了下班的路上。被搀扶的患者叫耿杰，河北省计经委人事处处长。因患胃癌在某医院做切除手术，术中发现癌细胞已转移到肝、胰腺、十二指肠后壁等处。畏寒怕冷，骨瘦如柴，身体极度虚弱。按照常规的诊治法，应该是扶正补元，温中散寒，清热解毒，一般不用太辛热的药。谢继增机杼独出，不从众器，偏用附子、肉桂、干姜等辛热的药物，意在打通患者的微循环系统，促使代谢功能恢复正常，从而让药力发挥出最大限度的功能。就这样，一个被权威大医院宣布死刑的人，又奇迹般康复了。像这样成功的病例，谢继增已经诊治不下几百例了。

1983年前后，在张家口医务界和老百姓中间，“谢大胆”的绰号开始叫开了。谢大胆即谢继增。绰号所来何由？但指他超常规的用药量。

人命关天，这不是拿人性命玩冒险游戏吗？不了解谢继增的人以为他是一个大胆狂徒，其实他大剂量用药的潇洒背后，隐藏着鲜为人知的甜酸苦辣和战战兢兢。为了取得某一味药的最大用量，他经常冒自家生命危险，首先在自己身上做试验。比如硼砂的用量，按《药典》规定一般为3克，为了找到效果最佳的用药量，谢继增“以身试法”。从3克开始，吃到8克时反应剧烈起来，恶心呕吐，胃脘涨满如堵，周身烤灼似地发烧。他详细记下了这些感觉，从中掌握了硼砂的用量与药效之关系。

一位叫傅玉莲的病人可谓三生有幸，恰逢其时慕名投医谢继增的悬壶之下，经肝同位素全消造影确诊为肝癌。医生告之患者家属，她想吃什么就让她吃什么，至多还有三个月的时限。谢继增接手后，用大剂量的硼砂为主药施治。大剂量大到什么程度？12克！够吓人的。病人服药后不久便上吐下泻，一发不可止，大有要从两头把人掏空似的，且呕吐物痰黏成线。谢继增仔细地观察病人的反映。停止吐泻后，经检查，病人脉象正常，血压也正常。谢继增很快意识到他成功了。硼砂的药理功能是“散结化痰”，中医理论上讲“百病皆生于痰”，这一吐把滞留在身的病毒吐了个干净，达到了治疗的效果。由此加深了他对药剂量的认识：用药的关键是要够剂量，剂量若是不够，就打不通微循环系统的各个通道关卡，药力就难以输送到位。

中国有句老话叫做“艺高胆大”，这句话充满了辩证法。谢继增的胆大正是建立在他对药物功能和作用有自己独特的见解和认识。在他看来，现代人抗药性增大了，过去病人打青霉素，用20~40万单位足矣，现在用800万单位已经是家常便饭。因此，一代抗生素新药“先锋”也就应运而生。中药是一种自然的野生植物资源，很难以新代旧，在人的抗药性增大的今天，一个最简单的形式逻辑就是增大药剂量。遗憾的是，人类常常在简单的问题面前昏头。

谈到药物本身，从小就随行医多年的伯父漫山遍野采药的谢继增，更是头头是道。他拿着一本《药典》说，它审定的药剂量依据的大都是野生药物资源。野生药物纳日月之精华，采万物之真气，药性极强。现在的药物许多是人工培养的，药性与野生的比要大打折扣。现在即便是野生资源，因为生态环境发生了变化，其药性也非昔日可比。这些都决定了行医者不可固守《药典》。

谢继增大胆增大药剂量还有一个保险系数，那就是他对药物的配伍禁忌做过深入的研究和实验，深谙古代名医提出的“君臣佐使”之法，并积累了许多配伍的秘方，比方说细辛用大剂量，就得配五味子，X克细辛配X克五味子，治疗类风湿和肺炎效果极佳。

1992年10月，谢继增经过来自全国中医学专家组成的评委会的严格筛选，作为中华人民共和国的中医界代表之一出席了在新加坡召开的“第一届中医与针灸走向世界国际学术研讨会”。当他在严格规定的15分钟内宣读完此论文《中西医结合治疗白血症》时，会议破例为他延长10分钟，允许他继续阐释用中医治癌的独特思路和方法。走下主席台，许多同道纷纷邀请他去他们国家的各大医院“坐堂”诊治癌症。正像大会闭幕时执行主席所评价的：谢继增大夫对中医治癌的独特贡献，不仅在于理论上的独辟的径蹊，更在于那一例又一例被权威大医院的现代仪器判处死刑，而在他手上又奇迹般康复的众多患者。紧接着，他研制的治疗肺癌的肺丹系列又获世界传统医学优秀成果大奖赛“超人杯”奖。

谢继增成功了，许多大医院用高薪聘请他改换门庭，他始终不为所动。去年，组织上为了让他更大地发挥出治癌专长，把他从张家口251医院调到位于北京东城区新中西街12号的解放军268医院门诊部。来到首都北京，他不仅要面对一般患者，有时候还要为相当级别的干部和一些社会知名人士号脉，但是，作为

一名军医，不论患者是什么身份，他都一视同仁，履行治病救人的神圣职责。深圳鹏程建筑装潢公司总经理黎六彪，患膀胱癌手术后复发，膀胱内8个大小不等的乳头状瘤。经谢继增3个月的治疗痊愈。这位腰缠万贯的大亨，为感谢大夫的救命之恩，非要赠一辆进口小汽车。像往常无数次拒绝收受病人钱物一样，谢继增婉言谢绝了。每当谈起这类事情，他说得极为平淡却又耐人寻味：“作为医生，最高兴的事情就是能治好患者的病，其余都是次要的。”

光明日报

1995年5月9日 星期二

农历乙亥年四月初十

今日8版

（七）《张家口市报》：

癌患者的一缕幸福之音 医学上的一束希望之光

解放军驻张二六七医院谢继增医生治癌获得可喜疗效

本报讯 本报记者王建报道：中国人民解放军驻张二六七（原一〇五）医院军医谢继增，近年来治疗食道癌、肝癌、胰腺癌、膀胱癌、肺癌、乳腺癌等多种类型的癌症患者一百九十九例，达到临床治愈率百分之五点五，显效率百分之二十八点一，有效率百分之二十二点一。

记者在采访中，听到、看到不少癌症患者起死回生的事实，惊喜而又激动，现摘记几例于下。

——食道癌患者史殿林，在外地医院手术治疗后，局部复发，淋巴转移。一九八二年到二六七医院治疗时，不进饮食，病情危重。经谢医生治疗，肿瘤缩小，逐渐能吃蛋糕、馒头等。两年过去了，现在史殿林吃东西几乎和正常人一样。

——李秀梅，一九八二年经医院诊断为膀胱癌（晚期），已不能手术治疗。经服用中药半年余，病情减轻，自觉症状基本消失，体质恢复。截止一九八四年底，先后膀胱镜三次检查，肿块消失，尿脱落细胞检查，未见癌细胞。

——肝癌患者傅玉莲，一九七九年入院时，身体衰竭，呈恶病质。经治疗年余，病情逐渐好转。肝同位素扫描检查，原肝内占位性病变消失；肝功能及各项检查都正常。时过六年，傅玉莲的身体与正常人一样，虽年逾花甲，但还能做些轻微的家务活儿。

——徐育英患肺癌后，咳嗽、胸痛、气短、咯血。他从外地医院到二六七医院治疗半年，从口中咯出块状物，经病理检查为癌组织脱落。随后，病情日趋好转，身体日益强壮。现在能从事一些轻微的劳动。

据了解，凡到二六七医院就诊的，大都是被各地医院确诊，并根据病情判了“死刑”，治疗无望的晚期患者。他们的家属抱着“死人当活人治，争取多生存几天”的心理，前来绝处求生，谢医生采取中西医结合的方法，大胆运用“以毒攻毒，驱毒攻下”的治疗原则，并研制出各种方剂，用于临床实践，取得了可喜成果。

张家口市报

1985年7月3日 星期三

农历乙丑年五月十六

第155期（每周六刊本期四版）

(八) 《张家口市报》：

为了癌患者的生命

报告文学 张贵元

大医院望她兴叹小诊室妙药回生

一九八四年二月的一天，北京某大医院肿瘤诊室内。

“癌”——这个听来就令人毛骨悚然的字眼，无可否认地写在了白玉珍老大娘的诊断书上。她的亲人的担心可怕地应验了。

“大夫，您看老人有危险吗？还有希望吗？”站在医生身旁的一位中年妇女忧心如焚，声音似乎在颤抖。她是患者的女儿。

“胰腺癌已到晚期，我们无办法，只能回家养疗。

回家养疗?! 是家里没有办法才到北京来求医的啊! 回家养疗，说得文明，说白了还不是让回家等死吗? 老人的女儿怅然若失地凝视着曾渴盼望能给她带来一丝希望的医生，话语哽塞了。

然而，这能责怪医生的无情吗? 癌——这个人类最凶虐的病敌对哪一位患者又不是如此残酷呢?

白玉珍老大娘是张家口市人。这次是女儿陪她专程到北京求医的，不想抱希望而来，怀失望而归……

俗话说，情深莫过母子。哪有忍心看着自己的老人躺在家里等死的儿女呢? 六十四岁的白玉珍老人膝下四儿四女，他们到处奔波求医，却无敢收治之人。

癌魔一分一秒地吞噬着老人的生命，死神一步一步地向老人逼进……

呕吐，不停地呕吐，使白玉珍大娘粒米不食，滴水不饮了。

老人脸上无一点血色，眼窝及两腮明显地塌陷进去，浑身完全是皮包骨了，身子蜷缩着，如果不是那张开的嘴巴上气不接下气地喘息，真会使人怀疑老人还活着……终于，无可奈何的儿女们不得不商讨老人的后事了。

正在这时，一位熟人给这个被阴影笼罩的家庭——五一路前街113号带来了一线微弱的希望之光。说市内驻军267医院有位军医治疗癌症还有点道道，一些被大医院“判了死刑”的癌症病人却让他给治好了。而且这位军医对病人来者不拒，只要还有一口气，他就敢收治。找他去试试，老人也许还能……

怀着最后的一线希望，白玉珍老大娘被儿女送到了267医院临时肿瘤诊室。

“让我给老人治治看吧。”这位被传为有点道道的军医给白玉珍大娘进行了检查后，既没有退缩也没有夸口。但他那和善的面容及目光里露出的微笑，却给了患者的亲人一种异样的宽心和安慰。

这位军医叫谢继增。

当时，正是医院营建停诊之时，不能收患者住院，谢继增同志便答应为白玉珍大娘开设家庭病床。

一天、两天过去了……一个月、两个月过去了……半年过去了，像是一股神奇的生命之液从谢军医的药方里缓缓地淌进了白玉珍老大娘那已被死神折磨得枯瘦干瘪的身心，滋苏了她那被病魔禁锢的灵魂……老人那双浑浊不清的眼睛渐渐明亮了，那一身桔黄色的病痕渐渐消退了，那褶皱的皮肤渐渐舒展了，丰润了，有光泽了，两颊浮起了浅浅的红晕，食欲一顿顿地增加着……终于，大娘康复了。笑声，驱散了笼罩家庭的阴影；热泪，涌出了老人的眼眶，一滴滴落在了被她紧紧握住的这位救命恩人的手上，她那湿润的目光凝视着眼前被军辉映红的脸庞，许久没说出一句话。可又有什么话语能比此刻的目光更能表达老人的心情

呢？……

“真没想到，大娘这边北京大医院都没有办法治的病，却让一个普通军医在家里给治好了。”

“别看谢大夫年纪不大，这医道可不小哇！”

“看来这不治之症也有治啦！”

街坊邻里们看着白大娘康复的身体，对谢继增同志交口称誉。

然而，更使人欣慰的是，今年六月，也就是白玉珍大娘康复一年之时，笔者与谢继增同志一起登门去看望这位老人。进院后，只见一大娘身裹围裙正举斧砸煤，十几斤重的大煤块，几斧就在老人的斧下砸碎了。老人的身子骨显得那样结实有力。如果不是她的大儿媳告诉我，我真不敢相信这位老人就是当初差点被癌魔夺去生命的白玉珍大娘。

“同志，不瞒你说，自从谢大夫治好了我的病，觉得这身子骨结实多了。现在我在家看着两个孙子，这管做饭，屋里屋外的忙活也不觉累。”大娘满怀地笑着，像一股蜜汁灌满了她的心窝。

谢继增同志也笑了。不过，他的笑不仅仅为大娘的康复，更让他兴奋的，是在医治癌症上又获取到一点新的经验，以解救那些被癌魔威胁下的生命……

白玉珍老大娘是被谢继增同志基本治愈的第九位癌患者。当人们赞美他的医术时，也许还不知他是个“土生土长”的医务工作者，十几年前，他只不过是一名连队的卫生员，医治癌症，只有六、七年的时间。

心怀民情，夜思不眠

志降癌魔，暗自发奋

这是六年前的一幕了。

夜，显得那么静。这座不大可也不算小的驻军医院在山城的

怀抱里进入了梦乡。然而躺床上的年轻军医谢继增却辗转反侧，难以入睡，望着窗外那永恒的北斗和不时划空而逝的流星，心里很不宁静。白天，一位患者的亲人在门诊楼内的焦急、恳求的声音久久萦绕在他的耳畔：“大夫，求医院给老人治治吧。咱知道这癌症难治，就是治不好，能有人给治、敢治，对病人也是一点精神安慰呀。哪怕让病人多活上几天，也算咱当儿作女的尽了抚养之孝哇……”多么可怜的一点要求啊！可因为医院没有肿瘤诊室和这方面的专门医生，竟连这点可怜的要求也没能答应。医院根据自身的客观条件予以推辞虽不无理由，但作为医生，谢继增心中却有一种深深的内疚感和不是失职的失职感。

这一夜，他失眠了……

“天灾病祸”——尽管人们难以躲过，可让人们最难以承受的病疾恐怕莫过癌——这个令人绝望、惊惧的“恶魔”了。即使是医术高明专家，也不能不感到它是个难以对付的“罪魁”。哪怕你把它从肉体上割掉，也未必能彻底根治！难道就真的没有对付癌症的方法吗？难道“癌”注定就是死亡的代名词吗？……一个又一个“？”号似水波在谢继增的脑海里涌起，荡开，荡开后又涌起。呵，那患者是多么需要，人们又是多么希望能有一种降服癌症的药，降临人世啊！然而又何处去寻，何地去寻找呢？……

不久，谢继增的书桌上堆满了《中医肿瘤学》、《肿瘤的诊治与治疗》、《千家药方》、《中草药大全》等一本又一本有关诊治癌症的医学书籍，借助医学辞典默默地阅读着，抄记着。夜晚，当整个医院都合上了睡眼，谢继增同志窗口的灯光依然同夜空的北斗一同闪烁。

他开始向医学的顽固堡垒——癌，进击了。

中国医药学立于世界之林，中草药以它特有的奇异功效引起了谢继增的深思。入伍以前他就曾向邻村的一位老中医拜师学

技，积累了一些中草药的知识。他决定向中草药这座历史悠久的医学宝库索求进击“癌魔”的“弹药”。

信心和毅力是点燃神思的火种，是开启睿智的钥匙。谢继增对那些人类智慧的结晶——古往今来的中医药学书籍如痴如迷，一本又一本地钻研着，一页又一页地抄记着。短短一年的拼搏，他先后翻阅了近百本书籍刊物，记下了五十万字笔记。搜集整理了三千多个民间的土方、偏方、验方。这使他的思想渐渐变为富有，理论渐渐丰厚。然而，其间谁知他“自讨”了多少“苦”呢？遇有难解之处，哪怕是三天三夜不合眼，他也得弄个水落石出。一次，他在一本古医书中看到一治疗噎膈的药方，其中有一位药叫鸡舌香，这个药名是他第一次看到，过去从没听说。而书中没有写明此药的作用和用量。谢继增查遍了医院的药学书籍，也未查到此药。于是他就到市内各个药店，找老药工及老中医求教，可回答都说不清楚。但他并没有罢休，动笔给上海的利群药店写信请教。然而得到的回音也是“不清楚”。即使如此，谢继增也毫不灰心。他跑到市图书馆去查。一天过去了，没有收效，两天过去了没有结果。俗话说，“功夫不负有心人”，第三天，《车医宝鉴》这本不曾见过的古医书籍使他顿时“云开雾散”，查到了鸡舌香这位中药的有关知识，走出图书馆，他兴奋得象“凯旋而归”的勇士。

对各地有关治愈或基本治愈不同癌患者的病历记载及医学论文，谢继增更是如获至宝，不遗余力地进行搜集。

院领导为开阔谢继增的眼界，汲取别人的经验，还批准他到各地的医院及被治愈的癌患者家里去走坊。一路上，谢继增无暇顾上海滩的秀丽风姿，也无心欣赏岚影沉浮的西湖春色；庙宇雄奇的少林寺留不住他的脚步，织帘喷珠的黄果树瀑布也牵不去他的目光……谢继增争分夺秒地奔波于各地的医院、诊室及患者家中。就连旅途的车厢里，他也在整理看走访后的笔记。走访

中，不论是社会上享有盛名的肿瘤专家，还是隐居山村的庄户土医，只要听说谁在医治癌症上有所成就，哪怕“踏破铁鞋”也不肯放过叩门的机会。谢继增就象那勤劳的蜜蜂采集着“百花”之“蜜”。

那一滴滴的汗水化作了知识之泉，渐渐地蓄入了他的脑海……

汗水聚凝治癌之药

心血化作降魔之丹

时代不同了，人才得到了应有珍惜。正当谢继增暗暗拼搏之时，医院党委为给他以用武之地，使他在实践中探索前进，1980年初，专门增设了肿瘤诊室。这不正是他内心的渴盼吗？谢继增笑了。他庆幸自己身边有这样的的工作更加满怀期冀，益发坚定地努力着……

诊室虽简陋，但在谢继增眼里，却如一座神奇的科学迷宫，深广诱人，充满了奥秘，引他去探索追求。尽管他不是旗开得胜者，但这里毕竟使一位又一位癌患者的生命重新受到了生活的接纳，给一个又一个家庭送去了幸福的笑声。

军人家属李秀梅，是位五十多岁的家庭妇女。1980年患膀胱癌已至晚期。一天小便数十次，而且疼痛难忍，被癌魔折磨得死去活来。目睹者无不为之揪心。经谢继增用药半年，病情出人意料地好转。患者排尿正常，痛感完全消失。经别的医院检查，膀胱癌组织肿块几乎不见了，尿液里再无癌细胞出现。患者的精神一天比一天旺盛，看上去并未留下什么病态的余痕。谢继增最近又带李秀梅到医院进行复查，结果一切均属正常。也就是说，患者在用药后两年半的时间内没有出现复发现象。

癌——无可否认地在谢继增的药方里退缩着。当初曾有人怀疑他是瞎猫碰上了死老鼠，然而，那写有“再生之情，终生难忘”、“治癌有方，妙手回春”等赞美之言的一面大镜框被患

者及其亲人们捧献给医院的时候，怀疑者的目光不见了。在事实面前，谁还能不信服呢！

当然，谢继增不是神医，也没有仙道，也有不少患者因用药无效还是被病魔夺去了生命，这使他内疚，但更促催他奋发进取

……

心似热火，暖在病人身边

情如春风，拂进患者家门

“医生应该是患者心中的一团火，病人眼里的一盏灯。”这是谢继增同志常挂在嘴边的一句话。他的忘我的工作精神，正是这句话的真实写照。他那颗心就象拴在了患者的心上。几年来，谢继增为给各类癌患者开设了一百二十多张家庭病床。病人多的时候，要同时巡诊十几个患者，早晨骑着自行车出门后，一直忙碌到晚间才能回家休息。两条腿累得发酸发木，可第二天又照常出现在患者身旁。雨，拦不住他；雪，阻不住他。一年四季不知疲倦地背着诊包奔波在市内的大街小巷里。节假日似乎与他无缘。公园、电影院也不见有他的身影。他在患者的笑声里寻觅着自己的欢乐。

当山城的大街小巷里涌动起下班后匆匆归家的人流时，谢继增却骑着自行车朝着与家相反的方向驰去，而且成了习惯。他知道，这正是那些家庭病房的患者服药的时间。一些患者的药方里配有剧毒药物，以防有人服错了时间或用错了药量而造成意外的后果。为此，他身上常常有一本记着患者用药时间的“备忘录”。一次，住在市内亲戚家的位内蒙古肝癌患者傅玉莲，因错服了药物用量，出现了剧烈的消化道反映，浑身抽搐，全家人正束手无策之时，谢继增及时赶到了，妥善处理，使患者转危为安。

呵，谢军医，你如此白天黑夜地忙碌在病人身边，这充沛的精神是哪来的呢？采访中我总想探讨一下他的内心世界。

“如果病人是我的亲人，我会怎样呢？”多么实在的回答啊！多么崇高的思想境界！我的心似乎也被一团热火烘烤着……

张家口市报

1985年8月5日 星期一

农历乙丑年六月十九

第183期（每周六刊本期四版）

（九）《人民日报市场报》：

（当代名医）降癌除魔克星——谢继增

晓 荷

癌症已成为当今社会的常见病、多发病，其发病率、死亡率竟高达到了令人谈癌色变的程度。为了攻破癌症这个顽固的堡垒，北京健安医院院长谢继增教授急病人之所急，帮病人之所需，潜心三十多年研究挖掘我中华中医宝贵财富，练就一身精湛的医疗技术，在国内外享有极高声誉，被称为降癌除魔的克星。

灵丹妙药传四方

经过近三十几年的中西医结合防治肿瘤工作的艰辛研究，谢继增终于摸索出一套中西医结合的防治肿瘤的经验。

他研制出的治疗食道癌、肝癌、胰腺癌、膀胱癌等病症的肺丹、消结灵和血丹、消瘤丹、百草冰等中草药制剂，特别是荣获国际金奖‘肺丹’系列使癌症不再是不治之症。内服外贴‘三联一体’治疗糖尿病也取得很好的临床效果。

谢继增先生由于对治癌、糖尿病有独到之处，从此而出名，慕名从世界各地而来就诊者络绎不绝。

谢大夫的高超医技有口皆碑。食道癌患者史殿林在外地医院手术治疗后局部复发，淋巴结转移，不进饮食，病情危重。后经先生耐心医治，起死回生，肿瘤缩小，并痊愈。患者李秀梅经医院诊断为膀胱癌晚期，已不能再手术治疗，经服用谢大夫调理的中药半年，病情减轻，先后膀胱镜检查，肿块消失，尿脱落细胞检查未见癌细胞。

一九九二年十月的一天，世界第一届中华治癌学术研讨会在新加坡隆重召开，参会者大都是来自东南亚一流的中医学的权威人士或经国内严格筛选的中医治癌新秀。会上，他的《中西医结合治疗白血症临床探讨》、《白血病临床经验二百九十六例观察》、《变应化痰丸治疗消化系统肿瘤疗效观察》、《肺丹治疗肺癌一百九十六例临床观察》等论文，引起与会各国学术权威们的称赞，感叹这位中国年轻的军医对传统医学独树一帜，脱颖而出。

艺高人胆大

谢大夫敢于超出《中国药典》常规，大剂量用药，大得难以令人相信和接受。比如，双花按传统药方一副药一般用三十至六十克，而他用到三百克。细辛一般用至三克，而他竟然超出十倍。地骨皮用于治疗癌性热有效，但如果病人持续高烧，用古医术规定的十五至三十克当今很难见效。体验见效。体验使他最有发言权。为了掌握大剂量用药的第一手材料，他不怕被死神吞噬，像神农尝百草那样亲自试验。

一次他喝了三十三克细辛熬成的药汤，只觉恶心、呕吐、浑身出汗、血压顿时升高。据此，他果断地得出结论，细辛用到三十克乃最大剂量。

中医理论在继承的基础上贵在提高。他认为，现代的抗药性增加了比如过去病人注射青霉素用量在二十至四十万单位间，现在用量竟达八百万单位，因此一代抗生素新药「先锋」也就应

运而生。中草药是一种自然的野生植物资源，很难以新代旧。中草药为什么当今要比古代加量大呢？因为现代中草药大都是人工培植的，与吸收日月之精华，采万物之精气的野生药物相比较，在药性上还要大打折扣。现在即使是野生草药，由于生态环境变化而药性也不能同昔日相比。所以，他认为，任何事物都是发展变化的，墨守成规是没有出路的，而只有大胆地闯禁区才能不断将医学理论提高到新境地。

医海无涯

天道酬勤。三十多年的艰苦奋斗使他终于步入了医学界之巅。他冲出了中国走向了世界。曾两次赴港台地区进行学术交流，还应邀两次到美国出席第二、第三届世界传统医学大会，其成果均获金杯一等奖，特别是一九九七年，他被世界卫生组织国际传统医科大学授予博士学位。

百尺竿头，更进一步。按理讲，谢继增先生已满誉在身，但他并不满足已取得的成就。他讲：中华医学博大精深，我离真正的行家手还差得很远，还需继续努力，我要将有限的生命投入到无限的救死扶伤的事业之中去。

市场报——医食住行

1998年9月4日 第26期

（十）《新疆绿洲声屏报》、《作家文摘》：

“谢大胆”轶事

谢继增先生人称“谢大胆”。何以名为？盖因他善于对症下药，敢用猛剂故也。谈起这个外号的来历，先生总是嘿嘿一笑：

“说起来话长罗……”

继增先生出生于河北安国县。安国自古属保定府所辖，素有药都之称。县境内建有药王庙，塑有华佗、张仲景、孙思邈等历代名医神像，至今香火不绝。

安国人崇拜中医，从古至今，学医风气甚盛。因此，安国成为历代名医荟萃之乡。继增先生出生于中医世家，至他已是五代祖传了。先生15岁时因贫困辍学，乃跟随伯父学医。伯父为当地名医，在乡间极有威望。其时，继增先生脸上菜色未退，体瘦如猴。然而双目却炯炯有神。他虽身处穷乡僻壤，却志存高远，发誓毕生从医，普救苍生。伯父对他悉心教诲。从药物的采集、炮制到精心组方配方，对病人的辨证治疗，无不言传身教。

继增先生博闻强记，好学不倦。这期间，先生以顽强的毅力，研读了许多古代医书。医古文佶屈的聱牙，艰涩难读，先生就边查字典边读书。不懂的地方，就请教伯父。每当夜深人静，四周寂然，先生居室总是一灯荧荧，伴他夜读。虽夏夜闷热，蚊舞成群，或冬夜苦寒，朔风透壁。先生仍浑然不觉，坚持夜读不辍。

谢继增先生读书持之以恒。数年来，他不仅读书数量极为可观，还背熟了许多汤头药方。对祖传的“三印、两触，一点法”及针灸之术，亦能心领神会，融汇贯通。他的医术循序渐进。伯父奇其志，嘉其行，对他抱有极大期望，常得意地捻须语乡人曰：“孺子可教，谢氏医术后继有人矣！”

五年后，继增先生已是闻名乡里的“赤脚医生”了。为了开阔视野，增添阅历，他于是应征入伍，部队首长爱其才，对他重点培养使用。为提高其理论知识，送他到大中专院校读书深造。先生从军29年，先后在河北、北京几家部队大医院任职。今年春天，他由副师级军衔转业，被分配到北京市健安医院任院长。他的技术职称由医士、医师、主治医师至副主任医师。转业

时，晋升为主任医师。

继增先生在医疗战线扬鞭催马、纵横驰骋，可谓一路春风，芳草满目，他的所学，得到了充分发挥。多年来，他发表了许多篇极有影响的学术论文。1992年10月，他应邀出席新加坡“世界针灸传统医学研讨会”。他在会上宣读了《白血病临床治验296例观察》、《变应化瘀丸治疗消化系肿瘤疗效观察》、《肺丹治疗肺癌196例临床观察》三篇论文。会议规定每人发言不得超过15分钟。会议组织者特批准他发言40分钟。为此他惴惴不安，生怕引起人们非议。及至论文宣读完毕，却博得了热烈掌声。1995、1996两年，他曾两次赴港台地区进行学术交流，还应邀两次到美国出席第二、第三届世界传统医学大会，均获得金杯一等奖。

现在，继增先生是中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长、世界传统医药科技大学客座教授、世界传统医学联盟委员；中国北京肿瘤骨病研究会理事。

谈起为医之道，继增先生兴趣盎然，谈锋甚健。他认为一个真正的医生，必须做到医术精、医德美。两者不可偏废。他这种观点是从小树立的。

为培养先生的高尚医德，伯父当年曾多次给他讲一些古代医家富贵不能淫、贫贱不能移的事迹。他记忆最深的是“庐山杏林”的故事。故事的主人公是汉代的名医董奉。他给病人治病从来不取报酬。病人愈后，便给他种一棵杏树作为纪念。时间久了，他的住宅附近成为一片杏林。春来花开，如霞似锦，蔚为奇观。先生至今记得他刚学医时的那年夏天，伯父在槐荫下，微闭双目、手摇蒲扇，让他一遍遍读孙思邈《千金方》中一段名言的情景：“凡大医治病，必当安神定志、无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾危来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，

自虑吉凶、护惜身命，见彼苦恼，若己有之，身心凄怆，勿避险峨，昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心，如此者可为苍生大医。反此则是含灵巨贼。”

先生明白伯父的良苦用心，多年来他铭记在心，身体力行。七十年代中期，继增先生所在的集团军成立了“肿瘤调研小组”，任命先生为组长。他上任伊始，夙兴夜寐地制定攻关方案。他发现过去一些被医院判为死刑的癌症患者居然有少数顽强地活了下来。有的甚至已十年之久。经细打听，方知这些人除了精神乐观，坚持体育锻炼之外，都吃了一些民间医生开的土方验方。这一发现，使他激动不已，他便率领组员到河北、河南、山东、贵州、北京、上海等省市的一些地区追踪访问一些民间医生，广泛收集土方、验方。

这些民间医人大都性格怪僻，极难接近。且大都居于乡间。要找到他们并讨取秘方谈何容易。为此，先生及其同伴不仅常受徒步跋涉之苦，有时还被迫使用一些手段来达到目的。

一日，继增先生于河北某地路遇一英俊青年。青年殷殷向他问候，其貌甚恭。先生始而愕然，继而惊喜地说：“想不到是你！”原来，这位青年数年前曾是他未治愈的一个癫痫病患者。那时这青年蓬头垢面、疯言疯语，今日见之，简直判若两人。先生忙与之握手寒暄，问医者何人。青年人告诉他，乃邢台南宫县一位乡医。

先生乃与同伴赶往南宫。乡医住处花木扶疏，其境甚幽。此人虽已年近花甲，但却面目红润如童，气宇不凡。先生不禁暗暗称奇。乃佯装为患者求医。乡医为之开方取药。先生尾随其后观察。翌日，又复来。寻找借口，磨蹭着不走，从而细察乡医给其他病人开方抓药情景。然而，仍未得要领。几日后，先生探得乡医到学校代课，乃登门拜访，趁乡医之妻外出寻夫之机，房内房外，仔细察看。发现屋檐下有黑白红三色线吊着许多苦胆。先生

看了，心中暗笑：“原来奥妙在此。”乃偷取之。回来研究，果然不出所料。有好几种药粉是浸泡在苦胆里的。就这样，一个验方就到手了。经过一年多努力，继增先生及其战友收集了数千个验方、土方。经过整理，结合前人方剂进行加减配置，炮制成了各种抗癌、治癌及防治各类顽症的新药，用于治疗乳腺癌、皮肤癌、骨肿瘤疗效极佳。后来，先生又研制成功“肺丹”系列及医治糖尿病系列药品，取得了更好的疗效。

由于继增先生对药性了如指掌，因此在下药时敢于加重剂量。如双花，传统药方一副药一般用30克至60克，而他用到300克。细辛一般3克，他竟然用到30克。地骨皮用于治疗癌性热有效，但如果病人持续高烧，用古医书规定的15至30克就很难见效。先生用药剂量总是以取得最佳疗效为标准。然而，这样做就要冒很大风险。于是，他就像神农尝百草那样亲自试验。一次，他喝了33克细辛熬成的药汤，只觉恶心、呕吐，浑身出汗、血压顿时升高。他于是得出结论：细辛用到30克乃是最大剂量了。

他的这样“越轨”做法，自然引起了人们争议。于是，院里就开会讨论。先生根据多年的临床经验侃侃而谈，雄辩滔滔。说得持反对意见者哑口无言。于是“谢大胆”之名不胫而走，闻名遐迩。

继增先生尤重医德。他视病人如亲人。30多年来，他无论在地方、部队，还是农村、城市行医，只要有危急病人相求，他总是尽量去办。他时常置个人安危、劳累于不顾，全力为病人服务。因此他在病人中口碑极佳。

1976年唐山地震时，先生正在北京军区军医学校读书。震后第二天，他奉命率全班学员赶赴现场，负责把伤员护送到石家庄、郑州、南京、上海等地抢救治疗。这样一直坚持了29天，直到唐山最后一批伤员送走为止。

1995年秋天，继增先生的父母同时报病危，接到电话，先生心急如焚。乃急忙驱车赶回河北。迅速采取了紧急抢救办法，两天后父母转危为安，但病情仍很严重。这时他突然接到催他速回北京的电话。原来是一们河南肝癌患者病重。先生走前曾留下了电话号码，让根据病人情况，随时打电话叫他。当时已是深夜12点多了。他来到医院，见病人肝腹水严重，乃立刻予以治疗，使病人的腹水迅速减轻。

哈尔滨有位年青的大学生患白血病，已到后期，百治无效。患者父母经人推荐，请求先生赴哈治疗。先生乃为之诊治，暂遏病变。说来也奇，病人服药后精神顿爽。而且，先生走后又复发如故。先生就又乘机飞来。也许是心有灵犀一点通吧，病人一见先生沉痾若失。反复数次，无不如是。病人母亲奇其缘，乃让病人对先生以舅称之。后来病人病情日笃，先生干脆留住其家，日夜守候，这位大学生病故。先生每与人谈起此事，时常扼腕长叹。

继增先生精于针灸，号称“神针”。多年来曾为无数患者都解除痛苦，从来不计报酬。1993年11月，某国总统夫人随夫访华，偶感风寒，高烧不退，治疗无效。后辗转找到先生。先生乃用针灸医之。40分钟后，夫人体温下降，当即吃了一碗馄饨。总统极为感激，邀请先生到他们国家定居。又拿出若干美元相赠。先生婉言谢绝。

丁丑年季秋，继增先生来石河子讲学，余乃得以结识。先生年近知命，然而黑发茂密。望去若四十许人。他生于燕赵之地，性格豪迈不羁。其待人接物，毫无架子，使人顿生亲切之感。先生此次西北之行，乃应石河子市中医院院长刘珀先生之邀，联合在石开设糖尿病、肺癌专科门诊。刘珀先生亦以“刘大胆”雅号闻名石城。此次“两大胆”合作令石城医界瞩目。

（摘自1997年9月29日《绿洲声屏报》宗树荫文）

作家常摘

(十一) 《人民日报市场报》:

(当代名医) 我所认识的谢继增大夫

何映辉

一转眼，我认识北京健安医院院长谢继增先生已一年有余，随着与谢院长交往日多，我对他的医术也越来越钦佩。

人人自有缘情在

去年夏天，一位朋友的老父不幸患了癌症，辗转找到了谢院长，经谢院长精心治疗，癌症得到有效控制，身体也日益恢复。听到友人的介绍，我感到很惊奇，于是冒昧赶到位于北京天坛公园南门的北京健安医院，决定探一探这位誉称“谢大胆”的名医。

我与谢院长虽初次见面，但果真应了那句“病家不用开口，便知病情根源”的俗语，未等我与他交谈，谢院长便告诉我腹有寒瘀。确实，那天采访谢院长时，正赶上肚子不舒服，一阵阵绞着疼。看着我疼痛难忍的样子，谢院长拿了一根针，在我肚子上轻轻扎了一针，顿时，一股热流在周身穿过，疼痛一会儿就消失了，再摸肚子，不再胀胀的，而是软软的，很舒服。谢院长告诉我，人的身体内主要是气血在运动，当身体内的热气与刚吸进的冷气在身体内的某一部位，或某一器官交汇，有时就会产生流通不畅的感觉，其表现就是肚子胀，疼痛，即俗话说讲的喝了风。对于女同志来讲，每月不方便的那段时间，经常会发生类似情况，故而要保温，使身体尽量与外界温度保持一致，这样才能保障气血的顺利运行，不至于不舒服。

谢院长讲的道理尽管简单，但确实是其多年医学实践的结晶。

人说来是有缘分的，去年10月，谢院长在张家口又与人合作，开设了张家口桥西区玉带桥医院。开业的前一天，谢院长在忙碌了一天之后赶往张家口，并邀我同行，一同到张家口主持医院开业的是著名医学家、誉称中国回回医学奠基人的中国中医研究院研究员安迪光老先生。

安老是从事了几十年医学研究，并有多年从医经验的著名学者，一路上，谢院长与安老都谈锋甚健，每每谈起用药，安老都十分惊奇谢大夫的魄力。

谢院长告诉安老，双花按传统药方一剂药一般最多用30至60克，而他有时竟用到300克，细辛一般用3克，而他经常用到30克，地骨皮用于治疗癌症热有效，但如果病人持续高烧，用古医方规定的15至30克，而今天就很难见效。对此，谢大夫讲，他的用药剂量总是以取得最佳疗效为标准，以获一步到位的疗效。

听到谢大夫如此大胆的用量，安老禁不住说：“这样的剂量真是够大的，难怪别人称你谢大胆。”

对于安老的称赞和担忧，谢大夫自有道理，体验使他最有发言权，为了掌握大剂量用药的第一手材料，他不怕被死神吞噬，像神农尝百草那样亲自试验，一次，他喝了33克细辛熬成的药汤，只觉恶心，呕吐，浑身出汗，血压顿时升高。据此，他果断得出结论，细辛用到30克为最大剂量。

谢大夫之所以这样做，是因为他认为中医理论贵在提高。随着人们用药的不断改变，病人身体的抗药性也在不断增加，过去病人注射青霉素用量在20万至40万单位之间，现在用量竟达800万单位，因此新一代抗生素“先锋”就应运而生。中草药是一种天然的野生植物资源，很难以新代旧，然而，中草药之所以

要比古代加大用量，这是因为现代中草药有许多已由野生改为人工培植，与吸收日月之精华，采万物之精气的野生药物相比较，其药性已大打折扣。现在即便是野生草药，但由于生态环境变化，其药性也不能同古代野生草药相比。因此，要提高疗效，就必须打破常规，只有大胆地闯禁区才能不断将医学理论、医疗水平提高到新的境界。

杏林艰辛苦寻觅

随着与谢大夫的交往，我逐渐了解了。他。

谢继增院长出生于河北安国市，安国市自古属保定府所辖，素有药都之称。安国市建有药王庙，塑有华佗、张仲景、孙思邈等历代名医神像，香火鼎盛。

安国人崇拜中医，从古至今，学医风气甚盛。因此，安国市成为历代名医荟萃之乡。谢继增院长出生于中医世家，至他已是五代祖传，15岁时，因家贫辍学，跟随伯父学医。其伯父乃当地名医，在乡间极有威望。为使他毕生从医，普救苍生，伯父对他悉心教诲，从药物的采集，炮制到精心组方配方，对病人的辨证治疗，无不言传身教。

他只有小学文化，但却博闻强识，好学不倦。这段时间，他以顽强毅力，研读了许多古代医书。医古文晦涩难懂，他就边查字典边读书，遇到不懂的地方，就请教伯父。每当夜深人静，四周寂然，总是一灯荧荧，伴他苦读。夏季燥热，蚊舞蝇飞，他依然夜读不辍；冬夜苦寒，朔风透壁，他照样求索冥想。

在伯父的悉心教诲下，他不仅读书数量大增，还背熟许多汤头药方，对祖传的“三印、四触、一连线”的针灸之术，亦能心领神会，融汇贯通。他的医术循序渐进。伯父奇其志，嘉其行，对他抱有极大期望，常得意语乡人曰：“孺子可教，谢氏医术后继有人矣！”

历经五年，谢继增已是名闻乡里的“赤脚医生”了，为了开阔视野，增添阅历，他应征入伍。他告诉我，在新兵连里，偶遇部队领导不慎将腰扭伤，急难之时，他挺身而出，用推拿术迅速治好了首长的病痛。部队首长爱其才，派他当了连队的卫生员，这一不太起眼的岗位，对他来讲真是如鱼得水，他的夙愿就是当一名军医，领导成全了他。为提高其医药理论，部队又先后两次送他到北京军区医学院、河北医学院深造八年。

经过两次深造学习，他成了既有理论根据，又有实践经验，并有机的将理论与实践经验结合在一起的实干家。他从军近30年，先后在河北、北京几家部队医院任职。1997年春天，他由副师级军衔离职退休，到北京健安医院任院长，他的技术职称由医士、医师、主治医师至副主任医师、主任医师。

在与谢院长交往的一年多时间里，他曾多次向我讲起伯父培养他的往事。记忆最深的莫过于“庐山杏林”的故事。故事的主人公是汉代的名医董奉，他给病人治病从来不取报酬，病人愈后，便种一颗杏树作为纪念，时间久了董奉住宅周围成为一片杏林。春来花开，如霞似锦，蔚为奇观。在他刚学医的那年夏天，伯父在槐荫下，微闭双目，手摇蒲扇，让他一遍遍读孙思邈《千金方》中的一段名言，“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾危来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命，见彼苦恼，若已有心，深心凄怆，勿避险峨，昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心，如此者可称为苍生大医。反此则是含灵巨贼。”

谢大夫明白伯父的良苦用心，多年来铭记在心，身体力行。

就在我与他交往的这些日子，便亲身感受到他乃苍生之大医的德善。

去年冬天第一场大雪正下之时，河北某地有一位朋友患了绝

症，辗转托人找到了谢院长，非请他亲自去一趟。望着纷纷扬扬的大雪，请他的人都有些犹豫，而当时，谢院长也感到身体有些不太舒服，但医生普救含灵之苦的责任感使他非去不可，待赶到那里，给病人治了病返回时已经天晚了，加之路上雪大路滑，谢院长的车出了事故。待我见到他时，已在北京军区总医院的病榻之上，只见他双腿紧裹绷带，眼睛肿得好高。然而，就是这样，他依然还是谈笑风生，并无丝毫后悔之意。

谢大夫就是这样一个人，历经 30 多年的努力，他成为一代名医。1992 年 10 月，他应邀出席新加坡“世界针灸传统医学研讨会”，他在会上宣读了《白血病临床 296 例观察》、《变应性瘀丸治疗消化系肿瘤疗效观察》、《肺丹治疗肺癌 196 例临床观察》三篇论文。会议规定每人发言不得超过 15 分钟，对他会议组织者特批准他发言 40 分钟，为此他惴惴不安，生怕引起人们非议，及至论文宣读完毕，博得热烈掌声，他的心才安定下来。1995 年，1996 年，他两次赴港台地区进行学术交流，还应邀两次到美国出席第二、第三届世界传统医学大会，均获得金杯一等奖。

现在，谢继增院长是中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长、香港国际传统医学研究会副理事长兼北京分会副理事长、美国达尔文生物医药研究院副理事长、世界传统医药科技大学客座教授、世界传统医学联盟委员、中国北京肿瘤骨病研究会理事、国际颈、肩、腰、肢疼痛专辑编委、首都医药杂志编委。

对这些辉煌成就，谢大夫总是淡然笑曰：“中华医学博大精深，可走的路太长。”

征服癌症路漫漫

我知道谢大夫善治癌症，讲起向威胁人类生命第一杀手的挑

战，谢院长的话题一下就转到了20多年前。

70年代中期的一天，发生在部队诊所的一件事对他震动很大，自此，他变成了一名向癌症挑战的斗士。一位患者的亲人带着渴望的目光，恳求诊所为其老人治疗患在身上的癌症，就是治不好多活几天也是尽到了儿女一点赡养之孝。但是，由于没有肿瘤门诊及这方面的大夫，只好拒绝了这一叫人心酸请求。这天夜里，他失眠了，他责问自己，难道癌症就不能攻克吗？病人被病魔缠身，而医生无能为力是当医生的最大耻辱！

这件事之后，正赶上国家开始号召向癌症进军，谢大夫所在的集团军成立了“肿瘤调研小组”，任命他为组长。他上任伊始，夙兴夜寐地制定攻关方案，并苦读了《肿瘤的诊断与治疗》、《中医肿瘤学》、《中草药大全》等医书。他发现过去一些被医院判为死刑的癌症患者居然有少数病人顽强地活了下来。有的甚至已十年之久。经细打听，方知这些人除了精神乐观，坚持体育锻炼之外，都吃了一些民间医生开的土方验方。这一发现，使他激动不已，他便率领组员到河北、河南、山东、贵州、北京、上海等省市的一些地区追踪访问一些民间医生，广泛收集土方验方。

这些民间医生大都性格怪僻，极难接近。且大都居于乡间，要找到他们并讨取秘方谈何容易。为此，他及七同伴不仅常受徒步跋涉之苦，有时还被迫使用一些手段来达到目的。

一日，谢大夫于河北某地路遇一英俊青年。青年殷殷向他问候，其态甚恭。他始而愕然，继而惊喜地说：“想不到是你！”原来，这位青年数年前曾是他未治愈的一个癫痫病患者。那时这位青年蓬头垢面、疯言疯语，今日见之，简直判若两人。谢大夫忙与之握手寒暄，问医者何人。青年人告诉他，乃邢台南宫市一位乡医。

谢大夫乃与同伴赶往南宫。乡医住处花木扶疏，其境甚幽。

此人虽已年近花甲，但却面色红润如同童，气宇不凡。谢大夫不禁暗暗称奇。乃佯装为患者求医。乡医为之开方取药，他尾随其后观察。翌日，又复来。寻找借口，磨蹭着不走，从而细察乡医给其他病人开方抓药情景。然而，仍未得要领。几日后，他探得乡医到学校代课，乃登门拜访，趁乡医之妻外出寻夫之机，房内房外，仔细察看。发现屋檐下有黑白红三色线吊着许多苦胆，他看了，心中暗笑：“原来奥妙在此。”回来研究，果然不出所料，有好几种药粉是浸泡在苦胆里的，就这样，一个验方就到手了。

经过一年多努力，谢大夫及其战友收集了数千个验方、土方。经过整理，结合前人方剂进行加减配置，炮制成了各种抗癌、治癌及防治各类顽症的新药，用于治疗乳腺癌、皮肤癌、骨肿瘤疗效极佳。后来，他又研制成功“肺丹”系列及医治糖尿病系列药品，均取得了极好的疗效，并荣获国际金奖。

一份耕耘一份收获。在我与谢大夫的交谈中，我知道他不仅对癌症治疗有绝活，还对糖尿病深有研究。他摸索总结的内服外贴“三联一体”治疗糖尿病方法用于临床效果甚佳，使糖尿病不再是难治之症。

由于谢大夫对治癌、糖尿病有独到之处，为此而出名，慕名前来就诊者络绎不绝。有来自美国、日本、印度、英国、新加坡、奥地利等国的友人，有中国边远地区新疆石河子的少数民族兄弟，可以说，他行医遍及全国各地乃至世界许多国家和地区。

谢院长的高超医技有口皆碑。食道癌患者景玉田在外地医院手术治疗后局部复发，淋巴转移，肺转移，不进饮食，病情危重。后经谢大夫精心医治，起死回生，肿瘤缩小，并痊愈。李秀梅经医院诊断为膀胱癌晚期，已不能再手术治疗，经服用谢大夫调理的中药半年，病情减轻，先经膀胱镜检查，肿块消失，尿脱落细胞检查未见癌细胞。像类似这样的癌症患者，近年来他治疗数千例均达到理想效果。

行医做人一团火

在我与谢大夫的交往中，深深感到谢大夫的高尚医德，几位朋友的亲人相继受到病魔的折磨，经过谢大夫的治疗都取得了较好疗效，有的人还从死亡线上被拉了回来。每当我要感谢他时，总被他婉言谢绝了。

30多年来，谢大夫在祖训“行医先做人”的感召下，提出了医生应是“患者心中的一团火，病人眼中的一盏灯”的信条。就是靠这种责任感和对人民的一片爱心，赢得了众人的信赖。

他精于针灸，号称针到病除的“神针”。多年来他曾为无数患者解除痛苦，从不计报酬。1993年11月，某国总统夫人随夫访华，偶感风寒，高烧不退，治疗无效后辗转找到他。他的拿手绝活就是针灸，40分钟后总统夫人体温下降，当即吃了一碗馄饨。总统极为感激，邀请谢大夫到他们国家定居，已拿出若干美元相赠，都被他婉言谢绝。北京可以说名院名医比比皆是，但抗日名将冯玉祥的女儿，只要腰腿病一发作，便找谢院长为她针灸拔罐，每次都是让老人家满意而归。

视病人为亲人，救人为己任是谢大夫的一贯信念。哈尔滨有位年轻的大学生患白血病，已到后期百治无效。患者父母经人推荐请求他赴哈治疗。谢大夫乃为之诊治，暂缓病变。说来也怪，病人服药后精神顿爽。然而，他走后又复发如初。随即他又乘飞机赴哈治疗，细心严谨的治疗和师长般的教导，使这位大学生顿生生活信念，病情立即好转。这样反复几次后，病人父母察觉到谢大夫不仅是病人的生理医生而且也是心理医生。为了使病人愉快的走完短暂的人生路，谢大夫干脆留住其家，浓厚的人间真情，使他与患者以舅甥相称，后患者病情恶化，他日夜守候，病人大小便失禁，他便为病人端屎倒尿，尽管说病人最终病故，但他对病人的一片热情永不消逝，只会使他医德的光环更加绚丽

多彩。

谢院长经常说：“医德比医术更难能可贵”。治病救人谢大夫只作为份内之事，从未有索取之心。深圳一建筑装潢公司总经理患膀胱癌手术后复发，后经他精心调理三个月后痊愈。这位腰缠万贯的大亨为感谢谢大夫救命之恩非要赠他一辆进口小汽车，面对这种情景，他选择的是拒绝。

30多年的艰苦奋斗使他终于步入了医学界之巅。他冲出了中国走向了世界。1992、1995、1996、1998年，他曾赴港台、日本、泰国、韩国、德国、法国等地区进行学术交流，还应邀两次到美国出席第二、第三届世界传统医学大会，其成果均获金杯一等奖，特别是1997年，他被世界卫生组织国际传统医科大学授予博士学位。1998年“肺丹系列治疗肺癌”，获国际最高金质奖，并被授予“对人类医学贡献”、“成功人士”等称号。

百尺竿头，更进一步。按理讲，谢继增先生已荣誉在身，但他并不满足已取得的成就。他讲：中华医学博大精深，我离真正的行家手还差得很远，还需继续努力，我要将有限的生命投入到无限的救死扶伤的事业中去。

我与谢大夫的交往还在继续，去年车祸所留下的伤痛还在折磨着他，尽管还要拄着拐杖上班，但病人就是命令，每当听到患者的召唤，他就仿佛听到战斗命令的士兵，勇敢地冲上去。对此，我也经常以朋友的身份劝他，但他说：“谁让咱当过兵呢？”

我庆幸有这样的机遇，结识这样的医生。

1998.2.11

(十二) 《河北信息报》：

古有邳彤 今生继增

——记著名治癌、糖尿病专家、健安医院院长谢继增教授

记者 昌 文

在河北省中部，潞龙河畔的安国市早在东汉时期的名将邳彤因对中医药造诣极深，普救苍生，被誉为药王，并为世代传颂，在市镇修有药王庙。另外，该市还素有药都之称，境内种植中草药，崇拜中医，从古至今风气甚盛。加之继增先生出生于中医世家，在这样的环境熏陶下，先生早在孩提时代就对中医产生了兴趣。他十五岁因家庭贫困仅读完高小就辍学了，乃跟随名医学医。为继承祖国的中医药事业，先生数十年锲而不舍，走过了从一个高小到医学教授，从一个乡间赤脚医生到一代名医的艰难路程。继增先生参军戎马生涯二十九载于一九九七年从副师职军衔离职退休，现担任中国文化研究会传统医学专业委员会副主席兼秘书长，世界传统医药科技大学客座教授，世界传统医学联盟委员，中国北京肿瘤骨病研究会理事，国际颈、肩、腰、肢疼痛专辑编委，首都医药杂志编委，世界卫生组织国际传统医科大学博士，第二、三届世界传统医学“超人杯”金奖获得者。这么高，而又那么多的荣誉集一人，难怪故土的人讲，我们这里“古有邳彤，今生继增”。

(十三) 《中国医药报》:

谢继增研究成果引起世界传统医学界关注

本报讯 解放军 268 医院门诊部主治医师谢继增。以传统中药炮制结合现代加工方法。精心研制成功专治各种良、恶性肿瘤的系列中成药制剂。引起世界传统医学界关注。在前不久召开的第三届世界传统医学大会上，谢继增被评为“中国民族医药之星”。

谢继增的主要观点是：用“散结化淤”这一传统理论治疗癌症。关键是用药够剂量。他经常冒着生命危险在自己身上做实验，详细记录服药后的各种感觉，从中掌握药用量与疗效的关系，先后研制出“肺丹”“消瘤丹”“乳结灵”等中成药制剂。

(汤利)

摘自中国医药报

1996 年 8 月 22 日

(十四) 《当代中国》

2007 年 7 月刊

在提倡和谐社会的今天，有这样一位白衣战士坚持以人为本的科学发展观，立足自己，以身作则，以精湛的医术治愈人，以高尚的医德感染人，以奉献的精神教育人，谱写了一曲曲文明和谐的就医乐章，让我们感受到了平等互爱的医患关系。

他有神农尝百草、华佗试青蒿草的胆量，亲自以身试药，造福人间；

他有着“视病人如亲人，无德不行医”的理念，守护患者；

他，从峥嵘的军旅岁月中走来，抚慰和挽救了众多濒临危亡的患者；

他，就是被人们誉称为“谢大胆”的北京健安医院院长谢继增教授。

杏林春暖

——访北京健安医院院长谢继增

文/邹红梅

医路漫漫 上下而求索

“天将降大任于斯人也，必先苦其心志，劳其筋骨，饿其体肤……”，谢继增在医学研究的漫漫长路中披荆斩棘，拨开迷雾，终于创造出医学领域里的奇迹。

谢继增，出生于河北安国中医世家，他的伯父是一位在当地很有名望的医生。1963年谢继增小学毕业，因贫困不能升学，便跟随伯父学医。从小受家庭环境的熏陶，以及一颗志存高远、想要济世救人的心，让他甘愿在艰辛的医路上洒下自己的血与汗。

中华医学博大精深，自古流传下来的经典中医理论、药论多为古文，佶曲聱牙、晦涩难懂，对于仅有小学文化的谢继增，难度可想而知。但谢继增好学不倦，以坚韧的信念、顽强的毅力努力钻研。他边查字典边读书，不懂就请教伯父，不论是夜深人静，还是严寒酷暑，他依然苦读不休。谢继增悟性极高，加之伯父悉心指导，渐渐地他对众多古代医典心领神会、融会贯通，能熟汤头、通药性、精泡制、擅针灸，终于在1966年成为了当地一名名副其实的赤脚医生。

对军旅生活的神往，又让他成为了一名军人。而当时谢继增并未想到选择军旅生涯会是他人生路上的关键转折点。部队领导

知道他通晓医书，便分配他到卫生所工作。在工作中，他总以一颗热情的心任劳任怨为战友看病诊疗，他的精湛医术令同事折服，名字在部队中渐渐响亮起来，很快就加入中国共产党并被提干。之后，他带领卫生所的卫生员积极投入到医药研制中，为部队医疗卫生解决了很多难题。当时，部队经常野营拉练，有时行军几十里都没有水源，有的战士甚至在行军途中渴晕过去。谢继增用了几种止渴生津、抑阳润燥的草药配成行军止渴丸，只要行军途中含上一丸，就可以一路不渴。军区首长欣赏他的才能，亲自任命其为集团军攻克癌症研究小组组长，从此他便在攻关癌症的领域里发挥出他的才智，潜心钻研、孜孜不倦、坚持不懈地探索。

为了搜集患者资料，他遍访各大医院，寻找病例线索，千方百计找存活病人，询问他们的治疗过程和治疗效果，然后进行对比、综合分析、总结经验，运用中医自然疗法进行临床实验。当了解到有些病人是依靠民间医生的土单偏方验方治愈的，谢继增就深入民间、亲自登门拜访。有的医生虽然持有有效验方和制药方法，但不愿外传，以各种理由拒绝。谢继增见直言求教屡遭拒绝，就装扮成病人或病人家属间接收集药方，仔细研究，配制药方。

以身试药 岐黄后学的楷模

唐代医学家孙思邈著有《大医精诚》，说：“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求……一心赴救，无作功夫形迹之心。如此可为苍生大医”。古代还有神农尝百草、华佗三试青蒿草造福人间。现代有谢继增亲自试药找配方，研究疑难病症，用纯中药制剂治癌和防癌。在“研究小组”时期，张家口有一位乳腺癌患者，乳腺肿瘤呈菜花状溃烂，并伴有严重高血压、心脏病，很多医院望而却步表示无能为力，患者已在家中“等死”。谢继增知道后立即与病人家属联系，表示愿意无偿为她治疗。一个最终使他从同行中脱颖而出想法开始形成。他知道《本草纲目》

中记载过一味剧毒中药“砒霜”，外用专治无名肿毒，却很少有人敢试用。他认为中药配方中的“君、臣、佐、使”是一个非常经典的理论，普通药物如合理搭配会产生意想不到的疗效。那么什么药和砒霜配在一起能缓解砒霜之毒，不让其对人体产生副作用呢？他在自己身上反复试验，解决了砒霜的配伍和用量问题。用到患者身上后奇迹出现了，一个星期，患处便不再蔓延，一个月后患处缩小了，两个月后，肿块整体脱落，谢继增成功了。

谢继增没有死守医典泥古不化，他主张“尽信书不如无书”，要“师古而不泥古”。有一位患者经肝同位素全消造影确诊为肝癌晚期，医院断定至多还有三个月的生存期，当病人找到谢继增时所谓的生存期已过半。谢继增根据病人的特点选用硼砂为主药对其进行治疗，《本草纲目》记载，硼砂主治上焦痰热，除噎膈胃积块结，并且与砒霜相得。《药典》记载硼砂入药不能超过3克。为了取得最佳治疗效果，掌握最大用药量，他又在自己身上试验。从3克开始服，直服到8克时反应剧烈，恶心呕吐。他又研究如何利用配伍来消除其副作用。经过反复研究验证之后，他给病人开的药方中硼砂用到12克。病人服药后不久就开始上吐下泻，呕吐物中黏痰粘连成线。谢继增仔细观察病人反应，不断地调整用药。病人停止呕吐后，气色逐步恢复如常，治疗半年后病人康复出院。这次成功，使谢继增更加坚信了自己的认识正确：用药关键是要够剂量，剂量如果不够，药力就不能迅速达到阻遏病情发展，散结、通窍、去淤的目的，就会延误病期。于是“谢大胆”的雅号便传开了。

悬壶济世，医者怀仁心

古训说道：“夫医者，非仁爱之士不可托也，非聪明理达不可任也，非廉洁淳良不可信也”，谢继增以精湛的医术受患者爱

戴，以“视病人如亲人，无德不行医”的服务理念，经常向贫困人群、孤寡老人提供免费救治及献爱心活动。哈尔滨有位年轻的大学生患白血病，百治无效。患者经人推荐请求他前往哈尔滨。谢继增为之诊治，暂缓病变。说来也怪，病人服药后精神顿爽。然而，走后却复发如初，他听说后随即乘飞机又赶赴哈尔滨。细心严谨的治疗和师长般的教导，使这位大学生重燃生的希望。病人父母称道谢继增不仅是病人的生理医生更是一位心理医生。为了使病人愉快走完短暂的人生路，谢继增干脆留住其家，日夜守候，虽然病人最终病故，但浓厚的人间珍情永驻。

40多年来，谢继增在祖训“行医先做人”的感召下，提出了“医生应是患者心中的一团火，病人眼中的一盏灯”。在他的身上，我们能感受最深刻的就是那种“以诚立德”、“以才辅德”、“以小积德”的精神境界。他曾为无数患者解除痛苦，从不计较报酬。深圳一建筑公司总经理患膀胱癌手术后复发后，经他精心调理，三个月后痊愈。这位腰缠万贯的大亨为感谢谢继增的救命之恩非要赠他一辆进口小汽车，被他拒绝了。谢继增认为一个真正的医生必须做到医术精、医德美、医风正。

在构筑和谐社会的今天，关注百姓疾苦，关心民众健康，需要大家的共同努力和参与。谢继增用他的实际行动践行着，在由他亲自带领的以中、青年专家为主的肿瘤专家小组，对肺癌的治疗取得了突破性进展，他们研制出的纯中药制剂“七贝肺安”和“通淋消症”，对肺癌和膀胱癌的治疗疗效显著，并获得国家两项专利。2000年，齐齐哈尔一位老年肺癌晚期患者，在当地医院治疗无效的情况下，服用了谢继增教授研制的七贝肺安药物，肺部肿块消失，至今仍然健在。谢继增多次应邀出国讲学，接治来自美国、加拿大、日本、德国等全世界患者无数。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 肿瘤与肺癌证治

作者 = 谢继增编著

页数 = 296

SS号 = 12249103

出版日期 = 2009.07

封面
书名
版权
前言
目录

	上篇	概述
第一章		认识肿瘤
第一节		中医对肿瘤的认识
第二节		西医对肿瘤的认识
第二章		常见肿瘤的早期发现
第三章		肿瘤的病因病机
第一节		中医肿瘤病因认识
第二节		中医肿瘤病机发挥
第三节		肿瘤的致病因素
第四章		中医肿瘤治疗精要
第一节		中医治则与治法
第二节		临床常用的中医治疗具体方法
第三节		西医常规治疗
第四节		中西医结合治疗恶性肿瘤概要
	下篇	谢继增论肿瘤治疗及肺癌证治第一章
		病因病机的一些探讨
第一节		体内癌毒的蓄积是肿瘤发生的根本病因
第二节		肿瘤直接病因的探讨
第三节		肿瘤的病机是“因病致弱”
第二章		谢氏新诊法及治疗方法
第一节		理论基础
第二节		谢氏新诊法及其在肿瘤诊断辨证中的应用
第三节		新诊法与防病
第四节		辨体质强弱和病症寒热对防病的意义
第五节		新诊法辨肝郁、气血瘀滞对防病的意义
第六节		散寒回阳法的应用机理
第七节		攻下法对肿瘤治疗的意义
第三章		中药治疗肿瘤
第一节		中药抗癌特点
第二节		中药治疗肿瘤的作用机理及典型病例
第四章		肺癌

- 第一节 病因病机
- 第二节 肺癌的致病因素
- 第三节 肺癌病理学
- 第四节 肺癌的常规诊断及治疗
- 第五节 对于肺癌治疗之我见
- 第六节 肺癌治疗药七贝肺安颗粒的研制
- 第七节 典型病例
- 第五章 肿瘤病人康复指南
- 附录 媒体之声

- 破 (一)《老年文摘》：当代名医治疗肺癌的新突破
- 医谢继增 (二)《华北信息报》：大济苍生——记当代名医
- 名 (三)《华北信息报》、《华北都市报》：军旅名医
- 术 (四)《健康周报》：当代名医治疗肺癌的新招
- (五)《文汇报》：军中骄子 一代名医
- (六)《光明日报》：黑暗王国的一线烛光
- (七)《张家口市报》：癌患者的一缕幸福之音
- 医学上的一束希望之光
- (八)《张家口市报》：为了癌患者的生命
- (九)《人民日报市场报》：(当代名医)降癌除魔克星——谢继增
- (十)《新疆绿洲声屏报》、《作家文摘》：“谢大胆”轶事
- (十一)《人民日报市场报》：(当代名医)我所认识的谢继增大夫
- (十二)《河北信息报》：古有邳彤 今生继增
- (十三)《中国医药报》：谢继增研究成果引起世界传统医学界关注
- (十四)《当代中国》：杏林春暖——访北京健安医院院长谢继增

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信：2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医