

癌性发热中西医结合治疗模式探讨

陆宁 郭勇 阮善明

(浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310006)

关键词:癌性发热;中西医结合疗法;模式探讨

中图分类号:R 730.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0066-02

癌性发热一般是指癌症患者出现的直接与恶性肿瘤有关
的非感染性发热,多见于癌症进展期,有报道 2/3 恶性肿瘤
患者病程中伴有发热。目前临床上中医、西医治疗癌性发热
都存在着各自的优势和不足,笔者采取中西医结合的模式治
疗癌性发热,取长避短,取得了一定的体会。现分述如下:

1 西医治疗

由于癌性发热的机制目前还不是完全清楚,可能是肿瘤
细胞自身产生内源性致热源;肿瘤细胞释放的抗原物质引起
免疫反应;部分肿瘤产生异位激素引起机体各种炎症反应;
肿瘤因生长迅速而缺血缺氧引起自身组织坏死以及治疗引
起肿瘤细胞坏死释放肿瘤坏死因子,导致机体发热;另外,肿
瘤组织内某些细胞合成前列腺素 E2 (PGE2)能力增强,PGE2
的升高触发^[1]、环氧酶 -2(COX-2)的调节^[2]和表达^[3]也被认为
密切相关。癌性发热的临床特点为:(1)多见于晚期癌症伴恶
液质或广泛转移和肿瘤生长速度快、恶性程度高的患者;(2)
体温每天至少超过 37.8℃(口腔)1 次,但患者无中毒症状,自
身常没有发热感觉,或仅有温暖感及出汗;(3)持续时间超过
2 周;(4)体检、实验室、放射检查缺乏感染证据;(5)缺乏过敏
机制;(6)应用抗生素超过 7d,但发热无变化;(7)用消炎痛治
疗,发热可消退至正常体温。

现代医学目前还不能完全控制癌性发热,处理相对简
单,以对症处理为主,物理疗法常用冰袋降温,药物治疗常用
非甾体类消炎镇痛药、糖皮质激素等。非甾体类消炎镇痛药
主要是抑制 PGE2 介导的免疫向下调节作用及体温中枢的
刺激作用达到降温的效果;激素类药物主要是通过抑制体温
中枢对致热源的反应,减少内热源的释放降低体温。解热镇
痛药常用吲哚美辛、双氯芬酸钠、布洛芬、阿司匹林等;激素
有强的松及地塞米松等。

2 中医辨证论治

中医学认为癌性发热属于“内伤发热”范畴,癌性发热的
病因病机复杂,可分为虚实两大类:气滞、血瘀、痰湿所致者
为实证,其基本病机乃因气、血、津液郁滞,郁而化热。气血阴
阳不足者属虚,多为脏腑不足所致。有一个病因单独致病,也
有一个以上病因致病,如气滞血瘀、阴虚夹痰湿、气阴两虚
现中枢呼吸衰竭所致。

3.4 并发症 肠穿孔术后并发症主要表现为腹腔脓肿和肠
痿,手术及时、术中正确处理及术后适当治疗是预防并发症
的关键。对腹腔脓肿的预防,笔者采取清除腹腔内污染物,适
当用生理盐水清洗腹腔,后给予甲硝唑保留冲洗腹腔,而对
十二指肠、结肠或合并实质性脏器破裂患者放置有效双套管
引流,术后保持引流管的持续、通畅、有效引流。肠痿发生主
要是因缝合部位血运差、张力高所致,因此术后宜常规给予
胃肠减压,如为十二指肠损伤,胃管应放置在十二指肠损伤

等。不同时期可表现为实证、虚证或虚实夹杂证。总的治则为
辨证辨病结合,调理阴阳,补虚泻实。通过临床体会,笔者总
结癌性发热可分为五型:

2.1 阴虚发热型 症见午后或夜间潮热,手足心热,不欲进
衣被,盗汗,烦躁,失眠多梦,口干咽痛,大便干结,尿少色黄,
舌红而干,或有裂纹,无苔或少苔,脉细数。本证多见于肺癌、
肝癌等或放疗后患者。中医认为,晚期肺癌、肝癌等久病体
虚,耗伤阴液,又认为,放射线是一种热毒之邪,易伤阴耗气,
阴虚则阳胜,虚火内生。治以滋阴泻火、除蒸退热、滋补肝肾。
方用沙参麦冬汤、青蒿鳖甲汤、知柏地黄丸等加减。肺阴虚为
主可加黄芩、三叶青、沙参、麦冬、白英、蚤休等;胃阴虚为主,
则加黄连、石膏、石斛、天花粉、玉竹等;如肾阴虚,则加女贞
子、旱莲草、龟板、枸杞等。此外参麦注射液、西黄丸等中成
药亦有养阴退热的效果。

2.2 气虚血亏型 症见热势或高或低,常于劳累后加剧,头
晕乏力,自汗神疲,气短懒言,食少便溏,舌淡胖,边有齿痕,
苔薄白或薄腻,脉细弱。偏于血虚者常为低热,面白少华、潮
红,心悸不宁,唇甲色淡等,本证多见于胃癌、肠癌等及化疗
后患者。中医认为,胃癌、肠癌等消化道肿瘤可致脾胃虚弱,
生化无源,而化疗后则影响脾胃运化,气血生化不足,以至发
热。治以益气养血、甘温除热。方用补中益气汤、八珍汤等加
减。如食少倦怠便溏则加淮山药、扁豆、米仁等;如偏血虚则
加用熟地、阿胶等。此外参芪扶正针、刺五加注射液或贞芪扶
正胶囊等中成药亦可采用。

2.3 气滞血瘀型 症见午后或夜晚发热,口干咽燥而不多
饮,面色黯黑,局部有固定痛处或肿块,舌紫暗或有瘀点、瘀
斑,脉细涩。此证多见于肝癌、胰腺癌、卵巢癌等腹部肿瘤。中
医认为瘀血积聚于体内,气血郁遏不畅而致发热。治以活血
化瘀,行气凉血。方用血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤
等加减,中成药丹参注射液也有较好的效果。

2.4 湿热瘀毒型 症见发热缠绵,身热不畅,下午较甚,胸脘
痞闷,身困头重,不思饮食,腹胀腹痛,身目发黄,脓血黏液
便,里急后重,或尿赤、尿急、尿频、尿痛,或带下黄赤、腥臭,
舌暗红,苔黄腻,脉濡数或弦滑。此型多见于肠癌、膀胱癌或
周围,以减低肠腔内压力,促进愈合。此外,早期合理应用抗
生素,静脉提供能量及营养,纠正贫血,维持水电解质平衡,
预防并发症,促进伤口愈合非常重要。

参考文献

[1]郭志晨,叶竹梅,程林贵.外伤致闭合性肠破裂 41 例诊治体会[J].浙
江创伤外科杂志,2006,11(2): 122-123
[2]张浩,俞世安,罗建生,等.创伤性闭合性腹膜腔外肠破裂的临床诊
断体会[J].浙江创伤外科杂志,2005,10 (4): 265-266
[3]吴在德.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.455-467

(收稿日期: 2007-07-10)

DSA 在颈动脉体瘤手术前诊断和治疗中的作用

陈小军

(浙江省东阳市人民医院 东阳 322100)

关键词: 颈动脉体瘤; DSA; 诊断; 治疗

中图分类号: R 732.21

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0067-02

颈动脉体瘤(Carotid body tumor, CBT)是一种少见的发生在颈动脉化学感受器的肿瘤^[1],常见于颈总动脉分叉处,较大时压迫颈总动脉及颈内、颈外动脉,或将血管包绕。本文回顾性分析了 8 例颈动脉体瘤的数字减影血管造影 (DSA) 征象及栓塞情况,探讨其影像学诊断价值及治疗效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本文总结了浙江省东阳市人民医院自 2000 年 6 月~2006 年 11 月共 8 例颈动脉体瘤病例,男 3 例,女 5 例,年龄 20~66 岁,病程 6 个月~12 年。其中 1 例为双侧发病。患者均因颈部无痛性肿块而就诊,8 例颈动脉体瘤患者均经手术及病理证实,1 例为恶性,其中 1 例术后复发。手术前均行 DSA 检查,其中 4 例术前经血管造影栓塞治疗,效果良好。

1.2 检查方法 X 线颈动脉造影均采用 Seldinger 方法进行股动脉穿刺,将导管选择性或超选择性插入颈总动脉、颈内外颈动脉患者。中医认为湿热内蕴下注大肠、膀胱、胞宫,郁而化火则致发热。治以清热利湿,解毒散结。方用地榆槐花汤、八正散、完带汤加减。湿热在肠则常用地榆、槐花、白头翁、败酱草、红藤等;湿热下注膀胱者以八正散加减;湿热下注胞宫者以完带汤加减,热重于湿,则加黄连、黄柏;湿重于热,则加猪苓、泽泻等。

2.5 肝经郁热型 症见低热或潮热,热势常随情绪波动而起伏,心烦,易怒,善叹息,口苦,胸胁胀痛,大便干结,妇女常伴乳房胀痛,月经不调,舌苔黄,脉弦数。此型多见于肝癌、乳腺癌、甲状腺癌等肿瘤。中医认为肝气疏泄失常,郁而化热。治以疏肝解郁,清热散结。方用丹栀逍遥散加减。若嗝气、呕吐明显者酌加旋复花、代赭石以降逆和胃止呕;大便秘结不通者加炒莱菔子、生大黄、枳实,便通即止。

3 中西医结合治疗

癌性发热的西医治疗优势在于降热效果快,疗效较确定,处方简单。但对于晚期肿瘤患者易引起消化道的损伤,非甾体类消炎药还容易引起大汗淋漓、粒细胞减少等副作用。中医药治疗优势在于副作用小,能避免服非甾体类消炎药汗出较多致气阴更虚之弊,作用持久,停药后体温回升率低,能做到标本兼顾,兼顾其它伴随症状,提高了患者的生活质量,延长了生存期。但缺点在于起效慢,而且因处方者辨证施治准确与否直接与疗效有关,因此往往导致疗效不确定,对于发热体温较高、整体情况较差的患者是不利的。所以要想良好地控制症状,采取中西医结合是最好的方法,取长补短,提高疗效。通过中西医结合治疗肿瘤的临床实践,笔者摸索出了些许中西医结合治疗癌性发热的模式:对体温尚正常的肿瘤患者,只要患者愿意接受中医药治疗,在辨证论治的原则

动脉,用 40%泛影葡胺或 350 mg/mL 的 Omnipaque 造影或同时行数字减影。所有病例通过造影均明确肿瘤的部位、大小、血供及脑内血管交通情况。颈动脉压迫训练 20~30d,阻断血流 30min 无不良反应,经检测侧支循环良好后,术前 2~5d 行供血血管栓塞。所有栓塞病例均为颈外动脉分支血管供血。3 例行超选择性动脉插管明胶海绵栓塞治疗,阻断大部分瘤体血供。1 例因多条较粗大的分支血管行真丝线段栓塞。

2 结果

2.1 肿瘤大小 DSA 均能明确诊断,且与手术结果相符合。瘤体最小 1.8cm×2.0cm,最大 6.2cm×6.1cm,平均约 3.1cm×4.6cm。

2.2 肿瘤与颈动脉分叉的关系 8 例共同表现:肿瘤染色呈梭形,在侧位上表现为肿瘤呈握球状改变,肿瘤多位于动脉分叉的内侧,挤压颈外动脉与颈总动脉一起向外侧移位,而正位上分叉角度扩大不明显。本组 6 例显示颈内动脉向后向下处以相应方药,调和气血阴阳、补虚泻实,达到“未病先防”的目的。对于已经出现发热症状的患者,首先注意鉴别感染引起的发热,及时对其进行病因的判断,进行必要的实验室诊断,例如血常规,体液、分泌物的培养以及药敏, C 反应蛋白动态监测等等,并根据结果给予有效的治疗。如确定是癌性发热,则根据前述的辨证论治进行治疗,治疗期间体温有稳定及下降趋势,无明显不适主诉,尽量不予西药治疗,如出现中等或中等以上热度,无明显禁忌证,在中药治疗的基础上及时予适当剂量西药治疗,达到控制症状、减少能量消耗的目的。使用西药时应注意不良反应,加强监测和护理。

癌性发热目前仍然是肿瘤科医生经常遇到的问题,癌性发热为肿瘤本身所致,“治病求本”,故在临床治疗过程中,积极治疗肿瘤本身是最为关键的。对于中医治疗癌性发热,辨证正确与否、处方用药有效与否直接和临床医生的理论基础和经验密切相关,因此临床医师不断提高自身辨证施治水平亦是十分重要的。相信随着现代医学的发展,对癌性发热发病机制的认识会越来越深,新的治疗用药的研发,能起到更好的治疗效果。

参考文献

[1]Yamagata K, Matsumura K, Inoue W, et al. Coex-pression of microsomal-type pro- staglandin E synthase with cyclooxygenase-2 in brain endothelial cells of rats during endotoxin-induced fever [J]. Neuro Sci,2001,21(8):2 669-2 677
[2]Deininger MH, Schluesener HJ. Cyclooxygenase-1and-2 are differentially localized to microglia and endothelium in rat EAE and glioma [J].Neuro immunoL1,1999,95(1-2):202-208
[3]Li S,Wang Y, Matsumura K, et al. The febrile response to lipopolysaccharide is blocked in cyclooxygenase-2, but not in cyclooxygenase-1 mice[J].Brain Res, 1999, 825(1-2): 86-94

(收稿日期: 2007-08-27)