

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤中医诊疗指南/中华中医药学会发布. —北京: 中国中医药出版社, 2008. 11

ISBN 978 - 7 - 80231 - 464 - 1

I. 肿… II. 中… III. ①肿瘤—中医诊断学—指南②肿瘤—中医治疗法—指南 IV. R273

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 141633 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京顺义兴华印刷厂印刷
各地新华书店经销

*
开本 880 × 1230 1/16 印张 5.5 字数 159 千字
2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 464 - 1

*
定价 28.00 元
网址 www.cptcm.com
如有质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 84042153
书店网址 csln.net/qksd/



前 言

ZYYXH/T 136-156—2008《肿瘤中医诊疗指南》(以下简称《指南》)分为鼻咽癌、甲状腺癌、肺癌、乳腺癌、食管癌、胃癌、大肠癌、胰腺癌、肝癌、恶性淋巴瘤、急性白血病、慢性粒细胞白血病、多发性骨髓瘤、前列腺癌、睾丸肿瘤、卵巢癌、宫颈癌、膀胱癌、肾癌、皮肤癌、癌性疼痛二十一个部分:

本《指南》由中华中医药学会提出并发布。

本《指南》由中华中医药学会肿瘤分会归口。

本《指南》主要起草单位:中华中医药学会、卫生部中日友好医院、北京中医药大学、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学东方医院、北京中医医院、《中医药管理杂志》社、广州中医药大学第一附属医院、河南中医学院、上海中医药大学附属普陀医院、上海市中医医院、内蒙古中蒙医院、河北医科大学四院、江西省中医药研究院、云南省中医院、辽宁中医药大学附属医院、湖北中医学院附属医院、中山大学附属肿瘤医院、河南省洛阳正骨医院。

本《指南》主要起草人(按疾病的顺序排列):鼻咽癌(周岱翰、林丽珠),甲状腺癌(郑玉玲),肺癌(范忠泽、贾立群),乳腺癌(张蓓),食管癌(蒋士卿),胃癌(李忠),大肠癌(李雁),胰腺癌(耿刚),肝癌(周宜强、凌昌全、岳小强),恶性淋巴瘤(陈信义),急性白血病(陈信义),慢性粒细胞白血病(陈信义),多发性骨髓瘤(古建立),前列腺癌(熊墨年),睾丸肿瘤(李斯文),卵巢癌(殷东风),宫颈癌(杨新中),膀胱癌(刘亚娴),肾癌(胡凯文),皮肤癌(王笑民),癌性疼痛(李园、李佩文)。

专家指导小组成员:刘嘉湘、沈同、邵梦扬、潘敏求、李佩文、周维顺、高锦、包尚联。



引 言

《肿瘤中医诊疗指南》(以下简称《指南》)的编写目的在于规范肿瘤的中医临床诊断、治疗,为临床医师提供肿瘤中医标准化处理策略与方法,全面提高中医肿瘤的临床疗效和科研水平。本《指南》简明实用,可操作性强,符合医疗法规和法律要求,具有指导性、普遍性和可参照性,适用于中医肿瘤科临床医生、科研人员及相关管理人员,可作为临床实践、诊疗规范和质量评定的重要参考依据。

《指南》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的标准化项目之一,于2006年4月正式立项。2006年6月,中华中医药学会肿瘤分会在福州成立《中医肿瘤诊疗指南》编写委员会,并对编写体例、内容、时间安排和编写过程中可能出现的问题进行了讨论。2006年9月,肿瘤分会派员参加第一期全国中医药标准化培训班。2006年10月,《指南》样稿的编写工作完成并在国际中医肿瘤大会召开期间提交编写委员会专家讨论审定,同时对编写内容进行了分工并提出具体要求。《指南》由中华中医药学会肿瘤分会常委以上人员编写。每一章编写核心组成员由三人组成,并广泛听取相关学科专家意见,集体讨论后确定。2007年6月,在北京召开的第一次审订工作会议上听取了国家标准化管理委员会专家就中医肿瘤标准化工作的建议,讨论了初稿编写过程中存在的问题和解决的措施,形成了切实可行的《指南》编写计划初稿。2007年7月,根据一审会议精神,编写委员会修改完善了编写内容和体例,之后将有关内容以书面形式送请专家审订。2007年9月,初稿修订完成并在重庆召开了第二次审订工作会议。2007年12月底,参编专家根据第二次审订工作会议精神,结合修订的参考样本,对《指南》进行了认真修改并形成送审稿。之后,编写委员会在综合专家建议的基础上对部分内容进行了进一步讨论和修改,并最后定稿。

本《指南》审定组成员:张伯礼、杨明会、沈同、刘保延、李乾构、唐旭东、仝小林、彭勃、陈淑长、周宜强、刘雁峰、陈珞珈、王承德、孙树椿、丁义江、汪受传、段逸群、花宝金、陈信义、刘大新、马健。

刘嘉湘、王沛、邵梦扬、李佩文、潘敏求、包尚联等专家对《指南》进行了审订并提出许多宝贵意见,张书文、张雅月、白桦、孙宏新等参与了《指南》的编写工作,在此一并表示感谢。



目 次

前言	(I)
引言	(III)
ZYYXH/T136-2008 鼻咽癌	(1)
ZYYXH/T137-2008 甲状腺癌	(5)
ZYYXH/T138-2008 肺癌	(9)
ZYYXH/T139-2008 乳腺癌	(13)
ZYYXH/T140-2008 食管癌	(17)
ZYYXH/T141-2008 胃癌	(21)
ZYYXH/T142-2008 大肠癌	(25)
ZYYXH/T143-2008 胰腺癌	(30)
ZYYXH/T144-2008 肝癌	(34)
ZYYXH/T145-2008 恶性淋巴瘤	(38)
ZYYXH/T146-2008 急性白血病	(42)
ZYYXH/T147-2008 慢性粒细胞性白血病	(46)
ZYYXH/T148-2008 多发性骨髓瘤	(50)
ZYYXH/T149-2008 前列腺癌	(54)
ZYYXH/T150-2008 睾丸肿瘤	(58)
ZYYXH/T151-2008 卵巢癌	(62)
ZYYXH/T152-2008 宫颈癌	(66)
ZYYXH/T153-2008 膀胱癌	(69)
ZYYXH/T154-2008 肾癌	(73)
ZYYXH/T155-2008 皮肤癌	(76)
ZYYXH/T156-2008 癌性疼痛	(79)

鼻咽癌

1 范围

本《指南》规定了鼻咽癌的诊断、辨证和治疗。
本《指南》适用于鼻咽癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

鼻咽癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002
美国国家癌症综合网络中心（NCCN）鼻咽癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。
鼻咽癌 nasopharyngeal carcinoma

鼻咽癌是指由被覆鼻咽腔表面的上皮或鼻咽隐窝上皮发生的上皮性恶性肿瘤，其发病与遗传、EB 病毒感染、环境等因素关系密切。

根据临床表现和古代医籍的描述，鼻咽癌归属于“鼻渊”、“控脑砂”、“耳鸣证”、“上石疽”、“失荣”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

鼻咽癌的症状包括鼻衄、鼻塞流涕、耳鸣耳聋、头痛等；兼症见颈部瘰癧、口眼歪斜、口干、发热等。晚期常因肿瘤经淋巴和血行播散而引起一系列相应症状及体征，表现为：颅神经损害症状，以三叉神经、展神经、舌咽神经、舌下神经等受侵较多；颈部淋巴结转移；远处转移，如骨、肺、肝等器官转移。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 间接鼻咽镜检查

间接鼻咽镜检查是一种简便、快捷、有效的常规检查方法。一般情况下，可在间接鼻咽镜下窥视到鼻咽各壁的正常结构或异常改变。鼻咽原发癌灶的外形有结节型、浸润型、菜花型、溃疡型以及黏膜下型，有时可见几种类型同时存在。

4.1.2.2 鼻咽纤维镜检查

纤维镜检查是鼻咽部疾患的常规检查方法之一，其优点为：更好地观察鼻咽部，特别是间接鼻咽镜检查的盲区；易发现微小及隐匿病灶，病检的阳性率高；更清楚地观察到肿瘤的浸润范围。

4.1.2.3 CT 检查

CT 可以显示鼻咽癌向鼻咽腔内和腔外生长的范围，观察与邻近组织器官解剖关系及有无转移。鼻咽癌的 CT 主要表现为局部肿块效应、深部浸润、颅底骨质改变和颅内侵犯。

4.1.2.4 磁共振（MRI）扫描和正电子发射断层显像（PET）

与 CT 比较，MRI 和 PET 在肿瘤的诊断、分期、疗效评价、随访等方面优势明显，可用于确定原发病灶、术前分期、制订治疗方案、评价治疗效果和复查监测等。

4.1.3 病理学诊断

鼻咽癌早期常表现为局部黏膜粗糙或略隆起，或形成隆起于黏膜面的小结节，随后可发展成结节型、菜花型、黏膜下浸润型和溃疡型肿块。黏膜下浸润型因表面黏膜尚完好或仅轻度隆起，而癌组织在黏膜下已广泛浸润甚或转移至颈部淋巴结，故患者常以颈部淋巴结肿大为最早出现的临床症状。临床以结节型最多见，其次为菜花型。在组织病理学上，根据光学显微镜下有无鳞状细胞分化，鼻咽癌可以分为角化性鳞状细胞癌、非角化性癌（分化性癌）和未分化癌。角化性鳞癌比较少见，约占鼻咽癌总数的5%~10%左右，多发生于年龄较大的人群，对放射治疗不敏感。非角化性癌占鼻咽癌的95%以上，通常对放射治疗敏感，与EB病毒关系密切。

4.1.4 实验室诊断

目前常用EB病毒壳抗原抗体IgA（VCA-IgA）、EB病毒早期抗原抗体IgA（EA-IgA）、EB病毒DNA酶中和率（EDAb）等作为诊断的辅助指标。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 鼻咽部疾病

鼻咽癌需与鼻咽部增生性病变、结核、坏死性肉芽肿、血管纤维瘤、咽旁肿瘤、鼻咽淋巴瘤、嗅神经母细胞瘤等鉴别，经病理检查可确诊。

4.2.2 颈部肿块

鼻咽癌需与颈淋巴结炎、结核、腮裂囊肿、颈动脉体瘤、神经鞘瘤、恶性淋巴瘤、颈部淋巴结转移癌等鉴别，可做活检以确诊。

4.2.3 颅内疾患

鼻咽癌需与颅咽管瘤、脊索瘤、小脑桥脑角肿瘤等鉴别，CT检查有助于鉴别诊断。

5 辨证

5.1 热邪犯肺证

症见鼻塞涕血，微咳痰黄，口苦咽干，时有头痛，胃纳如常，尿黄便结，舌质淡红或红，舌苔薄白或薄黄，脉滑或数。

5.2 肝郁痰凝证

症见胁肋胀满，口苦咽干，烦躁易怒，头晕目眩，颈核肿大，时有涕血，舌质淡红或舌边红，舌苔薄白、白腻或黄腻，脉弦或滑。

5.3 血瘀阻络证

症见头晕头痛，痛有定处，视物模糊或复视，面麻舌歪，心烦不寐，舌质暗红、青紫或见瘀点瘀斑，舌苔薄白、薄黄或棕黑，脉细涩或细缓。

5.4 气阴两虚证

症见口咽干燥，咽喉不适，间有涕血，耳鸣耳聋，气短乏力，口渴喜饮，舌质红或红绛，苔少或无苔或有裂纹，脉细或细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

在鼻咽癌初诊患者中，70%左右属Ⅲ、Ⅳ期，且95%为非角化性，因而其治疗以放射为主导，常结合化疗、手术、中医中药、基因、免疫治疗等。在确定治疗方案前必须对疾病分期、手术情况、个体差异等进行综合评价。

初治病人的分期治疗原则：Ⅰ期、Ⅱ期，放疗+中医，部分早期病例也可酌情采用外照射+后装放疗+中医；Ⅲ期、Ⅳ期，局部复发率较高的T晚期可通过诱导化疗和（或）同期化放疗+中医以提高局部控制率，N晚期可通过多个疗程的化疗+中医达到控制远处转移的目的，M₁患者应争取多

个疗程的化疗+中医，然后视情况对原发灶和转移灶补充放疗+中医。

未控制或复发病人的综合处理原则：常规根治剂量放疗后，对鼻咽残留病灶可补充后装腔内放疗或适形放疗+中医；颈淋巴结残留灶 $\geq 1\text{cm}$ 时，给予深部X线或 β 线缩野照射剂量+中医，3个月后仍不消退者可手术切除+中医；鼻咽病灶复发，距第1次放疗1年左右者可行第2程放疗+中医，时间尚短、不宜放疗者可先化疗+中医，然后争取第2程放疗+中医，此时一般只照射复发部位，不作区域淋巴结引流区的预防照射；颈部淋巴结复发，有手术指征者可行颈部清扫术+中医，否则应争取化疗或化疗+中医，淋巴结固定或大片皮肤浸润者可先予化疗+中医；出现脑、脊髓放射性损伤者不宜再行常规外照射放疗，而应采用其他治疗手段+中医或单独中医治疗。

鼻咽癌的中医治则是：早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主，三者均不离解毒通络。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 热邪犯肺证

治法：清热解毒，化痰宣肺。

主方：清气化痰丸加减。

常用药：胆南星、瓜蒌仁、黄芩、枳实、辛夷、茯苓、陈皮、法半夏、杏仁、石上柏等。

6.2.1.2 肝郁痰凝证

治法：疏肝解郁，化痰散结。

主方：消瘰丸加减。

常用药：煅牡蛎、生黄芪、海带、三棱、莪术、浙贝母、玄参、龙胆草、血竭、乳香、没药等。

6.2.1.3 血瘀阻络证

治法：活血祛瘀，通络止痛。

主方：通窍活血汤加减。

常用药：赤芍、桃仁、红花、八月札、苍耳子、川芎、当归、郁金、蜂房、地龙等。

6.2.1.4 气阴两虚证

治法：益气养阴，软坚散结。

主方：生脉散合增液汤加减。

常用药：太子参（或西洋参）、玄参、麦冬、生地、女贞子、石斛、天花粉、猫爪草、夏枯草、白花蛇舌草、半枝莲、甘草等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 犀黄丸：每次3g，每日2次。适用于鼻咽癌证属热邪犯肺者。

6.2.2.2 小金丹：每次1.2~3g，每日2次，打碎后口服。适用于鼻咽癌证属血瘀阻络者。

6.2.2.3 六味地黄丸：每次6g，每日3次。适用于鼻咽癌证属气阴两虚或化疗后者。

6.2.2.4 六神丸：每次10~20粒，每日1~3次。适用于鼻咽癌证属邪热犯肺或放疗后者。

6.2.2.5 消瘰丸：每次9g，每日2次。适用于鼻咽癌证属肝郁痰凝者。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 鼻咽癌放射治疗引起的干性皮炎可用青黛蜜调外敷，或莪术油外敷，湿性皮炎可用双柏散外敷或浸洗，黏膜反应（充血、水肿、上皮脱落或渗出物形成白膜）可用野苧煎水内服，或用喉风散、六神丸外搽。

6.2.3.2 鼻咽癌颈部淋巴结转移可予双柏散200~400g加热或冷敷，颈部淋巴结破溃可予紫金锭数片，食醋或凉开水研化，药棉蘸取外敷。

6.2.4 针灸疗法

6.2.4.1 鼻咽癌头痛

①体针：取巨髎、四白、合谷、支沟穴。常规皮肤消毒，快速进针，达到穴位深度，产生酸、麻、胀感后中等刺激，留针 5~10 分钟。每日 1 次，5 日为 1 疗程。

②耳穴：上颌透额，肾上腺透内鼻，神门透交感，中等刺激，留针 2 分钟。疼痛剧烈时可体针、耳针并行。

6.2.4.2 鼻咽癌放疗期间

①穴位：太阳、攒竹、阳白、鱼腰、四白、迎香、下关、颊车、承浆、合谷、太溪等。方法：用 2.5~4cm 毫针浅刺，平补平泻，以局部得气为度，留针 30 分钟，隔 10 分钟行针 1 次。隔日 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间休息 1 周。上述穴位任意分 2 组，交替使用。

②穴位：太阳、印堂、神庭、百会、内关、膻中、足三里等。方法：用 2.5~4cm 毫针浅刺，平补平泻，得气为度，留针 30 分钟，隔 10 分钟行针 1 次。隔日 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间休息 1 周。



甲状腺癌

1 范围

本《指南》规定了甲状腺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于甲状腺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

甲状腺癌国际 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN） 甲状腺癌临床指引 2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准

甲状腺癌 thyroid carcinoma

甲状腺癌是发生于甲状腺滤泡上皮、滤泡细胞及甲状腺间质的恶性肿瘤。患病年龄为 25 ~ 65 岁，青老年多见，女性多于男性。

根据临床表现和古代医籍的描述，甲状腺癌归属于“石瘰”范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

甲状腺癌早期患者多无自觉症状，且肿瘤生长缓慢，故一般就诊较晚，主要临床症状有：颈部无痛性肿块进行性增大、颈部胀满疼痛；晚期可累及周围软组织或气管软骨而使肿瘤固定，或累及喉返神经而致声嘶，少数合并不同程度的呼吸困难、颈部淋巴结肿大及其引起的耳、枕和肩部放射性疼痛；远处转移可见消瘦、乏力，髓样癌可见水泻，含有未消化食物，每日数次至十数次，同时可伴面部潮红、心悸等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

巨大甲状腺肿瘤、晚期甲状腺癌以及临床怀疑有纵隔甲状腺时都须作气管正、侧位摄片检查，以了解肿瘤的范围和气管受压情况。颈部正侧位软组织 X 线片可观察气管是否移位，管腔是否狭窄。正位片可观察前上纵隔是否增宽，以判断胸骨后扩展情况；侧位片可观察椎前隙宽度，如有增宽表示肿瘤向气管后或食管扩展。甲状腺肿瘤出现的钙化亦可作为诊断参考，一般大片、致密、边界清楚的钙化多属良性，显影淡、边界模糊、外形不规则、小絮片状钙化常为恶性。

常规胸部 X 线片可观察有无肺转移。一侧或双侧肺野多发片状、棉絮状或粟粒状阴影多考虑肺转移，偶可表现为孤立的阴影。

骨骼 X 线片可观察颅骨、胸骨柄、锁骨、肋骨、脊椎骨等部位的转移情况，一般表现为骨破坏，无骨膜反应。

4.1.2.2 CT 检查

颈部 CT 检查能清晰显示甲状腺及其边缘的影像，进而可以判断肿瘤的部位（甲状腺内或外、一侧或双侧）、范围（特别是胸骨后侵犯）、气管受累情况（移位、狭窄、受累的部位、范围及狭窄程度）、食管、肌肉、纵隔等有无压迫和破坏、淋巴结有无转移及颈总动脉受累情况等。胸部 CT 可以

发现普通胸部 X 片难以发现的早期小转移灶。

4.1.2.3 放射性核素检查

甲状腺组织能特异性地吸收¹³¹I 及^{99m}TcO₄，根据显像情况可以判断甲状腺的位置、形态、大小及甲状腺内的占位病变。根据吸收锝或碘的量及其功能差异，一般分为四类：①热结节。多见于滤泡型和毒性腺瘤，少数滤泡性腺癌亦可有热结节表现。②温结节。多见于腺瘤和结节性甲状腺肿。③凉结节。多见于甲状腺囊肿，其次为甲状腺癌、淋巴细胞性甲状腺炎和木样甲状腺炎。④冷结节。单个实质性甲状腺肿瘤表现为冷结节时约有 50% 癌变可能，其他良性肿瘤也可出现此图像，结合病史，体检和其他相关检查不难作出临床诊断。

4.1.2.4 B 超检查

B 超检查可以判断病变的部位、大小、物理性质（实质性或囊性），亦可为定性提供参考。

4.1.2.5 磁共振成像（MRI）

磁共振成像（MRI）在甲状腺肿瘤上的诊断价值不如 CT，仅对判断颈部转移淋巴结与肌肉、血管的关系有一定临床意义。

4.1.3 病理学诊断

细针穿刺细胞学检查（Fine - needle aspiration cytology, FNAC）是一项较成熟的病理诊断技术。甲状腺癌的组织病理可分乳头状癌、滤泡状癌、髓样癌及未分化癌（其中乳头状癌和滤泡状癌又称为分化性甲状腺癌）。

4.1.4 实验室诊断

降钙素检测对诊断甲状腺髓样癌、观察术后动态变化和确定复发及转移具有重要的参考价值。甲状腺球蛋白的检测虽然不能作为特异性的肿瘤标志物，但可作为甲状腺癌切除术后的监测指标，如升高则表明复发或转移。对于甲状腺手术后长期补充甲状腺素的患者，应定期检测 T₃、T₄、TSH。如果给药剂量不足，TSH 水平会升高，反之则降低。因此，TSH 水平可作为调节甲状腺素剂量的依据之一。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC, 2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤为一侧或双侧单发或多发结节，生长缓慢，表面平滑，质地较软，无压痛，吞咽时移动度大。囊肿张力大时也可表现为质硬。同位素扫描、B 超等可帮助诊断，仍鉴别困难时可行穿刺细胞学检查。

4.2.2 结节性甲状腺肿

结节性甲状腺肿多见于地方性甲状腺肿高发地区，沿海地区亦不少见。病程长，可数年或数十年，初起为双侧甲状腺弥漫性肿大，随年龄增长可出现结节，常为多个，大小不一，质韧或较软，表面光滑，随吞咽上下活动，甲状腺功能多正常。同位素扫描、B 超可明确诊断。

4.2.3 甲状腺炎

亚急性甲状腺炎常呈急性发病，以类上呼吸道感染症状为首发表现，可伴有高热。甲状腺局部症状多在全身症状出现后逐步明显，表现为甲状腺轻、中度肿大，发作性疼痛或触痛，范围常超出甲状腺本身。血液学检查常有 α 球蛋白升高、血清蛋白结合碘（PBI）升高、甲状腺吸¹³¹I 率降低、TSH 降低等。其中 PBI 升高和吸碘率降低的分离现象是亚急性甲状腺炎急性期的重要特征之一。细针穿刺检查常表现为滤泡上皮退行性变、纤维组织增生、中性粒细胞和单核细胞浸润。

淋巴细胞性甲状腺炎（又称桥本氏病）发病早期类似亚急性甲状腺炎，有类上呼吸道感染症状，伴局部疼痛、血沉升高。急性期，由于甲状腺滤泡破坏，大量甲状腺素释放入血而引起“甲亢”症

状；疾病中期，甲状腺功能可正常；缓解期，因甲状腺纤维化，可出现“甲减”症状。实验室检查，TGA、TPO可升高。细针穿刺检查，可见大量淋巴细胞浸润和甲状腺滤泡上皮退行性变。

5 辨证

5.1 肝气郁结证

症见颈前瘰瘤隆起，逐渐增大，质硬或坚，胀痛压痛，吞咽稍动或固定不移，颈部憋胀不适，或妨碍呼吸和吞咽，伴胸闷，善太息，或胸胁窜痛，病情随情志因素波动，舌质淡，苔薄白，脉弦。

5.2 痰湿凝结证

症见颈前瘰瘤隆起，逐渐增大，质硬或有结节，胀痛压痛，吞咽稍动或固定不移，颈部憋胀不适，或妨碍呼吸和吞咽，肿块经久不消，伴胸闷气憋，食少纳呆，口淡乏味，恶心泛呕，肢体困重，舌淡，苔白或腻，脉弦滑。

5.3 痰瘀互结证

症见颈前瘰瘤质地坚硬、增大，固定不移，按之较硬或有结节，颈前刺痛，胸闷纳差，或伴颈前、两侧瘰癧丛生，舌质青紫，有瘀斑或瘀点，舌苔薄白或白腻，脉弦或涩。

5.4 阴虚内热证

症见心悸不宁，气短乏力，心烦少寐，易出汗，眼目干涩，口舌干燥，五心烦热，头晕目眩，形体消瘦，舌质红或红紫，苔少，脉细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

甲状腺癌应根据其各自的特点采取相应的治疗原则，包括手术、放疗、内分泌治疗、化疗等，其中手术是最主要的治疗手段。甲状腺癌确诊后，如无明显的手术禁忌证，应及时行原发灶和颈部转移灶的彻底清除术，力争根治。放射治疗是甲状腺癌的重要辅助治疗方法，外照射对未分化癌的效果最好，放射性核素¹³¹I对有碘吸收功能的滤泡状癌和乳头状癌远处转移或局部残留有很好的效果。甲状腺癌化疗效果不理想。全甲状腺切除的患者需终生服用甲状腺素。

中医辨证，甲状腺癌早期以邪实为主，治宜疏肝理气，健脾化痰，消瘰散结；中晚期以正虚为主，治宜健脾益气，养阴生血，扶正祛邪。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝气郁结证

治法：疏肝理气，消瘰散结。

主方：四逆散加减。

常用药：柴胡、芍药、枳实、炙甘草、蒲公英、天葵子、黄药子、猪苓、茯苓、生苡仁、灵芝、焦山楂、鸡内金等。

6.2.1.2 痰湿凝结证

治法：健脾理气，化痰散结。

主方：四海舒郁丸加减。

常用药：海藻、海带、海螵蛸、海蛤壳、青木香、陈皮、昆布、苍术、白术、党参、茯苓、生苡仁、法半夏等。

6.2.1.3 痰瘀互结证

治法：理气化痰，散瘀破结。

主方：海藻玉壶汤加减。

常用药：海藻、昆布、海带、青木香、陈皮、贝母、半夏、连翘、当归、川芎等。

6.2.1.4 阴虚内热证

治法：滋阴降火，软坚散结。

主方：知柏地黄丸加减。

常用药：黄柏、知母、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、丹皮、黄药子、炙鳖甲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 西黄丸：每次 3g，每日 2 次，开水送服。用于热毒内盛，瘀血内结之证。

6.2.2.2 小金丹：每次 2~3g，每日 2 次。可破瘀通络，化痰止痛，用于各种肿瘤。

6.2.2.3 参一胶囊：每次 2 粒，每日 2 次，开水送服。可培元固本，补益气血，用于气虚证。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 阳和解凝膏掺阿魏粉敷贴肿块部位。

6.2.3.2 肿块疼痛灼热者，可用生商陆根适量捣烂外敷，每日换药 1 次。



肺 癌

1 范围

本《指南》规定了肺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于肺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

肺癌国际分期 国际抗癌联盟（UICC）2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）非小细胞肺癌临床实践指南（中国版）2006

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）小细胞肺癌临床指南 2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

肺癌 lung cancer

肺癌是原发于支气管黏膜和肺泡壁的恶性肿瘤，其病因主要与吸烟、电离辐射、空气污染、砷和其他有毒环境下工作有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，肺癌归属于“肺积”、“息贲”、“咳嗽”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

肺癌的临床表现与肿瘤发生的部位、大小、病理类型、病程长短、有无转移和并发症有关，大致可以归纳为四类：原发肿块、胸内蔓延、远处转移和副肿瘤综合征。常见症状有咳嗽、咯血或痰中带血、胸痛、胸闷等，应当引起注意的是气促、喘鸣、局限性肺炎等气道阻塞引起的间接表现。

肺癌最常见锁骨上下、颈部和腋下淋巴结转移，可为单个或多个结节，触之坚硬。其他部位的转移常引起相应的症状，即肺外表现。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 胸部 X 线检查

X 线是诊断肺癌最重要的方法，可通过 X 线透视、胸部正侧位片发现块影或可疑肿块阴影。

4.1.2.2 CT 检查

CT 可以辨认有无肺门和纵隔淋巴结肿大。临近胸壁的肿块可在 CT 引导下进行针刺活检以明确组织学诊断。

4.1.2.3 磁共振（MRI）检查

常规的 MRI 几乎不能使肺部显像，只能明确肿瘤与大血管之间的关系。

4.1.2.4 正电子发射体层扫描（PET）

PET 可以较准确地对 <1cm 的肺癌及肺癌纵隔淋巴结有无转移进行诊断。

4.1.2.5 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜检查对明确诊断和获取活体组织、提供组织学诊断均具有重要意义。对于近端气道内的肿瘤，纤维支气管镜刷检结合钳夹的活检阳性率为 90% ~ 93%；对于远端气道内不能直接窥视的病变，可在荧光屏透视指导下经光纤支气管镜进行肺活检。

4.1.3 病理学诊断

4.1.3.1 痰脱落细胞学检查

痰脱落细胞学检查中，非小细胞肺癌的阳性率较小细胞肺癌高，一般在70%~80%左右。

4.1.3.2 开胸肺活检

若经痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜检查 and 穿刺活检均未能确立诊断，则应考虑开胸肺活检，但必须根据患者的年龄、肺功能及可能的手术并发症等综合决定。

4.1.3.3 组织病理学诊断

肺癌分为小细胞肺癌（SCLC）和非小细胞肺癌（NSCLC），后者包括鳞癌、腺癌（包括支气管肺泡癌）和大细胞癌。

4.1.4 实验室检查

肺癌常用的肿瘤标记物有癌胚抗原（CEA）、 β_2 微球蛋白、铁蛋白（FER）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、CA211、CA153等。其中癌胚抗原在肺癌患者中阳性率可达40%~60%，其水平与病情轻重及预后有一定的关系。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 肺结核

4.2.1.1 肺结核球

肺结核球多见于年轻患者，一般无症状。多位于结核好发部位（肺上叶下部和下叶上部），病灶边界清楚，可有包膜，密度高，有时有钙化，周围为纤维结核灶，在随访观察中多无明显改变。如有空洞形成，多为中心性，洞壁规则、较薄，直径很少超过3cm，常需与周围型肺癌鉴别。

4.2.1.2 肺门淋巴结结核

肺门淋巴结结核易与中央型肺癌混淆，应加以鉴别。肺门淋巴结结核多见于儿童或老年，多有发热和结核中毒症状，结核菌素试验多呈阳性，抗结核治疗有效。体层摄片、CT、MRI和纤维支气管镜检查等有助于二者鉴别。

4.2.1.3 急性粟粒性肺结核

急性粟粒性肺结核应与弥漫型肺泡癌相鉴别。急性粟粒性肺结核发病年龄较轻，多有发热等全身中毒症状。X线胸片显示病灶为大小基本一致、分布均匀、密度较淡的粟粒性结节。肺泡癌两肺多有大小不等的结节状播散灶，边界清楚，部位较深，进行性发展和增大，且呈进行性呼吸困难。

4.2.2 肺炎

肺炎起病急骤，有寒战、高热等症状，继而出现呼吸道症状，抗生素治疗多有效，病灶吸收迅速而完全。癌性阻塞性肺炎炎症吸收较缓慢，可出现块状阴影，且多有中央型肺癌表现，光纤维支气管镜检查、细胞学检查等有助于鉴别。

4.2.3 肺脓肿

肺脓肿应与癌性空洞继发感染相鉴别。原发性肺脓肿起病急，中毒症状明显，常有寒战、高热、咳嗽、吐大量脓臭痰、周围血象白细胞和中性粒细胞计数增高，X线胸片上空洞壁薄，内有液平，周围有炎性改变。癌性空洞常先有咳嗽、咯血等肿瘤症状，然后出现咳脓痰、发热，胸片可见块影有偏心空洞，壁厚，内壁凹凸不平。结合光纤维支气管镜和痰脱落细胞学检查可以鉴别。

5 辨证

5.1 脾虚痰湿证

症见咳嗽痰多，色白而黏，胸闷气短，腹胀纳差，神疲乏力，面色无华，大便溏薄，舌淡胖，有齿痕，舌苔白腻，脉濡缓或濡滑。

5.2 阴虚内热证

症见咳嗽无痰或痰少而粘，痰中带血，口干，低热盗汗，心烦失眠，胸痛气急，舌质红或暗红，苔少或光剥无苔，脉细数。

5.3 气阴两虚证

症见咳嗽痰少，咳声低弱，痰中带血或咯血，神疲乏力气短，面色苍白，自汗盗汗，口干咽燥，舌淡红或舌红，有齿痕，舌苔薄，脉细弱。

5.4 肾阳亏虚证

症见咳嗽气急，动则喘促，胸闷，腰酸耳鸣，畏寒肢冷，或心烦盗汗，夜间尿频，舌淡红或暗红，舌苔薄白，脉沉细。

5.5 气滞血瘀证

症见咯痰不畅，痰中带暗血或血块，胸胁胀痛或刺痛，痛有定处，颈部及胸壁青筋显露，唇甲紫暗，舌暗红或青紫，有瘀点或瘀斑，舌苔薄黄，脉细弦或涩。

6 治疗

6.1 治疗原则

非小细胞肺癌的分期综合治疗，I期肺癌： $(T_{1-2}N_0M_0)$ 首选手术；不宜或不愿手术治疗者，推荐单独的放射治疗；完全性切除的Ia期肺癌无需辅助化疗或辅助放疗，肿瘤直径 $>4\text{cm}$ 的Ib期可考虑辅助化疗；I期肺癌切缘阳性者，推荐再次手术。II期肺癌： $T_{1-2}N_1M_0$ 者首选手术治疗； N_1 期完全性切除者，推荐辅助化疗； T_3 II期肺癌以手术切除为主要手段；II期肺癌侵犯胸壁完全性切除者，推荐辅助化疗；切缘阳性者，再次手术能切除干净的应考虑手术，否则应给予放射治疗联合化疗；先行化放疗的病例，治疗期间应随时评价手术切除的可能性；肺上沟瘤术前评价可切除者首选同期化放疗后的手术切除，不可切除者首选同时放化疗，化疗2~3周期和放疗40Gy后须重新进行手术切除可行性的评价，可切除则行手术切除，不可切除则继续放化疗。III期肺癌：可切除的局部晚期，建议新辅助化疗+手术切除或手术切除+辅助化疗；不可切除的局部晚期，予含铂方案化疗联合放射治疗。IV期肺癌：以化疗为主要手段。

小细胞肺癌局限期：手术切除+化疗或同期放化疗；广泛期：化疗或放化疗。

肺癌的中医治疗应遵从辨证施治，扶正祛邪的原则，早期以调理肺气，化痰散结为主，晚期以扶正补虚为主，兼以化痰散结。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 脾虚痰湿证

治法：健脾化湿，理气化痰。

主方：六君子汤加减。

常用药：党参、白术、茯苓、薏苡仁、半夏、陈皮、杏仁、瓜蒌皮、石见穿、石上柏、百部、紫菀、谷芽、麦芽、鸡内金等。

6.2.1.2 阴虚内热证

治法：养阴清热，润肺化痰。

主方：百合固金汤加减。

常用药：百合、生地、沙参、麦冬、杏仁、全瓜蒌、鱼腥草、白花蛇舌草、八月札、石见穿、石上柏、苦参、干蟾皮、夏枯草、生牡蛎、麦芽、鸡内金等。

6.2.1.3 气阴两虚证

治法：益气养阴，清化痰热。

主方：生脉散合沙参麦冬汤加减。

常用药：生黄芪、白术、北沙参、麦冬、薏苡仁、杏仁、瓜蒌皮、石见穿、白花蛇舌草、夏枯草、生牡蛎、麦芽、鸡内金等

6.2.1.4 肾阳亏虚证

治法：滋阴温阳，消肿散结。

主方：金匱肾气丸合赞育丹加减。

常用药：北沙参、麦冬、生地、熟地、淫羊藿、肉苁蓉、仙茅、石见穿、石上柏、王不留行、薜荔果、芙蓉叶、川贝、蚕蛹等。

6.2.1.5 气滞血瘀证

治法：理气消肿，活血化瘀。

主方：复元活血汤加减。

常用药：桃仁、王不留行、丹参、莪术、蜂房、八月札、郁金、全瓜蒌、夏枯草、生牡蛎、海藻、昆布、山豆根、石见穿、白花蛇舌草、山慈菇、谷麦芽、鸡内金等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 金复康口服液：每次 30ml，每日 3 次。30 天为 1 疗程，可连续使用 2 个疗程。用于治疗原发性非小细胞肺癌气阴两虚证。

6.2.2.2 清肺散结丸：每次 3g，每日 2 次。1 个月为 1 小疗程，2 个月为 1 大疗程。用于治疗肺癌。

6.2.2.3 参一胶囊：饭前空腹服，每次 2 粒，每日 2 次。8 周为 1 疗程。改善肿瘤患者的气虚症状，与化疗药配合有助于提高原发性支气管肺癌的疗效。

6.2.2.4 康莱特注射液：每次 200ml 缓慢静脉滴注，每日 1 次。21 天为 1 疗程。适用于不宜手术的气阴两虚、脾虚痰湿型原发性非小细胞肺癌。

6.2.2.5 鹤蟾片：每次 6 片，每日 3 次。用于原发性支气管肺癌和肺部转移癌，能改善患者的症状体征。

6.2.2.6 康艾注射液：每日 40 ~ 60ml，用 5% 葡萄糖或 0.9% 生理盐水 250 ~ 500ml 稀释后缓慢静脉滴注，每日 1 ~ 2 次。30 天为 1 疗程，或遵医嘱。

6.2.2.7 艾迪注射液：50 ~ 100ml，加入 0.9% 氯化钠注射液或 5% ~ 10% 葡萄糖注射液 400 ~ 500ml 中静脉滴注，每日 1 次；与放、化疗合用时，疗程与放、化疗同步；手术前后和介入治疗，10 天为 1 疗程；单独使用，15 天为 1 周期，间隔 3 天，2 周期为 1 疗程；晚期恶病质病人，30 天为 1 疗程，或视病情而定。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 蟾乌巴布膏：由蟾酥、细辛、生川乌、七叶一枝花、红花、重楼、川乌、两面针、白附子、三棱、莪术、丁香、肉桂、乳香、冰片等 20 余味中药组成。使用前先将皮肤洗净擦干，再将膏药敷在疼痛处，每 24 小时换药一次。适用于肺癌疼痛者。

6.2.3.2 癌痛散：山柰、乳香、没药、姜黄、栀子、白芷、黄芩各 20g，小茴香、公丁香、赤芍、木香、黄柏各 15g，蓖麻仁 20g。上药共为细末，用鸡蛋清调匀外敷乳根穴，6 小时换药一次。适用于肺癌疼痛者。

6.2.3.3 消积止痛膏：取樟脑、阿魏、丁香、山柰、蚤休、藤黄等量，分研为末，密封备用。用时将上药按前后顺序分别撒在胶布上，敷贴于肺癌疼痛部位，随即用 60℃ 左右的热毛巾在药膏上敷 30 分钟。每日热敷 3 次，5 ~ 7 天换药 1 次。

乳 腺 癌

1 范围

本《指南》规定了乳腺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于乳腺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

美国癌症联合委员会（AJCC） 乳腺癌分期（2002 年，第六版）

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）乳腺癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准

乳腺癌 breast cancer

乳腺癌是指发生在乳腺上皮组织的恶性肿瘤，以外上象限常见。其发生与家族遗传、月经初潮早、高龄初产、未经产、闭经晚、电离辐射、乳腺囊性增生、避孕药使用和营养状态等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，乳腺癌归属于“乳岩”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

乳腺癌初起时可为无痛性肿块，位于外上象限者居多，质较硬，边界不清，表面不光滑，活动度差，继而出现酒窝征，橘皮样改变，皮肤卫星结节，皮肤溃烂、炎症样改变，乳头回缩、溢液和湿疹样变，局部淋巴结肿大并浸润胸肌乃至胸壁，晚期可转移至肺、骨、肝、脑、胸膜、肾上腺等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

X 线主要用于观察肿块的形状、边缘特征、密度、大小，钙化点的大小、形态、分布及导管的改变等，从而进行诊断和鉴别诊断。

4.1.2.2 B 超检查

B 超能明确区分密度不同的乳腺和病变组织，显示彩色血流，观察淋巴结的分布和形态等。

4.1.2.3 磁共振（MRI）检查

MRI 对于乳腺癌的确诊及临床分期具有重要价值。

4.1.3 病理学诊断

乳腺癌在组织病理学上分为非浸润性癌和浸润性癌，前者包括导管内癌和小叶原位癌，后者包括浸润性导管癌和浸润性小叶癌。少见类型包括髓质癌、小管癌胶质癌、乳头状癌和腺样囊腺癌。

4.1.4 实验室检查

目前，实验室检查对乳腺癌的诊断无特异性。血清中相关标记物如 CEA、CA15-3、CA242 等虽然不能作为乳腺癌诊断和疗效评估的标准，但对判断患者的病情、预后、疗效及术后复发有一定意义。术前 CEA、CA15-3、CA242 升高者多预后不良。

肿瘤生物学检查方面，ER（雌激素受体）、PR（孕激素受体）的检测实现了内分泌预见性的治疗。ER、PR 不仅是乳腺癌内分泌治疗的预先性标志物，而且是判断预后的标志物。如高分化乳腺癌

者的 ER、PR 阳性率明显高于低分化者，淋巴结转移者的 ER、PR 阳性率低于无转移者，而 ER、PR 阴性者一般预后差。因此，ER、PR 的检测为肿瘤的个体化治疗提供了依据。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（AJCC，2002 年）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 乳腺增生症

乳腺增生症是常见于妇女的慢性乳腺良性增生性疾病，与内分泌功能紊乱有关。临床表现为月经前一周左右乳腺胀痛，月经来潮后胀痛消失，肿物缩小。组织学表现为弥漫乳腺腺体增厚，呈片状或细颗粒结节状，增厚的腺体与周围组织分界不明显。单纯乳腺增生症多数可以自愈，而乳腺囊性增生症的恶变率为 2% ~ 4%，因此须手术切除。

4.2.2 乳腺炎性疾病

乳腺炎易与炎性乳腺癌相混淆。常发生于中青年妊娠或哺乳期妇女，起病急，病程短，多伴高热，乳腺局部可出现红、肿、热、痛，病变同侧腋窝淋巴结肿大、疼痛，血常规检查可见白细胞增高，经抗感染治疗或及时切开引流可以完全治愈，如治疗不及时可转化为慢性乳腺炎。经细针穿刺抽取脓汁或针吸进行细胞学检查可与乳腺癌鉴别。

4.2.3 乳腺导管内乳头状瘤

导管内乳头状瘤主要表现为乳头浆液性或血性溢液，多数不能触及肿块。由于约 10% 的导管内乳头状瘤可以癌变，故乳头溢液（尤其血性溢液）脱落细胞学检查对于鉴别是否癌性具有重要意义。手术为唯一治疗方法。

5 辨证

5.1 肝郁气滞证

症见乳房肿块，时觉胀痛，情绪忧郁或急躁，心烦易怒，苔薄白或薄黄，脉弦滑。

5.2 热毒蕴结证

症见乳房肿块，增大迅速，疼痛，间或红肿，甚则溃烂、恶臭，或发热，心烦口干，便秘，小便短赤，舌暗红，有瘀斑，苔黄腻，脉弦数。

5.3 冲任失调证

症见乳房肿块，月经前胀痛明显，或月经不调，腰腿酸软，烦劳体倦，五心烦热，口干咽燥，舌淡，苔少，脉细无力。

5.4 气血两虚证

症见乳房肿块，与胸壁粘连，推之不动，头晕目眩，气短乏力，面色苍白，消瘦纳呆，舌淡，脉沉细无力。

5.5 脾胃虚弱证

症见纳呆或腹胀，便溏或便秘，舌淡，苔白腻，脉细弱。

5.6 肝肾阴虚证

症见头晕目眩，腰膝酸软，目涩梦多，咽干口燥，大便干结，月经紊乱或停经，舌红，苔少，脉细数。



6 治疗

6.1 治疗原则

乳腺癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、化疗、放疗、内分泌、靶向治疗、中医药及生物免疫调节等在内的综合治疗。在确定治疗方案前必须对疾病分期、手术情况、个体差异等进行综合评价，其治疗原则为： $T_{is}N_0M_0$ ：手术 + 内分泌治疗（ER/PR 阳性） + 中医； $T_1N_0M_0$ ：手术 + 中医 + 化疗 + 内分泌治疗（ER/PR 阳性）； $T_2N_0M_0$ ：手术 + 化疗 + 内分泌治疗（ER/PR 阳性） + 中医； T_3 、 $T_4N_0M_0$ 或任何 T、N（+）者：术后化疗 + 放疗 + 内分泌治疗（ER/PR 阳性） + 中医； M_1 ：根据情况可给予化疗、内分泌治疗（ER/PR 阳性）或单独中医治疗。以上各期可手术的乳腺癌 Her-2/neu（+++）者均可使用 Herceptin 靶向治疗。

乳腺癌的中医治疗，早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主。疏肝理气，健脾补肾，调理冲任，清热散结为其主要治则。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝郁气滞证

治法：疏肝理气，化痰散结。

主方：逍遥散加减。

常用药：柴胡、白芍、瓜蒌、茯苓、白术、郁金、夏枯草、白花蛇舌草、丝瓜络、香附、皂角刺、浙贝。

6.2.1.2 热毒蕴结证

治法：清热解毒，活血化瘀。

主方：五味消毒饮合桃红四物汤加减。

常用药：银花、桃仁、红花、赤芍、菊花、蒲公英、紫花地丁、生地、连翘、夏枯草、半枝莲、皂角刺。

6.2.1.3 冲任失调证

治法：调理冲任，补益肝肾。

主方：青杞四物汤加减。

常用药：青皮、杞子、当归、生地、白芍、川芎、香附、女贞子、龟板、菟丝子、枸杞子。

6.2.1.4 气血两虚证

治法：益气养血，解毒散结。

主方：益气养荣汤加减。

常用药：党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、川芎、熟地、白芍、黄芪、丹参、白花蛇舌草、蚤休、香附、鹿角霜。

6.2.1.5 脾胃虚弱证

治法：健脾和胃理气。

主方：六君子汤加减。

常用药：党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、鸡内金、麦芽、甘草。

6.2.1.6 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

主方：一贯煎合杞菊地黄丸加减。

常用药：枸杞子、麦冬、沙参、黄精、熟地、女贞子、山茱萸、冬虫夏草、菊花。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 参一胶囊：每次 2 粒，每日 2 次。用于乳腺癌化疗气血亏虚证的辅助治疗。

- 6.2.2.2 贞芪扶正胶囊：每次 5 粒，每日 3 次。用于乳腺癌化疗气滞血瘀证的辅助治疗。
- 6.2.2.3 平消胶囊：每次 4~8 粒，每日 3 次。用于乳腺癌化疗、放疗肝郁气滞证的辅助治疗。
- 6.2.2.4 香菇多糖注射液：每周 1~2 次，每次 2 支（2mg），加入 250ml 生理盐水或 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注。可用于乳腺癌放疗、化疗、手术的辅助治疗。恶性胸腔积液的病人可用香菇多糖 3~5mg 溶于生理盐水 40ml 中注入胸腔内，每周 1 次，连续 2 周为 1 疗程，共 2 个疗程。
-



食管癌

1 范围

本《指南》规定了食管癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于食管癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究可以使用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

美国癌症联合委员会（AJCC） 食管癌分期（2002 年，第六版）

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）食管癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

食管癌 esophageal cancer

食管癌是发生于下咽部到食管胃结合部之间，起源于食管黏膜上皮细胞和腺上皮细胞的恶性肿瘤。食管癌的病因目前尚不清楚，大多数学者认为与地域因素、饮食习惯及遗传易感性等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，食管癌归属于“噎膈”、“反胃”、“积聚”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

轻者主要表现为胸骨后不适，烧灼感或疼痛，食物通过有滞留感或轻度梗阻感，咽部干燥或有紧缩感。重者可见持续性、进行性吞咽困难，咽下即吐，吐出黏液或白色泡沫黏痰，严重时伴有胸骨后或背部肩胛区持续性钝痛，呕血或大便带血，进行性消瘦等。病人常有情志不畅、酒食不节等病史。长期摄食不足可导致明显的脱水、营养不良、消瘦等恶病质，亦可有左锁骨上淋巴结肿大或因癌肿扩散转移引起的其他表现，如压迫喉返神经所致的声嘶、骨转移引起的疼痛、肝转移引起的黄疸等。当肿瘤侵及相邻器官并发生穿孔时，可发生食管支气管瘘、纵隔脓肿、肺炎、肺脓肿及主动脉破裂大出血等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

食管钡餐检查可观察食管的蠕动情况、食管壁的舒张程度、食管黏膜的改变、食管的充盈缺损以及梗阻的程度。食管蠕动停顿、逆蠕动，食管壁僵硬、不能充分扩张，食管黏膜紊乱、中断和破坏，食管腔狭窄等均提示食管癌的可能。目前普遍采用的气钡双重造影法在确定病变的范围、病变与全胃的关系、病变的表面性状等方面显示出独特优势。

4.1.2.2 内窥镜诊断

临床高度怀疑食管癌者可做食管镜检查，其形态表现为：病变处黏膜充血水肿或苍白水肿，或糜烂、溃疡，或呈菜花状，触之易出血，黏膜中断，食管壁较硬，肿瘤部位管腔狭窄，严重时食管镜难以通过。

4.1.2.3 超声内镜检查

超声内镜是内镜与超声的结合，既可以观察食管病变，又能进行超声扫描，显示食管壁的层次及周围结构。应用食管超声内镜检查的主要目的是客观地判断食管癌浸润深度。因其对癌周是否有肿大淋巴结的诊断准确率达 80% 左右，所以对外科制定合理的手术方案，特别是内镜下早期食管癌治疗

适应证的选择及疗效判定有重要的参考价值。

4.1.2.4 CT 检查

CT 可以清晰的显示食管与周围组织的关系。正常食管与周围组织分界清楚，食管壁的厚度不超过 5mm，如食管壁厚度增加，与周围器官的边界不清楚，则提示食管病变的存在。

4.1.3 病理学诊断

4.1.3.1 细胞学诊断

应用食管细胞采集器进行分段拉网细胞学检查诊断食管癌的阳性率可达 90% 以上。食管脱落细胞学检查结合 X 线钡餐检查可作为食管癌的诊断依据。

4.1.3.2 组织病理诊断及分型

食管癌分为鳞状细胞癌、腺癌、小细胞未分化癌和癌肉瘤。其中鳞状细胞癌约占 90% 以上，腺癌约占 5%，小细胞未分化癌更少见。早期食管癌可分为隐伏型（充血型）、糜烂型、斑块型和乳头型，其中以斑块型最为多见（癌细胞分化较好），糜烂型次之（癌细胞分化较差）。隐伏型是食管癌最早期的表现，多为原位癌。乳头型病变较晚，但一般分化较好。

晚期食管癌可分为 4 型，即：髓质型、蕈伞型、溃疡型和缩窄型。其中髓质型多见，约占 60%。

4.1.4 实验室诊断

目前，实验室检查对食管癌的诊断无特异性。肿瘤相关标记物如 CEA、FSA、CA19-9、CA125、CA724、CA242 等具有取材容易、病人痛苦少的优点，但特异性和敏感性不高。联合检测可提高诊断的特异性和敏感性，虽然不能作为诊断和疗效评估的标准，但对判断患者的病情、预后、疗效及检测术后复发有一定意义。术前 CEA、CA19-9 升高者多预后不良。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 食管-贲门失弛缓症

吞咽困难也是本病的主要症状，但达到一定程度后不再加重，常受情绪波动影响。食管测压对本病的诊断有重要价值。

4.2.2 食管良性狭窄

食管良性狭窄可由误食腐蚀剂、食物灼伤、异物损伤、慢性溃疡的疤痕引起，内窥镜下直视活检可以明确诊断。

4.2.3 食管良性肿瘤

食管良性肿瘤常为少见的平滑肌瘤，其吞咽困难较轻，进展慢，病程长。食管钡餐、内窥镜及超声内窥镜有助于鉴别诊断。

4.2.4 食管周围器官病变

纵隔肿瘤、主动脉瘤、甲状腺肿大、心脏肿大等均会造成食管不同程度的狭窄，食管钡餐有助于鉴别。

4.2.5 癭症球

癭症球又称“梅核气”。多见于青年女性，咽部时有异物感，但进食无妨碍，常与精神因素有关。

5 辨证

5.1 痰气互阻证

症见食入不畅，吞咽不顺，时有暖气不舒，胸膈痞闷，伴有隐痛，口干，舌淡质红，苔薄白，脉弦细。

5.2 血瘀痰滞证

症见吞咽困难，胸背疼痛，甚则饮水难下，食后即吐，吐物如豆汁，大便燥结，小便黄赤，形体消瘦，肌肤甲错，舌质暗红少津，或有瘀斑瘀点，苔黄白，脉细涩或细滑。

5.3 阴虚内热证

症见进食梗噎不下，咽喉干痛，潮热盗汗，五心烦热，大便秘结，舌干红少苔，或有裂纹，脉细数。

5.4 气虚阳微证

症见饮食不下，泛吐清水或泡沫，形体消瘦，乏力短气，面色苍白，形寒肢冷，面足浮肿，舌质淡，脉虚细无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

食管癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、化疗、中医药、生物免疫调节及放疗在内的综合治疗。食管癌0期及部分I期病变浅小局限、无淋巴结转移的可视为局部病变，行切除治疗，无需扩大手术；I~IIa期为外科治疗最佳适应证，远期生存率高；IIb期和部分III期病人，虽然肿瘤外侵明显、局部淋巴结转移，只要病变局限，病人情况允许，仍应力争彻底切除及区域淋巴结清扫，以达到根治目的，手术前后可行放、化疗和中医药治疗；III期应行综合治疗，术前辅助治疗可望提高手术切除率和远期生存率；IV期肿瘤外侵明显、不能切除且进食梗阻严重者，可行减状手术解决进食、营养问题，提高生活质量，延长生存期；IV期不适宜手术者，可采用以化疗、中药为主的综合治疗及对症处理。

食管癌早期以标实为主，中医治疗重在疏肝解郁，化痰散结，和胃降逆，佐以润燥；中期虚实夹杂，应攻补兼施；晚期正气亏虚，应健脾补肾，益气养阴，养血生津，兼以祛邪。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 痰气互阻证

治法：开郁降气，化痰散结。

主方：旋覆代赭汤合四逆散加减。

常用药：柴胡、枳壳、白芍、旋覆花、代赭石、法半夏、郁金、陈皮、山豆根、草河车等。

6.2.1.2 血瘀痰滞证

治法：祛瘀散结，化痰解毒。

主方：血府逐瘀汤加减。

常用药：当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、川芎、桔梗、柴胡、急性子、半夏、全瓜蒌等。

6.2.1.3 阴虚内热证

治法：滋阴润燥，清热生津。

主方：一贯煎合人参养胃汤加减。

常用药：沙参、麦冬、生地、石斛、玉竹、当归、川楝子、地骨皮、知母、鳖甲等。

6.2.1.4 气虚阳微证

治法：益气养血，温阳开结。

主方：当归补血汤合桂枝人参汤加减。

常用药：黄芪、当归、干姜、党参、白术、熟地、白芍、桂枝、急性子、半夏等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 西黄丸：每次3~5g，每日2~3次。用于晚期食管癌热毒内攻，瘀血内结者。

6.2.2.2 开郁顺气丸：每次1丸，每日3次。用于食管癌气滞痰凝者。

6.2.2.3 六神丸：每次10~15粒，每日4次。用于食管癌热毒偏盛，症见吞咽梗阻、胸骨后疼痛者。

6.2.2.4 六味地黄丸：每次1丸，每日2~3次。用于食管癌癌前病变、食管癌及放化疗后证属肝肾阴虚者。

6.2.2.5 新癆片：每次2~4片，每日3次。用于食管癌证属瘀热内盛者。

6.2.2.6 通关口服液：每次2~4支，每日3~4次。用于食管癌梗阻者。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 通道散：硼砂、硃砂、冰片、人工牛黄、玉枢丹等共研细末并调成糊状，每次适量，徐徐吞服。其功效开膈降逆，适用于食管癌合并溃疡、水肿而饮食难咽的病人。服药后患者可涌吐大量黏痰而使食管腔开启，有助于顺利的进食。

6.2.3.2 金仙膏（又名开郁消积膏）：苍术、白术、川乌、生半夏、生大黄、生五灵脂、延胡索、枳实、当归、黄芩、巴豆仁、莪术、三棱、连翘、防风、芫花、大戟等百余种中药制成药膏，按病情分次摊于纸上，外敷病处或选穴外贴。功效：开胸膈，进饮食，化痰消痞，升降阴阳，流通气血。

6.2.4 针灸疗法

主穴：天鼎、天突、膻中、上脘、内关、足三里、膈俞、合谷。

配穴：病灶在颈段者加扶突、气舍、风门等，在中段者加气户、俞府、乘满、肺俞、心俞等，在下段者加期门、不容、乘满、梁门等，胸骨后痛配华盖，背痛配外关、后溪，进食困难或滴水不进重刺内关，食管内出血配尺泽、列缺、曲泽，痰多灸大椎、中府、中魁，针风门、肺俞、列缺、合谷。以上均采用毫针针刺，平补平泻，每天1次。



胃 癌

1 范围

本《指南》规定了胃癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于胃癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究和适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

胃癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）胃癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

胃癌 gastric cancer

胃癌是发生于胃黏膜上皮组织的恶性肿瘤。部位以胃体、胃窦和幽门常见。其发生可能与饮食习惯、生活环境、幽门螺旋杆菌（HP）感染等因素有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，胃癌归属于“噎膈”、“反胃”、“积聚”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

胃癌的症状包括上腹痛、食欲减退、恶心呕吐、呕血黑便、上腹部肿块、消瘦乏力等。常易与胃炎或消化性溃疡混淆而延误诊治，因此，对 40 岁以上出现上述症状者应积极检查。胃癌晚期常因肿瘤外侵、淋巴结转移及血行播散而引起一系列症状及体征，包括胃酸低下或缺乏、腹泻或便秘、左锁骨上淋巴结肿大、腹水、呕血、腹膜炎等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

目前普遍采用的气钡双重造影法在确定病变的范围、大小、病变与全胃的关系、病变的表面性状等方面具有独特优势。

4.1.2.2 胃镜检查

胃镜可以直观地了解胃黏膜表面及癌变部位的情况，是胃癌诊断的重要手段。为了提高诊断效果，可将胃黏膜染色后再进行内镜检查。

4.1.2.3 内镜超声检查

胃镜可直接观察胃黏膜，超声可探查胃壁及邻近器官，尤其对浸润型胃癌的诊断、浸润深度和附近淋巴结转移的判断有重要意义。此外，对于选择手术适应证、进行术前临床分期也有一定价值。

4.1.2.4 CT 检查

采用充气或阳性造影剂可以显示胃癌的范围，测量胃壁的厚度，在观察与邻近组织器官的解剖关系及有无转移等方面也有重要意义。

4.1.3 病理学诊断

早期胃癌的大体分型包括隆起型、平坦型和溃疡型。中晚期胃癌多采用 Borrmann 的经典大体分型，即 I 型：息肉型；II 型：局限溃疡型；III 型：溃疡浸润型；IV 型：弥漫浸润型。其中 Borrmann

I型和II型预后明显优于III型和IV型。在组织病理学上,以腺癌最为常见,其又可分为乳头状腺癌、管状腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌、腺鳞癌及未分化癌,其他如鳞癌、类癌等极少见。组织学分级包括G, G_x (分级无法评估)、G₁ (高分化)、G₂ (中分化)、G₃ (低分化)、G₄ (未分化),是重要的预后判断因素,因此在诊断中应予注明。

4.1.4 实验室诊断

目前,实验室检查对胃癌诊断无特异性。胃液及大便潜血试验可以为发现胃癌提供线索。血清及胃液中胃癌相关标记物如CEA、FSA (胚胎硫糖蛋白抗原)、CA19-9、CA125、CA724、CA242、胃蛋白酶原I、亮氨酸氨基肽酶及唾液酸等具有取材容易、病人痛苦少的优点,但都存在特异性和敏感性不高的问题。联合检测虽然不能作为诊断和疗效评估的标准,但可提高特异性和敏感性,对判断胃癌患者的病情、预后、疗效及检测术后复发有一定意义。术前CEA、CA19-9升高者多预后不良。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期(UICC, 2002)。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 胃溃疡

胃癌易误诊为胃溃疡,尤其是年轻人。二者症状、体征相似,主要靠X线及胃镜鉴别。

4.2.2 胃息肉

小的息肉可无任何临床表现,较大的可出现上腹饱胀、恶心、隐痛等,表面黏膜糜烂、溃破时还可引起黑便,与胃癌的临床表现类似。X线下息肉多为直径1cm以下的圆形充盈缺损,推之可移;当直径>2cm、基底宽大、表面不光滑时,应考虑恶变的可能,需做病理检查。

4.2.3 胃巨皱襞症

胃巨皱襞症好发于胃大弯。X线下胃黏膜呈环状或迂曲弯形,类似浸润型胃癌,但胃腔具伸展性,无胃壁僵硬,患者一般情况较好。

5 辨证

5.1 肝气犯胃证

症见胃脘胀满,时时隐痛,窜及两胁,呃逆暖气,吞酸嘈杂,舌淡红或暗红,苔薄白或薄黄,脉沉或弦。

5.2 胃热伤阴证

症见胃内灼热,口干欲饮,胃脘嘈杂,食后脘痛,五心烦热,大便干燥,食欲不振,舌红少苔或苔黄少津,脉弦细数。

5.3 气滞血瘀证

症见胃脘刺痛,心下痞硬,脘腹胀满,饥不欲食,呕吐宿食或呕吐物如赤豆汁,便血,肌肤甲错,舌紫黯,脉沉细涩。

5.4 痰湿凝结证

症见胸膈满闷,面黄虚胖,呕吐痰涎,腹胀便溏,痰核瘰癧,舌淡红,苔滑腻,脉滑。

5.5 脾胃虚寒证

症见胃脘冷痛,喜温喜按,宿谷不化或泛吐清水,面色㿔白,肢冷神疲,便溏浮肿,苔白滑或白腐,脉沉无力。

5.6 气血亏虚证

症见全身乏力,心悸气短,头晕目眩,面色无华,脘腹肿块或硬结,形体消瘦,虚烦不寐,自汗盗汗,舌淡苔白,脉细弱或虚大无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

胃癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、化疗、中医药、生物免疫调节剂及放疗在内的综合治疗。在确定治疗方案前必须对疾病分期、手术情况、个体差异等进行综合评价。胃癌的治疗原则： R_0 切除： $T_1N_0M_0$ ，随诊观察 + 中医； $T_2N_0M_0$ ，适当化/放疗或观察 + 中医； T_3 、 $T_4N_0M_0$ 或任何 T ， $N(+)$ ，放疗 + 化疗 + 中医。 R_1 切除：同步放化疗或化疗 + 中医。 R_2 切除：同步放化疗或化疗 + 中医。 M_1 ：化疗 + 中医或单独中医治疗。一般情况不佳者给予最佳支持治疗（BSC）+ 中医。

中医治疗胃癌的原则：早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝气犯胃证

治法：疏肝理气，和胃降逆。

主方：柴胡舒肝散加减。

常用药：柴胡、枳壳、郁金、半夏、川芎、丹参、白芍、甘草、当归、白英、藤梨根等。

6.2.1.2 胃热伤阴证

治法：清热养阴，润燥和胃。

主方：玉女煎加减。

常用药：麦冬、沙参、天花粉、玉竹、半夏、陈皮、淡竹叶、生石膏、知母、藤梨根、白花蛇舌草等。

6.2.1.3 气滞血瘀证

治法：理气活血，祛瘀止痛。

主方：失笑散或膈下逐瘀汤加减。

常用药：桃仁、红花、甘草、赤芍、川芎、柴胡、枳壳、川牛膝、五灵脂、蒲黄、干蟾皮、石见穿、藤梨根、山楂、乌药等。

6.2.1.4 痰湿凝结证

治法：健脾燥湿，化痰散结。

主方：二陈汤加减。

常用药：法半夏、陈皮、茯苓、白术、枳壳、郁金、浙贝母、全瓜蒌、炒苡仁、山慈菇、白英、白豆蔻等。

6.2.1.5 脾胃虚寒证

治法：温中散寒，健脾和胃。

主方：附子理中汤加减。

常用药：附子、党参、白术、干姜、炙甘草、高良姜、吴茱萸、萆薢、半夏、陈皮、龙葵、白英、茯苓、炒苡仁、焦山楂、焦神曲、丁香、厚朴等。

6.2.1.6 气血亏虚证

治法：补气养血，化瘀散结。

主方：十全大补汤加减。

常用药：熟地、白芍、当归、川芎、人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草、莪术、丹参、炒杏仁、陈皮、枸杞子、菟丝子等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 增生平片：每次 4~8 片，每日 2 次，或遵医嘱。3 个月为 1 疗程。适用于胃癌术后或围化疗期的辅助治疗。

6.2.2.2 复方斑蝥胶囊：每次3粒，每日3次。3个月为1疗程。适用于胃癌术后或晚期胃癌证属瘀毒内阻、气阴两虚者。

6.2.2.3 得力生注射液：每次40~60ml，稀释于5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日1次。每疗程首次用量减半，并将药液稀释到1:20，每分钟不超过15滴。如无不良反应，半小时以后可按每分钟30~60滴的速度滴注；如出现局部刺激，可按1:20稀释使用，也可锁骨下静脉穿刺或PICC置管，40~60ml稀释到500ml 5%葡萄糖注射液中滴注，每疗程42天，或遵医嘱。不良反应（静脉刺激）的预防：使用得力生注射液前用地塞米松5mg加生理盐水20ml静脉注射，或得力生20~30ml与常规剂量的酚妥拉明联用。

6.2.2.4 消癌平注射液：每次40ml，加入生理盐水中静脉滴注，每日1次。15天为1疗程。适用于胃癌术后、围化疗期或晚期胃癌患者。

6.2.2.5 艾迪注射液：每次50~100ml，加入0.9%氯化钠注射液或5%~10%葡萄糖注射液400~450ml中静脉滴注，每日1次。与放、化疗合用时，疗程与后者同步。手术前后使用本品，10天为1疗程；介入治疗，10天为1疗程；单独使用，15天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程；晚期恶病质，连用30天为1个疗程，或视病情而定。

6.2.2.6 康艾注射液：每日40~60ml，分1~2次，用5%葡萄糖或0.9%生理盐水250~500ml稀释后缓慢静脉注射或滴注。30天为1疗程，或遵医嘱。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 消痞膏或阿魏化坚膏外敷胃脘部。

6.2.3.2 鲜独角莲20克捣烂，外敷胃脘处，每日换药。

6.2.4 针灸疗法

呕吐者，膈俞配内关，脾俞配足三里；胃脘疼痛者，合谷配内关；幽门梗阻者，针刺脾俞、胃俞、关元、足三里、中脘，中脘等。

大 肠 癌

1 范围

本《指南》规定了大肠癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于大肠癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

大肠癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）结、直肠癌临床指引

3 术语和定义

下列和定义适用于本标准。

大肠癌 carcinoma of large intestine

大肠癌是发生在大肠黏膜上皮的恶性肿瘤，有结肠癌、直肠癌之分，是消化道最常见的恶性肿瘤。其发生与饮食因素（如高脂肪、低纤维饮食及霉变食物等）有关，或由大肠慢性疾病恶变而成。

根据临床表现和古代医籍的描述，大肠癌归属于“癥瘕”、“积聚”、“肠风”、“脏毒”、“肠覃”、“下痢”及“锁肛痔”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

大肠癌早期无明显症状，病情往往发展到一定程度才出现临床症状，主要有：肠刺激症状和排便习惯的改变、便血、肠梗阻、腹部肿块以及贫血、消瘦、发热、乏力等。晚期大肠癌常因转移扩散而出现下列症状：局部侵袭见骶部疼痛，穿孔引起急性腹膜炎、腹部脓肿，肝转移见肝大、黄疸、腹水，肺转移见咳嗽、气促、血痰，脑转移见偏瘫、昏迷，骨转移见骨痛、跛行等。最后常引起恶病质和全身衰竭。

大肠癌的体征：直肠指检可触及肿物，部分在腹部可触及包块，全身检查可以发现贫血及转移征象，如锁骨上淋巴结肿大、肝肿块等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 钡灌肠 X 线检查

X 线是诊断结肠癌的常规方法之一，常表现为充盈缺损、边缘不整齐、龛影、肠壁僵硬、黏膜破坏、肠腔狭窄及不同程度的梗阻等，其确诊率达 90% 以上。容易引起假阴性的部位是盲肠、脾曲及乙状结肠的悬垂部，应高度警惕。

4.1.2.2 B 型超声检查

大肠癌的 B 超特征是低回声肿块，也可表现为“假肾征”。另外超声检查还能发现淋巴结转移、肝转移等。

4.1.2.3 CT 和 MRI 检查

CT 和 MRI 主要用于了解肿瘤向肠管外浸润的程度、有无局部淋巴结和远处脏器转移等，可为术前分期和术后复查提供依据，对诊断直肠癌术后局部复发也有一定的价值。

4.1.2.4 纤维结肠镜检查

纤维结肠镜可达回盲部，能观察到全部结肠并在直视下钳取可疑病变、收集冲洗或擦刷下来的脱落细胞进行检查，其准确率达 80% ~ 90%。

4.1.3 病理学诊断

早期大肠癌的大体分型有：息肉隆起型、扁平型、扁平隆起型和扁平隆起溃疡型。中晚期大肠癌的大体分型有肿块型、溃疡型和浸润型。在组织学上以腺癌为主，约占 90% 以上。

4.1.4 实验室诊断

目前，实验室检查对大肠癌的诊断无特异性。大便潜血试验是大肠癌筛选的常用方法，但存在假阴性，其假阴性率为 50%。因此，大便潜血阳性者应进一步作钡剂灌肠 X 线检查和纤维结肠镜检查。大肠癌最常用的血清肿瘤标记物是癌胚抗原（CEA），其他可选择的血清肿瘤标记物有 CA19-9、k-ras、p53、c-erbB-2 等，但都存在特异性和敏感性不高的问题。联合检测可提高诊断的特异性和敏感性，虽然不能作为诊断和疗效评估的标准，但对判断大肠癌患者的病情、预后、疗效及检测术后复发有一定意义。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 痔

直肠癌常被误诊为痔。内痔多为无痛性出血，血色鲜，不与大便相混；直肠癌患者的便血常伴有黏液和直肠刺激症状。直肠指检和乙状结肠镜检查可有助于鉴别诊断。

4.2.2 肠阿米巴病

慢性期溃疡基底部肉芽组织及周围纤维增生，肠壁增厚，肠腔狭窄，易被误诊为大肠癌。病理活检可明确诊断。

4.2.3 肠结核

肠结核发病年龄较小，既往多有结核病史。好发于回盲部，大量结核性肉芽肿和纤维组织增生使肠壁变厚、变硬，易与盲肠癌混淆，须作病理活检才能明确诊断。X 线钡餐检查可发现病灶处的激惹或跳跃现象，对诊断有帮助。

4.2.4 局限性肠炎

局限性肠炎好发于青年，常见腹痛、腹泻、发热、消瘦、贫血、食欲减退、恶心、呕吐、腹部肿块及瘕管形成等症状和体征。X 线钡餐和纤维结肠镜检查有助于鉴别诊断。

4.2.5 慢性菌痢

慢性菌痢常表现为腹痛、腹泻、少量脓血便、轻度里急后重等。大便培养、钡剂灌肠及内窥镜检查可做出诊断。

4.2.6 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎症状颇似慢性菌痢，但有反复发作史，大便培养阴性，乙状结肠镜检可见黏膜颗粒状改变，血管纹理消失，伴红斑状充血及椭圆形小溃疡，表面常覆以黄白色渗出物，严重者有大的不规则溃疡。

4.2.7 其他

花柳性淋巴肉芽肿、直肠子宫内膜异位症、结肠憩室炎等可借助症状、体征、X 线检查和纤维结肠镜检查进行诊断。

5 辨证

5.1 脾虚气滞证

症见腹胀肠鸣，腹部窜痛，纳呆，神疲乏力，面色萎黄，大便稀溏，舌质淡红，苔薄腻，脉濡滑。

5.2 湿热蕴结证

症见腹胀腹痛，里急后重，肛门灼热，大便黏滞恶臭或黏液血便，口渴纳少，舌红，苔黄腻，脉滑数。

5.3 瘀毒内阻证

症见腹胀痛拒按，腹部可扪及包块，里急后重，便下黏液脓血，舌质紫黯有瘀斑，苔薄黄，脉弦或涩。

5.4 脾肾阳虚证

症见腹痛绵绵，喜温喜按，消瘦乏力，面色少华，畏寒肢冷，胃纳减少，大便溏薄，次数频多或五更泄泻，舌淡，苔薄白，脉沉细。

5.5 肝肾阴虚证

症见五心烦热，头晕目眩，低热盗汗，口苦咽干，腰酸腿软，便秘，舌红少苔或无苔，脉细弦或细数。

5.6 气血两虚证

症见神疲乏力，面色苍白，头晕目眩，唇甲色淡，食欲不振，反复便血，脱肛，便溏，舌质淡，苔薄，脉细弱。

6 治疗

6.1 治疗原则

手术切除是大肠癌的主要治疗方法，术后辅助化疗能提高 Dukes C 期患者的生存率。直肠癌术前放疗能提高手术切除治愈率、降低复发率，术后放疗能降低局部复发率。因此，大肠癌的治疗强调手术为主的综合治疗。

结肠癌：尽量手术切除。病变局限于黏膜、黏膜下层，淋巴结未发现转移者，术后应定期检查。病变侵及肌层以外或淋巴结（+），术后要辅助化疗。

直肠癌：术前行放疗，病变侵及深肌层或淋巴结（+）者，术后应先放疗、后定期化疗。

大肠癌术后辅助化疗一般于术后 2~4 周开始，每疗程 3 个月，共 3 个疗程。

晚期不宜手术切除或术后有复发转移者，应选择化疗、中医药、生物反应调节剂、介入、局部放疗等手段综合治疗。

因直肠癌手术时约 30% 有隐匿性转移，且直肠位于盆腔内，因此选择术前放疗和/或术后放、化疗等可在一定程度上减少复发和转移，提高生存率。

即使不能行根治性切除术，也应进行肿瘤局部切除、短路或造瘘等姑息手术，这对于解除梗阻、止血、控制感染、改善全身状态等均有益处，也为进一步治疗提供了条件。

中医治疗大肠癌早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主。益气温阳，养阴生津，清热解毒，祛湿化瘀是治疗大肠癌的总原则。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 脾虚气滞证

治法：健脾理气。

主方：香砂六君子汤加减。

常用药：木香、砂仁、党参、半夏、炒白术、茯苓、陈皮、八月札、枳壳、乌药、绿萼梅、野葡萄藤、蛇莓等。

6.2.1.2 湿热蕴结证

治法：清热利湿解毒。

主方：白头翁汤合槐角丸加减。

常用药：槐花、地榆、白头翁、败酱草、红藤、马齿苋、黄柏、苦参、生苡仁、黄芩、赤芍等。

6.2.1.3 瘀毒内阻证

治法：行气活血，化瘀解毒。

主方：膈下逐瘀汤加减。

常用药：当归、红花、桃仁、赤芍、丹参、生地、川芎、生苡仁、半枝莲、藤梨根、败酱草、红藤、白花蛇舌草等。

6.2.1.4 脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

主方：理中丸合四神丸加减。

常用药：制附子、党参、白术、茯苓、生苡仁、补骨脂、诃子、肉豆蔻、吴茱萸、干姜、陈皮、五味子等。

6.2.1.5 肝肾阴虚证

治法：滋养肝肾，清热解毒。

主方：知柏地黄丸加减。

常用药：生地、熟地、知母、黄柏、白芍、丹皮、山茱萸、五味子、麦冬、泽泻、沙参、枸杞子、野葡萄藤、半枝莲等。

6.2.1.6 气血两虚证

治法：补气养血。

主方：补中益气汤合四物汤。

常用药：党参、当归、茯苓、黄芪、熟地、白芍、川芎、升麻、白术、丹参、陈皮、八月札、大枣、甘草、红藤、野葡萄藤、藤梨根等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 肿节风片：每次3~5片，每日3次。2个月为1疗程。

6.2.2.2 平消片：每次4~8片，每日3次。3个月为1疗程。本品偏温燥，胃热阴虚者慎用。

6.2.2.3 犀黄丸：每次3g，每日2次。3个月为1疗程。

6.2.2.4 鸦胆子乳剂：每次30ml，加5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注，每分钟30~50滴。1个月为1疗程。

6.2.2.5 复方苦参注射液：每次10~25ml，加入5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日或隔日1次。2~4周为1疗程。

6.2.2.6 华蟾素注射液：每次2~4ml（2/5~4/5支）肌肉注射，每日2次；或每次10~20ml（2~4支），用5%的葡萄糖注射液500ml稀释后静脉滴注，每日1次。用药7天，休息1~2天，四周为1疗程。功能：解毒消肿止痛，用于中晚期肿瘤。

6.2.2.7 艾迪注射液：每次50~100ml，加入0.9%氯化钠注射液或5%~10%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日1次。与放、化疗合用时，疗程与放、化疗同步。手术前后使用，10天为1疗程；介入治疗，10天为1疗程；单独使用，15天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程；恶病质病人，30天为1疗程，或视病情而定。

6.2.2.8 康艾注射液：每日40~60ml，分1~2次，用5%葡萄糖或0.9%生理盐水250~500ml稀释后缓慢静脉注射或滴注。30天为1疗程，或遵医嘱。

6.2.2.9 益肾健脾冲剂：每次1包，每日2次。2个月为1疗程。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 保留灌肠方：由黄柏、黄芩、苦参、虎杖、藤梨根、乌梅等组成，浓煎成500ml，睡前用30~50ml保留灌肠，每日1次。用于直肠癌。

6.2.3.2 抗癌栓：由硃砂、鸦胆子、乌梅肉、冰片等组成，制成栓子，每日1~2次，每次1粒，塞入肛门内。用于直肠癌肠腔狭窄、大便困难者。本药有腐蚀作用，用时慎防出血。

6.2.3.3 抗癌栓4号：蟾酥、雄黄、白及粉、颠茄浸膏、甘油明胶、甘油，共制成栓。患者取卧位，将栓剂1粒轻轻塞入肛门内10cm左右，俯卧半小时。每日2次，30天为1疗程。

6.2.3.4 坐浴方：由苦参、五倍子、龙葵、马齿苋、败酱草、黄柏、土茯苓、山豆根、黄药子、枯矾、冰片、漏芦等组成，水煎后坐浴、浸洗肛门。用于肛门肿瘤晚期有菜花样肿物或溃烂者。

6.2.4 针灸疗法

腹胀腹痛：针足三里、天枢、京门、脾俞、大肠俞，虚者灸足三里、神阙、关元、三阴交。腹泻：针脾俞、大肠俞、足三里；里急后重加中脘俞，虚者加灸足三里、命门、关元、百会。便血：针三阴交、承山、太白、足三里、手三里，灸百会。恶心呕吐：针内关、足三里、公孙、太冲、胃俞、巨阙、膈俞。血象低及免疫功能低下：针或灸足三里、关元、百会、脾俞、肾俞、三阴交、气海等。

胰 腺 癌

1 范围

本《指南》规定了胰腺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于胰腺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

胰腺癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）胰腺癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

胰腺癌 pancreatic carcinoma

胰腺癌是原发于胰腺的恶性肿瘤。按病变部位可分为胰头癌、胰体癌、胰尾癌和全胰癌，其中胰头癌占 70%~80%，其次是胰体癌，再次是胰尾癌。其发病与环境中致癌因素及某些胰腺疾病有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，胰腺癌归属于“癥积”、“积聚”、“黄疸”、“胁痛”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

胰腺癌早期症状隐匿而无特异性，最常见的首发症状为上腹不适、饱胀和疼痛。约 70% 的患者表现为上腹持续性或间断性胀痛，常在饭后 1~2 小时后加重，数小时后减轻或缓解。其中胰头癌疼痛偏于右上腹，胰体、尾癌疼痛偏于左上腹，有时在脐周或全腹。胰头癌初期上腹痛剧烈，有如胆绞痛，可放射至肩胛部，多由饮酒或食物油腻诱发；胰腺癌晚期，特别是胰体、尾癌，上腹痛常涉及腰背部。胰腺癌还可有消瘦、消化不良、食欲不振、恶心呕吐、腹泻或便秘、呕血、黑便、发热等症状，部分病人以消瘦或发热为首发。

胰腺癌的体征包括黄疸、腹部包块、肝及胆囊肿大、腹水等。黄疸在胰头癌常见，在胰体、尾癌则很少见。腹部包块多为晚期体征，胰头癌的肿块多位于右上腹和中上腹，体、尾癌多位于左上腹。近半数的胰腺癌有肝及胆囊肿大，无痛性梗阻性黄疸伴胆囊肿大的 Courvoisier 征对胰头癌具有诊断意义。腹水多见于胰腺癌晚期腹腔扩散时。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 B 超检查

B 超为胰腺癌的常规筛选方法，可发现大于 1cm 的胰腺癌，探查胰管及胆总管是否扩张、胆囊是否肿大及肝内腹膜后是否有淋巴结转移等，对小于 1cm 的癌肿则难以发现。B 超对胰头癌的阳性诊断率高，约为 80%，而对胰体、胰尾癌的阳性诊断率约为 70%。

4.1.2.2 CT 检查

胰腺癌的 CT 诊断准确率很高，可达 98.8%，故为首选方法。

4.1.2.3 磁共振（MRI）和正电子发射断层显像（PET）

MRI 和 PET 可用于确定原发病灶、术前分期、制订治疗方案、评价治疗效果和复查监测等。

4.1.2.4 超声内镜（EUS）

EUS 可清晰显示胰头、胰体、胰尾及其周围的组织、血管等，能显著提高胰腺癌的早期诊断率，在小于 1cm 的胰腺癌诊断中具有较大的价值。

4.1.2.5 选择性血管造影

胰腺癌在血管造影检查中表现为缺血性占位病变，其范围与肿瘤大小基本一致。多用于鉴别诊断。

4.1.3 病理学诊断

胰腺癌可通过 B 超或 CT 引导下经皮细针穿刺、内镜超声引导下的细针穿刺、十二指肠引流液或经胰管抽取胰液进行细胞学检查，亦可在根治术或剖腹探查术时取组织活检进行病理学诊断。

胰腺癌的组织学分型以导管细胞癌最多见，约占 90%，其他包括腺泡细胞癌、胰岛细胞癌、未分化癌、胰母细胞癌、癌肉瘤等。

4.1.4 实验室诊断

胰头癌致梗阻性黄疸时，血清胆红素明显升高，其中以直接胆红素升高最明显。血清碱性磷酸酶亦显著升高。胰腺癌晚期 ALT 和 AST 逐步升高。癌胚抗原（CEA）测定，约 70% 胰腺癌患者可升高，但无特异性。消化道癌相关抗原（CA19-9）被认为是胰腺癌的血清标志物，其诊断正确率达 90.0%。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 慢性胃部疾病

慢性胃炎、消化性溃疡均有上腹部不适、胀痛等症状，但其定位多较局限，并可自行缓解。胰腺癌的腹痛部位广泛，病情呈持续性、进行性加剧，并伴明显消瘦。

4.2.2 慢性胰腺炎

慢性胰腺炎一般多有急性经过，可长期迁延不愈，CA19-9 大多正常，不伴有进行性黄疸、消瘦及顽固性皮肤瘙痒，典型病例可出现五联征，即腹痛、胰腺钙化、胰腺假性囊肿、脂肪泻及糖尿病。B 超检查、CT 扫描有助于鉴别诊断。

4.2.3 胆囊炎胆石症

胆囊炎胆石症可见右上腹疼痛，常放射至右肩，无明显消瘦。B 超检查、CT 扫描有助于鉴别诊断。

4.2.4 黄疸性肝炎

黄疸性肝炎一般有接触史，起病急，多为肝细胞性或兼有阻塞性黄疸，经过治疗后日渐消退，无体重下降、谷丙转氨酶和碱性磷酸酶增高。胰腺癌黄疸多为持续性，以阻塞性黄疸为主，体重下降明显，碱性磷酸酶和胆红素成比例升高。

4.2.5 胰腺囊肿

胰腺囊肿影像学检查多表现为边界清楚的单房囊性低密度病变，而胰腺囊腺癌的特点是多房性。

4.2.6 胰腺囊性肿瘤

胰腺囊性肿瘤多见于 40~50 岁女性，以良性居多，男性则多为恶性病变。大多位于胰腺体尾部，胰头部少见。B 超检查、CT 扫描有助于鉴别诊断。

4.2.7 胰岛素瘤

胰岛素瘤的典型症状是空腹或劳累时的发作性低血糖，主要表现为乏力、精神恍惚、嗜睡或运动失调。Whipple 三联征对诊断颇有价值，即空腹或体力活动时低血糖发作；发病时血糖低于 2.8mmol/L；提高血糖水平可缓解症状。

4.2.8 壶腹部癌

壶腹部癌以 40 岁以上男性多发，是女性的 2 倍。较早期即可引起阻塞性黄疸和胆囊肿大，并呈进行性加重。上腹部隐痛、食欲减退、体重减轻、贫血、肝脏及胆囊肿大是本病的特征。

5 辨证

5.1 肝胆湿热证

症见上腹胀痛，连及两胁，脘痞腹胀，恶心呕吐，口干苦而不欲多饮，身目黄染，或有发热，大便溏薄不爽，小便色深如浓茶，舌红，苔黄腻，脉弦滑数或濡数。

5.2 瘀血内阻证

症见上腹疼痛如锥刺，或包块拒按，痛处不移，呕恶纳呆，形体消瘦，身目黄染，色泽晦暗如烟熏，或呕血、便血，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦涩。

5.3 寒湿困脾证

症见上腹部疼痛，偏左或偏右，向腰背部放射，恶心呕吐，食欲不振，神疲乏力，身目俱黄，大便溏薄，小便色黄，舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

5.4 正虚邪恋证

症见上腹胀痛，或触及包块，身目俱黄，恶心呕吐，倦怠乏力，纳呆便溏，形体消瘦，腹水肢肿，自汗或盗汗，五心烦热，舌质淡，苔腻，脉细数无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

胰腺癌早期可行根治术，术后可辅以化疗和中医药治疗。约 80% 的病人就诊时已属中晚期，无法行根治术。为解除梗阻、减轻痛苦和黄疸，常采取姑息性手术和减黄引流手术。胰腺癌手术切除成功率约 15%，术后 5 年生存率约 4%。中晚期胰腺癌病人一般状况较差，加之对化疗药物和放射线不敏感，因此，宜采用包括手术、化疗、放疗、中医药、生物免疫调节在内的综合治疗。一般状况较差、无法耐受放化疗或对放化疗不敏感者可单纯中医药治疗。

胰腺癌治疗多以“急则治其标”为原则，以清热解毒，除湿化痰，活血化瘀为法。因脾胃虚弱是胰腺癌发病的根本，故用药不宜过于苦寒或泻下，以防寒凉伤胃，加速病情进展。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝胆湿热证

治法：清利湿热。

主方：茵陈蒿汤合黄连解毒汤加减。

常用药：茵陈蒿、栀子、大黄、黄连、黄柏、黄芩等。

6.2.1.2 瘀血内阻证

治法：化瘀消积。

主方：膈下逐瘀汤加减。

常用药：丹参、丹皮、桃仁、红花、莪术、三棱、八月札、卷柏、木香、穿山甲、白花蛇舌草等。

6.2.1.3 寒湿困脾证

治法：温中化湿。

主方：茵陈术附汤加减。

常用药：茵陈蒿、白术、制附子、干姜、炙甘草、肉桂等。

6.2.1.4 正虚邪恋证

治法：益气扶正，化瘀消积。

主方：圣愈汤加减。

常用药：生地、熟地、川芎、人参、当归、黄芪等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 西黄丸：每次3g，每日2次。用于胰腺癌正气未虚者。

6.2.2.2 复方斑蝥胶囊：每次3粒，每日2次。用于胰腺癌正虚毒瘀者。

6.2.2.3 平消胶囊：每次4~8粒，每日3次。用于胰腺癌毒瘀内结者。

6.2.2.4 康莱特注射液：每次200ml缓慢静脉滴注，每日1次。20天为1疗程。

6.2.2.5 华蟾素注射液：每次10~20ml，用5%葡萄糖注射液500ml稀释后缓慢静脉滴注。每日或隔日1次。28天为1疗程。

6.2.2.6 艾迪注射液：每次50~100ml，用0.9%氯化钠注射液或10%葡萄糖注射液500ml稀释后静脉滴注，每日1次。10天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程。晚期恶病质患者30天为1疗程，或视病情而定。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 蟾酥膏：先清洁疼痛部位皮肤，然后将膏药外敷。每24小时调换1次，7天为1疗程。用于胰腺癌疼痛者。

6.2.3.2 胰腺癌腹水者，用单层纱布包皮硝，敷于脐部，融化后可换之。

6.2.3.3 胰腺癌腹部可扪及肿块者，用大黄、朴硝共研细末，大蒜捣膏和匀，外敷患处。

6.2.3.4 胰腺癌腹水者，用甘遂、砂仁等共研细末，取大蒜头捣烂，水调成糊，外敷脐上。

6.2.4 针灸疗法

恶心呕吐者，选足三里、中渚、内关、中脘，用泻法；黄疸明显者，选至阳、腕骨、足三里、中渚、大陵，用泻法；疼痛较甚者，选天突、章门、中脘、涌泉，用泻法，不留针，然后加灸。



肝 癌

1 范围

本《指南》规定了肝癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于肝癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究可以使用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

肝癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）2007 肝癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

原发性肝癌 primary liver cancer

原发性肝癌是肝细胞或肝内胆管细胞发生的恶性肿瘤。其发病与感染肝炎病毒、饮食习惯、生活环境、黄曲霉素 B₁ 摄入等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，肝癌归属于“肝积”、“癥瘕”、“积聚”、“臌胀”、“痞气”、“黄疸”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

肝癌早期可无症状，中晚期常见肝区疼痛、纳呆、恶心、腹泻、消瘦、乏力和低热等，同时伴有进行性肝肿大、肝脏质硬有结节、黄疸、腹水、脾肿大、下肢浮肿等。一旦出现腹水、黄疸，则多属于晚期。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 超声检查

超声能动态观察病灶的形态、大小、内部回声、管道结构及其与周围脏器的关系，因此是肝癌诊断最常用的检查。当病灶出现液化坏死时，可呈现相应的液化暗区。彩色多普勒超声还能反映肿瘤的血流情况和进行定位，进而判断治疗效果，为介入治疗提供评价依据。

4.1.2.2 CT 和 MRI 检查

CT 和 MRI 是肝癌定位、定性诊断的常规方法。肝癌的 CT 图像以被检者禁食 8 小时以上为理想，常表现为局限性边界比较清晰的密度减低区或边缘模糊、大小不规则的阴影等。MRI 图像以被检者禁食 4 小时以上为理想，能清楚显示肝癌的包膜、脂肪变性、出血坏死、纤维间隔形成、病灶周围水肿以及门静脉、肝静脉受侵的情况，因而敏感性和特异性较高，特别适用于肝癌、胆囊癌、转移性肝癌及肝脏良性肿瘤的鉴别诊断。

4.1.3 病理学诊断

通过肝穿刺、剖腹探查、转移灶穿刺或腹水脱落细胞学检查等可对肝癌做出诊断。肝癌的病理分型有 3 种：即肝细胞癌、胆管细胞癌、混合性癌（肝细胞和胆管细胞癌），其中以肝细胞癌最为多见，占 70% ~ 95%。

4.1.4 实验室诊断

4.1.4.1 肝癌标志物

①甲胎蛋白（AFP）检测：对肝癌的诊断意义仅次于病理学检查。正常人血清中 AFP 出生后迅速消失，或者含量极微（ $<25\mu\text{g/L}$ ，应用常规的免疫学方法不能检出。肝细胞癌、活动性肝病、妊娠和生殖胚胎癌时 AFP 重新出现，因此广泛应用于肝癌的普查、诊断、鉴别诊断、疗效评价及预后判断等方面。肝癌病人的 AFP 阳性率为 60% ~ 70%。

②岩藻糖苷酶（AFU）检测：肝细胞癌患者的 AFU 活性明显高于继发性肝癌和肝硬化者，其阳性率达 70% ~ 80%，可协助 AFP 对肝癌做出早期诊断。

4.1.4.2 其他检查

①肝功能检查：有助于肝癌的诊断及指导治疗。

②病毒性肝炎标志物检查：90% 的肝癌患者有 HBV 感染史，10% ~ 30% 有 HCV 感染史，故 HBV、HCV 检查有助于肝癌的辅助诊断。

③免疫学检查：CD4、CD8、NK 等可反映肝癌患者的细胞免疫状态。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 肝血管瘤：为肝脏良性肿瘤，多在体检时发现，可无典型临床症状。发展缓慢，不影响肝功能，AFP 正常。必要时可通过核素血池扫描鉴别。

4.2.2 肝囊肿：为先天性肝脏良性肿瘤，常在体检时发现，可单发或多发，可伴有肾囊肿。发展缓慢，患者一般情况好，肝功能和 AFP 正常，B 超检查可明确诊断。

4.2.3 肝转移癌：患者常有胃、肠、胰腺、乳腺、肺等部位的原发肿瘤或恶性黑色素瘤，一般情况较差，B 超见肝内多个大小不等的结节，AFP 可轻度增高。

5 辨证

5.1 肝气郁结证

症见胁肋胀痛，痛无定处，脘腹胀满，胸闷，善太息，急躁易怒，舌质淡红，苔薄白，脉弦。

5.2 气滞血瘀证

症见上腹肿块，质硬，有结节感，疼痛固定拒按，或胸胁掣痛，入夜尤甚，或见肝掌、蜘蛛痣和腹壁青筋暴露，甚则肌肤甲错，舌边瘀暗或暗红，舌苔薄白或薄黄，脉弦细或细涩无力。兼有郁热者多伴烦热口苦，大便干结，小便黄或短赤。

5.3 肝郁脾虚证

症见胸腹胀满，食后尤甚，肿块触痛，倦怠消瘦，短气乏力，纳少失眠，口干不欲饮，大便溏数，甚则腹水黄疸，下肢浮肿，舌质胖大，苔白，脉濡。

5.4 肝肾阴亏证

症见腹胀肢肿，腹大，青筋暴露，四肢消瘦，短气喘促，颧红口干，纳呆厌食，潮热或手足心热，烦躁不眠，便秘，甚则神昏谵语，齿衄鼻衄，或二便下血，舌红少苔，脉细数无力。

5.5 湿热毒蕴证

症见右胁胀满，疼痛拒按，发热，口苦或口臭，身黄目黄，小便黄，黄如橘色或烟灰，腹水或胸水，恶心呕吐，大便秘结或黏腻不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

6 治疗

6.1 治疗原则

肝癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、化疗、介入、中医药、生物免疫调节等的综合疗法。在确定治疗方案前，必须对疾病分期、个体差异、手术范围等进行综合评价。

肝癌的中医治疗原则：早期以攻为主，中晚期攻补兼施。疏肝健脾，解毒消癥是肝癌的总治则。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝气郁结证

治法：舒肝解郁，理气和胃。

主方：柴胡舒肝散加减。

常用药：柴胡、陈皮、白芍、枳壳、香附、川芎、郁金、八月札、石见穿、土茯苓、鸡内金、甘草。

6.2.1.2 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，软坚散结。

主方：血府逐瘀汤合鳖甲煎丸加减。

常用药：当归、生地、桃仁、红花、赤芍、枳壳、柴胡、川芎、牛膝、半枝莲、七叶一枝花、白花蛇舌草、蜈蚣、干蟾皮、延胡索、参三七、穿山甲等。

6.2.1.3 肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾，理气消癥。

主方：逍遥散加减。

常用药：柴胡、当归、白芍、党参、白术、茯苓、薏苡仁、半枝莲、七叶一枝花、干蟾皮、蜈蚣、厚朴、甘草等。

6.2.1.4 肝肾阴亏证

治法：滋养肝肾，化瘀消癥。

主方：一贯煎加减。

常用药：生地黄、麦冬、沙参、枸杞子、五味子、当归、佛手、女贞子、山茱萸、西洋参、八月札、七叶一枝花、半枝莲、龟板、鳖甲、穿山甲、甘草等。

6.2.1.5 湿热毒蕴证

治法：清热利湿，解毒消癥。

主方：茵陈蒿汤合五苓散加减。

常用药：茵陈蒿、大黄、栀子、猪苓、茯苓、白术、泽泻、虎杖、白花蛇舌草、八月札、半枝莲、赤芍、人工牛黄、穿山甲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 平消胶囊：每次4~8粒，每日3次，饭后服用。适用于原发性肝癌的治疗。

6.2.2.2 复方斑蝥胶囊：每次2~3粒，每日3次，饭后服用。适用于原发性肝癌的治疗。

6.2.2.3 金龙胶囊：每次2~4粒，每日3次。30~60天为1疗程。适用于中晚期肝癌的治疗或术后放化疗的辅助治疗。

6.2.2.4 得力生注射液：每次40~60ml，稀释于5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日1次。每疗程首次用量减半，并将药液稀释到1:20，每分钟不超过15滴。如无不良反应，半小时以后可按每分钟30~60滴的速度滴注；如出现局部刺激，可按1:20稀释使用，也可锁骨下静脉穿刺或PICC置管，40~60ml稀释到500ml 5%葡萄糖注射液中滴注，每疗程10~15天，或遵医嘱。

6.2.2.5 华蟾素注射液：每次30~50ml，稀释于5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日1次，每分钟不超过60滴。每疗程10~15天，或遵医嘱。

6.2.2.6 艾迪注射液：每次50~100ml，加入10%葡萄糖或0.9%生理盐水400~450ml中静脉滴注，每日1次。30日为1疗程。适用于肝癌的各期治疗。

6.2.2.7 康艾注射液：每日40~60ml，分1~2次，用5%葡萄糖或0.9%生理盐水250~500ml稀释后缓慢静脉注射或滴注。30天为1疗程，或遵医嘱。

6.2.2.8 鳖甲煎丸：每次1丸，每日3次。适用于血瘀证。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 肝胆舒贴：将肝区部位擦洗干净后外敷，有疏肝解郁、通络止痛的功效。

6.2.3.2 蟾酥膏或琥珀外敷。

6.2.4 针灸疗法

肝癌多选章门、期门、肝俞、内关、公孙等穴，早期以针刺为主，晚期以艾灸为主。疼痛加外关、足三里、支沟、阳陵泉，呃逆加膈俞、内关，腹水加气海、三阴交、水道、阴陵泉，上消化道出血加尺泽、列缺、曲泽、合谷，肝昏迷加涌泉、人中、十宣。针刺平补平泻，得气后提插捻转，留针15~20分钟，疼痛者可留针20~30分钟，每隔5~10分钟行针1次。每日1次，10~15天为1疗程，休息3~5天再开始另1疗程。



恶性淋巴瘤

1 范围

本《指南》规定了恶性淋巴瘤的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于恶性淋巴瘤的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

WHO 淋巴系统恶性肿瘤分型，2001

淋巴瘤 Ann Arbor 分期，美国癌症联合会（AJCC）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

恶性淋巴瘤 malignant lymphoma, ML

恶性淋巴瘤是原发于淋巴结和/或结外淋巴组织的恶性肿瘤。临床以无痛性、进行性淋巴组织增生，尤以浅表淋巴结肿大特点，常伴有肝、脾肿大及相应器官的压迫症状，晚期有贫血、发热和恶病质等。按病理和临床特点可分为霍奇金淋巴瘤（HL）和非霍奇金淋巴瘤（NHL）两大类。一般认为其发病与感染、理化因素、免疫抑制等有关。常见于青壮年，且男性多于女性。预后与病理类型、分期、全身状况及年龄、性别等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，恶性淋巴瘤归属于“石疽”、“痰核或恶核”、“瘰癧”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床表现

4.1.1.1 局部表现：恶性淋巴瘤多以淋巴结肿大为首发症状，好发于颈部、锁骨上淋巴结，也可发生于腋窝、腹股沟、纵隔、腹膜后、肠系膜等部位的淋巴结。肿大的淋巴结多为无痛性，表面光滑，中等硬度，质地坚韧，均匀丰满。早期可从黄豆大到枣大，孤立或散在；中晚期可相互融合，与皮肤粘连，固定或破溃。前者以 HL 多见，后者以 NHL 多见。深部淋巴结肿大可引起局部浸润和压迫症状。少数病例首发于结外淋巴组织或器官，如在扁桃体、鼻咽部可出现吞咽困难、鼻塞、鼻衄及颌下淋巴结肿大；在胃肠道可出现腹部包块、呕血、黑便、贫血、腹痛、腹泻等；在肝、脾可见肝脾肿大、黄疸、腹水等；在呼吸道可见咳嗽、咯血、胸闷、胸水等；在神经系统可见头痛、截瘫、癫痫样发作；在皮肤可见肿块、结节、皮疹瘙痒等。

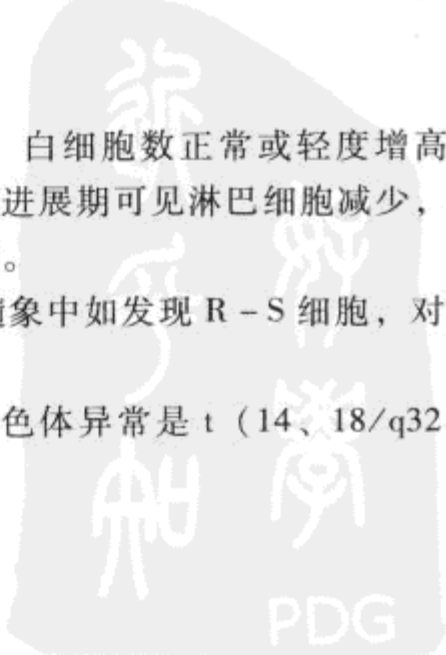
4.1.1.2 全身表现：主要见发热、消瘦（体重减轻 10% 以上）、盗汗等，其次有食欲减退、贫血、易于疲劳、瘙痒等。

4.1.2 实验室诊断

4.1.2.1 外周血象：HL 血象变化发生较早，常有轻或中度贫血，白细胞数正常或轻度增高；NHL 白细胞计数多正常，淋巴细胞相对或绝对增多，但形态正常。疾病进展期可见淋巴细胞减少，部分弥漫性原淋巴细胞型恶性淋巴瘤晚期血象酷似急性淋巴细胞性白血病。

4.1.2.2 骨髓象：大多为非特异性，对诊断意义不大。在 HL 骨髓象中如发现 R-S 细胞，对诊断有帮助。当 NHL 血行播散时，骨髓象呈现典型的白血病特征。

4.1.2.3 染色体检查：90% 患者有染色体异常。NHL 最常见的染色体异常是 t(14, 18/q32, q21)



和 t (8、14/q24、q32)，90% 伯基特淋巴瘤有 t (8、14/q24、q32) 易位或变异型易位，85% 的滤泡型淋巴瘤有 t (14、18/q32、q21) 易位。

4.1.2.4 其他：疾病活动期血沉加速，血清乳酸脱氢酶活性增加。当血清碱性磷酸酶及血钙增高时，提示有骨骼受累。

4.1.3 病理诊断

HL 组织病理学检查须在多种正常细胞背景上见到 R-S 细胞或其变异型，但要除外传染性单核细胞增多症、EB 病毒感染、淋巴结反应性增生性疾病及服用苯妥英钠等，也可进行免疫病理学检查。NHL 组织病理学特点为淋巴结正常结构消失，被肿瘤组织所代替；淋巴细胞呈异形性，但无 R-S 细胞；淋巴结包膜破坏。结合组织学、免疫组织化学和分子生物学等技术可明确诊断和分型。

4.1.4 影像学诊断

X 线、超声、CT、MRI、胃肠造影以及 PET 检查对发现纵隔、腹膜后及其他隐匿部位的病变、鉴别诊断、临床分期、制订治疗方案、判断预后、动态观察治疗效果可提供很大帮助。

4.1.5 分期诊断

采用 WHO 淋巴系统恶性肿瘤分类 (2001) 及 Ann Arbor 分期系统。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 慢性淋巴结炎

慢性淋巴结炎多有明显的感染病灶，且常为局灶性淋巴结肿大，有压痛，形状较扁，体积较小，一般不超过 2~3cm，质地柔软，抗感染治疗后可缩小。

4.2.2 结核性淋巴结炎

结核性淋巴结炎常有肺结核表现，OT 试验阳性，局部淋巴结有局限波动感或破溃，抗结核治疗有效。

4.2.3 慢性淋巴细胞性白血病

慢性淋巴细胞性白血病常见全身淋巴结增大，外周血白细胞正常，淋巴细胞百分比增高，骨髓淋巴细胞 >30%。

4.2.4 系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮有多器官多系统受损症状，抗核抗体、抗 DNA 及抗 ENA 抗体阳性，淋巴结活检示反应性增生。

4.2.5 亚急性细菌性心内膜炎

亚急性细菌性心内膜炎多发于先天性心脏病或风湿性心脏病，常见杵状指、心脏杂音、皮肤黏膜出血和血尿，血培养阳性。

5 辨证

5.1 寒痰凝滞证

症见颈项、耳下、腋下、鼠蹊等处肿核，不痛不痒，皮色如常，坚硬如石，并见面色无华，形寒肢冷，神疲乏力，呕恶纳呆，头晕目眩，舌淡或淡暗，苔薄白，脉细弱。

5.2 气郁痰结证

症见颈项、耳下、腋下、鼠蹊等处肿核，不痛不痒，皮色不变，坚硬如石，并见烦躁易怒，胸腹胀闷或胸胁满闷，食欲不振，大便不调，舌暗红，苔白腻或黄腻，脉弦或弦数。

5.3 痰热阻肺证

症见颈项、耳下、腋下、鼠蹊等处肿核，不痛不痒，皮色正常，坚硬如石，并见烦躁易怒，胸胁疼痛，胸闷气短，咳嗽气逆，心悸喘息，头晕乏力，舌暗红，苔黄腻，脉弦数。

5.4 痰瘀互结证

症见颈项、耳下、腋下、鼠蹊等处肿核，时而疼痛，食欲不振，形体消瘦，腹大如鼓，午后潮

热，大便干结，或有黑便，舌暗或有瘀斑，苔黄腻，脉细涩。

5.5 气血两虚证

症见颈项、耳下，腋下、鼠蹊等处肿核，面色无华，语音低微，倦怠自汗，心悸气短，头晕目眩，失眠多梦，舌体胖大，质淡红，苔薄白，脉细弱或细数。

5.6 肝肾亏虚证

症见形体消瘦，消谷善饥，潮热汗出，五心烦热，口干咽燥，腰膝酸软，头晕耳鸣，两胁疼痛，遗精或月经不调，舌红绛，苔少或无苔，脉细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

恶性淋巴瘤局部治疗包括外科手术切除和放疗，全身治疗包括化学治疗、中医中药和生物反应调节剂等。具体原则是：第一阶段，最大限度地降低肿瘤负荷；第二阶段，重建骨髓和免疫功能；第三阶段，强化肿瘤治疗，使残存瘤细胞降到很少或消失；第四阶段，提高免疫功能，使病情巩固。

恶性淋巴瘤的病机重点在于虚、瘀、痰，其治疗总以温开为原则，重在补脾肾，同时须注意化痰散瘀，忌苦寒伤胃。总之，早期以祛邪抗癌为主，中期扶正祛邪并重，晚期以扶正为主，佐以祛邪抗癌。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 寒痰凝滞证

治法：温阳益肾，散寒通滞。

主方：阳和汤加减。

常用药：熟地、鹿角胶、白芥子、炮姜、肉桂、麻黄、甘草等。

6.2.1.2 气郁痰结证

治法：舒肝解郁，化痰散结。

主方：逍遥散加减。

常用药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、煨姜、薄荷、白芥子、猫爪草、夏枯草、贝母、炙甘草等。

6.2.1.3 痰热阻肺证

治法：清肝泻肺，解郁散结。

主方：黛蛤散合泻白散加减。

常用药：青黛、海蛤壳、桑白皮、地骨皮、生甘草、粳米等。

6.2.1.4 痰瘀互结证

治法：消瘀化痰，软坚散结。

主方：膈下逐瘀汤加减。

常用药：当归、桃仁、红花、川芎、赤芍、丹皮、延胡索、五灵脂、乌药、香附、枳壳、昆布、海藻、穿山甲、鸡内金、甘草等。

6.2.1.5 气血两虚证

治法：益气养血。

主方：八珍汤加减。

常用药：人参（党参）、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、生姜、大枣、甘草等。

6.2.1.6 肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾，软坚散结。

主方：大补阴丸加减。

常用药：熟地、黄柏、知母、龟板、鳖甲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 复方斑蝥胶囊：每次3粒，每日3次。适用于化疗后巩固治疗。

6.2.2.2 艾迪注射液：每次50~100ml，加入0.9%氯化钠注射液或5%~10%葡萄糖注射液400~500ml中静脉滴注，每日1次。与放、化疗合用时，疗程与放、化疗同步；手术前后使用，10天为1疗程；介入治疗，10天为1疗程；单独使用，15天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程；恶病质患者，30天为1疗程，或视病情而定。

6.2.2.3 康艾注射液：每日40~60ml，分1~2次，用5%葡萄糖或0.9%生理盐水250~500ml稀释后缓慢静脉注射或滴注。30天为1疗程，或遵医嘱。

6.2.2.3 小金丹：每次10粒，每日3次。适用于痰瘀互结证。

6.2.2.4 夏枯草膏：每次10ml，每日3次。适用于痰核。

6.2.2.5 鳖甲煎丸：每次1丸，每日3次。适用于血瘀证。



急性白血病

1 范围

本《指南》规定了急性白血病的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于急性白血病的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

WHO 急性白血病分类诊断标准，2000

张之南，沈悌《血液病诊断及疗效标准》，2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

急性白血病 acute leukemia

急性白血病是造血系统的恶性克隆性疾病，主要特征为白细胞丧失分化成熟能力而异常增殖，同时正常造血受到抑制。其发病可能是物理、化学、遗传、生物等多种因素相互作用的结果。

根据临床表现和古代医籍的描述，急性白血病归属于“血证”、“虚劳”、“癥积”、“痰核”、“瘰疬”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床表现

约半数急性白血病患者以发热为首发症状，其程度不等，热型多样，可见弛张热、稽留热或间歇热等；出血程度不一，部位可遍及全身，见瘀斑、视网膜出血、血尿、黑便等，严重者可发生脑出血；可见面色苍白、心慌、气短等贫血症状；浸润不同组织器官可出现相应的临床表现，如肝、脾和全身淋巴结肿大、骨与关节疼痛等。

4.1.2 实验室检查

4.1.2.1 外周血象

急性白血病常见白细胞总数增多、正常或减少，红细胞、血红蛋白、血小板减少，显微镜下可见原始及幼稚细胞。

4.1.2.2 骨髓象

急性白血病骨髓象可见有核细胞增生活跃或极度活跃。部分患者可增生低下，但相应系列的原始细胞或幼稚细胞明显增加，其他系列细胞增生往往受抑。骨髓原始细胞数 $>30\%$ ，常有形态异常或核浆发育不平衡。

4.1.3 临床分型

4.1.3.1 急性淋巴细胞白血病：根据细胞形态可再分为3型：

L_1 ：原始和幼稚淋巴细胞以小细胞为主（直径 $<12\mu\text{m}$ ），核圆形，偶有凹陷与折叠，染色质较粗，结构较一致，核仁少而小，界限不清，胞浆少，轻或中度嗜碱性。过氧化物酶或苏丹黑染色阳性的原始细胞不超过3%。

L_2 ：原始和幼稚淋巴细胞以大细胞为主（直径 $>12\mu\text{m}$ ），核仁不规则，凹陷或折叠可见，染色质较疏松，结构不一致，核仁较清楚，一个或多个，胞浆量较多，轻或中度嗜碱性，部分细胞深染。

L_3 （Burkitt型）：原始和幼稚淋巴细胞大小较一致，以大细胞为主，核仁较规则，染色质呈均匀

细点状，核仁明显，一个或多个，呈小泡状，胞浆量较多，色深蓝，空泡明显，呈蜂窝状。

4.1.3.2 急性非淋巴细胞白血病：根据细胞形态可再分7型：

急性粒细胞白血病未分化型 (M_1)：骨髓原粒细胞 $\geq 90\%$ ，早幼粒细胞很少，中性粒细胞以下阶段不见或罕见。

急性粒细胞白血病部分分化型 (M_2)：又分两个亚型：① M_{2a} ：骨髓原粒细胞 $30\% \sim 90\%$ ，单核细胞 $< 20\%$ ，早幼粒以下阶段细胞 $> 10\%$ ；② M_{2b} ：骨髓原始及早幼粒细胞 $> 30\%$ ，以异常中性粒细胞增生为主，其胞核内有核仁，核浆发育明显不平衡。

急性颗粒增多的早幼粒细胞白血病 (M_3)：骨髓以颗粒增多的异常早幼粒细胞增生为主， $> 30\%$ ，胞核大小不一，胞浆中有大小不等的颗粒。又分两个亚型：① M_{3a} ：嗜苯胺蓝颗粒粗大、密集或融合；② M_{3b} ：嗜苯胺蓝颗粒密集而细小。

急性粒-单核细胞型白血病 (M_4)：又分4个亚型：① M_{4a} ：原始和早幼粒细胞增生为主，原始和幼粒细胞 $\geq 20\%$ ；② M_{4b} ：原始和幼单核细胞增生为主，原始和幼单核细胞 $> 20\%$ ；③ M_{4c} ：原始细胞既具有粒细胞系特征，又具有单核细胞系特征， $> 30\%$ ；④ M_4E_0 ：除上述特点外，还具有粗大而圆的嗜酸颗粒及着色较深的嗜碱颗粒，占 $5\% \sim 30\%$ 。

急性单核细胞白血病 (M_5)：又分两个亚型：① M_{5a} ：骨髓原始单核细胞 I 型 + II 型 $\geq 80\%$ ；② M_{5b} ：骨髓原始和幼稚单核细胞 $> 30\%$ ，原始单核细胞 I 型 + II 型 $< 80\%$ 。

急性红白血病 (M_6)：骨髓红细胞 $> 50\%$ ，且有形态学异常，非红细胞系原始粒细胞（原始+幼稚单核细胞）I 型 + II 型 $> 30\%$ ；或血中原始粒细胞或单核细胞 $> 5\%$ ，骨髓原始粒细胞或原始+幼稚单核细胞 $> 20\%$ 。

急性巨核细胞白血病 (M_7)：外周血中有原始巨核（小巨核）细胞；骨髓中原始巨核细胞 $\geq 30\%$ ；原始巨核细胞经电镜或单克隆抗体证实；干抽或活检见骨髓细胞少、原始和巨核细胞增多、网状纤维增加。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 骨髓增生异常综合征 (MDS)

骨髓增生异常综合征是一组原因未明的获得性造血干细胞功能异常疾病，共分5型，临床表现也以贫血、感染和出血为特征，但起病较为缓慢，骨髓有病态造血细胞，原始细胞不超过 30% 。当MDS骨髓原始细胞超过 30% 时，即进入白血病阶段，预后差。

4.2.2 类白血病反应

病人虽然没有白血病，但血象中白细胞计数明显增多，常大于 $50 \times 10^9/L$ ，或血中有一定百分比的原始、幼稚白细胞，又称白血病样反应。骨髓穿刺涂片或活检显示无原始细胞增多，外周血粒细胞可见中毒颗粒，并有NAP升高。常继发于各种感染和恶性肿瘤，临床以原发疾病症状为主，原发病去除后血液学异常即可消失。

4.2.3 再生障碍性贫血

再生障碍性贫血是化学、物理、生物因素或某些不明原因引起的骨髓多能造血干细胞及其微环境损伤，以及免疫机制改变导致的以全血细胞减少为特征的综合征。临床表现为贫血、出血和感染，易与低增生型白血病相混淆；无肝、脾、淋巴结肿大及胸骨压痛等体征，骨髓穿刺涂片或骨髓活检显示红细胞、粒细胞和巨核细胞增殖明显低下，原始细胞百分比正常，外周血中NAP积分增高。

4.4.4 传染性单核细胞增多症

传染性单核细胞增多症是由EB病毒引起的青少年散发性传染病，主要累及淋巴网状系统。起病缓急不一，多数有乏力、头晕头痛、纳差、恶心等前驱症状。临床以高热、相对缓脉、咽部红肿疼痛、全身浅表淋巴结和肝脾肿大为特点，常并发神经炎、肾炎、心肌炎、肺炎等，还可表现为出血、贫血及黄疸等。嗜异性凝集试验水平增高，抗EB病毒抗体阳性，骨髓穿刺涂片或活组织检查均正

常，无原始细胞增多。

5 辨证

5.1 气血亏损、热毒内蕴证

症见面色无华，语音低微，倦怠自汗，心悸气短，头目眩晕，失眠多梦；或痰核瘰癧，肋下癥积等；或鼻衄，齿衄，肌衄，尿血，便血，皮肤瘀斑，瘀点等；或发热，汗出恶风，口干欲饮，咽喉肿痛等；舌体胖大，质淡红，苔薄白或薄黄，脉细弱或细数。

5.2 气阴两虚、毒瘀凝结证

症见面色无华，但两颊潮红，语音低微，倦怠自汗，心悸气短，午后低热，咽干舌燥，失眠盗汗；或肋下癥积，痰核瘰癧等；或鼻衄，齿衄，肌衄，尿血，便血，皮肤瘀斑，瘀点等；时有高热不退，口渴欲饮，大便干结，小便黄赤等；舌体瘦小或胖大，质淡红，苔薄白或少苔，脉象细数。

5.3 精髓亏虚、瘀毒交织证

症见面色无华或苍白，头目眩晕，咽干口燥，五心烦热，失眠多梦，潮热盗汗，腰膝酸软；或肋下癥积，痰核瘰癧等；或鼻衄，齿衄，肌衄，尿血，便血，皮肤瘀斑瘀点等；时有发热不退，神识昏蒙，口舌燥裂，大便秘结等；舌质绛红，苔少或剥脱，脉细数或细弱。

5.4 肾阳虚损、痰瘀壅盛证

症见面目虚浮，畏寒肢冷，腰膝酸软，阳痿不举，夜尿频多，脘腹冷痛；或肋下癥积，痰核瘰癧等；或尿血，便血，月经增多，经期延长，皮肤瘀斑瘀点等；舌体胖大或瘦小，质淡红或淡白，苔少或无苔或水滑，脉微弱或细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

急性白血病的治疗原则是：消灭白血病细胞群体和控制白血病细胞的大量增生，解除因白血病细胞浸润而引起的各种临床表现。化疗是治疗急性白血病的主要手段，可分为缓解诱导和维持治疗两个阶段，其间可增加强化治疗、巩固治疗和中枢神经预防治疗等。临床应尽可能早诊早治，严格分型，按型选择方案；多药联合，足量、间歇、交替用药，坚持长期治疗；重视支持疗法，紧急处理高白细胞血症，防治感染、贫血、出血、DIC、高尿酸血症及维持营养，保证化疗顺利进行；早期预防髓外白血病复发。骨髓移植是当前认为可使急性白血病患者长期存活或痊愈最为有效的方法之一，适合干细胞移植者须抽血做 HLA 配型。

急性白血病属“伏气温病”，其病机关键是温毒致病，治疗以滋补阴液，清透伏邪为大法。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 气血亏损，热毒内蕴证

治法：益气补血为主，兼以清热解毒。

主方：八珍汤加减。

常用药：人参（党参）、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、生姜、大枣、甘草。

6.2.1.2 气阴两虚，毒瘀凝结证

治法：益气养阴为主，兼以清热解毒。

主方：大补元煎加减。

常用药：人参、熟地、山药、杜仲、枸杞子、当归、山茱萸、炙甘草等。

6.2.1.3 精髓亏虚，瘀毒交织证

治法：滋阴填精为主，兼以化瘀解毒。

主方：大补阴丸加味。

常用药：熟地、黄柏、知母、龟板等。

6.2.1.4 肾阳虚损，痰瘀壅盛证

治法：温补肾阳。

方药：肾气丸加减。

常用药：干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、炮附子、桂枝等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 瘀毒交织证：可选用梅花点舌丹、西黄丸、六神丸、片仔癀（胶囊）等。

6.2.2.2 痰瘀互阻证：可选用小金丹、血府逐瘀胶囊（口服液）、礞石滚痰丸等。

6.2.2.3 脾胃不和证：可选用人参健脾丸、参苓白术丸、香砂养胃丸、胃苏冲剂等。

6.2.2.4 肝郁脾虚证：可选用逍遥丸、丹栀逍遥丸、舒肝丸、疏肝健脾丸等。

6.2.2.5 脾肾阳虚证：可选用金匱肾气丸（颗粒、口服液）、河车大造丸、贞芪扶正胶囊等。



慢性粒细胞性白血病

1 范围

本《指南》规定了慢性粒细胞性白血病的诊断、辨证和治疗。
本《指南》适用于慢性粒细胞性白血病的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

张之南，沈悌《血液病诊断及疗效标准》，2007

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

慢性粒细胞性白血病 chronic myelogenous leukemia, CML

慢性粒细胞性白血病是粒细胞过度增生并累及造血干细胞的恶性克隆性疾病。其发病率仅次于急性白血病，占有白血病的 20%。90% 以上患者 Ph1 染色体阳性，少数为阴性。发病年龄以 25 ~ 50 岁间最高，男女比例为 1.6:1。慢性期粒细胞明显增多，并出现不同阶段幼稚粒细胞，临床以脾肿大特征；加速期原始细胞增多；急变期临床特征与急性白血病基本相同，缓解率很低。

根据临床表现和古代医籍的描述，慢性粒细胞性白血病归属于“血证”、“虚劳”、“癥积”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

4.1.1.1 症状

慢性粒细胞性白血病临床常见周身乏力、头晕心慌、进行性消瘦、食欲不佳、腹胀腹痛等，可伴多汗（盗汗或自汗）、怕热、阴茎异常勃起、耳鸣等。慢性期常低热，抗感染治疗无明显效果，但抗白血病治疗后体温可降至正常，出血症状较少，有时可见皮下瘀斑；加速期与急变期约 30% 患者表现为不同程度出血症状，如皮下瘀斑、牙龈渗血、鼻腔出血等，脑出血及脾破裂较少见。慢性期血红蛋白正常或轻度减少，加速期呈明显下降趋势，急变期下降幅度更大，临床见面色苍白、乏力等贫血症状。部分患者可出现脾周围炎、脾栓塞引起的剧烈疼痛，高尿酸血症引起的痛风、急性关节炎和尿酸性结石以及高粘血症导致的木僵状态或中风等。

4.1.1.2 体征

脾脏肿大为本病最重要的体征，其程度往往与疾病进展和治疗有关。部分患者可见肝脏轻微肿大，晚期可见淋巴结肿大。约 75% 病例有胸骨压痛，胫骨和肋骨压痛也较常见，少数可出现关节和肌肉疼痛。

4.1.2 实验室检查

4.2.1.1 外周血象

慢性期血红蛋白和红细胞正常或见轻度贫血，加速期和急变期血红蛋白明显降低。白细胞显著增高，一般 $>50 \times 10^9/L$ ，甚至 $>500 \times 10^9/L$ ，分类可见各阶段幼稚粒细胞，以中幼、晚幼、杆状、分叶核为主，嗜酸、嗜碱粒细胞也可增多。加速期白细胞计数持续增高，原始粒细胞 $>10\%$ ，嗜碱粒细胞 $>20\%$ 。慢性期血小板计数正常或增高，加速期、急变期明显降低。

4.1.2.2 骨髓象

慢性期骨髓增生明显或极度活跃，粒、红细胞之比可达 10 ~ 50:1，嗜酸、嗜碱粒细胞常增加，各阶段粒细胞增多；加速期原始粒细胞达 10 ~ 15%，急变期 >30%，有异形性，可合并骨髓纤维化。

4.1.2.3 染色体或基因检查

90% 以上患者 Ph1 染色体阳性，并有 bcr/abl 基因重排，少数 Ph1 阴性患者亦可见到 bcr/abl 基因重排。

4.1.3 临床分期

4.1.3.1 慢性期

无症状或有低热、乏力、多汗、体重减轻等症状。外周血白细胞计数升高，主要为中性中、晚幼和杆状粒细胞，原始细胞（I 型 + II 型）<5% ~ 10%，嗜酸和嗜碱性粒细胞增多，可见少量有核红细胞。骨髓细胞增生明显，以粒系（中性、晚幼和杆状粒细胞）增生为主，原始细胞（I 型 + II 型）<10%。Ph1 染色体阳性，CFU - GM 集落或集簇较正常明显增加。

4.1.3.2 加速期

具备下列两项者可考虑加速期。

- ①不明原因的发热、贫血、出血加重和/或骨骼疼痛；
- ②脾脏进行性肿大；
- ③非药物引起的血小板进行性降低或增高；
- ④血和/或骨髓中原始细胞（I 型 + II 型）>10%；
- ⑤外周血嗜碱性粒细胞 >20%；
- ⑥骨髓中胶原纤维显著增生；
- ⑦除外 Ph1 以外的其他染色体异常；
- ⑧对传统的抗“慢粒”药物治疗无效；
- ⑨CFU - GM 增生和分化缺陷，集簇增多，集簇与集落比值增高。

4.1.3.3 急变期

具备下列之一者可考虑急变期。

- ①外周血或骨髓原始细胞（I 型 + II 型）或原始淋巴细胞 + 幼稚淋巴细胞或原始单核细胞 + 幼稚单核细胞 >20%；
- ②外周血原始粒细胞 + 早幼粒细胞 >30%；
- ③骨髓原始粒细胞 + 早幼粒细胞 >50%；
- ④有髓外原始细胞浸润。

此期临床症状、体征比加速期更典型，CFU - GM 培养呈小簇状生长或不生长。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 类白血病反应

多有原发病灶，无贫血、出血以及肝、脾、淋巴结肿大。血象虽有少数幼稚细胞，但胞浆中有中毒颗粒及空泡；骨髓增生虽然活跃，伴核左移，但无白血病细胞；中性粒细胞碱性磷酸酶明显增高。

4.2.2 原发性骨髓纤维化

贫血与脾肿大程度不一致。骨髓增生正常或低下，异常红细胞（泪滴样红细胞）增多；骨髓活检显示纤维组织替代造血组织。病史、染色体或融合基因检查有助于鉴别。

4.2.3 慢性淋巴细胞性白血病

以中老年为主，晚期有肝、脾和淋巴结肿大，但程度较轻，外周血和骨髓以成熟淋巴细胞为主，偶见幼稚原始和淋巴细胞。

5 辨证

5.1 毒邪聚集、气血逆乱证

面色晦暗或面红目赤，胸胁满闷，急躁易怒，胁下胀痛，脘腹胀满，食欲不振，食后腹胀，或潮热盗汗，口干欲饮，胁下癥积，质地坚硬，固定不移，舌质暗红，苔薄黄或黄腻，脉弦涩或弦数。

5.2 毒瘀蕴结、气血暗伤证

面色晦暗或淡暗，胸胁胀满，脘腹胀痛，食欲不振，食后腹胀，或身体倦怠，气短自汗，头目眩晕，失眠多梦，胁下癥积，质地坚硬，固定不移，舌质淡红或淡暗，苔薄白或薄黄，脉象细或细弱。

5.3 气阴两虚、毒瘀互阻证

面色紫暗或潮红或淡暗，形体消瘦，体倦乏力，精神疲惫，头晕耳鸣，口干咽燥，潮热盗汗，多梦遗精，或胁下癥积，质地坚硬，固定不移，舌体胖大，质淡红或淡暗，苔少或无苔，脉细弱或细数。

5.4 肾阴亏虚、毒瘀互结证

面目黧黑无华，肌肉大消，脘腹胀满，胁下癥积，质地坚硬，固定不移，午后潮热或夜间发热，口干咽燥，失眠盗汗，或食欲大减，舌体胖大，质淡暗或紫暗，舌红无苔或红光，脉微弱。

6 治疗

6.1 治疗原则

慢性粒细胞白血病的治疗包括：单药化疗、干扰素治疗、STI571、自体或异基因造血干细胞移植、中医药治疗等。其中干扰素治疗优于单药化疗，异基因造血干细胞移植是目前唯一可以根治该病的方法。

疾病早期主要以毒热蕴结、血瘀内阻的实证为主，故清热解毒，活血化瘀为基本治疗原则；进展期多邪实正虚，故应驱邪为主，兼以扶正；急变期邪实仍在，正虚明显，应以扶正为主，驱邪为辅。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 毒邪聚集，气血逆乱证

治法：清热解毒，调畅气机。

主方：清瘟败毒饮合青黛雄黄散加减。

常用药：生石膏、生地黄、水牛角、黄连、栀子、黄芩、赤芍、丹皮、玄参、知母、连翘、青黛、雄黄、桔梗、竹叶、甘草。

6.2.1.2 毒瘀蕴结，气血暗伤证

治法：活血解毒，益气养血。

主方：膈下逐瘀汤、青黛雄黄散、当归补血汤合方加减。

常用药：黄芪、当归、桃仁、红花、川芎、赤芍、丹皮、延胡索、五灵脂、乌药、香附、枳壳、青黛、雄黄、甘草。

6.2.1.3 气阴两虚，毒瘀互阻证

治法：益气养阴，化瘀解毒。

主方：四君子汤、六味地黄丸、青黛雄黄散合方加减。

常用药：党参、白术、茯苓、熟地、山药、山茱萸、丹皮、泽泻、青黛、雄黄、甘草。

6.2.1.4 肾阴亏虚，毒瘀互结证

治法：滋补肾阴，祛瘀解毒。

主方：左归丸、青黛雄黄散、失笑散合方加减。

常用药：熟地、山药、山茱萸、菟丝子、枸杞子、川牛膝、鹿角胶、龟板胶、青黛、雄黄、蒲黄、五灵脂。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 六神丸：每次 10 粒，每日 1~2 次，噙化或开水送服。适用于慢性期热毒互结之证。

6.2.2.2 牛黄解毒丸（片）：每次 1 丸（2~4 片），每日 2~3 次。适用于慢性期毒热充斥三焦之证。

6.2.2.3 六味地黄丸（浓缩丸、口服液）：每次 1 丸（6g 或 1 支），每日 2 次。适用于急变期肾阴虚损之证。

6.2.3 药物外治

单用青黛、雄黄粉，或二者按 9:1 比例以蜜或醋调成糊状，涂抹脾区，对脾脏肿大有一定效果。皮肤破溃者禁用。

多发性骨髓瘤

1 范围

本《指南》规定了多发性骨髓瘤的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于多发性骨髓瘤的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究和适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

国际骨髓瘤基金会 MM 分期标准（ISS）

多发性骨髓瘤诊断标准（WHO，2000）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

多发性骨髓瘤 multiple myeloma, MM

多发性骨髓瘤是以一种异常浆细胞增多，并引起骨髓造血机能衰竭，骨骼破坏及产生异常增多的单克隆免疫球蛋白为特征的浆细胞疾病。

根据临床表现和古代医籍的描述，多发性骨髓瘤归属于“骨痹”、“骨癆”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

4.1.1.1 骨骼损害：①骨痛：发生率达70%，以腰背部最多见，其次为胸骨和肋骨，再次为四肢骨骼。早期疼痛轻微，晚期可变成剧烈而持久的疼痛。②病理性骨折：多见于肋骨、胸椎及腰椎，可以是一个部位，亦可多个部位同时发生。骨折处疼痛剧烈并出现畸形。③局部肿瘤：常见于肩胛骨、胸骨、肋骨、锁骨、颅骨、鼻骨、下颌骨及四肢长骨近心端，局部有压痛，骨皮质薄处有波动感，甚至有响声。

4.1.1.2 贫血：是本病常见的临床表现。60%~80%患者就诊时有贫血，其程度与病程有关，早期多为轻、中度，晚期为重度。

4.1.1.3 出血：以皮肤黏膜多见，晚期可见内脏和颅内出血。

4.1.1.4 感染：是本病主要致死原因之一。细菌感染以肺最常见，其次为泌尿道。病毒感染以带状疱疹、周身性水痘较常见。

4.1.1.5 肾脏病变：常表现为肾功能衰竭，是本病另一主要死亡原因。发生率为40%~50%，以慢性肾功能衰竭多见。

4.1.1.6 高黏滞度综合征：临床见头晕眼花、视力障碍、手足麻木、肾稀释及浓缩功能不全等，严重者可出现昏迷。此外，血浆量的增加可导致心功能不全。单克隆免疫球蛋白为冷球蛋白时可出现雷诺氏现象。

4.1.1.7 高钙血症：易发生在广泛性骨骼损害及肾功能不全的患者，可见头痛嗜睡、恶心呕吐、食欲不振、心律失常及昏迷等。

4.1.1.8 淀粉样变：约15%的患者并发此病变。其侵犯部位很广，主要为舌、腮腺、心脏、胃肠道、皮肤、外周神经，其次为肝、脾、肾及肾上腺等。症状与侵犯的部位有关，可见腮腺肿大、心脏扩大、腹泻或便秘、皮肤苔藓样病变或肿块形成、外周神经病变、肝脾肿大及肾功能不全等。

4.1.1.9 神经系统病变：其原因为骨髓瘤压迫和浸润椎体或长骨，病理性骨折压迫神经根以及外周神经淀粉样物质浸润。中枢神经系统可出现颅骨浆细胞瘤引起的压迫症状，颅内浆细胞瘤和脑膜骨髓瘤的颅内压增高症状。周围神经亦可受累，出现相应的症状。

4.1.1.10 关节症状：为骨质受损或淀粉样物质沉积在关节所致。部分患者有关节痛或关节肿痛，甚至出现类风湿结节。

4.1.1.11 肝脾肿大：为瘤细胞浸润或淀粉样变所致。半数以上患者有轻度肝肿大，少数有脾肿大。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X线检查

X线表现为圆形“穿凿状”骨破坏，散在于颅骨、椎体、肋骨等好发部位，随病史进展。小的骨破坏可融合为大的溶骨区，局限性病灶可转变为多发性溶骨性改变。

4.1.2.2 CT检查

CT能较X线平片更早地确定肿瘤的范围。

4.1.2.3 MRI检查

病变组织 T1 加权像呈低信号，T2 加权像呈高信号。

4.1.2.4 同位素扫描

相对于病灶的范围，其对同位素的摄取非常少，表现为“冷结节”。

4.1.3 病理学诊断

大片嗜碱性细胞之间有较多小毛细血管，肿瘤细胞圆形，大小一致，胞浆清透，核偏心，其内含很多块状嗜碱性的染色质，呈车轮样排列。

4.1.4 实验室诊断

4.1.4.1 血常规检查

本病多为正常细胞、正常色素性贫血，若有营养不良也可呈大细胞性贫血。白细胞正常，偶见幼粒、幼红细胞或瘤样浆细胞。血小板正常或减少，晚期血小板常减少。

4.1.4.2 骨髓检查

骨髓穿刺和活检具有特异性诊断意义。骨髓象：增生明显活跃，瘤细胞占 6% ~ 95%，体积较大，圆形或卵圆形，核仁 1 ~ 2 个，染色质较致密，核周淡染区消失，胞浆内可见嗜苯胺蓝颗粒、鲁塞尔小体、空泡和蛋白质晶体，胞浆丰富，嗜碱性强。电镜：瘤细胞粗面内质网显著增多，扩张呈球形，高尔基体、线粒体增多，胞浆甚至核内有包涵体。粒细胞和细胞红系不同程度受抑，数量减少。

4.1.4.3 血液生化及尿检查

血清蛋白电泳，在 β ~ γ 区域之间出现特有的 M 蛋白，是单克隆球蛋白或轻链蛋白（B-J 蛋白）。血清总蛋白超过正常，白蛋白正常或轻度减少，球蛋白增多。近 60% ~ 70% 病人出现本-周氏蛋白。血钙增高，血沉增快。肾功能不全病人可见尿素氮、肌酐、血磷、尿酸增高。尿液检查见蛋白尿、管形尿、血尿。

4.1.4.4 免疫球蛋白检查

血清中大量单克隆免疫球蛋白增高，或尿中出现单克隆免疫球蛋白轻链。

4.1.5 分期诊断

Durie Salmon (DS) 分期标准和国际骨髓瘤基金会 MM 分期标准 (ISS)。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 反应性浆细胞增多：常有病毒、结核或其他慢性感染史或风湿热、自身免疫性疾病、慢性肝病、肿瘤等原发病的临床表现。骨髓浆细胞成熟， $<10\%$ ，无原始和幼稚浆细胞。免疫球蛋白增高常呈多克隆性。

4.2.2 系统性多克隆性原始免疫细胞增生：表现为发热、呼吸困难、皮疹及肝脾、淋巴结肿大，外

周中性粒和免疫细胞升高，其中成熟浆细胞约 15% ~ 28%，原始免疫细胞达 23% ~ 39%，甚至达 58.4%。抗核抗体阳性，Coombs 试验阳性，补体 C3、C4、CH50 降低，多克隆免疫球蛋白升高。肾上腺皮质激素、细胞毒药物（如长春新碱、环磷酰胺）及抗感染治疗有效。

4.2.3 POEMS 综合征：临床表现为多发性神经病变、脏器增大、内分泌障碍、M-蛋白及皮肤改变等。早期常因进行性肌无力就诊，表现为末梢神经炎、女性化乳房、皮肤色素沉着或硬皮样改变等。可有骨质硬化和骨破坏性改变，其溶骨性透亮区多在中央，而四周呈硬化改变，某些病例可同时有骨髓瘤。γ-球蛋白增高，可检出 M 蛋白，雌激素水平也可明显增高。

4.2.4 其他 还应与有单克隆丙球蛋白升高的疾病相鉴别，如特发性本-周蛋白尿、轻链病、冷凝集综合征、冷球蛋白血症、华氏巨球蛋白血症、重链病、系统性毛细血管渗漏综合征、硬性黏液性水肿、系统性淀粉样变性等。

5 辨证

5.1 寒凝毒聚证

症见全身骨痛，或局部肿块，舌淡胖，苔薄白或白滑，脉沉迟。

5.2 气滞血瘀证

症见胸胁、腰背、肢体剧痛，痛有定处，转侧困难，或皮下包块，低热，舌紫暗，有瘀斑，脉细涩。

5.3 肝肾阴虚证

症见胸胁、腰背疼痛，肢体或腰背肌肉萎缩、麻木，活动不利，头晕目眩，腰酸耳鸣，或骨蒸潮热，舌红少苔，脉细数。

5.4 脾肾阳虚证

症见面色萎黄，纳呆食少，神疲体倦，畏寒怕冷，腰酸腿软，大便溏薄，小便清长，或下肢截瘫，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

5.5 邪毒化热证

症见局部症状加重，兼见咳嗽咯血，发热自汗，尿频尿急，阴部瘙痒，皮肤红肿热痛，瘀斑甚至溃疡，舌红，脉细弱而数。

5.6 气血虚弱证

症见贫血纳差，短气乏力，舌质淡而干，脉沉细弱。

6 治疗

6.1 治疗原则

多发性骨髓瘤的治疗包括化疗、支持治疗、干细胞移植、免疫治疗等。早期无症状者不需治疗，以监测为主。若出现血清或尿液 M 蛋白增高、贫血、高钙血症、肾功能不全、溶骨性病变、骨折或髓外浆细胞瘤则多采用中西医结合疗法，即化疗过程中及化疗后配合中医药治疗。

多发性骨髓瘤的中医治疗重在扶正祛邪，扶正多采用补肾为主的原则。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 寒凝毒聚证

治法：温阳通络，化湿祛痰。

主方：阳和汤加减。

常用药：制南星、麻黄、熟地、肉桂、炮姜、白芥子、鹿角霜、地鳖虫、山慈菇、生牡蛎、陈皮、甘草等。

6.2.1.2 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：血府逐瘀汤加减。

常用药：当归、桃仁、红花、川芎、生地、赤芍、全蝎、土鳖、徐长卿、柴胡、牛膝、甘草等。

6.2.1.3 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾，养阴生精。

主方：知柏地黄汤加减。

常用药：龟板、熟地、山萸肉、丹皮、黄柏、知母、女贞子、半枝莲、徐长卿、山药、甘草等。

6.2.1.4 脾肾阳虚证

治法：温补脾肾，通络消肿。

主方：补中益气汤合右归丸加减。

常用药：党参、黄芪、茯苓、白术、生甘草、熟地、山萸肉、丹皮、肉桂、沙参、陈皮、熟附子、地鳖虫、徐长卿、牛膝等。

6.2.1.5 邪毒化热证

治法：清热凉血，解毒养阴。

主方：五味消毒饮加减。

常用药：野菊花、蒲公英、连翘、蔓荆子、天葵子等。

6.2.1.6 气血虚弱证

治法：益气养血，调和阴阳。

主方：八珍汤加减。

常用药：党参、黄芪、茯苓、白术、生甘草、当归、川芎、赤芍、熟地、丹皮、沙参、蒲公英、连翘等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 化岩胶囊：每次3粒，每日3次。用于辅助治疗。

6.2.2.2 大黄廑虫胶囊：每次2粒，每日3次。用于辅助治疗。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 外治膏：冰片、松香、乳香、没药、血竭、蟾蜍等，研末，白酒或醋调敷患处。用于多发性骨髓瘤局限性疼痛。

6.2.3.2 止痛膏：蛤蟆、雄黄、姜黄等，加酒捣泥，外敷痛处。用于多发性骨髓瘤疼痛。

6.2.4 针灸疗法

可在疼痛部位周围取穴，配合肾俞，针刺治疗。

前列腺癌

1 范围

本《指南》规定了前列腺癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于前列腺癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

前列腺癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）前列腺癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

前列腺癌 prostate cancer

前列腺癌是发生在前列腺的恶性肿瘤，尤以外侧部多见，是男性生殖系常见的恶性肿瘤，约占泌尿生殖系统肿瘤的4%。其发病与年龄、种族、高脂肪饮食、输精管切除、遗传、吸烟、接触重金属、不适当的性生活及性病、家族史等有关。影响预后的主要因素是临床分期和病理分级，有淋巴转移者预后差。

根据临床表现和古代医籍的描述，前列腺癌归属于“淋证”、“癃闭”、“血淋”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

前列腺癌早期常无症状。当肿瘤增大至阻塞尿路时，常出现与前列腺增生症相似的膀胱颈梗阻症状，见逐渐加重的尿频、尿急、尿流缓慢甚至中断、排尿不净甚至尿失禁等，血尿并不常见。晚期可出现腰痛、腿痛、贫血、下肢浮肿，骨痛、病理性骨折、截瘫、排便困难等。部分患者常以转移症状就诊。

4.1.2 直肠指诊

直肠指诊能早期诊断前列腺癌，方法简便，在癌体尚小时即可发现。前列腺内任何部位硬度增加且有坚实的边缘，均有癌变可能。结节进行性增大为本病的诊断依据之一。有症状的或晚期前列腺癌多可触及肿大、坚硬且固定的结节状病灶，表面高低不平、中央沟消失或侵犯肠壁。注意不应单纯依据直肠指诊作出诊断。

4.1.3 影像学诊断

4.1.3.1 X线检查

应重点对骨盆、腰椎和股骨摄片观察。骨小梁消失为本病转移的特征，另外还有两种表现：一种是成骨型的，即骨质不破坏，而是出现一些致密硬化的骨组织小岛，多见；另一种是溶骨型的，表现为多个圆形的骨质破坏区。

4.1.3.2 超声检查

超声检查可早期发现前列腺内结节样改变，有助于前列腺癌的早期诊断和疗效判断。常用的超声检查有经腹、经直肠、经尿道三种，其中经直肠超声诊断可清晰显示前列腺的细微结构变化，确认直径若干毫米的病变，为诊断前列腺疾病的首选方法。

4.1.3.3 CT 检查

CT 可用于评价前列腺的大小、形态，诊断前列腺肿瘤和炎症，用于前列腺癌术前分期及治疗后随访。CT 对前列腺癌术前分期的准确率为 67%，低于经直肠超声显像法和 MRI。

4.1.3.4 磁共振 (MRI)

MRI 是对前列腺癌诊断、分期最有效的影像学手段，其准确率高达 89%，可用于确定原发病灶、术前分期、制订治疗方案、评价治疗效果和复查监测等。

4.1.3.5 放射性核扫描 (ECT) 检查

ECT 常用来诊断前列腺癌的骨转移，比 X 线片发现骨转移的时间早半年左右。

4.1.4 病理学诊断

细胞学检查：前列腺穿刺活检对于早期前列腺癌的诊断具有重要意义。前列腺按摩液和尿液涂片亦有助于前列腺癌的诊断。

组织病理学检查：所有前列腺肿瘤都是恶性的，且绝大多数是发生在腺体外周腺管的腺癌。世界卫生组织 (WHO) 建议使用 Mostofi 分级，该分级方法能从核的异型性和腺体的分化程度两方面对前列腺癌的恶性程度作出判断。

4.1.5 实验室诊断

4.1.5.1 前列腺特异抗原 (PSA) 测定

PSA 是目前公认的较敏感的前列腺肿瘤标志物，其敏感度为 77% ~ 86.7%。然而，由于 PSA 在 30% ~ 50% 的良性前列腺增生病人和 25% ~ 92% 的前列腺癌病人中均中度升高，故在早期诊断和疾病分期中的作用尚待评估。PSA 水平明显升高提示肿瘤向包膜外蔓延或发生转移。测定游离抗原与结合抗原比值的方法可以减少非肿瘤病人的活检次数。

4.1.5.2 血清酸性磷酸酶 (ACP) 测定

酸性磷酸酶主要来自前列腺上皮，癌变时明显增加。当病灶未侵犯包膜时，此酶不进入血液循环，故不增高；当病灶冲破包膜，发生局部扩散或远处转移时，此酶大量入血，故显著增高；治疗后此酶下降，说明病情好转；如再度增高，表示复发或恶化。约 1/3 前列腺癌患者的酸性磷酸酶是正常的，其大多属低分化腺癌。前列腺梗死、结节状增生、尿潴留或正常前列腺按摩后此酶也可增高，应当注意鉴别。

4.1.5.3 血清碱性磷酸酶 (ALP) 测定

前列腺癌骨转移时碱性磷酸酶大量入血，约 2/3 病例可增高。

4.1.6 分期诊断

采用 TNM 国际分期 (UICC, 2002)。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 前列腺增生症

前列腺增生症与前列腺癌不易鉴别，特别是良性结节状腺体增生更难区分。良性者多呈对称性肿大，质韧，光滑，中间沟浅平，边界清楚并可推动。

4.2.2 前列腺结石

因结石常伴有癌症，故鉴别较难。X 线摄片可见结石影。

4.2.3 前列腺结核

前列腺结核常合并附睾或其他器官结核，抗结核治疗有效。必要时可活检。

4.2.4 慢性前列腺炎

慢性前列腺炎腺体也可增大，但质稍硬，两侧对称，中间沟存在。前列腺液涂片见脓球增多。

5 辨证

5.1 肾气虚亏证

症见夜尿增多，尿意频繁，尿流变细，腰膝酸软，神疲畏冷，口干而不欲多饮，舌质淡或淡红，苔白或少苔，脉沉细或细软。

5.2 湿热蕴积证

症见小便不畅，尿流变细，排尿无力，滴沥不畅或癃闭，小腹胀满，小便色黄，大便溏软或秘结，腰酸肢痛，口干口苦，舌质红或紫暗，苔黄腻，脉滑数或细弦。

5.3 瘀热内结证

症见小便不利或滴沥不畅，小腹胀满，腰背或骨节疼痛，甚至剧痛难忍，口干舌燥，烦躁不安，或有发热，小便色黄，大便秘结或次数增多，里急后重，舌质红或绛或暗紫，苔黄或无苔，脉细数或细弦。

5.4 毒邪稽留、气阴两虚证

症见小便不畅，淋漓疼痛，疲乏无力，贫血消瘦，面色无华，身痛气促，不思饮食，甚至卧床不起，口干口苦或不欲多饮，舌质淡红或干红少津或绛紫，脉沉细无力或细弱。

6 治疗

6.1 治疗原则

前列腺癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、内分泌治疗、放化疗、中医药、冷冻及生物免疫调节在内的综合治疗。在确定治疗方案前必须对疾病分期、手术情况、个体差异等进行综合评价，其治疗原则如下：A1期（在治疗前列腺增生时偶然发现的癌症，病变局限，多数分化良好）：定期随访+中医治疗；A1期肿瘤进展：手术或放疗+中医治疗；B1期：手术+中医治疗；B2期：手术+内分泌治疗+睾丸切除术+放疗+中医治疗；C期：①放疗或冷冻疗法+内分泌治疗+中医治疗；②内分泌治疗（包括双睾丸切除术），经降级处理后，放疗+手术+中医治疗；D期：内分泌+化疗+中医+冷冻疗法+免疫治疗。

中医治疗前列腺癌，早期全身情况尚好时以攻癌为主，中期正气损伤时应攻补兼施，晚期癌肿广泛转移，患者常有气血不足，肝肾阴虚，脾胃不运等，宜顾护正气。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肾气虚亏证

治法：益气补肾，通阳利水。

主方：六味地黄丸加味。

常用药：熟地、泽泻、丹皮、茯苓、山茱萸、山药、黄芪、白术、桂枝、猪苓、白英、马鞭草等。

6.2.1.2 湿热蕴积证

治法：清利湿热，散结利水。

主方：八正散合二妙散加减。

常用药：黄柏、苍术、车前子、篇蓄、甘草、肿节风、瞿麦、白花蛇舌草、金钱草、土茯苓、龙葵等。

6.2.1.3 瘀热内结证

治法：清热解毒，化瘀散结。

主方：解毒化瘀汤加味。

常用药：半枝莲、白花蛇舌草、败酱草、土茯苓、夏枯草、黄药子、泽兰、蒲黄、琥珀、枸杞、绞股蓝、香附等。

6.2.1.4 毒邪稽留，气阴两虚证

治法：培补气阴，解毒散结。

主方：八珍汤加减。

常用药：太子参（或人参）、北沙参、白术、茯苓、甘草、熟地、当归、白芍、川芎、枸杞、丹皮、鳖甲、黄精、紫河车、夏枯草、半枝莲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 蟾酥丸：每次3粒，每日2次。

6.2.2.2 复方斑蝥胶囊：每次3粒，每日2次。

6.2.2.3 珍香胶囊：每次6粒，每日3次。

6.2.2.5 艾迪注射液：每次50~60ml，加入5%的葡萄糖注射液中静脉点滴，每日1次。15~20天为1周期。

6.2.3 针灸疗法

小便淋漓不畅或癃闭：选肾俞、膀胱俞、关元、中极、三阴交、承山、阴陵泉。用泻法，留针15分钟，间歇运针。每日1次，5~10次为1疗程。

内分泌失调：选三阴交、肾俞、天宗。留针15分钟。每日1次，10次为1疗程。

前列腺疼痛：选肾俞、三阴交、肝俞、足三里、委中。轻刺激，留针15分钟。每日1次，10次为1疗程。



睾丸肿瘤

1 范围

本《指南》规定了睾丸肿瘤的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于睾丸肿瘤的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

睾丸肿瘤 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）2007 睾丸肿瘤临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

睾丸肿瘤 testicular tumour

睾丸肿瘤是发生于睾丸的恶性肿瘤，占男性恶性肿瘤的 1%。其发生与睾丸下降不全（隐睾）、睾丸生殖细胞异常、温度升高、血供障碍、内分泌失调、性腺发育不全等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，睾丸肿瘤归属于“子痈”、“子痰”、“子疝”、“石疝”、“睾肿”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

4.1.1.1 睾丸肿块：早期症状不明显，典型的表现为逐渐增大的无痛性肿块，常偶然发现，可为单侧或双侧，同时或先后发生。一般无明显压痛，质地坚硬，晚期可凹凸不平，无波动感，透光试验阴性。

4.1.1.2 局部不适：约半数患者有睾丸沉重感或阴囊、下腹部及腹股沟牵拉感，跳跃或跑步时明显，站立过久或劳累后加重，或伴有轻度疼痛。

4.1.1.3 急性睾丸疼痛：较少见。多由于睾丸肿瘤出血、缺血或坏死等所致，可表现为绞窄性腹股沟疝样剧痛。

4.1.1.4 下腹或腹股沟肿块：隐睾恶变时常于盆腔内或腹股沟区见逐渐增大之肿块，同侧睾丸缺如。

4.1.1.5 内分泌失调：男性乳房肥大、性早熟或女性化。多见于滋养叶细胞癌、间质细胞癌及胚胎癌的患者。

4.1.1.6 不育：多见于自幼双侧隐睾或双侧睾丸肿瘤同时发生者。

4.1.1.7 转移症状：约 5% ~ 10% 的睾丸肿瘤以转移症状就诊。腹膜后淋巴结转移可引起腹痛、背痛，骨骼转移出现骨痛，锁骨上或腹股沟淋巴结转移可出现局部淋巴结肿大或疼痛，眼眶内转移可引起视觉障碍，肺部转移可出现咳嗽、胸痛、咯血，纵隔转移者常误以食道癌就医。

4.1.1.8 并发症：由于肿瘤对鞘膜的影响，少数晚期患者可并发积液或出血，形成血肿。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 B 型超声检查

B 超能直接而准确地检测睾丸的大小、形态、肿块、腹膜后淋巴结、肾蒂扭转性淋巴结及腹腔转移灶，有助于肿瘤分期和疗效观察，也是性腺外生殖细胞瘤和睾丸肿瘤筛选的重要手段。

4.1.2.2 X线检查

胸部及骨骼X线检查可了解有无转移发生。静脉肾盂造影可观察有无肾盂及输尿管移位或梗阻。下腔静脉造影对了解腹膜后转移有参考价值。双侧下肢和精索淋巴管X线造影可了解淋巴结有无充盈、缺损、移位，并确定转移的范围。

4.1.2.3 CT及MRI检查

腹部CT可三维显示肿瘤的大小及其与邻近组织的关系。MRI对软组织的对比度较好，可显示血管结构，减少临床分期的误差。

4.1.2.4 放射性同位素磷 (^{32}P) 检查

患侧睾丸含磷量超过健侧25%左右时有诊断价值。

4.1.3 病理学诊断

任何睾丸肿大经两周积极治疗而不缩小时均应考虑生殖细胞肿瘤，需切开检查并/或做活组织检查。

睾丸肿瘤包括生殖细胞和非生殖细胞肿瘤两大类，前者占95%以上，后者不到5%。生殖细胞肿瘤又分单纯型和混合型两大类，包括精原细胞瘤、胚胎癌、畸胎瘤和绒毛膜细胞癌。非生殖细胞肿瘤包括支持细胞、间质细胞、支持细胞-间质细胞等功能性肿瘤和间皮瘤、腺癌、横纹肌肉瘤、黏液性囊腺瘤、纤维上皮瘤、黑色素神经外胚瘤、淋巴瘤等附属组织肿瘤。

4.1.4 实验室诊断

4.1.4.1 人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位 (β -HCG)

β -HCG是胎盘滋养层细胞分泌的一种糖蛋白类激素。绒毛膜上皮癌者100%增高，睾丸母细胞瘤、精原细胞瘤、胚胎性肿瘤者均为阳性。若脑脊液中出现，说明有脑转移。

4.1.4.2 甲胎蛋白 (AFP)

约70%~90%的睾丸肿瘤、畸胎瘤等AFP可升高，且往往早于临床症状，因此可作为早期诊断及判断预后的参考。

4.1.4.3 癌胚抗原 (CEA)

睾丸肿瘤、畸胎瘤者约80% CEA可升高。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期 (UICC, 2002)。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 睾丸结核

睾丸结核主要侵犯附睾尾部，常伴输精管串珠状结节或肺内结核病变，抗结核治疗有效。

4.2.2 睾丸炎及附睾炎

睾丸炎及附睾炎发病较急，多有发热、睾丸肿大和明显触痛，抗感染治疗后明显缓解。

4.2.3 睾丸鞘膜积液或精液囊肿

睾丸鞘膜积液或精液囊肿时透光试验阳性。B超检查有助于鉴别囊性或实质性包块。

4.2.4 睾丸梅毒

病史和血清学检查 (康华氏反应阳性) 有助于鉴别诊断。

5 辨证

5.1 肝经郁热证

症见睾丸肿硬胀痛，伴胁肋、少腹胀痛，或乳房发育增大，遇情志不畅或恼怒加剧，心烦失眠，口干口苦，舌红，苔薄黄或黄腻，脉弦或弦滑。

5.2 瘀毒互结证

症见睾丸肿大，疼痛重坠，阴囊青紫，少腹疼痛，面色晦暗无华，舌紫暗或有瘀点瘀斑，苔薄

白，脉涩。

5.3 肝肾阴虚证

症见睾丸沉重肿大，坚硬如石，少腹胀痛，伴头昏耳鸣，腰腿酸软，失眠多梦，消瘦，阳痿遗精，不育，或伴低热，舌红少苔，脉细数。

5.4 痰瘀毒窜证

症见睾丸肿块，疼痛重坠，少腹剧痛，伴少腹或腹股沟、锁骨上窝包块，或发热胸痛，咳嗽咯血，舌紫暗或有瘀点瘀斑，苔薄白或薄黄，脉沉涩。

5.5 气血两虚证

症见睾丸肿大，质地坚硬，表面凹凸不平，形瘦乏力，少气懒言，纳呆便溏，或心悸，自汗盗汗，舌质黯淡，苔薄白，脉沉细无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

无论哪一类睾丸肿瘤都要先做睾丸高位切除及精索结扎术，然后根据疾病类型和病理分期分别给予放疗、化疗、中医药、生物免疫等综合治疗。

中医治疗睾丸肿瘤早期以祛邪为主，中期攻补兼施，晚期以补虚为主。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝经郁热证

治法：清泄肝热，解毒散结。

主方：龙胆泻肝汤加减。

常用药：龙胆草、黄芩、栀子、柴胡、泽泻、车前子、生地、当归、夏枯草、海藻、昆布、重楼、浙贝。

6.2.1.2 瘀毒互结证

治法：活血化瘀，消坚散结。

主方：少腹逐瘀汤加减。

常用药：五灵脂、蒲黄、小茴香、当归、川芎、赤芍、牛膝、香附、穿山甲、重楼、白花蛇舌草、三棱、莪术、海藻、虎杖。

6.2.1.3 肝肾阴虚证

治法：滋阴降火，解毒化瘀。

主方：知柏地黄丸加减。

常用药：生地、熟地、山茱萸、泽泻、山药、茯苓、丹皮、龟板、鳖甲、山慈菇、黄柏、知母。

6.2.1.4 痰瘀毒窜证

治法：活血解毒，化痰散结。

主方：消瘰丸合逐瘀汤加减。

常用药：牡蛎、夏枯草、浙贝、玄参、赤芍、川芎、当归、延胡索、五灵脂、穿山甲、虎杖、川贝、蒲公英、鱼腥草。

6.2.1.5 气血两虚证

治法：益气养血，解毒散结。

主方：八珍汤加减。

常用药：党参、太子参、沙参、白术、茯苓、当归、白芍、熟地、川芎、木香、砂仁、鸡内金、炙甘草。

6.2.2 中成药

- 6.2.2.1 龙胆泻肝丸：每次3~6g，每日2次。用于肝经郁热证。
- 6.2.2.2 云南白药：每次1~2g，每日2次。用于瘀毒互结证。
- 6.2.2.3 云南红药胶囊：每次2~3粒，每日2次。用于痰瘀毒窜证。
- 6.2.2.4 知柏地黄丸：每次6~8g，每日2次。用于肝肾阴虚证。
- 6.2.2.5 小金丹：每次0.6~1.2g，每日2次。用于痰瘀毒窜证。
- 6.2.2.6 西黄丸：每次3~6g，每日2次。用于痰瘀毒窜证。
- 6.2.3 药物外治
 - 6.2.3.1 六神丸：30~60粒，以醋调，外涂患处，每日4~6次。用于睾丸肿痛剧烈者。皮肤破溃者禁用。
 - 6.2.3.2 如意金黄散：适量，水醋各半调，外敷患部，每日1次，每次敷4~6小时。皮肤破溃者禁用。
 - 6.2.3.3 熏洗方：大黄、天花粉、当归、虎杖、红花、白芷、芒硝，煎汤，熏洗或坐浴。
 - 6.2.3.4 青黛散：青黛、苦参、重楼、大黄、冬青叶等，研末，开水调，加入陈醋20~30ml外敷患部。每日1~2次，每次4~6小时。
- 6.2.4 针灸疗法

取穴以足厥阴肝经为主，可配合脾、肾经穴位。睾丸坠胀不适者，选太冲、行间、曲泉、气冲、阴谷、横骨等；急性睾丸疼痛者，选太冲、阴廉、急脉、交信、横骨、五里、中封等，配合耳针睾丸、肝、肾、脑、神门等；内分泌失调，男性乳房肥大、性早熟或女性化者，选太冲、太溪、曲泉、气穴、照海等，配合耳针内分泌、肝、肾、脾、睾丸等。



卵 巢 癌

1 范围

本《指南》规定了卵巢癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于卵巢癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

卵巢癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）卵巢癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

卵巢癌 ovarian cancer

卵巢癌泛指卵巢恶性肿瘤，是女性最常见的恶性肿瘤之一，其死亡率居妇科恶性肿瘤首位。

根据临床表现和古代医籍的描述，卵巢癌归属于“肠覃”、“癥积”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床表现

卵巢癌早期多无症状，出现症状时往往已到晚期，可见腹胀、腹部肿块及腹水。肿瘤向周围组织浸润或压迫神经可引起腹痛、腰痛或坐骨神经痛，压迫盆腔静脉可出现下肢浮肿。一般无月经紊乱，若双侧卵巢被癌组织破坏可引起月经失调和闭经。此外，若为功能性肿瘤，可引起雌激素或雄激素过多的症状，如功能失调性子宫出血、绝经后阴道出血或男性化。晚期常表现为明显消瘦、严重贫血等。妇科检查：在阴道后穹窿可触及散在的坚硬结节或肿块，多为双侧性，表面凹凸不平，固定不动。有时在腹股沟、腋下或锁骨上可触及肿大的淋巴结。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 超声检查

超声检查可判断肿瘤的大小、囊性或实性、肿瘤与子宫的关系及有无腹水等。肿瘤直径 $<2\text{cm}$ 者超声诊断较困难，阴道超声检查，特别是经阴道彩色多普勒超声检查（TVCDU）可以显示肿瘤内血流状况，对鉴别肿瘤的良恶性有重要参考价值。

4.1.2.2 CT、磁共振（MRI）、正电子发射断层显像（PET）或 PET/CT 检查

CT、MRI 和 PET 对判断肿瘤的大小、性质、转移部位及发现盆腔和主动脉旁淋巴结的增大有一定价值，可用于确定临床分期、制订治疗方案、评价治疗效果和复查监测等。

4.1.3 病理学诊断

4.1.3.1 细胞病理学检查

细胞病理学检查包括腹水细胞学、阴道后穹窿吸液细胞学及细针穿刺抽吸（FNA）细胞学检查等。

4.1.3.2 组织病理学检查

行腹腔镜检查或剖腹探查时，对盆腔肿块或可疑部位可取样活检。卵巢癌的组织学分型复杂，以上皮性卵巢癌最常见。组织学分为 GX（分级无法评估）、GB（恶性边界）、G1（高分化）、G2（中

分化)、G3(低分化)和G4(未分化)。

4.1.4 实验室诊断

血清肿瘤标志物检测对卵巢癌诊断有重要参考价值。CA125 诊断卵巢上皮性癌,特别是浆液性囊腺癌的阳性率在 80% 以上,还可以在治疗和随访时监测。甲胎蛋白(AFP)是检测卵巢生殖细胞肿瘤的重要指标,绝大多数内胚窦瘤患者的 AFP 升高,部分未成熟畸胎瘤、混合性无性细胞瘤及胚胎瘤也可升高。此外,AFP 也可作为生殖细胞肿瘤治疗前后及随访的重要标志物。绒毛膜促性腺激素(HCG)在卵巢绒癌及含有绒癌成分的生殖细胞肿瘤患者血中常异常升高。乳酸脱氢酶(LDH)在部分卵巢恶性肿瘤,特别是无性细胞瘤患者血清中常升高,但并非特异指标。癌胚抗原(CEA)在一些晚期卵巢癌,特别是黏液性囊腺癌患者血清中常升高。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期(UICC, 2002)和国际妇产科联盟(FIGO)手术分期。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 卵巢良性肿瘤

卵巢良性肿瘤也表现为卵巢肿块,但多发生在生育期,且多为单侧,表面光滑,可推动,有囊性感,生长缓慢,无腹水。超声检查多为囊性声影,血清 CA125 检测呈阴性或低水平上升。

4.2.2 子宫内膜异位症

子宫内膜异位症形成的粘连性肿块和直肠子宫凹陷结节与卵巢肿瘤很难鉴别。前者多发于生育年龄妇女,常有进行性痛经、月经失调及不孕等,试用孕激素治疗有效可辅助诊断。超声和腹腔镜检查是有效的辅助诊断方法,有时需剖腹探查才能确诊。

4.2.3 盆腔炎性包块

盆腔炎性包块多有盆腔炎反复发作史,见发热,下腹痛,肿块固定、结节感,与周围组织粘连,有明显的触痛感。经抗感染治疗后症状缓解,盆腔肿块缩小。超声检查有助于诊断。

4.2.4 结核性腹膜炎

结核性腹膜炎也表现为腹腔或盆腔粘连性包块,常合并腹水,多发于年轻、不孕妇女。多有结核病史,全身症状见消瘦、乏力、低热、盗汗、食欲不振、月经稀少或闭经。妇科检查肿块位置较高,形状不规则,界限不清,固定不动。腹部检查有特征性的柔韧感,叩诊时鼓音和浊音分界不清。超声检查、腹水抗酸杆菌检查和腹水细胞学检查有助于诊断。必要时可行腹腔镜检查或剖腹探查以确诊。

4.2.5 肝硬化腹水

肝硬化腹水均有肝硬化病史,肝功能检查异常,腹水脱落细胞学检查阴性,超声或 CT 检查可见肝脏异常。

4.2.6 转移性卵巢癌

转移性卵巢癌常继发于胃肠道、乳腺和生殖系统恶性肿瘤,约占所有卵巢恶性肿瘤的 10%。发病年龄比原发性卵巢癌小 10 岁左右,有其他原发肿瘤史。

5 辨证

5.1 气滞血瘀证

症见面色晦暗,形体消瘦,肌肤甲错,少腹胀痛,神疲乏力,腹部包块坚硬固定,舌紫暗或有瘀点,脉细或涩。

5.2 寒凝血瘀证

症见少腹积块,按之痛甚,得温痛减,肢冷色青,月经后期,痛经,经色紫暗有血块,舌紫暗,苔白,脉沉迟而涩。

5.3 痰湿凝聚证

症见形体肥胖,乏力肢肿,胸闷腹满,月经不调,腹部肿块,带下量多,舌体胖,边有齿痕,苔

白腻，脉濡缓或滑。

5.4 湿热毒蕴证

症见身重困倦，腹胀有块，口干口苦不欲饮，尿黄灼热，大便干或腹泻，肛门灼热，舌红，苔厚腻，脉弦滑或濡数。

5.5 气血亏虚证

症见腹痛绵绵，少腹有包块，面色少华或无华，精神萎靡，心悸气短，头晕目眩，消瘦纳呆，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

5.6 气阴两虚证

症见面色萎黄，气短声微，全身疲乏，精神不振，腰膝酸软，头晕目眩，耳鸣，咽干口燥或渴不多饮，五心烦热，舌淡，苔少或无苔，脉沉细。

5.7 脾肾阳虚，水湿停聚证

症见腹大胀满，入暮尤甚，面色苍白或苍黄，脘闷纳呆，神疲懒言，肢冷或下肢浮肿，小便短少，大便稀溏，舌淡暗或淡紫，胖大有齿痕，苔白水滑，脉沉细无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

卵巢癌的治疗以手术为主。Ia期高分化（G1）或交界瘤术后不必辅助化疗，但应定期随访，可行中医治疗以提高免疫功能和改善全身状态。各期的中、低分化癌（G2或G3）及Ib期以上者术后应采用辅助化疗加中医治疗。对年轻、要求保留生育功能的生殖细胞肿瘤患者可施行较保守的手术，如单侧附件切除或减瘤术，术后应采用化疗加中医治疗。无性细胞瘤复发或残余、病灶局限者可采用术后放疗（外照射）加中医治疗。卵巢癌复发估计可被切除者可施行二次减瘤术，术后采用二线化疗加中医治疗。一般状态不佳者给予最佳支持治疗（BSC）加中医治疗。

中医治疗卵巢癌早期以攻为主，中期攻补兼施，晚期以补为主。放化疗期间的中医治疗应以扶正为主，目的是减轻放化疗毒性，并增加其疗效。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 气滞血瘀证

治法：行气活血，软坚散结。

主方：膈下逐瘀汤加减。

常用药：当归、桃仁、红花、赤芍、土茯苓、乌药、香附、夏枯草、莪术、生牡蛎、猪苓、茯苓、黄芪。

6.2.1.2 寒凝血瘀证

治法：温经止痛，活血化瘀。

主方：少腹逐瘀汤加减。

常用药：小茴香、干姜、延胡索、没药、川芎、当归、莪术、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂、八月札、土茯苓。

6.2.1.3 痰湿凝聚证

治法：化痰除湿，行气散结。

主方：二陈汤加减。

常用药：陈皮、半夏、土茯苓、莪术、胆南星、香附、夏枯草、青皮、山慈菇、三棱、干蟾皮、黄芪、女贞子。

6.2.1.4 湿热毒蕴证

治法：清热化湿，解毒散结。

主方：四妙丸加减。

常用药：生苡仁、半枝莲、白花蛇舌草、白英、车前草、土茯苓、大腹皮、鳖甲、莪术、黄柏、怀牛膝。

6.2.1.5 气血亏虚证

治法：益气健脾，滋阴补血。

主方：八珍汤加减。

常用药：生地、熟地、当归、白芍、白术、茯苓、川芎、生牡蛎、土茯苓、穿山甲、鳖甲、黄芪、鸡血藤。

6.2.1.6 气阴两虚证

治法：益气健脾，滋补肾阴。

主方：六味地黄丸加减。

常用药：熟地、山药、山茱萸、茯苓、丹皮、泽泻、鳖甲、巴戟天、补骨脂、党参、黄芪、女贞子、白花蛇舌草、鸡内金、三棱。

6.2.1.7 脾肾阳虚，水湿停聚证

治法：温补脾肾，利水渗湿。

主方：济生肾气丸加减。

常用药：干地黄、杜仲、补骨脂、桑寄生、白术、黄芪、炮附子、猪苓、茯苓、泽泻、龙葵、生苡仁、白花蛇舌草、地龙、王不留行。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 平消胶囊：每次4~8粒，每日3次。适用于卵巢癌正虚毒瘀者。

6.2.2.2 榄香烯注射液：每次400mg腹腔注射，每周1次，适用于癌性腹水；或0.4~0.6g稀释后静滴，每日1次，2~3周为1疗程。适用中晚期卵巢癌患者。

6.2.2.3 华蟾素注射液：10~20ml，稀释后静滴，每日1次，用药7天后休息1~2天，四周为1疗程。适用中晚期卵巢癌腹水或手术、化疗后辅助治疗。

6.2.2.4 消癌平注射液：20~100ml，稀释后静滴，每日1次，或2~4ml，肌肉注射，每日1~2次。适用中晚期卵巢癌或手术、化疗后辅助治疗。

6.2.2.5 艾迪注射液：50~100ml，稀释后静滴，每日1次，10~15天为1周期，间隔3天，2周期为1疗程。清热解毒，消瘀散结。

6.2.2.6 复方苦参注射液：12ml，稀释后静滴，每日一次。总量200ml为1疗程，连用2~3个疗程。适用中晚期卵巢癌疼痛者。

6.2.3 药物外治

独角膏贴于腹部，每日1贴，可消肿止痛。



宫 颈 癌

1 范围

本《指南》规定了宫颈癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于宫颈癌的诊断和治疗

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的是最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

宫颈癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

美国国家癌症综合网络中心（NCCN）子宫颈癌临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

宫颈癌 cervical cancer

宫颈癌是来自宫颈上皮的恶性肿瘤，为发病率最高的女性恶性肿瘤。其发病与初次性交过早、性伴侣和孕产次数过多、宫颈糜烂及阴道病毒（特别是人乳头状瘤病毒）感染有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，宫颈癌归属于“崩漏”、“五色带下”、“癥瘕”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

宫颈癌早期即原位癌时无临床症状，当病变进一步发展时可出现阴道出血、白带增多、组织浸润及压迫症状等。阴道出血：是宫颈癌最常见的症状，80%以上的患者有不规则阴道出血。早期量少，多表现为性交后出血。晚期出血量大，肿瘤菜花形或侵犯大血管时可大量出血，甚至休克。白带增多：早期白带量增加，呈黏液或浆液性，也可呈米汤样，混有血液。晚期因肿瘤坏死及感染，白带混浊或呈脓样，有恶臭。组织浸润及压迫症状：宫颈癌向前浸润膀胱可引起尿频、尿痛、脓血尿等，甚则形成膀胱阴道瘘；向后压迫大肠可引起便秘；浸润直肠可引起便血，甚则形成直肠阴道瘘；浸润或转移后压迫盆腔内神经可引起下腹部、腰骶部或坐骨神经痛。晚期可出现腹股沟淋巴结肿大和会阴部肿块等。

4.1.2 内窥镜检查

4.1.2.1 阴道镜检查

阴道镜可观察宫颈血管及组织的变化。宫颈鳞癌在阴道镜下可见镶嵌、点状血管、白色病变、血管异形等。宫颈腺癌时柱状上皮的中心血管高度扩张，宫颈表面腺口异常增多和/或不规则分布。

4.1.2.2 膀胱镜检查

中、晚期宫颈癌伴有泌尿系统症状时应行膀胱镜检查，可正确估计膀胱黏膜和肌层有无受累。必要时可行膀胱壁活检，以确诊及指导分期。

4.1.2.3 直肠或结肠镜检查

直肠或结肠镜适于有下消化道症状和疑有直肠、结肠侵犯者。

4.1.3 影像学诊断

4.1.3.1 静脉肾盂造影

静脉肾盂造影用于了解输尿管下段有无癌组织压迫或浸润。

4.1.3.2 CT 或 MRI

CT 和 MRI 可用于了解宫颈和宫颈癌转移途径相关的部位有无浸润及转移。

4.1.4 病理学诊断

4.1.4.1 鳞状细胞癌：可分为角化型、非角化型和小细胞型，是宫颈癌的主要病理分型，占 80% ~ 85%。

4.1.4.2 腺癌：可分为宫颈管黏液腺癌、内膜样腺癌和透明细胞癌等，约占 10% ~ 15%。

4.1.4.3 其他少见类型：如腺鳞癌、小细胞癌及未分化癌等。

4.1.5 实验室诊断

4.1.5.1 宫颈刮片：是一种无明显损伤且简单易行的检查方法，用于宫颈癌的普查及早期诊断。

4.1.5.2 HPV DNA 检查：HPV 感染是宫颈癌的主要原因，故 HPV 高危型检测是目前筛查宫颈癌的常用手段。

4.1.5.3 宫颈活检及宫颈管刮取术：是明确和早期诊断宫颈癌的主要手段。中、晚期病例能直接取得癌组织。

4.1.5.4 肿瘤标记物：血清总唾液酸（TSA）阳性率为 90.74%，乳酸脱氢酶（LDH）、鳞状细胞癌抗原（SCC）阳性率为 60%，癌胚抗原（CEA）阳性率为 39%，肿瘤相关的胰蛋白酶抑制剂（TATI）阳性率为 10%。

4.1.5 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 宫颈糜烂

宫颈糜烂外观色泽较红，光滑。伴有间质增生、形成颗粒型或乳突型糜烂时不易与宫颈癌鉴别，需经活检确定诊断。

4.2.2 宫颈息肉

少数宫颈癌可呈息肉状生长，为防止漏诊，从宫颈取下的息肉组织应进行病理检查。

4.2.3 宫颈结核

除不规则阴道出血和大量白带外，宫颈结核可有闭经史及结核体征。阴道检查可见多个溃疡，甚至菜花样赘生物，与宫颈癌很相似，需活检进行鉴别。

4.2.4 宫颈乳头状瘤

宫颈乳头状瘤为良性肿瘤，仅见于妊娠期，状如菜花、质硬，可有接触性出血和白带增多，需经活检鉴别。本病无需处理，产后多自行消失。

5 辨证

5.1 肝郁气滞，冲任失调证

症见白带量多，偶带血丝，小腹胀痛，月经失调，情志郁闷，心烦易怒，胸胁胀闷不适，舌苔薄白，脉弦。

5.2 肝经湿热，毒蕴下焦证

症见白带量多，色如米泔或浊黄，气味秽臭，下腹、腰骶酸胀疼痛，口干口苦，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄或腻，脉滑数。

5.3 肝肾阴虚，瘀毒内蕴证

症见白带量多，色黄或杂色，有腥臭味，阴道不规则出血，头晕耳鸣，手足心热，颧红盗汗，腰背酸痛，下肢酸软，大便秘结，小便涩痛，舌质红绛，苔少，脉细数。

5.4 脾肾阳虚，瘀毒下注证

症见白带量多，有腥臭味，崩中漏下，精神疲惫，面色苍白，颜目浮肿，腰酸背痛，四肢不温，纳少乏味，大便溏薄，小便清长，舌淡胖，苔薄白，脉沉细无力。

6 治疗

6.1 治疗原则

早期（0～Ⅱ_a期）以手术治疗为主，中晚期（Ⅱ_b～Ⅳ期）以放射治疗为主，对不宜手术的早期患者可采用放射治疗。化疗及中医药适用于晚期及复发患者的综合或姑息治疗。

中医治疗以调理冲任和清理下焦湿热瘀毒为主。局部用药是中医治疗本病的一大特色，尤其中药锥切疗法效果更佳。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肝郁气滞，冲任失调证

治法：疏肝理气，调理冲任。

主方：逍遥散合二仙汤加减。

常用药：柴胡、当归、白术、茯苓、香附、赤芍、白芍、仙茅、仙灵脾、淫羊藿、胆南星、莪术、仙鹤草、白茅根。

6.2.1.2 肝经湿热，毒蕴下焦证

治法：清热利湿，疏肝解毒。

主方：龙胆泻肝汤合椿树根丸加减。

常用药：龙胆草、柴胡、栀子、木通、车前子、当归、泽泻、甘草、黄柏、椿根皮、白芍、土茯苓、莪术、胆南星。

6.2.1.3 肝肾阴虚，瘀毒内蕴证

治法：滋阴清热，化瘀解毒。

主方：知柏地黄汤合固经丸加减。

常用药：知母、黄柏、熟地、山茱萸、山药、丹皮、泽泻、土茯苓、赤芍、白芍、半枝莲、龟板、黄芩、杜仲。

6.2.1.4 脾肾阳虚，瘀毒下注证

治法：健脾温肾，化湿解毒。

主方：完带汤加减。

常用药：党参、山药、苍术、白术、猪苓、茯苓、车前子、柴胡、荆芥穗、白芍、甘草、椿根皮、黄柏、白果、五灵脂。

6.2.2 药物外治

6.2.2.1 锥切疗法：“三品一条枪”（简称“三品”）主要由白砒、明矾、雄黄、没药等组成。用法：将药饼或杆敷贴于宫颈病灶处或插入宫颈管内，用凡士林纱布保护阴道穹隆，再用双紫粉（由紫草、紫花地丁、草河车、黄柏、旱莲草、冰片组成）棉球压紧固定，48小时换凡士林纱布。每天换双紫粉1次，一般5～8天脱落。根据具体情况，上药5～10次可达近期治愈。对早期宫颈癌的治愈率达100%。“三品”促使宫颈组织凝固坏死，自溶脱落，是主药；双紫粉清热解毒，祛腐止血，为辅助药。

6.2.2.2 催脱钉疗法：主要药物为山慈姑、麝香、白砒、雄黄、蛇床子、硼砂、枯矾、冰片。诸药研为细末，加适量江米糊制成1cm钉剂，阴干后，插入宫颈口内。

6.2.3 针灸疗法

6.2.3.1 尿潴留：选阴陵泉、归来、水道、气海、三阴交、关元、太溪等穴。

6.2.3.2 白细胞减少：放疗所致白细胞减少可选大椎、足三里、血海、关元。

膀胱癌

1 范围

本《指南》规定了膀胱癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于膀胱癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

膀胱癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC）和美国癌症联合会（AJCC）2002

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

膀胱癌 bladder carcinoma

膀胱癌是发生于膀胱上皮和间皮组织的恶性肿瘤。其发病与吸烟、长期接触芳香类物质、慢性膀胱炎、膀胱结石等有关。另外，寄生虫病（如埃及血吸虫病）、盆腔照射也可使膀胱癌患病率增高。自然生存期大约为 16~20 个月。

根据临床表现和古代医籍的描述，膀胱癌归属于“溺血”、“血淋”、“癃闭”等范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

4.1.1.1 血尿

膀胱癌表现为无痛性肉眼血尿或显微镜下血尿，可为间歇性全程或终末血尿，有时夹血块。无痛性、间歇性全程肉眼血尿是膀胱癌常见的早期症状。出血量和血尿持续的时间与肿瘤的恶性程度、大小、范围和数目有一定关系，乳头状肿瘤最易出血。

4.1.1.2 膀胱刺激症状

膀胱癌早期膀胱刺激症状较少出现，当合并感染、出血、坏死或肿瘤出现在膀胱三角区时可引起尿频、尿急、尿痛等。

4.1.1.3 排尿困难

肿瘤发生在膀胱颈部或瘤体较大、肿块形成、脱落的癌组织阻塞尿路时可引起排尿困难，或点滴而下，甚至尿潴留。

4.1.1.4 浸润和转移症状

浸润输尿管时可引起肾盂积水和上泌尿道感染，出现腰痛、腰酸、发热等。侵犯直肠可出现黏液血便或肛门下坠、疼痛等。转移到盆腔或腹膜后可出现腰酸、下腹痛。转移到髂静脉旁淋巴结可引起下肢淋巴、静脉回流受阻而出现下肢肿胀。肿瘤坏死组织脱落时尿液中可有腐肉组织排出。两侧输尿管受侵可出现少尿或无尿。晚期可在下腹部，特别是膀胱顶部触及肿块，多为腺癌。

4.1.1.5 体征

浸润癌晚期，在下腹部耻骨上区可触及坚硬肿块，排尿后不消退。并发肾功能不全时可有下肢凹陷性水肿，发生贫血时可见贫血貌。

4.1.2 膀胱镜检查

膀胱镜是诊断膀胱癌的主要方法，可以确定肿瘤的部位、范围、大小、数目、恶性程度、浸润深度及有无转移。

4.1.3 影像学诊断

4.1.3.1 X线检查

排泄性尿路造影可了解肾盂、输尿管有无肿瘤浸润。膀胱癌时造影可见充盈缺损，膀胱壁变硬，不整齐。

4.1.3.2 CT和MRI检查

CT和MRI可发现肿瘤浸润的深度及局部转移病灶。

4.1.3.3 超声检查

超声检查可判断肿瘤的大小、位置、黏膜浸润程度，向膀胱腔内或腔外有否侵犯以及转移至前列腺、盆腔的情况，并对膀胱癌进行分期。对直径1cm以下的肿瘤诊断准确率较低。

4.1.4 病理学诊断

根据组织学类型可以分为上皮性和非上皮性肿瘤。上皮性肿瘤占95%以上，多数为移行细胞乳头状癌，鳞癌和腺癌较少。非上皮性肿瘤由间质组织发生，罕见。根据肿瘤细胞的大小、形态、染色、核改变和分裂相等，其分化程度可分为三级：Ⅰ级，分化良好，属低度恶性；Ⅲ级，分化不良，属高度恶性；Ⅱ级，分化居Ⅰ、Ⅲ级之间，属中度恶性。根据生长方式，可分为原位癌、乳头状癌和浸润癌。原位癌局限在黏膜内，无乳头，亦无浸润。移行细胞癌多为乳头状，鳞癌和腺癌常有浸润。不同生长方式可单独或同时存在。

4.1.5 实验室诊断

4.1.5.1 尿常规检查

尿常规检查可较早地发现膀胱癌。尿液检测可见血细胞，结合其他检查可确诊。

4.1.5.2 尿脱落细胞学检查

约85%的膀胱癌病人尿脱落细胞学检查呈阳性。

4.1.5.3 膀胱癌标记物

CEA：患者血浆和尿中CEA明显上升。值得注意的是，相当一部分膀胱癌患者血浆和尿中CEA仅少量增加或不增加，尿路感染时也可出现假阳性。

纤维蛋白降解产物（FDP）：尿FDP与瘤细胞检查对膀胱癌的诊断正确率极高。

4.1.5.4 流式细胞术（FCM）

FCM具有准确、客观、快速和重复性强的优点。一般肿瘤细胞核内DNA、非组蛋白以及胞质RNA含量高于正常细胞，其增高程度与恶性程度成正比。

4.1.5.5 定量荧光图像分析

定量荧光图像分析的敏感性高于传统的脱落细胞学检查和流式细胞术，尤其对低分化癌的诊断阳性率有很大提高。

4.1.6 分期诊断

采用TNM国际分期。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 泌尿系结核

4.2.1.1 肾结核

肾结核常表现为终末血尿，一般在长期进行性加重的尿频之后出现。尿中有大量血细胞，并可找到结核杆菌。

4.2.1.2 膀胱结核

膀胱内结核性肉芽肿可误诊为膀胱癌。结合症状、活组织检查及尿结核杆菌检查可鉴别。

4.2.2 泌尿系结石

4.2.2.1 尿路结石

尿路结石血尿较轻，尤其是肾绞痛或体力劳动后加重，常伴病侧疼痛。

4.2.2.2 膀胱结石

膀胱结石可见尿线中断和血尿滴沥，排尿终末疼痛加重，合并感染时可有膀胱刺激征。

4.2.3 非特异性膀胱炎

非特异性膀胱炎多见于已婚女性，突然发生血尿，伴高热、尿频、尿急、尿灼痛。特点为病程短，发病突然，及时治疗能很快痊愈。

4.2.4 放射性膀胱炎

放射性膀胱炎常发生于盆腔脏器肿瘤放射治疗后2年以内，见严重血尿，亦可在10~30年后出现，无痛，有时可见到放射性肉芽肿，形状酷似肿瘤。询问病史或取活组织检查可以明确诊断。

4.2.5 前列腺癌

前列腺癌晚期可侵入膀胱，在膀胱镜检查时难与膀胱癌鉴别。常先有排尿困难，继而出现血尿，结合直肠指诊和活组织检查可以明确诊断。

4.2.6 子宫颈癌

子宫颈癌侵入膀胱者不少见，但多数有阴道出血病史，结合阴道检查可鉴别。

此外，一些内科疾病如肾炎、出血性疾病、保泰松等药物反应也可以有血尿，结合病史及其他症状不难鉴别。

5 辨证

5.1 膀胱湿热证

症见血尿、尿频、尿急、尿道灼热疼痛，腰酸背痛，下肢浮肿，伴心烦口渴，夜寐不安，纳呆食少，舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数。

5.2 瘀血内阻证

症见血尿或尿中夹血块，排尿困难或闭塞不通，小腹坠胀疼痛，可触及肿块，舌暗红，有瘀点或瘀斑，脉沉细。

5.3 瘀毒蕴结证

症见血尿，尿中夹血块、腐肉，有恶臭味，排尿困难或闭塞不通，小腹坠胀疼痛，可触及肿块，舌暗红，有瘀点或瘀斑，苔黄或黄腻，脉沉细或沉细数。

5.4 脾肾亏虚证

症见间歇性、无痛性血尿，腰酸背痛，神疲乏力，畏寒肢冷，伴纳呆食少，腹胀便溏，双下肢浮肿，舌淡红，苔薄白，脉沉细无力或沉缓。

5.5 肝肾阴虚证

症见无痛性肉眼血尿，口干口渴，五心烦热，头晕耳鸣，腰膝酸软，消瘦，舌质红，少苔，脉细数。

5.6 阴虚火旺证

症见持续性肉眼血尿，量多，色鲜红，口干舌燥，口渴欲饮，午后潮热或高热不退，头晕耳鸣，腰膝酸软，消瘦便干，舌光红无苔，脉细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

膀胱癌早期以手术治疗为主，术后膀胱内灌注化疗药；中晚期以中西医结合治疗为主。膀胱癌术后，尤其是保留膀胱者易复发，故应进行严格的随访和康复治疗。

中医药治疗膀胱癌，早期以祛邪为主，中期攻补兼施，晚期以补为主，总的原则为补虚泻实。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 膀胱湿热证

治法：清利热湿。

主方：八正散加减。

常用药：车前子、木通、扁蓄、滑石、瞿麦、栀子、大黄、甘草、灯心草、蒲公英、白茅根、小蓟等。

6.2.1.2 瘀血内阻证

治法：活血化瘀，兼以养血。

主方：桃红四物汤加减。

常用药：桃仁、红花、川芎、当归、白芍、熟地、三七粉、丹参、仙鹤草等。

6.2.1.3 瘀毒蕴结证

治法：清热解毒，通淋散结。

主方：海金砂散合白茅根汤加味。

常用药：海金砂、灯心草、白茅根、土茯苓、龙葵、蛇莓、白英、苦参、大青叶、蒲公英等。

6.2.1.4 脾肾亏虚证

治法：温补脾肾。

主方：四君子汤合加味肾气丸加减。

常用药：党参、白术、茯苓、炙甘草、熟地、山茱萸、山药、丹皮、泽泻、制附子、肉桂、川牛膝、车前子、川断、续断、血余炭、炒扁豆等。

6.2.1.5 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

主方：六味地黄丸合二至丸加减。

常用药：熟地、山茱萸、山药、茯苓、泽泻、丹皮、女贞子、旱莲草、地骨皮、白茅根等。

6.2.1.6 阴虚火旺证

治法：滋阴降火。

主方：知柏地黄汤加减。

常用药：知母、黄柏、生地、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻、芙蓉叶、麦冬、大蓟、小蓟、侧柏叶、白茅根等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 八正合剂：每次15~20ml，每日3次。适用于膀胱癌湿热内蕴者。

6.2.2.2 知柏地黄丸：每次1丸，每日3次。适用于膀胱癌阴虚内热者。

6.2.2.3 六味地黄丸：每次1丸，每日3次。适用于膀胱癌肝肾阴虚者。

6.2.2.4 复方喜树碱片：每次2~4片，每日3次，饭后服。适用于膀胱癌瘀血内阻，瘀毒蕴结者。

肾 癌

1 范围

本《指南》规定了肾癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于肾癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

肾癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC）2002

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

肾癌 kidney cancer

肾癌是发生于肾脏的恶性肿瘤。其发病原因不确切，可能与吸烟、肥胖（尤其是女性）、职业因素和遗传等有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，肾癌归属于“血尿”、“腰痛”、“积证”范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

血尿、肿块、腰痛为肾癌的三联征。肾癌无症状者占 40%；三联征同时出现者约 15%，且往往已经到了晚期；另有 1/3 以肾外表现为首发症状。

血尿：为最常见的症状，包括肉眼或镜下血尿。间隙性、无痛性肉眼血尿为肾癌的特点。腰痛：以腰部隐痛、持续性钝痛为主。腰部或上腹部肿块：约有 10% 的患者在腰部或上腹部可触及肿块，消瘦者或肿瘤位于肾下极时常可检查到。肾外表现：约 30% 的患者出现低热，少数可为高热；约 1/3 患者出现贫血；约 15% 患者出现可逆性肝功能失常；10% ~ 15% 的患者出现肾性高血压；少量患者出现红细胞增多症、皮质醇增多症、高钙血症等。肾癌晚期表现：精索静脉曲张，下肢水肿，肺、软组织、骨、肝、肾上腺、脑及对侧肾转移，恶病质（消瘦、乏力、厌食）等。

4.1.2 影像学诊断

4.1.2.1 X 线检查

胸部正侧位片应作为常规检查，因为肾癌易发生肺转移。

4.1.2.2 超声波检查

约有 1/3 ~ 2/3 的患者表现为回声不均的低回声实性占位，多数血供丰富。

4.1.2.3 CT 检查

CT 可了解肿块的大小、密度、局部蔓延、淋巴结转移及血管受侵情况等，为能否手术做出判断。

4.1.2.4 磁共振（MRI）检查

MRI 常用于对造影剂过敏，或肾功能差、不能行增强 CT 扫描的患者。

4.1.2.5 骨扫描

肾癌易发生骨转移，骨扫描检查很必要。

4.1.3 病理学诊断

细胞学检查：尿脱落细胞学检查阳性率在 20% ~ 50% 之间，也可在 B 超引导下细针穿刺细胞学检查。

病理学检查：可于手术切除、转移灶活检时获得组织。病理分型：肾细胞癌（RCC）占成人肾恶性肿瘤的80%~85%，包括：①透明细胞癌，最常见；②乳头状癌；③嫌色细胞癌。

4.1.4 实验室诊断

尿常规检查见血尿者有患肾癌的可能，肾功能检查对诊断和指导治疗有帮助。

4.1.5 分期诊断

采用TNM国际分期（AJCC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 肾囊肿

肾囊肿需要与囊性肾癌鉴别。良性肾囊肿一般壁均匀平整，如有分隔则厚度<1mm，与肾实质界限清晰。囊性肾癌囊壁厚而不规则，或有不规则结节，多数由肾癌出血、坏死引起，少数由多房囊肿癌变而成。

4.2.2 肾血管平滑肌脂肪瘤（AML）

肾血管平滑肌脂肪瘤又称肾脏错构瘤，具有家族和遗传倾向，不常见。CT扫描可见特征性的脂肪成分。

4.2.3 肾嗜铬细胞瘤

肾嗜铬细胞瘤少见，占肾脏上皮肿瘤的3%~5%，多无症状，少数可有血尿、腰酸和腹部包块。直径大于3cm的应做肿瘤剜除术。

4.2.4 肾转移癌

肾转移癌必有原发恶性肿瘤史，尤其肺癌、乳腺癌、恶性黑色素瘤等易发生肾转移。B超或CT可见多发的小结节影，常侵犯双侧肾，血供不丰富。

4.2.5 腹膜后恶性肿瘤

腹膜后恶性肿瘤包括恶性平滑肌肉瘤侵犯肾脏等，必要时可通过病理检查明确诊断。

5 辨证

5.1 肾虚毒聚证

症见腰酸痛，神疲乏力，血尿，或午后低热，舌淡红，苔薄白，脉沉细。

5.2 湿热瘀毒证

症见腰部或上腹部包块，腰酸痛，血尿，口干苦，渴喜冷饮，纳呆，恶心呕吐，低热，舌暗红，苔白或黄腻，脉弦滑。

5.3 气血双亏证

症见腰部肿块疼痛，血尿，消瘦，神疲乏力，面色无华，心悸气短，头晕纳呆，口干低热，舌淡红，苔薄白，脉细弱。

5.4 阴虚火旺证

症见腰酸痛，血尿，消瘦，低热，五心烦热，腰膝酸软，口干，头晕耳鸣，舌质红，苔少或花剥，脉细数。

6 治疗

6.1 治疗原则

手术切除是肾癌的主要治疗方法，中晚期可配合化疗、放疗、免疫治疗、靶向治疗等。具体原则如下：Ⅰ期：根治性肾切除术；Ⅱ期、Ⅲ期：尽可能行根治性肾切除术，可酌情配合术前、术后辅助化疗或放疗+中药；Ⅳ期：主要采用化疗、免疫治疗、靶向治疗+中药，如有可能，可行姑息性肾切除术，远处转移灶也可放疗；复发病例：以化疗为主，配合免疫治疗、靶向治疗+中药；肾癌的孤立性转移灶也可手术切除。

中医认为，肾癌本虚标实，治疗宜祛邪与扶正并举。祛邪宜针对痰湿瘀毒之结聚，酌用化痰除湿

解毒或活血化瘀解毒之法；扶正尤重气血，调理脾肾宜贯穿治疗全程。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 肾虚毒聚证

治法：补肾解毒。

主方：六味地黄丸加减。

常用药：生地、熟地、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、补骨脂、怀牛膝、桑寄生、杜仲、土茯苓、龙葵、黄芪、女贞子、半枝莲、仙鹤草等。

6.2.1.2 湿热瘀毒证

治法：清热利湿，化瘀解毒。

主方：小蓟饮子加减。

常用药：小蓟、生地、蒲黄、藕节、滑石、竹叶、当归、栀子、甘草、猪苓、威灵仙、牛膝、桑寄生、五灵脂、莪术、大黄炭、龙葵、蛇莓等。

6.2.1.3 气血双亏证

治法：益气养血解毒。

主方：八珍汤加减。

常用药：黄芪、党参、茯苓、白术、生地、当归、赤芍、白芍、女贞子、菟丝子、牛膝、木瓜、仙鹤草、炒枣仁、珍珠母、白英、半枝莲、焦山楂等。

6.2.1.4 阴虚火旺证

治法：滋阴清热解毒。

主方：知柏地黄汤加减。

常用药：知母、黄柏、丹皮、生地、熟地、山茱萸、猪苓、女贞子、旱莲草、威灵仙、青蒿、鳖甲、大蓟、小蓟、藕节炭、半枝莲等。

6.2.2 中成药

6.2.2.1 鳖甲煎丸：每次1丸，每日2次。适于肾癌血瘀证。

6.2.2.2 六味地黄丸：每次30粒，每日2次。适于肾癌肾阴不足证。

6.2.2.3 金匮肾气丸：每次1丸，每日2次。适于肾癌肾阳虚证。

6.2.2.4 健脾益肾冲剂：每次1袋，每日2次。适于肾癌术后。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 肾癌止痛散：冰片、藤黄、麝香、生南星等共为细末，酒、醋各半调成糊状，外敷肾区痛处。

6.2.3.2 加味三生散：生南星、生川乌、生附子、生马钱子末、冰片各等份，取上五味药总量的1/8，加生芙蓉适量捣烂，混合调糊，敷于痛处，油纸纱布固定。

皮肤癌

1 范围

本《指南》规定了皮肤癌的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于皮肤癌的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其公开发布的最新版本适用于本标准。

皮肤癌 TNM 国际分期 国际抗癌联盟（UICC），2002

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

皮肤癌 skin cancer

皮肤癌是发生于皮肤表面的恶性肿瘤，其发病与日光暴晒和放射线、砷剂、焦油衍生物等长期刺激有关。

根据临床表现和古代医籍的描述，皮肤癌归属于“翻花疮”、“疮”的范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床表现

基底细胞癌以皮肤菲薄、富有皮脂腺及经常受阳光照射的部位多发，早期为淡黄色或粉红色略高出皮面的小结节，质地硬，常无痛，发展后皮肤表面出现鳞片状脱屑，常反复结痂、溃烂、渗血。皮肤鳞状细胞癌早期一般为红斑样皮损，伴有不同程度的脱屑和结痂，痂皮脱落常形成溃疡并伴有肉芽肿形成，部分生长迅速者呈典型的菜花样。皮肤原位癌以头颈部多见，表现为淡红色或暗红色稍隆起的皮损，逐渐扩大成边缘清楚的环状丘疹，覆以厚痂，病程缓慢。体征：皮肤表面红斑、丘疹样皮损，或皮肤表面硬结，边缘隆起，或皮肤糜烂、溃疡向四周浸润，随着病情的发展可出现区域性淋巴结肿大。

4.1.2 影像学诊断

通过胸部 X 线摄片、腹部 B 超、CT、MRI 或骨核素扫描可了解是否存在其他器官的转移。

4.1.3 病理学诊断

病理分型主要包括基底细胞癌和鳞状细胞癌。国外以基底细胞癌多见，我国鳞癌多见。其他如恶性黑色素瘤、特发性出血性肉瘤、汗腺癌、隆突性皮肤纤维肉瘤、血管肉瘤等少见。

基底细胞癌可分为未分化与分化两类，未分化的称为实体性基底细胞癌，其他如向毛发结构分化的角化型基底细胞癌、向皮肤腺分化的囊肿型基底细胞癌属于分化型基底细胞癌。

根据肿瘤组织中不典型细胞的多少，鳞状细胞癌可分为 4 级：Ⅰ级：不典型鳞状细胞低于 25%，癌细胞局限在汗腺以上；Ⅱ级：不典型鳞状细胞占 25% ~ 50%，癌细胞浸润到真皮深层；Ⅲ级：不典型鳞状细胞可达 50% ~ 75%，核分裂明显，基本无角化珠；Ⅳ级：几乎所有肿瘤细胞均有不典型性。

4.1.4 分期诊断

采用 TNM 国际分期（UICC，2002）。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 脂溢性角化病

脂溢性角化病多发于头面、颈部及躯干部，发病年龄常在 50 岁以上，表现为圆形或椭圆形扁平疣状皮疹，质软，边界清楚，个别可以发展为基底细胞癌。

4.2.2 盘状红斑狼疮

盘状红斑狼疮以中年多发，好发于颜面、颈、耳、手等部位，为红色鳞屑性红斑，剥离鳞屑可见毛囊口扩大和角质栓塞。类风湿因子、血沉、抗核抗体检查可作为辅助鉴别手段。

4.2.3 角化棘皮瘤

角化棘皮瘤以中年好发，多见于面部，呈坚实的半球形，边缘隆起，中央凹陷，呈火山口状，内含角质痂，可自然痊愈。

5 辨证

5.1 脾虚痰凝证

症见肿块如堆粟，边缘高起、坚硬，或呈囊肿状，表面破溃，可见黏液，并见食少纳差，乏力消瘦，舌质淡，苔白，脉沉缓。

5.2 肝郁血燥证

症见皮肤肿块破溃后不易收口，边缘高起，色暗红，质硬，外翻如花状，并见急躁易怒，胸胁胀痛，舌红，苔白或薄黄，脉弦细。

5.3 血热湿毒证

症见小结节或丘疹逐渐扩大，皮肤潮红或溃疡，易出血，有恶臭，常伴口干口苦，心烦易怒，大便干结，小便黄赤，舌红，苔腻，脉弦滑。

6 治疗

6.1 治疗原则

基底细胞癌：Ⅰ～Ⅱ期病变较小或局限者采用手术切除或放射治疗，也可作冷冻治疗、激光治疗和局部化疗。Ⅲ期有淋巴结转移者采用手术+淋巴结清扫+中医治疗。不能手术切除或放疗的全身性病变可化疗+中医治疗。

鳞状细胞癌：与基底细胞癌基本相同，但未分化癌需做更积极的外科和/或放疗，有淋巴结转移者应行淋巴结清扫术，原位癌时原发灶切除范围应距肿瘤边缘 0.5cm，也可用冷冻或激光治疗。Ⅰ期，切缘应距原发灶 1～2cm，不用辅助治疗。Ⅱ期，切缘应距原发灶 2～3cm， T_3 时可考虑术后放疗。Ⅲ期，切缘应距原发灶 3cm，术后化疗合并放疗、中药治疗， N_1 时可行根治性淋巴结清扫术。Ⅳ期，原发灶和转移灶单纯切除意义不大，但可做放疗、化疗和中医治疗，必要时可做姑息切除术。

皮肤癌的中医治疗重在滋养肝血，同时应突出外治特色。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 脾虚痰凝证

治法：健脾利湿，软坚化痰。

主方：二陈汤合四君子汤加减。

常用药：白术、扁豆、山药、薏苡仁、猪苓、白僵蚕、土茯苓、白芥子、草河车、夏枯草、瓜蒌、白花蛇舌草。

6.2.1.2 肝郁血燥证

治法：疏肝理气，养血活血。

主方：柴胡疏肝散加减。

常用药：柴胡、郁金、川楝子、香附、厚朴、化橘红、橘络、丝瓜络、赤芍、红花、三棱、莪

术、当归。

6.2.1.3 血热湿毒证

治法：清热凉血，除湿解毒。

主方：五味消毒饮加减。

常用药：栀子、丹皮、紫草、连翘、紫花地丁、银花、白鲜皮、土茯苓、半枝莲、仙鹤草、生甘草。

6.2.2 药物外治

6.2.2.1 20% 蟾酥软膏：外敷，3 日后癌组织坏死脱落，约 18 日基本愈合。

6.2.2.2 藜芦膏：单味藜芦研成粉末，以脂调膏外敷，数日 1 换。

6.2.2.3 蚀癌膏：马钱子、蜈蚣、紫草、全蝎。以上各药焙干后研成细末，再制成软膏，涂擦于癌肿部，每日 3~4 次。

6.2.2.4 鸦胆子仁凡士林膏：将鸦胆子仁捣碎，与凡士林混合拌匀，外敷患处，每日 1 次。主治皮肤鳞癌。

6.2.2.5 炉甘石 60g，密陀僧 60g，冰片 1.5g。共研细末，与猪板油 250g 捣匀成软膏状，涂患处。治疗癌性溃疡。

6.2.3 单方

鸦胆子仁，从每次 9 粒开始，每周增长 1 粒，每日 3 次。用桂圆肉包裹或装胶囊，饭后服用。内服 5 周。



癌性疼痛

1 范围

本《指南》规定了癌性疼痛的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于癌性疼痛的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单（不包括勘误的内容）均不适用于本部分，然而，鼓励根据本标准达成协议的各方研究并适时采用这些文件的是最新版本。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本适用于本标准。

美国国家癌症综合网络中心（NCCN） 成人癌性疼痛临床指引

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

癌性疼痛 cancer pain

癌性疼痛是癌症患者特别是中晚期癌症患者最常见的症状，大部分是由肿瘤直接发展侵犯所致，也包括一部分与癌症诊疗相关（如穿刺活检、手术、放疗、化疗肿瘤副综合征、褥疮、便秘等）、但不是肿瘤直接引起的疼痛。

根据临床表现和古代医籍的描述，癌性疼痛归属于“痛证”范畴。

4 诊断

4.1 诊断要点

癌性疼痛的诊断包括癌症与疼痛两个方面。癌症方面包括诊断、鉴别诊断、分期、并发症等。只有在确定了癌症诊断的前提下，癌性疼痛的诊断才成立。

4.1.1 癌性疼痛的诊断程序

4.1.1.1 病史

癌性疼痛病史包括疼痛部位、性质、特点、强度，疼痛加重、诱发及缓解的因素，治疗手段对疼痛的影响，疼痛对睡眠、饮食、情绪、生活态度、工作和生活能力、社交等方面的影响。

4.1.1.2 体格检查

除内科常规体检外，强调神经及精神方面的检查测评。

4.1.1.3 辅助检查

辅助检查包括疼痛部位及可能涉及部位的B超、X线、CT、MRI、放射性核素及生化、免疫、肿瘤标记物等检查。

4.1.1.4 疼痛评估

目前对癌痛的评估有三种方法：①疼痛强度量表：向患者展示不同疼痛强度，如无痛、轻度、中度、重度、极重及酷痛，让患者确定一个合适自己的疼痛度。②数字化疼痛量表：0~10级代表不同疼痛程度，0为无痛，5为中度痛，10为酷痛。让患者在横坐标上划出与自己疼痛程度相当的数字。③视觉类比量表：在0~100mm的水平线上，左端0为无痛，右端100为酷痛，让患者在横线上标记自己的疼痛程度。一般在每天固定时间（如晨起、上午、下午、夜晚）和用药前后进行标记。

4.1.2 常见癌痛综合征

4.1.2.1 骨转移

骨转移多表现为程度不等的钝痛，活动和负重后加重。25%的患者可无症状。并发症有骨折、高血钙和神经、脊髓压迫。多继发于多发性骨髓瘤、乳腺癌、肺癌、肾癌、前列腺癌、甲状腺癌等，主要转移部位为脊柱、骨盆、股骨及头颈。

4.1.2.2 硬膜外转移及脊髓压迫

硬膜外转移及脊髓压迫一般为中到重度疼痛，影响神经根可有短暂尖锐痛。多为骨转移的并发症。

4.1.2.3 头颅转移

颅内转移或原发灶可引起头痛及颅神经受侵的一系列症状。

4.1.2.4 根性疼痛

根性疼痛常由肿瘤浸润或放疗后神经纤维化造成，可引起肩、背及下肢剧烈疼痛。颈丛症状多见于颈部淋巴结肿大及头颈部肿瘤，臂丛症状多见于肺癌、乳腺癌及淋巴瘤，腰骶丛症状多见于腹部和盆腔肿物，如结肠癌、子宫内膜癌、肾癌等。除疼痛外，还常伴尿失禁、下肢无力、感觉减退等。

4.1.2.5 周围神经病变

周围神经病变可由肿瘤浸润、放疗后神经纤维化、神经毒性药物（VCR、DDP、Taxol 等）应用、术后组织挛缩等引起，表现为烧灼样、紧缩样疼痛，同时伴感觉异常、无力、麻木、肌萎缩。

4.1.2.6 腹痛

腹痛常由肿瘤侵犯肠系膜、脏器及其被膜引起，以钝性压迫痛、胀痛为主，可放射到肩背、两胁，也可发生肠扭转、肠梗阻、肠出血等。

4.1.2.7 其他

带状疱疹可致神经性疼痛，口腔溃疡、褥疮等也可引起疼痛。

4.2 鉴别诊断

要点在于区分疼痛与肿瘤是否直接或间接相关，抑或是由与肿瘤无关的其他疾病（如骨关节炎、褥疮、糖尿病性末梢神经痛等）所致。

5 辨证

5.1 风寒闭阻证

症见冷痛、卒痛、拘急疼痛，遇寒加重，痛有定处，舌质淡，苔薄白，脉弦或紧。

5.2 气机郁结证

症见胸腹胀痛，痛无定处，常因情志不畅而加重，舌质淡，苔白，脉弦。

5.3 痰湿凝结证

邪停胸肺见咳嗽气急，胸胁疼痛，心下痞硬；邪停胸胁见咳唾引痛，咳逆喘促，不能平卧；邪留脘腹见腹胀如鼓，重浊如裹，胀痛难忍，舌质淡白或淡红，苔白腻，脉滑。

5.4 热毒凝结证

症见灼痛、胀痛、红肿疼痛，伴高热，渴喜冷饮，面红目赤，溲赤便秘，或午后低热，五心烦热，盗汗，咽干等，舌质红或紫，苔黄燥或无苔，脉数。

5.5 瘀血阻滞证

症见痛如针刺，固定不移，夜间尤甚，舌质紫暗，有瘀斑，苔白，脉涩。

5.6 虚寒痛证

症见全身乏力，面色㿔白，肢冷神疲，腹痛绵绵，喜温喜按，舌淡，苔白，脉沉细。

6 治疗

6.1 治疗原则

癌性疼痛以综合治疗为主，即将原发病的治疗与镇痛、麻醉、神经外科手术、康复、心理治疗及精神病学方法结合起来。目前，手术、放疗、化疗及核医学治疗不仅能控制恶性肿瘤，对骨转移和肿瘤侵犯神经引起的疼痛也有较好效果。现代医学通过三种途径（即祛除痛源、提高中枢的痛阈和阻断痛觉在中枢神经系统中的传递）达到止痛效果。WHO 推荐的三阶梯止痛法是一种根据患者疼痛程度分别使用不同等级止痛药物的止痛方法，已广泛应用于各类慢性疼痛。

癌性疼痛常虚实夹杂，其治疗要根据虚实的不同攻补并举，虚实兼顾。

6.2 中医治疗

6.2.1 分证论治

6.2.1.1 风寒闭阻证

治法：祛风散寒止痛。

主方：小活络丹、消风散加减。

常用药：川乌、草乌、细辛、川芎、白芷、桑寄生、露蜂房、吴茱萸、僵蚕、地龙、白花蛇等。

6.2.1.2 气机郁结证

治法：理气止痛。

主方：四逆散或柴胡疏肝散加减。

常用药：柴胡、青皮、陈皮、八月札、乌药、香附、川楝子、厚朴、延胡索、枳实、白芍、佛手。

6.2.1.3 痰湿凝结证

治法：化痰散结止痛。

主方：葶苈大枣泻肺汤加减。

常用药：葶苈子、白芥子、半夏、贝母、南星、昆布、瓜蒌、黄药子、大枣、陈皮。

6.2.1.4 热毒凝结证

治法：清热解毒止痛。

主方：如意金黄散或龙胆泻肝汤加减。

常用药：黄芩、黄连、栀子、金银花、连翘、龙胆草、蒲公英、当归、木香、夏枯草、赤芍、土贝母、甘草。

6.2.1.5 瘀血阻滞证

治法：活血止痛。

主方：桃红四物汤或复元活血汤加减。

常用药：当归、赤芍、川芎、丹参、延胡索、三七、乳香、没药。

6.2.1.6 虚寒痛证

治法：温经散寒止痛。

主方：桂枝加芍药汤或人参加芍药甘草汤

常用药：桂枝、芍药、大枣、生姜、人参、甘草、白术、干姜、茯苓、黄芪、当归、杜仲。

6.2.2 中成药

5.2.2.1 元胡止痛颗粒：每次1袋，每日3次。用于气滞疼痛。

6.2.2.2 桂参止痛合剂：每次30ml，每日3次。用于中重度癌痛。

6.2.2.3 新癬片：每次3~4片，每日3次。用于中晚期癌痛。

6.2.2.4 岩舒注射液：主要成分为苦参，每次20~30ml静脉滴注。用于轻中度疼痛。

6.2.2.5 乌头注射液：每次0.75~1.5mg肌肉注射，每日2次。对肝癌、肺癌、胰腺癌疼痛有一定疗效。

6.2.3 药物外治

6.2.3.1 痛块灵外用膏：将延胡索、乌药、丹参、蚤休、地鳖虫浓煎成膏剂，血竭与冰片用酒精溶化，按1:10比例兑入，酌加赋形剂，药物总浓度调至1g/ml左右。

6.2.3.2 消积止痛膏：樟脑、阿魏、丁香、白蚤休、藤黄等分研末，按上药顺序撒在胶布上，贴于患处，50~60℃湿毛巾热敷半小时，每日3次，5~7天换药1次。

5.2.3.3 乳没止痛酊：乳香、没药、松香、血竭、冰片等共为细末，酒浸敷于患处，每次4~6g。

用于臂丛神经侵犯引起的上肢剧痛。

6.2.3.4 肾癌止痛散：冰片、藤黄、麝香、生南星等共为细末，酒醋各半调成糊状，外敷肾区痛处。

6.2.3.5 香松散：麝香、蜈蚣、乳香、没药、生半夏、陈皮、硼砂、蚤休、全蝎、紫花地丁、银朱等共为细末，荞麦面调糊外敷。止肝痛，1~2日换药1次。

6.2.3.6 天仙子散：天仙子、冰片等研末混匀，温开水调糊，摊纱布上，敷于痛处，每1~2日1次。

6.2.4 脐疗法

将田螺肉、鲜七叶一枝花捣如泥，加冰片敷贴肚脐，每日1次。治疗肝癌疼痛疗效较好。

6.2.5 灌肠法

手拈散（延胡索、没药、香附、五灵脂）加味灌肠，治疗胃癌疼痛。

6.2.6 针灸疗法

肝炎点（在锁骨中线直下肋弓下缘2寸处）配足三里、阳陵泉、期门、三阴交之中1个穴位，针刺，留针半小时，治疗肝癌疼痛。阿是穴水针疗法亦有明显疗效。

6.2.7 耳针疗法

主穴选皮质下、心、耳尖及病变相应部，辅穴选交感、肝、神门。刺激方法：毫针法或电针法，每次选4~6穴，双耳交替，每日1~2次。亦可每次选3~4穴，单耳或双耳，环耳根注射生理盐水，或耳穴注射小剂量度冷丁、奴佛卡因，每日或隔日1次。治疗肺癌、肝癌、脑瘤等各种癌性疼痛。

