

中西医结合肿瘤学的 研究成就与发展前景

□ 周岱翰* (广州中医药大学 广东 广州 510405)

关键词 中西医结合肿瘤学 基础研究 临床研究 进展 综述

中西医结合防治癌瘤是继承、发扬中医肿瘤学和运用、选择现代医学先进抗癌技术的研究过程。我国中医药治疗癌瘤有悠久的历史，早在远古殷墟甲骨文上就有“瘤”的病名记载，宋代《卫济宝书》开始使用岳（癌）字，而对于癌瘤的辨证施治规范则成熟于汉代《伤寒杂病论》，强调临床应“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。其对人体生理功能的认识，以及致病原因、发病机理、病变规律、理法方药的科学论述，勾勒了中医对肿瘤的朴素的辨证施治原则。历代医家从理论和临床中不断充实、发展，使中医肿瘤学从中医内、外科等临床学科中脱颖而出。近百年来

现代医学发展迅猛，19 世纪德国病理学家 Vichow 提出肿瘤细胞学理论，奠定了近代肿瘤学基础。西医学依靠先进的自然科学技术，从细胞到分子水平取得丰硕的成果。基因学说为癌瘤的发生、诊断、转移、治疗、预防提供科学依据；肿瘤生物学标记物的发现、各种影像学检查和造影技术、细胞学和病理活检等明确了肿瘤的定位和定性诊断；外科技术的提高，先进放射手段以及新的化学药物的采用成为当前治疗癌症的三大支柱。某些癌瘤的生物学特性决定其恶性程度高、较易转移、易复发，使内科治疗，特别是多学科综合治疗受到充分重视。然而，手术、放疗和化学疗法

治癌均有适应症和禁忌症，而号称“第四疗法”的肿瘤免疫治疗的效果至今仍欠理想。现代医学防治癌症达到今天的三分之一大体控制、三分之一减轻症状的疗效已是巨大的进步，但仍未有突破性进展。因此，采用中西医学的优势研究肿瘤的发生与演变、诊断与防治，是我国医学科学家责无旁贷的使命。吸取中西医理论和治疗优势，取长补短，洋为中用，古为今用，融会贯通，是中西医结合肿瘤学的鲜明学术特色。

1 中西医结合肿瘤学的研究历程和成就

中西医结合肿瘤学是在恶性肿瘤的中西医诊法、治则、综合治疗、药物提取、抗癌机理等实验研究及临床探讨中不断完善的一门年轻学科，近年来取得了较大的进展。

* 作者简介 周岱翰，男，广州中医药大学首席教授、主任医师、博士生导师。中医肿瘤学家，中华中医药学会肿瘤专业委员会主任委员，国家药品监督管理局药品评审专家，广东省中医肿瘤治疗中心主任，广东省中医药学会肿瘤专业委员会主任委员。

1.1 诊断方面 中医诊断疾病注意整体的宏观审证求因,从临床所见症状及舌脉等辨证,以求阴阳气血与五脏之孰盛孰虚及某病的临床证型;西医诊断有解剖部位、病理类型、细胞学和分子生物学、影像学(B超、热图相、CT、MRI、PET)、单克隆抗体等客观指标,从微观角度观察疾病。宏观与微观兼顾、辩病与辨证结合,使肿瘤的诊断、治疗方案设计、预后风险评估达到一个新的高度。如对舌诊的客观化研究做了大量的工作,上世纪70年代在河南林县、河北涉县等食管癌高发区开展舌诊配合食管拉网细胞学检查,从近10万名群众中普查出一些早期食管癌和食管上皮重度化生患者,提示舌诊在食管癌大面积普查中的可行性。中国中西医结合研究会^[1]等组织全国28个单位,统一制定观察标准和规范舌色板,临床观察癌症舌象12448例,晚期癌症暗红、青紫舌多于早期,而实证组癌症患者暗红、青紫舌又比虚证组高6.7倍。其中,食管贲门癌暗红青紫舌达86.13%,白血病次之,鼻咽癌放疗后出现青紫舌达48.1%;腻苔以肝癌多见(57.35%),肺癌占41.34%;剥苔以膀胱癌多见(65.67%)。初步探讨肿瘤患者舌诊异常的机理,发现青紫舌与舌尖微循环异常、血液高凝状态、血中铜、锌等元素偏高有关。

1.2 治则方面 中西医结合肿瘤学的治疗原则吸取中医肿瘤学的特色,包括治未病、治病求本、既病防变(抗转移)等,针对肿瘤不同病期邪正相争的病机,对早、

中、晚期三个肿瘤发展阶段的辨证论治,采取攻邪祛病、攻补兼施、扶正祛邪的治法,属祛邪范畴。国内对清热解毒、活血化瘀、扶正培本等治则开展研究较为深入,研究表明,清热解毒法适于肿瘤属里证、热证,内有邪毒留著形成热毒蕴积者,本法不等同于西医的抗菌消炎、排毒退热功效,清热解毒方药不但能解毒消炎,多数有直接或间接的抗癌功效,部分药物尚有促进机体免疫功能、与放化疗同用有增效作用;活血化瘀法适于瘀血内停,瘀滞成积,癥积疼痛者,活血化瘀能改善机体微循环、增加血管通透性、改善血液的高凝状态,达到消散肿块、减少转移的作用,尚有一定的消炎止痛和提高免疫力的功效;扶正培本适于正不胜邪、体质虚衰者,如邪毒嚣张、癌瘤扩散、气息奄奄之末期癌瘤,或体质虚弱、不任攻邪者。中医认为肿瘤发病的根本在于内虚,扶正培本包括健脾益气、滋肾养阴、补虚生血等方药,有提高机体细胞免疫和体液免疫的作用,以及调整内脏功能,改善全身状况,限制或抑制肿瘤生长,部分扶正药本身还有直接抗癌功效。除痰散结、以毒攻毒、外治抗癌法亦已开展了广泛的研究。以上各种治则的研究多以实验结果为依据,还必须配合严谨的临床验证,拓宽视野,以利于机理的探讨。

1.3 抗癌中药研究方面 半个世纪以来,我国已对3千余种中药和近300个复方进行抑瘤筛选,对癌细胞有直接杀灭作用并经大宗临床验证的抗癌中药有喜树、莪术、苦

参、鸦胆子、斑蝥、蟾蜍、砒霜等;某些中药及其有效成分对放射和化疗有增效、减毒作用,如马蔺子(马蔺子甲素)、田七(田七皂甙)是放射治疗的增敏剂,人参(人参皂甙和多糖)、北芪(多糖)对化学药有减毒作用;发现或研制一批抗癌制剂或复方,如康莱特(苡苈提取物)、榄香烯、喜树碱、平消胶囊、鹤蟾片、六神丸、西黄丸、贞芪扶正冲剂等。

1.4 常见肿瘤临床研究

1.4.1 原发性肝癌 肝癌是恶性度高、病情凶险、病程短促的癌瘤,其预后较差,确诊后生存时间一般不超过半年。手术切除疗效较高,但90%的原发性肝癌就诊时已无手术机会。于氏^[2]采用肝脏移动条放射配合健脾益气药治疗228例大肝癌,治后1年生存率59%,3年34.85%,5年25.4%。

1例女性肝癌患者经中西医结合治疗后存活16年^[3]。徐氏^[4]用肝病方(平地木、瓦楞子、石燕、漏芦等)配合手术后放疗或化疗,治疗212例原发性肝癌,治后1、3、5年生存率分别为43.87%、18.40%、4.25%,有8例患者生存达10年以上。凌氏^[5]采用中西医结合治疗中晚期肝癌313例,分别选用肝动脉化疗栓塞术(TACE)、酒精局部介入(PEI)、静脉注射(苦参碱、华蟾素、去甲斑蝥素)等,A组162例配合中药辨证治疗,B组151例不用中药,结果,A组症状体征改善总有效率76%,B组47%;A组1、2、3年生存率分别为80.25%、59.26%、18.52%;B组1、2、3年生存率

则分别为 69.54 %、38.41 %、15.23 %。陈氏^[6]用鸦胆子油、碘油、阿霉素按 1:2:1 制成超液化乳剂肝动脉灌注治疗中晚期肝癌 76 例 106 人次, 治后 1 年生存率 44%, 2 年生存率 18%, 认为鸦胆子乳剂有“双弹头”及“双载体”功能。李氏^[7]报告中西医结合治疗原发性肝癌 106 例, 治疗组 62 例在介入的同时或前后服用中药(气滞血瘀用膈下逐瘀汤, 肝郁脾虚用逍遥散, 肝胆湿热用茵陈五苓散, 阴虚内热用茵陈清肝饮), 单纯介入组 44 例不用中药, 结果治疗组 CR + PR 占 27.5 %, 1、2 年生存率分别为 24.2 %、14.6 %; 单纯组 CR + PR 占 18.2 %, 1、2 年生存率为 13.6 %、11.4 %。

1.4.2 肺癌 原发性支气管肺癌是发病率最高的癌瘤, 手术治疗效果虽较好, 但手术切除率不到 1/3, 肺癌中约占 80% 的非小细胞肺癌对放射和化学药物不敏感。褚氏^[8]采用中药加化疗治疗中晚期肺癌 120 例, 并设对照组(单纯化疗) 85 例。治疗组以黄芪、党参、太子参各 30g, 白花蛇舌草、白术各 20g, 麦冬、玄参、鱼腥草各 15g 为主方, 咯痰多者加半夏、葶苈子、贝母、制南星; 咯血加仙鹤草、白茅根、三七; 高热加银花、大青叶; 干咳加沙参、生地; 呕吐加竹茹、砂仁、川连、苏叶; 胸痛加元胡、三七、莪术; 伴有胸水者酌加葶苈子、泽泻、茯苓。结果, 治疗组 CR + PR 达 68.3 %, 对照组仅为 58.8 %, 前者症状体征改善明显优于对照组。陈氏^[9]报告中西医结合治疗非小细胞肺

癌, 治疗组 60 例为辨证治疗加化疗(MMC、ADM、DDP), 辨证治疗分阴虚内热型用百合固金汤加味, 气阴两虚型用生脉散、补肺汤加味, 肺脾两虚型用六君子汤加味; 对照组 60 例单纯用化疗。结果治疗组 CR + PR 占 58%, 中位生存期 19 个月, 对照组仅为 35% 及 10 个月。郭氏^[10]对 104 例老年晚期肺癌开展中西医结合临床研究, 分为中西医结合组 48 例(用益气养阴软坚散结方加 MVP 方案治疗), 以及单纯中药组 34 例、单纯化疗组 22 例, 结果, 中西医结合组总有效率 83.3 %, 中药组为 76.5 %, 化疗组为 63.6 %, 且中西医结合治疗后体重增加及健康状况明显优于另外两组。苏氏^[11]报道中药鸦胆子乳剂静脉注射后能迅速通过血脑屏障, 用以治疗 100 例肺癌脑转移患者, 治后 90% 症状改善, 颅内高压缓解, 瘫痪肢体功能有所恢复, 平均生存期 8.27 个月, 1 年生存率为 26.19 %。

1.4.3 胃癌 是人类最常见的消化道肿瘤, 占癌症的 10 ~ 30%, 目前胃癌总的 5 年生存率仅 20% 左右。余桂清等协作观察 669 例晚期胃癌术后用健脾益肾冲剂(党参、白术、女贞子、菟丝子等)合并化疗的减毒增效作用研究, 结果: 治疗组 94.44 % 完成化疗, 对照组仅 73.73 % 完成化疗, 远期随访 303 例, 其 1、3、5、10 年生存率分别达 99.01 %、77.31 %、53.4 %、47.37 %。宁氏^[12]用陕西正大制药公司产平消胶囊联合化疗 FAM 方案(氟脲嘧啶、阿霉素、丝裂霉素)治疗进展期胃癌 121 例

(Ⅲ、Ⅳ期占 82.63 %), 并设单用 FAM 化疗对照组 49 例(Ⅲ、Ⅳ期占 77.55 %), 结果治疗组有效率(CR + PR)达 55.37 %, 中位生存期 486 天, 1、3、5 年生存率为 86.78 %、56.2 %、38.02 %, 对照组有效率仅 34.69 %, 中位生存期 382 天, 1、3、5 年生存率为 75.51 %、36.74 %、26.53 %。鲁氏^[13]用复方苦参注射液配合化疗(FAM 方案)治疗 120 例胃癌, 并设对照组 100 例单用 FAM 化疗, 结果, 治疗组总有效率(CR + PR)为 54.1 %, 生存质量改善占 45 %, 而对照组分别为 42 %、35 %。周氏^[14]以中药配合动脉插管化疗治疗晚期胃癌(全部为Ⅲ、Ⅳ期患者) 180 例, 治疗方法为插管前辨证分型治疗(分肝胃不和、脾胃虚寒、瘀毒内阻、胃热伤阴、痰湿凝结、气血双亏六型); 插管术为经腹腔动脉或胃左动脉灌注氟脲嘧啶、顺铂、丝裂霉素, 每例插管 2 次或 2 次以上; 插管后用疏肝和胃、降逆止呕法治疗, 用竹茹、半夏、砂仁、陈皮、吴茱萸、川连、丁香、柿蒂、旋复花、代赭石、猪苓、茯苓等, 多次介入化疗后予健脾和胃、清热解毒法(黄芪、猪苓、茯苓、女贞子、苡薏仁、半夏、陈皮、半枝莲、白花蛇舌草、绞股蓝、当归、猫爪草、浙贝、白英、太子参、红枣等)治疗, 结果总有效率 93.3 %, 治后半年生存率 92 %, 1、2、3 年生存率分别为 90 %、85 %、75 %。

1.4.4 肠癌 我国肠癌发病率呈逐渐上升趋势, 且早诊率偏低, 误诊率较高, 致使现症病人多属中、

晚期,由于肝肠特殊的血供系统,晚期肠癌中肝转移约占一半。目前,中西医结合是治疗肠癌较好的方案。孙氏^[15]以中药黄芪、杞子、鸡血藤、败酱草、马齿苋、仙鹤草、槐花、白英、白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根组方,配合 MFV 方案化疗,治 92 例Ⅲ期大肠癌,其 1、3、5 年生存率分别为 95.83%、92.11%、50.59%。包氏^[16]用中药复方三根片(藤梨根、虎杖根、野葡萄根、党参、茯苓、白术、八月札、苡薏仁、山楂、甘草)配合化疗治疗中晚期大肠癌 120 例,治后 1、5 年生存率为 88.9% 及 11.2%。李氏^[17]用中药灌肠配合腹腔内化疗治疗Ⅲ、Ⅳ期大肠癌,治疗组 60 例、对照组 36 例皆以 5-FU1g 腹腔内滴注,MMC6~8g 静注,均为每周 1 次,连用 5 次,治疗组加用白花蛇舌草、藤梨根、乌梅、半枝莲、红藤、龙葵、白头翁、苦参、皂角、地榆煎水保留灌肠,每天 1 次,结果治疗组症状有效率 73.3%,CR+PR 达 60%,对照组仅为 47.2% 及 38.9%,治疗组 1、2、3 年生存率为 86.7%、73.3%、48.3%,对照组仅为 58.3%、36.1%、25%。

1.4.5 食管癌 本病是我国高发且恶性度较高的消化道肿瘤,一般治后 5 年生存率仅为 20~30%。王氏^[18]分析 650 例食管癌药物治疗后存活 5 年以上者 40 例,皆为采用中西医结合者,化疗以平阳霉素为主,中药用冬凌草制剂,或食管癌方(山豆根、全瓜蒌、夏枯草、龙葵、仙鹤草、败酱草、威灵仙、葛根、白术、香橼)。河南中

医学院第一附属医院肿瘤科^[19]以扶正培本方药(党参、黄芪、灵芝、茯苓、鸡血藤)合并化疗治疗食管癌 223 例,结果 CR 占 56%,PR 占 81%,其 1、3、5 年生存率分别为 42%、8.3%、7.1%。周氏^[20]用滋阴养胃方(生晒参、北沙参、白芨、石斛、山药、法夏、玉竹、麦冬、莪术、刺五加、生甘草)配合放疗治疗 85 例食管癌,并与单纯放疗 50 例食管癌对照观察,结果治疗组 1、3、5 年生存率分别为 74.12%、30.16%、21.05%,对照组则为 44%、22.27%、0%。刘氏^[21]用固本丸配合放疗治 42 例食管癌,与单纯放疗治 40 例食管癌对比,结果中药加放疗组 1、3、5 年生存率为 88.1%、38.1%、19%,单纯放疗组则为 55%、10%、10%。

1.4.6 恶性淋巴瘤与白血病 此类病内科治疗是主要措施,中药治疗急性白血病已由配角向主角转变,中西医结合治疗恶性淋巴瘤和白血病的疗效亦获得较大的提高,被认为是未来较有希望治愈的肿瘤。蔡氏^[22]报告中医辨证论治(分脾虚痰湿、气血两虚、肝脾失调三型)配合化疗治 55 例恶性淋巴瘤,与 50 例单纯放、化疗作对照,结果治疗组有效率 85.5%,1、3、5 年生存率 67.3%、45.5%、32.9%,对照组有效率 62%,1、3、5 年生存率 66%、24%、16%。朱氏^[23]采用分型论治(分痰热互结、痰湿凝聚、气滞血瘀、气血两虚四型)加化疗治 43 例恶性淋巴瘤,并与单纯化疗 24 例对照,结果治疗组有效率

90.7%,对照组有效率 79.2%,两组皆随访 5 年以上,前者存活 9 例,后者仅 1 例生存。张氏^[24]用砒霜制成三氧化二砷注射液治疗急性早幼粒白血病 72 例,结果初治 30 例中 CR 占 73.3%,复发及难治性 42 例中 CR 占 52.3%,毒副作用少,无骨髓抑制。唐氏^[25]用化疗 HOAP 方案配合中药益气养阴、健脾补肾方,按气阴两虚、气血双亏、热毒炽盛、痰瘀互结型分治,共治急性非淋巴细胞白血病 152 例,结果完全缓解 109 例,占 71.71%,部分缓解 28 例(18.42%),总缓解率 90.13%,完全缓解患者平均生存期 52.8 个月。黄氏^[26]用中药消白汤(白花蛇舌草、青黛、黄药子、三棱、莪术、人参、半枝莲、杞子、狗脊、丹参、大黄、山萸肉、儿茶)配合化疗(急性淋巴细胞白血病用 DVCP 或 DVIP 方案,急性非淋巴细胞白血病用 DA 或 HA 方案)共治疗急性淋巴细胞白血病 34 例,急性非淋巴细胞白血病 41 例,慢性粒细胞性白血病慢性期 25 例,慢性淋巴细胞白血病 2 例,结果,急淋 CR 占 85.3%,急非淋 CR 75.6%,慢粒和慢淋全部达 CR,102 例白血病总 CR 达 86.3%。

此外,中西医结合治疗乳腺癌、鼻咽癌、子宫颈癌、卵巢癌、脑瘤、骨转移癌等,皆获得较好疗效和较长的无瘤生存期。

2 中西医结合思维方法对抗癌研究的启示

吸收中西医两个医学理论的思维特点和长处,立足于综合分析和判断推理,摆脱传统思维框架的束

缚,调整和突破固有影响,对于新兴的中西医结合肿瘤学的实践和发展具有重要的科学意义。中医学的治疗方法中有一种“以毒攻毒”法,广义的“毒”包括致病的“邪毒”(如六淫、疫毒、蛊毒)、病变的“毒害”(病理损伤和痛苦)和药物的“毒性”,针对邪毒致病之深重者,选用药性剧烈、药力峻猛、功力专属、奏效较快的一类有毒中药治疗,即为“以毒攻毒”法。德国细菌学家贝林和日本细菌学家北里,在研究破伤风和白喉的治疗中善于兼容不同的学术理论,精通中医学的北里提出“以毒攻毒”法,引起善于科学联想的贝林的深思,终于悟出病毒产生毒素毒害人,就一定有能攻毒的抗毒素,历经 300 多次试验终于研制出破伤风和白喉抗毒素血清。我国的两位学者张亭栋教授和陈竺院士,亦是锲而不舍地坚持中西医理论结合、临床与实验研究结合,运用大毒的砒霜治疗邪毒深重的急性早幼粒白血病,取得公认的领先疗效,并在分子生物学和基因水平上阐明“以毒攻毒”法对肿瘤细胞有诱导分化和促使细胞凋亡的作用。

随着人类基因组测序完成,发现和定位了 2.6 万多个功能基因,现已进入后基因组时代,人类基因组学研究的方法和内容与中医学的整体观、辨证观有很多相似之处。基因组学从整个基因组的层次来阐明所有基因深入研究的基础上,充分认识到基因之间相互影响的复杂性,即一种疾病可能有多个基因参与表现(原发性肝癌发病过程中

多达数十个基因参与),而同一基因的不同表达状态又可能形成多种疾病,发现与疾病有关的基因结构改变在正常人亦有分布,简单地把单基因病的“致病基因”推导为“异常基因”的观点正在改变。中医学数千年的实践把人体看成统一整体,认为疾病表现为整体功能状态改变,从结构研究向功能研究方式转变,重视基因之间的相互联系,与中医学对疾病的认识日趋接近。依据多基因致病的关联特征,从基因表达谱或表达产物的差比性分析研究证候发生的基因表达调控规律、证候表现的基因特征,即证候—基因表达谱,反映出中医学在研究思路及方法上的学科兼容和相互渗透。科学家已将人类基因组学知识作为技术平台,使中药抗癌研究跨上新的高度。如中国科学院启动世界上最大的天然化学物基因库建设,通过基因技术分离出 5000 多种传统药用植物的有效成分,并将这些信息输入数据库中;新加坡国立癌症研究中心应用基础芯片技术对多种中药进行抗癌作用评价。中医药跨上基因平台的实践和研究,促进了中西医结合肿瘤学的学科发展和学术创新。

3 中西医结合抗癌研究的发展前景

中西医结合四十年的实践和开拓性研究得到一些启示性成果,从而确定了中西医结合在肿瘤综合治疗中的地位,但中西医结合肿瘤学仍不成熟,面临新的挑战,学科专业人才的成长、基础理论研究的深化、临床疗效的提高是未来发展的关键。

3.1 肿瘤有关概念再思考与充实
中西医结合肿瘤学理论体系的必要性 中医和西医各有自己的学术特色。现代医学认为恶性肿瘤的形成是起源于单个细胞的恶变,这种细胞不服从程序性凋亡的正常调控而出现行为上的自主和不可逆,其临床治疗在明确病理及生物学特性后追求“无瘤”,对实体瘤的疗效是以治疗后肿瘤的大小作为主要标准。中医药在缩小瘤块上不及西医手术或放、化疗快,但在改善生活质量或延长生存期上则有自己的长处。既往的中西医结合肿瘤临床研究以中医药某些疗效和特色向西医肿瘤学靠拢(如对原发性肝癌疗效评价的偏颇),这种初级阶段的结合,启发我们对癌瘤新认识和中西医结合肿瘤学理论体系的再思考。1994 年 Schipper 提出“癌症是一个发展过程,并非仅仅是个形态学实体”,并作出以下推论:其一,机体反应性对癌的治疗至关重要,由它决定宿主的最后命运。其二,癌的自然生长速度是可变的。其三,有效的治疗并不需要肿瘤的绝对清除。以上新概念与中医肿瘤学理论有不少相近之处,可以把机体反应理解为中医学的“正气”,正气的盛衰决定癌的生长速度。《医宗必读·积聚篇》谓:“积(指肿瘤)之成者,正气不足,而后邪气踞之。”《卫生宝鉴·卷十四》谓:“养正积自除……令真气实,胃气强,积自消矣。”中西医结合肿瘤临床中广泛应用的扶正培本就在于扶持和增强正气,正(机体反应性)邪(肿瘤)对峙和消长有助于解释部分病人长期带瘤生存

并获得较好生活质量这一特殊现象。建立中西医结合肿瘤学理论必须吸取两种医学理论的精华,集中西医之长,在临床验证中充实完善中西医结合肿瘤学理论体系,有利于中西医结合研究由初级阶段进入高级阶段的过渡。

3.2 充分发挥各自的优势是中西医结合肿瘤学发展的关键 肿瘤放射治疗或化学药物治疗配合中医药可以提高疗效、减少毒副反应、延长生存时间。中西医结合临床研究的模式是西医针对不同的癌瘤选择相应的放、化疗并配合中医辨证治疗。因此,发挥中西医各自的优势,确定相应的最佳治疗方案,有利于中西医结合抗癌研究总体水平的提高,这是中西医肿瘤学发展的关键所在。

3.3 中西医结合肿瘤学的前景展望 医学发展大致经过了三个时代,即经验医学、实验医学、整合医学(或称系统医学)时代。中西医结合整体地认识健康和疾病,代表了整体医学的方向。中医肿瘤学在表达、体现自身学术特色的同时向量化、规范化、标准化过渡,在临床研究中引进循证医学,现已成为与手术、化疗、放疗并列的四大支柱性治疗手段。21世纪肿瘤防治的中国模式,是根据癌瘤的生物学特性和病程特点,将整合医学的理念和方法引入临床治疗,强调微观与宏观、辨证与认病、局部与整体、治标与治本、祛邪与扶正相结合,生活方式与生存环境、自主康复与社会援助相结合,制定体现本科优势的客观疗效评价方案,创造优于任何单一疗法或医学

体系的新医学模式,提高癌症患者的生活质量和生存时间。未来的中西医结合肿瘤学将在全球性科技竞争中脱颖而出,为人类健康作出更大的贡献。

参考文献

- [1] 余桂清,张代金,梁富义. 中医、中西医结合防治恶性肿瘤的研究进展与21世纪前瞻. 见:第六届全国中西医结合肿瘤防治学术研究会论文汇编,南京,中国中西医结合肿瘤防治学术肿瘤专业委员会,1993:1-8.
- [2] 于尔辛. 中晚期肝癌的中西医综合治疗. 实用肿瘤杂志,1991,6(4):195-196.
- [3] 胡彩仙,于尔辛. 1例晚期肝癌中西医结合治疗存活16年分析. 肿瘤,1997,17(1):60.
- [4] 徐益语. 自制肝病方治疗原发性肝癌临床疗效观察. 上海中医药杂志,1993,(12):3.
- [5] 凌昌全,陈哲,朱德增,等. 中西医结合治疗原发性肝癌313例. 世界华人消化杂志,2001,9(1):114-115.
- [6] 陈世晔,庄一平,吴美琦,等. 鸦胆子油-碘油/阿霉素超液化乳剂治疗中晚期肝癌的研究(附76例报告). 江苏医药,1991,17(10):536-538.
- [7] 李金昌. 中医辨证配合介入治疗原发性肝癌的临床观察. 广东医学,2001,22(3):263-264.
- [8] 褚世金. 中西医结合治疗中晚期肺癌120例. 湖南中医杂志,2001,17(1):31.
- [9] 陈国荣,丁卫民. 中西医结合治疗非小细胞肺癌60例疗效观察. 中国中医药科技,1999,6(5):335-336.
- [10] 郭映华. 中西医结合治疗老年晚期肺癌的临床研究. 上海医药,2000,21(8):31-33.
- [11] 苏守元,吴松昌. 应用抗肿瘤中药新剂型-鸦胆子油静脉乳剂治疗肺癌脑转移100例临床疗效观察. 实用肿瘤杂志,1989,3(3):33-34.
- [12] 宁延清. 平消胶囊联合化疗治疗进展期胃癌121例. 中国中西医结合杂志,1998,18(6):370-371.
- [13] 鲁守斌,卢继杰. 复方苦参注射液配合

化疗治疗胃癌120例临床观察. 山东中医杂志,2001,20(4):210-211.

[14] 周维顺,谢长生,吴良村,等. 中医中药结合动脉插管化疗治疗晚期胃癌180例临床观察. 中国实验方剂学杂志,1999,5(4):51-53.

[15] 孙桂芝,宋莉,陈长怀,等. 化疗配合中药治疗Ⅲ期大肠癌疗效观察. 中西医结合杂志,1988,8(5):289.

[16] 包素珍,孙在典,王泽时,等. 中药“复方三根汤”结合化疗治疗中晚期大肠癌120例. 辽宁中医杂志,1992,(7):33.

[17] 李勇军,李青松. 中药灌肠配合腹腔内化疗治疗进展期大肠癌60例. 江苏中医,1999,20(6):30.

[18] 王瑞林,樊青霞,陈绍荣,等. 食管癌药物治疗后存活5年以上40例报告. 见:第六届全国中西医结合肿瘤防治学术研讨会论文汇编,南京,中国中西医结合学会肿瘤专业委员会,1993:72-73.

[19] 李佩文. 中医临床肿瘤学. 北京:中国中医药出版社,1996:254.

[20] 周建华. 滋阴养胃法对食道癌放疗的抗放射损害研究. 实用中医药杂志,1995,(3):28-29.

[21] 刘太永,杜辉章,王志勇,等. 固本配合放射治疗食管癌的远期疗效观察. 见:第六届全国中西医结合肿瘤防治学术研讨会论文汇编,南京,中国中西医结合学会肿瘤专业委员会,1993:142-143.

[22] 蔡明明,吴燕波. 综合治疗恶性淋巴瘤55例临床观察. 江苏中医,1994,(4):5.

[23] 朱力平. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤43例疗效观察. 江西中医药,1997,28(2):45.

[24] 张鹏,王树叶,胡龙虎,等. 三氧化二砷注射液治疗72例急性早幼粒细胞白血病. 中华血液学杂志,1996,17(2):58.

[25] 唐由君,顾振东,焦中华,等. 中西医结合治疗急性非淋巴细胞白血病152例. 山东中医药大学学报,1998,22(6):436-437.

[26] 黄艳梅,尚中平,王新丽,等. 中西医结合治疗102例白血病临床分析. 吉林中医药,1999,(6):40.