

第八篇 癌先兆学

第八十六章 概论

癌既是人体最凶恶的疾病，也是最善于伪装的疾患。尽管如此，却不难识破，因为癌虽然长在某一局部，却是全身疾病的局部反应，因此必然会在身体的某一部位露出马脚。传统观点皆认为癌为气滞血瘀所致，事实上，真正致癌的罪魁祸首为——癌毒，因此解毒逐瘀的地位应重于化瘀行气。由于癌进展神速，故癌的先兆应从超早期先兆着手……

第一节 概 述

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

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

癌属于恶性肿瘤，恶性肿瘤主要包括癌及肉瘤，其中癌占恶性肿瘤的80%以上，主要来源于人体的上皮组织，而肉瘤则来源于间叶组织，如肌肉、脂肪、骨骼、纤维组织，以及造血系统、淋巴系统、神经系统等，占10%，或者说，发生于内、外胚层组织的叫癌，形成于中胚层组织的称为肉瘤。其中男性常发生的癌为肺癌、胃癌、肠癌、肝癌、胰腺癌、白血病，女性为宫颈癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌、肠癌。

祖国医学对肿瘤的认识，远在殷周时代就已开始注意，出土的殷墟甲骨文上已有“瘤”的记载。我国最早的医学书籍——《黄帝内经》对肿瘤有着较多的记载。如《灵枢经》有筋溜、昔溜、肠溜、骨疽、肉疽、肠覃、石瘕、膈食，又如《灵枢·刺节真邪》篇曰：“以手按之坚，有所结，深中骨，气因于骨，骨与气并，日以益大，则为骨疽。”此外，《难经》有“积聚”、《中藏经》有“痈疽疮肿”，《诸病源候论》有“癥瘕、积聚、癭瘤、缓疽、食噎、反胃”之分。另外，还提出石痛，如曰：“子痈者……其肿结确实，至牢有根，核皮相亲，不甚热，微痛，热时自歇，此寒多热少，如石，故谓之石痛也”。《千金方》、《外台秘要》，除对肿瘤的病因病机有论述外，尤其对许多肿瘤提出了治疗方药，至今仍十分有效。如《千金要方·二十四卷·七节》提出治癭瘤方：海藻、干姜、昆布、桂心、羊脂。又如《外台秘要》曰：“又疗石痛，坚如石，不作脓方，以生商陆根烂捣敷之，燥则易，又治脑漏及诸痈

疔”。其他,《外科正宗》、《医宗金鉴》、《外科启玄》对肿瘤都有着进一步的论述,如《外科启玄·论癌发》对肿瘤的病因病机有所阐发,《外科正宗》对茧唇(唇癌)的描述,以及《医宗金鉴·外科心法》对“翻花瘤症”的提及,尤其是《妇人大全良方》对妇科肿瘤的论述等,都说明肿瘤在中医已有较为深刻的认识。本章将具体引用于肿瘤各节。

祖国医学癌与巖通,《中国医学大辞典》记载:“此证由热毒积于膀胱所致,生于神道、灵台二六间,色紫黑不破,里面先自黑烂,初起不作寒热,亦不疼痛,治宜内托外散,若二十岁以外之人,由房劳积热而成者,不治。”宋·东轩居士《卫济宝书》首将“岳”作为恶性肿瘤病名,并进行了论述,如曰:“癌疾初发,却无头绪,……紫赤微肿,渐不疼痛……只是不破”。然宋、元时期癌仍多用岩,如乳岩而不用乳癌。迄明代,癌始被正式纳入恶性肿瘤的记述,如《外科启玄·论癌发》曰:“初起时不寒热疼痛,紫黑色不破,里面先自黑烂,二十岁以后不慎房事积热所生,四十岁以上,血亏气衰,厚味过多所生,十全一、二,皮黑者难治必死”。以上说明,祖国医学无论对癌的病因、病机、症状和治疗、方药方面,都有着精湛的论述,对探索癌先兆提供了一定基础。

由于癌不是一个单纯的局部病变,而是全身疾病的局部反应,因此癌的早期先兆是有反应基础的。然而所不幸的是癌症状难以早期发现,早期临床症状多数已为中、晚期病理演变了,因此必须尽力探索超早期先兆,这样才能阻截癌症于早期病理阶段,而且任何一种癌肿都有沿淋巴、血循转移的毒性,其中尤以恶性黑色素瘤播散最速、最多和最远。因

此为了防止癌毒的危害和转移,力争早期发现和早期治疗,有必要探索癌的早期和超早期先兆,其意义比任何一个疾病皆更为重要。

第二节 癌的发生机制

肿瘤属于积聚、癥瘕类疾病,乃组织细胞异常增生所致,其产生机制,传统的中医观点认为是气滞血瘀,也即认为是瘀、是积。其实,癌的机制应列为痰毒,主要矛盾应是痰毒而不是血瘀,但后期可形成痰瘀合邪,痰毒是本,瘀滞是标,因此治恶性肿瘤应以攻痰毒为主,活血化瘀为辅。

癌的形成因素以内虚为关键,正不胜邪、脏腑气血亏虚是癌变的根本(与现代医学认为的免疫监视系统障碍一致),精神因素是重要诱因,七情不节,尤以悲、忧、郁为主要因素,此外,还和体内的内分泌状况、免疫状况密切相关。

气血不足、营养障碍是癌前变的重要因素,如皮肤营养不良,常易发生癌前变,这是因为长期处于负性代谢水平,因此不得不另觅新的代谢途径,从而使细胞生长代谢误入歧途而导致癌性突变。故癌的生长,一般来说皆发生于由于各种因素导致的组织器官营养障碍,包括神经、代谢和内分泌的失调,而营养正常的组织器官一般不易突然癌变,虽然并非所有癌都发生于营养障碍,但至少是一部分癌前的早期阶段。

正不胜邪是肿瘤产生的重要机制,祖国医学非常重视正气削弱与癌的关系,尤其是与脾肾先后二天的关系。如《景岳全书》说:“凡脾肾不足及虚弱失调之人多有积聚之病,盖

脾虚则中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不行则邪滞得以居之。”（二十三卷·积聚）。《内经》一再强调“内虚”是疾病的前提，“内虚”包括脏腑亏虚和阴阳失调，尤其肾虚致具有卫御功能的卫气削弱，因卫气根于肾，“卫出下焦”之故。肾虚可致卫气虚、真气不足，标志着正气不足，正气虚则邪气内乘，提示免疫监视系统功能低下，所谓“邪之所凑，其气必虚”是也。《医宗必读》亦曰：“积之成也，正气不足，而后邪气居也”。实践中，许多肿瘤多发生于年老体弱或某一功能低下的人，或久病之后。现代医学亦证实了肿瘤病人其“免疫监视”失职，无非是先天性免疫缺陷，或是后天获得性免疫缺乏（包括长期应用免疫抑制剂）使人体对异样细胞、异常代谢的排斥、抑制和消灭削弱，这样癌就发生了，证实了正气不足与癌发生的关系。

另外，失调，失控，也是导致癌症的重要基础。调控系统在中医主要为肝肾，因肝主疏泄，肾主蛰藏，共同调控着人体的生长、发育和衰退，肝肾不足或肝肾失调患者，易诱发癌。人体的每一个细胞，生来都有无限分裂增生的本性，只是由于受到人体调控系统的制约而已，假如一旦人体对某部的调控系统失职，那么某部细胞就会发生突变而摆脱了时间、空间的限制，从而迅速地、无遏止地分裂增殖下去（所谓“自律性生长”），于是就形成了癌。因此，按照中医整体观理论，癌的形成应是整体失调在局部的反应，也即肿瘤不能视为只是局部的病变，而应看做是全身性病变的局部反应。如内分泌失调，尤其是激素的失调对恶性肿瘤的形成有很大意义，诸如雌激素水平过高易导致子宫肌瘤、乳腺癌、卵巢癌。

男性前列腺癌、睾丸癌、阴茎癌与雄激素水平过高相关，甲状腺激素过低与甲状腺癌有密切关系等，都说明体内激素平衡的紊乱，常是癌的重要内源性因素。反过来激素之间的制约作用又可应用于制癌。同样局部应用致癌物不一定在局部出现癌肿，却可以在身体远端部位或其它部位出现，道理即在于癌是整体病变的产物。

尤其，肾、命门阴阳的偏盛偏衰与癌的产生有着特殊重要的意义，其中与生殖系统的癌更为相关，如肾阳偏亢、相火偏胜，致性欲旺盛者，与卵巢癌、子宫肌瘤、乳腺癌、前列腺癌的发生极为密切。此外，命火偏旺的容易诱发垂体肿瘤而出现巨人症、尿崩症、肾上腺肿瘤、肾上腺皮质肿瘤、嗜酪细胞瘤，肝的相火偏亢易导致甲状腺肿瘤等，皆说明激素对癌的发生有着重要的诱发作用。

目前，遗传因素与恶性肿瘤之间的密切关系正被日愈关注，并已发现癌和遗传基因有密切关系，如视网膜母细胞瘤、神经纤维瘤、肾母细胞瘤，即与遗传密切相关。癌虽然不会直接遗传，但仍受遗传因素影响，尤其免疫缺陷与癌的关系更大。无论先天遗传性或是后天获得性免疫缺陷体质，由于免疫监控作用的削弱，必然会成为致癌的前提，因此，加强免疫机能是抗癌的积极措施之一。

除虚性因素可以致癌外，许多实性因素也是致癌的重要原因。如除血虚外，血郁也是导致恶性肿瘤的因素之一，由于种种原因包括激素水平的变化，或代谢的改变，而引起血郁也是容易形成恶变的一个重要原因。导致血郁最重要的是精神因素，精神因素有着重要的致癌作用，七情不节、肝郁、

长期的忧抑或悲痛，尤其是精神压抑、长期的精神超负荷状况，对癌的发生有一定的意义，而突然的、巨大的精神打击，易使癌前变激发和突变为癌。祖国医学对精神致癌作用十分强调，认为七情与癌的发生密切相关。如《内经》强调噎膈（食管癌、贲门癌）与情绪的关系，其曰：“隔塞闭绝，上下不通，则易暴忧之病也”。（《素问·通评虚实论》）又如《素问·疏五过论》所论脱营（癌后期恶病质），也说明了精神因素与癌有密切关系。

此外，肿瘤的发生机制还与痰、瘀、热毒密切相关。首先，肿瘤的实质与痰关系甚大，这是内外合邪所致的痰，实为痰毒，既可与热毒蕴结，又可与寒湿之毒凝结，后期又往往构成痰瘀互结。因此，恶性肿瘤尤具有痰的特性，即常为隐微无形（癌前变），或为“随气升降”，“无处不到”（转移播散），癌的转移、播散特性便是痰的特性的体现。前人有怪病皆属于痰之说，癌肿也可属于怪病之列，二者有着不可分割的关系。其次，肿瘤与瘀也极为相关，肿瘤大多成块有形，和气滞血凝密切相关，盖气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀，血瘀于内，结而成块，故瘀为肿瘤成形的重要病理基础。其他，肿瘤与热毒也颇相关连，热盛则腐，毒积则败，热毒壅积的地方是肿瘤滋生的最好土壤。在许多情况下，热毒是肿瘤的主要成因，如病久成阴毒，毒邪内情则正气不支，肿瘤更加发展，导致病情恶化。

肿瘤与六淫外邪也不无关系，祖国医学既强调内因的根本作用，也重视外邪的条件，包括六淫和饮食。六淫中，风、寒、暑、湿、燥、火都能诱发肿瘤，尤其寒、火二邪最为密

切。如《灵枢·百病始生》篇说：“积之始生，得寒乃生，厥乃成积也。”《灵枢·痈疽》篇说：“热气淳盛，下陷肌肤，筋髓枯，内连五脏，血气竭，当其痈下，筋骨良肉皆无余，故命曰疽。”近代已注意到病毒与肿瘤的关系，并且动物实验已经得到了证实。在人身上也发现了癌症病毒，如淋巴瘤（发现了EB病毒），鼻咽癌也发现了病毒（EBV病毒），白血病毒（“C”型RNA），宫颈癌病毒（单纯疱疹病毒）等。

饮食不当与癌的发生也有很大关系，如过食肥甘、高粱厚味，与乳腺癌、直肠癌、膀胱癌、前列腺癌密切相关。此外，含有亚硝酸盐、黄曲霉菌的食物有很强的致癌性，化肥污染的果、谷、蔬菜、水，以及霉烂、熏炙食物亦有致癌作用。其中，霉变的花生、包谷、谷类，含黄曲霉素，是引起肝癌的重要诱因；酸菜含亚硝酸盐最易导致消化系统癌，尤其是食管癌；盐腌食品可加强亚硝胺类化合物的致癌性，与胃癌的发生很有关系。熏制食品含有大量的多环芳烃类致癌化合物，亦是诱发胃癌的主要因素之一。此外，服高蛋白食物，尤其是偏食肉类食物，食物中纤维素少，致癌物质在肠中滞留而易于吸收，更易促成癌的发生。

其他，烟、酒与食管癌、肝癌、肺癌有一定关系；放射药物可导致医源性肿瘤，如紫外线可引起皮肤癌；电离辐射，易导致白血病、恶性淋巴瘤、骨肉瘤、甲状腺癌等。慢性刺激、慢性炎症、溃疡、漏管、烧伤、瘢痕……也都易成为产生肿瘤的背景。服用氯霉素、保泰松等药物也与癌的发生有关。总之，导致癌的原因是比较广泛而复杂的。

环境因素对癌的形成也起着很大的作用，无论烟囱排出

的烟雾，汽车及工厂排出的废气都是对环境的污染；排入河流中的化学废液，被污染的空气、水、庄稼、食物，以及广泛使用化肥等，都是癌的潜在隐患。职业对癌也有一定影响，实质上是化学和物理致癌，如接触石棉、煤焦油的人易致肺癌；从事石油、沥青、蒽类、放射、煤焦油、石蜡的工作，易患皮肤癌、骨肉瘤；搞石棉、煤焦油、芥子气等放射性物质工作的人易患肺癌、白血病；从事苯胺类的易引起膀胱癌。

上述因素皆可通过导致细胞基因突变，损伤“免疫监视”系统，激活潜在致癌因素而对癌的发生产生影响。

综上所述，癌的发生机制是十分复杂的，并且以正虚为致癌的根本原因，癌毒是癌形成的主要机制，风火痰瘀是癌形成的重要因素。此外，七情不节，饮食不当和不利的环境因素常常成为癌的诱因，而遗传、家族史对癌的形成亦有重要的影响，如肝癌、肠癌、肺癌、血癌及儿童期出现的癌，与遗传及家族史有着某种关系，但癌形成的实质还有待于人类进一步揭示。

第三节 癌的早期先兆基础

一、癌早期诊断的可能性

- (1) 人体恶性肿瘤 75% 长在体表，易于发现。
- (2) 癌形态学为发生肿块，故易于暴露。
- (3) 生长速度虽比良性肿瘤快，但亦有一定过程（足以被人们所发现的过程）。

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

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

二、癌早期发现的困难性

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

2 癌善于伪装 癌的早期难以发现还在于它的伪装性和隐蔽性,有不少癌伪装成急性炎症,如“类炎症性乳腺癌”,

出现皮肤潮红、水肿、灼热及疼痛，酷似急性乳腺炎。再如一些乳腺癌常以乳腺增生症的形式作为掩护，某些癌可以乔装成溃疡的形式而暗地发展，如胃癌即可以以溃疡的形式长期不知不觉地匿进着。

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

4. 长期潜伏性 有些癌以癌前潜病的形式长期潜伏着，到一定的时候则突然癌变，并迅速地发展起来，就象定时炸弹埋伏在体内一样。如交界痣、皮内痔可以长期不活动，如体内只要有一个黑色素细胞瘤出现，则身体其它部分埋伏着的交界病、皮内痔均会突然发生响应，全都几乎同时发生癌变。有的癌甚至在胚胎时期就开始潜伏。有学者说，在妊娠期妇女因治疗给予雌激素，通过胎盘血循到达胎儿生殖道，可致其上皮细胞发生突变，这些突变的细胞可潜伏 14~22 年，至到女孩发育至青春时期才暴露生殖道的恶性肿瘤⁽¹⁾。有的从事染料工作的潜伏期可达三十年以上，从事沥青工作的潜伏期可达二十年之久，皆足以表明有的癌其潜伏性相当长。

5. 早期无特异性 癌肿大多早期先兆缺少特异性，故致诊断发生困难。如胰腺癌、肝癌、胃癌、大肠癌等消化系统

癌症早期皆有厌食、腹胀、恶心等消化不良症状，所谓胃纳呆症。必须在此基础上进一步找出其间的特异性，才能发现早期癌症。

6 类似症难以区分 由恶性肿瘤分泌出来的毒素或类激素，可刺激内分泌系统、神经营养功能、组织代谢、中枢神经系统及心血管系统等发生改变而出现类内分泌病综合征、类风湿病综合征、类代谢异常等症状，因造成与类似病相混，故为癌的早期诊断带来了困难。

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

三、癌早期类似症

1. 类激素样改变 类激素样改变属于超早期先兆，出现在肿块未长出之前。现代医学认为癌毒分泌物可产生类激素样改变，甚至引起类内分泌紊乱而成的综合征，如局部并无肾上腺皮质实质病变的柯兴氏综合征，包括性欲亢、性征变化等改变。又如肺癌、肝癌引起男性乳腺发育（异位雌激素水平增高），而且多发生在局部癌临床症状出现前一年左右，可见癌症超早期类激素样改变的先兆意义是很大的。

40 岁以上，相火（肝肾相火）本应逐渐衰减，如反而亢进，表现在性欲亢进，或性征改变等，均应注意到癌的警号，尤其是生殖系统癌的价值更大。

2. 类风湿样改变 如肺癌病人可出现肥大性骨关节病，多发生股长骨疼痛及杵状指趾，而这些病人过去并没有风湿病历史。

3.类代谢异常改变 有的癌早期先兆可出现瘙痒、风疹块、疱疹等风毒改变，现代医学属于类代谢异常改变，可在癌局部临床症状出现之前披露。如四十岁以上的人突然出现全身进行性瘙痒，应引起警惕，脑瘤早期可出现鼻搔痒，何杰金氏病亦可出现搔痒，带状疱疹常为生殖系统癌及淋巴系统癌的先驱症。

皮炎发生于四十岁以上者约 $1/3 \sim 1/2$ ，为许多恶性肿瘤的早期征兆，尤多为肺癌及生殖系统癌的警号。最早者可有二年的预报价值，发生部位常在面、颈部出现蝶形红斑，眼圈发晦，而皮肤出现黑棘皮病又常是胃癌的早期信号。

4.类电解质紊乱综合征 癌毒可致血钙、磷、钠、钾等电解质发生异常改变，如肺癌、结肠癌可引起高钙血症及低钠血症，这些异常可作为辅助诊断。

5.类血管神经综合征 癌毒导致神经营养功能障碍，可致无原因的浮肿、神经末梢炎，出现肢末麻木，肌无力等症，应加以注意。

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

在类内分泌改变方面 据现代研究认为：异位激素（非内分泌腺源类内分泌病），所谓肿瘤——内分泌综合征，以肺癌为多见，最早可出现于肺癌局部临床表现的前三年，由于异位激素干扰了正常激素的平衡而使内分泌呈紊乱状态。因此，四十岁以后出现无原因的内分泌紊乱时就应列为癌警号。

一般来说肿瘤产生的所谓异位激素,为瘤对脑垂体的促激素,而不是激素本身增加,如肿瘤产生的异位促甲状腺素,而非甲状腺素。再如某些肺癌(未分化癌)及肝癌分泌的促性腺激素可使患者乳房发育,其中,尤以肺癌、肝癌、甲状腺癌及生殖系统癌容易产生异位激素,从而导致相应的改变。

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

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

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

免疫系统方面 有些癌的过敏反应和自体免疫常增高,出现皮炎、类风湿性关节炎改变。如慢性淋巴细胞白血病、淋巴肉瘤,皆较早出现自体免疫性的溶血性贫血,虽为非特异性征候,但亦可为早期信号之一。

皮肤组织方面 皮肤病变常是内脏恶性肿瘤的报标器,如皮肤恶性黑棘皮病,在内脏恶性肿瘤中,尤其腺性癌的预报率几乎百分之百。皮炎有 1/6 有癌症可能,消化道恶性肿瘤及生殖系统恶性肿瘤、白血病等,常先出现皮肤搔痒。静脉管炎很多情况下与恶性肿瘤有关,尤其是胰腺癌。此外,慢性荨麻疹与淋巴肿瘤有联系。有些恶性肿瘤,如肺癌、生殖系统癌、消化道癌及淋巴系统癌,常易出现皮炎,其早期预报价值可比癌瘤局部临床症状提早达二年的预报价值,最

迟也可提早 2 月，其特征是在面、颈部出现蝶形潮红斑样疹。

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

四、癌前潜病

（一）可能癌前病

1. 胃癌 胃溃疡（2~8%癌变率）、萎缩性胃炎。
2. 肠癌 肠道息肉（40~50%癌变率）。
3. 阴茎癌 隐睾、包皮过长（85~100%癌变率）。
4. 宫颈癌 宫颈糜烂（20~35%癌变率）。
5. 卵巢癌 卵巢囊肿（50~75%癌变率）。
6. 甲状腺癌 甲状腺腺瘤（20%癌变可能）。
7. 乳腺癌 乳腺囊性增生（20~50%癌变率）、乳腺纤维腺瘤（2.6%癌变率）。
8. 皮肤癌 色痣、慢性溃疡、白斑、瘢痕、放射性皮炎、日光病、表皮样囊肿。
9. 粘膜癌 粘膜白斑。
10. 绒毛膜上皮癌 葡萄胎。

（二）癌前病

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

2. 粘膜 白斑病、慢性炎症、溃疡、或乳头状突起等。

3. 胃 胃酸不足性慢性胃炎、萎缩性胃炎、胍胝性溃疡、息肉。

4. 直肠 多发性息肉、慢性溃疡性结肠炎。

5. 肝 迁延性肝炎、肝硬化、有家族史者。

6. 肺 长期慢性支气管炎、腺瘤。

7. 乳腺 乳腺纤维瘤。

8. 宫颈 白斑、慢性糜烂、炎症。

9. 卵巢、宫体 子宫肌瘤、卵巢囊肿。

10. 前列腺 慢性前列腺炎。

以上，可能癌前病、癌前病在一定的条件下可能癌变。

五、恶性肿瘤十大警号

(1) 发现不痛不痒的肿块。

(2) 经久不愈的溃疡。

(3) 疣或色素痣，突然增大，脱毛，刺痒或疼痛，色素加深。

(4) 持续性干咳、胸痛。

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

- (6) 腹胀不适，排便习惯突然改变。
- (7) 不明原因的出血。
- (8) 排泄物带血。
- (9) 分泌物增多，如白带增多。
- (10) 不明原因的发热、乏力、体重减轻、贫血。

附：交界肿瘤（临界瘤）的诊断意义

所谓交界肿瘤，是指界乎于良、恶性之间的肿瘤，交界肿瘤的标准在于形态结构的可疑，介于分化良好与明显异型之间。或分化不成熟，或分化完全成熟，但临床症状为恶性。良、恶性肿瘤之间并非一刀截，很多情况下是互相渗透的，或存在着阶梯变化的标准。交界性肿瘤是良、恶肿瘤的中间过度，有的为“半恶性”，有的为“微恶性”，甚至成为“临界肿瘤”，如形似良性实则为恶性的唾液混合瘤，交界性肿瘤一般是可逆性的。

交界性肿瘤

- (1) 尿路上皮移行细胞乳头状瘤。
- (2) 甲状腺乳头状腺瘤及胚胎性腺瘤。
- (3) 卵巢囊腺瘤、上皮增生活跃者。
- (4) 外耳道、阴茎处鳞状细胞乳头状瘤。
- (5) 唾液多形性腺瘤（混合瘤）、细胞丰富者。
- (6) 鼻腔等处的内翻性乳头状瘤。
- (7) 大肠乳头状瘤（即绒毛状腺瘤）。
- (8) 细胞丰富的纤维瘤。
- (9) 乳房腺纤维瘤分化良好者。
- (10) 血管外皮瘤。

(11) 骨巨细胞瘤 级。

(12) 葡萄胎滋养叶细胞活跃增生者。

(13) 颌骨造釉细胞瘤。

(14) 肾腺瘤、肝细胞腺瘤。

(选自俞孝庭，论交界肿瘤，《肿瘤防治研究》，1976，2期，75页)。

交界肿瘤实际上也就是境界肿瘤，其特点根据李吉友氏所提供的特点如下：

(1) 肿瘤细胞形态介于良性、恶性之间，既不是典型的良性，又缺乏肯定恶性的证据，或者，从某些方面看似属良性，另一方面又象恶性。或者，从某些方面看似属恶性，另一方面又象良性，或者，恶性的证据不太确凿，但又有可疑之处，遇到这种情况，诊断意见就可能出现分歧，有的医生说是良性，有的医生说是恶性，甚至会讨论时也不能求得统一的看法。

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

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

第四节 女性经绝期肿瘤先兆

经绝期是女性一生中的一个重大关卡，各种疾病都容易

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

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

女性生殖系统包括卵巢、输卵管、子宫、阴道、乳腺,皆受辖于卵巢。因此可以说,卵巢的异常,是这一系统疾病的罪魁祸首。卵巢本来就是一个很活跃的组织,尤其在经绝期更易被激惹。经绝期如果用药不当,摄生不慎(包括房事不节)等,很易导致卵巢内分泌失调、下丘脑—垂体促性腺功能亢进,致雌激素血水平偏高,从而诱发卵巢肿瘤,卵巢肿瘤一旦发生,恶变率很高,因此有主张更年期切除卵巢以绝后患之说。

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

卵巢虽然深居腹内,但人是一个统一的整体,“有其内者,必形于外”,卵巢一旦出现异常,都能通过乳腺及子宫等发出信号,故乳腺、子宫、外阴的异常,往往都是卵巢肿瘤的外

兆。如卵巢囊肿(尤其是浆液性囊肿),在经绝期的发病率相当高,而且恶变率并不低(10~20%,甚至可以高达50%),故应引起高度警惕。如40岁以上妇女,一侧少腹发胀,或持续性压迫痛伴月经异常(月经稀发、色黑、淋漓不尽或过多),都应警惕卵巢肿瘤。经绝期或经绝后出现子宫不规则出血、色黑,都应想到子宫内膜癌的可能,尤其原有月经过多(子宫内膜增生)脱落内膜污黑者,更应加以高度重视。

35岁以上妇女高发的宫颈癌,在女性生殖器恶性肿瘤中竟高达58.5~93.1%。因此,中年妇女,尤其是早婚妇女、房事不节者,发现带有异味的清稀水样白带增多及接触性出血(尤其是性交后出血)就应立即作进一步检查以免错过早期治疗的时机。

子宫肌瘤是妇女的高发肿瘤,30岁以上妇女,出现月经过多,行经期延长,经一般治疗无效,平时白带增多,性欲偏亢,就应想到子宫肌瘤的可能。一侧少腹酸胀,带有异样的水样白带大量增多,则应进一步作输卵管的有关检查。如出现剧痛和不规则子宫少量出血,则应考虑输卵管癌的可能。

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

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

的社会意义。

第五节 男性更年期肿瘤先兆

男性全身恶性肿瘤的发生率远远大于女性，而性腺系统的恶性肿瘤又远远小于女性，尽管如此，男性生殖系统的恶性肿瘤仍然不能忽视……

在男性全身各部恶性肿瘤中，除甲状腺癌及性腺癌之外，其发病率几乎都是男性大于女性，有的甚至远远超过女性，这也是男性寿命短于女性的主要原因之一。导致男性癌发率高的原因是千百年来男性的工作、生活节奏、思想都比较紧张，加之摄生不慎（烟、酒、房劳）之故，如果工作性质及操作环境与癌发因素有关就更易导致癌症。因此，男性保健必须加强，尤其中老年以上的男性作肿瘤的普查是十分必要的。

男性易发肿瘤中，全身部位的已在中老年肿瘤一节论述，下面就男性生殖系统肿瘤论述之：

男性生殖系统恶性肿瘤，主要包括阴茎癌，其次为前列腺癌及睾丸癌，由于阴茎及前列腺皆受睾丸支配，它们之间同样为一个互相联系的整体，在生理上互相关连，在病理上互为因果关系。因此，和女性一样，在肿瘤的先兆方面同样可以互报。

男性生殖系统恶性肿瘤同样多发生于更年期，男性更年期和女性一样，内分泌失调易导致各种疾病发生。睾丸是男性性腺恶性肿瘤的病源，故阴茎癌、睾丸癌、前列腺癌往往都

是内分泌紊乱、睾丸激素分泌失调之故。睾丸同样是一个十分活跃的器官，凡更年期用药不当、精神情绪失调或摄生不慎（尤其房劳不节）都易导致睾丸分泌失调，雄激素血水平偏高，从而诱发癌肿。

由于男性性腺及生殖器官都位于腹腔之外，因此早期先兆易于发现。中老年男性应利用这一有利条件密切观察，以利于早期发现疾病。

阴茎癌 是一种以中老年人为高发的男性生殖系统恶性肿瘤，在男性生殖系统恶性肿瘤中居于首位。早期先兆为阴茎局部出现红斑或湿疹样斑，有分泌物及瘙痒。包皮过长、阴茎湿疣、白斑是主要癌前诱因。

前列腺癌 是一种对男性老年人威胁较大的男性生殖系统恶性肿瘤，本病与前列腺肥大（前列腺增生）有密切关系。早期先兆为逐渐出现与感染无关的尿意稍促感及尿意不尽感，此时如做肛门指诊便可及早提示异常。肛门指诊对老年人初感尿意不爽具有重要的早期发现价值，此法简便易行、无任何痛苦，应作为老年人普检的必要措施。

睾丸癌 比较少见。在恶性肿瘤中仅占 0.6~2%，发病年龄多为男性中、青年时期，隐睾可以看得上超早期信号，睾丸肿大是最早的征兆，伴左侧腹股沟淋巴结肿大，更应立即作进一步检查。

总之，男性无论是全身各部肿瘤，或是生殖器官肿瘤，其发生率皆较女性为高，尤其中老年人为甚，故提示男性从 40 岁开始，就应对各种恶性肿瘤严加防范。

第六节 中老年人肿瘤先兆

中老年人由于免疫力低下,加之任何肿瘤无论怎样隐蔽,到了老年阶段终将暴露,故老年阶段肿瘤发病率较高。又由于老年人反应性较差不易察觉,因此更应引起充分警惕……

老年人体质都普遍较差,故警惕肿瘤发出的信号,争取早期发现、早期治疗对老年人将具有重要意义。

胃癌 是中老年期的高发肿瘤(40~60岁),平均发病年龄为50岁左右。凡40岁以上,不明原因的厌食、上腹饱闷、胃酸减少、皆应引起注意,尤其原有胃溃疡的人更应考虑癌变的可能。

肝癌 多发生于中老年人(31~50岁),男女之比为8:1。本病恶性度大、发展快、预后不良,故应严加注意,如出现右上腹胀痛逐渐加重,食欲不佳,乏力,尤其原有慢性肝炎者,皆应作进一步检查。

直肠癌 是中老年人较好发的恶性肿瘤,早期由于直肠弹性大,故无明显症状,但40岁以上出现不明原因的便意感,大便粘液增加及大便规律改变,都应引起重视。

膀胱癌 是中老年人的好发恶性肿瘤,好发年龄为40~60岁,男多于女。无痛性、间歇性血尿是膀胱癌的重要信号,尤其原患慢性膀胱炎的人更应引起注意。

食管癌 同样是中年以上常见的恶性肿瘤,(40岁以上)男多于女,凡渐觉进食后,食物通过有停滞感、胸部不适、有

异物感,年在40岁以上,或居住在高发区的人都应怀疑本病潜在的可能。

鼻咽癌 多发生在30~50岁之间的中老年人,为南方沿海一带的高发恶性肿瘤。凡高发区域30岁以上的人,出现不明原因的鼻塞、涕中带血都应想到本病。

肾癌 亦为老年人多发病,常发生于50岁以上,男多于女。主要为嗜铬细胞瘤,是一种肾上腺髓质功能亢进性肿瘤,肾上腺素及去甲肾上腺素血水平升高。主要信号为高血压,特点为收缩压显著升高,本病常发生于右肾,如触到包块更应怀疑本病。

此外,皮肤癌也多发生于中老年人,男女之比为2:1,由于皮肤与内脏息息相关,故皮肤癌的危害性在于内脏的转移,尤其恶性度极高的黑色素细胞瘤,具有闪电般的转移性,故最为凶险。现代皮肤癌逐渐增多,主要与放射线及理化因素、日光等有关,由于本病非常善于伪装,因此要注意各种慢性皮肤疾患的改变。无论痔、疣、白斑、溃疡……一旦突然出现颜色改变、浸润、有渗出,瘙痒等都为不祥信号,应作进一步检查。

总之,中老年人是肿瘤的高发阶段,而且年龄愈大,手术的条件也愈差。因此,一定要注意早期信号,以争取早期手术。

第七节 青少年时期肿瘤先兆

青少年时期的恶性肿瘤,由于起病多急,因此易于发现。

但由于本病恶性度高、进展迅速，一旦发现已非早期，故青少年时期的恶性肿瘤，尤应注意超早期先兆……

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

急性白血病 多发生于 20 岁以前的青少年阶段，男女之比为 $5:4$ ，急性白血病又称血癌，最为凶险，凡青少年时期出现发热怕冷而伴有鼻衄、紫斑等出血症状者，都不能忽视血液检查。

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

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

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

儿童期肿瘤详见本书第一 五章儿童期肿瘤先兆。

注：

〔1〕肿瘤病问答，徐光炜等，科学普及出版社，1981年版。

第八十七章 胃癌先兆

胃癌列为诸癌之首,其发生与营养机制障碍有密切关系,就像毒蕈往往生长在坏土壤上一样……难怪萎缩性胃炎、胃溃疡、慢性胃炎,常是胃癌的前身,因此早期先兆也与上述疾病的表现难分难辨……

第一节 病因病机

胃癌是人类最常见的恶性肿瘤之一,其发病率之高,被列为诸癌之首,占全部恶性肿瘤的10~30%,在消化系统中居于头一位。

祖国医学称胃癌为“膈中”,“反胃”,《黄帝内经》记载较多,如《灵枢·四时气》曰:“饮食不下,膈塞不通,邪在胃脘,在上脘则刺抑而下之,在下脘则散而去之。”《灵枢·邪气脏腑病形》篇还曰:“膈中,食饮入而还出,后沃沫。”张仲景《金匱要略》则曰:“朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反。”等,皆指出了晚期胃癌的临床症状。胃癌在祖国医学又称为积聚中的“心之积”,如《难经》曰:“心之积,名曰伏梁,起齐上,大如臂,上至心下,久不愈,令人病烦心。”(五十六难)其所指胃脘部肿块,实与今之胃癌相似。此外,《金匱要略》还说:“胃反呕吐者,大半夏汤主之。”《医宗金

鉴》曰：“幽门干枯，则放出腐化之道路狭隘，故食入反出为翻胃也……皆死证也。”（杂病·噎膈翻胃总括）说明祖国医学对于胃癌早已有了较全面的认识，不但对胃癌的症状、预后作了精辟的论述，并且还提出了治疗方法。

我国沿海一带发病率较高，尤以辽东半岛、胶东半岛的沿海省市，以及西北高原为多见。可能与饮食关系：偏嗜腌、咸、熏、煎食品及地理、化学物理因素（如芳香胺、亚硝胺、紫外线）等有关。

发生机制

胃癌的产生机制主要为痰毒所崇，无论是热邪蕴遏成痰结，还是寒湿凝滞积为痰块，病根皆为痰毒。此外，脾胃素虚是胃癌变的一个重要前提，其中慢性萎缩性胃炎伴恶性贫血致胃癌者尤为重要，因为萎缩性胃炎破坏了胃的营养机制，为胃癌的产生创造了条件。其次胃溃疡也有可能发生癌变，因为胃粘膜屏障被破坏的缘故。

实践证实，胃癌与营养失衡有密切关系，如缺乏动物蛋白和黄绿蔬菜，以及偏嗜腌菜、咸鱼、熏制品等，都有可能成为胃癌的诱因。

总之，胃癌的发生机制与胃营养障碍及痰毒为患有关，饮食、家族史（遗传）、精神因素及环境因素常为诱因。此外和血型也有一定关系，据报道，A型血的人，胃癌发病率较其它血型人高约一半以上。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

胃溃疡、慢性胃炎、胃窦炎、肠上皮化生，尤以萎缩性胃炎、胃窦炎常是胃癌的前身。

胃癌是一个独立的恶性疾病，常发生在慢性的良性病变基础上，但也可以在良好的组织上突然发生。日本研究认为胃溃疡与萎缩性胃炎的发病率、癌变率最高约 1~2%，甚至达 10%，演化时间约六年左右，如伴有恶性贫血，则癌变率更大。这些胃疾之所以与恶性肿瘤有一定的关系，是由于粘膜屏障减弱，营养功能障碍之故。

胃癌常同时伴随有萎缩性胃炎，其癌变率为 53~97%〔1〕，萎缩性胃炎的主要病理为胃粘膜腺体萎缩，症状特点为胃酸减少，食欲减退，腹胀不适，主要潜兆为胃粘膜高度肠上皮化。

多数观察证实萎缩性胃炎发生胃癌，约占 10%左右（主要指病史 10 年以上的重度萎缩性胃炎），这是因为胃壁营养障碍为癌变创造了条件之故。

胃部良性溃疡与恶性溃疡之间，可存在 1~10%或 2~8%的转化关系，但亦可毫无相关。1962 年 Thunold 和 Wette-land 在 726 个由于胃溃疡而切除的胃组织标本中，仅发现 19 例溃疡癌，占 2.5%。胃癌既可与胃溃疡无关，也可继发于胃溃疡，因为胃粘膜屏障遭到破坏后，为致癌物质的进入打

开了通道。如有人观察了 362 例胃癌切除标本，发现 26 例（7%）发生于先前的慢性溃疡的边缘〔2〕。一般认为胃溃疡有 5~10% 的癌变率，慢性胃炎的癌变率约 10%，胃息肉癌变率不超过 10%。胃癌也可以胃溃疡的形式进行发展。有的胃溃疡本身就是胃癌的前病阶段。

胃息肉（超过 2 厘米者）、恶性贫血、胃大部分切除术后（瘢痕）也与胃癌的发生密切相关，据言残胃的癌发率比常人高 2~3 倍以上。

因此，不得不认为，部份胃溃疡和部分慢性胃炎是胃癌的癌前潜病。同时也体现了癌的发生机制为“邪之所凑，其气必虚”的精神。

二、早期先兆

早期胃癌并无特殊临床表现，即便有也缺少特异性，但亦并非毫无“发露”可查，如年四十以上，平素无胃病的人，出现不明原因的纳呆症，上腹饱胀，厌食，偶有恶心或厌食肉类，乏力，或时隐时现的不适（介于疼与胀之间），疼痛不规则即应引起警惕。

有胃溃疡史的病人，逐渐发生一反常态的变化，原有规律发生改变，如胃脘部不适感不为进食缓解，亦不为制酸剂等其它常用药而减轻，或食欲不振加重者，更应引起注意。

其他，慢性胃炎、胃息肉等，亦有常规逐渐发生改变的情况，或症状逐渐加重而不能为其他原因解释者，皆应考虑到胃癌的可能。待出现呕吐、便血、剧痛时，已宣告进入晚期。

总之，有长期胃病史，突然加重，规律改变者，尤其中老年人突然出现胃病，或久治胃病无效者都应引起警惕。

事实上早期胃癌（浅表型胃癌），临床症状出现较慢，就医者，往往发病已超过半年。首发证为厌食或无胃口，及上腹部饱胀，胃脘不适的胃滞纳呆证。据言如癌发生在幽门部，则即使最小的原位癌亦会较早出现不同程度的阻塞现象，虽然从形态学的观点来看，这么小的癌是不足以引起梗阻的。这也许是人体的一种保护性反应现象，首发症状可以在3个月~10年之间。

胃癌的早期先兆出现时间及性质，亦依发生部位不同而异，幽门窦部癌的首发症状为上腹隐痛，但亦发生较晚。据国外报道（Am J Gastroenterol. 70: 27, 1978），胃癌能分泌一种物质，能麻痹神经末梢，使痛阈增加^[3]。癌发生在胃贲门部的，则易最先出现进食梗噎感，而发生在胃底部（静区）则可无不适感觉，或最初先出现食欲减退，上腹不适。有的胃癌病人在颞额部出现强硬黑毛，称为（Sonrideson氏癌毛），有的胃癌病人颈部出现黑棘皮病，这些皆可为胃癌的报标信号。

报标症

上腹饱胀及过去喜吃的东西突然变得乏味，或老觉得“口淡”（据报道，早期胃癌约80%以上可出现胃气滞症）。

典型征兆

胃部触到肿块，胃脘疼痛，饱胀厌食，呕吐呕血，便血贫血，消瘦乏力，右锁骨上淋巴结转移肿大。注意呕吐特点为隔餐食，所谓“朝食暮吐”（胃幽门梗阻）；或进食不利，食

物反流，出现“食入即吐”（癌致贲门梗阻）。

三、早期诊断

（一）早期鉴别诊断

与胃溃疡鉴别 胃癌年龄较大，多在四十岁以上，疼痛无节律性，病程为进行性，可有厌食。而胃溃疡则年龄相对较年轻，病程缓慢，疼痛有规律性，进食可缓解，无厌食。溃疡型胃癌与胃溃疡早期仅凭临床症状无法鉴别，应尽早接受特异性检查。

与萎缩性胃炎鉴别 胃体部的浅表型胃癌常与慢性胃炎症状相似，难以区分，尤其应与萎缩性胃炎鉴别。萎缩性胃炎，病程多较长，并常伴有舌炎、舌萎缩，胃酸缺乏症状较明显，贫血、消瘦等营养不良症状出现较早，而胃癌则病程较短，消瘦、贫血等恶病质多在后期出现。

（二）早期现代诊断

1. 胃镜检查 近代胃镜是一种纤维胃镜光源系统，既有摄象装置，又有活检设备，并且为高功率冷光源，可使胃粘膜全部暴露无余，基本上没有盲区，管子可灵活变曲、滑润，易被患者接受。发现粘膜形态及色泽的异常，包括色泽异常和表面的变形，如凸凹不平，渗出、糜烂，则除摄象分析外，可取活组织检查即可确诊。

2. 辅助检查

（1）X线检查：作胃钡餐造影，龛形的异常变化，如粘膜皱襞影，呈小结节状突起，常提示正常粘膜已被破坏，可作辅助诊断。近年用气钡双重对比法，提高了早期胃壁微小病

变的发现率。

(2) B 超、CT 也是重要辅助检查手段 (电子计算机化轴向横断体层 X 线扫描摄影)。X 线检查有怀疑的, 可用 B 超、CT 作进一步检查。

(3) 唾液癌胚抗癌检查法 用唾液检查诊断胃癌适于大面积普查。福建省中医药研究所首创唾液癌胚抗原检测法诊断胃癌, 发现唾液癌胚抗原含量特别高, 胃癌的阳性诊断符合率达 90%, 唾液优于胃液及血液, 可互补^[4]。

(4) 胃酸检查 胃癌患者约 50% 以上有泌酸减少现象, 注射组织胺后, pH 值下降不到 0.5, 可作诊断参考。

(5) 胃液及粪便隐血试验 常呈阳性, 可以助诊。

(6) 胃脱落细胞学检查 也为胃癌的确诊手段。方法是取胃壁冲洗液, 经离心沉淀后, 染色涂片在显微镜下找癌细胞。

第三节 抗癌措施

(1) 及早根治原发病: 如治愈萎缩性胃炎, 注意以健脾及活血化瘀原则, 改善胃的营养机制, 以消除内源性癌产生的土壤。及早治愈胃溃疡, 以恢复胃粘膜的防御屏障, 对抵御外来致癌物的刺激, 防止癌变有重要意义。

(2) 提高抵抗力, 以加强免疫监视系统, 亦即注重扶正, 可服用六君子汤一类药: 党参或西洋参、白术、茯苓、法半夏、陈皮、甘草, 酌加黄芪。

(3) 减轻消化系统负荷, 以利抗御癌邪, 如服用山楂、神

曲、砂仁之类助消化药。

(4) 加强饮食管理，对有癌前病变可能的患者，应少食腌、咸、熏、腐、煎食物，忌食霉变食物及含亚硝酸多的食物。主张薄味、少食厚味及高粱美酒，多食含维生素 C 高的食物，如蔬菜、水果、鲜肉、鲜蛋。

(5) 食疗抗癌：有胃癌可疑的人宜多食蘑菇、竹笋、薏米、海带、猴头菌、乌蛇肉、螃蟹、螺蛳、灵芝等食物及药物。

(6) 抗癌中草药：有癌变可疑的人，应适当服用抗癌中草药。如黄药子、蛇类、壁虎、全蝎、蜈蚣、露蜂房、白花蛇舌草等。可配于六君子汤：党参、白术、茯苓、法半夏、陈皮、甘草，或四君子汤：党参、白术、茯苓、甘草等方服用。

注：

〔1〕胃癌防治研究近况：《肿瘤防治研究》，北京市肿瘤防治研究所，1977，3：25。

〔2〕同上。

〔3〕中山医学院《新医学》编辑室主编：《误诊病例分析汇编》，广东科技出版社，1985，139页。

〔4〕乔恒业：健康报，1987，4，14。

第八十八章 肺癌先兆

肺癌占恶性肿瘤的第二位，外源性浊气是致癌的主要因素。其超早期先兆为肺外先兆，因为甚至在肺部症状出现前1~3年，即已有所发露……

第一节 病因病机

肺癌发病率占恶性肿瘤中的第二位，肺癌的发生仍然是内因为主要条件，但环境因素所受影响亦不可忽视

原发性肺癌，主要分为中心型及周围型两类，中心型多发生于肺门附近气管及总支气管；周围型常发生于肺周围的支气管。前者多为鳞状上皮癌，后者则以肺癌为多。

《黄帝内经》中已有许多类似肺癌的记载，如《素问·玉机真藏论》曰：“大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不变，内痛引肩项……，身热、脱肉、破腠。”《素问·咳论》曰：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚至唾血。”其中大骨枯槁，大肉陷下，身热破腠，似与肺癌晚期恶病质相近。又《难经》所言“肺积”，也可能指肺癌，如五十六难曰：“肺之积，名曰息贲，在右肋下，覆大如杯，久不已，令人洒淅寒热喘咳，发肺痛”即是。

发生机制

祖国医学认为肺癌的形成机制为邪毒客肺、肺失宣肃,致痰瘀互结、聚积成块所致。所谓邪毒客肺,除六淫浊毒之外,还指被污染了的空气、水和土壤。主要为放射性物质及一些有机和无机化合物,如亚硝酸盐、苯、砷、石棉、吸烟等,但这些因素只是一种促发诱因,导致肺癌的根本原因为在于人体内部。主要为正气内虚,尤为肺气不足或肺阴亏耗,包括长期患慢性气管炎、肺结核,引起肺的免疫力下降之故,日久毒结痰聚、气郁血瘀而成积块。正如沈金鳌所说:“邪积胸中……邪正相搏,邪既胜,正气不得制之,遂结而成形有块”(《杂病源流犀烛》)。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

肺癌的癌前潜病,多为肺部慢性炎症,主要指慢性支气管炎,肺癌同样是一个独立的疾病,可以自始至终独立发展,但也常以肺炎为表现形式,因此肺癌可与慢性炎症共存。

肺癌也可以由肺部慢性疾病癌变而来,这是因为长期不愈的慢性炎症(主要为慢性支气管炎),由于粘膜的病变,导致粘膜营养功能障碍及粘膜屏障被破坏,从而为外邪的客入创造了条件。另一方面,肺癌又是全身疾病的局部表现,因此肺癌的产生,主要还根源于人体内部整体的病变因素,包括遗传因素和免疫监视职能。

二、早期先兆

肺癌的早期先兆包括肺外先兆及肺部先兆。

(一) 肺外先兆

常比肺部症状出现的要早得多,甚至提前到1~3年前即有披露,主要为内分泌激素的异常改变,但多数无规律性,肺癌切除后,肺外症状即随之而消失。

肺癌肺外症状主要表现为内分泌的异常,尤以性激素及肾上腺皮质激素血水平的偏高为特点,即出现乳腺发育,性欲偏亢以及其它肾上腺皮质功能亢进症,如类柯兴氏综合征。

此外,关节疼痛主要为长骨及四肢关节疼痛最为突出,尤其对于以往没有关节炎史,40岁以后突然出现的应引起警惕。

其他,皮肤改变,如瘙痒、黑棘皮病、带状疱疹、皮炎和某些神经精神表现。如周围神经炎、肌无力综合征,以及一些精神异常现象,也常为肺癌的早期肺部先兆。

(二) 肺部先兆

呛咳 四十岁以上,无原因的、顽固性的刺激性呛咳,常为肺癌的早期先兆,尤以中心型更为重要,因大气管受癌瘤的刺激发生痉挛性收缩所致,故中心性肺癌较周围型肺癌其先兆信号的披露要早得多。

胸痛 胸部刺痛亦为较早信号,性质呈尖锐刺痛,多较早出现于未分化型肺癌。

咯血 为中央型肺癌的较早信号,因气管粘膜血管分布丰富,但血丝为极少量,周围型肺癌因离气管较远,咯血出

现一般较晚。

低热 出现不明原因的低热，尤其是间歇热（据报道占70%），并兼以上症状者，应引起重视。

报癌症

刺激性呛咳，原发性气管炎的咳嗽规律改变，或经久不愈的顽固性咳嗽（治疗三周以上无效）。皆有可能为本病报癌信号，应进行进一步检查。

肺癌先兆信号出现的早晚，取决于癌的位置，一般而言，中心型肺癌由于靠近较大气管，故症状出现较早，而周围型肺癌由于距较大气管较远，因此症状出现较晚，尤其直径在2厘米以内者，更无症状表现。

要注意肺癌的早期先兆的反常现象，即出现肺内症状的（如咳嗽、胸部不适），X线检查反而为阴性（亦可为隐性癌或其他原因误诊）而肺部X线为阳性的，病人却无肺内症状而多以肺外症状，如骨、关节痛，或其它内分泌失调症状为首见。

（三）典型征兆

顽固性、刺激性呛咳，痰带血点或少量血丝，胸部隐隐刺痛，或有胸闷痰多（气管被阻）。如肿瘤较大可出现压迫症状：同侧膈肌麻痹（压迫膈神经），胸膜气促（侵犯胸膜），头面浮肿、静脉怒张（压迫上腔静脉），肢麻、面部无汗、浮肿、眼睑下垂（臂丛神经受压）。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

肺癌与肺结核 咳嗽、咳血及胸痛三大症状，为肺癌及肺结核的共有症。但肺癌多为中老年人，上述三大症状一般多突然出现，而肺结核则多较年轻，且上述症状有较长历史。此外，盗汗、低热、颧赤（癆红）也比较典型，X 线阴影边缘较为模糊，不如肺癌清晰，尤其细胞学检查有结核杆菌，无癌细胞发现，则可以之鉴别。

1. 肺癌与肺炎 老年性支气管肺炎，如多次反复发于同一部位，也易与肺癌相混，但细胞学检查及纤维光导支气管镜检查即可鉴别。

2. 肺癌与支气管炎 由于许多肺癌以类支气管炎的形式表现出来，故易被掩盖误诊。鉴别的办法但是气管炎史及痰细胞学检查、纤维光导支气管镜检查（活体组织、癌细胞检查）。

（二）现代早期检查

1. X 线检查 是诊断肺癌的有效手段之一，也是普查初筛的可靠手段，X 线可发现直径 3 毫米的肺部恶性肿瘤。凡肺部有孤立性阴影，或经抗炎治疗无效的“肺炎阴影”，皆应引起高度警惕。

体层胸片：进行额面倾斜断层是目前肺癌诊断价值最大的一种手段。

CT 检查：对 X 线检查有怀疑者，可进一步作 CT 检查（电子计算机化轴向横断体层 X 线扫描摄影）。

2. 痰液细胞学检查 对可疑患者作脱落的癌细胞检查，阳性率可达 80~90%，尤以中央型肺癌为主。

3. 支气管镜检查 采用光导纤维气管内窥镜,对中央型肺癌尤适,可作活体组织检查。

4. 免疫学检查 缺少特异性,但也可作为辅助检查,因为癌肿病人大都有免疫功能下降的趋势。

第三节 抗癌措施

1. 及早根治癌前病 包括慢性支气管炎、肺结核及支气管肺炎,改善气管粘膜的营养功能,恢复粘膜的屏障作用,铲除癌证产生的土壤。

2. 提高肺部免疫机制 以之加强免疫监视能力,肺气虚可用玉屏风散:黄芪、白术、防风、大枣、甘草,肺阴不足用百合固金汤加減:百合、生地、熟地、玄参、当归、杏仁、麦冬。二方皆可酌加抗癌药如白花蛇舌草、半枝莲、鱼腥草、土茯苓、龙葵、八月札、山慈菇、土茯苓、薏苡仁、海藻、壁虎等。

3. 通利肺气 以宣肺豁痰调气方法,通利肺气、调畅血行,致使邪毒不能滞留,对防癌有一定意义。

4. 减轻肺负荷 去除不利的环境因素,如脱离产生矽肺的环境,避免肺纤维化,以减轻肺泡气管负荷,对保护肺气有一定意义。

5. 定期普查 中、老年人加强定期X光普查,以冀早期发现。

第八十九章 肝癌先兆

肝癌占恶性肿瘤的第三位，是最凶恶的癌之一，号称“癌王”。肝脏是人体最重要的解毒器官，一旦肝脏不能正常解毒时，其浊毒便成为致癌的因素，难怪慢性肝炎被责为导致肝癌的祸根。因此也意味着肝癌先兆与慢性肝炎、肝硬变症状有着惊人的相似之处……由于肝为人体功能最多的器官，约有 1000 个功能，一旦出现肝的功能障碍，对全身的波及必然较多，因此肝癌的肝外先兆常常早于肝内先兆……

第一节 病因病机

原发性肝癌的发生率也很高，我国也属于高发率区，在恶性肿瘤中居第三位，占全身恶瘤的 1~7%，以中壮年为多，高发率为 40~49 岁。当前原发性肝癌是癌中最凶恶的癌之一，死亡率较高，对人体危害亦极大，故又称“癌王”，我国发病率约 5.20/10 万人口。

祖国医学对肝癌的记载，皆分别属于“脾积”、“肝著”、“积”、“癖黄”、“鼓胀”等，如《灵枢·邪气藏腑病形》篇论肥气曰：“肝脉……微急为肥气，在胁下，若覆杯。”论伏梁则曰：“在心下，上下行，时唾血。”又如《难经·五十六难》说：“脾之积，名曰痞气，在胃脘，复大如盘，久不愈，

令人四肢不收，发黄疸，饮食不为肌肤，以冬壬癸日得之。”《诸病源候论·积聚候中》则曰：“诊得肝积，脉弦而细，两胁下痛。”“气饮停滞，积结成癖，因热气相搏，则郁蒸不散，故胁下满痛，而身发黄，名为癖黄”（《诸病源候论·癖黄》）。《外台秘要·温白丸条下》亦曰：“心腹积聚久癥瘕，块大如杯碗，黄疸，支满上气，时时腹胀”等。上述说明，祖国医学对肝癌早已有所认识，虽然名称不一，但所述症状近似，皆以肿块、疼痛、腹水、乏力、消瘦为其特征，并且提示凶多吉少。

发生机制

原发性肝癌的发生机制，主要是热毒蕴积或痰湿凝结，主要与肝胆湿热和六淫邪毒客入有关。由于肝主疏泄，因此七情郁结导致气血遏郁，是肝癌的主要诱因，痰瘀互结是肝癌的发展结果，而正虚免疫系统低下是肝癌发生的内在基础。

肝癌与化学、生化致癌的关系甚大，最为突出的为黄曲霉毒素，被其污染的花生、玉米、粮食，有高强度的诱癌力。此外，亚硝胺也具有强烈的致癌性，主要为水土中含过高的硝酸盐及亚硝酸盐所致。其他，饮酒也是肝癌的一个因素，因为酒精吸收后，所导致的营养不良性肝硬化是肝癌发生的内在基础。遗传、家族史与原发性肝癌也有一定的关系，但仅对原发性肝癌的发生具备了一定的内在条件，并不意味着肝癌可以直接遗传，此外，与中华分支睾的感染也有一定关系。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1.慢性肝炎（尤其是肝硬化） 实践中常见慢性肝炎—肝硬变—肝癌的发展公式（又称“肝病三部曲”），但亦有看法认为肝炎与肝癌并无直接联系，而是某些肝癌开始即以肝炎的形式潜匿地进行。实践中，长期、反复的慢性炎症，易形成增生性结节，增生的肝细胞即有癌变的可能。

至今，大多数学者仍倾向于肝硬变、迁延性肝炎与肝癌有一定联系。如据台湾研究证实，乙型肝炎的患者比正常人易发生肝癌，而且高达 200 倍以上。大结节性肝硬变尤易在此基础上增生为肝癌，但肝癌大部分合并肝硬化，而肝硬化则只有极小部分合并肝癌。

2.乙型肝炎 乙型肝炎与肝癌的关系尤其密切，乙型肝炎病毒究竟是致癌因素还是促癌因素，还有待今后研究证实，至少现在可以证实“澳抗”（HB₃Ag 乙型肝炎表面抗原）与乙型肝炎—肝癌有着密切的联系。肝癌病人约 80% 呈“澳抗”阳性结果，但乙型肝炎是否能发展为肝癌，还要看内体免疫因素，即免疫监视系统的完备和能力。

二、早期先兆

肝癌早期先兆，包括肝外先兆及肝先兆，通常肝外征兆出现时间要早得多，但并非大部分患者皆具有。肝内先兆虽

然大部分患者均可出现，然却披露得较晚，因此，肝内、外先兆都应合参。

（一）肝外先兆

肝外先兆主要为无原因的内分泌异常，导致激素水平的紊乱（偏高或偏低），形成“异位激素综合征”。这一征兆往往是肝癌的最早信号，主要表现为促性腺激素及促生长激素水平增高，而有性欲亢进及类柯兴氏综合征等表现，或由于雌激素水平增高而有男性乳房发育，性欲减退等症。

有些病人还可出现类白血病反应、低血糖、高血钙、高纤维蛋白原血症、红细胞增多症等现象。肝硬化严重的还可出现肝硬化的一系列症状，如肝肿大、肝痛、腹水、黄疸、出血、嗜睡、恶心、乏力、消瘦、厌食、皮肤瘙痒、少尿、肝臭……。

（二）肝内先兆

肝郁证 包括无原因的精神不畅，胁肋不舒，及时觉隐痛等肝郁气滞证，常为肝癌最早的先兆潜证。

肝痛 据统计，肝痛是原发性肝癌的首发症状，占 31.3% ~ 74% [1]，肝癌几乎都在硬化的中心发生，很少长在肝的外面，因此疼痛症状不明显，为一种时隐时现的深部钝痛。

厌食、腹胀、乏力 厌食、乏力、腹胀为肝癌的次发症状，早期常以上腹不适，食欲减退，乏力等胃滞纳呆证的形式出现，与消化道癌，如胃癌、大肠癌、胰腺癌等早期先兆证相似而无特异性。因此靠临床症状较难发现，但可在突然出现无原因的脾虚证、胃滞纳呆证和肝郁气滞证的情况下引起警觉。如素有慢性肝炎、肝硬化，年在四十岁以上，突然

出现上述先兆症时，应立即进一步检查。

报标症

时隐时作的深部钝痛，厌食恶心是肝癌的最早报标信号。

(三) 典型征兆

(1) 肝区疼痛 并呈持续性隐痛、胀痛或刺痛，劳累后加重。

(2) 肝进行性肿大，且不能以其他原因为解释。

(3) 顽固性的不明原因的厌食、腹胀、恶心。

(4) 乏力、消瘦、羸弱，为癌恶病质标志。

(5) 发热 呈弛张热，予抗生素不能控制。

(6) 黄疸 多出现于晚期。

(7) 腹水 同样多出现于晚期。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

肝癌与肝硬变：肝癌可以继发于肝硬变，但肝癌本身亦可在发展过程中促使肝硬化，因此，一些肝癌的早期先兆与肝硬变的肝硬、肝区痛、疲乏、食欲减退等并无区别。然而，肝硬化病人多有长期反复发作的肝炎史，而且肝脏硬化后逐渐缩小，有脾肿大、蜘蛛痣、食管胃底静脉曲张等。肝癌则病史较短，出现临床症状后发展极快，AFP（甲胎蛋白）阳性。

与肝脏良性肿瘤鉴别：肝良性肿瘤一般不合并肝硬变，发展慢，AFP 阴性。

与继发性肝癌鉴别：继发性肝癌病程较长，发展缓慢，

AFP 阴性，多不伴有肝硬变，少有肝炎史。

（二）现代早期检查

肝癌在 5 厘米以内很少出现症状，待触到肿块时，已是肝癌的中、后期了，但出现上述早期先兆时，用现代检查方法可以立即确诊。

1. 甲胎蛋白 (AFP) 检查 癌变以后的肝细胞，又重新获得了胚胎时期肝细胞制造甲种胎儿蛋白的能力，其浓度取决于肝癌细胞恶性的强弱，以及癌的生长速度，0.15~0.5 厘米的癌肿皆能测出，400~500 毫微克/毫升，即可确诊为癌。

2. CT (电子计算断层 X 线摄影) 检查 能查出极小肿瘤，并确知其占位情况。

3. 肝血管造影 根据瘤区血管密度及血管变化，可以确定肝癌部位。

4. 酶学检查 肝癌各种血清酶，如 - 谷氨酸转氨酶升高，碱性磷酸酶及同功酶升高，对诊断有辅助作用，因缺少特异性。

5. 肝超声波检查 可作上述辅助诊断。

6. 同位素扫描 可对肿瘤占位助诊。

第二军医大学附属长海医院肝胆外科，首创早期诊断肝癌新方法——异常凝血酶原的定量检测法，证实了肝癌在 3 厘米大小时，可能是其生物学特性将要发生转折的重要时期。此时期加强诊治，可提高肝癌存活率^[2]。

目前中医还注意到从舌肝癭线、舌下络诊、舌质（红瘀舌）及耳穴（耳穴有增生隆起）等处，对早期诊断肝癌有一

定帮助。

第三节 抗癌措施

(1) 彻底治愈癌前病，如肝炎、肝硬变，尤其是乙型肝炎，杜绝肝癌产生的土壤。

(2) 不吃霉变食物，尤其是被黄曲霉菌污染的花生、玉米、谷类。

(3) 多吃新鲜蔬菜、水果及鲜肉、鲜鱼。

(4) 提高免疫力，加强免疫监视系统，使癌细胞及早被消灭，可服人参、云苓、灵芝、猴头菌、香菇、螺蛳、竹笋、海带、墨鱼。

(5) 保持上进的、乐观的精神心态，使肝脉舒畅、气血流通，则邪毒无法滞留生癌。

(6) 适当服抗肝癌中草药，如予柴胡疏肝散：柴胡、白芍、川芎、陈皮、香附、枳壳、甘草，或逍遥散：柴胡、白芍、茯苓、当归、白术、薄荷、生姜、甘草。酌加具有抗癌性能的中草药，如白花蛇舌草、山海螺、半枝莲、龙葵、蜂房、夏枯草、地鳖虫、虎杖、土茯苓、土贝母。

注：

〔1〕汤钊猷主编：《原发性肝癌》，1981 第一版，上海科技出版社，151 页。

〔2〕张肇基：健康报，1987.10.25，引摘。

第九十章 乳腺癌先兆

乳腺癌是妇女的高发恶性肿瘤之一，由于乳腺癌的发生机制与激素水平失调，尤其是卵巢雌激素水平过高有关。因此其超早期信息常从激素水平异常的变化而获得……

第一节 病因病机

乳腺癌居我国恶性肿瘤第九位，占全身恶性肿瘤的 7~10%，是女性的高发恶性肿瘤之一，近年来发病率已超过宫颈癌，占女性恶性肿瘤的首位，经绝期前后的妇女为高发期。其危害性在于早期即有淋巴及血行转移，而且常转移至内脏深处，如肺、肝、脑等，因此也属比较凶恶的癌瘤。99%发生于女性，占女性 23/10 万人口，可合并发生宫颈癌、卵巢癌、子宫癌等。40~59 岁占全部患者的 75%。

病机可能因为卵巢激素的关型，主要为雌激素水平偏高，发病与婚、产、哺乳状况密切相关，月经初潮早、绝经晚，未生育或未哺乳，独居者，其发病机会尤多。

祖国医学文献记载为“乳岩”、“乳岳”“乳石痛”、“妬乳”、“乳核”、“乳痛坚”，《内经》称之为“石瘕”。我国最早的病机专著《诸病源候论》称为“石痛”，并有较为形象的描述。如曰：“石痛者……亦是寒气客于肌肉，折于血气，结聚

而成，其肿结痛实，至牢有根，核皮相亲，不甚热，微痛，热时自歇，此寒多热少，如石，故谓之石痈也”。

乳岩，《外科大成》有详细记载，如曰：“乳中结核，不红热，不肿痛，年月久之，始生疼痛，疼则无已，未溃时，肿如覆碗，形如堆粟，紫黑坚硬，秽气渐生。已溃时，深如岩穴，突如泛莲，痛苦连心，时流臭血，根肿愈坚，斯时也五大俱衰，百无一救，若自能清心涤虑以静养，兼服神效瓜蒌……可苟延期而已。”并强调指出“中年无夫者，多为不治。”《丹溪心法》：“忧怒郁闷，朝夕积累，脾气消阻，肝气横逆则病乳岩。”强调了乳岩与精神情绪的意义。朱丹溪还最早记载了乳岩，并提出了诱发因素，如曰：“馆试屡下，意不能无邪，夏月好以手捋乳头”。

上述说明，祖国医学对乳癌已经有了较为深入的认识，不仅对乳癌的症状、预后进行了描述，而且许多古典文献都提出了治疗大法及预防措施（将分述如下），尤其可贵的是强调了精神因素与乳癌的关系，并注意到了男性乳癌的严重性。

发生机制

乳腺癌发生的主要机制，与内体肝肾阴阳失调、相火亢盛、冲任失调密切相关，尤与肾阴虚阳亢、相火旺盛至关。女子性事姿欲或寡居欲火内伏，皆可致相火过旺，刺激乳房而致癌。此外，乳癌与阳明胃经痰火内伏亦很有关，因乳房属阳明胃之故。因此，高粱厚味致痰热内蕴于阳明，结核于乳络，是导致乳腺癌的因素之一。西医也认为乳腺癌与进食高脂饮食有关。

其次，寒客乳络致恶血不泻，或痰火交结、凝于乳络，亦

可致癌。如《灵枢·水胀》曰：“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如杯子，月事不以时下，皆生于女子，可导而下。”即是。

此外，乳腺癌尤以情怀不畅，忧思郁结为其诱因。故《妇人大全良方》曰：“肝脾郁怒，气血亏损，名曰乳癌。”因乳头属足厥阴肝，外属足少阳胆，肝胆主疏泄、升发的缘故。其中包括冲任失调、气血不利。

还须提及，家族遗传也是一个重要因素，实践中，有家族史的人其易罹性显然要高得多，激素水平（雌激素水平）偏高是催化剂，而正气不足则为发病的条件。

现代医学认为内分泌失调，激素水平升高，卵巢、肾上腺分泌雌激素过高，是乳腺癌发生的重要内环境因素。但据研究认为雌激素只能缩短致癌时间（诱发），未必就是乳腺癌的根本原因。但内分泌失调无疑是乳腺癌产生的重要前提。目前有学者从乳腺癌乳汁中注意到，与乳腺癌病毒有关（是一种 B 型 RNA 病毒）但尚待证实。男性乳癌的发生，仅占 1~2%，有的与患前列腺癌长期使用雌激素治疗有关。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1. 乳腺增生病 乳腺增生病出现于中年妇女，（死后检查率高达 53%），其乳腺癌的发病率比一般人高 2~3 倍，仅

是量的增生不足以成为癌前潜病，必须有质的改变，即须有细胞形态结构异常，即所谓不典型增生才能有演变为乳腺癌的可能。癌变率为2%左右，患乳腺增生病者，雌激素水平皆偏高，排卵期后不下降，年龄愈大，癌变率愈高，45岁以上可高达39.9%，55岁以上的癌变率为56.7%，尤其出现数量较多的大小增生结节，更应高度警惕。

2. 乳腺纤维瘤 少数可成为癌前潜病，其特点是圆形，边缘清楚，表面光滑，无压痛，活动性好，并多发生于青春期妇女，质中，有弹性。

3. 大导管乳头状瘤 多位于乳房中心部位靠近乳头，在乳管开口至壶腹部一段。因为肿瘤刺激乳腺致乳头溢液，故乳头溢液是早期最重要的信号。乳腺癌出现乳头溢液的约1.3~7%，而双侧溢液的可疑性较小。

二、早期先兆

1. 触到肿块 乳腺位于体表，因此癌肿较易发现，早期以偶发刺痛为先兆，此时若发现肿块，亦在1厘米以上，表明癌肿已超出乳腺腺管。隐匿癌肿在肿块被察觉前，已有肺、骨等深处转移，出现腋窝淋巴结转移已非早期，呈桔皮样改变或“酒窝样变”则更非初起。

祖国医学对乳腺癌的早期先兆已有记述，如《医宗金鉴》曰：“乳腺初结核隐痛”。提出了乳腺隐痛的早期信号意义。《外科正宗》：“初如豆大，渐如棋子，半年一年，二载三载，不痛不痒，渐之而痛，始生痛痒……名曰乳岩”。则论述了乳房出现无痛性肿块是乳癌的早期警号，相当于现代医学

的单纯癌。《外科大成》：“乳癌亦乳中结核，不红热，不肿痛，年月久之，始生疼痛。”亦强调了乳癌早期多为无痛肿块的先兆特点。《外科正宗》还记述了一病案：“一妇人左乳结核，三年方生肿痛，诊之脉紧数而有力，此阳有余而阴不足也。况结肿如石，皮肉紫色不泽，此乳岩症也，辞不治……辞后果俱死。”同样反映了无痛性坚硬肿块，是乳癌早期重要信号。

乳岩多为硬癌（70%），部位以外上象限（即乳房的外上1/4处）为多。乳腺癌肿块约2/3是无痛性的，仅1/3有不同程度的刺痛、隐痛、钝痛、或牵扯痛，可为偶发、阵发或持续性痛。癌瘤初发于腺管上皮（相当于原位癌），直径1厘米以上始能触知。临床能触到的乳腺直径多已达1厘米左右，硬度大，有的移动良好，和良性纤维瘤鉴别须作活体切片检查始能确诊，常为单纯癌的首发症状，肿块增长较快，常为髓样癌的信号。

男性乳腺癌以乳晕下（中央区）或乳晕旁（近中央区），无痛性肿块最多见，与雌激素诱发的关系尚无明确根据。由于男性乳腺较薄，故肿块较易发现，但由于肿块多长在乳头周围，故较早转移到胸壁，应予注意。

2. 乳头溢液 乳头溢液多见于导管内肿瘤，在乳晕周围可触到小结节（绿豆大小），常为导管内乳头状癌的首发症状。祖国医学已有记载，如《千金方》：“妇人女子乳头生小浅热疮，痒搔之，黄汁出，浸淫为长，百种治疗不瘥者，动经年月，名为妒乳。”其中，乳头小疮、乳溢液及乳头搔痒，相当于现代乳头湿疹样癌及导管内乳头状癌的首发外露。

3. 腋下淋巴结肿大 无痛性肿块是乳腺癌的首发症，占

95~98%，直径1厘米时方可触及，隐性乳腺癌虽未能触及肿块，但淋巴转移较早，可于腋窝淋巴结触及，但也有1/3可出现早期隐痛、牵拉痛、刺痛。早期乳腺癌极易发生腋淋巴结转移，即使极微小的亦易发生早期转移，亦有隐性乳腺癌仅有腋下淋巴结肿大的信号。

4. 乳房皮肤异常改变 乳腺癌的早期先兆，有的还可表现为皮肤异常，如出现皮肤瘙痒，皮疹或带状疱疹，或黑棘皮病，或皮炎、周围神经炎等。一般而言，乳头瘙痒、湿疹，为乳头湿疹样癌的早期先兆。乳房皮肤变色、晦暗或发紫，或桔皮样改变，或皮肤凹陷、水肿等，则又常为硬癌的首发症状，因硬癌常侵犯皮肤，呈现广泛的皮肤粘连。《灵枢·痈疽》提出“牛领之皮”，类似于乳腺癌的桔皮样水肿变化。

报标症

乳房单个的、无痛性肿块（部位在外上1/4处）最为警号。乳头溢液常是导管内乳癌的信号，而血性者，又常是大导管内乳头状瘤的首发症状。皮肤变色、发暗，则为硬癌的最早外露。腋下淋巴结肿大，常是隐性乳癌的信号。因此，经常按触乳房（尤其是外上象限）及腋下检查有无肿块，以及观察乳房皮肤变化及乳头溢液是早期发现乳腺癌的重要措施。

典型征兆

早期征兆 可触到逐渐增大、质硬的肿块，不易推动，无痛或偶有刺痛（癌肿3厘米以下）。

中期征兆 腋下淋巴结肿大，可被推动，乳房可出现增大（髓样癌）或缩小（硬癌）的变化（癌肿在5厘米以内）。

晚期征兆 肿块增大，与皮肤粘连、牵拉，呈“桔皮样改变”，甚至出现溃烂，有胸骨旁淋巴结转移，锁骨上淋巴结、甚至远期淋巴结转移（癌肿超过5厘米），并伴有发热、消瘦、贫血等恶病质。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1 与乳腺囊性增生病鉴别 乳腺癌肿块主要应与乳腺囊性增生病鉴别，后者疼痛明显，且常放射至肩臂，发展较慢，与月经周期明显相关，能触到多数小节，但经后可自行消散，疼痛亦随之缓解，无乳头溢液。真正的乳腺癌肿，质坚硬、早期是不痛不痒的，仅有少数有刺痛，常为单个，可有乳头溢液。乳腺囊性增生，癌变率约2%，但不能忽视此病与癌共存的可能性。《外科真诠》已有由乳癖（乳腺增生病）恶化为乳岩的记载，如曰：“乳癖……患一、二载者，内服和乳汤加附子七分煨姜一片即可消散，若老年气衰，患经数载者不治，宜节饮食，息恼怒，恕免乳岩之变”。

乳腺增生症发病率极高，几乎为妇女的1/2，但并非皆为癌前病变，只应看作是可能癌前期，只有由单纯性增生（细胞量的增加）发展到不典型增生（细胞形态结构发生质的变异），这才是癌前病。如再发展至重度不典型增生，则为癌变倾向，再继续下去才能变成癌，在此之前皆为可逆性的，经过治疗增生的结节是可以变软及缩小的。

2 与乳腺纤维瘤鉴别 乳腺纤维瘤发展缓慢，年龄相对较年轻，一般出现于青春期，呈圆形，活动，光滑无压痛。而

乳腺癌则多出现于经绝期前后，发展较快，如有怀疑须作针吸或活体切片检查方可确诊。

（二）现代早期检查

1 .X 线检查 目前采用干板照相和钼靶 X 线机胶片法，诊断效率高达 90%，直径 1 厘米左右的即可显示出来。其中，干板照相因为密度差反映好，对比清晰，能把隐匿在低层的肿瘤显示出来。因此，早期诊断为临床首选检查。钼靶阳极 X 线摄影亦为 X 线密度差对比法，准确率虽不如干板法，但较简易可行。

2 液晶图象 通过液晶膜可以反映出乳癌与正常组织的温度差（乳癌为高温区），温度高出 1.5 以上即为阳性可能，从而鉴定肿块的良恶性，准确率可达 75%。

3 .B 超检查 准确率虽然高达 90%，但对于直径小于 1 厘米的乳癌效果不如 X 线检查。

4 .针吸细胞学检查 可靠率达 80% 以上。

5 .活体切片检查 可靠率达 100%，但应在针吸细胞学检查为阴性而临床症状可疑时应用。

6 .CT 诊断 可得出乳腺断层摄影，0.2 厘米的肿块即能发现，并能判断腋下及乳内淋巴结转移情况。

第三节 抗癌措施

1 及早治疗乳腺增生病 乳腺增生病虽然与乳腺癌并非有肯定联系，但也不能否认二者的并存性，因此治愈乳腺增生病，尤其是经绝期后乳腺增生病更具有重要价值。乳腺增

生病，传统皆认为系由肝气不舒、痰核内结所致，治法皆按舒肝化痰核大法。其实，乳腺增生为相火过亢，治疗应以抑相火为大法，辅以疏肝化痰方可击中要害。方予抑相火汤加味*：柴胡、白芍、生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏，酌加桔核、川楝子。

2. 调整更年期内分泌 乳腺是全身病的局部表现，更年期内分泌紊乱，尤其卵巢功能过激，雌激素水平偏高者，中医多属冲任失调相火偏亢，表现为更年期性欲亢进、乳房胀痛的，宜调冲任、抑相火。酌服泻相火汤*：柴胡、白芍、生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏以平伏。口鼻或外阴生疳、生热者，酌加重丹皮，并注意节制欲火房事。

3. 注意调节情志 避免忧郁、焦虑，肝气不舒者，可酌服疏肝达木、理气化痰之品。方用逍遥散或柴胡疏肝散之类酌加桔核、香附、川楝子，但乳腺癌的关键是相火偏亢（雌激素水平过高），七情不舒只是诱因而已，因此调冲任、抑相火才是第一要义。

4. 酌服抗癌中草药 有乳癌可疑的人，可在上述调整冲任和疏肝化痰的前提下酌加抗乳癌中草药，如土贝母、川楝子、龙葵、半枝莲、山慈菇、蜂房、白花蛇舌草、瓜蒌、守宫、南星、半夏、漏芦、全蝎之类。

第九十一章 食管癌先兆

食管癌占人体恶性肿瘤的第四位，食管癌同样存在人体免疫监视系统失控。因此，最忌讳食管上皮不典型增生，食管癌先兆并不太隐蔽，因为即使很小的原位癌，也仍有不同程度的通过障碍感，这些信号甚至可提早数年出现……

第一节 病因病机

食管癌是人体最常见的恶性肿瘤之一，在我国占第四位，仅次于肺癌、肝癌和胃癌。在消化道肿瘤中居第二位，我国每年死于食管癌的约十几万，即 16.7/10 万人口，占全部肿瘤死亡率 22.34%，男性多于女性。

祖国医学称之为噎膈、膈中，文献记载颇多。如《素问·至真要大论》曰：“饮食不下，膈噎不通，食则呕。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰：“膈中，食欲入而还出，后沃沫。”《医门法律》：“过饮滚酒，多成膈症，人皆知之。”上述症状，实即今之食管癌，贲门癌。

我国华北太行山地区及四川盆地，西北地区，尤以河南林县及山东平原县为高发区，其次广东河南一带也非少见，高发区多为丘陵地带，与水土中金属含量，尤其钼缺少密切相关。

发生机制

食管癌的发生机制为“膈”，所谓“膈”，《素问·阴阳别论》指出：“三阳结，谓之膈”，即指“结”可导致“膈”，形成“结”的原因有痰气交阻，痰火内郁或痰湿阻凝，后期则为痰瘀互结，总与痰密切相关。

1. 痰气交阻 由于七情不畅，郁而生痰，痰气交阻，搏结于上而成。如《素问·通评虚实论》说：“膈塞闭结，上下不通，暴忧之病也。”《诸病源候论》亦说：“忧患则气结，气结则不宣流，使噎，噎者，噎塞不通也”。

2. 痰火内郁 如恣食高粱美酒，饮食厚味，则易酿痰生热，热郁伤阴，致津枯气燥而成膈。如《景岳全书》曰：“噎膈一症……或酒色过度则阴伤，阴伤则津血枯，涸气不行则噎膈”。朱丹溪亦曰：“食味过厚，偏助阳气，积成膈热”。

3. 痰湿阻凝 年老体弱，免疫力低下，或素禀脾肾亏虚则水湿运化不力，痰湿凝结，阻于食道而成。如《医贯》曰：“惟年高者有之，少无噎膈反胃者”。

4. 痰瘀互结 初瘀必痰、久膈定瘀，痰瘀互结为噎膈的后期阶段。如徐灵胎曰：“噎膈之症，必有瘀血、顽痰逆气，阻隔胃气”。

此外，食道癌的发生还与霉变饮食及亚硝酸食物有关，现代医学认为受水土锌、钼、氟、硅等微量元素影响。其他，饮食过热，口腔不洁，及维生素A、C缺乏均与本病有一定关系。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1.食管上皮增生 食管上皮增生常为癌前潜病,尤其食管上皮重度增生(不典型增生)更为癌前病,极易发展为癌。所谓不典型增生,即不仅细胞的数量增加,而且形态结构也发生了质的变化。

2.食管溃疡 食管溃疡有一定的癌变率,因为食管粘膜营养功能已发生障碍,粘膜屏障已被破坏,因此应注意根治。并且不食霉变及含亚硝胺的食品,如霉谷、酸菜等。

3.慢性食管炎症 慢性食管炎症为比较常见的消化系统疾病,同样有一定的癌变条件,因此应注意饮食管理,不吃霉变食物及刺激性食品以顾护粘膜屏障。

4.食管粘膜白斑、食管息肉、食管憩室、食管疤痕、贲门痉挛症、食管裂孔疝、乳头状瘤、贲门失弛缓症、缺铁吞咽困难综合征等病,都有可能成为食管癌前潜病。

二、早期先兆

1.吞咽干燥感 吞咽干燥感或吞咽时有刺激性咳嗽,常是高位食管癌的警号(多出现于食道上段),吞咽干燥食品时尤其明显,少数可有吞咽紧缩感。

2.胸骨后隐痛感 即吞咽食物时,偶感胸骨后不适,包括刺痛、烧灼或隐痛,尤以吞咽刺激性食物为明显,此为中

位食管癌的信号(食管中段),食管癌多生于食管中段,约占一半以上。

3 吞咽滞留感 即吞咽食物有滞留感觉,近似气阻现象,常为低位性食管癌的首发先露(癌位于食管下端)。吞咽粗硬食物时尤为明显,即存在第一口哽噎感,正如《古今医镜》曰:“食下有碍,觉屈曲而下微作痛”。

4 食道异物感 总觉得食管内有未咽尽的食物碎片,粘附或嵌入食管上。

上述感觉皆为时轻时重,时隐时现,最初可为偶发。

此外,早期先兆的特点与癌病理学基础也密切相关,如属乳头型者,可出现梗噎感,糜烂型的则常以胸骨后深沉隐痛为信号。隐伏型的则先兆症出现较缓慢,而且仅为咽下干燥感或发紧感,首发症也可为食刺激性食物时,食管有刺激感、烧灼感或隐痛。

值得注意的是,食管病变虽小,但症状均较为敏感,即使很小的原位癌,也有不同程度的通过障碍感,食物下咽的异常感亦会敏锐地感觉到,这些信号可提早出现数月至数年、甚至三年^[1]。另外,食管上段癌,在锁骨上窝淋巴结早期即有转移,亦应引起注意。

报标症

进食滞留感及食道异物感,常为食管癌的首发信号,因为食管扩张度差,即使很小的癌肿,也会影响食管的蠕动。

典型征兆

早期征兆 咽下障碍,包括偶发性吞咽噎梗感,胸骨后隐痛感,食道异物感,并随着情绪变化及饮食不当而加重。

中期征兆 为进行性吞咽困难，锁骨上淋巴结有转移。

晚期征兆 胸骨疼痛，癌肿已侵犯邻近组织，呛咳，（穿破气管），声音嘶哑（侵犯喉返神经），并出现恶病质：贫血、消瘦，甚至向远部组织，如肝、脑、骨转移。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1.贲门痉挛 以青年女性为多见，常于进食过速时出现噎膈，精神情绪影响较大，与长期精神打击、长期忧郁有关，解痉剂及温水可以缓解。

2.返流性食管炎 由于胃液返流刺激食管粘膜所致，主要特点为烧心，心窝部疼痛，反酸，呕吐，食管钡餐造影或食管镜可以检查。

3.食管疤痕 食管疤痕易演变为癌，有误服腐蚀剂史，胸骨后持续疼痛，进食由于疤痕的弯缩而日益困难。

4.食管良性肿瘤 食管平滑肌瘤，有吞咽受阻症状，作X光检查可以鉴别，X光下可呈圆形、边缘整齐。

（二）现代早期检查

1.细胞学检查 为食管拉网细胞学检查，可作为初筛检查手段，此法原理为通过气囊与食管粘膜的磨擦，取网上的脱落细胞作染色检查，阳性率高达90%。

2.纤维内窥镜检查 根据食管粘膜的异常作判断，并可进行活体组织检查，对食管癌早期表层型的阳性率可达73.5%。

3.X光食管吞钡检查 近代采用多轴透视法，加强了诊

中期征兆 为进行性吞咽困难，锁骨上淋巴结有转移。

晚期征兆 胸骨疼痛，癌肿已侵犯邻近组织，呛咳，（穿破气管），声音嘶哑（侵犯喉返神经），并出现恶病质：贫血、消瘦，甚至向远部组织，如肝、脑、骨转移。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1.贲门痉挛 以青年女性为多见，常于进食过速时出现噎膈，精神情绪影响较大，与长期精神打击、长期忧郁有关，解痉剂及温水可以缓解。

2.返流性食管炎 由于胃液返流刺激食管粘膜所致，主要特点为烧心，心窝部疼痛，反酸，呕吐，食管钡餐造影或食管镜可以检查。

3.食管疤痕 食管疤痕易演变为癌，有误服腐蚀剂史，胸骨后持续疼痛，进食由于疤痕的弯缩而日益困难。

4.食管良性肿瘤 食管平滑肌瘤，有吞咽受阻症状，作X光检查可以鉴别，X光下可呈圆形、边缘整齐。

（二）现代早期检查

1.细胞学检查 为食管拉网细胞学检查，可作为初筛检查手段，此法原理为通过气囊与食管粘膜的磨擦，取网上的脱落细胞作染色检查，阳性率高达90%。

2.纤维内窥镜检查 根据食管粘膜的异常作判断，并可进行活体组织检查，对食管癌早期表层型的阳性率可达73.5%。

3.X光食管吞钡检查 近代采用多轴透视法，加强了诊

第九十二章 血癌先兆

血癌即白血病，是最凶恶的癌之一，大有谈虎色变之惧。血癌主要与毒邪有关，包括各种化学的、生物的、放射的毒邪。血癌虽然凶险，幸亏白血病自觉症状早于他觉症状，因此，具备了早期发现的可能性……

第一节 病因病机

血癌即白血病，是造血系统的恶性肿瘤，罹患率为 3/10 万人口，是常见的恶性肿瘤之一，年龄以年轻人发病率较高，在我国白血病居于恶性肿瘤的六、七位，对青少年危害尤甚，多发生于 35 岁以内。

白血病是骨髓造血组织的恶性肿瘤，其病理特点是白细胞，尤其是幼稚细胞恶性增生，并浸润到身体的其它组织，包括皮肤、骨关节、呼吸、神经、消化道，重点为肝、脾、淋巴结等组织。

白血病分为急性白血病及慢性白血病二种及粒细胞性、淋巴细胞性、单核细胞性三型，本病主要累及骨髓、脾及淋巴结等造血器官。

祖国医学对白血病的记载包含于“虚劳”、“血证”、“急劳”、“肌衄”、“热劳”、“温病”、“癥积”、“痰核”之中。其

中，急性白血病与“急劳”、“热劳”、“温邪”相近，而慢性白血病则与“虚劳”、“癥积”、“痰核”相类似。

急性白血病以幼稚白细胞增生为主，慢性白血病则白细胞总数大量增加，血象、骨髓象皆呈大量幼稚白细胞充斥，并浸润各种组织。白血病主要包括淋巴细胞性白血病、粒细胞性白血病及单核细胞性白血病，慢性白血病可以急性变。

发生机制

白血病主要发生机制为正虚毒伏，毒伏包括阳毒及阴毒，主要灼及营阴、毒及骨髓。

其中，阳毒为外邪干内的热毒，包括温毒、风毒及湿毒，阴毒为正虚痰毒，可演变为瘀毒，多为本虚标实。正如《普济方》所曰：“热劳由心肺实热，伤于气血，气血不和，脏腑壅滞，积热在内，不能宣通三焦”。

白血病的根本原因为内虚毒热内蕴，痰凝毒结所致。急性白血病多为虚实夹杂，慢性白血病则以虚为主，急性白血病多表现为阴虚痰火型及阴虚湿热型，慢性白血病则多呈气阴两亏型及气血两虚型。

现代医学认为白血病的发生与电离辐射、生物病毒、化学物质（包括药物）及遗传因素有关。其中，在遗传因素方面，尤其慢性粒细胞性白血病与染色体关系最大。在病毒方面也有学者通过动物试验证实小鼠可通过C型病毒得白血病，在化学因素中，苯的酚类转化物有导致染色体突变而引起白血病的可能。其他，有一些药物，如氯霉素、保泰松、磺胺类及氨基比林等，对白血病也有一定的潜在作用。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

白血病前期无原因的长期血象异常，可为血癌的早期警号。常为正细胞性贫血，白细胞计数偏低（主要为中性粒细胞减少）及血小板计数减少，其实已为血癌前期，但临床往往易被误诊为再生障碍性贫血、血小板减少症。如血象异常伴临床出血倾向者，则具有白血病先兆价值。在白血病前期，骨髓象亦有先兆异常，有增生倾向，尤以红细胞系列增生为突出，可呈活跃—衰竭—兴奋的改变。一般血癌前证为 3~39 月^{〔1〕}。

二、早期先兆

白血病自觉症状早于他觉症状，因此先兆自觉症状颇有一定早期价值。

（一）急性白血病先兆

急性白血病起病甚急，发病即以发热、皮肤苍白（贫血）及皮肤瘀点或鼻衄（出血倾向）为早期信号。其中，由于贫血及出血倾向较发热及淋巴结肿大出现较早，因而更具先兆意义，尤其鼻衄为急性白血病的较早期警号。此外，急性淋巴性白血病，淋巴结肿大亦为较早信号。

总之，出现不规则低热、贫血、紫癜、白细胞数（尤其粒细胞数）减少，皆应引起高度警惕，少数白血病患者，早

期先兆亦可伴有长期搔痒或呈现其他过敏状况。

报标症

发热、面色苍白、鼻衄或皮肤瘀点为本病报标信号。

典型征兆

白血病以不规则发热，进行性贫血及出血倾向为本病三大特征。

(二) 慢性白血病

慢性白血病以乏力、贫血、肝脾肿大(早期即可出现)为本病三大特征。应注意早期出现贫血,如伴白细胞减少者,尤应警觉白血病潜期的可能,应早日作骨髓象检查。

总之,慢性白血病以羸弱、消瘦、低热、盗汗、脾区不适和胸骨疼痛为早期先兆,待出现贫血、出血时已非早期。

报标症

为不明原因的乏力、贫血及出血倾向。

典型征兆

为脾脏及淋巴结进行性肿大(由于大量异常白细胞的浸润),乏力,面色苍白,羸弱,皮肤粘膜出血。

急性及慢性白血病是性质相同的两个独立疾病,慢性白血病可有急性变,但并非由急性白血病演变而来,病源同样在骨髓,皆为白细胞的异常生长,红细胞及血小板均被排挤,大量异常的、幼稚的白细胞充斥血液,浸润到脾、淋巴结。因此,二病共同症状为发热、贫血、出血、淋巴结及肝脾肿大。所不同的是急性白血病,以发热最为顽固(因为缺少正常白细胞,抵抗力下降)。另外,贫血、出血为进行性加重,而慢性白血病因病程较长,消耗较大,故以乏力、衰竭为明显,他

觉症状以进行性肝脾肿大，淋巴结肿大为典型。

附：白细胞浸润早期征象

1. 皮肤 瘀疹、皮疹。
2. 骨、关节 关节肿痛，胸骨尤为明显。
3. 呼吸道 咳嗽、气短等。
4. 消化道 腹痛、腹泻或欲呕。
5. 神经系统 麻木、肢体感觉或运动功能欠佳。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 类白血病反应 在感染、中毒、过敏、休克、癌肿、急性失血、溶血时，骨髓受到强烈刺激，致骨髓超负荷状况，而出现造血异常呈现“类白血病”血象，此为机体防御性应激状况，应注意鉴别。其鉴别要点为骨髓象变化不大，虽呈增生象，但无幼稚细胞，或仅为少数。临床上，无进行性贫血及淋巴结肿大，原发病灶去除后即恢复原状。

2. 再生障碍性贫血 再障以全血减少为特征，其临床症状与白血病虽然近似，但再障仍有一定数量的正常白细胞，因此感染发热不如急性白血病严重。贫血虽较严重，但出血倾向较轻，肝、脾、淋巴结肿大较少。血象及骨髓象无“幼稚型”白细胞则可以明确鉴别。白细胞不增生性白血病，与再障的鉴别比较困难，但仍可根据反复的骨髓象作出确定。

3. 血小板减少性紫癜 主要为原发性，因病机为血小板减少，凝血功能障碍，故临床症状以出血为突出，贫血及发热不明显，血象、骨髓象均无幼稚白细胞增生。

(二) 现代早期诊断

1. 血象

(1) 白细胞总数进行性增多：2~5万以上即为急粒、急淋白血病的可能，有的甚至高达百万。

(2) 血中出现“幼稚型”白细胞（核左移）：主要为异常原始细胞及幼稚细胞，尤为白细胞总数不增生型白血病的依据。

(3) 红细胞总数减少（比例失衡）：同样呈进行性减少；红细胞、血小板比例下降，100~300万；血红蛋白低2~3%；血小板减少，5万以下。

2. 骨髓象

(1) 增生活跃、成熟障碍：尤以大量幼稚型白细胞增生为显著。异常原始细胞超过6%即为可疑，幼粒细胞增多为慢性粒细胞性白血病特点。

(2) 比例失调：幼红细胞增生减少成熟障碍，巨核细胞减少。

总之，据某一系列原幼细胞大量增生可作出白血病类型的判断。

(3) 脾或淋巴结穿刺检查 可发现相应的白血病细胞异常。

总的步骤是，血象可疑者作骨髓穿，基本可以诊断，如仍不能确诊时再作脾穿。

第三节 抗癌措施

1. 预防感染 是白血病的一大原则，因为白血病患者，白血球质量太差，几乎不具备抵抗能力，因此预防感染、防止发热是白血病支持疗法的一个重要措施。

2. 避免出血 白血病患者，血小板生成减少，血液凝血机制障碍，因此避免损伤、防止出血十分重要。

3. 纠正贫血 白血病患者由于红细胞的生成被排挤，呈现进行性贫血，因此益气养荣是扶正祛邪的紧迫措施。

4. 辨证施治、酌选方药 以人参、白芍、生地、茯苓、女贞子、旱莲草、甘草一类益气养阴药为基本方。热重加犀角；毒重辅以青黛、雄黄〔2〕；痰甚加瓜蒌、山慈菇；出血加大蓟、小蓟、丹皮；合并感染，选用白花蛇舌草、板蓝根、银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、穿心莲、黄连、栀子一类解毒清热。目前有用三尖杉酯类化合物治白血病，有一定效果。

5. 选服抗癌中草药 有白血病可疑的，可辅以抗白血病中草药，“白慢粒”用青雄丸（青黛、雄黄）〔3〕、当归芦荟丸，并可选用黄药子、白药子、土茯苓、半枝莲、白花蛇舌草、山豆根、蟾酥、守宫等。

注：

〔1〕白血病：湖北人民出版社，1979年版，武汉医学院第一附属

医院血液病研究室编著。

〔2〕中国中医研究院西苑医院血液病研究室制。

〔3〕同上。

第九十三章 大肠癌先兆

大肠癌为我国六大癌肿之一，发病率甚高。其发生机制和热毒蕴结有直接关系，又由于大肠癌的弹性及扩张性极好，因此症状出现较晚，一旦出现临床症状即已宣告进入晚期，故而捕捉肠癌先兆就愈显重要……

第一节 病因病机

大肠癌亦是常见恶性肿瘤之一，为我国六大癌肿之一，在消化系肿瘤中，发病率占第三位，仅次于食管癌及胃癌。而大肠癌中又以直肠癌为最多见，约占 1/2 左右，大部分为腺癌。消化道以上下两头癌的发病率最高，上为食道、下为直肠，大肠癌包括结肠癌及直肠癌，结肠癌又以乙状结肠癌为主，男性多于女性，约 3 : 1，中年以上发病较高，但近代由于饮食结构的改变（偏于高脂、高蛋白），故青年人患结肠癌的趋势有所增高。

中医对大肠癌的记载较多，称之为“肠覃”、“脏毒”，并散见于“积聚”、“肠癖”、“肠风”、“下痢”、“锁肛痔”、“关格”、“膈证”、“噎食”、“噎膈”、“膈食”、“结阴”、“肠风下血”等疾病中。中医文献不仅对大肠癌的病因、症状作了论述，而且还提出了治法及预后。如《灵枢·水胀》曰：“肠覃

何如？……寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，瘕肉乃生，其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移。”清·王洪绪《外科全生集》，则称之为翻花起肛，相当于末端直肠癌，如曰：“溃久不敛，必至翻花起肛坚硬”（卷一·翻花起肛）《诸病源候论》则称直肠癌为脏毒，并作了形象的描述，如曰：“脏毒，专由大肠血热，或平素喜吃辛燥煎煨之物而成病也，生在肛门内大肠尽处，往往溃烂至肛门外，治法大约与肠痈相仿，而主药必以忍冬藤、麦冬为主，并多加地榆、蒲黄庶几有瘳。”提出了肠癌的清热解毒治则。

大肠癌在我国主要以江南一带为多，尤其是血吸虫病流行地区发病率较高，国外以西方欧美、澳大利亚、新西兰的发病率为甚。

发生机制

大肠癌的发病机制主要为恣食肥甘，痰热蕴结，瘀于大肠；或因外邪内干，注于大肠；或忧思七情郁结，滞于大肠。如《景岳全书》曰：“噎膈一证，……或酒色过度，伤阴而成……伤阴则精血枯涸，气不行，则噎膈病于上，精血枯涸，则燥结病于下。”指出了恣食膏粱厚味致湿热蕴结与食管癌的关系。朱丹溪亦说：“脏毒者，蕴积毒久而始见。”（《丹溪心法·卷二·二十三》）同样强调了蕴毒与本病的关系。

质言之，大肠癌的发生机制与毒瘀痰热、滞留大肠甚为攸关，因此结肠癌和饮食习惯不当，如偏食肉、蛋、糖等高脂食物很有关系，故北美、西方国家及城市的发病率即较高。此外，六淫外邪客入大肠，也可造成结肠癌的产生基础，如

寒气客入，久坐湿地，或虫毒入内，皆可损伤肠络，导致肠癌，如慢性肠炎、血吸虫性肠炎等皆有癌变的可能。此外，饮食中含亚硝酸物质也是重要的诱癌因素。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1 大肠腺瘤 大肠腺瘤是大肠癌前病中癌变率最高的一种，尤以多发性结肠腺瘤的癌变率为高，有学者认为乳头状腺瘤本身就是癌的前期，大部分发生于直肠及乙状结肠。

2 结肠息肉 结肠息肉的癌变率较高，尤其家族性多发性息肉的癌变率更高，癌发率约 5 倍于上，有 40~50% 的癌变率。

3 慢性溃疡性结肠炎 本病与遗传及免疫学机制有一定关系。由于结肠溃疡，致粘膜屏障被破坏，而易为癌毒的客入和癌变创造了条件。此外，溃疡愈合的疤痕由于营养机制的削弱而癌变，如有肉芽肿形成则更易癌变，溃疡性结肠炎的生癌率可较其它正常人高出 5~10 倍。

4 血吸虫性肠炎 由于虫毒引起的炎症，破坏了肠粘膜的正常营养机制，故易形成溃疡和增殖而发生癌变。

二、早期先兆

1 大便习惯改变 不明原因的大便习惯改变，主要为大便次数增加，极少数为便秘，多为乙状结肠及直肠部位癌肿

(左侧结肠癌), 因为距肛门部位相对较近, 故便意较频是左侧结肠癌的重要信号。

2 大便性质改变 大便由时稀 带少量粘液 挟血或隐血, 是结肠癌由早期到晚期的发展征兆, 大便时有少量条状粘液粘附, 尤为直肠癌警号。

3. 腹胀、腹痛 为升结肠、横结肠(右侧结肠癌)的信号。因为这些部位离肛门较远, 对肛门的刺激不大, 故大便频意改变不多, 主要为腹胀和时感隐痛, 如疼痛明显并已发现肿块, 则已非早期。

大肠癌包括结肠癌、直肠癌及肛门癌, 直径在 2 厘米以内, 尚未淋巴结转移的为早期大肠癌。大肠癌早期先兆无明显自觉症状, 尤其缺少特异性自觉症状, 根据发生部位而有先后之异:

1 结肠癌 早期最先出现的自觉症为腹胀或间歇性的腹隐痛(痛点固定)及大便习惯改变。待发现便血时已非早期, 80%以上大肠癌皆因不同程度的局部腹痛而被引起警觉。

2. 直肠癌 在大肠恶性肿瘤中占一半以上, 其早期先兆症状乃不明显, 但便血是直肠癌较早先兆, 即使癌肿还较小亦可出现。值得注意的是排便习惯改变及大便有粘液, 常早于便血出现, 由于癌肿刺激肠腺体, 故大便可有条状粘液出现。

比较而言, 直肠癌的早期症状出现较晚, 因直肠的扩张性及弹性均较好, 因此即使肿物已经不小, 但对排便仍无影响, 且无疼痛感, 唯一的先兆是大便时有小量粘液出现(肠壁受肿瘤刺激而分泌增加)并逐渐增加, 肛门括约肌受刺激

而有较频的便意感。待出现血便及疼痛，大便困难或里急后重时，已进入晚期。

3 肛门癌 由于腹股沟淋巴结转移较早，可以较早触及，肛门癌属于鳞状上皮癌，恶性程度大，且较坚硬，癌肿虽已突出，但并无疼痛。大便变形早于疼痛及便血，而成为早期先兆，待有出血及大便失控（肛门括约肌被癌浸蚀）时，已为中、后期了。早期即迅速出现体重减轻，消瘦无力。肛门指诊是本病最简便而又极为重要的早期诊查手段。

报标症

不明原因的肠道功能紊乱主要为大便习惯改变（次数增多），及性质改变（或带有粘液、或偶有少量血液），往往是大肠癌的报标信号。

典型征兆

初起以便意频繁为典型症状，逐渐发展为里急后重，大便变形（多为扁平型或变细），大便由少量粘液发展为少量血便，晚期有腹痛及恶病质。

此外，结肠癌还可能出现结肠外征兆，如类癌综合征：皮肤潮红、腹泻、哮喘、紫绀、呼吸困难，但多为晚期癌的征兆。至于“癌热”是为癌恶病质，多出现于结肠癌晚期。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1. 与内痔、肛瘘鉴别 内痔、肛瘘有较长期病史，且无大便习惯改变现象，也无肿块逐渐增大的情况，痔疗及抗炎治疗无效。

2.与痢疾鉴别 有慢性痢疾病史,抗痢疾治疗可明显好转,直肠刺激症状也可因排便而获得暂缓。如为急性菌痢则一切症状皆突然发生更易鉴别。

3.与炎性息肉鉴别 长期腹部隐痛及便血史,乙状结肠镜检可以鉴别。

4.与慢性结肠炎鉴别 有慢性结肠炎史,且大便只呈稀溏状,无血便。

总之,凡是不明原因的腹泻,经抗炎治疗无效,或大便带血,不应只想到肠炎、痢疾和内痔,亦应警惕肠癌。

(二) 现代早期诊断

凡出现先兆症状者,应及早施行“一指三检查”。

1.肛门指诊 可直接触及肿块及检查盆腔转移状况,对直肠癌尤为有效而简易的检查法。

2.乙状结肠镜检 可作涂片及活体组织检查,适用于乙状结肠部位癌肿的检查。

3.纤维结肠镜检查 可检查更远部位的结肠癌。

4.X线检查 钡灌摄片法,可查整个结肠的癌肿,目前采用的气钡双重对比造影检查,可发现较小结肠癌(2厘米以内)。

第三节 抗癌措施

1 根治癌前病 包括治愈慢性溃疡性结肠炎、慢性痢疾、血吸虫性肠炎,以恢复肠粘膜屏障,切除炎性息肉及腺瘤,以防癌变。

2. 调节食谱 为避免热毒内蕴，应少食高脂食物及刺激性食物，多吃新鲜蔬菜及水果。如鲜猕猴桃。

3. 清肠防瘀 为避免瘀毒留滞，应多食纤维素食物，保持大便通畅，尽量减短毒素在肠管的停留时间，以减少毒素的吸收。

4. 不食含亚硝酸胺类食物及霉变食物。

5. 酌服抗癌中草药 对有肠癌可疑的人可选服八月札、苡仁、黄柏、土茯苓、竹菌、蜂房、守宫、苦参、山豆根、土鳖虫、蟾蜍、白花蛇舌草、夏枯草、半枝莲、海藻等。

上海中医学院龙华医院用清肠消肿汤有一定疗效：八月札、木香、红藤、白花蛇舌草、菝葜、野菊、钩藤、苦参、苡仁、丹参、土鳖虫、乌梅肉、瓜蒌仁、白毛藤、凤尾草、贯仲、半枝莲、守宫、龙葵。

第九十四章 宫颈癌先兆

宫颈癌占妇科恶性肿瘤的首位，发生机制与淫毒内伏密切相关。此癌多在宫颈慢性损伤、粘膜屏障被破坏的基础上发生，故宫颈糜烂、宫颈炎症、宫颈撕伤常为产生宫颈癌的三大隐患。因此，宫颈癌的早期先兆常和这三种癌前潜病攸关……

第一节 病因病机

宫颈癌占妇科恶性肿瘤的首位，对妇女的危害相当大，发病常在 35 岁以上，以 35~55 岁最多，约 8.5/10 万人，在女性生殖器恶性肿瘤中占 58.5~93.1%。

祖国医学归类于“五色带下”、“崩漏”、“带下”、“交肠”、“白崩”等，论述皆较多，如《素问·骨空论》曰：“任脉为病……女子带下，瘕聚。”强调了与任脉的关系。又如《金匱要略》曰：“妇人之病，因虚积冷结气，为诸经水断绝，至有历年，血寒积结，胞门寒伤，经络凝坚。”《诸病源候论》曰：“带下病者，由劳伤血气，损动冲脉任脉，致令其血与秽液相兼带而下也。”皆论述了本病的成因与冲任受损及外邪六淫客入的关系。《千金方》所曰：“崩中漏下，赤白青黑，腐臭不可近，令人面黑无颜色，皮骨相连，月经失度，往来

无常，小腹弦急，或苦绞痛上至心……”（卷三）。则提出了宫颈癌多发生在绝经期后，以及五色带下为宫颈癌的重要特征。《千金方》还曰：“所下之物，一曰状如膏，二曰如黑血，三曰如紫汁，四曰如赤肉，五曰如脓血”与晚期宫颈癌的排出液相似。朱丹溪：“糟粕出前窍，溲尿出后窍。”《医学纲目》称之为：“交肠”：“妇人小便中出大粪名交肠”，指出了晚期宫颈癌可导致阴道直肠瘘及阴道膀胱瘘。《外科正宗·阴疮论》曰：“阴中腐烂，攻刺疼痛，臭水淋漓。口干发热，形削不食，有此证者，非药能愈，终归于死。”则提出了宫颈癌的扩散及不良预后。

宫颈癌一般以四十岁以上发病率较高，与早婚、多产有很大关系，目前为五年治愈率，本病对广大劳动妇女，尤其是农村妇女的危害较大，因此及早发现，及早诊断的意义极大。

发生机制

宫颈癌的发生机制仍以肝肾失调、相火偏旺，冲任受损所致，多因房事过早开始，房事不节，早婚、早育、多产，致淫毒内伏，日久痰瘀合邪，滞于宫颈而成。其次，肝郁、湿毒挟瘀也可导致。如《诸病源候论》曰：“冲任气虚……伤损之人，五脏皆虚者，故五色随崩俱下。”指出了宫颈癌与冲任受损的关系。《杂病源流犀烛》载丹溪语曰：“一妇人嗜酒，常痛饮，忽糟粕出前窍，尿出后窍……酒湿积久生热，煎熬其血，阴液大虚，阴阳俱虚……三月后必死，果然。”（《杂病源流犀烛·小便闭癰源流》），指出了宫颈癌与积热伤阴的关系。

宫颈癌与房事卫生、包皮垢、精液刺激、宫颈创伤有密切关系，尤与激素平衡失调有一定关系。其中，雌激素水平过高对本病的影响最大。近来有学者发现宫颈癌脱落细胞有单纯疱疹型病毒。此外还与巨细胞病毒、人乳头状瘤病毒有关。

慢性炎症（经期及房事不卫生），宫颈撕裂（产伤），宫颈糜烂（房事损伤），是由于破坏了宫颈粘膜的正常屏障及营养机制，故为宫颈癌的产生创造了条件。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

子宫颈慢性炎症、宫颈息肉、宫颈糜烂等是子宫颈癌产生的三大隐患。此外，宫颈白斑、瘢痕、疱疹、角化病、尖锐湿疣、宫颈结核、子宫颈乳头状瘤、宫颈裂伤等，与宫颈癌也有一定关系。

1. 宫颈不典型增生 为宫颈癌前期，应及早治疗，癌变率为 12.5%，癌变率与增生程度成正比。

2. 宫颈慢性炎症 患宫颈慢性炎症的人，由于长期劣性刺激，宫颈粘膜的营养机制被破坏，故易在此基础上发生癌变。子宫颈慢性炎症既可以是一个独立的炎疾患，但也可以是宫颈癌的潜病，有些宫颈癌以宫颈慢性炎症的形式隐伏存在，故应予以警惕。

3. 宫颈糜烂 宫颈糜烂破坏了宫颈粘膜的正常屏障，故

容易被淫邪客入，比正常宫颈生癌率高出六倍，有人统计为20~35%的癌变率。

4. 宫颈息肉 尤其是多发性宫颈息肉，极易发生癌变。

5. 宫颈白斑 有一定的癌变率，有的认为宫颈白斑本身就是宫颈癌的癌前潜病，白斑下面可能潜匿着癌种，但也并非皆如此。

6. 宫颈瘢痕 宫颈因产伤，房事损伤，所致瘢痕，由于营养机制遭到破坏，故在瘢痕修复过程中有癌变可能。

二、早期先兆

子宫颈癌共分为四期，0期为原位癌，为宫颈癌的潜病，尚未超出基底膜，早期症状出现较晚，即使1期宫颈癌也有40%可无症状出现。由于宫颈癌的早期治愈率较高，而临床症状又出现较晚，故掌握其先兆规律具有重要的实践意义。

1. 白带增多 主要为宫颈腺体受到一定刺激所致，早期信号为清稀水样带，或有异味，或为浆液样白带增多，但往往被忽视。

2. 阴道出血 主要特点为接触性出血，易引起警觉，多为性交后出血，特点为少量、点状出血，或大便后有少许血带，或剧烈劳动之后及检查刺激后出血，经绝后妇女“见红”更为重要警号。

3. 不适感 主要为房事后不适，因局部受到刺激的缘故。如出现隐痛则已非早期，多提示盆腔等邻近组织已有转移侵蚀。

报癌症

白带增多及接触性出血，常为宫颈癌的报标症，经绝期后“见红”尤为不祥警号。

典型征兆

(1) 白带异常：包括量和质的变化，白带由增多 水样带 浆液性带 洗肉水样带（血带） 恶臭脓血带（五色带），提示宫颈癌由早期到中、晚期的发展。

(2) 阴道出血：由接触性点状出血（性交、检查、剧烈劳动）发展为血带，如自行出血、大出血，则为癌恶化至晚期的标志。

(3) 疼痛：宫颈癌一旦出现疼痛，则象征已进入晚期，为盆腔转移的标志。

(4) 恶病质：渐见消瘦、羸弱、乏力、面色萎黄、发热则已近濒危。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1. 宫颈慢性炎症 鉴别要点为病程较长，有较久的白带增多史，较少出血，可作阴道细胞学检查，必要时作活体组织检查可确诊。

2. 宫颈息肉 有接触性出血，因息肉血管分布较多，但白带变化不明显，阴道镜检可以识别，必要时作活体组织检查可诊断。

3. 子宫肌瘤 有白带增多及月经过多史，但无性交接触性出血情况，阴道窥镜检查，宫颈光滑可以鉴别。

(二) 现代检查手段

1. 阴道窥镜检查 包括可放大数百倍的阴道显微镜, 可观察宫颈外状况。

2. 阴道细胞涂片检查 取刮片作细胞涂片检查, 主要刮宫颈片或后穹窿吸片, 可适于普查及窥镜检查可疑者, 阳性率达 95%。

3. 子宫颈活体组织检查 于宫颈作一锥形切取, 上述检查为阳性者, 用此法可确诊。

4. 阴道双合或三合诊以检查癌转移浸润盆腔组织情况。

第三节 抗癌措施

(1) 根治癌前潜病: 彻底治愈慢性宫颈炎, 切除息肉, 用激光、冷冻、中药治愈宫颈糜烂、白斑, 去铲除癌变的土壤。

(2) 调整冲任, 平衡相火过亢, 更年期尤应节制房事。并予泻相火汤*: 生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏。

(3) 防止早婚、早育、多产、乱淫、节制房事, 注意性生活及经期卫生, 男性包皮过长应切除。

(4) 酌服抗宫颈癌中草药, 除临床辨证论治选方外, 可辅以败酱草、黄柏、土茯苓、半枝莲、苡仁、龙葵。

第九十五章 皮肤癌先兆

皮肤癌为中老年人常见的恶性肿瘤，其危害性在于可以转移至内脏，尤其黑色素细胞瘤万分凶险，号称“闪电癌”，必须及早警觉。由于皮肤癌和内脏有着千丝万缕的联系，而皮肤癌又非常善于伪装，常以各种慢性皮肤病为掩体，因此掌握其癌变的报标信号更显重要……

第一节 病因病机

皮肤癌是发生于皮肤的恶性肿瘤，我国 2 37/10 万人口，与日光、紫外线、X 光等理化刺激密切相关。

皮肤癌包括原位癌、鳞状细胞癌（占 30%）、基底细胞癌（占 60%）三种，黑色素细胞瘤虽少但最为凶险，大约 50 万个痣中含有一个成为凶恶异常的黑色素细胞瘤。

祖国医学称为“黑疔”、“石疔”、“翻身疮”、“石疽”、“翻花疮”。《外科正宗》提到：“翻花者乃头大而蒂小，小者如豆，大者若菌，无苦无疼，揩损每流鲜血，久亦虚人。”《诸病源候论·石疽候》曰：“此由寒气客于经络，与血气相搏，血涩结而成疽也，其寒毒偏多，则气结聚而皮厚，状如瘞疔，如石，故谓之石疽也。”论述了皮肤癌的成因及症状。

皮肤癌主要为鳞状上皮癌及基底细胞癌，在欧美国家发

病率较高，白种人尤多，我国仅占 1~2%，发生率较高的部位为眼周，口周及裸露部位，如头、面、手背。恶性程度除黑色素瘤极高外，其余皆易根治，故早期发现的价值是比较大的。

皮肤癌多发生于中、老年人，男性与女性的比为 2:1，皮肤癌的危害性在于可以转移至内脏，鳞状细胞癌，尤其恶性黑色素瘤能迅速转移至内脏。另外，皮肤癌中有一些是转移癌，即是由体内转移而来的，无论乳腺癌、肺癌或消化道癌皆可转移至皮肤。

皮肤还常作为内脏癌的体表标志，如黑棘皮病，尤其是恶性者，大多同时有内脏腺癌，特别是胃癌。又如皮炎，1/6 患者内体都伴有恶瘤，主要为肺癌、乳腺癌、鼻咽癌等。不明原因的皮肤瘙痒症可为白血病、消化系癌、生殖系癌的不祥之兆。此外，肢端银屑病、慢性荨麻疹也往往同时伴有内部癌变。可见皮肤癌显然不是简单的，局部的病变，而是和内脏有着千丝万缕联系的整体病变的局部反应。

发生机制

皮肤为人体脏腑的外镜，皮肤癌虽然生长在皮肤，但却是内体病变的局部反应，其产生因素为毒积脏腑，发露于外。皮肤与脏腑的关系都甚为密切，尤与脾肺关系最大，因肺主皮毛，皮为肺之“合”，脾主转输精微、荣养肌肤，如脾肺失调，脾失转输，肺失宣发，则毒积热蕴、郁于皮肤而生恶疽。此外，与心肝的关系也比较大，《素问·至真要大论》说：“诸痛痒疮皆属于心”，肝主疏泄，如情志不遂，肝失疏泄，毒热拂郁也能注于皮肤而导致癌。

另外，肾阴阳失调，如相火偏亢也可诱发癌，尤其是黑色素瘤。现代医学认为黑色素瘤的发生与内分泌失调有一定关系，主要与肾上腺皮质功能亢进，及雌激素的偏高密切相关，故年龄多发生于 20~30 岁的发育期及 45~50 岁的更年期。

现代认为皮肤癌与放射线、化学、物理因素及日晒很有关系，如长期接触砷、沥青、煤焦油、强紫外线照射等都有可能诱发皮肤癌，此外，长期慢性刺激也可诱发皮肤癌。其中，日光对鳞状上皮癌有一定的诱发作用，基底细胞癌则最常见于面部，多继发于红斑狼疮损害及烧伤。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

皮肤癌是一种非常善于伪装的疾病，常以多种慢性皮肤疾患为掩护，而隐匿进展着。

1. 老年性变性皮肤萎缩 老年人皮肤逐渐萎缩，由于皮肤营养功能障碍，制约细胞异常增生的能力削弱，为生癌奠定了基础，如果再加上外来刺激，如化学、物理因素则容易致癌。

2. 皮肤慢性炎症 经久不愈的溃疡、瘰管、瘢痕（尤其是烧伤瘢痕）、白斑：皆由于皮肤屏障被破坏，正常营养机制紊乱而易在此基础上癌变。

3. 皮肤白斑 皮肤顽固性搔痒症、皮肤湿疹，都有可能

发生癌变，尤其皮肤白斑的危险性较大，如有疣状变化，更应引起警惕。

4.着色性干皮病 是一种与遗传有关的皮肤疾病，主要特点为皮肤着色及萎缩。其危险性在于，有时皮肤癌外表并不典型而内里已发生转移，此病有一定癌变性。

5.老年疣或老年角化病 属老年人表皮细胞角化过度，有发展为鳞状上皮癌的隐患，日光及化学因素如煤焦油可作为诱因。

6.放射性皮炎 多为放射工作者的职业病，有一定的潜在癌变危险性。

二、早期先兆

原有的黑痣或慢性皮肤疾患，包括炎症、溃疡，或瘢痕、白斑、疣瘤，突然出现颜色改变，范围增大，或有渗出、搔痒，则为癌变的报标信号。

（一）皮肤黑色素瘤

1.概言 皮肤黑色素瘤是一种恶性极大的皮肤恶性肿瘤，来源于黑色素母细胞，其危害性在于易迅速转移，且极为深远广泛，如易向肺、肝、骨、肾、心、脑等内脏转移，并以闪电般的速度形成千千万万个子瘤，对人体生命威胁甚大，因此是一种十分凶恶的皮肤癌。占有恶性肿瘤的1~3%。恶性黑色素细胞瘤，远在隋朝杨上善所著《黄帝内经太素》即提到“厉疽”、“脱疽”，所论与恶性黑色素瘤近似。如曰：“发于足旁名曰厉疽，其状不大，初从小指发，急治之，去其黑者……不治，百日死；发于足指，名曰脱疽，其状赤黑死

不治。不赤黑，不死，治之不衰，急斩去之活，不然则死矣。”提出了类似恶性黑色素瘤的早期症状、演进及治则。《外科正宗·脱疽》亦曰：“多生于足，发在骨筋，初生如粟，色似枣形，渐开渐大，筋骨伶仃，乌乌黑黑，痛伤伤心，残残败败，污气吞人，延至踝骨，性命将倾……古人有法，截割可生。”指出了截割是救治性命的重要办法。本病多发生于中、老年人，与内分泌激素改变很有关系，妊娠期进展加速，更证实了与激素水平偏高的关系。另外，黑色素细胞瘤多发生于下肢、足底及头颈面部，尤其位于易受磨擦部位的黑痣，更应警惕。

2. 癌前潜病

(1) 交界痣：所谓交界痣，是指生于表皮与真皮交界处之痣（位于基底层），其危险性在于长期潜伏后，可成为黑色素瘤的癌前潜病，尤其位于易受磨擦部位，如肛门、生殖器、足底、手掌、甲下等处的交界痣，其癌变的危险系数更大。特点为色黑褐，边缘不齐，不生毛发。恶变先兆为痣周围出现红晕，并呈放射状向四周延伸，中央色素加深，痣体突然加大。

(2) 皮内痣：皮内痣也是黑色素瘤的定时炸弹，当体内一旦出现黑色素瘤时，皮内痣即迅速发生反响性恶变。其特征为长期生长于上的毛发突然倒脱（表示毛囊根已发生质变）。

3. 早期先兆 如黑痣突然敏感，增大，毛发掉落，颜色加深，或呈放射状，或突然出现花斑隆起，或局部刺痛、搔痒，或边缘变得模糊并有分泌液渗出，或周围出现红晕并有

卫星状小结节（众星供月状）即为癌变信号。

（二）鳞状细胞瘤

1. 概言 鳞状细胞癌是比较常见的皮肤恶性肿瘤，占皮肤癌的80%以上，多发生于老年人，与长期的日光照射有关，并与放射、化学物质刺激有关。多发生于裸露部位，如头颈、四肢、外阴等处，与角化病、白斑有关，发展较缓，转移也较晚。

鳞状上皮癌，中医已有记述，如《医宗金鉴》曰：“推之不动，坚硬如石，皮色如常，日渐增大；……日久难愈，形气渐衰，肌肉消瘦，愈溃愈硬，色现紫红，腐烂浸淫，渗流血水，疮口开大，赘肉高突，形似翻花瘤证。”指出了该病发展迅速，转移较快的不良后果。

2. 早期先兆 初起大多不痛不痒，只有一底部坚硬的斑块状丘疹，或疣状隆起。长期没有变化，在受刺激或一定的诱发因素下逐渐变色、增大，并有一定刺激。此时患者稍感不适，以后逐渐有渗出，但仍不易引起注意，继而糜烂、出血，呈菜花状，易淋巴结转移。

（三）基底细胞瘤

1. 概言 基底细胞瘤恶性度较低，常见于老年人，其特点为局部有溃疡，生长缓慢，少有转移，好发于颜面、眼、鼻、耳周围。

2. 早期先兆 早期无自觉症状，但见疣状逐渐变色、隆起，质地较硬。是一种逐渐长大的蜡样结节。以后中央渐现盘形凹陷，基底凸凹不平，边缘隆起，如火山口状，并形成溃疡、覆盖以痂，抗炎治疗无效，经久不愈，就应考虑皮肤

癌的可能，少有转移。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 皮肤慢性溃疡 有较长的溃疡史，无突然变色、渗出增多及糜烂出血等状况。

2. 色素痣 含交界痣、皮内痣及混合痣，其中，除交界痣恶变的可能性比较大外，皮内痣最多但并不易恶变，因此盲目的恐痣是不必要的。交界痣特点见前黑色细胞瘤。皮内痣，主要为毛痣、雀斑样痣。常长于躯干、四肢和面部。混合痣，是交界痣和皮内痣的混合，多见于儿童，上有毛发，可有“痣晕”，较小、呈小节状，此种痣可恶变，应注意。此外，疣状痣也很少癌变。

3. 其他 此外，尚应与慢性肉芽肿，光照性角化病及角质棘细胞瘤等皮肤疾患作鉴别。

(二) 现代检查手段

对临床症状可疑者，作病理切片即可确诊。

第三节 抗癌措施

(1) 根治皮肤慢性溃疡、慢性炎症，以保护皮肤屏障及皮肤营养功能，以防癌变。

(2) 及早治疗皮肤白斑、红斑性狼疮等癌前病。

(3) 交界痣应及早切除，疣、鸡眼等应避免随便刺激、针挑、搔抓、腐蚀或随便切除。

(4)避免强日光照射,尤其中午 11 点到 1 点应避免直照,从事辐射及化学物质工作的人应注意防护。

(5)在辨证选方的基础上,酌选中草药,如龙葵、苦参、白藓皮、苡仁、大青叶、板蓝根、半枝莲、青黛、土茯苓等。

(6)外用 20%蟾酥膏或皮癌净(以红砒为主的外用药)。

第九十六章 膀胱癌先兆

膀胱癌是泌尿系统最常见的肿瘤。膀胱尿道为人体的排泄管道，因此最常受浊毒的污染而致癌。由于膀胱癌的早期信号——无痛性血尿，容易引起人们的警觉，因此给早期发现带来了有利条件，但无痛性血尿并非为膀胱癌的特异先兆

.....

第一节 病因病机

膀胱恶性肿瘤主要为膀胱乳头状癌，占全身恶性肿瘤的1.1~1.9%，常因浸润输尿管口形成梗阻，引起肾盂积水而威胁生命。

膀胱癌是泌尿系统最常见的肿瘤，占第二位，仅次于阴茎癌，发病年龄偏高，多为30岁以后，55~75岁之间为高发期，男性多于女性，其比为4:1。

本病属祖国医学“尿血”、“淋病”、“癃闭”的范畴，如《素问·四时刺逆从论》曰：“少阴.....涩则病积溲血”。

膀胱肿瘤以乳头状瘤和乳头状癌为多，其次为浸润性癌，生于膀胱三角区的临床症状可较早出现，此处血管丰富，膀胱癌多长在这个部位。由于膀胱癌早期治疗的预后尚可，故争取早期发现具有一定的实践意义。

发生机制

膀胱为州都之官，有贮尿及排尿的职能，膀胱为水之下道，故五脏热毒皆可下注于膀胱，如“心火移热于小肠”，实际也是指膀胱，尤其肾最易移热于膀胱。体内瘀浊皆经膀胱排出，如膀胱内虚，气化无权，或结石阻溺，致浊液残留瘀积，或心肾之热下移膀胱，热蕴毒积、损坏腠膜，日久皆可导致膀胱恶变。正如《诸病源候论》所说：“心家有热，结于小肠，故小便血也。”膀胱癌虽长在膀胱，毒实来自内脏，如《素问·气厥论》曰：“胞移热于膀胱，则癃溺血”。

现代医学也认为膀胱癌多为内源性，如有学者认为人体在代谢过程中，可产生一种类似尿丁醇的致癌物，经血液及肾脏后作用于膀胱粘膜而致癌，这些血源性致癌物质经尿损及膀胱而致癌。又如吸烟或长期接触染料，如苯胺（一萘胺），其毒素皆可通过上述途径损害膀胱而生癌。可见膀胱癌并非简单的局部病变，和内脏皆有着密切的关系。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1. 膀胱乳头状瘤 为良性肿瘤，但易复发，也易癌变，为膀胱恶性肿瘤的一大隐患。

2. 慢性膀胱炎 由于长期慢性炎症，使膀胱粘膜的正常防御功能遭损坏，因此在慢性粘膜炎症的基础上有一定的癌变率。

3 膀胱结石、尿路梗阻 由于膀胱粘膜长期受结石压迫，刺激，或因尿路梗阻，致膀胱腔高压，使粘膜的营养功能障碍、粘膜长期营养不良而易致癌。故有学者认为约有 50% 的膀胱癌在癌前曾有慢性膀胱炎症或结石、尿路梗阻等潜病。

4 . 膀胱血吸虫病 由于血吸虫进入膀胱粘膜引起炎症，继而癌变。血吸虫流行区域膀胱癌发病率高可以说明。

二、早期先兆

1 . 血尿 无痛性、间歇性血尿是膀胱癌的最早讯号，占 75%，有时血尿可不治而愈，以后再间歇出现，如是更容易导致忽略。

中医古籍文献早已有记述，并认识到膀胱癌的血尿为无痛性，与感染所致的疼痛性尿血迥异，如《类证治裁》说：“痛为血淋，不痛为溺血，痛属火盛，不痛为虚。”膀胱癌约 70% 有血尿，比较而言，血尿是膀胱癌的重要早期信号。

2 . 尿频尿急 如癌瘤长在膀胱三角区，则膀胱刺激症可以稍早出现。如出现尿痛则已非早期。

报标症

中、老年人如突然出现不明原因的血尿，为膀胱癌的报标信号。

典型征兆

(1) 血尿：由少量、间歇性血尿，发展为量多，持续性血尿，肉眼为洗肉水。

(2) 膀胱刺激症：尿频、尿急、尿痛全具备，如肿瘤在膀胱三角区，则可较早出现。突出特点为尿意不尽（残余

尿)感,一般见刺激症时已非早期。

(3) 尿梗阻:癌肿在上口可引起输尿管梗阻,甚至肾盂积水、尿中毒,在下口可引起尿潴留。

(4) 疼痛:如耻骨上痛,腰、股、臀部疼痛,则已有盆腔及外周组织浸润,属晚期膀胱癌,如转移到骨盆,可有顽固性剧痛。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

主要应与泌尿系肿瘤,泌尿系结石及泌尿系结核相鉴别,因为这些疾病皆有共同症——血尿。

1. 与泌尿系肿瘤鉴别

(1) 膀胱乳头状瘤 多长于膀胱底部,膀胱镜下蒂较长,如表面凸凹不平,如杨梅状,则已癌变。

(2) 肾肿瘤 除血尿外,有肾绞痛。肾癌无膀胱刺激症,膀胱癌后期有明显刺激症,并有残尿感,必要时可作肾盂造影。

2. 与泌尿系结核鉴别

(1) 膀胱结核 多由肾结核下沿传播,主要发生于输尿管膀胱接口及膀胱三角区,最终漫延至全膀胱。除血尿及膀胱刺激症外,多有结核毒素中毒症,如盗汗、夜热、消瘦等,尿检结核菌阳性及膀胱镜检可确诊。

(2) 肾结核 一般无膀胱刺激症,但有腰痛,且结核中毒症较明显。

3. 与泌尿系结石鉴别

(1) 膀胱结石 除血尿外, 主要有尿急、尿痛、尿细及尿中断史, 严重可引起急性尿潴留, X 光可确诊。

(2) 肾结石 有典型肾绞痛史, X 光可确诊, 必要时应作肾盂造影。

4. 与前列腺癌鉴别 前列腺癌根据排尿困难、尿变细史及肛门指诊鉴别, 必要时应作切片检查。

(二) 早期现代检查手段

1. 尿液细胞学检查 寻找脱落癌细胞可以确诊。发现结核杆菌, 可与膀胱结核鉴别。

2. 膀胱镜检查 可查知病位、大小及恶化程度, 必要时取病理切片检查, 此为膀胱癌确诊的可靠手段。

3. X 光检查 摄平片可与结石鉴别, 必要时插入导管, 注入碘化钠造影摄片, 可辅助诊断。

4. 膀胱双合诊 可以掌握膀胱癌浸润周围组织程度。

第三节 抗癌措施

(1) 根治膀胱慢性炎症、结石, 以保护粘膜卫御功能。

(2) 切除膀胱乳头状瘤, 以防恶化, 因乳头状瘤多有切除后复长及癌变的隐患。

(3) 避免和苯胺一类接触, 化学染料工人尤须注意防护。

(4) 抗膀胱癌中草药: 篇蓄、龙葵、土茯苓、半枝莲、瞿麦、黄柏、车前草、八月札, 血尿可用三七、大小蓟、旱莲草。

第九十七章 鼻咽癌先兆

鼻咽癌，在全世界的发病率中，我国竟高居首位，因此应引起重视。鼻咽癌与遗传、区域性很有关系，痰火热毒是其主要致因。由于鼻咽癌位于鼻咽隐窝内，位置较深，极其隐伏，并且发展迅速，即使有报兆信号出现，也已非早期，因此对其先兆信号应引起高度的警觉……

第一节 病因病机

鼻咽癌在全世界的发病率中，我国居首位，占全身肿瘤的 12.4%，因此，应引起重视。鼻咽癌在我国东南沿海一带较多，尤以两广、江西、福建为甚，男性多于女性，男女之比为 2 : 1 ~ 6 : 1 不等，发病率以中壮年为多。

祖国医学称“上石疽”、“喉癌”、“鼻渊”、“真头痛”、“耳鸣”，并有许多论述，如《医宗金鉴》对石疽的描述曰：“石疽生于颈项旁，坚硬如石色照常不变，肝郁凝结于经络，溃后法依瘰癧疮。”相当于鼻咽癌的颈淋巴结转移。又如《明医杂著》曰：“耳鸣证或鸣甚如蝉，或左或右，时时闭塞，世人多作肾虚治不效，殊不知此是痰火上升郁于耳中而为鸣，郁甚则壅闭矣。”已注意到耳鸣的先兆意义。

由于鼻咽癌的早期治疗效果较好，（五年生存率可达

80%以上),因此,探索其早期先兆,以期早期发现及早期治疗,具有重要意义。

发生机制

痰火热毒是鼻咽癌的主要产生机制,鼻咽属中医颞颥部位,为肝经上循所注,颞颥通过咽鼓管与耳相通,胆经上循入耳中,胆主升发,肝气上逆,故肝胆毒热皆可郁于颞颥。又鼻为肺窍,咽为食管上端与脾极为相关,脾经上“挟咽”、“络于嗌”,故脾肺热壅皆易积于颞颥。因此,鼻咽部位的恶性肿瘤与脏腑痰火热毒上郁于颞颥,尤其与肝胆脾肺郁热最为相关。如《明医杂著》所曰:“世人作肾虚治不效,殊不知此是痰火上升,郁于耳中而鸣。”又如《景岳全书·鼻证》曰:“鼻为肺窍,心肺之门户,心肺有病,鼻为不利也。……若其为病则窒塞者,谓之馭时流浊涕而或多臭气者谓之鼻渊”皆是。

此外,外邪浊毒乘客鼻部也是导致鼻咽癌的一重要因素。如《诸病源候论·鼻病诸候》曰:“肺气通于鼻,其脏为风冷所伤,故鼻气不宣利,壅塞成痛,冷气结聚,搏于血气则生息肉”。

近代已注意到鼻咽癌与病毒感染有关,在鼻咽癌细胞中已发现有类疱疹病毒,血清中有EB病毒的抗体。此外,鼻咽癌和遗传、家族史、地区性也有一定关系,如在国外仍以华侨的鼻咽癌为多,说明鼻咽癌有明显的种族聚集现象。其他,吸烟、煤焦油刺激及亚硝胺等,对鼻咽癌的发生也有所影响。另外,水土物质如砷、镍、铬的含量也可成为鼻咽癌的致癌因素。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1. 腺样体增殖 如为结节状或肉芽状增殖者, 尤应引起警惕。据统计, 鼻咽部粘膜上皮细胞有增生改变的人, 约 10% 有癌变可能。

2. 鼻咽息肉 生于鼻后孔的鼻咽息肉, 有一定的癌变率。

3. 慢性鼻咽疾患 无论是慢性鼻咽炎或是鼻咽溃疡, 萎缩性咽炎等疾, 皆可因鼻咽粘膜屏障被破坏及营养功能损害, 而具有一定的癌变可能。

二、早期先兆

由于鼻咽癌多位于鼻咽隐窝内, 位置较深, 故临床症状出现较晚, 一旦出现稍明显的症状时已非早期, 因此掌握早期先兆, 争取早期发现具有很大的必要性。

鼻咽的首发症为颈部肿块, 涕血及头痛, 一旦出现颈部肿块及头痛时已为中、晚期了, 因为所谓早期必须是没有颅底浸润及颈部淋巴结转移的, 因此早期先兆注意力应集中于鼻咽原发部位。

一般而言, 突然出现涕带血丝及不太明显的单侧耳鸣、鼻塞时, 即为鼻咽癌早期先兆的可能, 应引起高度注意 (尤其在高发区和有种族关系的地方)。因为鼻咽癌位于鼻隐窝内, 生长极为隐蔽, 故临床症状的出现也较晚。隐性鼻咽癌甚至

无临床症状，尤其在咽隐窝及鼻咽底部的癌更为深匿，因此出现上述鼻咽信号时应予以高度注意。鼻咽癌发展迅速，短期内即可进入晚期，故应珍视早期先兆的出现。

报癌症

在本病高发区或有种族高发史的人群中，凡中壮年人突然出现不明原因的咽部异常感（异物、瘙痒），或偶有涕血丝皆有可能为本病报癌警号。内生性（隐性者），上述症状出现更晚，更应引起警惕。待出现颈部包块及头痛时，已进入中、晚期了。

典型征兆

（1）涕血：由偶发到经常性，由少许涕血到多量衄血。

（2）一侧耳咽管阻塞：癌向鼻后孔发展时，主要以鼻塞症状为主，向耳方向发展则由于咽鼓管受阻致听力障碍，严重时可能出现神经性耳聋及面瘫。

（3）颈淋巴结肿大：癌如向下转移则致颈淋巴结肿大，质坚硬，并由一侧向双侧发展。

（4）头痛：癌向颅顶发展则出现头痛，多为一侧头痛，并逐渐发展为进行性，程度也逐渐加重而顽固，止痛药无效。

皮纹研究者注意到癌症的遗传易感性在皮纹学上的一种特殊表现，发现鼻咽癌组具有一些男女其他癌组所没有的特异性皮纹表现。如男性的指间区4真实花纹、手掌横褶纹的过渡型，男女性的手掌大鱼际真实花纹，女性的指纹隆线平均数，指间区3真实花纹手掌第二、三屈肌线在虎口处不汇合，足拇趾球部斗形纹等，发生增多或减少变化，可供参考^{〔1〕}。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1 鼻咽结核 鼻咽结核因有咽分泌物带血及颈淋巴结肿大,故常与鼻咽癌相混淆,故有鉴别之必要。鼻咽结核分为急性粟粒型和慢性溃疡型两类,前者有结核毒素所致的发热、盗汗、咽痛史,后者有较长的病史及合并肺结核,全身恶病质,羸弱,乏力,咳嗽,夜热盗汗等症。鼻咽分泌液找结核杆菌和活检(尤适于鼻咽隐性癌肿)即可确诊。鼻咽癌则病程较短,一般无结核史。

2 鼻咽息肉 鼻咽息肉多发生于鼻后孔,多有阻塞现象,且因血管较丰富而常有涕血,故须与鼻咽癌鉴别。主要为病程较长,一般无淋巴结肿大情况,活检是最好的诊断手段。

3 鼻咽良性肿瘤 如鼻咽纤维瘤多发生于青春期前的男性,发展甚速,很快出现阻塞压迫症状,如有进行性鼻塞及反复出血,视、听力障碍,则应以电刀取片活检及X光摄片与鼻咽癌鉴别。

(二) 现代早期诊断手段

1. 鼻后孔镜检查 目的在于发现可疑。

2. 电鼻咽镜检查 优点在于病变部位可以放大,从而可确定恶化程度。

3. 癌肿细胞学检查 准确率为88%,可作反复检查,包括颈淋巴结穿刺细胞涂片检查。

4. 病理组织活检 包括可疑处切片及颈淋巴结活检,能得出明确诊断,

5. X 线摄片 能判断颅底浸润程度。

第三节 抗癌措施

(1) 根治鼻咽癌之前病，如重度鼻咽慢性炎症，治愈鼻咽粘膜增生及切除鼻咽息肉。

(2) 避免接触亚硝胺类及煤焦油一类诱癌物质。

(3) 多食蔬菜水果，畅通大便，以防癌火上攻。

(4) 保持情绪舒畅，以免郁火上结。

(5) 常用抗癌中草药 山豆根、野菊花、山慈菇、蒲公英、金银花、连翘、土贝母、七叶一枝花、蜂房、半枝莲、蜈蚣、苍耳子、射干、大青叶。

注：

〔1〕钟会墀等：《癌症》，1983，3：148。

第九十八章 前列腺癌先兆

前列腺癌是男性老年人的较大隐患，其危害性在于早期即向肺、肝转移。由于本病与激素失调、睾丸功能旺盛、雄激素分泌过高有关，因此超早期先兆多以性激素失调为信号

.....

第一节 病因病机

前列腺癌为一种潜匿性恶性肿瘤，生长缓慢，50%的前列腺肥大可为前列腺癌的癌前潜病。前列腺癌在我国并不多见，但近代已有升高趋势，前列腺癌主要发生于老年人，50岁以上发病率尤多，前列腺的危害性在于早期向肺、肝等部位转移。

祖国医学称之为“癃闭”，其产生机制主要为湿热痰毒壅遏阻结所致，对于癃闭《内经》说：“实则闭癃，虚则遗溺”，（《灵枢·本输》）指出了本病性质多属实，《千金方》所曰：“有人因时疾瘥后得闭塞不通，逐致夭命，大不可轻之。”（《千金方·秘涩第六》），则指出了本病的不良预后。

由于本病癌肿发展较迅速，对老年人威胁比较大，故掌握早期先兆有一定的社会意义。

发生机制

前列腺癌的发生原因多为肝肾阴虚，相火偏亢，或湿热痰毒流注下焦，后期多为瘀毒挟痰，常有气滞血瘀。本病和肝肾关系较大，尤其与肾阴虚、相火亢盛和肝郁痰凝相关，痰火毒结于下则易成毒癌。如《景岳全书·癰闭》说：“有因热居肝肾者，则或以败精，或以搞血，阻塞水道而不通也。”《灵枢·经脉》指出：“是主肝所生病者……遗溺闭癰。”《杂病源流犀烛·小便闭癰源流》亦曰：“肝与三焦及督脉病也……男子循茎下至篡病不得前后。”皆说明了本病与肝肾的密切关系。

现代医学认为前列腺癌的发生与内分泌失调、激素水平偏高有关，多为睾丸功能旺盛、雄激素分泌过高所致，本病多出现于男性更年期，可能与更年期内分泌紊乱、激素失调有关。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1. 前列腺增生症（前列腺肥大症） 40岁以上发病率较高，增生原因与内分泌紊乱、睾丸激素水平偏高及动脉硬化炎症有密切关系，有较高的癌变率。

2. 慢性前列腺炎 由性欲不节，长期充血，或感染所致，腺体增大。主要发生于前列腺后叶，如长期慢性的前列腺炎症，由于前列腺营养机制的障碍而有一定的癌变率。

3. 非特异性肉芽肿性前列腺炎 极少数有癌变可能。

二、早期先兆

前列腺癌在最早期可出现性欲旺盛。增大后尚未引起排尿困难之前，可因癌瘤的刺激而出现尿意稍感迫切，和轻度排尿不畅感或尿意不尽感，此时如进行肛门指诊，也可及早发现异常。由于本病多呈隐匿性进展，因此早期先兆多不明显。待出现血精，排尿困难，尿形变细，骨盆疼痛及腹股沟淋巴结转移时，癌证已进入晚期。隐性前列腺癌可终身无症状。

报标症

大便后尿道有少许粘液流出，或轻度排尿不适，对于老年人来说，常为本病报标信号。

典型征兆

(1) 排尿困难征：为进行性排尿困难，包括尿流缓慢，排尿吃力，射程变短，晚期则尿线变细，尿意频促，夜尿增多及残留尿。

(2) 尿路梗阻征：可迅速出现尿路梗阻，甚至导致尿潴留，或并发炎症。

(3) 骨盆腔淋巴、内脏转移：骨转移主要为股骨及耻骨转移，为前列腺癌的晚期主要征兆，此外淋巴及内脏也常被累及。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 前列腺肥大(前列腺良性增生症) 主要为前列腺两

侧及中叶增生，主要症状为膀胱颈部的机械性梗阻和对尿道的压迫症状，因此和前列腺癌一样，同样有排尿困难情况，包括尿流缓慢、变细及排尿刺激症（尿意频促、夜尿）及残余尿，甚至尿潴留、肾损害。区别在于直肠指诊，前列腺良性肥大呈光滑柔软而有弹性，能活动，与质坚硬凸凹不平的前列腺癌可作鉴别。切片活检可以确诊，有 10~25% 的癌变率，有的前列腺增生，本身就是癌的前期，有的与癌并存。

2. 前列腺结核 前列腺呈结核增殖，腺体增大，较硬，呈结节状，可移动。本病同样可出现尿路压迫症状，肛门指诊，可触到凸凹不平的前列腺。鉴别关键在于活检，此外，前列腺结核病程较长及结核毒素恶质症状（盗汗、夜热、消瘦），也可作为诊断参考。

3 前列腺癌 还应与非特异性肉芽肿性前列腺炎及前列腺肉瘤鉴别，后者较为少见，恶性程度大，病理切片可诊断。

（二）现代早期检查手段

1. 直肠指检 如触到增生的前列腺质坚硬如石，凸凹不平，呈不规则结节或隆起，固定不动，则为阳性结果。

2. 活检 前列腺活检为前列腺癌的确诊手段。

3. X 线检查 可诊查盆腔、腹腔淋巴转移状况。

4. 血清酸性磷酸酶测定 伴骨转移时此项测定可升高。

第三节 抗癌措施

（1）根治可疑癌前病，如前列腺肥大、前列腺炎等，以防癌变。

(2) 中老年人应调整内分泌，清泻相火，宁心节欲，可服泻相火汤*：生地、女贞子、知母、黄柏、丹皮，以调整激素水平。

(3) 少食烟酒，以减少前列腺充血。

(4) 保持心情愉快，以畅通血行。

(5) 抗癌中草药：车前草、篇蓄、地龙、旱莲草、白花蛇舌草、半枝莲、瞿麦、白茅根、蒲公英、黄柏。

第九十九章 甲状腺癌先兆

甲状腺癌多危害女性，病源主要是痰毒干犯所致。由于甲状腺疾患大多有较明显的结节增生，易使患者疏忽，放松了对癌肿的警见，但颈部淋巴结肿块，可以向病者敲响警钟
.....

第一节 病因病机

本病以女性为多见，占全部恶性肿瘤的 1~3%，以乳头状腺癌为多，占 59.9~75.2%，男女之比为 1:2~1:3 之间。

祖国医学称为“石瘰”，并论述了石瘰的病因、症状及不良预后，如《外台秘要》曰：“水瘰、气瘰可差，石瘰不可治疗。”《三因方》亦曰：“坚硬不可移者，名曰石瘰。”指出了石瘰坚硬的特点及其不治结局。另外，《诸病源候论·瘰候》所曰：“亦由饮沙水，沙随气入于脉，搏颈下而成之。”以及《圣济总录·瘰瘤门》所论：“山居多瘰颈，处险而瘰也。”皆说明前人已注意到了瘰与环境地理、水质的关系。此外，在治疗方面，中医也积累了一定的经验，说明祖国医学对甲状腺癌已有了较全面的认识。

甲状腺癌由于癌前病较多，诸多结节增生皆与之有关连，

癌变率比较高，早期治疗效好，因此掌握早期先兆，不错过治疗的最佳时机显得十分必要。

发生机制：

甲状腺癌以痰毒干犯为主要病机，七情肝郁往往为诱发因素，而气滞血瘀常为演变结果。

甲状腺癌与肝的关系甚为密切，肝郁不舒、痰毒不泄，上结于颈是石瘰的主要病机，如《诸病源候论·瘰候》曰：“瘰者，由忧恚气结所生”。

外毒的客入虽然是甲状腺癌产生的重要因素，但必须有内脏的功能障碍，痰毒不能外泄聚结于内才能成癌。因此虽有外毒因素，但关键还取决于内脏功能的失调障碍。

现代医学强调甲状腺癌与碘及放射线照射有一定关系，长期缺碘引起甲状腺增生（瘰），以后逐渐恶变为癌（石瘰），是甲状腺癌的一个主要根源。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

所有甲状腺肿皆有癌变的可能，兹分析如下：

1. 甲状腺腺瘤 为甲状腺体内的单发结节，多见于女性，为甲状腺癌的最大隐患，癌变率高达 10%。

2. 结节性甲状腺肿 与缺碘区域有关，以致腺组织呈代偿性增生，可继发甲状腺功能亢进，癌变率约 4~7%。

3. 慢性甲状腺炎 长期慢性甲状腺炎亦为恶变的隐患，

尤其慢性淋巴细胞性甲状腺炎及慢性纤维性甲状腺炎较易癌变，慢性淋巴细胞性甲状腺炎竟可与甲状腺癌并存。

二、早期先兆

1. 甲状腺肿块 原来外形没有改变的甲状腺部位，突然长出小肿块，生长迅速，或原来硬结突然长大，都是甲状腺癌的早期信号。

2. 颈淋巴结肿大 颈部肿块约一半为甲状腺转移性，颈部淋巴结肿大是甲状腺癌的重要早期警号。其中，乳头状癌占 59.5~75.2%，早期即以淋巴结转移为早露。即使隐灶癌，直径小于 1 厘米以下的，早期已有颈部淋巴结转移。隐性癌往往以淋巴结转移为早发首症。

报标症

以甲状腺部触到生长迅速的结节，或颈部淋巴结触到肿块为本病报标症。

典型征兆

(1) 甲状腺部触到质硬，凸凹不平，固定难移，不随吞咽上下移动，迅速增大的肿块。

(2) 颈部淋巴结转移，出现肿大，质硬，尤其甲状腺腺癌转移的极早。

(3) 食管、气管及声带压迫症状，出现吞咽障碍呼吸困难及声音嘶哑。

(4) 局部疼痛，如耳枕部。

(5) 远部转移，可深入于颅、胸、盆骨及肺。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

由于下列甲状腺疾病皆有结节，故必须与之鉴别：

1. 甲状腺瘤 属良性者，质地较软，光滑，可活动。有较长期病史，生长较慢。反之，坚硬、固定、无痛，病史较短的，或突然迅速增大的，多为恶性。如有颈淋巴结转移者，更可确为恶性，多发于儿童。

2. 单纯性甲状腺肿 发病率较高，病史较长，大部分为多发性结节，为胶性，质地较硬。

3. 甲状腺炎 纤维性甲状腺炎的进展较慢，没有颈淋巴结肿大。慢性淋巴性甲状腺炎，起病较缓，可与甲状腺癌并存。亚急性甲状腺炎，有局部红、肿、热、痛等典型炎症病史，上述三种甲状腺炎皆可形成结节，且质地坚硬，确切鉴别仍须活检。

4. 甲状腺囊肿 质地坚硬，扫描为冷结节，超声波检查可助诊，必要时仍须作活检。

(二) 现代早期诊断

1. 放射线同位素扫描 呈示冷结节 (^{131}I 碘缺损)。

2. X 线 显示边缘模糊的钙化影象。

3. 超声波检查 可以助诊。

4. 活体组织检查 可以确诊。

5. 血清降钙素浓度测定 髓样癌可增高。

第三节 抗癌措施

(1) 及早治疗癌前病：包括慢性甲状腺炎症，尤其早期手术治疗结节性甲状腺肿及甲状腺瘤以防恶变。

(2) 水质缺碘的区域，应适当补充碘剂，中药可用海带、海藻、昆布，以防止甲状腺增生。

(3) 调整内分泌，保持激素平衡，协调情绪，戒烟酒。

(4) 抗甲状腺癌中草药：黄药子、土贝母、夏枯草、生牡蛎、海藻、昆布、半枝莲、八月札、柴胡、郁金。

第一章 胰腺癌先兆

胰腺癌是一种极凶险的消化道恶性肿瘤。早期虽然无特异性先兆,但由于本病的致癌因素为“过享口福”(过食肥甘美酒所致),因此早期预兆也必然最先反映于对食味的厌恶
.....

第一节 病因病机

胰腺癌占恶性肿瘤第十二位,多为胰头癌,在我国恶性肿瘤中占1~2%,占消化道肿瘤的第五位,仅次于肝、胃、食管癌、直肠癌。平均发病年龄为53.5岁,40~69岁者占86.2%,男性多于女性,其比为1.8:1。

祖国医学属“伏梁”、“癥积”、“痞块”、“黄疸”、“脾风”的范畴,在《内经》早已认识到本病与饮食肥甘及黄疸的关系,如《素问·通评虚实论》曰:“消瘴仆击,偏枯痿厥,气满发逆,甘肥贵人,则高粱之疾也”。

此外,还注意到了腹痛为本病的典型症状及不良预后,如《素问·腹中论》曰:“伏梁何因而得之……裹大脓血,居肠胃之外,不可治,治之每切按之致死。”“环脐而痛,是何病?……病名伏梁,此夙根也。”与胰癌晚期剧痛放射至腹腰背近似。

近年来，随着生活水平的提高，饮食结构的改变，本病发病率有渐上升趋势，因人们倾向于食高脂蛋白的精制食品之故。由于本病恶化程度较高，预后不佳，故探索其早期先兆，争取早期治疗，具有十分重要的意义。

发生机制

胰腺癌实际上也属于一种脾瘕病，主要病位在脾，高粱厚味是本病的重要发病因素。由于偏嗜肥甘厚味，醇酒炙博，致热积于内，损伤脾胰，或感受邪毒，毒邪不泄，积结于胰，日久成为毒癌。暴饮暴食常为本病的诱因，本病常并发消渴病，更说明了胰腺癌与脾及饮食不节的关系。

胰癌虽病在脾，但与肝有密切关系，肝病脾必先受害，正如《素问·玉机真脏论》说：“肝传之脾，病名曰脾风，发瘕，腹中热，烦心，出黄。”故肝脾失调是本病的一个重要内源性因素。现代医学也认为本病的发生与内分泌失调有一定关系。

此外，本病和七情不节也很有关系，情感抑郁不舒，气血不畅，常为本病的诱发因素。

现代医学认为胰腺癌主要是化学致癌，其次，糖代谢紊乱、家族史、遗传缺陷、进食过多脂食等都与该病有一定关系。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

- 1.慢性胰腺炎 长期饮酒及营养不良(缺蛋白质)所致，

是一种反复发作的慢性胰腺纤维化病变，有恶化的隐患。

2. 胰腺腺瘤 指胰腺囊腺瘤，较少见，特点为多发性，癌变率不高，如恶变，为胰腺囊腺癌。

3. 胰腺囊肿 主要指假性胰腺囊肿，不常见，偶有癌变可能，多继发于胰腺炎症之后。

二、早期先兆

胰腺癌是一种恶性极高，发展极为迅速的、病势凶险的恶性肿瘤，病程近 1~6 月，一般仅 3 月左右，但早期却无特异性先兆，因此不易发现。但初起不明原因的顽固性厌食，恶心，腹胀，消化不良等胃滞纳呆先兆潜证应予以警惕。

(1) 食欲减退：突然出现不明原因的厌食、腹胀，常为胰腺癌首发症状。

(2) 上腹部隐痛：伴随消化紊乱出现的轻度腹胀及饱餐后上腹隐痛，常为胰腺癌的信号之一。

(3) 不明原因的背痛和腰痛，应引起警惕。

(4) 突然消瘦、乏力伴有上述症状者，应高度怀疑。

报警症

40 岁以上，如突然出现进行性的、不明原因的轻度消化不良症，包括：轻度腹胀、厌食、伴有偶发性的饱餐后上腹隐痛，即常为本病报警信号。

典型征兆

(1) 上腹痛：约 3/4 以上有上腹痛，持续性上腹疼痛，范围可从胃脘部到脐部，饱餐及夜晚尤为剧烈。

(2) 黄疸：约 70% 出现黄疸，以胰腺顶端部出现黄疸为

多且较早。

(3) 心窝部触到硬块。

(4) 食欲不振、消瘦：90%迅速出现体重下降，甚至恶病质、恶心、发热、消瘦、乏力。

(5) 骨、肺等远期转移：可出现骨剧痛及胸痛、咳嗽、呼吸困难等症。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 肝癌 肝癌和胰腺癌皆有共同症——黄疸及心窝部痛，尤其胰头癌更与肝癌酷似，鉴别要点为肝癌无血清淀粉酶改变，但有血清甲胎蛋白阳性，超声波和放射性核素扫描，可以发现肝占位性病变。

2. 胆囊或胆管癌 亦都有黄疸共同症，但胆管和胆囊癌必先有高热，而胰腺癌则先出现黄疸，可以不发热或后发热。

3. 胆石症 以典型的胆绞痛及高热寒战、白细胞增多为区别。

4. 胃癌 疼痛部位近似，但胃癌无黄疸。

5. 慢性胰腺炎 其腺囊肿块和黄疸与胰腺癌相似，但X光（胰腺钙化点）及活检便可诊断。

6. 糖尿病 糖尿病一般是逐渐出现的，胰腺癌可以并发糖尿病，但特点为突然出现糖尿病症状。因此凡出现这种情况应怀疑有隐潜胰腺癌的可能。

(二) 现代早期诊查手段

胰腺癌的早期确诊相当困难,且缺乏特异性诊查手段,但可采取:

1 .X 线检查 X 线检查对胰头癌的诊断帮助较大,而常规钡餐检查只有在癌晚期才易显示出来,因此必须配合十二指肠注钡、注气双重对比造影进行检查。

2 .纤维十二指肠镜逆行胰管造影 此法对 X 线检查、血清淀粉酶检查及 B 超、同位素胰扫描可疑者,可行此术以帮助确诊,此法比钡剂检查更为可靠,能直接显示胰腺病变,但也不能进行早期诊断。

3 .超声显象术 只能发现直径在 3 厘米以上的癌,阳性率达 80%。

4 .电子计算机断层描述(CT) 准确率达 80% 以上,胜过 B 超。

5 .用胰腺癌诊断标记物 PCA 检查 第二军医大学附属长海医院(上海)试验成功,抽少量血就能检查胰癌,阳性率达 62%^[1]。

第三节 抗癌措施

(1) 彻底治疗癌前病,如慢性胰腺炎,切除胰腺肿瘤。

(2) 调整内分泌、调整肝脾,保持心情愉快,避免工作过度紧张。

(3) 调整饮食结构,少食高粱厚味,少饮酒、戒烟。

(4) 抗胰腺癌中草药 天花粉、石斛、七叶一枝花、半枝莲、黄药子、八月札、山药、鲜藕、鲜梨、黄连。

注：

〔1〕张肇基文。用胰腺癌诊断标记物 PCA 检查。《健康报》，1987 年，12 月 8 日。

第一 一章 恶性淋巴瘤先兆

恶性淋巴瘤包括何杰金氏病，为淋巴系统恶性肿瘤，对青少年危害较大，为痰毒所致。遍布全身的浅表淋巴结肿大是本病最有力的信号，而全身瘙痒又常为其超早期报标先露
.....

第一节 病因病机

恶性淋巴瘤分为何杰金氏病(淋巴网状组织恶性肿瘤)及非何杰金氏病淋巴瘤两类。为淋巴系统恶性肿瘤，包括淋巴肉瘤及网织细胞肉瘤。本病多见于青、少年，男多于女，本节介绍何杰金氏病淋巴瘤。

我国医学称为“失荣”、“阴疽”、“恶核”、“痰核”、“上石疽”，并有许多论述，如《证治准绳》曰：“痈疽肿硬如石，久不作脓者是也”。所述的石疽即近似今之恶性淋巴瘤，并强调了该病的典型早期征兆为坚硬如石。又如《医宗金鉴·失荣》所曰：“本证生于耳之前后及肩项。其证初起，状如痰核，推之不动，坚硬如石，皮色如常，日渐长大，经久难愈，形气渐衰，肌肉消瘦，愈溃愈硬.....终属败症。”所述症状亦与今之恶性淋巴瘤颇为近似，而且还注意到了本病多首发于耳之前后及肩项部位。这些认识无疑都是很可贵的。此外，

《外科证治全生集》曰：“恶核痰核，大者恶核，小者痰核，与石疽初起相同。”《类证治裁》所曰：“结核经年，不红不疼，坚而难愈，久而肿痛者为痰核，多生耳、项、肘、腋等处。”也描述了石疽的症状特点及指出了不良预后。以上说明中医对恶性淋巴瘤早已有较全面的认识，无论于症状、病机及预后方面，都有较精辟的认识。

淋巴肉瘤早期治疗效果较好，关键在于早期发现，因此对其先兆症的掌握十分必要。

发生机制

本病发生机制，质言之，不外痰火阴毒所致，另外，肝郁是本病主要诱发因素，正虚常是该病产生的条件，遗传易感也与本病有一定关系。本病发生机制，分析之，不外以下因素：

1 郁火痰结 因忧郁恚怒致气血不畅，痰瘀互结于颈侧，如《外科大成·失荣》曰：“此由先得后失，六欲不遂，隧痰失道，郁火凝结而成，乃百死一生之症。”说明忧思恚怒起着重要作用。

2 阴毒寒凝 由阴毒寒凝，结于颈部，如《外科正治全生集·阴疽》曰：“其寒凝甚结，毒根最深。其中，阴毒发于六腑，毒根源于五脏，故脏腑内虚，毒浊不化，结核于内，是本病的主要内源性因素。如明·陈实功《外科正宗》曰：“失荣者……因六郁不遂，损伤中气，郁火相凝，隧痰失道停结而成”强调了该病与郁火痰毒的关系。

此外，祖国医学还强调本病与正虚荣亏的关系，如《阴疽治法篇》所说：“夫色之不明而散漫者，乃气血两虚也，患

之不痛而平塌者,毒痰凝结也”强调了本病的气血两虚因素。

现代医学认为本病与病毒感染有关,动物实验已找到C型RNA病毒,但病毒生物只是一个发癌因素,必须在有一定的生癌条件的机体上才能成癌。即必须在有家族聚集、遗传和免疫缺陷等“内虚”情况下才能发生癌证,此即癌病病因病机学说的内因论观点。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

传染性单核细胞增多症 该病发现有EBV 疱疹病毒,近代有许多学者考证,认为对淋巴肿瘤有潜在危险性。

二、早期先兆

1. 表浅淋巴结肿大 凡表浅淋巴结出现无痛性、进行性肿大为本病的早期信号。主要为颈、腋下或腹股沟淋巴结出现肿大,颈部淋巴结肿大占60~80%,腋窝占6~20%,腹股沟6~10%。

2. 全身不适症状 早期伴随浅表淋巴结肿大,可见低热、乏力。

3. 何杰金氏病(淋巴网状细胞肉瘤),常以不规则发热为早期先兆,并伴有浅表淋巴结肿大。有一种淋巴恶性肿瘤,早期质软,可活动无痛,应引起注意。

4. 瘙痒 常为何杰金氏病的独特信号。可有局部或全身

瘙痒之异，全身性瘙痒多出现于纵膈或腹部有病变。

报标症

以表浅部淋巴结，尤其是颈、腋下、腹股沟淋巴结逐渐肿大为报标信号。

典型征兆

(1) 全身淋巴结肿大：以颈部为主，其次为腋窝、腹股沟淋巴结，晚期可累及纵膈淋巴结。

(2) 脾肿大：约 30% 累及于脾，多出现于后期，一般为反应性增生，或肉芽肿形成。

(3) 造血系统：呈贫血象，与骨髓受累有关，晚期可出现溶血性贫血。

(4) 消化系统：约 30% 有胃、胰、肠受累，可有吸收不良，甚至腹水症状。

(5) 心血管系统：偶有渗出性心包炎。

(6) 肝损坏：可由于肝损坏而导致黄疸。

(7) 骨转移：约 5~15%，出现骨痛。

(8) 肾受累：约 13% 有肾浸润，严重出现肾衰。

(9) 肺浸润：胸腔积液为多，可占 1/3~2/3。此外，神经系统、皮肤也有转移。

(10) 全身症状：发热（呈不规则型），盗汗，瘙痒，尤其瘙痒为何杰金氏病的特异症状。

三、早期诊断

（一）鉴别诊断

1. 淋巴结结核 病程较长，早期为无痛性，晚期可形成

窦道或瘻管。另外，全身症状可有结核毒素症状，如潮热、盗汗、颧赤、乏力、咳嗽等症，确切诊断须作活检。

2. 淋巴结炎 有红、肿、热、痛，起病较急，经抗炎治疗后可缩小。

3. 转移癌 多出现于颈淋巴结，质坚硬不痛，原发病灶为鼻咽癌，口腔癌和喉癌等。

4. 慢性白血病 与淋巴肿瘤的共同症为淋巴结肿大；但进行性贫血，苍白，乏力及发热，脾肿大的特征可与之鉴别。

5. 败血症 败血症虽有肝脾肿大，但有感染病史及高热、寒战、皮疹，甚至感染性休克等特征可以之鉴别，血检呈败血病血象。

6. 系统性红斑狼疮 虽有发热、淋巴结肿大，但皮疹、尤其面部红斑狼疮可作鉴别，另外，血中可找到狼疮细胞。

(二) 现代早期检查手段

1. 淋巴结活体组织检查 为淋巴恶性肿瘤最可靠的检查手段。

2. X 线检查 可作胸、肺骨转移的诊断，对盆腔、腹膜后淋巴结造影，也可观察其转移情况。

3. 同位素扫描 适于检查肝、脾、骨转移情况。

第三节 抗癌措施

1. 治疗癌前潜病 如传染性单核细胞增多症。

2. 治疗慢性病 如淋巴结核、感染等，提高机体免疫力以防外邪侵入淋巴结。

3. 常用抗癌中草药 黄药子、土贝母、土茯苓、白花蛇舌草、七叶一枝花、半枝莲、生牡蛎。

第一 二章 阴茎癌先兆

阴茎癌为男性隐患之一,为淫毒所致,与内分泌失调、雄激素水平偏高有关。由于阴茎局部的癌前潜病均为肉眼可见,故发出的信息足以引起人们的疑虑……

第一节 病因病机

阴茎癌居男性肿瘤的第十位,在我国的恶性肿瘤中约占1%,发病年龄多在40岁以上,50~60岁之间为高峰。本病和包茎、包皮过长有重要关系,发病率与一个国家的经济、文化发达程度有关。

阴茎癌,祖国医学称为“肾岩”,“翻花岩”、“肾岩翻花”。肾岩一词,首出《疡科心得集》,如《疡科心得集·辨肾岩翻花绝证论》:“夫肾岩翻花者,俗名翻花下疳,此非由交合不洁,触染淫秽而生,由其人肝肾素亏,或又郁虑犹思,相火内灼,水不涵木,肝经血燥,而络脉空虚,久之损者愈损,阴精消涸,火邪郁结,遂遭疾于肝肾部分,初起马口之内,生肉一粒,如竖肉之状,坚硬而痒,即有脂水,延至一二年或五六载,时觉疼痛应心,玉茎渐渐肿胀,其马口之赘肉处,翻花若榴子样,此肾岩已成也,渐至龟头破烂,凸出凹进,痛楚难忍,甚或鲜血流注,斯时必脾胃衰弱,饮食不

思，即食亦无味，形神困惫，或血流至两三次，则玉茎尽为烂去，如精液不能灌输，即溘然而毙矣。”所论不但描述了肾岩的症状，并提出了病因病机，指出了滋阴降火为治疗原则。

阴茎癌早期治疗效果尚可，因此应努力早期发现，早期诊断。

发生机制

肾虚下焦湿毒蕴积，或湿热下注，结于膀胱、尿道所致。阴茎为肾之外窍，乃宗筋所聚，冲脉与阳明合于宗筋，宗筋为肝所司，肝脉循阴器，任脉起于胞中，因此阴茎癌与冲任失调，肝肾内虚有关，尤其与肾阴虚、相火内燔，致火灼毒结密切相关。

此外，肝郁是一重要因素，由于七情不遂，郁火煎熬，火毒蕴结，最易变生毒疮。因此，阴茎癌的发生机制为内脏失调，毒浊下结所致。现代医学也认为本病的发生与内分泌失调，睾丸激素偏高有关。

包皮垢的慢性刺激，包茎、包皮过长，对阴茎头的长期刺激，极易导致癌肿。有学者用包皮垢刺激小白鼠，诱发皮肤癌可以说明。因此有些国家地区，成年前施行包皮环切术的，阴茎癌发病率低也可证实，包皮及其局部分泌物对阴茎癌的影响。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

包皮过长及包阴茎，粘膜白斑病，增殖性红斑，包文氏病，乳头状瘤，阴茎增殖性红斑症（可能系原位癌），尖锐湿疣，皆有可能为癌前潜病。

1. 阴茎角 是阴茎上皮细胞广泛肥大和角化性变，为阴茎癌的前期潜病，虽为良性肿瘤，但隐患极大。

2. 阴茎白斑 是一种阴茎表皮组织增生性病变，常位于包皮、龟头及尿道外口的粘膜处，颜色灰白，边缘清楚。

3. 阴茎湿疹 长期顽固性阴茎湿疹、瘙痒，也有可能发生恶变。

4. 阴茎尖锐性湿疣 属一种性病，由滤过性病毒引起，为红点乳头状，易出血，多长于阴茎冠状沟部。

5. 巨大尖锐湿疣 多长于阴茎头部及阴茎干，是一种复发性很强的疣，易恶化。

6. 阴茎红斑 也是一种增殖性改变，表面常呈鳞屑状，常位于阴茎龟头部位，也为一种潜在隐患。

二、早期先兆

阴茎癌的早期仅局部有红斑，或瘙痒不适，分泌物增多，其首发症状与癌的种类有异，其中：

1. 原位癌 初起为红色略突起的斑块。

2. 乳头状癌 为单发及多发的突起的小乳头状癌。

3. 浸润性癌 以湿疹样斑为前兆。

正如《疡科心得集》所曰：“初起马口之内（冠状沟）生肉一粒，如竖肉之状，坚硬而痒。”指出了阴茎癌的早期征兆。如出现溃疡、糜烂则已非早期。总之，凡阴茎出现溃疡，经久不愈，药物治疗无效，包皮发紧而难翻者，则已不能再存侥幸心理，若出现腹股沟淋巴结转移者，基本可以证实。

报标症

阴茎龟头出现丘疹或红色斑块，刺痒，为早发信号。

典型征兆

(1) 于阴茎龟头，出现肿块，或结节，刺痒、疼痛。

(2) 有脓性或血性分泌物渗出、恶臭。

(3) 腹股沟淋巴结转移：可触及肿块。

(4) 尿道转移：出现排尿困难。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 阴茎结核 病程较长，身体其它部位有结核史及结核中毒症状。局部有肿块、质硬、并有溃疡渗出。鉴别要点在于渗出液培养有结核菌，肿块及腹股沟淋巴组织活检可确诊。

2. 阴茎乳头状瘤 多长于阴茎冠状沟部位，色淡红，或灰白，常呈多发性、不规则型。

3. 阴茎尖锐湿疣 为一种多发性疣，易溃烂出血，恶变时须作活检。

(二) 现代早期诊查手段

(1) 作包皮病理切片活检

(2) 有腹股沟淋巴结转移的,也应作淋巴结针吸活检,以上二法皆可确诊。

第三节 抗癌措施

(1) 及早治愈包头癌前病,以防癌变,包括阴茎白斑、红斑、尖锐湿疣,可作切除和电灼治疗。

(2) 治愈包头慢性疾患。以消除隐患,如包头炎症、湿疹、结核、梅毒等。

(3) 切除过长包皮,保持包头卫生。

(4) 调整内分泌,清泻相火,节制房事。

(5) 治疗原则:滋肾阴,抑泻相火。方予泻相火汤*:生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏,酌加利湿毒之品和抗癌中草药,如苍术、黄柏、土茯苓、萆薢、土牛膝、七叶一枝花、半枝莲、生苡仁。

第一 三章 卵巢癌先兆

卵巢癌占女性肿瘤的第三位，卵巢是女子生殖系肿瘤的祸根，故性激素失调是其主要腹外征兆。由于卵巢深居腹部盆腔，腹部症状出现较晚，一旦出现已非早期，因此应紧紧抓住腹外预兆……

第一节 病因病机

约占女性全部恶性肿瘤的 5~10%，为女性第三位。近年来，随着检查条件的提高，卵巢癌的发病率有升高趋势。卵巢癌的发生率与工业的发达有一定关系，说明有些化工物质可能与卵巢癌的发生有某种联系。

祖国医学称为“肠覃”、“癥瘕”，如《灵枢·水胀》曰：“寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，瘕肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成，如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。”描述了肠覃的典型症状。《诸病源候论》所曰：“若积引岁月，人皆柴瘦，腹转大，遂致死。”则提出了卵巢癌的不良预后。《灵枢》并把肠覃和石瘕作了区别，指出肠覃客于肠外，石瘕位于胞中（子宫肿瘤）。《杂病源流犀烛》引仲景所言，强调了“积聚癥瘕，不转动者难治。”提

示癌肿已转移则凶。《杂病源流犀烛》还曰：“如卒暴癥疾，腹中如石刺痛，日夜啼呼，不治，百日死。”所述症状与卵巢癌侵蚀周围组织发生剧痛的恶兆相似。以上说明，祖国医学对卵巢癌已有一定认识，不仅描述了症状，还指出了转移特征和不良预后。

由于卵巢癌较难发现，恶性程度较大，转移扩散较快，对妇女威胁较大，因此注意早期先兆，争取早期发现，更具有特殊意义。

发生机制

本病主要机制为肝肾阴阳偏盛，冲任失调致相火偏亢之故。其次，因于寒温失节，邪气积聚于腹亦可形成。《内经》强调寒气入侵，实际寒邪只是一个诱因，因为卵巢是女性肿瘤的祸根，是性激素的产生之地。卵巢内分泌失调无论是卵巢内源性，抑或卵巢外原因，都必然通过卵巢表现出来。卵巢属于冲任理论体系，是天癸产生之源，受肝肾影响，因此卵巢功能正常与否，与冲任调节和肝肾阴阳密切相关。如上述功能失调，则易通过卵巢内分泌导致乳腺、子宫、女性生殖器等，包括卵巢本身发生肿瘤，因此，更年期肝肾阴阳偏胜、冲任失调，致相火偏旺，是本病的主要根源。

此外，肝郁七情不畅，致气血不利、痰浊内结，是所有妇科肿瘤的重要内因。其他，卵巢内的残留胚胎组织，在异常刺激下，也可发生增生恶变。

总而言之，卵巢癌发生的背景仍以内分泌失调、激素水平偏高为主要因素。

尤须提及，目前，现代医学已提出某些化工品与卵巢癌

有密切关系，如石棉、滑石粉、避孕品等。还有放射照射、病毒（如腮腺炎病毒）和遗传等因素也有一定影响。

第二节 早期警号及早期诊断

一、癌前潜病

1. 卵巢交界性瘤（低潜在恶性） 界乎于良、恶性之间，易恶化。可与恶性同时存在一个肿瘤内，包括交界性上皮瘤，交界性粘液瘤和交界性内膜样瘤等。

2. 卵巢囊肿 发生率较高，以浆液性囊肿为多，发病率较高，易恶变为卵巢癌。此外，乳头肿也极易发生恶变，应注意复查。

3. 卵巢畸胎瘤 较常见，分为良性囊性成熟畸胎瘤，有一定癌变率，恶变多发生于绝经后妇女，如肿块突然迅速增大，则为不祥之兆。

二、早期先兆

由于卵巢癌局部症状出现较晚，一旦出现腹部症状时已非早期，因此，先兆症应抓住腹部外征兆。

1. 少腹不适 多先见于月经周期排卵期，即渐感少腹不适，包括腹胀、隐痛，或热感、酸坠感，并有逐渐加重趋势。

2. 月经紊乱 有一部分卵巢癌可有月经紊乱，尤其是颗粒细胞癌，易引起月经频发或稀发改变。

3. 类内分泌综合征（非妇科症状） 卵巢癌的早期先兆，

可表现为内分泌综合征及副激素综合征。主要特征为性欲亢进,乳溢,甚至出现肾上腺皮质亢进及甲状腺机能亢进症,因为卵巢分泌促性腺激素、促肾上腺皮质激素及促甲状腺激素、催乳素等增高之故。

报标症

女性更年期,突然出现不明原因的少腹不适(隐痛、坠胀、热灼感)及月经紊乱,应为卵巢癌报标信号。

典型征兆

(1) 少腹痛:一侧性少腹胀痛,并逐渐加重。

(2) 少腹包块:少腹一侧触到包块,并逐渐长大。

(3) 阴道出血:约 $1/4 \sim 1/3$ 患者可出现应激性出血,绝经期后出血尤应注意,见阴道出血已非早期。

(4) 月经紊乱:月经紊乱是卵巢癌的一个主要特征,颗粒细胞癌尤其明显。

(5) 淋巴结转移:盆腔及腹腔淋巴结转移,是卵巢癌的晚期征兆,甚至还可有胸腔、骨、脑转移。

(6) 腹水及血腹水:多出现于晚期(受压症状)。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 卵巢囊肿 属卵巢良性肿瘤,发病率很高,多为浆液性囊肿,双侧或仅单侧,病程较长,有蒂,易发生扭转引起剧痛,病程较长者,甚至达数十年,与卵巢癌的发展快、肿块迅速增大迥异。可根据病史、增长较慢及X光进行鉴别。乳头状囊腺瘤者,X光下可显示钙化物——砂样粒,如出现迅速

增大及疼痛，压迫症状，不规则阴道出血，即提示有恶变可能。

2. 卵巢纤维瘤 属良性，罕见，有蒂，X光可鉴别，常有钙化区，很少恶变。

3. 卵巢畸胎瘤 为囊性及实性两种，有良、恶之分，X光下有牙、骨。此外，病理切片可证实，如迅速增长，则为癌变恶兆。

4. 卵巢结核 有全身其他部位结核史，病程较长，少腹经常疼痛，月经量渐少或愆期。并可有全身结核毒素中毒症状 消瘦、潮热、盗汗。也易并发卵巢周围炎及卵巢深部形成结节、干酪样坏死性脓肿。

5. 卵巢炎症 多为淋菌感染，以起病急，疼痛及发热显著，白细胞增高为鉴别要点。慢性者以病程长，疼痛明显，白细胞增高为特点。

(二) 现代早期诊断手段

1. 妇科三合诊 可以触知包块位置、大小及活动度。

2. X线检查 摄平片可基本确定肿瘤的良、恶性质。

3. 超声波或B超断层扫描 可以基本作出判断。

4. 剖腹探查 取病理组织活检，则可以确诊。

5. 腹腔镜检查 可代替剖腹探查，能区别良恶性肿瘤。

6. 免疫学诊断（特异性血清试验） 包括癌胎盘抗原，胚胎抗原升高等测定。

7. 血腹水脱落细胞学检查 发现癌细胞可以助诊。

8. 卵巢功能测定 作阴道涂片，发现雌激素升高。

第三节 抗癌措施

- (1) 治疗癌前潜病，如卵巢囊肿、畸胎瘤、纤维瘤切除之。
- (2) 治愈卵巢结核及慢性炎症，以维护激素平衡。
- (3) 调整更年期内分泌，清抑相火，节制性欲。
- (4) 治则为调理冲任，滋肾阴清相火，予泻相火汤：生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏，酌加抗癌中草药及化痰药。

第一 四章 子宫肌瘤先兆

子宫肌瘤虽非恶性肿瘤，但在妇女中发病率甚高，对妇女的危害非浅。子宫肌瘤的祸根在卵巢，由于卵巢功能失调，雌激素分泌偏高所致。故先兆症必见性欲亢进，乳房发胀，月经过多等类内分泌综合征……

第一节 病因病机

子宫肌瘤虽属良性肿瘤，但在妇女中发病率极高，且有1~4%的恶变率，而且近来有升高趋势，多发生于30~50岁妇女。

祖国医学称为石瘕，在《内经》中有记载，如曰：“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子”（《灵枢·水胀》）。

发生机制

子宫肌瘤的发生机制与冲任失调，肝肾阴虚及相火偏亢有密切关系，由于相火旺盛、煎熬浊液，致浊液内结而成瘤。当然和肝郁气结，下焦寒温不调也有一定关系。现代医学也认为子宫肌瘤与卵巢内分泌紊乱，雌激素水平偏高有关，因此患子宫肌瘤的人，往往合并有卵巢病变，原因就在于此。并

且从绝经后，雌激素水平下降，子宫肌瘤开始萎缩，肿瘤增长停止也可证实。

近年注意到子宫肌瘤的发生，与服避孕药有一定关系，可能是致雌激素水平改变的缘故。此外，本病与家族、种族及遗传也有一定关系，如美国黑人妇女几乎占一半发生率。

第二节 早期警号及早期诊断

一、瘤前潜病

1. 卵巢改变 子宫肌瘤病人大多先有卵巢改变，如卵巢增大，出现子宫内膜增生过度，月经过多，性欲偏亢，乳房发胀等信号。

2. 子宫内膜增生过长 一般出现在 40~50 岁之间，大多数子宫肌瘤都有子宫内膜增生过长和卵巢雌激素水平偏高有关，本病远期有发生子宫肌瘤的隐患。

3. 输卵管改变 大多数子宫肌瘤可先见或并见输卵管炎，仍与输卵管及卵巢分泌雌激素水平过高有一定关系。

二、早期先兆

1. 月经量增多 经量增多及经期延长是其主要讯号。因为子宫肌瘤生长于卵巢增大、功能偏亢的年龄，由于雌激素水平偏高，致子宫内膜过度增生，一方面因为癌肿的存在而影响子宫收缩，故可致经量增多。

2. 白带增多 由于肿瘤的刺激因素，白带增多，为子宫

肌瘤的早期信号。

3. 阴道出血 少数有非月经周期性出血及不规则出血。

4. 性欲偏亢 为本病卵巢功能偏亢，性激素血水平偏高的信号。

报标症

40岁以后，突然出现不明原因的经量增多，常为子宫肌瘤的报标信号。

典型征兆

(1) 小腹触到包块，或妇科三合诊触到肿块。

(2) 月经量增多，经期延长。

(3) 小腹坠胀不适，子宫浆膜下瘤蒂扭转可引起剧痛。

(4) 如为多发性者，则经量增多及压迫症状更明显。

(5) 绝经期后，随着子宫的萎缩而停止生长，症状可缓解。

若恶变为癌，则出现不规则出血，疼痛、白带恶臭，尤其原子宫肌瘤迅速增大，出血增多而不规则，白带增多都应引起注意。总之，绝经后，肿块不但不缩小，反而迅速增大，则应考虑到有癌变的可能。

三、早期诊断

(一) 鉴别诊断

1. 妊娠 早妊特征为月经停止，及有早孕反应，如晨恶心、流清涎、头晕、不吃饭、喜酸等，而子宫肿瘤则“月事以时下”，无早孕反应。

2. 子宫癌 以不规则出血，流臭秽脓血带，包块坚硬凸

凹不平，增长迅速及腹股沟淋巴结肿大其特征。

3 卵巢囊肿 子宫浆膜下巨大子宫肌瘤易与卵巢囊肿相混，可作牵引子宫检查法鉴别。如肿瘤随牵引的子宫而移动，则为子宫肌瘤的可能性较大。

4 功能性子宫出血 临床症状酷似子宫肌瘤，尤其与较小肌瘤相混，鉴别手段为子宫腔探针，宫腔碘油造影术及诊断性刮宫。

5 子宫腺肌病 是宫内膜在子宫肌层的良性侵入及纤维增生，子宫可呈不规则增大，主要特点为痛经，必要时作病理切片。

6 子宫肥大症 主要为子宫增大，月经过多，与较小的子宫肌瘤极难鉴别，可作刮宫术检查。

(二) 现代早期诊断

1 妇科三合诊 可以确定肿瘤大小、光滑度及硬度。

2 X光检查 平片摄影可确定肌瘤钙化情况，子宫输卵管碘油造影对粘膜下的小瘤子诊断率较高。

3 B超检查 可以诊断较大的子宫肌瘤，并可与盆腔其它肿块鉴别。

4 子宫探针探查 可触到肿瘤。

5 宫腔镜检查 对粘膜下肌瘤的检查阳性率较高。

6 诊断性刮宫 作细胞涂片检查或病理切片以排出癌可疑。

第三节 抗癌措施

(1) 调整更年期内分泌，调整冲任肝肾，节制房欲，以免惹动相火煎熬肾阴。

(2) 保持心情舒畅，避免肝郁气结，是防癌变的一个重要因素。

(3) 注意选择避孕措施，尽量减少长期服用药物性避孕药，应与其它避孕方法交替使用。

(4) 注意经期及房事卫生。

(5) 治疗原则为舒肝解郁化痰，滋肾阴清泻相火，方予泻相火汤*：生地、女贞子、丹皮、知母、黄柏。酌加舒肝理气、活血化瘀药如柴胡、白芍、郁金、香附、法夏、丹参、川芎，并酌服防癌中草药如七叶一支花、半枝莲、苡仁、黄药子、八月札。也可服活血消瘀药，用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、丹皮、桃仁，酌加红花、赤芍、鹿角霜、夏枯草、牡蛎、莪术、石打穿等。严重者可用大黄 虫丸。

第一 五章 儿童癌先兆

发生于少年儿童期的癌肿并不少见，而且多较险恶。由于儿童时期旺盛的生命力掩盖了癌肿的不适，故儿童期的恶性肿瘤较难发现。但无论长于任何人身上的癌，都必然有端倪可见……

第一节 概 述

儿童患癌症为数不少，加之由于自己不能诉说苦衷，所以早期发现的难度更大。而有一些恶性肿瘤又往往多发生于儿童期，尤其不利的是，小儿恶性肿瘤多发生于脑、血、肾、眼球及睾丸等重要器官，即便不死也易致残。因此，注意儿童期癌早期先兆的探索，更显得特别重要。

儿童期易出现的恶性肿瘤最多的是白血病，几乎占儿童期恶性肿瘤的 $1/2$ ，其次为脑瘤、淋巴瘤、神经母细胞瘤、肾母细胞瘤及胚胎性癌等。其特点为发展迅速，并很快向远处转移，大多发生于 5 岁以后小儿。由于小儿处在生长期，各器官功能正开始旺盛，因此，生了恶瘤，一般状况也比较好，这就给早期发现更增加了难度。有些恶瘤如急性白血病、神经母细胞瘤皆以长期高热出现，与急性感染酷似，故应引起高度警惕。儿童期癌虽然早期不明显，但仍有一些先兆表露，

在诊断学上有一定价值，兹分述如下：

第二节 白血病先兆

一、早期信号

白血病是小儿最多见的恶性肿瘤，占小儿恶性肿瘤首位。小儿时期多为急性白血病，慢性仅为 1~5%，发生于小儿者，与遗传因素关系最大，和病毒感染、化学致癌及放射照射也有一定关系。

早期信号为不明原因的发热、面色苍白。小儿凡出现长期发热无力、面色苍白（贫血貌）和出血倾向（鼻衄或皮疹、瘀点）即应引起充分的警惕。如出现淋巴结肿大、肝脾肿大，已属晚期。

二、早期检查

1. 血象 小儿白血病白细胞总数不一定有变化，可高也可低，主要是有原始及幼稚细胞。

2. 骨髓象 呈增生活跃状，原始及早幼细胞占一半以上。

第三节 淋巴瘤先兆

一、早期信号

淋巴瘤分为何杰金氏病及非何杰金氏病两类，为淋巴组

织的恶性肿瘤，在儿童期也比较多见，占 10%，该病和病毒感染、免疫缺陷、家族、化学药物皆有一定关系。

何杰金氏病（淋巴网状细胞肉瘤）

多发生于少年至青春期阶段，儿童期较少见。

以浅表淋巴结进行性、无痛性肿大为特点，少年儿童如颈部出现无痛性小包块者常为本病早期信号。青少年时期大多缺乏全身症状，往往以颈部（80%以上）或锁骨上、腋下及腹股沟淋巴结无痛性肿块为唯一早期标志。一旦出现发热、恶心、消瘦、肿块增大呈现压迫症状及肝脾肿大时，已进入晚期，因此对少年儿童应定期进行颈部及其它部位淋巴结检查。

非何杰金氏病

为小儿多见的恶性肿瘤，是一种发展极速，转移扩散极快的淋巴组织恶性肿瘤，早期即已迅速扩散。

首发信号为无原因的、无痛性的颈部或锁骨上淋巴结肿大。1~2周内即迅速增大，并向扁桃体、眼、骨骼、乳腺等处转移。一旦出现全身症状，如发热、虚弱、厌食、消瘦和肿大淋巴结的压迫症状时，则疾病已近晚期。

二、早期检查

1. 淋巴结穿刺或切片活检 确诊。
2. 胸部 X 线断层摄片 以发现肺部浸润情况。
3. 骨摄片 确定是否骨转移。

第四节 脑瘤先兆

一、早期信号

颅内肿瘤是小儿常见恶性肿瘤之一，居于小儿恶瘤的第二位，仅次于白血病，多发于小脑幕下，预后较差。

早期即出现颅内压增高症，小儿常以喷射性呕吐为报标信号。头痛、哭闹、发热、视觉障碍为典型征兆。婴幼儿则以头颅增大，囟门隆胀为信号。总之，凡见到小儿不明原因的囟门隆胀、哭闹（头痛）、呕吐，即应引起警惕。与脑炎的区别是无发热及血象正常。

二、早期检查

1. 颅骨 X 片平片，查头颅增大及蝶鞍改变。
2. 超声波、脑血管造影、脑室造影，CT 扫描等现代仪检查，皆可选用。
3. 注意与脑炎鉴别（高热、血象及脑脊液检查）。

第五节 视网膜母细胞瘤先兆

一、早期信号

为小儿最多见的眼部肿瘤，多见于婴幼儿，与遗传有关，治疗存活率为 85%，对视力有严重损害，易转移至脑及内脏。

早期征兆为猫眼（特殊的黄白色光反射）及斜视、视力障碍。总之，以逐渐出现的眼部视力异常为本病的报警信号，以后则迅速出现眼炎或全眼球损坏，并可转移至肝、骨。

二、早期检查

1. X 线检查 摄颅骨片查视神经孔浸润情况。
2. 脑脊液细胞学检查 找恶性肿瘤细胞。
3. 淋巴结活检 确定转移情况。

第六节 神经母细胞瘤先兆

一、早期信号

在小儿恶性肿瘤中居第三位，仅次于白血病及脑瘤，本病恶性程度较高，且尤易迅速转移至脑、眼、骨、肾。

早期先兆为贫血、乏力、烦躁、兴奋和不规则发热。如腹部出现肿块并逐渐出现压迫症状和远处转移症状则已为中、晚期。

二、早期检查

1. X 线检查 肿块内有斑点状钙化。
2. 儿茶酚胺代谢检查 90%呈代谢产物升高结果。
3. 血象 呈极度贫血则应怀疑有骨髓转移。
4. 骨髓穿刺：瘤细胞成团。

第七节 肾母细胞瘤先兆

一、早期信号

肾母细胞瘤是婴幼儿中最常见的肿瘤之一，属胚胎性恶性混合瘤，占小儿腹膜后肿瘤的首位，肿瘤来源于肾胚基。

早期征兆为腹部出现肿块，以后肿块继续增大，如出现压迫症状及全身恶肿中毒症：消瘦、厌食、乏力、气促等，则已进入晚期。总之，小儿腹部摸到肿块，首先应怀疑肾母细胞瘤。

二、早期检查

1. 腹部触诊 可了解肿块、大小及质地。
2. 静脉肾盂造影 显示肾盂肾盏被牵拉、移位情况。
3. 超声波检查 可以证实实质性肿瘤的存在。

第八节 神经肉芽肿先兆

一、早期信号

神经肉芽肿在小儿发病率较高，早期征兆为发热、乏力、烦躁、苍白、厌食、呕吐。可迅速导致全身淋巴结肿大。报标症为不明原因的发热、贫血和淋巴结肿大。

二、早期检查

目前已有一种尿检测，通过发现制造癌的物质而获早期诊断。

第九节 畸胎瘤先兆

一、早期信号

在小儿中发病率并不低，多位于骶尾部形成臀部肿块。恶性者多为腺癌，可转移至腹股沟、肝、肺等处。

凡小儿在尾骶部发现肿块皆易引起注意，如肿块迅速增大及出现二便困难时都应怀疑有恶变可能。

二、早期检查

- (1) 甲胎蛋白呈阳性。
- (2) 直肠镜检查，取病理切片可与其它肿瘤鉴别。