

mortality in China, 2016[J]. JNCC, 2022,2(1):1-9.

[2]THONG M, VAN NOORDEN C, STEINDORF K, *et al.* Cancer-Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options[J]. Curr Treat Options Oncol,2020,21(2):17.

[3]BEGLEY S, ROSE K, O'CONNOR M. The use of corticosteroids in reducing cancer-related fatigue: assessing the evidence for clinical practice[J]. Int J Palliat Nurs,2016,22(1):5-9.

[4]岳丽,华海清.华海清治疗癌因性疲乏经验分析[J].中医肿瘤学杂志,2021,3(2):72-75.

[5]耿雨晴,尤建良,龚时夏,等.雷火灸治疗乳腺癌化疗患者气虚型癌因性疲乏的效果和安全性观察[J].中医临床研究,2020,12(22):33-35.

[6]王梦然,尹湘君,王德龙,等.保元解毒汤干预肺癌癌因性疲乏的临床观察[J].中医临床研究,2021,13(3):83-86.

[7]刘宁宁,杨越,贾茹,等.补肾解毒方联合姑息化疗对晚期结肠癌患者癌因性疲乏的影响[J].上海中医药杂志,2021,55(7):59-63.

[8]张莹莹,靳莉莉,崔婷.六君子汤对宫颈癌辅助化疗患者免疫功能、癌因性疲乏与生活质量的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(7):1721-1723.

[9]陈洁娜,李园,丁霞.基于中医脾胃生理功能探讨肿瘤免疫调控[J].北京中医药大学学报,2023,46(1):32-36.

[10]周婷,吴泳蓉,熊家青,等.癌因性疲乏的中医病因探析[J].中华

中医药杂志,2022,37(2):982-985.

[11]杨济纲,刘鹏,江洋,等.肺癌患者癌因性疲乏的中医病机及证候探讨[J].现代中医临床,2023,30(2):113-116.

[12]邵状,张诏.《金匱要略》虚劳证治探析[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(12):1934-1937.

[13]崔健,刘晓红,宋鲁成.肿瘤脉象及其客观化研究探析[J].中华中医药杂志,2022,37(12):7450-7454.

[14]吴兴邦,杨西茜,杨帆,等.基于《金匱要略》虚劳理论探讨中晚期肿瘤的辨治[J].亚太传统医药,2022,18(1):134-137.

[15]肖志伟,郭苇,林丽珠.癌因性疲乏“虚气留滞”病机特点探索[J].环球中医药,2020,13(12):2050-2053.

基金项目:

湖南省药食同源工程中心开放基金(2018YSTY09)。

作者简介:

李婧,女,在读硕士研究生,研究方向为中医内科(肿瘤方向)。
苏钊,在读硕士研究生,研究方向为中医内科(肿瘤方向)。
曹文,通讯作者,女,博士,主任医师,硕士生导师,研究方向为中西医结合治疗恶性肿瘤。

编辑:张志菊 编号:EB-23041304F(修回:2024-02-21)

癌性发热的中医辨证治疗

TCM syndrome differentiation and treatment of cancer fever

王泽文¹ 王振强^{2*}

(1.承德医学院,河北 承德,067000; 2.河北省沧州中西医结合医院,河北 沧州,061000)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2024) 06-0070-05 证型: 虚证 A 炎 I 气 G 湿 D

【摘要】癌性发热是指肿瘤患者在排除感染等情况下出现的肿瘤本身引起的或因治疗引起的发热,目前现代医学对于癌性发热并无特殊治疗方法,一般会选用非甾体类抗炎药或激素类药物,但这两类药物易出现水钠潴留、胃肠道反应等,影响患者的生存质量,不宜长期使用。应用中医辨证的方式治疗癌性发热为临床治疗提供了另一个思路。中医将癌性发热归为“内伤发热”的范畴,早在《黄帝内经》中已有关于内伤发热的记载,且其中明确提出了“诸寒之而热者,取之阴”的治疗原则。后世医家在此基础上也创立了许多行之有效的治疗内伤发热的经典方剂,仍被广泛使用。中医可将癌性发热分为虚实两方面,虚证患者可分为气虚发热、阴虚发热、阳虚发热和复合证型导致虚证发热,因正气亏虚,所以在治疗上要以补虚为主,兼以益气、滋阴、补阳,顾护脾胃。实证患者热势较盛,可适当应用寒凉药物清热泻火。临床上可将实证癌性发热患者分为热毒炽盛证、痰湿内蕴证、血瘀发热证等证型,在治疗上应以清热为主,兼以泻火解毒、燥湿化痰、活血化瘀等。癌性发热患者临床上并不少见,如何减轻症状,提高患者生存质量,需要我们在临床上不断总结、归纳。

【关键词】癌性发热;中医;辨证;治疗;肿瘤

【Abstract】 cancer fever refers to the fever caused by the tumor itself or due to treatment in the case of excluding infection. At present, modern medicine has no special treatment for cancer fever, and generally applies non-steroidal anti-inflammatory drugs or hormone drugs, but these two drugs are prone to water and sodium retention, gastrointestinal reactions, etc., affecting the quality of life of patients, and is not suitable for long-term use. The application of TCM syndrome differentiation in the treatment of cancer fever provides another idea for clinical treatment. In TCM, cancer fever can be classified as “fever of internal injury”, which has been recorded as early as in *Huangdi Neijing* (《黄帝内经》), and the treatment principle of “When cold medicine aggravates the heat syndrome, the method of nourishing Yin (阴) and tonifying kidney should be used clinically” was clearly put forward in this book. On this basis, later generations of physicians have also created many effective classical prescriptions for the treatment of internal

injury fever, which are still widely used TCM divides cancer fever into two types, deficiency fever and excess fever. Deficiency fever can be divided into Qi (气) deficiency fever, Yin deficiency fever, Yang (阳) deficiency fever and compound type of deficiency fever due to the deficiency of positive Qi, so the treatment should be mainly to replenish deficiency, and at the same time to invigorate Qi, nourish Yin, replenish Yang, and care for the spleen and stomach. The excess patients' heat potential is more intense, and cold drugs can be appropriately used to clear the heat and purge fire. Clinically, patients with excess cancer fever can be divided into the heat toxicity syndrome, phlegm-dampness syndrome, blood stasis fever syndrome, etc. The treatment should focus on clearing heat, combined with the methods of purging fire for detoxification, drying dampness and eliminating phlegm, and promoting blood circulation and removing blood stasis. Cancer fever is not uncommon in patients clinically, and how to relieve the symptoms and improve the quality of life of patients requires continuous summarizing and sorting out clinically.

【Keywords】Cancer fever; Traditional Chinese medicine; Syndrome differentiation; Treatment; Tumor

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2024.06.015

癌性发热是指肿瘤患者在排除感染等情况下出现的肿瘤本身引起的或因治疗引起的发热，多见于肺癌、肝癌等恶性肿瘤。其临床表现为低热，持续时间长。目前西医对于本病的治疗一般会选用非甾体类抗炎药或激素类药物^[1]，但这两类药物易出现水钠潴留、胃肠道反应等，不宜长期使用。应用中医辨证的方式治疗癌性发热为临床治疗提供了另一个思路。

1 病名溯源

癌性发热应属于中医学中“内伤发热”的范畴，《黄帝内经》即有关于本病的记载：“阴虚则内热。”在治疗上，《素问·至真要大论篇》提出了“诸寒之而热者，取之阴”的治疗原则。李杲（号东垣）《脾胃论》中指出，脾胃气衰，元气不足，会导致阴火内生，并拟定甘温除热的具体方剂“补中益气汤”。

2 病因病机

导致内伤发热的病因有很多，包括气血阴阳失调、气滞、痰凝、血瘀，加之饮食失节、情志失调等。其基本病机不外乎虚实两面，由痰湿、瘀血等病理因素引起的为实；由气虚、阴虚引起的为虚。刘怀民教授认为，人体是一个有机整体，少阳位于太阳、阳明之中，是阳经的关键所在，起着宣发、疏通、升调、沟通内外的作用，是气机气化的关键^[2]。癌性发热则因情志、饮食、疾病日久等引起少阳枢机不利，郁热内发。邓凌晨等^[3]认为肿瘤患者本就脾胃不足，加之肿瘤阻碍脾胃气机，又有现代医学肿瘤治疗损伤脾胃，元气虚衰而生阴火，阴火与元气对立，导致元气愈发不足。韩松等^[4]认为癌性发热的病机特点有“脾虚不升，阳郁发热”“肝虚气滞，虚阳郁热”“肾失封藏，相火妄动”三种，并提倡以“甘温益气，健脾升阳”“养血疏肝，开郁散火”“补肾养精，引火归元”为主要治法治疗癌性发热。

笔者认为，由于情志、饮食等因素再加抗肿瘤药物以及放化疗的应用，导致本病有虚实两种病机。

病程日久，正气亏虚导致发热为虚证，虚证患者多表现为低热，正气不足、气血虚弱为虚证患者的病因病机；肿瘤等有形实邪存在于体内，阻碍脾胃运化，产生痰凝、血瘀等导致的发热为实证，实证患者较虚证患者来说热势更高，热毒炽盛、痰凝血瘀为实证患者的病因病机。因此，以虚实为纲，辨证施治才是治疗本病的原则。

3 治 疗

3.1 虚证

3.1.1 气虚发热

肿瘤患者疾病日久，久病伤气，再加上现代医学放疗、化疗等方法更易损伤正气，造成患者正气不足，阴火上乘而致发热，治疗宜益气除热。蔺世锋等^[5]将 60 例气虚型癌性发热患者分为两组，治疗组口服健脾益气中药，对照组给予口服西药紫普生，观察后发现两组患者在疗程结束后均体温下降明显，但治疗组体温下降更加明显，治疗总有效率更高。于红伟等^[6]将 64 例癌性发热患者随机分为观察组和对照组各 32 例，对照组给予吲哚美辛栓纳肛治疗，观察组在对照组基础上予以中药归芪退热汤口服，治疗后发现观察组的退热总有效率为 87.5%，高于对照组的 62.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），且观察组的不良反应总发生率更低。附舰等^[7]将 60 例气虚型癌性发热患者随机分为治疗组和对照组各 30 例，治疗组给予补中益气汤，对照组给予吲哚美辛栓剂治疗，治疗组总有效率为 90%，大于对照组的总有效率 66.7%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明补中益气汤治疗中医辨证为气虚型癌性发热患者有较好疗效及安全性。

3.1.2 阴虚发热

癌症本身及现代医学对于癌症的治疗会导致伤津耗液，损伤精血，阴血耗伤，阳气亢盛，从而引起发热，治宜滋阴清热。唐仁哲^[8]将 60 例癌性发热

患者随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组用清骨散加味, 对照组用萘普生片口服。结果提示两组药物均能降低癌性发热患者的体温, 但治疗组复热率低于对照组, 且治疗组中医证候改善程度优于对照组。曾万等^[9]将 60 例癌性发热患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例, 治疗组选用当归六黄汤加减治疗, 对照组选用双氯芬酸钠栓剂治疗, 治疗组总有效率为 80.00%, 对照组为 63.33%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。王昊等^[10]将 100 例阴虚型癌性发热患者随机分组, 观察组 58 例采取自拟癌热消方治疗, 对照组 52 例采取双氯芬酸钠治疗, 观察组患者临床疗效 (87.90%) 高于对照组 (76.2%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明自拟癌热消方治疗癌性发热疗效确切、安全性高。

3.1.3 阳虚发热

由于肿瘤对人体正气的消耗再加上放化疗等治疗手段的应用, 患者会出现阳虚症状, 虚阳外越则会出现发热。《丹溪心法》: “虚而有寒……寒在内而格阳于外, 故外热。” 治宜温补阳气, 引火归元。刘瑞春^[11]将 60 例癌性发热患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组予再造散中药汤剂加味, 对照组予吲哚美辛栓, 治疗后两组中医证候积分较治疗前均有所降低 ($P < 0.05$), 且治疗组在改善中医证候方面明显优于对照组 ($P < 0.01$), 治疗组总有效率 90% 高于对照组的 63.33%。

李强^[12]将 70 例癌性发热 (阳虚型) 患者随机分为治疗组 35 例, 予金匱肾气丸加减治疗; 对照组 35 例, 予吲哚美辛肠溶片治疗。治疗组总有效率为 85.71%, 高于对照组的 57.14% ($P < 0.05$), 说明金匱肾气丸加减治疗癌性发热 (阳虚型) 可缓解发热症状, 且不良反应较小。陈翔等^[13]认为肿瘤患者胃气已虚, 故治疗时应以补为主, 针刺时可选用肾俞穴、中脘穴、气海穴、关元穴、足三里穴等来补气助阳兼以清热。

3.1.4 复合证型虚证发热

在临床上不仅有单纯的气虚、阴虚等证型, 复合证型的虚证也很常见, 最为常见的是气阴两虚型。晁恩祥教授认为本病由脏腑功能失调及气、血、阴、阳失衡所致, 气阴两虚是发热的核心病机, 临床宜采用养阴益气、调畅气机和清热解毒散结的治法^[14]。王昊教授认为, 癌症患者接受的放疗、部分化疗及靶向治疗即为外来火热毒之邪, 热毒积聚, 耗气伤阴, 水不制火, 虚阳浮越, 故而发热^[15]。针对这类患者, 王昊教授采用自拟癌热消方并配以具有健脾扶正功效

的药物, 随证加减, 临床疗效确切。肖琨^[15]将 60 例气阴两虚证癌性发热患者随机分为治疗组 30 例, 对照组 30 例, 对照组服用双氯芬酸钠缓释片, 治疗组在对照组基础上服用自拟癌热消方, 治疗组总有效率为 83.33%, 对照组总有效率为 66.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 表明治疗组总体疗效优于对照组。吴昭利等^[16]将 94 例晚期肿瘤癌性发热 (气阴两虚证) 患者随机分为治疗组与对照组各 47 例, 对照组给予吲哚美辛肠溶片口服, 治疗组在对照组基础上给予益气养阴方口服, 治疗组总缓解率 (93.62%) 高于对照组 (80.85%) ($P < 0.05$), 说明益气养阴方联合吲哚美辛肠溶片治疗晚期肿瘤癌性发热 (气阴两虚证) 有良好效果。李可明^[17]将 106 例气虚血亏型癌性发热患者平均分为观察组和对照组, 在常规治疗基础上为观察组患者使用补中益气汤合四物汤进行治疗, 治疗的总有效率 (83.02%) 高于对照组 (62.26%) ($P < 0.05$), 说明补中益气汤合四物汤治疗气虚血亏型癌性发热的效果较为理想。

笔者认为癌性发热虚证患者均以正气亏虚为本, 加之放化疗等治疗方法的应用, 更易损伤正气。“精气夺则虚”, 气血津液在本病中均可能出现不同程度的亏虚不足, 且气血津液之间相互依托、互为支撑, 一方不足常常会引起其他方面的亏虚, 因此要从多个方面考虑本病, 整体分析。在治疗上要以补虚为主, 顾护脾胃, 做到“正气存内, 邪不可干”。

3.2 实证

3.2.1 热毒炽盛

中医认为癌症患者接受的放疗、化疗等治疗为“药毒”, 机体感受火毒之邪后阳盛则生热, 治宜清热解毒。贾英杰教授认为癌性发热以癌瘤的存在为基础, 而癌瘤的形成与癌毒密切相关, 癌毒之为病, 挟火挟热, 易致瘀滞, 耗正气, 易于扩散, 因此在治疗上要善用攻补, 注意顾护脾胃与津液^[18]。黄一书^[19]将 80 例癌性发热患者随机分为对照组和治疗组, 每组 40 例。对照组予萘普生片口服; 治疗组予热毒宁注射液静脉滴注。对照组退热总有效率为 72.5%, 治疗组退热总有效率为 87.5%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。樊睿^[20]将 60 例癌性发热的患者随机分为治疗组 30 例、对照组 30 例。治疗组予加味五味消毒饮 + 吲哚美辛栓治疗; 对照组予吲哚美辛栓治疗。治疗组总有效率 96.7% 高于对照组的 60%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明加味五味消毒饮可改善临床症状、提高生活质量且安全有效。张智勇^[21]对 26 例癌性发热患者进

行辨证分型,其中热毒炽盛证患者 7 例,应用黄连解毒汤治疗后总有效率为 85.71%,说明黄连解毒汤治疗热毒炽盛证癌性发热能够有效改善患者临床症状,提高患者生存质量。

3.2.2 痰湿内蕴

肿瘤疾病日久损伤正气,正气不足,脾胃运化失司,导致痰湿蕴结,郁而生热,治宜清热化湿。张丽榕^[22]将 118 例湿热型癌性发热患者随机分为中西医结合组 39 例、西药组 42 例、中药组 37 例。中西医结合组予三仁汤治疗,治疗过程中当患者体温大于 38.5℃ 时予双氯芬酸钠栓塞肛治疗;西药组予双氯芬酸钠栓塞肛退热处理;中药组予三仁汤治疗。结果:中西医结合组总有效率为 82.05%,西药组总有效率为 54.76%,中药组总有效率为 78.38%,三组差异有统计学意义($P < 0.05$),提示三组疗效有差异,且三仁汤组和中西医结合组疗效均优于单纯西药组,提示中药在改善患者的湿热证候方面有更好的效果。申建中^[23]将 82 例痰湿型癌性发热患者随机分为治疗组 42 例、对照组 40 例。治疗组予达原饮加减治疗;对照组予萘普生片治疗。治疗组总有效率 73.8% 大于对照组的 37.5%,差异有极显著性($P < 0.01$),说明达原饮治疗痰湿型癌性发热患者具有良好疗效,值得推广。张伟^[24]将 60 例湿热型癌性发热患者随机分为治疗组 30 例(予达原饮加减+萘普生治疗)和对照组 30 例(单用萘普生治疗),治疗组总有效率为 80.0%,大于对照组的 53.3%,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明达原饮加减能够治疗湿热型癌性发热,值得进一步实验及临床研究。

3.2.3 血瘀发热

肿瘤患者体内癌肿阻滞气机,气血运行不畅而致瘀血阻滞。治宜化瘀清热。张洁等^[25]将 160 例老年肺癌血瘀证癌性发热患者随机分为对照组和观察组,每组 80 例,对照组应用解热镇痛类药物、抗生素、皮质类固醇激素等缓解临床症状,观察组在对照组基础上给予清热化瘀解毒方治疗,对照组短期退热总有效率(77.50%)明显低于观察组(92.50%)($P < 0.05$),长期退热总有效率(73.75%)明显低于观察组(88.75%)($P < 0.05$)。杨扬^[26]将 90 例血瘀证癌性发热患者随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组采用单纯西药治疗,观察组采用清热散瘀解毒方治疗。观察组体温降低时间短于对照组,生活质量评分高于对照组,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。杨李思瑞等^[27]将 60 例血瘀型癌性发热患者随机分为两组,每组 30 例。治疗组予肺一丸联合痰热清注射液

治疗,对照组单用痰热清注射液治疗。治疗组总有效率为 83.3%,高于对照组的 60.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明肺一丸联合痰热清注射液治疗血瘀型癌性发热有较好的疗效。

笔者认为,癌性发热实证患者由于痰凝、血瘀等病理因素的影响,热势一般较虚证患者高。“邪气盛则实”,实证患者发热多由于肿瘤实邪存于体内,阻碍脾胃运化,痰、瘀等病理产物郁结于体内,日久则生热,或人体感受放化疗“药毒”火热之邪而生热。实证患者多为阳盛致热,挟痰夹瘀。在治疗上可适当选用寒凉之品,但仍要注意顾护脾胃正气。

4 结 语

多项研究表明,中医药治疗癌性发热的疗效显著,不良反应小。但以上临床研究仍存在问题:没有统一的辨证诊断标准;临床研究的病例数较少,更多研究结果需要更大的样本量来支持;后续随访时间较少,不能明确疗效的具体持续时间等。对于癌性发热的治疗仍需更多的临床研究。因此我们对于癌性发热的治疗既要发挥西医优势,又要展现中医特色,充分发挥中西医结合对于疾病诊疗的优势。

参考文献:

- [1]燕晓茹,张培彤.癌性发热的中医辨治临床研究进展[J].中医药导报,2018,24(1):72-74.
- [2]介睿峰,刘怀民.基于“少阳为枢”理论治疗癌性发热探析[J].中医研究,2022,35(9):5-7.
- [3]邓凌晨,杜磊,祝捷,等.从阴火学说探析癌性发热的基本治则[J].中华中医药杂志,2022,37(7):4146-4148.
- [4]韩松,陈雪,王俊涛,等.王祥麒教授从脾肝肾论治癌性发热[J].中医临床研究,2022,14(23):127-129.
- [5]蔺世锋,颜景峰,陶鲁,等.健脾益气法治疗气虚型癌性发热的临床疗效观察[J].中医临床研究,2018,10(26):120-122.
- [6]于红伟,乔元勋.归芪退热汤治疗气虚血亏型癌性发热临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(18):87-90.
- [7]附舰,单宇鹏,闵婕,等.补中益气汤治疗癌性发热疗效观察[J].陕西中医,2017,38(11):1503-1504.
- [8]唐仁哲.清骨散加味治疗阴虚型癌性发热临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2019.
- [9]曾万,刘华,孙铜林,等.当归六黄汤加减治疗晚期肿瘤癌性发热30例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(10):39-41.
- [10]王昊,周晓艳,饶群阳.自拟癌热消方治疗癌性发热临床研究[J].中医临床研究,2015,7(16):9-11.
- [11]刘瑞春.再造散加味治疗癌性发热(阳虚发热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2019.
- [12]李强.金匱肾气丸加减治疗阳虚型癌性发热35例临床研究[J].中医临床研究,2016,8(31):112-113.
- [13]陈翔,吴昊,孟珊,等.针刺治疗癌性发热的经验分析[J/CD].世界最新医学信息文摘,2018,18(54):140.

- [14]贾元萍,张洪春,田传玺,等.晁恩祥运用养阴益气法治疗肺癌发热经验[J].中医杂志,2021,62(22):1952-1955.
- [15]肖琨,王昊.王昊教授治疗气阴两虚型癌性发热验案举隅[J].光明中医,2020,35(1):24-26.
- [16]吴昭利,杨得振,祝云鹤,等.益气养阴方联合咪喹莫辛肠溶片治疗晚期肿瘤癌性发热(气阴两虚证)的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(11):1957-1960.
- [17]李可明.补中益气汤合四物汤治疗气血两虚型癌性发热的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(13):190-191.
- [18]易丹,李小江,贾英杰.贾英杰教授治疗癌性发热经验[J].中医药导报,2019,25(3):95-96.
- [19]黄一书.热毒宁注射液治疗癌性发热80例临床观察[J].中医临床研究,2018,10(10):92-94.
- [20]樊睿.加味五味消毒饮治疗肺癌瘀毒互结证癌性发热的临床研究[D].昆明:云南中医学院,2018.
- [21]张智勇.中药治疗癌性发热的临床观察[J/CD].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(36):161-162.
- [22]张丽榕.三仁汤加减治疗湿热型癌性发热的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2021.
- [23]申建中.达原饮加减治疗癌性发热42例临床观察[J].江苏中医药,2010,42(4):36.
- [24]张伟.达原饮加减治疗湿热型癌性发热的临床疗效观察[D].济南:山东中医药大学,2014.

- [25]张洁,李建波,张莉.清热化瘀解毒方治疗老年肺癌血瘀证癌性发热的疗效及对免疫功能、炎症因子及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(23):5686-5689.
- [26]杨扬.清热散瘀解毒方治疗癌性发热(血瘀证)的临床观察[J].中国医药指南,2019,17(13):169-170.
- [27]杨李思瑞,田菲.肺一丸联合痰热清注射液治疗晚期非小细胞肺癌癌性发热30例疗效观察[J].湖南中医杂志,2019,35(8):51-52.

作者简介:

王泽文,河北唐山人,硕士研究生,研究方向为中医内科肿瘤。

王振强,通讯作者,硕士研究生导师,主任医师。

编辑:张志菊 编号:EB-23051211F(修回:2024-02-24)

100例鼻咽癌放化疗患者中医证候及聚类情况分析

An analysis of TCM syndrome and cluster of 100 nasopharyngeal carcinoma patients with radiotherapy and chemotherapy

黄 韵

(广西壮族自治区梧州市红十字会医院,广西 梧州,543002)

中图分类号:R273 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2024)06-0074-04 证型:炎证^I虚A^I湿D

【摘要】目的:探讨鼻咽癌放化疗期间中医证候及证型分布特点,为确立中医临床辨证分型及指导中医辨证论治提供思路。方法:记录100例鼻咽癌放化疗患者的一般情况,同时采用设计的中医证候问卷采集四诊资料,并对其进行聚类分析,结合临床归纳出主要中医证型。结果:根据聚类分析的结果,可将鼻咽癌放化疗期间证候分为5个证型,并得出鼻咽癌放化疗期间中医证型的演变规律。结论:初步得出鼻咽癌放化疗期间中医证型方案,可归类为痰瘀互结证、热毒阴伤证、脾虚湿阻证、气阴两虚证、气血两虚证等5类。放疗1周时常见证候有口干口渴、颈部肿块、舌淡或舌绛、苔白腻等;放疗3周时常见证候有咽痛、咽干灼热、少津、溃疡疼痛、咽黏膜充血、苔黄或苔少、脉细数等;放疗结束时常见证候有咽干灼热、咽痛、少津、溃疡疼痛、咽黏膜充血、神疲乏力、食少纳呆、舌淡或舌暗、脉细或细数等。中医证型演变规律为早期多见痰瘀互结证;放化疗中期,气阴两虚证、热毒阴伤证较前增加;治疗结束时气阴两虚证、气血两虚证增多,痰瘀互结证、热毒阴伤证相应减少。脾虚湿阻证在放化疗期间变化不明显。差异有统计学意义($P < 0.05$)。但其科学性及其实用性有待进一步临床验证。

【关键词】鼻咽癌;放化疗;辨证分型;聚类分析

【Abstract】Objective: To explore the distribution characteristics of TCM syndrome and syndrome types during radiotherapy and chemotherapy of nasopharyngeal carcinoma, and to provide ideas for establishing TCM clinical syndrome differentiation and guiding TCM syndrome differentiation and treatment. Methods: The general conditions of 100 nasopharyngeal carcinoma patients with radiotherapy and chemotherapy were recorded. At the same time, the designed TCM syndrome questionnaire was used to collect four diagnosis data, and cluster analysis was carried out to summarize the main TCM syndrome types based on clinical practice. Results: The TCM syndrome type evolution rule during radiotherapy and chemotherapy of nasopharyngeal carcinoma was preliminarily concluded, which could be classified into 5 syndromes according to the