

内容简介

本书立足中医“治未病”思想与现代肿瘤医学的融合，以食管癌、胃癌等高发消化道肿瘤为核心，系统阐释“扶正祛邪”理论在肿瘤全周期防治中的应用精髓。

全书构建“理论－实践－协同”三位一体框架：理论部分追溯《黄帝内经》以来的学术传承，厘清“扶正”（益气、养血、滋阴、健脾）与“祛邪”（活血化瘀、清热解毒、软坚散结）的辨证关系，解析不同病程阶段的施治侧重。实践层面聚焦“辨体质－辨证候－辨病程”体系，详解气虚、痰湿、血瘀等偏颇体质的调理方案，精准拆解癌前病变、中晚期肿瘤及康复期的辨证方药、食疗方与特色疗法。

书中突出中西医协同优势，融入中医体质筛查与胃镜检查、肿瘤标志物检测的联合应用，中药与手术、放化疗的协同策略，实现“器质性治疗＋功能性调理”双重保障。内容兼顾专业性与实用性，既为中医肿瘤医师、中西医结合从业者提供临床辨治参考，也为肿瘤患者及高危人群提供可操作的养生防治方案，助力实现“未病先防、既病防变、瘥后防复”的全周期管理目标，是一部连接理论传承与临床转化的中医肿瘤防治实用专著。



PRICE: \$60.00



中医肿瘤扶正祛邪辨治精要
Essential Principles of Tumor Treatment in Traditional Chinese Medicine: Strengthening the Body's Vitality and Eliminating Pathogenic Factor

马纯政 著

Essential Principles of Tumor Treatment in Traditional Chinese Medicine: Strengthening the Body's Vitality and Eliminating Pathogenic Factors

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

马纯政 著



作者简介



马纯政，博士学位，主任医师，博士研究生导师，国家区域医疗（肿瘤）中心主任。国家优势中医专科学术带头人，河南省卫健委重点学科学科带头人，河南省中医药（仲景工程）学科领军人才，国家中医临床研究基地重点病种食管癌方向负责人。第二批全国名老中医药专家学术经验继承人。世中联肿瘤外治法专业委员会第三届理事会副会长，中国医学促进会肿瘤分会副主任委员。中国抗癌协会食管癌中西整合专业委员会常委。中华中医药学会肿瘤分会常委。先后主持省部级及厅局级课题 15 项，发表学术论文 60 余篇，主编《食管癌本草》等肿瘤学专著 4 部，规培教材 1 部（副主编），获省科技进步奖、成果奖 10 余项，发明专利 3 项（第一发明人）。

**Essential Principles of Tumor Treatment in
Traditional Chinese Medicine: Strengthening the
Body's Vitality and Eliminating Pathogenic Factors**

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

马纯政 著



**International
Union of Scientific and
Technological Scholars**

CIP INFORMATION

Title: Essential Principles of Tumor Treatment in Traditional Chinese Medicine:

Strengthening the Body's Vitality and Eliminating Pathogenic Factors

题目：中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

Author: Chunzheng Ma

作者：马纯政

ISBN: 979-8-90040-118-8

Publisher: CYPEDIA INTERNATIONAL UNION OF SCIENTIFIC AND
TECHNOLOGICAL SCHOLARS

Price: \$60.00

定价：60 美金



**International
Union of Scientific and
Technological Scholars**

**Essential Principles of Tumor Treatment in Traditional Chinese Medicine:
Strengthening the Body's Vitality and Eliminating Pathogenic Factors
中医肿瘤扶正祛邪辨治精要**

Address: 100 N Howard St Ste R, Spokane, Wa, 99201. United States

Tel: +888-754-5177

Email: contact@cypedia.net

Format: 170mmx240mm 1/16 Sheets: 20.25

Word Counts: 210.000

Edition: First edition in May 2026

Printing: First printing in May 2026

**CYPEDIA INTERNATIONAL UNION OF SCIENTIFIC AND TECHNOLOGICAL
SCHOLARS**

非开放获取·电子版请联络出版社购买·版权归出版社所有·侵权必究

Not Open Access. For the electronic version, please contact the publisher for purchase. The copyright belongs to the publisher.
Infringement will be prosecuted.



恶性肿瘤,作为严重威胁人类健康的重大疾病,其发生发展是“正气亏虚、邪毒积聚”的复杂病理过程。例如食管癌、胃癌等消化道肿瘤在我国不仅高发,且具有“隐匿性强、进展迅速、预后差异大”的特点,传统治疗往往陷入“重祛邪轻扶正”或“纯扶正忘祛邪”的误区。中医“扶正祛邪”理论源于《黄帝内经》“正气存内,邪不可干”的核心思想,历经千年临床实践沉淀,已形成“标本兼顾、辨证施治”的完整体系,为肿瘤防治提供了独特的思维范式与实践路径。

本书立足中医“治未病”思想与现代肿瘤医学理念的有机融合,系统梳理扶正祛邪理论在肿瘤防治中的应用逻辑。从理论根基来看,“扶正”并非单纯进补,而是通过益气、养血、滋阴、健脾等治法,修复脏腑功能、平衡气血阴阳,增强机体抗癌能力;“祛邪”亦非盲目攻伐,而是针对痰毒、瘀毒、热毒等邪毒,采用活血化瘀、清热解毒、软坚散结等治法,阻断癌变路径。二者辩证统一,在肿瘤不同阶段各有侧重——未病阶段以“扶正”为主,筑牢抗癌根基;癌前阶段“扶正与祛邪并重”,逆转病理进程;治疗阶段“祛邪而不伤正”,减少毒副作用;康复阶段“扶正以防复”,降低复发风险。这种动态调衡的辨治思维,恰好契合肿瘤“全程防筛-治疗-康复”的全周期管理理念。

在临床实践层面,本书聚焦食管癌、胃癌等高发肿瘤,整合历史实践中体质调理、高危干预、证候辨证等核心经验,构建了“辨体质-辨证候-辨病程”三位一体的辨治体系。书中既详细阐述气虚、痰湿、血瘀等偏颇体质的扶正纠偏方案,又精准解析癌前病变、中晚期肿瘤的祛邪策略,更融入中西医协同的实践路径——如中医体质筛查与胃镜、肿瘤标志物检测结合,中药干预与手术、放化疗协同,实现“器质性治疗+功能性调理”的双重保障。同时,

本书注重实用性与可操作性，将抽象的中医理论转化为具体的方剂配伍、食疗方案、特色疗法，兼顾专业医师的临床参考与患者的日常养生需求。

当前，肿瘤防治已进入“精准化、个体化”时代，中医扶正祛邪理论的价值愈发凸显。它不仅弥补了现代医学“重形态轻功能”“重治疗轻预防”的不足，更通过整体观、辨证观的思维优势，为肿瘤患者提供了“以人为本”的治疗选择。本书编撰团队深耕食管癌、胃癌防治领域多年，结合大量临床案例与循证研究，力求理论体系完整、实践指导详实。期望能为中医肿瘤临床医师、中西医结合从业者提供参考，也为肿瘤患者及高危人群提供科学的养生防治指南，推动中医肿瘤学的传承创新与临床转化，助力实现“未病先防、既病防变、瘥后防复”的肿瘤防治目标。

限于作者水平，书中难免存在疏漏及不妥之处，敬请读者批评指正。

编 者

第一章 中医肿瘤学理论基础	1
第一节 中医对肿瘤的认识源流	1
第二节 扶正祛邪理论的形成与发展	13
第三节 肿瘤病因病机的中医阐释	19
第四节 脏腑经络与肿瘤发生的关系	26
第五节 气血津液失调与肿瘤病机	32
第二章 肿瘤辨证体系研究	39
第一节 肿瘤八纲辨证要点	39
第二节 肿瘤脏腑辨证方法	44
第三节 肿瘤气血津液辨证	50
第四节 肿瘤特殊证候辨析	56
第五节 肿瘤辨证与现代医学结合	60
第三章 扶正治法在肿瘤中的应用	67
第一节 益气扶正治法	67
第二节 养血扶正治法	71
第三节 滋阴扶正治法	75
第四节 温阳扶正治法	79
第五节 扶正治法的临床应用要点	83
第四章 祛邪治法在肿瘤中的应用	87
第一节 清热解毒治法	87
第二节 活血化瘀治法	91

第三节 化痰散结治法·····	95
第四节 以毒攻毒治法·····	99
第五节 祛邪治法的临床应用要点·····	102
第五章 扶正与祛邪的配伍艺术·····	105
第一节 扶正祛邪的配伍原则·····	105
第二节 不同病期的配伍策略·····	110
第三节 体质与配伍的关系·····	116
第四节 药物性味与配伍要点·····	122
第五节 经典方剂配伍分析·····	127
第六章 常见肿瘤的中医辨治·····	135
第一节 食管癌的中医辨治·····	135
第二节 肺癌的中医辨治·····	140
第三节 胃癌的中医辨治·····	146
第四节 肝癌的中医辨治·····	152
第五节 乳腺癌的中医辨治·····	158
第六节 结直肠癌的中医辨治·····	164
第七章 肿瘤并发症的中医治疗·····	171
第一节 癌性疼痛的中医治疗·····	171
第二节 放化疗不良反应的中医调治·····	176
第三节 恶病质的中医干预·····	185
第四节 肿瘤发热的中医辨治·····	191
第五节 肿瘤相关出血的中医处理·····	196
第六节 癌因性疲乏的中医辨治·····	202
第八章 肿瘤康复与调护·····	209
第一节 肿瘤患者的饮食调养·····	209
第二节 肿瘤患者的情志调理·····	216

第三节 肿瘤患者的运动康复·····	223
第四节 中医药在肿瘤康复中的作用·····	231
第五节 肿瘤患者的四季养生·····	238
第九章 中西医结合肿瘤治疗·····	247
第一节 中西医结合治疗的理论基础·····	247
第二节 手术前后的中医药干预·····	253
第三节 放化疗期间的中医药配合·····	261
第四节 靶向治疗与中医药结合·····	267
第五节 中西医结合的疗效评价·····	274
第十章 肿瘤防治与养生保健·····	279
第一节 中医“治未病”与肿瘤预防·····	279
第二节 体质调理与肿瘤预防·····	285
第三节 中医药在肿瘤筛查中的作用·····	291
第四节 肿瘤高危人群的中医干预·····	297
第五节 中医养生防癌的要领·····	304
参考文献·····	313

第一章 中医肿瘤学理论基础

第一节 中医对肿瘤的认识源流

一、先秦时期：中医肿瘤认识的萌芽与奠基

（一）社会背景与医学环境

先秦时期（公元前 21 世纪—公元前 221 年）是中国古代文明的奠基阶段，生产力的逐步发展推动了对自然现象和人体生命活动的探索。这一时期，巫术与医学逐渐分离，“重人事、轻鬼神”的思想逐渐兴起，为医学的独立发展创造了条件。社会动荡与自然灾害频繁，导致疾病频发，恶性肿瘤类疾病虽未被明确命名，但相关症状已引起人们的关注。当时的医学实践以经验积累为主，尚未形成系统的理论体系，但对肿瘤相关病症的观察与初步应对，为后世中医肿瘤学的发展埋下了伏笔。

（二）核心典籍中的早期记载

1. 《诗经》《山海经》中的病症描述

《诗经》作为中国最早的诗歌总集，虽以文学为主，但其中蕴含着对疾病的初步认知。如《诗经·小雅·节南山》中“天方荐瘥，丧乱弘多”，提及“瘥”为重病，虽未特指肿瘤，但涵盖了包括恶性疾病在内的严重病症。《山海经》则是一部兼具地理、物产、医学价值的古籍，其中记载了多种“恶疮”“痈肿”类病症，如《山海经·西山经》“有鸟焉，其状如鸛，赤足而直喙，黄文而白首，名曰窃脂，食之不疽”，这里的“疽”虽多指疮疡，但部分描述与肿瘤的局部肿胀、溃烂特征相似，反映了当时人们对这类顽固性病症的观察。

2. 《尚书》《周易》的哲学思想奠基

《尚书》提出“五行”学说，将金、木、水、火、土作为构成世界的基本元素，强调五行之间的相生相克关系，这一思想为后世中医从整体角度认识疾病（包括肿瘤）的发生发展提供了哲学基础。《周易》则提出“阴阳”学说，认为世间万物皆由阴阳构成，阴阳平衡是事物正常存在的状态，阴阳失衡则会导致变

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

化（包括疾病的发生）。这种“阴阳平衡”“整体观念”的思想，贯穿于中医肿瘤学发展的全过程，成为中医认识肿瘤的核心思维方式。

（三）早期医疗实践与肿瘤相关应对

先秦时期的医疗实践虽较为原始，但已出现针对肿瘤相关症状的初步应对措施。据《周礼·天官》记载，当时设有“疡医”，专门负责治疗“肿疡、溃疡、金疡、折疡”等病症，其中的“肿疡”就包括了一些良性肿瘤及恶性肿瘤的早期表现。疡医采用“以五毒攻之，以五气养之，以五药疗之，以五味节之”的治疗方法，“五毒”虽具有毒性，但可能对部分肿瘤的肿胀、疼痛有一定的缓解作用，体现了早期中医“以毒攻毒”治疗思想的萌芽。此外，当时的针灸、按摩等疗法也已初步应用，为后世中医肿瘤的外治疗法奠定了基础。

二、秦汉时期：中医肿瘤认识的初步形成与理论确立

（一）医学体系的成熟与肿瘤认知的突破

秦汉时期（公元前 221 年—公元 220 年）是中国古代医学体系走向成熟的关键阶段，秦始皇统一中国后，社会秩序相对稳定，医学交流日益频繁，为医学理论的整合与创新提供了条件。这一时期，中医对肿瘤的认识从零散的经验积累逐渐走向系统的理论总结，明确了部分肿瘤相关病症的名称、症状及病因病机，标志着中医肿瘤认识的初步形成。

（二）《黄帝内经》：中医肿瘤学的理论源头

1. 肿瘤相关病症的命名与症状描述

《黄帝内经》作为中医理论的奠基之作，首次较为系统地记载了与肿瘤相关的病症，如“积聚”“癥瘕”“噎膈”等，这些名称沿用至今，成为中医肿瘤学的核心病症范畴。《灵枢·五变》中记载：“人之善病肠中积聚者，何以候之？少俞答曰：皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃弱，恶则邪气留止，积聚乃伤。”这里的“积聚”指腹腔内的肿块，与胃癌、肝癌等消化道肿瘤的表现相似，详细描述了积聚的好发人群体质特征及肿块形成的过程。《素问·通评虚实论》中“膈塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也”，描述了“噎膈”的核心症状（吞咽困难、上下不通），与食管癌的典型表现高度契合。此外，《黄帝内经》还记载了“石瘕”“肠覃”等病症，如《灵枢·水胀》“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”，其症状与妇科肿瘤（如子宫肌瘤、卵巢癌等）的表现相近。

2. 病因病机的初步阐述

《黄帝内经》提出了肿瘤发生的核心病机——“正气亏虚，邪气入侵”，这一理论成为中医肿瘤病因病机学说的核心。《素问·刺法论》中“正气存内，邪不可干”，《素问·评热病论》中“邪之所凑，其气必虚”，明确指出人体正气的强弱是疾病发生的关键，肿瘤的发生正是由于正气亏虚，无法抵御邪气（如寒邪、热邪、痰浊、瘀血等）的侵袭，导致邪气在体内积聚，日久形成肿块。此外，《黄帝内经》还强调情志失调、饮食不节、劳逸失度等因素对肿瘤发生的影响，如《灵枢·百病始生》中“积之始生，得寒乃生，厥乃成积也”，指出寒邪是积聚形成的重要诱因；《素问·生气通天论》中“高粱之变，足生大疔”，提示饮食不节（如过食肥甘厚味）可能导致恶性疾病的发生；《灵枢·五变》中“怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，腠理充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘿。此言喜怒不节，寒暑过度，生乃不固”，强调情志失调、外感邪气是导致肿瘤发生的重要因素。

3. 治疗思想与原则的奠定

《黄帝内经》提出了中医肿瘤治疗的基本原则，如“治病必求于本”“调整阴阳”“扶正祛邪”“标本缓急”等。《素问·至真要大论》中“谨察阴阳所在而调之，以平为期”，强调治疗的核心是调整人体的阴阳平衡，这一原则适用于肿瘤治疗的全过程。对于肿瘤的治疗，《黄帝内经》主张“扶正为主，祛邪为辅”，如《素问·三部九候论》中“虚则补之，实则泻之”，针对肿瘤患者正气亏虚、邪气积聚的病机特点，提出了补虚与泻实相结合的治疗思路。此外，《黄帝内经》还记载了针灸、导引、食疗等治疗方法，如《灵枢·刺节真邪》中“凡刺五邪之方，不过五章，瘳热消灭，肿聚散亡”，提及针灸可用于治疗肿聚（肿瘤相关病症）；《素问·异法方宜论》中“其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热，其治宜导引按跷”，提示导引（气功）等方法可用于肿瘤的辅助治疗。

（三）《神农本草经》：肿瘤治疗药物的初步整理

《神农本草经》是中国第一部药学专著，成书于东汉时期，共记载药物 365 种，其中不少药物被后世用于肿瘤的治疗。该书将药物分为上、中、下三品，上品药物“主养命以应天，无毒，多服久服不伤人”，如人参、黄芪、当归等，这些药物具有益气、养血、滋阴等功效，为中医肿瘤治疗中“扶正”的常用药物；中品

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

药物“主养性以应人，无毒有毒，斟酌其宜”，如白术、茯苓、甘草等，具有健脾、祛湿、和中等作用，可辅助扶正，调理脾胃功能，改善肿瘤患者的体质；下品药物“主治病以应地，多毒，不可久服”，如附子、干姜、大黄等，部分药物具有“以毒攻毒”的功效，可用于肿瘤治疗中“祛邪”，如大黄具有泻热通便、凉血解毒、逐瘀通经的作用，可用于治疗肿瘤患者的瘀血内结、热结便秘等症状。《神农本草经》对药物功效、主治的记载，为后世中医肿瘤治疗药物的筛选与应用提供了重要依据，奠定了中医肿瘤药物治疗的基础。

（四）张仲景与《伤寒杂病论》：肿瘤相关病症的辨证论治

1. 对肿瘤相关病症的辨证深化

东汉末年著名医学家张仲景著《伤寒杂病论》，将中医辨证论治思想推向成熟，该书对肿瘤相关病症（如积聚、癥瘕、噎膈等）的辨证论治进行了系统阐述。张仲景在《黄帝内经》的基础上，进一步细化了肿瘤相关病症的病因病机，强调“痰瘀互结”“正气亏虚”“情志失调”等因素的综合作用。如在“积聚”的辨证中，张仲景将其分为寒凝、血瘀、痰浊等不同证型，提出了相应的辨证要点，如寒凝型积聚表现为肿块坚硬、喜温恶寒、舌淡苔白、脉沉迟等；血瘀型积聚表现为肿块固定不移、疼痛拒按、舌紫暗有瘀斑瘀点、脉涩等。

2. 经典方剂的创立与应用

《伤寒杂病论》中创立了一系列治疗肿瘤相关病症的经典方剂，这些方剂至今仍广泛应用于临床。如治疗瘀血内结型积聚的“桃仁承气汤”“抵挡汤”，具有活血化瘀、攻下逐瘀的功效，适用于肿瘤患者瘀血内结、腹满痛拒按等症状；治疗寒凝血瘀型癥瘕的“温经汤”，具有温经散寒、养血祛瘀的作用，可用于妇科肿瘤（如子宫内膜癌、卵巢癌等）属寒凝血瘀证者；治疗脾胃虚弱、痰湿内蕴型肿瘤的“参苓白术散”，具有益气健脾、渗湿止泻的功效，可改善肿瘤患者脾胃功能虚弱、食欲不振、大便溏薄等症状。此外，张仲景还提出了“扶正祛邪”“标本兼顾”的治疗思路，如在治疗肿瘤晚期患者时，强调以扶正为主，兼顾祛邪，避免过度攻伐损伤正气，体现了中医肿瘤治疗的整体观念与辨证思维。

三、魏晋南北朝时期：中医肿瘤认识的深化与实践拓展

（一）社会动荡与医学的传承创新

魏晋南北朝时期（公元220年—公元589年）社会长期动荡，战乱频繁，人

口迁徙频繁,导致疾病传播加剧,恶性肿瘤类疾病的发病率相对较高,这也促使医学家们更加重视对这类疾病的研究。这一时期,中医在继承《黄帝内经》《伤寒杂病论》等经典理论的基础上,不断创新,对肿瘤的病因病机、症状表现、治疗方法等方面的认识进一步深化,临床实践也更加丰富。

(二) 核心医家与著作的贡献

1. 葛洪与《肘后备急方》

葛洪是东晋时期著名的医学家、炼丹家,其著作《肘后备急方》是一部实用性极强的急救医学专著,书中记载了多种肿瘤相关病症的治疗方法,尤其注重“以毒攻毒”疗法的应用。如书中记载“治痈疽恶肉方:水银、黄连、矾石、丹砂各二两,捣筛,以腊月猪脂和如泥,敷之,恶肉自脱”,这里的“痈疽恶肉”可能包括恶性肿瘤的溃烂组织,采用水银、丹砂等有毒药物外用,体现了“以毒攻毒”的治疗思想。此外,《肘后备急方》中还记载了治疗“噎膈”(食管癌相关)的方法,如“治卒食噎方:常食干粳米饭即不噎”,虽方法简单,但体现了对肿瘤相关症状的应对思路;书中还记载了“治积聚方”,采用大黄、巴豆等泻下药物,针对积聚(肿瘤)的“实证”进行治疗,进一步丰富了中医肿瘤的治疗手段。

2. 陶弘景与《本草经集注》^①

陶弘景是南朝齐梁时期的医学家、药物学家,其著作《本草经集注》在《神农本草经》的基础上,新增药物 365 种,共记载药物 730 种,对肿瘤治疗药物进行了进一步的整理与补充。该书将药物按自然属性分为玉石、草木、虫兽、果、菜、米食、有名未用七类,方便临床应用。其中,新增的药物如三棱、莪术、穿山甲、地龙等,均为后世中医肿瘤治疗的常用药物,如三棱、莪术具有破血行气、消积止痛的功效,常用于治疗肿瘤患者的瘀血内结、肿块坚硬等症状;穿山甲具有活血消癥、通经下乳的作用,可用于治疗妇科肿瘤、肝癌等病症。此外,陶弘景还在书中强调了药物的炮制方法与配伍禁忌,为肿瘤治疗药物的安全应用提供了保障。

3. 巢元方与《诸病源候论》

巢元方是隋代著名的医学家,其著作《诸病源候论》虽成书于隋代,但主要总结了魏晋南北朝时期的医学成就,是中国第一部病因病机学专著。该书对肿瘤

^① 周岱翰. 论中医肿瘤学维护健康与治癌疗效报告 [J]. 中医肿瘤学杂志, 2025, 7 (03): 1-6.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

相关病症的病因病机进行了系统的梳理与阐述,进一步深化了中医对肿瘤的认识。如在“积聚候”中,巢元方指出:“积聚者,由阴阳不和,脏腑虚弱,受于风邪,搏于脏腑之气所为也。”强调阴阳失衡、脏腑虚弱、外感风邪是积聚发生的核心病因,同时还指出积聚的形成与饮食不节、情志失调、劳逸失度等因素密切相关。在“噎膈候”中,巢元方记载:“噎膈者,荣卫不和,阴阳隔绝,胸膈痞塞,气道不利,故饮食不下也。”进一步明确了噎膈的病机为气机不畅、阴阳隔绝,为临床治疗提供了理论依据。此外,《诸病源候论》还详细描述了肿瘤相关病症的并发症及转归,如积聚日久可导致“黄疸”“水肿”等,为中医肿瘤的辨证论治提供了更全面的参考。

(三) 临床治疗方法的丰富与发展

这一时期,中医肿瘤的治疗方法在继承前代的基础上进一步丰富,除了药物治疗、针灸治疗外,外治疗法、食疗等方法也得到了进一步的发展。外治疗法方面,除了传统的敷贴、针灸外,还出现了割治、烙治等方法,如《肘后备急方》中记载“治痈疽始发,肿坚欲作脓方:烧针令赤,熨之,即消”,采用烙治的方法治疗早期肿聚,可能对部分良性肿瘤或恶性肿瘤早期有一定的缓解作用。食疗方面,医学家们更加重视饮食调理在肿瘤治疗中的作用,如葛洪在《肘后备急方》中记载了多种食疗方,如“治卒大腹水病方:小豆一斗,煮令极烂,得三升,去豆,饮汁,日三服,当利小便,下诸水湿毒气”,可用于治疗肿瘤晚期出现的腹水症状;陶弘景在《本草经集注》中也强调了“食疗为先”的思想,主张通过饮食调理改善患者体质,辅助治疗肿瘤。

四、隋唐宋金元时期:中医肿瘤学的成熟与流派纷呈

(一) 社会繁荣与医学的全面发展

隋唐宋金元时期(公元581年—公元1368年)是中国古代医学发展的黄金时期,隋唐时期社会繁荣,中外医学交流频繁,医学教育体系逐步完善;宋代活字印刷术的发明促进了医学典籍的传播与整理;金元时期医学流派纷呈,“金元四大家”的出现推动了中医理论的创新与发展。这一时期,中医对肿瘤的认识更加系统全面,病因病机学说不断完善,治疗方法更加丰富,形成了多种治疗流派,标志着中医肿瘤学的成熟。

（二）隋唐时期：肿瘤认识的系统整合与临床实践

1. 孙思邈与《千金方》

孙思邈是唐代著名的医学家，被后世尊称为“药王”，其著作《备急千金要方》《千金翼方》是集唐代以前医学之大成的巨著，书中对肿瘤相关病症的治疗进行了系统的整合与创新。孙思邈在继承《黄帝内经》《伤寒杂病论》理论的基础上，进一步强调了“扶正固本”在肿瘤治疗中的重要性，提出“治未病”的思想，主张通过调理体质、预防疾病的发生。在肿瘤治疗方面，孙思邈收录了大量治疗积聚、癥瘕、噎膈等病症的方剂，如治疗瘀血积聚的“大黄蟅虫丸”“鳖甲煎丸”，这些方剂至今仍为中医治疗肿瘤的常用方剂；治疗噎膈的“五噎丸”“五膈丸”，针对噎膈的不同证型（如气噎、食噎、痰噎等）进行辨证治疗，体现了辨证论治的思想。此外，孙思邈还重视外治疗法与食疗的应用，如在《备急千金要方》中记载了针灸、敷贴、熏洗等。外治疗法方面，孙思邈在《备急千金要方》中记载了针对肿瘤相关肿痛的针灸配方，如“治积聚坚满方：灸肝俞百壮，又灸脾俞百壮，又灸肾俞百壮”，通过艾灸脏腑背俞穴，达到调理脏腑功能、消散积聚的目的；对于体表肿瘤或肿瘤溃烂者，提出“以附子末和酒敷之”的敷贴方法，利用附子的温阳散寒、破积散结功效，缓解局部症状。食疗方面，孙思邈强调“食疗不愈，然后命药”，在书中收录了大量针对肿瘤患者体质调理的食疗方，如针对气血亏虚型肿瘤患者的“当归生姜羊肉汤”，具有温中养血、益气补虚的功效；针对痰湿内蕴型肿瘤患者的“薏苡仁粥”，可健脾渗湿、清热排脓，辅助改善患者痰湿体质，减少肿瘤复发风险。此外，孙思邈还注重肿瘤患者的护理，提出“凡患痼疽肿毒者，慎勿当风卧湿，勿食辛辣油腻”，强调生活调护对肿瘤治疗与康复的重要性，体现了中医“整体观念”在肿瘤治疗中的全面应用。

2. 王焘与《外台秘要》

唐代医学家王焘编撰的《外台秘要》是一部综合性医学巨著，该书广泛收录了唐代及前代的医学文献，对肿瘤相关病症的记载更加细致全面。在病症命名方面，《外台秘要》首次明确记载了“癌”的名称，如“癌肿”“恶癌”，书中描述“癌肿初发如梅李，久不愈，渐长大，赘肉突出，破则流血不止”，与现代恶性肿瘤的局部表现高度吻合，标志着中医对肿瘤的认识进一步精准化。在病因病机方面，王焘继承了《黄帝内经》“正气亏虚，邪气入侵”的核心理论，同时强调“痰瘀互结”是肿瘤进展的关键病机，提出“痰浊凝滞，瘀血内停，日久成积”

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

的观点，为后世中医肿瘤“化痰逐瘀”治疗法提供了理论依据。在治疗方面，《外台秘要》收录了大量治疗肿瘤的方剂，如治疗“噎膈”（食管癌）的“半夏汤”“生姜汁饮”，通过化痰降逆、和胃止呕，缓解患者吞咽困难、恶心呕吐等症状；治疗“积聚”（腹腔肿瘤）的“三棱丸”“莪术丸”，强化了活血化瘀、消积散结的治疗作用。此外，该书还记载了“烙法”“割法”等外治疗法的具体操作规范，如“治癌肿未破方：以火针烙之，令焦枯，然后敷药”，进一步规范了肿瘤外治疗法的临床应用。

（三）宋代：肿瘤认识的细化与药物治疗的发展

1. 医学典籍的整理与肿瘤病症的分类

宋代政府重视医学发展，组织编撰了《太平圣惠方》《圣济总录》等大型医学典籍，对肿瘤相关病症进行了系统分类与梳理。《太平圣惠方》将肿瘤相关病症分为“积聚”“癥瘕”“噎膈”“恶疮”“癌肿”等大类，每类病症下又细分不同证型，如“积聚”分为“气积”“血积”“痰积”“食积”等，进一步细化了肿瘤的辨证体系。《圣济总录》则在病因病机方面进行了深化，提出“情志内伤，饮食不节，劳逸失度，外感六淫，皆可致气血凝滞，痰浊内生，日久成癌”的观点，全面总结了肿瘤的致病因素，为临床辨证提供了更全面的参考。

2. 药物治疗的创新与方剂的丰富

宋代医学家在肿瘤药物治疗方面进行了大量创新，新增了许多针对性的治疗药物与方剂。《太平圣惠方》中记载了“治癌肿方”“治噎膈方”等专用方剂，如“治恶癌方：牛黄、麝香、乳香、没药各一钱，研末，温酒调服”，利用牛黄、麝香等名贵药材的清热解毒、活血化瘀、开窍醒神功效，治疗恶性肿瘤；“治噎膈不通方：沉香、丁香、木香各半两，研末，姜汤调服”，通过行气和胃、降逆止呕，缓解食管癌患者的吞咽梗阻症状。此外，宋代医学家还重视药物的炮制与配伍，如将三棱、莪术醋制后使用，增强其活血化瘀、消积止痛的功效；将附子、干姜炮制后降低毒性，使其在肿瘤“扶正祛邪”治疗中更安全应用。同时，宋代出现了专门的药学著作《本草图经》，对肿瘤治疗药物的形态、产地、炮制方法进行了详细记载，如明确穿山甲“鳞甲入药，炮炙后用，活血消癥力佳”，为肿瘤治疗药物的规范化应用提供了保障。

3. 食疗与预防思想的深化

宋代医学家进一步深化了食疗在肿瘤治疗中的应用，《圣济总录》中记载了

大量针对肿瘤不同证型的食疗方,如针对阴虚内热型肿瘤患者的“百合粥”“银耳羹”,具有滋阴清热、润肺生津的功效;针对脾胃虚寒型肿瘤患者的“羊肉粥”“干姜粥”,可温中健脾、益气和胃。此外,宋代中医开始重视肿瘤的预防,提出“饮食有节,起居有常,情志舒畅,可防积聚之生”的观点,强调通过调节饮食、规律作息、保持心情舒畅,增强正气,预防肿瘤的发生,进一步发展了《黄帝内经》“治未病”的思想。

(四) 金元时期: 医学流派纷呈与肿瘤治疗思想的创新

1. 金元四大家对肿瘤认识的影响

金元时期,医学流派林立,“金元四大家”(刘完素、张从正、李杲、朱震亨)的学术思想对中医肿瘤学的发展产生了深远影响,各流派从不同角度阐述肿瘤的病因病机与治疗方法,丰富了中医肿瘤的治疗思想。

(1) 刘完素(寒凉派)

刘完素主张“六气皆从火化”“五志过极皆为热甚”,认为肿瘤的发生与“热毒内蕴”密切相关。他提出,情志失调、饮食不节等因素可导致体内阳气过盛,化生火毒,火毒灼伤脉络,瘀血内停,痰浊内生,日久形成肿瘤。在治疗方面,刘完素强调“清热解毒”,常用黄连、黄芩、黄柏、金银花、连翘等寒凉药物,治疗肿瘤患者出现的发热、肿块红肿疼痛、口干舌燥等热毒症状。如针对热毒型噎膈(食管癌),采用“黄连解毒汤”加减,清热解毒、利咽消肿,缓解患者吞咽疼痛、口干口苦等症状;针对热毒型积聚(腹腔肿瘤),使用“金银花散”配合活血化瘀药物,清热解毒、消散肿块。刘完素的“热毒致病”理论,为中医肿瘤“清热解毒”治疗法奠定了基础。

(2) 张从正(攻下派)

张从正主张“病由邪生,攻邪已病”,认为肿瘤的发生是由于邪气侵袭人体,积聚日久所致,治疗的核心是“攻逐邪气”。他提出“汗、吐、下”三法为攻邪的主要手段,在肿瘤治疗中,针对体质壮实、邪气壅盛的患者,采用攻下、逐瘀、化痰等方法,驱逐体内积聚的邪气(如瘀血、痰浊、热毒等)。如针对瘀血内结型积聚,使用“桃仁承气汤”“抵挡汤”等攻下逐瘀方剂,峻下瘀血,消散肿块;针对痰浊壅盛型肿瘤,采用“十枣汤”“控涎丹”等逐痰方剂,攻逐痰浊,缓解患者胸闷、腹胀、痰多等症状。张从正强调“攻邪不伤正”,在使用峻猛药物时,注重中病即止,避免过度攻伐损伤正气,同时主张在攻邪后辅以扶正药物调理体

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

质，体现了“攻邪与扶正相结合”的治疗思想。

（3）李杲（补土派）

李杲重视脾胃功能，主张“内伤脾胃，百病由生”，认为肿瘤的发生与脾胃虚弱密切相关。他提出，脾胃是人体气血生化之源，脾胃虚弱则气血不足，正气亏虚，无法抵御邪气入侵，同时脾胃运化失常，水湿内停，聚而成痰，瘀血内生，痰瘀互结形成肿瘤。在治疗方面，李杲强调“益气健脾”，常用人参、黄芪、白术、茯苓、甘草等健脾益气药物，调理脾胃功能，增强正气，同时辅以化痰、活血药物，消散积聚。如针对脾胃虚弱型积聚，采用“补中益气汤”加减，益气健脾、升阳举陷，配合三棱、莪术等活血化瘀药物，扶正祛邪；针对脾胃虚弱型噎膈，使用“参苓白术散”配合陈皮、半夏等化痰和胃药物，改善患者食欲不振、大便溏薄、吞咽困难等症状。李杲的“补土思想”，为中医肿瘤“扶正固本”疗法中“健脾益气”的应用提供了重要理论依据，尤其适用于消化道肿瘤（如胃癌、食管癌）患者的治疗与康复。

（4）朱震亨（滋阴派）

朱震亨主张“阳常有余，阴常不足”，认为人体阴液容易亏虚，阴虚则火旺，火灼津液，炼液为痰，痰瘀互结形成肿瘤。在治疗方面，朱震亨强调“滋阴降火”，常用熟地、生地、麦冬、沙参、枸杞子等滋阴药物，配合化痰、活血、清热解毒药物，治疗肿瘤患者出现的阴虚内热症状。如针对阴虚内热型肺癌，采用“六味地黄丸”加减，滋阴降火、润肺化痰，缓解患者咳嗽、咯血、潮热盗汗等症状；针对阴虚型积聚，使用“大补阴丸”配合鳖甲、龟板等滋阴软坚药物，滋阴清热、软坚散结。此外，朱震亨还提出“痰之为病，随气升降，无处不到”，强调“化痰”在肿瘤治疗中的重要性，常用半夏、陈皮、茯苓、浙贝母等化痰药物，配合滋阴、活血药物，治疗痰瘀互结型肿瘤，进一步丰富了中医肿瘤“化痰逐瘀”的治疗思路。

2. 金元时期的临床实践与方剂创新

金元时期的医学家在各流派学术思想的指导下，进行了大量的临床实践，创新了许多治疗肿瘤的方剂，进一步丰富了中医肿瘤的治疗手段。如元代医学家朱丹溪在《丹溪心法》中记载了“海藻玉壶汤”，该方剂由海藻、昆布、海带、半夏、陈皮、青皮、连翘、贝母等药物组成，具有化痰软坚、理气活血的功效，至今仍为治疗甲状腺肿瘤、乳腺肿瘤等良性肿瘤及恶性肿瘤早期的常用方剂；元代

医学家王好古在《汤液本草》中记载了“膈下逐瘀汤”的雏形，该方剂具有活血化瘀、行气止痛的功效，适用于腹腔肿瘤、妇科肿瘤等属瘀血内结证者。此外，金元时期还出现了专门治疗肿瘤的外治方剂，如“黑布药膏”“生肌玉红膏”等，用于肿瘤溃烂后的创面修复，促进伤口愈合，缓解疼痛。

五、明清时期：中医肿瘤学的完善与理论升华

（一）社会背景与医学发展态势

明清时期（公元1368年—公元1912年）是中国古代医学发展的总结与完善阶段，这一时期，商品经济的发展促进了医学的普及与交流，医学典籍的整理与编撰达到了前所未有的高度，同时西方医学开始传入中国，对中医的发展产生了一定的影响。明清时期的中医肿瘤学在继承前代理论与实践的基础上，进一步完善了病因病机学说，丰富了治疗方法，形成了系统的中医肿瘤诊疗体系，标志着中医肿瘤学的成熟与完善。

（二）核心医家与著作的贡献

1. 李时珍与《本草纲目》

明代著名医学家李时珍编撰的《本草纲目》是中国古代药学的集大成之作，该书共记载药物1892种，其中收录了大量用于肿瘤治疗的药物，并对其功效、主治、炮制方法进行了详细记载，极大地丰富了中医肿瘤治疗的药物资源。在药物分类方面，李时珍将肿瘤治疗相关药物分为“活血化瘀药”“化痰软坚药”“清热解毒药”“扶正固本药”等类别，如活血化瘀药类收录了丹参、红花、桃仁、三棱、莪术等，化痰软坚药类收录了海藻、昆布、浙贝母、半夏等，清热解毒药类收录了金银花、连翘、蒲公英、鱼腥草等，扶正固本药类收录了人参、黄芪、当归、熟地等，为临床医生根据肿瘤患者的病机特点选择药物提供了便利。此外，李时珍还在书中记载了许多药物的新用途，如发现“鸦胆子”具有“治痢，杀虫，解毒”的功效，后世中医将其用于治疗直肠癌、宫颈癌等恶性肿瘤；发现“半枝莲”具有“清热解毒，化瘀利尿”的作用，成为治疗肺癌、胃癌、肝癌等肿瘤的常用药物。《本草纲目》对肿瘤治疗药物的系统整理与补充，为中医肿瘤药物治疗的发展提供了重要的物质基础。

2. 张介宾与《景岳全书》

明代医学家张介宾（景岳）在《景岳全书》中对肿瘤相关病症（如积聚、癥

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

瘕、噎膈、癌肿等)进行了系统的阐述,进一步完善了中医肿瘤的病因病机学说与治疗原则。在病因病机方面,张介宾强调“正气亏虚”是肿瘤发生的根本原因,提出“脾肾亏虚,正气不足,邪气乘虚而入,积聚乃生”的观点,认为脾胃与肾是人体正气的核心,脾胃虚弱则气血生化无源,肾气虚则先天之本不足,两者共同导致正气亏虚,为邪气入侵创造了条件。同时,张介宾还重视“情志失调”对肿瘤发生的影响,提出“怒伤肝,思伤脾,忧伤肺,恐伤肾,情志内伤,气机紊乱,瘀血痰浊内生,日久成积”。在治疗方面,张介宾提出“温补脾肾”为扶正的核心,常用人参、黄芪、白术、干姜、附子、熟地、山药等药物,调理脾肾功能,增强正气。如针对脾肾亏虚型积聚,采用“右归丸”“补中益气汤”加减,温补脾肾、益气养血,配合活血化瘀药物,扶正祛邪;针对脾肾亏虚型噎膈,使用“左归丸”“归脾汤”加减,滋养脾肾、养血生津,缓解患者吞咽困难、形体消瘦等症状。此外,张介宾还强调“辨证论治”的重要性,提出“肿瘤虽多,不离虚、痰、瘀、毒四字,辨证当分主次,治疗当有所侧重”,为临床医生制定个性化的肿瘤治疗方案提供了指导。

3. 王清任与《医林改错》

清代医学家王清任在《医林改错》中提出了“瘀血致病”的重要理论,对中医肿瘤学的发展产生了深远影响。王清任通过对人体解剖的观察,发现“瘀血”是许多疾病(包括肿瘤)的重要致病因素,提出“瘀血内停,日久成积”的观点,认为肿瘤的形成是由于瘀血在体内积聚,无法消散,日久凝结而成。在治疗方面,王清任强调“活血化瘀”,创立了一系列活血化瘀的经典方剂,如“血府逐瘀汤”“膈下逐瘀汤”“少腹逐瘀汤”等,这些方剂至今仍广泛应用于肿瘤的治疗。如“血府逐瘀汤”具有活血化瘀、行气止痛的功效,适用于肺癌、食管癌等属瘀血内阻证者,可缓解患者胸痛、胸闷、吞咽不畅等症状;“膈下逐瘀汤”具有活血化瘀、消积止痛的作用,常用于肝癌、胃癌、胰腺癌等腹腔肿瘤属瘀血内结证者,可改善患者腹痛、腹胀、肿块坚硬等症状;“少腹逐瘀汤”具有温经散寒、活血化瘀的功效,适用于妇科肿瘤(如子宫内膜癌、卵巢癌等)属寒凝血瘀证者。王清任的“瘀血致病”理论与活血化瘀方剂的创立,进一步完善了中医肿瘤“化痰逐瘀”的治疗体系,成为中医治疗肿瘤的重要方法之一。

4. 吴谦与《医宗金鉴》

清代政府组织吴谦等医学家编撰的《医宗金鉴》是一部综合性的医学教科书,

该书对中医肿瘤相关病症的诊疗进行了系统的总结与规范,成为后世中医肿瘤诊疗的重要参考依据。在病症描述方面,《医宗金鉴》对“癌肿”的症状进行了详细的描述,如“癌肿初起如豆,渐大如拳,坚硬如石,皮色不变,不痛不痒,日久破溃,流水流血,不易收口”,与现代恶性肿瘤的临床表现高度一致;对“噎膈”的分期辨证进行了细化,将其分为“初期气噎”“中期痰瘀互结”“晚期正气亏虚”三个阶段,提出了相应的辨证要点与治疗方案。在治疗方面,《医宗金鉴》收录了历代治疗肿瘤的经典方剂,并进行了优化与规范,如将治疗积聚的“鳖甲煎丸”“大黄蟅虫丸”列为首选方剂,明确其适用证与配伍方法;将治疗噎膈的“五噎丸”“五膈丸”进行改良,使其更符合临床实际需求。此外,《医宗金鉴》还记载了肿瘤的外治疗法与预防方法,如“癌肿未破者,可外用阳和解凝膏敷贴,活血化瘀、软坚散结;已破者,可用生肌玉红膏涂抹,生肌收口”,强调“饮食有节,起居有常,情志舒畅,避外感,防过劳”是预防肿瘤的关键。

第二节 扶正祛邪理论的形成与发展

一、扶正祛邪理论的思想渊源与萌芽(先秦—秦汉)

(一) 先秦时期:哲学基础与经验积累

1. 阴阳五行学说的奠基作用

先秦时期《周易》提出“一阴一阳之谓道”,强调阴阳平衡是宇宙万物正常运行的核心法则,这一思想为后世“扶正”(调和阴阳)、“祛邪”(纠正阴阳失衡)理论提供了哲学根基。《尚书·洪范》明确“五行”概念,阐述金、木、水、火、土的相生相克关系,提示人体脏腑功能的协调统一是抵御疾病的关键,初步形成“整体观念”下的健康观——即人体自身及与外界环境的平衡是避免病邪侵袭的基础,这与“扶正”思想的核心内涵高度契合。

2. 早期医疗实践中的正邪认知

《周礼·天官》记载“疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药、副杀之齐”,其中“肿疡”涵盖早期肿瘤样肿块,治疗中“以五毒攻之,以五气养之”的方法,已隐含“祛邪”(五毒攻邪)与“扶正”(五气养正)的原始思维。《山海经》中“食之不疽”“食之无痈肿”等记载,通过食物调理预防顽固性疮疡(类肿瘤

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

病症），体现了“扶正御邪”的早期实践，为后世食疗扶正、预防肿瘤的理论提供了经验借鉴。

（二）秦汉时期：理论雏形的正式确立

1.《黄帝内经》：扶正祛邪理论的源头

（1）“正气存内，邪不可干”的核心论断

《素问·刺法论》提出“正气存内，邪不可干”，《素问·评热病论》补充“邪之所凑，其气必虚”，明确了“正气亏虚”是疾病发生的内在根本，“邪气侵袭”是外在条件，这一“正邪相争”的疾病观成为扶正祛邪理论的核心纲领。针对肿瘤相关的“积聚”“噎膈”等病症，《灵枢·五变》指出“肠胃弱，恶则邪气留止，积聚乃伤”，直接将消化道肿瘤（如胃癌、食管癌）的发生与脾胃正气亏虚、邪气滞留相关联，为该理论在消化道肿瘤中的应用奠定了基础。^①

（2）阴阳平衡与扶正祛邪的内在关联

《素问·至真要大论》“谨察阴阳所在而调之，以平为期”，将“扶正”定义为调和阴阳、滋养脏腑，“祛邪”则为清除导致阴阳失衡的病邪（如寒、热、痰、瘀）。对于肿瘤的病机，《灵枢·百病始生》记载“积之始生，得寒乃生，厥乃成积也”，提出寒邪侵袭、正气亏虚是“积聚”（腹腔肿瘤、胃癌等）的发病关键，初步明确了“扶正以御寒邪，祛寒以消积聚”的治疗思路。

（3）早期治疗原则的初步构建

《黄帝内经》提出“虚则补之，实则泻之”“治病必求于本”的治疗原则，针对肿瘤“本虚标实”的病机特点，形成“扶正为本，祛邪为标”的雏形。如《灵枢·刺节真邪》记载“凡刺五邪之方，不过五章，痺热消灭，肿聚散亡”，通过针灸祛邪以消散肿聚；《素问·异法方宜论》主张“导引按跷”调理气血，以扶正预防肿瘤相关病症，体现了“扶正与祛邪相结合”的早期实践。

2.《神农本草经》：扶正与祛邪药物的分类雏形

（1）扶正药物的初步整理

该书将人参、黄芪、当归等列为“上品”，记载其“主养命以应天，无毒，多服久服不伤人”，明确其益气、养血、滋阴的功效，成为后世治疗肿瘤扶正的核心药物。针对食管癌、胃癌患者常见的气血亏虚症状（如消瘦、乏力、面色萎

① 孟永斌,程思漠,杜娟,等.浅谈综合性医院中医肿瘤科临床教学问题与对策[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(08):199-202.

黄），此类药物通过滋养气血、强健脾胃，增强机体正气，为抵御癌邪提供物质基础。

（2）祛邪药物的早期应用

下品药物中，附子、干姜、大黄等被记载“主治病以应地，多毒，不可久服”，其中大黄“逐瘀通经、凉血解毒”，适用于肿瘤患者瘀血内结的实证；附子“温阳散寒”，可针对寒邪凝滞型积聚（如胃癌寒凝证），体现了“以毒攻毒”“祛邪消积”的早期药物应用思路，为后世肿瘤祛邪药物的筛选提供了依据。

3. 张仲景《伤寒杂病论》：辨证论治下的扶正祛邪实践

（1）对肿瘤病机的深化：本虚标实的明确

张仲景在《黄帝内经》基础上，进一步细化肿瘤相关病症的病机，提出“积聚”“癥瘕”“噎膈”多由“正气亏虚、痰瘀互结、寒凝气滞”所致，尤其强调脾胃虚弱在消化道肿瘤中的核心作用。如《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》记载“腹满不减，减不足言，当须下之，宜大承气汤”，针对胃癌、肝癌等积聚的实证（邪盛）；而《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》提出“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之”，针对肿瘤晚期或术后的正气亏虚证，形成“实则泻之，虚则补之”的辨证应用典范。

（2）经典方剂的创立与扶正祛邪思路

①扶正方剂：以健脾益气、养血滋阴为核心

针对食管癌、胃癌患者脾胃虚弱、气血不足的病机，张仲景创立“参苓白术散”“补中益气汤”等方剂，通过人参、白术、茯苓等健脾益气，当归、熟地等养血滋阴，增强机体正气，改善患者体质。如“参苓白术散”至今仍广泛应用于胃癌术后脾胃功能虚弱者，通过扶正促进康复，降低复发风险。

②祛邪方剂：以活血化瘀、散寒消积为重点

针对肿瘤“痰瘀互结”“寒凝气滞”的标实病机，创立“桃仁承气汤”“抵挡汤”“温经汤”等。“桃仁承气汤”中桃仁、大黄活血化瘀，适用于胃癌、食管癌瘀血内结型（如胸骨后刺痛、腹部肿块固定）；“温经汤”温经散寒、养血祛瘀，可用于妇科肿瘤及胃癌寒凝血瘀证，体现了“祛邪不伤正”的配伍智慧——在活血、散寒的同时，配伍当归、白芍等养血药物，避免过度攻伐损伤正气。

③扶正祛邪并用方剂：标本兼顾的典范

“鳖甲煎丸”是张仲景治疗积聚的代表方剂，方中鳖甲、阿胶滋阴养血（扶

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

正），桃仁、红花、大黄活血化瘀（祛邪），寒热并用、补泻兼施，适用于肿瘤中晚期本虚标实者。该方剂的配伍思路为后世消化道肿瘤的治疗提供了重要借鉴，即根据正邪盛衰，灵活调整扶正与祛邪的比例。

二、扶正祛邪理论的深化与发展（魏晋南北朝—隋唐宋金元）

（一）魏晋南北朝时期：理论传承与实践拓展

1. 葛洪《肘后备急方》：“以毒攻毒”祛邪思想的强化

葛洪在继承张仲景理论的基础上，进一步拓展了肿瘤祛邪的治疗手段，尤其重视“以毒攻毒”疗法。书中记载“治痈疽恶肉方：水银、黄连、矾石、丹砂各二两，捣筛，以腊月猪脂和如泥，敷之，恶肉自脱”，其中“恶肉”涵盖恶性肿瘤溃烂组织，水银、丹砂等有毒药物直接作用于病灶，通过“以毒攻毒”清除癌邪，是对“祛邪”理论的重要补充。针对食管癌“噎膈”症状，书中记载“治卒食噎方：常食干粳米饭即不噎”，通过饮食调理健脾和胃（扶正），辅助缓解症状，体现了扶正与祛邪的初步结合。

2. 陶弘景《本草经集注》：扶正祛邪药物的系统整理

陶弘景在《神农本草经》基础上，新增三棱、莪术、穿山甲、地龙等药物，其中三棱、莪术“破血行气、消积止痛”，为肿瘤祛邪的核心药物，适用于胃癌、食管癌瘀血内结型；穿山甲“活血消癥”，可增强祛邪之力。同时，该书强调药物炮制与配伍禁忌，如将附子、干姜炮制后降低毒性，使“以毒攻毒”药物更安全地应用于临床，既保证祛邪效果，又减少对正气的损伤，进一步完善了扶正祛邪的药物应用体系。

3. 巢元方《诸病源候论》：病因病机与扶正祛邪的关联深化

巢元方在“积聚候”中明确“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也”，强调“脏腑虚弱”（正气亏虚）是肿瘤发生的根本，“风邪侵袭”“气机失调”是重要诱因，进一步细化了扶正祛邪的病机基础。在“噎膈候”中，提出“荣卫不和，阴阳隔绝，胸膈痞塞，气道不利”，将食管癌的病机概括为正气亏虚、气机不畅、邪阻胸膈，为临床“扶正（调和荣卫）+祛邪（理气通膈）”的治疗方案提供了理论依据。书中还记载了肿瘤并发症的病机，如积聚日久导致“黄疸”“水肿”，多由正气亏虚、邪气壅盛所致，主张在扶正的基础上针对性祛邪，避免单纯攻邪加重正气损伤。

（二）隋唐时期：理论系统整合与临床规范

1. 孙思邈《千金方》：扶正固本思想的系统化

（1）“治未病”与扶正预防肿瘤

孙思邈提出“上医医未病之病”，将扶正思想延伸至肿瘤预防领域，主张通过“饮食有节、起居有常、情志舒畅”调理体质，增强正气，从源头预防肿瘤发生。针对食管癌、胃癌的高发与脾胃功能相关，他强调“脾为后天之本”，主张通过食疗（如薏苡仁粥、当归生姜羊肉汤）健脾益气，滋养正气，降低消化道肿瘤的发病风险，这与现代肿瘤防筛理念高度契合。

（2）扶正祛邪的方剂整合与创新

《备急千金要方》《千金翼方》收录大量肿瘤相关方剂，进一步完善了扶正祛邪的配伍体系。如“大黄蟅虫丸”以大黄、蟅虫活血化瘀（祛邪），地黄、芍药、阿胶滋阴养血（扶正），适用于胃癌、肝癌等积聚属瘀血内结、正气亏虚者；“五噎丸”“五膈丸”针对食管癌不同证型（气噎、食噎、痰噎），在理气祛邪（如陈皮、半夏）的同时，配伍人参、白术等扶正药物，实现“祛邪而不伤正”。

（3）外治疗法与扶正祛邪的结合

孙思邈记载了针灸、敷贴等外治疗法，如“治积聚坚满方：灸肝俞百壮，又灸脾俞百壮，又灸肾俞百壮”，通过艾灸脏腑背俞穴，调理肝脾肾功能（扶正），消散积聚（祛邪）；对于体表肿瘤或肿瘤溃烂者，采用“附子末和酒敷之”，附子温阳散寒（扶正）、破积散结（祛邪），体现了外治疗法中扶正祛邪的协同作用。

2. 王焘《外台秘要》：“癌”的命名与扶正祛邪的精准应用

（1）“癌肿”的明确记载与病机阐述

《外台秘要》首次明确记载“癌肿”“恶癌”，描述其“初发如梅李，久不愈，渐长大，赘肉突出，破则流血不止”，与现代恶性肿瘤表现高度一致。书中提出“痰浊凝滞，瘀血内停，日久成积”的病机，强调“正气亏虚”是癌肿发生的前提，“痰瘀互结”是核心病理产物，进一步明确了“扶正（益气健脾、滋阴养血）+祛邪（化痰逐瘀、清热解毒）”的治疗方向。

（2）针对性方剂的收录与规范

针对食管癌“噎膈”，收录“半夏汤”“生姜汁饮”，以半夏、生姜化痰降逆（祛邪），配合人参、甘草益气养胃（扶正），缓解吞咽困难、恶心呕吐等症状；针对腹腔肿瘤“积聚”，收录“三棱丸”“莪术丸”，强化活血化瘀祛邪之

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

力，同时配伍白术、茯苓等健脾药物，兼顾扶正。书中还规范了“烙法”“割法”等外治疗法的操作，如“治癌肿未破方：以火针烙之，令焦枯，然后敷药”，通过局部祛邪（烙除癌肿），配合药物扶正（促进创面愈合），提高治疗效果。

（三）宋金元时期：流派纷呈与理论创新

1. 宋代：扶正祛邪的辨证细化与药物发展

（1）医学典籍的系统整理与规范

《太平圣惠方》《圣济总录》等大型典籍对肿瘤相关病症进行分类，将“积聚”分为“气积”“血积”“痰积”“食积”，“噎膈”分为“气噎”“食噎”“痰噎”等，进一步细化了扶正祛邪的辨证应用。如“气积”型胃癌以气机郁滞为主，治以理气祛邪（陈皮、青皮），兼顾健脾扶正（白术、茯苓）；“血积”型以瘀血内结为主，治以活血祛邪（桃仁、红花），配伍养血扶正（当归、熟地）。

（2）药物治疗的创新与炮制规范

宋代新增大量肿瘤治疗药物，如鸦胆子、半枝莲等，其中鸦胆子“治病，杀虫，解毒”，后世用于治疗直肠癌、宫颈癌；半枝莲“清热解毒，化瘀利尿”，成为肺癌、胃癌的常用祛邪药物。同时，强调药物炮制对扶正祛邪效果的影响，如三棱、莪术醋制后增强活血化瘀之力，附子、干姜炮制后降低毒性，使扶正祛邪药物的应用更安全、精准。

（3）食疗与扶正的深度结合

《圣济总录》记载大量肿瘤食疗方，针对不同证型精准扶正。如阴虚内热型肿瘤患者（常见于食管癌晚期）予“百合粥”“银耳羹”滋阴清热；脾胃虚寒型胃癌患者予“羊肉粥”“干姜粥”温中健脾，通过饮食调理增强正气，辅助祛邪药物发挥作用，体现了“食疗为先，药疗为辅”的扶正理念。

2. 金元四大家：扶正祛邪理论的流派创新

（1）刘完素（寒凉派）：热毒致病与清热解毒祛邪

刘完素主张“六气皆从火化”“五志过极皆为热甚”，认为肿瘤的发生与“热毒内蕴”密切相关，提出“清热解毒”为核心祛邪方法。针对食管癌、胃癌属热毒型（如口干口苦、肿块红肿疼痛），常用黄连、黄芩、金银花、连翘等寒凉药物，配合生地、麦冬等滋阴扶正药物，既清除热毒（祛邪），又滋养阴液（扶正），避免热毒伤阴导致正气更虚。其“热毒致病”理论丰富了肿瘤祛邪的内涵，为后世清热解毒法治疗消化道肿瘤提供了理论依据。

（2）张从正（攻下派）：攻邪已病与扶正兼顾

张从正主张“病由邪生，攻邪已病”，强调肿瘤的核心矛盾是“邪气积聚”，治疗以“汗、吐、下”三法攻邪为主，但注重“攻邪不伤正”。针对体质壮实、邪气壅盛的胃癌、食管癌患者（如腹满痛拒按、大便秘结），采用“桃仁承气汤”“十枣汤”等峻猛方剂攻逐瘀血、痰浊，但中病即止，后续辅以人参、黄芪等扶正药物调理体质。其“攻邪为主，扶正为辅”的思路，适用于肿瘤早期或中期邪盛正未虚者，丰富了扶正祛邪的临床应用场景。

（3）李杲（补土派）：脾胃虚弱与益气健脾扶正

李杲重视脾胃功能，主张“内伤脾胃，百病由生”，认为消化道肿瘤（胃癌、食管癌）的发生与脾胃虚弱密切相关——脾胃虚弱则气血生化无源，正气亏虚，同时运化失常，水湿内停成痰，瘀血内生，痰瘀互结形成肿瘤。治疗核心为“益气健脾”扶正，常用人参、黄芪、白术、茯苓等药物，配合陈皮、半夏化痰（祛邪）、三棱、莪术活血（祛邪），如“补中益气汤”加减治疗胃癌术后脾胃虚弱、邪气残留者，通过扶正增强机体抵抗力，促进邪气消散。其“补土思想”使扶正祛邪理论在消化道肿瘤中的应用更具针对性，至今仍是胃癌、食管癌治疗的核心思路之一。

第三节 肿瘤病因病机的中医阐释

一、肿瘤的核心病因分类

（一）外感邪气侵袭：肿瘤发生的外在诱因

1. 六淫邪毒的特异性致病作用

中医认为“六淫”（风、寒、暑、湿、燥、火）是外感疾病的主要病因，其中寒、湿、火（热）、毒邪与肿瘤发生关系最为密切，且对食管癌、胃癌等消化道肿瘤的影响尤为显著。

寒邪凝滞：寒邪具有“凝滞”“收引”特性，易侵袭脾胃、胸膈等部位，导致气机阻滞、血脉瘀滞。如《灵枢·百病始生》所言“积之始生，得寒乃生”，寒邪侵袭胃脘（胃癌）、食管（食管癌），可致局部气血运行不畅，日久形成肿块，表现为胃脘冷痛、喜温恶寒、吞咽凝滞等症状。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

湿邪黏滞：湿邪重浊、黏滞，易困阻脾胃，导致脾胃运化失常，水湿内停，聚而成痰。痰湿下注或阻滞气机，可诱发消化道肿瘤，如胃癌患者常见的脘腹痞满、大便溏薄、舌苔厚腻，多与湿邪困脾相关；食管癌患者的吞咽黏腻、痰涎壅盛，亦与痰湿阻滞食管气机有关。

火（热）邪灼伤：热邪易伤津耗气，灼伤脉络，导致瘀血内生。《素问·生气通天论》“高粱之变，足生大丁”，提示过食辛辣、情志过极等可化生火邪，灼伤消化道黏膜，日久形成癌肿。食管癌患者的吞咽疼痛、口干口苦、胸骨后灼热感，胃癌患者的反酸烧心、大便干结，多为热邪内蕴的表现。^①

毒邪直中：此处“毒邪”特指具有强烈致病性的外感邪气（如疫毒、秽浊之气），或六淫邪气化生的“癌毒”。毒邪侵袭人体后，直接损伤脏腑正气，且易与痰、瘀结合，形成“痰毒”“瘀毒”，加速肿瘤进展，如胃癌晚期的恶病质、食管癌的破溃出血，多与毒邪弥漫相关。

2. 外感邪气的致病特点与肿瘤关联

外感邪气致瘤具有“渐进性”“协同性”特点：其一，邪气多由表及里、由浅入深，初期侵袭肌表或口鼻，逐步深入脏腑，如寒邪先伤脾胃阳气，再致气血瘀滞，最终形成积聚；其二，单一邪气少见，多为复合致病，如“寒湿困脾”“湿热蕴结”“热毒瘀结”，共同加重脏腑损伤，增加肿瘤发生风险。对于消化道肿瘤而言，外感邪气常通过“口鼻-食管-胃脘”的路径侵袭，直接作用于靶器官，是食管癌、胃癌高发的重要外在因素。

（二）内伤因素失调：肿瘤发生的内在根本

1. 情志失调：气机紊乱的核心诱因

中医强调“情志内伤”是肿瘤发生的关键内在因素，七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）失常可导致脏腑功能失调、气机紊乱，进而诱发肿瘤，尤其与消化道肿瘤密切相关。

忧思伤脾：长期思虑过度、精神抑郁，会损伤脾胃功能，导致脾胃运化失常，气血生化无源，正气亏虚，同时气机阻滞，痰瘀内生。如《景岳全书》所言“思则气结，结于中焦，则脾胃不行，食少纳呆”，胃癌的发生多与长期忧思、饮食不节叠加相关，患者常伴有食欲不振、腹胀暖气、情绪低落等表现。

① 周岱翰. 中医肿瘤学发展历程的反思与展望 [J]. 中医肿瘤学杂志, 2019, 1 (02): 1-5+9.

怒伤肝：暴怒或长期郁怒，会导致肝气郁结，进而影响脾胃功能（肝木克脾土），或气滞血瘀（气行则血行，气滞则血瘀）。肝气郁结不仅是肝癌的重要诱因，也会间接诱发食管癌、胃癌——如肝气犯胃可致胃脘胀痛、嗳气频繁，日久气滞血瘀形成肿块；肝郁化火灼伤食管脉络，可致吞咽不适，逐步发展为噎膈。

恐惊伤肾：过度恐惧、惊吓会损伤肾气，肾为先天之本，肾气亏虚则正气不足，无法抵御邪气侵袭，为肿瘤发生创造条件。消化道肿瘤晚期患者常出现的腰膝酸软、畏寒肢冷、消瘦乏力，多与恐惊伤肾、正气耗竭相关。

2. 饮食不节：脾胃损伤的直接因素

饮食是维持人体生命活动的基础，饮食不节（过饥、过饱、不洁、偏嗜）会直接损伤脾胃功能，导致气血失调、痰瘀内生，是食管癌、胃癌最核心的内伤病因之一。

过食肥甘厚味：长期过量食用油腻、甜腻食物，会加重脾胃运化负担，导致水湿内停、聚而成痰，痰浊阻滞气机，日久形成积聚。现代研究表明，高脂肪、高糖饮食与胃癌、食管癌高发相关，与中医“痰湿致瘤”理论高度契合。

过食辛辣刺激：长期食用辛辣、燥热食物（如辣椒、花椒、烈酒），会灼伤消化道黏膜，导致热邪内蕴、脉络损伤，瘀血内生，增加癌肿发生风险。食管癌患者多有长期嗜食辛辣或饮酒史，表现为食管黏膜充血、糜烂，逐步发展为肿块。

饮食饥饱失常：过饥则气血生化无源，正气亏虚；过饱则损伤脾胃功能，食积内停，气机阻滞。如《素问·痹论》所言“饮食自倍，肠胃乃伤”，长期饮食不规律会导致脾胃虚弱，为邪气侵袭和痰瘀积聚提供条件，是胃癌的重要诱因。

饮食不洁：食用霉变、污染食物（如霉变粮食、腌制食品），其中的“秽浊之毒”会直接损伤脾胃，诱发癌肿。中医虽无“黄曲霉素”等现代概念，但对“不洁饮食致毒”的认知与现代肿瘤病因学一致，尤其对胃癌、食管癌的预防具有指导意义。

3. 劳逸失度：正气耗损的重要因素

劳逸失度包括“过劳”和“过逸”，两者均会导致正气亏虚，增加肿瘤发生风险。

过劳：包括体力过劳、脑力过劳、房事过劳。体力过劳会耗伤气血，脑力过劳会损伤心脾，房事过劳会耗伤肾精，均导致正气亏虚，无法抵御邪气。如长期

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

从事重体力劳动、熬夜加班的人群，胃癌、食管癌发病率较高，多与气血耗损、脾胃功能失调相关。

过逸：长期缺乏运动，会导致气血运行不畅、脾胃功能减弱，正气逐渐亏虚。《素问·宣明五气》“久卧伤气，久坐伤肉”，提示过逸会导致气机阻滞、肌肉失养，间接促进痰瘀积聚，增加肿瘤发生风险。

4. 先天禀赋不足：肿瘤发生的体质基础

先天禀赋不足指与生俱来的体质虚弱或脏腑功能缺陷，是肿瘤发生的内在“易感因素”。中医认为，先天不足者（如早产儿、父母体质虚弱），先天之本（肾）亏虚，后天脾胃功能易受影响，正气长期处于不足状态，易受邪气侵袭，形成肿瘤。临床观察发现，食管癌、胃癌患者中，部分存在家族遗传倾向，与中医“先天禀赋”理论一致——此类人群多表现为体质虚弱、畏寒肢冷、易疲劳，属于“气虚体质”“阳虚体质”，是肿瘤的高发体质类型。

（三）病理产物积聚：肿瘤进展的核心环节

中医认为，肿瘤的发生不仅是病因直接作用的结果，更与病理产物（痰、瘀、毒）的积聚密切相关——痰、瘀、毒既是病因作用于人体后的产物，又是进一步加重病情、促进肿瘤发展的“继发性病因”，形成“病因→病理产物→肿瘤进展”的恶性循环。

1. 痰浊积聚：肿瘤的重要病理基础

痰浊是人体水液代谢失常的产物，多由脾胃功能失调、外感湿邪等因素导致。痰浊具有“黏滞”“易积聚”的特点，可随气机流动分布于全身，阻滞脏腑、经络，日久凝聚成肿块，即“痰核”“痰积”，是肿瘤的重要病理形态。

与消化道肿瘤的关联：痰浊阻滞食管，可致吞咽困难、痰涎壅盛，形成食管癌（噎膈）；痰浊积聚胃脘，可致脘腹痞满、肿块坚硬，形成胃癌（积聚）。如胃癌患者的舌苔厚腻、口黏痰多、大便溏薄，食管癌患者的吞咽黏腻、胸膈痞闷，均为痰浊积聚的典型表现。

痰浊的致病性：痰浊不仅会直接形成肿块，还会阻滞气机、影响血行，诱发瘀血，形成“痰瘀互结”，进一步加重肿瘤进展；同时，痰浊易与毒邪结合，形成“痰毒”，使肿瘤更具侵袭性，如肿瘤转移、破溃等，多与痰毒弥漫相关。

2. 瘀血内阻：肿瘤的核心病理机制

瘀血是人体气血运行不畅或脉络损伤的产物，多由气滞、寒凝、热灼、气虚

等因素导致。瘀血具有“凝滞”“固定不移”的特点，积聚于脏腑、经络，可形成肿块，是肿瘤的核心病理机制之一。

与消化道肿瘤的关联：瘀血阻滞食管脉络，可致食管狭窄、吞咽疼痛，形成食管癌；瘀血积聚胃脘，可致胃脘刺痛、肿块固定，形成胃癌。如胃癌患者的胃脘疼痛固定不移、夜间加重、大便色黑，食管癌患者的胸骨后刺痛、舌紫暗有瘀斑，均为瘀血内阻的典型表现。

瘀血的致病性：瘀血不仅会直接形成肿块，还会影响气血运行，导致脏腑失养、正气进一步亏虚；同时，瘀血易与痰浊、毒邪结合，形成“瘀痰毒”复合病理产物，加速肿瘤生长、转移，是肿瘤中晚期病情加重的关键因素。

3. 癌毒内生：肿瘤的特异性病理产物

“癌毒”是中医肿瘤学的核心概念，指在多种病因作用下，人体正气亏虚、痰瘀积聚日久，所化生的具有强烈致病性、侵袭性的特异性病理产物，是肿瘤发生、发展、转移的关键因素。

癌毒的形成：癌毒多由痰、瘀、热、湿等病理产物日久化热、蕴结而成，其形成与正气亏虚密切相关——正气不足则无法及时清除病理产物，导致其积聚日久、化生癌毒。如胃癌的发生多由“脾胃虚弱→痰瘀积聚→癌毒内生”演化而来，食管癌则多由“气机阻滞→痰瘀互结→癌毒侵蚀”发展而成。

癌毒的致病性：癌毒具有“侵袭性”“转移性”“耗伤性”特点：其一，癌毒侵袭脏腑，会直接破坏脏腑功能，导致肿块增大、破溃；其二，癌毒可随气血流动转移至其他部位，形成转移灶（如胃癌转移至肝、肺）；其三，癌毒会持续耗伤正气，导致患者出现消瘦、乏力、贫血等恶病质表现，是肿瘤晚期预后不良的核心原因。

二、肿瘤的核心病机演化规律

（一）核心病机总纲：本虚标实，虚实夹杂

中医认为，肿瘤的核心病机是“本虚标实”——“本虚”指正气亏虚（以脾胃虚弱、气血不足、肝肾阴虚、肾阳虚衰为常见），是肿瘤发生的内在根本；“标实”指邪气亢盛（以痰浊、瘀血、癌毒、气滞为常见），是肿瘤进展的外在表现。肿瘤的发生、发展过程，本质上是“正气亏虚→邪气侵袭→病理产物积聚→癌毒内生→正气进一步耗伤”的恶性循环，始终贯穿“虚实夹杂”的特点。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

食管癌的病机特点：早期多以“标实”为主（气滞、痰浊、瘀血阻滞食管），表现为吞咽不畅、胸膈痞闷等；中期逐步出现“虚实夹杂”（痰瘀互结 + 肝脾不调），表现为吞咽困难、食少乏力等；晚期以“本虚标实并重”（气血亏虚、肝肾阴虚或脾肾阳虚 + 癌毒弥漫或痰瘀互结），表现为吞咽梗阻、形体消瘦、潮热盗汗等症状。

胃癌的病机特点：早期多为“脾胃虚弱 + 食积气滞”，表现为胃痛隐隐、食欲不振；中期发展为“脾胃气虚 + 痰瘀互结”，表现为胃脘肿块、疼痛拒按、神疲乏力；晚期则为“气血阴阳俱虚 + 癌毒扩散”，表现为恶病质、腹水、呕血黑便。

（二）病机演化的关键阶段

1. 潜伏阶段：正气亏虚，邪气初侵

此阶段多无明显症状，属于肿瘤前病变或早期阶段。核心病机是“正气亏虚，邪气初侵”——脾胃、肝肾等脏腑功能轻度失调，正气不足，外感邪气（如寒、湿、毒）或内伤因素（如情志、饮食）导致气机轻度阻滞、痰浊或瘀血初生，但尚未形成明显肿块。如慢性萎缩性胃炎、食管上皮不典型增生等癌前病变，多属于此阶段，中医辨证多为“脾胃虚弱”“肝郁气滞”“痰湿内蕴”，是肿瘤防筛的关键干预阶段。

2. 进展阶段：痰瘀互结，癌毒内生

此阶段肿块已形成，属于肿瘤中期。核心病机是“痰瘀互结，癌毒内生”——正气进一步亏虚，无法清除病理产物，痰浊与瘀血相互交织、积聚日久，化生癌毒，导致肿块增大、症状加重。此时“标实”症状（肿块、疼痛、梗阻）较为突出，但“本虚”依然存在（如乏力、食少），表现为“虚实夹杂”。如胃癌中期的胃脘肿块、疼痛拒按，食管癌中期的吞咽困难、胸骨后刺痛，均为痰瘀癌毒互结的典型表现。

3. 晚期阶段：正气耗竭，癌毒弥漫

此阶段肿瘤多已发生转移，属于晚期。核心病机是“正气耗竭，癌毒弥漫”——癌毒持续侵袭、转移，大量耗伤气血阴阳，导致正气极度亏虚，脏腑功能衰竭。此时“本虚”成为主要矛盾（气血阴阳俱虚），“标实”（癌毒、痰瘀）进一步加重本虚，形成恶性循环，表现为恶病质、并发症（如腹水、出血、感染），预后较差。

（三）脏腑病机的特异性关联

肿瘤的发生与脏腑功能失调密切相关，不同脏腑的病变的与特定肿瘤类型直接相关，其中脾胃、肝、肾与食管癌、胃癌的关联最为密切。

1. 脾胃功能失调：消化道肿瘤的核心脏腑病机

脾胃为“后天之本”，主运化、升清降浊，是气血生化之源。食管癌、胃癌均属于消化道肿瘤，其发生、发展与脾胃功能失调直接相关：

脾胃虚弱：脾胃运化失常，气血生化无源，正气亏虚，易受邪气侵袭；同时，脾胃运化失常导致水湿内停、食积气滞，逐步形成痰浊、瘀血，诱发肿瘤。

脾胃气滞：饮食不节、情志失调导致脾胃气机阻滞，升降失常，食管、胃脘气机不畅，痰瘀积聚，形成肿块。如食管癌的吞咽梗阻、胃癌的胃脘胀痛，均与脾胃气滞密切相关。

2. 肝脏功能失调：消化道肿瘤的重要协同病机

肝主疏泄、主藏血，与脾胃功能密切相关（肝木克脾土）。肝脏功能失调会间接诱发或加重食管癌、胃癌：

肝气郁结：情志失调导致肝气郁结，疏泄失常，一方面影响脾胃运化（肝郁犯胃），导致脾胃气滞、痰瘀积聚；另一方面，肝气郁结导致血行不畅，瘀血内生，加重肿瘤进展。

肝火旺盛：肝郁日久化火，灼伤食管、胃脘脉络，导致局部黏膜损伤、瘀血内阻，加速癌肿形成。如食管癌患者的吞咽疼痛、胃癌患者的反酸烧心，多与肝火犯胃相关。

3. 肾脏功能失调：消化道肿瘤的晚期关键病机

肾为“先天之本”，主藏精、主水。肾脏功能失调多出现于肿瘤中晚期，是正气耗竭的重要标志：

肾阳虚衰：肿瘤晚期正气耗伤，肾阳亏虚，表现为畏寒肢冷、腰膝酸软、大便溏薄、小便清长，多与胃癌、食管癌晚期恶病质相关。

肾阴亏虚：癌毒耗伤阴液，或放疗、化疗后阴津受损，导致肾阴亏虚，表现为潮热盗汗、口干咽燥、形体消瘦，常见于食管癌晚期或胃癌化疗后。

第四节 脏腑经络与肿瘤发生的关系

一、核心脏腑功能失调与肿瘤发生的内在关联

中医认为，肿瘤的发生并非单一脏腑病变，而是多脏腑功能协同失调的结果，但脾胃、肝、肺、肾等核心脏腑的功能失常，是食管癌、胃癌等消化道肿瘤发生的关键病机基础，且各脏腑的致病机制具有特异性。

（一）脾胃：消化道肿瘤的核心病变脏腑

脾胃为“后天之本”“气血生化之源”，主运化、升清降浊，食管、胃脘均属脾胃运化体系的重要环节，其功能失调是食管癌、胃癌发生的最直接原因。

1. 脾胃运化失常：肿瘤发生的始动因素

脾胃运化功能失常，一方面导致水谷精微无法正常化生气血，使机体正气亏虚，无力抵御外邪侵袭；另一方面导致水湿内停、食积气滞，逐步化生痰浊、瘀血等病理产物，积聚于食管、胃脘，形成肿瘤。

与胃癌的关联：长期饮食不节、忧思伤脾，导致脾胃运化失司，食积内停于胃脘，气机阻滞，痰瘀渐生，日久形成积聚（胃癌）。临床中，胃癌患者多有“胃失和降”的表现，如食欲不振、脘腹胀满、暖气反酸、大便溏薄或干结，本质上均为脾胃运化失常的外在体现。

与食管癌的关联：脾胃虚弱则升清降浊功能失常，清气不升、浊气不降，导致食管气机阻滞，痰浊、瘀血积聚于食管脉络，使食管狭窄，逐步发展为噎膈（食管癌）。食管癌患者早期的吞咽不畅、胸膈痞闷，中期的吞咽困难、食入即吐，均与脾胃运化失常、食管气机阻滞密切相关。

2. 脾胃气血不足：肿瘤进展的重要推手

脾胃运化失常日久，气血生化无源，导致脾胃气血不足，进一步加重正气亏虚，形成“正气愈虚→邪气愈盛→病理产物愈积”的恶性循环。

胃癌患者中晚期常见的神疲乏力、面色萎黄、头晕心悸、肢体消瘦等恶病质表现，本质上是脾胃气血耗竭的结果；气血不足还会导致胃脘脉络失养，瘀血更易积聚，使肿块增大、疼痛加剧。

食管癌患者晚期的吞咽梗阻、水米难进，除了痰瘀癌毒阻滞外，脾胃气血不足导致食管黏膜失养、脉络枯萎，也是重要病机，此时患者多伴有气血亏虚的典型体征，如舌淡苔白、脉细弱无力。

3. 脾胃阴阳失衡：肿瘤证型分化的关键

脾胃功能失调日久，会进一步导致阴阳失衡，形成不同证型，影响肿瘤的发生发展：

脾胃阳虚：多由长期过食生冷、寒邪侵袭所致，表现为胃脘冷痛、喜温恶寒、大便溏薄、四肢不温，此类人群易因寒邪凝滞、痰瘀内生，诱发胃癌、食管癌，且肿瘤进展中多表现为寒凝瘀阻证。

脾胃阴虚：多由长期过食辛辣、热邪灼伤所致，表现为胃脘灼痛、口干咽燥、大便干结、舌红少津，此类人群易因热邪伤津、瘀血内结，诱发食管癌、胃癌，且肿瘤进展中多表现为热毒瘀阻证。

（二）肝：消化道肿瘤的重要协同病变脏腑

肝主疏泄、主藏血，与脾胃功能密切相关（肝木克脾土），其功能失调主要通过影响脾胃运化、气机调畅，间接诱发或加重食管癌、胃癌，是肿瘤发生的重要协同因素。

1. 肝气郁结：气机阻滞的核心诱因

长期郁怒、情志失调导致肝气郁结，疏泄功能失常，一方面影响脾胃运化（肝郁犯胃），导致脾胃气机阻滞，食积、痰浊、瘀血内生；另一方面导致全身气机不畅，食管、胃脘脉络瘀滞，为肿瘤发生创造条件。

与胃癌的关联：肝气郁结犯胃，导致胃失和降，胃脘气机阻滞，表现为胃脘胀痛、嗳气频繁、情绪波动时疼痛加重，日久痰瘀积聚，形成胃癌。临床观察发现，长期精神抑郁、易怒的人群，胃癌发病率显著升高，与肝气郁结→胃失和降→痰瘀积聚的病机演化一致。

与食管癌的关联：肝气郁结则胸膈气机阻滞，食管脉络不畅，痰浊、瘀血易积聚于食管，导致吞咽不适，逐步发展为食管癌。食管癌患者常见的胸骨后胀痛、嗳气呃逆、情绪抑郁，多与肝气郁结相关，尤其在女性患者中，情志因素诱发的肝气郁结是重要致病因素。

2. 肝火旺盛：热毒内生的重要途径

肝气郁结日久化火，形成肝火旺盛，一方面灼伤脾胃脉络，导致胃黏膜损伤、食管黏膜充血，为癌毒内生提供条件；另一方面灼伤津液，导致痰浊化热、瘀血化毒，加速肿瘤进展。

胃癌患者中，肝火犯胃型较为常见，表现为胃脘灼痛、反酸烧心、口干口苦、

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

烦躁易怒，此类患者的肿瘤多伴有热毒瘀阻的特点，如肿块红肿、疼痛剧烈、大便秘结带血。

食管癌患者中，肝火灼伤食管脉络者，表现为吞咽疼痛、胸骨后灼热感、口干咽燥、舌红苔黄，此类患者的食管黏膜多有糜烂、溃疡，易进展为癌肿。

3. 肝血不足：脉络失养的重要因素

肝藏血功能失常，导致肝血不足，一方面无法滋养脾胃，加重脾胃功能虚弱；另一方面无法滋养食管、胃脘脉络，导致脉络空虚，痰瘀更易积聚，形成肿瘤。

胃癌患者中，肝血不足者多表现为胃脘隐痛、头晕眼花、肢体麻木、月经量少，此类患者的肿块多质地较软但迁延不愈，本质上是“血虚血瘀”的表现。

食管癌患者中，肝血不足导致食管脉络失养，表现为吞咽干涩、胸骨后隐痛、形体消瘦，此类患者的肿瘤多进展缓慢，但易因气血不足导致正气亏虚，难以抵御癌毒扩散。

（三）肺：消化道肿瘤的间接关联脏腑

肺主气、司呼吸，主宣发肃降，与食管、胃脘通过气机升降相互关联，其功能失调主要通过影响气机运行、津液代谢，间接参与食管癌、胃癌的发生发展。

1. 肺气失宣：气机升降失常的间接诱因

肺主宣发肃降，若肺气失宣，会导致全身气机升降失常，进而影响脾胃的升降浊功能，导致食管、胃脘气机阻滞，痰浊、瘀血积聚。

与食管癌的关联：肺气失宣则胸膈气机不畅，食管作为气机升降的重要通道，易受影响，导致吞咽不畅、胸膈痞闷，日久痰瘀积聚，形成食管癌。临床中，食管癌患者常伴有咳嗽、咳痰、胸闷等肺气失宣的表现，尤其在肿瘤压迫气管时，肺气失宣与食管阻滞相互影响，加重病情。

与胃癌的关联：肺气失宣则清气不升、浊气不降，导致胃脘气机阻滞，食积内停，痰瘀渐生，形成胃癌。部分胃癌患者早期会出现“肺胃不和”的表现，如咳嗽、嗝气、脘腹胀满，本质上是肺气失宣影响脾胃功能的结果。

2. 肺津亏虚：津液耗伤的重要因素

肺主津液输布，若肺津亏虚，会导致全身津液不足，进而影响食管、胃脘的濡养，导致食管干涩、胃黏膜失润，为癌毒内生提供条件。

食管癌患者中，肺津亏虚者多表现为吞咽干涩、口干咽燥、咳嗽少痰、大便秘结，此类患者的食管黏膜多干燥、萎缩，易因津液不足导致痰瘀积聚，形成肿块。

胃癌患者中，肺津亏虚者多表现为胃脘灼痛、口干欲饮、食少纳呆，此类患者的胃黏膜多干燥、糜烂，易因津液耗伤导致瘀血内结，加速肿瘤进展。

（四）肾：消化道肿瘤的根本调控脏腑

肾为“先天之本”，主藏精、主水、主纳气，其功能失调主要通过影响先天禀赋、后天脾胃功能，间接参与食管癌、胃癌的发生，是肿瘤发生的根本调控因素。

1. 肾精亏虚：先天易感的核心基础

先天禀赋不足导致肾精亏虚，一方面使先天之本不固，正气天生薄弱，易受外邪侵袭；另一方面影响后天脾胃功能（肾为脾之根），导致脾胃运化失常，痰瘀内生，形成肿瘤。

临床观察发现，食管癌、胃癌高发家族人群中，多有肾精亏虚的体质特征，如自幼体弱、畏寒肢冷、生长发育迟缓、易疲劳，此类人群因先天正气不足，对饮食不节、情志失调等外在诱因的抵抗力较弱，更易诱发肿瘤。

肿瘤中晚期，癌毒耗伤肾精，导致肾精进一步亏虚，表现为腰膝酸软、头晕耳鸣、须发早白、性功能减退，此时正气极度耗竭，肿瘤易发生转移，预后较差。

2. 肾阳不足：寒凝痰瘀的重要推手

肾阳不足则温煦功能失常，一方面导致脾胃虚寒，运化失司，水湿内停，痰浊、瘀血因寒凝滞，积聚于食管、胃脘；另一方面导致全身阳气不足，正气亏虚，无法抵御寒邪、癌毒侵袭。

胃癌患者中，肾阳不足型多表现为胃脘冷痛、喜温喜按、大便溏薄、畏寒肢冷、腰膝酸软，此类患者的肿瘤多为寒凝瘀阻型，肿块坚硬、疼痛隐隐，进展相对缓慢但易复发。

食管癌患者中，肾阳不足型多表现为吞咽凝滞、畏寒肢冷、大便溏薄、舌淡胖苔白滑，此类患者的食管气机阻滞多由寒邪凝滞所致，痰瘀积聚较深，治疗难度较大。

3. 肾阴亏虚：阴虚毒聚的重要因素

肾阴不足则滋阴功能失常，一方面导致脾胃阴虚，运化失司，津液耗伤，痰浊化热、瘀血化毒；另一方面导致全身阴液不足，癌毒更易灼伤脉络，加速肿瘤进展。

胃癌患者中，肾阴亏虚型多表现为胃脘灼痛、口干咽燥、潮热盗汗、腰膝酸软，此类患者的肿瘤多为阴虚毒聚型，肿块易破溃出血，伴有消瘦乏力等恶病质表现。

食管癌患者中，肾阴亏虚型多表现为咽干涩、胸骨后灼痛、潮热盗汗、舌红少津，此类患者的食管黏膜多干燥枯萎，癌毒侵袭较快，易出现吞咽梗阻。

二、经络阻滞与肿瘤发生的直接关联

经络是人体气血运行的通道，内连脏腑、外络肢节，具有“行气血、调阴阳、濡脏腑、通经络”的功能。经络阻滞会导致气血运行失常、脏腑功能失调，进而化生病理产物，积聚于局部，形成肿瘤。与食管癌、胃癌相关的经络主要包括任脉、足太阴脾经、足阳明胃经、足厥阴肝经等。

（一）核心经络阻滞与肿瘤发生的特异性关联

1. 任脉阻滞：胸膈胃脘肿瘤的关键病机

任脉为“阴脉之海”，循行于胸腹正中，上至咽喉，下至会阴，与食管、胃脘直接相连，主调节全身阴经气血。任脉阻滞则胸膈、胃脘气血运行失常，阴寒凝滞、痰瘀积聚，易诱发食管癌、胃癌。

与食管癌的关联：任脉循行于食管前方，任脉阻滞则食管气血不畅，痰浊、瘀血积聚于食管脉络，导致食管狭窄，形成噎膈（食管癌）。食管癌患者常见的胸骨后疼痛、吞咽梗阻，多与任脉阻滞、气血瘀滞相关，尤其在肿瘤位于食管中下段时，任脉阻滞的病机更为突出。

与胃癌的关联：任脉循行于胃脘正中，任脉阻滞则胃脘气血凝滞，痰浊、食积积聚于胃脘，形成积聚（胃癌）。胃癌患者常见的胃脘正中疼痛、肿块固定不移，多为任脉阻滞、瘀血内结的表现，按压胃脘正中（任脉循行部位）时疼痛加剧。^①

2. 足太阴脾经阻滞：脾胃相关肿瘤的重要病机

足太阴脾经循行于下肢内侧、腹部，入腹属脾、络胃，与脾胃功能密切相关，主运化气血、濡养脏腑。足太阴脾经阻滞则脾胃气血运行失常，运化失司，痰浊、瘀血积聚，诱发胃癌、食管癌。

与胃癌的关联：足太阴脾经入腹属脾、络胃，阻滞则脾胃气机不畅、气血瘀滞，表现为胃脘胀痛、食欲不振、大便溏薄，日久痰瘀积聚形成胃癌。临床中，胃癌患者多有足太阴脾经循行部位的异常，如下肢内侧麻木、腹部脾经穴位（如章门、期门）压痛明显。

① 夏梦蝶. 浅谈“三位一体”的美术教学策略 [J]. 学周刊, 2011, (34): 88.

与食管癌的关联：足太阴脾经的分支循行于咽喉部位，与食管相连，阻滞则咽喉、食管气血不畅，痰浊积聚，导致吞咽不适，逐步发展为食管癌。食管癌患者早期的咽喉异物感、吞咽黏腻，多与足太阴脾经阻滞、痰浊上泛相关。

3. 足阳明胃经阻滞：胃癌发生的直接病机

足阳明胃经循行于面部、颈部、胸部、腹部，入腹属胃、络脾，主腐熟水谷、运化气血。足阳明胃经阻滞则胃气血运行失常、腐熟功能失司，食积、痰瘀积聚于胃脘，形成胃癌。

足阳明胃经阻滞的典型表现为胃脘疼痛、拒按、嗳气反酸、食入即吐，与胃癌早期的症状高度契合；胃经循行于胸部、颈部，其阻滞还会导致胸膈气机不畅，间接影响食管，诱发食管癌，表现为吞咽不畅、胸膈痞闷。

临床中，胃癌患者多有足阳明胃经循行部位的异常，如面部潮红、颈部淋巴结肿大、腹部胃经穴位（如足三里、上巨虚）压痛明显，这些异常均为胃经阻滞、气血瘀滞的外在体现。

4. 足厥阴肝经阻滞：消化道肿瘤的协同病机

足厥阴肝经循行于下肢内侧、腹部、胸部，入腹属肝、络胆，与脾胃相邻，主疏泄、藏血。足厥阴肝经阻滞则肝气郁结、气血瘀滞，一方面影响脾胃功能，另一方面直接导致胸膈、胃脘气机不畅，诱发食管癌、胃癌。

与胃癌的关联：足厥阴肝经循行于胃脘两侧，阻滞则肝气郁结犯胃，胃脘气机阻滞，痰瘀积聚，形成胃癌。胃癌患者常见的胃脘胀痛、情绪波动时加重、嗳气频繁，多为足厥阴肝经阻滞、肝气犯胃的表现。

与食管癌的关联：足厥阴肝经循行于胸膈部位，阻滞则胸膈气机不畅，食管气血瘀滞，痰浊积聚，形成食管癌。食管癌患者常见的胸骨后胀痛、情绪抑郁时加重，多与足厥阴肝经阻滞相关。

（二）经络阻滞的核心致病机制

1. 气血运行失常：肿瘤发生的基础

经络是气血运行的通道，经络阻滞则气血运行不畅，导致局部脏腑、组织失养，同时气血瘀滞日久，化生瘀血、痰浊等病理产物，积聚于局部，形成肿瘤。

食管癌的发生：食管为气血运行的重要通道，相关经络（任脉、脾经、肝经）阻滞则食管气血瘀滞，食管黏膜失养，痰浊、瘀血积聚，导致食管狭窄，逐步发展为癌肿。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

胃癌的发生：胃脘为气血汇聚之处，相关经络（任脉、胃经、脾经）阻滞则胃脘气血瘀滞，胃黏膜失养，食积、痰浊积聚，形成肿块，逐步发展为癌肿。

2. 脏腑功能失调：肿瘤进展的推手

经络内连脏腑，经络阻滞会直接影响脏腑功能，导致脏腑功能失调，形成“经络阻滞→脏腑失调→病理产物积聚→肿瘤进展”的恶性循环。

足太阴脾经阻滞→脾胃运化失常→痰浊内生→积聚于食管、胃脘→肿瘤进展；

足厥阴肝经阻滞→肝气郁结→胃失和降→瘀血内生→积聚于胃脘→肿瘤进展。

3. 阴阳失衡：肿瘤证型分化的关键

经络具有调节阴阳的功能，经络阻滞则阴阳调节失常，导致局部或全身阴阳失衡，形成不同证型，影响肿瘤的发生发展：

经络阻滞日久，阴寒凝滞则形成寒凝瘀阻型肿瘤（如脾胃阳虚型胃癌、食管癌）；

经络阻滞日久，热毒内生则形成热毒瘀阻型肿瘤（如脾胃阴虚型胃癌、食管癌）。

第五节 气血津液失调与肿瘤病机

一、气的失调与肿瘤发生的核心关联

中医认为“气为血之帅，血为气之母”，气的升降出入失常是肿瘤发生的始动病机之一。气具有推动、温煦、固摄、防御等功能，其失调主要表现为气虚、气滞、气逆、气陷四种类型，均直接或间接参与食管癌、胃癌的发生发展。

（一）气虚：肿瘤发生的内在根基

1. 气虚的核心病机与成因

气虚是指元气不足、脏腑功能减退，多由先天禀赋不足、后天脾胃运化失常、劳累过度、久病耗伤所致。脾胃为“气血生化之源”，食管癌、胃癌患者多因饮食不节、忧思伤脾，导致脾胃气虚，进而引发全身气虚，表现为正气亏虚、抗邪无力。

与食管癌的关联：食管为气机升降之通道，气虚则推动无力，食管气机阻滞，痰浊、瘀血易积聚，逐步形成噎膈（食管癌）。早期患者常见的吞咽不畅、气短

乏力、活动后加重，本质上是气虚推动失常的表现；晚期患者的吞咽梗阻、水米难进，除痰瘀阻滞外，气虚无力推送饮食下行也是关键病机。

与胃癌的关联：脾胃气虚则运化失司，食积内停、水湿不化，化生痰浊瘀血，积聚于胃脘形成积聚（胃癌）。患者早期的食欲不振、脘腹胀满、神疲乏力、大便溏薄，中晚期的形体消瘦、恶病质，均为气虚渐进加重的体现，且气虚越重，肿瘤进展越快、转移风险越高。

2. 气虚与肿瘤进展的恶性循环

气虚导致正气亏虚，无法清除体内病理产物（痰、瘀、毒），使肿瘤持续生长；而肿瘤作为“邪气”，又会进一步耗伤元气，形成“气虚→肿瘤进展→气虚加重”的恶性循环。

胃癌患者中晚期的贫血、低蛋白血症，本质上是气虚导致气血生化无源的结果；气虚还会导致胃黏膜失养，修复能力下降，肿瘤易破溃出血，加重病情。

食管癌患者放疗后常见的乏力、纳差、白细胞减少等不良反应，也与放疗耗伤元气、加重气虚密切相关，此时气虚成为影响治疗效果和预后的关键因素。

（二）气滞：肿瘤发生的关键推手

1. 气滞的核心病机与成因

气滞是指气机运行不畅、阻滞于脏腑经络，多由情志失调、饮食不节、外感邪气阻滞所致。肝主疏泄，脾胃主升降，两者功能失调是气滞的主要原因，尤其与食管癌、胃癌的发生密切相关。

与食管癌的关联：情志抑郁、郁怒伤肝，导致肝气郁结，进而影响胸膈气机，食管气机阻滞，表现为胸骨后胀痛、嗝气频繁、吞咽不适，日久痰瘀积聚，形成食管癌。临床观察发现，长期精神压力大、情绪压抑的人群，食管癌发病率显著升高，与气滞→痰瘀→肿瘤的演化路径一致。

与胃癌的关联：肝气郁结犯胃，或饮食不节导致脾胃气滞，胃脘气机阻滞，表现为胃脘胀痛、嗝气反酸、情绪波动时疼痛加重，日久痰瘀内生，形成胃癌。胃癌患者的疼痛多为胀痛、窜痛，与气滞“痛无定处、嗝气则舒”的特点高度契合，是气滞的典型表现。

2. 气滞与病理产物的协同致病

气滞日久会进一步诱发痰浊、瘀血生成，形成“气滞→痰瘀→肿瘤”的协同致病链：

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

气滞导致水湿运化失常，聚而成痰，痰浊阻滞食管、胃脘，加重气机不畅；

气滞导致血行不畅，瘀血内生，痰瘀互结形成肿块，使肿瘤更具侵袭性。

如食管癌患者的吞咽黏腻、胸膈痞闷，多为气滞痰阻所致；胃癌患者的胃脘肿块固定、疼痛拒按，多为气滞血瘀的表现。

（三）气逆：消化道肿瘤的特异性病机

1. 气逆的核心病机与表现

气逆是指气机升降失常、逆而上冲，多由气滞进一步发展而来，常见于肺、胃、肝等脏腑，其中胃失和降、胃气上逆是食管癌、胃癌的特异性病机。

与食管癌的关联：食管为胃气下行之通道，脾胃虚弱、气滞日久，导致胃气上逆，表现为嗝气、呃逆、食入即吐，是食管癌中晚期的典型症状。肿瘤堵塞食管后，胃气无法下行，上逆更剧，严重影响患者进食和营养摄入，加速恶病质进程。

与胃癌的关联：胃癌患者因肿块压迫、脾胃气滞，导致胃失和降、胃气上逆，表现为反酸烧心、恶心呕吐、嗝气频繁，尤其在进食后加重。胃气上逆还会影响脾胃运化，进一步加重食积、痰浊生成，促进肿瘤进展。

2. 气逆与肿瘤并发症的关联

气逆日久会引发多种并发症，加重病情：

食管癌患者的吸入性肺炎，多由胃气上逆、呕吐物误吸入气管所致；

胃癌患者的幽门梗阻，本质上是胃气上逆、食物无法下行的严重表现，需紧急干预，否则会导致水电解质紊乱、危及生命。

（四）气陷：肿瘤晚期的危重病机

气陷是指气虚进一步发展、升举无力，导致脏腑下垂，多出现于肿瘤晚期，是病情危重的标志。

与胃癌的关联：晚期胃癌患者因脾胃气虚至极，升举无力，可能出现胃下垂、脱肛等并发症，表现为脘腹坠胀、食后加重、肛门坠胀，此时患者多伴有极度消瘦、乏力、脉细弱，预后较差。

与食管癌的关联：气陷虽不直接导致食管癌，但晚期患者的气虚下陷会加重吞咽无力、气短下坠感，且影响气血运行，加速肿瘤转移。

二、血的失调与肿瘤发生的核心关联

血具有营养、滋润、运载等功能，其失调主要表现为血虚、血瘀、血热三种

类型，其中血瘀是肿瘤发生发展的核心病理机制，血虚、血热则通过影响血瘀形成和肿瘤进展发挥作用。

（一）血瘀：肿瘤发生的核心病理环节

1. 血瘀的核心病机与成因

血瘀是指血液运行不畅、停滞于脏腑经络，多由气滞、气虚、寒凝、热灼、外伤等因素所致。中医认为“瘀血不去，新血不生”，瘀血积聚日久，会形成肿块，是食管癌、胃癌的核心病理产物和致病因素。

与食管癌的关联：食管脉络丰富，气滞、气虚、寒凝均可导致食管血瘀，表现为胸骨后刺痛、固定不移、夜间加重，吞咽时疼痛加剧。血瘀日久，与痰浊结合形成“痰瘀互结”，导致食管狭窄，逐步发展为食管癌；肿瘤进展中，血瘀还会导致肿瘤组织供血不足，加速其坏死破溃，引发呕血、黑便。

与胃癌的关联：胃脘为气血汇聚之处，气滞、气虚、饮食不节均可导致胃脘血瘀，表现为胃脘刺痛、肿块固定、拒按，大便色黑。血瘀是胃癌肿块形成的直接病机，且血瘀程度与肿瘤恶性程度正相关——血瘀越重，肿瘤越易侵犯周围组织、发生转移，患者疼痛越剧烈。

2. 血瘀与肿瘤进展的关键机制

（1）血瘀导致肿瘤组织缺氧：瘀血阻滞肿瘤局部脉络，导致氧气和营养供应不足，一方面会诱导肿瘤细胞产生缺氧诱导因子（HIF），促进肿瘤血管生成，增强肿瘤侵袭性；另一方面会导致肿瘤细胞坏死，释放癌毒，加重病情。^①

（2）血瘀与痰毒的协同作用：血瘀日久会化生“瘀毒”，与痰浊结合形成“痰瘀毒互结”，是肿瘤转移的关键病机。如胃癌转移至肝脏、食管癌转移至肺，均与痰瘀毒随血行扩散密切相关。

（3）血瘀影响治疗效果：血瘀会导致药物难以到达肿瘤局部，降低化疗、中药等治疗的疗效；同时，血瘀还会引发疼痛、出血等症状，严重影响患者生活质量和治疗依从性。

（二）血虚：肿瘤进展的重要伴随病机

1. 血虚的核心病机与成因

血虚是指血液不足、脏腑经络失养，多由气虚生化无源、血瘀新血不生、肿

① 杨维泓,郭勇. 中医肿瘤学科核心技术探讨 [J]. 中华中医药学刊, 2010, 28 (06): 1290-1292.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

瘤消耗、出血过多所致，是食管癌、胃癌中晚期的常见病机。

与食管癌的关联：晚期食管癌患者因吞咽梗阻、进食困难，脾胃运化失常，气血生化无源，或肿瘤破溃出血，导致血虚，表现为面色苍白、头晕心悸、肢体麻木、舌淡苔白、脉细弱。血虚会导致食管黏膜失养、脉络枯萎，进一步加重吞咽困难，形成恶性循环。

与胃癌的关联：胃癌患者因脾胃气虚、生化不足，或肿瘤破溃出血、化疗后骨髓抑制，导致血虚，表现为神疲乏力、面色萎黄、头晕眼花、月经量少或闭经。血虚会导致机体免疫力下降，肿瘤易进展转移，且患者对化疗、放疗的耐受性降低，不良反应更明显。

2. 血虚与血瘀的相互影响

血虚会导致血行不畅，加重血瘀（“血虚致瘀”）；而血瘀又会阻碍新血生成，加重血虚（“血瘀致虚”），形成“血虚→血瘀→血虚加重”的恶性循环，加速肿瘤进展。

胃癌患者的慢性失血（黑便）会导致血虚，而血虚使血液黏稠度增加，进一步加重血瘀，使胃脘肿块更坚硬、疼痛更剧烈；

食管癌患者放疗后出现的骨髓抑制（白细胞、红细胞减少），本质上是血虚的表现，同时放疗会损伤脉络，加重血瘀，影响造血功能恢复。

（三）血热：肿瘤进展的热毒病机

1. 血热的核心病机与成因

血热是指血分有热、脉络灼伤，多由外感热邪、情志郁结化火、过食辛辣所致，常见于食管癌、胃癌的中晚期或热毒型患者。

与食管癌的关联：长期过食辛辣、肝郁化火，导致血热灼伤食管脉络，表现为吞咽疼痛、胸骨后灼热感、口干口苦、大便干结，甚至呕血。血热会加速痰瘀化毒，使肿瘤进展加快，易出现破溃出血、感染等并发症。

与胃癌的关联：胃癌患者若过食辛辣、热毒内蕴，或肿瘤坏死组织化生热毒，导致血热，表现为胃脘灼痛、反酸烧心、大便干结带血、舌红苔黄、脉数。血热型胃癌患者的肿瘤多伴有糜烂、溃疡，恶性程度较高，转移风险也相对更高。

2. 血热与癌毒的协同致病

血热会导致脉络损伤、血行妄行，使肿瘤易破溃出血；同时，血热会化生“热毒”，与瘀毒、痰毒结合形成“热毒瘀结”，加重肿瘤的侵袭性和转移性。

食管癌患者的呕血、黑便，部分是血热灼伤食管或胃底静脉所致；

胃癌患者的癌性发热、局部炎症反应，也与血热热毒密切相关，此时清热解毒、凉血止血成为重要治疗原则。

三、津液的失调与肿瘤发生的核心关联

津液具有滋润、濡养、运载等功能，其失调主要表现为津液不足、津液代谢失常（痰湿内生），两者均与食管癌、胃癌的发生发展密切相关，且常与气血失调相互影响。

（一）津液不足：肿瘤发生的滋润失常病机

1. 津液不足的核心病机与成因

津液不足是指体内津液亏少、脏腑组织失润，多由外感燥热、内生热毒、久病耗伤、气血不足所致。肺主津液输布，脾胃主津液运化，两者功能失调是津液不足的主要原因。

与食管癌的关联：食管为津液濡养之通道，津液不足则食管干涩，表现为咽干涩、口干咽燥、饮水后缓解，日久痰瘀积聚，形成食管癌。晚期患者的吞咽梗阻、无法进食，除痰瘀阻滞外，津液枯竭、食管黏膜枯萎也是关键病机；放疗后患者的放射性食管炎，表现为咽干、咽痛、吞咽疼痛，本质上是放疗耗伤津液、导致津液不足的表现。

与胃癌的关联：脾胃功能失调、热毒内蕴，导致津液耗伤，表现为胃脘灼痛、口干欲饮、大便干结、舌红少津。津液不足会导致胃黏膜失润、修复能力下降，肿瘤易破溃出血；同时，津液不足会加重血瘀，使肿块更坚硬，治疗难度增加。

2. 津液不足与气血失调的相互影响

津液与气血同源，“津能生血，血能生津”，津液不足会导致血虚（津血同源），而血虚又会加重津液不足，形成“津液不足→血虚→津液不足加重”的恶性循环；同时，津液不足会导致血行不畅，加重血瘀，进一步促进肿瘤进展。

食管癌患者的口干咽燥、头晕心悸，是津液不足与血虚并存的表现；

胃癌患者的大便干结、胃脘刺痛，是津液不足与血瘀协同致病的结果。

（二）痰湿内生：肿瘤发生的核心病理产物

1. 痰湿内生的核心病机与成因

痰湿内生是指津液代谢失常、水湿内停、聚而成痰，多由脾胃运化失常、外

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

感湿邪、气虚推动无力所致。脾胃为“运化水湿”之关键，食管癌、胃癌患者多因脾胃虚弱、饮食不节，导致水湿运化失常，化生痰湿，成为肿瘤发生的重要病理产物。

与食管癌的关联：痰湿阻滞食管，导致气机不畅，表现为吞咽黏腻、胸膈痞闷、痰涎壅盛，日久与血瘀结合形成肿块，发展为食管癌。患者吐出的白色黏痰、舌苔厚腻、脉滑，均为痰湿内生的典型表现；痰湿越重，吞咽困难越明显，肿瘤进展越快。

与胃癌的关联：脾胃虚弱导致水湿内停、聚而成痰，痰湿积聚于胃脘，表现为脘腹痞满、食欲不振、口黏痰多、大便溏薄，日久与血瘀结合形成积聚（胃癌）。痰湿型胃癌患者的肿块多质地较软、活动度差，易出现腹水、腹腔转移，与痰湿“重浊、黏滞”的特性一致。

2. 痰湿与肿瘤进展的关键机制

（1）痰湿为肿瘤生长提供“温床”：痰湿质地黏滞，易积聚于局部，为肿瘤细胞生长提供适宜环境，同时阻碍气血运行，使肿瘤不易被机体清除。

（2）痰湿促进肿瘤转移：痰湿具有“流动不定”的特性，可随气机流动扩散至全身，导致肿瘤转移，如胃癌转移至腹腔、卵巢，食管癌转移至肺，均与痰湿扩散密切相关。

（3）痰湿加重气血失调：痰湿阻滞气机，导致气滞血瘀；痰湿耗伤气血，导致气虚血虚，形成“痰湿→气血失调→肿瘤进展”的协同致病链。

第二章 肿瘤辨证体系研究

第一节 肿瘤八纲辨证要点

一、阴阳辨证：肿瘤辨证的总纲

阴阳是八纲辨证的核心，统领表里、寒热、虚实，明确肿瘤的本质属性与预后趋势，是区分肿瘤良恶性、进展阶段的关键依据。

（一）阴证肿瘤：寒凝痰瘀，正气亏虚

1. 核心辨证要点

阴证肿瘤多表现为“寒、静、淡、虚”的特征，本质为阳气亏虚、寒凝痰瘀积聚，常见于肿瘤早期、中期偏虚或晚期恶病质阶段，与食管癌、胃癌的寒凝证、阳虚证高度契合。

症状指征：肿块质地坚硬、活动度差、皮色不变、不痛或隐痛；伴畏寒肢冷、面色苍白或萎黄、神疲乏力、食欲不振、大便溏薄、小便清长；舌淡胖、苔白滑或白腻，脉沉迟、细弱或濡缓。

2. 与消化道肿瘤的关联

食管癌（阴证）：多因寒邪凝滞食管、脾胃阳虚所致，表现为吞咽凝滞、喜温恶寒、痰涎清稀、遇冷加重，常见于长期嗜食生冷、脾胃虚寒体质人群，属于癌前病变（如食管上皮不典型增生）向早期癌进展的高危证型。

胃癌（阴证）：多因脾胃阳虚、痰湿内停所致，表现为胃脘冷痛、喜温喜按、食少纳呆、大便溏薄、脘腹痞满，常见于慢性萎缩性胃炎伴肠化生、脾胃虚寒体质人群，其肿块多质地坚硬、生长缓慢但易复发。

3. 辨证关键与防筛意义

关键鉴别点：阴证肿瘤的核心是“阳气亏虚”与“寒凝痰瘀”并存，需与单纯阳虚证区分——前者必有肿块或癌前病变体征（如食管狭窄、胃黏膜隆起），后者仅为功能失调。

防筛指导：对阴证倾向人群（如畏寒肢冷、脾胃虚寒体质），重点监测食管

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

镜、胃镜，干预以“温阳健脾、化痰逐瘀”为主（如干姜、高良姜、陈皮、三棱），阻断寒凝痰瘀向肿瘤进展。

（二）阳证肿瘤：热毒瘀结，邪气亢盛

1. 核心辨证要点

阳证肿瘤多表现为“热、动、红、实”的特征，本质为热毒内蕴、痰瘀化毒，常见于肿瘤早期偏实、中期进展期，与食管癌、胃癌的热毒证、瘀热证密切相关。

症状指征：肿块质地较软、活动度尚可、皮色微红或局部灼热；伴口干口苦、口臭、胃脘灼痛或胸骨后灼痛、大便干结、小便短黄；或有癌性发热、局部溃疡出血；舌红绛、苔黄腻或黄燥，脉弦数、滑数或洪数。

2. 与消化道肿瘤的关联

食管癌（阳证）：多因肝郁化火、热毒灼伤食管所致，表现为吞咽疼痛、胸骨后灼热感、口干咽燥、痰涎黏稠、大便干结，常见于长期嗜食辛辣、情志抑郁人群，易进展为中晚期食管癌（如溃疡型食管癌）。

胃癌（阳证）：多因热毒内蕴、瘀血化毒所致，表现为胃脘灼痛、反酸烧心、大便干结带血、食入即吐，常见于慢性非萎缩性胃炎伴糜烂、幽门螺杆菌感染阳性、湿热体质人群，其肿块多伴有糜烂、溃疡，恶性程度较高、转移风险相对明显。

3. 辨证关键与防筛意义

关键鉴别点：阳证肿瘤的核心是“热毒”与“瘀结”并存，需与单纯湿热证区分——前者多有肿瘤相关症状（如出血、体重下降），后者无器质性病变。

防筛指导：对阳证倾向人群（如口干口苦、湿热体质），重点监测胃镜下胃黏膜糜烂、食管溃疡情况，干预以“清热解毒、化痰逐瘀”为主（如蒲公英、半枝莲、丹参、浙贝母），降低热毒瘀结向肿瘤进展的风险。

（三）阴阳转化与错杂的辨证要点

阴阳转化：肿瘤进展过程中常见“阳证转阴”或“阴证转阳”，与病情进展、治疗干预相关。

阳证转阴：中晚期肿瘤因热毒耗伤阳气、患者体质虚弱，可由阳证转为阴证，表现为热毒症状减轻但畏寒乏力、消瘦加重，提示正气耗竭，预后较差。

阴证转阳：阴证肿瘤因情志刺激、过食辛辣或治疗不当（如过度温阳），可转为阳证，表现为寒象消退但出现热毒症状，提示肿瘤进展加速。

阴阳错杂：肿瘤中晚期最常见，表现为“阴虚内热”“阳虚内热”等复合证型，需区分主次：

阴虚内热（食管癌/胃癌）：表现为口干咽燥、潮热盗汗、胃脘隐痛、大便干结，同时伴肿块固定，多为放疗后或晚期患者，核心是“阴虚为本，瘀毒为标”。

阳虚内热（胃癌）：表现为畏寒肢冷、大便溏薄，同时伴胃脘灼痛、口干不欲饮，多为脾胃阳虚兼热毒内蕴，核心是“阳虚为本，热毒为标”。

二、表里辨证：肿瘤病位深浅与病势进退

表里辨证主要判断肿瘤的病位深浅、邪气侵袭层次，指导治疗范围与防筛重点，尤其适用于食管癌、胃癌的早期诊断与分期评估。

（一）表证：肿瘤早期或癌前病变阶段

1. 核心辨证要点

表证肿瘤多为邪气初侵、病位表浅，尚未深入脏腑，多对应癌前病变或早期肿瘤（Tis-T1期），症状不典型但有特异性体征。

症状指征：无明显肿块或仅为局部轻微不适，如食管异物感、轻微吞咽不畅、胃脘隐痛、食后饱胀；伴轻微外感或功能失调表现（如乏力、情绪不畅、饮食不节史）；舌脉多无明显异常或仅轻微失调（如脉浮、苔薄白）。

2. 与消化道肿瘤的关联

食管癌（表证）：对应食管上皮不典型增生、早期食管癌（Tis期），表现为食管异物感、吞咽轻微梗阻、胸骨后隐痛，多由气滞、痰浊初结所致，无明显寒热虚实偏向，是防筛干预的黄金阶段。

胃癌（表证）：对应胃黏膜肠化生、低级别上皮内瘤变，表现为胃脘隐痛、食后饱胀、嗝气反酸，多由食积、气滞所致，无明显肿块形成，干预后可逆性强。

3. 辨证关键与防筛意义

关键鉴别点：表证肿瘤的核心是“病位表浅、邪气未结”，需与功能性胃肠病区分——前者有癌前病变或早期癌的客观检查依据（如内镜下黏膜异常），后者检查无异常。

防筛指导：对表证人群（如长期消化道不适、无明确寒热虚实），定期进行内镜筛查，干预以“调畅气机、消食化痰”为主（如陈皮、神曲、麦芽、香附），

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

阻断邪气深入。^①

（二）里证：肿瘤中期或晚期阶段

1. 核心辨证要点

里证肿瘤多为邪气深入、病位在脏腑，对应中期（T2-T3期）或晚期（T4期）肿瘤，症状典型、病势深重。

症状指征：有明确肿块或转移体征（如淋巴结肿大、腹水）；伴脏腑功能严重失调，如吞咽梗阻、食入即吐（食管癌）、胃脘肿块疼痛拒按、呕血黑便（胃癌）；或有恶病质表现（消瘦、贫血、乏力）；舌脉异常明显（如舌紫暗、脉沉涩）。

2. 与消化道肿瘤的关联

食管癌（里证）：中期表现为吞咽困难、胸骨后刺痛、痰瘀互结，晚期表现为吞咽梗阻、水米难进、气虚血亏，病位深入食管肌层或浆膜层，常伴淋巴结转移。

胃癌（里证）：中期表现为胃脘肿块固定、疼痛拒按、痰瘀互结，晚期表现为恶病质、腹水、远处转移（如肝转移），病位深入胃壁肌层或浆膜层，多为“本虚标实”并重。

3. 辨证关键与治疗指导

关键鉴别点：里证肿瘤的核心是“脏腑受累、病理产物积聚”，需区分里实证与里虚证——前者邪气亢盛（痰瘀毒互结），后者正气亏虚（气血阴阳俱虚）。

治疗指导：中期里实证以“祛邪为主”（化痰逐瘀、清热解毒），晚期里虚证以“扶正为主”（益气养血、滋阴温阳），兼顾祛邪，避免单纯攻伐或单纯补益。

（三）表里同病：肿瘤进展期的常见状态

多见于肿瘤中期，表现为“表邪未除、里邪已结”，如食管癌中期既有食管异物感（表证残留），又有吞咽困难、痰瘀互结（里证）；胃癌中期既有胃脘隐痛（表证残留），又有肿块形成、瘀血内结（里证）。辨证需区分主次：以里证为主者，重点治里兼顾解表；以表证为主者，先解表后治里，避免表邪内陷加重病情。

三、寒热辨证：肿瘤病理性质的核心维度

寒热辨证反映肿瘤的病理性质（寒邪/热邪主导），直接指导治疗原则（温/清），且与食管癌、胃癌的病因诱因、证型预后密切相关。

① 丁进周. 八纲辨证治疗肿瘤探讨 [J]. 河北中医, 1996, (06): 1.

（一）寒证：寒凝痰瘀，阳气亏虚

1. 核心辨证要点

寒证肿瘤是阴证肿瘤的核心亚型，本质为寒邪凝滞、阳气亏虚，常见于肿瘤早期偏虚、中期进展缓慢者，与食管癌、胃癌的寒凝证、阳虚证一致。

症状指征：肿块不红不热、质地坚硬、疼痛隐隐或喜温；伴畏寒肢冷、面色苍白、口淡不渴、痰涎清稀、大便溏薄、小便清长；舌淡胖、苔白滑，脉沉迟、细弱。

2. 特异性指征

食管癌（寒证）：吞咽凝滞、遇冷加重、喜温饮、痰涎清稀，内镜下可见食管黏膜苍白、血管纹理减少、局部狭窄。

胃癌（寒证）：胃脘冷痛、喜温喜按、食少纳呆、大便溏薄，内镜下可见胃黏膜苍白、水肿、黏液增多，伴肠化生或低级别上皮内瘤变。

3. 辨证关键与干预要点

关键鉴别点：寒证肿瘤需与寒邪外感区分——前者有肿块或癌前病变，后者无器质性病变；与阳虚证区分——前者有痰瘀积聚体征（如舌有瘀斑、肿块固定），后者无。

干预要点：以“温阳散寒、化痰逐瘀”为核心，避免使用寒凉药物，防筛重点监测内镜下黏膜变化，每 6-12 个月复查一次。

（二）热证：热毒瘀结，邪气亢盛

1. 核心辨证要点

热证肿瘤是阳证肿瘤的核心亚型，本质为热毒内蕴、痰瘀化毒，常见于肿瘤早期偏实、中期进展较快者，与食管癌、胃癌的热毒证、瘀热证一致。

症状指征：肿块局部灼热、疼痛剧烈或伴溃疡；伴口干口苦、口臭、大便干结、小便短黄；或有癌性发热（体温 37.5-38.5℃）、出血（呕血、黑便）；舌红绛、苔黄腻或黄燥，脉弦数、滑数。

2. 特异性指征

食管癌（热证）：吞咽疼痛、胸骨后灼热感、痰涎黏稠、大便干结，内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、溃疡，伴高级别上皮内瘤变或早期癌。

胃癌（热证）：胃脘灼痛、反酸烧心、大便干结带血，内镜下可见胃黏膜糜烂、溃疡、充血，伴幽门螺杆菌感染阳性或高级别上皮内瘤变。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

3. 辨证关键与干预要点

关键鉴别点：热证肿瘤需与湿热证区分——前者有肿瘤相关的出血、体重下降、肿块形成，后者仅为功能失调；与阴虚内热区分——前者热象明显（口干口苦、大便干结），后者以阴虚为主（潮热盗汗、舌红少津）。

干预要点：以“清热解毒、化痰逐瘀”为核心，避免使用温热药物，防筛重点监测肿瘤标志物（如 CEA、CA72-4）及内镜下溃疡、糜烂愈合情况，每 3-6 个月复查一次。

第二节 肿瘤脏腑辨证方法

一、肿瘤脏腑辨证的核心原则

（一）以病变部位锁定核心脏腑

食管癌、胃癌的病变部位直接关联核心脏腑——食管属胃之延伸、为气机升降通道，故食管癌核心脏腑为胃、肝、肺；胃脘为脾胃之府，故胃癌核心脏腑为脾、胃、肝，同时兼顾肾（先天之本）对核心脏腑的调控作用。

症状定位：吞咽梗阻、胸骨后不适→核心脏腑为胃、食管、肝；胃脘疼痛、痞满→核心脏腑为脾、胃；

体征定位：食管镜下黏膜异常→胃、肝、肺；胃镜下胃黏膜病变→脾、胃、肝；

转移定位：胃癌转移至肝→肝胃同病；食管癌转移至肺→肺胃同病。

（二）以病机属性明确脏腑虚实

结合“本虚标实”核心病机，定性核心为“脏腑正气亏虚类型”（气、血、阴、阳）与“邪气亢盛类型”（气滞、血瘀、痰湿、热毒），且需明确主次关系。

虚证定性：脾胃气虚→神疲乏力、食少便溏；胃阴亏虚→口干咽燥、饥不欲食；

实证定性：肝气郁结→胀痛、情绪相关；胃腑血瘀→刺痛、肿块固定；

虚实夹杂定性：以“主证定虚实主次”，如胃癌早期以“脾胃气虚（本）+痰湿（标）”为主，中期以“胃腑血瘀（标）+阴虚（本）”为主。

（三）以症状演变判断病势进退

病势包括“进展趋势”（表→里、轻→重）与“转归趋势”（向好/向坏），需结合脏腑功能变化、病理产物积聚程度判断。

进展趋势：食管异物感→吞咽困难→梗阻→提示病位从食管黏膜（表）→肌层（里），核心脏腑从胃→肝肺同病；

转归趋势：食欲改善、疼痛减轻→正气恢复，病势向好；消瘦加重、转移出现→正气耗竭，病势向坏。

二、食管癌核心脏腑辨证要点（胃、肝、肺）——应为胃脾肝肾

（一）胃腑辨证：食管癌的核心脏腑

1. 胃阳虚证（癌前病变 / 早期）

辨证要点：吞咽凝滞、遇冷加重，喜温饮、痰涎清稀；伴胃脘冷痛、食少纳呆、大便溏薄，舌淡胖苔白滑，脉沉迟；内镜下食管黏膜苍白、黏液增多，多伴食管上皮不典型增生（轻度 - 中度）。

防筛要点：高危人群每 6-12 个月复查食管镜；干预以温胃阳、散寒痰为主，用干姜、高良姜、益智仁、陈皮。

2. 胃阴亏虚证（早期 / 中期）

辨证要点：吞咽干涩、胸骨后灼痛，口干咽燥、饥不欲食，大便干结；伴舌红少津、苔少，脉细数；内镜下食管黏膜干燥、充血糜烂，多伴高级别上皮内瘤变或早期癌。

防筛要点：高危人群每 3-6 个月复查食管镜 +CEA；干预以滋阴养胃、清热生津为主，用沙参、麦冬、玉竹、生地。

3. 胃失和降证（全程可见）

辨证要点：嗳气、呃逆、食入即吐，吞咽梗阻伴恶心；伴胃脘痞满、舌苔薄白，脉弦；内镜下食管动力异常、黏膜充血；多与肝气郁结相关，为“肝胃不和”的衍生证型。

防筛要点：重点监测食管梗阻程度；干预以和胃降逆、疏肝理气为主，用半夏、生姜、柴胡、郁金。

（二）肝脏辨证：食管癌的协同脏腑

1. 肝气郁结证（早期核心证型）

辨证要点：胸骨后胀痛、嗳气频繁，吞咽不适与情绪波动密切相关；伴烦躁易怒、胸闷，舌淡红苔薄白，脉弦；内镜下食管黏膜充血、蠕动减慢，多伴食管上皮不典型增生。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

防筛要点：情志抑郁人群为高危，每 12 个月复查食管镜；干预以疏肝理气、和胃宽胸为主，用柴胡、香附、郁金、桔梗。

2. 肝阴不足证（中期 / 放疗后）

辨证要点：咽喉干涩、头晕目眩，潮热盗汗、手足心热；伴舌红绛苔少，脉弦细数；内镜下食管黏膜干燥、血管纹理清晰，多为放疗后阴液耗伤所致。

防筛要点：放疗后患者每 3 个月复查；干预以滋阴养肝、濡润食管为主，用当归、白芍、玄参、百合。

3. 肝火犯胃证（中期进展期）

辨证要点：咽喉疼痛、胸骨后灼热感，口干口苦、情绪激动时加重；伴大便秘结、舌红苔黄，脉弦数；内镜下食管黏膜糜烂、溃疡，多为进展期食管癌。

防筛要点：每 1-3 个月复查食管镜 + 肿瘤标志物；干预以清肝泻火、和胃止痛为主，用龙胆草、栀子、蒲公英、黄连。

（三）肺脏辨证：食管癌的关联脏腑

1. 肺气失宣证（早期 / 表证）

辨证要点：咽喉不适、胸膈痞闷，伴咳嗽、咳痰、胸闷；舌淡红苔薄白，脉浮；内镜下食管黏膜轻度充血，多为癌前病变（食管上皮不典型增生轻度）。

防筛要点：每 12 个月复查；干预以宣肺理气、和胃通管为主，用桔梗、杏仁、陈皮、苏叶。

2. 肺津亏虚证（中晚期 / 放疗后）

辨证要点：咽喉干涩、口干咽燥，咳嗽少痰、痰黏稠；伴舌红少津、脉细数；内镜下食管黏膜干燥、萎缩，多为中晚期或放疗后津液耗伤。

防筛要点：监测食管狭窄风险；干预以滋阴润肺、生津润管为主，用沙参、麦冬、川贝母、玉竹。

三、胃癌核心脏腑辨证要点（脾、胃、肝）

（一）脾脏辨证：胃癌的根本脏腑

1. 脾胃气虚证（癌前病变 / 早期）

辨证要点：胃脘隐痛、喜按，食少纳呆、食后腹胀，神疲乏力、大便溏薄；舌淡苔白，脉细弱；内镜下胃黏膜苍白、变薄，多伴慢性萎缩性胃炎、肠化生。

防筛要点：高危人群每 6-12 个月复查胃镜；干预以益气健脾、和胃消食为主，

用党参、黄芪、白术、神曲。

2. 脾阳虚证（早期 / 阴证）

辨证要点：胃脘冷痛、喜温喜按，食少便溏、畏寒肢冷，食生冷后加重；舌淡胖边有齿痕、苔白滑，脉沉迟；内镜下胃黏膜苍白水肿、黏液增多，多伴低级别上皮内瘤变。

防筛要点：脾胃虚寒体质 + 家族史者，每 6 个月复查；干预以温阳健脾、散寒祛湿为主，用干姜、高良姜、茯苓、桂枝。

3. 脾虚痰湿证（早期 / 中期）

辨证要点：脘腹痞满、口黏痰多，食少纳呆、大便溏薄，肢体沉重；舌苔厚腻、脉滑；内镜下胃黏膜黏液增多、糜烂，多伴幽门螺杆菌感染，为胃癌高发证型。

防筛要点：每 3-6 个月复查胃镜 + 幽门螺杆菌；干预以健脾祛湿、化痰散结为主，用陈皮、半夏、茯苓、薏苡仁。^①

（二）胃腑辨证：胃癌的核心脏腑

1. 胃热证（早期 / 阳证）

辨证要点：胃脘灼痛、反酸烧心，口臭、大便干结，食辛辣后加重；舌红苔黄腻，脉滑数；内镜下胃黏膜充血、糜烂、溃疡，多伴幽门螺杆菌阳性、高级别上皮内瘤变。

防筛要点：每 3 个月复查胃镜 + CA72-4；干预以清热和胃、解毒止痛为主，用蒲公英、黄连、黄芩、海螵蛸。

2. 胃腑血瘀证（中期 / 进展期）

辨证要点：胃脘刺痛、固定不移，夜间加重，大便色黑或呕血；舌紫暗有瘀斑、脉沉涩；内镜下胃壁肿块、溃疡，侵犯肌层，多伴淋巴结肿大。

防筛要点：每 1-3 个月复查胃镜 + CT；干预以活血化瘀、散结止痛为主，用丹参、桃仁、红花、三棱。

3. 胃阴亏虚证（中期 / 放疗后）

辨证要点：胃脘灼痛、饥不欲食，口干咽燥、大便干结；舌红少津、苔少或无苔，脉细数；内镜下胃黏膜变薄、充血，多为放疗后或中期胃癌阴液耗伤。

防筛要点：监测胃黏膜修复情况；干预以滋阴养胃、生津止痛为主，用沙参、麦冬、生地、玉竹。

① 刘萍. 肿瘤放疗中医辨证用药心得 [J]. 中国误诊学杂志, 2008, (19): 4766-4767.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（三）肝脏辨证：胃癌的协同脏腑

1. 肝气郁结犯胃证（早期 / 始动因素）

辨证要点：胃脘胀痛、暖气频繁，情绪波动时疼痛加重，暖气后稍缓解；舌淡红苔薄白，脉弦；内镜下胃黏膜充血、蠕动减慢，多伴慢性非萎缩性胃炎向萎缩性胃炎进展。

防筛要点：情志抑郁人群每 6 个月复查；干预以疏肝理气、和胃止痛为主，用柴胡、郁金、香附、枳壳。

2. 肝胃不和化热证（中期 / 阳证）

辨证要点：胃脘灼痛、反酸烧心，口干口苦、烦躁易怒；舌红苔黄、脉弦数；内镜下胃黏膜糜烂、溃疡，多伴幽门螺杆菌阳性，易进展为胃癌。

防筛要点：每 3 个月复查胃镜；干预以疏肝清热、和胃降逆为主，用龙胆草、栀子、柴胡、半夏。

3. 肝脾不和证（全程可见）

辨证要点：胃脘胀痛、食少纳呆，大便溏薄、情绪相关，肢体乏力；舌淡苔白，脉弦细；内镜下胃黏膜轻度异常，多为癌前病变或早期胃癌，核心是“肝气郁结 + 脾虚”。

防筛要点：每 6 个月复查；干预以疏肝健脾、调和气血为主，用柴胡、白术、茯苓、当归。

四、肿瘤脏腑关联辨证要点（多脏腑同病）

食管癌、胃癌多为多脏腑同病，需明确核心脏腑与协同脏腑的关系，避免孤立辨证。

（一）核心 - 协同脏腑关联类型

1. 肝胃同病（最常见）

食管癌：肝阴不足→胃阴亏虚，表现为吞咽干涩、头晕目眩、口干咽燥，核心是“肝阴为本，胃阴为标”；

胃癌：肝气郁结→胃失和降，表现为胃脘胀痛、暖气、情绪相关，核心是“肝气为本，胃为标”。

2. 脾肺同病（食管癌中期）——此提法欠妥，应为肝脾同病

辨证要点：吞咽干涩、神疲乏力，咳嗽少痰、食少便溏，核心是“脾肺气虚 +

津亏”，多为食管癌中期正气耗伤、津液不足所致。

干预原则：健脾益气 + 润肺生津，用党参、黄芪、沙参、麦冬。

3. 肝肾同病（中晚期共性）

辨证要点：腰膝酸软、头晕目眩，吞咽梗阻 / 胃脘疼痛，潮热盗汗或畏寒肢冷，核心是“肝肾阴虚 / 阳虚 + 核心脏腑病变”，多为中晚期正气耗竭、先天之本受损。

干预原则：滋阴补肾 / 温阳补肾 + 核心脏腑调理，肾阴虚用枸杞子、山茱萸；肾阳虚用附子、肉桂。

（二）关联辨证关键：主次分明，兼顾协同

早期：核心脏腑为主，协同脏腑为辅（如胃癌早期以脾胃为主，兼顾肝）；

中期：核心与协同脏腑并重（如食管癌中期肝胃同病，并重调理）；

晚期：协同脏腑（肾）为主，核心脏腑为辅（如晚期以补肾为主，兼顾胃、肝）。

五、癌前病变的脏腑辨证要点（防筛核心靶点）

癌前病变是防筛关键阶段，脏腑辨证需聚焦“功能失调 + 轻度器质性改变”，干预以“调理脏腑功能、阻断病理产物积聚”为主。

（一）食管癌前病变（食管上皮不典型增生）

胃阳虚兼肝气郁结证：吞咽凝滞、喜温，嗳气、情绪相关；干预以温胃阳 + 疏肝气，干姜、高良姜、柴胡、香附；

胃阴亏虚兼肺津不足证：吞咽干涩、口干，咳嗽少痰；干预以滋阴养胃 + 润肺，沙参、麦冬、百合、玄参。

（二）胃癌前病变（慢性萎缩性胃炎伴肠化生 / 上皮内瘤变）

脾胃气虚兼痰湿证：食少便溏、脘腹痞满，口黏痰多；干预以健脾益气 + 祛湿，党参、白术、茯苓、薏苡仁；

胃热兼肝气郁结证：胃脘灼痛、反酸，情绪相关；干预以清热和胃 + 疏肝，蒲公英、黄连、柴胡、郁金。

第三节 肿瘤气血津液辨证

一、肿瘤气血津液辨证的核心逻辑

（一）生理态→失调态→病理态递进

生理态：气血津液运行正常，脏腑功能协调，无肿瘤发生基础；

失调态：气血津液运行失常（如气虚、气滞、津亏），但无器质性病变，对应癌前病变高危状态（如慢性萎缩性胃炎、食管上皮不典型增生）；

病理态：气血津液失调加重，化生痰、瘀、毒等病理产物，形成肿瘤，对应早期及中晚期肿瘤。

（二）虚实转化规律

癌前病变 / 早期：以“功能失调型虚实”为主（如气虚兼气滞、津亏兼痰湿），虚多实少；

中期：以“病理产物型虚实”为主（如气虚兼血瘀、阴虚兼热毒），虚实并重；

晚期：以“耗竭型虚实”为主（如气血两虚兼瘀毒、阴阳两虚兼痰湿），虚多实少。

二、食管癌气血津液辨证分期要点

食管癌以“食管气机阻滞、津液濡养失常”为核心，气血津液失调随病程呈现“津亏→痰瘀→毒结”的动态演变，核心关联脏腑为胃、肝、肺。——应为胃、肝、脾

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生）

核心辨证类型：气虚兼气滞、津亏兼痰湿

气虚兼气滞证：

辨证要点：吞咽轻微不适、胸骨后隐痛，神疲乏力、食少纳呆，嗝气频繁、情绪波动时加重；舌淡红苔薄白，脉细弦；内镜下食管黏膜轻度充血、蠕动减慢。

防筛要点：情志抑郁 + 脾胃虚弱体质为高危，每 6-12 个月复查食管镜；干预以益气健脾 + 疏肝理气为主（党参、黄芪、柴胡、香附），阻断气虚气滞向痰瘀转化。

津亏兼痰湿证：

辨证要点：吞咽干涩、咽喉异物感，口干但不欲饮，痰涎黏腻，大便溏薄；舌淡胖苔白腻，脉濡细；内镜下食管黏膜轻度干燥、黏液增多。

防筛要点：长期嗜食辛辣+痰湿体质为高危，每6个月复查食管镜；干预以滋阴生津+化痰祛湿为主（沙参、麦冬、陈皮、薏苡仁），缓解黏膜干燥与痰湿积聚。

（二）早期食管癌

核心辨证类型：气虚兼血瘀、津亏兼痰瘀

气虚兼血瘀证：

辨证要点：吞咽不畅、胸骨后刺痛（偶发），神疲乏力、面色萎黄，食后腹胀；舌淡紫苔薄白，脉细涩；内镜下食管黏膜局部隆起、轻度糜烂，病理提示早期癌。

防筛要点：每3-6个月复查食管镜+CEA；干预以益气活血+化痰通管为主（黄芪、当归、桃仁、浙贝母），抑制血瘀痰结进展。

津亏兼痰瘀证：

辨证要点：吞咽干涩、胸骨后灼痛，口干咽燥、痰涎黏稠，大便干结；舌红绛苔薄腻，脉细数；内镜下食管黏膜干燥、局部充血糜烂，伴少量痰瘀附着。

防筛要点：每3个月复查食管镜；干预以滋阴生津+化痰逐瘀为主（玄参、麦冬、丹参、瓜蒌），濡润食管同时清除早期痰瘀。

（三）中期食管癌

核心辨证类型：血瘀为主、阴虚兼热毒

血瘀证：

辨证要点：吞咽困难、胸骨后刺痛（持续性），肿块固定不移，大便色黑（偶发）；舌紫暗有瘀斑、脉沉涩；内镜下食管肿块形成、溃疡，侵犯肌层。

防筛要点：每1-3个月复查食管镜+CT；干预以活血化瘀+解毒散结为主（丹参、桃仁、红花、半枝莲），阻断痰瘀毒互结。

阴虚兼热毒证：

辨证要点：吞咽疼痛、胸骨后灼热感，口干咽燥、口臭，大便干结，伴癌性低热；舌红绛苔黄燥，脉弦数；内镜下食管黏膜溃疡、糜烂，伴脓性分泌物。

防筛要点：监测肿瘤标志物（CEA、SCC）；干预以滋阴清热+解毒止痛为主（沙参、麦冬、蒲公英、黄连），缓解热毒灼伤。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（四）晚期食管癌

核心辨证类型：气血两虚兼瘀毒、津液枯竭

气血两虚兼瘀毒证：

辨证要点：吞咽梗阻、水米难进，形体消瘦、神疲乏力，面色苍白，胸骨后剧烈疼痛；舌淡紫苔薄白，脉细弱；影像学提示远处转移（如肺转移）。

防筛要点：每1个月复查体征+肿瘤标志物；干预以益气养血+化瘀解毒为主（党参、黄芪、当归、川芎），兼顾止痛、改善营养。

津液枯竭证：

辨证要点：吞咽极度困难、口干咽燥，皮肤干燥、小便短少，大便秘结；舌红绛无苔、脉细数；内镜下食管黏膜萎缩、干燥，无黏液分泌。

防筛要点：监测水电解质平衡；干预以滋阴润燥+益气生津为主（西洋参、麦冬、生地、玉竹），缓解津液耗竭。

三、胃癌气血津液辨证分期要点

胃癌以“脾胃运化失常、气血生成不足、痰湿瘀血积聚”为核心，气血津液失调随病程呈现“气虚→血瘀→气血两虚”“痰湿→热毒→津液枯竭”的动态演变，核心关联脏腑为脾、胃、肝。

（一）癌前病变阶段（慢性萎缩性胃炎伴肠化生/上皮内瘤变）

核心辨证类型：脾胃气虚兼气滞、脾虚痰湿内生

脾胃气虚兼气滞证：

辨证要点：胃脘隐痛、食后饱胀，神疲乏力、食少纳呆，嗳气频繁；舌淡苔白，脉细弦；内镜下胃黏膜苍白、变薄，伴肠化生。

防筛要点：脾胃虚弱体质+家族史者，每6-12个月复查胃镜；干预以益气健脾+理气和胃为主（党参、白术、陈皮、香附），改善胃黏膜供血。

脾虚痰湿内生证：

辨证要点：脘腹痞满、口黏痰多，食少便溏、肢体沉重，舌苔厚腻；舌淡胖苔白腻，脉濡缓；内镜下胃黏膜黏液增多、糜烂，伴幽门螺杆菌感染。

防筛要点：每3-6个月复查胃镜+幽门螺杆菌；干预以健脾祛湿+化痰和胃为主（茯苓、白术、半夏、薏苡仁），清除痰湿滋生环境。

（二）早期胃癌

核心辨证类型：气虚兼血瘀、胃阴亏虚兼痰湿

气虚兼血瘀证：

辨证要点：胃脘隐痛、偶发刺痛，神疲乏力、面色萎黄，食后腹胀加重；舌淡紫苔薄白，脉细涩；内镜下胃黏膜局部隆起、轻度溃疡，病理提示早期癌。

防筛要点：每3个月复查胃镜+CA72-4；干预以益气活血+健脾和胃为主（黄芪、党参、丹参、三七），抑制血瘀进展。

胃阴亏虚兼痰湿证：

辨证要点：胃脘灼痛、饥不欲食，口干咽燥、口黏痰多，大便干结；舌红少津苔薄腻，脉细数；内镜下胃黏膜干燥、局部糜烂，伴少量痰湿附着。

防筛要点：每3个月复查胃镜；干预以滋阴养胃+化痰祛湿为主（沙参、麦冬、陈皮、浙贝母），兼顾胃阴修复与痰湿清除。

（三）中期胃癌

核心辨证类型：胃腑血瘀、阴虚兼热毒

胃腑血瘀证：

辨证要点：胃脘刺痛、固定不移，夜间加重，大便色黑或呕血，肿块可触及；舌紫暗有瘀斑、脉沉涩；内镜下胃壁肿块、溃疡，侵犯肌层，伴淋巴结肿大。

防筛要点：每1-3个月复查胃镜+CT；干预以活血化瘀+散结止痛为主（桃仁、红花、三棱、莪术），阻断瘀毒深结。

阴虚兼热毒证：

辨证要点：胃脘灼痛、口臭，口干咽燥、大便干结带血，伴癌性发热；舌红绛苔黄燥，脉弦数；内镜下胃黏膜溃疡、糜烂，伴脓性分泌物，病理提示中分化或低分化癌。

防筛要点：监测肿瘤标志物（CEA、CA72-4、CA19-9）；干预以滋阴清热+解毒散结为主（生地、麦冬、蒲公英、半枝莲），缓解热毒灼伤。

（四）晚期胃癌

核心辨证类型：气血两虚兼瘀毒、阴阳两虚兼痰湿

气血两虚兼瘀毒证：

辨证要点：胃脘隐痛、形体极度消瘦，面色苍白、神疲乏力，头晕心悸，呕血黑便；舌淡紫苔薄白，脉细弱；影像学提示远处转移（如肝转移、腹腔转移）。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

防筛要点：每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物；干预以益气养血 + 化瘀解毒为主（当归、熟地、黄芪、川芎），改善恶病质。

阴阳两虚兼痰湿证：

辨证要点：胃脘冷痛、喜温喜按，同时伴口干咽燥、潮热盗汗，食少便溏、肢体水肿；舌淡胖苔少，脉沉细；内镜下胃黏膜苍白水肿，伴大量痰湿积聚，远处转移明显。

防筛要点：监测肝肾功能 + 电解质；干预以阴阳双补 + 化痰祛湿为主（党参、黄芪、附子、麦冬、茯苓），兼顾正气恢复与痰湿清除。

四、肿瘤气血津液辨证与防筛的结合路径

（一）辨证 - 风险分层匹配

高危人群（失调态→病理态转化风险高）

辨证类型：气虚兼血瘀、阴虚兼热毒、脾虚痰湿内生；

对应疾病：高级别上皮内瘤变、慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌阳性、食管上皮不典型增生（中度 - 重度）；

筛检频率：每 3-6 个月复查内镜 + 肿瘤标志物；

干预方向：针对性纠正失调（如气虚→益气，痰湿→祛湿），阻断病理产物生成。

中危人群（失调态，无病理产物）

辨证类型：单纯气虚、气滞、津亏；

对应疾病：慢性非萎缩性胃炎、食管上皮不典型增生（轻度）；

筛检频率：每 6-12 个月复查内镜；

干预方向：调理气血津液功能，恢复生理态（如气滞→疏肝理气，津亏→滋阴生津）。

低危人群（生理态或轻度失调）

辨证类型：无明确气血津液失调，或轻度失调可自行缓解；

对应疾病：无癌前病变，仅功能性胃肠病；

筛检频率：每 12-24 个月常规体检；

干预方向：生活方式调理（饮食、情绪、运动），维持生理态。^①

① 强睿. 中医治疗肿瘤，重视调理脾胃的阴阳气血 [J]. 家庭科学, 2024, (12): 20-21.

（二）辨证－干预方案精准匹配

气血失调为主的干预

气虚：益气健脾为主（党参、黄芪、白术、炙甘草），兼顾脏腑特性（食管癌加桔梗、胃癌加陈皮）；

气滞：疏肝理气为主（柴胡、郁金、香附、枳壳），食管癌加桔梗、胃癌加厚朴；

血瘀：活血化瘀为主（丹参、桃仁、红花），早期用温和活血（三七、川芎），中期用破血散结（三棱、莪术），晚期用养血活血（当归、熟地）；

气血两虚：益气养血为主（当归、黄芪、熟地、白芍），兼顾健脾生血（白术、茯苓）。

津液失调为主的干预

津亏：滋阴生津为主（沙参、麦冬、玄参、生地），食管癌加百合、胃癌加玉竹；

痰湿内生：化痰祛湿为主（陈皮、半夏、茯苓、薏苡仁），食管癌加瓜蒌、胃癌加苍术；

津液枯竭：益气滋阴润燥为主（西洋参、麦冬、生地、玉竹），加少量化痰药（川贝母）；

热毒津伤：清热解毒＋滋阴生津为主（蒲公英、黄连、麦冬、生地），避免苦寒伤津。

（三）辨证－疗效监测匹配

症状监测：以核心失调症状改善为指标

气虚：神疲乏力、食少纳呆缓解；

血瘀：刺痛、肿块缩小；

津亏：吞咽干涩、口干咽燥缓解；

痰湿：口黏痰多、脘腹痞满减轻。

客观检查监测

内镜监测：黏膜异常（充血、糜烂、溃疡）改善，肿瘤缩小或稳定；

肿瘤标志物监测：CEA、CA72-4、SCC 等水平下降或稳定；

体质监测：气血津液失调相关体征（舌脉、面色、体力）改善，体质向平和转化。

第四节 肿瘤特殊证候辨析

一、肿瘤核心特殊证候：痰瘀毒互结证辨析

痰瘀毒互结是肿瘤最核心的特殊证候，贯穿中期至晚期，也是癌前病变向早期癌转化的关键预警证候，其辨析核心在于“痰、瘀、毒三邪的协同存在”。

（一）核心辨析要点

证候本质：痰浊、瘀血、热毒三者相互胶结，形成“痰瘀→毒生→毒助痰瘀”的恶性循环，是肿瘤肿块形成、侵袭转移的直接病机。

1. 特异性指征（食管癌/胃癌共性）

局部症状：肿块固定不移、疼痛呈刺痛或灼痛（夜间加重），食管癌伴吞咽梗阻进行性加重，胃癌伴呕血黑便或呕吐宿食；

全身症状：伴癌性低热（37.5-38.5℃）、体重短期内下降（ $\geq 5\text{kg}/3$ 个月）、口苦口臭、大便干结或黏腻；

舌脉体征：舌紫暗或绛红、苔黄腻或燥，脉弦滑或沉涩；内镜下可见肿块、溃疡伴脓性分泌物，病理提示中低分化或伴淋巴结转移。

2. 分病种特异性表现

食管癌（痰瘀毒互结证）：吞咽疼痛剧烈、痰涎黏稠带血，胸骨后灼热感，食管镜下溃疡面覆污秽苔，SCC（鳞状上皮细胞癌抗原）升高；

胃癌（痰瘀毒互结证）：胃脘肿块坚硬、压痛明显，大便色黑黏腻，胃镜下溃疡深大、边缘不规则，CA72-4、CA19-9 显著升高。

（二）防筛预警与干预要点

预警价值：痰瘀毒互结证是肿瘤进展加速的核心信号，癌前病变人群出现此证候，提示 3-6 个月内进展为早期癌的风险极高；早期肿瘤出现此证候，提示易发生转移。

筛检策略：

高危人群：癌前病变（高级别上皮内瘤变）、早期肿瘤患者，每 1-3 个月复查内镜 + 肿瘤标志物（CEA、CA72-4、SCC）+ 影像学（CT）；

重点监测：关注肿块大小、溃疡深度、淋巴结变化，评估毒邪盛衰。

干预方向：化痰逐瘀 + 解毒散结，兼顾脏腑特性：

食管癌：浙贝母、瓜蒌（化痰）+ 丹参、桃仁（逐瘀）+ 蒲公英、半枝莲（解

毒)+桔梗(通管);

胃癌:陈皮、半夏(化痰)+三棱、莪术(逐瘀)+黄连、白花蛇舌草(解毒)+白术(健脾)。

二、肿瘤兼夹特殊证候:癌毒伤正复合证辨析

癌毒伤正复合证是肿瘤中晚期的常见特殊证候,指“癌毒持续耗伤正气”导致的“一毒多虚”复合状态,核心是“毒邪未去、正气已虚”,需区分虚证类型与毒邪主次。

(一) 常见亚型及辨析要点

1. 癌毒伤气兼阴虚证(食管癌为主)

辨析要点:吞咽梗阻、神疲乏力(气虚),口干咽燥、潮热盗汗(阴虚),伴痰少黏稠、大便干结;舌淡红绛、苔少,脉细弱数;多为放疗后或中期食管癌,内镜下黏膜干燥、肿瘤表面干燥无黏液。

关键鉴别:与单纯阴虚证区分——前者必有肿瘤相关毒邪表现(如肿块、癌性低热),后者无器质性病变;与气虚证区分——后者无阴虚“干、燥、热”特征。

2. 癌毒伤血兼阳虚证(胃癌为主)

辨析要点:胃脘隐痛、面色苍白(血虚),畏寒肢冷、大便溏薄(阳虚),伴呕血黑便、肢体水肿;舌淡紫胖、苔白滑,脉沉细弱;多为晚期胃癌伴慢性失血,影像学提示腹腔转移。

关键鉴别:与单纯气血两虚证区分——前者有癌毒表现(如肿块、转移),后者无肿瘤相关病变;与阳虚证区分——后者无血虚“苍白、头晕”特征。

3. 癌毒伤阴兼痰湿证(共性中晚期)

辨析要点:口干咽燥、手足心热(阴虚),口黏痰多、脘腹痞满(痰湿),伴肿瘤疼痛、大便黏腻;舌红少津苔腻,脉细数滑;多为中晚期肿瘤,痰瘀毒互结同时耗伤阴液,形成“燥痰并存”的矛盾证候。

关键鉴别:核心是“阴虚与痰湿并存”,需避免单纯滋阴(加重痰湿)或单纯祛湿(加重阴虚),辨证核心为“毒邪为纽带,阴虚与痰湿互为因果”。

(二) 防筛干预与转化预警

干预原则:扶正解毒+调和虚实,避免“补虚留毒”或“祛毒伤正”:

癌毒伤气兼阴虚:益气滋阴+解毒通管(黄芪、党参+沙参、麦冬+半枝莲、

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

玄参)；

癌毒伤血兼阳虚：养血温阳 + 解毒和胃（当归、熟地 + 附子、干姜 + 白花蛇舌草、陈皮）；

癌毒伤阴兼痰湿：滋阴祛湿 + 解毒散结（麦冬、生地 + 茯苓、薏苡仁 + 浙贝母、蒲公英）。

转化预警：

向好转化：乏力、口干、痞满等症状减轻，肿瘤标志物下降→提示正气恢复、毒邪衰减；

向坏转化：消瘦加重、转移扩大，同时出现高热或体温过低→提示正气耗竭、毒邪弥漫，预后极差。

三、肿瘤危重症候：癌毒弥漫、阴阳离决前驱证辨析

此类证候为肿瘤晚期危重症候，是“阴阳离决”的前驱表现，辨析核心在于“识别预警信号、紧急干预挽救”，主要包括“癌毒攻心证”“癌毒耗阳证”两类。

（一）癌毒攻心证（共性晚期）

1. 辨析要点

核心症状：突发心悸、胸闷气短、烦躁不安，伴面色青紫、大汗淋漓，食管癌/胃癌晚期均可见，多因癌毒转移至心脏或严重恶病质导致心阳耗竭；

辅助检查：心电图提示心律失常，心肌酶升高，影像学提示心包转移或大量腹水压迫心脏；

辨证关键：与普通心悸区分——前者有明确肿瘤晚期病史，伴癌毒表现（如恶病质、转移），后者无肿瘤基础；属“亡阳”前驱，需紧急干预。

2. 急救干预与防筛警示

急救方案：回阳救逆 + 解毒开窍（人参、附子、干姜 + 麝香、冰片，研末冲服），同时西医对症支持（纠正心衰、抽腹水）；

防筛警示：晚期肿瘤患者出现“轻微心悸、胸闷”时，需立即复查心脏超声 + 心电图，提前干预避免进展为癌毒攻心证。

（二）癌毒耗阳证（胃癌为主）

1. 辨析要点

核心症状：胃脘冷痛剧烈、畏寒肢冷至极（四肢厥逆），食入即吐、大便失

禁，伴面色苍白如纸、精神萎靡；舌淡胖无苔、脉微欲绝；多为晚期胃癌伴广泛转移，阳气耗竭殆尽；

辅助检查：血压下降、电解质紊乱（低钾低钠），影像学提示腹腔广泛转移；

辨证关键：与单纯阳虚证区分——前者阳气耗竭不可逆，伴癌毒弥漫，后者可通过温阳恢复；属“阴阳离决”前期，干预窗口期极短。

2. 急救干预与防筛警示

急救方案：大补元气+温阳固脱（高丽参、附子、肉桂、炙甘草，浓煎频服），配合西医补液、纠正电解质；

防筛警示：晚期胃癌患者出现“畏寒加重、食欲完全丧失”时，需每周监测电解质+血压，提前温阳扶正，延缓阳气耗竭。

四、癌前病变特殊预警证候：癌前潜毒证辨析

癌前潜毒证是癌前病变阶段的特殊“亚临床证候”，指“毒邪隐伏、尚未成形”，但已出现“功能失调+微观病理改变”的预警状态，是防筛干预的黄金靶点。

（一）核心辨析要点

证候本质：正气不足（气虚、阴虚），毒邪潜伏于黏膜（食管/胃黏膜），无明确肿块但有微观病理改变（如肠化生、不典型增生），表现为“虚中夹毒、毒隐难察”。

特异性指征：

食管癌前潜毒证：吞咽轻微不适、胸骨后隐痛，伴口干但不欲饮、情绪抑郁，舌淡红有瘀点、苔薄黄，脉细弦；食管镜下黏膜轻度充血、血管纹理紊乱，病理提示中度不典型增生。

胃癌前潜毒证：胃脘隐痛、食后饱胀，伴口黏口臭、大便溏薄，舌淡胖苔白腻、脉濡细；胃镜下黏膜糜烂、黏液增多，病理提示肠化生+幽门螺杆菌阳性。

关键鉴别：与普通癌前病变功能失调证区分——前者有“潜毒”表现（如口臭、舌瘀点、黏膜糜烂），后者仅为单纯气虚、气滞，无“毒邪”相关体征。

（二）防筛干预与逆转要点

干预核心：解毒潜阳+扶正祛邪，阻断“潜毒→成形毒→肿瘤”转化：

食管癌前潜毒证：疏肝理气+解毒散结（柴胡、郁金+蒲公英、玄参+桔梗、沙参），每3-6个月复查食管镜，重点监测不典型增生是否逆转；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

胃癌前潜毒证: 健脾祛湿+解毒消痞(茯苓、白术+蒲公英、黄连+陈皮、半夏), 每3个月复查胃镜+幽门螺杆菌, 目标是清除幽门螺杆菌、逆转肠化生。^①

逆转评估:

有效: 症状消失, 舌脉恢复正常, 内镜下黏膜异常改善, 病理提示不典型增生/肠化生减轻或消失;

无效: 症状加重, 病理提示高级别上皮内瘤变, 需立即调整干预方案, 必要时内镜下治疗。

第五节 肿瘤辨证与现代医学结合

一、辨证与现代医学结合的理论基础

(一) 认识论层面的互补性

1. 整体观与还原论的融合

中医辨证以“整体观”为核心, 将肿瘤视为全身脏腑功能失调、气血津液紊乱的局部表现, 强调“人-病-证”的统一;

现代医学以“还原论”为核心, 通过解剖、病理、分子生物学等手段, 揭示肿瘤的局部病理改变、分子机制, 强调“病-灶-因”的精准定位;

融合逻辑: 以整体观把握肿瘤发生发展的全身背景, 以还原论明确局部病理基础, 实现“全身-局部”的辩证统一, 为防筛提供更全面的理论支撑。

2. 动态辨证与静态诊断的互补

中医辨证强调“证”的动态演变, 认为肿瘤病程中“证型”随正气盛衰、邪气进退而变化, 体现疾病的动态发展;

现代医学诊断强调“病”的静态定性, 通过病理分型、分期明确肿瘤的固定特征, 体现疾病的客观属性;

融合逻辑: 以动态辨证捕捉肿瘤的发展趋势, 以静态诊断明确肿瘤的基础属性, 形成“属性-趋势”的双重认知, 为防筛策略的动态调整提供理论依据。

① 金晓炜, 沈红梅. 中医药辨证调节肝胆肿瘤恶病质患者炎性微环境的思路 [C]// 中国中西医结合学会肿瘤专业委员会. 第十七届全国中西医结合肿瘤学术大会摘要集. 昆明医科大学第三附属医院云南省肿瘤医院; 2019: 83.

（二）病机与病理机制的关联性

1. 中医核心病机与现代医学病理机制的对应

痰瘀毒互结：对应肿瘤细胞增殖、血管新生、炎症微环境形成，痰浊对应肿瘤细胞分泌的黏液样物质、间质纤维化，瘀血对应肿瘤血管生成异常、血液循环障碍，热毒对应肿瘤相关炎症因子（IL-6、TNF- α ）升高；

癌前潜毒证：对应癌前病变阶段的细胞异型增生、分子水平异常（如原癌基因激活、抑癌基因失活），潜毒对应尚未形成明显肿瘤灶的异常细胞群体；

癌毒伤正：对应肿瘤细胞侵袭转移导致的机体营养消耗、免疫功能低下，气虚对应免疫细胞（T 细胞、NK 细胞）活性降低，血虚对应骨髓造血功能抑制，阴虚对应组织损伤后的氧化应激反应。

2. 分病种病机 - 病理关联特色

食管癌：“食管气机阻滞、津亏痰瘀”病机，对应食管黏膜上皮异型增生、鳞状上皮细胞癌变，津亏对应黏膜干燥、屏障功能受损，痰瘀对应肿瘤组织浸润、管腔狭窄；

胃癌：“脾胃运化失常、痰湿瘀毒内生”病机，对应胃黏膜肠化生、腺上皮癌变，脾虚对应胃黏膜修复能力下降，痰湿对应黏液腺癌的黏液分泌异常，瘀血对应肿瘤侵犯胃壁血管导致的出血倾向。

二、核心维度的理论融合逻辑

（一）辨证与现代医学筛查的融合逻辑

1. 证候 - 肿瘤标志物的理论关联

关联本质：肿瘤标志物是中医“证”的微观物质载体，证候类型决定标志物的表达水平，标志物水平印证证候的盛衰；

融合逻辑：

癌前潜毒证：机体处于“正气不足、潜毒隐伏”状态，肿瘤标志物轻度升高（未达临床诊断阈值），对应癌前病变阶段的分子异常；

痰瘀毒互结证：邪气亢盛，肿瘤组织增殖活跃，核心标志物（CEA、CA72-4、SCC）显著升高，对应肿瘤形成后的代谢异常；

癌毒伤正复合证：正气耗竭、毒邪弥漫，多标志物同步升高且伴炎症指标、肝肾功能异常，对应肿瘤转移后的全身病理改变；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

理论价值：通过“证候类型 + 标志物阈值”的双重界定，提升筛查的灵敏度与特异度，解决单纯标志物筛查假阳性、假阴性的问题。

2. 辨证 - 内镜检查的融合逻辑

关联本质：内镜下黏膜形态是中医“证”的宏观形态载体，证候特征决定黏膜病变的类型与程度，黏膜形态印证证候的病机属性；

融合逻辑：

癌前潜毒证：黏膜轻度充血、血管纹理紊乱，对应“潜毒扰动、气机不畅”，无明显器质性肿块，仅为功能失调向结构异常的过渡；

痰瘀毒互结证：黏膜溃疡、肿块形成，对应“痰瘀凝结、热毒灼伤”，溃疡边缘不规则、覆污秽苔，体现毒邪亢盛的病理特征；

癌毒伤阴兼痰湿证：黏膜干燥伴黏液附着，对应“阴虚津亏、痰湿内生”，干燥体现阴虚，黏液附着体现痰湿，为复合病机的形态表现；

理论价值：以证候特征指导内镜筛查的重点人群与频率，实现“风险分层筛查”，提高早诊率的同时避免过度筛查。^①

（二）辨证与现代医学诊断的融合逻辑

1. 辨证 - 病理分型的融合逻辑

关联本质：病理分型是中医“证”的病理形态体现，证候类型与肿瘤的病理类型、分化程度存在内在对应关系；

融合逻辑：

高分化肿瘤：多对应“虚多实少”证候（如脾虚痰湿证、胃阴亏虚证），肿瘤细胞异型性低，邪气虽存但正气未完全耗竭；

中低分化肿瘤：多对应“实多虚少”证候（如痰瘀毒互结证、胃热证），肿瘤细胞异型性高，侵袭性强，邪气亢盛；

特殊病理类型：黏液腺癌多对应脾虚痰湿证，鳞癌多对应痰瘀毒互结证，印戒细胞癌多对应癌毒伤正复合证；

理论价值：通过病理分型印证辨证的准确性，同时以证候类型补充病理分型的预后评估维度，解决单纯病理分型无法反映患者个体差异的问题。

① 段旭华, 王俊涛, 许文泽, 等. 现代介入医学与传统中医肿瘤学联合培养研究生的效果 [J]. 河南医学研究, 2024, 33 (20): 3753-3756.

2. 辨证 - 影像学诊断的融合逻辑

关联本质：影像学特征是中医“病位、病势”的客观体现，证候类型决定肿瘤的侵犯范围与转移趋势，影像学结果明确证候的病位深浅；

融合逻辑：

早期肿瘤（Ⅰ - Ⅱ期）：多为癌前潜毒证、痰瘀初结证，影像学提示肿瘤局限于黏膜层 / 黏膜下层，对应“病位表浅、毒邪未盛”；

中期肿瘤（Ⅲ期）：多为痰瘀毒互结证，影像学提示肿瘤侵犯肌层 / 浆膜层，伴区域淋巴结转移，对应“病位深入、毒邪亢盛”；

晚期肿瘤（Ⅳ期）：多为癌毒伤正复合证、阴阳离决前驱证，影像学提示远处转移，对应“病位弥漫、毒邪耗正”；

理论价值：以影像学明确病位深浅，以辨证明确病机属性，实现“病位 - 病机”的双重诊断，为治疗方案的制定提供更精准的理论依据。

（三）辨证与现代医学治疗的融合逻辑

1. 辨证与手术治疗的融合逻辑

术前融合：以“扶正祛邪”理论为指导，术前辨证调理的核心是改善患者体质，增强手术耐受性，减少手术创伤对机体的影响，其理论基础是“正气存内，邪不可干”，通过调理脏腑功能、补充气血津液，为手术创造良好的全身条件；

术后融合：以“调理脏腑、修复损伤”理论为指导，术后证候多为“气虚血瘀、阴虚津亏、脾虚痰湿”，对应手术创伤导致的气血耗伤、脏腑功能失调，治疗的核心是“扶正为主，兼祛余邪”，通过益气活血、滋阴生津、健脾祛湿，促进机体修复，减少术后并发症，其理论基础是“脾主运化、肺主气、肾主藏精”，通过调理核心脏腑功能，恢复机体的生理平衡。

2. 辨证与放化疗的融合逻辑

减毒逻辑：放化疗的“热毒损伤”与中医“热毒伤阴、耗气伤血”病机一致，放疗的电离辐射、化疗药物的细胞毒性，本质上属于中医“热毒”范畴，会导致机体阴液耗伤、气血亏虚，辨证干预的核心是“滋阴清热、益气养血”，通过补充阴液、修复气血，减轻放化疗对正常组织的损伤，其理论基础是“阴平阳秘，精神乃治”；

增效逻辑：辨证干预可通过调节肿瘤微环境、增强机体对放化疗的敏感性，实现增效，如痰瘀毒互结证予化痰逐瘀解毒中药，可抑制肿瘤血管生成，减少放

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

化疗药物的耐药性，脾虚痰湿证予健脾祛湿中药，可改善肿瘤细胞的代谢状态，促进药物吸收，其理论基础是“祛邪以扶正，扶正以祛邪”。

（四）辨证与现代医学预后评估的融合逻辑

1. 证候 - 预后指标的融合逻辑

关联本质：中医证候是预后的宏观判断依据，现代医学预后指标（分期、分化程度、基因检测）是预后的微观判断依据，两者结合可实现预后的精准预测；

融合逻辑：

低危预后：癌前潜毒证 + 低级别上皮内瘤变 + 标志物正常，对应机体正气尚可、潜毒易被清除，预后良好；

中危预后：痰瘀毒互结证（早期）+ I - II 期肿瘤 + 高分化 + 标志物轻度升高，对应邪气初盛、正气未衰，预后中等；

高危预后：痰瘀毒互结证（中期）+ III 期肿瘤 + 中分化 + 标志物显著升高，对应邪气亢盛、正气耗伤，预后较差；

危重预后：癌毒伤正复合证 + IV 期肿瘤 + 低分化 + 转移 + 多标志物异常，对应正气耗竭、毒邪弥漫，预后极差；

理论价值：构建“证候类型 - 病理特征 - 分子指标”的三维预后预测模型，弥补单一预后指标的局限性。

2. 辨证 - 基因检测的融合逻辑

关联本质：基因检测结果是中医“证”的分子遗传基础，证候类型与基因表达谱存在对应关系，基因检测可揭示证候的分子机制；

融合逻辑：

痰瘀毒互结证伴 EGFR 基因扩增：提示肿瘤细胞增殖依赖 EGFR 信号通路，中医化痰逐瘀解毒治法可下调 EGFR 表达，增强靶向治疗敏感性；

脾虚痰湿证伴 MSI-H：提示肿瘤组织存在微卫星不稳定，中医健脾祛湿治法可调节机体免疫功能，增强免疫治疗疗效；

理论价值：通过基因检测明确证候的分子靶点，实现“辨证 - 辨基因”的精准结合，为个体化治疗提供理论支撑。

三、融合的关键理论机制

（一）“证－病－灶”的三角关联机制

核心内涵：“证”是全身功能状态的概括，“病”是肿瘤的病理诊断，“灶”是肿瘤的局部病灶，三者形成“证决定病的发展趋势，病决定灶的病理特征，灶影响证的演变方向”的三角关联；

机制路径：

证→病→灶：机体处于特定证候状态（如脾虚痰湿证），导致局部组织（胃黏膜）发生病理改变（肠化生），进而形成肿瘤灶（胃癌）；

灶→病→证：肿瘤灶（如食管癌肿块）不断增殖侵袭，导致病理类型进展（中低分化），进而引起全身证候演变（从痰瘀毒互结证转为癌毒伤阴兼气虚证）；

理论意义：该机制为辨证与现代医学结合提供了核心逻辑框架，明确了“辨证需兼顾病与灶，辨病需结合证与灶，辨灶需关联证与病”的融合原则。

（二）“宏观－微观”的信息整合机制

核心内涵：中医辨证获取的宏观信息（症状、舌脉）与现代医学获取的微观信息（标志物、病理、基因），本质是同一肿瘤病理过程的不同层面表现，通过信息整合实现对肿瘤的全面认知；

整合路径：

宏观信息→微观验证：通过辨证得出的证型，需通过微观指标（如痰瘀毒互结证需验证 CEA 升高、病理提示痰瘀特征）进行印证；

微观信息→宏观解读：通过现代医学检查得出的微观结果（如 PG I /PG II 比值降低），需通过辨证解读其宏观意义（提示脾胃气虚、癌前潜毒）；

理论意义：该机制解决了中医辨证主观性强、现代医学诊断缺乏整体观的问题，实现了“宏观辨证客观化、微观诊断整体化”。

（三）“动态－静态”的平衡调节机制

核心内涵：肿瘤是动态发展的病理过程，中医辨证的动态性与现代医学诊断的静态性形成平衡，通过动态辨证调整静态治疗方案，实现“治疗－病情”的动态适配；

调节路径：

静态诊断→动态辨证→方案调整：根据现代医学的静态诊断（如Ⅲ期胃癌），结合动态辨证结果（痰瘀毒互结证→癌毒伤正复合证），调整治疗方案（从化疗＋

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

化痰逐瘀转为化疗 + 益气养血 + 解毒)；

动态病情→静态评估→辨证优化：根据肿瘤病情的动态变化（如标志物升高、肿瘤缩小），通过现代医学静态评估（CT、内镜），优化辨证分型（如从胃热证转为胃阴亏虚证）；

理论意义：该机制为中西医协同治疗提供了理论支撑，明确了治疗方案需“既符合现代医学的病理分期，又适应中医的证候演变”。

四、融合的实践理论原则

（一）辨证为主，指标为辅原则

核心内涵：中医辨证是融合的核心，现代医学指标仅作为辨证的参考依据，不可替代“望闻问切”获取的证候信息；

理论依据：肿瘤的本质是“全身功能失调的局部表现”，辨证能把握全身状态，而指标仅反映局部或某一维度的病理改变；

实践要求：当指标与证候不一致时，以证候为准，如患者表现为脾虚痰湿证但 CEA 正常，仍需按癌前潜毒证干预，同时密切监测指标变化。

（二）协同互补，避免替代原则

核心内涵：中医辨证与现代医学各有优势与局限，融合的核心是协同互补，而非相互替代，中医不替代现代医学的病理诊断、手术放化疗，现代医学不替代中医的辨证调理；

理论依据：中医的优势在于整体调理、减毒增效（或协同增效），现代医学的优势在于精准定位、祛邪攻坚，两者互补可实现“1+1 > 2”的效果；

实践要求：避免“以西代中”（用指标替代辨证）或“以中代西”（用辨证替代病理诊断），形成“中医辨证指导调理，现代医学明确诊断指导攻坚”的协同模式。

（三）个体化融合，动态调整原则

核心内涵：不同患者的“证-病-灶”特征存在差异，融合方案需体现个体化，同时根据病情进展动态调整辨证分型与现代医学干预手段；

理论依据：肿瘤的发生发展具有显著个体差异，相同病理类型、分期的患者，证候类型可能不同，治疗反应也不同；

实践要求：融合方案需基于患者的具体证候、病理类型、肿瘤灶特征制定，并根据证候演变、指标变化、病灶进展及时调整，避免“一刀切”的固定方案。

第三章 扶正治法在肿瘤中的应用

第一节 益气扶正治法

益气扶正治法以“补益脏腑之气、增强机体运化与防御功能”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“气虚”为核心证候的患者，尤其在癌前病变预防、术后康复、放化疗减毒及晚期姑息治疗中具有不可替代的作用。其理论基础源于中医“脾为后天之本，气血生化之源”“肺主气，司呼吸”，核心靶点是改善机体气虚状态，调节免疫功能与肿瘤微环境，阻断“气虚-痰瘀-肿瘤”的病理演变链条。

一、益气扶正治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗、功法等手段，补充机体脏腑之气（以脾胃之气、肺之气为主），修复气虚导致的脏腑功能减退，恢复气血津液的正常运化与代谢，从根本上增强机体抗邪能力，抑制肿瘤细胞增殖、侵袭与转移。

（一）核心病机适配

原发性气虚：多见于癌前病变阶段，因饮食不节、情志失调、劳累过度导致脾胃气虚，表现为神疲乏力、食少纳呆、大便溏薄，对应胃黏膜修复能力下降、食管黏膜屏障功能受损，是食管癌、胃癌发生的重要始动因素；

继发性气虚：多见于肿瘤中期、晚期或放化疗后，因肿瘤消耗、治疗损伤导致正气耗伤，表现为气短懒言、面色萎黄、自汗盗汗，对应免疫功能低下（T细胞、NK细胞活性降低）、骨髓造血功能抑制，是肿瘤复发转移的关键危险因素。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：益气扶正主要针对“食管气机阻滞、肺气亏虚”病机，食管为气机升降通道，肺气亏虚则宣降失常，导致气机阻滞、津亏痰瘀，益气可助肺气宣降、推动气机，为化痰逐瘀创造条件；

胃癌：益气扶正主要针对“脾胃气虚、运化失常”病机，脾胃气虚则水谷运化失司，痰湿内生、瘀血阻滞，益气可增强脾胃运化功能，减少痰湿瘀毒等病理产物积聚。

二、益气扶正治法的作用机制（现代医学视角）

（一）调节免疫功能，增强机体抗癌能力

促进免疫细胞增殖与活化：益气中药（如黄芪、党参、白术）可促进 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、NK 细胞的增殖与分化，提高免疫细胞表面受体（如 CD3、CD4、CD8）的表达水平，增强免疫细胞对肿瘤细胞的识别与杀伤能力；

调节细胞因子网络平衡：可上调 IL-2、IFN- γ 等促免疫因子的分泌，下调 IL-6、TNF- α 等促炎因子的表达，改善肿瘤相关炎症微环境，抑制炎症因子介导的肿瘤血管新生与侵袭转移；

增强免疫监视功能：通过修复气虚导致的免疫监视缺陷，及时清除体内异常细胞（如癌前病变细胞、微小转移灶），降低食管癌、胃癌的发生与复发风险。

（二）改善肿瘤微环境，抑制肿瘤进展

抑制肿瘤血管新生：益气中药可下调 VEGF（血管内皮生长因子）、bFGF（碱性成纤维细胞生长因子）等血管生成因子的表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖与迁移，减少肿瘤组织的血液供应，从而抑制肿瘤细胞的增殖与代谢；

逆转肿瘤细胞上皮-间质转化（EMT）：可调节 EMT 相关信号通路（如 TGF- β /Smad、Wnt/ β -catenin），下调 N-cadherin、Vimentin 等间质标志物的表达，上调 E-cadherin 等上皮标志物的表达，抑制肿瘤细胞的侵袭与转移能力；

改善肿瘤组织缺氧状态：通过增强机体气血运行，改善肿瘤组织的血液灌注，减轻缺氧微环境对肿瘤细胞的促侵袭作用，同时提高放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，增强治疗敏感性。

（三）保护正常组织功能，减轻治疗损伤

减轻放化疗所致骨髓抑制：益气中药可促进骨髓造血干细胞的增殖与分化，提高外周血白细胞、红细胞、血小板计数，改善放化疗导致的贫血、感染风险；

保护消化功能：可增强胃肠道平滑肌的蠕动功能，促进消化液分泌，改善放化疗所致的恶心呕吐、食少纳呆、腹泻等消化道反应，提高患者营养摄入与生活质量；

减轻器官损伤：对食管癌放疗所致的放射性食管炎、胃癌化疗所致的肝肾功能损伤具有保护作用，通过抑制氧化应激反应（减少 ROS 生成）、增强抗氧化酶（SOD、GSH-Px）活性，减轻组织炎症与损伤。^①

① 夏宁俊, 顾根网, 陈艳, 等. 固表扶正止瘤汗汤联合益气敛汗散治疗气血两虚型肿瘤相关性汗证疗效观察 [J]. 广西中医药大学学报, 2025, 28 (04): 20-24.

三、益气扶正治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴肠化生）

1. 适配证候：脾胃气虚证、肺脾气虚证

核心症状：神疲乏力、食少纳呆、食后腹胀，大便溏薄、肢体沉重，舌淡苔白、脉细弱；内镜下可见食管 / 胃黏膜苍白、变薄，血管纹理清晰，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案：

核心方剂：四君子汤（党参、白术、茯苓、炙甘草）加減，脾胃气虚甚者加黄芪、山药、炒扁豆；肺脾气虚者加炙黄芪、陈皮、升麻；

配伍逻辑：以党参、黄芪益气健脾肺，白术、茯苓健脾祛湿，炙甘草调和诸药，兼顾“益气”与“祛湿”，阻断脾虚痰湿向癌前潜毒证转化；

防筛价值：连续应用 3-6 个月，可改善黏膜修复能力，逆转低级别上皮内瘤变，降低 1-3 年癌变风险，建议每 6 个月复查内镜 + 肿瘤标志物（CEA、PG I / PG II）。

（二）早期肿瘤术后康复阶段（I - II 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：气虚血瘀证、脾胃气虚兼痰湿证

核心症状：术后神疲乏力、气短懒言，切口疼痛、腹胀，食少纳呆、大便溏薄，舌淡紫苔薄白、脉细涩；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层 / 黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：补中益气汤（黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡）合桃红四物汤（桃仁、红花、当归、川芎、熟地、白芍）加減；

配伍逻辑：黄芪、党参、白术益气健脾，增强术后体质恢复；当归、川芎、桃仁、红花活血化瘀，促进切口愈合与胃肠功能恢复；陈皮、半夏化痰祛湿，减少术后痰湿积聚；

防筛价值：术后连续应用 6-12 个月，可降低术后并发症（如切口感染、肠粘连）发生率，改善免疫功能，将术后 1-2 年复发风险降低 30%-40%，建议每 3 个月复查内镜 + CT。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（三）中期肿瘤放化疗减毒增效阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：气虚兼热毒证、气虚血瘀兼痰湿证

核心症状：放化疗期间神疲乏力、头晕心悸，恶心呕吐、食少纳呆，白细胞减少、血小板降低，舌淡苔薄黄、脉细弱；影像学提示肿瘤侵犯肌层 / 浆膜层，伴区域淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：黄芪建中汤（黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、生姜、大枣、饴糖）合参苓白术散（人参、白术、茯苓、山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草）加减；

配伍逻辑：黄芪、人参、白术益气扶正，增强放化疗耐受性；桂枝、白芍调和气血，缓解疼痛；茯苓、薏苡仁、白扁豆健脾祛湿，减轻消化道反应；配伍少量蒲公英、半枝莲清热解毒，兼顾减毒与增效；

防筛价值：放化疗期间同步应用，可使消化道反应发生率降低 40%-50%，骨髓抑制程度减轻 1-2 级，放化疗完成率提高 20%-30%，建议每 1 个月复查血常规 + 肿瘤标志物（CEA、CA72-4）。

（四）晚期肿瘤姑息治疗阶段（Ⅳ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：气血两虚证、气虚阳虚证

核心症状：晚期神疲乏力、极度消瘦，面色苍白、气短喘促，食少纳呆、大便失禁，舌淡胖苔白滑、脉细弱；影像学提示远处转移（肝、肺、腹腔）；

2. 应用方案

核心方剂：十全大补汤（人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草、当归、川芎、熟地、白芍、肉桂）加减；

配伍逻辑：人参、黄芪、白术、茯苓益气健脾，增强体质；当归、熟地、白芍养血补血，改善贫血；川芎活血化瘀，缓解疼痛；肉桂温阳散寒，改善畏寒肢冷；

防筛价值：晚期连续应用，可将患者生存期延长 3-6 个月，生活质量评分（KPS）提高 10-20 分，减轻疼痛、恶病质等症状，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第二节 养血扶正治法

养血扶正治法以“补充机体血液、修复血虚所致脏腑失养”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“血虚”为核心证候的患者，尤其在癌前病变伴慢性失血、术后贫血、放化疗骨髓抑制、晚期恶病质等场景中发挥重要作用。其理论基础源于中医“肝藏血、脾统血、心主血”，核心靶点是改善机体血虚状态，修复骨髓造血功能，增强机体耐受力，阻断“血虚 - 气虚 - 肿瘤进展”的恶性循环。

一、养血扶正治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗等手段，补充血液生成所需物质基础（如营气、津液），调节肝、脾、心等脏腑功能（脾为气血生化之源，肝藏血，心主血脉），恢复血液的濡养与滋润功能，改善血虚导致的机体代谢紊乱与免疫功能下降，为肿瘤防筛与治疗创造条件。

（一）核心病机适配

原发性血虚：多见于癌前病变伴慢性失血（如胃溃疡出血、食管溃疡出血），表现为面色苍白、头晕心悸、月经量少，对应血红蛋白降低、红细胞计数减少，是食管癌、胃癌发生的危险因素之一（血虚导致黏膜修复能力下降）；

继发性血虚：多见于肿瘤中期、晚期或放化疗后，因肿瘤消耗、放化疗损伤骨髓造血功能，表现为头晕目眩、肢体麻木、爪甲苍白，对应中重度贫血、血小板减少，是肿瘤复发转移的重要诱因（血虚导致免疫功能进一步衰退）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：养血扶正主要针对“肝血不足、食管脉络失养”病机，肝血不足则食管脉络濡养失常，易导致津亏痰瘀，养血可濡润食管脉络，为化痰通管奠定基础；

胃癌：养血扶正主要针对“脾不统血、胃黏膜失血”病机，脾不统血则胃黏膜易出血、修复困难，养血可增强胃黏膜修复能力，减少慢性失血导致的血虚加重。

二、养血扶正治法的作用机制（现代医学视角）

（一）修复骨髓造血功能，改善贫血状态

促进造血干细胞增殖分化：养血中药（如当归、熟地、白芍）可促进骨髓造血干细胞（HSC）的增殖与分化，上调造血相关细胞因子（如 EPO、G-CSF、

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

GM-CSF) 的表达, 增加红细胞、白细胞、血小板的生成, 改善放化疗所致的骨髓抑制;

补充造血原料: 熟地、阿胶、何首乌等养血中药富含铁、叶酸、维生素 B12 等造血必需物质, 可直接补充机体造血原料不足, 改善缺铁性贫血、巨幼细胞性贫血;

保护造血微环境: 通过抑制骨髓基质细胞的炎症反应 (下调 IL-6、TNF- α 表达), 改善骨髓造血微环境, 减少放化疗对造血干细胞的损伤, 促进造血功能恢复。

(二) 调节免疫功能, 增强抗癌能力

提高免疫细胞活性: 养血中药可增强 T 淋巴细胞、NK 细胞的杀伤活性, 上调免疫细胞表面共刺激分子 (如 CD28、CD40L) 的表达, 改善血虚导致的免疫功能低下;

调节免疫球蛋白分泌: 可促进 B 淋巴细胞分泌 IgG、IgA 等免疫球蛋白, 增强体液免疫功能, 提高机体对肿瘤细胞的识别与清除能力;

抑制免疫逃逸: 通过下调肿瘤细胞表面 PD-L1 的表达, 阻断肿瘤细胞与免疫细胞的负向调控作用, 增强免疫监视功能, 减少肿瘤复发转移。

(三) 改善肿瘤微环境, 抑制肿瘤进展

抑制肿瘤细胞增殖: 养血中药 (如当归、川芎) 中的有效成分 (如阿魏酸、川芎嗪) 可抑制肿瘤细胞的 DNA 合成与增殖, 诱导肿瘤细胞凋亡, 对食管癌鳞癌、胃癌腺癌均有一定的抑制作用;

抑制肿瘤血管新生: 可下调 VEGF、MMP-9 等血管生成相关因子的表达, 抑制肿瘤血管内皮细胞的迁移与管腔形成, 减少肿瘤组织的血液供应, 从而抑制肿瘤侵袭与转移;

改善肿瘤组织代谢: 通过增强机体血液运行, 改善肿瘤组织的营养供应与代谢废物排出, 减轻肿瘤组织的缺氧、酸中毒状态, 降低肿瘤细胞的侵袭性。

(四) 保护正常组织, 减轻治疗损伤

减轻放化疗所致消化道损伤: 养血中药可保护胃肠黏膜屏障功能, 减少放化疗药物对胃肠黏膜的刺激, 改善恶心呕吐、腹痛腹泻等消化道反应;

减轻放射性损伤: 对食管癌放疗所致的放射性食管炎、胃癌放疗所致的放射性胃炎具有保护作用, 通过增强黏膜修复能力, 减轻黏膜充血、糜烂、溃疡;

改善神经毒性：可缓解化疗药物（如紫杉醇、奥沙利铂）所致的周围神经病变，减轻肢体麻木、感觉异常等症状，提高患者生活质量。

三、养血扶正治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变伴慢性失血阶段（慢性萎缩性胃炎伴出血、食管溃疡）

1. 适配证候：血虚兼气虚证、肝血不足证

核心症状：面色苍白、头晕心悸，胃脘隐痛、大便色黑（潜血阳性），肢体麻木、爪甲苍白，舌淡苔白、脉细；内镜下可见胃/食管黏膜糜烂、溃疡，伴低级别上皮内瘤变；血常规提示血红蛋白 $< 110\text{g/L}$ （女性）、 $< 120\text{g/L}$ （男性）；

2. 应用方案

核心方剂：归脾汤（白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、当归、远志）合黄土汤（甘草、干地黄、白术、附子、阿胶、黄芩、灶心黄土）加减；

配伍逻辑：黄芪、人参、白术益气健脾，增强造血功能；当归、龙眼肉、阿胶养血补血，补充血液物质基础；灶心黄土、附子温阳止血，修复黏膜出血；木香理气醒脾，避免养血药滋腻碍胃；

防筛价值：连续应用2-3个月，可使血红蛋白升高 $10\text{-}20\text{g/L}$ ，黏膜溃疡愈合率提高60%-70%，低级别上皮内瘤变逆转率提高40%，建议每3个月复查内镜+血常规+潜血试验。

（二）早期肿瘤术后贫血阶段（Ⅰ-Ⅱ期食管癌、胃癌术后伴贫血）

1. 适配证候：血虚兼血瘀证、气血两虚证

核心症状：术后面色苍白、头晕目眩，切口愈合缓慢、肢体麻木，食少纳呆、心悸失眠，舌淡紫苔薄白、脉细涩；术后血常规提示血红蛋白 $< 100\text{g/L}$ ，病理提示无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：当归补血汤（黄芪、当归）合桃红四物汤（桃仁、红花、当归、川芎、熟地、白芍）加减；

配伍逻辑：黄芪益气生血（遵循“气能生血”理论），当归、熟地、白芍养血补血；桃仁、红花、川芎活血化瘀，促进血液循环与切口愈合；配伍山药、茯

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

苓健脾养胃，增强营养吸收；^①

防筛价值：术后应用 3-6 个月，可使贫血纠正率提高 80%，切口愈合时间缩短 3-5 天，免疫功能恢复速度加快，建议每 1 个月复查血常规，每 3 个月复查内镜。

（三）中期肿瘤放化疗骨髓抑制阶段（Ⅲ 期食管癌、胃癌放化疗后）

1. 适配证候：血虚兼气虚证、血虚兼热毒证

核心症状：放化疗后头晕心悸、面色苍白，白细胞 $<3.0\times 10^9/L$ 、血小板 $<50\times 10^9/L$ ，肢体麻木、乏力盗汗，舌淡苔薄黄、脉细弱；影像学提示肿瘤稳定或缩小；

2. 应用方案

核心方剂：四物汤（当归、川芎、熟地、白芍）合八珍汤（人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、川芎、熟地、白芍）加减，配伍鸡血藤、枸杞子、女贞子；

配伍逻辑：当归、熟地、白芍、鸡血藤养血补血，促进造血干细胞增殖；人参、白术、茯苓益气健脾，增强造血功能；枸杞子、女贞子滋补肝肾，保护骨髓造血微环境；配伍少量金银花、连翘清热解毒，减轻放化疗热毒损伤；

防筛价值：放化疗期间同步应用，可使骨髓抑制持续时间缩短 5-7 天，白细胞、血小板恢复速度加快 30%-40%，放化疗中断率降低 25%-35%，建议每 3-5 天复查血常规，动态调整用药剂量。

（四）晚期肿瘤恶病质阶段（Ⅳ 期食管癌、胃癌伴重度贫血）

1. 适配证候：气血两虚证、血虚阳虚证

核心症状：晚期面色萎黄或苍白如纸，头晕心悸、气短喘促，血红蛋白 $<60g/L$ ，极度消瘦、肢体浮肿，舌淡胖苔白滑、脉细弱；影像学提示远处转移；

2. 应用方案：

核心方剂：人参养荣汤（人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草、当归、熟地、白芍、肉桂、陈皮、五味子、远志）合炙甘草汤（炙甘草、生姜、人参、生地、桂枝、阿胶、麦冬、麻仁、大枣）加减；

配伍逻辑：人参、黄芪、白术益气健脾，增强体质；当归、熟地、白芍、阿胶养血补血，纠正重度贫血；肉桂、桂枝温阳散寒，改善阳虚症状；麦冬、五味子滋阴敛汗，缓解盗汗乏力；

① 聂君,周凤,周晓艳.养血扶正膏治疗恶性肿瘤化疗后气血两虚型骨髓抑制的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2024, 32 (21): 82-85.

防筛价值：晚期应用可使患者贫血相关症状缓解率提高 70%，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-4 个月，建议每 1-2 周复查血常规，必要时联合西医输血治疗。

第三节 滋阴扶正治法

滋阴扶正治法以“补充机体阴液、修复阴虚所致脏腑失养”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“阴虚”为核心证候的患者，尤其在放疗后损伤、中期肿瘤热毒伤阴、晚期阴虚火旺等场景中具有核心作用。其理论基础源于中医“阴虚则内热”“肾阴为一身阴液之根本”，核心靶点是改善机体阴虚状态，修复阴液耗伤导致的组织损伤，调节肿瘤微环境，阻断“阴虚 - 热毒 - 肿瘤进展”的病理链条。

一、滋阴扶正治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗等手段，补充机体阴液（以胃阴、肺阴、肾阴为主），修复阴虚导致的脏腑功能失调，恢复阴液的濡润、滋润作用，改善阴虚内热、津亏失养等病理状态，从根本上增强机体抗邪能力，抑制肿瘤细胞增殖与侵袭。

（一）核心病机适配

原发性阴虚：多见于癌前病变阶段，因长期饮食辛辣、情志化火、劳累过度导致胃阴亏虚，表现为口干咽燥、饥不欲食、大便干结，对应食管 / 胃黏膜干燥、屏障功能受损，是食管癌、胃癌发生的重要危险因素（阴虚导致黏膜修复能力下降，易受热毒侵袭）；

继发性阴虚：多见于肿瘤中期、晚期或放疗后，因肿瘤消耗、放疗热毒灼伤阴液，表现为手足心热、潮热盗汗、口干咽燥，对应组织损伤（如放射性食管炎）、免疫功能紊乱，是肿瘤复发转移的关键诱因（阴虚内热促进肿瘤细胞增殖）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：滋阴扶正主要针对“食管津亏、肺阴亏虚”病机，食管为津液濡润通道，肺阴亏虚则津液不能上承食管，导致津亏痰瘀，滋阴可濡润食管、补充肺阴，为化痰通管创造条件；

胃癌：滋阴扶正主要针对“胃阴亏虚、肾阴不足”病机，胃阴亏虚则胃黏膜

失养，易致热毒内生，肾阴不足则一身阴液无源，滋阴可修复胃黏膜、滋养肾阴，减少热毒瘀结。

二、滋阴扶正治法的作用机制（现代医学视角）

（一）修复阴液耗伤，改善阴虚状态

调节体液代谢：滋阴中药（如麦冬、玄参、生地）可促进机体唾液、胃液等分泌，改善口干咽燥、食少纳呆等症状，修复消化道黏膜屏障功能；

抑制氧化应激反应：可增强抗氧化酶（SOD、GSH-Px）活性，减少 ROS（活性氧）生成，减轻氧化应激对组织的损伤，尤其对放疗所致的放射性损伤具有保护作用；

调节内分泌功能：可调节下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴功能，改善阴虚导致的激素分泌紊乱（如皮质醇升高），恢复机体代谢平衡。

（二）调节免疫功能，增强抗癌能力

增强免疫细胞活性：滋阴中药可提高 T 淋巴细胞、NK 细胞的杀伤活性，上调 IL-2、IFN- γ 等促免疫因子的表达，改善阴虚导致的免疫功能低下；

抑制免疫抑制细胞：可下调 Treg 细胞（调节性 T 细胞）的比例，减少免疫抑制因子（如 IL-10、TGF- β ）的分泌，增强免疫监视功能，清除肿瘤细胞；

调节体液免疫：可促进 B 淋巴细胞分泌 IgG、IgA 等免疫球蛋白，增强机体对肿瘤细胞的识别与清除能力。^①

（三）改善肿瘤微环境，抑制肿瘤进展

抑制肿瘤细胞增殖：滋阴中药（如麦冬、生地、玄参）中的有效成分（如麦冬多糖、玄参多糖）可抑制肿瘤细胞的 DNA 合成与增殖，诱导肿瘤细胞凋亡，对食管癌鳞癌、胃癌腺癌均有一定的抑制作用；

抑制肿瘤血管新生：可下调 VEGF、bFGF 等血管生成因子的表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖与迁移，减少肿瘤组织的血液供应，从而抑制肿瘤侵袭与转移；

改善肿瘤组织微环境：通过补充阴液、抑制氧化应激，减轻肿瘤组织的缺氧、酸中毒状态，降低肿瘤细胞的侵袭性，同时提高放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，增强治疗敏感性。

① 柴小妹.《温病条辨》中扶正祛邪治法的运用[J].中国医药导报,2011,8(33):119-121.

（四）保护正常组织，减轻治疗损伤

减轻放射性损伤：对食管癌放疗所致的放射性食管炎、胃癌放疗所致的放射性胃炎具有显著保护作用，可减轻黏膜充血、糜烂、溃疡，缓解吞咽疼痛、胃痛等症状；

减轻化疗药物毒性：可保护肝肾功能，减少化疗药物（如顺铂、氟尿嘧啶）所致的肝肾功能损伤，降低药物不良反应发生率；

改善放化疗所致消化道反应：可促进消化液分泌，改善口干咽燥、恶心呕吐、食少纳呆等症状，提高患者营养摄入与生活质量。

三、滋阴扶正治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴阴虚）

1. 适配证候：胃阴亏虚证、肺胃阴虚证

核心症状：口干咽燥、饥不欲食，食后腹胀、大便干结，手足心热、舌红少津，脉细数；内镜下可见食管/胃黏膜干燥、变薄，血管纹理清晰，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案

核心方剂：益胃汤（沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖）合沙参麦冬汤（沙参、麦冬、玉竹、桑叶、甘草、天花粉、生扁豆）加减；

配伍逻辑：沙参、麦冬、玉竹、生地滋阴养胃、润肺生津，改善黏膜干燥；生扁豆、甘草健脾和胃，避免滋阴药滋腻碍胃；天花粉清热生津，兼顾阴虚内热；

防筛价值：连续应用 3-6 个月，可改善黏膜修复能力，逆转低级别上皮内瘤变，降低 1-3 年癌变风险，建议每 6 个月复查内镜+肿瘤标志物（CEA、PG I /PG II）。

（二）早期肿瘤术后阴虚阶段（I - II 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：阴虚兼气虚证、阴虚兼血瘀证

核心症状：术后口干咽燥、神疲乏力，切口疼痛、潮热盗汗，食少纳呆、大便干结，舌淡红绛、苔少，脉细弱；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层/黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：麦门冬汤（麦冬、半夏、人参、甘草、粳米、大枣）合养阴清肺汤（生地、麦冬、玄参、贝母、丹皮、薄荷、白芍、甘草）加减；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

配伍逻辑：麦冬、生地、玄参滋阴生津，修复术后阴液耗伤；人参、甘草益气健脾，增强体质恢复；半夏降逆和胃，缓解恶心腹胀；丹皮、白芍活血化瘀，促进切口愈合；

防筛价值：术后连续应用 6-12 个月，可降低术后并发症（如切口感染、肠粘连）发生率，改善免疫功能，将术后 1-2 年复发风险降低 25%-35%，建议每 3 个月复查内镜+CT。

（三）中期肿瘤放疗后损伤阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌放疗后）

1. 适配证候：阴虚热毒证、阴虚兼血瘀证

核心症状：放疗后口干咽燥、吞咽疼痛，胸骨后/胃脘灼痛，潮热盗汗、手足心热，大便干结、舌红绛苔黄，脉细数；内镜下可见食管/胃黏膜充血、糜烂、溃疡，伴放射性炎症；

2. 应用方案

核心方剂：玉女煎（石膏、熟地、麦冬、知母、牛膝）合增液汤（玄参、麦冬、生地）加减，配伍蒲公英、半枝莲；

配伍逻辑：麦冬、熟地、玄参、生地滋阴生津，修复放射性损伤；石膏、知母清热泻火，减轻阴虚热毒；牛膝活血化瘀，缓解疼痛；蒲公英、半枝莲清热解毒，抑制肿瘤进展；

防筛价值：放疗后同步应用 2-3 个月，可使放射性炎症缓解率提高 70%-80%，黏膜溃疡愈合时间缩短 1-2 周，放疗后生活质量评分提高 15-20 分，建议每 1 个月复查内镜+肿瘤标志物（CEA、SCC）。

（四）中期肿瘤化疗减毒阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌化疗后）

1. 适配证候：阴虚兼气虚证、阴虚兼痰湿证

核心症状：化疗后口干咽燥、神疲乏力，恶心呕吐、食少纳呆，头晕心悸、潮热盗汗，舌淡红绛、苔薄腻，脉细弱；血常规提示白细胞、血小板轻度降低；

2. 应用方案

核心方剂：六味地黄丸（熟地、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓）合参苓白术散（人参、白术、茯苓、山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草）加减；

配伍逻辑：熟地、山茱萸、山药滋阴补肾，补充一身阴液；人参、白术、茯苓益气健脾，增强化疗耐受性；薏苡仁、白扁豆健脾祛湿，减轻痰湿；砂仁理气醒脾，改善消化吸收；

防筛价值：化疗期间同步应用，可使消化道反应发生率降低 35%-45%，阴虚症状缓解率提高 60%-70%，化疗完成率提高 20%-30%，建议每 1 个月复查血常规 + 肝肾功能。

（五）晚期肿瘤阴虚火旺阶段（Ⅳ 期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：阴虚火旺证、阴阳两虚证（阴虚为主）

核心症状：晚期口干咽燥、极度消瘦，潮热盗汗、手足心热，肿瘤疼痛、夜间加重，大便干结、舌红绛无苔，脉细数；影像学提示远处转移；

2. 应用方案

核心方剂：知柏地黄丸（知母、黄柏、熟地、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓）合左归丸（熟地、山药、枸杞子、山茱萸、川牛膝、菟丝子、鹿角胶、龟板胶）加减；

配伍逻辑：熟地、山茱萸、山药、枸杞子滋阴补肾，填精益髓；知母、黄柏清热泻火，减轻阴虚火旺；龟板胶、鹿角胶阴阳双补，兼顾阴虚及轻度阳虚；川牛膝活血化瘀，缓解疼痛；

防筛价值：晚期连续应用，可使阴虚火旺症状缓解率提高 60%-70%，疼痛评分降低 2-3 分，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第四节 温阳扶正治法

温阳扶正治法以“温补脏腑阳气、修复阳虚所致机能衰退”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“阳虚”为核心证候的患者，尤其在癌前病变伴阳虚、晚期恶病质阳虚、术后阳虚恢复等场景中发挥关键作用。其理论基础源于中医“阳虚则寒”“肾阳为一身阳气之根本，脾阳为后天阳气之源”，核心靶点是改善机体阳虚状态，调节肿瘤微环境，阻断“阳虚 - 痰湿 - 肿瘤”的病理链条，契合现代医学“调节免疫、改善营养代谢、增强治疗耐受性”的防筛目标。

一、温阳扶正治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗、艾灸等手段，补充机体脏腑阳气（以脾阳、肾阳为主），修复阳虚导致的脏腑功能减退，恢复阳气的温煦、推动、固摄作用，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

改善阳虚寒凝、痰湿内生等病理状态，从根本上增强机体抗邪能力，抑制肿瘤细胞增殖与侵袭，为肿瘤防筛与治疗创造有利条件。

（一）核心病机适配

原发性阳虚：多见于癌前病变阶段，因长期饮食生冷、情志抑郁、年老体衰导致脾肾阳虚，表现为畏寒肢冷、食少便溏、肢体浮肿，对应食管/胃黏膜血液循环障碍、修复能力下降，是食管癌、胃癌发生的重要危险因素（阳虚寒凝导致气血瘀滞，痰湿内生，日久成瘤）；

继发性阳虚：多见于肿瘤中期、晚期或放化疗后，因肿瘤消耗阳气、治疗损伤阳气，表现为畏寒肢冷加重、面色㿔白、大便失禁，对应免疫功能极度低下、营养代谢紊乱，是肿瘤复发转移的关键诱因（阳虚导致机体抗邪能力丧失，肿瘤细胞易侵袭转移）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：温阳扶正主要针对“脾阳亏虚、食管气机阻滞”病机，脾阳不足则运化失常，痰湿内生，阻滞食管气机，温阳可健脾化湿、推动气机，为化痰通管创造条件；

胃癌：温阳扶正主要针对“脾肾阳虚、胃失温煦”病机，脾肾阳虚则胃黏膜失于温养，易致寒凝血瘀、痰湿积聚，温阳可温补脾肾、散寒化瘀，减少肿瘤进展风险。

二、温阳扶正治法的作用机制（现代医学视角）

（一）改善阳虚状态，修复机能衰退

调节能量代谢：温阳中药（如附子、干姜、肉桂）可促进线粒体功能恢复，增强细胞呼吸链活性，提高 ATP 生成，改善阳虚导致的能量不足（如畏寒肢冷、神疲乏力）；

改善血液循环：可扩张血管，促进胃肠道血液循环，改善食管/胃黏膜供血，修复黏膜屏障功能，尤其对癌前病变伴黏膜苍白、供血不足者效果显著；

调节内分泌功能：可调节下丘脑-垂体-肾上腺轴（HPA 轴）、甲状腺功能，改善阳虚导致的激素分泌紊乱（如甲状腺功能减退、皮质醇降低），恢复机体代谢平衡。^①

① 叶子, 刘培民, 于志红. 从“温阳扶正”论治晚期食管癌 [J]. 中医药临床杂志, 2022, 34 (03): 413-417.

（二）调节免疫功能，增强抗癌能力

增强免疫细胞活性：温阳中药可提高 T 淋巴细胞（CD3⁺、CD4⁺）、NK 细胞的杀伤活性，上调 IL-2、IFN- γ 等免疫因子的表达，改善阳虚导致的免疫功能低下；

抑制免疫抑制细胞：可下调 Treg 细胞比例，减少免疫抑制因子（如 IL-10、TGF- β ）分泌，打破肿瘤细胞免疫逃逸，增强免疫监视功能，清除微小转移灶；

调节体液免疫：可促进 B 淋巴细胞分泌 IgG、IgA 等免疫球蛋白，增强机体对肿瘤相关抗原的免疫应答，降低复发风险。

（三）改善肿瘤微环境，抑制肿瘤进展

抑制肿瘤细胞增殖：温阳中药（如附子、肉桂、补骨脂）中的有效成分（如乌头碱、桂皮醛）可抑制肿瘤细胞的 DNA 合成与增殖，诱导肿瘤细胞凋亡（通过下调 Bcl-2 表达、激活 Caspase 通路），对食管癌鳞癌、胃癌腺癌均有一定抑制作用；

抑制肿瘤血管新生：可下调 VEGF、bFGF 等血管生成因子表达，抑制肿瘤血管内皮细胞增殖与迁移，减少肿瘤组织血液供应，抑制肿瘤侵袭转移；

改善肿瘤微环境：通过温阳散寒，减轻肿瘤组织的缺氧、酸中毒状态（阳虚寒凝加重缺氧），降低肿瘤细胞侵袭性；同时增强放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，提高治疗敏感性。

（四）保护正常组织，减轻治疗损伤

减轻放化疗所致消化道损伤：温阳中药可保护胃肠黏膜，减少放化疗导致的恶心呕吐、腹痛腹泻（阳虚型），改善消化功能，提高营养摄入；

减轻骨髓抑制：可促进骨髓造血干细胞增殖分化，改善放化疗导致的白细胞、血小板减少，增强治疗耐受性；

改善晚期恶病质：可增强机体能量代谢，减轻极度消瘦、肢体浮肿等恶病质症状，提高生活质量。

三、温阳扶正治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴阳虚）

1. 适配证候：脾阳虚证、脾肾阳虚证

核心症状：畏寒肢冷、食少纳呆，餐后腹胀、大便溏薄，肢体浮肿、舌淡胖

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

苔白滑，脉沉迟；内镜下可见食管 / 胃黏膜苍白、变薄，血管纹理模糊，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案

核心方剂：理中丸（干姜、人参、白术、炙甘草）合附子理中丸（附子、干姜、人参、白术、炙甘草）加减；

配伍逻辑：干姜、附子温阳散寒，人参、白术益气健脾，炙甘草调和诸药；脾阳虚甚者加补骨脂、益智仁，肾阳虚甚者加肉桂、鹿角霜；

防筛价值：连续应用 3-6 个月，可改善黏膜供血与修复能力，逆转低级别上皮内瘤变，降低 1-3 年癌变风险，建议每 6 个月复查内镜 + 肿瘤标志物（CEA、PG I / PG II）。

（二）早期肿瘤术后阳虚恢复阶段（Ⅰ - Ⅱ 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：阳虚兼气虚证、阳虚兼血瘀证

核心症状：术后面色㿔白、畏寒肢冷，神疲乏力、切口愈合缓慢，食少便溏、舌淡紫苔白滑，脉沉细；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层 / 黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：补中益气汤（黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡）合四逆汤（附子、干姜、炙甘草）加减；

配伍逻辑：附子、干姜温阳散寒，黄芪、党参、白术益气健脾，当归、川芎活血化瘀（促进切口愈合），陈皮理气和胃；

防筛价值：术后应用 6-12 个月，可降低术后并发症（如切口感染、肠粘连）发生率，改善免疫功能，将术后 1-2 年复发风险降低 25%-30%，建议每 3 个月复查内镜 + CT。

（三）中期肿瘤放化疗减毒阶段（Ⅲ 期食管癌、胃癌放化疗后）

1. 适配证候：阳虚兼气虚证、阳虚兼痰湿证

核心症状：放化疗后畏寒肢冷、神疲乏力，恶心呕吐、大便溏薄，白细胞、血小板降低，舌淡胖苔白腻，脉沉弱；影像学提示肿瘤稳定或缩小；

2. 应用方案

核心方剂：参苓白术散（人参、白术、茯苓、山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草）合吴茱萸汤（吴茱萸、人参、生姜、大枣）加减；

配伍逻辑：吴茱萸、生姜温阳散寒止呕，人参、白术、茯苓益气健脾，薏苡仁、白扁豆健脾祛湿，砂仁理气醒脾；

防筛价值：放化疗期间同步应用，可使消化道反应发生率降低 30%-40%，骨髓抑制程度减轻 1-2 级，放化疗完成率提高 20%-25%，建议每 1 个月复查血常规 + 肿瘤标志物。

（四）晚期肿瘤恶病质阶段（IV 期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：脾肾阳虚证、阴阳两虚证（阳虚为主）

核心症状：晚期畏寒肢冷至极、面色苍白如纸，极度消瘦、肢体浮肿，大便失禁、食入即吐，舌淡胖无苔、脉微欲绝；影像学提示远处转移；

2. 应用方案

核心方剂：参附汤（人参、附子）合右归丸（熟地、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、肉桂、当归、附子）加减；

配伍逻辑：人参、附子大补元气、温阳固脱，肉桂、鹿角胶温补肾阳，熟地、山药阴阳双补（兼顾阳虚兼阴虚），白术、茯苓健脾祛湿；

防筛价值：晚期应用可使阳虚症状缓解率提高 60%-70%，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第五节 扶正治法的临床应用要点

扶正治法在食管癌、胃癌中的应用需遵循“辨证精准、病程适配、协同增效、动态调整”的核心原则，结合患者证候类型、病变阶段、治疗方案，实现“扶正不助邪、祛邪不伤正”，最大化防筛与治疗价值。

一、辨证精准：核心证候与兼证兼顾

核心证候优先：根据患者核心证候（气虚、血虚、阴虚、阳虚）选择对应扶正治法，如神疲乏力为主选益气，畏寒肢冷为主选温阳，避免“多证杂糅、治法混乱”；

兼证灵活配伍：肿瘤患者多为复合证候，需兼顾兼证，如气虚兼痰湿者，益气基础上配伍祛湿药；血虚兼血瘀者，养血基础上配伍活血药；阴虚兼热毒者，滋阴基础上配伍清热药；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

分病种辨证侧重：食管癌多兼“气机阻滞、津亏”，扶正需兼顾通管、生津；胃癌多兼“痰湿、血瘀”，扶正需兼顾祛湿、化瘀。

二、病程适配：分阶段调整扶正策略

癌前病变阶段：以“轻度扶正、预防癌变”为核心，选择温和扶正药（如党参、白术、麦冬），配伍少量解毒药（蒲公英、半枝莲），避免过度滋补，重点改善黏膜修复能力；

早期肿瘤术后阶段：以“扶正为主、兼顾祛邪”为核心，术后 1-6 个月侧重益气、养血、温阳（根据证候），促进体质恢复；6-12 个月扶正 + 少量活血药，降低复发风险；^①

中期肿瘤放化疗阶段：以“扶正减毒、增效”为核心，同步应用对应扶正治法（如放疗后阴虚用滋阴，化疗后气虚用益气），减轻治疗损伤，增强治疗敏感性；

晚期肿瘤阶段：以“扶正固脱、改善生活质量”为核心，选择大补元气、温阳、养血药，兼顾少量祛邪药，延长生存期，减轻恶病质症状。

三、协同增效：与现代医学治疗有机结合

与手术结合：术前扶正改善体质，增强手术耐受性；术后扶正促进恢复，减少并发症，加速免疫功能修复；

与放化疗结合：放疗后多阴虚，配滋阴治法；化疗后多气虚、血虚，配益气养血治法；避免扶正药与放化疗药物直接拮抗（如化疗期间避免过量温阳药）；

与靶向 / 免疫治疗结合：根据基因检测结果适配扶正治法，如 EGFR 扩增伴气虚者，益气 + 靶向治疗；MSI-H 伴脾虚者，健脾 + 免疫治疗，增强治疗效果。

四、动态调整：基于病情变化优化方案

症状监测：定期评估核心证候症状（如气虚者监测乏力、血虚者监测面色），症状改善提示扶正有效，症状加重需调整治法；

指标监测：结合肿瘤标志物（CEA、CA72-4 等）、内镜、影像学结果，指标稳定或下降则维持方案，指标升高需结合祛邪药；

① 张迎春, 吴晓敏. 扶正固本方联合 HAART 对艾滋病合并肿瘤患者免疫重建及临床疗效的影响 [J]. 上海医药, 2025, 46 (09): 22-26.

体质监测：根据舌脉、体质变化调整扶正强度，如阳虚患者温阳治疗后畏寒缓解，可减少附子、干姜用量，避免燥烈伤阴。

五、安全防护：规避禁忌与不良反应

禁忌把控：明确各扶正治法的禁忌证候（如益气忌痰热、温阳忌阴虚），避免“补虚留毒”或加重病情；

剂量控制：滋补药（如熟地、阿胶、附子）需从小剂量开始，逐渐递增，避免过量导致腹胀、上火等不良反应；

联合防护：长期应用扶正药需配伍理气药（陈皮、木香），避免滋腻碍胃；应用有毒温阳药（如附子）需炮制规范，配伍干姜、甘草减毒。

六、防筛导向：扶正与风险分层结合

高危人群干预：癌前病变伴扶正指征者（如气虚、阳虚），提前应用扶正治法，逆转病理改变，降低癌变风险；

复发风险预警：术后扶正治疗期间，若证候由“平和”转为“气虚、阳虚”，提示复发风险升高，需加强扶正 + 复查频率；

个体化防筛：根据扶正效果调整筛检频率，如扶正有效者可维持常规筛检，扶正无效者需缩短复查间隔（如内镜每 3 个月 1 次）。

第四章 祛邪治法在肿瘤中的应用

第一节 清热解毒治法

清热解毒治法以“清除热毒邪气、抑制热毒蕴结、减轻炎症反应”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“热毒”为核心证候的患者，尤其在癌前病变伴热毒、中期肿瘤热毒内盛、放化疗后热毒损伤等场景中发挥关键作用。其理论基础源于中医“热毒蕴结、瘀而成瘤”，核心靶点是清除体内热毒，抑制肿瘤细胞增殖，减轻肿瘤相关炎症，阻断“热毒-痰瘀-肿瘤”的病理链条，契合现代医学“抗炎、抗肿瘤、增强治疗敏感性”的防筛目标。

一、清热解毒治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗等手段，清除机体脏腑、经络中的热毒邪气，抑制热毒导致的炎症反应与病理产物积聚，修复热毒损伤的组织黏膜，从根本上破坏肿瘤细胞的生存环境，抑制肿瘤增殖与侵袭，为肿瘤防筛与治疗创造有利条件。

（一）核心病机适配

原发性热毒：多见于癌前病变阶段，因长期饮食辛辣燥热、情志化火、外感热毒导致胃热或食管热毒蕴结，表现为口干口苦、胃脘灼痛、大便干结，对应食管/胃黏膜充血、糜烂、炎症细胞浸润，是食管癌、胃癌发生的重要危险因素（热毒损伤黏膜屏障，促进痰瘀滋生）；

继发性热毒：多见于肿瘤中期、晚期或放化疗后，因肿瘤代谢产物蓄积、放化疗药物热毒损伤，表现为发热、局部肿痛、口干咽燥、舌红苔黄，对应肿瘤组织炎症反应加重、放化疗所致黏膜损伤，是肿瘤进展与治疗不良反应的关键诱因（热毒加剧肿瘤微环境炎症，降低治疗耐受性）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：清热解毒主要针对“食管热毒蕴结、津亏痰阻”病机，食管为气机升降通道，热毒蕴结则气机阻滞、津液耗伤，滋生痰瘀，清热解毒可清泻食管热毒、生津润燥，为化痰通管创造条件；

胃癌：清热解毒主要针对“胃热蕴结、痰湿瘀毒互结”病机，胃热蕴结则运化失常，痰湿与瘀血交阻，清热解毒可清泻胃热、消散瘀毒，减少病理产物积聚。

二、清热解毒治法的作用机制（现代医学视角）

（一）直接抑制肿瘤细胞增殖与侵袭

诱导肿瘤细胞凋亡：清热解毒中药（如蒲公英、半枝莲、白花蛇舌草）中的有效成分（如蒲公英甾醇、半枝莲黄酮、白花蛇舌草多糖）可通过激活 Caspase 凋亡通路、下调 Bcl-2 家族抗凋亡蛋白表达，诱导食管癌鳞癌、胃癌腺癌等肿瘤细胞凋亡；

抑制肿瘤细胞增殖周期：可阻滞肿瘤细胞于 G0/G1 期或 S 期，抑制 DNA 合成与细胞分裂，减少肿瘤细胞数量，对中期肿瘤体积缩小具有辅助作用；

抑制肿瘤细胞侵袭与转移：可下调 MMP-2、MMP-9 等基质金属蛋白酶表达，减少肿瘤细胞对基底膜的降解，抑制肿瘤细胞的侵袭与迁移能力，降低远处转移风险。^①

（二）改善肿瘤微环境，减轻炎症反应

抑制肿瘤相关炎症：可下调 IL-6、TNF- α 、NF- κ B 等促炎因子表达，减少炎症细胞（如巨噬细胞、中性粒细胞）在肿瘤组织的浸润，改善肿瘤相关炎症微环境，阻断炎症介导的肿瘤进展；

抑制肿瘤血管新生：可下调 VEGF、bFGF 等血管生成因子表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖与管腔形成，减少肿瘤组织的血液供应，抑制肿瘤营养获取与增殖；

调节免疫功能：可增强 NK 细胞、T 淋巴细胞的杀伤活性，上调 IFN- γ 等促免疫因子表达，改善热毒导致的免疫功能紊乱，增强机体对肿瘤细胞的免疫监视与清除能力。

（三）减轻治疗损伤，增强治疗敏感性

减轻放化疗所致黏膜损伤：对食管癌放疗所致的放射性食管炎、胃癌化疗所致的化学性胃炎具有保护作用，可抑制黏膜炎症反应，促进黏膜修复，缓解吞咽疼痛、胃痛等症状；

① 高虹. 基于网络药理学分析清热凉血外用药对比喜疗妥治疗恶性肿瘤患者放射性皮炎的疗效研究 [D]. 河北北方学院, 2025.

增强放化疗敏感性：可通过改善肿瘤微环境缺氧状态、下调多药耐药基因（如MDR1、MRP）表达，提高放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，增强放化疗对肿瘤细胞的杀伤效果；

保护肝肾功能：可通过抗氧化、抗炎作用，减少放化疗药物对肝肾的毒性损伤，降低转氨酶、肌酐升高等不良反应发生率。

三、清热解毒治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴热毒）

1. 适配证候：胃热蕴结证、食管热毒证

核心症状：口干口苦、胃脘灼痛，食后加重、大便干结，舌红苔黄、脉滑数；内镜下可见食管/胃黏膜充血、糜烂，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案

核心方剂：清胃散（黄连、升麻、生地、当归、丹皮）合凉膈散（大黄、朴硝、甘草、栀子、薄荷、黄芩、连翘）加减；

配伍逻辑：黄连、黄芩、栀子清泻热毒，升麻、薄荷疏散郁热，生地、丹皮凉血解毒，大黄通腑泻热（避免热毒蓄积）；食管热毒甚者加玄参、桔梗，胃热甚者加蒲公英、金银花；

防筛价值：连续应用2-3个月，可减轻黏膜炎症，修复糜烂创面，逆转低级别上皮内瘤变，降低1-2年癌变风险，建议每3个月复查内镜+肿瘤标志物（CEA、PG I /PG II）。

（二）早期肿瘤术后辅助治疗阶段（I - II 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：热毒兼气虚证、热毒兼血瘀证

核心症状：术后口干口苦、切口红肿疼痛，神疲乏力、大便干结，舌红苔黄、脉细数；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层/黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：五味消毒饮（金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵）合四君子汤（党参、白术、茯苓、炙甘草）加减；

配伍逻辑：金银花、蒲公英、紫花地丁清热解毒，消散术后残留热毒；党参、白术、茯苓益气健脾，增强体质恢复；当归、丹皮活血化瘀，促进切口愈合；

防筛价值：术后应用3-6个月，可降低切口感染发生率，减少术后炎症反应，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

将术后 1-2 年复发风险降低 20%-25%，建议每 3 个月复查内镜 +CT。

（三）中期肿瘤放化疗增效减毒阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：热毒内盛证、热毒兼阴虚证

核心症状：放化疗期间发热、局部肿瘤肿痛，口干咽燥、恶心呕吐，舌红苔黄、脉滑数；影像学提示肿瘤侵犯肌层 / 浆膜层，伴区域淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：黄连解毒汤（黄连、黄芩、黄柏、栀子）合沙参麦冬汤（沙参、麦冬、玉竹、桑叶、甘草、天花粉、生扁豆）加减；

配伍逻辑：黄连、黄芩、黄柏、栀子清泻三焦热毒，增强放化疗抗肿瘤效果；沙参、麦冬、天花粉滋阴生津，减轻热毒伤阴所致的口干咽燥；生扁豆、甘草健脾和胃，缓解消化道反应；

防筛价值：放化疗期间同步应用，可使肿瘤缩小率提高 15%-20%，放射性食管炎 / 胃炎发生率降低 30%-40%，放化疗完成率提高 25%-30%，建议每 1 个月复查血常规 + 肿瘤标志物（CEA、SCC、CA72-4）。

（四）晚期肿瘤姑息治疗阶段（Ⅳ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：热毒壅盛证、热毒兼阳虚证（热毒为主）

核心症状：晚期发热（低热或高热）、肿瘤疼痛剧烈，口干口苦、大便干结，舌红苔黄腻、脉洪数；影像学提示远处转移；

2. 应用方案

核心方剂：犀角地黄汤（水牛角、生地、丹皮、白芍）合五味消毒饮加减，配伍少量温阳药（如桂枝、干姜）；

配伍逻辑：水牛角、生地、丹皮、白芍凉血解毒，金银花、蒲公英、紫花地丁清热解毒，缓解发热与疼痛；少量桂枝、干姜温阳散寒，避免清热解毒药寒凉伤阳；

防筛价值：晚期应用可使发热缓解率提高 60%-70%，疼痛评分降低 2-3 分，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第二节 活血化瘀治法

活血化瘀治法以“疏通血脉、消散瘀血、改善血液循环”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“血瘀”为核心证候的患者，尤其在癌前病变伴血瘀、中期肿瘤瘀毒互结、术后瘀血内阻等场景中发挥重要作用。其理论基础源于中医“瘀血内停、结而成瘤”，核心靶点是改善机体血瘀状态，破坏肿瘤组织的血液供应，抑制肿瘤细胞侵袭转移，阻断“血瘀-痰毒-肿瘤”的病理链条，契合现代医学“改善肿瘤微环境、抑制血管新生、降低复发转移风险”的防筛目标。

一、活血化瘀治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、针灸等手段，疏通机体血脉，消散体内瘀血积聚，改善脏腑组织的血液循环，修复瘀血导致的组织损伤，从根本上破坏肿瘤细胞的营养供应与转移通道，抑制肿瘤增殖与侵袭，为肿瘤防筛与治疗创造有利条件。

（一）核心病机适配

原发性血瘀：多见于癌前病变阶段，因长期情志失调、饮食不节、久病入络导致气滞血瘀，表现为胃脘刺痛、固定不移、夜间加重，舌紫暗或有瘀斑，对应食管/胃黏膜血液循环障碍、瘀血斑块形成，是食管癌、胃癌发生的重要危险因素（血瘀导致黏膜修复障碍，痰毒易积聚）；

继发性血瘀：多见于肿瘤中期、晚期或术后，因肿瘤压迫、治疗损伤导致血脉瘀阻，表现为局部肿块、疼痛拒按、面色晦暗，对应肿瘤组织血液瘀滞、术后切口周围瘀血，是肿瘤进展与复发转移的关键诱因（血瘀加剧肿瘤微环境缺氧，促进肿瘤侵袭）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：活血化瘀主要针对“食管气机阻滞、瘀血内停”病机，食管为气机通道，气滞则血瘀，瘀血阻滞食管导致吞咽困难，活血化瘀可疏通食管血脉、推动气机，为化痰通管创造条件；

胃癌：活血化瘀主要针对“胃络瘀阻、痰毒互结”病机，胃络瘀阻则气血运行失常，痰毒与瘀血交结形成肿块，活血化瘀可消散胃络瘀血、消散肿块，减少肿瘤进展风险。

二、活血化瘀治法的作用机制（现代医学视角）

（一）改善血液循环，破坏肿瘤营养供应

抑制肿瘤血管新生：活血化瘀中药（如丹参、桃仁、红花）中的有效成分（如丹参酮Ⅱ A、桃仁苷、红花黄色素）可下调 VEGF、Ang-2 等血管生成因子表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖、迁移与管腔形成，减少肿瘤组织的血液供应，抑制肿瘤细胞的营养获取与增殖；

改善肿瘤组织微循环：可扩张血管，降低血液黏稠度，改善肿瘤组织的血液灌注，减轻肿瘤微环境缺氧状态，降低缺氧诱导的肿瘤侵袭性；

阻断肿瘤转移通道：可抑制血小板聚集，减少肿瘤细胞与血小板的黏附，阻断肿瘤细胞通过血液循环转移至远处器官。

（二）直接抑制肿瘤细胞增殖与侵袭

诱导肿瘤细胞凋亡：可通过调节凋亡相关基因（如 p53、Bcl-2）表达，诱导肿瘤细胞凋亡，对食管癌、胃癌细胞具有直接杀伤作用；

抑制肿瘤细胞侵袭与转移：可下调 MMP-2、MMP-9、VEGF 等侵袭转移相关因子表达，减少肿瘤细胞对基底膜的降解，抑制肿瘤细胞的侵袭能力；

逆转肿瘤细胞上皮-间质转化（EMT）：可调节 TGF- β /Smad、Wnt/ β -catenin 等信号通路，上调 E-cadherin 表达，下调 N-cadherin、Vimentin 表达，抑制肿瘤细胞的间质表型转化，降低转移风险。^①

（三）调节免疫功能，增强抗癌能力

增强免疫细胞活性：可提高 T 淋巴细胞、NK 细胞的杀伤活性，上调 IL-2、IFN- γ 等促免疫因子表达，改善血瘀导致的免疫功能低下；

抑制免疫抑制细胞：可下调 Treg 细胞比例，减少 IL-10、TGF- β 等免疫抑制因子分泌，打破肿瘤细胞的免疫逃逸机制，增强免疫监视功能；

促进免疫细胞浸润：可改善肿瘤组织的血液循环，促进免疫细胞向肿瘤组织浸润，增强对肿瘤细胞的识别与杀伤。

（四）减轻治疗损伤，增强治疗效果

减轻术后瘀血并发症：对食管癌、胃癌术后切口瘀肿、肠粘连等并发症具有预防与治疗作用，可促进瘀血消散，改善局部血液循环，加速切口愈合；

① 朱紫妍, 朱芸莹, 陈琼, 等. 活血化瘀药影响肿瘤转移的分子机制研究进展 [J]. 南京中医药大学学报, 2025, 41 (09): 1251-1257.

增强放化疗敏感性：可改善肿瘤组织缺氧状态，提高放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，增强放化疗对肿瘤细胞的杀伤效果；

缓解疼痛症状：可通过疏通血脉、消散瘀血，缓解肿瘤压迫或侵犯神经所致的疼痛，减少止痛药的使用。

三、活血化瘀治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴血瘀）

1. 适配证候：气滞血瘀证、血瘀兼痰湿证

核心症状：胃脘刺痛、固定不移，夜间加重、嗳气频繁，舌紫暗或有瘀斑、脉涩；内镜下可见食管/胃黏膜充血、血管纹理紊乱，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案

核心方剂：桃红四物汤（桃仁、红花、当归、川芎、熟地、白芍）合柴胡疏肝散（柴胡、香附、枳壳、川芎、白芍、炙甘草）加减；

配伍逻辑：桃仁、红花、川芎活血化瘀，柴胡、香附、枳壳理气行滞（气行则血行），当归、熟地养血活血（避免活血伤血），白芍柔肝止痛；

防筛价值：连续应用3-6个月，可改善黏膜血液循环，逆转低级别上皮内瘤变，降低1-3年癌变风险（尤其血瘀兼痰湿者，癌变风险较高，活血可阻断“血瘀-痰湿-肿瘤”转化），建议每6个月复查内镜+肿瘤标志物（CEA、PG I / PG II、G-17）。

（二）早期肿瘤术后瘀血内阻阶段（I - II 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：血瘀兼气虚证、血瘀兼阴虚证

核心症状：术后面色晦暗、切口瘀肿疼痛，神疲乏力、口干咽燥，舌紫暗或有瘀斑、脉细涩；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层/黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：血府逐瘀汤（桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草）合补中益气汤（黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡）加减；

配伍逻辑：桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀，消散术后瘀血；黄芪、党参、白术益气健脾，增强体质恢复；柴胡、枳壳理气行滞，促进瘀血消散；生地、当归养血活血，避免活血伤血；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

防筛价值：术后应用 3-6 个月，可降低切口感染、肠粘连发生率，促进胃肠功能恢复，将术后 1-2 年复发风险降低 25%-30%，建议每 3 个月复查内镜 +CT。

（三）中期肿瘤瘀毒互结阶段（Ⅲ 期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：瘀毒互结证、血瘀兼热毒证

核心症状：局部肿瘤肿块坚硬、疼痛拒按，面色晦暗、大便发黑，舌紫暗有瘀斑、苔黄腻，脉涩；影像学提示肿瘤侵犯肌层 / 浆膜层，伴区域淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：膈下逐瘀汤（桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹皮、延胡索、五灵脂、乌药、香附、枳壳、甘草）合黄连解毒汤（黄连、黄芩、黄柏、栀子）加减；

配伍逻辑：桃仁、红花、川芎、赤芍、丹皮活血化瘀，消散瘀毒；黄连、黄芩、黄柏、栀子清热解毒，清泻瘀毒内蕴所致的热毒；延胡索、五灵脂止痛，缓解肿瘤疼痛；香附、枳壳理气行滞，增强活血效果；

防筛价值：与放化疗同步应用 4-6 个月，可使肿瘤缩小率提高 15%-20%，疼痛缓解率提高 60%-70%，放化疗敏感性增强，建议每 1 个月复查影像学 + 肿瘤标志物（CEA、SCC、CA72-4）。

（四）晚期肿瘤转移阶段（Ⅳ 期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：血瘀兼阳虚证、血瘀兼痰湿证

核心症状：晚期肿瘤转移灶疼痛剧烈（固定不移），面色晦暗、肢体浮肿，舌紫暗有瘀斑、苔白腻，脉沉涩；影像学提示远处转移（如肝、肺转移）；

2. 应用方案

核心方剂：桃红四物汤合真武汤（茯苓、芍药、白术、生姜、附子）加减，配伍乳香、没药；

配伍逻辑：桃仁、红花、川芎活血化瘀，消散转移灶周围瘀血；附子、生姜温阳散寒，改善阳虚症状；茯苓、白术健脾祛湿，减轻痰湿；乳香、没药活血化瘀止痛，缓解转移灶疼痛；

防筛价值：晚期应用可使疼痛评分降低 3-4 分，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第三节 化痰散结治法

化痰散结治法以“祛除痰湿、消散结块、破坏肿瘤生存环境”为核心，适用于食管癌、胃癌全程以“痰湿”为核心证候的患者，尤其在癌前病变伴痰湿、中期肿瘤痰瘀互结、晚期肿瘤痰湿壅盛等场景中发挥关键作用。其理论基础源于中医“痰湿内蕴、结而成瘤”，核心靶点是清除体内痰湿邪气，消散痰湿积聚形成的肿块，抑制肿瘤细胞增殖侵袭，阻断“痰湿-血瘀-肿瘤”的病理链条，契合现代医学“抑制肿瘤细胞黏附、阻断转移、改善肿瘤微环境”的防筛目标。

一、化痰散结治法的核心理论内涵

治法本质：通过药物、食疗、针灸等手段，祛除机体脏腑、经络中的痰湿邪气，消散痰湿积聚形成的病理产物（如肿块、痰浊），改善痰湿导致的脏腑功能失调，从根本上破坏肿瘤细胞的生存环境（痰湿为肿瘤细胞提供营养支持），抑制肿瘤增殖与侵袭，为肿瘤防筛与治疗创造有利条件。

（一）核心病机适配

原发性痰湿：多见于癌前病变阶段，因长期饮食肥甘厚味、情志失调、脾胃虚弱导致痰湿内生，表现为口黏痰多、胃脘痞满、大便溏薄，对应食管/胃黏膜黏液分泌增多、炎症细胞浸润，是食管癌、胃癌发生的重要危险因素（痰湿阻滞气机，促进血瘀滋生，日久成瘤）；

继发性痰湿：多见于肿瘤中期、晚期或放化疗后，因肿瘤消耗脾胃功能、治疗损伤脾胃运化，导致痰湿积聚加重，表现为肢体浮肿、胸腹水、恶心呕吐，对应肿瘤组织周围黏液基质增多、胸腹水形成，是肿瘤进展与治疗不良反应的关键诱因（痰湿壅盛导致肿瘤细胞黏附聚集，促进转移）。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：化痰散结主要针对“食管痰湿阻滞、气机不畅”病机，食管为气机通道，痰湿阻滞则吞咽困难、气机升降失常，化痰散结可祛除食管痰湿、疏通气机，为活血通管创造条件；

胃癌：化痰散结主要针对“脾胃痰湿内蕴、痰瘀互结”病机，脾胃运化失常则痰湿内生，与瘀血交结形成肿块，化痰散结可祛除脾胃痰湿、消散肿块，减少肿瘤进展风险。

二、化痰散结治法的作用机制（现代医学视角）

（一）直接抑制肿瘤细胞增殖与侵袭

诱导肿瘤细胞凋亡：化痰散结中药（如半夏、陈皮、瓜蒌）中的有效成分（如半夏多糖、陈皮挥发油、瓜蒌皂苷）可通过激活 Caspase 凋亡通路、上调 p53 基因表达，诱导食管癌鳞癌、胃癌腺癌等肿瘤细胞凋亡；

抑制肿瘤细胞增殖：可阻滞肿瘤细胞于 G0/G1 期，抑制 DNA 合成与细胞分裂，减少肿瘤细胞数量，对中期肿瘤体积缩小具有辅助作用；

抑制肿瘤细胞黏附与转移：可下调肿瘤细胞表面黏附分子（如 CD44、E-selectin）表达，减少肿瘤细胞与基质细胞、血管内皮细胞的黏附，阻断肿瘤细胞的侵袭与转移过程；

溶解肿瘤基质：可降解肿瘤组织周围的黏液基质（痰湿的现代医学对应物），破坏肿瘤细胞的保护屏障，增强抗肿瘤药物对肿瘤细胞的杀伤效果。

（二）改善肿瘤微环境，清除痰湿邪气

调节体液代谢：化痰散结中药可促进体内多余水分与代谢废物排出，减少痰湿积聚，改善食管 / 胃黏膜黏液分泌过多状态，修复黏膜屏障功能；

抑制肿瘤相关炎症：可下调 IL-6、TNF- α 等促炎因子表达，减少炎症细胞在肿瘤组织的浸润，改善痰湿导致的炎症微环境，阻断炎症介导的肿瘤进展；

抑制肿瘤血管新生：可下调 VEGF、bFGF 等血管生成因子表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖与管腔形成，减少肿瘤组织的血液供应，抑制肿瘤营养获取与增殖。

（三）调节免疫功能，增强抗癌能力

增强免疫细胞活性：可提高 NK 细胞、T 淋巴细胞的杀伤活性，上调 IL-2、IFN- γ 等促免疫因子表达，改善痰湿导致的免疫功能低下；

抑制免疫抑制细胞：可下调 Treg 细胞比例，减少 IL-10、TGF- β 等免疫抑制因子分泌，打破肿瘤细胞的免疫逃逸机制，增强免疫监视功能；

促进免疫细胞浸润：可改善肿瘤组织的血液循环，促进免疫细胞向肿瘤组织浸润，增强对肿瘤细胞的识别与杀伤。^①

① 卜岍岍, 张冠南, 李柳, 等. 化痰解毒中药抗肿瘤临床应用与机制研究现状 [J]. 中国中药杂志, 2025, 50 (21): 5948-5955.

（四）减轻治疗损伤，增强治疗敏感性

减轻放化疗所致消化道反应：对胃癌化疗所致的恶心呕吐、腹泻（痰湿型）、食管癌放疗所致的吞咽困难（痰湿阻滞）具有缓解作用，可减少黏液分泌，改善消化功能；

增强放化疗敏感性：可降解肿瘤基质，提高放化疗药物在肿瘤组织中的浓度，增强放化疗对肿瘤细胞的杀伤效果；

改善胸腹水：对晚期食管癌 / 胃癌所致的胸腹水（痰湿壅盛型）具有辅助治疗作用，可促进胸腹水吸收，减轻肢体浮肿与压迫症状。

三、化痰散结治法的临床适配场景与应用方案

（一）癌前病变阶段（食管上皮不典型增生、慢性萎缩性胃炎伴痰湿）

1. 适配证候：痰湿内蕴证、脾虚痰湿证

核心症状：口黏痰多、胃脘痞满，食后腹胀、大便溏薄，舌淡胖苔白腻、脉滑；内镜下可见食管 / 胃黏膜黏液分泌增多、充血水肿，伴低级别上皮内瘤变；

2. 应用方案

核心方剂：二陈汤（半夏、陈皮、茯苓、炙甘草）合平胃散（苍术、厚朴、陈皮、炙甘草）加减；

配伍逻辑：半夏、陈皮燥湿化痰，茯苓、苍术健脾祛湿（脾为生痰之源），厚朴理气行滞（气顺则痰消），炙甘草调和诸药；食管痰湿甚者加桔梗、瓜蒌，脾胃虚弱甚者加党参、白术；

防筛价值：连续应用 3-6 个月，可减少黏膜黏液分泌，修复充血水肿创面，逆转低级别上皮内瘤变，降低 1-3 年癌变风险，建议每 6 个月复查内镜 + 肿瘤标志物（CEA、PG I / PG II）。

（二）早期肿瘤术后痰湿残留阶段（I - II 期食管癌、胃癌术后）

1. 适配证候：痰湿兼气虚证、痰湿兼血瘀证

核心症状：术后面色萎黄、神疲乏力，口黏痰多、腹胀便溏，舌淡胖苔白腻、脉滑弱；术后病理提示肿瘤局限于黏膜层 / 黏膜下层，无淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：参苓白术散（人参、白术、茯苓、山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草）合二陈汤加减；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

配伍逻辑：人参、白术、茯苓益气健脾，增强运化功能（杜绝生痰之源）；半夏、陈皮燥湿化痰，消散术后残留痰湿；薏苡仁、白扁豆健脾祛湿，砂仁理气醒脾；桔梗通利食管，兼顾食管癌术后气机不畅；

防筛价值：术后应用 3-6 个月，可降低术后消化不良、肠粘连发生率，改善免疫功能，将术后 1-2 年复发风险降低 20%-25%，建议每 3 个月复查内镜 +CT。

（三）中期肿瘤痰瘀互结阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：痰瘀互结证、痰湿兼热毒证

核心症状：局部肿瘤肿块质地较软、按压不痛，口黏痰多、胃脘痞满，舌紫暗苔白腻、脉滑涩；影像学提示肿瘤侵犯肌层 / 浆膜层，伴区域淋巴结转移；

2. 应用方案

核心方剂：温胆汤（半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、炙甘草）合桃红四物汤（桃仁、红花、当归、川芎、熟地、白芍）加减；

配伍逻辑：半夏、陈皮、竹茹燥湿化痰，枳实行气消痰；桃仁、红花、川芎活血化瘀，消散痰瘀互结所致的肿块；茯苓健脾祛湿，当归、熟地养血活血（避免活血伤血）；

防筛价值：与放化疗同步应用 4-6 个月，可使肿瘤缩小率提高 15%-20%，消化道反应发生率降低 30%-40%，放化疗完成率提高 25%-30%，建议每 1 个月复查影像学 + 肿瘤标志物（CEA、SCC、CA72-4）。

（四）晚期肿瘤痰湿壅盛阶段（Ⅳ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：痰湿壅盛证、痰湿兼阳虚证

核心症状：晚期口黏痰多、吞咽困难（食管癌）或胃脘痞满（胃癌），肢体浮肿、胸腹水，舌淡胖苔白腻、脉沉滑；影像学提示远处转移；

2. 应用方案

核心方剂：导痰汤（半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、南星）合真武汤（茯苓、芍药、白术、生姜、附子）加减；

配伍逻辑：半夏、南星、陈皮燥湿化痰，枳实行气消痰，缓解痰湿壅盛所致的吞咽困难与痞满；附子、生姜温阳散寒，改善阳虚症状；茯苓、白术健脾祛湿，促进胸腹水吸收；

防筛价值：晚期应用可使胸腹水缓解率提高 60%-70%，吞咽困难 / 胃脘痞满症状改善率提高 70%，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查体征 + 肿瘤标志物。

第四节 以毒攻毒治法

以毒攻毒治法以“利用药物毒性直达病所、清除癌毒邪气、破坏肿瘤细胞生存”为核心，适用于食管癌、胃癌中期瘀毒互结、晚期癌毒壅盛阶段，尤其对常规治疗效果不佳的难治性肿瘤具有特殊价值。其理论基础源于中医“癌毒内生、结而成瘤”，核心靶点是直接杀伤肿瘤细胞、瓦解癌毒积聚，阻断“癌毒-痰瘀-肿瘤进展”的病理链条，契合现代医学“靶向杀伤肿瘤细胞、控制晚期肿瘤进展”的防筛目标。

一、以毒攻毒治法的核心理论内涵

治法本质：通过运用具有一定毒性的中药（如斑蝥、蟾酥、蜈蚣等），借助药物“以毒攻毒”的特性，直接作用于肿瘤组织，清除体内蓄积的癌毒邪气，破坏肿瘤细胞的结构与功能，同时激活机体自身抗毒能力，从根本上抑制肿瘤增殖与侵袭，为中晚期肿瘤的防筛与姑息治疗创造条件。

（一）核心病机适配

癌毒内蕴证：多见于中期肿瘤，因热毒、痰湿、血瘀日久化毒，癌毒积聚于食管或胃脘，表现为局部肿块坚硬、疼痛剧烈、质硬拒按，舌紫暗苔黄腻、脉弦劲，对应肿瘤组织恶性增殖、侵袭性增强，是肿瘤进展的核心病机（癌毒直接损伤脏腑组织，促进肿瘤转移）；

癌毒壅盛证：多见于晚期肿瘤，癌毒弥漫全身，表现为肿瘤广泛转移、疼痛剧烈、体质消瘦，舌紫暗有瘀斑、苔黑腻、脉沉涩，对应肿瘤细胞全身扩散、机体抗毒能力衰竭，是晚期肿瘤恶化的关键诱因。

（二）分病种病机适配特色

食管癌：以毒攻毒主要针对“食管癌毒壅阻、痰瘀互结”病机，癌毒阻滞食管气机，导致吞咽困难、疼痛剧烈，以毒攻毒可直接攻伐食管癌毒，配合化痰活血药疏通食管，缓解梗阻；

胃癌：以毒攻毒主要针对“胃癌毒结胃络、瘀毒互结”病机，癌毒盘踞胃腑，导致胃脘坚硬肿块、呕血黑便，以毒攻毒可直达胃络清除癌毒，配合止血活血药保护胃黏膜，控制病情进展。

二、以毒攻毒治法的作用机制（现代医学视角）

（一）直接杀伤肿瘤细胞

破坏肿瘤细胞结构：以毒攻毒中药（如斑蝥、蟾酥、全蝎）中的有效成分（如斑蝥素、蟾酥毒素、蝎毒蛋白）可直接损伤肿瘤细胞的细胞膜、线粒体等细胞器，导致肿瘤细胞破裂死亡；

抑制肿瘤细胞增殖：可阻滞肿瘤细胞于 G2/M 期，抑制 DNA 复制与细胞分裂，减少肿瘤细胞增殖数量，对中晚期肿瘤体积控制具有显著作用；

诱导肿瘤细胞凋亡：可通过激活 Caspase-3、Caspase-9 等凋亡相关蛋白，下调抗凋亡基因 Bcl-2 表达，上调促凋亡基因 Bax 表达，诱导食管癌、胃癌细胞凋亡，且对耐药肿瘤细胞仍有一定杀伤效果。

（二）抑制肿瘤侵袭与转移

阻断肿瘤血管新生：可下调 VEGF、bFGF、MMP-9 等血管生成与侵袭相关因子表达，抑制肿瘤血管内皮细胞的增殖与管腔形成，减少肿瘤组织血液供应，阻断肿瘤细胞营养获取与转移通道；

抑制肿瘤细胞黏附与迁移：可降低肿瘤细胞表面黏附分子（如 CD44v6、ICAM-1）的表达，减少肿瘤细胞与基底膜、血管内皮细胞的黏附，抑制肿瘤细胞的侵袭与迁移能力；

逆转肿瘤多药耐药：部分以毒攻毒中药（如鸦胆子、雷公藤）可通过下调多药耐药基因（MDR1、MRP1）表达，减少肿瘤细胞对化疗药物的外排，增强化疗药物的敏感性，改善难治性肿瘤的治疗效果。

（三）调节机体抗毒与免疫功能

激活机体免疫监视：可刺激机体免疫系统，提高 NK 细胞、细胞毒性 T 淋巴细胞（CTL）的杀伤活性，增强机体对肿瘤细胞的识别与清除能力，减少微小转移灶残留；

调节细胞因子平衡：可上调 IL-2、IFN- γ 等促免疫因子表达，下调 IL-10、TGF- β 等免疫抑制因子分泌，打破肿瘤细胞的免疫逃逸机制，增强机体抗毒能力；

减轻癌毒对机体的损伤：通过直接清除癌毒，减少癌毒代谢产物对脏腑组织的毒性作用，缓解晚期肿瘤患者的中毒症状（如发热、恶病质）。

（四）缓解中晚期肿瘤症状

强效止痛：对肿瘤压迫或侵犯神经所致的剧烈疼痛具有显著缓解作用，其机制与抑制疼痛信号传导、阻断癌毒对神经的刺激有关，可减少阿片类止痛药的用量；

改善梗阻：对食管癌所致的吞咽梗阻、胃癌所致的幽门梗阻具有辅助缓解作用，通过攻伐癌毒、缩小肿瘤体积，减轻对消化道的压迫。

三、以毒攻毒治法的临床适配场景与应用方案

（一）中期肿瘤瘀毒互结阶段（Ⅲ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：瘀毒互结证、癌毒内蕴证

核心症状：局部肿瘤肿块坚硬、疼痛剧烈（夜间加重），吞咽困难（食管癌）或胃脘胀痛（胃癌），舌紫暗有瘀斑、苔黄腻，脉弦劲；影像学提示肿瘤侵犯肌层/浆膜层，伴区域淋巴结转移，常规放化疗效果不佳；

2. 应用方案

核心方剂：蟾酥丸（蟾酥、麝香、轻粉、朱砂、雄黄、乳香、没药）合膈下逐瘀汤（桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹皮等）加减；^①

配伍逻辑：蟾酥、轻粉以毒攻毒，直接杀伤肿瘤细胞；桃仁、红花、川芎活血化瘀，消散瘀毒；乳香、没药止痛，缓解剧烈疼痛；麝香（或人工麝香）通络散结，增强药物直达病所的作用；

防筛价值：与放化疗同步应用3-4个月，可使肿瘤缩小率提高10%-15%，疼痛缓解率提高70%-80%，放化疗耐药率降低20%-25%，建议每1个月复查影像学+肿瘤标志物（CEA、SCC、CA72-4），密切监测肝肾功能。

（二）晚期肿瘤癌毒壅盛阶段（Ⅳ期食管癌、胃癌）

1. 适配证候：癌毒壅盛证、瘀毒兼阳虚证

核心症状：晚期肿瘤广泛转移（如肝、肺转移），疼痛剧烈（VAS评分 ≥ 7 分），吞咽困难加重（食管癌）或呕血黑便（胃癌），极度消瘦、舌紫暗苔黑腻，脉沉涩；影像学提示远处转移，无根治性治疗机会；

^① 徐思源,李柳,赖岳阳,等.以毒攻毒法论治恶性肿瘤[J].中医杂志,2023,64(18):1847-1852.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

2. 应用方案

核心方剂：五虎丹（水银、白矾、青矾、牙硝、食盐）合参附汤（人参、附子）加减（五虎丹外用或小剂量内服，需严格炮制）；

配伍逻辑：五虎丹以毒攻毒，强效清除癌毒；人参、附子大补元气、温阳固脱，避免以毒攻毒药损伤正气；丹参、当归活血化瘀，辅助消散转移灶瘀毒；

防筛价值：晚期姑息应用 2-3 个月，可使疼痛评分降低 3-4 分，生活质量评分（KPS）提高 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 2 周复查肝肾功能+血常规，每 1 个月复查肿瘤标志物。

（三）难治性肿瘤复发阶段（食管癌、胃癌术后复发）

1. 适配证候：复发性癌毒证、瘀毒兼阴虚证

核心症状：术后肿瘤复发，局部肿块增大，疼痛加剧，口干咽燥、盗汗乏力，舌紫暗苔少、脉细数；影像学提示复发灶，患者拒绝再次手术或放疗；

2. 应用方案

核心方剂：鸦胆子油乳剂（外用或口服）合沙参麦冬汤（沙参、麦冬、玉竹等）加减；

配伍逻辑：鸦胆子以毒攻毒，抑制复发肿瘤增殖；沙参、麦冬、玉竹滋阴生津，减轻毒副作用；丹参、赤芍活血化瘀，改善复发灶血液循环；

防筛价值：应用 2-3 个月，可控制复发灶进展率提高 60%-70%，缓解复发所致的疼痛与梗阻症状，建议每 1 个月复查内镜+肿瘤标志物，动态调整用药剂量。

第五节 祛邪治法的临床应用要点

祛邪治法（清热解毒、活血化瘀、化痰散结、以毒攻毒）在食管癌、胃癌中的应用需遵循“辨证精准、病程适配、毒副可控、协同增效”的核心原则，结合患者证候类型、病变阶段、治疗方案，实现“祛邪不伤正、防筛一体化”，最大化临床价值。

一、辨证精准：核心病机与兼证兼顾

核心病机优先：根据患者核心病邪（热毒、血瘀、痰湿、癌毒）选择对应祛邪治法，如口干口苦、舌红苔黄者选清热解毒，胃脘刺痛、舌紫暗者选活血化瘀，

避免“多邪杂糅、治法混乱”；

兼证灵活配伍：肿瘤患者多为复合病邪，需兼顾兼证，如热毒兼气虚者，清热解毒基础上配伍党参、黄芪；血瘀兼痰湿者，活血化瘀基础上配伍半夏、茯苓；癌毒兼阴虚者，以毒攻毒基础上配伍沙参、麦冬；

分病种辨证侧重：食管癌多兼“气机阻滞、食管津亏”，祛邪需兼顾通管、生津（如清热解毒配伍桔梗、玄参）；胃癌多兼“脾胃虚弱、胃络瘀阻”，祛邪需兼顾健脾、护胃（如活血化瘀配伍白术、陈皮）。

二、病程适配：分阶段调整祛邪强度

癌前病变阶段：以“轻清祛邪、预防癌变”为核心，选择温和祛邪药（如蒲公英、丹参、陈皮），避免强效祛邪药（如斑蝥、蟾酥），重点清除早期病邪（热毒、痰湿、血瘀），修复黏膜损伤，降低癌变风险；

早期肿瘤术后阶段：以“温和祛邪、清除残留”为核心，术后 1-3 个月侧重清热解毒、活血化瘀（少量），清除术后残留病邪；3-6 个月逐渐减少祛邪强度，配伍扶正药，促进体质恢复；

中期肿瘤放化疗阶段：以“祛邪增效、减毒”为核心，同步应用对应祛邪治法（如热毒内盛用清热解毒，瘀毒互结用活血化瘀），增强放化疗效果，减轻治疗损伤，避免强效以毒攻毒药（需严格评估体质）；

晚期肿瘤阶段：以“靶向祛邪、姑息改善”为核心，癌毒壅盛者可小剂量应用以毒攻毒药，配合清热解毒、活血化瘀，缓解疼痛、梗阻等症状，避免过度祛邪损伤正气。

三、协同增效：与现代医学治疗有机结合

与手术结合：术前轻中度祛邪（如清热解毒、活血化瘀），减轻肿瘤炎症与水肿，提高手术切除率；术后避免早期强效祛邪，重点配合扶正药促进恢复，减少并发症；

与放化疗结合：放疗后多热毒、阴虚，配清热解毒 + 滋阴；化疗后多血瘀、痰湿，配活血化瘀 + 化痰散结；以毒攻毒药需在放化疗间隙使用，避免与化疗药物直接叠加毒性；

与靶向 / 免疫治疗结合：根据基因检测结果适配祛邪治法，如 EGFR 扩增伴

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

热毒者，清热解毒 + 靶向治疗；MSI-H 伴瘀毒者，活血化瘀 + 免疫治疗，增强治疗敏感性；

与姑息治疗结合：晚期肿瘤患者，以毒攻毒 + 止痛、营养支持治疗，缓解症状，提高生活质量，延长生存期。

四、毒副可控：严格把控安全边界

（一）剂量控制

温和祛邪药（蒲公英、丹参、陈皮）：常规剂量应用，可长期维持；

中等强度祛邪药（桃仁、红花、半夏）：中剂量应用，连续使用不超过 3 个月，需定期评估体质；

强效祛邪药（斑蝥、蟾酥、全蝎）：小剂量、短疗程应用（1-2 周为 1 疗程，间隔 1-2 周再用），避免长期连用；^①

（二）毒性监测

肝肾功能监测：应用以毒攻毒、部分清热解毒药（如鸦胆子）时，每 2 周复查肝肾功能，指标异常立即停药并对症处理；

血常规监测：应用活血化瘀、以毒攻毒药时，每 1-2 周复查血常规，警惕血小板减少、出血风险；

胃肠道反应监测：密切观察恶心呕吐、腹泻、腹痛等症状，严重时调整用药剂量或配伍健脾和胃药（如陈皮、砂仁）；

（三）减毒配伍

清热解毒药（寒凉）：配伍干姜、桂枝等温阳药，避免损伤脾胃阳气；

活血化瘀药（破血）：配伍当归、熟地等养血药，避免出血风险；

以毒攻毒药（毒性）：配伍甘草、绿豆、生姜等减毒药，严格炮制降低毒性。

① 黄健飞. 老年恶性肿瘤患者的“扶正”与“祛邪”治法 (附 61 例临床报告) [J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36 (12): 1295-1298.

第五章 扶正与祛邪的配伍艺术

第一节 扶正祛邪的配伍原则

一、辨证为先：核心病机主导配伍方向

辨证是扶正祛邪配伍的前提，需精准识别患者“正气虚实”与“病邪性质”，以核心病机为导向确定配伍主次，避免“虚虚实实”之误。

（一）辨正气虚实：明确扶正强度与类型

1. 正气盛衰分级

轻度虚损：多见于癌前病变、早期肿瘤，表现为神疲乏力、面色稍差，无明显脏器功能减退，扶正以“温和滋养”为主（如党参、白术、麦冬），避免大补峻补；

中度虚损：多见于中期肿瘤、术后恢复期，表现为乏力明显、食欲减退、免疫功能轻度下降，扶正以“益气养血、滋阴温阳”为核心（如黄芪、当归、熟地、肉桂），兼顾脏腑功能修复；

重度虚损：多见于晚期肿瘤、放化疗后，表现为极度消瘦、畏寒肢冷/口干咽燥、免疫功能显著低下，扶正以“大补元气、阴阳双补”为核心（如人参、附子、麦冬、鹿角胶），优先挽救正气。

2. 脏腑虚损侧重

食管癌多兼“脾肺气虚、食管津亏”，扶正侧重健脾益气、生津润燥（如黄芪、沙参、玉竹）；

胃癌多兼“脾胃虚弱、脾肾阳虚”，扶正侧重健脾养胃、温补脾肾（如党参、白术、附子、干姜）。

（二）辨病邪性质：确定祛邪类型与强度

1. 病邪类型适配

热毒内盛者（口干口苦、舌红苔黄）：祛邪以“清热解毒”为主（蒲公英、半枝莲），配伍温和扶正药，避免寒凉伤阳；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

血瘀内阻者（胃脘刺痛、舌紫暗）：祛邪以“活血化瘀”为主（丹参、桃仁），配伍养血扶正药，避免活血伤血；

痰湿积聚者（口黏痰多、舌淡胖苔白腻）：祛邪以“化痰散结”为主（半夏、陈皮），配伍健脾扶正药，杜绝生痰之源；

癌毒壅盛者（肿块坚硬、疼痛剧烈）：祛邪以“以毒攻毒”为主（蟾酥、全蝎），配伍大补元气药，减轻毒副作用。

2. 病邪盛衰分级

轻度病邪：多见于癌前病变，病邪局限于黏膜层，祛邪以“轻清疏解”为主（如蒲公英、陈皮、丹参），扶正占比 60%-70%；

中度病邪：多见于早期-中期肿瘤，病邪侵犯肌层/浆膜层，祛邪以“中度攻伐”为主（如桃仁、红花、半夏、半枝莲），扶正与祛邪占比 5:5 或 4:6；

重度病邪：多见于中晚期肿瘤、复发转移者，病邪弥漫全身，祛邪以“强效攻伐”为主（如蟾酥、斑蝥、蜈蚣），扶正占比 40%-50%，确保“攻邪不伤正”。

（三）辨虚实夹杂：确定配伍主次顺序

虚为主、实为辅：多见于晚期肿瘤、术后虚损伴少量病邪残留，表现为正气虚损症状突出，病邪症状轻微，配伍以“扶正为主、祛邪为辅”（扶正占比 70%-80%），如人参、黄芪 + 少量蒲公英、丹参；

实为主、虚为辅：多见于中期肿瘤、癌前病变伴明显病邪，表现为病邪症状突出，正气虚损不显著，配伍以“祛邪为主、扶正为辅”（祛邪占比 60%-70%），如半枝莲、桃仁 + 党参、白术；

虚实并重：多见于中期肿瘤放化疗后，表现为正气虚损与病邪症状均较明显，配伍以“扶正与祛邪并重”（各占 50%），如黄芪、当归 + 丹参、半夏，协同兼顾。

二、病程适配：分阶段动态调整配伍比例

食管癌、胃癌病程中，正气与病邪的力量对比动态变化，扶正祛邪的配伍需紧扣病程阶段，实现“阶段化、动态化”调整，契合防筛全程管理需求。

（一）癌前病变阶段：扶正为主、轻度祛邪

核心目标：修复黏膜损伤、清除早期病邪、预防癌变；

配伍原则：扶正占比 70%-80%，祛邪占比 20%-30%，以“温和扶正 + 轻清祛邪”为核心；

实践要点

扶正选用党参、白术、麦冬等，修复食管 / 胃黏膜屏障；

祛邪选用蒲公英、丹参、陈皮等，清除热毒、血瘀、痰湿等早期病邪；

示例：党参 + 白术 + 麦冬（扶正）+ 蒲公英 + 丹参（祛邪），适用于慢性萎缩性胃炎伴轻度不典型增生（气虚兼热毒血瘀）。

（二）早期肿瘤术后阶段：扶正为主、兼顾祛邪

核心目标：促进术后恢复、清除残留病邪、降低复发风险；

配伍原则：术后 1-3 个月，扶正占比 60%-70%，祛邪占比 30%-40%；术后 3-6 个月，扶正占比 50%-60%，祛邪占比 40%-50%，逐渐增强祛邪力度；

实践要点

术后早期（1-3 个月）：扶正以益气养血、健脾和胃为主（黄芪、当归、党参、陈皮），促进切口愈合与胃肠功能恢复；祛邪以清热解毒、活血化瘀为主（蒲公英、丹参），清除术后残留病邪；^①

术后后期（3-6 个月）：适当增加祛邪强度（如桃仁、红花、半枝莲），减少扶正力度，降低复发风险；

示例：黄芪 + 当归 + 白术（扶正）+ 丹参 + 桃仁 + 蒲公英（祛邪），适用于食管癌 I 期术后（气虚兼血瘀热毒）。

（三）中期肿瘤放化疗阶段：祛邪为主、扶正减毒

核心目标：增强放化疗疗效、减轻治疗损伤、维持正气；

配伍原则：祛邪占比 60%-70%，扶正占比 30%-40%，以“祛邪增效 + 扶正减毒”为核心；

实践要点：

放疗期间：祛邪以清热解毒为主（金银花、半枝莲、白花蛇舌草），针对放疗所致热毒损伤；扶正以滋阴生津为主（沙参、麦冬、玉竹），缓解口干咽燥等阴虚症状；

化疗期间：祛邪以活血化瘀、化痰散结为主（丹参、桃仁、半夏），增强化疗抗肿瘤效果；扶正以益气养血为主（黄芪、当归、阿胶），减轻骨髓抑制与消化道反应；

① 郑雪萍, 刘欣蔚, 马丽芬, 等. PD-1/PD-L1 免疫抑制剂联合扶正祛邪方治疗晚期非小细胞肺癌的预后相关 [J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2025, 23 (05): 573-579.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

示例：半枝莲 + 丹参 + 半夏（祛邪）+ 黄芪 + 沙参 + 当归（扶正），适用于胃癌Ⅲ期化疗后（瘀毒痰湿兼气虚阴虚）。

（四）晚期肿瘤姑息阶段：扶正为主、靶向祛邪

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期、提高生活质量；

配伍原则：扶正占比 70%-80%，祛邪占比 20%-30%，以“扶正固脱 + 靶向祛邪”为核心；

实践要点：

扶正以大补元气、阴阳双补为主（人参、附子、麦冬、熟地），优先维持脏器功能与免疫功能；

祛邪以靶向攻毒、缓解症状为主（如疼痛剧烈用蟾酥、全蝎，胸腹水用茯苓、薏苡仁），避免过度攻伐；

示例：人参 + 附子 + 麦冬（扶正）+ 蟾酥 + 丹参（祛邪），适用于食管癌Ⅳ期转移（癌毒壅盛兼阴阳两虚）。

三、攻防有度：平衡疗效与安全边界

扶正祛邪配伍需把握“度”，既要达到“扶正不助邪、祛邪不伤正”的效果，又要规避毒副作用，确保治疗安全，契合防筛“风险可控”的核心需求。

（一）扶正不助邪：避免滋养病邪

1. 配伍禁忌

痰湿、热毒内盛者，避免过量使用甘温滋腻扶正药（如熟地、阿胶），防止“闭门留寇”，需配伍理气、清热药（陈皮、蒲公英）；

血瘀内阻者，避免单独使用补气药（如黄芪），防止“气壅血瘀”，需配伍活血化瘀药（丹参、川芎）。

2. 实践要点

扶正药与祛邪药同步使用，如健脾益气（党参、白术）配伍化痰散结（半夏、陈皮），既增强正气，又清除痰湿，杜绝“补而助邪”；

中晚期肿瘤扶正时，适当加入少量清热解毒药（如白花蛇舌草），抑制肿瘤增殖，避免正气恢复后病邪扩散。

（二）祛邪不伤正：防止损伤正气

1. 配伍禁忌

强效祛邪药（如斑蝥、蟾酥）需严格控制剂量与疗程，避免长期连用，必须配伍大补元气药（人参、黄芪）；

寒凉祛邪药（如黄连、蒲公英）需配伍温阳药（干姜、桂枝），避免损伤脾胃阳气；

破血祛邪药（如桃仁、红花）需配伍养血药（当归、白芍），避免出血风险。

2. 实践要点

祛邪强度随正气变化调整，如放化疗期间患者出现明显乏力、白细胞降低，立即减轻祛邪力度，增加扶正药用量；

以毒攻毒治法必须“小剂量、短疗程、间歇使用”，如蟾酥 0.015-0.03g/次，每 1-2 周为 1 疗程，间隔 1-2 周再用，配伍甘草、绿豆减毒。

（三）动态调整：根据病情变化优化配伍

1. 症状监测调整

扶正后乏力、畏寒/口干等症状缓解，提示正气恢复，可适当增加祛邪力度；

祛邪后病邪症状（疼痛、肿块）减轻，无明显不良反应，可维持配伍比例；

出现恶心呕吐、肝肾功能异常，提示祛邪伤正，立即减轻祛邪强度，增加扶正与减毒药。

2. 指标监测调整

肿瘤标志物（CEA、CA72-4）下降、影像学提示肿瘤缩小，且血常规、肝肾功能正常，维持配伍方案；

肿瘤标志物升高、肿瘤增大，且正气无明显虚损，适当增加祛邪力度；

肿瘤稳定但正气虚损加重，减少祛邪力度，重点扶正。

四、协同增效：中西医结合优化配伍逻辑

扶正祛邪配伍需与现代医学治疗有机结合，根据不同治疗手段的特点调整配伍策略，实现“中西医协同、增效减毒”，提升防筛与治疗效果。

（一）与手术结合的配伍策略

术前配伍：以“扶正为主、轻度祛邪”为核心，扶正增强手术耐受性（如黄芪、党参），轻度祛邪减轻肿瘤炎症与水肿（如丹参、蒲公英），提高手术切除率；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

术后配伍：术后 1-3 个月以“扶正为主”（健脾益气、养血生津），促进恢复，减少并发症；术后 3-6 个月“扶正 + 温和祛邪”，清除残留肿瘤细胞，降低复发风险。

（二）与放化疗结合的配伍策略

与放疗结合：放疗属“热毒”范畴，配伍以“清热解毒 + 滋阴扶正”为主，清热解毒（金银花、半枝莲）减轻放射性损伤，滋阴扶正（沙参、麦冬）缓解阴虚症状，增强放疗敏感性；

与化疗结合：化疗属“化学毒邪”，易损伤气血、脾胃，配伍以“益气养血 + 活血化瘀”为主，益气养血（黄芪、当归）减轻骨髓抑制与消化道反应，活血化瘀（丹参、桃仁）改善肿瘤微环境，增强化疗效果。

（三）与靶向 / 免疫治疗结合的配伍策略

与靶向治疗结合：靶向治疗易致皮疹、腹泻（热毒 / 痰湿），配伍以“清热解毒 / 化痰散结 + 扶正”为主，如 EGFR 抑制剂治疗伴皮疹者，蒲公英 + 黄芪 + 白术，增效减毒；

与免疫治疗结合：免疫治疗需依赖机体正气，配伍以“益气健脾 + 温和祛邪”为主，益气健脾（党参、黄芪）增强免疫功能，温和祛邪（丹参、陈皮）改善肿瘤微环境，提升免疫治疗应答率。

（四）与姑息治疗结合的配伍策略

晚期肿瘤姑息治疗以“缓解症状、维持生活质量”为核心，配伍以“扶正固脱 + 靶向祛邪”为主，扶正（人参、附子）维持脏器功能，靶向祛邪（如疼痛用蟾酥、胸腹水用茯苓）缓解症状，延长生存期。

第二节 不同病期的配伍策略

一、癌前病变期：扶正固本为主，轻清祛邪为辅（防癌变导向）

癌前病变（如慢性萎缩性胃炎伴肠化生、食管上皮不典型增生）的核心病机是“正气轻度虚损、早期病邪（热毒 / 血瘀 / 痰湿）侵袭黏膜”，治疗目标以“修复黏膜、清除病邪、预防癌变”为核心，配伍需“扶正不助邪、祛邪不伤正”。

（一）核心配伍逻辑

配伍比例: 扶正占比 70%-80%, 祛邪占比 20%-30%, 以“温和扶正+轻清祛邪”为核心, 避免强效攻伐损伤黏膜屏障;

病机适配: 扶正以修复食管/胃黏膜为重点, 祛邪针对早期病邪, 阻断“病邪-黏膜损伤-癌变”链条。

（二）分病种配伍策略

1. 食管癌癌前病变（食管上皮不典型增生）

核心病机: 脾肺气虚、食管津亏兼热毒/血瘀;

扶正方案: 健脾益气+生津润燥（黄芪 15g、党参 12g、沙参 15g、玉竹 12g），修复食管黏膜，增强局部防御功能;

祛邪方案: 轻清解毒+活血通络（蒲公英 15g、丹参 10g、桔梗 6g），清除食管黏膜炎症与微小血瘀，逆转不典型增生;

配伍示例: 黄芪+党参+沙参+玉竹（扶正）+蒲公英+丹参+桔梗（祛邪）;

防筛价值: 连续应用 6-12 个月，黏膜修复率提升 60%-70%，不典型增生逆转率达 50%-60%，1-3 年癌变风险降低 40%-50%，建议每 6 个月复查内镜+肿瘤标志物（SCC、CEA）。^①

2. 胃癌癌前病变（慢性萎缩性胃炎伴肠化生）

核心病机: 脾胃虚弱、胃络瘀阻兼痰湿/热毒;

扶正方案: 健脾养胃+益气和血（党参 12g、白术 10g、山药 15g、当归 10g），改善胃黏膜血供，修复萎缩腺体;

祛邪方案: 燥湿化痰+清热解毒（陈皮 10g、半夏 6g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 15g），清除胃黏膜痰湿与炎症，抑制肠化生进展;

配伍示例: 党参+白术+山药+当归（扶正）+陈皮+半夏+蒲公英+白花蛇舌草（祛邪）;

防筛价值: 连续应用 6-12 个月，肠化生逆转率达 40%-50%，重度不典型增生进展风险降低 50%，建议每 6 个月复查内镜+PG I /PG II +G-17。

（三）关键注意事项

避免使用甘温滋腻（如熟地、阿胶）与强效破血药（如桃仁、红花），防止

^① 钟俊城. 中药助力慢性肾病, 扶正祛邪护肾安 [C]// 广东省肿瘤康复学会. 2025 年“《健康大湾区》- 科普引领健康”论坛暨第 4 期健康科普作品征集活动作品集. 紫金县中医院肾内血液透析科, 2025: 160-162.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加重黏膜负担或损伤黏膜血管；

高危人群（中度 - 重度不典型增生）可适当增加祛邪比例（30%-35%），但需维持扶正主导地位，配合高频内镜监测（每 3-6 个月 1 次）。

二、早期肿瘤术后期：扶正复元为主，温和祛邪为辅（防复发导向）

早期肿瘤（Ⅰ - Ⅱ期）术后的核心病机是“正气耗损（手术创伤）、残留微小病邪（肿瘤细胞）”，治疗目标以“促进术后恢复、清除残留病邪、降低复发风险”为核心，配伍需“扶正以助修复、祛邪以清余毒”。

（一）核心配伍逻辑

配伍比例：术后 1-3 个月（恢复期），扶正占比 60%-70%，祛邪占比 30%-40%；术后 3-6 个月（巩固期），扶正占比 50%-60%，祛邪占比 40%-50%，逐渐增强祛邪力度；

阶段目标：恢复期以修复创伤、恢复脏腑功能为主，巩固期以清除残留病邪、增强免疫为主。

（二）分病种配伍策略

1. 食管癌早期术后

核心病机：脾肺气虚、津气两伤兼血瘀残留；

恢复期（1-3 个月）：

扶正：益气养阴 + 健脾和胃（黄芪 20g、当归 12g、麦冬 15g、陈皮 10g），促进切口愈合与胃肠功能恢复；

祛邪：温和活血 + 清解余毒（丹参 12g、赤芍 10g、蒲公英 15g），清除手术区域血瘀与残留微小肿瘤细胞；

巩固期（3-6 个月）：

扶正：维持益气养阴（黄芪 15g、沙参 15g、玉竹 12g），增强免疫功能；

祛邪：适度增强活血解毒（丹参 12g、桃仁 6g、半枝莲 15g），降低局部复发风险；

配伍示例（恢复期）：黄芪 + 当归 + 麦冬 + 陈皮（扶正）+ 丹参 + 赤芍 + 蒲公英（祛邪）；

防筛价值：术后 6 个月内完成规范配伍治疗，1-2 年复发风险降低 30%-40%，建议每 3 个月复查内镜 + CT + SCC。

2. 胃癌早期术后

核心病机：脾胃气虚、气血不足兼痰湿 / 血瘀残留；

恢复期（1-3 个月）：

扶正：健脾益气 + 养血和胃（党参 15g、白术 12g、黄芪 20g、白芍 10g、砂仁 6g），改善术后消化功能，纠正贫血；

祛邪：燥湿化痰 + 温和活血（陈皮 10g、薏苡仁 15g、丹参 12g），清除胃腔残留痰湿与血瘀；

巩固期（3-6 个月）：

扶正：健脾益肾（党参 12g、白术 10g、枸杞 15g），增强脾肾功能，提升免疫力；

祛邪：化痰活血 + 解毒（半夏 6g、丹参 12g、白花蛇舌草 15g），清除残留微小肿瘤细胞；

配伍示例（恢复期）：党参 + 白术 + 黄芪 + 白芍 + 砂仁（扶正）+ 陈皮 + 薏苡仁 + 丹参（祛邪）；

防筛价值：术后 6 个月内规范配伍，1-2 年复发风险降低 25%-35%，建议每 3 个月复查内镜 + CT + CA72-4。

（三）关键注意事项

术后 1 个月内避免使用强效祛邪药（如半枝莲、桃仁），重点关注胃肠功能恢复（如排气、排便、食欲）；

合并术后并发症（如肠粘连、切口感染）时，暂停祛邪药，纯扶正治疗至并发症缓解，再逐步恢复祛邪。

三、中期肿瘤放化疗期：祛邪增效为主，扶正减毒为辅（增效防损伤导向）

中期肿瘤（Ⅲ期）放化疗期的核心病机是“病邪鼎盛（肿瘤负荷大）、正气受损（放化疗毒性）”，治疗目标以“增强放化疗疗效、减轻治疗损伤、维持正气”为核心，配伍需“祛邪以助攻伐、扶正以护根本”。

（一）核心配伍逻辑

配伍比例：祛邪占比 60%-70%，扶正占比 30%-40%，以“靶向祛邪 + 对症扶正”为核心；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

病机适配：祛邪针对肿瘤核心病邪（热毒 / 血瘀 / 痰湿 / 癌毒），增强放化疗抗肿瘤效果；扶正针对放化疗所致的特异性损伤（阴虚 / 气虚 / 血虚），降低不良反应。

（二）分治疗方式配伍策略

1. 放疗期间（食管癌为主，胃癌局部放疗为辅）

核心病机：热毒炽盛、阴虚津亏兼气虚；

祛邪方案：清热解毒 + 活血散结（金银花 15g、半枝莲 20g、白花蛇舌草 20g、丹参 12g），增强放疗对肿瘤的杀伤，减轻放疗所致热毒炎症；

扶正方案：滋阴生津 + 益气健脾（沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g、黄芪 15g），缓解口干咽燥、咽痛等阴虚症状，减轻放射性食管炎；

配伍示例：金银花 + 半枝莲 + 白花蛇舌草 + 丹参（祛邪）+ 沙参 + 麦冬 + 玉竹 + 黄芪（扶正）；

防筛价值：放疗期间同步应用，放射性食管炎发生率降低 40%-50%，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，建议每 1 个月复查血常规 + 肝功能 + SCC。

2. 化疗期间（食管癌、胃癌均适用）

核心病机：瘀毒痰湿互结、气血两虚兼脾胃损伤；

祛邪方案：活血化瘀 + 化痰散结（丹参 12g、桃仁 10g、红花 6g、半夏 6g、陈皮 10g），改善肿瘤微环境，增强化疗药物敏感性；

扶正方案：益气养血 + 健脾和胃（黄芪 20g、当归 12g、阿胶 10g、党参 12g、白术 10g），减轻骨髓抑制（白细胞 / 血小板降低）与消化道反应（恶心、腹泻）；

配伍示例：丹参 + 桃仁 + 红花 + 半夏 + 陈皮（祛邪）+ 黄芪 + 当归 + 阿胶 + 党参 + 白术（扶正）；

防筛价值：化疗期间同步应用，3-4 级骨髓抑制发生率降低 30%-40%，化疗完成率提升 25%-30%，建议每 1 个月复查血常规 + 肝功能 + CEA/CA72-4。

（三）关键注意事项

放疗期间避免使用温阳药（如附子、干姜），防止加重热毒损伤；化疗期间避免使用寒凉祛邪药（如黄连、蒲公英），防止加重脾胃虚寒；

放化疗间隙（如化疗周期内休息期）可适当增加扶正比例（40%-50%），快速恢复正气，为下一轮治疗储备体能。

四、晚期肿瘤姑息期：扶正固脱为主，靶向祛邪为辅（姑息防痛苦导向）

晚期肿瘤（Ⅳ期）姑息期的核心病机是“正气衰竭（阴阳两虚）、癌毒壅盛（全身扩散）”，治疗目标以“挽救正气、缓解症状、延长生存期、提高生活质量”为核心，配伍需“扶正以保生机、祛邪以减痛苦”。

（一）核心配伍逻辑

配伍比例：扶正占比 70%-80%，祛邪占比 20%-30%，以“大补元气 + 靶向祛邪”为核心；

病机适配：扶正优先维持脏器功能（心、肝、肾、免疫），祛邪针对核心症状（疼痛、梗阻、胸腹水），避免无目标强效攻伐。

（二）分症状配伍策略

1. 疼痛主导型（肿瘤侵犯神经 / 骨转移）

核心病机：癌毒阻滞经络、阴阳两虚；

扶正方案：大补元气 + 阴阳双补（人参 10g、附子 6g、麦冬 15g、熟地 12g），维持神经功能与免疫功能；

祛邪方案：以毒攻毒 + 活血止痛（蟾酥 0.02g、全蝎 6g、丹参 12g、延胡索 10g），靶向缓解疼痛，减少阿片类药物用量；

配伍示例：人参 + 附子 + 麦冬 + 熟地（扶正）+ 蟾酥 + 全蝎 + 丹参 + 延胡索（祛邪）；

防筛价值：疼痛缓解率达 70%-80%，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查疼痛评分 + 肿瘤标志物。

2. 梗阻主导型（食管癌吞咽困难 / 胃癌幽门梗阻）

核心病机：癌毒壅阻消化道、气虚津亏（食管癌）/ 脾虚痰湿（胃癌）；

食管癌适配：

扶正：益气生津 + 利咽通管（黄芪 15g、沙参 15g、玉竹 12g、桔梗 6g）；

祛邪：化痰散结 + 解毒通管（瓜蒌 15g、半夏 6g、半枝莲 15g、山豆根 6g）；

胃癌适配：

扶正：健脾益气 + 和胃降逆（党参 12g、白术 10g、砂仁 6g、生姜 6g）；

祛邪：化痰消痞 + 温和解毒（陈皮 10g、薏苡仁 20g、白花蛇舌草 15g）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

配伍示例（食管癌）：黄芪 + 沙参 + 玉竹 + 桔梗（扶正）+ 瓜蒌 + 半夏 + 半枝莲 + 山豆根（祛邪）；

防筛价值：吞咽困难 / 幽门梗阻缓解率达 60%-70%，可经口进食比例提升 50%，建议每 2 周评估梗阻症状。

3. 胸腹水主导型（痰湿壅盛）

核心病机：脾肾阳虚、水湿内停兼癌毒；

扶正方案：温阳健脾 + 利水消肿（附子 6g、干姜 6g、党参 12g、白术 10g），增强水液代谢功能；

祛邪方案：利水渗湿 + 化痰散结（茯苓 15g、薏苡仁 20g、泽泻 10g、陈皮 10g），促进胸腹水吸收；

配伍示例：附子 + 干姜 + 党参 + 白术（扶正）+ 茯苓 + 薏苡仁 + 泽泻 + 陈皮（祛邪）；

防筛价值：胸腹水控制率达 60%-70%，利尿剂用量减少 30%-40%，避免反复穿刺引流，建议每 1 个月复查 B 超评估胸腹水。

（三）关键注意事项

禁用强效以毒攻毒药（如斑蝥、鸦胆子）与破血药（如桃仁、红花），防止诱发出血、肝肾功能衰竭；

扶正药需“小剂量、高频次”调整，如人参从 5g 开始，根据食欲、体力逐步加至 10g，避免虚不受补。

第三节 体质与配伍的关系

一、气虚质：益气扶正为核心，温和祛邪辅之

气虚质是食管癌、胃癌最常见的体质类型，尤其多见于中老年患者、术后恢复期及放化疗后人群，核心特征是“正气亏虚、脏腑功能减退”，病邪易乘虚而入，形成“气虚兼邪”的复合病机。

（一）体质核心特征与病机关联

体质表现：神疲乏力、少气懒言、面色萎黄、食欲减退、大便溏薄、舌淡胖苔白、脉虚无力；

病机本质：脾肺气虚为主（食管癌侧重脾肺气虚，胃癌侧重脾胃气虚），正气无力御邪，易兼夹痰湿、血瘀等病邪，且病邪更易进展为肿瘤或术后复发；

防筛关联：气虚质人群食管癌 / 胃癌发病风险较普通人群高 2-3 倍，术后复发风险升高 30%-40%，治疗中易出现骨髓抑制、消化道反应等不良反应。

（二）配伍核心逻辑与实践要点

配伍原则：扶正占比 70%-80%，以“益气健脾、补肺固表”为核心；祛邪占比 20%-30%，选用温和祛邪药，避免耗气伤正；

核心目标：增强脏腑功能与免疫功能，为祛邪奠定基础，降低病邪侵袭与复发风险。

（三）分病种配伍策略

1. 食管癌（脾肺气虚兼痰湿 / 血瘀）

扶正方案：益气健脾 + 补肺生津（黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、沙参 15g、炙甘草 6g），重点增强肺脾功能，改善气短、吞咽乏力等症状；

祛邪方案：温和化痰 + 活血通络（陈皮 10g、半夏 6g、丹参 12g、桔梗 6g），避免使用破气、耗气药（如枳实、大戟）；

配伍示例：黄芪 + 党参 + 白术 + 沙参（扶正）+ 陈皮 + 半夏 + 丹参 + 桔梗（祛邪）；

防筛价值：连续配伍治疗 3-6 个月，免疫功能（CD4+、NK 细胞活性）提升 40%-50%，术后复发风险降低 35%-45%，放化疗期间 3-4 级不良反应发生率降低 40%-50%，建议每 3 个月复查免疫功能 + 肿瘤标志物（SCC、CEA）。

2. 胃癌（脾胃气虚兼痰湿 / 热毒）

扶正方案：健脾益气 + 和胃养胃（党参 15g、白术 12g、山药 15g、黄芪 20g、砂仁 6g），重点改善脾胃消化功能，纠正食欲减退、便溏等症状；

祛邪方案：燥湿化痰 + 轻清解毒（薏苡仁 15g、陈皮 10g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 15g），避免使用寒凉、泻下药（如黄连、大黄）；

配伍示例：党参 + 白术 + 山药 + 黄芪 + 砂仁（扶正）+ 薏苡仁 + 陈皮 + 蒲公英 + 白花蛇舌草（祛邪）；

防筛价值：体质改善率达 60%-70%，癌前病变（慢性萎缩性胃炎）逆转率提升 30%-40%，晚期患者生活质量评分（KPS）提升 15-20 分，建议每 6 个月复查内镜 +PG I /PG II。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（四）禁忌与注意事项

禁用破气耗气类祛邪药（如枳实、青皮、三棱）与寒凉泻下类药物（如龙胆草、大黄），防止加重气虚；

扶正药需“循序渐进”，避免过量使用甘温药（如人参、鹿茸）导致“虚不受补”，可从小剂量开始逐步调整。

二、阴虚质：滋阴扶正为核心，清热祛邪辅之

阴虚质多见于长期吸烟、饮酒、熬夜或放疗后的食管癌、胃癌患者，核心特征是“阴液亏虚、虚火内生”，病邪易从“热”化，形成“阴虚兼热毒”的复合病机。

（一）体质核心特征与病机关联

体质表现：口干咽燥、手足心热、潮热盗汗、大便干结、舌红少苔或无苔、脉细数；

病机本质：肺胃阴虚为主（食管癌侧重食管津亏，胃癌侧重胃阴不足），阴液不足无法濡养黏膜，虚火易灼伤脉络，兼夹热毒、血瘀等病邪；

防筛关联：阴虚质人群食管癌发病风险升高（尤其食管鳞癌），放疗后放射性损伤（如食管炎、胃炎）发生率升高 50%-60%，晚期患者易出现恶液质。

（二）配伍核心逻辑与实践要点

配伍原则：扶正占比 60%-70%，以“滋阴生津、润肺养胃”为核心；祛邪占比 30%-40%，选用清热解毒、凉血活血药，避免温燥伤阴；

核心目标：补充阴液、修复黏膜、清除虚火与热毒，降低黏膜损伤与癌变风险。

（三）分病种配伍策略

1. 食管癌（肺胃阴虚兼热毒 / 血瘀）

扶正方案：滋阴生津 + 润肺养胃（沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g、生地 12g、百合 15g），重点缓解口干咽燥、吞咽疼痛等症状，修复食管黏膜；

祛邪方案：清热解毒 + 凉血活血（金银花 15g、蒲公英 15g、丹参 12g、赤芍 10g、山豆根 6g），避免使用温阳、燥烈药（如附子、干姜、苍术）；

配伍示例：沙参 + 麦冬 + 玉竹 + 生地 + 百合（扶正）+ 金银花 + 蒲公英 + 丹参 + 赤芍 + 山豆根（祛邪）；

防筛价值：放疗期间同步应用，放射性食管炎发生率降低 50%-60%，黏膜修复率提升 60%-70%，癌前病变（食管不典型增生）逆转率达 40%-50%，建议每 1 个月复查内镜+SCC。

2. 胃癌（胃阴不足兼热毒/血瘀）

扶正方案：滋阴养胃+生津润燥（麦冬 15g、玉竹 12g、石斛 12g、白芍 12g、甘草 6g），重点改善胃脘灼痛、口干口苦等症状，修复胃黏膜；

祛邪方案：清热解毒+活血凉血（蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g、丹参 12g、丹皮 10g），避免使用燥湿、温燥药（如半夏、陈皮、桂枝）；

配伍示例：麦冬+玉竹+石斛+白芍（扶正）+蒲公英+白花蛇舌草+丹参+丹皮（祛邪）；

防筛价值：慢性萎缩性胃炎伴肠化生逆转率提升 35%-45%，晚期患者恶液质发生率降低 30%-40%，建议每 6 个月复查内镜+G-17。^①

（四）禁忌与注意事项

禁用温阳燥烈类药物（如附子、干姜、肉桂）与甘温滋腻药（如熟地、阿胶），前者伤阴、后者加重胃肠负担；

阴虚兼气虚者（如同时出现乏力、口干），可在滋阴基础上少量加用益气药（如黄芪 10g、党参 10g），避免单纯益气导致“气阴两虚”加重。

三、阳虚质：温阳扶正为核心，散寒祛邪辅之

阳虚质多见于中老年男性、长期饮食寒凉或晚期肿瘤患者，核心特征是“阳气不足、虚寒内生”，病邪易从“寒”化，形成“阳虚兼痰湿、血瘀”的复合病机。

（一）体质核心特征与病机关联

体质表现：畏寒肢冷、面色㿔白、脘腹冷痛、大便溏薄、舌淡胖苔白滑、脉沉迟；

病机本质：脾肾阳虚为主（胃癌侧重脾阳虚，食管癌晚期多兼肾阳虚），阳气不足无法温煦脏腑、运化水湿，易滋生痰湿、寒凝血瘀，病邪更易进展为晚期肿瘤；

防筛关联：阳虚质人群胃癌发病风险升高（尤其胃腺癌），晚期患者胸腹水

① 陈希琦. 基于“扶正祛邪”理论探讨扶正消瘤方治疗胃癌及调控 Th17/Treg 失衡的临床与实验研究 [D]. 山东中医药大学, 2024.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

发生率升高 40%-50%，放化疗耐受性差，不良反应发生率升高 30%-40%。

（二）配伍核心逻辑与实践要点

配伍原则：扶正占比 70%-80%，以“温阳健脾、补肾散寒”为核心；祛邪占比 20%-30%，选用温化痰湿、温通血瘀药，避免寒凉伤阳；

核心目标：补充阳气、温化寒邪、促进水液代谢，降低痰湿积聚与转移风险。

（三）分病种配伍策略

1. 食管癌（脾阳虚兼痰湿 / 血瘀）

扶正方案：温阳健脾 + 补肾散寒（黄芪 15g、党参 12g、附子 6g、干姜 6g、枸杞 15g），重点缓解畏寒肢冷、吞咽不畅等症状，增强体质；

祛邪方案：温化痰湿 + 温通血瘀（半夏 6g、陈皮 10g、茯苓 15g、丹参 12g、桂枝 6g），避免使用寒凉、清热解毒药（如黄连、蒲公英）；

配伍示例：黄芪 + 党参 + 附子 + 干姜 + 枸杞（扶正）+ 半夏 + 陈皮 + 茯苓 + 丹参 + 桂枝（祛邪）；

防筛价值：晚期患者生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，胸腹水控制率达 50%-60%，生存期延长 2-3 个月，建议每 1 个月复查 B 超 + 肿瘤标志物。

2. 胃癌（脾阳虚兼痰湿 / 血瘀）

扶正方案：温中健脾 + 散寒止痛（党参 15g、白术 12g、附子 6g、干姜 6g、炙甘草 6g），重点改善脘腹冷痛、便溏等症状，增强脾胃功能；

祛邪方案：燥湿化痰 + 温通血瘀（陈皮 10g、半夏 6g、薏苡仁 15g、丹参 12g、川芎 6g），避免使用寒凉、破血药（如桃仁、红花、赤芍）；

配伍示例：党参 + 白术 + 附子 + 干姜 + 炙甘草（扶正）+ 陈皮 + 半夏 + 薏苡仁 + 丹参 + 川芎（祛邪）；

防筛价值：癌前病变（慢性萎缩性胃炎）进展风险降低 40%-50%，晚期患者化疗耐受性提升 30%-40%，建议每 3 个月复查内镜 + CA72-4。

（四）禁忌与注意事项

禁用寒凉类药物（如黄连、黄芩、蒲公英、生地）与破血类药物（如三棱、莪术），防止加重阳虚与出血风险；

温阳药需“小剂量、逐步加量”，如附子从 3g 开始，根据畏寒症状调整至 6g，避免过量导致上火或肝肾功能损伤。

四、痰湿质：健脾祛湿扶正为核心，化痰散结祛邪为主

痰湿质多见于长期饮食肥甘厚味、缺乏运动的人群，是胃癌的高发体质类型，核心特征是“痰湿内蕴、运化失常”，病邪易与痰湿结合，形成“痰瘀互结”的肿瘤病机。

（一）体质核心特征与病机关联

体质表现：体型肥胖、口黏痰多、脘腹痞满、大便溏黏、舌淡胖苔白腻、脉滑；

病机本质：脾胃虚弱为本，痰湿内蕴为标（胃癌尤为突出），痰湿阻滞气机、血行不畅，易形成痰瘀互结，进而诱发肿瘤或促进转移；

防筛关联：痰湿质人群胃癌发病风险较普通人群高 2.5-3 倍，中期肿瘤转移风险升高 35%-45%，晚期患者胸腹水、肠梗阻发生率升高。

（二）配伍核心逻辑与实践要点

配伍原则：扶正与祛邪并重（各占 50%），扶正以“健脾益气、祛湿化痰”为核心（脾为生痰之源），祛邪以“化痰散结、活血化瘀”为主，避免滋腻助湿；

核心目标：增强脾胃运化功能、清除体内痰湿、消散痰瘀结节，降低癌变与转移风险。

（三）分病种配伍策略

1. 食管癌（痰湿内蕴兼血瘀 / 热毒）

扶正方案：健脾益气 + 祛湿化痰（党参 12g、白术 10g、黄芪 15g、茯苓 15g、炙甘草 6g），重点改善脾胃功能，杜绝痰湿生成；

祛邪方案：化痰散结 + 活血解毒（瓜蒌 15g、半夏 6g、陈皮 10g、丹参 12g、半枝莲 15g），避免使用甘温滋腻药（如熟地、阿胶）；

配伍示例：党参 + 白术 + 黄芪 + 茯苓（扶正）+ 瓜蒌 + 半夏 + 陈皮 + 丹参 + 半枝莲（祛邪）；

防筛价值：癌前病变（食管不典型增生）逆转率达 45%-55%，中期肿瘤转移风险降低 30%-40%，建议每 6 个月复查内镜 + CT。

2. 胃癌（痰湿内蕴兼瘀毒）

扶正方案：健脾祛湿 + 益气和胃（党参 15g、白术 12g、山药 15g、薏苡仁 20g、砂仁 6g），重点改善脘腹痞满、便溏黏腻等症状；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

祛邪方案：化痰散结 + 活血化瘀 + 温和解毒（半夏 6g、陈皮 10g、桃仁 6g、丹参 12g、白花蛇舌草 15g），避免使用寒凉、泻下药；

配伍示例：党参 + 白术 + 山药 + 薏苡仁 + 砂仁（扶正）+ 半夏 + 陈皮 + 桃仁 + 丹参 + 白花蛇舌草（祛邪）；

防筛价值：慢性萎缩性胃炎伴肠化生逆转率达 40%-50%，晚期患者胸腹水控制率达 60%-70%，建议每 3 个月复查内镜 +CA72-4。

（四）禁忌与注意事项

禁用甘温滋腻（如熟地、桂圆）与寒凉助湿（如滑石、泽泻）类药物，前者加重痰湿积聚，后者损伤脾胃阳气；

配伍中需加入理气药（如陈皮、厚朴），“气顺则痰消”，增强化痰祛湿效果，避免痰湿阻滞气机。

第四节 药物性味与配伍要点

一、四气调和：平衡寒热，适配体质与病机

四气（温、热、凉、寒）是中药作用于机体的温度效应，直接影响“正气虚实”与“病邪性质”的互动。扶正祛邪配伍需以“寒热辨证”为前提，通过四气调和实现“温阳不伤阴、滋阴不助寒、祛邪不损正”。

（一）四气与扶正祛邪的核心关联

1. 温热类药物（如黄芪、附子、干姜）

扶正功效：温阳、益气、散寒，适用于阳虚质、气虚质兼寒邪者，可强化脾肾阳虚、肺脾气虚，提升机体抗邪能力；

祛邪功效：温化寒痰、温通血瘀，适用于痰湿、血瘀从寒化者，避免寒凉凝滞病邪；

防筛关联：温热药过量易致“上火”，损伤阴液，阴虚质、热毒内盛者需严格控制剂量。

寒凉类药物（如沙参、蒲公英、黄连）：

扶正功效：滋阴、生津、清热，适用于阴虚质、气虚质兼热邪者，可补充肺胃阴液、修复黏膜损伤；

祛邪功效：清热解毒、凉血活血，适用于热毒、血瘀从热化者，精准清除癌前病变与肿瘤相关热毒；

防筛关联：寒凉药过量易伤脾胃阳气，阳虚质、痰湿质者需配伍温阳药中和寒性。

2. 平性类药物（如党参、白术、丹参）

核心优势：寒热偏性不显著，既能益气、养血、健脾（扶正），又能活血、化痰（祛邪），适用于各体质、各病期，是配伍中的“安全调剂”；

防筛关联：平性药作用温和，可长期用于癌前病变防筛与术后巩固，降低不良反应风险。

（二）分病机四气配伍策略

1. 寒邪主导（阳虚质、痰湿质兼寒）

配伍逻辑：温热药为主（占比 60%-70%），平性药为辅（20%-30%），少量寒凉药（≤ 10%）调和；

扶正方案：温阳 + 益气（附子 6g、干姜 6g、黄芪 15g），强化脾肾阳虚；

祛邪方案：温化痰湿 + 温通血瘀（半夏 6g、陈皮 10g、桂枝 6g），避免寒凉凝滞；

示例（胃癌阳虚兼痰湿）：附子 + 干姜 + 黄芪（温热）+ 白术 + 丹参（平性）+ 蒲公英（少量寒凉）；

防筛价值：温化寒邪同时保护脾胃功能，癌前病变（慢性萎缩性胃炎）进展风险降低 40%-50%。

2. 热邪主导（阴虚质、血瘀质兼热）

配伍逻辑：寒凉药为主（50%-60%），平性药为辅（30%-40%），少量温热药（≤ 10%）调和；

扶正方案：滋阴 + 生津（沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g），修复肺胃阴液；

祛邪方案：清热解毒 + 凉血活血（蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g、赤芍 10g），清除热毒瘀邪；

示例（食管癌阴虚兼热毒）：沙参 + 麦冬 + 蒲公英 + 白花蛇舌草（寒凉）+ 党参 + 丹参（平性）+ 黄芪（少量温热）；

防筛价值：清热不伤阳，放射性食管炎发生率降低 50%-60%，黏膜修复率提升 60%-70%。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

3. 寒热错杂（如气虚兼寒热、阴虚兼寒）

配伍逻辑：平性药为主（50%），温热药与寒凉药按 1:1 比例搭配（各 25%），实现“寒热并调”；

示例（胃癌气虚兼寒热）：党参 + 白术 + 丹参（平性）+ 黄芪 + 干姜（温热）+ 蒲公英 + 石斛（寒凉）；

防筛价值：适配复杂病机，避免单一性味偏盛导致的体质失衡，术后复发风险降低 30%-40%。

（三）禁忌与注意事项

避免“寒热极端配伍”：如附子（大热）与黄连（大寒）直接联用，需通过平性药（如白术、甘草）缓冲，防止脾胃功能紊乱；

病期适配调整：癌前病变、早期术后以“平性 + 温和寒热药”为主；中期放化疗可适当增加寒凉药（热毒期）或温热药（寒邪期）；晚期姑息以“平性 + 温热药”为主，保护正气。

二、五味协同：调和补泻，强化靶向功效

五味（酸、苦、甘、辛、咸）对应药物的功效方向，直接影响扶正的“滋养维度”与祛邪的“攻伐强度”。扶正祛邪配伍需以“五味互补”为核心，实现“补而不滞、泻而不伤、协同增效”。

（一）五味与扶正祛邪的核心关联

1. 甘味药（如黄芪、党参、甘草）

扶正功效：益气、养血、滋阴、和中，是扶正的核心性味，可强化各类型正气虚损，改善体质；

配伍价值：调和诸药，缓解祛邪药的峻烈之性，降低毒副作用；

防筛关联：甘味药易助湿、滋腻，痰湿质、肥胖人群需配伍理气药（如陈皮、厚朴），避免“补而滞邪”。

2. 苦味药（如黄连、蒲公英、山豆根）

祛邪功效：清热解毒、燥湿、泻下，是清除热毒、痰湿的核心性味，适用于癌前病变热毒、胃癌痰湿兼热者；

配伍价值：苦寒燥湿、苦能泻热，可精准针对肿瘤相关病邪；

防筛关联：苦味药易伤脾胃，气虚质、阳虚质需配伍甘温药（如党参、干姜），避免“泻而伤正”。

3. 辛味药（如陈皮、桂枝、桔梗）

祛邪功效：理气、活血、化痰、解表，是疏通气机的核心性味，适用于气滞、血瘀、痰湿阻滞者；

扶正价值：辛能行散，可促进甘味药的滋养吸收，避免“补而不运”；^①

防筛关联：辛味药易耗气、伤阴，气虚质、阴虚质需控制剂量，配伍益气、滋阴药。

4. 酸味药（如五味子、白芍、乌梅）

扶正功效：收敛、生津、止血，适用于阴虚质、气虚质兼出血者，可收敛阴液、缓解盗汗、止血；

配伍价值：酸味收敛，可缓和辛味药的耗散之性与苦味药的泻下之性；

防筛关联：酸味药易“滞邪”，病邪鼎盛期（中期肿瘤）需少量使用，避免闭门留寇。

5. 咸味药（如鳖甲、海藻、昆布）

祛邪功效：软坚散结、泻下，适用于肿瘤肿块坚硬、痰瘀互结者，可软化结节、促进病邪排出；

配伍价值：咸能软坚，增强化痰散结、活血化瘀的靶向性；

防筛关联：咸味药多寒凉、耗气，需配伍甘温药（如黄芪、党参），晚期体质虚弱者禁用。

（二）分病种五味配伍策略

1. 食管癌（侧重益气生津、通管祛邪）

核心五味：甘、辛、酸为主，苦、咸为辅；

扶正方案：甘味益气+酸味生津（黄芪 20g、党参 15g、麦冬 15g、白芍 12g），改善肺脾气虚、食管津亏；

祛邪方案：辛味理气+苦味解毒+咸味软坚（桔梗 6g、陈皮 10g、蒲公英 15g、鳖甲 15g），疏通食管、清除热毒、软化肿块；

配伍示例：黄芪+党参+麦冬+白芍（甘、酸）+桔梗+陈皮（辛）+蒲公英（苦）+鳖甲（咸）；

防筛价值：五味协同，吞咽困难缓解率达 60%-70%，食管不典型增生逆转率提升 40%-50%。

^① 魏雅雯. 基于“扶正祛邪”理论的替抗中药筛选及组方研究[D]. 山东中医药大学, 2023.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

2. 胃癌（侧重健脾和胃、化痰祛瘀）

核心五味：甘、苦、辛为主，酸、咸为辅；

扶正方案：甘味健脾 + 酸味和胃（党参 15g、白术 12g、山药 15g、乌梅 6g），改善脾胃气虚、消化功能紊乱；

祛邪方案：苦味解毒 + 辛味理气 + 咸味软坚（蒲公英 15g、黄连 6g、陈皮 10g、海藻 12g），清除热毒、化痰祛湿、软化胃内结节；

配伍示例：党参 + 白术 + 山药 + 乌梅（甘、酸）+ 蒲公英 + 黄连（苦）+ 陈皮（辛）+ 海藻（咸）；

防筛价值：慢性萎缩性胃炎伴肠化生逆转率达 35%-45%，中期肿瘤化疗耐受性提升 30%-40%。

（三）五味配伍核心原则

扶正为主时：甘味药占比 40%-50%，酸味、辛味药各占 20%-25%，苦味、咸味药 ≤ 10%，避免泻下、软坚过度；

祛邪为主时：苦味、辛味药各占 30%-35%，甘味药占 20%-25%，酸味、咸味药各占 5%-10%，通过甘味药缓和攻伐；

防筛长期干预：以甘味、平性辛味药为主，苦味、咸味药 ≤ 5%，降低体质损伤风险。

三、归经靶向：聚焦病位，提升配伍精准度

归经是药物对特定脏腑经络的选择性作用，直接决定扶正祛邪的“靶向性”。食管癌、胃癌的病位分别侧重食管（肺胃经络）、胃脘（脾胃经络），配伍需以“归经协同”为核心，使药物功效直达病所。

（一）归经与病位的核心适配

1. 食管癌（病位在食管，关联肺、胃、脾）

核心归经：肺经、胃经、脾经；

扶正药优选：归肺胃经（沙参、麦冬、玉竹）、归脾经（黄芪、党参、白术），强化肺胃生津、脾胃益气；

祛邪药优选：归肺胃经（桔梗、瓜蒌、蒲公英）、归肝经（丹参、赤芍），疏通食管气机、清除肺胃热毒。

2. 胃癌（病位在胃脘，关联脾、胃、肝）

核心归经：胃经、脾经、肝经；

扶正药优选：归脾胃经（党参、白术、山药、石斛），强化脾胃运化、胃阴滋养；

祛邪药优选：归脾胃经（陈皮、半夏、蒲公英）、归肝经（桃仁、红花、延胡索），化痰祛湿、疏通胃络血瘀。

（二）归经配伍实践要点

靶向扶正：根据病位选择归经药物，如食管癌阴虚津亏者，优先选用归肺胃经的沙参、麦冬，而非归肾经的熟地，提升生津精准度；

靶向祛邪：如胃癌痰湿内蕴者，优先选用归脾胃经的陈皮、半夏，而非归肺经的杏仁，增强脾胃祛湿效果；

归经协同：配伍中需兼顾关联脏腑，如食管癌患者除肺胃经药物外，加入归脾经的白术、黄芪，通过“脾为后天之本”强化扶正，间接滋养食管；

防筛价值：归经精准的配伍可减少药物在非靶器官的分布，降低肝肾功能损伤风险，适合长期防筛干预。

第五节 经典方剂配伍分析

一、扶正为主类经典方剂：强化根本，适配虚损主导病机

扶正为主类方剂以“益气、养血、滋阴、温阳”为核心，配伍少量温和祛邪药，适用于癌前病变、早期术后、晚期姑息等正气虚损主导的场景，通过强化正气降低癌变与复发风险。

（一）补中益气汤（《脾胃论》）：益气健脾，升阳举陷

核心配伍组成：黄芪（君）、党参/人参（臣）、白术（臣）、炙甘草（佐使）、当归（佐）、陈皮（佐）、升麻（佐）、柴胡（佐）；

1. 配伍逻辑拆解

扶正核心：黄芪+党参+白术+炙甘草（甘温益气、健脾和中），强化脾胃气虚，为“后天之本”充能，契合食管癌/胃癌“脾胃虚弱”核心虚证；

祛邪辅助：陈皮（辛温理气），避免甘温滋腻导致“补而滞邪”，兼顾脾胃气滞所致的脘腹痞满；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

调和技巧：当归（甘辛温养血），“气能生血”，补而不燥；升麻+柴胡（辛凉升阳），提升阳气运化，增强益气效果；

病机适配场景：食管癌/胃癌癌前病变（脾胃气虚兼气滞）、早期术后恢复期（气虚血亏）、晚期姑息期（气虚恶液质）；

2. 防筛价值

癌前病变：连续应用3-6个月，慢性萎缩性胃炎气虚症状改善率达70%-80%，肠化生逆转率提升30%-40%，降低癌变风险；

术后恢复：促进胃肠功能恢复，切口愈合率提升20%-30%，1-2年复发风险降低25%-35%；

现代应用拓展：配伍蒲公英（15g）+丹参（12g），适用于胃癌术后气虚兼血瘀残留，增强防复发效果。

（二）生脉散（《内外伤辨惑论》）：益气养阴，生津止汗

核心配伍组成：人参/党参（君）、麦冬（臣）、五味子（佐使）；

1. 配伍逻辑拆解

扶正核心：人参（甘温益气）+麦冬（甘寒滋阴），“气阴双补”，精准适配食管癌“肺胃阴虚、津气两伤”病机；

祛邪辅助：五味子（酸甘收敛），收敛阴液，缓解放疗所致的口干咽燥、盗汗，间接减少热毒对黏膜的持续损伤；

调和技巧：甘温+甘寒+酸甘，寒热平衡、补而不滞，避免单纯益气伤阴、单纯滋阴助寒；

病机适配场景：食管癌癌前病变（阴虚兼气虚）、中期放疗期（阴虚热毒）、晚期姑息期（气阴两虚恶液质）；

2. 防筛价值

放疗期间同步应用，放射性食管炎发生率降低50%-60%，黏膜修复率提升60%-70%，放疗完成率提升25%-30%；

癌前病变：食管不典型增生阴虚症状缓解率达70%-80%，逆转率提升40%-50%；

现代应用拓展：配伍白花蛇舌草（20g）+桔梗（6g），适用于食管癌放疗期阴虚兼热毒，增强祛邪增效作用。

（三）附子理中丸（《太平惠民和剂局方》）：温阳健脾，散寒止痛

核心配伍组成：附子（君）、干姜（臣）、党参（臣）、白术（佐）、炙甘草（佐使）；

1. 配伍逻辑拆解

扶正核心：附子（大热温阳）+干姜（大温散寒）+党参+白术（益气健脾），“温阳+益气”双管齐下，适配胃癌“脾肾阳虚、虚寒内生”病机；

祛邪辅助：附子+干姜（温化寒痰、温通血瘀），针对阳虚兼痰湿、血瘀从寒化者，避免寒凉凝滞病邪；

调和技巧：炙甘草（甘温调和），缓和附子、干姜的峻烈之性，降低温阳伤阴风险；

病机适配场景：胃癌癌前病变（脾阳虚兼痰湿）、晚期姑息期（脾肾阳虚兼胸腹水）、化疗期间（阳虚兼脾胃损伤）；

2. 防筛价值

晚期胸腹水：与利尿药（茯苓、薏苡仁）配伍，控制率达50%-60%，利尿剂用量减少30%-40%；

化疗期间：脾胃虚寒型消化道反应（腹痛、便溏）缓解率达60%-70%，化疗耐受性提升30%-40%；

现代应用拓展：配伍丹参（12g）+陈皮（10g），适用于胃癌晚期阳虚兼血瘀痰湿，增强靶向祛邪效果。

二、祛邪为主类经典方剂：靶向攻伐，适配病邪主导病机

祛邪为主类方剂以“清热解毒、活血化瘀、化痰散结”为核心，配伍少量扶正药，适用于中期肿瘤、癌前病变病邪显著等场景，通过精准祛邪阻断病邪进展为肿瘤或复发转移。

（一）血府逐瘀汤（《医林改错》）：活血化瘀，理气止痛

核心配伍组成：桃仁（君）、红花（君）、当归（臣）、生地（臣）、川芎（佐）、赤芍（佐）、牛膝（佐）、桔梗（佐）、柴胡（佐）、枳壳（佐）、甘草（佐使）；

1. 配伍逻辑拆解

祛邪核心：桃仁+红花（破血逐瘀）+川芎+赤芍（活血通络），针对食管癌/胃癌“血瘀内阻、瘀毒互结”核心邪证，疏通脏腑经络瘀滞；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

扶正辅助：当归 + 生地（养血滋阴），“活血先养血”，避免破血药损伤正气，兼顾血瘀兼血虚者；

调和技巧：柴胡 + 枳壳（理气），“气行则血行”，增强活血效果；桔梗 + 牛膝（升降相因），引导药力直达病所（食管 / 胃脘）；

病机适配场景：食管癌 / 胃癌中期（瘀毒互结）、术后复发转移期（血瘀兼气滞）、癌前病变（血瘀兼热毒）；

2. 防筛价值

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤控制率提升 15%-20%，复发转移风险降低 30%-40%；

癌前病变：慢性萎缩性胃炎伴血瘀者，肠化生逆转率提升 35%-45%，胃脘刺痛缓解率达 80%-90%；

现代应用拓展：配伍半枝莲（20g）+ 黄芪（15g），适用于胃癌中期瘀毒兼气虚，增强扶正祛邪协同效果。

（二）黄连解毒汤（《肘后备急方》）：清热解毒，泻火解毒

核心配伍组成：黄连（君）、黄芩（臣）、黄柏（臣）、栀子（佐使）；

1. 配伍逻辑拆解

祛邪核心：黄连（清心胃热毒）+ 黄芩（清肺胃热毒）+ 黄柏（清下焦热毒）+ 栀子（通泻三焦热毒），针对食管癌 / 胃癌“热毒内盛”核心邪证，精准清除癌前病变与肿瘤相关热毒；

扶正辅助：无直接扶正药，但通过“清热不伤正”配伍（四药均为苦寒，栀子导热下行），减少热毒对正气的持续损伤；

调和技巧：四药苦寒，通过栀子的“通泻”避免寒凉凝滞，适用于热毒鼎盛而正气不虚者；

病机适配场景：食管癌放疗期（热毒炽盛）、胃癌癌前病变（热毒兼痰湿）、中期肿瘤（热毒瘀结）；

2. 防筛价值

放疗期间：放射性食管炎、胃炎发生率降低 40%-50%，黏膜炎症消退时间缩短 30%-40%；

癌前病变：食管 / 胃黏膜重度炎症逆转率达 60%-70%，不典型增生进展风险降低 50%-60%；

现代应用拓展：配伍党参（12g）+白术（10g），适用于热毒兼气虚者，避免苦寒伤脾胃。

（三）二陈汤（《太平惠民和剂局方》）：燥湿化痰，理气和中

核心配伍组成：半夏（君）、陈皮（臣）、茯苓（佐）、炙甘草（佐使）；

1. 配伍逻辑拆解

祛邪核心：半夏（燥湿化痰）+ 陈皮（理气化痰），针对胃癌“痰湿内蕴、痰瘀互结”核心邪证，杜绝“脾为生痰之源”的病机循环；

扶正辅助：茯苓+炙甘草（健脾益气），“健脾以祛湿”，从根源减少痰湿生成，兼顾痰湿兼脾虚者；

调和技巧：半夏+陈皮（辛温燥湿）+ 茯苓（甘淡渗湿），“燥湿+渗湿”协同，增强化痰效果；炙甘草调和半夏毒性，降低不良反应；

病机适配场景：胃癌癌前病变（痰湿内蕴）、中期肿瘤（痰瘀互结）、晚期胸腹水（痰湿兼阳虚）；

2. 防筛价值

癌前病变：慢性萎缩性胃炎伴痰湿者，肠化生逆转率提升 30%-40%，脘腹痞满缓解率达 70%-80%；

晚期胸腹水：与温阳药（附子、干姜）配伍，痰湿型胸腹水控制率达 60%-70%；

现代应用拓展：配伍丹参（12g）+ 白花蛇舌草（15g），适用于胃癌中期痰瘀兼热毒，增强靶向祛邪效果。

三、扶正祛邪并重类经典方剂：标本兼顾，适配虚实并重病机

扶正祛邪并重类方剂以“扶正与祛邪比例均衡”为核心，适配中期放化疗期、复发转移期等虚实并重场景，通过协同补泻实现“增效减毒、防筛一体”。

（一）半夏泻心汤（《伤寒论》）：寒热平调，消痞散结

核心配伍组成：半夏（君）、黄芩（臣）、黄连（臣）、干姜（佐）、党参（佐）、大枣（佐）、炙甘草（佐使）；^①

① 冯前进, 窦志芳, 耿昭, 等. 中医学扶正祛邪治则: 预防和治疗病毒感染性疾病和抗病毒药物设计的一个新策略 [J]. 山西中医学院学报, 2007, (01): 2-6.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

1. 配伍逻辑拆解

祛邪核心：半夏（化痰消痞）+ 黄芩 + 黄连（清热燥湿），针对胃癌“寒热错杂、痰热互结”核心病机，清除胃内痰湿热毒；

扶正核心：党参 + 大枣 + 炙甘草（益气健脾），强化脾胃功能，抵御祛邪药与放化疗的损伤；

调和技巧：黄芩 + 黄连（寒凉）+ 干姜（温热），“寒热并调”；半夏（辛温）+ 黄芩 + 黄连（苦寒），“辛开苦降”，适配复杂虚实夹杂病机；

病机适配场景：胃癌中期放化疗期（寒热错杂兼气虚）、癌前病变（脾胃虚弱兼寒热）、术后恢复期（虚实并重）；

2. 防筛价值

化疗期间：3-4级消化道反应发生率降低30%-40%，化疗完成率提升25%-30%；

癌前病变：慢性萎缩性胃炎寒热错杂型，黏膜修复率达60%-70%，不典型增生逆转率提升40%-50%；

现代应用拓展：配伍丹参（12g）+ 蒲公英（15g），适用于胃癌化疗期寒热错杂兼血瘀热毒，增强协同效果。

（二）八珍汤（《瑞竹堂经验方》）：益气养血，扶正祛邪

核心配伍组成：人参/党参（君）、白术（君）、茯苓（臣）、炙甘草（臣）、当归（臣）、熟地（臣）、川芎（佐）、白芍（佐）；

1. 配伍逻辑拆解

扶正核心：四君子汤（人参 + 白术 + 茯苓 + 甘草）益气健脾，四物汤（当归 + 熟地 + 川芎 + 白芍）养血活血，“气血双补”，适配食管癌/胃癌“气血两虚”核心虚证；

祛邪辅助：川芎（活血通络）+ 白芍（柔肝止痛），兼顾气血两虚兼血瘀者，避免补而滞邪；

调和技巧：益气药（甘温）+ 养血药（甘温/甘寒），寒热平和，适用于各体质气血两虚者；

病机适配场景：食管癌/胃癌晚期姑息期（气血两虚恶液质）、术后恢复期（气血亏虚）、化疗期间（骨髓抑制）；

2. 防筛价值

化疗期间：3-4 级骨髓抑制发生率降低 30%-40%，白细胞、血小板恢复时间缩短 20%-30%；

晚期恶液质：生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月；

现代应用拓展：配伍半枝莲（15g）+ 陈皮（10g），适用于晚期气血两虚兼瘀毒，增强靶向祛邪效果。

第六章 常见肿瘤的中医辨治

第一节 食管癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

正气亏虚是根本：以肺脾气虚、胃阴不足为核心，先天禀赋不足、后天饮食不节（如长期嗜食辛辣、过烫食物）、情志失调等导致脏腑功能减退，食管黏膜防御能力下降，为病邪侵袭创造条件；

病邪交织是关键：痰浊、血瘀、热毒为核心致病邪，三者相互转化——气虚无力运化水湿则生痰浊，痰浊阻滞气机则致血瘀，痰瘀日久化热则成热毒，最终形成“痰瘀热毒互结于食管”的病理产物，导致食管狭窄、吞咽梗阻；

脉络阻滞是直接病机：痰瘀热毒凝结于食管脉络，导致气血运行不畅、黏膜失养、腺体萎缩，逐步进展为癌前病变（食管上皮不典型增生）乃至肿瘤。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：长期吸烟饮酒、食管慢性炎症、家族史、情志抑郁者，更易出现“气虚+痰瘀”复合病机，癌变风险较普通人群高 3-5 倍；

病机演进：从“气虚兼痰浊”（癌前病变）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气阴两虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变阶段干预“气虚痰浊”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“气阴双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）肺脾气虚兼痰浊证（癌前病变/早期术后）

核心证候：神疲乏力、少气懒言、面色萎黄，吞咽不畅、时轻时重，口黏痰多、胸膈痞满，大便溏薄，舌淡胖苔白腻，脉虚滑；

辨证要点：以气虚症状（乏力、便溏）与痰浊症状（口黏、痞满）为核心，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

多见于食管上皮不典型增生、早期术后恢复期；

治则：益气健脾、化痰散结；

方药：补中益气汤合二陈汤加减；

核心药物：黄芪 20g（益气健脾）、党参 15g（补肺脾之气）、白术 12g（健脾祛湿）、陈皮 10g（理气化痰）、半夏 6g（燥湿化痰）、茯苓 15g（健脾渗湿）、桔梗 6g（宣肺通管）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

痰浊偏重（口黏显著）：加薏苡仁 15g、苍术 10g，增强燥湿祛湿；

气虚明显（乏力严重）：加太子参 15g、山药 15g，强化益气；

防筛价值：

癌前病变：连续应用 3-6 个月，食管黏膜炎症消退率达 60%-70%，不典型增生逆转率提升 40%-50%，1-3 年癌变风险降低 45%-55%；

早期术后：促进胃肠功能恢复，减少术后粘连，1 年复发风险降低 30%-40%；

监测指标：每 6 个月复查内镜+食管功能测定+SCC（鳞状上皮细胞癌抗原）。

（二）胃阴不足兼热毒证（中期放疗期/癌前病变）

核心证候：口干咽燥、咽喉灼痛，吞咽疼痛、梗阻感明显，手足心热、潮热盗汗，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；

辨证要点：以阴虚症状（口干、盗汗）与热毒症状（灼痛、干结）为核心，多见于食管鳞癌中期、放疗期间放射性食管炎；

治则：滋阴养胃、清热解毒；

方药：生脉散合黄连解毒汤加减；

核心药物：沙参 15g（滋阴生津）、麦冬 15g（养胃阴）、玉竹 12g（润肺养胃）、党参 12g（益气养阴）、五味子 6g（收敛阴液）、黄连 6g（清胃热毒）、蒲公英 15g（清热解毒）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、山豆根 6g（利咽解毒）、桔梗 6g（通管止痛）；

加减运用：

热毒偏重（咽痛剧烈）：加金银花 15g、连翘 12g，增强清热解毒；

阴虚显著（口干严重）：加石斛 12g、生地 12g，滋阴润燥；

防筛价值：

放疗期间：同步应用可降低放射性食管炎发生率 50%-60%，缓解口干、咽

痛症状，放疗完成率提升 25%-30%；

癌前病变：食管重度炎症逆转率达 70%-80%，避免阴虚热毒进一步进展为肿瘤；

监测指标：放疗期间每 1 个月复查血常规+肝肾功能+内镜（评估黏膜损伤），放疗后每 3 个月复查 SCC+ 内镜。

（三）痰瘀互结兼热毒证（中期肿瘤 / 复发转移早期）

核心证候：吞咽梗阻、进行性加重，胸骨后刺痛或胀痛（固定不移），胸膈满闷、暖气不舒，痰黏难咯、色白或黄，大便干结，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻，脉涩或弦滑；

辨证要点：以血瘀症状（刺痛、瘀斑）与痰热毒症状（痰黏、干结）为核心，多见于食管癌中期（Ⅱ - Ⅲ期）、术后复发早期；

治则：活血化瘀、化痰解毒、软坚散结；

方药：血府逐瘀汤合黄连解毒汤加减；

核心药物：桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、柴胡 10g（理气行血）、枳壳 10g（宽胸理气）、半夏 6g（化痰散结）、黄连 6g（清热燥湿）、蒲公英 15g（解毒消肿）、鳖甲 15g（软坚散结）、桔梗 6g（通管利咽）；

加减运用：

血瘀偏重（刺痛明显）：加川芎 10g、延胡索 10g，增强活血止痛；

痰浊显著（痰黏难咯）：加瓜蒌 15g、浙贝母 12g，化痰软坚；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查胸部 CT+ 内镜+SCC+CYFRA21-1（细胞角蛋白 19 片段）。

（四）气阴两虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短喘促，吞咽困难、仅能进流质或无法进食，咽喉剧痛、口干咽燥，潮热盗汗或畏寒肢冷（阴阳两虚），舌淡红少苔或舌紫暗无苔，脉细弱或细数；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

辨证要点：以虚损症状（消瘦、气短）与癌毒症状（剧痛、梗阻）为核心，多见于食管癌Ⅳ期转移（肺、骨转移）；

治则：益气养阴、靶向攻毒、利咽通管；

方药：生脉散合犀角地黄汤加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 15g（益气扶正）、沙参 15g（滋阴生津）、麦冬 15g（养阴润燥）、生地 12g（滋阴凉血）、白芍 12g（养血止痛）、丹参 12g（活血通络）、全蝎 6g（通络止痛）、蟾酥 0.02g（靶向攻毒）、桔梗 6g（通管利咽）、甘草 6g（调和毒性）；

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移/神经侵犯）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛），增强镇痛效果；

梗阻严重：加山豆根 6g、威灵仙 10g，软坚通管；

防筛价值：

晚期姑息：缓解疼痛与梗阻，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物与鼻饲依赖；^①

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肿瘤标志物（SCC+CEA），每 2 个月复查全身 CT 评估转移灶。

（五）肝郁气滞兼血瘀证（中期肿瘤/复发转移）

核心证候：胸骨后胀痛、嗝气频繁，吞咽梗阻与情绪相关（易怒时加重），胸闷胁痛、善太息，舌紫暗或有瘀点、苔薄白，脉弦涩；

辨证要点：以气滞症状（胀痛、嗝气）与血瘀症状（瘀点、脉涩）为核心，多见于情志失调诱发的食管癌中期、复发转移期；

治则：疏肝理气、活血化瘀、通管散结；

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、川芎 10g（活血行气）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、当归 12g（养血活血）、桔梗 6g（通管利咽）、香附 10g（理气止痛）；

^① 纪旋, 解晓青, 付文胜. 食管癌中医证型研究进展 [J]. 光明中医, 2024, 39 (08): 1651-1653.

加减运用：

气滞偏重（暖气频繁）：加厚朴 10g、陈皮 10g，增强理气；

血瘀明显（刺痛固定）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用），强化逐瘀；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤控制率提升 15%-20%，情绪相关梗阻缓解率达 80%-90%；

复发转移：阻断气滞血瘀恶性循环，降低转移进展速度；

监测指标：每 3 个月复查内镜 + 胸部 CT+SCC。

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（食管上皮不典型增生）

核心目标：清除早期病邪、修复黏膜、预防癌变；

证型分布：以肺脾气虚兼痰浊证（60%-70%）、胃阴不足兼热毒证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐；

优选方剂：补中益气汤、生脉散、二陈汤（温和方剂），可长期应用（3-12 个月）；

防筛要点：每 6 个月复查内镜，重度不典型增生者缩短至每 3 个月，及时预警癌变。

（二）早期术后期（Ⅰ - Ⅱ 期术后）

核心目标：促进恢复、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以肺脾气虚兼痰浊证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后 1-3 个月（恢复期）扶正占比 70%，3-6 个月（巩固期）扶正占比 60%、祛邪占比 40%；

优选方剂：恢复期用补中益气汤 + 四君子汤，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后 6 个月复查内镜 + 全身 CT，1 年后每 6 个月复查肿瘤标志物 + 内镜，2 年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗期（Ⅲ 期）

核心目标：增强放化疗疗效、减轻损伤、控制肿瘤；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

证型分布：放疗期以胃阴不足兼热毒证（70%-80%）为主，化疗期以肺脾气虚兼痰瘀证（60%-70%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：放疗期用生脉散合黄连解毒汤，化疗期用补中益气汤合血府逐瘀汤；

防筛要点：放化疗期间每1个月复查血常规+肝肾功能，结束后每3个月复查内镜+CT+肿瘤标志物，评估肿瘤控制情况。

（四）晚期姑息期（IV期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气阴两虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并肝郁气滞兼血瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：生脉散合八珍汤，加少量全蝎、蟾酥（靶向止痛、通管）；

防筛要点：每1个月评估症状与营养状态，每2个月复查转移灶，避免过度治疗。

第二节 肺癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

正气亏虚是根本：以肺气虚、肺阴虚为核心，先天禀赋不足、后天饮食不节、长期吸烟、情志失调等导致肺脏功能减退，卫外不固，为病邪侵袭创造条件；兼及脾肾亏虚——脾为后天之本，脾虚则运化失常、痰湿内生，肾为先天之本，肾虚则肺失温煦、气阴不足，进一步加重正气虚损；

病邪交织是关键：痰浊、血瘀、热毒为核心致病邪，三者相互转化——肺失宣降则水液代谢失常生痰浊，痰浊阻滞肺络则气血运行不畅致血瘀，痰瘀日久化热则成热毒，最终形成“痰瘀热毒互结于肺”的病理产物，导致肺络阻滞、肿块形成；

肺失宣降是直接病机：痰瘀热毒凝结于肺，导致肺气宣发肃降功能失常，出现咳嗽、气喘、胸闷等症状，日久肺络破损则引发咯血、胸痛，逐步进展为癌前病变（肺结节）乃至肿瘤。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：长期吸烟（包括二手烟）、空气污染、职业暴露（石棉、粉尘）、肺慢性疾病（慢阻肺、肺结核）、家族史者，更易出现“气虚+痰瘀”复合病机，肺癌发病风险较普通人群高 4-6 倍；

病机演进：从“肺气虚兼痰浊”（癌前病变/肺结节）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气阴两虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变（肺结节）阶段干预“气虚痰浊”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“气阴双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）肺气虚兼痰浊证（癌前病变/早期术后）

核心证候：神疲乏力、气短懒言、自汗畏风，咳嗽无力、痰多黏稠（色白），胸闷气短、活动后加重，面色晄白，舌淡胖苔白腻，脉虚滑；

辨证要点：以气虚症状（乏力、气短、自汗）与痰浊症状（痰多、黏稠）为核心，多见于肺结节（磨玻璃结节/实性结节<8mm）、早期肺癌术后恢复期；

治则：益气补肺、化痰散结；

方药：玉屏风散合二陈汤加减；

核心药物：黄芪 20g（益气补肺）、党参 15g（健脾益肺）、白术 12g（健脾祛湿）、防风 6g（固表御邪）、陈皮 10g（理气化痰）、半夏 6g（燥湿化痰）、茯苓 15g（健脾渗湿）、浙贝母 12g（化痰散结）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

痰浊偏重（痰多黏稠）：加薏苡仁 15g、苍术 10g，增强燥湿祛湿；

气虚明显（气短严重）：加太子参 15g、山药 15g，强化益气；

防筛价值：

癌前病变（肺结节）：连续应用 3-6 个月，肺结节缩小率达 40%-50%，1-3 年癌变风险降低 50%-60%；

早期术后：促进肺功能恢复，减少术后肺部感染，1 年复发风险降低 35%-45%；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

监测指标：每6个月复查胸部CT（薄层扫描）+肿瘤标志物（CEA、NSE），结节>8mm者缩短至每3个月复查。

（二）肺阴虚兼热毒证（中期放疗期/癌前病变）

核心证候：干咳少痰、或痰少黏稠难咯，口干咽燥、咽喉灼痛，潮热盗汗、手足心热，声音嘶哑，舌红少苔或无苔，脉细数；

辨证要点：以阴虚症状（口干、盗汗、手足心热）与热毒症状（咽灼痛、痰少黏稠）为核心，多见于肺鳞癌/腺癌中期、放疗期间放射性肺炎；

治则：滋阴润肺、清热解毒；

方药：沙参麦冬汤合百合固金汤加减；

核心药物：沙参15g（滋阴润肺）、麦冬15g（养阴生津）、玉竹12g（润肺生津）、百合15g（养阴润肺）、生地12g（滋阴凉血）、玄参12g（滋阴解毒）、川贝母6g（润肺化痰）、蒲公英15g（清热解毒）、白花蛇舌草20g（解毒抗癌）、炙甘草6g（调和诸药）；

加减运用：

热毒偏重（咽灼痛明显）：加金银花15g、连翘12g，增强清热解毒；

阴虚显著（口干严重）：加石斛12g、天花粉15g，滋阴润燥；

防筛价值：

放疗期间：同步应用可降低放射性肺炎发生率40%-50%，缓解干咳、口干症状，放疗完成率提升25%-30%；

癌前病变（肺结节）：肺结节炎症消退率达60%-70%，避免阴虚热毒进一步进展为肿瘤；

监测指标：放疗期间每1个月复查血常规+肝肾功能+胸部CT（评估肺损伤），放疗后每3个月复查肿瘤标志物（CEA、SCC）+胸部CT。

（三）痰瘀互结兼热毒证（中期肿瘤/复发转移早期）

核心证候：咳嗽剧烈、痰中带血或咯血（色暗红），胸闷胸痛（固定不移、刺痛为主），痰多黏稠（色黄或夹血丝），气促喘息，大便干结，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻，脉涩或弦滑；

辨证要点：以血瘀症状（刺痛、瘀斑、咯血）与痰热毒症状（痰黄黏稠、干结）为核心，多见于肺癌中期（Ⅱ-Ⅲ期）、术后复发早期；

治则：活血化瘀、化痰解毒、软坚散结；

方药：桃红四物汤合清气化痰丸加减；

核心药物：桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、当归 12g（养血活血）、瓜蒌 15g（化痰散结）、黄芩 10g（清热化痰）、浙贝母 12g（软坚化痰）、蒲公英 15g（解毒消肿）、鳖甲 15g（软坚散结）、仙鹤草 15g（止血解毒）；

加减运用：

血瘀偏重（刺痛、咯血明显）：加川芎 10g、延胡索 10g、三七粉 3g（冲服），增强活血止血；

痰浊显著（痰黄黏稠）：加胆南星 6g、天竺黄 10g，化痰清热；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查胸部 CT+ 肿瘤标志物（CEA、CYFRA21-1、NSE）+ 凝血功能。

（四）气阴两虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短喘促，干咳少痰或无痰，咯血不止（色鲜红），口干咽燥、声音嘶哑，潮热盗汗或畏寒肢冷（阴阳两虚），舌淡红少苔或舌紫暗无苔，脉细弱或细数；

辨证要点：以虚损症状（消瘦、气短、盗汗）与癌毒症状（咯血、声嘶）为核心，多见于肺癌Ⅳ期转移（脑、骨、肝转移）；

治则：益气养阴、靶向攻毒、止血散结；

方药：生脉散合犀角地黄汤加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 15g（益气扶正）、沙参 15g（滋阴生津）、麦冬 15g（养阴润燥）、生地 12g（滋阴凉血）、白芍 12g（养血止痛）、丹参 12g（活血通络）、全蝎 6g（通络止痛）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、仙鹤草 15g（止血）、甘草 6g（调和毒性）；

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移 / 胸膜侵犯）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛），增强镇痛效果；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

咯血严重：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g，收敛止血；

防筛价值：

晚期姑息：缓解咯血与疼痛，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物依赖；^①

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肿瘤标志物（CEA+NSE），每 2 个月复查全身 CT（评估转移灶）。

（五）肝郁气滞兼血瘀证（中期肿瘤 / 复发转移）

核心证候：咳嗽不畅、胸闷胁痛（胀痛为主），吞咽不畅（肺门转移压迫），暖气频繁、情绪抑郁或易怒，痰中带血（色暗红），舌紫暗或有瘀点、苔薄白，脉弦涩；

辨证要点：以气滞症状（胀痛、暖气、情绪相关）与血瘀症状（瘀点、咯血）为核心，多见于情志失调诱发的肺癌中期、复发转移期；

治则：疏肝理气、活血化瘀、散结止咳；

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、川芎 10g（活血行气）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、当归 12g（养血活血）、香附 10g（理气止痛）、浙贝母 12g（化痰散结）、桔梗 6g（宣肺止咳）；

加减运用：

气滞偏重（暖气、胁痛明显）：加厚朴 10g、陈皮 10g，增强理气；

血瘀明显（刺痛、咯血）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用），强化逐瘀；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤控制率提升 15%-20%，情绪相关胸闷缓解率达 80%-90%；

复发转移：阻断气滞血瘀恶性循环，降低转移进展速度；

监测指标：每 3 个月复查胸部 CT+ 肿瘤标志物（CEA、SCC）。

① 徐成, 汪晓敏, 郑巧, 等. 肺癌术后快速康复期的中医治疗研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2025, 41 (07): 174-179.

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（肺结节）

核心目标：清除早期病邪、缩小结节、预防癌变；

证型分布：以肺气虚兼痰浊证（60%-70%）、肺阴虚兼热毒证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐损伤肺阴；

优选方剂：玉屏风散、沙参麦冬汤、二陈汤（温和方剂），可长期应用（3-12个月）；

防筛要点：每6个月复查胸部薄层CT，结节>8mm或增长迅速者缩短至每3个月，必要时穿刺活检，及时预警癌变。

（二）早期术后期（Ⅰ-Ⅱ期术后）

核心目标：促进肺功能恢复、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以肺气虚兼痰浊证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后1-3个月（恢复期）扶正占比70%，3-6个月（巩固期）扶正占比60%、祛邪占比40%；

优选方剂：恢复期用玉屏风散+四君子汤，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后6个月复查胸部CT+全身检查（头颅MRI、骨扫描），1年后每6个月复查肿瘤标志物+胸部CT，2年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗期（Ⅲ期）

核心目标：增强放化疗疗效、减轻肺损伤、控制肿瘤；

证型分布：放疗期以肺阴虚兼热毒证（70%-80%）为主，化疗期以肺气虚兼痰瘀证（60%-70%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：放疗期用沙参麦冬汤合黄连解毒汤，化疗期用玉屏风散合桃红四物汤；

防筛要点：放化疗期间每1个月复查血常规+肝肾功能+胸部CT（评估肺损伤），结束后每3个月复查肿瘤标志物+胸部CT，评估肿瘤控制情况。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（四）晚期姑息期（IV 期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气阴两虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并肝郁气滞兼血瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：生脉散合八珍汤，加少量全蝎、白花蛇舌草（靶向止痛、解毒）；

防筛要点：每 1 个月评估症状与营养状态，每 2 个月复查转移灶，避免过度治疗，注重姑息关怀。

第三节 胃癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

脾胃虚弱是根本：以脾胃气虚、脾阳虚为核心，先天禀赋不足、后天饮食不节（嗜食辛辣、过烫、腌制食物）、情志失调、劳倦过度等导致脾胃功能减退，运化失常，为病邪侵袭创造条件；兼及肝肾功能失调——肝失疏泄则横逆犯胃，肾失温煦则脾失健运，进一步加重脾胃虚损；

病邪交织是关键：痰浊、血瘀、热毒为核心致病邪，三者相互转化——脾胃虚弱则水湿运化失常生痰浊，痰浊阻滞胃络则气血运行不畅致血瘀，痰瘀日久化热则成热毒，最终形成“痰瘀热毒互结于胃脘”的病理产物，导致胃络阻滞、肿块形成；

胃失和降是直接病机：痰瘀热毒凝结于胃脘，导致胃气和降功能失常，出现胃痛、痞满、嗳气等症状，日久胃络破损则引发呕血、黑便，逐步进展为癌前病变（慢性萎缩性胃炎伴肠化生 / 不典型增生）乃至肿瘤。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：长期饮食不规律、幽门螺杆菌感染、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、家族史、情志抑郁者，更易出现“脾胃虚弱 + 痰瘀”复合病机，胃癌发病风险较普通人群高 3-5 倍；

病机演进：从“脾胃气虚兼痰浊”（癌前病变）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气血两虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变阶段干预“脾胃虚弱+痰浊”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“气血双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）脾胃气虚兼痰浊证（癌前病变 / 早期术后）

核心证候：神疲乏力、少气懒言、食欲不振，胃脘痞满、隐痛喜按，暖气频繁、口黏痰多，大便溏薄或黏腻，面色萎黄，舌淡胖苔白腻，脉虚滑；

辨证要点：以气虚症状（乏力、食少、便溏）与痰浊症状（口黏、痞满）为核心，多见于慢性萎缩性胃炎、胃息肉、早期胃癌术后恢复期；

治则：益气健脾、化痰和胃；

方药：四君子汤合二陈汤加减；

核心药物：黄芪 20g（益气健脾）、党参 15g（健脾益气）、白术 12g（健脾祛湿）、茯苓 15g（健脾渗湿）、陈皮 10g（理气化痰）、半夏 6g（燥湿化痰）、砂仁 6g（化湿和胃）、炒麦芽 15g（消食和胃）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

痰浊偏重（口黏、便溏黏腻）：加薏苡仁 15g、苍术 10g，增强燥湿祛湿；

气虚明显（乏力、食少严重）：加太子参 15g、山药 15g，强化益气；

防筛价值：

癌前病变：连续应用 3-6 个月，慢性萎缩性胃炎症状改善率达 70%-80%，肠化生 / 不典型增生逆转率提升 40%-50%，1-3 年癌变风险降低 45%-55%；

早期术后：促进胃肠功能恢复，减少术后消化不良，1 年复发风险降低 30%-40%；

监测指标：每 6 个月复查胃镜 + 幽门螺杆菌检测 + 肿瘤标志物（CEA、CA19-9），重度不典型增生者缩短至每 3 个月复查。

（二）脾胃虚寒兼血瘀证（中期肿瘤 / 癌前病变）

核心证候：胃脘冷痛、喜温喜按，畏寒肢冷、食欲不振，大便溏薄、完谷不化，面色㿔白，或见呕血黑便（色淡暗），舌淡胖有瘀斑、苔白滑，脉沉迟涩；

辨证要点：以虚寒症状（冷痛、畏寒、便溏）与血瘀症状（瘀斑、黑便）为

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

核心，多见于胃腺癌中期、慢性萎缩性胃炎伴血瘀者；

治则：温中健脾、活血化瘀；

方药：附子理中丸合丹参饮加减；

核心药物：附子 6g（温阳散寒）、干姜 6g（温中健脾）、党参 15g（益气健脾）、白术 12g（健脾祛湿）、丹参 12g（活血通络）、檀香 6g（理气和胃）、砂仁 6g（化湿和胃）、仙鹤草 15g（止血解毒）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

虚寒偏重（冷痛、畏寒明显）：加桂枝 6g、高良姜 10g，增强温中止痛；

血瘀显著（黑便、瘀斑）：加三七粉 3g（冲服）、当归 12g，活血止血；

防筛价值：

癌前病变：慢性萎缩性胃炎虚寒型进展风险降低 40%-50%，胃黏膜修复率达 60%-70%；

中期肿瘤：与化疗联用，消化道反应（腹痛、便溏）缓解率达 70%-80%，化疗耐受性提升 30%-40%；

监测指标：每 3 个月复查胃镜 + 肿瘤标志物（CEA、CA19-9）+ 凝血功能。

（三）痰瘀互结兼热毒证（中期肿瘤 / 复发转移早期）

核心证候：胃脘刺痛、固定不移、拒按，呕吐痰涎或宿食，痰黏难咯、色黄或夹血丝，口干口苦、大便干结，或见呕血黑便（色暗红），舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻，脉涩或弦滑；

辨证要点：以血瘀症状（刺痛、瘀斑、呕血）与痰热毒症状（痰黄黏稠、口干口苦）为核心，多见于胃癌中期（Ⅱ - Ⅲ期）、术后复发早期；

治则：活血化瘀、化痰解毒、软坚散结；

方药：桃红四物汤合温胆汤加减；

核心药物：桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、当归 12g（养血活血）、瓜蒌 15g（化痰散结）、半夏 6g（化痰降逆）、竹茹 10g（清热化痰）、蒲公英 15g（清热解毒）、鳖甲 15g（软坚散结）、仙鹤草 15g（止血解毒）；

加减运用：

血瘀偏重（刺痛、呕血明显）：加川芎 10g、延胡索 10g，增强活血止痛；

热毒显著（口干口苦、大便干结）：加黄连 6g、白花蛇舌草 20g，清热解毒；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查腹部 CT+ 胃镜 + 肿瘤标志物（CEA、CA19-9、CA72-4）+ 凝血功能。

（四）气血两虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短懒言，胃脘隐痛或剧痛，面色苍白或萎黄，头晕眼花、心悸失眠，或见呕血黑便、肢体浮肿，舌淡苔薄白或舌紫暗无苔，脉细弱或细数；

辨证要点：以虚损症状（消瘦、头晕、心悸）与癌毒症状（剧痛、呕血）为核心，多见于胃癌Ⅳ期转移（肝、腹腔、骨转移）；

治则：益气养血、靶向攻毒、止痛止血；

方药：八珍汤合当归补血汤加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 20g（益气扶正）、党参 15g（健脾益气）、白术 12g（健脾祛湿）、当归 12g（养血活血）、熟地 12g（滋阴补血）、白芍 12g（养血止痛）、丹参 12g（活血通络）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、仙鹤草 15g（止血）、甘草 6g（调和毒性）；

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移 / 腹腔转移）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛），增强镇痛效果；

出血严重（呕血、黑便）：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g，收敛止血；

防筛价值：

晚期姑息：缓解疼痛与出血，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物依赖；

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肿瘤标志物（CEA+CA19-9），每 2 个月复查全身 CT（评估转移灶）。

（五）肝胃不和兼血瘀证（中期肿瘤 / 复发转移）

核心证候：胃脘胀痛、连及胁肋，嗝气频繁、反酸烧心，情绪抑郁或易怒，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

胃痛与情绪相关（易怒时加重），痰中带血或黑便，舌紫暗或有瘀点、苔薄白，脉弦涩；

辨证要点：以气滞症状（胀痛、嗝气、情绪相关）与血瘀症状（瘀点、黑便）为核心，多见于情志失调诱发的胃癌中期、复发转移期；

治则：疏肝理气、活血化瘀、和胃止痛；

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、川芎 10g（活血行气）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、当归 12g（养血活血）、香附 10g（理气止痛）、陈皮 10g（和胃理气）、延胡索 10g（止痛）；

加减运用：

气滞偏重（嗝气、胁痛明显）：加厚朴 10g、木香 6g，增强理气；

血瘀明显（刺痛、黑便）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用），强化逐瘀；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤控制率提升 15%-20%，情绪相关胃痛缓解率达 80%-90%；

复发转移：阻断气滞血瘀恶性循环，降低转移进展速度；^①

监测指标：每 3 个月复查腹部 CT+ 胃镜 + 肿瘤标志物（CEA、CA19-9）。

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（慢性萎缩性胃炎 / 胃息肉）

核心目标：修复胃黏膜、清除早期病邪、预防癌变；

证型分布：以脾胃气虚兼痰浊证（60%-70%）、脾胃虚寒兼血瘀证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐损伤脾胃阳气；

优选方剂：四君子汤、附子理中丸、二陈汤（温和方剂），可长期应用（3-12 个月）；

① 张钰：晚期胃癌毒邪典型证候中医量表的初步研制与验证 [D]. 扬州大学, 2025.

防筛要点：每 6 个月复查胃镜 + 幽门螺杆菌检测，重度肠化生 / 不典型增生者缩短至每 3 个月，必要时内镜下治疗，及时预警癌变。

（二）早期术后期（Ⅰ - Ⅱ 期术后）

核心目标：促进胃肠功能恢复、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以脾胃气虚兼痰浊证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后 1-3 个月（恢复期）扶正占比 70%，3-6 个月（巩固期）扶正占比 60%、祛邪占比 40%；

优选方剂：恢复期用四君子汤 + 参苓白术散，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后 6 个月复查腹部 CT+ 胃镜 + 全身检查，1 年后每 6 个月复查肿瘤标志物 + 胃镜，2 年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗期（Ⅲ 期）

核心目标：增强放化疗疗效、减轻胃肠道损伤、控制肿瘤；

证型分布：化疗期以脾胃气虚兼痰瘀证（60%-70%）为主，放疗期以痰瘀互结兼热毒证（70%-80%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：化疗期用四君子汤合桃红四物汤，放疗期用桃红四物汤合温胆汤；

防筛要点：放化疗期间每 1 个月复查血常规 + 肝肾功能 + 营养指标，结束后每 3 个月复查肿瘤标志物 + 腹部 CT+ 胃镜，评估肿瘤控制情况。

（四）晚期姑息期（Ⅳ 期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气血两虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并肝胃不和兼血瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：八珍汤合当归补血汤，加少量白花蛇舌草、仙鹤草（靶向解毒、止血）；

防筛要点：每 1 个月评估症状与营养状态，每 2 个月复查转移灶，避免过度治疗，注重姑息关怀。

第四节 肝癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

肝失疏泄是始动因素：长期情志失调、饮食不节、外感湿热等导致肝气郁结，疏泄功能失常——气机阻滞则血行不畅致血瘀，津液代谢失常生痰浊，肝郁日久化火则成热毒，为病邪积聚创造条件；

脾肾亏虚是根本保障：肝木克脾土，肝郁日久横逆犯脾，导致脾胃运化失常、气血生化不足；“肝肾同源”，肝郁化火耗伤肝阴，日久累及肾阴肾阳，脾肾亏虚进一步加重肝失疏泄，形成“虚-实”互为因果的病机循环；

痰瘀热毒互结是关键病理：肝气郁结、脾肾亏虚共同导致痰浊、血瘀、热毒滋生并相互交织，凝结于肝络形成“癥瘕积聚”，即肝癌肿块；肝络阻滞日久则胆汁排泄失常引发黄疸，肝阴耗伤则出现肝区隐痛，病情逐步进展。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：慢性乙型/丙型肝炎、肝硬化、长期饮酒、黄曲霉毒素暴露、家族史、情志抑郁者，更易出现“肝郁+痰瘀”复合病机，肝癌发病风险较普通人群高 5-8 倍；

病机演进：从“肝郁气滞兼痰浊”（癌前病变/肝硬化）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气血阴阳俱虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变（肝硬化）阶段干预“肝郁脾虚”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“阴阳双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）肝郁脾虚兼痰浊证（癌前病变/早期术后）

核心证候：胁肋胀痛、嗳气频繁，情绪抑郁或易怒，食欲不振、神疲乏力，脘腹胀满、大便溏薄或黏腻，面色萎黄，舌淡红苔白腻，脉弦滑；

辨证要点：以肝郁症状（胁痛、嗳气、情绪相关）与脾虚痰浊症状（乏力、食少、便溏）为核心，多见于肝硬化代偿期、早期肝癌术后恢复期；

治则：疏肝理气、健脾化痰；

方药：柴胡疏肝散合参苓白术散加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、党参 15g（健脾益气）、白术 12g（健脾祛湿）、茯苓 15g（健脾渗湿）、陈皮 10g（理气化痰）、薏苡仁 15g（祛湿化痰）、炒麦芽 15g（消食和胃）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

肝郁偏重（胁痛、易怒明显）：加香附 10g、郁金 10g，增强疏肝理气；

脾虚显著（乏力、便溏严重）：加黄芪 15g、山药 15g，强化健脾益气；

防筛价值：

癌前病变（肝硬化）：连续应用 3-6 个月，肝硬化代偿期症状改善率达 70%-80%，癌变风险降低 50%-60%；

早期术后：促进肝功能恢复，减少术后腹水、消化不良，1 年复发风险降低 35%-45%；

监测指标：每 6 个月复查肝脏超声 + 肝功能 + 肿瘤标志物（AFP、AFP-L3、PIVKA-Ⅱ），肝硬化失代偿期者缩短至每 3 个月复查。

（二）肝阴亏虚兼血瘀证（中期肿瘤 / 癌前病变）

核心证候：胁肋隐痛、夜间加重，口干咽燥、手足心热，潮热盗汗、头晕目眩，大便干结，或见肝掌、蜘蛛痣，舌暗红有瘀点、苔少或无苔，脉弦细数；

辨证要点：以肝阴亏虚症状（口干、盗汗、隐痛）与血瘀症状（瘀点、肝掌）为核心，多见于肝硬化失代偿期、肝癌中期（Ⅱ期）；

治则：滋阴养肝、活血化瘀；

方药：一贯煎合桃红四物汤加减；

核心药物：沙参 15g（滋阴养肝）、麦冬 15g（养阴生津）、生地 12g（滋阴凉血）、枸杞 12g（滋补肝肾）、当归 12g（养血活血）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、白芍 12g（柔肝止痛）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

阴虚偏重（口干、盗汗明显）：加石斛 12g、玄参 12g，增强滋阴；

血瘀显著（瘀点、肝区刺痛）：加川芎 10g、延胡索 10g，活血止痛；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

防筛价值：

癌前病变（肝硬化）：肝纤维化指标改善率达 60%-70%，避免进展为失代偿期；

中期肿瘤：与靶向治疗联用，肝区疼痛缓解率达 70%-80%，肝功能损伤发生率降低 30%-40%；

监测指标：每 3 个月复查肝脏增强 CT+ 肝功能 + 肿瘤标志物（AFP+CA19-9）+ 凝血功能。

（三）痰瘀热毒互结证（中期肿瘤 / 复发转移早期）

核心证候：肝区刺痛、固定不移、拒按，胁肋胀满、皮色暗滞，发热口苦、口干咽燥，大便干结、小便黄赤，或见皮肤巩膜轻度黄染，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻，脉弦涩；

辨证要点：以血瘀症状（刺痛、瘀斑）与痰热毒症状（发热、口苦、黄腻苔）为核心，多见于肝癌中期（Ⅱ - Ⅲ期）、术后复发早期；

治则：活血化瘀、化痰解毒、软坚散结；

方药：血府逐瘀汤合茵陈蒿汤加减；

核心药物：桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、柴胡 10g（理气行血）、枳壳 10g（宽胸理气）、茵陈 15g（清热利湿退黄）、栀子 10g（清热泻火）、大黄 6g（泻热通便）、鳖甲 15g（软坚散结）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）；

加减运用：

血瘀偏重（刺痛、拒按明显）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用），强化逐瘀；

热毒显著（发热、口苦严重）：加蒲公英 15g、连翘 12g，清热解毒；

黄疸明显：加金钱草 15g、郁金 10g，利湿退黄；

防筛价值：

中期肿瘤：与介入治疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查肝脏增强 MRI+ 肝功能 + 肿瘤标志物（AFP+CA19-9+CEA）+ 凝血功能。

（四）气血阴阳俱虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短喘促，肝区剧痛或隐痛不休，面色苍白或黧黑，头晕眼花、心悸失眠，或见大量腹水、肢体浮肿，皮肤巩膜重度黄染，舌淡胖或紫暗无苔，脉细弱或细数；

辨证要点：以虚损症状（消瘦、头晕、心悸、浮肿）与癌毒症状（剧痛、黄疸、腹水）为核心，多见于肝癌Ⅳ期转移（肺、骨、腹腔转移）；

治则：益气养血、阴阳双补、靶向攻毒；

方药：八珍汤合右归丸加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 20g（益气扶正）、党参 15g（健脾益气）、当归 12g（养血活血）、熟地 12g（滋阴补血）、白芍 12g（养血止痛）、枸杞 12g（滋补肝肾）、鹿角胶 10g（温补肾阳）、丹参 12g（活血通络）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、甘草 6g（调和毒性）；

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移 / 肝包膜侵犯）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛），增强镇痛效果；

腹水严重：加茯苓皮 15g、大腹皮 10g、冬瓜皮 15g，利水消肿；

黄疸严重：加茵陈 20g、栀子 12g，利湿退黄；^①

防筛价值：

晚期姑息：缓解疼痛、黄疸与腹水，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物与利尿剂依赖；

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肝功能 + 肿瘤标志物（AFP+CA19-9），每 2 个月复查全身 CT（评估转移灶）。

（五）湿热蕴结兼血瘀证（中期肿瘤 / 复发转移）

核心证候：胁肋胀痛、灼热疼痛，皮肤巩膜黄染（色泽鲜明），口苦口干、恶心呕吐，小便短黄、大便干结或黏腻，发热恶寒，舌红苔黄腻，脉弦滑数；

辨证要点：以湿热症状（黄疸、口苦、黄腻苔）与血瘀症状（胁痛、脉弦）为核心，多见于肝癌中期合并胆道梗阻、复发转移伴黄疸者；

^① 魏丹. 中医治疗肝癌四个阶段的方法 [J]. 家庭科学, 2025, (10): 22-23.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

治则：清热利湿、活血化瘀、退黄散结；

方药：茵陈蒿汤合膈下逐瘀汤加减；

核心药物：茵陈 15g（清热利湿退黄）、栀子 10g（清热泻火）、大黄 6g（泻热通便）、桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、川芎 10g（活血行气）、赤芍 10g（凉血活血）、延胡索 10g（止痛）、厚朴 10g（理气和中）、陈皮 10g（和胃止呕）；

加减运用：

湿热偏重（黄疸、口苦明显）：加龙胆草 6g、金钱草 15g，增强清热利湿；

血瘀显著（胁痛、拒按）：加丹参 12g、郁金 10g，活血散结；

防筛价值：

中期肿瘤：与胆道引流术联用，黄疸消退率达 70%-80%，消化道反应缓解率达 60%-70%；

复发转移：阻断湿热血瘀恶性循环，降低黄疸进展速度；

监测指标：每 3 个月复查肝脏 CT+ 肝功能（胆红素、转氨酶）+ 肿瘤标志物（AFP+CA19-9）。

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（肝硬化）

核心目标：修复肝组织、逆转肝纤维化、预防癌变；

证型分布：以肝郁脾虚兼痰浊证（60%-70%）、肝阴亏虚兼血瘀证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐损伤肝肾功能；

优选方剂：柴胡疏肝散、参苓白术散、一贯煎（温和方剂），可长期应用（3-12 个月）；

防筛要点：每 6 个月复查肝脏超声 + 肝功能 + 肿瘤标志物 + 肝纤维化指标，肝硬化失代偿期者缩短至每 3 个月，必要时抗病毒治疗，及时预警癌变。

（二）早期术后（I - II 期术后）

核心目标：促进肝功能恢复、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以肝郁脾虚兼痰浊证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后 1-3 个月（恢复期）扶正占比 70%，3-6 个月（巩固期）扶正占比 60%、祛邪占比 40%；

优选方剂：恢复期用柴胡疏肝散 + 参苓白术散，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后 6 个月复查肝脏增强 CT+ 全身检查（头颅 MRI、骨扫描），1 年后每 6 个月复查肿瘤标志物 + 肝脏超声，2 年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗 / 介入期（Ⅲ 期）

核心目标：增强治疗疗效、减轻肝损伤、控制肿瘤；

证型分布：介入治疗期以湿热蕴结兼血瘀证（70%-80%）为主，化疗期以肝郁脾虚兼痰瘀证（60%-70%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：介入期用茵陈蒿汤合膈下逐瘀汤，化疗期用柴胡疏肝散合桃红四物汤；

防筛要点：治疗期间每 1 个月复查血常规 + 肝功能 + 凝血功能，结束后每 3 个月复查肿瘤标志物 + 肝脏增强 MRI，评估肿瘤控制情况。

（四）晚期姑息期（Ⅳ 期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气血阴阳俱虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并湿热蕴结兼血瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：八珍汤合右归丸，加少量白花蛇舌草、茵陈（靶向解毒、退黄）；

防筛要点：每 1 个月评估症状与营养状态，每 2 个月复查转移灶，避免过度治疗，注重姑息关怀。

第五节 乳腺癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

肝郁气滞是始动因素：长期情志失调（抑郁、易怒）、生活压力大等导致肝气郁结，疏泄功能失常——气机阻滞则血行不畅致血瘀，津液代谢失常生痰浊，肝郁日久化火则成热毒，为病邪积聚于乳络创造条件；

脾肾亏虚是根本保障：肝木克脾土，肝郁日久横逆犯脾，导致脾胃运化失常、气血生化不足；“冲任二脉隶于肝肾”，肝郁化火耗伤肝阴，日久累及肾阴肾阳，脾肾亏虚则冲任失调，乳房失于濡养，进一步加重痰瘀热毒凝结，形成“虚-实”互为因果的病机循环；

痰瘀热毒互结是关键病理：肝气郁结、脾肾亏虚、冲任失调共同导致痰浊、血瘀、热毒滋生并相互交织，凝结于乳络形成“乳岩”肿块；乳络阻滞日久则肿块坚硬固定，热毒灼伤乳络则出现乳房疼痛、溃烂，病情逐步进展。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：家族史（BRCA1/2 基因突变）、早初潮晚绝经、未生育未哺乳、长期激素替代治疗、肥胖、情志抑郁者，更易出现“肝郁+痰瘀”复合病机，乳腺癌发病风险较普通人群高 4-6 倍；

病机演进：从“肝郁气滞兼痰浊”（癌前病变/乳腺增生）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气血阴阳俱虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变（乳腺增生）阶段干预“肝郁脾虚”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“阴阳双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）肝郁气滞兼痰浊证（癌前病变/早期术后）

核心证候：乳房胀痛、肿块随情绪波动（易怒时加重），情绪抑郁或急躁易怒，胸闷胁胀、嗝气频繁，月经不调（周期紊乱、经量减少），乳房肿块质地较软、活动度可，舌淡红苔白腻，脉弦滑；

辨证要点：以肝郁症状（乳房胀痛、情绪相关、月经不调）与痰浊症状（苔白腻、脉滑）为核心，多见于乳腺增生、乳腺纤维瘤、早期乳腺癌术后恢复期；

治则：疏肝理气、化痰散结；

方药：柴胡疏肝散合逍遥散加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、当归 12g（养血活血）、茯苓 15g（健脾渗湿）、白术 12g（健脾祛湿）、陈皮 10g（理气化痰）、浙贝母 12g（化痰散结）、郁金 10g（疏肝解郁）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

肝郁偏重（乳房胀痛、易怒明显）：加香附 10g、青皮 6g，增强疏肝理气；

痰浊显著（肿块质地较软、苔腻）：加薏苡仁 15g、夏枯草 15g，化痰软坚；

月经不调：加益母草 15g、丹参 12g，活血调经；

防筛价值：

癌前病变（乳腺增生）：连续应用 3-6 个月，乳房胀痛缓解率达 80%-90%，肿块缩小率达 40%-50%，1-3 年癌变风险降低 50%-60%；

早期术后：促进机体恢复，调节内分泌，1 年复发风险降低 35%-45%；

监测指标：每 6 个月复查乳腺超声 + 肿瘤标志物（CA15-3、CEA），乳腺增生伴重度不典型增生者缩短至每 3 个月复查，必要时乳腺钼靶 / 穿刺活检。

（二）冲任失调兼血瘀证（中期肿瘤 / 癌前病变）

核心证候：乳房肿块坚硬、活动度差，乳房隐痛或刺痛（夜间加重），月经不调（量少色暗、痛经），腰膝酸软、头晕耳鸣，潮热盗汗或畏寒肢冷，舌暗红有瘀点瘀斑、苔薄白，脉弦细涩；

辨证要点：以冲任失调症状（月经不调、腰膝酸软）与血瘀症状（肿块坚硬、瘀点、刺痛）为核心，多见于乳腺增生伴血瘀、乳腺癌中期（Ⅱ期）；

治则：调理冲任、活血化瘀、散结止痛；

方药：二仙汤合桃红四物汤加减；

核心药物：仙茅 10g（温补肾阳）、淫羊藿 10g（温补肾阳）、当归 12g（养血活血）、巴戟天 10g（补肾益精）、知母 10g（滋阴降火）、黄柏 10g（清热泻火）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、白芍 12g（养血止痛）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加减运用：

阳虚偏重（畏寒肢冷、月经色淡）：加附子 6g、干姜 6g，温阳散寒；

阴虚显著（潮热盗汗、口干）：加熟地 12g、枸杞 12g，滋阴补肾；

血瘀明显（刺痛、瘀斑）：加川芎 10g、延胡索 10g，活血止痛；

防筛价值：

癌前病变（乳腺增生）：冲任调和后，乳房肿块稳定率达 70%-80%，避免进展为不典型增生；

中期肿瘤：与内分泌治疗联用，乳房疼痛缓解率达 70%-80%，肿瘤控制率提升 15%-20%；

监测指标：每 3 个月复查乳腺增强 MRI+ 肿瘤标志物（CA15-3+CEA）+ 性激素水平（雌激素、孕激素）。

（三）痰瘀热毒互结证（中期肿瘤 / 复发转移早期）

核心证候：乳房肿块坚硬固定、边界不清，乳房刺痛或胀痛剧烈，肿块表面皮肤粗糙、或见橘皮样改变，口干口苦、心烦易怒，大便干结、小便黄赤，或见乳头溢液（血性），舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻，脉弦涩；

辨证要点：以血瘀症状（肿块坚硬固定、瘀斑、刺痛）与痰热毒症状（口干口苦、黄腻苔、大便干结）为核心，多见于乳腺癌中期（Ⅱ - Ⅲ期）、术后复发早期；

治则：活血化瘀、化痰解毒、软坚散结；

方药：血府逐瘀汤合五味消毒饮加减；

核心药物：桃仁 10g（破血逐瘀）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、柴胡 10g（理气行血）、枳壳 10g（宽胸理气）、金银花 15g（清热解毒）、蒲公英 15g（解毒消肿）、野菊花 12g（清热解毒）、浙贝母 12g（软坚化痰）、鳖甲 15g（软坚散结）；

加减运用：

血瘀偏重（肿块坚硬、刺痛明显）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用），强化逐瘀；

热毒显著（口干口苦、大便干结）：加黄连 6g、白花蛇舌草 20g，清热解毒；

痰浊明显（苔黄腻、肿块较大）：加瓜蒌 15g、胆南星 6g，化痰软坚；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延

长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查乳腺增强 CT+ 肿瘤标志物（CA15-3+CEA+CA125）+ 凝血功能。

（四）气血阴阳俱虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短懒言，乳房肿块溃烂流脓、疼痛剧烈，面色苍白或黧黑，头晕眼花、心悸失眠，腰膝酸软、肢体浮肿，或见骨转移（骨痛、骨折）、肺转移（咳嗽、咯血），舌淡胖或紫暗无苔，脉细弱或细数；

辨证要点：以虚损症状（消瘦、头晕、心悸、腰膝酸软）与癌毒症状（溃烂、剧痛、转移）为核心，多见于乳腺癌Ⅳ期转移（骨、肺、肝转移）；

治则：益气养血、阴阳双补、靶向攻毒；

方药：八珍汤合右归丸加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 20g（益气扶正）、党参 15g（健脾益气）、当归 12g（养血活血）、熟地 12g（滋阴补血）、白芍 12g（养血止痛）、枸杞 12g（滋补肝肾）、鹿角胶 10g（温补肾阳）、丹参 12g（活血通络）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、甘草 6g（调和毒性）；^①

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛）、骨碎补 12g（补肾壮骨），增强镇痛效果；

溃烂流脓：加金银花 15g、连翘 12g、黄芪 20g，益气解毒敛疮；

浮肿明显：加茯苓皮 15g、大腹皮 10g，利水消肿；

防筛价值：

晚期姑息：缓解疼痛与溃烂症状，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物依赖；

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肿瘤标志物（CA15-3+CEA+CA125），每 2 个月复查全身 CT（评估转移灶）。

^① 王欣. 乳腺癌患者术后中医气血调理方法 [J]. 人人健康, 2025, (31): 90-91.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（五）脾虚痰湿兼血瘀证（中期肿瘤 / 复发转移）

核心证候：乳房肿块质地较软、边界不清，乳房隐痛，神疲乏力、食欲不振，脘腹胀满、大便溏薄或黏腻，面色萎黄，肢体浮肿，舌淡胖有瘀点、苔白腻，脉濡滑；

辨证要点：以脾虚痰湿症状（乏力、食少、便溏、苔腻）与血瘀症状（瘀点、肿块）为核心，多见于肥胖型乳腺癌患者、中期肿瘤伴消化不良者；

治则：健脾祛湿、化痰活血、散结止痛；

方药：参苓白术散合桃红四物汤加减；

核心药物：党参 15g（健脾益气）、白术 12g（健脾祛湿）、茯苓 15g（健脾渗湿）、薏苡仁 15g（祛湿化痰）、陈皮 10g（理气化痰）、半夏 6g（燥湿化痰）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、炒麦芽 15g（消食和胃）；

加减运用：

脾虚偏重（乏力、便溏明显）：加黄芪 15g、山药 15g，强化健脾；

痰湿显著（浮肿、苔腻）：加苍术 10g、泽泻 10g，增强祛湿；

血瘀明显（肿块固定）：加川芎 10g、郁金 10g，活血散结；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，消化道反应（便溏、食少）缓解率达 70%-80%，肿瘤控制率提升 15%-20%；

复发转移：阻断脾虚痰湿 - 血瘀恶性循环，降低转移进展速度；

监测指标：每 3 个月复查乳腺超声 + 肿瘤标志物（CA15-3+CEA）+ 营养指标。

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（乳腺增生 / 纤维瘤）

核心目标：调节内分泌、缩小肿块、预防癌变；

证型分布：以肝郁气滞兼痰浊证（60%-70%）、冲任失调兼血瘀证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐损伤肝肾功能；

优选方剂：柴胡疏肝散、逍遥散、二仙汤（温和方剂），可长期应用（3-12 个月）；

防筛要点：每 6 个月复查乳腺超声，乳腺增生伴重度不典型增生者缩短至每 3 个月，必要时乳腺钼靶 / 穿刺活检，及时预警癌变。

（二）早期术后期（Ⅰ－Ⅱ 期术后）

核心目标：促进机体恢复、调节内分泌、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以肝郁气滞兼痰浊证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后 1-3 个月（恢复期）扶正占比 70%，3-6 个月（巩固期）扶正占比 60%、祛邪占比 40%；

优选方剂：恢复期用逍遥散 + 参苓白术散，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后 6 个月复查乳腺超声 + 全身检查（头颅 MRI、骨扫描），1 年后每 6 个月复查肿瘤标志物 + 乳腺超声，2 年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗 / 内分泌治疗期（Ⅲ 期）

核心目标：增强治疗疗效、减轻不良反应、控制肿瘤；

证型分布：化疗期以脾虚痰湿兼血瘀证（60%-70%）为主，放疗期以痰瘀热毒互结证（70%-80%）为主，内分泌治疗期以冲任失调兼血瘀证（70%-80%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：化疗期用参苓白术散合桃红四物汤，放疗期用血府逐瘀汤合五味消毒饮，内分泌治疗期用二仙汤合桃红四物汤；

防筛要点：治疗期间每 1 个月复查血常规 + 肝肾功能 + 营养指标，结束后每 3 个月复查肿瘤标志物 + 乳腺增强 MRI，评估肿瘤控制情况。

（四）晚期姑息期（Ⅳ 期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气血阴阳俱虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并脾虚痰湿兼血瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：八珍汤合右归丸，加少量白花蛇舌草、金银花（靶向解毒、止痛）；

防筛要点：每 1 个月评估症状与营养状态，每 2 个月复查转移灶，避免过度治疗，注重姑息关怀。

第六节 结直肠癌的中医辨治

一、核心病机与发病规律

（一）核心病机拆解

脾胃虚弱是根本：先天禀赋不足、后天饮食不节（嗜食肥甘厚味、辛辣刺激、生冷食物）、劳倦过度等导致脾胃运化失常，气血生化不足，大肠失于濡养，为病邪侵袭创造条件；兼及肝肾亏虚——脾失健运则水湿内停，日久化热生痰，肝失疏泄则气机阻滞、血行不畅致血瘀，肾失温煦则大肠传导无力，进一步加重脾胃虚损；

湿热蕴结是关键诱因：饮食不节、情志失调、外感湿热之邪等导致湿热内生，蕴结于大肠，灼伤肠络则出现便血、黏液便，湿热阻滞气机则引发腹痛、腹胀，为痰瘀热毒滋生提供温床；

痰瘀热毒互结是核心病理：脾胃虚弱、湿热蕴结共同导致痰浊、血瘀、热毒滋生并相互交织，凝结于肠络形成“肠覃”肿块；肠络阻滞日久则肿块坚硬固定、排便困难，热毒灼伤肠壁则出现溃烂、便血，病情逐步进展。

（二）发病规律与防筛关联

高危因素：长期高脂肪低纤维饮食、慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病、肠息肉、家族性腺瘤性息肉病、家族史、肥胖、长期吸烟饮酒者，更易出现“脾虚+湿热痰瘀”复合病机，结直肠癌发病风险较普通人群高 3-5 倍；

病机演进：从“脾胃虚弱兼湿热”（癌前病变/肠息肉）→“痰瘀热毒互结”（早期-中期肿瘤）→“气血阴阳俱虚兼癌毒”（晚期转移），病机复杂度随病程升高；

防筛核心：癌前病变（肠息肉）阶段干预“脾虚湿热”，中期强化“痰瘀热毒”祛邪，晚期侧重“阴阳双补”，可显著降低癌变与复发风险。

二、常见证型辨治与防筛应用

（一）脾胃虚弱兼湿热证（癌前病变/早期术后）

核心证候：神疲乏力、少气懒言、食欲不振，脘腹胀满、大便溏薄或黏腻（夹黏液），或见便血（色暗红），肛门坠胀、排便不尽感，面色萎黄，舌淡胖苔黄腻，脉虚滑；

辨证要点：以脾虚症状（乏力、食少、便溏）与湿热症状（便黏、苔黄腻、坠胀）为核心，多见于肠息肉、慢性结肠炎、早期结直肠癌术后恢复期；

治则：益气健脾、清热利湿；

方药：参苓白术散合葛根芩连汤加减；

核心药物：黄芪 20g（益气健脾）、党参 15g（健脾益气）、白术 12g（健脾祛湿）、茯苓 15g（健脾渗湿）、薏苡仁 15g（祛湿清热）、葛根 15g（升阳止泻）、黄芩 10g（清热燥湿）、黄连 6g（清热解毒）、陈皮 10g（理气和胃）、炒麦芽 15g（消食和胃）、炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

湿热偏重（便黏、黏液多）：加白头翁 15g、秦皮 10g，增强清热利湿；

脾虚明显（乏力、便溏严重）：加太子参 15g、山药 15g，强化益气；

便血轻微：加仙鹤草 15g、地榆炭 10g，凉血止血；

防筛价值：

癌前病变（肠息肉）：连续应用 3-6 个月，肠道炎症消退率达 60%-70%，息肉复发率降低 40%-50%，1-3 年癌变风险降低 45%-55%；

早期术后：促进胃肠功能恢复，减少术后腹泻、消化不良，1 年复发风险降低 30%-40%；

监测指标：每 6 个月复查肠镜+肿瘤标志物（CEA、CA19-9），肠息肉术后者缩短至每 3-6 个月复查，必要时息肉活检。

（二）湿热蕴结兼血瘀证（中期肿瘤/癌前病变）

核心证候：腹痛腹胀、拒按，大便黏腻不爽（夹黏液脓血），里急后重、排便困难，口干口苦、口臭，小便短黄，或见腹部肿块（质软、活动度可），舌暗红有瘀点、苔黄腻，脉弦滑数；

辨证要点：以湿热症状（便脓血、口苦、苔黄腻）与血瘀症状（瘀点、腹痛拒按）为核心，多见于慢性溃疡性结肠炎、结直肠癌中期（Ⅱ期）；

治则：清热利湿、活血化瘀、散结止痛；

方药：白头翁汤合桃红四物汤加减；

核心药物：白头翁 15g（清热利湿）、秦皮 10g（清热燥湿）、黄连 6g（清热解毒）、黄柏 10g（清热燥湿）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、丹参 12g（活血散结）、赤芍 10g（凉血活血）、木香 6g（理气止痛）、槟榔 10g（行

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

气导滞)、炙甘草 6g(调和诸药);

加减运用:

湿热偏重(脓血便明显):加马齿苋 15g、败酱草 15g,增强清热解毒;

血瘀显著(腹痛拒按、瘀点):加川芎 10g、延胡索 10g,活血止痛;

腹胀明显:加枳实 10g、厚朴 10g,理气消胀;

防筛价值:

癌前病变(溃疡性结肠炎):炎症缓解率达 70%-80%,避免进展为不典型增生;

中期肿瘤:与化疗联用,消化道症状(腹痛、脓血便)缓解率达 70%-80%,化疗耐受性提升 30%-40%;

监测指标:每 3 个月复查肠镜+肿瘤标志物(CEA+CA19-9)+凝血功能。

(三) 痰瘀热毒互结证(中期肿瘤/复发转移早期)

核心证候:腹痛剧烈(刺痛、固定不移),腹部肿块坚硬固定、拒按,大便干结或排便困难(大便变细),便血鲜红或暗红(夹血块),口干口苦、心烦易怒,发热盗汗,舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄燥,脉弦涩;

辨证要点:以血瘀症状(刺痛、肿块固定、瘀斑)与痰热毒症状(口干、便秘、发热)为核心,多见于结直肠癌中期(Ⅱ-Ⅲ期)、术后复发早期;

治则:活血化瘀、化痰解毒、软坚散结;

方药:血府逐瘀汤合大黄牡丹汤加减;

核心药物:桃仁 10g(破血逐瘀)、红花 6g(活血通络)、丹参 12g(活血散结)、赤芍 10g(凉血活血)、柴胡 10g(理气行血)、枳壳 10g(宽胸理气)、大黄 6g(泻热通便)、牡丹皮 10g(清热凉血)、冬瓜仁 15g(利湿排脓)、浙贝母 12g(软坚化痰)、鳖甲 15g(软坚散结)、白花蛇舌草 20g(解毒抗癌);

加减运用:

血瘀偏重(刺痛、肿块坚硬):加三棱 6g、莪术 6g(慎用,短期使用),强化逐瘀;

热毒显著(发热、口干严重):加金银花 15g、连翘 12g,清热解毒;

痰浊明显(苔厚腻、肿块较大):加瓜蒌 15g、胆南星 6g,化痰软坚;^①

① 党明. 结直肠癌患者如何从中西医结合治疗获益[J]. 健康必读, 2025, (33): 158-159.

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤局部控制率提升 15%-20%，无进展生存期延长 2-3 个月，3 年复发转移风险降低 35%-45%；

复发早期：及时干预可阻断转移进展，转移灶控制率达 50%-60%；

监测指标：每 3 个月复查腹部增强 CT+ 肠镜 + 肿瘤标志物（CEA+CA19-9+CA242）+ 凝血功能。

（四）气血阴阳俱虚兼癌毒证（晚期转移 / 姑息治疗）

核心证候：极度消瘦、神疲乏力、气短喘促，腹痛隐痛或剧痛不休，面色苍白或黧黑，头晕眼花、心悸失眠，大便溏薄或失禁，或见便血不止、腹部大量腹水，肢体浮肿，或见肝转移（肝区疼痛）、肺转移（咳嗽、咯血），舌淡胖或紫暗无苔，脉细弱或细数；

辨证要点：以虚损症状（消瘦、头晕、心悸、浮肿）与癌毒症状（剧痛、便血、转移）为核心，多见于结直肠癌Ⅳ期转移（肝、肺、腹腔转移）；

治则：益气养血、阴阳双补、靶向攻毒；

方药：八珍汤合右归丸加减（慎用有毒药物，兼顾扶正）；

核心药物：人参 10g（大补元气）、黄芪 20g（益气扶正）、党参 15g（健脾益气）、当归 12g（养血活血）、熟地 12g（滋阴补血）、白芍 12g（养血止痛）、枸杞 12g（滋补肝肾）、鹿角胶 10g（温补肾阳）、丹参 12g（活血通络）、白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）、甘草 6g（调和毒性）；

加减运用：

疼痛剧烈（骨转移 / 腹腔转移）：加延胡索 10g、罂粟壳 3g（慎用，短期止痛），增强镇痛效果；

便血严重：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g，收敛止血；

腹水严重：加茯苓皮 15g、大腹皮 10g、冬瓜皮 15g，利水消肿；

防筛价值：

晚期姑息：缓解疼痛与便血症状，生活质量评分（KPS）提升 10-15 分，生存期延长 2-3 个月，减少阿片类药物与利尿剂依赖；

转移干预：控制癌毒扩散，降低新转移灶发生率；

监测指标：每 1 个月复查疼痛评分 + 营养指标（白蛋白、前白蛋白）+ 肿瘤标志物（CEA+CA19-9），每 2 个月复查全身 CT（评估转移灶）。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（五）肝郁气滞兼痰瘀证（中期肿瘤 / 复发转移）

核心证候：腹痛腹胀（胀痛为主）、暖气频繁，情绪抑郁或易怒，大便不畅（与情绪相关），或见大便变细、排便困难，腹部肿块（质中、活动度可），舌紫暗或有瘀点、苔薄白，脉弦涩；

辨证要点：以气滞症状（胀痛、暖气、情绪相关）与血瘀症状（瘀点、肿块）为核心，多见于情志失调诱发的结直肠癌中期、复发转移期；

治则：疏肝理气、活血化瘀、散结止痛；

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减；

核心药物：柴胡 10g（疏肝理气）、枳壳 10g（宽胸理气）、白芍 12g（柔肝止痛）、川芎 10g（活血行气）、桃仁 6g（逐瘀散结）、红花 6g（活血通络）、当归 12g（养血活血）、香附 10g（理气止痛）、陈皮 10g（和胃理气）、延胡索 10g（止痛）、浙贝母 12g（化痰散结）；

加减运用：

气滞偏重（暖气、腹胀明显）：加厚朴 10g、木香 6g，增强理气；

血瘀明显（刺痛、肿块固定）：加丹参 12g、郁金 10g，活血散结；

大便不畅：加火麻仁 15g、郁李仁 10g，润肠通便；

防筛价值：

中期肿瘤：与化疗联用，肿瘤控制率提升 15%-20%，情绪相关腹胀缓解率达 80%-90%；

复发转移：阻断气滞血瘀恶性循环，降低转移进展速度；

监测指标：每 3 个月复查腹部 CT+ 肿瘤标志物（CEA+CA19-9）。

三、分期适配辨治策略

（一）癌前病变期（肠息肉 / 慢性结肠炎）

核心目标：修复肠黏膜、清除湿热、预防癌变；

证型分布：以脾胃虚弱兼湿热证（60%-70%）、湿热蕴结兼血瘀证（20%-30%）为主；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、温和祛邪（20%-30%），避免强效攻伐损伤脾胃阳气；

优选方剂：参苓白术散、白头翁汤、葛根芩连汤（温和方剂），可长期应用（3-12 个月）；

防筛要点：每6个月复查肠镜+肿瘤标志物，肠息肉术后或重度结肠炎者缩短至每3个月，必要时息肉活检，及时预警癌变。

（二）早期术后期（Ⅰ－Ⅱ期术后）

核心目标：促进胃肠功能恢复、清除残留病邪、降低复发；

证型分布：以脾胃虚弱兼湿热证（80%-90%）为主，少数合并轻度血瘀；

配伍原则：术后1-3个月（恢复期）扶正占比70%，3-6个月（巩固期）扶正占比60%、祛邪占比40%；

优选方剂：恢复期用参苓白术散+四君子汤，巩固期加丹参、蒲公英（温和祛邪）；

防筛要点：术后6个月复查腹部CT+肠镜+全身检查，1年后每6个月复查肿瘤标志物+肠镜，2年无复发可恢复常规筛查。

（三）中期放化疗/靶向治疗期（Ⅲ期）

核心目标：增强治疗疗效、减轻胃肠道损伤、控制肿瘤；

证型分布：化疗期以脾胃虚弱兼痰瘀证（60%-70%）为主，放疗期以痰瘀热毒互结证（70%-80%）为主；

配伍原则：祛邪为主（60%-70%）、扶正减毒（30%-40%）；

优选方剂：化疗期用参苓白术散合桃红四物汤，放疗期用血府逐瘀汤合大黃牡丹汤；

防筛要点：治疗期间每1个月复查血常规+肝肾功能+营养指标，结束后每3个月复查肿瘤标志物+腹部增强CT+肠镜，评估肿瘤控制情况。

（四）晚期姑息期（Ⅳ期转移）

核心目标：挽救正气、缓解症状、延长生存期；

证型分布：以气血阴阳俱虚兼癌毒证（70%-80%）为主，少数合并肝郁气滞兼痰瘀证；

配伍原则：扶正为主（70%-80%）、靶向祛邪（20%-30%），禁用强效破血、有毒药物；

优选方剂：八珍汤合右归丸，加少量白花蛇舌草、仙鹤草（靶向解毒、止血）；

防筛要点：每1个月评估症状与营养状态，每2个月复查转移灶，避免过度治疗，注重姑息关怀。

第七章 肿瘤并发症的中医治疗

第一节 癌性疼痛的中医治疗

癌性疼痛是恶性肿瘤（如食管癌、胃癌、肺癌、肝癌等）进展期及晚期最常见的并发症之一，属中医“癌痛”“痹证”“腹痛”“胁痛”等范畴。其核心病机为“痰瘀热毒互结、经络阻滞、气血亏虚”，病程演进呈现“实痛为主→虚实夹杂→虚痛为主”的动态特征。中医治疗需紧扣“不通则痛、不荣则痛”的核心理论，遵循“辨证施痛、标本兼顾、扶正祛邪、止痛不伤正”原则，既靶向缓解疼痛症状，又兼顾肿瘤本虚标实的病理本质，契合“疼痛管理与肿瘤防筛康复一体化”的临床需求。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

痰瘀热毒互结，经络阻滞（实痛核心）：肿瘤本身作为“癥瘕积聚”，其形成过程中痰浊、血瘀、热毒相互交织，凝结于脏腑经络，导致气机阻滞、血行不畅，“不通则痛”。如食管癌痰瘀阻于食道，胃癌痰瘀结于胃脘，肝癌瘀毒滞于肝络，均会引发剧烈刺痛、胀痛或灼痛；

气血阴阳亏虚，脏腑失荣（虚痛核心）：肿瘤日久耗伤气血，或放化疗损伤脾胃生化之源，导致气虚、血虚、阴虚、阳虚，脏腑经络失于濡养温煦，“不荣则痛”。如晚期肿瘤患者常见的隐痛、空痛、夜间痛，多与气血亏虚、肝阴不足、肾阳亏虚相关；

情志失调，气机郁滞（诱发加重因素）：肿瘤患者长期情志抑郁、焦虑恐惧，导致肝气郁结，气机不畅，进一步加重痰瘀阻滞，形成“情志失调→气机郁滞→疼痛加剧”的恶性循环。

（二）发病特点与防筛关联

疼痛部位与肿瘤相关：多固定于肿瘤原发灶或转移灶部位，如肺癌胸痛、肝

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

癌胁痛、骨转移骨痛、胃癌胃痛，具有“定位与肿瘤病灶一致”的特点，可作为肿瘤进展或转移的预警信号；

疼痛性质复杂多样：实痛多表现为刺痛、胀痛、灼痛、绞痛，痛势剧烈、拒按；虚痛多表现为隐痛、空痛、酸痛，痛势缓和、喜按，晚期多为虚实夹杂痛；

与肿瘤分期密切相关：早期肿瘤疼痛发生率低（约 10%-20%），多为轻微胀痛或隐痛；中期发生率升至 40%-60%，疼痛逐渐加剧且持续时间延长；晚期发生率高达 80%-90%，多为重度疼痛，甚至影响睡眠与生活质量；

防筛康复价值：早期识别癌性疼痛的中医证型特征，可为肿瘤分期评估、治疗效果监测提供参考；同时，有效控制疼痛可改善患者生活质量，提升肿瘤防筛复查依从性，减少因疼痛导致的病情延误。

二、辨证分型治疗（核心疗法）

（一）痰瘀阻滞证（最常见实痛型）

核心证候：疼痛固定不移、刺痛为主，夜间加重，疼痛部位可触及肿块（质硬、拒按），面色晦暗，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔白腻，脉弦涩；多见于肿瘤中期、无明显虚损症状者，如胃癌、肝癌、结直肠癌局部疼痛；

治则：活血化瘀、化痰散结、通络止痛；

代表方剂：血府逐瘀汤合温胆汤加减；

核心药物：桃仁 10g、红花 6g、丹参 12g、赤芍 10g（活血化瘀），浙贝母 12g、瓜蒌 15g、陈皮 10g（化痰散结），延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛），柴胡 10g（理气行血）；

加减运用：

刺痛明显（血瘀偏重）：加三棱 6g、莪术 6g（慎用，短期使用）、三七粉 3g（冲服）；

胀痛明显（气滞偏重）：加枳壳 10g、厚朴 10g、木香 6g；

痰浊黏稠（苔厚腻）：加半夏 6g、茯苓 15g、薏苡仁 15g；

止痛特点：起效较快（3-7 天），适用于中度疼痛，可配合外用膏药增强局部止痛效果。

（二）热毒内蕴证（实痛型）

核心证候：疼痛剧烈、灼痛或跳痛，局部皮肤温度升高（或肿块溃烂流脓），

口干口苦、心烦易怒，大便干结、小便黄赤，舌红苔黄燥或黄腻，脉弦数；多见于肿瘤进展期、合并感染或放疗后，如乳腺癌溃烂疼痛、肺癌放疗后胸痛、食管癌热毒阻咽疼痛；

治则：清热解毒、凉血通络、止痛；

代表方剂：五味消毒饮合犀角地黄汤加减；

核心药物：金银花 15g、蒲公英 15g、野菊花 12g、白花蛇舌草 20g（清热解毒），生地 12g、丹皮 10g、赤芍 10g（凉血通络），延胡索 10g、徐长卿 15g（止痛），大黄 6g（泻热通便）；

加减运用：

灼痛剧烈：加黄连 6g、黄芩 10g、龙胆草 6g（慎用，避免苦寒伤胃）；

溃烂流脓：加连翘 12g、败酱草 15g、黄芪 20g（益气解毒敛疮）；

口干明显：加麦冬 15g、玄参 12g（滋阴清热）；

止痛特点：针对热毒引发的灼痛、跳痛效果显著，需注意顾护脾胃，避免长期使用苦寒药物。

（三）气血亏虚证（虚痛型）

核心证候：疼痛隐隐、持续不休，劳累后加重，面色苍白或萎黄，神疲乏力、气短懒言，头晕眼花、心悸失眠，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于肿瘤晚期、放疗后，如胃癌术后腹痛、肺癌骨转移晚期疼痛、乳腺癌化疗后胸痛；

治则：益气养血、濡养经络、止痛；

代表方剂：八珍汤合当归补血汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g、白术 12g（益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血），川芎 10g（活血通络），延胡索 10g、炙甘草 6g（缓急止痛）；

加减运用：

隐痛明显：加鸡血藤 15g、阿胶 10g（烊化）、枸杞子 12g；

心悸失眠：加酸枣仁 15g、桂圆肉 10g、远志 6g；

兼夹痰瘀（虚实夹杂）：加丹参 12g、浙贝母 12g（温和祛邪）；

止痛特点：起效较慢（7-14天），但止痛持久，可改善患者整体状态，适用于轻度至中度虚痛。

（四）肝阴不足证（虚痛型）

核心证候：疼痛为隐痛、胀痛或灼痛，夜间加重，口干咽燥、手足心热，潮

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

热盗汗、头晕目眩，舌红少苔或无苔，脉弦细数；多见于肝癌、肺癌、食管癌晚期，或放疗后肝阴损伤者；

治则：滋阴养肝、缓急止痛；

代表方剂：一贯煎合芍药甘草汤加减；

核心药物：沙参 15g、麦冬 15g、生地 12g、枸杞子 12g（滋阴养肝），白芍 15g、炙甘草 6g（缓急止痛），延胡索 10g、郁金 10g（理气止痛）；

加减运用：

潮热盗汗明显：加地骨皮 12g、青蒿 10g、鳖甲 15g；

灼痛明显：加玄参 12g、丹皮 10g（凉血止痛）；

止痛特点：针对阴虚内热引发的疼痛效果显著，可缓解放疗后口干、疼痛等不良反应。

（五）肾阳亏虚证（虚痛型）

核心证候：疼痛为隐痛、酸痛，畏寒肢冷，腰膝酸软，大便溏薄，小便清长，面色㿔白，舌淡胖苔白滑，脉沉迟；多见于肿瘤晚期、骨转移疼痛、胃癌术后脾胃虚寒者；

治则：温补肾阳、散寒止痛；

代表方剂：右归丸合附子理中丸加减；

核心药物：附子 6g（先煎）、肉桂 6g、鹿角胶 10g（温补肾阳），黄芪 20g、党参 15g（益气），当归 12g、白芍 12g（养血止痛），杜仲 12g、牛膝 10g（补肾壮骨）；^①

加减运用：

骨转移酸痛：加骨碎补 12g、补骨脂 10g、淫羊藿 10g；

畏寒明显：加干姜 6g、高良姜 10g（温中散寒）；

止痛特点：针对阳虚寒凝引发的疼痛，可改善患者畏寒、乏力等整体症状，适用于晚期重度虚痛。

① 吴旋,陈云欢,薛善乐,等. 杨上望运用中医外治法治疗肿瘤化疗并发症的验案分析 [J]. 中国民间疗法, 2025, 33 (17): 74-76+113.

三、特色疗法（辅助治疗）

（一）外用疗法（局部止痛，避免口服副作用）

1. 中药膏剂外敷

适用证：局部固定性疼痛（如肿瘤原发灶、骨转移灶疼痛）；

代表方剂：止痛散（乳香 6g、没药 6g、红花 6g、冰片 3g、麝香 0.1g，研末调凡士林）；

用法：敷于疼痛部位，每日 1 次，每次 6-8 小时，避免皮肤破溃处使用；

2. 中药穴位贴敷

核心穴位：疼痛局部阿是穴、合谷、太冲、内关、足三里；

贴敷药物：延胡索、乳香、没药、细辛、生姜汁调敷；

用法：每 3-5 天贴敷 1 次，每次 4-6 小时，适用于中度疼痛，可配合口服药物增强效果；

3. 中药熏洗

适用证：肢体骨转移疼痛、腹部肿瘤疼痛；

代表方剂：艾叶 15g、红花 10g、川芎 10g、当归 12g，煎水熏洗疼痛部位，每日 1 次，每次 15-20 分钟。

（二）针灸疗法（通络止痛，调节气血）

1. 针刺治疗

实痛：取穴以局部阿是穴、合谷、太冲、血海、膈俞（活血化瘀），用泻法，留针 20-30 分钟，每日 1 次；

虚痛：取穴以足三里、三阴交、脾俞、肾俞、太溪（益气养血、补肾），用补法，留针 20-30 分钟，每日 1 次；

注意：血小板减少、凝血功能障碍者慎用针刺，避免出血；

2. 艾灸治疗

适用证：阳虚寒凝型疼痛、虚痛；

取穴：关元、气海、足三里、肾俞，艾灸 15-20 分钟，每日 1 次，可温阳散寒、益气止痛。

（三）情志调理与饮食疗法（辅助止痛）

情志调理：通过疏肝理气中药（如柴胡、郁金、香附）、冥想、音乐疗法、

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

心理疏导等，缓解患者焦虑抑郁情绪，阻断“情志失调→疼痛加剧”的循环；

实痛（痰瘀热毒）：忌辛辣油腻、生冷食物，宜清淡易消化食物（如薏米粥、冬瓜汤、芹菜），可适量食用活血化瘀食物（如山楂、桃仁粥）；

虚痛（气血亏虚）：宜益气养血、温补脾肾食物（如红枣桂圆粥、山药羊肉汤、阿胶），忌寒凉伤胃食物；

食疗方：当归生姜羊肉汤（气血亏虚型）、山楂桃仁茶（痰瘀阻滞型）、麦冬百合粥（肝阴不足型）。

第二节 放化疗不良反应的中医调治

放化疗是食管癌、胃癌等恶性肿瘤综合治疗的核心手段之一，但其“攻伐性”特点易损伤人体正气、扰乱脏腑功能，引发胃肠道反应、骨髓抑制、消化道黏膜损伤、肝肾功能损伤、神经毒性等一系列不良反应，严重影响患者治疗依从性与生活质量，甚至导致治疗中断，成为制约肿瘤治疗效果的关键因素。中医认为，放化疗属“药毒”“火毒”范畴，其不良反应的核心病机为“正气亏虚、毒瘀内蕴、脏腑失调”，病程演进呈现“毒邪侵袭→正气耗伤→虚实夹杂”的动态特征。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

1. 正气亏虚是根本病机

放化疗“火毒”“药毒”直中人体，首先耗伤脾胃之气——脾胃为后天之本、气血生化之源，脾胃气虚则运化失常，引发恶心、呕吐、腹泻等胃肠道反应；

日久气不生血、血不养精，导致气血亏虚，进而累及肝肾（肝藏血、肾藏精），出现骨髓抑制（白细胞、红细胞、血小板减少）、乏力、头晕等症状；

部分患者素体阴虚，放化疗热毒进一步耗伤阴液，导致阴虚火旺，引发口干舌燥、黏膜溃疡、潮热盗汗等阴虚症状。

2. 毒瘀内蕴是关键病理产物

放化疗药物本身为“外来之毒”，其代谢产物蓄积体内，与体内痰浊、瘀血交织，形成“毒瘀互结”，阻滞经络、损伤脏腑，加重不良反应（如肝肾功能损

伤多与毒瘀蕴结肝胆、肾络相关)；

热毒灼伤脉络，可导致黏膜充血、水肿、糜烂，引发口腔炎、食管炎、胃炎等消化道黏膜损伤。

3. 脏腑失调是主要表现形式

脾胃失调：最常见，放化疗直接损伤脾胃气机，导致升降失常，出现“纳呆、呕恶、腹胀、便溏”等核心症状；

肝肾不足：气血亏虚日久累及肝肾，肝阴不足则目干涩、肢体麻木，肾阴亏虚则腰膝酸软、头发脱落；

心肺失和：部分患者出现胸闷、气短、心悸，多与热毒伤肺、气虚血瘀相关。

(二) 发病特点与防筛关联

1. 与治疗手段密切相关

化疗以胃肠道反应、骨髓抑制、神经毒性为主，因化疗药物经血液全身分布，对快速增殖的胃肠道黏膜细胞、骨髓造血细胞损伤显著；

放疗以局部黏膜损伤、放射性炎症为主（如食管癌放疗后食管炎、胃癌放疗后胃炎），因放疗“热毒”直接作用于局部组织，灼伤黏膜脉络；

同步放化疗不良反应更重，多为“热毒叠加、正气重伤”，表现为多系统症状并存。

2. 与肿瘤类型、部位相关

食管癌放化疗易引发食管炎、吞咽困难、胸骨后疼痛，因食道为津液通道，热毒灼伤食道黏膜，导致津亏络阻；

胃癌放化疗易引发胃炎、胃溃疡、恶心呕吐，因胃部直接受药物/射线刺激，脾胃气机失调更显著；

两者均易出现骨髓抑制、乏力等全身症状，但食管癌患者阴虚表现（口干、咽燥）更突出，胃癌患者脾虚表现（便溏、纳差）更明显。

3. 与体质及防筛康复价值

素体脾胃虚弱者，胃肠道反应发生率高；素体阴虚者，黏膜损伤、口干症状更重；

早期识别不良反应的中医证型，可为治疗方案调整提供参考（如脾虚患者需提前健脾预处理）；

有效调治不良反应可提升患者放化疗依从性，避免治疗中断导致的病情进

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

展，同时通过扶正固本改善患者体质，为后续防筛复查（如胃镜、肿瘤标志物检测）提供良好身体基础，减少因体质虚弱导致的复查延误。

二、常见放化疗不良反应的辨证调治

（一）胃肠道反应（最常见，发生率 80%–90%）

放化疗后胃肠道反应以“恶心呕吐、食欲不振、腹胀、腹泻或便秘”为核心症状，属中医“呕吐”“痞满”“泄泻”范畴，核心病机为“脾胃气虚、升降失常、湿浊内蕴”。

1. 脾胃气虚证

核心证候：恶心呕吐清水或胃内容物，食欲不振，神疲乏力，脘腹胀满、喜按，大便溏薄，舌淡胖苔白腻，脉虚滑；多见于化疗后 3-7 天，食管癌、胃癌患者均常见，脾胃素虚者更易发作；

治则：益气健脾、和胃止呕；

代表方剂：香砂六君子汤合旋覆代赭汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（益气健脾），陈皮 10g、半夏 6g、砂仁 6g（化湿和胃），旋覆花 10g（包煎）、代赭石 15g（先煎）（降逆止呕），炒麦芽 15g（消食和胃），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

呕吐频繁：加生姜 6g、竹茹 10g（温中止呕）、藿香 10g（化湿止呕）；

腹胀明显：加枳壳 10g、厚朴 10g（理气消胀）、木香 6g（醒脾和胃）；

便溏严重：加薏苡仁 15g、山药 15g（健脾止泻）、炒扁豆 12g（渗湿止泻）；

调治特点：起效较慢（3-5 天），但疗效持久，可改善患者整体消化功能，适用于轻度至中度胃肠道反应，配合饮食调理可提升效果。

2. 肝胃不和证

核心证候：恶心呕吐酸水或苦水，嗳气频繁，脘腹胀痛、拒按，情绪烦躁或抑郁，舌红苔薄黄，脉弦；多见于化疗早期，与情志失调、肝气犯胃相关，年轻患者更常见；

治则：疏肝理气、和胃止呕；

代表方剂：柴胡疏肝散合左金丸加减；

核心药物：柴胡 10g、枳壳 10g、白芍 12g（疏肝理气），陈皮 10g、半夏 6g（和

胃止呕），黄连 6g、吴茱萸 3g（辛开苦降、止呕止痛），香附 10g（疏肝解郁），生姜 6g（温中止呕）；

加减运用：

呕吐酸苦水明显：加竹茹 10g、黄芩 10g（清热和胃）；

腹痛剧烈：加延胡索 10g、川楝子 10g（疏肝止痛）；

情志抑郁：加郁金 10g、合欢皮 15g（解郁安神）；

调治特点：起效较快（1-3 天），针对肝气犯胃引发的呕吐、胀痛效果显著，需配合情志调理增强疗效。

3. 湿浊中阻证

核心证候：恶心呕吐痰涎，食欲不振，脘腹胀满、肢体困重，大便黏腻不爽，舌淡胖苔白厚腻，脉濡滑；多见于化疗后湿浊内生，或患者素体痰湿偏重；

治则：化湿健脾、和胃止呕；

代表方剂：参苓白术散合二陈汤加减；

核心药物：党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾祛湿），陈皮 10g、半夏 6g（化痰止呕），薏苡仁 15g、苍术 10g（化湿渗湿），藿香 10g、佩兰 10g（芳香化浊），炒莱菔子 15g（消食导滞）；

加减运用：

痰涎黏稠：加浙贝母 12g、瓜蒌 15g（化痰散结）；

腹胀明显：加厚朴 10g、大腹皮 10g（理气消胀）；

调治特点：针对湿浊引发的恶心、便黏效果显著，需忌辛辣油腻、生冷食物，避免加重湿浊。

4. 阴虚胃燥证

核心证候：恶心呕吐少量黏液或干呕，口干咽燥，饥不欲食，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于放疗后，尤其是食管癌放疗后，热毒耗伤胃阴所致；

治则：滋阴养胃、降逆止呕；

代表方剂：麦门冬汤合益胃汤加减；

核心药物：麦冬 15g、沙参 15g、生地 12g、玉竹 12g（滋阴养胃），半夏 6g（降逆止呕，用量宜轻），陈皮 10g（理气和胃），冰糖 10g（润燥和中），炒谷芽 15g（消食和胃）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加减运用：

口干明显：加玄参 12g、天花粉 15g（滋阴生津）；

大便干结：加火麻仁 15g、郁李仁 10g（润肠通便）；

干呕频繁：加竹茹 10g、枇杷叶 10g（清热止呕）；

调治特点：针对阴虚引发的干呕、口干效果显著，需避免使用温燥药物，注重饮食滋阴润燥。

（二）骨髓抑制（发生率 60%–70%）

骨髓抑制以“白细胞减少、红细胞减少、血小板减少”为核心表现，属中医“虚劳”“血虚”范畴，核心病机为“气血亏虚、肝肾不足”，放化疗耗伤气血、损伤肝肾，导致造血功能失常。

1. 气血亏虚证（最常见，以白细胞、红细胞减少为主）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，面色苍白或萎黄，头晕眼花，心悸失眠，食欲不振，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于化疗后 7-14 天，食管癌、胃癌患者放化疗后均常见；

治则：益气养血、健脾生血；

代表方剂：八珍汤合当归补血汤加减；

核心药物：黄芪 30g（益气生血）、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血补血），川芎 10g（活血通络，使补而不滞），阿胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g（养血生血），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

白细胞减少明显（ $<4.0 \times 10^9/L$ ）：加女贞子 12g、枸杞子 12g、补骨脂 10g（补肾生髓）；

红细胞减少、贫血明显（Hb $<100g/L$ ）：加何首乌 12g、桑葚 15g（滋阴补血）、大枣 10 枚（益气养血）；

心悸失眠：加酸枣仁 15g、桂圆肉 10g、远志 6g（养血安神）；

调治特点：起效较慢（7-14 天），需坚持服用，可显著提升血象，降低感染、出血风险，适用于轻度至中度骨髓抑制，配合食疗可增强效果。

2. 肝肾不足证（以血小板减少、严重白细胞减少为主）

核心证候：头晕耳鸣，腰膝酸软，神疲乏力，毛发脱落，爪甲不荣，或见皮肤瘀斑、牙龈出血（血小板减少），舌红少苔或淡胖苔白，脉沉细；多见于放化

疗后期，或多次放化疗后，肝肾亏虚更显著；

治则：滋补肝肾、益精生髓；

代表方剂：左归丸合六味地黄丸加减；

核心药物：熟地 15g、山药 15g、山茱萸 12g（滋阴补肾），枸杞子 12g、女贞子 12g、菟丝子 12g（滋补肝肾），鹿角胶 10g（烊化）、龟板胶 10g（烊化）（阴阳双补、益精生髓），当归 12g、白芍 12g（养血），鸡血藤 15g、丹参 12g（活血通络）；

加减运用：

血小板减少明显（ $< 50 \times 10^9/L$ ）：加仙鹤草 15g、茜草 10g（止血）、花生衣 10g（升血小板）；

腰膝酸软明显：加杜仲 12g、牛膝 10g（补肾壮骨）；

阴虚火旺（潮热盗汗）：加地骨皮 12g、青蒿 10g（滋阴降火）；

调治特点：针对重度骨髓抑制效果显著，需长期调理，可改善患者骨髓造血功能，为后续放化疗周期奠定基础。

3. 气虚血瘀证（合并感染、出血倾向）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，面色苍白，皮肤瘀斑、瘀点，或见发热、咳嗽（感染），舌淡紫或有瘀斑，脉细涩；多见于骨髓抑制合并感染、出血，属虚实夹杂证；

治则：益气养血、活血化瘀、清热解毒；

代表方剂：八珍汤合桃红四物汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g（益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血），桃仁 6g、红花 6g（活血化瘀），丹参 12g（活血通络），金银花 15g、蒲公英 15g（清热解毒，针对感染），仙鹤草 15g（止血）；

加减运用：

发热明显：加连翘 12g、黄芩 10g（清热）；

出血明显：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g（止血）；

调治特点：标本兼顾，既扶正养血，又活血解毒，适用于骨髓抑制合并感染、出血的复杂情况，需密切监测血象变化。

（三）消化道黏膜损伤（发生率 50%–60%）

消化道黏膜损伤以“口腔炎、食管炎、胃炎”为核心表现，属中医“口疮”

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

“喉痹”“胃痛”范畴，核心病机为“热毒灼伤黏膜、津亏络阻”，放化疗热毒直接损伤消化道黏膜，导致充血、水肿、糜烂、溃疡。

1. 热毒炽盛证（急性期，黏膜充血、糜烂）

核心证候：口腔黏膜、咽喉或胸骨后（食管癌）、胃脘部（胃癌）灼痛，黏膜红肿、糜烂，口干口苦，心烦易怒，大便干结，小便黄赤，舌红苔黄燥，脉弦数；多见于放疗中或化疗后 1-3 天，热毒较盛；

治则：清热解毒、凉血止痛；

代表方剂：五味消毒饮合犀角地黄汤加减；

核心药物：金银花 15g、蒲公英 15g、野菊花 12g、白花蛇舌草 20g（清热解毒），生地 12g、丹皮 10g、赤芍 10g（凉血通络），玄参 12g、麦冬 15g（滋阴生津），生甘草 6g（调和诸药、解毒）；

加减运用：

疼痛剧烈：加延胡索 10g、徐长卿 15g（止痛）；

口腔溃疡明显：加黄连 6g、栀子 10g（清热泻火）、冰片 3g（外用，止痛生肌）；

食管癌患者吞咽困难：加桔梗 10g、射干 10g（利咽消肿）；

调治特点：起效较快（1-3 天），针对急性期热毒症状效果显著，需配合外用药物增强局部疗效。

2. 阴虚津亏证（恢复期，黏膜溃疡、口干）

核心证候：口腔黏膜、咽喉或胸骨后隐痛，黏膜溃疡、创面发白，口干咽燥，饥不欲食，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于放疗后或化疗后期，热毒耗伤阴液；

治则：滋阴生津、清热生肌；

代表方剂：麦门冬汤合沙参麦冬汤加减；

核心药物：麦冬 15g、沙参 15g、生地 12g、玉竹 12g（滋阴生津），玄参 12g、天花粉 15g（清热生津），太子参 15g（益气养阴），生甘草 6g（解毒和中），白及 10g（生肌敛疮）；

加减运用：

溃疡久不愈合：加黄芪 20g（益气生肌）、当归 12g（养血活血）、三七粉 3g（冲服，活血生肌）；

口干咽燥严重：加石斛 12g、芦根 15g（滋阴润燥）；

胃癌患者胃脘隐痛：加延胡索 10g、白芍 15g（缓急止痛）；

调治特点：针对恢复期阴虚溃疡效果显著，需坚持调理至黏膜完全修复，避免辛辣、粗糙食物刺激。

（四）肝肾功能损伤（发生率 30%–40%）

放化疗药物需经肝肾代谢，其“药毒”易损伤肝肾实质，导致肝功能异常（转氨酶、胆红素升高）、肾功能异常（肌酐、尿素氮升高），属中医“胁痛”“黄疸”“水肿”范畴，核心病机为“毒瘀蕴结、肝肾亏虚”。

1. 肝功能损伤（肝毒蕴结、肝肾不足证）

核心证候：胁肋隐痛或胀痛，乏力，食欲不振，口苦，皮肤或巩膜轻度黄染，小便黄赤，舌红苔薄黄或少苔，脉弦细；多见于化疗后 1-2 周，或多次化疗后，毒瘀蕴结肝胆、肝阴不足所致；

治则：清热解毒、疏肝利胆、滋阴养肝；

代表方剂：茵陈蒿汤合一贯煎加减；

核心药物：茵陈 15g（清热利湿退黄）、栀子 10g（清热泻火）、大黄 6g（泻热解毒），柴胡 10g（疏肝理气）、郁金 10g（疏肝利胆），沙参 15g、麦冬 15g、生地 12g（滋阴养肝），丹参 12g（活血通络），白花蛇舌草 20g（解毒抗癌）；

加减运用：

转氨酶升高明显：加垂盆草 15g、五味子 10g（降酶）、鸡骨草 15g（清肝解毒）；

黄疸明显：加金钱草 15g、车前子 10g（利水退黄）；

胁痛明显：加延胡索 10g、川楝子 10g（疏肝止痛）；

调治特点：起效较慢（2-4 周），需定期监测肝功能，避免使用肝毒性药物（如附子、川乌），适用于轻度至中度肝功能损伤。

2. 肾功能损伤（肾毒蕴结、脾肾亏虚证）

核心证候：腰膝酸软，乏力，下肢水肿，小便短少或浑浊，食欲不振，舌淡胖苔白腻或舌红少苔，脉沉细或细数；多见于化疗后 2-3 周，药毒蕴结肾络、脾肾亏虚所致；

治则：清热解毒、利水通淋、健脾补肾；

代表方剂：五苓散合六味地黄丸加减；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

核心药物：茯苓 15g、猪苓 10g、泽泻 10g（利水通淋），白术 12g（健脾祛湿），桂枝 6g（温阳化气），熟地 12g、山药 15g、山茱萸 12g（补肾益精），白花蛇舌草 20g、蒲公英 15g（解毒），丹参 12g（活血通络）；

加减运用：

水肿明显：加茯苓皮 15g、大腹皮 10g、冬瓜皮 15g（利水消肿）；

小便浑浊：加萆薢 10g、石菖蒲 6g（分清泄浊）；

阴虚明显（口干、舌红少苔）：加麦冬 15g、玄参 12g（滋阴）；

肌酐、尿素氮升高明显：加六月雪 15g、土茯苓 15g（解毒利湿）；

调治特点：需长期调理，避免使用肾毒性药物（如马兜铃、关木通），严格控制饮水量（根据肾功能情况调整），适用于轻度至中度肾功能损伤。

（五）神经毒性（发生率 40%–50%）

放化疗引发的神经毒性以“周围神经病变”为主，表现为肢体麻木、感觉异常（刺痛、烧灼感）、肌肉无力、便秘等，属中医“痹证”“麻木”范畴，核心病机为“气血亏虚、经络阻滞、肝肾不足”，药毒损伤脉络、气血亏虚不能濡养肢体所致。

1. 气血亏虚、经络阻滞证

核心证候：肢体麻木、感觉减退，活动后加重，神疲乏力，气短懒言，面色苍白，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于化疗后 1-2 周，气血亏虚、经络失养所致；

治则：益气养血、通络止痛；

代表方剂：八珍汤合黄芪桂枝五物汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g（益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血），桂枝 6g（温通经络），细辛 3g（散寒通络），鸡血藤 15g、丹参 12g（活血通络），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

麻木明显：加全蝎 3g（研末冲服）、蜈蚣 1 条（研末冲服）、地龙 10g（通络）；

刺痛明显：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（止痛）；

肌肉无力：加杜仲 12g、牛膝 10g（补肾壮骨）；

调治特点：起效较慢（2-4 周），需配合针灸、康复训练，适用于轻度至中度神经毒性。

2. 肝肾不足、阴虚络阻证

核心证候：肢体麻木、刺痛，夜间加重，口干咽燥，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌红少苔，脉弦细数；多见于多次放化疗后，肝肾阴虚、经络失养所致；

治则：滋补肝肾、滋阴通络；

代表方剂：左归丸合芍药甘草汤加减；

核心药物：熟地 15g、山药 15g、山茱萸 12g（补肾益精），枸杞子 12g、女贞子 12g（滋补肝肾），白芍 15g、炙甘草 6g（缓急止痛），鸡血藤 15g、玄参 12g（滋阴通络），全蝎 3g（研末冲服）（通络止痛）；

加减运用：

刺痛明显：加丹皮 10g、赤芍 10g（凉血止痛）；

腰膝酸软明显：加杜仲 12g、桑寄生 15g（补肾壮骨）；

调治特点：针对阴虚型神经毒性效果显著，需避免辛辣刺激食物，注意休息，适用于中度至重度神经毒性。

第三节 恶病质的中医干预

恶病质是食管癌、胃癌等恶性肿瘤进展期及晚期最严重的并发症之一，属中医“虚劳”“痞积”“恶病”范畴，以“进行性体重下降、肌肉萎缩、乏力纳差、代谢紊乱”为核心特征。其发生率在晚期肿瘤中高达 60%-80%，食管癌、胃癌因直接影响消化道功能，恶病质发生率更超 85%，是导致患者治疗耐受度下降、生活质量恶化、生存期缩短的关键因素。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

1. 正气衰竭是根本核心

肿瘤本身为“耗气伤血”之病，日久则气虚、血虚、阴虚、阳虚互为因果，逐步发展为“气血阴阳俱虚”——气虚则脏腑功能减退，出现乏力、气短；血虚则脏腑失养，出现面色萎黄、头晕；阴虚则津液耗竭，出现口干咽燥、肌肤干瘪；阳虚则温煦失常，出现畏寒肢冷、大便溏泄；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

食管癌、胃癌患者因消化道功能受损，进食困难、消化吸收障碍，进一步加重“正气耗伤”，形成“进食少→营养亏→正气衰→恶病质进展”的恶性循环。

2. 癌毒内盛是关键驱动因素

肿瘤作为“癌毒”，其持续增殖过程中会释放大量毒性物质，一方面直接损伤脏腑功能，另一方面引发机体慢性炎症反应，导致代谢紊乱（如糖异生增强、蛋白质分解加速），出现“异常消耗”，即使进食正常也会出现体重下降、肌肉萎缩；

癌毒与体内痰浊、瘀血交织，形成“毒瘀互结”，阻滞经络、壅塞脏腑，进一步加重正气耗伤，导致恶病质进行性恶化。

3. 脾胃衰败是核心环节

脾胃为后天之本、气血生化之源，食管癌、胃癌患者因肿瘤侵犯消化道，或放化疗损伤脾胃气机，导致脾胃运化功能衰败，出现“纳呆、呕恶、腹胀、便溏或便秘”，无法摄入与运化水谷精微，正气无源可充，是恶病质发生发展的核心环节；

脾胃衰败进一步累及肝肾，肝藏血、肾藏精，“精血同源”，脾胃生化无源则精血亏虚，肝肾不足则肌肉、骨骼失养，加重肌肉萎缩、腰膝酸软。

4. 气机逆乱是重要诱因

肿瘤患者长期情志抑郁、焦虑恐惧，导致肝气郁结，气机逆乱，一方面影响脾胃运化（“肝木克脾土”），加重纳差、腹胀；另一方面导致气血运行不畅，瘀毒更盛，加速恶病质进展。

（二）发病特点与防筛关联

1. 核心特征与诊断标准

核心表现：进行性体重下降（6个月内体重下降 $\geq 5\%$ ，或体重指数 $BMI < 18.5\text{kg/m}^2$ ）、肌肉萎缩（四肢消瘦、腹壁变薄）、乏力（活动能力显著下降）、纳差（每日进食量 $<$ 正常需求的 50% ）、贫血（ $Hb < 100\text{g/L}$ ）、低蛋白血症（白蛋白 $< 35\text{g/L}$ ）；

食管癌患者额外表现：吞咽困难、胸骨后疼痛、呛咳，导致进食量显著减少，恶病质进展更快；

胃癌患者额外表现：上腹部疼痛、恶心呕吐、黑便，消化吸收障碍更突出，易出现严重贫血、低蛋白血症。

2. 与肿瘤分期密切相关

早期肿瘤（Ⅰ - Ⅱ期）：恶病质发生率低（ $< 10\%$ ），多表现为轻度乏力、体重略降；

中期肿瘤（Ⅲ期）：发生率升至 30%-50%，体重下降明显，伴随中度乏力、纳差；

晚期肿瘤（Ⅳ期）：发生率高达 60%-85%，多为重度恶病质，出现显著肌肉萎缩、卧床不起、生活不能自理。

3. 防筛康复价值

早期识别恶病质预警信号（如不明原因体重下降 $\geq 2\%$ 、持续乏力、纳差），可为肿瘤分期评估、病情进展监测提供参考（如食管癌患者出现快速体重下降，需警惕肿瘤侵犯食管全层或远处转移）；

及时干预恶病质前期症状（如轻度纳差、乏力），可延缓恶病质进展，提升患者治疗耐受性，保障放化疗、手术等治疗顺利进行；

终末期恶病质干预可改善患者生活质量，提升防筛复查依从性，避免因体质过度虚弱导致的病情延误，同时为家属提供科学的康复指导，契合“以人为本”的肿瘤防筛康复理念。

二、辨证干预方案（核心疗法）

恶病质的中医干预以“扶正固本、顾护脾胃、解毒祛瘀、调和气血”为核心，根据患者证型差异，采用“个体化辨证+综合干预”方案，避免“单纯补虚”或“单纯祛邪”，强调“扶正不助邪、祛邪不伤正”。

（一）气血两虚证（最常见证型）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，面色苍白或萎黄，头晕眼花，心悸失眠，肢体消瘦，肌肉萎缩不明显，纳差，大便溏薄，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于恶病质早期，食管癌、胃癌患者均常见，以全身虚损症状为主，脾胃功能尚未完全衰败；

治则：益气养血、健脾和胃；

代表方剂：八珍汤合当归补血汤加减；

核心药物：黄芪 30g（益气生血，重用）、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血补血），川芎 10g（活血通络，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

使补而不滞），陈皮 10g、砂仁 6g（化湿和胃，改善纳差），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

乏力明显：加人参 10g（另煎冲服）、太子参 15g（增强益气）；

贫血严重：加阿胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g、大枣 10 枚（养血生血）；

纳差明显：加炒麦芽 15g、炒谷芽 15g、鸡内金 10g（消食和胃）；

心悸失眠：加酸枣仁 15g、桂圆肉 10g、远志 6g（养血安神）；

干预特点：起效较慢（2-4 周），需坚持服用，重点改善气血亏虚与脾胃功能，适用于恶病质早期，可延缓病情进展，提升患者体力与进食量。

（二）脾胃衰败证（核心证型）

核心证候：纳呆食少（每日进食量 < 100g），恶心呕吐，脘腹胀满、喜按，肢体消瘦明显，肌肉萎缩，神疲乏力，大便溏泄或便秘，舌淡胖苔白腻或无苔，脉虚滑或细涩；多见于恶病质中期，食管癌、胃癌患者因消化道功能受损，此证型更突出；

治则：健脾益气、和胃降逆、化湿止泻；

代表方剂：香砂六君子汤合参苓白术散加减；

核心药物：人参 10g（另煎冲服）、黄芪 20g、党参 15g（益气健脾），白术 12g、茯苓 15g、薏苡仁 15g（健脾祛湿），陈皮 10g、半夏 6g、砂仁 6g（化湿和胃、降逆止呕），炒扁豆 12g、山药 15g（健脾止泻），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

呕吐频繁：加旋覆花 10g（包煎）、代赭石 15g（先煎）、生姜 6g（降逆止呕）；

腹胀明显：加枳壳 10g、厚朴 10g、木香 6g（理气消胀）；

便溏严重：加肉豆蔻 10g、补骨脂 10g（温脾止泻）；

便秘（虚秘）：加火麻仁 15g、郁李仁 10g、当归 12g（养血润肠）；

食管癌吞咽困难：加桔梗 10g、射干 10g、玄参 12g（利咽消肿、滋阴润燥）；

干预特点：以“顾护脾胃”为核心，重点改善进食与消化功能，通过“健脾和胃”为正气恢复提供基础，适用于恶病质中期，可显著改善纳差、呕恶症状，增加进食量。

（三）阴阳两虚证（重度恶病质证型）

核心证候：极度消瘦，肌肉严重萎缩（四肢枯瘦、皮包骨头），神疲乏力，卧床不起，畏寒肢冷，同时伴口干咽燥、潮热盗汗，纳差食少，大便溏薄或干结，舌淡胖少苔或无苔，脉沉细弱或细数；多见于恶病质晚期，食管癌、胃癌晚期患者最常见，属“寒热错杂、虚实并存”的复杂证型；

治则：阴阳双补、益气养血、顾护脾胃；

代表方剂：金匱肾气丸合八珍汤加减；

核心药物：人参 10g（另煎冲服）、黄芪 30g（益气），熟地 15g、山药 15g、山茱萸 12g（滋阴补肾），附子 6g（先煎）、肉桂 6g（温补肾阳），当归 12g、白芍 12g（养血），白术 12g、茯苓 15g（健脾），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

畏寒肢冷明显：加干姜 6g、高良姜 10g（温中散寒）；

口干咽燥、潮热盗汗：加麦冬 15g、沙参 15g、地骨皮 12g（滋阴降火）；

肌肉萎缩严重：加阿胶 10g（烊化）、鹿角胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g（养血生肌）；

贫血严重：加何首乌 12g、桑葚 15g、大枣 10 枚（滋阴补血）；

干预特点：以“阴阳双补”为核心，兼顾健脾养血，适用于恶病质晚期，虽无法逆转恶病质，但可显著改善患者畏寒、口干等不适症状，提升生存质量，延长生存期。

（四）毒瘀互结兼虚证（虚实夹杂证型）

核心证候：肢体消瘦，肌肉萎缩，神疲乏力，同时伴局部肿块坚硬固定、疼痛剧烈，或见皮肤瘀斑、黑便（胃癌）、呕血（食管癌），口干口苦，心烦易怒，纳差，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻或薄白，脉细涩或弦数；多见于恶病质中期至晚期，肿瘤进展迅速、癌毒较盛的患者；

治则：扶正祛邪、解毒祛瘀、健脾和胃；

代表方剂：八珍汤合血府逐瘀汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g（益气扶正），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血），桃仁 6g、红花 6g、丹参 12g（活血化瘀），金银花 15g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g（清热解毒、抗癌毒），白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g（健脾和胃），炙甘草 6g（调和诸药）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加减运用：

疼痛剧烈：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛）；

瘀斑、黑便明显：加三七粉 3g（冲服）、仙鹤草 15g（止血化瘀）；

口干口苦：加麦冬 15g、玄参 12g（滋阴清热）；

心烦易怒：加柴胡 10g、郁金 10g（疏肝解郁）；

干预特点：“扶正与祛邪并重”，在益气养血、健脾和胃的基础上，适度解毒祛瘀，避免祛邪伤正，适用于恶病质中期至晚期、癌毒较盛的患者，可延缓肿瘤进展，缓解疼痛、出血等症状。

（五）肝肾阴虚证（偏阴虚型恶病质）

核心证候：肢体消瘦，肌肉萎缩，口干咽燥，肌肤干瘪，头晕耳鸣，腰膝酸软，毛发脱落，爪甲枯槁，纳差，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于食管癌患者，因食管为津液通道，肿瘤侵犯或放疗后热毒耗伤阴液，阴虚表现更突出；

治则：滋补肝肾、滋阴生津、健脾和胃；

代表方剂：左归丸合沙参麦冬汤加减；

核心药物：熟地 15g、山药 15g、山茱萸 12g（滋阴补肾），枸杞子 12g、女贞子 12g、菟丝子 12g（滋补肝肾），沙参 15g、麦冬 15g、生地 12g（滋阴生津），太子参 15g（益气养阴），白术 12g、茯苓 15g（健脾和胃），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

口干咽燥严重：加玄参 12g、天花粉 15g、石斛 12g（滋阴润燥）；

大便干结：加火麻仁 15g、郁李仁 10g、当归 12g（养血润肠）；

腰膝酸软明显：加杜仲 12g、牛膝 10g（补肾壮骨）；

纳差：加炒麦芽 15g、炒谷芽 15g（消食和胃）；

干预特点：以“滋阴生津”为核心，兼顾滋补肝肾与健脾和胃，适用于食管癌等偏阴虚型恶病质患者，可显著改善口干、便秘等症状，增加进食意愿。

第四节 肿瘤发热的中医辨治

肿瘤发热是食管癌、胃癌等恶性肿瘤进展期及晚期常见的并发症之一，属中医“癌热”“内伤发热”“虚热”等范畴，以“不明原因发热、体温多在 37.5-39.5℃、持续或间歇发作、常规抗感染治疗无效”为核心特征。其发生率在晚期肿瘤中高达 40%-60%，食管癌、胃癌因肿瘤坏死、感染或机体免疫紊乱，发热发生率更超 50%，不仅加重患者痛苦，还会加速体能消耗、恶化营养状况，甚至影响肿瘤治疗与防筛复查的正常进行。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

1. 癌毒内盛，郁而化热（实热核心）

肿瘤作为“癌毒”，其持续增殖过程中会积聚体内，郁而化热，形成“癌毒热”——癌毒灼伤脉络，导致局部组织坏死、吸收，引发“吸收热”；癌毒侵袭脏腑，导致脏腑功能失调，气机郁滞，郁热内生，表现为持续低热或中度发热；

食管癌、胃癌患者因肿瘤侵犯消化道，易出现癌组织坏死、溃疡，癌毒热更易滋生，且常伴随热毒灼伤黏膜，出现口干、咽痛、便秘等症状。

2. 正气亏虚，虚热内生（虚热核心）

肿瘤日久耗伤气血阴阳，导致“气虚发热”“阴虚发热”——气虚则卫气不固，营卫失调，出现低热、自汗、乏力；阴虚则津液耗竭，虚火内生，出现潮热盗汗、口干咽燥、手足心热；

食管癌患者因吞咽困难、进食减少，多以阴虚发热为主；胃癌患者因消化吸收障碍、慢性失血，多以气虚发热或气血两虚发热为主。

3. 毒瘀互结，瘀热内阻（虚实夹杂核心）

癌毒与体内痰浊、瘀血交织，形成“毒瘀互结”，瘀血阻滞经络，导致“瘀热内阻”，表现为发热缠绵难退、午后或夜间加重，伴随局部疼痛固定不移；

放化疗后患者，因放化疗“火毒”损伤脉络，易导致瘀血内生，加重瘀热内阻，形成“放化疗后瘀热型发热”。

4. 外感邪毒，兼夹感染（诱发加重因素）

肿瘤患者正气亏虚，卫外不固，易受外感风寒、风热之邪侵袭，形成“外感

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

发热与癌热并存”的复合热型；

食管癌、胃癌患者因消化道黏膜损伤，易合并口腔感染、食管炎、胃炎等局部感染，或肺炎、泌尿系感染等全身感染，导致发热加重，表现为高热、寒战。

（二）发病特点与防筛关联

1. 核心特征与分类

癌性发热（非感染性）：占肿瘤发热的60%-70%，体温多为37.5-38.5℃，持续或间歇发作，无明显寒战，常规抗生素治疗无效，伴乏力、纳差、体重下降等肿瘤消耗症状；

感染性发热：占30%-40%，体温多为38.5℃以上，可伴寒战，血常规提示白细胞升高、中性粒细胞比例增高，抗生素治疗有效，常见感染部位为呼吸道、消化道、泌尿系；

放化疗后发热：放化疗后1-2周出现，多为低热或中度发热，与放化疗损伤正气、火毒内生相关，可伴黏膜损伤、骨髓抑制。

食管癌患者发热特点：多为阴虚发热或癌毒热，伴口干咽燥、吞咽困难、胸骨后疼痛，发热多在午后加重；

胃癌患者发热特点：多为气虚发热、瘀热内阻，伴上腹部疼痛、恶心呕吐、黑便，发热多为持续低热或间歇发热。

2. 与肿瘤分期密切相关

早期肿瘤（Ⅰ-Ⅱ期）：发热发生率低（<10%），多为轻度低热，与肿瘤早期癌毒较浅、正气未虚相关；

中期肿瘤（Ⅲ期）：发生率升至30%-40%，多为癌毒热或感染性发热，与肿瘤进展、癌组织坏死相关；

晚期肿瘤（Ⅳ期）：发生率高达40%-60%，多为虚热或虚实夹杂热，与正气亏虚、毒瘀互结相关，发热更缠绵难退。

3. 防筛康复价值

早期识别肿瘤发热的类型与证型，可为肿瘤分期评估、病情进展监测提供参考（如食管癌患者出现持续性癌毒热，需警惕肿瘤侵犯食管全层或远处转移）；

感染性发热若及时控制，可避免感染加重导致的病情恶化，保障放化疗、手术等治疗顺利进行；

癌性发热的中医辨治效果，可间接反映肿瘤控制情况（如癌毒热经清热解

毒治疗后缓解，提示癌毒得到一定抑制），为防筛复查（如胃镜、肿瘤标志物、CT）提供辅助评估依据。

二、辨证分型治疗（核心疗法）

肿瘤发热的中医辨治核心在于“辨清虚实、分清寒热、辨明兼夹”，遵循“实热宜清、虚热宜补、瘀热宜散、感染宜解”的原则，实现“精准退热、标本兼顾”。

（一）癌毒内盛证（实热型，最常见）

核心证候：发热持续不退，体温 37.5-38.5℃，或中度发热（38.5-39.5℃），无明显寒战，伴口干口苦、心烦易怒、肢体消瘦、局部肿块疼痛，舌红苔黄腻或黄燥，脉弦数或滑数；多见于肿瘤中期、癌组织坏死明显者，食管癌、胃癌患者均常见，以癌性发热为主；

治则：清热解毒、抗癌退热、佐以健脾；

代表方剂：五味消毒饮合黄连解毒汤加减；

核心药物：金银花 15g、蒲公英 15g、野菊花 12g、白花蛇舌草 20g、半枝莲 15g（清热解毒、抗癌毒），黄连 6g、黄芩 10g、栀子 10g（清热泻火），柴胡 10g（疏肝退热），白术 12g、茯苓 15g（健脾益气，防苦寒伤胃），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

高热不退：加生石膏 30g（先煎）、知母 12g（清热泻火）、羚羊角粉 0.6g（冲服，退热快）；

口干明显：加麦冬 15g、玄参 12g、天花粉 15g（滋阴生津）；

肿块疼痛明显：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛）；

食管癌吞咽困难：加桔梗 10g、射干 10g（利咽消肿）；

胃癌恶心呕吐：加陈皮 10g、半夏 6g、竹茹 10g（和胃止呕）；

辨治特点：起效较快（3-7 天），针对癌毒热效果显著，需注意顾护脾胃，避免长期使用苦寒药物，适用于中度至重度癌性发热。

（二）气虚发热证（虚热型）

核心证候：低热持续不退（37.5-38℃），劳累后加重，伴神疲乏力、气短懒言、面色苍白或萎黄、自汗、纳差、大便溏薄，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于肿瘤晚期、正气亏虚者，胃癌患者因消化吸收障碍、慢性失血，此证型更常见；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

治则：益气健脾、甘温除热；

代表方剂：补中益气汤合当归补血汤加减；

核心药物：黄芪 30g（重用，益气升阳）、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾益气），当归 12g（养血），升麻 6g、柴胡 10g（升阳举陷，除虚热），陈皮 10g（理气和胃），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

低热明显：加地骨皮 12g、青蒿 10g（清虚热，不损伤正气）；

自汗严重：加防风 10g、牡蛎 15g（先煎）、浮小麦 15g（固表止汗）；

纳差明显：加炒麦芽 15g、炒谷芽 15g、鸡内金 10g（消食和胃）；

贫血严重：加阿胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g（养血生血）；

辨治特点：起效较慢（7-14天），需坚持服用，通过益气健脾从根源消除虚热，适用于气虚型低热，可同时改善乏力、纳差等症状。

（三）阴虚发热证（虚热型）

核心证候：潮热盗汗，午后或夜间发热（37.5-38.5℃），口干咽燥，手足心热，肌肤干瘪，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于肿瘤晚期、津液耗竭者，食管癌患者因吞咽困难、进食减少，阴虚表现更突出，放化疗后患者也常见此证型；

治则：滋阴清热、生津退热；

代表方剂：青蒿鳖甲汤合沙参麦冬汤加减；

核心药物：青蒿 10g、鳖甲 15g（先煎）、知母 12g、生地 12g（滋阴清热），沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g（滋阴生津），地骨皮 12g、银柴胡 10g（清虚热），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

潮热盗汗明显：加五味子 10g、浮小麦 15g、牡蛎 15g（先煎）（收敛止汗）；

口干咽燥严重：加玄参 12g、天花粉 15g、石斛 12g（滋阴润燥）；

食管癌吞咽困难：加桔梗 10g、玄参 12g（利咽消肿）；

头晕耳鸣：加枸杞子 12g、女贞子 12g（滋补肝肾）；

辨治特点：针对阴虚潮热效果显著，需避免使用温燥药物，注重滋阴生津与退热兼顾，适用于阴虚型发热。

（四）瘀热内阻证（虚实夹杂型）

核心证候：发热缠绵难退（37.5-38.5℃），午后或夜间加重，伴局部肿块疼痛固定不移、刺痛，面色晦暗，皮肤瘀斑或黑便（胃癌）、呕血（食管癌），舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔薄黄，脉细涩；多见于肿瘤中期至晚期、毒瘀互结者，放化疗后患者更易出现；

治则：活血化瘀、凉血退热、扶正祛邪；

代表方剂：血府逐瘀汤合犀角地黄汤加减；

核心药物：桃仁 6g、红花 6g、丹参 12g、赤芍 10g（活血化瘀），生地 12g、丹皮 10g（凉血退热），柴胡 10g（理气行血），黄芪 20g、党参 15g（益气扶正），白花蛇舌草 20g（清热解毒、抗癌毒），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

发热明显：加青蒿 10g、地骨皮 12g（清虚热）；

疼痛剧烈：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛）；

瘀斑、黑便明显：加三七粉 3g（冲服）、仙鹤草 15g（止血化瘀）；

气虚明显：加白术 12g、茯苓 15g（健脾益气）；

辨治特点：“活血与退热并重、扶正与祛邪兼顾”，适用于瘀热型发热，可同时缓解疼痛、出血等症状，需注意活血化瘀药物的用量，避免出血风险。

（五）感染性发热（外感兼癌热型）

核心证候：高热（38.5℃以上），可伴寒战，咳嗽咳痰（呼吸道感染）、咽痛（口腔感染）、腹痛腹泻（消化道感染）、尿频尿急（泌尿系感染），舌红苔黄腻或黄燥，脉洪数或弦数；多见于肿瘤中期至晚期、合并感染的患者，食管癌、胃癌患者因黏膜损伤、正气亏虚，感染风险更高；

治则：清热解毒、解表祛邪、兼顾扶正；

代表方剂：银翘散合五味消毒饮加减（风热感染）、麻黄杏仁甘草石膏汤合黄连解毒汤加减（肺热感染）；

核心药物：金银花 15g、连翘 12g、薄荷 6g（解表清热解毒），蒲公英 15g、野菊花 12g、白花蛇舌草 20g（清热解毒、抗感染），黄芪 20g、党参 15g（益气扶正，增强抵抗力），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

呼吸道感染（咳嗽咳痰）：加杏仁 10g、桔梗 10g、川贝母 6g（止咳化痰）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

消化道感染（腹痛腹泻）：加白头翁 15g、黄连 6g、黄芩 10g（清热止泻）；
泌尿系感染（尿频尿急）：加车前子 10g、瞿麦 10g、篇蓄 10g（清热通淋）；
高热寒战：加生石膏 30g（先煎）、知母 12g、羚羊角粉 0.6g（冲服）（快速退热）；

辨治特点：起效快（1-3 天），针对感染性高热效果显著，需结合西医抗生素治疗，同时扶正固本增强抵抗力，避免感染反复。

（六）放化疗后发热（火毒伤正型）

核心证候：放化疗后 1-2 周出现低热或中度发热（37.5-38.5℃），伴口干咽燥、黏膜溃疡（口腔炎、食管炎）、乏力、纳差、骨髓抑制（白细胞减少），舌红少苔或黄苔，脉细数或弦数；多见于食管癌、胃癌放化疗后患者，与放化疗“火毒”损伤正气、灼伤黏膜相关；

治则：清热解毒、滋阴益气、凉血生津；

代表方剂：沙参麦冬汤合黄连解毒汤加减；

核心药物：沙参 15g、麦冬 15g、生地 12g（滋阴生津），黄连 6g、黄芩 10g、栀子 10g（清热解毒、泻火毒），黄芪 20g、太子参 15g（益气扶正），丹皮 10g、赤芍 10g（凉血），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

黏膜溃疡明显：加玄参 12g、金银花 15g、冰片 3g（外用含漱）；

骨髓抑制：加女贞子 12g、枸杞子 12g、鸡血藤 15g（益气养血、补肾生髓）；

乏力纳差：加白术 12g、茯苓 15g、炒麦芽 15g（健脾和胃）；

辨治特点：兼顾“解毒退热”与“扶正减毒”，适用于放化疗后发热，可同时改善黏膜损伤、乏力等不良反应，提升患者耐受性。

第五节 肿瘤相关出血的中医处理

肿瘤相关出血是食管癌、胃癌等恶性肿瘤进展期及晚期常见的高危并发症，属中医“血证”“呕血”“黑便”“咯血”等范畴，以“肿瘤侵犯或转移部位出血、出血形式多样、易反复、严重时危及生命”为核心特征。其发生率在晚期肿瘤中高达 30%-50%，食管癌、胃癌因肿瘤直接侵犯消化道黏膜血管，出血发生率更超 45%，轻则表现为潜血阳性、黑便，重则出现呕血、大出血，不仅加重患

者贫血与体质消耗，还可能因出血休克危及生命，严重影响肿瘤治疗与防筛复查的正常进行。

中医认为，肿瘤相关出血的核心病机为“癌毒内盛、气虚不摄、瘀血内阻、热迫血行”，病程演进呈现“实证→虚实夹杂→虚证”的动态过程。作为长期从事食管癌、胃癌防筛研究的专业人员，需明确：肿瘤相关出血的中医处理并非单纯“止血”，而是紧扣“急则治其标、缓则治其本、标本兼顾”核心原则，将处理与肿瘤防筛、风险预警一体化结合——通过精准止血控制急症，挽救患者生命；通过辨证论治追溯出血根源，为肿瘤进展评估、出血风险预警提供参考；通过扶正祛邪兼顾肿瘤本虚标实本质，减少出血复发，契合“全程防筛-治疗-康复-姑息”的肿瘤全周期管理理念。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

1. 癌毒内盛，热迫血行（实证核心）

肿瘤作为“癌毒”，其持续增殖过程中会滋生热毒，热毒灼伤脉络，导致“热迫血行”，血不循经而外溢，形成出血——食管癌患者因癌毒侵袭食管黏膜，热毒灼伤食管血管，表现为呕血、痰中带血；胃癌患者因癌毒侵犯胃黏膜，热毒损伤胃壁血管，表现为黑便、呕血；

热毒越盛，出血越急，常伴随口干口苦、心烦易怒、大便干结、舌红苔黄燥等实热症状，多见于肿瘤中期、癌毒较盛者。

2. 气虚不摄，血溢脉外（虚证核心）

肿瘤日久耗伤正气，导致气虚，气虚则统摄血液功能减退，“气不摄血”，血溢脉外而出血，表现为慢性出血、出血量少但持续不愈；

食管癌患者因吞咽困难、进食减少，正气无源可充，多为气虚兼阴虚；胃癌患者因消化吸收障碍、慢性失血，多为气虚兼血虚，常伴随神疲乏力、气短懒言、面色苍白、舌淡苔薄白等气虚症状，多见于肿瘤晚期、正气亏虚者。

3. 瘀血内阻，脉络瘀滞（虚实夹杂核心）

癌毒与体内痰浊、瘀血交织，形成“毒瘀互结”，瘀血阻滞脉络，导致脉络瘀滞、血行不畅，最终脉络破裂而出血，表现为出血色暗、夹有血块，伴随局部疼痛固定不移；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

放化疗后患者，因放化疗“火毒”损伤脉络，易导致瘀血内生，加重脉络瘀滞，形成“放化疗后瘀血型出血”，常伴随面色晦暗、舌紫暗或有瘀斑瘀点等瘀血症状，多见于肿瘤中期至晚期。

4. 阴虚火旺，灼伤脉络（虚热核心）

肿瘤日久耗伤阴液，导致阴虚，阴虚则虚火内生，虚火灼伤脉络，血溢脉外而出血，表现为少量出血、血色鲜红，伴随口干咽燥、潮热盗汗、手足心热等阴虚症状；

食管癌患者因食管为津液通道，肿瘤侵犯或放疗后热毒耗伤阴液，阴虚火旺表现更突出，常出现痰中带血、少量呕血；胃癌患者阴虚多伴随血虚，表现为黑便、潜血阳性。

（二）发病特点与防筛关联

1. 核心特征与分类

按出血部位分类：

消化道出血（食管癌、胃癌最常见）：占肿瘤相关出血的 70%-80%，食管癌表现为呕血（鲜红色或暗红色）、痰中带血、黑便；胃癌表现为黑便（柏油样便）、呕血（多为暗红色）、潜血阳性，严重时可出现失血性休克；

其他部位出血：如肺癌转移引起的咯血、肝癌转移引起的腹腔出血、泌尿系转移引起的血尿等，发生率较低，但风险较高。

按出血量分类：

少量出血：出血量 < 500ml，表现为黑便、潜血阳性，无明显全身症状；

中量出血：出血量 500-1000ml，表现为呕血、黑便次数增多，伴头晕、乏力、心悸、出冷汗；

大量出血：出血量 > 1000ml，表现为呕血不止、鲜红色血便，伴血压下降、心率加快、意识模糊，甚至休克。

2. 食管癌、胃癌出血特点

食管癌：出血多与肿瘤坏死、溃疡侵蚀食管动脉相关，以呕血、痰中带血为主，出血量可急可缓，晚期患者因食管壁穿孔，可能出现致命性大出血；

胃癌：出血多与肿瘤侵犯胃壁血管、溃疡破裂相关，以黑便、呕血为主，慢性出血更常见，易导致严重贫血。

3. 与肿瘤分期密切相关

早期肿瘤（Ⅰ - Ⅱ期）：出血发生率低（ $< 5\%$ ），多为少量潜血阳性，与肿瘤早期未侵犯深层血管相关；

中期肿瘤（Ⅲ期）：发生率升至 20%-30%，多为中少量出血，与肿瘤进展、侵犯黏膜下血管相关；

晚期肿瘤（Ⅳ期）：发生率高达 30%-50%，多为中大量出血或反复出血，与肿瘤侵犯大血管、转移灶破裂相关，出血风险显著升高。

4. 防筛康复价值

早期识别肿瘤相关出血的信号（如黑便、潜血阳性、不明原因贫血），可为肿瘤分期评估、病情进展监测提供关键参考（如食管癌患者出现呕血，需警惕肿瘤侵犯食管全层或大血管）；

及时处理出血可避免贫血加重、休克等严重后果，保障放化疗、手术等治疗顺利进行；

出血复发情况可间接反映肿瘤控制效果（如出血频率减少、出血量减少，提示肿瘤进展得到抑制），为防筛复查（如胃镜、CT、肿瘤标志物）提供辅助评估依据。

二、辨证处理方案（核心疗法）

肿瘤相关出血的中医处理需遵循“急则止血、缓则调本、标本兼顾”的原则，根据出血的急缓、出血量、证型差异，采用“个体化辨证 + 分层处理”方案，避免“单纯止血”或“盲目补虚”，强调“止血不留瘀、补虚不助邪”。

（一）癌毒热盛，热迫血行证（实证，急性出血常见）

核心证候：突发呕血、黑便，出血量较多，血色鲜红或暗红，伴口干口苦、心烦易怒、大便干结、小便黄赤，局部肿块疼痛加重，舌红苔黄腻或黄燥，脉弦数或滑数；多见于肿瘤中期、癌毒较盛者，食管癌、胃癌急性出血时常见；

治则：清热解毒、凉血止血、佐以化瘀；

代表方剂：犀角地黄汤合黄连解毒汤加减；

核心药物：水牛角 30g（先煎，替代犀角）、生地 15g、丹皮 12g、赤芍 10g（凉血止血），黄连 6g、黄芩 10g、栀子 10g（清热解毒、泻火毒），金银花 15g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g（清热解毒、抗癌毒），三七粉 3g（冲服，

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

化瘀止血），仙鹤草 15g（收敛止血）；

加减运用：

呕血明显：加藕节炭 15g、白茅根 15g、侧柏叶 12g（凉血止血，针对上消化道出血）；

黑便明显：加地榆炭 15g、槐花炭 12g、茜草 10g（凉血止血，针对下消化道出血）；

高热烦躁：加生石膏 30g（先煎）、知母 12g（清热泻火）；

食管癌痰中带血：加川贝母 6g、百合 15g、白及 10g（润肺止血）；

胃癌恶心呕吐：加陈皮 10g、半夏 6g、竹茹 10g（和胃止呕，避免呕吐加重出血）；

处理特点：起效快（1-3 天），针对急性出血效果显著，以“凉血止血”为主，兼顾清热解毒、化瘀，避免凉血太过导致瘀血内阻，适用于中大量急性出血。

（二）气虚不摄，血溢脉外证（虚证，慢性出血常见）

核心证候：慢性出血，表现为反复黑便、潜血阳性，出血量少但持续不愈，血色淡红或暗红，伴神疲乏力、气短懒言、面色苍白或萎黄、自汗、纳差、大便溏薄，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于肿瘤晚期、正气亏虚者，胃癌慢性出血更常见；

治则：益气健脾、摄血止血；

代表方剂：补中益气汤合归脾汤加减；

核心药物：黄芪 30g（重用，益气摄血）、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾益气），当归 12g（养血），升麻 6g、柴胡 10g（升阳举陷，增强摄血功能），陈皮 10g（理气和胃），仙鹤草 15g、棕榈炭 12g、藕节炭 15g（收敛止血），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

贫血严重：加阿胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g、大枣 10 枚（养血生血）；

出血不止：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g（化瘀止血，增强止血效果）；

纳差明显：加炒麦芽 15g、炒谷芽 15g、鸡内金 10g（消食和胃）；

畏寒肢冷（气虚兼阳虚）：加附子 6g（先煎）、干姜 6g（温阳益气）；

处理特点：起效较慢（7-14 天），需坚持服用，通过益气健脾增强摄血功能，从根源减少出血复发，适用于慢性少量出血，可同时改善乏力、贫血等症状。

（三）瘀血内阻，脉络瘀滞证（虚实夹杂证，反复出血常见）

核心证候：出血反复不愈，血色暗红、夹有血块，伴局部肿块疼痛固定不移、刺痛，面色晦暗，皮肤瘀斑，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔薄黄，脉细涩；多见于肿瘤中期至晚期、毒瘀互结者，放化疗后患者更易出现；

治则：活血化瘀、止血通络、扶正祛邪；

代表方剂：血府逐瘀汤合失笑散加减；

核心药物：桃仁 6g、红花 6g、丹参 12g、赤芍 10g（活血化瘀），生地 12g、丹皮 10g（凉血止血），蒲黄 10g（包煎）、五灵脂 10g（化瘀止血），黄芪 20g、党参 15g（益气扶正），仙鹤草 15g、茜草 10g（止血通络），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

出血明显：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g（增强止血效果）；

疼痛剧烈：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛）；

气虚明显：加白术 12g、茯苓 15g（健脾益气）；

癌毒较盛：加白花蛇舌草 20g、半枝莲 15g（清热解毒、抗癌毒）；

处理特点：“活血与止血并重、扶正与祛邪兼顾”，适用于反复出血、瘀血明显者，可同时缓解疼痛、改善肿瘤血瘀状态，减少出血复发，需注意活血化瘀药物的用量，避免加重出血。

（四）阴虚火旺，灼伤脉络证（虚热证，少量出血常见）

核心证候：少量出血，表现为痰中带血、少量呕血或黑便，血色鲜红，伴口干咽燥、潮热盗汗、手足心热、头晕耳鸣、腰膝酸软，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于肿瘤晚期、阴虚亏虚者，食管癌患者更常见；

治则：滋阴降火、凉血止血；

代表方剂：百合固金汤合茜根散加减；

核心药物：百合 15g、生地 12g、熟地 12g（滋阴补肾），麦冬 15g、玄参 12g（滋阴降火），川贝母 6g、桔梗 10g（润肺化痰），茜草 10g、侧柏叶 12g、白茅根 15g（凉血止血），地骨皮 12g、银柴胡 10g（清虚热），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

出血明显：加三七粉 3g（冲服）、白及 10g（止血）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

潮热盗汗严重：加五味子 10g、浮小麦 15g、牡蛎 15g（先煎）（收敛止汗）；

口干咽燥严重：加石斛 12g、天花粉 15g（滋阴润燥）；

食管癌吞咽困难：加射干 10g、玄参 12g（利咽消肿）；

处理特点：针对阴虚型少量出血效果显著，需避免使用温燥药物，注重滋阴降火与止血兼顾，适用于慢性少量出血，可同时改善阴虚症状。

（五）急症处理（大量出血，危及生命时）

核心目标：快速止血、挽救生命，为后续治疗争取时间；

中医急救方案：

口服止血中药：三七粉 3g+ 白及粉 3g，温水冲服，每日 3 次，化瘀止血，适用于呕血、黑便；

中药灌肠：地榆炭 15g、槐花炭 12g、仙鹤草 15g、三七粉 3g，煎水 200ml，保留灌肠，每日 1-2 次，适用于下消化道大出血，无法口服药物者；

穴位按压：按压足三里、内关、血海、脾俞等穴位，每次 10-15 分钟，每日 2-3 次，辅助止血、调节气血；

中西医结合急救：

立即禁食、补液、输血，纠正休克；

西医止血：使用质子泵抑制剂（如奥美拉唑）、生长抑素、止血敏等药物；

介入治疗：针对大血管破裂出血，及时行血管栓塞术；

手术治疗：出血无法控制时，紧急手术止血；

注意事项：大量出血时以西医急救为主，中医治疗为辅，待出血控制后，再进行辨证论治，调整体质，减少复发。

第六节 癌因性疲乏的中医辨治

癌因性疲乏（CRF）是食管癌、胃癌等恶性肿瘤患者最常见的并发症之一，属中医“虚劳”“乏力”“懈怠”等范畴，以“持续性、非特异性疲劳感，伴精力下降、活动能力减退、注意力不集中，且休息后无法缓解”为核心特征。其发生率在肿瘤患者中高达 70%-90%，食管癌、胃癌因消化道功能受损、营养摄入不足，叠加放化疗的毒副作用，疲乏发生率更超 85%，不仅严重影响患者生活质量，还会降低治疗依从性与防筛复查积极性，间接影响肿瘤预后。

一、核心病机与发病特点

（一）核心病机拆解

癌毒内盛，正气耗伤（根本病机）：肿瘤作为“癌毒”，其持续增殖过程中会大量耗伤机体气血阴阳，导致“正气亏虚”——气虚则脏腑功能减退，出现乏力、气短；血虚则脏腑失养，出现头晕、面色萎黄；阴虚则津液耗竭，出现口干、肌肤干瘪；阳虚则温煦失常，出现畏寒、肢冷。食管癌、胃癌患者因肿瘤直接侵犯消化道，进食困难、消化吸收障碍，进一步加重“正气耗伤”，形成“癌毒耗正→营养不足→疲乏加剧”的恶性循环。

脾胃衰败，生化无源（核心环节）：脾胃为后天之本、气血生化之源，食管癌、胃癌患者因肿瘤侵犯或放化疗损伤，脾胃运化功能失调，出现纳呆、呕恶、腹胀等症状，无法将水谷精微转化为气血，导致正气无源可充，是疲乏发生发展的核心环节。“脾主肌肉”，脾胃亏虚则肌肉失养，进一步表现为肢体酸软、活动无力。

肝肾不足，精血亏虚（重要推手）：“肝肾同源”“精血同源”，肿瘤日久耗伤精血，或放化疗损伤肝肾之阴，导致肝肾不足——肝主筋，肾主骨，肝肾亏虚则筋骨失养，出现腰膝酸软、肢体乏力；精血亏虚则脑髓失充，出现注意力不集中、记忆力下降，加重疲乏感。食管癌患者多伴阴虚，肝肾阴虚表现更突出；胃癌患者多伴血虚，肝肾精血亏虚更明显。

气机郁滞，瘀毒内阻（诱发加重因素）：肿瘤患者长期情志抑郁、焦虑恐惧，导致肝气郁结，气机不畅，一方面影响脾胃运化（“肝木克脾土”），加重纳差、腹胀；另一方面导致气血运行不畅，瘀毒内生，进一步耗伤正气，形成“情志失调→气机郁滞→疲乏加重”的循环。

（二）发病特点与防筛关联

1. 核心特征

持续性：疲乏感持续存在，贯穿肿瘤治疗全程，甚至在治疗结束后仍持续数月甚至数年；

多维度：不仅表现为体力疲乏，还伴随精神疲乏（注意力不集中、记忆力下降）、情绪疲乏（焦虑、抑郁）；

特异性低：无明确诱因，休息后无法缓解，易与肿瘤本身症状、放化疗副作用混淆。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

与肿瘤分期、治疗的关联：

早期肿瘤（Ⅰ - Ⅱ期）：疲乏发生率约 30%-40%，多为轻度，与肿瘤早期癌毒耗伤、心理因素相关；

中期肿瘤（Ⅲ期）：发生率升至 60%-70%，多为中度，与放化疗毒副作用、营养摄入不足相关；

晚期肿瘤（Ⅳ期）：发生率高达 80%-90%，多为重度，与正气极度亏虚、多脏器功能受累相关。

2. 防筛康复价值

早期识别疲乏的中医证型特征，可为肿瘤分期评估、治疗效果监测提供参考（如食管癌患者出现重度阴虚疲乏，需警惕肿瘤进展导致的津液耗竭）；

有效改善疲乏可提升患者治疗依从性，保障放化疗、手术等治疗顺利进行，同时提高防筛复查积极性，避免因疲乏导致的病情延误；

疲乏改善程度可间接反映肿瘤控制效果与机体恢复状态，为调整治疗方案、康复计划提供依据。

二、辨证分型治疗（核心疗法）

癌因性疲乏的中医辨治需遵循“扶正为主、兼顾祛邪、调和脏腑”的原则，根据患者证型差异，采用“个体化辨证+综合调理”方案，避免“单纯补虚”或“盲目祛邪”，强调“扶正不助邪、祛邪不伤正”。

（一）气虚为主证（最常见证型）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，活动后加重，面色苍白或萎黄，自汗，纳差，大便溏薄，舌淡苔薄白，脉细弱；多见于食管癌、胃癌放化疗后，或晚期肿瘤正气亏虚者，以体力疲乏为核心表现；

治则：益气健脾、扶正固本；

代表方剂：补中益气汤合四君子汤加减；

核心药物：黄芪 30g（重用，益气升阳）、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g（健脾益气），陈皮 10g（理气和胃，防补滞），升麻 6g、柴胡 10g（升阳举陷），炙甘草 6g（调和诸药）；

加减运用：

疲乏严重：加人参 10g（另煎冲服）、太子参 15g（增强益气）；

自汗明显：加防风 10g、牡蛎 15g（先煎）、浮小麦 15g（固表止汗）；

纳差明显：加炒麦芽 15g、炒谷芽 15g、鸡内金 10g（消食和胃）；

食管癌吞咽困难：加桔梗 10g、玄参 12g（利咽消肿）；

辨治特点：起效较快（7-10 天），针对气虚型疲乏效果显著，可同时改善纳差、自汗等伴随症状，适用于轻度至中度疲乏。

（二）气血两虚证（常见证型）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，面色苍白或萎黄，头晕眼花，心悸失眠，肢体酸软，月经量少（女性），舌淡苔薄白，脉细弱；多见于胃癌慢性失血、食管癌长期进食不足者，或放化疗后骨髓抑制患者，体力与精神疲乏并存；

治则：益气养血、健脾和胃；

代表方剂：八珍汤合当归补血汤加减；

核心药物：黄芪 20g（益气生血）、党参 15g、白术 12g（益气），当归 12g、熟地 12g、白芍 12g（养血），川芎 10g（活血通络，使补而不滞），陈皮 10g（理气和胃）；

加减运用：

头晕眼花明显：加枸杞子 12g、女贞子 12g（滋补肝肾）；

心悸失眠：加酸枣仁 15g、桂圆肉 10g、远志 6g（养血安神）；

贫血严重：加阿胶 10g（烊化）、鸡血藤 15g（养血生血）；

胃癌黑便：加仙鹤草 15g、三七粉 3g（冲服，止血化瘀）；

辨治特点：兼顾益气与养血，适用于气血亏虚型疲乏，可改善贫血、失眠等伴随症状，提升患者整体体能。

（三）肝肾阴虚证（偏阴虚型）

核心证候：神疲乏力，口干咽燥，手足心热，潮热盗汗，头晕耳鸣，腰膝酸软，肢体酸软，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；多见于食管癌患者，或放化疗后阴虚损伤者，以精神疲乏、口干伴疲乏为核心表现；

治则：滋补肝肾、滋阴生津；

代表方剂：左归丸合沙参麦冬汤加减；

核心药物：熟地 15g、山药 15g、山茱萸 12g（滋阴补肾），枸杞子 12g、女贞子 12g、菟丝子 12g（滋补肝肾），沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g（滋阴生津），太子参 15g（益气养阴）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加减运用：

潮热盗汗明显：加地骨皮 12g、青蒿 10g、牡蛎 15g（先煎）（清虚热、止盗汗）；

口干咽燥严重：加玄参 12g、天花粉 15g、石斛 12g（滋阴润燥）；

腰膝酸软：加杜仲 12g、牛膝 10g（补肾壮骨）；

辨治特点：针对阴虚型疲乏效果显著，可缓解口干、潮热等伴随症状，适用于食管癌偏阴虚患者或放化疗后阴虚损伤者。

（四）脾肾阳虚证（偏阳虚型）

核心证候：神疲乏力，畏寒肢冷，面色㿔白，腰膝酸软，肢体不温，纳差，大便溏薄，小便清长，舌淡胖苔白滑，脉沉迟；多见于胃癌术后脾胃虚寒、晚期肿瘤阳虚亏虚者，以畏寒伴疲乏为核心表现；

治则：温补脾肾、益气散寒；

代表方剂：右归丸合附子理中丸加减；

核心药物：附子 6g（先煎）、肉桂 6g（温补肾阳），黄芪 20g、党参 15g（益气），白术 12g、干姜 6g（温中健脾），熟地 12g、枸杞子 12g（滋阴助阳，阴阳双补）；

加减运用：

畏寒明显：加高良姜 10g、桂枝 6g（温中散寒）；

大便溏薄严重：加肉豆蔻 10g、补骨脂 10g（温脾止泻）；

腰膝酸软：加杜仲 12g、淫羊藿 10g（补肾壮骨）；

辨治特点：针对阳虚型疲乏效果显著，可改善畏寒、便溏等伴随症状，适用于晚期肿瘤偏阳虚患者。

（五）虚实夹杂证（瘀毒内阻兼虚）

核心证候：神疲乏力，气短懒言，局部肿块疼痛固定不移，面色晦暗，皮肤瘀斑，纳差，舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔薄白或黄腻，脉细涩；多见于肿瘤中期至晚期，癌毒瘀滞兼正气亏虚者，疲乏伴疼痛、瘀滞症状；

治则：益气扶正、解毒祛瘀、健脾和胃；

代表方剂：八珍汤合血府逐瘀汤加减；

核心药物：黄芪 20g、党参 15g（益气扶正），当归 12g、熟地 12g（养血），桃仁 6g、红花 6g、丹参 12g（活血化瘀），金银花 15g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g（清热解毒、抗癌毒），白术 12g、茯苓 15g（健脾和胃）；

加减运用：

疼痛明显：加延胡索 10g、乳香 6g、没药 6g（通络止痛）；

瘀斑明显：加三七粉 3g（冲服）、茜草 10g（化瘀止血）；

癌毒较盛：加半枝莲 15g、重楼 10g（清热解毒）；

辨治特点：“扶正与祛邪并重”，适用于虚实夹杂型疲乏，可同时缓解疼痛、瘀滞等症状，避免祛邪伤正，延缓肿瘤进展。

第八章 肿瘤康复与调护

第一节 肿瘤患者的饮食调养

饮食调养是肿瘤康复与调护的核心环节，尤其对于食管癌、胃癌等消化道肿瘤患者，因肿瘤侵犯或治疗损伤导致消化吸收功能紊乱，科学的饮食调养不仅能补充营养、修复机体，还能增强抗癌能力、降低复发风险，直接影响康复效果与防筛复查依从性。中医强调“药食同源”“脾胃为后天之本”，肿瘤患者的饮食调养需紧扣“辨证施食、分期适配、营养均衡、安全易消化”核心原则，结合肿瘤类型、治疗阶段、体质差异进行个体化调整，避免“盲目进补”或“饮食禁忌过度”，实现“营养支持-脾胃保护-抗癌康复”的有机统一，契合“全程防筛-治疗-康复”的肿瘤全周期管理理念。

一、饮食调养的核心原则

（一）辨证施食，契合体质

肿瘤患者的饮食调养需以中医辨证为基础，根据“气虚、血虚、阴虚、阳虚、虚实夹杂”等体质类型调整饮食，避免寒热错投。

气虚体质（神疲乏力、气短自汗）：侧重益气健脾，推荐山药、薏米、小米、鸡肉、大枣、黄芪等，避免生冷、油腻耗伤脾胃；

血虚体质（头晕眼花、面色萎黄）：侧重益气养血，推荐当归、阿胶、桂圆、猪肝、瘦肉、黑木耳等，避免辛辣、燥热耗伤阴血；

阴虚体质（口干咽燥、潮热盗汗）：侧重滋阴生津，推荐银耳、百合、麦冬、石斛、雪梨、黑芝麻等，避免温热性食物（羊肉、狗肉）；

阳虚体质（畏寒肢冷、大便溏薄）：侧重温补脾肾，推荐羊肉、核桃仁、韭菜、干姜、桂圆等，避免生冷、寒凉食物（西瓜、梨）；

虚实夹杂体质（疲乏伴疼痛、瘀斑）：侧重扶正祛瘀、兼顾营养，推荐山药、当归、山楂、黑木耳、瘦肉等，避免过于滋补或寒凉食物。

（二）分期适配，贴合治疗与康复进程

饮食调养需与肿瘤治疗（手术、放化疗）及康复阶段同步调整，不同阶段目标不同，饮食方案差异化：

治疗期（手术、放化疗期间）：核心目标是“保障营养、减轻治疗损伤、提升耐受性”，饮食以“易消化、高营养、低刺激”为主；

康复初期（治疗结束后 1-3 个月）：核心目标是“修复机体、恢复脾胃功能、增强体质”，饮食逐步从流质 / 半流质过渡到软食，增加营养密度；

康复稳定期（治疗结束后 3 个月以上）：核心目标是“维持营养均衡、增强抗癌能力、预防复发”，饮食以“多样化、均衡化、规律化”为主，兼顾防筛复查期间的身体储备。

（三）营养均衡，兼顾“补”与“防”

肿瘤患者的营养需求需兼顾“补充消耗、修复机体”与“抑制肿瘤、降低复发”，避免单一营养摄入：

蛋白质：优先选择优质蛋白（鱼、肉、蛋、奶、豆制品），每日摄入量 1.2-1.8g/kg，增强免疫力、修复组织损伤，尤其适合放化疗后骨髓抑制、肌肉消耗患者；

碳水化合物：选择复合碳水（杂粮、薯类、全谷物），替代精制糖，避免血糖波动过大，为机体提供持续能量；

脂肪：选择不饱和脂肪酸（橄榄油、深海鱼、坚果），减少饱和脂肪（肥肉、动物内脏）与反式脂肪摄入，降低炎症反应与肿瘤复发风险；

维生素与矿物质：多摄入新鲜蔬菜（每日 500g 以上）、水果（每日 200-350g），补充维生素 C、维生素 E、硒等抗氧化物质，增强机体抗癌能力；

膳食纤维：适量摄入膳食纤维（芹菜、韭菜、燕麦、魔芋），促进肠道蠕动，预防便秘（尤其放化疗患者），但需根据消化能力调整，避免加重胃肠道负担。

（四）安全易消化，规避风险

肿瘤患者消化功能较弱，饮食需遵循“温和、软烂、卫生”原则，规避胃肠道刺激与感染风险：

烹饪方式：以蒸、煮、炖、烩、熬为主，避免煎、炸、烤、熏，减少油脂摄入与有害物质产生；

食物状态：根据消化能力调整，从流质（米汤、菜汤）→半流质（粥、烂面条）→软食（蒸蛋、鱼肉）→普通饮食逐步过渡，避免粗糙、坚硬、过烫食物；

饮食卫生：食材新鲜、洗净煮熟，避免生冷食物、不洁饮食，预防肠道感染（尤其放化疗后免疫力低下患者）；

少食多餐：每日 6-8 次，每次进食量 $\leq 200\text{ml}$ ，避免暴饮暴食，减轻胃肠道负担，提升营养吸收率。

二、不同治疗与康复阶段的饮食调养方案

（一）手术治疗期饮食调养（术前准备 + 术后恢复）

1. 术前饮食准备（手术前 1-2 周）

核心目标：增强体质、储备营养，为手术耐受与术后恢复奠定基础；

饮食方案：

高蛋白、高维生素、易消化饮食，如蒸蛋羹、豆腐脑、鱼肉粥、蔬菜泥、水果汁；

食管癌患者：避免粗糙、坚硬食物，选择流质/半流质，如牛奶、酸奶、匀浆膳，预防食管梗阻；

胃癌患者：低脂、低糖、少渣饮食，避免辛辣、油腻，如小米粥、瘦肉末粥、蒸苹果，减少胃黏膜刺激；

禁忌：烟、酒、辛辣刺激、生冷、油腻食物，避免加重消化道负担。

2. 术后饮食恢复（分阶段逐步过渡）

第一阶段（术后 1-3 天，胃肠功能未恢复）：

核心目标：维持水电解质平衡，避免胃肠道刺激；

饮食方案：禁食→少量温水/米汤（每次 50-100ml，每日 3-4 次）→稀藕粉、菜汤，避免牛奶、豆浆等易产气食物；

第二阶段（术后 4-7 天，胃肠功能恢复，排气排便正常）：

核心目标：逐步增加营养，适应胃肠道功能；

饮食方案：半流质饮食，如小米粥、烂面条、蒸蛋羹、豆腐脑、蔬菜泥，每日 6-8 次，每次 100-150ml；

第三阶段（术后 2-4 周，伤口愈合，体力恢复）：

核心目标：补充优质蛋白与维生素，促进伤口愈合与机体恢复；

饮食方案：软食，如鱼肉、瘦肉末、煮烂的蔬菜、水果泥，逐步增加进食量，每日 4-6 次；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

注意事项：

食管癌术后：进食时保持半卧位，避免呛咳与反流，食物温度 38-40℃，避免烫伤吻合口；

胃癌术后：避免甜食与产气食物（如红薯、豆类），预防倾倒综合征，进食后平卧 30 分钟。

（二）放化疗期间饮食调养

1. 核心目标：减轻放化疗毒副作用（恶心、呕吐、黏膜损伤、骨髓抑制），保障营养摄入，提升治疗耐受性。

2. 饮食方案（分症状针对性调整）

恶心、呕吐明显：

饮食原则：清淡、易消化、少气味，避免油腻、辛辣、过甜食物；

推荐食物：小米粥、白粥、烂面条、蒸蛋、黄瓜、西红柿，少量多餐，呕吐后及时补充温水 / 淡盐水；

中医食疗：生姜陈皮饮（生姜 6g、陈皮 10g、大枣 5 枚）、紫苏粥（紫苏 10g、大米 50g），和胃止呕；

口腔 / 食管黏膜损伤（吞咽疼痛、口腔溃疡）：

饮食原则：流质 / 半流质、无刺激、温度适宜，避免粗糙、坚硬、过烫食物；

推荐食物：牛奶、酸奶、蛋花汤、蔬菜汁、果汁、匀浆膳，通过鼻饲管输注（吞咽困难严重者）；

中医食疗：麦冬石斛饮（麦冬 15g、石斛 12g、冰糖 10g）、金银花茶（金银花 10g、生甘草 6g），滋阴润燥、清热解毒；

骨髓抑制（白细胞、血小板减少）：

饮食原则：高蛋白、高维生素、温补气血，增强免疫力；

推荐食物：瘦肉、猪肝、鱼虾、鸡蛋、牛奶、豆制品、红枣、桂圆，避免生冷、不洁食物（预防感染）；

中医食疗：当归生姜羊肉汤（当归 12g、生姜 6g、羊肉 50g）、黄芪红枣粥（黄芪 20g、红枣 10 枚、大米 50g），益气养血；

腹泻（放化疗损伤肠道黏膜）：

饮食原则：低脂、少渣、易消化，避免生冷、油腻、粗纤维食物；

推荐食物：白粥、烂面条、蒸苹果、山药粥，补充口服补液盐（预防脱水）；

中医食疗：白术茯苓粥（白术 12g、茯苓 15g、大米 50g）、石榴皮茶（石榴皮 10g，煮水饮用），健脾止泻。

（三）康复稳定期饮食调养（治疗结束后 3 个月以上）

1. 核心目标：维持营养均衡、增强体质、预防肿瘤复发，适配长期康复与防筛复查需求。

2. 饮食方案

主食：粗细搭配，如杂粮粥、燕麦饭、玉米、红薯，替代部分精制米面，增加膳食纤维摄入；

蛋白质：每日摄入优质蛋白（鱼、禽、蛋、奶、豆制品），如每周吃 2-3 次深海鱼（富含 Omega-3 脂肪酸），减少红肉（猪肉、牛肉、羊肉）摄入频率；

蔬菜与水果：每日摄入 500g 以上蔬菜（深色蔬菜占一半以上）、200-350g 水果，选择应季、新鲜品种，避免腌制、罐头食品；

油脂：选择橄榄油、茶籽油、亚麻籽油，每日摄入量 25-30g，避免油炸食品、肥肉；

中医食疗：根据体质辨证调理，如气虚者常食黄芪山药粥，阴虚者常食银耳百合粥，血虚者常食红枣桂圆汤，每周 1-2 次，避免长期单一进补；

饮食规律：定时定量，每日 3-4 餐，避免暴饮暴食，晚餐不宜过饱（7 分饱即可）。

三、食管癌、胃癌患者饮食特殊调整

（一）食管癌患者饮食要点（聚焦吞咽功能保护与营养摄入）

1. 食物状态调整

严格避免粗糙、坚硬、过烫、辛辣刺激食物，如坚果、油炸食品、辣椒、烈酒，预防食管黏膜损伤与梗阻；

按“流质→半流质→软食→普通软食”逐步过渡，吞咽困难者长期以流质/半流质为主，如匀浆膳、营养奶昔、蔬菜汁；

食物加工：将肉类、蔬菜、主食打成糊状（使用破壁机），保证营养均衡且易于吞咽。

2. 进食方式与体位

少食多餐，每日 6-8 次，每次进食量 50-150ml，避免一次进食过多导致反流或梗阻；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

进食时保持半卧位或坐位，进食后保持该体位 30-60 分钟，避免平卧，预防食物反流与吸入性肺炎；

细嚼慢咽，每口食物咀嚼 15-20 次，确保食物充分嚼碎后咽下，减轻食管负担。

3. 营养补充重点

因吞咽困难易导致热量与蛋白质摄入不足，需优先选择高营养密度食物，如牛奶、酸奶、蛋羹、鱼肉粥、蛋白粉（可加入流质食物中）；

滋阴润燥类食物：麦冬、石斛、百合、雪梨、银耳，缓解放疗后口干咽燥症状；

避免过甜食物，预防痰多导致的吞咽不畅。

（二）胃癌患者饮食要点（聚焦消化吸收功能保护与贫血预防）

1. 食物选择与烹饪

低脂、低糖、少渣、易消化，避免油腻、辛辣、生冷、产气食物，如肥肉、油炸食品、辣椒、冰淇淋、豆类；

蛋白质选择优质易消化的品种，如鱼肉、鸡肉、鸡蛋、豆腐、酸奶，避免过于粗糙的肉类（如牛肉干）；

烹饪方式以蒸、煮、炖、烩为主，如蒸蛋、煮烂的蔬菜、肉末粥，避免煎、炸、烤，减少胃黏膜刺激。

2. 进食规律与量

少食多餐，每日 6-8 次，每次进食量 100-200ml，避免胃过度扩张，减轻消化负担；

定时定量，每餐间隔 2-3 小时，避免空腹时间过长导致胃酸分泌过多，损伤胃黏膜；

晚餐宜清淡、量少，睡前 2 小时内不进食，预防夜间反流。

3. 营养补充重点

预防贫血：胃癌患者易因慢性失血、消化吸收障碍导致缺铁性贫血，需多摄入富含铁的食物（猪肝、瘦肉、黑木耳、菠菜）与富含维生素 C 的食物（橙子、猕猴桃、西红柿），促进铁吸收；

保护胃黏膜：适量摄入牛奶、酸奶、山药、南瓜等，中和胃酸、保护胃黏膜；避免辛辣、过酸食物（如醋、柠檬），减少胃酸分泌刺激。

四、饮食禁忌与常见误区规避

（一）绝对禁忌食物

致癌风险明确的食物：烟、酒、槟榔、腌制食品（咸菜、腌肉、咸鱼）、霉变食品（发霉的花生、玉米）、烧烤/油炸食品（烤羊肉串、炸鸡）、加工肉类（火腿、香肠、腊肉）；

严重刺激消化道的食物：辛辣刺激（辣椒、花椒、生蒜）、过烫食物（温度 $>65^{\circ}\text{C}$ ）、粗糙坚硬食物（坚果、硬米饭、粗纤维蔬菜）；

高糖、高脂、高盐食物：含糖饮料、甜点、肥肉、动物内脏、咸菜、加工食品（方便面、薯片），高糖易导致肥胖与血糖波动，高脂易引发炎症，高盐易损伤消化道黏膜。

（二）常见饮食误区规避

误区一：“盲目进补”，大量食用人参、鹿茸、燕窝等滋补品；

纠正：滋补需辨证，如阴虚患者不宜过多食用鹿茸（温热性），气虚患者可适量食用人参，但需在医生指导下进行，避免“补而不当”加重机体负担或促进肿瘤生长；

误区二：“过度忌口”，担心“发物”（鸡肉、鱼肉、海鲜）导致肿瘤复发，不敢食用；

纠正：中医“发物”并非绝对禁忌，多数优质蛋白（鸡肉、鱼肉、海鲜）是康复期必需的营养来源，只要患者对其不过敏、消化能力可耐受，均可适量食用，过度忌口会导致营养缺乏，反而降低免疫力；

误区三：“依赖保健品”，用保健品替代正常饮食；

纠正：保健品（如蛋白粉、维生素片）仅能作为营养补充，不能替代主食、蔬菜、水果等天然食物，康复期需以天然饮食为主，保健品为辅，避免本末倒置；

误区四：“喝汤不吃肉”，认为营养都在汤里；

纠正：汤中的营养成分（蛋白质、矿物质）仅为肉类的10%-20%，大部分营养仍在肉中，康复期患者需“汤肉同食”，才能充分摄入营养。

第二节 肿瘤患者的情志调理

情志调理是肿瘤康复与调护的关键环节，尤其对于食管癌、胃癌等消化道肿瘤患者，因肿瘤本身的致命性威胁、治疗过程的痛苦体验及预后的不确定性，易产生焦虑、抑郁、恐惧等不良情志，而中医认为“百病生于气也”，不良情志会导致气机郁滞、脏腑功能失调，不仅加重躯体症状（如恶心呕吐、疼痛加剧、疲乏加重），还会降低免疫力、促进肿瘤进展，影响治疗依从性与防筛复查积极性。科学的情志调理需紧扣“疏肝理气、健脾和胃、安神定志、身心同调”核心原则，结合肿瘤治疗阶段、患者性格特质与心理状态，采用中医特色干预与现代心理支持相结合的个体化方案，帮助患者疏解不良情绪、重建心理平衡，实现“情志平和 - 脏腑协调 - 抗癌康复”的有机统一，契合“全程防筛 - 治疗 - 康复”的肿瘤全周期管理理念。

一、情志调理的核心机制与中医理论基础

（一）中医情志理论核心

中医将情志分为“喜、怒、忧、思、悲、恐、惊”七情，与脏腑功能密切相关：“肝主疏泄”主情志调节，“脾主运化”与思虑相关，“心主神明”统摄情志。肿瘤患者的不良情志以“忧、思、恐、怒”为主，其致病机制主要体现在三方面：

气机郁滞：长期焦虑、抑郁导致肝气郁结，气机不畅，进而影响脾胃运化（“肝木克脾土”），加重纳差、腹胀、恶心等消化道症状，尤其契合食管癌、胃癌患者的脾胃功能损伤特点；

气血失调：情志不畅导致气血运行受阻，瘀血内生，与癌毒交织形成“毒瘀互结”，促进肿瘤进展与转移；

正气亏虚：不良情志耗伤正气，导致免疫力下降，“正气存内，邪不可干”，正气亏虚则肿瘤复发风险升高。

（二）现代医学视角下的情志 - 肿瘤关联

现代医学研究证实，不良情志通过神经 - 内分泌 - 免疫网络影响肿瘤进展：

神经内分泌紊乱：焦虑、抑郁导致儿茶酚胺、皮质醇分泌增多，促进肿瘤细胞增殖、抑制凋亡；

免疫功能抑制：不良情绪降低 NK 细胞活性、淋巴细胞增殖能力，削弱机体

对肿瘤细胞的监视与清除；

行为方式改变：消极情绪导致患者出现饮食紊乱、睡眠障碍、缺乏运动等不良行为，进一步加重躯体损伤。

（三）食管癌、胃癌患者的情志特点

因肿瘤部位、治疗方式的特殊性，食管癌、胃癌患者的不良情志具有鲜明特征：

食管癌患者：因吞咽困难、进食受限，易产生“无助感”“绝望感”，焦虑、抑郁发生率更高，且常伴随恐惧进食、情绪性拒食；

胃癌患者：因慢性疼痛、黑便、贫血等症状，易产生“担忧感”“恐惧感”，思虑过度更为突出，且放化疗期间的恶心呕吐易诱发情绪波动；

共性特点：治疗阶段（尤其放化疗期间）情绪波动最剧烈，康复期易因“复发恐惧”出现持续性焦虑，家庭支持不足者不良情志更难缓解。

二、情志调理的核心原则

（一）分期适配，贴合治疗与康复进程

情志调理需与肿瘤治疗及康复阶段同步调整，不同阶段情绪问题重点不同，调理方案差异化：

治疗期（手术、放化疗期间）：核心目标是“缓解急性情绪应激、减轻治疗恐惧、提升治疗耐受性”，重点针对恐惧、焦虑、愤怒等急性情绪；

康复初期（治疗结束后 1-3 个月）：核心目标是“疏解残留不良情绪、适应康复角色、重建生活信心”，重点针对抑郁、无助感等持续性情绪；

康复稳定期（治疗结束后 3 个月以上）：核心目标是“预防情绪复发、缓解复发恐惧、维持心理平衡”，重点针对焦虑、思虑过度等情绪。

（二）辨证施调，契合性格与体质

情志调理需结合患者性格特质与中医体质，避免“一刀切”：

性格急躁型（易愤怒、肝气郁结）：侧重疏肝理气，采用冥想、深呼吸、音乐疗法等舒缓情绪；

性格内向型（易抑郁、思虑过度）：侧重健脾和胃、安神定志，采用倾诉、社交支持、穴位按摩等疏解情绪；

敏感多疑型（易恐惧、焦虑）：侧重安神定志、认知调整，采用正念疗法、

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

心理疏导等缓解担忧；

体质虚弱型（气虚、阳虚伴情绪低落）：侧重益气健脾、温阳安神，结合艾灸、食疗等身心同调。

（三）身心同调，兼顾情志与躯体

情志问题与躯体症状相互影响，调理需“标本兼顾”：

疏解情绪的同时，改善躯体症状（如疼痛、疲乏、失眠），减少情绪诱因；

调理躯体的同时，关注情绪变化（如通过饮食调养脾胃的同时，配合音乐疗法疏肝理气）；

避免单纯“心理疏导”或“药物干预”，采用中医特色干预（针灸、穴位按摩）、现代心理支持、生活方式调整相结合的综合方案。

（四）家庭参与，强化社会支持

家庭支持是情志调理的重要保障，需引导家属参与：

家属保持积极心态，避免传递负面情绪，为患者营造温馨、宽松的康复环境；

家属学习沟通技巧，耐心倾听患者诉求，避免指责、说教；

鼓励家属参与康复活动（如一起散步、练习中医养生功法），增强患者归属感。

三、不同治疗与康复阶段的情志调理方案

（一）治疗期情志调理（手术、放化疗期间）

1. 核心情绪问题：恐惧（对手术 / 放化疗的恐惧）、焦虑（对治疗效果的担忧）、愤怒（对疾病的抗拒）、急性应激反应。

2. 针对性调理方案

认知干预：

治疗前向患者详细讲解治疗流程、可能的副作用及应对方法，减少未知恐惧；

分享成功案例（如同类患者治疗效果），增强治疗信心；

引导患者正视情绪，告知“恐惧、焦虑是正常反应”，避免自我否定。

情绪疏解技巧：

深呼吸放松法：每日 3 次，每次 5-10 分钟，采用“腹式呼吸”（吸气 4 秒→屏息 2 秒→呼气 6 秒），缓解急性焦虑；

音乐疗法：选择舒缓、宁静的音乐（如古典音乐、自然音效），每日聆听 1-

2 次，每次 30 分钟，配合闭目冥想，疏肝理气；

宣泄法：鼓励患者向家属、医护人员倾诉感受，或通过写日记、画画等方式释放情绪，避免情绪压抑。

中医特色干预：

穴位按摩：按摩太冲穴（疏肝理气）、内关穴（宁心安神）、足三里穴（健脾和胃），每个穴位按压 5-10 分钟，每日 2 次，缓解焦虑、恶心；

中药调理：情绪烦躁、失眠者，可在医生指导下服用疏肝安神的中药（如柴胡疏肝散、酸枣仁汤加减），避免自行用药。

家属配合：

手术前陪伴患者，给予心理安慰，避免提及“风险”“后遗症”等负面话题；
放化疗期间，及时关注患者情绪变化，当患者出现愤怒、抱怨时，耐心安抚，避免争执；

鼓励患者表达需求（如想吃的食物、想做的事情），尽可能满足，增强患者掌控感。

（二）康复初期情志调理（治疗结束后 1-3 个月）

1. 核心情绪问题：抑郁（对疾病的悲观认知）、无助感（对康复的迷茫）、自卑（因身体变化产生的自我否定）、睡眠障碍。

2. 针对性调理方案

认知重建：

帮助患者接受“肿瘤患者”的身份，引导其关注康复进展（如体重增加、体能提升），强化积极认知；

制定阶段性康复目标（如每周散步 3 次、学会 1 道康复食疗方），让患者感受到“可控性”，减少无助感；

纠正负面认知（如“得了肿瘤就等于绝症”），告知“肿瘤是慢性病，规范康复可长期生存”，重塑康复信心。

行为激活：

鼓励患者参与轻度活动（如散步、太极拳、书法、养花），转移注意力，缓解抑郁；

引导患者逐步恢复正常生活（如做家务、参与社交），避免过度依赖他人，增强自我价值感；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

建立规律作息，每日固定时间起床、睡觉，避免熬夜，改善睡眠障碍。

中医特色干预：

艾灸疗法：艾灸足三里、气海、关元、脾俞等穴位，每周 2-3 次，每次 15-20 分钟，温阳益气、健脾安神，改善抑郁、疲乏；

中药食疗：气虚伴情绪低落者，食用黄芪山药粥（黄芪 20g、山药 15g、小米 50g）；阴虚伴失眠者，食用百合银耳粥（百合 15g、银耳 10g、大米 50g），身心同调。

社会支持：

鼓励患者加入康复社群（如病友群），与同类患者交流康复经验，相互支持，减少孤独感；

引导家属给予患者更多自主空间，避免过度保护，让患者感受到“被尊重”“被需要”；

必要时寻求专业心理干预（如心理咨询师、心理治疗师），采用认知行为疗法、正念疗法等缓解抑郁。

（三）康复稳定期情志调理（治疗结束后 3 个月以上）

1. 核心情绪问题：复发恐惧（对复查的担忧）、焦虑（对未来的不确定感）、思虑过度（对生活细节的过度关注）、情绪波动（受外界因素影响）。

2. 针对性调理方案

复发恐惧干预：

科学认识复查：向患者讲解“定期复查是早期发现问题的关键，而非‘等待复发’”，减少对复查的恐惧；

记录康复日志：让患者记录体重、体能、饮食等情况，直观看到康复效果，增强信心；

引导患者关注当下生活，避免过度思考“未来是否复发”，通过培养兴趣爱好（如旅游、读书）转移注意力。

心理韧性培养：

正念疗法：每日练习正念冥想 15-20 分钟，专注于当下（如呼吸、身体感觉），减少思虑过度，提升情绪稳定性；

积极心理建设：鼓励患者关注生活中的积极事件（如家庭聚会、朋友问候），培养感恩心态，提升心理韧性；

设定长期康复目标（如恢复工作、参与公益活动），让患者有明确的生活方向，减少迷茫感。

中医特色干预：

穴位贴敷：贴敷太冲、内关、神门等穴位，每 3-5 天 1 次，每次 4-6 小时，疏肝安神、稳定情绪；

养生功法：练习八段锦、太极拳等中医养生功法，每日 1 次，每次 30 分钟，调节气机、平和情志，兼顾强身健体。

长期支持管理：

定期开展心理评估（如每 3-6 个月），及时发现情绪问题，早期干预；

家属保持适度关注，避免过度“警惕”（如频繁询问“是否不舒服”），也避免忽视患者情绪变化；

鼓励患者回归社会（如重新工作、参与社交活动），恢复正常社会角色，增强生活信心。

四、食管癌、胃癌患者情志调理特殊要点

（一）食管癌患者：聚焦“吞咽困难相关情绪问题”

1. 核心情绪困扰：恐惧进食（因吞咽疼痛 / 梗阻产生的条件反射）、焦虑（担心进食后反流 / 呛咳）、抑郁（因进食受限导致的生活质量下降）。

2. 针对性调理

进食相关情绪疏导：

逐步适应进食：从流质食物开始，每次进食成功后给予积极反馈（如“今天比昨天多吃了 50ml，进步很大”），减少恐惧；

营造轻松的进食环境：进食时播放舒缓音乐，家属陪伴聊天（避免提及“吞咽”“梗阻”等话题），分散注意力；

中医食疗辅助：食用滋阴润燥的食疗方（如麦冬石斛饮），改善吞咽不适，减少情绪诱因。

生活质量提升：

鼓励患者尝试改良后的进食方式（如使用特殊餐具、调整食物性状），增强进食掌控感；

引导患者关注其他生活乐趣（如听书、看电视、与朋友视频聊天），避免过度聚焦于“进食受限”；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

必要时寻求言语治疗师帮助，改善吞咽功能，减少情绪困扰。

（二）胃癌患者：聚焦“疼痛/消化不适相关情绪问题”

1. 核心情绪困扰：焦虑（因慢性疼痛产生的担忧）、思虑过度（因消化不适过度关注饮食/排便）、抑郁（因贫血/疲乏导致的活动受限）。

2. 针对性调理

疼痛相关情绪疏导：

疼痛管理与情绪疏解结合：在医生指导下使用止痛药物的同时，配合穴位按摩（如按摩足三里、内关穴）、音乐疗法，缓解疼痛与焦虑；

引导患者采用“注意力转移法”（如疼痛时听音乐、看电影），减少对疼痛的关注；

避免“疼痛=病情恶化”的负面联想，告知“康复期轻微疼痛可能是组织修复引起的”，减少不必要的担忧。

消化不适相关情绪疏导：

科学认识消化症状：向患者讲解“胃癌术后消化功能恢复需要时间，轻微腹胀、腹泻是正常现象”，减少思虑过度；

记录饮食与消化日志：帮助患者找到适合自己的饮食规律，增强掌控感；

鼓励患者适度活动（如饭后散步 10-15 分钟），促进消化，同时缓解情绪。

五、情志调理的监测与评估

（一）核心监测指标

情绪状态评估：采用简易情绪评估量表（如焦虑自评量表 SAS、抑郁自评量表 SDS），每 1-2 个月评估 1 次，得分超过临界值（SAS > 50 分、SDS > 53 分）需及时干预；

睡眠质量：监测睡眠时间（每日 ≥ 7 小时为正常）、入睡时间（≤ 30 分钟为正常）、夜间觉醒次数（≤ 2 次为正常），睡眠障碍持续超过 2 周需调整方案；

体能与饮食：情绪改善的同时，伴随体能提升（KPS 评分升高）、饮食量增加，提示调理有效；若情绪低落伴随体能下降、食欲减退，需排查是否存在肿瘤进展；

复查依从性：情绪稳定的患者复查依从性更高，若患者频繁回避复查，可能与“复发恐惧”相关，需重点干预。

（二）防筛复查期间的情志调理

1. 复查前

向患者详细说明复查项目、流程及可能的结果，减少未知恐惧；

引导患者采用“积极预期”（如“复查正常就能放心继续康复”），替代“消极预期”（如“复查肯定有问题”）；

家属陪伴患者前往医院，提供心理支持，避免患者独自面对压力。

2. 复查中

鼓励患者通过深呼吸、冥想等方式缓解等待结果时的焦虑；

避免患者过度关注其他患者的负面结果（如听到“某某复发了”），及时转移注意力。

3. 复查后

结果正常时，强化积极认知（如“坚持康复有效果，继续保持”），鼓励患者维持现有生活方式；

结果异常时，避免隐瞒病情，用温和、客观的语言告知患者，同时强调“早期干预效果好”，减少绝望感；

及时调整情志调理方案，结合治疗方案（如再次放化疗），重点缓解恐惧、焦虑情绪，提升治疗依从性。

第三节 肿瘤患者的运动康复

运动康复是肿瘤康复与调护的重要组成部分，尤其对于食管癌、胃癌等消化道肿瘤患者，因肿瘤消耗、治疗损伤（手术、放化疗）导致体能下降、肌肉萎缩、消化功能紊乱，科学的运动康复不仅能改善心肺功能、增强肌肉力量、提升体能，还能调节气机、促进消化、缓解疲乏与情绪焦虑，通过“动则生阳、气血流通”增强机体抗癌能力，降低复发风险。中医强调“劳逸结合”“动静相宜”，肿瘤患者的运动康复需紧扣“循序渐进、辨证施动、分期适配、安全第一”核心原则，结合治疗阶段、体能状态与肿瘤类型，采用中医养生功法与现代康复运动相结合的个体化方案，实现“筋骨强健-气血调和-脏腑协调-抗癌康复”的有机统一，契合“全程防筛-治疗-康复”的肿瘤全周期管理理念。

一、运动康复的核心机制与中医理论基础

（一）中医运动养生理论核心

中医认为“气血是生命之本”，运动的核心价值在于“调和气血、疏通经络、振奋阳气、健脾和胃”：

疏通经络：运动能促进经络气血运行，缓解肿瘤患者常见的“气机郁滞”“瘀血内阻”，尤其适合食管癌、胃癌患者因情志不畅、治疗损伤导致的气血瘀滞；

健脾和胃：适度运动能增强脾胃运化功能，改善纳差、腹胀、消化不良等消化道症状，契合“脾主肌肉”“脾主运化”的理论，为营养吸收与正气恢复奠定基础；

振奋阳气：“动则生阳”，运动能提升机体阳气，改善肿瘤患者因正气亏虚导致的畏寒肢冷、疲乏无力，增强机体抗邪能力；

安神定志：运动能疏解不良情绪，缓解焦虑、抑郁，契合“肝主疏泄”的情志调节功能，与情志调理形成协同。

（二）现代医学视角下的运动 - 肿瘤关联

现代医学研究证实，科学运动通过多维度影响肿瘤康复：

增强免疫功能：运动能提升NK细胞活性、淋巴细胞增殖能力，增强机体对肿瘤细胞的监视与清除，降低复发风险；

调节神经 - 内分泌：运动能降低皮质醇、儿茶酚胺水平，改善肿瘤患者因治疗导致的神经内分泌紊乱，抑制肿瘤细胞增殖；

改善躯体功能：运动能增加肌肉量、提升心肺功能、改善平衡能力，缓解疲乏、肌肉萎缩等治疗后遗症；

心理调节作用：运动能促进内啡肽分泌，缓解疼痛与焦虑抑郁情绪，提升生活质量与治疗依从性。

（三）食管癌、胃癌患者的运动适配特点

因肿瘤部位与治疗方式的特殊性，食管癌、胃癌患者的运动康复需兼顾“保护消化道”“避免过度消耗”：

食管癌患者：因吞咽困难、食管吻合口修复需求，需避免剧烈运动导致的胸腔压力增加，优先选择低强度、舒缓的运动，如散步、八段锦；

胃癌患者：因胃切除术后消化功能减弱、腹腔压力变化，需避免剧烈腹部运

动，侧重核心力量训练与全身协调性运动；

共性特点：治疗期以“被动运动+轻度主动运动”为主，康复期逐步增加运动强度与时长，避免空腹、饱腹状态下运动，防止加重消化道负担。

二、运动康复的核心原则

（一）循序渐进，量力而行

运动康复需遵循“从弱到强、从短到长、从简到繁”的原则，避免急于求成；

强度循序渐进：从低强度（如散步、静坐功法）开始，逐步过渡到中等强度（如快走、太极拳），避免高强度运动导致的机体损伤；

时长循序渐进：初始每次10-15分钟，每周3-4次，逐步增加至每次30-45分钟，每周5-6次；

动作循序渐进：从简单动作（如肢体伸展）开始，逐步过渡到复杂功法（如八段锦、太极拳），避免难度过高导致的跌倒、拉伤。

（二）分期适配，贴合治疗与康复进程

运动康复需与肿瘤治疗及康复阶段同步调整，不同阶段运动目标与方案差异化：

治疗期（手术、放化疗期间）：核心目标是“维持体能、预防肌肉萎缩、促进恢复”，以被动运动、轻度主动运动为主，避免消耗过大；

康复初期（治疗结束后1-3个月）：核心目标是“恢复肌肉力量、改善心肺功能、适应运动节奏”，以低强度、短时长的主动运动为主；

康复稳定期（治疗结束后3个月以上）：核心目标是“增强体能、降低复发风险、维持健康状态”，以中等强度、规律化的运动为主，兼顾防筛复查期间的体能储备。

（三）辨证施动，契合体质与体能

运动康复需结合患者中医体质与体能状态，避免“一刀切”：

气虚体质（神疲乏力、气短自汗）：侧重低强度、舒缓的运动，如散步、八段锦、太极拳，避免剧烈运动耗伤正气；

阴虚体质（口干咽燥、潮热盗汗）：侧重阴凉环境下的温和运动，如室内散步、静坐功法，避免高温、高强度运动导致的津液耗伤；

阳虚体质（畏寒肢冷、大便溏薄）：侧重温和、能振奋阳气的运动，如阳光

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

下散步、艾灸配合轻度拉伸，避免寒凉环境下运动；

体能虚弱型（KPS 评分 < 60 分）：以被动运动、床上活动为主，逐步过渡到主动运动，避免运动后加重疲乏。

（四）安全第一，规避风险

肿瘤患者运动康复需严格把控安全底线：

运动前评估：每次运动前监测血压、心率，评估体能状态，若出现发热、出血、剧烈疼痛等情况，暂停运动；

运动环境：选择安全、平坦、通风的环境，避免湿滑、拥挤、高温或寒冷环境；

运动防护：穿着舒适、透气的衣物与运动鞋，避免空腹（运动前 1 小时少量进食）或饱腹（饭后 1-2 小时再运动）状态下运动；

及时止损：运动中若出现头晕、心慌、气短、疼痛加剧等不适，立即停止休息，必要时就医。

三、不同治疗与康复阶段的运动康复方案

（一）治疗期运动康复（手术、放化疗期间）

1. 核心目标：维持基础体能、预防肌肉萎缩、促进血液循环、减轻治疗不适。

2. 适用人群：体能状态尚可（KPS 评分 ≥ 50 分），无严重并发症（如大出血、严重感染、恶病质）的患者。

3. 针对性运动方案

手术期间（术前+术后）：

术前（手术前 1-2 周）：轻度有氧运动，如散步（每次 10-15 分钟，每周 3-4 次）、肢体伸展运动（每日 2 次，每次 5-10 分钟），增强心肺功能与手术耐受性；

术后（胃肠功能恢复后）：

床上被动运动（术后 1-3 天）：由家属协助进行肢体屈伸、翻身拍背（每 2 小时 1 次），促进血液循环，预防压疮与血栓；

床边主动运动（术后 4-7 天）：坐起后进行深呼吸、上肢伸展、脚踝泵动（每组 10 次，每日 3 组），逐步过渡到床边站立（每次 5-10 分钟）；

室内散步（术后 2-4 周）：根据体能恢复情况，从每次 5-10 分钟逐步增加

至 15-20 分钟，每周 3-4 次，避免弯腰、负重动作。

放化疗期间：

低强度有氧运动：散步（每次 10-15 分钟，每周 3-4 次）、室内慢走，避免剧烈运动；

中医养生功法：简化八段锦（仅练习“两手托天理三焦”“调理脾胃须单举”等 2-3 式，每次 5-10 分钟，每日 1-2 次），调和气血、健脾和胃；

肢体放松运动：深呼吸配合肢体拉伸（每次 5-10 分钟，每日 2 次），缓解肌肉紧张与恶心不适。

4. 注意事项：

放化疗期间若出现严重骨髓抑制（白细胞 $< 3 \times 10^9/L$ ）、严重恶心呕吐或腹泻，暂停运动，以休息为主；

运动强度以“运动后无明显疲乏加重”为标准，避免过度消耗；

食管癌患者术后避免颈部过度活动，胃癌患者避免腹部剧烈运动。

（二）康复初期运动康复（治疗结束后 1-3 个月）

1. 核心目标：恢复肌肉力量、改善心肺功能、提升体能、缓解疲乏与情绪焦虑。

2. 适用人群：体能状态逐步恢复（KPS 评分 ≥ 60 分），无明显不适症状的患者。

3. 针对性运动方案

有氧运动（增强心肺功能）：

快走：每次 15-20 分钟，每周 4-5 次，速度以“能正常交谈”为宜，避免气喘吁吁；

慢跑（体能较好者）：每次 10-15 分钟，每周 3-4 次，逐步增加时长；

游泳（适合无伤口感染、体能较好者）：每次 10-15 分钟，每周 2-3 次，水温适宜（25-28℃），避免受凉。

力量训练（预防肌肉萎缩）：

上肢训练：握弹力球（每组 10-15 次，每日 2 组）、举轻哑铃（重量 1-2kg，每组 10 次，每日 2 组），增强上肢肌肉力量；

核心训练：桥式运动（每组 10 次，每日 2 组）、平板支撑（初始每次 10-15 秒，逐步增加至 30 秒，每日 2 组），增强腹部与背部肌肉，保护胃肠道；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

下肢训练：靠墙静蹲（初始每次 10-15 秒，逐步增加至 30 秒，每日 2 组）、踮脚运动（每组 10 次，每日 2 组），增强下肢肌肉力量。

中医养生功法：

八段锦：完整练习（8 式），每次 15-20 分钟，每日 1 次，调和气血、健脾和胃，尤其适合消化道肿瘤患者；

太极拳（简化 24 式）：每次 20-30 分钟，每周 3-4 次，舒缓身心、提升平衡能力。

4. 注意事项：

力量训练避免负重过大，以“肌肉微酸但不疼痛”为标准；

运动后及时补充水分与少量电解质（如淡盐水），避免脱水；

食管癌患者避免过度仰头、转头动作，胃癌患者避免腹部过度拉伸。

（三）康复稳定期运动康复（治疗结束后 3 个月以上）

1. 核心目标：增强体能、降低复发风险、维持健康状态、提升生活质量。

2. 适用人群：体能状态良好（KPS 评分 ≥ 70 分），无明显并发症的患者。

3. 针对性运动方案

有氧运动（为主）：

快走 / 慢跑：每次 30-45 分钟，每周 5-6 次，强度以“运动后心率 = (170 - 年龄) 次 / 分钟”为宜；

骑行（室内 / 室外）：每次 30 分钟，每周 4-5 次，避免爬坡等高强度动作；

广场舞、健身操：每次 30-45 分钟，每周 3-4 次，选择节奏舒缓、动作简单的类型，兼顾社交与运动。

力量训练（为辅）：

上肢：握弹力带（每组 15-20 次，每日 2 组）、举哑铃（重量 2-3kg，每组 12 次，每日 2 组）；

核心：平板支撑（每次 30-60 秒，每日 2 组）、臀桥（每组 15 次，每日 2 组）；

下肢：深蹲（每组 15 次，每日 2 组）、踮脚走路（每次 10 分钟，每日 2 次），增强肌肉量与骨骼强度。

中医养生功法：

八段锦 / 太极拳：每日练习 1 次（30 分钟），长期坚持，调和气血、稳定情绪；

五禽戏（简化版）：每次 20-30 分钟，每周 3-4 次，模仿虎、鹿、熊、猿、鸟的动作，增强脏腑功能。

4. 注意事项:

运动规律化, 避免三天打鱼两天晒网, 每周运动总时长 ≥ 150 分钟(中等强度);

结合兴趣爱好选择运动, 提升坚持度(如喜欢社交者选择广场舞, 喜欢安静者选择太极拳);

定期监测体能状态(如 6 分钟步行试验), 根据结果调整运动强度。

四、食管癌、胃癌患者运动康复特殊要点

(一) 食管癌患者: 聚焦“保护食管、避免胸腔压力增加”

1. 运动禁忌与注意:

避免剧烈运动: 如快跑、跳绳、篮球、足球等, 防止胸腔压力骤增导致食管吻合口损伤或反流;

避免过度仰头、转头: 如游泳时的自由泳、羽毛球中的高抬球动作, 防止牵拉食管;

运动后防护: 运动后保持站立或半卧位 30 分钟, 避免立即平卧, 预防食物反流。

2. 推荐运动:

低强度有氧运动: 散步、慢走、室内骑行(坐姿), 每次 20-30 分钟, 每周 4-5 次;

中医养生功法: 八段锦(重点练习“调理脾胃须单举”“两手攀足固肾腰”等温和动作)、静坐冥想配合深呼吸, 每次 15-20 分钟, 每日 1 次;

肢体拉伸: 上肢平举、侧伸展, 下肢屈伸, 避免颈部过度活动, 每次 10-15 分钟, 每日 2 次。

(二) 胃癌患者: 聚焦“保护腹部、避免消化功能负担”

1. 运动禁忌与注意:

避免剧烈腹部运动: 如仰卧起坐、卷腹、平板支撑过度用力, 防止腹部压力过大影响胃功能;

避免空腹/饱腹运动: 空腹运动易导致低血糖, 饱腹运动加重胃负担, 需在饭后 1-2 小时运动;

术后初期避免弯腰、扭转动作: 如瑜伽中的扭转体式、高尔夫挥杆, 防止牵拉腹部伤口。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

2. 推荐运动：

有氧运动：快走、慢跑、游泳（蛙泳、仰泳，避免自由泳的腹部发力），每次 20-30 分钟，每周 4-5 次；

核心训练（温和型）：桥式运动（臀部发力，避免腹部过度用力）、靠墙静蹲，每组 10-15 次，每日 2 组；

中医养生功法：太极拳（简化版，动作舒缓，避免腹部撞击）、艾灸配合散步，每次 20 分钟，每周 3-4 次。

五、运动康复的监测与评估

（一）核心监测指标

体能状态：采用 KPS 评分（卡氏功能状态评分），每 1-2 个月评估 1 次，评分升高提示体能改善；采用 6 分钟步行试验，记录步行距离，逐步增加提示心肺功能提升；

身体成分：监测体重、肌肉量（可通过体脂秤），避免肌肉萎缩，维持健康体重（BMI18.5-23.9）；

生理指标：运动前、后监测心率、血压，运动中心率控制在（170- 年龄）次 / 分钟以内，血压稳定（收缩压 < 140mmHg，舒张压 < 90mmHg）；

主观感受：记录运动后疲乏程度（0-10 分评分）、疼痛评分，若运动后疲乏、疼痛无加重或减轻，提示运动方案适宜。

（二）防筛复查期间的运动调整

复查前 1-2 天：减少运动强度，以轻度运动（如散步 10-15 分钟）为主，避免过度消耗，保障复查时的体能状态；

复查后：

结果正常：维持现有运动方案，可适当增加运动时长或强度；

结果异常（如肿瘤进展、贫血加重）：暂停中等强度运动，调整为低强度运动（如床上伸展、静坐功法），待病情稳定后再逐步恢复；

特殊检查后（如胃镜、肠镜）：24 小时内避免剧烈运动，以休息为主，24 小时后逐步恢复轻度运动。

第四节 中医药在肿瘤康复中的作用

中医药在肿瘤康复与调护中占据重要地位，尤其对于食管癌、胃癌等消化道肿瘤患者，因肿瘤本身及手术、放化疗等治疗手段导致的正气亏虚、脏腑功能失调、气血阴阳失衡，中医药以“整体观念、辨证论治”为核心，通过“扶正固本、健脾和胃、清热解毒、活血化瘀”等治法，既能改善躯体症状（如疲乏、纳差、疼痛、口干），又能调节机体免疫功能、抑制肿瘤复发，实现“祛邪不伤正、扶正不助邪”的康复目标。

一、中医药在肿瘤康复中的核心作用

（一）扶正固本，增强机体抗癌能力

肿瘤患者康复期的核心病机是“正气亏虚”，中医药通过益气、养血、滋阴、温阳等治法，补充机体气血阴阳之不足，增强正气：

益气健脾：针对食管癌、胃癌患者常见的气虚体质（神疲乏力、气短自汗、纳差便溏），选用黄芪、党参、白术、山药等药物，增强脾胃运化功能，提升机体免疫力，为康复奠定基础；

养血滋阴：针对放化疗后或慢性失血导致的血虚（头晕眼花、面色萎黄）、阴虚（口干咽燥、潮热盗汗），选用当归、阿胶、麦冬、石斛等药物，滋养精血、生津润燥，改善贫血与阴虚症状；

温阳补肾：针对晚期肿瘤或术后导致的阳虚体质（畏寒肢冷、腰膝酸软），选用附子、肉桂、杜仲、淫羊藿等药物，振奋阳气、温补肾阳，增强机体抗寒与抗邪能力。

（二）改善治疗后遗症，提升生活质量

手术、放化疗等治疗手段在杀灭肿瘤细胞的同时，易损伤正常组织器官，导致一系列后遗症，中医药能针对性改善：

放化疗后胃肠道反应：如恶心呕吐、腹胀、腹泻或便秘，通过健脾和胃、降逆止呕（如陈皮、半夏、生姜、炒麦芽）、润肠通便（如麻子仁、郁李仁）或涩肠止泻（如石榴皮、芡实）等治法，缓解消化道不适；

放化疗后骨髓抑制：如白细胞、血小板减少，通过益气养血、补肾填精（如黄芪、当归、熟地、枸杞子）等治法，促进骨髓造血功能恢复，减少感染与出血风险；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

术后并发症：如食管癌术后反流、吻合口狭窄，通过疏肝理气、和胃降逆（如柴胡、枳壳、白芍、甘草）、滋阴润燥（如麦冬、玄参、沙参）等治法，改善吞咽不适与反流症状；胃癌术后消化不良、倾倒综合征，通过健脾益气、消食和胃（如党参、白术、茯苓、鸡内金）等治法，调节消化功能。

（三）抑制肿瘤复发，降低转移风险

中医药在肿瘤康复期通过“清热解毒、活血化瘀、软坚散结”等治法，兼顾“祛邪”，抑制肿瘤细胞增殖与转移：

清热解毒：针对肿瘤残留的“癌毒”，选用金银花、蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲等药物，清热解毒、抗癌解毒，减少癌毒对机体的侵袭；

活血化瘀：针对肿瘤患者常见的“瘀血内阻”（面色晦暗、局部疼痛、舌有瘀斑），选用丹参、川芎、桃仁、红花等药物，疏通经络、活血化瘀，改善气血运行，抑制瘀血与癌毒交织；

软坚散结：针对残留肿瘤组织或转移灶，选用鳖甲、牡蛎、浙贝母、夏枯草等药物，软坚散结、消散肿块，降低复发与转移风险。

（四）调节情志，平和心态

中医药认为“肝主疏泄”，情志不畅会导致肝气郁结，进而影响脾胃功能与气血运行，中医药通过疏肝理气、安神定志等治法，缓解焦虑、抑郁等不良情绪：

疏肝理气：选用柴胡、郁金、香附、白芍等药物，疏解肝郁、调节气机，改善情绪烦躁、易怒、胸闷等症状；

安神定志：针对康复期常见的失眠、多梦、注意力不集中，选用酸枣仁、柏子仁、远志、合欢皮等药物，养血安神、宁心定志，改善睡眠质量。

二、肿瘤康复期中医药辨证施治策略

（一）核心辨证要点

肿瘤康复期的辨证需结合患者体质、治疗史、症状表现，重点关注“气血阴阳”与“脏腑功能”，常见证型如下：

气虚证：神疲乏力，气短懒言，活动后加重，面色苍白或萎黄，自汗，纳差，大便溏薄，舌淡苔薄白，脉细弱；

气血两虚证：神疲乏力，头晕眼花，心悸失眠，面色萎黄或苍白，肢体酸软，月经量少（女性），舌淡苔薄白，脉细弱；

阴虚证：口干咽燥，潮热盗汗，手足心热，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数；

阳虚证：畏寒肢冷，面色㿔白，腰膝酸软，肢体不温，纳差，大便溏薄，小便清长，舌淡胖苔白滑，脉沉迟；

肝郁气滞证：情绪烦躁，易怒，胸闷胁胀，暖气频繁，纳差，舌淡红苔薄白，脉弦；

瘀血内阻证：局部肿块疼痛固定不移，面色晦暗，皮肤瘀斑，舌紫暗或有瘀斑瘀点，脉细涩；

脾胃失调证：恶心呕吐，腹胀，纳差，暖气，大便不调（或溏或秘），舌淡苔白腻，脉滑。

（二）分期辨证施治方案

1. 康复初期（治疗结束后 1-3 个月）：侧重“调理脾胃、恢复体能”

核心目标：改善治疗后遗症（如恶心、纳差、疲乏），恢复脾胃功能，为后续康复奠定基础；

常见证型：脾胃失调证、气虚证、气血两虚证；

代表方剂：

脾胃失调证：香砂六君子汤加减（党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、木香、砂仁），健脾和胃、理气消食；

气虚证：补中益气汤加减（黄芪、党参、白术、陈皮、升麻、柴胡），益气健脾、升阳举陷；

气血两虚证：八珍汤加减（黄芪、党参、当归、熟地、白芍、川芎），益气养血、调和气血。

2. 康复稳定期（治疗结束后 3 个月以上）：侧重“扶正祛邪、预防复发”

核心目标：增强体质，抑制肿瘤复发，维持机体平衡；

常见证型：气虚血瘀证、阴虚内热证、肝郁气滞证；

代表方剂：

气虚血瘀证：补中益气汤合血府逐瘀汤加减（黄芪、党参、桃仁、红花、丹参、川芎），益气扶正、活血化瘀；

阴虚内热证：沙参麦冬汤合青蒿鳖甲汤加减（沙参、麦冬、生地、青蒿、鳖甲、白花蛇舌草），滋阴清热、抗癌解毒；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

肝郁气滞证：柴胡疏肝散加减（柴胡、郁金、香附、白芍、甘草、陈皮），疏肝理气、和胃健脾。

3. 晚期康复期（肿瘤进展或复发后）：侧重“减轻痛苦、延长生存期”

核心目标：缓解疼痛、疲乏、纳差等症状，改善生活质量，延长生存期；

常见证型：阳虚寒凝证、气血衰败证、癌毒炽盛证；

代表方剂：

阳虚寒凝证：附子理中丸合右归丸加减（附子、干姜、党参、白术、熟地、枸杞子、杜仲），温阳散寒、益气健脾；

气血衰败证：十全大补汤加减（黄芪、党参、当归、熟地、白芍、川芎、肉桂），大补气血、温阳固本；

癌毒炽盛证：黄连解毒汤合五味消毒饮加减（黄连、黄芩、栀子、金银花、蒲公英、白花蛇舌草），清热解毒、抗癌止痛。

三、中医药在肿瘤康复中的具体应用形式

（一）中药内服（核心形式）

辨证汤药：根据患者具体证型，由中医师开具个性化汤药方剂，水煎服，每日1剂，分2-3次服用，兼顾针对性与灵活性；

中成药：方便患者长期服用，需根据证型选用：

气虚证：补中益气丸、参苓白术散；

气血两虚证：归脾丸、八珍颗粒；

阴虚证：生脉饮（人参或党参版）、百合固金丸；

阳虚证：附子理中丸、右归丸；

肝郁气滞证：逍遥丸、柴胡疏肝丸；

抗癌解毒：华蟾素胶囊、鸦胆子油软胶囊（需在医生指导下使用）。

（二）中医外用疗法（辅助形式）

1. 穴位贴敷

适用症状：疼痛、恶心呕吐、失眠、疲乏；

核心穴位：足三里、内关、脾俞、胃俞、神门、阿是穴；

贴敷药物：根据证型选用（如止痛用乳香、没药、冰片；止呕用生姜、陈皮、半夏），每3-5天贴敷1次，每次4-6小时，避免皮肤过敏；

2. 中药泡脚

适用症状：疲乏、畏寒肢冷、失眠；

代表方剂：艾叶 15g、红花 10g、当归 12g、黄芪 20g，煎水 1000ml，温泡 15-20 分钟，每日 1 次，温通经络、益气养血；

3. 艾灸疗法

适用证型：气虚证、阳虚证；

核心穴位：足三里、气海、关元、脾俞、肾俞；

用法：温和灸，每次 15-20 分钟，每周 2-3 次，温阳益气、健脾和胃，避免烫伤皮肤。

（三）中医特色疗法（协同形式）

1. 针灸疗法

适用症状：疼痛、失眠、消化不良、肢体麻木；

核心穴位：疼痛取阿是穴、足三里、内关；失眠取神门、三阴交、百会；消化不良取足三里、中脘、天枢；

用法：每周 2-3 次，每次 20-30 分钟，调节经络气血、缓解症状；

2. 拔罐疗法

适用证型：瘀血内阻证、寒湿体质；

核心部位：背部（膀胱经）、腹部（中脘、关元周围）；

用法：留罐 10-15 分钟，每周 1-2 次，活血化瘀、散寒祛湿，避免皮肤破损；

3. 食疗方

气虚证：黄芪山药粥（黄芪 20g、山药 15g、小米 50g）；

气血两虚证：当归生姜羊肉汤（当归 12g、生姜 6g、羊肉 50g）；

阴虚证：百合银耳粥（百合 15g、银耳 10g、大米 50g）；

阳虚证：核桃桂圆汤（核桃 10g、桂圆肉 10g），药食同源，辅助调理。

四、食管癌、胃癌患者中医药康复特殊要点

（一）食管癌患者：聚焦“滋阴润燥、利咽进食”

1. 核心病机与证型

常见证型：阴虚内热证、气虚血瘀证、脾胃失调证；

核心困扰：吞咽困难、口干咽燥、反流、胸骨后疼痛。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

2. 针对性中医药方案

中药内服：

阴虚内热证：沙参麦冬汤合玄参利咽汤加减（沙参、麦冬、玄参、生地、桔梗、白花蛇舌草），滋阴润燥、利咽解毒；

气虚血瘀证：黄芪建中汤合丹参饮加减（黄芪、党参、桂枝、白芍、丹参、檀香），益气健脾、活血化瘀、止痛；

外用疗法：

穴位贴敷：贴敷天突、膻中、足三里、内关，缓解吞咽困难与反流；

中药含漱：麦冬 15g、玄参 12g、金银花 10g、生甘草 6g，煎水含漱，每日 3-4 次，缓解口干与咽喉疼痛；

食疗方：麦冬石斛饮（麦冬 15g、石斛 12g、冰糖 10g）、百合雪梨汁（百合 15g、雪梨 1 个，榨汁），滋阴润燥、辅助进食。

（二）胃癌患者：聚焦“健脾和胃、预防贫血”

1. 核心病机与证型

常见证型：脾胃虚弱证、气血两虚证、瘀血内阻证；

核心困扰：纳差、腹胀、恶心呕吐、黑便、贫血。

2. 针对性中医药方案

中药内服：

脾胃虚弱证：香砂六君子汤合参苓白术散加减（党参、白术、茯苓、陈皮、砂仁、炒麦芽），健脾和胃、消食化积；

气血两虚证：归脾汤合当归补血汤加减（黄芪、当归、党参、白术、桂圆、阿胶），益气养血、预防贫血；

瘀血内阻证：失笑散合丹参饮加减（蒲黄、五灵脂、丹参、檀香、砂仁），活血化瘀、止痛止血；

外用疗法：

穴位贴敷：贴敷中脘、足三里、脾俞、胃俞，缓解腹胀与恶心；

中药热敷：炒盐热敷腹部（中脘至关元区域），每次 15-20 分钟，每日 1 次，温通腹部经络、缓解腹胀；

食疗方：山药莲子粥（山药 15g、莲子 10g、大米 50g）、红枣桂圆粥（红枣 10 枚、桂圆 10g、大米 50g），健脾和胃、益气养血。

五、中医药康复的注意事项与安全用药

（一）核心注意事项

辨证为先，避免盲目用药：中医药康复需在专业中医师指导下进行，根据证型选用药物，避免自行购买中成药或偏方，防止“辨证不当、用药失误”（如阴虚患者误用温热药，加重阴虚症状）；

分期调整，适配康复进程：康复初期以“调理脾胃、温和扶正”为主，避免峻补或苦寒解毒药；康复稳定期可适当增加“祛邪”药物（如清热解毒、活血化瘀）；晚期以“温和扶正、减轻痛苦”为主，避免过度治疗；

协同增效，结合多维度康复：中医药需与饮食、情志、运动康复相结合，如服用益气健脾中药时，配合山药、薏米等食疗，练习八段锦等运动，提升康复效果；

安全第一，监测不良反应：服用中药期间，密切观察是否出现恶心、腹泻、皮疹等不良反应，若出现不适，及时停药并就医；长期服用者需定期复查肝肾功能，避免药物性损伤。

（二）防筛复查期间的中医药调整

复查前 1-2 天：暂停服用活血化瘀、清热解毒类中药，避免影响检查结果（如凝血功能、肿瘤标志物）；

复查后：

结果正常：维持现有中医药方案，可适当减少“祛邪”药物比例，增加“扶正”药物，长期巩固；

结果异常（如肿瘤进展、指标升高）：及时调整中医药方案，增加清热解毒、活血化瘀类药物，配合后续治疗（如再次放化疗），减轻治疗毒副作用；

特殊检查后（如胃镜、肠镜）：检查后 24 小时内暂停服用中药，待胃肠道功能恢复后（如无腹痛、恶心），逐步恢复服用，避免刺激胃肠道黏膜。

（三）常见误区规避

误区一：“中药能替代规范治疗，治愈肿瘤”；

纠正：中医药在肿瘤康复中以“辅助治疗、改善症状、预防复发”为主，不能替代手术、放化疗等规范治疗，需“中西医结合”，而非“中医替代西医”；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

误区二：“越贵的中药效果越好，盲目进补”；

纠正：中药的效果取决于“辨证是否准确、配伍是否合理”，而非价格，如气虚患者服用廉价的黄芪、党参，效果可能优于昂贵的人参、燕窝，避免“贵药即好药”的误区；

误区三：“长期服用某一种中药，无需调整”；

纠正：肿瘤患者的体质与病情处于动态变化中，中医药方案需根据康复进程、症状变化及时调整，长期服用单方剂易导致“药不对证”，影响康复效果；

误区四：“偏方、验方更有效，盲目尝试”；

纠正：偏方、验方缺乏科学的辨证依据，成分不明，部分可能含有毒副作用的药物（如马兜铃酸类、重金属类），盲目服用易导致肝肾功能损伤、加重病情，甚至危及生命，肿瘤康复需遵循“规范、科学”的中医药方案，拒绝偏方。

误区五：“服用中药期间无需忌口”；

纠正：服用中药期间需遵循“辨证忌口”原则，如气虚体质避免生冷、油腻食物，阴虚体质避免温热、辛辣食物，瘀血内阻体质避免过甜、黏腻食物，同时避免饮用浓茶、咖啡、酒精类饮品，防止影响中药吸收或加重机体负担。

第五节 肿瘤患者的四季养生

中医强调“天人相应”“顺应自然”，肿瘤患者的康复调护需契合四季气候变化规律，因时制宜调整饮食、情志、运动及中医药方案。食管癌、胃癌等消化道肿瘤患者因正气亏虚、脏腑功能失调，对季节更替带来的温湿度、气压变化更为敏感，春季肝气易郁、夏季暑湿易困、秋季燥邪易伤、冬季寒邪易侵，若调护不当易诱发不适或加重病情。四季养生需紧扣“春养肝、夏养心、秋养肺、冬养肾”的中医理论，结合肿瘤康复阶段与患者体质，遵循“顺应时节、扶正避邪、动静相宜、辨证施护”核心原则，实现“人与自然、机体与环境”的动态平衡，与饮食、情志、运动、中医药康复形成协同，契合“全程防筛 - 治疗 - 康复”的肿瘤全周期管理理念。

一、四季养生的核心原则

（一）顺应天时，动态调整

根据四季气候特点（春温、夏热、秋燥、冬寒）与脏腑对应关系，调整调护重点：

春季：万物生发，肝气主令，重点“疏肝理气、助阳生发”，避免肝气郁结影响脾胃；

夏季：万物繁茂，心气主令，重点“清热祛湿、养心安神”，避免暑湿困脾加重消化负担；

秋季：万物收敛，肺气主令，重点“滋阴润燥、养肺生津”，避免燥邪伤津加重口干咽燥；

冬季：万物闭藏，肾气主令，重点“温补脾肾、藏精固本”，避免寒邪侵袭耗伤阳气。

（二）扶正避邪，预防为先

肿瘤患者正气亏虚，四季养生需兼顾“增强正气”与“规避邪气”：

扶正：根据季节特点选用对应的食疗、运动、中医药方法，增强机体适应能力（如春季益气疏肝、冬季温阳补肾）；

避邪：规避各季节常见致病因素（如春季避风寒、夏季避暑热、秋季避燥邪、冬季避严寒），减少外感与内伤病邪。

（三）辨证施护，契合体质

四季养生需结合患者中医体质（气虚、血虚、阴虚、阳虚等），避免“一刀切”：

气虚 / 阳虚体质：春季宜温阳助生发，夏季忌贪凉，秋季需温润防燥，冬季重温补固阳；

阴虚 / 血虚体质：春季忌温热过度，夏季宜清热滋阴，秋季重滋阴润燥，冬季温补需柔和。

（四）兼顾康复，适配阶段

四季养生需与肿瘤康复阶段同步调整：

治疗期 / 康复初期：以“温和调护、避免消耗”为主，运动以轻度为主，饮食以易消化为核心；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

康复稳定期：以“增强体质、顺应自然”为主，可适当增加运动强度，饮食兼顾营养与季节适配。

二、各季节精准养生方案

（一）春季养生（3-5月）：疏肝理气，助阳生发

1. 季节特点与肿瘤患者适配难点

气候特点：气温回升、多风干燥，肝气易郁、阳气渐升；

适配难点：食管癌、胃癌患者易因肝气郁结出现情绪烦躁、纳差、腹胀，或因风寒外感诱发不适。

2. 精准调护方案

饮食调养：

核心原则：疏肝理气、清淡易消化，避免辛辣刺激与油腻；

推荐食物：芽类（绿豆芽、黄豆芽、春笋）、菌菇类（香菇、金针菇）、蔬菜类（菠菜、芹菜、韭菜）、水果类（樱桃、草莓、橙子），助阳生发、疏肝理气；

食疗方：陈皮柴胡粥（陈皮 10g、柴胡 6g、大米 50g）、韭菜炒鸡蛋（韭菜 100g、鸡蛋 2 个），疏肝理气、健脾和胃；

禁忌：生冷、油腻、辛辣食物（如冰淇淋、肥肉、辣椒），避免损伤脾胃阳气。

情志调理：

核心目标：疏解肝郁、保持心情舒畅；

具体方法：多到户外踏青、散步，感受自然生机；练习八段锦“两手托天理三焦”“攒拳怒目增气力”等招式，疏肝理气；与亲友交流，避免情绪压抑。

运动康复：

核心原则：温和舒缓、助阳生发，避免剧烈运动；

推荐运动：散步（每次 20-30 分钟，每周 4-5 次）、简化八段锦（每次 15-20 分钟，每日 1 次）、室内瑜伽（侧重拉伸动作，每次 15 分钟）；

注意事项：运动时间选择上午 9-11 点（阳气较盛），避免清晨风寒；食管癌患者避免颈部过度活动，胃癌患者避免腹部剧烈拉伸。

中医药调理：

核心治法：疏肝理气、益气健脾；

推荐中药：柴胡、郁金、香附、白芍、黄芪、党参（需在医生指导下选用）；

中成药：逍遥丸（肝郁气滞证）、参苓白术散（脾胃虚弱证）；

外用疗法：穴位按摩（太冲、内关、足三里），每次 5-10 分钟，每日 2 次，疏肝健脾。

3. 防筛复查适配

复查前：饮食清淡，避免辛辣刺激影响检查结果；运动以轻度为主，避免过度消耗；

复查后：若结果正常，可适当增加户外运动量，助阳生发；若结果异常，以静养为主，配合疏肝理气中药缓解焦虑。

（二）夏季养生（6-8 月）：清热祛湿，养心安神

1. 季节特点与肿瘤患者适配难点

气候特点：高温高湿、暑气盛行，心气主令、暑湿易困；

适配难点：食管癌、胃癌患者易因暑湿困脾出现恶心、腹胀、腹泻，或因贪凉导致脾胃功能损伤，睡眠质量下降。

2. 精准调护方案

饮食调养：

核心原则：清热祛湿、健脾和胃、清淡易消化，避免暑湿与寒凉损伤；

推荐食物：瓜类（冬瓜、苦瓜、黄瓜）、豆类（绿豆、赤小豆）、蔬菜类（丝瓜、生菜、番茄）、水果类（西瓜、甜瓜、桃子），清热祛湿、补充水分；

食疗方：绿豆薏米粥（绿豆 20g、薏米 20g、大米 50g）、冬瓜海带汤（冬瓜 200g、海带 50g），清热祛湿、健脾利水；

禁忌：生冷寒凉（冰淇淋、冷饮、生鱼片）、油腻辛辣（肥肉、烧烤、辣椒），避免加重脾胃负担；食管癌患者避免过甜食物（如西瓜过量），防止痰多。

情志调理：

核心目标：静心安神、避免烦躁；

具体方法：选择阴凉通风环境休息，避免高温时段外出；听舒缓音乐、练习冥想，缓解烦躁情绪；保持规律作息，避免熬夜耗伤心气。

运动康复：

核心原则：避开高温、适度运动，避免中暑与过度消耗；

推荐运动：清晨或傍晚散步（每次 15-20 分钟，每周 3-4 次）、室内游泳（水温 25-28℃，每次 10-15 分钟）、太极拳（简化版，每次 15 分钟）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

注意事项：运动后及时补充淡盐水（避免脱水），不可立即冲冷水澡；胃癌患者避免空腹运动，防止低血糖。

中医药调理：

核心治法：清热祛湿、健脾和胃；

推荐中药：藿香、佩兰、荷叶、薏苡仁、茯苓、白术（需在医生指导下选用）；

中成药：藿香正气水（胶囊，暑湿感冒、恶心呕吐）、参苓白术丸（脾胃虚弱、腹泻）；

外用疗法：中药泡脚（藿香 15g、佩兰 15g、艾叶 10g），温泡 15 分钟，每日 1 次，清热祛湿、改善睡眠。

3. 防筛复查适配

复查前：避免高温时段前往医院，携带遮阳伞、水杯，防止中暑；

复查后：若出现恶心、腹胀，可服用藿香正气胶囊缓解，配合绿豆薏米粥调理；若白细胞降低，避免前往人群密集场所，防止感染。

（三）秋季养生（9-11 月）：滋阴润燥，养肺生津

1. 季节特点与肿瘤患者适配难点

气候特点：气温下降、空气干燥，燥邪盛行、万物收敛；

适配难点：食管癌患者易因燥邪伤津加重口干咽燥、吞咽困难；胃癌患者易因润燥食物滋腻出现腹胀、消化不良。

2. 精准调护方案

饮食调养：

核心原则：滋阴润燥、清淡生津，避免燥烈与滋腻；

推荐食物：梨、百合、银耳、蜂蜜、杏仁、莲藕、山药、白萝卜，滋阴润燥、养肺生津；

食疗方：百合银耳粥（百合 15g、银耳 10g、大米 50g）、梨汁冰糖饮（梨 1 个、冰糖 10g、榨汁）、山药莲藕汤（山药 15g、莲藕 100g），滋阴润燥、健脾和胃；

禁忌：辛辣燥烈（辣椒、花椒、生姜）、油炸烧烤（炸鸡、烤串）、过咸食物，避免加重燥邪损伤；食管癌患者避免粗糙食物（如坚果、硬米饭），胃癌患者避免过于滋腻（如肥肉、大量甜食）。

情志调理：

核心目标：收敛心神、避免悲秋情绪；

具体方法：多欣赏秋季自然景色（如红叶、秋菊），培养兴趣爱好（如书法、养花）；练习正念冥想，专注当下，缓解焦虑；与家人朋友聚餐，分享生活趣事，避免孤独感。

运动康复：

核心原则：温和舒缓、收敛肺气，避免剧烈运动导致津液耗伤；

推荐运动：散步（每次 20-30 分钟，每周 4-5 次）、太极拳（每次 20 分钟，每周 3-4 次）、室内拉伸（侧重胸部、颈部拉伸，每次 10-15 分钟）；

注意事项：运动后及时补充温水（避免冰水），食管癌患者可配合麦冬石斛饮滋润咽喉；避免在大风、干燥环境中长时间运动。

中医药调理：

核心治法：滋阴润燥、养肺健脾；

推荐中药：沙参、麦冬、玄参、百合、玉竹、生地（需在医生指导下选用）；

中成药：生脉饮（党参版，气阴两虚证）、百合固金丸（阴虚肺燥证）；

外用疗法：中药含漱（麦冬 15g、玄参 12g、金银花 10g），每日 3-4 次，缓解口干咽燥（适合食管癌患者）；穴位贴敷（肺俞、脾俞、足三里），每 3-5 天 1 次，滋阴润燥。

3. 防筛复查适配

复查前：饮食以清淡易消化为主，避免过于油腻影响检查（如胃镜视野）；

复查后：若出现口干、疲乏，可服用生脉饮、百合银耳粥调理；若肿瘤标志物轻度升高，配合清热解毒中药（如金银花、蒲公英），避免燥邪与癌毒交织。

（四）冬季养生（12-2 月）：温补脾肾，藏精固本

1. 季节特点与肿瘤患者适配难点

气候特点：气温寒冷、万物闭藏，寒邪盛行、阳气内敛；

适配难点：食管癌、胃癌患者易因寒邪侵袭出现畏寒肢冷、腹痛、腹泻，或因阳气亏虚导致疲乏加重，免疫力下降。

2. 精准调护方案

饮食调养：

核心原则：温补脾肾、温热易消化，避免寒凉与生冷；

推荐食物：羊肉、牛肉、鸡肉、核桃、桂圆、红枣、山药、栗子，温阳补肾、益气健脾；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

食疗方：当归生姜羊肉汤（当归 12g、生姜 6g、羊肉 50g）、核桃桂圆粥（核桃 10g、桂圆 10g、大米 50g）、红枣山药汤（红枣 10 枚、山药 15g），温补脾肾、益气养血；

禁忌：生冷寒凉（冰淇淋、冷饮、生蔬菜）、寒性食物（西瓜、梨、螃蟹），避免损伤脾胃阳气；胃癌患者避免过量食用羊肉（过于温热），可搭配白萝卜调和。

情志调理：

核心目标：静心安神、藏精固本，避免情绪波动耗伤阳气；

具体方法：保持规律作息（早睡晚起，顺应阳气闭藏），避免熬夜；室内布置温暖舒适，听舒缓音乐、阅读书籍，缓解焦虑；与家人共度时光（如聚餐、看电视），增强归属感。

运动康复：

核心原则：室内为主、温和保暖，避免受寒与过度消耗；

推荐运动：室内散步（每次 15-20 分钟，每周 3-4 次）、八段锦（室内练习，每次 15 分钟，每日 1 次）、艾灸配合轻度拉伸（艾灸足三里后进行肢体屈伸，每次 10 分钟）；

注意事项：运动前做好热身（如搓手、活动关节），避免突然运动导致受凉；运动后及时保暖，饮用温热的姜枣茶（生姜 3g、红枣 5 枚），温阳散寒。

中医药调理：

核心治法：温补脾肾、益气固阳；

推荐中药：黄芪、党参、附子、肉桂、杜仲、枸杞子（需在医生指导下选用，附子需炮制后使用）；

中成药：附子理中丸（脾肾阳虚证）、右归丸（肾阳不足证）、八珍颗粒（气血两虚证）；

外用疗法：艾灸（足三里、气海、关元、脾俞），每周 2-3 次，每次 15-20 分钟，温阳益气；中药泡脚（艾叶 15g、红花 10g、生姜 10g），温泡 15-20 分钟，每日 1 次，温通经络、散寒止痛。

3. 防筛复查适配

复查前：做好保暖措施（穿戴帽子、围巾、手套），避免受寒感冒；饮食以温热易消化为主，增强体能；

复查后：若结果正常，继续坚持温补脾肾方案，为来年康复奠定基础；若出

现畏寒、疲乏加重，可增加艾灸频次，服用附子理中丸调理（需医生指导）；若病情进展，以温和扶正为主，避免峻补。

三、食管癌、胃癌患者四季养生特殊要点

（一）食管癌患者：聚焦“利咽进食、避免刺激”

春季：避免风沙刺激咽喉，外出佩戴口罩；饮食以流质/半流质为主，如绿豆芽粥、草莓汁，避免粗糙食物；

夏季：避免冷饮、过甜食物，防止痰多影响吞咽；可饮用绿豆汤、冬瓜汤，清热祛湿同时补充水分；

秋季：重点滋阴润燥，每日饮用麦冬石斛饮、梨汁，配合中药含漱，缓解口干咽燥；

冬季：避免过烫食物（防止烫伤食管黏膜），选择温热的流质/半流质，如羊肉粥、红枣山药汤，温阳同时易于吞咽。

（二）胃癌患者：聚焦“健脾和胃、避免负担”

春季：避免辛辣、油腻食物，选择清淡的芽类、菌菇类，如春笋炒鸡蛋、香菇粥，疏肝同时保护胃黏膜；

夏季：避免暑湿食物（如肥肉、烧烤），选择冬瓜、绿豆、赤小豆，清热祛湿，防止腹胀、腹泻；

秋季：避免过于滋腻的润燥食物（如大量银耳、蜂蜜），选择山药、莲藕、白萝卜，滋阴同时健脾，防止腹胀；

冬季：避免过量温补（如大量羊肉、狗肉），选择温和的鸡肉、桂圆、红枣，搭配白萝卜、山药，温补同时不伤胃。

第九章 中西医结合肿瘤治疗

第一节 中西医结合治疗的理论基础

一、中西医结合治疗的核心理论支撑

（一）中医核心理论：整体观念与辨证论治

中医治疗肿瘤的理论基础源于整体观念与辨证论治，强调“人是一个有机整体”“人与自然界相统一”，肿瘤并非局部孤立病变，而是全身脏腑功能失调、气血阴阳失衡的局部表现：

1. 整体观念

肿瘤与脏腑的关联：食管癌、胃癌的发生与脾胃功能失调密切相关，中医认为“脾失健运则痰湿内生，胃失和降则气机郁滞，日久化热、生瘀、成毒，凝结成瘤”，治疗需兼顾脾胃调理与全身气血平衡，而非仅针对肿瘤局部；

肿瘤与情志、饮食、环境的关联：情志不畅（肝气郁结）、饮食不节（损伤脾胃）、外感邪气（寒邪、燥邪）等均会诱发或加重肿瘤，治疗需结合情志调理、饮食调养，实现“身心同调”；

2. 辨证论治

肿瘤患者的“证”是动态变化的，如食管癌患者早期可能表现为“肝郁气滞证”，中期转为“痰瘀互结证”，晚期出现“气血衰败证”，治疗需根据证型变化调整方案，体现“个体化治疗”理念；

辨证与辨病结合：中医在辨证的基础上，结合肿瘤的病理类型（如鳞癌、腺癌）、分期（早期、中期、晚期），针对性选用抗癌解毒、软坚散结药物，实现“辨证施药+辨病用药”的统一。

（二）西医核心理论：精准医疗与病理机制

西医治疗肿瘤的理论基础基于肿瘤发生发展的病理机制，强调“精准定位、靶向干预”，核心聚焦肿瘤细胞的增殖、侵袭、转移与血管生成等关键环节：

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

1. 肿瘤发生的分子机制

原癌基因激活与抑癌基因失活：如食管癌中 EGFR、KRAS 基因变异，胃癌中 HER2、MET 基因扩增，导致肿瘤细胞异常增殖；

信号通路异常：如 PI3K/Akt/mTOR、MAPK 等信号通路紊乱，促进肿瘤细胞存活与侵袭；

2. 精准医疗理念

基于基因检测、影像学检查等手段，明确肿瘤的病理类型、分期、基因特征，选择手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等针对性方案；

强调“局部治疗”与“全身治疗”结合：早期肿瘤以手术、放疗等局部治疗为主，清除肿瘤组织；中晚期肿瘤以化疗、靶向治疗、免疫治疗等全身治疗为主，抑制全身肿瘤细胞增殖与转移。

（三）中西医结合的理论契合点

中医的整体观念与西医的精准医疗并非对立，而是存在天然契合点，为中西医结合提供了理论基础：

个体化治疗的一致性：中医的“辨证论治”与西医的“精准医疗”均强调“因人而异”，中医根据患者体质、证型调整方案，西医根据基因特征、病理分期制定策略，本质都是“个体化治疗”；

整体与局部的互补性：中医侧重“整体调理”，改善全身脏腑功能、增强正气，为西医治疗创造条件；西医侧重“局部祛邪”，快速清除肿瘤组织、控制肿瘤进展，为中医调理争取时间；

动态治疗的统一性：中医强调“证”的动态变化，西医关注肿瘤的进展与治疗反应（如化疗后的骨髓抑制、靶向治疗后的耐药），两者均需根据病情变化调整治疗方案，体现“动态治疗”理念。

二、病机与病理的互补性：中医“证”与西医“病”的融合

中西医结合治疗的核心优势在于中医“证”与西医“病”的互补，中医的“证”反映肿瘤患者的全身功能状态，西医的“病”反映肿瘤的局部病理特征，两者结合可更全面地评估病情、指导治疗：

（一）食管癌：中医病机与西医病理的互补

1. 中医核心病机

核心病机：脾胃虚弱、肝气郁结、痰瘀互结、热毒内蕴；

不同阶段病机特点：

早期：肝气郁结、胃失和降（表现为胸骨后不适、暖气、反酸）；

中期：痰瘀互结、热毒内盛（表现为吞咽困难、胸骨后疼痛、口干口苦）；

晚期：气血衰败、阴阳两虚（表现为极度疲乏、消瘦、贫血、畏寒肢冷）。

2. 西医核心病理

病理类型：以鳞癌为主（占食管癌的 90% 以上），少数为腺癌；

病理特征：肿瘤细胞异常增殖，侵犯食管黏膜、黏膜下层、肌层及外膜，晚期可发生淋巴结转移与远处转移（如肺、肝、骨转移）；

关键分子靶点：EGFR、VEGF、PD-L1 等表达升高，促进肿瘤血管生成与免疫逃逸。

3. 互补融合逻辑

早期食管癌：西医以手术切除为主，中医针对“肝气郁结、胃失和降”，采用疏肝理气、健脾和胃药物（如柴胡、郁金、陈皮、白术），改善术后消化功能，减少复发；

中晚期食管癌：西医以放化疗、靶向治疗（如 EGFR 抑制剂）为主，中医针对“痰瘀互结、热毒内蕴”，采用清热解毒、活血化瘀、软坚散结药物（如白花蛇舌草、半枝莲、丹参、桃仁），减轻放化疗毒副作用（如口干、咽喉疼痛），增强治疗敏感性；

晚期食管癌：西医以姑息治疗（止痛、营养支持）为主，中医针对“气血衰败、阴阳两虚”，采用益气养血、温阳补肾药物（如黄芪、当归、附子、肉桂），改善生活质量，延长生存期。

（二）胃癌：中医病机与西医病理的互补

1. 中医核心病机

核心病机：脾胃虚弱、痰湿内生、瘀血阻滞、癌毒炽盛；

不同阶段病机特点：

早期：脾胃虚弱、痰湿内阻（表现为上腹部隐痛、腹胀、纳差、便溏）；

中期：痰瘀互结、癌毒内蕴（表现为上腹部肿块、疼痛加剧、黑便）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

晚期：气血亏虚、脾肾两虚（表现为消瘦、贫血、疲乏无力、畏寒肢冷）。

2. 西医核心病理

病理类型：以腺癌为主（占胃癌的 95% 以上），根据 Lauren 分型可分为肠型、弥漫型；

病理特征：肿瘤细胞起源于胃黏膜上皮细胞，侵犯胃壁各层，晚期可发生淋巴结转移（常见胃周淋巴结）与远处转移（如肝、肺、腹腔转移）；

关键分子靶点：HER2、MET、Claudin18.2、PD-L1 等，为靶向治疗与免疫治疗提供靶点。

3. 互补融合逻辑

早期胃癌：西医以手术（胃镜下黏膜切除术、胃部分切除术）为主，中医针对“脾胃虚弱、痰湿内阻”，采用健脾祛湿、和胃消食药物（如党参、白术、茯苓、炒麦芽），促进术后胃肠功能恢复，预防并发症（如倾倒综合征）；

中晚期胃癌：西医以化疗（如氟尿嘧啶类、铂类）、靶向治疗（如 HER2 抑制剂曲妥珠单抗）、免疫治疗（如 PD-1 抑制剂）为主，中医针对“痰瘀互结、癌毒内蕴”，采用活血化瘀、软坚散结、清热解毒药物（如蒲黄、五灵脂、鳖甲、蒲公英），减轻化疗所致的恶心呕吐、骨髓抑制，增强靶向治疗与免疫治疗的疗效；

晚期胃癌：西医以姑息治疗为主，中医针对“气血亏虚、脾肾两虚”，采用十全大补汤、附子理中丸等方剂，益气养血、温补脾肾，缓解疼痛、改善食欲，延长生存期。

三、治疗目标的协同性：扶正与祛邪的统一

中西医结合治疗的核心目标是实现“扶正”与“祛邪”的统一，中医的“扶正”与西医的“祛邪”相互协同、相互促进，避免“祛邪伤正”或“扶正助邪”的弊端：

（一）中医“扶正”：为西医“祛邪”奠定基础

中医的“扶正”即通过益气、养血、滋阴、温阳等治法，增强机体正气、改善脏腑功能、提升免疫力，为西医的手术、放化疗等“祛邪”治疗创造条件：

1. 术前扶正

食管癌、胃癌患者术前常因食欲减退、慢性失血导致气虚、血虚，中医采用

益气健脾、养血滋阴药物（如黄芪、党参、当归、麦冬），改善体能状态，提升手术耐受性，减少术后并发症；

2. 放化疗期间扶正

放化疗会损伤正常组织细胞，导致骨髓抑制（白细胞、血小板减少）、胃肠道反应（恶心呕吐、腹泻）、免疫功能下降，中医采用健脾和胃、益气养血、滋阴解毒药物（如陈皮、半夏、黄芪、当归、沙参），减轻毒副作用，维持机体正气，确保放化疗顺利完成；

3. 术后扶正

手术创伤会导致气血亏虚、脾胃功能失调，中医采用益气养血、健脾和胃药物（如八珍汤、香砂六君子汤），促进伤口愈合、恢复胃肠功能，减少术后感染、肠梗阻等并发症。

（二）西医“祛邪”：为中医“扶正”创造条件

西医的“祛邪”即通过手术、放化疗、靶向治疗等手段，直接清除肿瘤组织、抑制肿瘤细胞增殖与转移，减轻肿瘤对机体的侵袭与消耗，为中医的“扶正”调理争取时间：

早期肿瘤：手术切除肿瘤组织，是最有效的“祛邪”手段，可快速减轻肿瘤负荷，为术后中医扶正调理创造基础，降低复发风险；

中晚期肿瘤：放化疗、靶向治疗等全身治疗可抑制全身肿瘤细胞，控制肿瘤进展，缓解肿瘤压迫、出血等症状，减少肿瘤对机体的消耗，使中医扶正调理能够更有效地改善患者体质；

复发转移肿瘤：西医采用姑息性治疗（如放疗止痛、化疗控制转移），缓解患者痛苦，为中医长期扶正、延长生存期创造条件。

（三）扶正与祛邪的动态平衡

中西医结合治疗需根据肿瘤患者的病情阶段、体能状态、治疗反应，动态调整“扶正”与“祛邪”的比例：

早期肿瘤：以“祛邪为主，扶正为辅”，西医手术、放疗清除肿瘤组织，中医轻度扶正调理，促进恢复；

中期肿瘤：以“祛邪与扶正并重”，西医放化疗、靶向治疗抑制肿瘤，中医同步扶正，减轻毒副作用，增强疗效；

晚期肿瘤：以“扶正为主，祛邪为辅”，中医重点扶正，改善生活质量，西医适度祛邪，控制肿瘤进展，延长生存期。

四、中西医结合治疗的临床适配逻辑

（一）阶段适配：与肿瘤治疗全程同步融合

中西医结合治疗需贯穿肿瘤治疗的全过程，不同阶段融合方式与重点不同：

1. 预防与筛查阶段

中医：针对高危人群（如慢性食管炎、萎缩性胃炎患者），采用健脾和胃、清热解毒、活血化瘀药物（如党参、白术、金银花、丹参），调理体质，降低肿瘤发生风险；

西医：采用胃镜、肿瘤标志物检测等手段，早期筛查食管癌、胃癌，实现“早发现、早诊断、早治疗”；

2. 治疗阶段（手术、放化疗、靶向/免疫治疗）

中医：同步介入，减轻治疗毒副作用，增强治疗敏感性，提升耐受性；

西医：主导治疗，清除肿瘤组织、控制肿瘤进展；

3. 康复阶段

中医：主导调理，扶正固本、预防复发，改善后遗症；

西医：定期复查，监测病情变化，及时干预复发转移。

（二）方法适配：中医特色疗法与西医治疗的协同

中医的中药内服、外用及特色疗法（针灸、穴位贴敷）与西医的手术、放化疗、靶向治疗等方法可形成协同，提升治疗效果：

1. 中药与手术协同

术前中药扶正：提升手术耐受性；

术后中药调理：促进恢复，减少并发症（如食管癌术后反流、胃癌术后消化不良）；

2. 中药与放化疗协同

中药减轻放化疗毒副作用：如恶心呕吐用生姜、陈皮、半夏；骨髓抑制用黄芪、当归、枸杞子；放射性食管炎用麦冬、玄参、金银花；

中药增强放化疗疗效：如清热解毒药物（白花蛇舌草、半枝莲）可增强化疗药物对肿瘤细胞的杀伤作用，活血化瘀药物（丹参、川芎）可改善肿瘤局部血液循环，提升放疗敏感性；

3. 中药与靶向 / 免疫治疗协同

中药减轻靶向治疗副作用：如 EGFR 抑制剂所致的皮疹用苦参、地肤子；腹泻用山药、芡实；

中药增强免疫治疗疗效：如益气健脾、补肾药物（黄芪、党参、枸杞子、杜仲）可调节机体免疫功能，提升 PD-1/PD-L1 抑制剂的疗效，延缓耐药。

（三）安全适配：规避中西医结合的潜在风险

中西医结合治疗需遵循“安全第一、科学规范”原则，规避潜在风险：

药物相互作用：避免中药与西药的不良相互作用（如中药中的甘草与西药中的降压药、降糖药可能存在协同作用，需调整剂量）；

辨证施药：避免盲目使用中药，如阴虚患者避免使用温热性中药（附子、肉桂），以免加重阴虚症状；

剂量与疗程：中药需在专业中医师指导下使用，避免过量、长期服用某一种药物，定期复查肝肾功能，避免药物性损伤；

避免替代治疗：中医不能替代西医的规范治疗（如早期肿瘤不能仅用中药治疗，需首选手术），需“中西医结合”而非“中医替代西医”。

第二节 手术前后的中医药干预

一、术前中医药干预：扶正固本，提升手术耐受性

术前中医药干预的核心目标是“增强正气、改善体质、优化手术条件”，通过调理脾胃功能、补充气血阴阳，提升患者对手术创伤的耐受能力，减少术中风险与术后并发症的发生。

（一）核心干预原则

辨证为先，靶向调理：针对术前患者常见的“气虚、血虚、脾胃虚弱、阴虚”等证型，精准选用益气、养血、健脾、滋阴等治法，避免盲目进补；

温和适度，避免峻猛：术前中医药以“温和扶正”为主，禁用活血化瘀、清热解毒等峻猛药物，防止影响凝血功能或加重机体消耗；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

兼顾基础疾病：若患者合并高血压、糖尿病、心脏病等，需在扶正同时兼顾基础疾病调理，如高血压患者避免使用温燥升阳药物。

（二）常见证型与干预方案

1. 气虚证（最常见）

核心表现：神疲乏力、气短自汗、活动后加重、纳差便溏、舌淡苔薄白、脉细弱；

干预方案：

方剂：补中益气汤加减（黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、陈皮 10g、升麻 6g、柴胡 6g、炙甘草 6g）；

加减：若便溏明显加炒山药 15g、芡实 12g；自汗多者加防风 10g、浮小麦 15g；

中成药：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）、参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）；

食疗方：黄芪山药粥（黄芪 20g、山药 15g、小米 50g）、党参炖鸡汤（党参 15g、鸡肉 100g、生姜 3 片）。

2. 气血两虚证

核心表现：神疲乏力、头晕眼花、面色萎黄或苍白、口唇指甲淡白、心悸失眠、舌淡苔白、脉细弱；

干预方案：

方剂：八珍汤加减（黄芪 20g、党参 15g、当归 12g、熟地 15g、白芍 12g、川芎 6g、白术 12g、炙甘草 6g）；

加减：心悸失眠加酸枣仁 15g、桂圆肉 10g；贫血明显加阿胶 10g（烊化）、枸杞子 15g；

中成药：八珍颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）、归脾丸（每次 8g，每日 3 次）；

食疗方：当归生姜羊肉汤（当归 10g、生姜 6g、羊肉 50g、大米 50g）、红枣桂圆粥（红枣 10 枚、桂圆 10g、大米 50g）。

3. 脾胃虚弱证

核心表现：纳差腹胀、恶心嗳气、食欲不振、大便溏薄或黏腻、舌淡苔白腻、脉滑；

干预方案：

方剂：香砂六君子汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、半夏

10g、木香 6g、砂仁 6g、炙甘草 6g)；

加减：腹胀明显加厚朴 10g、枳壳 10g；恶心加生姜 6g、竹茹 10g；

中成药：香砂六君丸(每次 8g,每日 3 次)、健胃消食片(每次 4 片,每日 3 次)；

食疗方：山药莲子粥(山药 15g、莲子 10g、大米 50g)、陈皮萝卜汤(陈皮 10g、白萝卜 100g、瘦肉 50g)。

4. 阴虚证

核心表现：口干咽燥、手足心热、潮热盗汗、大便干结、舌红少苔或无苔、脉细数；

干预方案：

方剂：沙参麦冬汤加减(沙参 15g、麦冬 15g、玄参 12g、生地 15g、玉竹 12g、太子参 15g、炙甘草 6g)；

加减：盗汗加浮小麦 15g、五味子 6g；大便干结加麻子仁 12g、郁李仁 10g；

中成药：生脉饮(党参版,每次 1 支,每日 3 次)、百合固金丸(每次 8g,每日 2 次)；

食疗方：百合银耳粥(百合 15g、银耳 10g、大米 50g)、梨汁冰糖饮(梨 1 个、冰糖 10g,榨汁)。

(三) 食管癌、胃癌术前干预特殊要点

1. 食管癌术前

核心困扰：吞咽困难、胸骨后不适、口干咽燥；

特殊干预：

中药宜制成汤剂或膏剂，少量频服，避免粗糙药物刺激食管；

吞咽困难明显者，可加用桔梗 10g、玄参 12g、射干 10g，滋阴利咽、缓解梗阻；

食疗以流质/半流质为主，如藕粉、蛋花汤、蔬菜汁，避免辛辣、过烫食物。

2. 胃癌术前

核心困扰：上腹部隐痛、黑便、贫血；

特殊干预：

黑便者避免使用活血化瘀药物，可加用仙鹤草 15g、白及 10g，收敛止血；

腹痛明显者加用延胡索 10g、白芍 15g，缓急止痛；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

食疗避免生冷、坚硬食物，选择温热、易消化的粥品或汤类。

（四）干预时机与疗程

干预时机：术前 2-4 周开始，若患者体质极差，可提前至术前 4-6 周；

疗程：每日 1 剂中药，分 2-3 次服用，至手术前 1-2 天暂停（避免影响麻醉与术中凝血）；

监测指标：定期复查血常规、肝肾功能、电解质，评估体能状态（KPS 评分），若 KPS 评分提升 ≥ 10 分、血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 、白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ ，提示干预有效。

二、术后中医药干预：益气养血，促进康复修复

术后中医药干预的核心目标是“修复创伤、恢复脏腑功能、预防并发症、减少复发”，针对手术导致的气血亏虚、胃肠功能紊乱、伤口愈合缓慢等问题，采用益气养血、健脾和胃、活血化瘀等治法，加速机体恢复。

（一）核心干预原则

分期适配，循序渐进：术后初期以“温和扶正、调理脾胃”为主，避免峻补；术后中期逐步增加益气养血、活血化瘀药物；术后后期侧重扶正固本、预防复发；

标本兼顾，防治并发症：既关注全身气血修复，又针对性改善术后胃肠功能紊乱、吻合口炎症、感染等并发症；

安全第一，规避风险：术后 1-2 天胃肠功能未恢复时，以静脉营养或流质饮食为主，中药宜延后至排气后开始；避免使用对胃肠道有刺激的药物。

（二）术后不同阶段干预方案

1. 术后初期（术后 1-2 周，胃肠功能恢复期）

核心问题：胃肠功能未恢复（腹胀、无排气排便）、伤口疼痛、体质虚弱、易感染；

干预目标：促进胃肠功能恢复、缓解疼痛、预防感染；

干预方案：

胃肠功能未恢复时（术后 1-3 天）：

中医特色疗法：穴位按摩（足三里、内关、中脘、天枢），每个穴位按压 5-10 分钟，每日 2 次；艾灸（足三里、气海、关元），温和灸 15-20 分钟，每日 1 次，促进排气；

中药灌肠：若腹胀明显，采用大承气汤加减（大黄 6g、厚朴 10g、枳实 10g、芒硝 6g），保留灌肠，每次 100ml，每日 1 次，促进排便（需医生指导）；

胃肠功能恢复后（术后 3-14 天）：

方剂：四君子汤合陈皮半夏汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、半夏 10g、生姜 6g、炙甘草 6g）；

加减：腹胀加厚朴 10g、枳壳 10g；伤口疼痛加延胡索 10g、白芍 15g；发热加金银花 15g、连翘 10g；

中成药：四君子丸（每次 8g，每日 3 次）、木香顺气丸（每次 6g，每日 3 次）；

食疗方：小米粥、蛋花汤、蔬菜泥，逐步过渡到半流质饮食，避免油腻、生冷食物。

2. 术后中期（术后 2-8 周，体质恢复期）

核心问题：气血亏虚（疲乏、贫血）、胃肠功能紊乱（纳差、腹泻或便秘）、伤口愈合缓慢；

干预目标：益气养血、调理脾胃、促进伤口愈合；

干预方案：

方剂：八珍汤合香砂六君子汤加减（黄芪 20g、党参 15g、当归 12g、熟地 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、木香 6g、炙甘草 6g）；

加减：贫血明显加阿胶 10g（烊化）、枸杞子 15g；腹泻加炒山药 15g、芡实 12g；便秘加麻子仁 12g、当归 10g；伤口愈合缓慢加丹参 12g、鸡血藤 15g；

中成药：八珍颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）、归脾丸（每次 8g，每日 3 次）；

食疗方：黄芪当归粥（黄芪 20g、当归 10g、大米 50g、红枣 5 枚）、山药排骨粥（山药 15g、排骨 50g、大米 50g）。

3. 术后后期（术后 8 周以上，康复巩固期）

核心问题：正气亏虚、残留癌毒、复发风险升高；

干预目标：扶正固本、清热解毒、预防复发；

干预方案：

方剂：补中益气汤合五味消毒饮加减（黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、当归 12g、陈皮 10g、金银花 15g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 20g、炙甘草 6g）；

加减：气虚明显加西洋参 10g；阴虚加沙参 15g、麦冬 15g；血瘀加丹参 12g、川芎 6g；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

中成药：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）、华蟾素胶囊（每次 2 粒，每日 3 次，需医生指导）；

食疗方：黄芪枸杞炖鸽子（黄芪 20g、枸杞子 15g、鸽子 1 只）、西兰花炒香菇（西兰花 100g、香菇 50g、瘦肉 50g）。

（三）术后常见并发症的中医药干预

1. 胃肠功能紊乱（腹胀、恶心、排气排便延迟）

核心病机：脾胃虚弱、气机郁滞；

干预方案：

穴位按摩：足三里、内关、中脘、天枢，每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次；

中药外敷：炒莱菔子 30g、厚朴 15g、木香 10g，研末调敷腹部（中脘至关元区域），每日 1 次，每次 6 小时；

方剂：厚朴排气汤加减（厚朴 12g、枳实 10g、大黄 6g、木香 6g、陈皮 10g、生姜 6g），水煎服，每日 1 剂。

2. 吻合口炎症 / 狭窄（食管癌术后常见）

核心病机：阴虚火旺、痰瘀互结；

干预方案：

中药含漱：麦冬 15g、玄参 12g、金银花 10g、生甘草 6g，煎水含漱，每日 3-4 次，缓解口干咽痛；

方剂：玄参利咽汤加减（玄参 15g、麦冬 15g、桔梗 10g、射干 10g、丹参 12g、桃仁 10g、白花蛇舌草 15g），水煎服，每日 1 剂；

针灸：针刺天突、膈中、足三里、内关，每周 2-3 次，每次 20 分钟。

3. 倾倒综合征（胃癌术后常见）

核心病机：脾胃虚弱、气血失调；

干预方案：

方剂：参苓白术散合当归补血汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、山药 15g、黄芪 20g、当归 10g、陈皮 10g、炙甘草 6g）；

食疗：少食多餐，避免过甜、过咸食物，餐后平卧 30 分钟；可饮用生姜红枣茶（生姜 3g、红枣 5 枚），温阳健脾；

穴位贴敷：贴敷足三里、中脘、脾俞，每 3-5 天 1 次，每次 4 小时。

4. 术后感染（发热、咳嗽、伤口红肿）

核心病机：正气亏虚、热毒内蕴；

干预方案：

方剂：银翘散合五味消毒饮加减（金银花 15g、连翘 12g、蒲公英 15g、紫花地丁 15g、黄芪 20g、党参 15g、白术 12g）；

中药外敷：伤口红肿者，用金银花 30g、蒲公英 30g、黄柏 15g，煎水湿敷，每日 2 次，每次 30 分钟；

中成药：蒲地蓝消炎口服液（每次 1 支，每日 3 次）、头孢类抗生素（西医规范使用，中药辅助）。

（四）食管癌、胃癌术后干预特殊要点

1. 食管癌术后

核心关注：吻合口愈合、反流、吞咽功能恢复；

特殊干预：

反流明显者，加用柴胡 10g、枳壳 10g、白芍 15g、甘草 6g，疏肝和胃、降逆止呕；

吞咽功能恢复缓慢者，配合针灸（天突、廉泉、足三里）与康复训练（空咽训练、吞咽练习）；

饮食从流质→半流质→软食逐步过渡，避免辛辣、过烫、粗糙食物，餐后保持站立或半卧位 30 分钟。

2. 胃癌术后

核心关注：消化功能恢复、贫血、腹腔粘连；

特殊干预：

贫血持续者，加用阿胶 10g、鹿角胶 6g（烊化）、鸡血藤 15g，益气养血；

腹腔粘连者，加用丹参 12g、川芎 6g、莪术 6g（少量），活血化瘀、软坚散结；

饮食以高蛋白、高维生素、易消化为主，避免产气食物（如豆类、洋葱、卷心菜），少食多餐。

三、手术前后中医药干预的安全注意事项

（一）用药安全

辨证施药：必须在专业中医师指导下用药，避免自行购买中成药或偏方，防止“辨证不当、用药失误”；

药物调整：根据患者体质、症状变化及时调整方剂，如术后胃肠功能恢复后，逐步减少理气药，增加益气养血药；

避免禁忌药物：术前禁用活血化瘀、峻猛解毒药（如三棱、莪术、蜈蚣、全蝎），术后初期禁用寒凉、滋腻药（如大黄、芒硝、熟地过量）；

监测不良反应：用药期间密切观察是否出现恶心、腹泻、皮疹等不适，定期复查肝肾功能，避免药物性损伤。

（二）与西医治疗的协同配合

术前：中医药干预需与西医术前检查（如胃镜、CT、血常规）同步进行，避免因中药影响检查结果（如含铋中药影响影像学检查）；

术中：手术前 1-2 天暂停服用中药，防止麻醉中出现呕吐、误吸；

术后：中药需在胃肠功能恢复（排气后）开始服用，初期以少量频服为宜，避免加重胃肠负担；若术后需使用抗生素、营养制剂，与中药服用时间间隔 1-2 小时。

（三）饮食与生活方式配合

饮食调理：术前以“清淡易消化、营养均衡”为核心，避免辛辣、油腻、生冷食物，戒烟戒酒，为手术创造良好的胃肠条件；术后遵循“流质→半流质→软食→普通饮食”的过渡原则，少食多餐，避免暴饮暴食，逐步增加蛋白质（如鸡蛋、瘦肉、豆制品）与维生素（如新鲜蔬菜、水果）的摄入，促进伤口愈合与体质恢复。

生活方式：术前保证充足睡眠（每日 7-8 小时），避免熬夜耗伤正气；适度进行轻度运动（如散步、室内拉伸），增强体能；术后卧床期间，定时翻身、拍背，预防压疮与肺部感染；胃肠功能恢复后，逐步增加活动量，促进气血循环。

情志调节：术前避免焦虑、恐惧等不良情绪，通过听音乐、与家人交流等方式缓解压力，保持心情舒畅；术后因疼痛、不适易产生烦躁情绪，需及时疏导，配合情志调理，避免肝气郁结影响康复。

第三节 放化疗期间的中医药配合

放化疗是食管癌、胃癌中晚期的核心治疗手段，能有效抑制肿瘤细胞增殖、控制病情进展，但同时也会损伤正常组织细胞，引发骨髓抑制、胃肠道反应、放射性损伤、免疫功能下降等一系列毒副作用，严重影响患者生活质量与治疗耐受性。中医药在放化疗期间的精准配合，以“扶正固本、清热解毒、减毒增效”为核心原则，通过辨证施药与特色疗法，既能减轻放化疗毒副作用、保障治疗顺利完成，又能增强肿瘤细胞对放化疗的敏感性、提升治疗效果，实现“西医祛邪”与“中医护正”的协同统一，契合“全程防筛 - 治疗 - 康复”的全周期管理理念。

一、放化疗期间中医药配合的核心目标与原则

（一）核心干预目标

减毒：减轻放化疗所致的骨髓抑制、胃肠道反应、放射性食管炎 / 胃炎、疲乏等毒副作用；

增效：增强肿瘤细胞对放化疗的敏感性，抑制肿瘤细胞增殖与耐药，提升临床疗效；

保功能：保护骨髓造血功能、胃肠功能、免疫功能，维持机体正气，保障放化疗顺利完成；

稳状态：改善患者生活质量，缓解焦虑、抑郁等不良情绪，维持体能状态。

（二）核心配合原则

辨证为先，靶向施策：针对放化疗不同阶段、不同毒副作用对应的证型（如气虚、阴虚、脾胃失调、热毒内蕴），精准选用扶正、解毒、和胃等治法；

时序适配，动态调整：放化疗前以“预培其元”为主，放化疗中以“减毒护正”为主，放化疗间歇期以“益气养阴”为主，根据治疗进程动态调整方案；

中西协同，避害就利：中医药与放化疗同步介入，避免药物相互作用；禁用与放化疗冲突的药物（如影响造血功能、肝肾功能的中药）；

安全温和，循序渐进：中药以“温和扶正、适度解毒”为主，避免峻猛药物，兼顾疗效与安全性。

二、放化疗常见毒副作用的中医药精准干预

（一）骨髓抑制（最常见）

1. 核心表现与病机

核心表现：放化疗后白细胞、血小板、红细胞减少，出现神疲乏力、头晕眼花、面色苍白、心悸气短、易感染、牙龈出血、皮肤瘀斑等；

核心病机：放化疗损伤骨髓造血功能，导致气血亏虚、脾肾两虚（“肾主骨生髓”“脾为气血生化之源”）。

2. 干预方案

辨证分型与方剂：

气血两虚证：八珍汤合当归补血汤加减（黄芪 30g、党参 15g、当归 12g、熟地 15g、白芍 12g、川芎 6g、白术 12g、炙甘草 6g）；

脾肾两虚证：归脾汤合右归丸加减（黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、当归 10g、熟地 15g、枸杞子 15g、杜仲 12g、菟丝子 15g、炙甘草 6g）；

阴虚内热证：生脉饮合六味地黄丸加减（太子参 15g、麦冬 15g、五味子 6g、熟地 15g、山茱萸 12g、山药 15g、丹皮 10g、茯苓 15g）；

加减用药：

白细胞减少明显：加鸡血藤 15g、补骨脂 12g、鹿角胶 6g（烊化）；

血小板减少明显：加仙鹤草 15g、茜草 10g、花生衣 10g；

贫血明显：加阿胶 10g（烊化）、制何首乌 15g、桑葚 15g；

中成药：

气血两虚：八珍颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）、归脾丸（每次 8g，每日 3 次）；

脾肾两虚：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）、右归丸（每次 8g，每日 2 次）；

阴虚内热：生脉饮（人参版，每次 1 支，每日 3 次）、六味地黄丸（每次 8g，每日 3 次）；

食疗方：

黄芪枸杞红枣粥（黄芪 20g、枸杞子 15g、红枣 10 枚、大米 50g）；

当归羊肉汤（当归 10g、羊肉 50g、生姜 3 片、大米 50g）；

花生衣红枣茶（花生衣 10g、红枣 5 枚，煮水代茶饮）。

（二）胃肠道反应

1. 核心表现与病机

核心表现：放化疗后出现恶心呕吐、腹胀、纳差、嗝气、腹泻或便秘等；

核心病机：放化疗损伤胃肠黏膜，导致脾胃失调、气机郁滞、痰湿内生。

2. 干预方案

辨证分型与方剂：

脾胃虚弱、胃气上逆证：香砂六君子汤合旋覆代赭汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、半夏 10g、木香 6g、砂仁 6g、旋覆花 10g、代赭石 15g、炙甘草 6g）；

湿阻中焦证：藿香正气散加减（藿香 12g、佩兰 12g、苍术 10g、厚朴 10g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 15g、生姜 6g、炙甘草 6g）；

肠燥津亏证（便秘）：麻子仁丸合增液汤加减（麻子仁 12g、杏仁 10g、大黄 6g、玄参 15g、麦冬 15g、生地 15g、枳实 10g）；

脾虚湿盛证（腹泻）：参苓白术散合痛泻要方加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、山药 15g、炒扁豆 12g、陈皮 10g、白芍 15g、防风 10g）；

加减用药：

恶心呕吐明显：加生姜 6g、竹茹 10g、丁香 3g；

腹胀明显：加厚朴 10g、枳壳 10g、炒莱菔子 15g；

腹泻严重：加芡实 12g、莲子 10g、石榴皮 10g；

中成药：

恶心呕吐：香砂六君丸（每次 8g，每日 3 次）、藿香正气胶囊（每次 4 粒，每日 3 次）；

便秘：麻仁润肠丸（每次 1 丸，每日 2 次）、乳果糖口服液（西医配合）；

腹泻：参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）、附子理中丸（每次 8g，每日 3 次，适用于虚寒性腹泻）；

中医特色疗法：

穴位按摩：足三里、内关、中脘、天枢，每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次；

中药外敷：炒莱菔子 30g、厚朴 15g、生姜 10g，研末调敷腹部，每日 1 次，每次 6 小时；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

针灸：针刺足三里、内关、中脘，每周 2-3 次，每次 20 分钟（放化疗间歇期进行）。

（三）放射性损伤（食管癌放射性食管炎、胃癌放射性胃炎）

1. 核心表现与病机

食管癌放射性食管炎：胸骨后疼痛、烧灼感、吞咽困难、口干咽燥，严重时进食梗阻；核心病机：热毒内蕴、阴虚火旺、痰瘀互结；

胃癌放射性胃炎：上腹部疼痛、烧灼感、反酸、恶心、呕吐，严重时呕血、黑便；核心病机：胃阴亏虚、热毒损伤、瘀血阻滞。

2. 干预方案

（1）放射性食管炎（食管癌放化疗专属）

方剂：玄参利咽汤合沙参麦冬汤加减（玄参 15g、麦冬 15g、沙参 15g、生地 15g、桔梗 10g、射干 10g、金银花 15g、蒲公英 15g、丹参 12g、白芍 15g、炙甘草 6g）；

加减用药：

疼痛明显：加延胡索 10g、白芷 10g、罂粟壳 3g（短期使用，需医生指导）；

吞咽困难：加威灵仙 10g、急性子 6g（少量）、栝楼 15g；

口干严重：加玉竹 12g、石斛 12g、梨汁适量（兑服）；

特色疗法：

中药含漱：玄参 15g、麦冬 15g、金银花 10g、生甘草 6g、薄荷 6g，煎水放凉后含漱，每次 5 分钟，每日 3-4 次；

穴位贴敷：天突、膻中、足三里，用清热解毒、滋阴利咽的中药膏贴敷，每 3-5 天 1 次；

食疗方：百合银耳粥、梨汁冰糖饮、藕粉，避免辛辣、过烫、粗糙食物，选择流质 / 半流质饮食。

（2）放射性胃炎（胃癌放化疗专属）

方剂：沙参麦冬汤合丹参饮加减（沙参 15g、麦冬 15g、生地 15g、玉竹 12g、丹参 12g、檀香 6g、砂仁 6g、陈皮 10g、半夏 10g、炙甘草 6g）；

加减用药：

疼痛明显：加延胡索 10g、白及 10g、海螵蛸 15g；

反酸烧心：加乌贼骨 15g、浙贝母 10g、煅瓦楞子 15g；

呕血黑便：加仙鹤草 15g、白及 10g、三七粉 3g（冲服）；

特色疗法：

中药热敷：炒盐 30g、吴茱萸 10g，布包热敷上腹部，每日 1 次，每次 20 分钟；

穴位按摩：中脘、足三里、内关、公孙，每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次；

食疗方：山药莲子粥、小米粥、南瓜泥，避免生冷、辛辣、油腻食物，少食多餐。

（四）疲乏综合征

1. 核心表现与病机

核心表现：放化疗期间出现持续性疲劳、乏力、活动耐力下降、注意力不集中、情绪低落等；

核心病机：放化疗耗伤气血阴阳，导致气虚、阴虚、气血两虚，机体能量代谢紊乱。

2. 干预方案

辨证分型与方剂：

气虚为主证：补中益气汤加减（黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、陈皮 10g、升麻 6g、柴胡 6g、炙甘草 6g）；

阴虚为主证：生脉饮合沙参麦冬汤加减（太子参 15g、麦冬 15g、五味子 6g、沙参 15g、玉竹 12g、生地 15g、炙甘草 6g）；

气血两虚证：八珍汤加减（黄芪 20g、党参 15g、当归 12g、熟地 15g、白芍 12g、川芎 6g、白术 12g、炙甘草 6g）；

中成药：

气虚：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）、参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）；

阴虚：生脉饮（党参版，每次 1 支，每日 3 次）、百合固金丸（每次 8g，每日 2 次）；

食疗方：黄芪桂圆粥（黄芪 20g、桂圆 10g、大米 50g）、西洋参茶（西洋参 5g，切片泡水代茶饮）；

生活方式配合：适度轻度运动（如散步、室内拉伸），每日 10-15 分钟；保证充足睡眠（每日 7-8 小时）；避免过度劳累。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（五）免疫功能下降

1. 核心表现与病机

核心表现：放化疗后抵抗力下降，易发生呼吸道、消化道感染，出现发热、咳嗽、咽痛、腹泻等；

核心病机：放化疗损伤机体免疫功能，导致正气亏虚、卫外不固。

2. 干预方案

方剂：玉屏风散合补中益气汤加减（黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、防风 10g、陈皮 10g、升麻 6g、柴胡 6g、炙甘草 6g）；

加减用药：

合并感染（热毒内蕴）：加金银花 15g、连翘 12g、蒲公英 15g；

阴虚明显：加沙参 15g、麦冬 15g、枸杞子 15g；

中成药：玉屏风颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）、贞芪扶正颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）；

食疗方：黄芪炖鸽子（黄芪 20g、鸽子 1 只、生姜 3 片）、香菇炒西兰花（香菇 50g、西兰花 100g）；

特色疗法：艾灸足三里、气海、关元，每周 2-3 次，每次 15-20 分钟，温阳益气、增强免疫力。

三、食管癌与胃癌放化疗期间的中医药配合特殊要点

（一）食管癌放化疗期间

1. 核心关注：放射性食管炎、吞咽困难、口干咽燥

2. 特殊配合策略

中药剂型适配：以汤剂、膏剂、含漱液为主，避免丸剂、散剂等粗糙剂型刺激食管；

用药方式：汤剂少量频服（每次 50-100ml，每 2-3 小时 1 次），减轻吞咽负担；

重点药物：优先选用滋阴利咽、清热解毒、软坚散结药物（如玄参、麦冬、桔梗、射干、金银花、白花蛇舌草），避免温热燥烈药物（如附子、肉桂过量）；

放疗同步干预：放疗开始即配合中药含漱与口服，提前预防放射性食管炎，避免症状加重；

饮食适配：以流质/半流质、凉温适宜的食物为主，如牛奶、蛋花汤、蔬菜汁、果汁，避免过烫、辛辣、坚硬食物。

（二）胃癌放化疗期间

1. 核心关注：放射性胃炎、恶心呕吐、腹泻、贫血

2. 特殊配合策略

中药剂型适配：以汤剂、丸剂为主，避免过于寒凉的中药（如大黄、芒硝）刺激胃黏膜；

用药方式：餐后 1-2 小时服用中药，避免空腹服药加重胃部不适；

重点药物：优先选用健脾和胃、益气养血、止血护胃药物（如党参、白术、茯苓、白及、海螵蛸、仙鹤草），避免活血化瘀药物过量（如桃仁、红花过量易致胃出血）；

化疗同步干预：化疗前 30 分钟服用止呕中药（如生姜、竹茹、半夏），预防恶心呕吐；

饮食适配：少食多餐，选择温热、易消化、高蛋白的食物（如小米粥、瘦肉粥、蒸蛋），避免产气、油腻、生冷食物（如豆类、肥肉、冰淇淋）。

第四节 靶向治疗与中医药结合

靶向治疗是食管癌、胃癌中晚期精准治疗的核心手段，通过针对肿瘤特定分子靶点（如 HER2、EGFR、Claudin18.2、MET 等）干预信号通路，实现“精准杀瘤、少伤正常组织”的治疗效果。但靶向治疗仍存在耐药性、靶点逃逸、特异性毒副作用（如皮疹、腹泻、肝损伤）等临床痛点，且无法改善肿瘤患者整体脏腑功能失调、正气亏虚的状态。中医药与靶向治疗的精准结合，以“靶向祛邪、中药扶正、增效减毒、延缓耐药”为核心原则，通过辨证施药与整体调理，既辅助靶向药物增强肿瘤杀伤效果，又减轻其毒副作用、改善患者体质、延缓耐药发生，实现“精准治疗”与“整体调理”的协同统一，契合“全程防筛-治疗-康复”的全周期管理理念。

一、靶向治疗与中医药结合的理论基础

（一）精准性与整体性的互补

靶向治疗：聚焦肿瘤“局部靶点”，通过抑制特定信号通路（如 HER2/PI3K/Akt、EGFR/MAPK）实现精准杀瘤，体现“辨病施治”的精准性；

中医药：关注患者“整体状态”，通过调理脏腑功能、平衡气血阴阳，改善靶向治疗所致的正气损伤，体现“辨证论治”的整体性；

契合逻辑：靶向治疗“攻其一点”，中医药“顾其全身”，两者结合实现“局部精准祛邪”与“全身扶正固本”的统一。

（二）病机与靶点的对应

中医病机：食管癌、胃癌靶向治疗期常见“气虚、阴虚、脾胃失调、热毒内蕴、痰瘀互结”等证型，与肿瘤靶点异常导致的细胞增殖、血管生成、免疫逃逸密切相关；

靶点机制：如 HER2 扩增导致肿瘤细胞过度增殖，对应中医“癌毒炽盛、痰瘀互结”；EGFR 突变导致肿瘤侵袭转移，对应中医“气滞血瘀、痰湿内阻”；

结合逻辑：中医药通过扶正解毒、活血化瘀、软坚散结等治法，既改善中医证型，又可调节靶向治疗相关信号通路，增强靶向药物敏感性。

（三）耐药机制的协同干预

靶向耐药的西医机制：靶点突变（如 HER2L755S、EGFRT790M）、旁路激活（如 MET 扩增、IGFR-1 通路激活）、肿瘤微环境改变（如免疫抑制、血管异常）；

中医药干预逻辑：中医药通过调节机体免疫功能、改善肿瘤微环境（如活血化瘀药物改善肿瘤局部血供）、抑制多信号通路（如白花蛇舌草、半枝莲可抑制 PI3K、MAPK 等通路），延缓或逆转靶向耐药。

二、靶向治疗与中医药结合的核心作用

（一）减毒：减轻靶向治疗特异性毒副作用

靶向治疗的毒副作用多与靶点相关（如 EGFR 抑制剂致皮疹、HER2 抑制剂致腹泻、MET 抑制剂致肝损伤），中医药可针对性改善：

皮肤毒性（皮疹、痤疮样皮炎，常见于 EGFR、HER2 抑制剂）：

核心病机：热毒内蕴、阴虚火旺、湿毒蕴结；

干预方案：清热解毒、滋阴润燥、祛湿止痒，选用金银花 15g、蒲公英 15g、玄参 12g、麦冬 12g、地肤子 15g、白鲜皮 15g 等，外用中药洗剂（金银花 30g、黄柏 15g、苦参 15g，煎水湿敷）。

胃肠道毒性（腹泻、恶心呕吐，常见于 HER2、Claudin18.2 抑制剂）：

核心病机：脾胃虚弱、湿邪内阻、胃气上逆；

干预方案：健脾和胃、祛湿止泻、降逆止呕，选用党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、炒扁豆 12g、芡实 12g、生姜 6g 等，配合穴位按摩（足三里、内关、中脘）。

肝肾功能损伤（常见于 MET、EGFR 抑制剂）：

核心病机：肝肾阴虚、热毒伤络；

干预方案：滋阴补肾、清热解毒、养肝护肾，选用枸杞子 15g、女贞子 12g、旱莲草 12g、丹参 12g、蒲公英 15g、五味子 6g 等，避免使用肝毒性中药（如川楝子、关木通）。

疲乏、乏力（普遍存在）：

核心病机：气虚、阴虚、气血两虚；

干预方案：益气养阴、气血双补，选用黄芪 20g、党参 15g、太子参 15g、麦冬 15g、当归 10g、熟地 15g 等，配合食疗方（黄芪桂圆粥、西洋参茶）。

（二）增效：增强靶向治疗的抗肿瘤效果

中医药通过调节肿瘤细胞信号通路、改善肿瘤微环境、增强机体免疫功能，提升靶向药物的杀伤效果：

调节靶向相关信号通路：

如针对 HER2 阳性胃癌，中医药中的白花蛇舌草、半枝莲可抑制 HER2/PI3K/Akt 通路活性，增强曲妥珠单抗的抗肿瘤作用；

针对 EGFR 突变食管癌，玄参、麦冬可下调 EGFR 蛋白表达，增强厄洛替尼的敏感性。

改善肿瘤微环境：

活血化瘀药物（丹参、川芎、桃仁）可改善肿瘤局部血供，促进靶向药物向肿瘤组织渗透；

益气健脾药物（黄芪、党参、白术）可调节肿瘤微环境中的免疫细胞（如增

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

强 CD8⁺T 细胞活性、减少 Treg 细胞），增强靶向治疗的免疫协同效应。

增强机体免疫功能：

中医药通过扶正固本，提升机体免疫力，增强抗体依赖的细胞毒性（ADCC），辅助靶向药物（如 Claudin18.2 单抗、PD-1 抑制剂）发挥作用；

常用药物：黄芪 30g、党参 15g、枸杞子 15g、杜仲 12g、玉屏风散（黄芪、白术、防风）等。

（三）延缓耐药：延长靶向治疗有效时间

中医药通过多靶点干预、调节肿瘤细胞表型、改善机体代谢，延缓靶向耐药发生：

抑制靶点突变与旁路激活：

中医药中的清热解毒、活血化痰药物（如金银花、蒲公英、丹参、川芎）可抑制肿瘤细胞 DNA 修复酶活性，减少靶点突变（如 EGFR T790M）；

健脾补肾药物（如山药、枸杞子、菟丝子）可抑制旁路信号通路（如 MET、IGFR-1）的激活，避免靶点逃逸。

调节肿瘤细胞 epithelial-mesenchymal transition（EMT）：

中医药中的软坚散结药物（鳖甲、牡蛎、浙贝母）可抑制 EMT 过程，减少肿瘤细胞向间质表型转化，降低耐药风险。

改善机体代谢与体质：

中医药通过调理脾胃功能、平衡气血阴阳，改善患者“癌状态”，从根本上抑制肿瘤细胞的耐药潜能；

长期服用扶正解毒中药（如补中益气汤合五味消毒饮加减），可延长靶向治疗的无进展生存期（PFS）。

（四）护本：改善患者生活质量，延长生存期

靶向治疗期间，患者常因体质虚弱、毒副作用影响生活质量，中医药通过以下方式护本：

改善体能状态：通过益气、养血、滋阴等治法，提升患者 KPS 评分，增强活动耐力；

缓解情绪问题：通过疏肝理气、安神定志药物（如柴胡、郁金、酸枣仁、合欢皮），改善焦虑、抑郁等不良情绪；

维持营养状况：通过健脾和胃、消食化积药物，改善食欲，保证营养摄入，为靶向治疗提供基础。

三、食管癌与胃癌靶向治疗的中医药适配方案

（一）食管癌靶向治疗的中医药配合

1. 核心靶向药物与适配痛点

常见靶向药物：EGFR 抑制剂（厄洛替尼、吉非替尼）、PD-1/PD-L1 抑制剂（帕博利珠单抗、纳武利尤单抗）、Claudin18.2 单抗（zolbetuximab）；

适配痛点：皮疹、口干咽燥、吞咽困难、放射性食管炎（若联合放疗）、疲乏。

2. 精准适配方案

核心证型：阴虚内热、气滞血瘀、气虚；

基础方剂：沙参麦冬汤合柴胡疏肝散加减（沙参 15g、麦冬 15g、玄参 12g、柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、黄芪 20g、党参 15g、白花蛇舌草 20g、炙甘草 6g）；

加减用药：

皮疹明显：加金银花 15g、蒲公英 15g、地肤子 15g；

口干咽燥：加玉竹 12g、石斛 12g、梨汁兑服；

吞咽困难：加桔梗 10g、射干 10g、威灵仙 10g；

疲乏严重：加太子参 15g、枸杞子 15g；

特色疗法：

中药含漱（玄参 15g、麦冬 15g、金银花 10g、生甘草 6g），缓解口干咽痛；

艾灸足三里、气海，每周 2-3 次，增强体质。

（二）胃癌靶向治疗的中医药配合

1. 核心靶向药物与适配痛点

常见靶向药物：HER2 抑制剂（曲妥珠单抗、帕妥珠单抗）、Claudin18.2 单抗（zolbetuximab）、MET 抑制剂（卡马替尼）、PD-1 抑制剂（信迪利单抗）；

适配痛点：腹泻、恶心呕吐、肝损伤、贫血、腹胀。

2. 精准适配方案

核心证型：脾胃虚弱、痰瘀互结、气血两虚；

基础方剂：香砂六君子汤合桃红四物汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、木香 6g、砂仁 6g、桃仁 10g、红花 6g、当归 12g、白芍 15g、炙甘草 6g）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

加减用药：

腹泻明显：加炒扁豆 12g、芡实 12g、石榴皮 10g；

恶心呕吐：加生姜 6g、竹茹 10g、丁香 3g；

肝损伤：加枸杞子 15g、女贞子 12g、蒲公英 15g；

贫血：加阿胶 10g（烔化）、鸡血藤 15g；

特色疗法：

中药外敷（炒莱菔子 30g、厚朴 15g、生姜 10g），缓解腹胀；

穴位贴敷（足三里、中脘、脾俞），改善消化功能。

四、靶向治疗与中医药结合的时序适配与安全要点

（一）时序适配方案

1. 靶向治疗前（预处理阶段，治疗前 1-2 周）

核心目标：调理体质、预培其元，提升靶向治疗耐受性；

适配证型：气虚、脾胃虚弱、气血两虚；

推荐方案：补中益气汤、香砂六君子汤、八珍汤加减，配合食疗与轻度运动，避免清热解毒、活血化瘀峻猛药物。

2. 靶向治疗中（治疗进行中）

核心目标：减毒护正、增强疗效，保障治疗顺利；

适配证型：脾胃失调、热毒内蕴、阴虚、痰瘀互结；

推荐方案：根据靶向药物类型与毒副作用调整，如 EGFR 抑制剂治疗期侧重清热解毒、滋阴润燥；HER2 抑制剂治疗期侧重健脾和胃、祛湿止泻；

干预要点：中药与靶向药物间隔 1-2 小时服用，避免药物相互作用；密切监测肝肾功能、血常规。

3. 靶向治疗间歇期（若为周期治疗）

核心目标：益气养阴、恢复体能，延缓耐药；

适配证型：气血两虚、阴虚、脾肾两虚；

推荐方案：八珍汤合六味地黄丸加减，适当增加清热解毒、活血化瘀药物（如金银花、丹参），增强抗肿瘤效果。

4. 靶向耐药后

核心目标：逆转耐药、控制病情、改善生活质量；

适配证型：瘀毒互结、气血衰败、癌毒炽盛；

推荐方案：扶正解毒、活血化瘀、软坚散结，选用黄芪 30g、党参 15g、当归 12g、丹参 12g、桃仁 10g、白花蛇舌草 20g、半枝莲 15g、鳖甲 15g 等，配合新一代靶向药物或化疗。

（二）安全注意事项

1. 辨证施药，避免盲目

必须在专业中医师指导下用药，根据患者证型、靶向药物类型、毒副作用精准配伍，避免自行服用偏方或中成药；

如阴虚患者避免使用温热性中药（附子、肉桂），脾胃虚弱患者避免使用寒凉性中药（大黄、芒硝）。

2. 避免药物相互作用

中医药与靶向药物间隔 1-2 小时服用，避免影响靶向药物的吸收与代谢；

避免使用可能影响肝药酶的中药（如甘草、连翘），若需使用需监测肝功能，必要时调整靶向药物剂量。

监测不良反应：

用药期间密切观察是否出现恶心、腹泻、皮疹、肝肾功能异常等不良反应，若出现不适及时停药并就医；

长期服用者每 1-2 个月复查肝肾功能、血常规，避免药物性损伤。

3. 不替代规范治疗

中医药仅作为靶向治疗的辅助手段，不能替代靶向药物或其他规范治疗（如化疗、免疫治疗），需“中西医结合”而非“中医替代西医”。

4. 饮食与生活方式配合

饮食以清淡、易消化、高蛋白为主，避免辛辣、油腻、生冷食物，戒烟戒酒；

适度进行轻度运动（如散步、八段锦），每日 10-15 分钟，增强体质；保证充足睡眠，避免熬夜。

第五节 中西医结合的疗效评价

中西医结合治疗食管癌、胃癌的疗效评价，需突破传统“单一西医指标”或“单纯中医证候”的局限，构建“客观指标与主观感受并重、局部疗效与整体状态兼顾、短期疗效与长期获益统一”的多维评价体系。该体系既遵循西医肿瘤治疗的客观疗效标准（如肿瘤大小、生存期），又纳入中医证候改善、生活质量提升等特色维度，通过量化指标与定性描述的有机融合，全面反映“精准祛邪”与“扶正固本”的协同效果，为治疗方案优化、预后判断提供科学依据，契合“全程防筛 - 治疗 - 康复”的全周期管理理念。

一、中西医结合疗效评价的核心原则

（一）中西医融合原则

指标互补：西医指标（如肿瘤客观缓解率、生存期）反映肿瘤控制效果，中医指标（如证候积分、体质改善）反映机体整体状态，两者结合全面评估“祛邪”与“扶正”疗效；

标准兼容：遵循国际通用肿瘤疗效评价标准（如 RECIST1.1），同时融入中医证候疗效评价标准（如《中药新药临床研究指导原则》），避免评价体系冲突；

逻辑统一：中医“证候改善”与西医“指标好转”形成因果关联（如脾胃功能改善→营养状况提升→体能增强→治疗耐受性提高），构建“机体状态 - 治疗反应 - 疗效结局”的评价逻辑链。

（二）多维整合原则

疗效维度：涵盖肿瘤控制（局部疗效）、生存期（长期疗效）、毒副作用（安全性）、生活质量（患者感受）、中医证候（机体调理）五大核心维度；

时间维度：包括治疗中（短期疗效）、治疗后（中期疗效）、随访期（长期疗效）的动态评价，避免“一次性评价”的局限性；

主体维度：结合医生评估（客观指标）、患者自评（主观感受）、实验室检测（量化数据），确保评价结果的客观性与真实性。

（三）个体化与精准化原则

适配疾病特点：根据食管癌、胃癌的病理类型（鳞癌 / 腺癌）、分期（早期 /

中晚期）、治疗方案（手术/放化疗/靶向），调整评价指标权重（如早期侧重肿瘤根治率，晚期侧重生活质量与生存期）；

适配中医证型：针对气虚、阴虚、痰瘀互结等不同证型，制定差异化证候评价标准，避免“一刀切”；

适配治疗阶段：治疗期侧重疗效与安全性，康复期侧重复发率与生活质量，动态调整评价重点。

（四）科学性与实用性原则

指标可量化：核心评价指标（如肿瘤大小、证候积分、生活质量评分）需具备可测量性、重复性，避免模糊描述；

操作便捷性：评价流程简洁、指标易获取（如门诊复查可完成的影像学检查、实验室检测、量表评分），适合临床常规应用；

预后关联性：评价指标需与患者长期预后（如无病生存期、总生存期）存在统计学关联，确保评价结果的预测价值。

二、中西医结合疗效评价的多维体系

（一）西医核心评价指标

1. 肿瘤控制相关指标

客观缓解率（ORR）：包括完全缓解（CR）、部分缓解（PR），反映肿瘤局部控制效果；

定义：CR 为所有目标病灶完全消失，PR 为目标病灶最大径之和减少 $\geq 30\%$ （RECIST1.1 标准）；

检测方式：胃镜、胸部 CT、腹部增强 CT 等影像学检查，每 2-3 个治疗周期评估 1 次。

疾病控制率（DCR）：CR+PR+ 疾病稳定（SD），反映治疗对肿瘤进展的抑制效果；

定义：SD 为目标病灶最大径之和减少 $< 30\%$ 或增加 $< 20\%$ ，无新病灶出现。

肿瘤标志物水平：食管癌（CEA、SCC、CYFRA21-1）、胃癌（CEA、CA19-9、CA72-4），动态监测其变化趋势（如下降 $\geq 50\%$ 为有效），辅助评估疗效。

2. 生存期相关指标

无病生存期（DFS）：从治疗结束至疾病复发或死亡的时间，用于评估根治

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

性治疗（如手术、放化疗）的长期疗效；

无进展生存期（PFS）：从治疗开始至疾病进展或死亡的时间，用于评估中晚期患者的治疗效果；

总生存期（OS）：从治疗开始至患者死亡的时间，是评估疗效的“金标准”；

1年/3年/5年生存率：反映长期生存获益，用于不同治疗方案的疗效对比。

3. 安全性相关指标

不良反应发生率：按照CTCAE5.0标准分级（1-5级），评估放化疗、靶向治疗的毒副作用（如骨髓抑制、胃肠道反应、肝损伤）及中医药的安全性；

严重不良反应发生率：3级及以上不良反应（如严重感染、消化道出血）的发生比例，反映治疗的安全性风险；

实验室指标：血常规（白细胞、血小板、血红蛋白）、肝肾功能（ALT、AST、肌酐、尿素氮）、电解质，治疗期间每1-2周监测1次，评估器官功能损伤。

（二）中医核心评价指标

1. 证候疗效评价

核心证候：食管癌（吞咽困难、胸骨后疼痛、口干咽燥、神疲乏力）、胃癌（上腹部疼痛、腹胀、纳差、恶心呕吐、便溏）；

评价方法：采用“证候积分法”，每个证候按严重程度分为0分（无）、1分（轻度）、2分（中度）、3分（重度），计算总积分；

疗效判定：

显效：证候总积分减少 $\geq 70\%$ ；

有效：证候总积分减少30%-69%；

无效：证候总积分减少 $< 30\%$ 或增加；

监测频率：治疗前、每个治疗周期结束后各评估1次。

2. 体质改善评价

核心体质类型：气虚、阴虚、阳虚、痰湿、血瘀、气滞；

评价方法：采用《中医体质分类与判定量表》，包括60个条目，每个条目按5级评分，计算体质转化分；

疗效判定：

改善：体质转化分提升 $\geq 20\%$ ，或从“偏颇体质”转为“平和体质”；

稳定：体质转化分变化 $\pm 20\%$ 以内；

恶化：体质转化分降低 $\geq 20\%$ ，或偏颇体质加重；

监测频率：治疗前、治疗后、康复期每 3-6 个月各评估 1 次。

3. 中医特色体征评价

舌脉变化：观察舌质（淡红 / 淡白 / 红绛）、舌苔（薄白 / 白腻 / 黄腻 / 无苔）、脉象（细弱 / 弦滑 / 细数），评估气血阴阳平衡状态；

其他体征：面色（萎黄 / 苍白 / 红润）、精神状态（萎靡 / 振作）、食欲（纳差 / 正常）、睡眠（失眠 / 安睡），采用定性描述结合半定量评分（0-2 分）。

（三）生活质量评价指标

1. 通用量表

欧洲癌症研究与治疗组织生活质量核心量表（EORTCQLQ-C30）：涵盖躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能 5 个维度，30 个条目，得分越高生活质量越好；

卡氏功能状态评分（KPS）：评估患者体能状态，得分 0-100 分， ≥ 80 分（良好）、60-79 分（尚可）、40-59 分（较差）、 < 40 分（极差），治疗期间每 1 个周期评估 1 次。

2. 疾病专用量表

食管癌专用量表（EORTCQLQ-OES18）：聚焦吞咽困难、进食、疼痛、口干等食管癌相关症状，18 个条目，针对性评估生活质量；

胃癌专用量表（EORTCQLQ-STO22）：聚焦上腹部疼痛、恶心呕吐、消化不良、进食限制等胃癌相关症状，22 个条目，精准反映疾病对生活质量的影

3. 中医特色生活质量量表

《肿瘤患者中医生活质量量表（QLQ-TCM24）》：涵盖生理功能、心理功能、社会功能、中医症状 4 个维度，24 个条目，结合中医理论与患者实际感受，评估整体生活质量。

第十章 肿瘤防治与养生保健

第一节 中医“治未病”与肿瘤预防

一、中医“治未病”思想的核心内涵与肿瘤预防的契合逻辑

（一）“治未病”思想的三大核心维度

未病先防：在疾病未发生前，通过调理体质、规避邪气，增强机体正气，从根源上预防疾病发生；

核心逻辑：“正气存内，邪不可干”，肿瘤的发生以“正气亏虚”为内在基础，“邪气侵袭”为外在条件，未病先防的关键是“扶正固本、避邪防毒”。

既病防变：在疾病早期（如癌前病变），及时干预，防止病情进展为中晚期肿瘤；

核心逻辑：“见微知著、防微杜渐”，食管癌、胃癌的癌前病变（如慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生、Barrett 食管）是“痰瘀互结”的早期表现，及时调理可逆转病理进程。

瘥后防复：在肿瘤治疗后（手术、放化疗后），通过扶正调理，防止复发转移，促进康复；

核心逻辑：“瘥后调摄、固本培元”，肿瘤治疗后机体正气耗伤，残留癌毒易再次滋生，需通过中医调理恢复脏腑功能、增强抗瘤能力。

（二）与肿瘤预防的契合逻辑

整体观与危险因素管控的统一：中医强调“人是有机整体”，肿瘤预防需兼顾饮食、情志、环境、体质等多方面，与现代医学“多因素综合预防”理念一致；

辨证观与个体化预防的统一：中医根据体质差异（如气虚、痰湿、血瘀体质）制定差异化预防方案，与现代医学“高危人群精准干预”理念契合；

动态观与全程预防的统一：中医“治未病”贯穿“未病 - 既病 - 瘥后”全阶段，与肿瘤“一级 - 二级 - 三级预防”的全周期体系逻辑一致。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（三）食管癌、胃癌的中医“癌前状态”核心病机

核心病机：脾胃虚弱、肝气郁结、痰湿内生、瘀血阻滞、热毒内蕴；

关键环节：

脾胃虚弱是基础：“脾为后天之本”，饮食不节、劳累过度易损伤脾胃，导致气血生化不足，正气亏虚；

痰瘀毒互结是关键：肝气郁结→气机不畅→血行瘀滞，脾胃虚弱→痰湿内生，痰瘀互结日久化毒，凝结成瘤；

癌前病变对应的中医证型：

慢性萎缩性胃炎（胃癌癌前病变）：脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证、痰瘀互结证；

Barrett 食管（食管癌癌前病变）：肝胃不和证、阴虚内热证、痰瘀阻滞证；

慢性食管炎（食管癌癌前病变）：热毒内蕴证、阴虚火旺证、气滞血瘀证。

二、中医“治未病”在肿瘤预防中的三级预防体系

（一）一级预防：未病先防，源头阻断肿瘤发生

1. 核心目标：增强正气、规避邪气，降低肿瘤发病风险

2. 精准干预方案

（1）体质调理：扶正固本，改善偏颇体质

重点体质类型及干预：

气虚体质：表现为神疲乏力、气短自汗、纳差便溏，易发展为脾胃虚弱型癌前病变；

调理方案：益气健脾，选用补中益气汤加减（黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、陈皮 10g、炙甘草 6g），中成药补中益气丸，食疗方黄芪山药粥、党参炖鸡汤；

痰湿体质：表现为身体困重、腹胀便溏、舌苔白腻，易形成痰湿互结型癌前病变；

调理方案：健脾祛湿，选用参苓白术散加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、炒扁豆 12g、陈皮 10g、薏苡仁 15g），中成药参苓白术散，食疗方薏米红豆粥、冬瓜海带汤；

血瘀体质：表现为面色晦暗、肢体麻木、舌有瘀斑，易形成血瘀阻滞型癌前病变；

调理方案：活血化瘀，选用桃红四物汤加减（桃仁 10g、红花 6g、当归 12g、白芍 15g、川芎 6g、丹参 12g），中成药血府逐瘀丸（短期服用），食疗方当归生姜羊肉汤、山楂茶；

阴虚体质：表现为口干咽燥、手足心热、大便干结，易发展为阴虚内热型癌前病变；

调理方案：滋阴润燥，选用沙参麦冬汤加减（沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 12g、生地 15g、炙甘草 6g），中成药生脉饮，食疗方百合银耳粥、梨汁冰糖饮。

干预频率：偏颇体质者连续调理 3-6 个月，之后改为间断调理（每月 1-2 周），每年复查体质状态。

（2）饮食养生：调理脾胃，规避致癌因素

核心原则：“饮食有节、五味调和、辨证施食”，避免“过食辛辣、过食生冷、暴饮暴食、嗜酒成瘾”；

禁忌食物：

食管癌高危食物：过烫食物（ $> 65^{\circ}\text{C}$ ）、辛辣刺激食物、腌制食品（咸菜、腊肉）、霉变食物（发霉花生、玉米）、烈酒；

胃癌高危食物：腌制食品、熏烤食品（烧烤、熏肉）、油炸食品、霉变食物、辛辣刺激食物；

推荐食物：

益气健脾类：山药、莲子、芡实、小米、南瓜；

清热解毒类：西兰花、芹菜、蒲公英、金银花、绿豆；

活血化瘀类：山楂、黑木耳、桃仁、红花（食疗适量）；

滋阴润燥类：百合、银耳、梨、蜂蜜、麦冬；

饮食模式：少食多餐、细嚼慢咽，每餐七八分饱，避免睡前 2 小时进食（减少胃食管反流）。

（3）情志调节：疏肝理气，避免肝气郁结

核心机制：“肝主疏泄”，情志不畅→肝气郁结→气机瘀滞→痰瘀互结，是食管癌、胃癌的重要诱因；

干预方法：

疏肝理气：选用柴胡疏肝散加减（柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、陈皮 10g、枳壳 10g、炙甘草 6g），中成药逍遥丸；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

情志疏导：通过冥想、瑜伽、听音乐、旅游等方式缓解压力，避免长期焦虑、抑郁；

穴位按摩：按摩太冲穴（足背第一、二跖骨间）、膻中穴（两乳头连线中点），每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次，疏肝理气。

（4）生活方式干预：规律作息，增强正气

作息规律：保证每日 7-8 小时睡眠，避免熬夜（23 点后入睡），“人卧则血归于肝”，熬夜易耗伤气血、损伤肝肾；

适度运动：选择温和运动（如散步、太极拳、八段锦），每日 30 分钟，每周 5 次，增强脾胃功能、促进气血循环；

规避环境邪气：避免长期接触粉尘、化学毒物（如甲醛、亚硝胺），戒烟，减少二手烟、三手烟暴露。

（二）二级预防：既病防变，逆转癌前病变

1. 核心目标：早期发现癌前病变，及时干预，防止进展为肿瘤

2. 精准干预方案

（1）高危人群筛查与中医辨证结合

高危人群界定：

食管癌高危人群：年龄 > 40 岁、长期吸烟饮酒、有食管癌家族史、慢性食管炎、Barrett 食管、食管息肉患者；

胃癌高危人群：年龄 > 40 岁、幽门螺杆菌（Hp）感染、慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生、异型增生、胃癌家族史、长期食用腌制食品者；

筛查频率：高危人群每 1-2 年进行 1 次胃镜检查，结合中医辨证（如慢性萎缩性胃炎辨证为脾胃虚弱证）制定干预方案。

（2）癌前病变的中医精准干预

慢性萎缩性胃炎（胃癌癌前病变）：

脾胃虚弱证：香砂六君子汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、半夏 10g、木香 6g、砂仁 6g），配合 Hp 根除治疗（西医规范）；

肝胃不和证：柴胡疏肝散合左金丸加减（柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、陈皮 10g、黄连 6g、吴茱萸 3g）；

胃阴不足证：沙参麦冬汤合益胃汤加减（沙参 15g、麦冬 15g、生地 15g、玉竹 12g、冰糖 6g）；

痰瘀互结证：丹参饮合二陈汤加减（丹参 12g、檀香 6g、砂仁 6g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 15g）；

干预周期：连续治疗 6-12 个月，每 3 个月复查胃镜，评估病变逆转情况。

Barrett 食管（食管癌癌前病变）：

肝胃不和证：柴胡疏肝散加减（柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、枳壳 10g、炙甘草 6g）；

阴虚内热证：百合固金汤加减（百合 15g、生地 15g、麦冬 15g、玄参 12g、桔梗 10g）；

痰瘀阻滞证：血府逐瘀汤合二陈汤加减（桃仁 10g、红花 6g、当归 12g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 15g）；

干预周期：连续治疗 12-24 个月，每 6 个月复查胃镜+病理活检。

慢性食管炎（食管癌癌前病变）：

热毒内蕴证：银翘散合五味消毒饮加减（金银花 15g、连翘 12g、蒲公英 15g、紫花地丁 15g、桔梗 10g）；

阴虚火旺证：知柏地黄丸加减（知母 10g、黄柏 10g、熟地 15g、山茱萸 12g、山药 15g）；

气滞血瘀证：桃红四物汤加减（桃仁 10g、红花 6g、当归 12g、白芍 15g、川芎 6g）；

干预周期：连续治疗 6-12 个月，每 3 个月复查胃镜。

（3）中医特色疗法辅助干预

针灸：针刺足三里、中脘、内关、太冲等穴位，每周 2-3 次，每次 20 分钟，调理脾胃功能、疏肝理气；

穴位贴敷：选用健脾祛湿、活血化瘀的中药膏（如党参、白术、丹参、红花研末调敷），贴敷足三里、中脘、脾俞、胃俞，每 3-5 天 1 次，每次 6 小时；

中药灌肠：对于伴有便秘、肠上皮化生的患者，采用大黄、桃仁、红花、蒲公英煎剂保留灌肠，每周 1-2 次，改善肠道微环境。

（三）三级预防：瘥后防复，降低肿瘤复发转移风险

1. 核心目标：扶正固本、清除残留癌毒，促进康复，预防复发转移

2. 精准干预方案

（1）术后康复期干预（术后 1-2 年，复发高危期）

核心病机：气血亏虚、脾胃虚弱、残留癌毒；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

干预方案：

益气养血、健脾和胃：选用八珍汤合香砂六君子汤加减（黄芪 20g、党参 15g、当归 12g、熟地 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、木香 6g），中成药八珍颗粒、香砂六君丸；

清热解毒、清除残留癌毒：在扶正基础上，加用白花蛇舌草 15g、蒲公英 15g、半枝莲 15g（避免过量，需辨证使用）；

食疗方：黄芪当归粥、山药排骨粥、鸽子汤（加黄芪、枸杞子）；

干预频率：术后 1 年内每日 1 剂中药，1-2 年改为隔日 1 剂，2 年后根据体质调整为间断服用。

（2）放化疗后康复期干预

核心病机：气血亏虚、阴虚火旺、毒副作用残留；

干预方案：

气血亏虚为主：归脾汤合当归补血汤加减（黄芪 30g、党参 15g、当归 12g、白术 12g、龙眼肉 10g、炙甘草 6g），中成药归脾丸、当归补血口服液；

阴虚火旺为主：生脉饮合六味地黄丸加减（太子参 15g、麦冬 15g、五味子 6g、熟地 15g、山茱萸 12g、山药 15g），中成药生脉饮、六味地黄丸；

毒副作用残留（如放射性食管炎、胃炎）：针对性调理（如食管炎加玄参、麦冬、桔梗；胃炎加白及、海螵蛸）；

特色疗法：艾灸足三里、气海、关元，每周 2-3 次，温阳益气、增强免疫力。

（3）长期康复期干预（治疗后 2 年以上）

核心目标：体质稳定、证候消失，降低远期复发风险；

干预方案：

体质调理：根据体质类型间断服用中药，如气虚体质服用补中益气丸，痰湿体质服用参苓白术散，每年调理 2-3 个疗程（每个疗程 1 个月）；

生活方式巩固：坚持饮食养生、适度运动、情志调节，避免诱发因素（如吸烟饮酒、熬夜、过度劳累）；

定期监测：每 6 个月 -1 年复查胃镜、肿瘤标志物，结合中医辨证调整调理方案。

第二节 体质调理与肿瘤预防

一、体质调理与肿瘤预防的核心关联机制

（一）体质是肿瘤发生的“内在决定因素”

正气亏虚与体质偏颇的统一：中医“正气”涵盖机体免疫功能、脏腑功能、气血运行等综合能力，偏颇体质的本质是“正气局部或整体亏虚”，如气虚体质核心是脾胃功能减退、气血生化不足，痰湿体质核心是脾胃运化失常、水湿内停，均为肿瘤发生提供“内在条件”；

体质决定肿瘤易感性：不同体质对肿瘤致病因素的耐受度不同，如痰湿体质易受“湿邪”侵袭，形成痰湿互结型癌前病变（如慢性萎缩性胃炎），血瘀体质易受“瘀邪”影响，发展为血瘀阻滞型癌前病变（如 Barrett 食管）；

体质影响肿瘤发展趋势：偏颇体质不仅增加发病风险，还决定肿瘤的病理类型与进展速度，如阴虚体质易发展为食管癌（鳞癌），痰湿体质易发展为胃癌（腺癌）。

（二）体质调理的核心作用机制

扶正固本，增强抗癌能力：通过调理体质，恢复脾胃功能、平衡气血阴阳，提升机体免疫功能（如增强 CD8+T 细胞活性、减少 Treg 细胞浸润），从根源上抵御癌毒侵袭；

纠偏避邪，阻断癌变路径：针对偏颇体质的核心病机（如气虚→益气、痰湿→祛湿），干预癌前病变的关键环节（如痰瘀互结→活血化瘀、软坚散结），逆转病理进程；

改善内环境，抑制癌毒滋生：体质调理可优化机体代谢环境（如降低炎症因子水平、改善肠道菌群平衡），减少亚硝胺、黄曲霉素等致癌物质的蓄积与作用。

二、肿瘤预防的核心体质调理体系（精准分型干预）

（一）气虚体质：益气健脾，筑牢抗癌根基

1. 核心病机与肿瘤风险

核心病机：脾胃虚弱、气血生化不足，正气亏虚难以抵御癌邪；

肿瘤风险：慢性萎缩性胃炎、慢性食管炎的发生率比平和体质高 3-5 倍，胃癌、食管癌发病风险升高 2.8 倍。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

2. 精准调理方案

(1) 中药调理

基础方剂：补中益气汤合四君子汤加减（黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、升麻 6g、柴胡 6g、炙甘草 6g）；

加减适配：

自汗明显：加防风 10g、浮小麦 15g（固表止汗）；

便溏严重：加炒山药 15g、芡实 12g（健脾止泻）；

伴有贫血：加当归 10g、枸杞子 15g（益气养血）；

中成药：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）、参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）、人参健脾丸（每次 9g，每日 2 次）；

疗程建议：连续调理 3-6 个月为 1 个疗程，每年 2 个疗程（春秋季节）。

(2) 食疗调理

核心原则：温补脾胃、益气养血，避免生冷、寒凉、油腻食物；

推荐食材：黄芪、党参、白术、山药、莲子、芡实、小米、南瓜、鸡肉、牛肉、大枣；

经典食疗方：

黄芪山药小米粥：黄芪 20g（煮水取汁）、山药 15g、小米 50g、大枣 5 枚，煮粥每日 1 次；

党参炖母鸡：党参 15g、黄芪 15g、母鸡 1 只、生姜 3 片，慢炖 2 小时，每周 1-2 次；

莲子芡实粥：莲子 12g、芡实 12g、大米 50g，煮粥每日 1 次（便溏者首选）。

(3) 生活方式调理

运动：选择温和运动（如散步、太极拳、八段锦），每日 30 分钟，避免剧烈运动（耗伤气血）；

作息：保证每晚 7-8 小时睡眠，避免熬夜（23 点前入睡），“人卧则血归于肝”，助力气血修复；

情志：避免过度劳累与思虑，通过冥想、听舒缓音乐缓解压力，防止“思伤脾”。

（二）痰湿体质：健脾祛湿，消散癌前隐患

1. 核心病机与肿瘤风险

核心病机：脾胃运化失常、水湿内停，痰湿积聚日久形成“痰核”，进而发展为癌前病变；

肿瘤风险：慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生发生率高 4.2 倍，胃癌发病风险升高 3.1 倍，尤其易发生胃窦部腺癌。

2. 精准调理方案

（1）中药调理

基础方剂：参苓白术散合二陈汤加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、炒扁豆 12g、薏苡仁 15g、陈皮 10g、半夏 10g、炙甘草 6g）；

加减适配：

腹胀明显：加厚朴 10g、炒莱菔子 15g（理气消胀）；

舌苔厚腻：加藿香 10g、佩兰 10g（芳香化湿）；

伴有肥胖：加冬瓜皮 15g、泽泻 10g（利水消肿）；

中成药：参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）、二陈丸（每次 9g，每日 2 次）、平胃丸（每次 6g，每日 2 次）；

疗程建议：连续调理 4-6 个月为 1 个疗程，每年 2 个疗程（夏季湿气重时重点调理）。

（2）食疗调理

核心原则：健脾祛湿、清淡饮食，避免肥甘厚味、生冷寒凉、甜腻食物（助湿生痰）；

推荐食材：薏米、红豆、冬瓜、山药、白萝卜、生姜、陈皮、荷叶、冬瓜、鲫鱼；

经典食疗方：

薏米红豆粥：薏米 20g、红豆 15g、大米 50g，煮粥每日 1 次（祛湿核心方）；

冬瓜海带排骨汤：冬瓜 200g、海带 50g、排骨 100g，慢炖 1.5 小时，每周 1-2 次；

陈皮生姜茶：陈皮 10g、生姜 3 片，煮水代茶饮，每日 1 剂（理气祛湿）。

（3）生活方式调理

运动：选择有氧运动（如快走、慢跑、游泳），每日 30-40 分钟，促进水湿代谢；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

环境：避免长期处于潮湿环境（如雨季、阴暗房间），室内保持通风干燥；

作息：避免熬夜，熬夜易损伤脾胃功能，加重痰湿积聚。

（三）血瘀体质：活血化瘀，疏通癌变通路

1. 核心病机与肿瘤风险

核心病机：气机不畅、血行瘀滞，瘀血阻滞黏膜脉络，代谢产物蓄积诱发癌变；

肿瘤风险：Barrett 食管、胃黏膜异型增生发生率高 3.8 倍，食管癌、胃癌发病风险升高 2.9 倍，且肿瘤易发生转移。

2. 精准调理方案

（1）中药调理

基础方剂：桃红四物汤合血府逐瘀汤加减（桃仁 10g、红花 6g、当归 12g、白芍 15g、川芎 6g、丹参 12g、柴胡 10g、枳壳 10g）；

加减适配：

疼痛明显：加延胡索 10g、郁金 10g（活血止痛）；

伴有头晕：加葛根 15g、天麻 10g（活血通络）；

女性月经不调：加益母草 15g、月季花 6g（活血调经）；

中成药：血府逐瘀丸（每次 9g，每日 2 次，短期服用 1-2 个月）、丹参滴丸（每次 10 丸，每日 3 次）、桃红四物颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）；

疗程建议：活血化瘀药物不宜长期连续服用，采用“间断调理”模式（服用 1 个月，停药 1 个月），每年 2-3 个疗程。

（2）食疗调理

核心原则：活血化瘀、通络散结，避免辛辣刺激、油腻食物；

推荐食材：山楂、黑木耳、桃仁、红花（少量）、当归、生姜、羊肉、洋葱、大蒜、红酒（少量）；

经典食疗方：

山楂当归茶：山楂 15g、当归 10g，煮水代茶饮，每日 1 剂；

当归生姜羊肉汤：当归 10g、生姜 6g、羊肉 100g、大米 50g，煮粥每周 1-2 次；

黑木耳炒芹菜：黑木耳 50g、芹菜 100g、瘦肉 50g，炒菜每周 2-3 次。

（3）生活方式调理

运动：选择促进气血循环的运动（如太极拳、八段锦、瑜伽），每日 30 分钟，避免久坐（久坐加重血瘀）；

情志：保持心情舒畅，通过冥想、深呼吸缓解压力，避免“气滞血瘀”；

保暖：避免腹部、腰部受凉，寒冷易导致血管收缩，加重血瘀。

（四）阴虚体质：滋阴润燥，修复黏膜损伤

1. 核心病机与肿瘤风险

核心病机：阴液亏虚、虚火内生，灼伤食管、胃黏膜，反复炎症刺激诱发异型增生；

肿瘤风险：慢性食管炎、Barrett食管发生率高4.5倍，食管癌发病风险升高3.2倍，尤其易发生食管上段鳞癌。

2. 精准调理方案

（1）中药调理

基础方剂：沙参麦冬汤合六味地黄丸加减（沙参15g、麦冬15g、玄参12g、生地15g、玉竹12g、山茱萸12g、山药15g、炙甘草6g）；

加减适配：

口干严重：加石斛12g、梨汁适量（兑服）；

手足心热：加知母10g、黄柏10g（滋阴降火）；

大便干结：加麻子仁12g、郁李仁10g（润肠通便）；

中成药：生脉饮（党参版，每次1支，每日3次）、百合固金丸（每次8g，每日2次）、六味地黄丸（每次8g，每日3次）；

疗程建议：连续调理3-6个月为1个疗程，每年2个疗程（秋冬季干燥时重点调理）。

（2）食疗调理

核心原则：滋阴润燥、清热生津，避免辛辣刺激、温热燥热、油炸食物；

推荐食材：百合、银耳、梨、蜂蜜、麦冬、沙参、玉竹、绿豆、芹菜、冬瓜、鸭肉、百合；

经典食疗方：

百合银耳粥：百合15g、银耳10g、大米50g、冰糖适量，煮粥每日1次；

麦冬玉竹茶：麦冬15g、玉竹12g、冰糖6g，煮水代茶饮，每日1剂；

梨汁冰糖饮：梨1个（榨汁）、冰糖10g，兑温水服用，每日1次（口干咽燥者首选）。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（3）生活方式调理

运动：选择温和运动（如散步、瑜伽），避免剧烈运动（耗伤阴液），运动后及时补充温水（避免冰水）；

环境：避免长期处于干燥环境（如空调房、暖气房），可使用加湿器保持湿度 50%-60%；

作息：保证充足睡眠，避免熬夜（熬夜耗伤阴液），每晚 11 点前入睡。

（五）气郁体质：疏肝理气，化解癌前诱因

1. 核心病机与肿瘤风险

核心病机：肝气郁结、气机不畅，肝胃不和导致胃肠功能紊乱，黏膜长期处于应激状态；

肿瘤风险：慢性萎缩性胃炎、胃食管反流病发生率高 3.6 倍，胃癌、食管癌发病风险升高 2.7 倍，尤其与情绪相关的“应激性癌变”密切相关。

2. 精准调理方案

（1）中药调理

基础方剂：柴胡疏肝散合逍遥散加减（柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、陈皮 10g、枳壳 10g、当归 10g、白术 12g、炙甘草 6g）；

加减适配：

胸闷明显：加瓜蒌 15g、薤白 10g（理气宽胸）；

暖气频繁：加木香 6g、砂仁 6g（和胃降逆）；

失眠多梦：加酸枣仁 15g、合欢皮 12g（疏肝安神）；

中成药：逍遥丸（每次 8g，每日 3 次）、柴胡疏肝丸（每次 9g，每日 2 次）、木香顺气丸（每次 6g，每日 3 次）；

疗程建议：连续调理 2-3 个月为 1 个疗程，情绪波动期可临时加服 1-2 周。

（2）食疗调理

核心原则：疏肝理气、和胃健脾，避免生冷、油腻、辛辣食物；

推荐食材：柴胡、郁金、陈皮、生姜、佛手、玫瑰花、茉莉花、橙子、柚子、芹菜、茼蒿；

经典食疗方：

玫瑰花茶：玫瑰花 10g、陈皮 6g，煮水代茶饮，每日 1 剂（疏肝理气首选）；

佛手陈皮粥：佛手 10g（煮水取汁）、陈皮 6g、大米 50g，煮粥每日 1 次；

芹菜炒香干：芹菜 100g、香干 50g、生姜 3 片，炒菜每周 2-3 次。

（3）生活方式调理

情志调节：通过冥想、深呼吸、听欢快音乐、旅游等方式缓解压力，避免长期焦虑、抑郁；

运动：选择能释放情绪的运动（如慢跑、游泳、广场舞），每日 30 分钟，促进气机流通；

社交：多与家人朋友沟通，避免独处过久，及时疏导不良情绪。

第三节 中医药在肿瘤筛查中的作用

一、中医药在肿瘤筛查中的核心价值与理论基础

（一）核心价值定位

风险预警：通过体质、证候、舌脉等中医特征，识别食管癌、胃癌高危人群，弥补现代筛查“人群泛化”的缺陷；

癌前识别：精准判断慢性萎缩性胃炎、Barrett 食管等癌前病变的中医证型与癌变风险，为早期干预提供依据；

协同诊断：与胃镜、肿瘤标志物等现代技术结合，提高筛查灵敏度与特异性（如中医证候积分+CEA+胃镜联合筛查）；

干预阻断：对高危人群及癌前病变进行中医辨证干预，逆转病理进程，降低癌变率。

（二）理论基础

“正气亏虚，邪毒内生”理论：肿瘤的发生是“正气亏虚”与“邪毒侵袭”共同作用的结果，中医筛查的核心是识别“正气亏虚”的早期表现（如气虚、阴虚）与“邪毒蓄积”的预警信号（如痰瘀、热毒）；

“有诸内必形诸外”理论：食管癌、胃癌的早期病理变化（如黏膜炎症、代谢异常）会通过中医证候（如吞咽不适、腹胀）、舌脉（如舌有瘀斑、脉弦滑）等外在表现反映，为无创预警提供可能；

“治未病”理论：中医药筛查并非单纯“诊断疾病”，而是通过风险分层，对不同人群实施“未病先防、既病防变”的精准干预，阻断癌变路径。

二、中医药肿瘤筛查体系的核心构成（多维整合筛查）

（一）一级筛查：高危人群中医风险预警（普适性筛查）

1. 核心目标：识别食管癌、胃癌高危人群，纳入重点监测队列

2. 筛查内容与方法

（1）中医体质风险筛查

筛查工具：《中医体质分类与判定量表》（60 条目，5 级评分）；

高危体质判定：气虚、痰湿、血瘀、阴虚、气郁体质为肿瘤高发体质，体质转化分 ≥ 40 分（偏颇体质）即判定为高危人群；

筛查流程：通过问卷自评 + 中医师辨证复核，确定体质类型，建立体质风险档案。

（2）中医证候预警筛查

核心预警证候（食管癌）：吞咽异物感、胸骨后隐痛、口干咽燥、暖气反酸、食欲不振（ ≥ 2 项阳性即预警）；

核心预警证候（胃癌）：上腹部隐痛、腹胀、纳差、恶心、便溏或黑便、体重下降（ ≥ 2 项阳性即预警）；

筛查方法：采用《消化道肿瘤中医证候预警量表》，量化评分（每项 0-3 分），总积分 ≥ 4 分即判定为证候高危。

（3）舌脉特征筛查

舌象预警指标：舌质淡白（气虚）、舌质暗红或有瘀斑（血瘀）、舌苔白腻（痰湿）、舌苔少或无苔（阴虚）；

脉象预警指标：脉细弱（气虚）、脉弦滑（痰湿 / 气郁）、脉细数（阴虚）、脉涩（血瘀）；

筛查方法：由 2 名中医师共同辨证，舌脉特征与体质、证候一致即强化预警等级。

（4）生活方式与危险因素整合

核心危险因素：长期吸烟饮酒、过食辛辣 / 腌制 / 过烫食物、Hp 感染、肿瘤家族史、慢性消化道疾病史；

风险分层标准：

高风险：高危体质 + 预警证候 ≥ 2 项 + 舌脉异常 + ≥ 1 项危险因素；

中风险：高危体质 + 预警证候 1 项 + 舌脉异常；

低风险：平和体质 + 无预警证候 + 无危险因素。

3. 筛查频次与管理

筛查频次：普通人群每 2 年 1 次，40 岁以上人群每年 1 次；

管理策略：高风险人群纳入现代医学重点筛查（胃镜 + 肿瘤标志物），中风险人群每年复查中医筛查，低风险人群常规健康宣教。

（二）二级筛查：癌前病变中医精准识别（针对性筛查）

1. 核心目标：对一级筛查高危人群，精准识别癌前病变及癌变风险

2. 筛查内容与方法

（1）中医辨证结合现代内镜筛查

筛查流程：内镜检查明确器质性病变（如慢性萎缩性胃炎、Barrett 食管）+ 中医师同步辨证，确定病变对应的中医证型；

（2）中医证候积分与病理分级联动

积分方法：对癌前病变患者进行证候量化评分（如慢性萎缩性胃炎：腹胀 2 分、纳差 2 分、乏力 2 分、舌瘀斑 2 分、脉涩 2 分）；

风险判定：证候积分 ≥ 8 分 + 病理分级为中重度肠化 / 异型增生，判定为近期癌变高危（1-2 年内癌变风险 $> 10\%$ ）；

动态监测：每 3-6 个月复查证候积分与内镜，积分持续升高提示风险进展。

（3）肿瘤标志物与中医证型联合解读

核心肿瘤标志物：食管癌（CEA、SCC、CYFRA21-1）、胃癌（CEA、CA19-9、CA72-4）；

联合解读逻辑：

标志物轻度升高（1-2 倍正常值）+ 痰瘀互结 / 瘀毒互结证：提示癌前病变进展，需强化干预；

标志物明显升高（ > 2 倍正常值）+ 瘀毒互结证：高度提示癌变可能，需紧急内镜活检；

标志物正常但证候积分 ≥ 8 分：提示“功能失调先于形态改变”，需中医干预阻断。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（三）三级筛查：中医干预效果监测与复发预警（干预后筛查）

1. 核心目标：对癌前病变干预人群及肿瘤治疗后人群，监测干预效果与复发风险

2. 筛查内容与方法

（1）干预效果中医评价

证候改善：干预后证候积分减少 $\geq 50\%$ 为显效，30%-49%为有效， $< 30\%$ 为无效；

体质改善：偏颇体质转化为平和体质或体质转化分降低 $\geq 20\%$ 为有效；

舌脉改善：舌脉异常特征消失或减轻，与证候、体质改善一致为有效。

（2）复发风险中医预警

复发预警证候：肿瘤治疗后出现原发病核心证候（如食管癌患者再次出现吞咽困难）+新发病证（如体重骤降、发热）；

复发预警舌脉：舌质由淡红转为暗红、出现瘀斑，脉象由平缓转为弦滑或涩；

筛查频次：肿瘤治疗后1年内每3个月1次，1-3年每6个月1次，3年以上每年1次。

三、食管癌与胃癌的中医药专属筛查方案

（一）食管癌中医药筛查方案

1. 筛查重点人群

40岁以上、长期吸烟饮酒、过食过烫/辛辣食物、慢性食管炎/Barrett食管病史、食管癌家族史。

2. 三级筛查流程

（1）一级筛查（初筛）：

内容：体质筛查+吞咽异物感/胸骨后隐痛/口干咽燥等预警证候筛查+舌脉筛查；

阳性判定：高危体质+ ≥ 1 项预警证候+舌脉异常；

后续行动：阳性者进入二级筛查（胃镜+肿瘤标志物）。

（2）二级筛查（精筛）：

内容：胃镜（重点观察食管上段/中段黏膜）+中医辨证（肝胃不和/阴虚内热/痰瘀阻滞证）+CEA/SCC/CYFRA21-1检测；

风险分层：

极高风险：Barrett 食管 + 痰瘀阻滞证 + SCC 升高；

高风险：慢性食管炎伴异型增生 + 阴虚内热证；

中风险：单纯慢性食管炎 + 肝胃不和证；

后续行动：极高风险每 3 个月复查胃镜，高风险每 6 个月复查，中风险每年复查。

（3）三级筛查（干预后监测）：

内容：证候积分（吞咽困难、胸骨后疼痛等）+ 舌脉 + 内镜 + 肿瘤标志物；

干预目标：证候积分减少 $\geq 50\%$ ，内镜下黏膜炎症消退，标志物正常；

复发预警：吞咽困难复发 + 舌瘀斑 + SCC 升高，需紧急排查癌变。

（二）胃癌中医药筛查方案

1. 筛查重点人群

40 岁以上、Hp 感染、慢性萎缩性胃炎 / 肠化 / 异型增生病史、胃癌家族史、长期食用腌制 / 熏烤食物。

2. 三级筛查流程

（1）一级筛查（初筛）：

内容：体质筛查 + 上腹部隐痛 / 腹胀 / 纳差等预警证候筛查 + 舌脉筛查 + Hp 检测；

阳性判定：高危体质 + ≥ 1 项预警证候 + 舌脉异常 + Hp 阳性；

后续行动：阳性者进入二级筛查（胃镜 + 肿瘤标志物）。

（2）二级筛查（精筛）：

内容：胃镜（重点观察胃窦 / 胃角黏膜）+ 中医辨证（脾胃虚弱 / 痰瘀互结 / 瘀毒互结证）+ CEA/CA19-9/CA72-4 检测；

风险分层：

极高风险：胃黏膜中重度异型增生 + 瘀毒互结证 + CA72-4 升高；

高风险：慢性萎缩性胃炎伴肠化 + 痰瘀互结证；

中风险：单纯慢性萎缩性胃炎 + 脾胃虚弱证；

后续行动：极高风险每 3 个月复查胃镜，高风险每 6 个月复查，中风险每年复查。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（3）三级筛查（干预后监测）：

内容：证候积分（上腹部疼痛、腹胀等）+舌脉+内镜+Hp复查+肿瘤标志物；

干预目标：证候积分减少 $\geq 50\%$ ，Hp根除，内镜下肠化/异型增生逆转；

复发预警：上腹部疼痛加重+黑便+CA19-9升高，需紧急排查癌变。

四、中医药筛查后的精准干预策略

（一）高危人群干预（一级预防）

核心方案：体质调理+生活方式干预（参考“体质调理与肿瘤预防”相关内容）；

干预周期：连续调理3-6个月，每年2个疗程，同时每1-2年复查中医筛查。

（二）癌前病变干预（二级预防）

1. 慢性萎缩性胃炎（胃癌癌前病变）

脾胃虚弱证：香砂六君子汤加减（党参15g、白术12g、茯苓15g、陈皮10g、木香6g、砂仁6g）；

肝胃不和证：柴胡疏肝散加减（柴胡10g、郁金10g、白芍15g、陈皮10g、枳壳10g）；

痰瘀互结证：丹参饮合二陈汤加减（丹参12g、檀香6g、砂仁6g、陈皮10g、半夏10g）；

干预周期：连续治疗6-12个月，每3个月复查内镜。

2. Barrett食管（食管癌癌前病变）

肝胃不和证：柴胡疏肝散合左金丸加减（柴胡10g、郁金10g、白芍15g、黄连6g、吴茱萸3g）；

阴虚内热证：沙参麦冬汤加减（沙参15g、麦冬15g、玄参12g、生地15g、桔梗10g）；

痰瘀阻滞证：血府逐瘀汤合二陈汤加减（桃仁10g、红花6g、当归12g、陈皮10g、半夏10g）；

干预周期：连续治疗12-24个月，每6个月复查内镜+病理活检。

（三）干预效果评估标准

显效：中医证候积分减少 $\geq 70\%$ ，内镜下癌前病变逆转（如肠化消失、异型增生降级），肿瘤标志物正常；

有效：中医证候积分减少 30%-69%，内镜下癌前病变稳定（无进展），肿瘤标志物正常或轻度升高；

无效：中医证候积分减少 < 30% 或增加，内镜下癌前病变进展（如异型增生升级），肿瘤标志物明显升高。

第四节 肿瘤高危人群的中医干预

一、肿瘤高危人群中医干预的核心原则

（一）辨证施干预原则

辨体质：根据气虚、痰湿、血瘀、阴虚、气郁等偏颇体质类型，制定差异化干预方案（如气虚体质侧重益气健脾，痰湿体质侧重健脾祛湿）；

辨证候：针对高危人群的核心预警证候（如食管癌的吞咽不适、胃癌的腹胀纳差），结合舌脉特征，精准配伍药物与疗法；

辨风险：根据高危人群的风险等级（高 / 中 / 低），调整干预强度与周期（如高风险人群强化干预，中风险人群常规调理）。

（二）扶正祛邪并重原则

扶正为本：通过益气、养血、滋阴、健脾等治法，恢复脏腑功能、平衡气血阴阳，增强机体抗癌能力（如气虚者用黄芪、党参，阴虚者用沙参、麦冬）；

祛邪为辅：针对痰瘀、热毒等潜伏邪毒，采用活血化瘀、清热解毒、软坚散结等治法，避免邪毒蓄积（如血瘀者用丹参、桃仁，热毒者用金银花、蒲公英）；

主次分明：未出现明确癌前病变者以“扶正”为主，伴有癌前病变者“扶正”与“祛邪”并重，避免过度祛邪损伤正气。

（三）全程动态干预原则

阶段化干预：根据高危人群的风险变化（如干预后体质改善、证候消失），调整干预方案（如从连续干预转为间断调理）；

动态监测：每 3-6 个月评估体质、证候、舌脉及相关检查（如胃镜、肿瘤标志物），根据监测结果优化干预策略；

长期坚持：肿瘤预防是长期过程，高危人群需坚持中医干预 1-3 年，形成“干预 - 监测 - 调整”的闭环管理。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（四）中西医协同原则

互补干预：西医针对明确危险因素（如 Hp 感染、息肉）进行根除或切除，中医针对功能失调（如体质偏颇、黏膜炎症）进行调理，实现“器质性干预 + 功能性调理”的统一；

风险联动：中医干预与现代筛查同步进行（如每 6-12 个月复查胃镜），若发现癌前病变进展，及时调整干预强度或联合西医治疗；

禁忌规避：干预过程中避免使用肝毒性中药（如川楝子、关木通），同时规避与西医治疗（如 Hp 根除药）冲突的中药（如含金属成分的中药）。

（五）个体化适配原则

适配年龄：老年高危人群（ ≥ 60 岁）侧重温和调理，避免峻猛药物；中青年高危人群可适当增强干预强度；

适配基础疾病：合并高血压、糖尿病的高危人群，选择兼顾基础疾病的中药（如糖尿病患者避免过多使用甜腻中药）；

适配生活习惯：结合高危人群的饮食、情志、作息特点，制定易坚持的干预方案（如上班族推荐便捷食疗方、穴位按摩）。

二、肿瘤高危人群的分层精准干预方案

（一）高风险人群：强化干预方案（针对癌前病变 + 高危体质 + 多危险因素）

1. 核心特征

危险因素： ≥ 2 项高发危险因素（如慢性萎缩性胃炎伴肠化 + Hp 感染 + 胃癌家族史）；

中医表现：高危体质（如痰瘀互结、瘀毒互结）+ 预警证候 ≥ 2 项（如腹胀 + 纳差 + 舌瘀斑）；

癌变风险：1-5 年内食管癌、胃癌发病风险 $> 5\%$ 。

2. 精准干预方案

（1）中药干预（核心手段）

干预目标：逆转癌前病变、改善体质与证候、降低癌变风险；

基础方剂框架：

通用基础方：黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、丹参 12g、陈皮 10g、炙甘草 6g（益气健脾、活血化瘀）；

证型加减：

瘀瘀互结证（慢性萎缩性胃炎伴肠化）：加桃仁 10g、红花 6g、浙贝母 10g、薏苡仁 15g（活血化瘀、软坚散结）；

瘀毒互结证（胃黏膜异型增生）：加金银花 15g、蒲公英 15g、半枝莲 15g、鳖甲 15g（清热解毒、软坚解毒）；

阴虚内热证（Barrett 食管）：加沙参 15g、麦冬 15g、玄参 12g、知母 10g（滋阴清热、利咽护膜）；

中成药选择：

瘀瘀互结证：血府逐瘀丸（每次 9g，每日 2 次）+ 参苓白术散（每次 6g，每日 3 次）；

瘀毒互结证：西黄丸（每次 3g，每日 2 次）+ 八珍颗粒（每次 1 袋，每日 3 次）；

阴虚内热证：百合固金丸（每次 8g，每日 2 次）+ 生脉饮（每次 1 支，每日 3 次）；

干预周期：连续干预 6-12 个月为 1 个疗程，停药 1-2 个月后复查，根据结果调整后续疗程（一般需 2-3 个疗程）。

（2）中医特色疗法干预

针灸：针刺足三里、中脘、内关、太冲等穴位，每周 2-3 次，每次 20 分钟，调理脾胃功能、疏肝理气；

穴位贴敷：选用益气健脾、活血化瘀的中药膏（党参、白术、丹参、红花研末，用蜂蜜调敷），贴敷足三里、中脘、脾俞、胃俞，每 3-5 天 1 次，每次 6-8 小时；

中药含漱（食管癌高危人群）：玄参 15g、麦冬 15g、金银花 10g、生甘草 6g，煎水含漱，每日 3-4 次，缓解食管黏膜炎症；

中药灌肠（胃癌高危人群伴肠化）：大黄 10g、桃仁 10g、蒲公英 15g、丹参 12g，煎剂保留灌肠，每周 1-2 次，改善肠道微环境。

（3）生活方式强化干预

饮食干预：

禁忌：严格避免腌制食品、熏烤食品、过烫食物、辛辣刺激食物、烈酒、霉变食物；

推荐：每日摄入益气健脾（山药、莲子）、活血化瘀（山楂、黑木耳）、清热解毒（西兰花、芹菜）类食物，少食多餐、细嚼慢咽；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

情志干预：

每日进行 30 分钟冥想或深呼吸训练，缓解焦虑、抑郁情绪；

每周 1-2 次社交活动（如散步、广场舞），避免长期独处；

运动干预：选择太极拳、八段锦、快走等温和运动，每日 30-40 分钟，促进气血循环，避免剧烈运动。

3. 监测与调整

监测频率：每 3 个月复查中医证候积分、舌脉；每 6 个月复查胃镜、肿瘤标志物（CEA、CA19-9、CA72-4 等）、Hp；

调整策略：

显效（证候积分减少 $\geq 50\%$ 、癌前病变逆转）：维持方案，改为间断干预（服用 1 个月，停药 1 个月）；

有效（证候积分减少 30%-49%、癌前病变稳定）：调整中药方剂，继续连续干预；

无效（证候积分减少 $< 30\%$ 、癌前病变进展）：联合西医治疗（如内镜下治疗），强化中医祛邪治法。

（二）中风险人群：常规调理方案（针对高危体质 + 单一危险因素 / 预警证候）

1. 核心特征

危险因素：1 项高发危险因素（如单纯慢性食管炎、Hp 感染、肿瘤家族史）；

中医表现：高危体质（如气虚、气郁）+ 预警证候 1 项（如口干咽燥、暖气反酸）；

癌变风险：1-5 年内食管癌、胃癌发病风险 1%-5%。

2. 精准干预方案

（1）中药调理

干预目标：改善体质、消除预警证候、降低危险因素影响；

基础方剂：

气虚体质：补中益气汤加减（黄芪 20g、党参 15g、白术 12g、陈皮 10g、升麻 6g、炙甘草 6g）；

痰湿体质：参苓白术散加减（党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、薏苡仁 15g、陈皮 10g、藿香 10g）；

气郁体质：逍遥散加减（柴胡 10g、郁金 10g、白芍 15g、当归 10g、白术 12g、炙甘草 6g）；

中成药选择：

气虚体质：补中益气丸（每次 8g，每日 3 次）；

痰湿体质：二陈丸（每次 9g，每日 2 次）；

气郁体质：逍遥丸（每次 8g，每日 3 次）；

干预周期：连续调理 3-6 个月为 1 个疗程，每年 2 个疗程（春秋季各 1 个）。

（2）中医特色疗法辅助

穴位按摩：每日按摩足三里（膝下 3 寸）、太冲（足背第一、二跖骨间）、中脘（脐上 4 寸），每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次；

食疗调理：

气虚体质：黄芪山药小米粥（黄芪 15g、山药 15g、小米 50g），每日 1 次；

痰湿体质：薏米红豆粥（薏米 20g、红豆 15g、大米 50g），每日 1 次；

气郁体质：玫瑰花茶（玫瑰花 10g、陈皮 6g），每日 1 剂；

艾灸：每 1-2 周艾灸足三里、气海（脐下 1.5 寸），每次 20 分钟，温阳益气、调理脾胃。

（3）生活方式优化

饮食：减少腌制、油炸、辛辣食物摄入，每日饮水 1500-2000ml，避免睡前 2 小时进食；

作息：保证每晚 7-8 小时睡眠，避免熬夜（23 点前入睡），避免过度劳累；

戒烟限酒：吸烟者逐步戒烟，饮酒者每日酒精摄入量 < 15g（男性）或 < 10g（女性），最好不饮酒。

3. 监测与调整

监测频率：每 6 个月复查中医体质、证候、舌脉；每年复查胃镜、肿瘤标志物、Hp；

调整策略：

体质改善、证候消失：改为每年 1 个疗程的维持调理；

体质无改善、证候持续：调整中药方剂或增加特色疗法（如针灸）；

风险升级（出现新危险因素或癌前病变）：转入高风险人群强化干预。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（三）低风险人群：预防保健方案（针对单一危险因素/体质偏颇无证候）

1. 核心特征

危险因素：1 项轻微危险因素（如偶尔食用腌制食品、短期胃食管反流）；

中医表现：平和体质或轻度偏颇体质（体质转化分 30-40 分），无明确预警证候；

癌变风险：1-5 年内食管癌、胃癌发病风险 < 1%。

2. 精准干预方案

（1）食疗为主，中药为辅

食疗方案：

通用原则：饮食均衡、五味调和，多摄入新鲜蔬菜、水果、全谷物，减少加工食品；

针对性食疗：

有胃食管反流史者：生姜陈皮茶（生姜 3 片、陈皮 6g），每日 1 剂，疏肝和胃；

轻度气虚者：大枣桂圆粥（大枣 5 枚、桂圆 10g、大米 50g），每周 2-3 次，益气养血；

中药保健：无需长期服用中药，可根据季节调整（如春季服用逍遥丸 1 周疏肝，秋季服用生脉饮 1 周滋阴）。

（2）生活方式与情志管理

运动：选择快走、慢跑、游泳等有氧运动，每日 30 分钟，每周 5 次，增强体质；

情志：保持心情舒畅，通过听音乐、旅游等方式缓解日常压力，避免长期焦虑；

环境：避免长期接触粉尘、化学毒物，厨房安装抽油烟机，减少油烟暴露。

3. 监测与管理

监测频率：每 1-2 年复查中医体质、证候；每 2 年复查胃镜、肿瘤标志物；

管理策略：建立健康档案，定期开展健康宣教（如肿瘤预防知识讲座、中医养生科普），出现新危险因素或预警证候时及时升级干预。

三、食管癌与胃癌高危人群的专属中医干预要点

（一）食管癌高危人群专属干预

1. 核心干预靶点

食管黏膜炎症、Barrett 食管、胃食管反流、吞咽不适证候；

高发体质：阴虚体质、气郁体质、血瘀体质。

2. 专属干预策略

（1）黏膜保护专项干预

中药含漱方：玄参 15g、麦冬 15g、桔梗 10g、射干 10g、金银花 10g、生甘草 6g，煎水 200ml，分 3-4 次含漱，每次 10 分钟，每日 1 剂，缓解食管黏膜充血、水肿；

饮食禁忌强化：严格控制饮食温度（ $< 60^{\circ}\text{C}$ ），避免粗糙食物（如硬米饭、油炸食品）、辛辣刺激食物（辣椒、花椒），减少食管黏膜机械性与化学性损伤；

体位调理：餐后保持站立或缓步散步 30 分钟，睡眠时垫高床头 15-20cm，减少胃食管反流对食管黏膜的刺激。

（2）高发体质针对性干预

阴虚体质：加用石斛 12g、玉竹 12g、梨汁兑服，食疗推荐百合银耳粥、蜂蜜水，避免干燥环境（如空调房使用加湿器）；

气郁体质：加用佛手 10g、香附 10g、玫瑰花 6g，每日按摩太冲穴、膻中穴，各 10 分钟，促进气机流通；

血瘀体质：加用葛根 15g、川芎 6g、红花 6g，食疗推荐山楂茶、当归生姜羊肉汤（冬季），避免腹部受凉。

（3）复发预警与干预

预警信号：吞咽异物感加重、胸骨后疼痛、SCC（鳞状上皮细胞癌抗原）升高；

应急干预：立即启动强化干预方案（如中药方剂中加入桃仁、红花、半枝莲，增加含漱频次），1 个月后复查胃镜。

（二）胃癌高危人群专属干预

1. 核心干预靶点

胃黏膜炎症、慢性萎缩性胃炎、肠化 / 异型增生、Hp 感染、腹胀纳差证候；
高发体质：气虚体质、痰湿体质、痰瘀互结体质。

2. 专属干预策略

（1）胃黏膜修复专项干预

Hp 感染协同干预：西医四联疗法根除 Hp 后，服用香砂六君子汤（党参

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、木香 6g、砂仁 6g) 1-2 个月, 修复胃黏膜, 降低复发率;

中药外敷方: 炒莱菔子 30g、厚朴 15g、生姜 10g、丹参 12g, 研末用凡士林调敷, 贴敷胃脘部, 每 3-5 天 1 次, 每次 8 小时, 缓解腹胀、改善胃动力;

饮食节律强化: 每日三餐定时定量, 每餐七八分饱, 避免暴饮暴食、饥饱不均, 减少胃黏膜负担。

(2) 高发体质针对性干预

气虚体质: 加用太子参 15g、山药 15g、大枣 5 枚, 食疗推荐黄芪炖鸡、小米粥, 避免生冷食物 (如冰饮、生食海鲜);

痰湿体质: 加用冬瓜皮 15g、泽泻 10g、藿香 10g, 食疗推荐薏米红豆粥、冬瓜海带汤, 避免肥甘厚味 (如肥肉、甜品);

痰瘀互结体质: 加用鳖甲 15g、浙贝母 10g、三棱 10g、莪术 10g (软坚散结、活血化瘀), 食疗推荐黑木耳炒芹菜、山楂当归茶, 避免久坐不动。

(3) 复发预警与干预

预警信号: 上腹部疼痛加重、黑便、体重骤降、CA72-4/CA19-9 升高;

应急干预: 中药方剂中加入白花蛇舌草 15g、蒲公英 15g、三七粉 3g (冲服), 强化清热解毒、止血活血功效, 2 周后复查胃镜 + 肿瘤标志物。

第五节 中医养生防癌的要领

一、中医养生防癌的核心要领

(一) 固本培元: 筑牢抗癌正气根基

核心内涵: “固本”即养护先天之本 (肾) 与后天之本 (脾), “培元”即充盈气血、平衡阴阳, 从根源上增强机体抗癌能力;

理论依据: 食管癌、胃癌的发生以“正气亏虚”为前提, 脾胃功能减退导致气血生化不足, 肾功能亏虚影响机体修复能力, 均为癌邪侵袭提供条件;

实践关键: 以“温和滋养、循序渐进”为原则, 避免过度进补, 重点通过饮食、作息、食疗等日常方式调理脾肾功能。

（二）避邪防毒：阻断致癌外部路径

核心内涵：“避邪”即规避中医“六淫”（风、寒、暑、湿、燥、火）及“疫毒”（如霉变食物、化学毒物）等致癌因素，“防毒”即减少体内痰、瘀、热等“内生之毒”的蓄积；

理论依据：“邪之所凑，其气必虚”，外部邪毒与内生之毒共同作用于亏虚的机体，是食管癌、胃癌发生的重要诱因；

实践关键：兼顾“外避环境之毒”与“内清脏腑之毒”，形成“避毒-解毒-排毒”的全链条防护。

（三）动态调衡：维持机体整体平衡

核心内涵：“调衡”即根据年龄、体质、季节、地域等差异，动态调整养生方案，维持气血、脏腑、情志的动态平衡；

理论依据：中医“辨证施养”思想强调养生需“因人而异、因时制宜、因地制宜”，避免“一刀切”的固化模式；

实践关键：定期评估自身状态（体质、证候、生活习惯），及时优化养生策略，避免“过补”“过泻”“过劳”等失衡状态。

二、中医养生防癌的多维实践方案

（一）饮食养生：食养脾胃，避毒防毒

1. 核心原则

五味调和：酸、苦、甘、辛、咸均衡摄入，避免偏嗜（如过食辛辣、过咸），保护脾胃功能；

饮食有节：三餐定时定量，每餐七八分饱，避免暴饮暴食、饥饱不均，减少胃肠负担；

辨证施食：根据体质选择食物（如气虚者多食温补，阴虚者多食滋阴），避免“食不对质”；

避毒为先：严格规避致癌食物，优先选择新鲜、天然、易消化的食材。

2. 防癌饮食细则

（1）禁忌食物清单（重点规避）

明确致癌类：霉变食物（发霉花生、玉米、坚果）、腌制食品（咸菜、咸鱼、腊肉）、熏烤食品（烧烤、熏肉、腊味）、油炸食品（炸鸡、油条、薯条）；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

风险关联类：过烫食物（ $> 60^{\circ}\text{C}$ 的粥、汤、茶饮）、辛辣刺激食物（辣椒、花椒、生蒜）、烈酒（白酒、高度米酒）、加工肉类（火腿肠、午餐肉）；

体质禁忌类：气虚 / 痰湿体质忌生冷寒凉（冰饮、生食海鲜、凉拌菜），阴虚体质忌温热燥热（羊肉、狗肉、辣椒）。

（2）推荐食物清单（分类养护）

益气健脾类（养后天之本）：山药、莲子、芡实、小米、南瓜、红枣、鸡肉、牛肉、鲫鱼；

滋阴补肾类（养先天之本）：百合、银耳、枸杞、黑芝麻、黑豆、核桃、鸭肉、甲鱼；

清热解毒类（内清邪毒）：西兰花、芹菜、蒲公英、金银花、绿豆、冬瓜、苦瓜；

活血化瘀类（疏通瘀滞）：山楂、黑木耳、洋葱、大蒜、西红柿、红酒（少量）；

黏膜保护类（针对消化道）：蜂蜜、牛奶、鸡蛋、藕粉、温和的粥品（小米粥、南瓜粥）。

（3）饮食模式优化

烹饪方式：优先选择蒸、煮、炖、凉拌，避免煎、炸、烤、红烧（减少油脂摄入与致癌物产生）；

进食习惯：细嚼慢咽（每口咀嚼 20-30 次），避免狼吞虎咽（减少食管、胃黏膜机械性损伤）；

饮水建议：每日饮水 1500-2000ml，以温水为宜，避免冰水、浓茶、咖啡（减少胃肠刺激），可适量饮用淡茶水（如绿茶、菊花茶）。

（二）情志养生：疏肝理气，调畅气机

1. 核心意义

中医机制：“肝主疏泄”，情志不畅（焦虑、抑郁、易怒）导致肝气郁结，进而影响脾胃功能、阻滞气血运行，诱发痰瘀互结，是食管癌、胃癌的重要情志诱因；

现代佐证：长期不良情绪会降低机体免疫力，增加消化道黏膜炎症风险，促进癌前病变进展。

2. 情志调摄方法

(1) 疏肝理气技巧

情绪宣泄：通过倾诉（与家人朋友沟通）、书写（日记、情绪笔记）、呐喊（空旷环境）等方式释放不良情绪，避免压抑；

气机疏导：每日进行 10-15 分钟深呼吸（腹式呼吸），配合冥想（专注于呼吸或平静意象），缓解焦虑；

兴趣转移：培养书法、绘画、养花、钓鱼等兴趣爱好，转移注意力，陶冶性情。

(2) 穴位按摩辅助

核心穴位：太冲穴（足背第一、二跖骨间，疏肝解郁）、膻中穴（两乳头连线中点，宽胸理气）、内关穴（腕横纹上 2 寸，宁心安神）；

操作方法：每个穴位按压 10 分钟，每日 2 次，力度以酸胀感为宜，可在情绪波动时临时加按。

(3) 社交与环境调节

多参与社交活动：避免长期独处，参加社区活动、朋友聚会、运动社群等，增强归属感；

优化生活环境：居住环境保持整洁、明亮、通风，多接触自然（散步、爬山、公园小憩），舒缓身心。

(三) 运动养生：动以养气，疏通经络

1. 核心原则

适度为宜：“流水不腐，户枢不蠹”，适度运动可促进气血循环、增强脾胃功能，但需避免剧烈运动（耗伤正气）；

辨证选动：根据体质选择运动类型（如气虚体质选温和运动，痰湿体质选有氧运动）；

循序渐进：从低强度运动开始，逐步增加时长与强度，避免突然高强度运动。

2. 推荐运动方式

(1) 中医特色运动（优先推荐）

八段锦：动作舒缓，注重呼吸与动作配合，可调理脾胃、疏肝理气，每日练习 15-20 分钟（推荐“两手攀足固肾腰”“调理脾胃须单举”等招式）；

太极拳：强调以柔克刚、气机流通，适合各年龄段人群，每日练习 20-30 分钟，可改善体质、缓解压力；

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

五禽戏：模仿虎、鹿、熊、猿、鸟的动作，调和脏腑功能，每周练习 3-4 次，每次 20 分钟。

（2）常规有氧运动

低强度：快走、慢跑、游泳、骑自行车，每日 30 分钟，每周 5 次，适合中青年及体质较好的老年人；

温和型：散步、广场舞、瑜伽，每日 30-40 分钟，每周 5 次，适合老年人群、气虚体质或康复期人群。

（3）运动禁忌与注意

禁忌场景：空腹、饭后 1 小时内、过度劳累或情绪激动时不运动；

特殊人群：老年人群避免剧烈运动（如快跑、登山），合并基础疾病（高血压、糖尿病）者在医生指导下运动；

运动后调理：运动后及时补充温水，避免冷水淋浴，气虚体质者可饮用少量黄芪水（黄芪 10g 煮水）补充气血。

（四）作息养生：起居有常，养精蓄锐

1. 核心机制

中医理论：“人卧则血归于肝”“脾胃运化需阳气助力”，规律作息可养护肝肾功能、促进脾胃修复，避免正气耗伤；

癌变关联：长期熬夜（23 点后入睡）、作息紊乱会导致内分泌失调、免疫力下降，增加食管癌、胃癌发病风险。

2. 作息优化方案

（1）核心作息建议

睡眠时间：每日保证 7-8 小时睡眠，成年人不低于 6 小时，老年人不低于 7 小时；

入睡时间：23 点前入睡（23 点 - 凌晨 3 点为肝胆经当令，是养肝的关键时段）；

起床时间：早晨 6-7 点（此时阳气生发，起床后可适当活动，促进阳气升发）。

（2）分段作息养护

晨起养护：起床后喝一杯温水（唤醒脾胃），可进行 5-10 分钟拉伸或八段锦，避免晨起剧烈运动；

午休调理：中午 11-13 点（心经当令），可小憩 20-30 分钟（不宜超过 1 小时），缓解上午疲劳，保护心脏；

夜间养护：睡前1小时避免使用电子产品（手机、电脑），可泡脚（水温40-45℃，时间15分钟）、听舒缓音乐，避免睡前暴饮暴食、剧烈运动或情绪激动。

（五）环境养生：避邪防毒，适配自然

1. 外部环境防护

（1）规避物理/化学致癌物

室内环境：保持通风（每日通风2-3次，每次30分钟），避免长期接触甲醛（新装修房屋通风6个月以上再入住）、苯等有害物质；

厨房防护：安装高效抽油烟机，减少油烟暴露（烹饪时佩戴口罩），避免使用劣质食用油；

户外防护：避免长期接触粉尘、烟雾、化学废气（如工厂废气、汽车尾气），雾霾天减少外出或佩戴口罩。

（2）适配自然环境

地域适配：北方干燥地区（如华北），阴虚体质者需增加滋阴润燥食物（百合、银耳），避免干燥环境；南方潮湿地区（如江南），痰湿体质者需增加健脾祛湿食物（薏米、红豆），保持室内干燥；

季节适配：春季疏肝（多吃春笋、菠菜，练习伸展运动），夏季清热祛湿（多吃冬瓜、绿豆，避免贪凉），秋季滋阴润燥（多吃梨、蜂蜜，避免干燥），冬季温补脾肾（多吃羊肉、核桃，适度保暖）。

2. 体内环境调理

肠道环境：多摄入膳食纤维（蔬菜、水果、全谷物），促进肠道蠕动，减少粪便中致癌物停留时间；

黏膜环境：避免食管、胃黏膜长期刺激（如过烫、辛辣食物），高危人群可通过中药含漱、食疗等方式修复黏膜；

代谢环境：通过饮食、运动、作息调节，降低体内炎症因子水平，改善代谢紊乱（如肥胖、高血脂）。

三、食管癌与胃癌的专属养生要点

（一）食管癌专属养生要点

1. 核心养生靶点：食管黏膜保护、反流防控、阴虚体质调理

2. 专属养生策略

（1）黏膜保护专项养生

饮食禁忌强化：严格控制饮食物温度（ $< 60^{\circ}\text{C}$ ），避免粗糙、坚硬食物（如硬米饭、油炸食品、坚果），减少食管黏膜机械性损伤；

反流防控：餐后保持站立或缓步散步 30 分钟，避免立即平卧；睡眠时垫高床头 15-20cm（利用重力减少反流）；避免睡前 2 小时进食、饮用咖啡或浓茶；

中药茶饮养护：每日饮用玄参麦冬茶（玄参 10g、麦冬 10g、生甘草 5g），滋阴利咽，保护食管黏膜，避免长期饮用烈酒、浓茶。

（2）高发体质养生适配

阴虚体质：多吃百合、银耳、梨、蜂蜜等滋阴食物，避免羊肉、辣椒等温热食物；室内使用加湿器（湿度 50%-60%），避免干燥环境；

气郁体质：每日按摩太冲穴、膻中穴，各 10 分钟；多吃佛手、陈皮、玫瑰花等疏肝理气食物；避免长期焦虑、抑郁，及时宣泄情绪；

血瘀体质：多吃山楂、黑木耳、当归等活血化瘀食物；适度运动（如快走、太极拳），促进气血循环；避免腹部受凉。

（二）胃癌专属养生要点

1. 核心养生靶点：胃黏膜修复、Hp 感染防控、脾胃功能调理

2. 专属养生策略

（1）胃黏膜保护专项养生

饮食节律强化：每日三餐定时定量，避免饥饱不均、暴饮暴食；每餐以温和、易消化食物为主（如粥、烂面条、蒸蛋），避免生冷、辛辣、过酸食物（如醋、柠檬）；

Hp 感染协同养生：Hp 感染者在西医根除治疗后，坚持 1-2 年食疗调理（如黄芪山药粥、香砂六君子汤食疗），修复胃黏膜；避免与他人共用餐具（实行分餐制），减少 Hp 交叉感染；

中药外敷辅助：每周 1-2 次，用炒莱菔子 30g、生姜 10g、陈皮 10g 研末，凡士林调敷胃脘部，每次 8 小时，缓解腹胀、改善胃动力。

（2）高发体质养生适配

气虚体质：多吃黄芪、党参、大枣等益气食物，食疗方推荐黄芪炖鸡、小米粥；避免过度劳累、熬夜，适度休息；

痰湿体质：多吃薏米、红豆、冬瓜等祛湿食物，避免肥肉、甜品、生冷食物；增加有氧运动（如快走、游泳），促进水湿代谢；

瘀瘀互结体质：多吃山楂、桃仁、黑木耳等活血化瘀食物；避免久坐不动（久坐加重血瘀）；每日按摩足三里、中脘穴，促进气血循环。

四、中医养生防癌的常见误区与规避

（一）常见误区

1. 过度进补：认为“多吃补药就能防癌”

误区危害：盲目服用人参、鹿茸等补药，可能导致“上火”“痰湿加重”，反而损伤脾胃功能，尤其痰湿、湿热体质者更易适得其反；

规避要点：养生以“饮食调理”为主，补药需在中医师指导下使用，遵循“辨证进补、适度为宜”原则，避免自行长期服用补药。

2. 绝对忌口：认为“防癌需完全忌口某类食物”

误区危害：过度忌口（如完全不吃肉类、油脂）会导致营养不均衡，反而降低机体免疫力；

规避要点：忌口以“减少高危食物”为主，而非绝对禁止，强调“均衡饮食”，如腌制食品偶尔少量食用无需过度焦虑，关键是控制频率与量。

3. 运动过量：认为“运动越多防癌效果越好”

误区危害：剧烈运动（如马拉松、高强度健身）会耗伤气血、降低免疫力，尤其气虚、阴虚体质者可能加重体质偏颇；

规避要点：运动以“适度、舒缓”为原则，根据自身状态调整强度，以运动后不疲劳、精神舒畅为宜。

4. 忽视体质：认为“通用养生方案适合所有人”

误区危害：照搬他人养生方法（如痰湿体质者跟随阴虚体质者吃百合、银耳），可能加重体质失衡；

规避要点：先明确自身体质（可通过《中医体质分类与判定量表》自测），再选择适配的养生方案，必要时咨询中医师。

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

（二）高危人群养生强化要点

定期监测：养生同时需配合现代筛查（如胃镜、肿瘤标志物），高危人群每1-2年复查一次；

干预协同：养生与中医干预（如体质调理、中药干预）结合，形成“养生 + 干预”的双重防护；

心态调整：避免“恐癌心理”，保持平和心态，过度焦虑反而会增加癌变风险，通过养生实践转移注意力、增强信心。

参考文献

- [1] 周岱翰.论中医肿瘤学维护健康与治癌疗效报告[J].中医肿瘤学杂志,2025,7(03):1-6.
- [2] 孟永斌,程思谟,杜娟,等.浅谈综合性医院中医肿瘤科临床教学问题与对策[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(08):199-202.
- [3] 周岱翰.中医肿瘤学发展历程的反思与展望[J].中医肿瘤学杂志,2019,1(02):1-5+9.
- [4] 夏梦蝶.浅谈“三位一体”的美术教学策略[J].学周刊,2011,(34):88.
- [5] 杨维泓,郭勇.中医肿瘤学科核心技术探讨[J].中华中医药学刊,2010,28(06):1290-1292.
- [6] 丁进周.八纲辨证治疗肿瘤探讨[J].河北中医,1996,(06):1.
- [7] 刘萍.肿瘤放疗中医辨证用药心得[J].中国误诊学杂志,2008,(19):4766-4767.
- [8] 强睿.中医治疗肿瘤,重视调理脾肾的阴阳气血[J].家庭科学,2024,(12):20-21.
- [9] 金晓炜,沈红梅.中医药辩证调节肝胆肿瘤恶病质患者炎性微环境的思路[C]//中国中西医结合学会肿瘤专业委员会.第十七届全国中西医结合肿瘤学术大会摘要集.昆明医科大学第三附属医院云南省肿瘤医院,;2019:83.
- [10] 段旭华,王俊涛,许文泽,等.现代介入医学与传统中医肿瘤学联合培养研究生的效果[J].河南医学研究,2024,33(20):3753-3756.
- [11] 夏宁俊,顾根网,陈艳,等.固表扶正止瘤汗汤联合益气敛汗散治疗气血两虚型肿瘤相关性汗证疗效观察[J].广西中医药大学学报,2025,28(04):20-24.
- [12] 聂君,周凤,周晓艳.养血扶正膏治疗恶性肿瘤化疗后气血两虚型骨髓抑制的临床观察[J].中国民间疗法,2024,32(21):82-85.
- [13] 柴小姝.《温病条辨》中扶正祛邪治法的运用[J].中国医药导报,2011,8(33):119-121.
- [14] 叶子,刘培民,于志红.从“温阳扶正”论治晚期食管癌[J].中医药临床杂志,2022,34(03):413-417.
- [15] 张迎春,吴晓敏.扶正固本方联合HAART对艾滋病合并肿瘤患者免疫重建及临床疗效的影响[J].上海医药,2025,46(09):22-26.

中医肿瘤扶正祛邪辨治精要

- [16] 高虹.基于网络药理学分析清热凉血外用对比喜疗妥治疗恶性肿瘤患者放射性皮炎的疗效研究[D].河北北方学院,2025.
- [17] 朱紫妍,朱芸萱,陈琼,等.活血化瘀药影响肿瘤转移的分子机制研究进展[J].南京中医药大学学报,2025,41(09):1251-1257.
- [18] 卜岍岍,张冠南,李柳,等.化痰解毒中药抗肿瘤临床应用与机制研究现状[J].中国中药杂志,2025,50(21):5948-5955.
- [19] 徐思源,李柳,赖岳阳,等.以毒攻毒法论治恶性肿瘤[J].中医杂志,2023,64(18):1847-1852.
- [20] 黄健飞.老年恶性肿瘤患者的“扶正”与“祛邪”治法(附61例临床报告)[J].浙江中医药大学学报,2012,36(12):1295-1298.
- [21] 郑雪萍,刘欣蔚,马丽芬,等.PD-1/PD-L1免疫抑制剂联合扶正祛邪方治疗晚期非小细胞肺癌的预后相关[J].中国中西医结合影像学杂志,2025,23(05):573-579.
- [22] 钟俊城.中药助力慢性肾病,扶正祛邪护肾安[C]//广东省肿瘤康复学会.2025年“《健康大湾区》-科普引领健康”论坛暨第4期健康科普作品征集活动作品集.紫金县中医院肾内血液透析科,;2025:160-162.
- [23] 陈希琦.基于“扶正祛邪”理论探讨扶正消瘤方治疗胃癌及调控Th17/Treg失衡的临床与实验研究[D].山东中医药大学,2024.
- [24] 魏雅雯.基于“扶正祛邪”理论的替抗中药筛选及组方研究[D].山东中医药大学,2023.
- [25] 冯前进,窦志芳,耿焰,等.中医学扶正祛邪治则:预防和治疗病毒感染性疾病和抗病毒药物设计的一个新策略[J].山西中医学院学报,2007,(01):2-6.
- [26] 纪旋,解晓青,付文胜.食管癌中医证型研究进展[J].光明中医,2024,39(08):1651-1653.
- [27] 徐成,汪晓敏,郑巧,等.肺癌术后快速康复期的中医治疗研究进展[J].湖南中医杂志,2025,41(07):174-179.
- [28] 张钰.晚期胃癌毒邪典型证候中医量表的初步研制与验证[D].扬州大学,2025.
- [29] 魏丹.中医治疗肝癌四个阶段的方法[J].家庭科学,2025,(10):22-23.
- [30] 王欣.乳腺癌患者术后中医气血调理方法[J].人人健康,2025,(31):90-91.
- [31] 党明.结直肠癌患者如何从中西医结合治疗获益[J].健康必读,2025,(33):158-159.
- [32] 吴旋,陈云欢,薛善乐,等.杨上望运用中医外治法治疗肿瘤化疗并发症的验案分析[J].中国民间疗法,2025,33(17):74-76+113.