

501, 1975。

22. 中国医学科学院肿瘤医院放射科, 肿瘤防治研
研 3:74, 1975。

附 图 说 明 (见封 3 页)

图 1 管内型肺癌

肿瘤位于左肺上叶尖后段支气管管内,
远端肺呈阻塞性肺炎改变。

图 2 管内型肺癌

肿瘤位于右下叶基底段支气管管内巨
大,沿支气管分枝而呈分叶状。

图 3 管内型肺癌

肿瘤位于左总支气管及左上叶支气管
巨内大分叶状,伴空洞形成。

图 4 管壁型(管壁浸润型)肺癌

除支气管管内有一小乳头状肿瘤外,支
气管及肺无明显肿块,只表现为支气管
管壁增厚。

图 5 管壁型(管内外混合型)肺癌

肿瘤部分位于右上叶支气管管内,部分
已侵至周围肺组织。

图 6 管壁型(管壁外浸润型)肺癌

肿瘤与右肺下叶支气管有关,但主要在
管壁外浸润。

图 7 球型(规则球型)肺癌

肿瘤位于左下叶前基底段近胸膜处,与
周围肺组织境界清楚。

图 8 巨块型(不规则巨块型)肺癌

肿物虽较规则,但已有肺内转移。

摘 要

正常人转移因子治疗肺 癌的初步体会

上海第二医学院附属瑞金医院肺科

对晚期肺癌病人采用抗癌药物治疗,尤
其是大剂量联合治疗时,部分病人因反应较
大,全身情况恶化,因而不能继续治疗。肺
部病灶可增大和发生转移。这可能与抗癌药
引起机体免疫抑制有关。为此设想在抗癌化
疗的同时,并用细胞免疫触发剂——正常人
转移因子(N.T.F),观察其能否减轻因化疗
所致的免疫抑制,从而增加疗效。

我们和上海第二医学院正常人体学教研
组转移因子研究组、上海生物制品研究所协
作,对一组(12例)晚期肺癌病人在作联合
化疗和中药治疗时,加用正常人转移因子
(4×10^8 白细胞/2 毫升)治疗。联合化疗的
方案一般均为同时应用二、三种抗癌药物
(CTX, 5Fu, MTX 等)静脉滴注,每星期
两次。在治疗过程中,每二星期注射正常人
转移因子一次,每次 4 毫升,注射部位为上

臂内侧皮下;同时挑选一组(17例)病情相
仿、未用正常人转移因子而其他治疗方案相
同的晚期肺癌作对比观察,初步结果发现两
组的一些差别值得引起注意:

一、联合化疗加用正常人转移因子的病
员(化疗+N.T.F组),短期内临床症状改
善,较单用联合化疗的病员(化疗组)为明
显,表现为精神较佳,食欲增加,自觉良
好。

二、化疗+N.T.F组在随访过程中,生
存 6 个月以上者达 58.3% (7/12); 而化疗
组仅 29.4% (5/17)。

三、化疗+N.T.F组生存 6 个月以上病
人中,根据胸部 X 线表现病灶稳定不变或
略有缩小者占 33.3% (4/12); 而化疗组仅
11.7% (2/17) 病灶稳定不变。

四、两组病员均在治疗前、后作体外淋
巴细胞转化试验,化疗+N.T.F组病员治疗
前,后的淋巴细胞平均转化率为 62.6%、
62.2%,化疗组依次为 60.6%、58%。

有一男性,58 岁的病员,患肺腺癌(Ⅲ
期)伴胸腔大量积液,经联合化疗和正常人
转移因子治疗 3 个月以上,症状明显好转,
胸水吸收,淋巴细胞转化率由治疗前 59%
升高至 69%。

(下转第 33 页)

图 14: 假性淋巴瘤型炎性假瘤, 以成熟淋巴细胞构成病变之主体, 左下角可见有淋巴滤泡形成, HE×80。

(附图见 78 页)

参 考 资 料

1. Bahadori. M. et al: Cancer 31(1):191, 1973
2. Grossman. R. E. et al: Surg 65:653 1973.
3. Anderson, W. A. D Pathology 6-th Edition P 983, 1971.
4. 胡志翔、常泗传: 天津医学杂志肿瘤学附刊, 3(2):99, 1965.
5. Umiker. W. O. et al: J Thor Surg 28:55, 1954.
6. Liebow A. A. et al: Cancer, 9:53, 1956.
7. Arean, V. M. et al: Am Rev Resp Dis 85:261, 1962.
8. Mori, S Sclerosing Hemangioma of the lung Dis Chest 54:381, 1968.
9. Titus J. L. et al: Cancer 15:522, 1962.
10. Wentworth, P. et al: Cancer. 22:345, 1968.
11. Scott, H. W. et al: J Thoracic Surg 17: 821, 1948.
12. Sherwin, R. P. et al: Cancer. 18:634, 1965.
13. Foster, E. A. et al: Am J Clin Path 34 (4):349, 1964.
14. Gorden, J. et al: Arch. Path. 37:222, 1944.
15. Romanoff. H. et al: Brit. J Dis Chest 56: 139, 1962.
16. Mäkelä, V. et al: Acta Path. and Microbio Scand 80a:634, 1972.
17. Auld, D: Arch. Path. 63:113, 1957.
18. Williams, A. W. et al: Ann. Int. Med 54: 30, 1961.
19. Heppleston, A. G.: Thorax, 11:77, 1956.
20. 胡豫、马学惠: 国外医学参考资料肿瘤学分册 2:52 1976.
21. 中国医学科学院肿瘤医院病理科, 肿瘤病理学图谱, p:204, 1975, 人民卫生出版社。
22. 中国医学科学院基础组病理室, 大鼠实验性支气管炎的形态研究, 内部资料。
23. Persaud, V. Brit Dis Chest 68 (3): 202, 1974.
24. Sproul et. al: Cancer Res 23:671, 1963.
25. Pearl, M: Radiology 105, 391, 1972.
26. Gerami, S. et al: South Med J. 61:395, 1968.
27. Kuzela, D. C.: Cancer 36, 149, 1975.
28. Rubin, E. H. et al: Cancer, 11:713, 1958.
29. Enzinger, F. M.: International Histological Classification of tumors № 3, W. H. O 1969, Geneva

(上接第24页)

由于观察的例数不多, 尚难下结论, 但加用正常人转移因子治疗后, 多数病例淋巴细胞转化率未见下降, 临床演变及胸部 X 线表现进步或稳定, 似提示正常人转移因子与抗癌化疗药合用, 可能弥补单用化疗药物的不足。通过正常人转移因子的治疗, 有助于提高机体免疫力, 并减轻大量抗癌药物引起的机体免疫功能进一步抑制, 起“扶正培本”的作用, 达到“养正积自消”的目的。另一方面, 积极应用抗癌药物杀灭癌细胞, “邪去则正安”, 因此, 扶正与祛邪相结合, 既扶植

机体正气, 又杀灭癌细胞, 攻补结合, 相辅相成, 因而可能进一步提高疗效。通过前一阶段的临床实践, 使我们进一步体会到必须根据祖国医学辨证论治的观点, 攻补兼施, 有机结合是十分重要的。

在正常人转移因子治疗晚期肺癌的工作中, 如何做到扶正与祛邪的有机结合 (包括时间、剂量、方法), 合理选用抗癌化疗药物, 还有许多工作要进一步深入开展。此外, 正常人转移因子作为细胞免疫触发剂, 它的特异性不强, 今后尚应向特异转移因子和免疫核糖核酸的方向努力。