

501, 1975.

22. 中国医学科学院肿瘤医院放射科, 肿瘤防治教研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管内大分叶状, 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, 只表现为支气管壁管增厚。

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, 併用细胞免疫触发剂——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, 5 FU, 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+NTF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+NTF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+NTF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+NTF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 $\times 80$ 。
(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。