

肝癌癌性发热的病理及治疗进展

黄宝祥

钦州市钦北区人民医院普通外科 广西钦州 535000

【摘要】肝癌是临床常见的恶性肿瘤，其病发率与病死率均较高，而肝癌癌性发热是肝癌患者的常见病症，经临床中西医结合研究分析，对肝癌癌性发热的病因及治疗等临床知识进行了积累，尤其是中医，因其毒副作用较小，可综合调治患者病情与身体状况，且其治疗处方灵活等多种优势，在治疗中发挥显著作用，故本文通过资料查询与临床经验分析，对肝癌癌性发热的病因及治疗措施进行综述，为临床治疗提供有效参考。

【关键词】肝癌癌性发热；病发机制；治疗措施

【中图分类号】 R273

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 07-173-02

肝癌是临床常见的肝脏恶性肿瘤，分为原发性与继发性，前者病发与肝脏的上皮（或间叶组织），具有较高的发病率与死亡率；而后者又被成为“肉瘤”较少见。而近年来临床该病症病发率显著上升，严重威胁患者的生命健康。而癌性发热是原发性肝癌患者常见的临床病症之一，病发后增加了患者痛苦，亦影响患者病情进展。且该病症发展大大增加了治疗难度，故有效的控制患者癌性发热，是肝癌患者积极治疗及预后改善的关键。而临床肝癌发热可分为感染性发热、癌性发热与药物性发热，而癌性发热最为常见，具有迁延难愈、病情复杂等特点，但临床病发机制尚不明确，本文对肝癌癌性发热的病发机制与治疗措施进行综述，为临床该病症研究与治疗提供可靠依据，综述如下。

1 病发机制

癌性发热是指临床癌症患者在排除感染，且抗生素治疗无效的情况下，出现与癌症有直接关系的非感染性发热，以及患者在肿瘤发展过程中因治疗而引发的发热。而临床对该病症的病发机制认知并不明确，经临床经验与相关文献查询，其病发机制可能与以下因素有关：①可能与患者肿瘤因子生长迅速，继而导致的缺血、缺氧，引发自身组织坏死，机体对坏死物的吸收而引起机体发热；②因治疗时使大量的肿瘤细胞坏死，继而释放肿瘤坏死因子（TNF），从而机体发热；③恶性肿瘤细胞自身产生内源性致热源，因引起免疫反应从而机体发热；④恶性肿瘤细胞释放抗原类物质，造成免疫反应，从而机体发热；⑤肿瘤细胞分泌某些活性物质，从而机体发热；⑥肝癌患者在治疗过程中，经放疗、化疗、白介素、干扰素、疫苗等治疗措施干预，从而机体发热。同时该病症缺乏统一的诊断标准，积极了解病发特点尤为重要。

2 治疗措施

2.1 西医治疗

临床西医对该病症治疗主要以积极的进行抗肿瘤治疗、控制肿瘤病情发展等措施进行干预，经对症治疗改善患者临床病症，提高治疗舒适度，通常为物理降温、药物降温，前者主要以酒精擦浴和温水擦浴、冷毛巾与冰袋冷敷。后者常以非甾体类抗炎药物与糖皮质激素类药物进行治疗干预，非甾体类抗炎药物可通过抑制患者体内环氧酶-2的活性，从而减少前列腺素的合成，有效达到降温效果。而糖皮质激素类药物主要是通过控制患者体温调节中枢对致热源的反应，稳定溶酶体膜，减少内热源释放，从而达到降低体温的目的，于用药12h内可使癌性发热患者体温下降。同时采用西药治疗可有效发挥降温速度快、方便简单、疗效确切的优势，但

其副作用较明显，如非甾体类抗炎药物易引起患者粒细胞减少、大汗淋漓等；糖皮质激素类药物易引起患者免疫功能紊乱、下降等，且均可引起消化道损伤，在西药药效消除后体温易反复，不宜长期应用。同时在江芝芹^[3]等研究中，以接受经动脉介入治疗的75例原发性肝癌患者作为研究对象，对患者实施并发症及不良反应护理后，患者的临床症状明显改善，共有73例患者显示有效，占97.33%。原发性肝癌患者行经动脉介入治疗多伴随发热、恶心呕吐及消化道反应等并发症，给予相应临床护理干预，可有效提升手术效果，改善患者临床症状。表明于术后给予患者有效的术后干预，仍可改善患者治疗效果。

2.2 中医治疗

中医认为肝癌癌性发热主要为“内伤发热”，故病发原因主要与患者气血阴阳失衡而引发的脏腑功能失调有关，再加上热毒痰瘀等病因导致。但临床对内伤发热的具体分型观点不一。据统计可分为血瘀、气虚、血虚、气滞、阴虚五种类型，或为阴虚发热、少阳郁热、湿郁发热、营卫虚弱四种类型，或气虚发热、瘀血内阻、阴虚发热三种类型，针对不同病症，随症加减，给予不同的治疗措施。

通过临床大量数据观察与实验，采用中药治疗与西药相比，具有毒副作用少、稳定不易复发等优势，同时在中医辨证理论的指导下，对患者病症进行综合调治、随症加减，且处方灵活，可充分发挥中医药的独特优势。依据临床中医治疗经验，其治疗措施包含：①经方治疗：在朱兆承^[4]等研究中，以84例肝癌癌性发热患者为例，均给予新癢片治疗，治疗组同时给予加味小柴胡汤治疗，治疗组总有效率治疗组73.81%高于对照组35.71%（ $P < 0.05$ ）。可见采用加味小柴胡汤联合新癢片治疗原发性肝癌癌性发热具有较好疗效。②中成药治疗：在唐丹^[5]研究中，以40例住院患者为例。对照组予西医常规处理，治疗组予在对照组基础上口服中药丹栀逍遥散加减治疗。治疗组总有效率为85%高于对照组的60%（ $P < 0.05$ ）；治疗组患者介入术后发热、腹痛（肝区疼痛）等症状程度及持续时间均优于对照组（ $P < 0.05$ ），可见经丹栀逍遥散加减治疗，可显著改善原发性肝癌行TACE术后患者发热、腹痛（肝区疼痛）等症状，同时一定程度上可减轻患者肝脏炎症的反应，对患者TACE术后的治疗有积极作用。③中医外治：在陈翔^[6]等研究中，从针刺治疗角度，通过对癌性发热患者针刺穴位，如合谷、曲池、足三里等，取得良好的效果。

3 小结

综上所述，原发性肝癌是临床常见病症，而癌性发热具

（下转第175页）

发生大面积脑梗死时颅内压会明显升高,此时应进行降颅压以及脱水治疗^[5]。临床常用的降颅压、脱水药物包括甘油果糖、清蛋白、甘露醇、呋塞米、激素等。其中,甘露醇是降颅压治疗的常用药物,该药物是一种脱水与利尿剂,具有较强的渗透性,可有效的减轻患者神经功能损伤程度,减少脑梗死的面积,但是,降压治疗过程中患者极易造成肾脏的损伤。

(四) 对脑梗死患者进行抗凝治疗

对脑梗死患者采取抗凝治疗的目的是避免缺血性脑梗死早期发作以及预防血栓的形成。常用的抗凝药物有类肝素、肝素以及低分子肝素钙等^[6]。对于大血管病变引发的急性脑梗死患者采取抗凝治疗可降低脑梗死的复发。临床常采用阿加曲班治疗脑梗死,阿加曲班是新型的低分子凝血酶抑制剂,可抑制凝血酶的产生,改善急性缺血性脑梗死的神经功能缺损症状,减少出血等并发症的发生。

(五) 对脑梗死患者进行抗血小板聚集治疗

对于脑梗死发病早期的患者采取抗血小板聚集药物治疗能够降低缺血性脑梗死的复发,对其预后具有较好的效果^[7]。临床常用抗血小板聚集药物包括阿司匹林以及氯吡格雷,通过对P2Y₁₂受体的抑制来降低血小板聚集,二者联合使用能够减少急性进展期大动脉粥样硬化型脑梗死的复发率。两种药物相辅相成,具有较好的血栓抑制作用,可有效预防血小板聚集进而纠正其体内的血液状态,改善患者临床症状,提高临床治疗效果。除此之外,抗血小板聚集类药物还包括曲克芦丁、双嘧达莫、噻氯匹定等。中药中的益母草、川芎、丹参、红花等也具有较好的抗血小板聚集作用。

(六) 对脑梗死患者进行介入治疗

随着医疗水平的迅速发展,神经介入技术广泛应用于脑血管疾病的临床治疗当中。脑梗死介入治疗是一种新型治疗方式,对于溶栓治疗失败或者错过最佳溶栓期的患者采取介入治疗效果较好^[8]。介入治疗是将治疗器械顺着血管进入到病灶处来进行局部治疗的方式,介入治疗是一种微创手术,手术创口小,恢复较快,并发生较少,患者接受度较高。目前,常用的介入治疗包括介入取栓治疗、介入溶栓治疗,球囊扩张血管成形术以及支架放置手术等。需要注意的是,对于颈内动脉颅内段、椎动脉颅内段、大脑中动脉M₁段以及基底动脉段等较大动脉比较适宜采用血管内支架治疗,而基底动脉分支动脉以及大脑中动脉分支则不适用采取血管内支架治疗。

(七) 心理及康复治疗

脑梗死起病急,发展较为迅速,患者极易出现恐惧、焦虑等不良情绪,不利于治疗的顺利进行,护理人员需要对患者心理状态进行评估并采取及时的心理干预,关注患者的情绪变化,对其进行脑梗死相关知识的讲解,提高患者对疾病的认知度,提高患者的治疗依从性,减轻患者的心理压力,为其树立治疗的信心,对于严重焦虑的患者可遵医嘱给予抗焦虑或者抗抑郁的药物来缓解患者的不良情绪。同时,指导患者进行康复锻炼,通过坐位、站立、行走等训练逐渐恢复患者的运动功能,运动强度根据患者的具体情况,由大关节到小关节,幅度由小到大^[9-10]。

结束语:

综上所述,脑梗死是临床常见的脑血管疾病,具有较高的致死率,严重影响患者的生命安全以及生活质量。随着医疗技术的不断进步,对于脑梗死的治疗方式也越来越多,根据患者的具体情况选择适宜的治疗方式可有效提高其临床疗效,相信随着临床医学对脑梗死治疗的不断深入研究,患者的治疗效果及预后将获得更好的改善。

参考文献:

- [1] 张颖.溶栓对急性脑梗死治疗的研究进展[J].医学理论与实践,2020,33(8):1241-1242,1254.
- [2] 张渊.进展型脑梗死的临床治疗分析[J].养生保健指南,2019,(27):389.
- [3] 赖晓云,韦晓平,黄时萍,等.急性脑梗死溶栓护理进展[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(13):24-25.
- [4] 郑松娜.急性脑梗死溶栓治疗进展[J].中国城乡企业卫生,2019,34(10):66-68.
- [5] 黄文胜,梁华忠.急性脑梗死溶栓治疗研究进展[J].内科,2019,14(1):56-58,64.
- [6] 赵康康,李健.急性脑梗死的血管再通治疗新进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(43):75-76.
- [7] 鲁国,李烁,闫福岭.急性脑梗死治疗体位的研究进展[J].中华神经医学杂志,2018,17(5):537-540.
- [8] 徐晓,戴琴,韩世友.急性脑梗死的中西医结合治疗的研究进展[J].医学美学美容,2018,27(3):91-92.
- [9] 梁育敏.急性脑梗死溶栓治疗进展[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(75):14833-14834.
- [10] 王貽民,许梅.急性脑梗死溶栓治疗临床研究进展[J].中国实用医药,2017,12(11):113-115.

(上接第173页)

有较高的病发率,大大增加了患者病症治疗的困难度,使肝癌的病发率增加,严重威胁患者的生命安全,因此分析肝癌癌性发热的病发原因,给予有效治疗对提高肝癌生存率起到关键作用。而经临床数据统计,中西医在治疗肝癌癌性发热患者过程中,均有较丰富经验,尤其是中医治疗癌性发热患者,其毒副作用较小、可有效稳定患者体温,且不易复发,可综合调理患者病症,达到积极治疗的效果。相较于西医而言,具有独特的优势,但因中医治疗癌性发热缺乏统一辩证分析,且临床部分研究样本较小,其时间较短,或未严格遵循随机对照双盲原则进行分组分析,故造成临床中药治疗疗效的可信度大大降低。因此在日后有针对性的进行肝癌癌性发热病症病发机制与治疗研究时,需严格遵循对照原则,扩大临床参与样本,延长探究时间,并对患者病症进行分型辨证,综合性的对该病症的治疗措施进行评估,继而为临床治疗提供

有效的参考依据。

参考文献:

- [1] 孙启峰,李涛,赵志强,等.射频消融联合肝动脉化疗栓塞治疗原发性肝癌的临床观察[J].中国现代普通外科进展,2018,021(005):391-393,396.
- [2] 王新亭,张传雷,陈晓琦,等.发热型原发性肝癌的临床特点及预后[J].现代肿瘤医学,2018,026(017):2717-2720.
- [3] 江芝芹,潘冬梅.经动脉介入治疗原发性肝癌术后不良反应及并发症的探讨与护理[J].系统医学,2017,002(024):P.122-124.
- [4] 朱兆承,宗登伟.加味小柴胡汤联合新癪片治疗原发性肝癌癌性发热临床观察[J].实用中医药杂志,2017,33(7):749-750.
- [5] 唐丹.丹栀逍遥散加减对肝癌TACE术后发热、腹痛的临床疗效观察[D].湖南中医药大学,2018.
- [6] 陈翔,吴昊,孟珊,等.针刺治疗癌性发热的中医辨证分型及进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(65):152-152.