

□ 主编 李春海 王士杰 单保恩

肿瘤治疗袖珍手册

ZHONGLIU ZHILIAO XIUZHEN SHOUCHE

ZHONGLIU

ZHILIAO

XIUZHEN

SHOUCHE



军事医学科学出版社

肿瘤治疗袖珍手册

主 编	李春海	王士杰	单保恩
副主编	刘俊峰	刘 巍	高玉环
	艾 军	贺宇彤	
编 者	刘会宁	温士旺	高立平
	刘海生	王玉栋	刘凤玲
	李巧敏	宋小天	彭 华
	沈 莉	杨从容	李润清
	周 艳	宋小珍	刘丽华
	冯永路	刘丽芝	鹿 刚
	赵连梅	张引娟	邵丽丽

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤治疗袖珍手册/李春海,王士杰,单保恩主编.

-北京:军事医学科学出版社,2007.12

ISBN 978-7-80121-983-1

I. 肿 II. ①李…②王…③单… III. 肿瘤-治疗-手册

IV. R730.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第144876号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)86702759,66884418,86702315

86703183,86702802

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:河北天普润印刷厂

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:13

字数:287千字

版次:2008年4月第1版

印次:2008年4月第1次

定价:24.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本手册查阅大量文献、收集世界各国肿瘤化疗方案,经过临床实践,并结合自己的经验,针对临床医师编著了常见肿瘤(包括实体瘤、血液系统肿瘤)治疗的方案和建议;同时还收集了目前一些新的治疗方法,包括干细胞治疗、生物治疗、营养治疗等内容。本手册可供有经验的医生快速而简单地处理大部分临床问题,也可供读者根据本手册内容参考相关的专业书籍。

前言

本手册总结了一些肿瘤治疗的方案和建议,有些方案和建议我们正在进行肿瘤治疗的临床实践和验证。应用这些方案的急性并发症和晚期副作用已经为大家周知,因而,这些治疗建议必须在慎重考虑的情况下应用于临床,并在专业的临床中心进行;另外,每一个癌症患者在进行正确诊断以准备治疗期间,都需要考虑一些特殊的因素。因此,建议与有经验的血液(肿瘤)医师协作。

与其他的医学原则不同,肿瘤学需要不断的变化。昨天的一些原则,在今天讨论起来可能就有争论了,而在明天就有可能显得陈旧了。我们虽然对过去取得的成绩充满热情,但是仍希望更多的进步,以进一步提高这些治疗建议的水平。因此,我们准备每两年更新并印刷这些治疗指南。

本书作者虽然很细心地提出了这些治疗建议,但读者仍需要根据其他文献资料对这些内容进行检查。

近年,提出了恶性淋巴瘤新的 WHO 分类,化疗药物不断增多,并且新的化疗方案和全新的治疗方法由实验阶段成为临床常规应用。在实体瘤的治疗中,化疗剂量的大幅度增加即是一个重要的范例。

本书内容中新增加了化疗、放疗和局部腔内治疗基础的一般章节。姑息治疗近年越来越引起人们的重视,所以也作为重要的一个章节。关于流行病学一章,在过去的 4 年中有了长足的进展,保证了手册的领先性和精确性。

本书中含有一些基本的治疗指南以及作者个人选择的一些治疗方案,通过这些资料,有经验的医生可以快速而简单地处理大部分的临床问题。在本手册中没有关于少见肿瘤以及高度专业化治疗手段的内容,此方面的内容读者可以参考相关的专业书籍。

所有作者都尽量不扩大手册的范围。如果接受了“新的事物”,则“老的方法”就需要放弃。

李春海

2006年10月24日

目 录

第一篇 实体瘤

第一章 头颈肿瘤	(1)
第二章 呼吸系统肿瘤	(9)
第一节 非小细胞肺癌	(13)
第二节 小细胞肺癌	(16)
第三节 间皮瘤	(20)
第三章 消化系统肿瘤	(22)
第一节 食管癌	(22)
第二节 胃癌	(25)
第三节 肝癌	(31)
第四节 胆囊和胆管肿瘤	(37)
第五节 小肠肿瘤	(39)
第六节 结直肠肿瘤	(41)
第七节 肛管癌	(52)
第四章 妇科肿瘤	(56)
第一节 子宫内膜癌	(56)
第二节 卵巢癌	(61)
第三节 宫颈癌	(69)
第四节 阴道肿瘤	(73)
第五节 外阴部肿瘤	(74)

第六节 滋养层肿瘤	(76)
第五章 泌尿系统肿瘤	(80)
第一节 膀胱癌	(80)
第二节 肾脏盆腔以及输尿管肿瘤	(86)
第三节 肾脏肿瘤	(86)
第四节 前列腺癌	(89)
第五节 睾丸癌	(94)
第六章 神经系统肿瘤	(102)
第一节 恶性胶质瘤	(102)
第二节 神经母细胞瘤	(106)
第七章 骨骼肿瘤	(108)
第一节 骨肉瘤	(108)
第二节 软组织肉瘤	(110)
第八章 腺体肿瘤	(116)
第一节 甲状腺癌	(116)
第二节 胸腺瘤	(120)
第三节 乳腺癌	(122)
第四节 男性乳腺癌	(143)
第五节 胰腺癌(内分泌腺、外分泌腺)	(144)
第九章 其他系统肿瘤	(148)
第一节 Ewing's 肉瘤	(148)
第二节 类癌与良性肿瘤	(150)
第三节 CUP 综合征(原发灶不明的肿瘤)	(152)
第四节 恶性黑色素瘤	(154)
第五节 转移瘤	(161)

第十章 急性白血病	(165)
第一节 急性髓系白血病	(166)
第二节 急性淋巴细胞性白血病	(170)
第十一章 霍奇金淋巴瘤(霍奇金病)	(177)
第十二章 骨髓增生异常综合征	(188)
第十三章 骨髓增殖性疾病	(193)
第一节 慢性骨髓增殖性疾病概述	(193)
第二节 慢性粒细胞性白血病	(194)
第三节 真性红细胞增多症	(198)
第四节 原发性血小板增多症	(200)
第五节 慢性特发性骨髓纤维化	(201)
第十四章 多发性骨髓瘤(浆细胞瘤)	(203)
第十五章 B 和 T 细胞淋巴瘤(非霍奇金淋巴瘤)	(207)
第一节 侵袭性 B 和 T 细胞淋巴瘤	(211)
第二节 惰性 B 和 T 细胞淋巴瘤	(215)
第十六章 慢性 B 和 T 细胞白血病	(219)
第一节 B 细胞慢性淋巴细胞白血病	(219)
第二节 毛细胞白血病	(222)
第三节 幼淋巴细胞白血病	(223)
第四节 成人 T 细胞白血病/淋巴瘤	(224)
第十七章 皮肤 T 细胞淋巴瘤	(226)
第一节 蕁样霉菌病	(227)
第二节 Sezary 综合征	(228)
第十八章 原发中枢神经系统淋巴瘤	(229)

第十九章	胃肠道淋巴瘤	(231)
第二十章	胃淋巴瘤	(233)

(201) 第三篇 基础部分

第二十一章	化学治疗	(235)
第二十二章	干细胞治疗	(240)
第二十三章	放射治疗	(246)
第二十四章	生物治疗	(250)
第一节	概述	(250)
第二节	细胞因子治疗	(251)
第三节	过继免疫细胞治疗	(253)
第四节	基因治疗	(255)
第五节	疫苗治疗	(255)
第六节	单克隆抗体的导向治疗	(257)
第七节	生物治疗原则	(258)
第二十五章	药物治疗	(260)
第一节	细胞毒药物	(263)
第二节	激素	(308)
第三节	免疫制剂	(318)
第四节	细胞因子	(319)
第五节	支持治疗药物	(323)
第六节	5-HT ₃ 受体阻断剂	(325)
第七节	二磷酸盐	(327)
第二十六章	细胞毒药物的应用	(331)
第一节	细胞生长抑素的应用	(331)
第二节	预防措施	(341)

第三节 细胞抑制剂	(342)
第二十七章 副作用	(344)
第二十八章 恶心/呕吐的治疗	(349)
第二十九章 疼痛的治疗	(352)
第三十章 腔内治疗	(356)
第三十一章 癌症患者的营养治疗	(361)
第三十二章 姑息治疗医学	(363)
第三十三章 症状控制	(365)
第一节 呼吸系统症状	(365)
第二节 胃肠道症状	(366)
第三节 神经精神症状	(368)
第四节 肿瘤晚期	(369)
第五节 腹泻的治疗	(370)

第四篇 肿瘤流行病学及肿瘤相关信息

第三十四章 流行病学	(372)
第一节 恶性肿瘤的流行趋势	(372)
第二节 常见恶性肿瘤流行趋势	(375)
第三十五章 ICD - 10 肿瘤部分编码	(386)
第三十六章 一般状态	(396)
第三十七章 肿瘤的分类	(397)
第三十八章 实体瘤的缓解	(400)
第三十九章 肿瘤反应的评价	(401)

第一篇 实体瘤

第一章 头颈肿瘤

【临床表现】 表现为喉部异物感或肿块、声嘶、吞咽困难。尽管有典型的早期症状,但多数患者因过度吸烟、饮酒和不注意口腔卫生而忽略疼痛的感觉,因此一经发现多为晚期。病毒病因研究正在进行中(乳头状瘤病毒可导致鳞状细胞癌;EB病毒可导致鼻咽癌)。

【分期】 见表1-1,表1-2。

【解剖学部位】 见表1-3。

【病理类型】 见表1-4。

表 1-1 头颈肿瘤 TNM 分期(个体肿瘤 T 分期有所偏离)

分期	浸润范围	分期	浸润范围
T1	肿瘤 ≤ 2 cm	T2	肿瘤 > 2 cm, 但 ≤ 4 cm
T3	肿瘤 > 4 cm	T4	肿瘤侵犯到临近结构(骨、肌肉、颈部软组织、皮肤等)
N1	同侧的单个淋巴结受累 直径 ≤ 3 cm	N2a	同侧的单个淋巴结受累直径 > 3 cm, 但 ≤ 6 cm
N2b	同侧的多淋巴结受累直 径 ≤ 6 cm	N2c	两侧或对侧的淋巴结受累直 径 ≤ 6 cm
N3	任何淋巴结转移, 直径 > 6 cm		

表 1-2 头颈肿瘤分期

分期	TNM	分期	TNM
I	T1 N0 M0	II	T2 N0 M0
III	T3 N0 M0; T1 ~ 3 N1 M0		
IV A	T4 N0/1 M0; T1 ~ 4 N2 M0	IV B	T1 ~ 4 N3 M0
IV C	T1 ~ 4 N0 ~ 3 M1		

【诊断】 查体、触诊、内镜检查、上消化道内镜检查、颈部淋巴结超声检查(排除颈部淋巴结转移最敏感的指标), CT, MRI。食管镜和支气管镜检查可排除食管和吸烟者并存的肿瘤。肿瘤标志物 SCC 缺乏敏感性。

【转移形式】 局部生长, 侵犯邻近组织, 包括血管、神经和骨。淋巴途径的播散主要是颈部淋巴结, 远处播散很少(下咽部癌除外, 可达 40%) 且发生晚。

表 1-3 头颈肿瘤解剖学部位

部位	ICD-10 分类	部位	ICD-10 分类
唇	C00.9	舌根	C01
舌部	C02.9	龈部	C03.9
口底	C04.9	腭部	C05.9
嘴,交界区	C06.8	嘴部	C06.9
腮腺	C07	大唾液腺	C08.9
扁桃体	C09.9	口咽	C10.9
鼻咽	C11.9	梨状窝	C12
下咽部	C13.9	韦氏环	C14.2
口唇、口腔、咽喉部、 多重交界区	C14.8		
鼻腔	C30.0	中耳	C30.1
鼻窦	C31.9	声门	C32.0
声门上	C32.1	喉部	C32.9

表 1-4 头颈肿瘤病理类型

病理类型	组织学分类	病理类型	组织学分类
鳞状细胞癌 *	8070/3	腺癌	8140/3
腺泡细胞癌	8550/3	混合细胞癌	8941/3
淋巴上皮细胞癌(Schminck's 肿瘤)			8082/3

* 鳞状细胞癌亚型,参见肺癌。

【治疗】 依据肿瘤的播散范围(期别)、大小和原发部位,一般在Ⅰ期和Ⅱ期(T1~T3)可手术的患者首选手术治疗,通过手术可治愈。并应考虑患者的生活质量,如果可能,器官的功能应尽量保留。在T1~T2 N0期喉癌或部分舌活动自由的T1~T2 N0期舌癌行手术或基本放射治疗可治愈(也

可以近距离照射)。

Ⅲ期、Ⅳ期和(或)有淋巴结转移的可手术的多数患者,术后给予放射治疗(照射范围:原发肿瘤部位和淋巴引流区域)。

进展期的患者,尽管经过多学科治疗的各种试验,但无一种治疗方案更具优势,其预后较差。因为缺少金标准,最佳的治疗方案是依据患者肿瘤的部位,播散范围,生长情况,生长时间,全身状况,临床各科如外科、化疗、放疗之间的密切合作给予患者个体化的治疗。

放疗和化疗可用于不能手术和因生活质量很差不能行大范围或多次手术的患者,可延长患者生存期,同时改善生活质量。联合应用包含顺铂的化疗和放疗可获得最高的缓解率,局部肿瘤可得到明显控制,但总生存率仅在少数报道中得到改善。超分割放疗的结果相同,放疗剂量应达到根治的要求,一般需 65 ~ 70 Gy 的放射剂量。

在放疗期间和放疗后如果患者仍继续吸烟和酗酒,治疗的副作用不仅会增加,而且缓解率和生存率也会下降。

【注意事项】 由于联合化疗而中断放疗,可导致缓解率和预后更差。

1. 放疗 一线放疗的患者推荐经 CT 引导下三维立体定位计划,会增加目标靶区的放射剂量并保护正常组织。在鼻、鼻窦和上颌区,三维立体定位放疗可获得最佳的治愈率。肿瘤目标靶区应给予 66 ~ 72 Gy 的放射剂量。

为防止淋巴血管性水肿,在放疗前应避免双侧颈淋巴结清扫根治术。术后辅助放疗应在肿瘤靶区和邻近淋巴结给予 60 Gy 的局部剂量,锁骨上淋巴结区给予 50 Gy。

一种近距离间隙后装照射使放射治疗应用更为广泛(肿

瘤示踪),这种方法治疗的范围包括:舌/唇癌(T1和T2期的作为一线可治愈的方案),口腔底部、软腭和扁桃体癌及颈部的淋巴结转移灶。腔内近距离照射可作为鼻咽癌追加照射的途径。

喉癌:依据分期进行治疗,局限在声带直到T2期的喉癌,用激光和一线放疗去除病灶可更好地保留发声功能。声门癌少见转移,而声门下癌由于早期出现淋巴结转移预后较差;由于T2及以上期的患者淋巴结转移较隐蔽,所以应给予术后辅助放疗。

下咽癌:早期缺乏临床症状,多数发现时已为进展期。且淋巴道和血行转移出现较早,预后较差。因此,所有的R0手术后的患者都将接受辅助放疗而不依据其期别。如果患者的一般状况许可,在接受一线放疗的同时可联合含有顺铂的化疗。

鼻咽癌:参见相关的章节。

2. 化疗 头颈部癌对化疗敏感,但很易产生耐药,很难达到治愈,所以单纯化疗是不够的。80%的患者经顺铂和(或)5-氟尿嘧啶方案一线和随后的化疗,可迅速获得CR/PR(表1-5)。肿瘤缩小的患者随后的放疗和(或)化疗可达到很好的疗效。放疗区局部复发的患者只给予化疗是不够的(肿瘤血管减少和血循环差)。伴有远处转移的患者,化疗可获得短暂的缓解。但在放疗后局部复发、远处转移及一般情况较差的患者通常不可给予太强化疗方案(表1-6)。一部分患者口服甲氨蝶呤(MTX)能短暂地改善生活质量(疼痛、肿胀)。

表 1-5 头颈部肿瘤常规化疗方案

药物	剂量	给药途径	时间及程序
顺铂	100 mg/m ²	IV(30 分钟)	第 1 天
5-氟尿嘧啶	1 000 mg/m ²	24 小时 CIV	第 1~5 天 第 22~29 天重复
卡铂	AUC = 5	IV	第 1 天
5-氟尿嘧啶	1 000 mg/m ²	24 小时 CIV	第 1~5 天 第 22~29 天重复
泰素	250 mg/m ²	IV	第 1 天,第 22 天重复
泰素	135 mg/m ²	IV	第 1 天
顺铂	75 mg/m ²	IV(30 分钟)	第 1 天,第 22 天重复
泰索帝	100 mg/m ²	IV	第 1 天
顺铂	75 mg/m ²	IV(30 分钟)	第 1 天,第 22 天重复

注:卡铂疗效小于顺铂

表 1-6 一般状况差的头颈部肿瘤患者的姑息化疗

药物	剂量	给药途径	时间
甲氨蝶呤	50 mg	PO	第 1、8、15 天
亚叶酸钙*	15 mg	PO	每 6 小时一次单剂量

* 如果口腔炎较严重,给 MTX 24 小时后,加亚叶酸钙

【预后】 多数早期患者可得到治愈,联合治疗(外科/放疗/化疗)可获得较好的姑息治疗效果,单一病灶的进展期患者甚至有得到治愈的可能。

【随访】 由于可出现局部复发和在食管(吸烟者)中的第 2 种肿瘤常见,前 3 年需频繁地随访(耳鼻喉、颌面外科医师),可通过二线治疗达到治疗目的。甲状腺的联合放疗有发生甲状腺功能低下的风险,在随访中应检查甲状腺的功能。