

JianMing ZhongXiYi JieHe

ZhongLiuBingXue

简明

主 编 冯 利

副主编 孙宏新

中西医结合

肿瘤病学

科学技术文献出版社

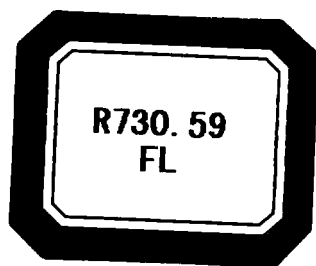
简明中西医结合肿瘤病学

主 编 冯 利

副主编 孙宏新

编 委 (以章节先后排序)

殷东风	邢玉庆	徐 凯	刘风华
王笑民	赵文硕	花宝金	李丛煌
孙宏新	武琪琳	白 威	杨金坤
杨宇飞	许 云	胡凯文	何秀兰
贾立群	李 忠	白 桦	冯 利
王 芳	柯生奇	方志伟	李广瑞
张 强	周海啸	巫 峡	陈信义



科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

图书在版编目(CIP)数据

简明中西医结合肿瘤病学/冯利主编. -北京:科学技术文献出版社,2008.6
ISBN 978-7-5023-5905-8

I. 简… II. 冯… III. 肿瘤-中西医结合疗法 IV. R730.59

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 008185 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 樊雅莉
责 任 编 辑 樊雅莉
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京国马印刷厂
版 (印) 次 2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 777 千
印 张 33.5
印 数 1~4000 册
定 价 65.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内容简介

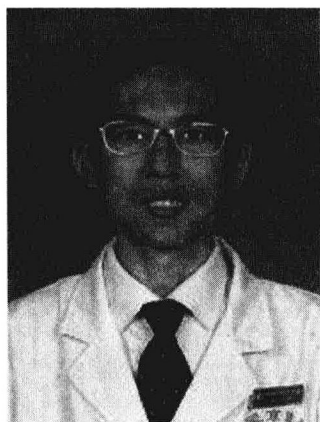
本书对近年来中西医肿瘤学的新进展及临床应用进行阐述，全书分二十一章，涉及 33 种肿瘤，每种肿瘤都简明扼要地介绍中医的病因病机、分型论治及西医的病理生理、诊断标准、常规治疗及最新研究进展。各章节作者均为近年来在中西医结合肿瘤防治领域的学科带头人，并全部来自国内知名的三甲医院，具有较高的理论和临床水平。相信本书的出版将有助于肿瘤中西医结合的规范化治疗，帮助肿瘤科医师开拓视野，了解新的理论与临床研究进展前沿。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构，
我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

编者单位

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 殷东风 邢玉庆 | 辽宁中医药大学附属医院肿瘤科 |
| 徐 凯 | 广东省中医院肿瘤科 |
| 刘风华 | 中国中医科学院广安门医院胸外科 |
| 王笑民 赵文硕 | 首都医科大学附属北京中医医院肿瘤科 |
| 花宝金 李丛煌 | 中国中医科学院广安门医院肿瘤科 |
| 孙宏新 武琪琳 | 河南省中医院肿瘤科 |
| 白 威 | 山西省肿瘤医院消化科 |
| 杨金坤 | 上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科 |
| 杨宇飞 许 云 | 中国中医科学院西苑医院肿瘤科 |
| 胡凯文 何秀兰 | 北京中医药大学东方医院肿瘤科 |
| 贾立群 | 卫生部中日友好医院中医肿瘤科 |
| 李 忠 白 桦 陈信义 | 北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科 |
| 冯 利 王 芳 何生奇 | 中国中医科学院望京医院肿瘤科 |
| 方志伟 | 北京大学临床肿瘤学院北京肿瘤医院
骨软组织肿瘤科 |
| 李广瑞 张 强 周海啸 巫 峡 | 中国中医科学院望京医院皮肤科 |

主编简介



冯利，现任中国中医科学院望京医院（三级甲等医院）肿瘤科主任，副主任医师，中西医结合肿瘤专业博士后，硕士研究生导师，北京中医药大学特聘副教授。

1988年山西大同大学医学院本科毕业，1996—2002年黑龙江中医药大学硕士、博士毕业，2002—2004年中国中医科学院中西医结合肿瘤专业博士后。博士后期间师从我国著名中西医结合肿瘤学专家朴炳奎教授，临床擅长对各种中晚期肿瘤及并发症的中西医结合治疗，在防止肿瘤复发、转移，特别是骨肿瘤、各种恶性肿瘤骨转移及恶性胸腹水的防治方面有深入的研究和较好的临床疗效。在各级刊物发表专业论文20余篇，参编专著3部，获省部级中医药科技进步三等奖1项，申报新药1项，目前参加国家级课题1项，省部级课题3项。长期担任医学核心期刊《中西医结合心脑血管病》杂志的英文编委，世界卫生组织《SARS中医药治疗临床指南》的主要英文编译。

依托中国中医科学院望京医院为全国骨伤医疗中心的优势，提出了对骨转移癌的“平衡阻断”疗法并申报课题，该课题已获望京医院院级重点课题立项资助，应用于骨转移癌各个阶段，临床治疗效果显著。

社会兼职：世界中医药学会联合会肿瘤专业委员会委员，中华中医药学会肿瘤专业委员会委员，北京市中西医结合学会肿瘤专业委员会委员，北京抗癌协会中西医结合专业委员会委员。

序 言

恶性肿瘤已成为严重危害人类健康的疾病，从 20 世纪 80 年代开始，恶性肿瘤已超过其他疾病成为人类致死的第一位原因，恶性肿瘤的防治已成为世界医药学界广泛重视的课题。中医药治疗肿瘤，在中国历代文献中有着丰富的论述，中医肿瘤学逐渐成为一门独立学科后，经过几代人的努力，已形成了许多临床行之有效的治法、治则，如扶正培本、清热解毒、活血化瘀、软坚散结等，应用于临床之中，在抑癌增效、提高生活质量、延长生存期等方面具有独特的功效。现代医学传统的治疗手段如手术、放疗、化疗的适应证不断扩大，临床疗效不断提高，一些新的治疗方法如基因治疗、免疫治疗、分子靶向治疗、微创治疗等发展很快。随着社会的发展和科学技术的进步，学科之间的全新的相互渗透、促进作用日益明显。

本书对近年来中西医肿瘤学的新进展及临床应用进行了总结，各章节作者均为近年来在中西医结合肿瘤防治领域务实工作的学科带头人，并全部来自国内知名的三级甲等医院，他们通过本书将其学术团队最新的研究成果、理论与实践经验介绍给大家。本书的最大特点之一是每一章节都有最新的研究进展。相信本书的出版将有助于肿瘤的中西医结合规范化治疗，帮助肿瘤科医师开拓视野、了解新的理论与临床研究进展前沿。

朴炳奎

全国中医肿瘤治疗中心主任

世界中医药学会联合会肿瘤专业委员会主任委员

中国中西医结合肿瘤专业委员会主任委员

目 录

第一章	颅内肿瘤	(1)
第二章	鼻咽癌	(34)
第三章	恶性胸膜间皮瘤	(70)
第四章	胸腺瘤	(87)
第五章	乳腺癌	(99)
第六章	原发支气管肺癌	(121)
第七章	食管癌	(153)
第八章	胃癌	(181)
第九章	肝癌	(199)
第十章	胰腺癌	(214)
第十一章	大肠癌	(230)
第十二章	肾癌	(247)
第十三章	膀胱癌	(257)
第十四章	男性生殖系统肿瘤	(267)
第一节	睾丸癌	(267)
第二节	前列腺癌	(276)
第十五章	女性生殖系统肿瘤	(289)
第一节	卵巢肿瘤	(289)
第二节	宫颈肿瘤	(310)
第三节	子宫内膜癌	(333)
第四节	子宫肉瘤	(346)
第五节	绒毛膜癌	(357)
第十六章	骨肿瘤及骨转移癌	(369)
第一节	骨肿瘤	(369)
第二节	骨转移癌	(389)
第十七章	浆细胞肿瘤	(398)
第十八章	软组织肿瘤	(414)
第一节	良性软组织肿瘤	(414)

第二节	恶性软组织肿瘤·····	(425)
第十九章	皮肤肿瘤 ·····	(441)
第一节	基底细胞癌·····	(441)
第二节	鳞状细胞癌·····	(448)
第三节	乳房 Paget 病·····	(455)
第四节	Bowen 病·····	(459)
第五节	恶性黑素瘤·····	(464)
第六节	蕈样肉芽肿·····	(473)
第二十章	白血病 ·····	(480)
第一节	急性白血病·····	(480)
第二节	慢性粒细胞白血病·····	(495)
第二十一章	恶性淋巴瘤 ·····	(508)

第一章

颅内肿瘤

生长在颅内的新生物统称为颅内肿瘤,简称脑肿瘤或脑瘤,包括生长在颅内的原发性肿瘤,即原发性脑肿瘤;以及生长在身体其他部位的恶性肿瘤转移到颅内的转移瘤,即转移性颅内肿瘤或继发性颅内肿瘤。本章主要讨论原发性脑肿瘤。

颅内肿瘤的发病率各国报道资料不一致。国外资料报道年发病率为7.8~12.5/10万人口。我国1985年11月公布的资料为农村人口中年发病率为7.9/10万;少数民族地区年发病率为3.6/10万。1987年上海肿瘤研究所统计的数字为:颅内恶性肿瘤年发病率男性3.8/10万,女性3.5/10万。颅内恶性肿瘤约占全身恶性肿瘤的1.5%,居全身恶性肿瘤的第11位。脑肿瘤中年龄在16岁以下者,后颅凹肿瘤占2/3,胶质瘤占1/3;中年以上大脑半球胶质瘤、脑膜瘤、听神经瘤及垂体瘤占大多数;老年人中,胶质母细胞瘤、听神经瘤和转移性肿瘤占大多数。按年龄分布来看,以30~50岁为发病高峰,60岁以后发病率明显下降。

脑瘤与中医学中“头痛”、“真头痛”、“头风”、“癫痫”、“中风”、“眩晕”、“厥逆”、“痿证”、“虚劳”、“呕吐”等病症的描述有相似之处。相关文献记载最早见于《内经》,如《灵枢·厥病》就明确指出了“真头痛”的临床表现和预后,曰:“真头痛,头痛甚,脑尽痛,手足青至节,死不治。”《灵枢·大惑论》指出:“故邪中于项,因逢其身虚……入于脑则脑转。脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣。”又如《素问·奇病论》曰:“人有病头痛以数岁不已……当有所犯大寒,内至骨髓,髓者以脑为主,脑逆故令头痛……病名曰厥逆。”此外,《中藏经》也指出:“头目久痛,卒视不明者,死。”以上这些论述都与现代医学中的脑部肿瘤临床特点极为相似。

一、病因病机

颅内肿瘤的病位虽然在脑,但与肝、脾、肾等脏腑有关,痰、瘀、毒、风为其主要的病理因素。感受邪毒、饮食偏嗜是外源病因;精神情志失调,先天不足,或后天失养,或久病耗伤,正气虚弱是颅内肿瘤发病的内伤病因。

1. 肾、脾、肝功能虚衰是发病的内在因素

肾虚脑失所养是脑肿瘤主要的发病原因。《灵枢·海论》指出：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府……髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”由于先天不足、房劳、惊恐伤肾致肾脏亏虚，脑失所养，诸邪乘虚而入，脑部清阳之气失用，津液输布不利，加之瘀血与顽痰互结酿毒，痰浊瘀毒痹阻脑络，导致神机受累、清窍失调而发为肿瘤。

脾胃虚弱也是重要因素。明代张景岳说：“脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。”脾主运化，脾虚湿聚可成痰。朱丹溪说：“凡人身上中下有块者，多是痰”，“痰之为物，随气升降，无处不到”。因此，脾胃虚弱，脾主运化，脾气虚则水湿内停，聚湿为痰，最终导致颅内肿瘤。

精血同源，肾阴亏虚日久，导致肝的阴血不足，可以出现肝肾阴亏；而肾虚和脾虚可以互相影响，最终导致脾肾阳虚。

2. 情志失调是发病的重要因素

郁怒伤肝则肝失疏泄，气机运行不畅，致瘀血阻滞；或因气滞脾失健运，水湿停滞，聚湿成痰，或气郁日久化火，灼津为痰。久之，痰瘀交阻，积于清窍，清窍受伤，脉络失养，而发脑瘤。

3. 感受外邪，邪毒内侵是重要的外在因素

外感六淫之邪，风邪夹火，则风伤于巅，火热上炎；感受湿邪，则湿困清阳，痰浊内生，清窍蒙蔽，脉络失充；邪毒内侵，则导致清阳之气不得升，浊阴之气不得降，以致气血郁结，结于脑内，肿大成积。邪毒内侵主要包括病毒感染，烟草、油烟的污染毒素，职业环境中的化学毒素，生活环境中的空气、水、土壤污染毒素及酒食中的各种毒素等。

4. 长期饮食不节也是发病的因素之一

长期饮食偏嗜，嗜酒肥甘，损伤脾胃，脾失健运，痰浊内阻，致使清阳不升，浊阴不降，清窍痹阻，痰瘀相结，可使颅内肿瘤发生。

综上所述，脑瘤的形成，主要是由于肾、脾、肝3脏功能虚弱，风、火、湿、毒、气滞、血阻相互作用，致清阳不升，浊气不降，血行滞涩，经络不畅，气血津液输布失常，则湿聚为痰，血滞为瘀，风、火、痰、瘀、毒互结为积而成，导致痹阻脑络，清阳失用而变生诸症。

二、发病机制

(一)发病原因

到目前为止，原发性脑瘤的病因尚不清楚。有报道称与一些相关的因素如病毒感染、致癌

物质、放射线、遗传、胚胎残余等有关,但每一种学说,只适合阐述某类肿瘤的病因。有一些相关因素与人类脑瘤的关系迄今未完全证实。全面阐明脑瘤的病因,还有待于多学科的协作研究。

(1)遗传因素 伴发于斑痣性错构瘤病(phakomatosis)的颅内肿瘤与遗传有关。另外,已经知道,神经纤维瘤病可由染色体 17q11.2,双侧听神经纤维瘤病可由 22q11~q13.1,小脑视网膜血管瘤病可由 3p26~p25,结节性硬化可由 9q34.1~q34.2、11q14~q23、12q22~q24.1 等位点的基因突变引起。

遗传因素很可能也参与一般脑瘤的发病。如 22q12.3qter 的基因突变与脑膜瘤有关。胶质瘤常有染色体 9p、10p、17p 和 22q 上等位基因的丧失。近年发现,胶质瘤是由于 19q 上一个肿瘤抑制基因的缺失引起。多形性胶质母细胞瘤可能是染色体 10 和(或)染色体 17 上某个基因突变后发生的单克隆肿瘤。

(2)职业因素 在职业方面,一些体力劳动者,包括橡胶厂工人、生产聚氯乙烯的工人或农民患脑瘤的危险性较高。因为大多数体力劳动者暴露于各种复杂的化学复合物,所以很难确定是哪一种特定的化学物质致病。在石油加工业等某些职业,曾有胶质瘤少量聚发的报道。

(3)环境因素 在环境方面,接触放射线后可能引起脑胶质瘤和脑膜瘤。468 例患有急性淋巴细胞白血病的儿童在接受头部放疗和甲氨蝶呤鞘内注射后,有 10 例发生中枢神经系统恶性肿瘤。有学者发现,注射了被 SV₄₀ 病毒污染的脊髓灰质炎疫苗的妇女,其后代髓母细胞瘤的发病率增加。SV₄₀ 在动物能引起中枢系统肿瘤,这一发现可能与之有关联。

(4)感染因素 和脑肿瘤发病增加有关的中枢神经系统感染包括弓形体病、脑结核和病毒感染,比如腺病毒、乳头多瘤空泡病毒和逆转录病毒。获得性免疫缺陷综合征(AIDS)和那些长期接受免疫治疗的病人,其原发性脑肿瘤的发病率显著增加。

(5)其他 在胚胎发育过程中,有些细胞或组织可停止生长而残留于颅内,以后可发展而形成脑瘤,称为先天性脑瘤,只占颅内肿瘤的一小部分,它虽然具有胚胎组织残留的特点,但些残留组织的增殖仍可能是由于其他因素影响的结果。个别脑膜瘤、胶质瘤的发病可能由局部受损引起。

(二)发病机制

脑肿瘤有良性和恶性之分。良性肿瘤不含有癌细胞,通常这类肿瘤可被切除并多半不会复发。良性肿瘤有清晰的边缘。尽管它们不会侵入邻近的组织,但会压迫脑的敏感区域而产生一些症状。恶性肿瘤含有癌细胞,妨碍生理功能并且威胁生命。恶性肿瘤多半生长迅速,并挤满或侵入到周围的组织中去。如同植物一样,这些肿瘤可能伸出“根”来长到脑的健康组织中去。若一个恶性肿瘤保持紧密状态并且没有根伸出,就被称为是包裹性的。当一个意想不到的良性肿瘤位于脑的致命区域并妨碍到至关重要的生理功能时,它可能同样被认定为恶性肿瘤(即使不含癌细胞)。

癌细胞按其细胞在显微镜下所观察到的形态特点,从低等级(I级)到高等级(IV级)进行划分排序归类。较高等级的肿瘤细胞具有更加异常的形态,并且通常生长得比相对低等级的

肿瘤细胞快;前者比后者更加恶性。

脑瘤发生的部位以大脑半球最多,其他部位依次为蝶鞍区、小脑、桥小脑角、脑室和脑干。一般习惯上以小脑幕为界,把发生于小脑幕上、下两个部位的肿瘤分别称为幕上肿瘤和幕下肿瘤。儿童以幕下肿瘤为多见,主要为好发于小脑蚓部的髓母细胞瘤和好发于小脑半球的血管网织细胞瘤,而幕上者主要为颅咽管瘤;成人以幕上肿瘤为多见,主要为好发于大脑半球的胶质细胞瘤和好发于鞍区的垂体细胞瘤等;而幕下者以好发于桥小脑的听神经瘤(神经鞘瘤)较多见。

脑瘤转移以颅内转移为主,颅外转移较少见。①颅内转移:又称种植性转移,脱落的细胞经脑脊液被带至远处或沉积于脑室壁上,手术、病理活检或部分切除,可使瘤细胞脱落而散布于蛛网膜下腔。转移结节大多位于颅底各脑池及脊髓蛛网膜下腔。②颅外转移:一般少见,主要原因是机体的循环系统内具有较强的排斥游离的脑瘤细胞的能力,同时颅内又缺乏赖以转移的淋巴管道。

临床上,脑肿瘤按其组织起源、好发部位、发病年龄等进行归类描述,现分述如下。

1. 神经上皮组织肿瘤

神经系统肿瘤中发病率最高,分类、分型最多者当属神经上皮组织肿瘤。神经上皮组织肿瘤有两类。一类由神经系统的间质细胞(即胶质细胞)形成,称为神经胶质瘤(简称胶质瘤);另一类由神经系统的实质细胞(即神经元)形成。胶质瘤的发病率约占脑肿瘤的50%以上。

(1)星形(胶质)细胞瘤 星形细胞瘤(astrocytoma)是最常见的脑肿瘤。根据2000年世界卫生组织(WHO)制定的脑肿瘤分类标准,可将星形细胞瘤分为毛细胞性星形细胞瘤(I级)、弥漫性星形细胞瘤(II级)、间变性星形细胞瘤(III级)和胶质母细胞瘤(IV级)。后3种类型的肿瘤常见于成年人的大脑半球,常弥漫性侵入周围或远隔部位的脑组织,并具有恶性演进的特征。

①毛细胞性星形细胞瘤(pilocytic astrocytoma)属WHO I级,故一些学者称之为良性星形细胞瘤。多发生于儿童和青年人,男性患者的比例较高,病变2/3位于小脑,1/3位于脑干视神经视交叉,病变呈局限性,可发生囊性变,单纯手术可治愈。

此外,少见的I级星形细胞瘤中,还有室管膜下巨细胞星形细胞瘤(subependymal giant cell astrocytoma),起源于侧脑室的室管膜下层,生长缓慢,相对良性,病理上有特征性的巨细胞型星形细胞,该肿瘤常伴结节性硬化。

②弥漫性星形细胞瘤(diffuse astrocytoma)即低(恶)度星形细胞瘤,属WHO II级,包括纤维型、原浆型和肥胖细胞型,这些类型的肿瘤在脑内呈浸润性生长,即使行肉眼全切,术后也将复发。术后复发者常有恶性度增高的趋势。纤维型星形细胞瘤多发生于儿童和青壮年,生长缓慢,不易侵犯周围的脑组织,常有巨大的囊性成分,恶性转化的倾向性较低。可发生于视神经、视交叉、下丘脑、脑干、小脑及大脑半球。

II级星形细胞瘤中,还有多形性黄色星形细胞瘤(pleomorphic xanthoastrocytoma),此型肿瘤多位于大脑半球内,可转变为间变性星形细胞瘤和胶质母细胞瘤。

③间变性星形细胞瘤(anaplastic astrocytoma)又称恶性星形细胞瘤,属WHO III级。其

生物学特性和临床特性更具恶性特点,往往在出现症状后 6~24 个月获得诊断。90%以上发生于大脑半球白质。

④胶质母细胞瘤(glioblastoma, GB)又称多形性胶质母细胞瘤(glioblastoma multiforme, GBM),是星形细胞瘤中恶性程度最高的一种,属 WHO IV级。目前又可分为原发性和继发性两种,原发性者系指首次经定向活检或手术切除经病理检查证实为胶质母细胞瘤;继发性者系指最初手术诊断为低(恶)度星形细胞瘤或间变性星形细胞瘤,肿瘤复发后再次手术病理检查证实为胶质母细胞瘤。GB好发于大脑半球,是 60 岁以上最多见的大脑半球肿瘤,发生率随年龄增加,男性患者的比例较高。这种神经胶质瘤生长迅速,常因血供跟不上肿瘤生长速度,而发生肿瘤中心部分坏死、囊变和出血,病情迅速恶化。

(2)少突胶质细胞瘤 少突胶质细胞瘤(oligodendroglioma)的 WHO 分型和生物学行为(恶性度)分级与 Kernohan 分型和分级不同:仅分 II 级的少突胶质细胞瘤和 III 级的间变性少突胶质细胞瘤两型。此类肿瘤约占颅内肿瘤的 5%,病变多位于大脑半球和额叶,可累犯脑膜,常发生钙化,并有自发出血倾向。手术常不能全切,应加放化疗。

(3)混合性胶质瘤 混合性胶质瘤(mixed gliomas)约占胶质瘤的 5%,是星形细胞、少突细胞和室管膜细胞 3 种瘤细胞中的两种瘤细胞混合的肿瘤。一般认为混合型胶质瘤的两种瘤细胞中,较少的一种瘤细胞应占 20%以上。混合性胶质瘤以少突-星形细胞瘤占大多数。

(4)室管膜起源的肿瘤 室管膜瘤(Ependymoma)发病率约占脑胶质瘤的 5%,在脊髓内肿瘤中约占 50%。根据 WHO 2000 年的神经系统肿瘤的分型和生物学行为的分级, I 级者有室管膜下瘤(subependymoma)和黏液乳头型室管膜瘤;在 II 级中有细胞型、乳头型和透明细胞型。此外,又新增延伸细胞型(tanycytic type); III 级是间变性室管膜瘤;无 IV 级者。约 2/3 的室管膜瘤发生于后颅窝,第四脑室后部。第四脑室的阻塞导致脑积水、视乳头水肿;小脑受压,共济失调以及小脑扁桃体向枕骨大孔的移位产生颈部的疼痛和僵硬。室管膜瘤起源于脑室壁者会产生脑积水及颅内压增高,发生于大脑半球者产生相应部位的局灶症状,约 30%有癫痫症状。

(5)脉络丛起源的肿瘤 脉络丛乳头状瘤起源于脉络丛的室管膜细胞,较少见,约占胶质瘤的 1%,多见于儿童,好发于侧脑室和第三脑室。表现为脑积水、大头、双侧第 VI 对脑神经麻痹。成人多发生于第四脑室等后颅窝部位。这些部位的肿瘤常压迫小脑半球和脑神经。

(6)其他 神经上皮组织肿瘤还包括未确定来源的胶质肿瘤、神经元和混合性神经元-胶质细胞肿瘤、神经母细胞性肿瘤、松果体实质瘤、胚胎性肿瘤(神经上皮)。

2. 脑膜瘤(meningioma)

约占脑瘤的 20%,女性为多,好发于大脑镰旁、大脑凸面、嗅沟、蝶骨嵴、鞍结节、枕大孔和小脑天幕,偶尔也长于脑室内。生长缓慢,有包膜,不侵犯脑组织。大多至中年期才出现症状,有的病人生前并无症状。可伴发于神经鞘瘤、乳腺癌,恶性脑膜瘤可侵入正常脑组织,发生中枢神经系统内、外的转移。

3. 神经鞘瘤(neurilemmoma, schwannoma)

占肿瘤的7%~10%，好发于第Ⅶ对颅神经，称为听神经瘤(acoustic neuroma)，是成人中最常见的幕下肿瘤。生长缓慢，压迫但不侵入周围正常神经组织。发生于双侧的听神经瘤是一种遗传性疾病。

4. 垂体腺瘤(pituitary adenoma)

占肿瘤的5%~15%，多见于成人，具有良性肿瘤的特征。按腺瘤所释放激素区分，以泌乳素腺瘤为最常见，其次常见的为生长激素腺瘤，促肾上腺皮质激素腺瘤占第3位。释放糖蛋白激素(促甲状腺素、促性腺激素)的垂体腺瘤最罕见。一部分腺瘤释放1种以上的垂体激素。也可按肿瘤体积区分：直径小于10 mm的为垂体微腺瘤，局限于蝶鞍内；直径大于10 mm的为垂体巨腺瘤，在作出诊断时腺瘤已达相当体积，使蝶鞍扩大变深、骨质吸收破坏或长出蝶鞍，引起正常垂体组织和邻近神经结构的压迫和损害。垂体腺瘤有发生坏死的倾向，表现为相应激素分泌过多症状的自发缓解或空泡蝶鞍。垂体腺瘤可伴发甲状旁腺、胰岛等其他腺体的肿瘤，称多发性内分泌腺瘤病I型。

5. 先天性肿瘤

占肿瘤的5%以上。以颅咽管瘤(craniopharyngioma)为最常见，源自原始口腔 Rathke 憩室的残余。通常位于蝶鞍之上，呈囊性，囊液含大量胆固醇结晶，囊壁常见钙化点。常见于青少年，因下丘脑或视交叉受压而发生症状。上皮样囊肿(epidermoids)又称胆脂瘤(cholesteatomas)，它和皮样囊肿(dermoids)都源自神经元闭合时遗留在管内的外胚层组织。胆脂瘤主要发生于青年，鞍上、桥-小脑角、第四脑室、松果体区为好发部位。皮样囊肿大多见于后颅凹。脊索瘤(chordoma)源自脊索的残余，位于斜坡和颅底，肿瘤生长缓慢，但具高度侵入性。沿颅底扩延而压迫多根颅神经，有时侵入鼻咽部。约1/3的病人经蛛网膜下腔扩散。

6. 血管母细胞瘤(hemangioblastoma)

占肿瘤的1%~2%。主要见于成人，多数生长于小脑半球，易囊性变。常多发，并为 Von Hippel-Lindau 病的部分表现，系染色体3基因突变引起的一种显性遗传病。尚伴脊髓和视网膜的血管母细胞瘤，肾、胰等内脏肿瘤或囊肿，可有红细胞增多症。

7. 松果体区肿瘤(pineal region tumors)

占肿瘤的0.6%~2%。半数为生殖细胞肿瘤(germ cell tumors)，主要发生于青少年，以生殖细胞瘤(germinoma)为常见，男孩更多见。尚有畸胎瘤、胚胎性癌、绒毛膜癌等。20%的松果体区肿瘤为松果体细胞瘤和松果体母细胞瘤。

8. 脑转移瘤

占肿瘤的5%~25%，随医学进步肿瘤病人的生存期延长，转移瘤将成为愈益常见的颅内

肿瘤。估计高达 1/4 的肿瘤会转移至颅内。20% 的脑转移瘤无原发肿瘤的表现。男性的继发性脑瘤以来自肺癌为最多见,女性来自乳腺癌为多见。黑色素瘤扩散至脑或脊髓的机会也不少。它们通过肿瘤栓子经血流而至颅内最常见。头部和颈项的肿瘤可经颅底而直接扩展。淋巴瘤和白血病可通过眼球或经脉络丛而进入脑内和蛛网膜下腔。盆腔癌肿可经由椎静脉丛而转移。

三、临床表现

脑瘤的临床表现形式决定于肿瘤的性质、大小、生长速度和部位。一般原发性脑瘤缓慢起病,症状的演变以月、年计;而转移性脑瘤的发展较快,病情的变化以日、周计。肿瘤栓塞或肿瘤内出血可呈卒中样起病。一部分脑瘤生前并无症状,于尸检时被意外发现。

颅内肿瘤在临床上可分为 5 个时期:①无症状;②仅有局部症状;③颅内压增高;④意识障碍;⑤昏睡症状。在这 5 个时期内,无症状期和仅有局部症状期都很容易忽略,只有出现颅内压增高时,才很容易想到脑肿瘤的发生。大约半数的病人以头痛为首发症状。20% 脑瘤病人的初发症状为癫痫。长期不易控制的癫痫而行颞叶切除术者,相当一部分发现为肿瘤。最初的症状也可能为认知、情感等脑功能微细的改变或人格障碍,这些并无明确定位意义的脑功能弥漫失调症状往往不容易引起家属或医师的重视。

肿瘤的症状和体征主要可分为颅内压增高症状和局部(定位)症状两大部分。

(一)颅内压增高症状

生长在骨质颅腔内的肿瘤侵占正常由脑、脑血流和脑脊液所占据的空间而引起颅内压增高。症状的性质和程度决定于肿瘤的部位、生长速度和病人年龄。后颅窝的顶部为坚实的小脑天幕,发生肿瘤时颅内压增高症状出现早。中线部位的肿瘤早期阻塞脑脊液循环而较快出现颅内压增高症状。恶性肿瘤的瘤周水肿(血管源性水肿)显著,对周围压迫更重,易发生肿瘤出血、坏死或囊性变而突然出现颅内压增高症状(或加重)。老年人可因脑萎缩而不出现或很迟才发生颅内压增高。婴幼儿颅缝未闭,可通过颅缝裂开而缓解颅内压增高。

头痛、呕吐、视乳头水肿与视力减退是脑瘤引起颅内压增高的 3 种主要表现,称为颅内压增高“三联征”。尚可引起精神障碍、癫痫、头昏与晕眩、复视或斜视和生命体征的变化。

1. 头痛

开始为阵发性,早晨多见。位于额、颞部。可因用力、咳嗽、俯身、解大便等而加剧。头痛是由于颅内压增高和肿瘤压迫刺激脑膜、血管和神经所致。90% 的脑瘤病人有头痛,但作为首发症状约占 20%。常为间歇性,并随肿瘤的发展而加重,可进一步发展为持久性、进行性疼痛,性质可为搏动性钝痛、胀痛或压迫痛、裂开样痛。头痛的部位与肿瘤的部位多数不相一致,但也有规律性。如脑膜瘤常引起相应部位头痛,垂体腺瘤多为双颞侧或额部头痛;幕下肿瘤头