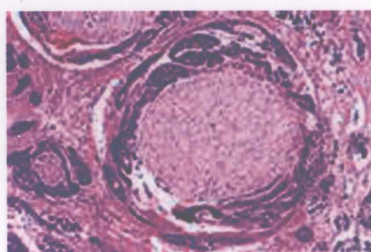


万桂玲 李华贵 窦洪涛 / 主编

恶性肿瘤综合防治指南

EXING ZHONGLIU ZONGHE FANGZHI ZHINAN

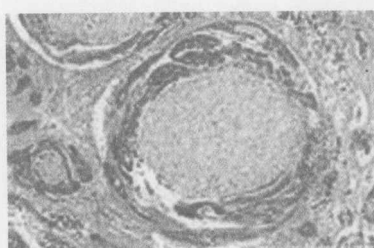


内蒙古科学技术出版社

万桂玲 李华贵 窦洪涛 / 主编

恶性肿瘤综合防治指南

EXING ZHONGLIU ZONGHE FANGZHI ZHINAN



内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

恶性肿瘤综合防治指南 / 万桂玲, 李华贵, 窦洪涛主编.
—赤峰: 内蒙古科学技术出版社, 2008. 8
ISBN 978-7-5380-1732-8

I. 恶… II. ①万…②李…③窦… III. 癌—防治—指南
IV. R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 123986 号

出版发行: 内蒙古科学技术出版社
地 址: 赤峰市红山区哈达街南一段 4 号
邮 编: 024000
电 话: (0476) 8231924
出 版 人: 额敦桑布
责任编辑: 刘 冲
封面设计: 汪景林 张 奇
印 刷: 赤峰地质宏达印刷有限责任公司
开 本: 850 × 1168 1/16
印 张: 16
字 数: 387 千
版 次: 2008 年 8 月第 1 版
印 次: 2008 年 8 月第 1 次印刷
定 价: 68.00 元

编委成员

主 编

万桂玲 山东省临沂市肿瘤医院
李华贵 山东省寿光市人民医院
窦洪涛 山东省淄博市中心医院

副主编

郑立泉 泰山医学院附属医院
马 丽 山东省泰安荣军医院
巩建厂 山东省泰安市泰山区疾病预防控制中心
杨洪菊 泰山医学院附属医院

编 委

吴仕光 泰山医学院附属医院
袁恒兰 泰山医学院附属医院
张艳玲 泰山医学院附属医院

内容提要

随着现代科学对肿瘤的认识的不断深入,恶性肿瘤的预防和综合治疗等方面的知识也在不断更新。本书在编写内容上结合目前肿瘤学各方面的最新研究成果,将肿瘤学的基本概念,肿瘤的三级预防及筛查,综合治疗的概念和意义,各种常见恶性肿瘤的治疗原则,肿瘤常见症状和并发症的防治等方面的知识作一深入浅出的介绍,注重实用性和指导性。为从事肿瘤预防和治疗工作的专业人员在恶性肿瘤综合防治的观念及方法上提供概念性的、最新的、简便实用的指导。

编者
2008.7

目 录

第一篇 总 论

第一章 恶性肿瘤的概念	1
第一节 概念	1
第二节 恶性肿瘤的诊断方法	4
第二章 恶性肿瘤的常见症状及早期信号	7
第一节 常见症状	7
第二节 早期信号	8
第三章 恶性肿瘤的预防	10
第四章 综合治疗的概念	19
第五章 肿瘤常见并发症和急症防治	23
第六章 非手术治疗副作用的预防及处理	27
第一节 化疗药物的血管外渗漏	27
第二节 化疗药物性静脉炎	28
第三节 化疗药物致恶心、呕吐	29
第四节 化疗药物致肝脏毒性	31
第五节 化疗药物致肺毒性	32
第六节 化疗药物致心脏毒性	33
第七节 化疗药物致肾脏毒性	35
第八节 化疗药物致神经系统毒性	36
第九节 化疗药物致造血系统毒性	38
第十节 常见放疗副反应及处理对策	39
第十一节 常见治疗不良反应术语标准(3.0 版)	44
第七章 癌症疼痛的处理	49

第二篇 各 论

第八章 头颈部肿瘤	59
第一节 鼻咽癌	59
第二节 甲状腺癌	63
第三节 喉癌	67
第四节 鼻窦癌	70

第九章 胸部肿瘤	76
第一节 乳腺癌	76
第二节 原发性支气管肺癌	86
第三节 食管癌	97
第十章 腹部肿瘤	106
第一节 胃癌	106
第二节 大肠癌	112
第三节 原发性肝癌	120
第四节 胆系恶性肿瘤	127
第五节 胰腺癌	134
第十一章 泌尿及男性生殖系统肿瘤	139
第一节 肾癌	139
第二节 膀胱癌	144
第三节 前列腺癌	151
第四节 睾丸肿瘤	157
第十二章 妇科肿瘤	164
第一节 宫颈癌	164
第二节 子宫内膜癌	170
第三节 卵巢恶性肿瘤	177
第四节 外阴癌	182
第十三章 恶性骨肿瘤	188
第一节 骨肉瘤	188
第二节 软骨肉瘤	192
第三节 Ewing 肉瘤	194
第四节 转移性骨肿瘤	195
第十四章 软组织肉瘤	199
第十五章 恶性淋巴瘤	207
第一节 概述	207
第二节 霍奇金淋巴瘤的治疗	215
第三节 非霍奇金淋巴瘤的治疗	217
第十六章 颅内转移瘤	221
第十七章 皮肤癌及恶性黑色素瘤	227
第一节 皮肤癌	227
第二节 恶性黑色素瘤	234
第十八章 常用图表	242

第一篇 总论

第一章 恶性肿瘤的概念

第一节 概念

一、肿瘤的概念

人体是由许许多多生命的细胞组成的。在正常情况下,人体的各种组织细胞都在经历着不断新生、成长、衰老和死亡的新陈代谢过程。身体内各器官细胞按一定的方式和速度生长,但是,有时候在不同的始动与促进因素长期作用下,身体内某器官、脏器的某些部分,会出现一些异常的细胞,这些细胞不按正常的新陈代谢规律生长,而是出现过度增生或异常分化,它们的生长能力特别强,生长速度特别快,没有控制地生长,致使正常组织器官的细胞受到破坏并影响其功能,从而形成病理性肿块,这就是肿瘤。肿瘤一旦形成后,便不会因病因消除而停止增长。人体除头发、角膜、牙齿和指(趾)甲不生肿瘤外,几乎所有的组织和器官都可以发生肿瘤。

根据肿瘤的形态学及肿瘤对机体的影响即肿瘤的生物学行为,肿瘤可分为良性与恶性两大类。

良性肿瘤的特点是生长缓慢,肿瘤边缘清楚,多有包膜围绕,能活动,周围组织不受破坏,不转移,不侵犯其他脏器,切除后不易复发,容易治愈,一般不直接危及患者生命。某些良性肿瘤(如脑瘤)生长在要害部位,则会危及生命,某些良性肿瘤可恶变成恶性肿瘤直接威胁生命。

相对于良性肿瘤而言,恶性肿瘤的特点是大多生长迅速,通常无包膜,浸润性生长,固定、坚硬,破坏或侵犯周围组织及其他脏器,容易转移。治疗不彻底则易于复发。患者常伴有消瘦、食欲不振、发热等表现。如不及时治疗,可导致患者死亡。

据最近我们国家的统计调查,恶性肿瘤已经成为目前国内城乡居民的第一位致死原因。

由此可见,恶性肿瘤对于现代人们的身体健康已经构成了极大的威胁。经过许多年的努力,人们对恶性肿瘤的认识已经有了很大的进步,但是要想真正弄明白恶性肿瘤的发生、发展以及变化的原因,并最终征服恶性肿瘤还需要人们在相当长的时间内不断努力和探索。

二、命名、分类

命名和分类的目的在于方便描述肿瘤的部位、种类,明确肿瘤性质、组织来源,有助于系统归类、研究及总结,并有利于方便选择治疗方案、提示预后。

根据肿瘤的形态学及肿瘤对机体的影响即肿瘤的生物学行为,肿瘤可分为良性与恶性两大类。良性肿瘤,一般称为“瘤”。恶性肿瘤来自上皮组织者称为癌;来源于间叶组织者称为“肉

瘤”；胚胎性肿瘤常被称为母细胞瘤，如神经母细胞瘤、肾母细胞瘤等。但某些恶性肿瘤也被称为瘤或病，如恶性淋巴瘤、精原细胞瘤、白血病、霍奇金病等。

(一)命名方法

1. 依据肿瘤的生物行为来命名

(1) 良性肿瘤：用部位 + 组织分化类型 + 瘤的方式命名，如颈部神经鞘瘤、背部脂肪瘤、卵巢浆液性乳头状囊腺瘤等。

(2) 恶性肿瘤：①由上皮组织分化的恶性肿瘤，用部位 + 上皮组织分化类型 + 癌的方式命名，如：食管鳞状细胞癌、直肠腺癌、膀胱移行细胞癌等；②由间叶组织分化的恶性肿瘤，用部位 + 间叶组织分化类型 + 肉瘤的方式命名，如腹膜后平滑肌肉瘤、头皮血管肉瘤和前臂上皮样肉瘤等；③有些肿瘤采用恶性 + 组织分化类型 + 瘤的方式命名，如恶性纤维组织细胞瘤、恶性黑色素瘤和恶性淋巴瘤等；④由胚胎组织分化的肿瘤，用部位 + 母细胞瘤的方式命名，多数为恶性，如肾母细胞瘤、肝母细胞瘤、视网膜母细胞瘤和神经母细胞瘤等，也有少数为良性，如脂肪母细胞瘤和骨母细胞瘤；⑤肿瘤内同时含有上皮和肉瘤成分时，用部位 + 癌(或腺) + 肉瘤的方式命名，如膀胱癌肉瘤和子宫腺肉瘤等；⑥肿瘤内含有两种或两种胚层以上成分时，用部位 + 畸胎瘤(或未成熟畸胎瘤)的方式命名，如卵巢成熟性囊性畸胎瘤和睾丸未成熟畸胎瘤等，或冠以恶性，如子宫恶性中胚叶混合瘤等。

(3) 临界性肿瘤：用部位 + 临界性或非典型性或侵袭性 + 组织分化类型 + 瘤的方式命名，如卵巢临界性浆液性乳头状囊腺瘤、面部非典型性纤维黄色瘤和跟骨侵袭性骨母细胞瘤等，部分临界性肿瘤根据临床和形态学特点采用描述性名称，如上臂上皮样血管内皮瘤等；或是采用部位 + 组织分化类型 + 瘤的方式命名，如腮腺混合瘤。

2. 常用的几种特殊命名法

(1) 以传统习惯命名：如白血病和蕈样肉芽肿等。

(2) 以人名命名：如 Hodgkin 淋巴瘤、Ewing 肉瘤、Wilms 瘤、Paget 病、卵巢 Brenner 瘤和 Merkel 细胞瘤等。

(3) 以肿瘤的形态学特点命名：如小细胞肺癌、燕麦细胞癌、海绵状血管瘤、多囊性间皮瘤和丛状神经纤维瘤等。

(4) 以解剖部位名称命名：如迷走神经体瘤、颈动脉体瘤、升主动脉瘤等。

(二)分类

根据肿瘤的生物行为分为以下三种类型。

(1) 良性肿瘤：详见前述内容。

(2) 恶性肿瘤：详见前述内容。

(3) 临界性肿瘤：指一组生物学行为介于良性肿瘤和恶性肿瘤之间的肿瘤，也称为临界性肿瘤。比较常见的临界性肿瘤有腮腺混合瘤、卵巢交界性浆液性或黏液性囊腺瘤、甲状腺非典型滤泡性腺瘤、软组织非典型性纤维黄色瘤、上皮样血管内皮瘤和骨侵袭性骨母细胞瘤等。

(4) 还有一类病变虽不是肿瘤，但在临床或在肉眼上与肿瘤非常相似，有时甚至在显微镜下也易被误诊为各种类型的良性或恶性肿瘤。这一类病变称为瘤样病变，包括各种囊肿、异位组织、错构瘤、疣、肉芽肿、炎性假瘤和一些反应性或增生性病变，后者如淋巴结滤泡反应性增生、结节性筋膜炎和骨化性肌炎等。

三、恶性肿瘤的生物学行为

肿瘤是机体在各种致癌因素长期协同作用下，某些易感细胞群发生的过度、异常的反应性

增生,增生的细胞数量多,形态结构、功能代谢、生长行为、抗原特性等方面均异乎寻常。随着分子生物学研究的进展,认为肿瘤可能是由于致癌因子作用于细胞遗传物质(DNA),使其发生结构和功能的变异,这种特点通过细胞分裂延续,按新的遗传法则,不断地产生具有肿瘤生长特性的后代细胞。即使在致癌因子作用被去除以后,这种生长和代谢等特点仍可继续保持下去。

肿瘤的生物行为包括生长(生长速度、生长方式)、扩散、转移、复发与自行消退,重点是恶性肿瘤的扩散和转移。

(一) 恶性肿瘤的生长

恶性肿瘤的生长包括生长速度、生长方式,其特点已如前述。

(二) 恶性肿瘤的扩散和转移

肿瘤的扩散和转移其实是说的同一件事,一般将其归纳为三种方式:①局部蔓延;②淋巴和血行转移;③种植转移。

1. 局部蔓延。亦称为直接蔓延,这是恶性肿瘤常见的扩散方式。肿瘤细胞向周围组织、器官直接蔓延、渗透,连续不断地沿着组织间隙、淋巴管、血管或神经束侵入并破坏邻近正常器官或组织,并继续生长,称为直接蔓延。往往首先通过组织间隙逐渐扩散并破坏邻近的组织器官,如晚期子宫颈癌可蔓延至直肠和膀胱,晚期乳腺癌可穿过胸肌和胸膜甚至达肺脏。如果仅有局部的扩散,在手术切除肿瘤时,扩大切除范围,可望取得较为满意的疗效。

2. 淋巴和血行转移。转移是良性肿瘤与恶性肿瘤的主要区别之一。恶性肿瘤患者的死亡多是由于局部复发和远处转移所致,由于现代治疗技术的进步和提高,肿瘤患者手术后局部复发的发生率在逐渐减少,远处转移已经成为恶性肿瘤患者最终死亡的主要原因,也是恶性肿瘤治疗的难点之所在。

所谓肿瘤的转移,系指恶性肿瘤细胞脱离原来部位的组织,通过血液循环或淋巴系统等渠道,转运到身体的其他部位并继续生长,形成同样性质的新病灶的过程。包括肿瘤细胞的脱离、转运和异地生长三个过程。这个新病灶即称为转移灶,而原来部位的肿瘤则称为原发灶。

首先,恶性肿瘤细胞脱离原发灶,侵袭基底膜并在周围间质中浸润生长,侵袭周围毛细血管或毛细淋巴管内皮,然后穿透基底膜,在血管、淋巴管内继续存活并随着血流和淋巴引流转运,同时启动血小板的聚集,形成小瘤栓,最终到达靶组织并继续生长形成转移灶。在这个过程中,由于受到肿瘤细胞本身、宿主自身环境和治疗等诸多因素的影响,转移灶的形成是诸多因素作用的结果。临床上所见的转移现象是相当普遍的,许多肿瘤患者初诊时,往往体内已存在有转移灶。有人曾报道,60%的初诊肿瘤患者体内就已经存在或多或少的转移现象。因此,研究恶性肿瘤的转移机制并设法阻止和治疗转移的发生是控制肿瘤患者死亡并延长其生存期的根本途径。

3. 种植转移。体腔内器官的肿瘤蔓延至器官表面时,瘤细胞可以脱落并像播种一样,种植在体腔和体腔内各器官的表面,形成多个转移瘤,这种转移的方式称为种植性转移或播种。种植性转移常见于腹腔器官的癌瘤。如胃癌破坏胃壁侵及浆膜后,可种植到大网膜、腹膜、腹腔内器官表面甚至卵巢等处。肺癌也常在胸腔内形成广泛的种植性转移。浆膜腔的种植性转移常伴有浆液性血性积液,这是由于浆膜下淋巴管或毛细血管被癌栓阻塞,或浆膜受癌的刺激,使其内毛细血管的通透性增加而致渗出增多,并由于血管被癌细胞破坏而引起出血之故。抽取积液作细胞学检查常可查见癌细胞。脑部的恶性肿瘤,如小脑的髓母细胞瘤亦可经脑脊液转移到脑的其他部位或脊髓,形成种植性转移。值得注意的是,手术也可能造成种植转移,应注意尽量避免。

四、分期、分级

(一) 分级

恶性肿瘤的组织学分级是根据其分化程度的高低、异型性的大小及核分裂数的多少和有无坏死来确定恶性程度的级别。

对于上皮性肿瘤,国际上普遍采用的是三级法,即Ⅰ级为高分化,属低度恶性;Ⅱ级为中分化,属中度恶性;Ⅲ级为低分化,属高度恶性。多用 G_1 、 G_2 、 G_3 表示。

这种分级方法对指导临床治疗和判断预后有一定的意义,但缺乏定量标准,不能排除主观因素。而且,针对不同器官发生的恶性肿瘤其分级方法各有不同。通常是根据不同器官、组织的组织学特点,由各自的学术专业系统自行制订的。这样的分级方法更适合于有各专业恶性肿瘤的特点,便于更细致地研究、分析各专业恶性肿瘤和制定更细致的诊断、治疗方针和估计预后,但是不方便记忆,容易混淆。

(二) 分期

国际抗癌联盟(UICC)建立了一套国际上能普遍接受的分期标准,即TNM系统。该系统的目的是:①帮助临床医师制订治疗计划;②在一定程度上提供预后指标;③协助评价治疗结果;④在肿瘤学家之间易于交流信息。分期系统必须对所有不同部位的肿瘤都适用,而且在手术后经病理报告予以补充。因此,针对每个部位的肿瘤均应设立两种分期方法:①即临床分期(治疗前临床分期)又称为TNM(或CTNM)分期;②病理分期(手术后病理分期)又称为PTNM分期。T为原发肿瘤的范围,N为区域淋巴结转移情况,M为远处转移情况。病理分期常需与组织病理学分级(G)同时使用,以更准确地表达肿瘤的病变范围和恶性程度。

第二节 恶性肿瘤的诊断方法

一、病史

从患者的病史角度出发应注意以下几方面:

1. 年龄。一般认为儿童肿瘤多为胚胎性肿瘤或白血病,青少年肿瘤多为肉瘤,癌多发生于中年以上,但青年患者病情往往发展迅速,常以转移灶或继发症状为主诉,应加以注意,以免误诊。

2. 病程。良性者病程较长,恶性者较短。但良性者伴出血或感染时可突然增大,如有恶变可表现增长迅速。低度恶性肿瘤发展较慢,如皮肤基底细胞癌及甲状腺乳头状癌。老年患者的恶性肿瘤发展速度相对较慢。

3. 个人史及过去史。应注意以下几方面作为诊断参考。

(1)有些肿瘤是有家族多发史或有遗传倾向的。如对胃癌、大肠癌、食管癌、乳癌、鼻咽癌,需注意家族史。

(2)有的癌有明显的癌前病变或相关疾患的病史。如乙型肝炎与肝癌相关,鼻咽癌与EB病毒反复感染有关,萎缩性胃炎、慢性胃溃疡、胃息肉与胃癌有关,黏膜白斑与乳头状瘤或癌有关,肠道腺瘤性息肉与大肠癌有关等。

(3)在个人史中,行为与环境相关的情况,如吸烟、长期饮酒、饮食习惯或职业因素有关的接触与暴露史,均应引起注意。

二、症状

肿瘤的临床表现决定于肿瘤性质、组织、所在部位以及发展程度。一般早期多无明显症状,

但来自于有特定功能的器官或组织可有明显的症状,如具有神经内分泌功能的各种恶性肿瘤可伴有相关的各种症状,详见第二章内容。

三、体征

(一)全身体检

除肿瘤局部及全身一般常规体检外,对于肿瘤转移多见部位如颈部、腋窝、腹股沟淋巴结,以及对腹内肿瘤的肝及直肠指诊等均不可疏漏。

(二)局部检查

1. 肿块的部位。因不同组织好发肿瘤不一,明确肿块所在解剖部位,有助于分析肿块的组织来源与性质。

2. 肿瘤的性状。应注意肿瘤的大小、外形、软硬度、表面温度、血管分布、有无包膜、活动度等。

3. 区域淋巴结或转移灶的检查。各种肿瘤有其好发的淋巴转移和远处转移部位,应注意相关淋巴引流区域和易发生远处转移的器官的检查。

四、辅助检查

(一)实验室检查

1. 常规化验包括血、尿及粪便常规检查,某些恶性肿瘤由于对全身各系统的影响,会在血、尿及粪便的常规检查中有些特殊的阳性反应。

2. 血清学检查

(1)测定人体中由肿瘤自分泌产生或肿瘤与宿主机体相互作用产生的分布于体液、组织或细胞内的标志着新生物出现的物质——肿瘤标志物,目前一般可包括抗原、激素、受体、酶和同功酶、抗癌基因和有关的单克隆抗体等。

肿瘤标志物大致上可分为肿瘤特异性与肿瘤相关性两大类,绝大多数的标志物属于后一类。因为大多数的标志物在个体发育各阶段及成人正常组织中和肿瘤组织中均存在,在不同肿瘤间均有表达及正常组织的某些细胞类型均可表达,如前列腺特异抗原(PSA)在前列腺增生和前列腺癌中均有表达,只是表达的程度不同。仅少数属于肿瘤特异性的,如B-细胞肿瘤免疫球蛋白基因型,病毒诱导肿瘤的某些新抗原等,它只在肿瘤细胞或不同组织类型的肿瘤细胞表达而在正常细胞不表达。

肿瘤标记物大部分属肿瘤相关抗原,可分为分化抗原、癌胚抗原及克隆抗原。

肿瘤标记物作为一个动态指标如选用适当,综合分析,正确判断,对疾病的早期诊断、术后估计、随访及转移病变追踪是有帮助的。

(2)酶学检查:①碱性磷酸酶:肝或成骨细胞可分泌,故肝癌、骨肉瘤时血清碱性磷酸酶可升高,伴有阻塞性黄疸者由于排泄受阻亦可升高;②酸性磷酸酶:由前列腺分泌。前列腺癌时可见血清内增高,如前列腺癌骨转移伴增生性骨反应者,酸性及碱性两种磷酸酶均可增高;③乳酸脱氢酶:肝癌及恶性淋巴瘤不同程度的增高。

(3)糖蛋白:肺癌者血清 α 酸性糖蛋白、消化系统癌CA19-9、CA50等增高。

(4)激素类:不同激素器官肿瘤可出现不同激素分泌增加,出现内分泌-肿瘤综合征。

3. 免疫学检查。主要检查来自体内肿瘤的癌胚抗原、相关抗原及病毒抗原。放射免疫测定法是应用放射性核素的灵敏性和免疫反应的特异性相结合的测定方法,灵敏度高。单克隆抗体技术进一步提高了特异性与灵敏性。如CEA、AFP等。

4. 流式细胞分析术。是用以了解细胞分化的一种方法,分析染色体倍体特性、DNA倍体类

型、DNA 指数等,结合肿瘤病理类型用以判断肿瘤恶性程度及推测其预后。

5. 基因诊断。核酸中碱基排列具有极严格的特异序列,基因诊断即利用此特征,根据有无特定序列以确定是否有肿瘤或癌变的特定基因存在,从而作出诊断。应用聚合酶链反应 - PCR 技术、凝胶电泳、核酸杂交、序列测定等技术。癌相关基因有很多种,近年来研究资料的报道也多见,但目前真正应用于临床检验的还不多。

(二)影像学检查

随着临床检查的各种影像学技术的不断发展,应用于恶性肿瘤检查的方法也在不断地更新换代,常用的有:

1. X 线检查。包括①普通透视与平片;②各种造影检查;③特殊 X 线显影术:硒静电 X 线和钼靶 X 线球管的摄影。

2. 电子计算机断层扫描(CT)。CT 技术的发展为肿瘤的诊断和浸润程度、是否转移等分期的划分提供了较好的技术支持,成为目前恶性肿瘤诊断及分期的主要技术指标。

3. 超声显像。超声技术已经由原来的黑白超声发展到现在常用的计算机辅助的彩超和各种内镜超声技术。

4. 放射性核素显像。对由于各种组织对放射性核素的吸收不同而产生的对比所得到的图像分析,可以帮助对某些原发恶性肿瘤或是转移肿瘤作出诊断。

正电子发射型计算机断层(PET)以正电子核素标记为示踪迹,通过正电子产生的 γ 光子,重建出示踪迹在体内的断层图像。以定性诊断为主。CT - PET 则具有定位定性诊断结合的功能。

5. 磁共振成像(MRI)。与 CT 技术相似,在恶性肿瘤的诊断及分期方面同样扮演着重要的角色,但在不同部位、不同性质肿瘤的诊断中,由于与 CT 成像技术的不同又表现出不同劣特性。

(三)内镜检查

应用各种内镜可直接观察空腔器官、胸腔、腹腔以及纵隔内的肿瘤或其他病变,并可取得细胞或组织病理学诊断,还能对小的病变做切除治疗,又可辅助其他诊断技术的应用,是肿瘤病检查中的常用手段。常见的有:胃镜、肠镜、支气管镜、膀胱镜、子宫镜等。

(四)病理形态学检查

为目前确定肿瘤的直接而可靠依据,包括细胞学与组织学两部分。

1. 临床细胞学检查。细胞病理学是通过显微镜下包括细胞核及胞浆的细胞形态、细胞类型组成、细胞数量、细胞排列方式、细胞外物质等的观察以完成肿瘤的诊断与鉴别诊断,为病理学的一个分支。取材方法有体液自然脱落细胞、黏膜细胞、穿刺涂片等三种。细胞病理学已被广泛应用于肿瘤与非肿瘤、良性与恶性肿瘤的诊断和鉴别诊断,肿瘤诊断阳性率可达 80% ~ 90% 或以上,经形态学或结合免疫组化等检查后可明确大部分肿瘤的组织学类型。

2. 病理组织学检查。根据肿瘤所在部位、大小及性质等,应用不同的取材方法取得肿瘤的组织标本,进行病理组织学检查以明确肿瘤的性质,是目前肿瘤诊断和分期的“金标准”。有常规石蜡切片法、快速石蜡切片法、冷冻切片法、组织印片法等。

(万桂玲)

第二章 恶性肿瘤的常见症状及早期信号

第一节 常见症状

肿瘤的临床表现决定于肿瘤性质、组织、所在部位以及发展程度。一般早期多无明显症状,但来自有特定功能的器官或组织可有明显的症状,如具有神经内分泌功能的各种恶性肿瘤可伴有相关的各种症状。

一、局部表现

1. 肿块。位于体表或浅在的肿瘤,肿块常是第一症状。
2. 疼痛。肿块的膨胀性生长、破溃或感染等使末梢神经或神经干受刺激或压迫,可出现局部刺痛、跳痛、灼热痛、隐痛或放射痛,常难以忍受,尤以夜间更明显(静息性痛)。空腔脏器肿瘤可致痉挛,产生绞痛,例如肿瘤致肠梗阻的肠绞痛。
3. 溃疡。体表或胃肠道的肿瘤,若生长过快,血供不足而继发坏死,或因继发感染可致溃烂发生溃疡。
4. 出血。体表及与体表相交通的肿瘤发生破溃、血管破裂可致出血,如消化道出血、尿血、咳血痰。
5. 梗阻。肿瘤可导致空腔器官阻塞,随部位不同而出现不同症状。
6. 浸润及转移。转移后在转移部位发生相应的症状,如区域淋巴结肿大,相应部位静脉回流受阻,致肢体水肿或静脉曲张。骨转移可有疼痛或触及硬结,甚至发生病理性骨折。肺癌、肝癌、胃癌可致癌性或血性胸腔积液、腹水等。

二、全身症状

良性及早期恶性肿瘤,多无明显的全身症状,或仅有非特异性的全身症状,如贫血、低热、消瘦、乏力等。如肿瘤影响营养摄入(如消化道梗阻)或并发感染出血等,则可出现明显的全身症状。恶病质常是恶性肿瘤晚期全身衰竭的表现。不同部位肿瘤,恶病质出现迟早不一,消化道者可较早。

某些器官的肿瘤可呈现相应的功能亢进或低下,继发全身性改变。一部分肿瘤患者是以全身症状为主诉就医的,因此对原因一时不明的全身症状患者,必须重视和深入检查。

三、系统症状

1. 呼吸系统表现。多表现为失声、咳嗽、咯血、喘症、胸痛、肺性肥大性骨病等。
2. 消化系统表现。多表现为呕吐、腹泻、便秘、食欲不振、口渴、呕血、血便、腹痛等。
3. 泌尿生殖系统表现。多表现为小便不畅、血尿、阴道出血、泌乳、男性乳房发育、水肿等。
4. 皮肤及四肢表现。多表现为多汗、黄疸、黑棘皮病、杵状指(趾)等。
5. 积液。表现为胸腔积液、腹腔积液、心包积液等。
6. 肿块。表现为淋巴结肿大、乳腺肿物、腹部肿物、四肢肿物等。
7. 其他。表现为癌痛、头痛、发热、上腔静脉综合征、贫血等。

第二节 早期信号

一、世界卫生组织(WHO)认定的恶性肿瘤危险信号

世界卫生组织提出以下情况为恶性肿瘤的危险信号。

1. 身体浅表部位出现肿块或可触及的硬结、硬变,包括淋巴结肿大。
2. 疣或者黑痣发生明显的变化,如:迅速长大或者表面汗毛脱落,或局部发痒,分泌液体等。
3. 持续性消化不良,腹部长长期疼痛或有肿块。
4. 吞咽困难,有哽噎感或者胸骨后不适。
5. 持续性声音嘶哑、咳嗽,痰中带血。
6. 月经期异常大量出血、月经期外或绝经后出血。
7. 耳鼻分泌物带血、视觉障碍、听力下降、常出现耳鸣。
8. 伤口或者溃疡长期不愈。
9. 不明原因的疼痛和体重减轻。
10. 不明原因的大便带血及黏液,腹泻、便秘交替,血尿。

二、新版危险信号

世界卫生组织认定的恶性肿瘤危险信号较为简洁明了,便于应用,但不够细致。近来又有学者从实际出发,总结出了一系列分化更为细致、涵盖面更广、指向性更强的危险信号,共有 24 条。

1. 身体任何部位出现肿块,一天比一天大。
2. 长期治疗而不愈的溃疡。
3. 消瘦、贫血、发热、出血、骨骼痛。
4. 耳塞、耳闷、头痛、回抽性鼻血。
5. 痣或疣迅速增大,溃烂易出血。
6. 一侧扁桃体一天比一天增大,无明显疼痛和发热,经抗菌消炎治疗后仍无效。
7. 不明原因的声音嘶哑,日益加重。
8. 一天重于一天的头痛,同时有恶心、呕吐、视力障碍。
9. 不明原因的嗅觉失常。
10. 吞咽困难,胸骨后有异物感。
11. 气急、刺激性干咳,或痰中带血、持续不断,尤其是吸烟者。
12. 乳房皮肤出现凹陷,两侧大小不等,乳头溢液或破溃,乳头内陷。
13. 胃溃疡反复出血。
14. 消化不良,上腹饱胀不适或食欲不振。
15. 皮肤和眼睛巩膜黄染,一天重于一天,持续 1 个月以上。
16. 无痛性血尿。
17. 稀便与干结便交替且常有血。
18. 阴道不规则出血,或性交、妇科检查后出血,并有分泌物增多。
19. 绝经后再出现阴道出血。
20. 原因不明的闭经或泌乳。

21. 老年男性排尿困难且有尿意频数,夜尿增多,时有血尿。

22. 一侧睾丸增大、变硬并有坠痛感,阴囊水肿。

23. 阴茎头上出现皮疹、疖、疣硬结。

24. 男性乳房增大或变硬。

三、常见恶性肿瘤的早期信号

以下介绍的是一些常见的恶性肿瘤的早期信号。

1. 食管癌。吞咽食物时有哽噎感、疼痛、胸骨后闷胀不适、食管内有异物感或上腹部疼痛。

2. 胃癌。逐渐出现的胃部(上腹部)不适或疼痛,服止痛、止酸药物不能缓解,持续消化不好。

3. 肺癌。刺激性咳嗽,且久咳不愈或血痰。经抗生素、止咳药不能很好缓解,且逐渐加重,偶有血痰和胸痛发生。

4. 乳腺癌。乳房肿块,且年龄是40岁以上的女性,应考虑有乳腺癌的可能。乳房皮肤出现凹陷,两侧大小不等,乳头溢液或破溃,乳头内陷。

5. 宫颈癌。阴道异常出血。如在性交后出血,一般量不多,可能是患宫颈癌的信号。

6. 鼻咽癌。鼻涕带血。主要表现为鼻涕中带有少量的血丝,特别是晨起鼻涕带血,往往是鼻咽癌的重要信号。此外还常有鼻塞,这是由于鼻咽癌肿块压迫所致。如果癌肿块压迫耳咽管,还会出现耳鸣,另外,还有头痛,特别是一侧性偏头痛。

7. 大肠癌。腹痛、下坠、便血。30岁以上的人出现腹部不适、隐痛、腹胀,大便习惯发生改变,有下坠感且大便带血,贫血,乏力,腹部摸到肿块,应考虑大肠癌。其中沿结肠部位呈局限性、间歇性隐痛是大肠癌的第一个报警信号。下坠感明显伴有大便带血,则常是直肠癌的信号。

8. 肝癌。右肋下痛、消瘦、黄疸。肝癌起病隐匿,发展迅速,有些患者右肋下痛持续几个月后才被确诊为肝癌。

9. 颅内肿瘤。头痛、呕吐。头痛等多发生在早晨或晚上,常以前额、后枕部及两侧明显。呕吐与进食无关,往往随头痛的加剧而出现。

10. 造血系统恶性肿瘤。长期不明原因的发热。造血系统的癌症,如恶性淋巴瘤、白血病等,常有发热现象。恶性淋巴瘤临床表现为无痛性进行性淋巴结肿大,在淋巴结肿大的同时,病人可出现发热、消瘦、贫血等症状。

(巩建厂)

第三章 恶性肿瘤的预防

世界卫生组织(WHO)报导2000年全球共有1 006万肿瘤新发病例,需要照顾的病人超过2 000万人。与1990年相比,其发病率和死亡率均提高了22%。根据目前癌症的发病趋势,2020年全世界癌症发病率将比现在增加50%。全球每年新增癌症患者人数将达到1 500万人。

尽管发生在欧美等发达国家中恶性肿瘤死亡率及占总死亡病例的比例相对较高,但从整体来看,全世界的癌症患者有一半是在发展中国家。据最近我们国家的统计调查,恶性肿瘤已经成为目前国内城乡居民的第一位致死原因。每年有170多万新发癌症病人,待治疗病人约180多万。死亡约100多万,占总死亡原因的13%~14%,已成为威胁生命的头号杀手。

恶性肿瘤不但每年造成大量的人口死亡,还会导致大量劳动力损失,花费高额医疗费用,如美国仅1990年癌症治疗花费即达1 040亿美元,造成社会资料的大量消耗,还给患者和家庭带来不可估量的精神损失。因此,恶性肿瘤已成为全人类共同关心的重大问题。

随着人类对癌这一顽症认识的不断深化,逐渐意识到癌的预防是抗击癌症最有效的武器。许多科学研究及有效控制活动表明,癌症是可以避免的。1/3癌症可以预防;1/3癌症如能及早诊断,则可能治愈;合理而有效的姑息治疗可使剩余1/3癌症病人的生存质量得到改善。

一、恶性肿瘤的流行特点

预防和控制恶性肿瘤的危害,首先是研究恶性肿瘤在人群中分布规律、影响分布特征的主要因素,进而探讨病因,制订和评价恶性肿瘤的预防对策,以达到预防和控制恶性肿瘤的目的。

恶性肿瘤的发病率和死亡率自20世纪20年代以来逐年上升。

(一)癌症增加的原因

目前认为癌症患者增加的原因有:吸烟、不良生活习惯、环境污染、精神紧张等。

1. 随着物质生活水平的不断提高,人们的饮食结构发生了变化,特别是粮、薯、豆类在食物中的比例缩小,动物及油脂类比例增加,如高脂肪、高蛋白饮食的摄入,增加了乳腺癌、胃肠道癌症的发病风险等。

2. 人口老龄化,人类的平均寿命延长,而人口总数增多,患癌症病人的绝对数增加。

3. 随着工业的迅速发展,不可避免的环境污染加重,对人群的危害加重。

4. 大量农药以及食品添加剂的使用,造成粮食、蔬菜、水果的污染。

5. 医疗水平提高,经济条件改善,因病就医的人数增加,使癌症的查出率明显提高。

6. 不良的生活习惯如吸烟、嗜酒、不科学烹调及偏食所造成的营养异常,矿物质、糖、蛋白质、脂肪、纤维素缺乏或失去平衡,都能使机体免疫力下降,促使癌的发生。据了解,现今约有1/3的癌症发生与吸烟有关,尤其随着烟草消费的增加,以肺癌为主的癌症还将大幅度增加。

7. 现代人由于竞争激烈、不良情绪和心理压力增大引起的精神紧张,也是肿瘤发病的一个不可忽视的因素。

(二)流行特点

1. 从地区分布看。不同国家和地区之间存在着区别,同一恶性肿瘤在不同的地区分布也不相同。如肝癌在欧美常见,日本、马来西亚、印尼、新加坡和我国沿海地区、长江以南各省高