

14.46

GZ W

20742

惡性腫瘤

關會文 編著

上海衛生出版社

序

本書以介紹外科方面常見的惡性腫瘤為主。對於腫瘤，特別是惡性腫瘤的診斷和治療作了一般性的敘述。此外，在腮腺腫瘤、甲狀腺腫瘤、骨巨細胞瘤及骶尾部畸胎瘤等章中，也討論到良性與惡性的問題。對於子宮頸癌、乳房癌、鼻咽部惡性腫瘤、胃癌和直腸癌等較常見腫瘤敘述亦較詳細。血管瘤雖非一種惡性腫瘤，但在幼兒中為最常見，因此也把它編寫進去。

腫瘤學是一種專門的科學。腫瘤的診斷和治療，處處需要病理學、外科學和放射科學的知識。編者只能就個人些微的經驗和體會，並參考國內外文獻編寫此書。因此，對某些婦科腫瘤、眼耳鼻喉咽喉科腫瘤以及腦腫瘤等，均未包括在內。

本書在編著過程中曾蒙俞孝庭醫師和鄒煥文醫師在病理學方面給予許多幫助；王快雄醫師和張志義醫師在放射治療學方面給予不少幫助。陳悅書副教授、吳祖堯醫師、沈家立醫師、林尚清醫師等都會對本書提出寶貴意見。薩籐三醫師曾對本書若干章的文字和編寫體裁方面提出意見。關曾方同志曾幫助抄寫。最後又蒙李月雲教授、張去病教授和顧松嶽教授對全稿詳加審閱與修正。以上各同志給予的幫助，謹此表示謝忱。

編者學識淺薄，經驗不多，錯誤之處在所不免，尚祈各先進同道提出批評與指正。

編者 一九五六年十月

第

目次

第一章	腫瘤概論	1
第二章	活組織檢查	6
第三章	惡性腫瘤的放射治療	9
第四章	口腔癌腫	13
第五章	腮腺腫瘤	19
第六章	鼻咽部腫瘤	23
第七章	食管癌	27
第八章	胃癌	30
第九章	結腸癌	37
第十章	直腸癌	43
第十一章	肝癌	48
第十二章	胰腺癌	49
第十三章	支氣管癌	51
第十四章	腎腫瘤	54
第十五章	膀胱腫瘤	56
第十六章	陰莖癌 ✓	58
第十七章	睪丸腫瘤 ✓	60
第十八章	子宮頸癌 ✓	62
第十九章	乳房癌 ✓	67
第二十章	甲狀腺腫瘤	76
第二十一章	皮膚癌腫	80
第二十二章	皮膚黑色素瘤	83
第二十三章	血管瘤	87
第二十四章	纖維肉瘤	91
第二十五章	惡性淋巴瘤	93
第二十六章	白血病	95
第二十七章	骨巨細胞瘤	97
第二十八章	成骨肉瘤	99
第二十九章	骶尾部畸胎瘤	102
第三十章	晚期癌症患者的處理	103
第三十一章	腫瘤治療工作中的一些問題	107

第一章 腫瘤概論

腫瘤的定義 Ewing氏認為腫瘤的發生和生長不受複雜機體內一般機能調節總規律的節制；所以他說腫瘤是“自律性”的組織增生。其實，這只是一個以表面現象為依據的看法，與 Virchow 氏的局部觀點是同出一轍的。以巴甫洛夫神經論為基礎的唯物主義的醫學指出，患病的人和健康的人是一樣的，絕不存在“自律性”過程。所有的過程，在它自己的產生和發展的經過中，無不受整個機體的“總的調節規律”影響的。腫瘤也不能例外。例如癌症常見於老年人，而肉瘤多見於青年人；支氣管癌和胃癌多見於男子，但乳房癌通常僅見於女子。以上這些事實說明：機體的許多體質上的特徵，在腫瘤的複雜的發病機制中，起着重要的作用。

目前，科學家們對於腫瘤的產生和發展的規律，還未能全部掌握。因此要想作出一個確切的定義，實際上是有困難的。不過從腫瘤的發生機轉來看，它一定是在某種程度上、表示機體對內外環境呈某些刺激的反應。所以蘇聯學者 Абрикосов 氏說，腫瘤是一種組織反應性的增生，這是十分正確的。不過，它與生理的生長現象，或炎症、再生、肥大等組織增生，均有顯著的區別。它具有特殊的生物學特性，因此在臨床表現上、處理上以及預後方面就和一般增生現象不同了。

腫瘤和其他增生現象的區別

一、生理性增生 這種現象在臨床上甚為多見。例如腎結核患者，將一側腎臟切除後，對側腎臟即發生肥大。食物中缺乏碘質時，甲狀腺可發生增生性肥大。這種生理性的增生是為了適應生理的需要的，因此它的進展是有一定限度的，而腫瘤性的生長既不適應生理的需要，它的發展也往往是不可遏止的。

二、修補性增生 炎症或創傷後，周圍的正常組織將不斷地引起增生，以修補損壞的組織。這種增生通常達到一定的程度便自行停止，而腫瘤一旦發生後，它的生長一般是不会自行停止的。

三、組織增多性的畸形 這是一種胚胎發育障礙性的病變。比較常見的如多指畸形。這種增生也是有限度的，而且它的生長與身體其他部分的分長大體上保持着均衡的關係。腫瘤的分長則與機體其他部分的分長是不協調的。

腫瘤的分類 通常是按構成腫瘤的組織來區分的。按照這種分類方法，腫瘤可分五大類。

一、上皮組織瘤 良性的上皮瘤稱為乳頭狀瘤或腺瘤。惡性的上皮瘤稱為癌，例如基底細胞癌、鱗狀細胞癌和腺癌等。

二、非造血性間葉組織瘤 結締組織、骨組織和肌肉組織的良性瘤稱為纖維瘤、粘液瘤、脂肪瘤、軟骨瘤、骨瘤、平滑肌瘤和橫紋肌瘤等。惡性者則稱為“肉瘤”，如纖維肉瘤、平滑肌肉瘤等。

三、造血組織瘤 造血組織和它們的腫瘤有一些特殊的性質，例如它們能產生可循環的細胞。因此須和固定間葉組織瘤相區分。造血組織瘤又分為下列幾種。

(1) 淋巴組織瘤：(一)淋巴肉瘤與淋巴性白血病，(二)何杰金氏病，(三)網狀細胞肉瘤。

(2) 多發性骨髓瘤。

(3) 骨髓性白血病與綠色瘤。

(4) 原發性紅血球增多病。

四、神經組織瘤 (1)神經膠質瘤，(2)神經膜瘤與腦膜瘤，(3)脈絡叢乳頭瘤，(4)神經母細胞瘤與節細胞性神經瘤，(5)嗜鉻細胞瘤，(6)頸動脈球瘤，(7)視網膜母細胞瘤。

五、雜類 (1)畸胎瘤，(2)絨毛膜上皮癌，(3)內臟胚胎性瘤，(4)黑色素瘤，(5)脊索瘤等。

腫瘤的良性和惡性 腫瘤的良性和惡性，不是絕對的。現將它們的重要區別列表如下：

	良 性 腫 瘤	惡 性 腫 瘤
組織結構	與正常的組織相似。	與正常組織迥異。一般說，其惡性度與組織分化程度成反比。
生長方式	單純性擴張；腫瘤外面常有被膜。	既擴張，又浸潤；腫瘤外面常無被膜。

生長速度	一般較緩慢;分裂象絕少。	通常較快;分裂象常見。
臨床后果	除非生長在要害部位,通常對机体產生的影响較小。	通常進行到患者死亡為止。
轉 移	无。	常有。
复 發	手術后常不复發。	复發甚常見。

腫瘤的良性和惡性,與腫瘤組織分化的程度有一定的關係,分化愈完全腫瘤愈是良性,反之,則為惡性。但例外的情形并不少見,如膀胱乳头狀瘤和唾液腺混合瘤等,在顯微鏡下,它們的組織分化的程度虽高,可是手術后常有复發,因此有人稱它們為“半惡性”腫瘤。此外,良性腫瘤也有變為惡性的例子,如良性骨巨細胞瘤可變為惡性骨巨細胞瘤,子宮肌瘤可變為子宮肌肉瘤等。因此我們必須明確,腫瘤的良性和惡性是相對的。然而鑑別良性和惡性,在臨床上又是具有重要意義的。因此鑑別診斷應結合臨床表現和病理檢查等各方面因素,綜合考慮,這樣才能得到比較正確的結論。

腫瘤的蔓延及轉移 惡性腫瘤除在局部不斷地進行浸潤性生長外,它還可侵入淋巴管和血管等而轉移至他處,對机体造成極大的損害。通常腫瘤的蔓延和轉移有下列四種方式。

一、直接浸潤 惡性腫瘤向周圍組織浸潤的途徑,往往決定於周圍組織的性質,即腫瘤常向抵抗力薄弱的方面發展。因此,肌腱、韌帶和軟骨等比較堅強的組織常不受浸潤。

✓二、淋巴轉移 主要見於癌症。癌組織侵入淋巴管后,可沿淋巴管蔓延。同時癌細胞也可形成栓子,隨淋巴液帶到局部淋巴結,或隣接的組織及器官。癌細胞侵入淋巴結后,一方面可在該處生長,另一方面也能循淋巴途徑侵入下一站的淋巴結,甚至經由胸導管匯入血液循環系統,而引起遠處轉移。

✓三、血路轉移 這是肉瘤最常採取的轉移方式。晚期癌症發生血路轉移者亦甚多見。通常血路轉移的部位有三:

(1) 肺臟: 腫瘤組織侵入周身靜脈循環后,常轉移至肺,如肉瘤便是這樣。

(2) 肝臟: 腫瘤組織侵入門靜脈系統后,常轉移至肝臟,如胃腸道癌腫便是這樣。

(3) 骨骼：由于脊柱靜脈系統与胸、腹、腰、骶等靜脈之間存在着吻合的緣故，若干腫瘤組織侵入胸、腹、腰、骶等靜脈后，常在骨骼發生轉移，如前列腺癌和乳房癌等便是这样。

四、腹膜移植 这是晚期胃腸道癌腫在腹膜腔內發生轉移的一种方式。以胃癌为例，当癌腫浸潤到漿液膜时，便可能有癌細胞脫落下來而產生移植。晚期胃癌在骨盆腔內發生移植是常見的例子。

腫瘤的病因学和發病学說 建立在巴甫洛夫神經論基礎上的唯物主义的医学提出，疾病常是机体对外界环境中致病因子的一种反应过程。例如，在外界刺激影响下，身体某部產生了一个組織缺損，机体就会發生一系列的生理活动，及时把这个組織缺損修補起來。这种防衛性的活动称为修補性增生。不过，若把一种刺激長期地、而且重复地作用于机体，最后它也可能使机体的防衛机能互解，使大腦皮層的正常功能遭受破坏。在这种情况下，由中樞神經系統傳出的反射性的營養性冲动，便可引起相应病灶內物質代謝和細胞的生物学特性的改变。因此它可導致这一器官發生組織形态上的特殊变化，即腫瘤形成。

實驗証明，在損害开始和癌腫出現期間，必須經歷一个相当長的时间。在这期間內，局部常出現一系列的組織增生过程，这就是所謂癌前状态。癌前状态是具有可逆性的。当机体防衛力量能夠有效地克服这种状态时，癌前病变，甚至初期發展中的癌腫，都有可能被消除。反过來說，癌前病变本身又是促使大腦皮層衰竭的重要冲动的來源。所以对这种病灶進行一些适当的治療，也是非常必要的。

此外，有人認為癌前病变受到病毒类因素的作用，可以轉化为癌。这个學說，目前实际上还停留在动物實驗的階段。用它來解釋所有的腫瘤，尤其是人类的惡性腫瘤，尚缺乏足夠的說服力。

腫瘤的治療 良性腫瘤的治療基本上是一个手術的問題。惡性腫瘤則应根据腫瘤的性質、类型、生長部位和有无轉移等因素，考慮手術治療或放射治療。

手術治療是目前多种癌症的比較理想的治療方法。手術时最

重要的原則，是把癌組織作徹底的切除。這樣才能免除再發。對於晚期病例，如病灶蔓延已廣，顯然不能根治者，我們不應勉強施行根治性手術。須知，不合理的手術治療，非但不能免除局部再發或遠處轉移，而且常要促使患者早亡。

放射治療對於某些早期的惡性腫瘤有良好的療效。使用時，除注意給与方法外，劑量及時間問題也是非常重要的。對於某些晚期惡性腫瘤，放射綫有姑息性療效。因此，須合理地使用，才能得到滿意結果。

此外化學治療對於晚期癌症，特別是淋巴造血組織的腫瘤有姑息性療效。這一點將分別在有關腫瘤的治療中提出討論。

腫瘤的研究方針

一、加強腫瘤病原學研究工作 根據 Ф. М. Халецкая 及 М. И. Шляхтенко 兩氏的研究，胰制劑應用於動物機體，有抑制癌前的乳頭狀瘤生長和惡變的作用。又據列寧格勒腫瘤研究院 20 年來的觀察，97% 的皮膚癌患者，73% 的直腸癌患者，50.5% 的子宮頸癌患者和 49.7% 的乳房癌患者都有過癌前病變。這些資料充分說明，癌在演發過程中是有階段性的，而大腦皮層的狀態在腫瘤的發生上也是具有重要意義的。因此腫瘤病因學和發病學的研究，正是腫瘤預防中最重要的一個環節。

二、提高腫瘤治療效果 以乳房癌為例，過去，乳房癌根治術曾被認為是治療乳房癌的标准手術，但是有一部分病例，特別是癌腫生長在乳房內側的病例，手術後經過較長時期的觀察，常有胸骨旁轉移出現。因此使人認識到胸廓內動脈旁淋巴結轉移的問題。目前在開展中的擴大乳房癌根治術，便是針對這個問題提出的。這是由提高癌症治療效果着手，來解除癌症對人類危害的一個例子。在腫瘤預防工作中，它也是具有積極意義的。

三、貫徹早期診斷和早期治療方針 目前我國廣大人民羣眾對癌腫的認識還是很不夠的。多數患者來就醫時已經很晚，而無法獲得根治。因此我們必須進一步開展衛生宣傳教育，加強癌腫統計工作，以及逐步推行中年以上的人定期作預防檢查和及時處理癌前病變的制度。這樣才能貫徹“預防為主”的方針。

第二章 活組織檢查

臨床病理的結合 生長在胸腔、腹腔和顱內的腫瘤，有時須依靠手術探查進行診斷與治療。生長在身體其他部位的腫瘤，大都可於治療前完成活組織檢查。它對於提供診斷的科學根據和避免治療中發生錯誤有很大幫助。文獻中指出，有經驗的外科醫師，一般能準確診斷的乳房癌病例只有 80% 左右。因此每個惡性腫瘤病例在治療前均須作出準確的診斷。

也可能臨床上認為是癌腫的病例，而病理檢查未能証實。例如擬診為鼻咽部惡性腫瘤的病例，鼻咽部作活組織檢查，有時可能得到陰性結果。這常常是因所採取的標本不恰當的緣故。在這種情況下，我們應該重複檢查，以免貽誤病人。又如小腿慢性潰瘍，或皮膚乳頭狀瘤等發生惡變時，由所取得的小量病損組織作成的切片，有時可能查不出明顯的惡性証據。因此在可能情況下，標本的採取必須夠大（如 4—5 毫米長），最好能把少量相連的正常組織包括在內。這樣才可以更清楚地看出腫瘤的生長和浸潤情況，而且還可免除僅僅取到腫瘤中央的壞死部分。又於切取時，應盡量避免標本組織受到機械性損傷，否則在顯微鏡檢查中，細胞發生變形，妨礙正確診斷。

為了更好地使病理和臨床互相結合，在送驗單上我們必須仔細填寫有關的臨床資料，如年齡、性別、腫瘤的部位、浸潤的範圍、生長時間和速度、硬度、移動性、有無轉移、主要症狀和體征，以及有關的化驗結果和 X 綫檢查等。否則病理學者單憑切片中的細胞形態，孤立地，而不聯繫病人的具體情況，實在很難作出正確的診斷。

活組織檢查的危險 活組織檢查有時能引起出血，如鼻腔腫瘤即是。發生壞死和感染的腫瘤行活組織檢查後，有時可加重感染。但一般說，這些危險是不大的，和它對診斷上所作出的價值是不能相比的。

有人認為，癌腫行活組織檢查後，能促使癌細胞轉移。不過根

据許多位学者的报告,無論是采用切取或吸取的方法,在动物实验上和臨床观察中,都沒有这种不良的后果。

活組織檢查的方法 普通常用的方法有下列几种:

一、**切取活組織檢查** 生長在身体表面的癌腫,和使用內腔鏡就得以顯露的癌腫,均可采用此法施行活組織檢查,例如皮膚癌、陰莖癌、已發生潰瘍的乳房癌、子宮頸癌、鼻咽部惡性腫瘤、中央型支氣管癌、食管癌、直腸癌和肛管癌等皆是。采用切取法作活組織檢查时,标本采取的部位須靠近腫瘤邊緣,而且必須夠深,以免僅僅取到腫瘤表面的坏死組織。

冰冻切片檢查^①:在手術進行中,局部切除的标本經肉眼檢查仍不能肯定是否惡性,而且这种决定关系到手術切除的范围时,应立即施行冰冻切片檢查。此外支氣管癌病例施行剖胸探查術时,有时須作局部淋巴結冰冻切片檢查,以便及时确定手術切除的范围。胰腺癌病例和慢性胰腺炎病例,有时鑑別診斷也很困难。在这些情况下我們均須及时作冰冻切片檢查。

淋巴肉瘤及其他类似疾病,須作整个淋巴結活組織檢查才能确定診斷。

二、**吸取活組織檢查** 此法适用于生長在比較深部的各种腫瘤。这种病例一般除采用切开方法外,应用此法最为簡便,例如乳房癌、肝癌、軟組織腫瘤和骨腫瘤等病例均可適用。

吸取活組織檢查是用穿刺与吸取的方法,得取小塊組織,作成涂片或石蜡切片,而加以檢查。涂片法手續簡單,当天可得結果。臨床上可以推广应用,但在診斷上往往比較困难,不如石蜡切片的明确,因此須由有經驗的病理科医师主持。吸取活組織檢查一般除辜丸腫瘤、腮腺混合瘤及甲狀腺腫瘤外,大多可以適用。

吸取活組織檢查的步驟:在吸取前,应向患者說明吸取的目的和步驟,以取得患者的合作。用碘酒和酒精把皮膚消毒后,用0.5%普魯卡因作局部浸潤麻醉。用尖刀作皮膚切口,長度約0.3

① 冰冻切片檢查是应用一种快速的切片制作法,在一刻鐘左右時間內作出病理診斷。由于切片不能作得很薄,染色不易滿意,只有經驗丰富的病理学者,結合臨床症狀,才能作出准確的診斷。

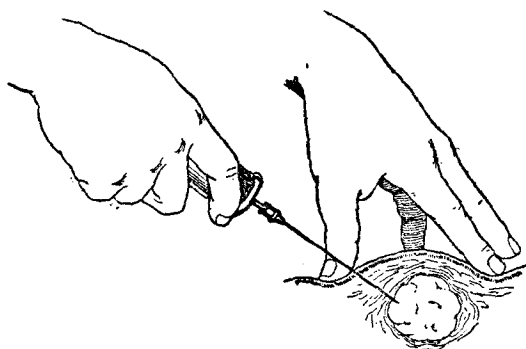


圖 1 穿刺針抵達腫瘤的表面

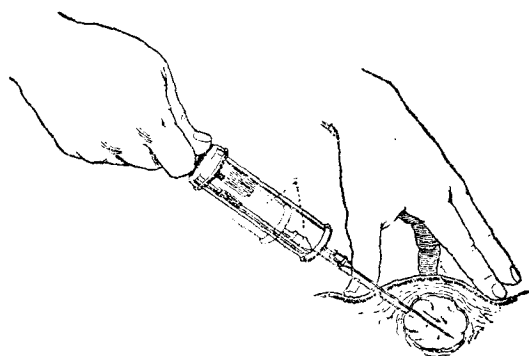


圖 2 在保持真空下向腫瘤穿刺

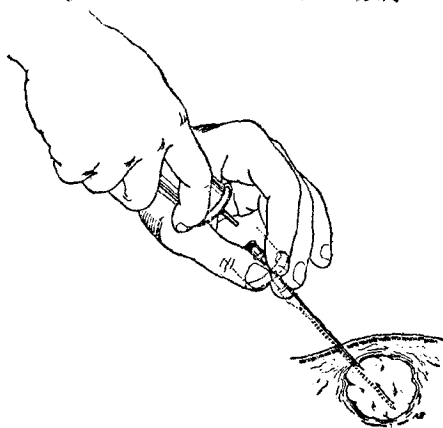


圖 3 移去注射器，再把穿刺針取出。

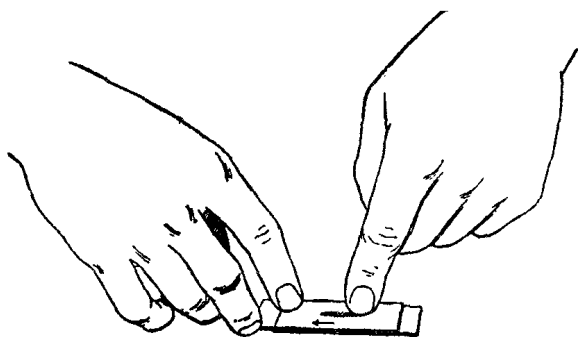


圖 4 把兩塊玻片互相拉開以制作塗片

厘米。用 18 号套針施行穿刺。針尖到达腫瘤表面后，取去針蕊，而連接 30 毫升注射器。在保持真空下，向腫瘤反复穿刺数次。这时器械的把持要穩，以免損伤周圍的組織。当我们刺入癌組織时，往往有切割生梨样的感觉。以后，在保持真空下，把吸取針撤回，至針尖抵达腫瘤邊緣时，先移去注射器，然后再將針取出，放回針蕊，以察看是否有組織取出，如无組織取出，可以重作吸取。标本中如混有血液，可用紗布將血液濾去。創处則用消毒紗布包紮。

取些組織放在玻片上，再用另一玻片將組織压平。然后把兩塊玻片互相拉開，作成薄塗片。把塗片浸入甲醛溶液或等量之 95% 酒精与乙醚之混合液內加以固定。如所獲得的組織較多，可把它浸在甲醛溶液內，一併送到病理科，必要时可用它制作石蜡切片。

三、剝脫細胞的塗片檢查 主要应用于子宮頸癌之預防檢查。其法为采用輕刮的方法，在腫瘤表面采取少量分泌物作成塗片，而加以檢查。此法的缺点为腫瘤的种类与惡性度以及癌組織和周圍組織的关系等无法看出。

抹片法尚可应用于診斷支气管癌（檢查胸水和痰液等）、胃癌、肝癌和卵巢腫瘤等（檢查腹水）。不过目前除子宮頸癌和支气管癌以外，采用此法尚未能达到早期診斷的目的。

第三章 惡性腫瘤的放射治療

惡性腫瘤的治療主要包括手術切除和放射治療。手術切除的

目的在于全部切除所有的瘤組織，而放射治療的效用則是就地歼滅瘤組織而尽量保全正常組織。無論采用上述何種治療，均以早期治療的效果為最滿意。

根治性治療一般須具備下列條件：腫瘤對放射綫敏感；患者沒有遠處轉移征；患者全身狀況及腫瘤周圍組織狀況能耐受足量的放射綫照射；腫瘤生長的部位適于作充分的放射治療。

腫瘤的放射敏感性 各種腫瘤有其不同的放射敏感性。所謂放射敏感性，是指腫瘤的致死量和正常組織的耐受量之間的關係而言。對放射綫敏感的腫瘤，即表示腫瘤的致死量低於正常組織的耐受量。應該指出，腫瘤的放射敏感性並非單獨依靠其分化程度來決定的。病理學上的分級所提供的腫瘤惡性度與早期轉移的可能性，在決定治療時僅可作為參考。現在根據各個腫瘤的放射敏感性，把它們分為三大類。

一、敏感性腫瘤 一般說，促使這一類腫瘤消退，所需要的放射綫量比正常組織的耐受量低，例如惡性淋巴瘤即是。對於這類腫瘤施行照射時，務須記住其廣泛牽涉之可能性，因此無論原發病灶有多大，治療均須采用大照射野，並給予中等劑量。不過總的來說，這類腫瘤雖經過充分照射，其治愈率仍是很低的。

二、感應性腫瘤 這一類腫瘤在放射治療中實占有最重要的位置，例如常見的鱗狀細胞癌即是。治療這一類腫瘤所使用的放射綫量和正常組織的耐受量頗相近。因此在根治療法中往往不可避免地要產生比較嚴重的組織反應，而在實際應用中，也只有較小的腫瘤和生長部位適當的腫瘤才宜于作根治療法。此外腫瘤的形式也和腫瘤的大小有同等的意義，即菜花式的腫瘤必須和浸潤式的腫瘤相區別。前者只須在腫瘤的基部給予充分治療即可奏效；后者則不然，因這類癌腫浸潤的範圍常較肉眼能見者為大，而且它的放射敏感度較前者為低。

三、抵抗性腫瘤 這一類腫瘤基本上無法采用放射治療達到永久治愈，例如成骨肉瘤即是。抵抗性腫瘤中有的在頗早的時候便發生轉移。個別病例，如腫瘤生長在不適于作手術切除的部位時，有人建議給予姑息性放射治療，使用在局部的放射綫量往往不超

过組織的耐受量。这种治療我們認為不宜輕于嘗試。

根治性放射治療与姑息性放射治療的決擇（指敏感性腫瘤与感应性腫瘤） 主要是由疾病的範圍、患者的體質和腫瘤的部位等來決定。假使依照我們的判斷認為，病變区經充分治療后，有治愈的希望，則須給予根治性治療，反之則須采用姑息性治療。姑息性治療產生的組織反应較小。如果处理得当，它能抑制腫瘤的生長与減輕患者的痛苦。

手術切除与放射治療的選擇 主要取决于腫瘤的性質和所牽涉的範圍。因此腫瘤对于放射綫的敏感性、腫瘤生長的部位及蔓延的範圍等，是每个病例在选择治療时的重要参考。此外有許多病例采用合併治療的方式能得到最滿意的效果。因此我們不該有“只采用手術切除或放射治療來主治一种腫瘤”的絕對观点。下面把各个腫瘤常用的治療方法，作一簡單分类。

一、適于手術治療的惡性腫瘤

(1) 肉瘤类：如成骨肉瘤、纖維肉瘤、肌肉瘤、脂肪肉瘤等。

(2) 腺癌类：如胃癌、結腸癌、直腸癌、胰腺癌、乳房癌、卵巢癌、唾液腺癌及甲狀腺癌等。

(3) 其他癌腫：如食管癌、支气管癌、腎癌、膀胱癌及外陰癌等。

(4) 其他如畸胎瘤、黑色素瘤及神經膠質瘤等。

二、適于放射治療的惡性腫瘤

(1) 敏感性較高的腫瘤：如網狀內皮組織起源的淋巴肉瘤、網狀細胞肉瘤、何杰金氏病及白血病等。

(2) 中等敏感的腫瘤：如子宮頸癌、鼻咽部惡性腫瘤及口腔癌等。

三、手術治療与放射治療皆有价值或須采用合併治療者 如皮膚癌、上頰竇癌、子宮体癌、腎母細胞瘤、神經母細胞瘤及精原細胞瘤等。

放射治療的反应 施行放射治療达到一定剂量时，往往產生全身性和局部性的反应。前者包括身体疲倦、食慾不振和惡心等。此时血液內白血球，特別是淋巴性白血球有減少現象。这就是所謂放射綫病，它往往發生于照射野太大或受綫較多的病人。在体

弱、貧血和有感染的情况下特別容易發生，不过个体之間的差別也很大。处理的方法是適当地減少放射剂量或停止放射治療，同时加强营养，必要时予以輸血。在治療期間如給予維生素 B₆，有时可以減輕上述的症狀。

局部的反应主要表現在受照射部的皮膚上。輕者出現紅斑，重者發生濕疹性皮炎，甚至組織發生坏死。处理的方法为注意保护皮膚。破皮的地方可以涂 1 % 龍胆紫溶液，以防止感染。

放射性同位素在腫瘤治療上的应用 近年來，由于核子物理学的發展，除天然放射物質如鐳之外，尚有人工放射性同位素的应用。現將鈷 60 (Co⁶⁰) 的使用方法作一簡單介紹。

我們都知道，鐳在蛻變時放射 α 、 β 及 γ 射綫。在治療上主要是应用它的 γ 射綫^①，因此需要將穿透力較弱的 α 及 β 射綫^② 濾除。由于濾过后的 γ 射綫的能量仍不均一，因此它所引起的生物效应就有一些缺点。

放射性鈷(鈷 60) 是在原子堆內，經慢中子流射击于鈷 59 而獲得的。放射性鈷的特点是，它能放射均質的 γ 射綫。因此較应用鐳所引起的組織反应均一。此外放射性鈷，在拥有原子堆的國家內可以大量獲得，使用也簡便，適于推广应用。

在治療上，放射性鈷的使用方法很多。

一、表面照射：即与鐳模治療的方法一样，把鈷管按一定的規則分布在患处組織上。

二、远距离照射法：把放射性鈷集中起來，用强大的 γ 射綫对患处進行照射。此法的优点为深部量的百分比高，適用于深在

① γ 射綫是一种电磁波，它的波長較短而穿透力較強。

② α 射綫是一种氦原子的核子放射，它帶有陽电荷。所以在經過磁場時，它進行的方向受到影响，即偏向磁場的陰極。它的放射速度很快，大概相当于光速的 $1/6$ 。它的波長較長，穿透力弱，在治療上无价值。

β 射綫是一种运动的电子，帶有陰电荷。当它經過磁場時，它行進的方向偏向磁場的陽極。它的放射速度也很快，近于光速。因为它的質量比較輕(只相当于 α 質点的 $1/1600$)，所以它的穿透力比 α 射綫強。在臨床上可用以治療淺在的病灶。

的腫瘤。

三、組織內鉗針插植治療：適用於舌部病灶。

四、腔內法：適用於生長在各種體腔內的腫瘤。

除以上所述外，放射性鉗對於海綿狀血管有極滿意的療效。

第四章 口腔癌腫

唇 癌

解剖學 唇分上、下兩部。它們是由皮膚、肌肉和粘膜構成的。唇的內側面是粘膜，粘膜向外延展，逐漸變為銀朱部。唇的外側面是皮膚。粘膜和銀朱部的淋巴管均導入同側的頰下與頷下淋巴結。

病因與病發率 唇癌通常是指唇的粘膜和銀朱部癌腫而言。唇部皮膚生長的癌腫則不在此列。

據國外文獻報告，唇癌是口腔癌中最多見的一種。但在國內，我們見到的病例很少。

本症多見於下唇。絕大多數患者是男性。年齡一般多在40歲以上。有人認為，本症可能與長期在日光下受曝曬有關。也有人認為，它與銜煙斗者長期遭受的熱刺激有關。

病理學 唇癌多發生於下唇，位於唇聯合（口角）與正中綫的中部。患者多數有持久的角化症。

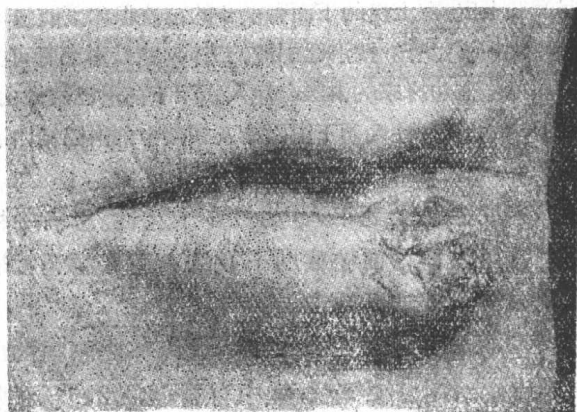


圖5 外生型唇癌

唇癌中絕大多數是鱗狀細胞癌。癌腫的分化一般較高，腫瘤的肉眼形态大多為外生型。唇癌和口腔其他癌腫相比，它的淋巴結轉移率是比較低的。發生轉移的時間也比較晚。轉移的去處主要為同側頷下及頰下淋巴結。

臨床表現 最初，病灶可能只是一个小結節，有的則是多年附着在唇部的一個痂。這些病灶均可逐漸變為潰瘍。本症病程大多進行較慢，非到晚期，不致有嚴重症狀。

診斷 切取活組織檢查，可以獲得正確的診斷。

治療 唇癌的治療與一般皮膚癌的治療，原則上沒有很大的差別。體積小的腫瘤可採用手術治療或根治性放射治療。手術切除，應于距腫瘤浸潤1厘米處，將組織切除并立即修補。較大的腫瘤一般多採用放射治療。這種治療對患者美容上的影響較小。有頸部淋巴結轉移的病例，應作頸淋巴結大塊切除術。

治療結果 沒有頸淋巴結轉移的病例，採用手術或放射治療，都能達到90%以上的五年生存率。已有淋巴結轉移的病例，根據不同作者的統計，它的五年生存率是24—32%。

舌 癌

解剖學 舌是一個富于肌肉的器官。以輪廓乳頭為界，舌可分為前2/3與後1/3兩部。前2/3為可動部分，位于口腔中。後1/3部位於咽部。舌的表面蓋有復層鱗狀上皮，在上皮的下面有很多的粘液腺和漿液腺。

舌內含有豐富的淋巴管。按淋巴引流的方向，這些淋巴管可分為三組：由舌尖部及舌前部兩側邊緣來的淋巴，注入頸深下部淋巴結；由舌背部及舌中部兩側邊緣來的淋巴，注入頷下淋巴結及頸深中部淋巴結；由舌根部來的淋巴注入頸深上部淋巴結。

病發率 本症多見於老年人，男性多於女性。患者中梅毒的陽性率比較高，這是其他任何癌症所不及的。有人認為舌癌可發生在梅毒性舌炎或白斑病的基礎上。

病理學 本症最多見於舌前2/3的邊緣部。癌腫的肉眼形态有兩類：(1)浸潤型者，呈硬塊狀，塊中有裂隙；(2)潰瘍型者，腫瘤的底淺而邊緣隆起。生長在舌下面的癌腫，可直接向口底蔓延。這