



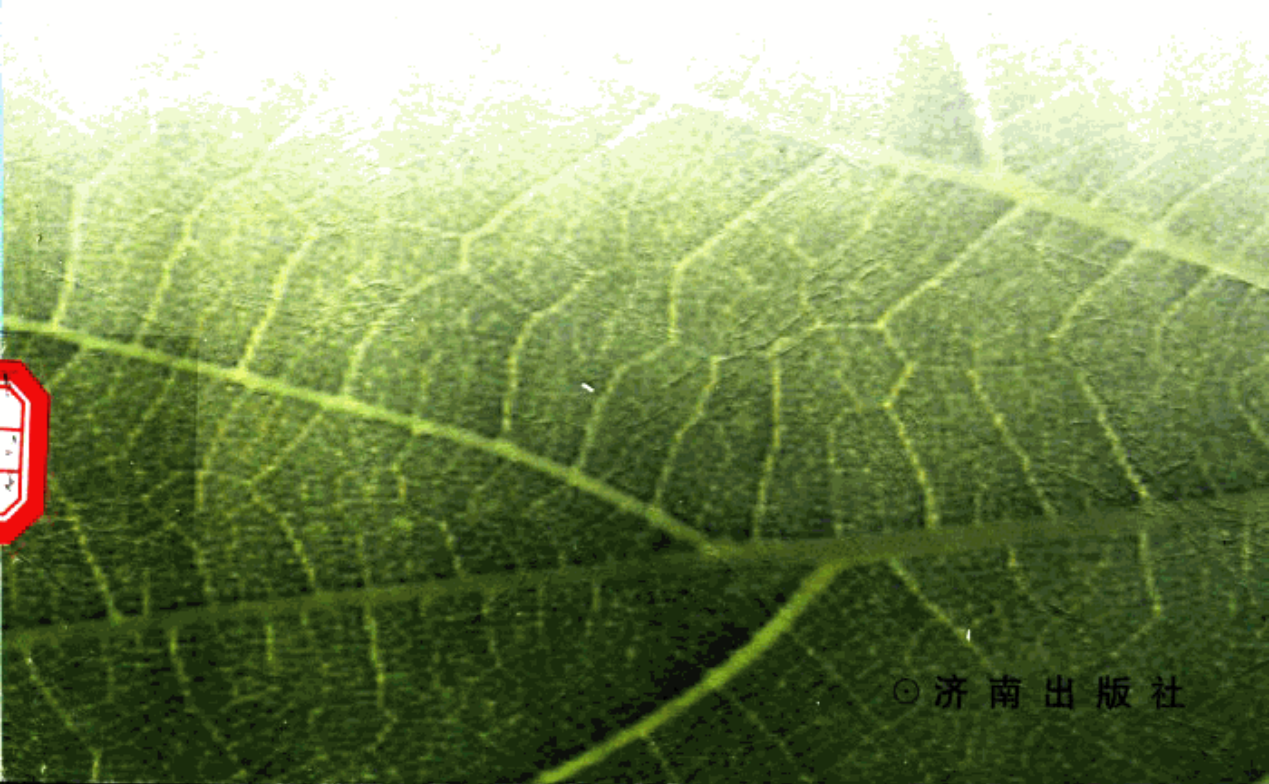
肿瘤



基础与临床研究

ZHONGLIU JICHU YU LINCHUANG YANJIU

申洪明 左文述 刘 岩 于金明 刘 奇 主编



© 济南出版社

肿瘤基础与临床研究

申洪明 左文述 刘 岩 于金明 刘 奇 主编

济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤基础与临床研究/申洪明等主编.

—济南:济南出版社,2000.6

ISBN 7-80629-545-3

I. 肿...

II. 申...

III. 肿瘤学-学术会议-文集

IV. R73-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 30469 号

济南出版社出版发行

(济南市经七路 251 号 邮编:250001)

山东平原东方印刷厂印刷

(地址:山东省平原县王凤楼镇)

2000 年 6 月第 1 版 2000 年 6 月第 1 次印刷

开本:880×1230 毫米 1/16 印张:16.875

字数:420 千字 印数 1-2000 册

定价:60.00 元

(如有倒页、缺页、白页,请直接与印刷厂调换)

主编：申洪明 左文述 刘 岩 于金明 刘 奇

编委：(按姓氏笔画排列)

于金明 王仁本 王绍平 王国范 方晋平

左文述 申洪明 边 莉 边家盛 刘 奇

刘 岩 刘翠玲 孙现军 李永清 李 岩

李 敏 宋希林 杨 靖 陈增谦 钟 伟

韩明勇

前 言

由山东省医学会、山东省抗癌协会联合主办,山东省肿瘤防治研究院承办的“山东省第六届肿瘤学术会议”在山东省济南市召开。会议共收到论文 200 余篇,经审议后将其中 132 篇汇集编撰成《肿瘤基础与临床研究》一书。该书充分反映了山东省肿瘤工作者在 20 世纪末的研究成果,内容涉及面广,将为促进新世纪肿瘤防治研究,加强部门间协作和相互提高起到积极的推动作用。

由于该次会议筹备时间短,对入选论文的编辑加工仓促,编辑后未经作者审校,不妥之处敬请谅解!

山东省医学会

山东省抗癌协会

2000 年 6 月

目 录

【 I . 专题报告篇】

乳腺癌的内分泌药物治疗	江泽飞等(3)
肿瘤外科学与肿瘤外科医生	左文述 (5)
大肠癌纤维结肠镜检查的意义	夏立建 (17)
早期大肠癌的处理	夏立建等(18)
恶性淋巴瘤的化疗进展	李 岩 (19)
胃癌合理手术的有关探讨	宋修强等(23)
乳腺癌的诊断及鉴别	陈福连等(27)
乳腺癌的内分泌治疗	左文述等(29)
癌症疼痛治疗新进展	宋广德 (66)

【 II . 基础研究篇】

T 淋巴细胞 rDNA 转录活性分析在肿瘤诊治中的意义	丁乃晴等(71)
NSCLC 热休克蛋白 70 过表达与自发性细胞凋亡的关系	秦庆亮等(73)
喉癌 CT 与病理标本计算机三维重建的对照研究	房居高等(76)
喉癌围手术期细胞免疫功能改变的意义	郑美桦等(80)
应用 ^{99m} Tc(V)-DMS 进行乳腺显像诊断乳腺癌的临床价值	胡旭东等(83)
食管鳞癌组织中 p16 蛋白表达及其临床意义	王国范 (88)
CD ₄₄ V ₆ 、EGFR、nm23 在食管鳞癌组织中的表达	武培敬等(90)
痰细胞 p53 基因突变的检测对肺癌早期诊断价值的研究	王雪涛等(92)
大肠腺瘤恶变与 HPV 感染的关系	宋希林等(95)
大肠癌与 HPV 感染的关系	马 恒等(98)
肿瘤标志物 CA242 与 CEA 对结肠癌的诊断作用	林华国等(102)
微卫星不稳定性及杂合性丢失与宫颈癌的相关性及临床生物学意义	温培斌等(103)

【Ⅲ. 临床研究篇】

脑胶质瘤术后后装 ¹⁹² 铱间质内放疗初步报告	张佃富等(109)
异环磷酸胺治疗脑转移瘤 30 例的临床观察	孙传美等(112)
亚甲蓝治疗儿童颜面血管瘤的研究	王小军等(113)
放疗后化疗治疗中晚期鼻咽癌的临床研究	陶桂荣等(114)
一岁纵隔肿瘤一例	李 青等(116)
甲状腺肿瘤 370 例诊治体会	吴开柱等(116)
肺癌术后化疗后继发扁桃体癌一例	王学芬等(118)
异长春花碱联合阿霉素治疗晚期乳腺癌临床总结	陈 阵等(119)
微创操作和 Y 形管负压引流预防乳腺癌手术皮瓣坏死的临床体会	吴志先等(121)
乳腺癌术后胸骨旁转移的治疗及预防	章 阳等(122)
乳腺癌术后局部复发的处理	张新法等(123)
原发性心包间皮瘤 2 例	武贵存等(125)
晚期肺癌的外科治疗体会	王化生等(126)
去甲长春花碱治疗晚期非小细胞肺癌临床观察	周 伟等(128)
大剂量多种化疗药物对晚期肺癌的疗效评价	张 林等(129)
亚叶酸钙、氟尿嘧啶、顺铂联合治疗晚期肺癌的疗效观察	王绍奎等(131)
青年人肺癌附 108 例分析	姜 巩等(132)
首发肺外表现的肺癌 56 例报告	魏长虹等(133)
肺癌伴癌性血管病变 15 例分析	徐玉荣等(135)
32 例肺癌合并上腔静脉压迫综合征临床治疗分析	张士义等(137)
空洞型肺癌 60 例分析	陆金宝等(138)
500 例食管癌患者的饮食习惯调查	费立聪等(139)
60 例食管癌手术治疗的体会	刘振兴等(140)
100 例老年食管癌、贲门癌的外科治疗	周汝武 (142)
食管胃 Gambee 氏单层吻合 78 例	王敬华等(143)
食管胃吻合口置内衬管预防狭窄和瘘的应用	张兴倜等(144)
食管癌扩大野放疗临床观察	聂学诚等(146)
⁶⁰ Co 放射治疗食管癌 225 例疗效分析	吴 峰等(148)
微波热疗配合放射治疗食管癌临床探讨	齐 胜等(149)
外放射加服“食管逐瘀汤”治疗中晚期食管癌临床疗效观察	段林生等(150)
食管癌放疗后食管气管瘘的处理	杨瑞利等(152)
EAP 联合方案治疗进展期胃癌 89 例疗效分析	车成云等(153)

EAP 方案治疗进展期胃癌	冯增鹏等(154)
腹腔化疗在胃癌手术后的应用	王济东等(155)
晚期胃癌的介入放射治疗	谢印法等(156)
区域动脉腹腔双径路化疗预防进展期胃癌复发的临床应用	吴志先等(157)
复方苦参素注射液配合化疗治疗胃癌临床疗效观察	鲁守彬等(160)
胃癌卵巢转移 12 例报告	夏中海等(162)
胃癌合并穿孔的治疗体会	尚泰刚等(163)
晚期胃癌穿孔的外科治疗	刘德成等(164)
胃癌致颅内转移一例报告	田 岩 (165)
胃癌术后复发再手术治疗	夏中海等(166)
以全腹疼痛为主症的胃癌误诊三例体会	王 卉等(167)
结肠癌 30 例诊治的分析	吴开柱等(168)
大肠癌致肠梗阻 17 例诊断与治疗	宋洪宽 (169)
经皮下埋入式化疗泵腹腔灌注化疗治疗大肠癌 28 例	肖作珍 (170)
胸腹膜浸润为首表现的结肠癌一例误诊分析	李学全等(171)
结肠癌并急性阑尾炎误诊一例分析	田建华等(172)
早期直肠癌局部切除术的临床观察	夏立建等(173)
310 例低位直肠癌保肛手术体会	李玉华等(174)
腹膜外结肠造口一期乳头成形术的临床研究	考 军等(175)
直肠癌经腹膜后造口的经验和体会	于璐功等(176)
以皮肤表现为首症的直肠癌 1 例	王 卉等(178)
保留幽门的胰十二指肠切除术 9 例报告	李 强等(178)
脾功能亢进合并肝癌的治疗体会	李志宏等(180)
肝脏转移瘤 26 例临床与 CT 征象分析	高贤鲁等(182)
槐香烯乳经肝动脉灌注栓塞加放射治疗原发性肝癌	丁兆军等(183)
继发性腹膜后纤维化的外科处理	边家盛等(184)
用中西医结合的观点浅析妇科肿瘤的发病诱因	王希亮等(187)
晚期子宫颈癌动静脉化疗的临床观察	魏宝玲 (188)
Ⅱb 期子宫颈癌术前放疗一例报道	闫广勤等(189)
保留卵巢功能的手术 71 例临床分析	刘耀玲等(190)
儿童期卵巢肿瘤蒂扭转 35 例临床分析	解孝实 (192)
巨大卵巢浆液性囊腺瘤恶变一例	王南琳等(193)
腓骨小头肿瘤	吴开柱等(194)
15 例恶性肿瘤骨转移的放疗	韩金声等(195)
肢体软组织肿瘤保肢术后内照射的疗效分析	侯振才等(196)
大剂量低分割放射治疗恶性黑色素瘤	申少楠等(198)

放射治疗鲍温氏病一例并文献复习	张士义 (199)
顺铂心包内注射治疗癌性心包积液六例疗效观察	董 鹏等(200)
胸腔及静脉双路化疗治疗恶性胸腔积液	于 亮等(201)
康莱特胸腔内注入治疗恶性胸腔积液 12 例观察	王光强等(202)
顺铂和足叶乙甙胸腔灌注治疗癌性胸腔积液 36 例报告	王文合等(203)
腹腔颈内静脉分流术治疗癌性腹水的临床观察	曹其彬等(204)
高剂量大容积 5-FU 腹腔化疗治疗癌性腹水 18 例分析	杨金旗等(206)
COPV 方案治疗恶性上腔静脉综合征 32 例疗效观察	白厚喜等(207)
吉粒芬治疗化疗后粒细胞减少的疗效观察	孙家新 (208)
灵杆菌素治疗恶性肿瘤化疗后白细胞减少的疗效观察	蒋秀贞等(210)
含大剂量 DDP 化疗方案不完全水化的肾毒性研究	管 林等(211)
格拉司琼联合地塞米松治疗大剂量顺铂所致呕吐 84 例临床观察	王广凤 (212)
湿润烧伤膏治疗放射性口腔溃疡临床探讨	李世雪等(214)
5-氟脲嘧啶诱发心绞痛心衰一例	王学芬等(215)
多瑞吉治疗癌性疼痛 24 例疗效观察	史常青 (216)
中医药治疗癌性发热 67 例临床总结	齐元富等(217)
动脉硬化性心脑血管疾病与癌症的关系	刘悦梅等(219)
康莱特注射配合化疗治疗晚期恶性肿瘤的临床观察	任海华等(220)
槲寄生碱的提取纯化及抗肿瘤研究	陈世伟等(221)
石蜡切片免疫组化操作要点心得体会	孙兰萍等(222)
猫抓病的超声诊断	李 曼等(224)

【IV. 护理与临终关怀篇】

肿瘤病人“第二治疗”健康教育模教教式探讨	郭翠英等(227)
恶性肿瘤综合护理的体会	曾玉梅等(228)
癌肿的心理护理	李海燕 (229)
肿瘤患者的心理护理	冯广华等(230)
癌症病人的心理护理	杨玉翠等(231)
精神支持疗法在癌症患者心理护理中的应用	亓瑞芹等(232)
子宫肌瘤挖除术的护理体会	路平华等(233)
对癌症患者的家庭护理	侯文红等(235)
晚期恶性肿瘤化疗期间护理体会	尼淑香等(237)
化疗病人的护理体会	何云芳 (238)
化疗致恶心呕吐的观察与护理	李 萍 (239)
肺癌病人化疗的护理	刘凤香 (241)

癌症患者皮肤受累的治疗和护理	王 红等(243)
乳腺癌化疗病人的护理体会	孙雪春等(245)
防治化疗所致胃肠道反应的护理体会	路春兰等(246)
静脉应用化疗药物渗出或漏出时的临床处理	何云芳 (247)
一例长春新碱致肠麻痹的护理	孙雪春等(248)
胸腔注入顺铂治疗恶性胸腔积液的护理	张 燕等(249)
喉癌术后肺部并发症的预防及护理	房玉芳 (250)
一例肾上腺肿瘤患者性征异常的护理	杜晓玲等(251)
加强护理人员对细胞毒性药物的自身保护	刘翠玲等(252)
对护理人员接触抗癌药物危害性的追踪	孙雪春等(254)
晚期肿瘤患者的临终护理	冯广华等(255)
临终患者的心理“安乐”护理	孙雪春等(256)
医务人员在癌症康复中的作用	于 轩等(257)
癌症病人的临终护理	何云芳 (258)
恶性肿瘤患者的临终护理	裴亚丽等(259)
晚期癌症患者的终末安息护理	孙惠阁等(260)

I. 专题报告篇

001 乳腺癌的内分泌药物治疗

北京军事医学科学院三〇七医院乳腺癌内科(100039)

江泽飞 宋三泰

关键词 乳腺肿瘤/药物治疗;内分泌药物

乳腺癌的内分泌治疗,无论是作为乳腺癌术后预防复发转移的辅助治疗,还是复发转移后的解救治疗都有十分重要的地位。与化疗相比,乳腺癌内分泌治疗有其独特的优点:①只要患者选择得当,疗效不比化疗差;②毒副反应较轻、较少,有利于巩固治疗;③治疗期间患者的生活质量较高。乳腺癌内分泌治疗在肿瘤内分泌治疗中最为成熟和最有成效。

目前临床应用最多的乳腺癌内分泌药物有抗雌激素类、孕激素类、芳香化酶抑制剂和 LH-RH 类似物。

一、常用的内分泌药物

(一)抗雌激素类

三苯氧胺(tamoxifen, TAM)是目前最常用的抗雌激素药,主要用于:①乳腺癌复发转移,ER(+)患者可有 50%~60% 疗效,ER(-)者 5%~10% 的疗效;②乳腺癌术后辅助治疗,特别是 ER(+)绝经后患者,疗效优于化疗;③乳腺癌术后,服用 TAM 可降低对侧乳腺癌发生率;④乳腺癌高风险妇女,服用 TAM 可以预防乳腺癌的发生。

1998 年报告的 37 000 例乳腺癌术后三苯氧胺辅助治疗,结果:①TAM 可明显降低乳腺癌复发率、死亡率;②TAM 服用 5 年的效果优于用药 1 年和 2 年;③对绝经前后患者都有效;④ER 阳性者效果较好;⑤对侧乳腺癌发生率明显下降;但患者子宫内膜癌的风险增加。长期服 TAM 的其他益处有:①绝经后妇女骨密度下降的速度减慢;②降低总胆固醇及低密度脂蛋白(LDL),从而降低心血管疾病的风险。所以,ER 阳性或 ER 不明的乳腺癌术后,推荐使用 TAM 作为标准的辅助治疗。

抗雌激素类新药还有 Toremifen、Droloxifen、

Raloxifen 等。

(二)孕激素类

孕激素(甲孕酮,MPA;甲地孕酮,MA)可以通过改变体内内分泌环境,通过负反馈作用抑制垂体产生 LH 和 ACTH,还可以通过孕激素受体作用乳腺癌细胞。在乳腺癌治疗中大剂量孕激素用于:①复发转移乳腺癌的解救治疗;②与化疗合用以提高疗效,减轻化疗不良反应;③改善一般情况,治疗恶病质。我们主要用于第①种情况。

甲孕酮治疗复发转移乳腺癌疗效肯定,当 TAM 治疗失败时改用甲孕酮仍有较高的有效率,对软组织和骨转移效果较好,而内脏转移效果较差。孕激素疗效与激素受体的关系比其他内分泌药物弱。ER 和 PR 均阳性者有效率可达 50%,ER 阴性者也会有 20%~30% 的有效率。长期服用孕激素可出现阴道流血、水钠潴留、柯兴氏综合征、过度肥胖以及血糖升高等不良反应。

(三)芳香化酶抑制剂

芳香化酶抑制剂通过抑制绝经后妇女芳香化酶的活性,阻断雌激素的合成达到抑制乳腺癌细胞生长,治疗肿瘤的目的。

1. 氨鲁米特(氨基导眠能,AG) 是最传统的芳香化酶抑制剂。于 20 世纪 50 年代作为一种抗惊厥药物问世,进一步研究发现 AG 能抑制肾上腺所有类固醇激素合成,起到“药物性肾上腺切除”的作用。1981 年 Santen 报道一项比较双侧肾上腺切除和 AG+氢化可的松对绝经后转移性乳腺癌疗效的随机试验,有效率分别为 43% 和 53%,两组缓解时间和生存期相似,认为 AG+氢化可的松可以代替肾上腺切除术。但由于 AG 非特异性阻断肾上腺功能,可导致较多的不良反应,如头晕、嗜睡、疲倦、恶心、食欲下降、皮疹,严重者

出现剥脱性皮炎。为此,科学家开发研制了新一代高选择性的芳香化酶抑制剂,治疗作用更好,副反应也明显减轻,成为近几年乳腺内分泌药物治疗的研究热点。

2. 兰他隆 是新一代选择性芳香化酶抑制剂。该药不影响体内 LH、FSH 和 TSH,所以使用时不需加氢化可的松。欧洲 5 项临床开放研究,单用兰他隆治疗绝经后复发转移乳腺癌 240 例,客观缓解率(CR + PR)为 26%,SD 25%,PD 49%。意大利进行的兰他隆一线治疗的结果,43 例可评价疗效的绝经后患者结果:CR 16%,PR 19%,SD 14%,PD 51%。不同转移部位的疗效:软组织 55%(16/29),内脏 33%(8/24),骨 24%(5/21)。

386 例患者的 II 期临床研究表明,兰他隆的全身毒性很低,最常见的不良反应是恶心(6.7%)、皮疹(3.9%)、头痛(1.3%)、头晕(1.8%)和嗜睡(2.3%),且大多数为 WHO 标准 I、II 级反应,未观察到严重的毒副反应。

3. Anastrozole 为另一高选择性芳香化酶抑制剂。与甲地孕酮(MA)比较,该药优势为:① Anastrozole 治疗组死亡率比甲地孕酮低 22%,生存期延长 4.2 个月;② Anastrozole 治疗组 SD ≥ 6 个月的 OS 与 CR + PR 患者相似;③ PD 患者总存活期与 MA 相似,但 CR + PR 患者的生存期优于 MA。

Anastrozole 比 MA 的耐受性更好,水肿、体重增加的发生率更低($P < 0.05$),很少有患者因治疗出现的不良反应而停药。

4. Letrozole(femara) 是诺华公司合成的一种能口服的高选择性芳香化酶抑制剂。Letrozole 在体内的活性比 AG 强 150 ~ 250 倍,而体外活性要强 10 000 倍,未发现 Letrozole 对肾上腺甾体类物质生成有显著的影响。

Letrozole 每日 0.1 ~ 5 mg 能使绝经后复发转移乳腺癌患者血中雌二醇、雌酮水平降低 75% ~ 95%。此药已完成复发转移乳腺癌二线治疗的 I、II、III 期临床试验。Letrozole 与 MA 的双盲随机对照研究共有 10 个国家 91 个研究中心的 551 例绝经后复发转移患者入组,均为 TAM 治疗失败,ER、PR 阳性或不明。全部患者分为每天 Letrozole 0.5 mg、Letrozole 2.5 mg、MA 160 mg 三组。结果表明,Letrozole 2.5 mg 组在有效率、缓解时间、临床获益时间、生存期方面均优于 MA 组,不良反应亦较 MA 组轻。

Letrozole 作为晚期乳腺癌一线治疗的国际多中心研究项目,目前仍在进行中。

(四) LH-RH 类似物

卵巢产生的雌激素受垂体产生的卵泡刺激素(FSH)和黄体生成素(LH)调控,后者的产生又受下丘脑的促黄体激素释放素(RH)控制。人工合成的 LH-RH 激动剂或拮抗剂能与 LH 受体结合,经负反馈作用抑制垂体,从而抑制 FSH 和 LH 的产生。这类产品的优势为可用于绝经前妇女,其代表药有 Zoladex。研究结果表明,Zoladex 治疗复发转移乳腺癌疗效与卵巢切除术相当,患者易于接受,所以绝经前患者可以用 Zoladex 暂时阻断月经后加用芳香化酶抑制剂。

二、治疗方案选择

在内分泌治疗中,适时的最佳方案的选择为目前研究的特点。一般认为,ER 阳性乳腺癌术后辅助治疗可首选内分泌治疗。ER 阳性或不明、绝经后、病情发展相对缓慢、术后无病生存期相对较长、骨转移及其他不适合化疗的复发转移乳腺癌病例,宜采用内分泌治疗。

国际权威统计结果提示,在欧美国家,内分泌药物治疗占乳腺癌药物治疗的 50%,而中国大陆仅为 4%,相差很远。我国乳腺癌内分泌治疗存在的问题主要有,在术后辅助治疗时,针对性不强,用药缺乏计划性;在治疗复发转移时,又信心不足,不敢单独使用内分泌治疗,即使多次化疗无效,患者一般情况较差时,也不选择合适的内分泌治疗,或一开始就盲目地合用化疗和内分泌治疗。

Boccardo 曾报道欧洲 504 例 ER 阳性,腋淋巴结阳性乳腺癌的术后辅助治疗,随机分为 TAM 5 年,CMF + E-ADM 6 周期,两者合用共 3 组。随访 5 年结果显示,TAM 组疗效最好,尤以绝经后妇女的疗效为佳。所以,绝经后 ER 阳性妇女,应以辅助 TAM 为标准治疗。

军事医学科学院 307 医院,1980 ~ 1998 年观察 656 例乳腺癌内分泌治疗研究的结果,其中辅助性治疗组 369 例,复发转移解救治疗组 287 例。

辅助治疗组均为 ER 阳性,患者分为两组:① 内分泌治疗组 194 例,绝经后患者服 TAM 5 年,绝经前患者切除卵巢后服 TAM 5 年,绝经前患者切除卵巢后服 TAM 5 年;② 化疗组 93 例,方案为

CMF 或 CMFVP。结果除术前 I 期和术后腋淋巴结转移数 ≥ 8 个的患者化疗和内分泌治疗效果相似以外,其余患者内分泌治疗的 5 年无病存活率和总存活率均优于化疗 ($P < 0.05$)。

复发转移乳腺癌解救治疗组 287 例,分为 3 组:①抗雌激素类 76 例,其中 TAM 55 例, Toremifen 21 例;②芳香化酶抑制剂 49 例,其中 AG 27 例, Anastrozole 22 例;③孕激素组,甲孕酮 162 例。以 30 天为 1 周期,根据 WHO 统一标准评价疗效。全组解救治疗有效率 32.8% (94/287),其中抗雌激素药物有效率 28.9%,芳香化酶抑制剂 19.6%,甲孕酮 38.3%,差异无显著意义。ER

(+) 患者的有效率均高于 ER(-) 组,其中抗雌激素药物组 (55.6% 和 5.0%) 和芳香化酶抑制剂组 (37.0% 和 0%) 差异有显著意义 ($P < 0.05$),而孕激素组 (57.7% 和 28.6%) 统计学差异不显著 ($P > 0.05$)。

我们的研究结果表明,ER 阳性乳腺癌术后辅助内分泌治疗的效果优于或等于化疗,ER 阳性复发转移乳腺癌也有较好效果。复发转移乳腺癌,除 ER 或 PR 阳性首选内分泌治疗外,对于一般情况差或因其他情况不宜化疗者,也可先试用内分泌药物治疗。

002 肿瘤外科学与肿瘤外科医生

山东省肿瘤防治研究院(250117)

左文述

【关键词】 肿瘤外科学;外科医生

肿瘤外科学是在肿瘤学(基础肿瘤学与临床肿瘤学)与外科学充分发展的基础上产生的临床医学分支之一。从事肿瘤外科的专业人员广泛分布于县、县级以上的综合医院以及各级肿瘤专科医院。目前,社会上甚至学术界有一欠准确的概念,即外科专家就是肿瘤外科专家,如腹部外科专家就是当然的腹部肿瘤外科专家,其实不然。应该说,腹部外科专家的一部分才称得上腹部肿瘤外科专家,这一部分就是充分掌握了综合治癌手段并能按照肿瘤生物学特性对肿瘤进行合理综合处理的外科医生。本文对肿瘤外科学的涵义及肿瘤外科医生的责任提出了作者的看法。

一、肿瘤外科学的过去、现在与将来

(一) 肿瘤外科的形成

外科学是基础理论 + 经验 + 手技的学科,亦就是说,是限于所处年代科学条件下的一种经验性、技术性较强的医疗专业。这一说法是有科学

依据的,如在外科治疗未与解剖学相结合之前,外科只不过是一种刀法手技而已,当时的外科行业尚与理发行业混为一谈,外科医生并没有真正的专业医生地位。随着解剖学的深入发展,并向外科领域渗透,两者得以充分结合之后,外科行业在医疗实践中才开始有了一席之地。1731 年巴黎成立的第一所外科学院,标志着外科成为一门独立的正式医疗专业,外科医生才真正与内科医生一样,需要接受专业教育的智能型人才担当。同样,细菌学、消毒及无菌技术与抗生素、麻醉学的发明与发展,为现代外科学的发展奠定了坚实的基础,外科手术才得以从治疗体表疾病向治疗内脏疾病深入。而组织学、病理生理学以及机体生理与病理生理关系的发展与阐明,才使单纯技能的外科治疗有了自己的理论基础,手术治疗才成为合理有效的改变疾病病理生理进程的重要手段,真正与内科学一样有了同等重要的地位与自己的范畴。随着近代科学如生物学、化学、物理学、电子学及工业高新技术的发展,外科学的面貌日新月异。现代外科,可以说已没有禁区可言了。重症监护手段(ICU)为保证围手术期患者的安全

提供了进一步的保证。所以“外科”，英文“surgery”这一源于希腊文“cheir”(手)和“ergon”(工作)单词的含义——通过手术方法治疗创伤和疾病的科学和实践(the science and practice of treating injuries and diseases by operations)已不能真正概括这一学科的本质了。

肿瘤外科学作为外科学的一个分支，像外科学属于医学分支一样，伴随着时代科学水平的发展而发展，手术治疗肿瘤的实践活动伴随着医疗活动的全过程。19世纪末20世纪初形成了肿瘤根治术的概念，其中最具代表性的有Halsted乳腺癌根治术、Crile的颈淋巴结清除术(1906)及Wertheim的宫颈癌根治术(1898)。如William Stewart Halsted于1882年创立了乳腺癌根治术，于1891年第一次在报纸上公布，其后就乳腺癌手术治疗及其理论研究发表了4篇论文，分别于1894、1898、1898、1907年发表于当时的John Hopkins医院院刊。Willy Meyer在1894年也同时报告了6例与Halsted相似的术式。目前，世界上广泛采用的术式实质上与Meyer术式更接近。尽管Halsted时代就形成了“无瘤技术”的雏形，强调整块切除及手术不切割肿瘤原则，然而，现代肿瘤外科却主要是在近30年形成的。随着对肿瘤生物学特性认识的逐渐加深，Halsted的肿瘤的内涵范围属于局部区域性疾病，局部一区域淋巴结为癌播散屏障的理论受到了冲击。癌为全身性疾病，在确诊时，甚至临床前期就已有全身播散之可能的观点被普遍接受。人们认识到肿瘤局部治疗——手术切除的局限性。20世纪50~60年代广泛开展的扩大根治术、超根治术(如乳腺癌根治包括锁骨上及纵隔淋巴结)并未能明显提高远期生存率，却使围手术期死亡率上升，术后生活质量下降。这一事实使人们意识到，通过扩大手术范围提高恶性肿瘤治愈率是有相当限度的。扩大手术切除范围的半骨盆切除术，半躯体切除术、上腹内脏或盆腔内脏全摘除术，只能代表外科医生的手术技巧却不能成为治疗一种疾病的规范术式。这一事实，加之病人对患病后生活质量的要求，迫使肿瘤外科学家对“肿瘤根治术”的概念进行反思，认识到所谓“×××脏器肿瘤根治术”仅代表该术式切除组织的范围，即是一种约定俗成、墨守成规或有章可循的操作程序，并非预后意义上的“根治”。根治性手术仅能清除局部(原发癌)区域(淋巴结)病灶，但并不一定能清除体内所有的癌细胞。因此，

肿瘤外科又从单纯的解剖学模式向解剖-生物学模式转化，相继产生了小于传统根治术式切除范围的术式。临床实践证实，这种手术范围的革命，在合理应用的前提下，可获得与传统根治术相同的预后结果，且保护了机体免疫机能，大大改善了患者术后生活质量，如乳腺癌保留乳房治疗等。

回顾肿瘤外科的发展史，肿瘤外科经历了根治术，扩大或超根治术，缩小范围的根治术至现代模式的缩小与扩大并存、治愈与机能保存兼顾的手术治疗历程。

(二)肿瘤外科的现状与展望

肿瘤外科发展到今天，可以说，现代肿瘤外科手术技巧已发展到相当理想的程度，已近达到“登峰造极”的地步，任何微小的改进都是举步维艰的。然而，单一的手术治疗并未从根本上改善恶性肿瘤的治愈率，治疗效果却徘徊在70年代初的水平。如临床就诊病例总的5年生存率，胃癌一直维持在30%、直肠癌为50%、乳腺癌为60%左右。人们发现，对大多数实体癌来说，施行“治愈性”肿瘤切除术后，80%左右的治疗失败并非局部区域复发而是远处转移。因此单纯通过外科手术技术的改进是不可能真正征服癌症的。

鉴于肿瘤外科治疗效果的现状，肿瘤外科医生不得不谋求与肿瘤内科专家合作，试图通过系统的全身治疗手段来解决远处转移问题，事实上，这一合作已显示出其广阔前景，典型的例子有睾丸肿瘤、骨肉瘤、乳腺癌等。手术与化疗的合理综合应用，对不同部位与不同类型的肿瘤，可使其治愈率提高10%~80%。

就目前肿瘤化学治疗的现状来看，对大多数实体癌来说，化疗作用的发挥对肿瘤负荷是有一定的要求的，而手术可为这一要求提供条件。另一方面，理论上术前化疗对肿瘤细胞的杀伤最为有效，这是因为早期化疗可以预防化疗拮抗克隆的产生，而肿瘤血供未被手术破坏有利于化疗药物的渗入，术前化疗也便于观察评价肿瘤对化疗的敏感性，从而指导术后化疗。同时，化疗使瘤体缩小以及使瘤细胞活性降低，又有利于手术切除及减少医源性播散。由于化疗属一级动力学，即只能杀死一定比例的瘤细胞，而机体免疫机制或外源性生物反应调节剂(BRM)作用属0级动力学，即一定的免疫活性细胞或抗体可杀灭一定数量的癌细胞。对机体最后一个癌细胞的消灭，离

不开机体本身免疫机制的作用。一般认为,残留的癌细胞数量在 5×10^6 个以下时,在机体免疫机制正常的情况下,免疫功能本身是能予以控制的。从免疫学角度看,肿瘤发展迅速,意味着机体免疫机制处于抑制和“麻痹”状态,手术后无疑易发生播散,通过肿瘤内科处理后,有可能解除这种“麻痹”,改善手术治疗的远期效果。手术与内科综合治疗的合理应用程序的设计,是治疗肿瘤的重要手段。这一知识的掌握是肿瘤外科医生与一般外科医生的区别之一。

由于某些部位对肿瘤根治性切除的限制(如脑瘤、头颈肿瘤等),功能或美容的需要而要求缩小手术范围(如喉、直肠及乳腺癌等),或因肿瘤本身因素直接手术难以完成肿瘤治愈性切除,外科医生有时必须与同属局部区域治疗手段的放射治疗专家合作。同样,由于某些肿瘤部位深在,周围脏器对放射剂量的限制,放疗专家也需外科医生的协助(如术中放疗、组织间置入放疗等)。对放疗作用的发挥,理论上也以术前放疗为佳,这是由于:①术前放疗易于观察放疗敏感性;②杀灭局部区域的肿瘤浸润灶以及瘤体表面的细胞、缩小肿瘤体积,预防医源性播散,提高切除率;③肿瘤血运未被手术破坏而有较高的氧效应,提高瘤细胞对放射线的敏感性。同时,术前放疗除有定位欠准确的不足外,不恰当的术前放疗还可能延误外科治疗及使切口延期愈合。而对上述治疗方案恰当的联合与合理选择,是肿瘤外科医生与一般外科医生的区别之二。

总之,从近代对肿瘤发生发展机理的研究成果看,攻克癌症绝不会是外科治疗技术提高的结果,就目前对肿瘤基础研究的现状看,有理由相信,随着时间的推移,肿瘤外科在肿瘤临床中的地位会愈来愈轻,最终甚至会像结核病外科一样,由主导地位变为辅助地位。在这一转化过程中,目前肿瘤外科由致力于手术技巧研究向以下方面转移。

1. 提高早诊率

目前,所有癌症治疗手段的效果均依赖于早期诊断,各部位的原位癌及微小浸润癌均可通过局限性手术治愈。遗憾的是,目前临床确诊的肿瘤大多数已是浸润期或播散期。因此外科医生应与基础学科合作,致力于早期诊断的研究,只要能发掘出真正意义上的早诊方法,癌症的治疗就不是问题了。

2. 加强基础研究

肿瘤外科在基础研究方面有着得天独厚的优势,大部分首治的肿瘤患者首先由外科治疗,外科治疗可获得供基础研究所必需的组织学标本。因此,只要肿瘤外科医生提高基础研究的意识,主动与基础研究的科研人员配合,在阐明肿瘤发生发展的机理与规律,彻底究明肿瘤生物学特性,癌细胞的逆转途径等方面会大有作为,才能最终攻克癌症。

3. 在改善患者生活质量方面作文章

目前,所有肿瘤治疗的手段均可不同程度地影响患者的生活质量,而最严重的身心致残多是由外科手术造成的,如肢体肿瘤的截肢术、乳腺癌的乳房切除术、直肠癌的腹壁造口术等。因此外科医生应真正转变“惟我独尊”的优势感,充分认识到各种治癌手段的优势与不足,在提高治愈率的同时,致力于研究降低致残率及致残程度的途径和方法,尽量减少癌症没有攻克阶段对人类的危害。

二、现代肿瘤外科概论

(一) 肿瘤外科的任务

就目前对肿瘤的基础与临床研究的现状看,肿瘤外科作为肿瘤治疗的主力军之一,其业务范围与任务可概括为以下几个方面。

1. 参与对肿瘤的普查和及时诊断肿瘤

肿瘤外科医生参与肿瘤高危人群的普查,筛选临床早期肿瘤患者,对因有症状就诊的病例作到及时诊断。肿瘤的治疗,尤其是恶性肿瘤的治疗方案复杂,个体化差异明显。恶性肿瘤在进行针对肿瘤的治疗前,必须有一级诊断,即组织学诊断,在获得一级诊断的过程中,肿瘤外科有其特殊地位。

(1) 肿瘤细针穿刺细胞学检查:通过外科医生进行细针穿刺涂片,细胞学医生可对大多数有肿块肿瘤作出及时的细胞学诊断,但由于其有一定的假阳性与假阴性率,临床应用时必须与临床相结合。作者通过临床实践认识到,临床表现和(或)影像学等检查与细胞学检查吻合,空腔脏器肿瘤的内镜下表现与细胞学检查相吻合,某些部位肿瘤如肝脏肿瘤生化标志物与细胞学检查相吻合等,即可作为肿瘤的治疗指征。如乳腺肿块临