

Zhongliu Hulixue

肿瘤护理学

刘建晓 高辉 主编

山东大学出版社

肿 瘤 护 理 学

主 编 刘建晓 高 辉
副主编 曲晓怡 贾世磊 孙新华
郭 俊 曹晓燕

山 东 大 学 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤护理学概论/刘建晓,刘辉主编.

—济南:山东大学出版社,2014.8

ISBN 978-7-5607-5104-7

I. ①肿… II. ①刘… ②高… III. ①肿瘤学—护理学—高等职业教育—教材 IV. ①R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 187456 号

责任策划:滕希功

责任编辑:徐翔

封面设计:牛钧

出版发行:山东大学出版社

社址 山东省济南市山大南路 20 号

邮编 250100

电话 市场部(0531)88364466

经销:山东省新华书店

印刷:济南景升印业有限公司印刷

规格:720 毫米×1000 毫米 1/16

14 印张 242 千字

版次:2014 年 8 月第 1 版

印次:2014 年 8 月第 1 次印刷

定价:19.80 元

版权所有,盗印必究

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页,由本社营销部负责调换

前 言

本书主要适用于高等职业技术教育“三加二”专科段护士学习的教学,本段学生已经具备了一定的理论和实践基础,本书可为学生成为合格的专科护士打下坚实的理论基础。

本书全面介绍了肿瘤临床治疗的各种手段及护理措施,遵循以人为本的护理理念,内容重点突出了心理护理,化学治疗不良反应的症状护理和疼痛的护理。

目 录

第一章 肿瘤概述	(1)
第二章 肿瘤的临床治疗手段	(11)
第一节 恶性肿瘤的综合治疗	(11)
第二节 肿瘤的外科治疗及护理	(18)
第三节 肿瘤的放射治疗及护理	(20)
第四节 肿瘤的生物学治疗与护理	(30)
第五节 肿瘤放射介入治疗患者的护理	(47)
第六节 肿瘤患者动脉灌注及栓塞化疗的护理	(51)
第七节 肿瘤患者内支架植入术的护理	(58)
第三章 肿瘤化学治疗	(64)
第一节 肿瘤化疗概述	(64)
第二节 联合化疗的原理及应用	(67)
第三节 化疗常用药物	(69)
第四节 化学治疗的不良反应及护理	(73)
第四章 肿瘤患者化疗的静脉管理	(90)
第一节 化学治疗中静脉的评估与选择	(90)
第二节 化疗药物静脉给药的方法	(93)
第三节 化学治疗药物外渗的处理	(94)
第四节 经外周置入中心静脉导管在癌症治疗中的临床应用及护理	(96)
第五章 肿瘤患者常见症状的护理	(104)
第一节 癌症疼痛的护理	(104)



第二节	癌因性疲乏的护理	(121)
第三节	癌性发热的护理	(124)
第四节	恶心、呕吐的护理	(125)
第五节	口腔并发症的护理	(130)
第六节	腹泻、便秘的护理	(134)
第七节	恶性积液的护理	(138)
第八节	凝血功能障碍的护理	(142)
第九节	上腔静脉症候群的护理	(145)
第六章	肿瘤患者心理护理	(150)
第一节	临床心理护理概论	(150)
第二节	肿瘤患者的心理特点与心理护理	(152)
第三节	恶性肿瘤患者的常见心理问题及护理	(157)
第七章	肿瘤患者病情告知和沟通技巧	(161)
第一节	病情告知	(161)
第二节	沟 通	(166)
第八章	临终护理	(169)
第一节	临终护理概述	(169)
第二节	临终患者常见问题及护理	(174)
第三节	死亡教育	(178)
第四节	临终患者家属的心理反应及其护理	(181)
第九章	肿瘤与营养	(184)
第一节	饮食营养与肿瘤	(184)
第二节	肿瘤患者的营养评估	(186)
第三节	体重下降与恶病质	(191)
第四节	肿瘤患者的营养支持	(195)
第十章	职业防护	(203)
第一节	放射治疗防护	(203)
第二节	化学治疗防护	(207)
参考资料		(214)

第一章 肿瘤概述

肿瘤虽然是一类古老的疾病,早在两三千年前的埃及和我国已有关于肿瘤的记载,但当时远不在常见病之列。在 20 世纪初,肿瘤在世界各国仍是比较罕见的疾病。我国直到 20 世纪 50 年代初,在北京市居民死亡率中肿瘤仅占第 9 位。但近半个世纪以来,肿瘤在医学领域内的地位愈来愈重要,目前已成为多发病、常见病,为居民死亡原因的第一、第二位,严重威胁人民的健康。

据统计,2010 年,全国恶性肿瘤发病率为 235.23/10 万(男性 268.65/10 万,女性 200.21/10 万),全国恶性肿瘤死亡率为 148.81/10 万(男性 186.37/10 万,女性 109.42/10 万),肺癌、女性乳腺癌、胃癌、肝癌、食管癌、结直肠癌、宫颈癌是我国常见的恶性肿瘤。肺癌、乳腺癌、结直肠癌、女性甲状腺癌呈上升趋势。肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、结直肠癌、女性乳腺癌、胰腺癌是主要的肿瘤死因。按照平均寿命 74 岁计算,人一生中患恶性肿瘤的概率是 22%,肿瘤已经成为一种常见疾病。

一、肿瘤发生的原因

肿瘤的病因非常复杂,总的来说,到目前为止,大多数肿瘤的病因还没有被完全了解。通过多年的流行病学调查研究及实验室与临床观察,发现环境与行为对人类恶性肿瘤的发生具有重要影响。据估计 80%~90% 的恶性肿瘤可能由环境因素引起或与环境因素有关,环境因素是指人体所处外界环境中的化学因素、生物因素、物理因素和生活方式等。肿瘤分布的地理差异、移民流行病学、动物致癌实验以及人类细胞体外恶性转化实验结果都支持环境因素是大多数肿瘤的病因。然而,同样暴露于特定的环境,有些人患肿瘤,而另一些人却不患肿瘤,提示个体的内在因素如遗传特性、性别、年龄、营养和免疫状况等在肿瘤的发生、发展中也起着重要作用。所以目前普遍认为,绝大多数肿瘤是环境因素与机体内在因素长期共同作用引起的。



20 世纪以来,通过流行病学、高发区和职业癌的研究为寻找和确定肿瘤病因提供了大量可靠的线索和依据。其中比较重要的有:

(一)环境因素

1. 化学因素 目前已知有 2000 多种化学物质可以致癌,其中很多和人类癌症的发生有关,化学致癌物质分布很广,与工业生产有密切关系。据估计,在环境因素引起的人类癌症中,化学致癌因素占主要地位,约占环境因素的 90%。

(1)烷化剂:如有机农药、硫芥等可致肺癌和造血器官肿瘤。

(2)多环芳香烃类化合物:如煤焦油、沥青等可致皮肤癌与肺癌。煤焦油中具有致癌作用的物质是 3,4-苯并芘和甲基胆恩等。工厂排出的煤烟、汽车排出的废气、燃烧的纸烟均含有这些物质。

(3)氨基偶氮类化合物:多存在于染料中,可致膀胱癌、肝癌。

(4)亚硝胺类化合物:与食管癌、胃癌、肝癌的发生有关。亚硝胺是由亚硝酸盐和次级胺合成(可在胃内进行),这些前驱物质广泛存在于肉类、蔬菜、谷物及烟草中,特别在腌制的鱼肉和变质的蔬菜中含量更高。

(5)真菌和植物毒素:主要有黄曲霉产生的黄曲霉毒素,它广泛存在于霉变的花生、玉米及谷类中,是目前最强烈的致癌物,实验研究和流行病学调查均证实可诱发肝癌。

(6)某些金属:如砷、镍、铬可致肺癌。

2. 物理因素 电离辐射是最主要的物理性致癌因素,暴露于自然界或工业、医学及其他来源的电离辐射可引起各种癌症,包括白血病、乳腺癌和甲状腺癌。骨、造血系统、肺等是对放射线敏感的器官。二战期间日本广岛和长崎原子弹爆炸后,当地居民罹患白血病和甲状腺癌等恶性肿瘤的比率显著增高。太阳光是紫外线辐射的主要来源,长期的紫外光照射可以引起皮肤癌,尤其对易感个体如着色性干皮病患者。

慢性机械性和炎症性刺激均可刺激细胞增生,少数在此种增生基础上发生癌变,如慢性胃溃疡的癌变、皮肤慢性溃疡的癌变等。长期接触石棉的工人易患肺癌、恶性间皮瘤、胃肠道肿瘤等。

3. 生物因素 病毒是最主要的生物致癌因素,致癌病毒可分为 DNA 病毒和 RNA 病毒。DNA 病毒如乙型肝炎病毒(HBV)和丙型肝炎病毒(HCV)、EB 病毒、高危险型的人乳头瘤病毒(HPV)分别可导致肝癌、伯基特淋巴瘤、鼻咽癌、霍奇金淋巴瘤和宫颈癌等。RNA 病毒如人 T 细胞白血病病毒-1 (HTLV-1)和 HTLV-2 可以引起白血病、淋巴瘤等。幽门螺杆菌与胃癌



的发病有关。

4. 生活方式 2010 年 WHO 调查结果显示:目前有 9 种生活方式与癌症的发生密切相关,包括:饮食习惯不合理、吸烟、过量饮酒、肥胖、缺乏体育锻炼、不安全性行为、空气污染、家庭使用固体燃料产生的室内烟雾及应用被污染的注射器等。大量吸烟与肺癌的发生密切相关,并且是肺癌死亡率进行性增加的首要原因,与不吸烟者相比,吸烟者发生肺癌的危险性平均高 9~10 倍,重度吸烟者可达 10~25 倍,吸烟量与肺癌之间存在着明显的量-效关系,开始吸烟的年龄越小,肺癌发生率越高。而戒烟后 2~15 年期间肺癌发生的危险性进行性降低,此后的发病率相当于终生不吸烟者。吸烟除可导致肺癌外,还与口腔癌、下咽癌、食管癌、胃癌、胰腺癌、肾癌、膀胱癌、食管癌、结肠癌的发生相关;饮酒与口腔癌、咽癌、喉癌、直肠癌有关,可以导致肝硬化,继而可能与肝癌有关,饮酒加重吸烟的危害;高脂肪、高蛋白和低纤维素饮食与大肠癌发生相关;与肥胖相关的肿瘤有子宫内膜癌、绝经后乳腺癌、结直肠癌等;不安全性行为是导致宫颈癌的确定危险因素;5%的肺癌与空气污染有关。

(二)内在因素

1. 遗传因素 越来越多的证据表明肿瘤的发病与遗传有关,食管癌、胃癌、肝癌、乳腺癌、鼻咽癌具有遗传倾向性,即遗传易感性。遗传易感性是指具有这种遗传特性的个体,在一般条件下容易发生某种肿瘤。如着色性干皮病患者,在日光暴晒下较易发生皮肤癌或黑色素瘤。某些遗传缺陷性疾病患者易患肿瘤,如携带缺陷基因 BRCA-1 者易患乳腺癌,APC 基因突变者易患肠道息肉病。

2. 免疫抑制 先天或后天免疫缺陷者易发生恶性肿瘤,如丙种球蛋白缺乏症患者易患白血病和淋巴造血系统肿瘤,艾滋病患者容易发生多发血管肉瘤(Kaposi 肉瘤)和淋巴瘤。器官移植长期需要应用免疫抑制剂的患者癌症发病率明显高于一般人群。

3. 内分泌因素 内分泌紊乱与某些器官肿瘤的发生有重要关系。如雌激素和催乳素与乳房癌的发生有关,长期服用雌激素可能引起子宫内膜癌。生长激素可以刺激恶性肿瘤的发展。

4. 营养饮食因素 营养缺乏、微量元素缺乏、进食霉变、腌制、烟熏、煎炸食物以及高脂肪、低纤维素、低维生素 C 等饮食与肿瘤发生密切相关。维生素 A 可防止上皮组织癌变,其摄入量与肿瘤的发生呈负相关。在美国纽约和芝加哥开展的大规模前瞻性人群观察的结果也说明:食物中天然维甲类-胡萝卜素的摄入量与十几年后几种癌的发生呈负相关,而其中最突出的是肺癌;维



生素 D 具有一定的抗肿瘤作用;微量元素铁、铜、锌的缺乏与食管癌的发生相关;硒的摄入量和土壤含量与多种肿瘤的死亡率呈负相关;大肠癌的发生与进食脂肪类膳食有关,已证明过多的热量和肥胖会导致乳腺癌、大肠癌、胰腺癌的发生率增高。

5. 心理-社会因素 人的性格、情绪以及工作压力过大或环境变化等可通过影响人体内分泌和免疫功能而诱发肿瘤,流行病学调查发现,经历重大精神刺激、情绪波动剧烈或精神抑郁者较易发生恶性肿瘤。

二、肿瘤的分类和命名

1. 分类 根据肿瘤的形态及生物学行为分为良性、恶性、交界性肿瘤三大类。

2. 命名 一般根据组织发生即组织来源来命名。有时还结合组织形态特点命名。

(1)良性肿瘤:包括不同组织来源的肿瘤,如上皮组织、间叶组织以及其他组织,称之为“瘤”,如脂肪瘤、血管瘤、腺瘤、囊腺瘤、平滑肌瘤、软骨瘤、神经纤维瘤、错构瘤、成熟型畸胎瘤、化学感受器瘤、胰岛细胞瘤等。

(2)恶性肿瘤:来源于上皮组织恶性肿瘤,称之为“癌”,如鳞癌、腺癌、肉瘤样癌等;来源于间叶组织的恶性肿瘤,称之为“肉瘤”,如骨肉瘤、脂肪肉瘤、横纹肌肉瘤等;胚胎性肿瘤称之为“母细胞瘤”,其中包括良性和恶性肿瘤,如胶质母细胞瘤、神经母细胞瘤(恶性)、软骨母细胞瘤(良性)等。

某些恶性肿瘤仍沿用传统名称“瘤”或“病”,如恶性淋巴瘤、精原细胞瘤、黑色素瘤、白血病、霍奇金病等。

有一部分肿瘤仍沿用了最初的姓氏命名,如 Warthin 瘤、Wilms 瘤、Krukenberg 瘤、Bowen 病、Hodgkin 病等。

(3)交界性肿瘤:性质介于良性和恶性之间的一类肿瘤称为交界性肿瘤,其形态上属良性,但常浸润性生长,切除后易复发,甚至转移,在生物学行为上介于良恶性之间,如包膜不完整的纤维瘤、卵巢交界性浆液性腺瘤或唾液腺多形性腺瘤等。

三、肿瘤病理

(一)肿瘤的分化程度

分化是指原始幼稚细胞在个体发育过程中,逐渐进化为成熟组织的过程。按照分化程度的高低,恶性肿瘤细胞可分为高分化、中分化、低分化(或未分



化)三类,又称Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级分化,其恶性程度依次递增。肿瘤的分化程度表示肿瘤细胞相对成熟程度,肿瘤细胞分化越高提示其组织学形态结构与其同源的正常组织越近似,分化越低表示其分化越幼稚,甚至完全丧失了同源组织的正常结构功能和形态特征。对大多数肿瘤而言,分化程度低一般可提示肿瘤的恶性程度高。

(二)肿瘤的转移方式

良性肿瘤仅在原发部位生长扩大,而恶性肿瘤由于其浸润性生长,还可通过各种途径转移到身体其他部位。肿瘤转移的方式有如下几种:

1. 直接蔓延 直接蔓延是指肿瘤细胞连续不断地沿着组织间隙、血管和淋巴管侵入和破坏周围组织和器官,并继续生长和扩大,如晚期乳腺癌可穿过胸壁而进入胸腔或蔓延至皮肤,晚期宫颈癌可侵入直肠和膀胱。

2. 淋巴转移 淋巴转移是癌最常见的转移途径。原发癌的细胞随淋巴回流,由近及远转移到各级淋巴结,也可能越级转移。表现为淋巴结肿大且变硬,局部可无压痛,起初尚可活动,癌侵越包膜后趋向固定,晚期肿大的淋巴结可相互融合呈块状。转移癌阻碍局部组织淋巴引流,可能引起皮肤、皮下或肢体的淋巴水肿。

淋巴转移一般都沿着淋巴回流的方向发展,先到达最近的一组淋巴结(第一站),如胃癌的胃周围淋巴结转移,而后再侵犯较远的第二站或第三站淋巴结(如胃癌转移至腹主动脉旁淋巴结,甚至肝门淋巴结),最后可经胸导管进入血行而发生血道的转移。当受累淋巴结和淋巴管发生阻塞时,癌细胞可通过侧支循环或逆流方向发生跳跃式或逆行性转移。胃癌一般多引起胃周围淋巴结的转移,如发生左锁骨上淋巴结的转移,则提示它的转移范围已很广泛和预后不良。

3. 血行转移 血行转移是肉瘤常见的转移途径。癌的晚期也可发生血行转移。由于肉瘤间质含丰富的血管,瘤细胞又弥散分布,故易侵入毛细血管和小静脉内(少数可经淋巴管入血)。进入血流的肿瘤细胞,以瘤栓的形式随着血流方向运行而栓塞在被阻留的部位,瘤细胞于此处生长繁殖,然后穿出血管壁形成转移瘤。常见的转移部位有肺、肝、骨、脑等处。

4. 种植转移 主要发生于体腔内器官的肿瘤,当肿瘤细胞穿破器官被膜蔓延至表面时,瘤细胞即可脱落下来,并像种子一样种植在体腔浆膜的表面,形成许多转移性肿瘤结节。肺癌、肝癌、胃癌、大肠癌等均可发生这种转移。浆膜腔的种植性转移由于浆膜下淋巴管或毛细血管被癌栓阻塞,或浆膜因癌细胞的刺激和损害,血管壁通透性增加而渗出浆液和出血,形成胸腹膜腔血性



积液,这种血性积液是胸腹腔有恶性肿瘤发生的重要表现,临床上常抽液做细胞学检查以查找癌细胞进行诊断。种植性转移也可以是医源性的,由于肿瘤切除过程中,未严格按照操作规程进行,使癌细胞污染了手术野所致。因此,在施行恶性肿瘤切除手术以及各种活检和穿刺检查时,应严格执行肿瘤隔离制度,按照手术操作规程进行,防止种植性转移的发生。

(三)恶性肿瘤的发生发展

正确认识和识别癌前期病变、原位癌和早期浸润癌,对某些肿瘤的预防和治疗有非常重要的意义。

1. 癌前病变 癌前病变是指某些具有明显癌变危险的良性病变,它在形态上表现为细胞的活跃增生和一定的异型性。及早发现和治疗癌前病变,对预防某些癌瘤的发生有重要意义。常见的癌前病变有:慢性萎缩性胃炎和胃溃疡、乳腺囊性增生病、家族性多发性息肉病、黏膜白斑病等。

2. 原位癌 原位癌通常指癌变限于上皮层内(未突破基底膜)的早期癌,常发生于子宫颈、皮肤和乳腺等处。临床上可无特征表现,常由防癌普查发现,如能及时进行手术切除可获治愈,否则可发展为浸润癌。

3. 早期浸润癌 如早期食管癌、食管黏膜内癌或黏膜下癌,尚未发生区域淋巴结转移者。子宫颈原位癌如突破基底膜发生浅的浸润,又无局部淋巴结转移,则属早期浸润癌。如能及时进行手术治疗,预后较好,其生存期和原位癌基本接近。

消除癌前期病变,防止癌瘤的发生,积极治疗原位癌,防止其发展为浸润癌,及时处理早期浸润癌,对提高其生存期,均具有十分重要的意义。

(四)肿瘤的病理学检查方法

1. 临床细胞学检查 肿瘤细胞易于脱落,凡与外界相通的器官和体腔的肿瘤,其分泌物和体液内可含有脱落的瘤细胞,采取这些分泌物和体液进行涂片检查,可获阳性结果。这是一种操作简便易行、迅速准确、损伤少和痛苦轻的检查方法。①体液自然脱落细胞:肿瘤细胞易于脱落,如胸水、腹水、尿液沉渣、痰液及阴道涂片等。②黏膜细胞:如食管拉网、胃黏膜洗脱液、宫颈刮片等。③细针吸取:用针和注射器吸取肿瘤细胞进行涂片染色检查。

2. 病理组织学检查 从患者病变部位用穿刺、钳取、手术切取等方法取得小块组织,用作切片或抹片(如淋巴结穿刺)检查,以观察病变的组织细胞形态,作出病理组织诊断。它可对肿瘤的性质和类型作出较为准确的判断,是肿瘤的可靠的诊断方法。

此外,在手术过程中为了确定肿瘤的性质,可取部分组织作快速(冰冻)切



片诊断,用以决定手术方式和范围。各类活检有促使恶性肿瘤扩散的潜在可能,因此应在术前短期内或术中施行。

3. 肿瘤标志物及其检测意义 肿瘤标志物是由肿瘤组织自身产生的、具有特异性识别功能的生化物质,通过检测它们的存在和表达情况,可以间接地反映肿瘤的组织学来源和生物学特性。如癌胚抗原(CEA)为胎儿胃肠道产生的一组糖蛋白,在结肠癌、胃癌、肺癌、乳癌均可增高,常用于大肠癌的术后监测,对预测大肠癌的复发具有较好作用;甲胎蛋白(AFP)为动物胎儿期由卵黄囊、肝、胃肠道产生的一种球蛋白,在肝癌及恶性畸胎瘤均可增高,常用于原发性肝癌的普查。

(五)肿瘤的复发

肿瘤的复发是指恶性肿瘤经外科手术切除或放射治疗,临床上获得过一段治愈期或缓解期后又重新出现同样的肿瘤。复发性肿瘤,可发生于原部位、相邻部位或远隔部位。引起复发的原因是多方面的:

1. 肿瘤细胞的残留 肿瘤手术切除不彻底,有瘤细胞的残留。也可因放射治疗时受到放射剂量的限制(因机体耐受性有限),致使不能杀灭所有的瘤细胞。

2. 隐性转移灶的存在 当机体免疫功能下降时,隐性转移灶的瘤细胞即可重新恢复生长活力。

3. 有些良性肿瘤,如腮腺多形性腺瘤、血管瘤等,由于它们与周围组织分界不清,如切除不彻底也易复发。

四、肿瘤的分期

和其他疾病一样,肿瘤临床分期的目的是反映疾病的发展阶段,从而为制定治疗计划和估计预后提供依据。肿瘤分期主要根据原发瘤的大小、浸润深度和范围以及是否累及邻近器官,有无淋巴结和远处器官转移等来确定肿瘤的发展阶段,目前较多使用国际抗癌联盟所制定的 TNM 分期法。

T 指原发肿瘤(tumor),根据肿瘤大小和局部浸润情况分为四级(T_1 、 T_2 、 T_3 、 T_4),此级标准在各个部位(器官)的肿瘤均有所不同,在许多部位还可加上另外两种分级: T_{is} (原位癌)及 T_0 (未见原发肿瘤)。

N 为淋巴结(node),按淋巴结的受累范围可分为四级(N_0 、 N_1 、 N_2 、 N_3),其标准在各个部位不同。对区域淋巴结的情况难以作出估计时,则用符号 N_x 。

M 代表远处转移(metastasis), M_0 代表无远处转移, M_1 代表有远处



转移。

以此三项决定分期,不同的 TNM 组合,诊断为不同的期别,以乳腺癌为例,乳腺癌的 TNM 分期如下:

T₀:原发肿瘤未查出。

T_{is}:原位癌(非浸润性癌及未查到肿块的乳头湿疹样乳腺癌)。

T₁:肿瘤长径小于等于 2cm。

T₂:肿瘤长径大于 2cm,小于等于 5cm。

T₃:肿瘤长径大于 5cm。

T₄:肿瘤大小不计,但侵及皮肤或胸壁(肋骨、肋间肌、前锯肌),炎性乳腺癌亦属之。

N₀:同侧腋窝无肿大淋巴结。

N₁:同侧腋窝有肿大淋巴结,尚可推动。

N₂:同侧腋窝肿大淋巴结彼此融合,或与周围组织粘连。

N₃:有同侧胸骨旁淋巴结转移。

M₀:无远处转移。

M₁:有锁骨上淋巴结转移或远处转移。

根据以上情况,可将乳腺癌分为以下各期:

0 期: T_{is} N₀ M₀

I 期: T₁ N₀ M₀

II 期: T_{0~1} N₁ M₀, T₂ N_{0~1} M₀, T₃ N₀ M₀

III 期: T_{0~2} N₂ M₀, T₃ N_{1~2} M₀, T₄ 任何 N M₀, 任何 T N₃ M₀

IV 期:包括 M₁ 的任何 TN

五、肿瘤的治疗

良性肿瘤及交界性肿瘤以手术切除为主。恶性肿瘤是一种全身性疾病,常伴浸润和转移,仅局部治疗不易根治,宜根据患者的机体状况,肿瘤的病理类型、侵犯范围(分期)和发展趋向,合理地、有计划地综合应用现有的治疗手段,以期较大幅度地提高治愈率和改善患者的生活质量。综合治疗的几种模式如下:

1. 辅助放化疗 对于比较局限的肿瘤先手术彻底切除,再根据手术情况加用放疗和(或)化疗。如乳腺癌、睾丸肿瘤、大肠癌等。

2. 术前放化疗 对于局部肿块较大或已有区域性转移的患者可先作内科治疗或放疗,以后再行手术。晚期的乳腺癌患者近年有人尝试先行化疗,局限以后再做手术,术后再根据情况进行放疗和(或)化疗。骨肉瘤尽管可通过截



肢局部切除,但多数学者均主张先做术前化疗,以后再手术,这样可使治愈率明显提高。

3. 通过化疗和(或)放疗使不能手术的患者变为可以手术 术前的化疗和(或)放疗能提高睾丸、卵巢肿瘤及小细胞肺癌的手术切除率,提高治愈率。

4. 放疗和化疗综合 不能手术患者放疗和化疗的安排,多数学者主张最好先作化疗,或同时行化疗与放疗。因放疗后的纤维化引起血管闭塞使化疗药物很难进入。但在有些情况下如上腔静脉压迫综合征、颅内转移和骨转移等,为了尽快缓解病情也可先作放疗。

5. 放化疗结合生物及靶向治疗 由于目前除在个别病例外尚无资料证明生物疗法单用可以治愈晚期癌症,所以多作为辅助应用。在这一方面近年来已经有了一定成果。例如应用扶正中药辅助放疗或化疗治疗乳腺癌、子宫颈癌和小细胞肺癌,不但可以减少不良反应,还可以提高远期治疗效果。

六、肿瘤的预防

无论在发达国家或发展中国家,恶性肿瘤的危害不容忽视,由于人口的老龄化等原因,使得恶性肿瘤增长的趋势不减,恶性肿瘤的预防与控制已经成为世界各国无法回避的公共卫生问题。

人们发现大部分的肿瘤是由环境因素造成的,因此,从理论上说大部分人类肿瘤是可避免的。已有的研究表明:癌症中有 $1/3$ 与吸烟有关, $1/3$ 与不合理膳食有关,其余 $1/3$ 与感染、职业暴露及环境污染等有关,仅少数为遗传因素所致。这种定量的估计为癌症的预防与控制提供了明确的思路。

通过营造良好的生活环境和健康的生活习惯,有 $1/3$ 的肿瘤是可以预防的,另有 $1/3$ 可以通过早发现、早诊断、早治疗进行治愈,剩下的 $1/3$ 则可以通过适当治疗,延长生命时间和提高生活质量。恶性肿瘤的预防分为一级、二级及三级预防。

(一)肿瘤的一级预防

肿瘤的一级预防即病因预防,主要针对危险因素进行干预,消除或减少可能致癌的因素,防治癌症的发生。

1. 戒烟 吸烟不但与肺癌的发生密切相关,口腔癌、食管癌、胃癌、膀胱癌、肾癌、胰腺癌的发生均与之有关。控制吸烟可减少大约 80% 的肺癌和 30% 的总癌死亡率。20 世纪 90 年代美国男性肺癌的发病率及死亡率的下降趋势带动了 90 年代美国肿瘤的总发病率及死亡率也呈下降趋势,归功于大规模的戒烟。



2. 调整饮食结构和饮食习惯 25%~35%癌症与饮食有关,应多食富含纤维素的的新鲜蔬菜水果,忌食高盐、霉变食物。

3. 节制饮酒 饮酒与口腔癌、咽癌、喉癌、直肠癌有关,可以导致肝硬化,继而可能转化为肝癌。

4. 减少职业暴露 尽力去除职业性的致癌因素,如防止工作环境中的电离辐射、石棉、苯等。

5. 健康教育 把已知的肿瘤的危险因素、保护因素,通过各种形式、途径告诉广大群众,使他们建立合理的饮食习惯,养成健康的生活方式等。

6. 适量运动,保持健康体重 积极参加体育运动,保持健康体重,可以减少癌症发病率和死亡率。

(二)肿瘤的二级预防

肿瘤的二级预防即发病学预防,是指通过对高发区及高危人群定期检查从而进行早期发现、早期诊断和早期治疗。如宫颈涂片早期发现宫颈癌;及时治疗子宫颈慢性炎症伴不典型增生病变;向群众教授乳房自检方法,早期发现乳癌;切除胃肠道腺瘤或息肉;大便隐血(OB)筛查早期结直肠癌;治疗慢性溃疡或经久不愈的下肢溃疡等。

(三)肿瘤的三级预防

对现患肿瘤患者防止复发,减少其并发症,对症治疗改善生存质量或延长生存时间,如减轻由肿瘤引起的疼痛,可施行由世界卫生组织提出的三级阶梯止痛方案。

(高辉)

第二章 肿瘤的临床治疗手段

人类发现肿瘤,至今已有 3000 多年的历史,随着社会的发展进步,人们生活水平的不断提高,人们对肿瘤这一严重威胁人类健康的疾病的认识有了新的提高,治疗技术水平日新月异,为肿瘤患者的治愈和带癌生存提供了良好的机遇。

第一节 恶性肿瘤的综合治疗

一、恶性肿瘤综合治疗的概念

恶性肿瘤的综合治疗是指根据患者的机体状况、肿瘤的病例类型、侵犯范围(病期)和发展趋向,有计划地、合理地综合应用现有的治疗手段,以较大幅度地提高治愈率,改善患者的生存质量。

恶性肿瘤是一个多因素、多步骤发展的疾病。目前,其发生、发展的机制尚未完全阐明,不能像感染性疾病、营养性疾病和内分泌性疾病等进行针对病因的有效治疗,只能针对发病的不同环节、不同阶段,采取不同的干预措施。就大多数肿瘤而言,综合治疗可以结合多种治疗方法,取长补短,因此效果往往优于单一治疗。

二、恶性肿瘤治疗的现状

恶性肿瘤的现代治疗,始于 19 世纪末期外科领域率先对癌症的治疗。肿瘤外科的第一个里程碑,是 Halsted 1882 年首创的乳腺癌根治术,随后肿瘤外科蓬勃发展,至 1994 年几乎人体所有重要脏器的恶性肿瘤都可经手术治疗。之后放射线、放射物质的发现,开辟了抗癌的另一战场。X 线、 ^{60}Co 、直线加速器是目前肿瘤放疗的基本格局。20 世纪 80 年代以来,计算机技术的飞