



中西医结合临床实践丛书

肿瘤内科中西医结合 诊·疗·手·册

张玉梅 陈逸恒 主编



ZHONGLIU NEIKE
ZHONGXIYI JIEHE
ZHENLIAO
SHOUCE

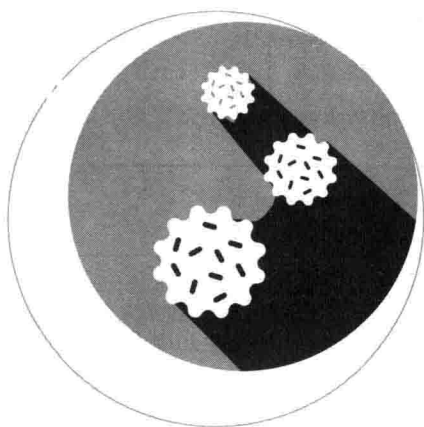
化学工业出版社

+) 中西医结合临床实践丛书

肿瘤内科中西医结合 诊·疗·手·册

张玉梅 陈逸恒 主编

ZHONGLIU NEIKE
ZHONGXIYI JIEHE
ZHENLIAO
SHOUCE



化学工业出版社

· 北 京 ·

本书详细介绍了各种肿瘤的临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、分型及分期、各种化疗方案、中医治疗和医嘱等内容；在治疗部分将治疗处方、治疗方案、药物信息、辨证论治、方剂组成及用法等实用内容单独列出，并做重点介绍，同时按照典型病例列出了常规医嘱以供读者参考。尤其在各种肿瘤的治疗原则以及肿瘤化疗的处方用药方面作了非常详细的阐述。本书适合肿瘤科医师、内科医师及中西医结合专业、中医专业、西医专业等相关专业医师及基层医师参考阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤内科中西医结合诊疗手册/张玉梅, 陈逸恒主编.
北京: 化学工业出版社, 2015. 1
(中西医结合临床实践丛书)
ISBN 978-7-122-22190-2

I. ①肿… II. ①张…②陈… III. ①肿瘤学-内科
学-中西医结合-诊疗-手册 IV. ①R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 252345 号

责任编辑: 赵兰江
责任校对: 吴 静

文字编辑: 何 芳
装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装: 北京云浩印刷有限责任公司

787mm×1092mm 1/32 印张 15 字数 327 千字

2015 年 3 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)

售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 48.00 元

版权所有 违者必究

《中西医结合临床实践丛书》编委会

主 任	唐 农	卢健棋		
副主任	黄贵华	李敏智	覃裕旺	岳桂华
	吴西西	桂雄斌	谢 胜	钟远鸣
委 员	(按姓氏笔画排序)			
	王力宁	王庆高	古 联	石 玮
	卢杰夫	卢健棋	史 伟	刘 泰
	刘春红	纪云西	许光兰	许建文
	朱智德	米 琨	但晓霞	何新兵
	吴 林	吴西西	吴金玉	张 华
	张玉梅	张家立	张晓春	李 娇
	李双蕾	李伟伟	李春姍	李桂贤
	李雪梅	李善霞	李智斐	李敏智
	陈 平	陈 炜	陈国忠	陈逸恒
	周卫惠	林华胜	林寒梅	罗纳新
	岳桂华	胡跃强	赵 伟	钟 建
	钟云青	钟远鸣	桂雄斌	唐 农
	唐爱华	黄 巍	黄仁发	黄贵华
	黄晓燕	曾 平	覃裕旺	覃耀真
	谢 胜	谢丽萍	潘利忠	潘朝铎

编写人员名单

主 编 张 玉 梅 陈 逸 恒

副主编 曾 清 李 春 姍 石 玮

编 者 (以姓名笔画为序)

石 玮 冯 春 晓 许 敏 严 丹

李 永 强 李 红 霞 李 春 姍 李 雪 梅

杨 杨 何 艾 张 玉 梅 张 志 明

陆 海 颂 陈 莲 陈 逸 恒 姚 菲

曾 清 曾 智 明 程 纬 民 廖 小 莉



前言

肿瘤临床诊疗技术在飞速发展，新的治疗手段和治疗药物不断涌现，特别是分子靶向药物的问世改变了以往的化疗格局，新的临床研究的结果提供了新的循证医学证据，治疗策略也不断更新。为了使临床一线的医生能够迅速了解最新的方案，为患者提供最佳的治疗方案，规范化疗，我们在参考 NCCN 及我国各医学会制定的诊疗指南基础上，结合近年来肿瘤临床工作实际，兼顾最新临床研究进展，编写了本书。本书包括了临床常见的各种肿瘤，笔者将普通肿瘤诊断及化疗的基本理论尽量精简，注重书的实用性，尤其在各种肿瘤的治疗原则以及肿瘤化疗的处方用药方面作了非常详细的阐述，对如何合理选择正确的用药方案给予详细的说明。尤其在诊断与鉴别中首次写入主症辨析的内容，尝试实现中西医结合治疗肿瘤从理论到临床的自然衔接。本书内容丰富，突出实用和临床实践，对指导临床实施给药、倡导规范用药起重要指导作用。读者通过阅读本书可了解国外的化疗新进展和各种肿瘤的治疗原则。

本书在编写过程中参考和引用了大量的国内外专著和资料，由于篇幅所限不能一一尽现所有相关的参考文献，笔者的知识和经验有限，难免有不足和不当之处，衷心希望得到读者的帮助和指正，以期日臻完善。

编者

2014 年 7 月

目录

第一章 头颈部恶性肿瘤

1

- 第一节 鼻咽癌 1
- 参考文献 15
- 第二节 甲状腺癌 17
- 参考文献 28

第二章 胸部恶性肿瘤

30

- 第一节 肺癌 30
- 参考文献 55
- 第二节 纵隔肿瘤 57
- 参考文献 69
- 第三节 乳腺癌 69
- 参考文献 100

第三章 消化系统恶性肿瘤

102

- 第一节 食管癌 102
- 参考文献 135
- 第二节 胃癌 137
- 参考文献 158
- 第三节 原发性肝癌 161

参考文献	176
第四节 胰腺癌	177
参考文献	195
第五节 大肠癌	196
参考文献	214

第四章 泌尿及男性生殖系统恶性肿瘤

216

第一节 肾癌	216
参考文献	230
第二节 膀胱癌	231
参考文献	249
第三节 前列腺癌	251
参考文献	272

第五章 妇科恶性肿瘤

276

第一节 卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌	276
参考文献	300
第二节 宫颈癌	301
参考文献	313
第三节 子宫体癌	314
参考文献	327

第六章 造血及淋巴系统恶性肿瘤

330

第一节 急性白血病	330
参考文献	356
第二节 慢性白血病	357
参考文献	364
第三节 淋巴瘤	364

参考文献	379
第四节 多发性骨髓瘤	380
参考文献	403

第七章 恶性黑色素瘤	405
------------	-----

参考文献	418
------	-----

第八章 神经系统肿瘤	420
------------	-----

参考文献	430
------	-----

第九章 骨肿瘤、软组织肉瘤	432
---------------	-----

第一节 骨肿瘤	432
参考文献	449
第二节 软组织肉瘤	451
参考文献	467

第一章 头颈部恶性肿瘤

第一节 鼻咽癌

【概述】

鼻咽癌是指原发于鼻咽部上皮组织的一种恶性肿瘤，是头颈部常见的恶性肿瘤之一，本病在我国南方较多见，尤以广东省发病率最高，俗称“广东癌”，东南亚地区次之，在欧美等地发病率较低。中医可将其归属为“失荣”、“上石疽”等范畴。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 原发癌症状 鼻出血或血涕，常见于回吸涕中带血或经口咯血或从鼻孔流出；部分患者可出现鼻塞，早期多表现为单侧鼻塞，肿瘤增大浸润对侧时可出现双侧鼻塞，且日渐加重；头痛亦为常见的初发症状，常呈单侧持续性疼痛，多固定在颞、顶、枕部，考虑与神经血管反射或脑神经受压迫或颅底骨质破坏有关；耳鸣、听力下降等。

(2) 肿瘤局部扩展症状 鼻咽癌侵犯眼部常见视力障碍（严重者可失明）、复视、视野缺损、眼球活动受限、眼球突出、神经麻痹性角膜炎等，行眼底检查可见视神经水肿或萎缩；侵犯颅底骨可导致颅底骨质破坏；鼻咽癌在向周围浸润

的过程中，可使脑神经以及颈交感神经受压迫而呈现不同的症状和体征，可出现面麻、复视、眼睑下垂、眼球固定、视力减退或失明、伸舌困难、声嘶和吞咽困难等。

(3) 颈部肿块 多为颈淋巴结转移，部分患者以颈部肿块为首发症状，颈部淋巴结转移的发生率较高，无痛、质硬，早期可活动，晚期与皮肤或深层组织粘连而固定。

(4) 远处转移 多见于骨、肝脏、肺脏，可发生多个脏器同时转移，临床症状多表现为骨痛、肝区疼痛、咳嗽、咯血等。

(5) 恶病质 可因全身器官功能衰竭死亡，也有因突然大出血而死亡者。

2. 辅助检查

(1) 鼻咽镜检查 鼻咽镜检查对诊断鼻咽癌极其重要，包括间接鼻咽镜检查和纤维鼻咽镜检查或电子鼻咽纤维镜检查。可充分进行鼻咽部检查，并取活检以明确诊断。

(2) 病理检查 可采取鼻咽镜下取组织活检或行鼻咽脱落细胞学诊断；部分颈部淋巴结肿大患者可采取颈淋巴结摘除活检或颈淋巴结细胞学穿刺涂片检查等。

(3) 影像学检查 ①X线平片：常规做鼻咽侧位照片和颅底照片，观察鼻咽后顶壁的软组织阴影、黏膜下浸润扩张和颅底骨质的破坏情况，但对于病灶及周围浸润情况清晰度欠佳者，目前临床上较少用。②CT扫描：能准确评价原发肿瘤的范围和淋巴结转移情况，是主要的检查手段之一，其能显示癌灶向周围及咽旁间隙浸润的情况，同时对颅底骨质及向颅内侵犯的情况显示更为清晰、准确，还可显示鼻咽部小的软组织隆起，帮助确定活检方向和部位，有利于早期诊断，对于评估远处转移（骨、肝、肺）亦可行CT扫描。

③MRI检查亦是诊断鼻咽癌的主要检查手段之一：其对软组织分辨力比CT高，可清楚显示鼻咽部结构的层次和分辨肿瘤的范围，同时可显示局部骨小梁尚未被破坏时肿瘤对骨髓腔的浸润。MRI确定肿瘤的界线较CT更为清楚和准确，能分辨病灶放射治疗后的纤维化和肿瘤复发，有利于进一步治疗。④其他的如骨ECT及PET/CT了解全身情况等，但价格较为昂贵。

(4) 实验室检查 EB病毒血清学检测：鼻咽癌患者血清中以VCA-IgA抗体升高最为明显。目前国内广泛应用的是免疫酶法。

●【鉴别诊断】

(1) 鼻咽部结核 好发于年轻人，既往多有结核病史，临床表现可有鼻塞、血涕，同时还伴有低热、盗汗、消瘦等症状，行PPD试验阳性。组织活检可鉴别。

(2) 鼻咽部其他恶性肿瘤（如非霍奇金淋巴瘤） 该病是一种少见的结外原发性恶性淋巴瘤，以进行性鼻塞为特征，部分患者伴有鼻血、鼻背隆起、发热、盗汗等。最后需要病理确诊。此外，鼻咽癌还需与鼻咽部坏死性肉芽肿、鼻咽纤维血管瘤、颈部淋巴结炎或结核、颈部及颅内肿瘤相鉴别。

●【病理与分期】

一、G分级

组织病理学分级如下。

GX：分级不能评估。

G1: 分化良好——低度恶性。

G2: 分化中等——低度恶性。

G3: 分化差——高度恶性。

G4: 未分化——高度恶性。

二、TNM 国际分期 (AJCC 2009 年第 7 版)

T 指原发肿瘤 (primary tumor)

T1: 局限于鼻咽。

T2: 鼻腔、口咽、咽旁间隙。

T3: 侵犯颅底、翼内肌。

T4: 侵犯脑神经、鼻窦、翼外肌及以外的咀嚼肌间隙、颅内 (海绵窦、脑膜等)。

N 指区域淋巴结 (lymph nodes)

N0: 影像学及体检无淋巴结转移证据。

N1a: 咽后淋巴结转移。

N1b: 单侧 I b、II、III、V a 区淋巴结转移且直径 $\leq 3\text{cm}$ 。

N2: 双侧 I b、II、III、V a 区淋巴结转移, 或直径 $> 3\text{cm}$, 或淋巴结包膜外侵犯。

N3: IV、V b 区淋巴结转移。

M 指远处转移 (distant metastasis)

M0: 无远处转移。

M1: 有远处转移 (包括颈部以下的淋巴结转移)。

分期如下。

I 期: T1N0M0。

II 期: T1N1a~1bM0, T2N0~1bM0。

III 期: PT1~2N2M0, T3N0~2M0。

IV a 期: T1~3N3M0, T4N0~3M0。

IV b 期: 任何 T、N 和 M1。

●【治疗方法】

一、西医治疗

鼻咽癌大多对放射治疗比较敏感,因此,现代医学治疗以放疗为主。早期鼻咽癌通过单纯放疗即可达到根治效果。但是对于较高分化癌、局部晚期及放疗后复发或转移鼻咽癌患者,化疗、放疗结合治疗甚至手术切除也是治疗鼻咽癌不可缺少的治疗手段,总之,应通过积极治疗以达到延长患者的生存期。

(一) 手术治疗

手术治疗非主要治疗手段,且所有手术患者在治疗前需经过头颈肿瘤外科医生进行评价后方可进行手术治疗。

1. 手术治疗的适应证

①放射治疗后鼻咽部病灶复发、局限或颈部淋巴结复发者。②根治量放疗后 3 个月,鼻咽部局限性残留癌灶或颈部淋巴结残留者。③分化较高鼻咽癌综合治疗。④无明显颅底骨质破坏、无脑神经受损。⑤无全身远处转移。⑥全身体能状况良好。

2. 手术禁忌证

①肿瘤明显累及翼腭窝所致牙关紧闭症。②肿瘤范围较广,侵犯颅底或脑神经,或直接侵犯鼻咽上部或向深面侵犯至咽鼓管及鼻咽侧壁。③肿瘤疑似浸润颈动脉鞘区及其内容或颈部残留、复发的转移淋巴结与颈部深部组织固定。④颈

部病变直接侵犯，累及表皮；或病灶直接侵犯纵隔结构、椎前筋膜或颈椎。⑤发生远处转移。⑥全身体能状况欠佳，年老体弱或肝肾功能不良者。

3. 手术原则

(1) 原发肿瘤的切除只要可行，就应当尽可能将原发肿瘤完整切除；当原发肿瘤发展到颈部的时候，有必要进行连续性颈清扫；手术切除计划的制定应当以原发肿瘤侵犯程度为基础，并结合影像学结果；当肿瘤侵犯周围神经时应切除病变部分，并进行切缘冰冻病理评估，确保病灶完全切除；对Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期的患者均不宜手术治疗。

(2) 对放射治疗后鼻咽或颈部有残留或复发病灶，如局限在鼻咽顶后壁或前壁，无颅底骨破坏，一般情况好，近期做过放疗不宜再放疗者，可考虑切除病灶。

(3) 颈部有残留或复发时，如范围局限、活动者可考虑做颈部淋巴结清除手术。鼻咽癌放疗后颈淋巴结有残留时手术宜早，在放疗后3~6个月内及时处理，预后较好。

(二) 放射治疗

1. 放射治疗原则

靶区的勾画和最佳的剂量分布需要治疗者对鼻咽部影像学、肿瘤扩散途径的规律等有全面的了解；靶区的定义、剂量的规范、剂量的分割放射（伴或不伴同期化疗）和对正常组织的限量等标准仍在不断的完善中。应根据肿瘤分期、肿瘤部位、医生所接受的培训或实践经验以及所具备的物理支持条件选择应用IMRT、2D和3D适形放疗技术。放射治疗技术、方法、剂量分割方式与选择不同组合的化学药物之间

存在着密切的相互作用，其结果可能影响毒性反应和肿瘤控制。

2. 常用放射治疗方法

- ① 常规放疗。
- ② 立体定向放射治疗。
- ③ 三维适形放射治疗。
- ④ 调强适形放射治疗 (IMRT)。
- ⑤ 近距离放射治疗。

(三) 化学治疗

1. 放化疗序贯辅助化疗

顺铂+放疗序贯顺铂+氟尿嘧啶 (1类)

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
序贯				
顺铂 (DDP)	$80\text{mg}/\text{m}^2$	静滴	第 1~4 天	每 4 周重复疗程, 共 3 周期
氟尿嘧啶 (5-Fu)	$1000\text{mg}/\text{m}^2$	静脉滴注	第 1~4 天 (持续静脉滴注 96h)	

2. 诱导、后续化疗方案

(1) 多西紫杉醇+顺铂+氟尿嘧啶

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
多西紫杉醇	$70\text{mg}/\text{m}^2$	静滴	第 1 天	每 3 周重复疗程
顺铂	$75\text{mg}/\text{m}^2$	静滴	第 1 天	
氟尿嘧啶	$1000\text{mg}/\text{m}^2$	持续静滴	第 2~5 天	

(2) 顺铂+氟尿嘧啶

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
顺铂	100mg/m ²	静滴	第1天	每3周重复疗程,最少6周期
氟尿嘧啶	1000mg/m ²	持续静脉滴注	第1~4天	

3. 复发、不可切除的或转移性的(无法治愈的)病变

(1) 联合治疗

① 顺铂/卡铂+氟尿嘧啶+西妥昔单抗(1类)

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
顺铂或卡铂	100mg/m ²	静滴	第 1 天	每 3 周重 复疗程,共 6 周期
	AUC=5			
氟尿嘧啶	1000mg/m ²	静脉滴注	第 1~4 天	
西妥昔单抗 400mg/m ² ,第 1 次使用静脉滴注 2h 随后 西妥昔单抗 250mg/m ² ,静脉滴注 1h;每周重复一次				

② 卡铂+多西紫杉醇

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
卡铂	AUC=6	静滴	第1天	每3周重复疗程
多西紫杉醇	65mg/m ²	静脉滴注	第1天	

③ 顺铂+紫杉醇

药物	剂量	给药途径	时间	给药间隔
顺铂	75mg/m ²	静滴	第1天	每3周重复疗程,最少6周期
紫杉醇	175mg/m ²	静脉滴注 (大于3h)	第1天	