

ZHONGLIU NEIKE YIZHU SUCHA SHOUCHE

陈强 林小燕 施纯玫 主编

肿瘤内科

医嘱速查手册

内容增加，品质提升

第2版

- ★ 病种全面，贴近临床
- ★ 检查、用药等注释详尽

新进
临床医师
之首选



化学工业出版社

陈强 林小燕 施纯玫 主编

肿瘤内科

医嘱速查手册

ZHONGLIU NEIKE YIZHU
SUCHA SHOUCHE

第2版



化学工业出版社

· 北京 ·

这是一本供肿瘤科低年资医师使用的书。本书列出 29 种常见肿瘤的医嘱及肿瘤急症和肿瘤内科特殊治疗的医嘱，并采用注的形式对医嘱中重要检查、治疗及注意事项等内容进行详细讲解，既注重治疗方案的选择与实施，又强调治疗并发症的预防与处理。对每种肿瘤的治疗，均选择一个代表性方案作为医嘱范例，以供年轻医师在临床中参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤内科医嘱速查手册/陈强, 林小燕, 施纯玫主编.
—2 版. —北京: 化学工业出版社, 2015. 7
ISBN 978-7-122-24166-5

I. ①肿… II. ①陈…②林…③施… III. ①肿瘤-
内科-手册 IV. ①R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 118402 号

责任编辑: 戴小玲
责任校对: 宋 玮

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: 高教社(天津)印务有限公司

787mm×1092mm 1/32 印张 16¼ 字数 469 千字

2015 年 8 月北京第 2 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: 35.00 元

版权所有 违者必究

编者名单

主 编 陈 强 林小燕 施纯玫

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 强 王贻军 甘立菁 许 慎

杜 彬 李晓峰 杨 升 杨 瑜

杨宝玉 杨建伟 吴 标 吴 晖

吴日平 吴晓安 何 勇 何鸿鸣

沈松菲 张桂枫 陈 强 陈 誉

陈 曦 陈道光 范南峰 林小燕

林淑君 林榕波 林碧娟 欧阳学农

郑弘宇 郑建伟 钟东塔 侯培锋

施纯玫 翁桂珍 高 炜 黄 诚

黄伟炜 黄争荣 崔同建 赖金火

詹丽芬 蔡友鹏



再版前言

单杏香 敬

本书自 2012 年出版至今已有三个年头，这三年来，我们从各种渠道获得的对本书的反馈意见，不论是赞赏的还是提出宝贵建议的，均表达了广大读者对本书的厚爱。当听到许多刚刚步入临床工作岗位的年轻医师们说他们常把这本书揣在白大褂口袋里当做工作中常备的工具书时，我们深感欣慰，同时也感到肩负的重任。制订医嘱是临床诊疗工作中的关键环节，也是评价医疗质量的重要依据。如今，肿瘤学研究是医学进展最快的领域之一，肿瘤学诊治又有了许多新进展，因此，今年春节后，与各位编委们针对各个章节的特点进行了具体磋商，根据读者对首版的反馈意见，结合本学科的最新进展，我们对各个章节均做了不同程度的调整。

新版《肿瘤内科医嘱速查手册》依然保留首版的诸多优点，注重肿瘤内科临床的真实性和实用性，具有实战性和查阅方便的特点，强调肿瘤内科临床医师认识和处理肿瘤内科临床疾病的思维方式及具体方法。

由于疾病的治疗存在个体化差异，所以本书只能作为借鉴，而不能成为顶礼膜拜的“圣旨”或生搬硬套的“模具”，希望年轻医师们在处理临床疾病时应以本书为参考，根据具体情况制订出最合理有效的医嘱。希望读者朋友们能够一如既往地喜爱这本书并多提宝贵意见，也希望这本书能够见证更多的年轻医师们的成长道路。

编者

2015 年 4 月



第 1 版前言

医嘱是医师为患者制订各种诊疗措施的具体体现，而医嘱单是医师拟订诊疗计划的记录和护士执行诊疗计划的重要依据，是临床诊疗工作的关键环节。在目前我国临床医师的培养模式下，那些刚刚走出医科大学校门即步入临床工作岗位的年轻医师们面对形形色色、错综复杂的各种疾病常会感到无所适从，他们深切地体会到做一名临床医师不能只掌握教科书上的基础理论，更重要的是要具备处理疾病的实践能力，简单地说，就是要学会“开医嘱”。

肿瘤发病率正在不断地上升，已经成为严重威胁人类健康的常见疾病，因此肿瘤内科医师的队伍也在不断壮大。医学研究的进步促使抗肿瘤药物不断更新换代，肿瘤治疗方案随之推陈出新。为了更好地将新知识、新方案应用于临床，特编此书，供临床医师参考。

本书由 40 多位富有临床经验的肿瘤内科医师编写。以循证医学为依据，参考国内外最新指南及具有高级别证据的临床研究成果。既有临床经验的总结，又有最新的医学进展，可满足不同层次医务工作者的需求。

本书既注重治疗方案的选择与实施，又强调并发症的预防与处理。对每种肿瘤的治疗，均选择一个代表性方案作为医嘱范例。同时对其他治疗方案的疗效及副作用作重点说明，并且提出防治措施。由于疾病的个体化差异，希望年轻医师在处理临床疾病时不要生搬硬套本书中的医嘱，而应以本书为借鉴，根据患者的具体情况制订出最合理有效的医嘱。相信本书对临床医师有所帮助。

由于水平有限，在编写过程中，难免有不足之处，诚望广大读者批评指正。

借此对参与编写本书的各位专家表示诚挚的感谢！

编者 陈强

2012年1月



目录

第一章 肿瘤内科的工作程序	1
一、化疗前的准备	1
二、治疗方案的实施	3
三、不良反应的监测	3
四、用药剂量的调整或停止用药	4
五、疗效评价与方案更改	4
六、治疗后随访	4
七、化疗的注意事项	5
八、抗肿瘤药物的不良反应	5
第二章 肿瘤急症	7
第一节 心包积液与心脏压塞	7
第二节 上腔静脉综合征	11
第三节 脊髓压迫症	13
第四节 颅内压增高	14
第五节 急性肿瘤溶解综合征	17
第六节 上消化道出血	18
第七节 上消化道穿孔	21
第八节 大咯血	23
第三章 肿瘤内科特殊治疗	26
第一节 恶性胸腔积液的治疗	26

胸腔用药	26
第二节 恶性心包积液的化疗	32
心包腔化疗	32
第三节 腹腔化疗	36
腹腔化疗	36
第四节 鞘内化疗	40
脊髓腔化疗	40
第四章 成人癌症疼痛的治疗	46
一、轻度癌症疼痛的药物治疗	46
二、中度、重度癌症疼痛的治疗	49
三、阿片类药物副作用的处理	55
第五章 化疗常见不良反应及防治	58
第一节 化疗药外漏	58
第二节 过敏反应	62
第三节 黏膜炎	66
第四节 恶心呕吐	67
一、高度致吐性药物所致恶心呕吐	67
二、中度致吐性药物所致恶心呕吐	68
三、低度致吐性药物所致恶心呕吐	69
第五节 腹 泻	73
一、化疗相关性腹泻 (CTID)	73
二、化疗骨髓抑制所致的感染性腹泻	76
第六节 骨髓抑制	77
一、白细胞或中性粒细胞减少症	77
二、血小板减少症	79

三、贫血	81
第七节 肝功能损害	82
第八节 肾功能损害	87
第九节 神经系统毒性反应	89
第十节 手足综合征	94
第十一节 心脏毒性(心力衰竭)	97
第十二节 出血性膀胱炎	99
第十三节 成人呼吸窘迫综合征(ARDS)	101
第十四节 间质性肺炎	104
第十五节 药物性皮炎	106
第十六节 肿瘤相关性感染	108
一、肺部感染	108
二、消化道感染	114
三、皮肤软组织蜂窝织炎	116
四、口腔、食管黏膜感染	117
五、中枢神经系统感染	117
六、导管相关性血流感染	118

第六章 血液系统肿瘤 119

第一节 淋巴瘤	119
一、霍奇金淋巴瘤(HL)	119
二、非霍奇金淋巴瘤(NHL)	129
第二节 多发性骨髓瘤(MM)	175
一、计划行造血干细胞移植者的一线诱导化疗	175
二、非计划行造血干细胞移植者的一线诱导化疗	180
三、复发难治患者解救化疗	185
四、MM合并骨病的治疗	189

五、MM合并高钙血症的治疗	191
六、MM合并肾功能不全的治疗	191

第七章 头颈部恶性肿瘤 192

第一节 鼻咽癌	192
一、局部晚期鼻咽癌的诱导化疗	192
二、局部晚期鼻咽癌同步放化疗	194
三、局部晚期鼻咽癌的辅助化疗	196
四、晚期鼻咽癌的姑息性化疗	198
第二节 其他头颈部恶性肿瘤	201

第八章 肺癌 204

第一节 非小细胞肺癌 (NSCLC)	204
一、新辅助化疗	204
二、术后辅助化疗	208
三、同步化放疗	212
四、晚期非小细胞肺癌姑息化疗	214
五、晚期非小细胞肺癌的靶向治疗	225
第二节 小细胞肺癌	234
一、局限期小细胞肺癌的化疗	234
二、广泛期小细胞肺癌的化疗	236
三、二线化疗方案	239

第九章 乳腺癌 243

一、新辅助化疗	243
二、辅助化疗	250
三、乳腺癌术后辅助内分泌治疗	256

四、姑息化疗	260
五、挽救内分泌治疗	271

第十章 消化系统肿瘤 274

第一节 食管癌 274

一、术前联合放化疗	274
二、围手术期化疗	281
三、根治性放化疗	284
四、术后联合放化疗	287
五、局部晚期或已发生转移的食管癌根治性化疗	288

第二节 胃癌 307

一、新辅助化疗	307
二、术后辅助化疗	311
三、姑息化疗	315

第三节 大肠癌 321

一、新辅助化疗	321
二、大肠癌辅助化疗	329
三、姑息化疗	331

第四节 胰腺癌 334

胰腺癌化疗	334
-------------	-----

第五节 原发性肝癌 345

一、姑息化疗	345
二、靶向治疗	348
三、并发症的处理	349

第六节 胆管系统肿瘤 351

姑息化疗	351
------------	-----

第十一章 骨与软组织肿瘤 354

第一节 骨肉瘤	354
一、术前化疗、术后辅助化疗	354
二、姑息化疗	361
第二节 尤因肉瘤	364
一、尤因肉瘤初治	364
二、复发尤因肉瘤化疗	368
第三节 软组织肉瘤	370
肢体、躯干、腹膜后软组织肉瘤化疗	370
第四节 胃肠道间质瘤 (GISTs)	376
术前化疗、辅助化疗、转移复发及无法手术的系统 治疗方案	376

第十二章 恶性黑色素瘤 384

一、术后辅助治疗	384
二、姑息化疗	386
三、免疫治疗	390
四、靶向治疗	391

第十三章 泌尿系统肿瘤 393

第一节 肾癌 (RCC)	393
一、术后辅助治疗	393
二、姑息治疗之免疫治疗	394
三、姑息治疗之分子靶向治疗	399
第二节 膀胱癌	412
一、新辅助化疗	412

二、辅助化疗	415
三、膀胱灌注方案	415
四、膀胱灌注免疫治疗	417
五、姑息化疗	418

第十四章 男性生殖系统肿瘤 421

第一节 睾丸肿瘤	421
一、术后辅助化疗	421
二、解救化疗	426
三、姑息化疗	431
第二节 前列腺癌	434
一、复发转移前列腺癌化疗	434
二、复发转移前列腺癌的内分泌治疗	436

第十五章 妇科恶性肿瘤化疗 438

第一节 卵巢恶性肿瘤	438
一、卵巢上皮癌	438
二、卵巢上皮交界瘤	446
三、卵巢恶性生殖细胞肿瘤	446
四、卵巢性索间质肿瘤	452
第二节 子宫颈癌	451
一、新辅助化疗一	451
二、新辅助化疗二	453
三、同步放化疗方案	454
四、复发或转移的化疗（姑息化疗）	455
第三节 子宫内膜癌	461
一、联合化疗	461

二、单药方案	463
三、内分泌治疗	464
附表 A 实体肿瘤的疗效评价标准 1.1 版	465
附表 B NCI 常见毒性分级标准	475
附表 C 常用化疗药物缩略	481
附表 D 中国人体体表面积计算图	484
附表 E 大剂量甲氨蝶呤化疗的实施	486
附表 F 大剂量顺铂化疗的实施	490
附表 G 深静脉置管与维护	492
附表 H 处方常用外文缩写	501
参考文献	502
声明	506

第一章 肿瘤内科的工作程序

肿瘤的内科治疗在肿瘤综合治疗中的地位越来越重要，但不少抗肿瘤药有明显的毒性，不恰当的使用可能会造成严重的不良后果。因此，肿瘤内科治疗是一种特殊治疗，从事肿瘤内科治疗的医师必须经过严格的专业训练，而治疗方案须由有肿瘤内科工作经验的上级医师制订。肿瘤内科医师必须熟悉药物的药效学和药动学特点，对肿瘤治疗要掌握综合治疗原则。肿瘤内科的工作程序包括以下几点。

一、化疗前的准备

1. 评估肿瘤情况

(1) 通过病理组织学和细胞学明确疾病的病理类型，同时用基因检测明确分子分型，对治疗有提示意义的指标 [如乳腺癌的雌激素受体 (ER)、孕激素受体 (PR)、Ki67，乳腺癌、胃癌的人表皮生长因子受体 2 (Her-2) 的表达状态，肠癌的 *K-ras*、*N-ras* 基因，肺癌的表皮生长因子受体 (EGFR)、间变性淋巴瘤激酶 (ALK)、原癌基因受体酪氨酸激酶 (ROS)、C-Met、T790、突变状态等] 和肿瘤相关指标 [癌胚抗原 (CEA)、糖类抗原 (CA) 199、CA153、CA125、甲胎蛋白 (AFP)、绒毛膜促性腺激素 (HCG)、前列腺特异抗原 (PSA)、神经元特异性烯醇化酶 (NSE)、乳酸脱氢酶 (LDH)、 β_2 -微球蛋白等]。

(2) 通过病史、体格检查、影像学检查等明确疾病的分期、发展趋向，制订综合治疗计划获取基线数据，便于治疗后评价疗效。

(3) 结合功能性检查了解疾病对机体的影响，如是否损害重要脏器功能、是否造成肿瘤急症、是否造成治疗后肿瘤溶解综合征等急症的风险增高等。

(4) 接受化疗或免疫抑制治疗前应进行乙肝筛查。所有患者应行乙肝两对半检查，乙肝表面抗原 (HBsAg) 和 (或) 乙肝核心抗体 (HBcAb) 阳性者，应查乙肝病毒 (HBV) DNA。

慢性乙肝病毒感染患者合并肿瘤时，接受细胞毒性或免疫抑制药治疗期间或紧随其后发生的乙肝病毒复制（HBV DNA 升高 10 倍以上），其原因是应用细胞毒性药物或免疫抑制药后抑制了控制 HBV 复制的免疫机制，导致病毒在肝细胞内大量复制，当恶性肿瘤病情得到控制后，免疫功能逐渐恢复，细胞毒性 T 淋巴细胞杀伤感染乙肝病毒的肝细胞，导致大量肝细胞破坏，从而发生急性肝炎，甚至急性重型肝炎（暴发性肝炎）。急性乙肝病毒再激活的患者中超过 5% 将死于肝衰竭。易引发乙肝病毒再激活的抗肿瘤药物大致可分为两类：

① 传统的细胞毒性药物，其中皮质类固醇和蒽环类药物与病毒再激活的相关性最为显著。

② 与抗 B、抗 T 淋巴细胞单克隆抗体治疗相关的生物制剂，如利妥昔单抗。

2005 年《慢性乙型肝炎防治指南》指出，对于因其他疾病而接受化疗、免疫抑制药（特别是肾上腺糖皮质激素）治疗的 HBsAg 阳性者，即使 HBV DNA 阴性和谷丙转氨酶（ALT）正常，也应在治疗前 1 周开始服用拉米夫定，每日 100mg。

化疗和免疫抑制药治疗停止后，应根据患者病情决定拉米夫定的停药时间。

对拉米夫定耐药者，可改用其他已批准的能治疗耐药变异的核苷（酸）类似物。但核苷（酸）类似物停用后可出现复发，甚至病情恶化，应十分注意。

2. 评估患者身体状况 对患者的一般状况、体能状态进行正确评估，对心、肺、肝、肾和骨髓功能的评估尤为重要，明确有无基础疾病及其严重程度，预测患者对治疗的耐受性，一般认为患者需要满足以下条件才能耐受化疗，包括一般情况良好、美国东部肿瘤协作组（ECOG）评分 ≤ 2 分、中性粒细胞绝对值 $> 1.5 \times 10^9/L$ 、血小板 $> 80 \times 10^9/L$ 、肝肾功能无明显异常。禁用化疗或需谨慎考虑化疗药物的种类与剂量参见“七、化疗的注意事项”。

3. 与患者及家属沟通 向患者及家属充分交代肿瘤的预后、治疗目的和目标、不同治疗方法可能达到的疗效和可能引起的不良反应或风险。对毒性作用较大的化疗方案、价格昂贵的疗法、临床应