

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

董新军 郝延璋 主编

ZHONGLIUKE
XINYISHI
SHOUCE

肿 瘤 科 新医师手册

问诊——哪些病史必须问



查体——哪些体征重点查



检查——哪些检查应该做



诊断——哪些疾病要排除



治疗——怎样治疗更有效



化学工业出版社
生物·医药出版分社

新医师上岗必备丛书

肿瘤科新医师手册

董新军 郝延璋 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北京 ·

本书主要介绍肿瘤科常见恶性肿瘤的问诊要点、查体要点、进一步检查、诊断、分期和应选用的治疗方案等。化疗方案用处方的形式列出,便于查阅,对放射治疗的适应证、照射野、照射剂量进行了重点阐述。本书通俗易懂、内容精要,可以弥补新上岗的肿瘤科医师临床经验不足的缺点,有助于新医师迅速准确地完成工作。本书适合新上岗的肿瘤科临床医师、临床研究生、实习生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤科新医师手册/董新军,郝延璋主编. —北京:
化学工业出版社, 2009. 5
(新医师上岗必备丛书)
ISBN 978-7-122-04963-6

I. 肿… II. ①董…②郝… III. 肿瘤-诊疗-手册
IV. R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 029822 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红 装帧设计: 张 辉
责任校对: 李 林

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 北京市彩桥印刷有限责任公司
787mm×960mm 1/32 印张 7½ 字数 158 千字
2009 年 5 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: 19.00 元

版权所有 违者必究

《肿瘤科新医师手册》

编写人员

主 编	董新军	郝延璋	
编 者	(以姓氏笔画为序)		
	于泽顺	王 云	王 平
	王 峰	王振波	王银霞
	许 昌	李绵利	范万峰
	周肖龙	赵 磊	郝延璋
	耿佃忠	彭宪忠	董新军

前 言

恶性肿瘤是严重危害人民生命、健康的多发病。癌症已超过心脑血管病成为致死原因的第1位。为此，癌症的防治与研究正成为全世界科学家日益关注的课题。

随着医学迅速发展，肿瘤研究的不断加深，现在循证医学、诊疗规范化和个体化用于肿瘤的防治，使肿瘤的诊治水平不断提高。肿瘤的治疗日新月异，除了传统的手术、放疗和化疗治疗手段外，分子靶向治疗、分子生物学技术已经广泛应用于临床，并且取得了很好的疗效。

随着肿瘤学知识不断更新，对于刚刚从事临床工作的临床医师来说，有些在学校学的知识已经不太适合临床工作，为了帮助年轻医师尽快适应临床工作，我们参阅了大量的权威工具书，以及国内常见肿瘤诊治规范，编写了这本手册，以提高他们控制与预防疾病的能力，更好地为患者服务。

本书主要适用于肿瘤科医师，也可以作为其他科临床医师的参考书。本书以基础知识、基础理论、基本技能为主线，分为问诊要点、体格检查，辅助检查、鉴别诊断、治疗等部分，治疗部分以处方的形式列出了常用药物的用法、用量和疗程，并对处方和药物使用的注意事项做出了详细地说明。本书条理清晰、重点突出、观点明确、语言简练，有利于临床医师查阅。

尽管编者尽了很大努力，但限于水平，书中疏漏和欠妥之处在所难免，敬请读者提出宝贵意见。

编 者

2009年1月

目 录

第一章	肿瘤基础知识	1
第二章	肿瘤外科治疗概论	11
第三章	肿瘤放射治疗概论	15
第四章	肿瘤化疗基本知识	24
第五章	恶性肿瘤的介入治疗	36
第六章	癌症疼痛的治疗	39
第七章	头颈部肿瘤	45
第一节	上颌窦癌	45
第二节	腮腺癌	50
第三节	甲状腺癌	56
第四节	鼻咽癌	61
第五节	喉癌	70
第八章	胸部肿瘤	78
第一节	食管癌	78
第二节	肺癌	85
第三节	乳腺癌	97
第四节	纵隔肿瘤	108
第九章	消化系统肿瘤	112
第一节	胃癌	112
第二节	原发性肝癌	118
第三节	胰腺癌	124
第四节	大肠癌	130
第十章	泌尿生殖系统肿瘤	138
第一节	肾细胞癌	138
第二节	膀胱癌	143

第三节	睾丸恶性肿瘤	149
第四节	前列腺癌	156
第十一章	女性生殖系统肿瘤	162
第一节	宫颈癌	162
第二节	子宫内膜癌	171
第三节	卵巢恶性肿瘤	178
第十二章	中枢神经系统肿瘤	187
第十三章	恶性淋巴瘤	193
第十四章	软组织肿瘤	203
第十五章	骨肉瘤	209
第十六章	肿瘤急症及并发症	214
第一节	上腔静脉综合征	214
第二节	脊髓压迫综合征	217
第三节	肿瘤溶解综合征	219
第四节	颅内压升高	221
第五节	恶性胸腔积液	224
附	处方常用外文缩写表	228

第一章

肿瘤基础知识

一、癌症的预防

(一) 癌症的三级预防

(1) I级预防：是指病因预防。目的是鉴别、消除癌的危险因素，提高人民群众的防癌能力，防“患”于未然。I级预防的主要方法是进行流行病学调查、实验室研究、现场研究等，有效地控制环境污染，改善工作环境与条件，达到防癌目的。

(2) II级预防：则是强调患癌后的有效补救措施，指对恶性肿瘤的早发现、早诊断、早治疗，将隐患消灭于萌芽阶段，其目的是提高治愈率，降低死亡率及致残率。其主要途径是教育群众提高自我防癌意识并掌握自我检测方法；有计划地组织防癌普查；对高危人群进行监测等。

(3) III级预防：是指对癌症患者进行合理的治疗，包括为有治愈机会的病人提供根治性治疗措施；对已无治愈可能的病人提供姑息性治疗，以达到改善生活质量、延长生存期的目的；对癌症患者进行康复指导；为病死者进行终末期处理等。

(二) 恶性肿瘤的早期信号

(1) 身体任何部位有可触及不消失的肿块，且逐渐增大。

(2) 黑痣或痣突然增大、形状改变、颜色变化、渗液、溃烂、出血、瘙痒、脱毛。

(3) 黏膜或皮肤溃疡长期不愈合。

(4) 不明原因的咳嗽，持续性声音嘶哑、痰中带血。

(5) 吞咽食物时，食管内有异物感或阻塞感、胸骨后闷胀不适。

(6) 食欲减退，上腹部不舒服，持续性消化不良。

(7) 原因不明的大便带血及粘液或腹泻便秘交替，大便形状改变。

(8) 原因不明的无痛血尿、排尿不畅。

(9) 鼻塞、涕中带血，多表现在单个鼻孔，晨起明显，头痛，颈部肿块。

(10) 白带增多，月经期外或绝经后阴道的不规则出血，月经期不正常的大出血，接触性出血。

(11) 长期低热。

(12) 疲乏，体重在短期内明显下降。

二、影像学检查

随着医疗诊断技术的发展，诊断仪器更新，各种影像学检查对肿瘤的诊断起着重要作用。包括 X 线透视、摄片、造影、断层扫描、超声波检查、放射性核素扫描以及选择性血管造影等，都可为肿瘤提供确切的定位诊断。

1. X 线检查 可确定肿瘤的位置、形状、大小等，并有助于判断肿瘤性质。使用范围广泛，但在肿瘤体积很小时，其准确率可能降低。检查方法有三种。

(1) 普通 X 线透视和摄片：常用于肺肿瘤、骨肿瘤，邻近肺部和侵及骨组织的其他肿瘤。

(2) 造影检查：适用于肿瘤与正常组织的 X 线对

比差的部位，如消化道肿瘤可用钡餐或钡灌肠，可显示肿瘤所在范围钡剂充盈缺损、黏膜破坏；管腔狭窄、管壁破坏等，需要时可用发泡剂或注气作对比，或用山莨菪碱等使平滑肌弛缓（低张），以提高影像清晰度。其他器官的造影大多用碘制剂（泛影葡胺、康瑞液、磺苯指等），以静脉注射、口服、经内窥镜插管或选择性血管插管等方法造影，可显示肾、颅内、胆、肝、胰等的肿瘤。气体也可单独作为造影剂，如气脑造影、腹膜后充气造影等诊断脑、腹膜后的肾、肾上腺肿瘤。

（3）特殊造影：断层摄影和荧光摄影（间接摄影）用于胸部肿瘤；硒静电 X 线和钨靶 X 线球管的摄影用于乳腺肿瘤。

2. 电子计算机断层扫描（CT）对深部肿瘤特别是颅内肿瘤与腹腔内实质脏器肿瘤的早期发现及定位很有意义。

3. 磁共振（MRI）显像 具有对人体无害、无电离辐射，可多方向断层摄影，图像分辨率高等优点。

4. 数字减影摄像（DSA）对肿瘤的定位及肿瘤的血供等有价值。

5. 超声波检查 常用于肝、肾、脑、子宫和卵巢等肿瘤的诊断和定位，对鉴别囊性或实性肿块有价值。不仅可以测定胸水、腹水，并间接测定脑中线移位情况。目前常用的灰阶超声波检查更为准确，如对肝内直径在 1.0cm 以上的占位病变，不但容易发现肝实质异常改变，而且可看到肝静脉、门静脉和肝外胆道的走向、扭曲、挤压、变形等，有利于早期诊断和定位。超声多普勒（Doppler）法可精确了解肿瘤的血供情况。

6. 放射性核素扫描 通过口服或注射某些能特定

积聚于某些脏器或肿瘤的放射性核素，然后用一定的仪器（闪烁扫描机和 γ 射线照相机等）在体外追踪其分布情况的方法，已成为检查肿瘤的重要方法。有的放射性核素分布于正常组织，肿瘤在扫描图上显示放射性稀疏或“冷区”（囊肿等也显示冷区）；有的放射性核素分布于肿瘤细胞组织内多于正常组织，肿瘤在扫描图上显示放射密集区。

三、肿瘤标记物

1. 常见肿瘤血清标记物

- (1) 肝癌：AFP，AFU，CEA，CA199，CA50。
- (2) 胰腺癌：CEA，CA724，CA199。
- (3) 结直肠癌：CEA，CA199，CA50，CA242，CA724。
- (4) 乳腺癌：CA153，CEA，HCG。
- (5) 肺癌（小细胞肺癌）：CEA，NSE。
- (6) 肺癌（非小细胞癌）：CEA，SCC，CY211。
- (7) 前列腺癌：PSA，F-PSA。
- (8) 卵巢癌：CA125，CEA，CA724。
- (9) 宫颈癌：SCC，CEA，HCG。
- (10) 生殖细胞肿瘤：HCG，CEA，AFP。

2. 肿瘤细胞表达物 肿瘤细胞表达物往往是肿瘤细胞膜或细胞内结构上的某些特殊结构点，例如上皮生长因子受体（EGFR）、血管内皮生长因子受体（VEGFR）、雌激素受体（ER）、孕激素受体（PR）、CD20受体等。它们的第一个特点为多半在肿瘤细胞表面多、正常细胞表面少；第二个特点为可以被某些药物特异性识别并结合，从而成为这些药物追踪、打击的“靶子”。

四、肿瘤副综合征

由肿瘤产生的异常生物学活性物质引起患者的全身临床表现，统称为肿瘤伴随综合征（paraneoplastic synarome）或肿瘤副综合征，约 15% 肿瘤病人会出现。本综合征可因肿瘤的缓解而减轻，也可随肿瘤的复发而加剧，但与肿瘤的局部生长情况、大小或转移无直接关系。

（一）发生机制

（1）肿瘤本身可以产生一些具有生物活性的蛋白质或多肽，包括多肽类激素及前体。

（2）肿瘤引起自身免疫反应或免疫复合物及免疫抑制引起。

（3）肿瘤产生异位激素或肿瘤释放的活性激素产物，具有竞争性抑制正常激素的作用。

（4）由于肿瘤血管丰富，正常组织基底膜遭到破坏，使一些正常情况下不能进入血流的抗原物质进入血液循环，导致正常生理功能紊乱，或出现其他毒性作用。

（二）常见的肿瘤副综合征

1. 内分泌肿瘤副综合征

（1）皮质醇增多症：此症表现为皮质醇增多的症状。多见于肺癌、恶性胸腺瘤、胰腺癌。偶见于乳腺癌、胃癌、结肠癌、宫颈癌等。

（2）高钙血症：表现为厌食、恶心、呕吐、便秘、嗜睡和精神错乱。常见于肺癌、肾癌、乳腺癌、肝癌、结肠癌等。

（3）低钠血症：表现为恶心、呕吐、嗜睡。见于肺癌、乳腺癌、胸腺癌、十二指肠癌和恶性淋巴瘤。

(4) 类癌综合征：表现为阵发性潮红、发绀、腹痛、腹泻和哮喘样发作等。通常见于消化道癌，亦见于支气管腺瘤、肺癌、甲状腺髓样癌和胰腺癌等。

(5) 高血糖或低血糖症：见于胰腺癌、肝癌、肾上腺瘤等。

2. 血液系统肿瘤副综合征

(1) 慢性贫血：无原因的进行性贫血。多见于内脏癌症患者。

(2) 红细胞增多症：多见于肝癌、肾癌。

(3) 类白血病反应：嗜酸粒细胞增多，淋巴细胞类白血病反应。

(4) 纤维蛋白溶解性紫癜：多见于肺癌、前列腺癌、胰腺癌和急性白血病。

(5) 血小板增多：无法解释的血小板增多可能是肿瘤的早期表现。

3. 骨骼系统肿瘤副综合征 表现为骨关节痛、杵状指、骨膜炎。见于肺癌、胸膜间皮瘤、结肠癌、乳腺癌、卵巢癌、霍奇金病等。此症多数出现于原发肿瘤症状前几个月。

4. 心血管系统肿瘤副综合征

(1) 游走性血栓性静脉炎：静脉炎局部疼痛和压痛，可触及索状物，局部水肿，但不伴红、热等炎症表现，呈游走性，可反复发作。任何内脏肿瘤均可出现。常见于胰腺癌。

(2) 非细菌性血栓性心内膜炎：原因不明，表现为血纤维蛋白在心瓣膜聚积成疣状血栓，可导致脑动脉、冠状动脉或四肢的动脉栓塞和猝死。多见于胃癌、肺癌、胰腺癌。

5. 皮肤肿瘤副综合征

(1) 瘙痒：多见于恶性淋巴瘤，尤其是霍奇金

病。脑瘤特征性瘙痒限于鼻孔。其他常见的有白血病、内脏肿瘤。凡 40 岁以上有进行性瘙痒者，提示有恶性肿瘤可能。

(2) 黑棘皮病：多见于胃肠道癌、肝癌、胰腺癌、肺癌和乳腺癌。多见于 40 岁以上患者。

(3) 皮炎：多见于乳腺癌、肺癌、卵巢癌、宫颈癌、胃癌、大肠癌、鼻咽癌、恶性淋巴瘤等。

(4) 匍行性回状红斑：奇形怪状，斑马样或红斑块样改变，常见于食管癌、乳腺癌、肺癌、胃癌和宫颈癌。

(5) 带状疱疹：见于恶性淋巴瘤、胃癌、肺癌、肠癌、前列腺癌、食管癌、阴茎癌、宫颈癌、乳腺癌等。

五、肿瘤诊断

肿瘤的诊断及治疗效果要有一个统一标准，对于肿瘤的治疗和研究都有非常重要的意义。但目前有些标准还不十分完美，需进一步修订，现将常用的叙述于下。

(一) 恶性肿瘤的诊断内容

(1) 首先确定是良性肿瘤还是恶性肿瘤。

(2) 确定肿瘤所在的器官、部位、肿瘤大小及侵犯和转移的范围。

(3) 确定肿瘤的病理类型、分化程度及生物学特性。

(二) 恶性肿瘤诊断依据分级

在医疗活动中要严格按以下分级诊断，当达到三级诊断以上才能按恶性肿瘤治疗。否则不能按恶性肿瘤治疗，应再检查。若病人或家属不同意进一步检

查，应签字后方可按恶性肿瘤治疗。

(1) 一级诊断：为临床诊断，根据症状、体征，并排除其他疾病。

(2) 二级诊断：为影像学及肿瘤标记物诊断。

(3) 三级诊断：为手术或内窥镜诊断，但无病理诊断。

(4) 四级诊断：为细胞学诊断，脱落细胞、穿刺细胞、血液涂片。

(5) 五级诊断：为病理片或骨髓片诊断。

(三) 肿瘤分期

恶性肿瘤的生长范围与扩散程度对于自然生存率以及治愈率有着直接影响，所以依据其生长范围、扩散程度进行比较确切的分类分期，对确定诊断、制定治疗计划、进行疗效评价及估计预后都有着十分重要的意义。现将国际抗癌协会制定的恶性肿瘤 TNM 分类法简要介绍。

1. TNM 三个大写英文字母的意义 T 指原发肿瘤；N 指区域淋巴结；M 指远处转移。

2. 分期 肿瘤常分为 I ~ IV 期，也有的分为早、中、晚期，一般 I、II 期为早期，III 期为中期，IV 期为晚期。分期是用 TNM 组成，对应相应的 I ~ IV 期标准。分别代表不同的病变范围和扩散的程度。

(四) 实体肿瘤疗效的判断标准

肿瘤的疗效判定常有三方面内容，包括近期疗效（有效率）、远期疗效（五年生存率）和症状缓解率。

1. 近期疗效（有效率）

(1) 单径测量疗效评价标准

① 目标病灶的评价

a. 完全缓解（CR）指所有目标病灶消失。

b. 部分缓解 (PR) 指基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$ 。

c. 恶化和进展 (PD) 指基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新病灶。

d. 稳定 (SD) 指基线病灶长径总和未达 PR 或有增加但未达 PD。

② 非目标病灶的评价

a. 完全缓解 (CR) 指所有非目标病灶消失和肿瘤标志物水平正常。

b. 稳定 (SD) 指一个或多个非目标病灶和/或肿瘤标志物高于正常持续存在。

c. 恶化和进展 (PD) 指出现一个或多个新病灶或/和存在非目标病灶进展。

(2) WHO 双径测量疗效评价标准

a. 完全缓解 (CR): 治疗的肿瘤完全消失超过一个月。

b. 部分缓解 (PR): 肿瘤的两个垂直的最大径的乘积缩小 50% 以上, 保持超过一个月。

c. 稳定不变 (NC): 肿瘤的两个垂直的最大径的乘积缩小不到 50%, 增大不超过 25%。

d. 恶化和进展 (PD): 肿瘤的两个最大直径乘积超过原来的 25% 以上或者有新的病灶。

2. 长期生存率 一般选择 5 年生存率, 特殊的选择 2 年、10 年或 15 年生存率。因为大部分肿瘤多在 3 年以内复发, 5 年内不复发基本上为治愈。有的以 5 年健在率计算。5 年健在率指病人不带肿瘤。5 年生存率指包括带瘤生存的。

3. 骨转移的治疗缓解标准

(1) CR: 影像学或闪烁照相技术证实, 所有的肿瘤病灶消失, 至少 4 周。

(2) PR: 骨转移灶部分缩小和骨组织重新修复, 至少 4 周。

(3) NC: 骨转移灶稳定, 由于骨病变往往变化缓慢, 判定 NC 至少应在开始治疗的第 8 周后。

(4) PD: 骨转移灶的测量值增大或出现新的骨转移灶。

4. 主观症状评价

(1) 患者述说的主观症状与很多因素有关。

(2) 患者自身感觉的症状不尽相同, 因人而异。这些作为治疗结果评价的附加参数 (应和所谓“经验医学”相区别)。

(3) 对于病人的体质状况按世界卫生组织或瑞士肿瘤临床协会的评定标准划分。其他各种症状如疼痛、呼吸困难及治疗时的副作用亦可用类似的方式来划分。

(许 昌)