

(德) ELSE HEIDEMANN 等著

肿瘤与血液病 诊断治疗手册

刘通顺 编译

王辨明 审校

0.4

华中师范大学出版社

肿瘤与血液病诊断治疗手册

(德) Else Heidemann 等著

刘通顺 编译

王辨明 审校

华中师范大学出版社出版发行

(武昌 桂子山)

新华书店湖北发行所经销

华中师范大学印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 5.75 字数 127 千字

1990年11月第1版 1991年4月第1次印刷

ISBN 7-5622-0615-5/R·08

印数 1—6200 定价2.75元

目 录

第一章 恶性肿瘤	1
第一节 乳房癌.....	1
第二节 支气管肺癌.....	10
第三节 卵巢癌.....	16
第四节 子宫颈癌.....	19
第五节 子宫体癌.....	19
第六节 睾丸癌.....	20
第七节 泌尿系尿道癌、膀胱癌.....	26
第八节 前列腺癌.....	27
第九节 肾上腺瘤.....	30
第十节 胃肠道肿瘤.....	31
10.1 食道癌.....	31
10.2 胃癌.....	32
10.3 小肠肿瘤.....	36
10.4 结肠直肠癌.....	36
10.5 肛管肿瘤.....	38
10.6 胰腺癌.....	39
第十一节 头、颈部肿瘤.....	39
11.1 扁平上皮癌.....	39
11.2 鼻咽癌.....	40
11.3 唾液腺癌.....	40
11.4 恶性淋巴瘤.....	40
第十二节 胸腺瘤.....	40

第十三节 内分泌器官肿瘤	42
13.1 甲状腺癌	42
13.2 肾上腺皮质癌	43
13.3 类癌	44
13.4 其他神经内分泌器官肿瘤	46
第十四节 恶性黑色素瘤	46
第十五节 软组织肉瘤	48
第十六节 骨肉瘤	51
第十七节 神经母细胞瘤	51
第十八节 脑部肿瘤	51
18.1 恶性神经胶质瘤	51
18.2 脑转移癌	52
18.3 脑脊髓膜癌/白血病性/淋巴瘤性	53
第十九节 原发部位不明性脑转移癌	54
第二章 恶性淋巴瘤	56
第一节 何杰金氏病	56
第二节 非何杰金氏淋巴瘤 (NHL)	61
第三节 浆细胞瘤	72
第三章 急性白血病	77
第一节 诊断	77
第二节 治疗	77
第四章 骨髓增生综合征	89
第一节 慢性粒细胞性白血病 (CML)	89
第二节 特发性血小板增多症 / 巨核细胞性骨髓增生症	90
第三节 骨髓纤维化(OMF)与骨髓硬化症 (OMS)	91
第四节 真性红细胞增多症	92

第五章 粒细胞缺乏症	93
第六章 贫血	94
第一节 低色素性贫血.....	94
1.1 缺铁性贫血.....	91
1.2 铁粒幼细胞性贫血.....	96
1.3 地中海贫血.....	98
第二节 巨幼细胞性贫血.....	98
第三节 溶血性贫血.....	100
3.1 红细胞性溶血性贫血.....	101
3.2 红细胞外溶血性贫血.....	104
第四节 再生障碍性贫血.....	109
第五节 所谓“单纯性”红细胞不增殖症.....	112
第六节 骨髓异常增生综合征.....	112
第七章 出血性疾病	114
第一节 血友病(A型).....	114
第二节 抑制性血友病.....	117
第三节 血友病(B型).....	119
第四节 血管性假性血友病.....	119
第五节 其他先天合成缺陷性疾病.....	120
第六节 肝脏实质性损害.....	122
第七节 血小板减少症(慢性自发性).....	123
第八节 消耗性凝血疾患与弥散性 血管内凝血(DIC).....	124
第八章 血栓形成与栓塞	127
第一节 纤维蛋白溶解的治疗.....	127
第二节 肝素静脉注射抗凝治疗.....	134
第三节 双香豆素(Marcumar)抗凝治疗.....	136

第九章 肿瘤病一般治疗措施	138
第一节 抗肿瘤药物的副作用及防治措施.....	138
第二节 细胞抑制药物剂量调整原则.....	150
第三节 肿瘤病人疼痛治疗措施.....	151
第四节 肿瘤疾病的营养.....	153
第五节 抗生素治疗.....	154
第六节 呕吐预防.....	154
第七节 高钙血症处理措施.....	155
第八节 成份输血适应症.....	158
第十章 有关抗肿瘤病的常用资料	161
第一节 身高、体重与体表面积计算方法.....	161
第二节 肿瘤评定标准.....	161
2.1 卡尔诺夫斯基 (Karnofsky) 一般健康标准...	161
2.2 世界卫生组织 (WHO) 一般状态标准.....	162
第三节 常用抗肿瘤药物贮藏方式、 配药制剂及配药后存放时间.....	16 ³
第四节 常用抗肿瘤药物中外文对照及缩写*	164
第五节 疾病名称中德文对照*	166
第六节 常用检验正常值新旧制的换算*	169
编译后记	177

第一章 恶性肿瘤

第一节 乳房癌

1.1 分期

简明肿瘤分期 (TNM)^[1]

期	部位
T ₁	≤2 cm
T _{1a}	<0.5 cm
T _{1b}	>0.5—1cm
T _{1c}	>1—2cm
T ₂	>2—5cm
T ₃	>5cm
T ₄	胸壁/皮肤
T _{4a}	胸壁
T _{4b}	皮肤水肿/溃疡形成, 皮肤原发灶邻近卫星状结节
T _{4c}	a + b
T _{4d}	炎性癌灶
N ₁ 腋窝	PN ₁
淋巴结	PN _{1a} 仅有微小转移之淋巴结且 ≤0.2cm
可活动	PN _{1b} 可见巨大转移之淋巴结
	i 1—3个淋巴结/>0.2cm—<2cm
	ii ≥4个淋巴结/>0.2cm—<2cm
	iii 穿破淋巴结囊/<2cm
	iv ≥2cm
N ₂	腋窝处淋巴结固定
N ₃	乳房内淋巴结固定

1.2 原发癌治疗

手术切除

适应症：组织学证实为原发性肿瘤及已经出现转移性远处病灶者。

象限切除（四分之一部份切除）

适应症：所谓小乳房癌（T₁ No Mo），手术前必须再次检查腋窝！手术后乳房毗邻部位必须进行 60 Gy 放射治疗。

首选放射治疗指征

适应症：

—溃疡形成

—病人年龄很大有手术禁忌症者

限制性根治手术

适应症：所有其他各类型病人

监测：

治疗后最初1—2年内：病史、临床体格检查（表1）、胸部正侧位片、腹部超声波，每季度一次；骨痛部位扫描图（病人总感“背痛”）每半年一次；患侧乳房拍片每年一次。乳房密度厚者，除拍片外还要作乳房超声波检查。

治疗后3—5年：上述检查每半年一次，患侧乳房拍片每年一次。

治疗后5年：每年进行一次全面检查。

实验室检查（见表2）

脑部 CT 检查视临床具体情况而定。

表 1 乳房癌临床体格检查

乳房及胸壁触诊

腋窝淋巴结、锁骨上淋巴结及双侧颈部触诊

脑神经功能检查：有无异常？虚性脑膜炎？

椎体活动情况及叩击痛？

肩部及髋关节部位活动？

Laséque 氏征（直腿抬高试验）？

肢体末梢感觉及运动神经功能障碍？

肺部叩诊及听诊

心脏听诊和测量血压

肝脏及其他腹部触诊

口腔检查（尤其在化疗期间）：口腔粘膜炎？

表 2 乳房癌实验室检查

血清钙：高钙综合征？

碱性磷酸酶：肝脏转移？骨转移？

亮氨酸氨基肽酶：肝脏转移？

乳酸脱氢酶：肝脏转移？

血象检查：骨髓癌细胞转移？

治疗检查

肌酐、血清钾：治疗检查

血清钠：下丘脑浸润？（罕见）

血沉：无特殊改变

1.3 辅助治疗

化学治疗

适应症:

- 绝经前, 腋窝淋巴结侵袭: CMF 治疗方案6疗程, (若4个以上淋巴结侵袭, 则考虑化疗)。
- 绝经后, 测定激素受体阴性, 若存在腋窝淋巴结侵袭, 则可试用6疗程 CMF 治疗方案。

激素治疗

绝经后, 测定激素受体阳性, 累及腋窝淋巴结者, 使用雌性激素拮抗剂它莫西芬(Tamoxifen)20 mg/天, 持续5年。

放射治疗

适应症:

- T₁ Mo No 期, 手术象限切除后病人, 胸壁照射 60 Gy
- T₂ Mo No 期, 胸壁照射
- 若病人存在淋巴结侵袭(N+), 对化学治疗或激素治疗后无反应的病人, 可进行胸壁和淋巴流出通路放射治疗

监测:

施行化学治疗时, 每个疗程之间均要作一次表1及表2的临床体格检查及实验室检查。

1.4 局部复发治疗

手术切除

适应症:

若原发癌治疗时未进行测定激素受体水平者应进行测定

组织学肯定的诊断

—避免皮肤溃瘍

—整容因素

放射治疗

适应症：

—当该部位未曾照射过时

—皮肤淋巴管炎

—溃瘍形成或局部复发

激素治疗

上述治疗措施无效，尤其伴有皮肤淋巴管炎时，使用激素治疗。

化学治疗

上述治疗措施无效，尤其伴有皮肤淋巴管炎时，使用化学治疗。

有关化学治疗方案可依次选择第一章第5节中的有关疗程。

监测：

上述1，2两项治疗后，至少每8周复诊检查一次。因为只要出现局部复发很快便会出现肿瘤异位复发。

1.5 癌异部转移治疗

预后有利因素

—测定激素受体阳性

—早期治疗与出现转移间隔时间长

—肿瘤生长速度慢

—早期治疗时肿块微小

—转移癌仅累及一个器官，首先或主要是骨骼转移

—已绝经五年以上病人

—以前激素治疗效果较好

激素治疗

适应症：

—绝经之后，尤其是已测定激素受体水平

—绝经前激素受体阳性或未曾检验不知其受体状况，并排除骨骼或软组织转移

—化学治疗效果不佳或不再有效

化学治疗（见下）

适应症：

—绝经前测定激素受体阴性

—绝经前测定激素受体阳性、大量胸腔积液，除骨骼系统外，有其他器官内癌转移

—上述组病人激素治疗效果不佳

放射治疗

适应症：

—危及躯体平衡

—激素治疗、化学治疗仍不能缓解疼痛，放射治疗用以缓解疼痛

—脑及脑脊髓癌转移

激素—化学药物联合治疗

无显著优越性，非用不可时也应作相应的考虑。

1.6 治疗方案

CMF 方案 (辅助化疗)

环磷酰胺 (Cyclophosphamid)	100 mg/m ² /日	口服	第1—14日
氨甲喋呤 (Methotrexat)	40 mg/m ²	静注	第1, 8日
5-氟尿嘧啶 (5-Fluorouracil)	600 mg/m ²	静注	第1, 8日
休息	15—28日		
每4周重复之	(第29日相当于第1日)		

乳腺癌转移后治疗选择方案 I

下述三个方案目前均处于任选研究治疗^[2]。

AC 治疗方案

阿霉素 (Doxoyubicin)	40mg/m ² (15分钟输完)	第1日
环磷酰胺 (Cyclophosphamid)	600mg/m ² (15分钟输完)	第1日

EC 治疗方案

表阿霉素 (Epirubicin)	40mg/m ² (15分钟输完)	第1日
环磷酰胺 (Cyclophosphamid)	600mg/m ² (15分钟输完)	第1日

NC 治疗方案

米托蒽醌 (Mitoxantron)	12mg/m ² (15分钟输完)	第1日
环磷酰胺 (Cyclophosphamid)	600mg/m ² (15分钟输完)	第1日

AC 治疗方案系标准治疗。大约50%病例可得到完全或部分缓解。另外两种方案同新药 Antracyclin 类似物联合应用,缓解率可能不高,但因其毒性较小,对病人生活会产生较好影响。

乳房癌转移后治疗选择方案Ⅱ

选择 CMF 治疗方案(见上),其部分缓解率大约30%

乳房癌转移后治疗选择方案Ⅲ

在选择此治疗方案前宜先采取激素治疗措施,激素受体阴性时亦可应用激素。应该指出的是,如果各种治疗均无效时,这些治疗措施也可能无作用。因此,在此介绍一下另一种化疗方法也许是可取的。作者曾用下述治疗方案对病人进行4—6月观察治疗,结果是半数病人肿瘤无增大且有缓解疼痛之效果。

FMPE 治疗方案

5-氟脲嘧啶 (5-Fluorouracil)	500mg/m ² 静滴(24小时完毕)	第1日
丝裂霉素 (Mitomycin C)	10mg/m ² 静注	第1日
Prednimustin	120mg/m ² /日 口服	第15—20日
足叶乙甙 (Etoposid)	120mg/m ² /日 口服	第15, 17, 19日
每36天重复之		

Von Hart'app 等^[3]很乐观的报告,使用丝裂霉素,长春花碱酰胺(Vindesin)和强的松龙治疗,完全缓解率及部分缓解率分别为5%和32%,但他的看法有待进一步证实。

超重病人体表面积计算总是以病人实有重量为基础。

药物剂量调整

—>70岁:50%剂量;无骨髓机能不全者可用全量。

—>65岁:75%剂量;无骨髓机能不全者可用全量。

—白细胞 $<3\,000/\mu\text{l}$ 或血小板 $<7\,5000/\mu\text{l}$:停药一周。停药一周后若白细胞仍在 $2\,000-3\,000/\mu\text{l}$ 或血小板仍在 $50\,000-75\,000/\mu\text{l}$ 之间,则细胞抑制药减为75%。因白细胞或血小板减少而停药时间一周而不改善者,应改用其他治疗措施,如激素治疗。特殊情况下,可用联合化疗米托蒽醌(Mitoxantron)或丝裂霉素。

—肌酐 $1.5-2.0\text{mg/dl}$:环磷酰胺减为50%用量。若肌酐 $>2.0\text{mg/dl}$,则不能再行化学治疗。

—胆汁郁滞:碱性磷酸酶 $>1\,000$ 国际单位/升或胆红素 $>1.3\text{mg/dl}$ 则细胞抑制药减为50%。

禁忌症

—肌酐 $>2\text{mg/dl}$

—心肌病(仅方案I为禁忌症)

—所有药物有变态反应时

白细胞 $<2\,000/\mu\text{l}$,血小板 $<75\,000/\mu\text{l}$

激素治疗选择方案I

它莫西芬(Tamoxifen) $2\times 20\text{mg/日}$ 口服,连用14天。而后 $2\times 10\text{mg/日}$ 维持治疗。此方案用于无选择病例其部分缓解率大约30%,而在雌性激素受体阳性病例则为60%。对原发性停经病人推荐 40mg/日 维持治疗^[4]。

激素治疗选择方案 I

是否首先选择甲孕酮或氨基苯乙哌啶酮治疗，目前尚不清楚。为此曾进行在多治疗中心任意的对比观察治疗：

甲孕酮 1 000mg/日 口服

(Medroxyprogesteronacetat)

注意：血液药物浓度 $> 150\text{mg/ml}$ 或有明显之副作用时要减量。

交替使用：

氨基苯乙哌啶酮 500mg/日 口服 加

(Aminoglutethimid)

可的索，皮质醇 40mg/日 口服

(Cortisol)

注意：二周期间氨基苯乙哌啶酮保持在 250mg/日 。

效果不太令人满意者，可选其他副作用小的有效制剂。

第二节 支气管肺癌

支气管肺癌治疗基本上依据其组织学分型。其分型区别如下：

- (1) 小细胞性支气管肺癌
- (2) 非小细胞性支气管肺癌
 - 扁平上皮癌（角化或未角化）
 - 腺癌
 - 大细胞性癌

2.1 小细胞性支气管肺癌

小细胞性支气管肺癌应当采用细胞抑制药物治疗。且应根据疾病的扩散情况而决定治疗措施。

“限制性病灶”：肿瘤局限在胸廓一侧，有或无侵袭纵膈，锁骨上淋巴结无转移。无胸腔积液或上腔静脉回流阻塞征象。

“扩散性病灶”：上述之外其他各期。

“限制性病灶”治疗

ACO 治疗方案(6疗程)一肿瘤区域及纵膈 40 Gy 放射治疗。若此方案能达完全缓解，治疗即可结束。

完全缓解了的病人都应作预防性大脑放射治疗。这种预防性放射治疗可与原发性肿瘤治疗同时进行。肿瘤区域、纵膈及有可能之脑转移的放射治疗，可在 ACO 治疗方案 3—4 疗程之间施行。

若 ACO 治疗方案无效或此方案治疗后又复发，则倾向于使用顺铂/足叶乙甙治疗方案。

若病人一般情况极差，选择治疗方案Ⅱ或Ⅲ，用放射治疗+长春新碱+足叶乙甙治疗。

“扩散性病灶”治疗

标准治疗：ACO 治疗方案

若局部出现并发症（溶骨危及躯体平衡，剧烈疼痛），则对肿瘤部位进行放射治疗。只有在完全缓解的前提下，方采用大脑预防性放射治疗。

即使得到完全缓解，治疗亦不能停，直至用大剂量阿霉素治疗。足叶乙甙 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服 1—5 天。每 3 周重复用药一次，作为维持治疗。但维持治疗是否有效，目前尚无定论。

复发或继续发展病例可交替使用顺铂/足叶乙甙治疗方案