

主审 黄富麟  
主编 冯继锋

临床医嘱丛书

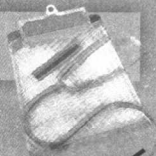


# 肿瘤内科临床 医嘱手册

凤凰出版传媒集团  
江苏科学技术出版社



临床医嘱丛书



# 肿瘤内科临床 医嘱手册

ZHONGLIU NEIKE LINJIANG YIJI CHOUCE

主 审 黄富麟

主 编 冯继锋

副主编 吴剑秋

编者（按姓氏拼音排序）

陈 嘉 陈凌翔 成 卫 戴爱娣

郭仁宏 刘德林 陆建伟 钱志英

史美祺 王 丽 尹必俭 张莉莉

周兆飞 朱敬华 朱梁军

凤凰出版传媒集团  
江苏科学技术出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

肿瘤内科临床医嘱手册/冯继锋主编. —南京:江苏科学技术出版社,2007.2

(临床医嘱丛书)

ISBN 978-7-5345-5248-9

I. 肿... II. 冯... III. 肿瘤学:内科学—医嘱—手册 IV. R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 149056 号

### 肿瘤内科临床医嘱手册

---

主 审 黄富麟  
主 编 冯继锋  
责任编辑 庞啸虎  
责任校对 苏 科  
责任监制 曹叶平

---

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路47号,邮编:210009)

网 址 <http://www.pspress.cn>

集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市中央路165号,邮编:210009)

集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>

经 销 江苏省新华发行集团有限公司

照 排 南京紫藤制版印务中心

印 刷 江苏苏中印刷有限公司

---

开 本 787 mm×1 092 mm 1/32

印 张 6.375

字 数 200 000

版 次 2007年2月第1版

印 次 2007年2月第1次印刷

---

标准书号 ISBN 978-7-5345-5248-9

定 价 15.00 元

---

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

## 前 言

肿瘤内科治疗是恶性肿瘤综合治疗的重要手段之一,主要包括恶性肿瘤的化学治疗(简称化疗)、生物及内分泌治疗模式。由于单一治疗模式已经不能满足当前恶性肿瘤的治疗要求,化疗特别是全身化疗的地位越来越受到重视。

近年来,随着临床肿瘤治疗学、药物基因学、药物遗传学以及新药研究的不断深入,化疗在实际应用中常常面临新的、特殊的对不良反应的观察和处理的问题。因此临床上针对不同病理类型、病期、病情变化,应用不同化疗药物制定规范的、个体化的诊疗方案,非常必要。

医嘱是临床医师在临床诊疗工作中,根据不同病种、病情做出的治疗决定或为明确诊断拟定的处理方案。正确、及时的医嘱是保证和提高医疗质量的基础,也是当前保障医疗安全、避免医疗纠纷的重要环节。

化疗医嘱是针对患者化疗过程中出现的生理、病理改变的处理方案。内容包括:对患者护理、监测及膳食的要求;治疗药物及其剂量、用法;必需的特殊医疗措施;诊断必需的检查项目;化疗前后毒副反应的处理,以及肿瘤急诊的处理等等。由于目前大部分恶性肿瘤的化疗尚缺乏“金标准”,相关诊疗方案的具体制定也还缺乏规范化,年轻的肿瘤内科医师尤其是基层医院的专科医师在开医嘱时常常感到棘手,迫切需要手头有一本肿瘤内科医嘱方面的临床工具书,而国内还没有肿瘤科化疗医嘱方面的工具书。鉴于此,我们邀请了十余名有着多年临床实践的中青年肿瘤内科专家,在参阅了大量有关专著和国内外文献后,结合自己丰富的临床经验,编写了《肿瘤内科临床医嘱手册》一书。

本书充分反映了最新治疗观点,编写中考虑到内容的成熟性、实用性和先进性,可供年轻的肿瘤内科医师、基层医务工作者临床工作时参考。本书在医嘱的注释中尽量说明特殊药物的使用剂量、用法和注意事项,部分章节和治疗方案附有文献或著作出处,有利于临床医师进一步地深入学习和学习;治疗方面包括了目前肿瘤治疗的进展,包括生物靶向治疗。肿瘤的临床表现千变万化,甚至险象环生、危机四伏,患者的具体情况复杂多变,世界各国的医疗环境及治疗的观点也有所不同,这就要求临床医师开医嘱时要有高度的责任心,要密切结合患者的具体情况,遵循规范化、个体化原则,并根据病情的具体变化不断地修改、完善诊疗方案。

大部分化疗药物为细胞毒性药物,对人体的正常组织存在一定程度的损害。因而要求临床医师在治疗前须取得患者的知情同意,并签署化疗同意书。认识到化疗方案非一成不变,随着新治疗药物的出现、治疗方法的改进、临床研究的发现以及循证医学的发展,化疗方案亦会随之改变,生搬硬套化疗方案的方法并不足取。

本书使用的法定计量单位以及中英文缩写如下:

|                   |            |     |        |
|-------------------|------------|-----|--------|
| ml                | 毫升         | kg  | 千克     |
| L                 | 升          | qd  | 每日 1 次 |
| mg                | 毫克         | qod | 隔日 1 次 |
| IU                | 国际单位       | tid | 每日 3 次 |
| U                 | 单位         | bid | 每日 2 次 |
| ng                | 纳克         | qid | 每日 4 次 |
| mg/m <sup>2</sup> | 每平方米使用的毫克数 | prn | 必要时使用  |
| h                 | 小时         | st  | 立即     |
| min               | 分钟         | GS  | 葡萄糖注射液 |
| s                 | 秒          | NS  | 生理盐水   |
| iv                | 静脉推注       | d   | 日      |

|        |       |    |      |
|--------|-------|----|------|
| iv gtt | 静脉滴注  | sc | 皮下注射 |
| im     | 肌肉注射  | po | 口服   |
| AUC    | 曲线下面积 |    |      |

由于肿瘤的化疗日新月异,本书不可能涵盖所有的肿瘤化疗方案。更限于编写人员水平,本书不足甚至谬误之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

冯继锋

# 目 录

|                   |     |                          |     |
|-------------------|-----|--------------------------|-----|
| 非小细胞肺癌 .....      | 1   | 肿瘤急症 .....               | 157 |
| 小细胞肺癌 .....       | 12  | 上腔静脉综合征 .....            | 157 |
| 头颈部癌 .....        | 21  | 脊髓压迫症 .....              | 158 |
| 食管癌 .....         | 34  | 颅内压增高 .....              | 159 |
| 胃癌 .....          | 42  | 心包积液与心包填塞 .....          | 161 |
| 大肠癌 .....         | 55  | 急性肿瘤溶解综合征 .....          | 162 |
| 胰腺癌 .....         | 71  | 高钙血症 .....               | 163 |
| 肝及胆管系统肿瘤 .....    | 79  | 出血 .....                 | 164 |
| 胆管系统肿瘤 .....      | 79  | 消化道穿孔 .....              | 165 |
| 原发性肝癌 .....       | 81  | <b>肿瘤内科特殊诊断、治疗操作</b>     |     |
| 乳腺癌 .....         | 85  | 方法 .....                 | 167 |
| 恶性淋巴瘤 .....       | 98  | 胸腔穿刺术 .....              | 167 |
| 骨肿瘤 .....         | 105 | 心包穿刺术 .....              | 168 |
| 尤文肉瘤 .....        | 109 | 腹腔穿刺术 .....              | 169 |
| 男性泌尿、生殖系统肿瘤 ..... | 113 | 骨髓穿刺术 .....              | 170 |
| 肾癌 .....          | 113 | 腰椎穿刺术 .....              | 171 |
| 膀胱癌 .....         | 117 | 深静脉穿刺置管术 .....           | 172 |
| 睾丸肿瘤 .....        | 125 | 肿块穿刺活检术 .....            | 175 |
| 前列腺癌 .....        | 128 | 腹腔内灌注化疗术 .....           | 177 |
| 女性生殖系统肿瘤 .....    | 132 | <b>附录一 实体瘤疗效标准</b> ..... | 179 |
| 卵巢恶性肿瘤 .....      | 132 | WHO 实体瘤疗效评判              |     |
| 子宫颈癌 .....        | 136 | 标准 .....                 | 179 |
| 子宫内膜癌 .....       | 139 | RECIST -实体瘤疗效评价的         |     |
| 皮肤、软组织肿瘤 .....    | 142 | 新标准 .....                | 180 |
| 皮肤癌 .....         | 142 | <b>附录二 抗肿瘤药物毒性</b> ..... | 182 |
| 恶性黑色素瘤 .....      | 144 | <b>附录三 肿瘤患者生活状况</b>      |     |
| 软组织肉瘤 .....       | 149 | 评分标准 .....               | 185 |
| 横纹肌肉瘤 .....       | 153 |                          |     |

|                                       |     |                           |     |
|---------------------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 附录四 癌症患者三阶梯止痛<br>原则、分级和疗效<br>评价 ..... | 187 | HD-MTX-CFR 化疗<br>常规 ..... | 190 |
| 附录五 特殊药物的化疗常规<br>.....                | 189 | 附录六 常用计算公式 .....          | 192 |
| DDP 大剂量水化常规 .....                     | 189 | 附录七 本书常用化疗药物缩<br>略语 ..... | 193 |



## 非小细胞肺癌

原发于支气管-肺的癌(简称肺癌)是当今世界最常见的恶性肿瘤之一。其临床表现大致可以归纳为4类:原发肿块、胸内蔓延、远处播散引起的症状和肺外表现。病理上主要分2类:小细胞肺癌(复合性小细胞癌和变异型小细胞癌)和非小细胞肺癌(鳞状细胞癌、腺癌、细支气管肺泡癌、类癌和大细胞癌等)。小细胞肺癌(SCLC)对化疗药物比较敏感,近期效果较好,但远期效果较差;非小细胞肺癌(NSCLC)则对化疗药物相对不敏感,但一般预后较前者为好。原则上小细胞肺癌均需要化疗,非小细胞肺癌则需根据肿瘤分期、术式和患者年龄、体质状态等情况决定。

目前非小细胞肺癌的治疗,主张采用首选手术的综合治疗的模式。尽管肿瘤可完全切除,但5年生存率仍不理想,I A期67%,I B期57%,II A期39%,II B期30%,III期约25%。但晚期非小细胞肺癌患者(IV期)的5年生存率仍不超过1%。

### 一、常规医嘱

| 长期医嘱  | 临时医嘱  |
|---|---|
| 内科护理常规<br>护理分级<br>饮食种类<br>测血压 qd<br>复方维生素 B 2片 po tid<br>棕色合剂 10ml po tid | 血、尿、粪常规<br>全套肝肾功能、电解质、血脂、血糖<br>CEA、NSE、Cyfra-211<br>胸部 CT<br>腹部 B超<br>痰脱落细胞检查<br>心电图<br>肺功能检查<br>头颅 MRI<br>同位素肾图<br>骨髓穿刺细胞学涂片<br>支气管镜检查 |

- 注**
1. 依据体质状况决定一级、二级、三级或特殊护理。
  2. 依据有无合并疾病决定为低糖、低盐、低脂、低嘌呤或高蛋白等饮食。
  3. 血液生化检查、心电图、肺功能和同位素肾图等检查主要是为了在化疗前充分了解患者的器官功能状态,为化疗方案的选择提供依据。
  4. 痰脱落细胞检查、支气管镜检查、X线或CT引导下的肿块穿刺等检查是为了明确病理。
  5. X线、DSA、B超、ECT、CT、MRI、骨髓和PET等检查是为了进一步明确患者的肿瘤分期,评估疗效和了解疾病预后状况。
  6. CEA、NSE、Cyfra-211等肿瘤标记物检查有助于疾病的诊断、治疗疗效的评估以及病情的随访。

## 二、化学治疗医嘱

非小细胞肺癌的化疗应该严格掌握化疗的适应证和禁忌证。一般来讲,对于Ⅲ~Ⅳ期的肺癌患者,化疗可以在一定程度上延长生存期,改善生活质量。但化疗的短期效果一直不甚理想,维持在20%~40%,因而综合治疗是治疗的最佳手段。对于术后辅助化疗的肺癌患者,原则上分期在Ⅱ期以上的非小细胞肺癌均需要化疗,但最近有学者研究认为ⅠB期术后进行辅助化疗也可以使患者受益,但不主张全肺切除的患者行术后辅助化疗。

除此之外,临床上还需要根据患者的一般状况、器官功能、肿瘤生长部位、病理类型、是否肿瘤急诊、合并或继发疾病状况等来判断是否化疗,同时需详细了解药物的相关毒副反应并掌握其处理方法。

### (一) 常用全身化疗方案

#### 1. CAP方案

|                           |                 |             |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| NS 50 ml                  |                 | iv d1       |
| CTX 600 mg/m <sup>2</sup> |                 |             |
| NS 50 ml                  |                 | iv d1,8     |
| ADM 50 mg/m <sup>2</sup>  |                 |             |
| NS 500 ml                 |                 | iv gtt d1~3 |
| DDP 25 mg/m <sup>2</sup>  |                 |             |
| 恩丹西酮 8 mg                 | iv (化疗前 30 min) | d1~3,8      |
| 地塞米松 5 mg                 | iv (化疗前 30 min) | d1~3,8      |
| NS 500 ml                 |                 | iv gtt d1~5 |
| 甲氧咪胍 0.6 g                |                 |             |

|                    |        |  |          |      |
|--------------------|--------|--|----------|------|
| 5%GS               | 500 ml |  | iv gtt   | d1~5 |
| Vit C              | 3.0 g  |  |          |      |
| Vit B <sub>6</sub> | 0.2 g  |  | iv gtt   | d1~3 |
| 林格液                | 500 ml |  |          |      |
| 10%KCl             | 10 ml  |  | iv (输液毕) | prn  |
| 呋塞米                | 20 mg  |  |          |      |

每3或4周重复

**注** 此方案为较早使用的化疗方案,有潜在的心脏毒性,对于有心脏疾患的患者慎用,使用时应注意 ADM 的累积剂量( $\leq 450 \text{ mg/m}^2$ )。放疗后患者 ADM 累积剂量应减低,不宜于放化疗同时治疗。

## 2. EP 方案

|                    |                        |                 |          |      |
|--------------------|------------------------|-----------------|----------|------|
| NS                 | 250 ml                 |                 | iv gtt   | d1~5 |
| VP-16              | 60~100 $\text{mg/m}^2$ |                 |          |      |
| NS                 | 500 ml                 |                 | iv gtt   | d1~3 |
| DDP                | 25 $\text{mg/m}^2$     |                 |          |      |
| 恩丹西酮               | 8 mg                   | iv (化疗前 30 min) |          | d1~5 |
| 地塞米松               | 5 mg                   | iv (化疗前 30 min) |          | d1~5 |
| NS                 | 500 ml                 |                 | iv gtt   | d1~5 |
| 甲氧咪胍               | 0.6 g                  |                 |          |      |
| 5%GS               | 500 ml                 |                 | iv gtt   | d1~5 |
| Vit C              | 3.0 g                  |                 |          |      |
| Vit B <sub>6</sub> | 0.2 g                  |                 | iv gtt   | d1~3 |
| 林格液                | 500 ml                 |                 |          |      |
| 10%KCl             | 10 ml                  |                 | iv (输液毕) | prn  |
| 呋塞米                | 20 mg                  |                 |          |      |

每3或4周重复

**注** 心脏毒性较小,应注意防止 VP-16 的体位性低血压、血象下降的副作用。

## 3. MVP 方案

|     |                   |  |    |      |
|-----|-------------------|--|----|------|
| NS  | 50 ml             |  | iv | d1   |
| MMC | 8 $\text{mg/m}^2$ |  |    |      |
| NS  | 50 ml             |  | iv | d1,8 |
| VDS | 3 $\text{mg/m}^2$ |  |    |      |

|                          |  |                        |
|--------------------------|--|------------------------|
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~3            |
| DDP 25 mg/m <sup>2</sup> |  |                        |
| 恩丹西酮 8 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~3,8 |
| 地塞米松 5 mg                |  |                        |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~5            |
| 甲氟咪胍 0.6 g               |  |                        |
| 5%GS 500 ml              |  | iv gtt d1~5            |
| Vit C 3.0 g              |  |                        |
| Vit B <sub>6</sub> 0.2 g |  | iv gtt d1~3            |
| 林格液 500 ml               |  |                        |
| 10%KCl 10 ml             |  | iv (输液毕) prn           |
| 呋塞米 20 mg                |  |                        |

每 3 或 4 周重复

注 此 3 种药物联合化疗方案,疗效较为确切,但应注意血象下降、神经毒性和外周静脉炎的发生。

#### 4. NP 方案

|                          |  |                        |
|--------------------------|--|------------------------|
| NS 50 ml                 |  | iv d1,8 或 d1,5         |
| NVB 25 mg/m <sup>2</sup> |  |                        |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~3            |
| DDP 25 mg/m <sup>2</sup> |  |                        |
| 恩丹西酮 8 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~3,8 |
| 地塞米松 5 mg                |  |                        |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~5            |
| 甲氟咪胍 0.6 g               |  |                        |
| 5%GS 500 ml              |  | iv gtt d1~5            |
| Vit C 3.0 g              |  |                        |
| Vit B <sub>6</sub> 0.2 g |  | iv gtt d1~3            |
| 林格液 500 ml               |  |                        |
| 10%KCl 10 ml             |  | iv (输液毕) prn           |
| 呋塞米 20 mg                |  |                        |

每 3 或 4 周重复

注 该方案为 20 世纪 90 年代后期应用于临床的较为常见的化疗方案,主要剂量限

制性毒性为中性粒细胞下降和神经毒性,外周静脉炎的发生率较高。

### 5. 紫杉醇(TAX)+DDP 方案

NS 500 ml  
TAX 135~175 mg/m<sup>2</sup> | iv gtt (3 h) d1

NS 500 ml  
DDP 25 mg/m<sup>2</sup> | iv gtt d1~3

恩丹西酮 8 mg iv (化疗前 30 min) d1~3

地塞米松 5 mg iv (化疗前 30 min) d1~3

NS 500 ml  
甲氟咪胍 0.6 g | iv gtt d1~5

5%GS 500 ml  
Vit C 3.0 g | iv gtt d1~5

Vit B<sub>6</sub> 0.2 g

林格液 500 ml  
10%KCl 10 ml | iv gtt d1~3

地塞米松 20 mg po (TAX 前 12、6 h 各 1 次)

非那根 12.5 mg im (TAX 前 30 min) st

吠塞米 20 mg iv 输液毕 prn

每 3 或 4 周重复

**注** 该方案主要为二线化疗方案,用于以上经典方案治疗无效的患者,但也可用于一线治疗,近期效果较好 40%左右,应用时注意预防过敏反应,需要预处理,并密切观察血象下降,同时也存在一定程度的神经毒性。

### 6. 多西紫杉醇(TXT)+DDP 方案

NS 500 ml  
TXT 60~75 mg/m<sup>2</sup> | iv gtt d1

NS 500 ml  
DDP 25 mg/m<sup>2</sup> | iv gtt d1~3

恩丹西酮 8 mg iv (化疗前 30 min) d1~3

地塞米松 5 mg iv (化疗前 30 min) d1~3

NS 500 ml  
甲氟咪胍 0.6 g | iv gtt d1~5

|                    |        |          |        |       |
|--------------------|--------|----------|--------|-------|
| 5%GS               | 500 ml |          | iv gtt | d1~5  |
| Vit C              | 3.0 g  |          |        |       |
| Vit B <sub>6</sub> | 0.2 g  |          |        |       |
| 林格液                | 500 ml |          | iv gtt | d1~3  |
| 10%KCl             | 10 ml  |          |        |       |
| 地塞米松               | 7.5 mg | po       | bid    | d-1~4 |
| 呋塞米                | 20 mg  | iv (输液毕) | prn    |       |

每3或4周重复

**注** 该方案被推荐为二线治疗方案,主要毒性为水钠潴留、外周神经毒性和中性粒细胞下降。

#### 7. 吉西他滨(GEM)+DDP方案

|                    |                         |                 |                   |         |
|--------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| NS                 | 250 ml                  |                 | iv gtt(30~60 min) | d1,8,15 |
| GEM                | 1 000 mg/m <sup>2</sup> |                 |                   |         |
| NS                 | 500 ml                  |                 | iv gtt            | d1~3    |
| DDP                | 25 mg/m <sup>2</sup>    |                 |                   |         |
| 恩丹西酮               | 8 mg                    | iv (化疗前 30 min) | d1~3,8            |         |
| 地塞米松               | 5 mg                    | iv (化疗前 30 min) | d1~3,8            |         |
| NS                 | 500 ml                  |                 | iv gtt            | d1~5    |
| 甲氧咪胍               | 0.6 g                   |                 |                   |         |
| 5%GS               | 500 ml                  |                 | iv gtt            | d1~5    |
| Vit C              | 3.0 g                   |                 |                   |         |
| Vit B <sub>6</sub> | 0.2 g                   |                 |                   |         |
| 林格液                | 500 ml                  |                 | iv gtt            | d1~3    |
| 10%KCl             | 10 ml                   |                 |                   |         |
| 呋塞米                | 20 mg                   | iv (输液毕)        | prn               |         |

每3或4周重复

**注** 该方案的治疗耐受性较好,适用于老年和体质相对较差的患者。应注意血液学毒性,特别是血小板减少,但中性粒细胞下降程度较轻。

#### 8. IEP方案

|      |                         |  |        |      |
|------|-------------------------|--|--------|------|
| 5%GS | 500 ml                  |  | iv gtt | d1~5 |
| IFO  | 1 500 mg/m <sup>2</sup> |  |        |      |
| NS   | 500 ml                  |  | iv gtt | d1~3 |
| DDP  | 25 mg/m <sup>2</sup>    |  |        |      |

|                          |  |                                  |
|--------------------------|--|----------------------------------|
| NS 250 ml                |  | iv gtt d1~5                      |
| VP-16 0.1 g              |  |                                  |
| 美司纳(Mesna) 400 mg        |  | iv (于 IFO 后 0.4, 8 h 各 1 次) d1~5 |
| 恩丹西酮 8 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~5             |
| 地塞米松 5 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~5             |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~5                      |
| 甲氟咪胍 0.6 g               |  |                                  |
| 5%GS 500 ml              |  | iv gtt d1~5                      |
| Vit C 3.0 g              |  |                                  |
| Vit B <sub>6</sub> 0.2 g |  |                                  |
| 林格液 500 ml               |  | iv gtt d1~3                      |
| 10%KCl 10 ml             |  |                                  |
| 呋塞米 20 mg                |  | iv (输液毕) prn                     |

每 3 或 4 周重复

**注** 该方案是在 EP 方案的基础上加上 IFO, 有报道认为短期的疗效有所增加, 但血液学毒性亦增加, 特别是中性粒细胞下降, 同时应积极预防 IFO 的泌尿道毒性。

#### 9. 伊立替康(CPT-11)+DDP 方案

|                          |  |                              |
|--------------------------|--|------------------------------|
| NS 500 ml                |  | iv gtt(避光, 90 min) d1, 8, 15 |
| CPT-11 100 mg            |  |                              |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~3                  |
| DDP 25 mg/m <sup>2</sup> |  |                              |
| 恩丹西酮 8 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~3, 8, 15  |
| 地塞米松 5 mg                |  | iv (化疗前 30 min) d1~3, 8, 15  |
| 阿托品 0.25 mg              |  | im prn                       |
| 易蒙停 20 粒                 |  | 床边备用                         |
| NS 500 ml                |  | iv gtt d1~3, 8, 15           |
| 甲氟咪胍 0.6 g               |  |                              |
| 5%GS 500 ml              |  |                              |
| Vit C 3.0 g              |  | iv gtt d1~3, 8, 15           |
| Vit B <sub>6</sub> 0.2 g |  |                              |
| 林格液 500 ml               |  | iv gtt d1~3                  |
| 10%KCl 10 ml             |  |                              |

呋塞米 20 mg iv (输液毕) prn

每3或4周重复

**注** 应用CPT-11当日晨禁食,禁止饮用果汁等刺激肠蠕动食品。该方案的近期疗效较好,因其独特的化疗毒副反应,应在有经验的专业医师的指导下应用。其剂量限制性毒性为中性粒细胞下降和延迟性腹泻,并且CPT-11应用时需密切观察急性乙酰胆碱综合征的发生(24 h内发生)。

#### 10. 单药治疗方案

##### (1) 多西紫杉醇(TXT)

TXT 60~75 mg/m<sup>2</sup> iv gtt(1 h) d1,8,15 每3周重复

##### (2) 紫杉醇(TAX)

TAX 80 mg/m<sup>2</sup> iv gtt(3 h) d1,8,15 每4周重复 或 d1,8,15,22,29,36,43 每8周重复

##### (3) 吉西他滨(GEM)

GEM 1 000~1 250 mg/m<sup>2</sup> iv gtt (30 min) d1,8,15 每4周重复

##### (4) Pemetrexed

Pemetrexed 500 mg/m<sup>2</sup> iv gtt (30 min) d1 每3周重复

**注** 治疗时需补充 Vit B<sub>12</sub>、叶酸,并同时应用激素。具体应用必须参照药物使用说明。

##### (5) 靶向治疗药物

主要为选择性 EGFR 酪氨酸激酶受体抑制剂。

###### 1) Gefitinib

Gefitinib 250 mg po(持续应用直至病情进展或毒性不能耐受)

qd

**注** 据目前的文献报道,对于东方人、女性、非吸烟人群、腺癌患者效果较好。该药有潜在的发生严重急性间质性肺炎的危险,对于肺部接受过放疗或体质较差的患者慎用。

###### 2) Erlotinib

Erlotinib 150 mg po(持续应用直至病情进展或毒性不能耐受)

qd

单药治疗主要用于联合化疗后效果差(PD)、年龄较大(>70岁)、体质状况不能耐受联合化疗(PS=2)的患者。文献研究表明优于最佳支持治疗,能改善生活质量,一定程度上延长生存期。进一步优化治疗方案或剂量强度是否能提高治疗的疗效,目前尚没有明确的结论,联合靶向治疗



药物的化疗疗效正处于研究中,结果值得期待。

以上的化疗方案中 DDP 均可以被替换为卡铂(CBP),其剂量计算可以采用 AUC(一般 AUC 值取 5~7)或体表面积的计算方法(200~400 mg/m<sup>2</sup>),应注意 CBP 的肾毒性较 DDP 为轻,但骨髓抑制毒副反应较 DDP 严重;方案中 DDP 的 3 d 用法均可以替换为 1 d 使用,剂量为 60~80 mg/m<sup>2</sup>,应根据患者的具体状况(如心脏和肾脏功能)来选择;TAX、TXT 也可以周剂量使用,可以部分减轻化疗毒性;止吐药物也可根据患者具体情况替换为格拉司琼、托烷司琼、阿扎司琼等 5-HT<sub>3</sub> 受体抑制剂。也可以应用胃复安替代,但疗效不如 5-HT<sub>3</sub> 受体抑制剂。

## (二) 常用胸腔内治疗方案

恶性胸腔积液是常见的肿瘤并发症,50%左右的胸腔积液为恶性肿瘤所致。最常见的形成原因是:毛细血管内皮细胞炎症引起的毛细血管通透性增加;因纵隔转移瘤或放射治疗后所致纤维化引起的纵隔淋巴管阻塞造成的淋巴液流体静压增加。少数情况下,由于肿瘤分泌一些蛋白或细胞因子刺激胸膜上皮细胞也可引起胸腔积液。

恶性胸腔积液的治疗方式主要是胸腔内化疗药物和胸腔内生物制剂的应用 2 种。

胸腔内化疗的作用主要是胸腔内表面直接接触化疗药物,通过药物的局部渗透和淋巴引流作用于肿瘤细胞而起到抗肿瘤效应。

胸腔内生物治疗的作用主要是通过产生的胸腔非特异性炎症反应,产生大量炎症趋化因子和激发局部强烈的免疫反应作用于肿瘤细胞,并引起局部胸膜粘连,阻止胸腔积液的产生。

行胸腔积液穿刺引流术或胸腔闭式引流术时,在患者可以耐受的情况下应尽可能抽尽胸腔积液。

### 1. 胸腔内化疗药物的应用

|              |       |    |
|--------------|-------|----|
| NS 50 ml     | 胸腔内注入 | st |
| DDP 60~80 mg |       |    |
| NS 50 ml     | 胸腔内注入 | st |
| MMC 8~10 mg  |       |    |
| NS 50 ml     | 胸腔内注入 | st |
| BLM 30~60 mg |       |    |