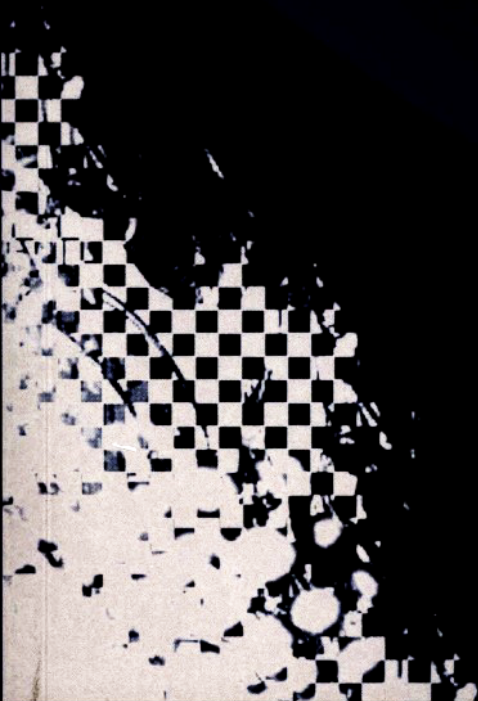


常见恶性肿瘤 综合治疗指南与实施

应敏刚 主编

福建科学技术出版社



常见恶性肿瘤

综合治疗指南与实施

名誉主编：陈秋立

主 编：应敏刚

副主编：陈 强 潘建基 庄建良 卢辉山 蔡建春 陈晓耕
戴起宝 叶建新

编 委：(按姓氏笔画为序)

王榕平 朱发进 刘 健 刘 辉 刘秀英 李建成
杨 凌 杨 瑜 杨建伟 吴 晖 吴君心 吴琳榕
何志勇 张林群 陈 夏 陈 燕 陈传本 陈明强
陈桂林 陈路川 林 安 林少俊 林建银 周 东
郑雄伟 柳硕岩 骆惠玉 黄 诚 曾超英 谢 榕

福建科学技术出版社
FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

常见恶性肿瘤综合治疗指南与实施/应敏刚主编. —福州: 福建科学技术出版社, 2007. 9

ISBN 978-7-5335-3021-1

I. 常… II. 应… III. 癌—治疗 IV. R730.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 089366 号

书 名	常见恶性肿瘤综合治疗指南与实施
主 编	应敏刚
出版发行	福建科学技术出版社 (福州市东水路 76 号, 邮编 350001)
网 址	www.fjstp.com
经 销	各地新华书店
排 版	福建科学技术出版社排版室
印 刷	福州德安彩色印刷有限公司
开 本	850 毫米×1168 毫米 1/32
印 张	9
字 数	203 千字
版 次	2007 年 9 月第 1 版
印 次	2007 年 9 月第 1 次印刷
印 数	1—3 100
书 号	ISBN 978-7-5335-3021-1
定 价	18.00 元

书中如有印装质量问题, 可直接向本社调换

序

福建省是癌症高发省份，20 世纪 70 年代以来，福建省癌症发病率及死亡率一直呈上升趋势。至 90 年代的 20 年间，癌症死亡率上升 29.42%，年龄调整死亡率上升 11.56%。每年癌症新发病例 7 万~8 万，死亡人数约 6 万。现症患者约 9 万，在城镇居民中，癌症已占全死因的首位。随着社会经济的发展，癌症的主要危险因素并未得到相应控制。当前，福建省胃癌、肝癌等消化道癌症死亡率居高不下，同时肺癌、乳腺癌、结直肠癌等死亡率又呈显著上升趋势。特别是农村癌症死亡率的上升速度明显高于城市，癌症高发亦多在农村地区，危害尤为严重，是当地农民因病致贫及因病返贫的重要原因。

为落实《福建省癌症预防与控制规划纲要(2004~2010 年)》中关于“推行(或实施)肿瘤临床专业设置准入及主要癌症的临床诊治指南。将临床诊治指南纳入肿瘤专科继续教育。实行肿瘤临床专业设置及肿瘤专科医师准入制”的目标要求，福建省卫生厅委托福建省抗癌协会、福建省医学会肿瘤学分会，组织省内具有丰富临床、教育、科研和管理经验的肿瘤防治专家，经过近一年时间的筹备和讨论，制定和撰写了

适合福建省医疗机构的肿瘤临床诊治准入标准和恶性肿瘤综合治疗指南。为福建省各级医疗行政管理部门和肿瘤防治专业人员提供了重要而有价值的参考资料，对提高福建省肿瘤防治研究和临床各学科协作与实践将起到积极的促进作用。

参与本书编写的肿瘤防治专家，在查阅了国内外大量资料与文献的基础上，结合福建省各医疗机构的实际情况，针对肿瘤临床学科设置及其人员的准入、常见恶性肿瘤的临床病理分型、临床诊治需要、综合治疗原则及随访要求等，作了科学和规范化的阐述，有助于加强福建省肿瘤专业机构的建设和专业人员的培训，有助于规范福建省常见恶性肿瘤诊治标准，为提高福建省肿瘤综合治疗水平和开展临床多中心协作奠定了基础。

对此，希望各级卫生行政管理部门和肿瘤防治机构，积极推广肿瘤综合诊治指南，并结合各级医院的实际予以实施，在临床实践中不断总结经验，使指南不断完善。

福建省卫生厅副厅长 陈秋立教授

2007-5-30

前 言

恶性肿瘤是一类病因不明、难治而又常见的疾病，其发病率随着城市化进程加快、环境污染、生活方式改变以及人口老龄化等因素呈日益增高之势。因此，控制与阻遏恶性肿瘤的危害是肿瘤防治工作的重中之重。

进入新世纪，随着循证医学的发展，规范化、个体化的肿瘤综合治疗是现代临床肿瘤学的发展方向。目前在临床工作中遇到的主要问题之一，仍然是众多的肿瘤患者一旦确诊，大多数已是中晚期。对此类患者能否得到合理而科学的治疗，常常是决定预后的关键。由于国内地域差异和医疗单位诊治水平的不平衡，而且绝大部分恶性肿瘤患者的治疗并非由肿瘤专业医师诊治，因此，客观上存在着肿瘤诊治欠规范、诊治延误、治疗过度、治疗不力等诸多问题。况且恶性肿瘤是一类临床表现各异、治疗方法也各不相同的全身性疾病，临床治疗是以肿瘤的生物行为、肿瘤的病理学类型、临床分期及病人的全身情况而确定，在病人的治疗过程中涉及多个学科的共同参与及良好的专业间协作。有鉴于此，由福建省抗癌协会、福建省医学会肿瘤学分会和福建省肿瘤防治办公室牵头，组织

长期从事肿瘤防治工作，具有丰富临床、教学和科研经验的肿瘤专家和管理人员，编写了这本《常见恶性肿瘤综合治疗指南与实施》，旨在规范和促进肿瘤临床的综合诊治工作。

本书体现了先进、实用的肿瘤综合治疗理念，全书分上、中、下三篇，上篇阐述肿瘤诊治机构设置与专业人员的准入条件，并对相关科室及业务的管理提出具体要求；中篇主要从各种常见恶性肿瘤综合治疗原则、治疗前的检查、临床分期以及综合治疗的实施等方面进行论述；下篇主要就临床常见的肿瘤急症处理作了简明扼要的介绍，其目的是对恶性肿瘤临床诊疗予以指导。

由于本书编写时间仓促和作者水平所限，故书中难免有错误、疏漏和不妥之处，敬请前辈、同仁和读者不吝赐教和指正。

本书的编写工作，得到福建省卫生厅和福建省肿瘤医院的大力支持和协助，在此表示衷心的感谢。

福建省抗癌协会理事长

福建省医学会肿瘤学分会主任委员

福建省肿瘤医院院长

福建省肿瘤防治办公室副主任

应敏刚 教授

2007-5-30

目 录

上篇 恶性肿瘤诊治机构及人员的准入与管理

一、常见恶性肿瘤外科治疗准入管理/1

(一) 肿瘤外科设置准入/1

(二) 肿瘤外科专业医师的准入/2

(三) 肿瘤外科的科室管理/2

(四) 肿瘤外科的业务管理/3

二、常见恶性肿瘤放射治疗准入管理/8

(一) 肿瘤放射治疗科设置准入/8

(二) 肿瘤放射治疗专业人员的准入/9

(三) 肿瘤放射治疗科的科室管理/10

(四) 肿瘤放射治疗科的业务管理/11

(五) 放射治疗设备的管理/12

三、常见恶性肿瘤内科(化学药物)治疗准入管理/17

(一) 肿瘤内科(化学药物)治疗设置准入/17

(二) 肿瘤内科(化学药物)专业医师的准入/17

(三) 肿瘤内科的科室管理/18

(四) 肿瘤内科的业务管理/19

中篇 常见恶性肿瘤综合治疗指南

一、鼻咽癌综合治疗指南与实施/21

二、口腔癌综合治疗指南与实施/27

三、喉癌综合治疗指南与实施/31

四、甲状腺癌综合治疗指南与实施/37

- 五、腮腺癌综合治疗指南与实施/41
- 六、食管癌综合治疗指南与实施/44
- 七、胃癌综合治疗指南与实施/51
- 八、结直肠癌综合治疗指南与实施/62
- 九、肝癌综合治疗指南与实施/83
- 十、胰腺癌综合治疗指南与实施/90
- 十一、肺癌综合治疗指南与实施/96
- 十二、乳腺癌综合治疗指南与实施/106
- 十三、宫颈癌综合治疗指南与实施/122
- 十四、子宫内膜癌综合治疗指南与实施/130
- 十五、卵巢癌综合治疗指南与实施/137
- 十六、恶性淋巴瘤综合治疗指南与实施/149
- 十七、恶性肿瘤疼痛的三阶梯治疗/165
- 十八、恶性肿瘤的护理/169

下篇 肿瘤急症

- 一、心脏压塞/175
- 二、出血性膀胱炎/184
- 三、发热性中性粒细胞减少症/192
- 四、急性肿瘤溶解综合征/195
- 五、上腔静脉综合征/198

附录

- 附录 1 肿瘤患者一般状况评分标准/201
- 附录 2 实体瘤的疗效评价标准及随访/201
- 附录 3 肿瘤外科手术分类/205
- 附录 4 肿瘤内科（化学药物）治疗的几种方式/206
- 附录 5 抗癌药物不良反应的分度标准（WHO 标准）/208
- 附录 6 化学药物治疗常见不良反应的处理和剂量调整/211

- 附录 7 常用抗肿瘤药物参阅表/217
- 附录 8 RTOG/EORTC 急性放射反应分级标准/224
- 附录 9 RTOG/EORTC 慢性放射反应分级标准/226
- 附录 10 食管放疗损伤评价 (SOMA 评分) /228
- 附录 11 外照射治疗辐射源检定规程/229
- 附录 12 常见肿瘤标志及其主要应用范围/247
- 附录 13 化疗药物配制防护的基本要求/250
- 附录 14 胃癌常用化疗方案推荐剂量及用法/251
- 附录 15 直肠癌经典方案用法及用量/253
- 附录 16 乳腺癌各种化疗方案详解/257
- 附录 17 恶性淋巴瘤常用化疗方案/267
- 附录 18 福建省肿瘤放射治疗质量检查内容与评分办法/273

上篇 恶性肿瘤诊治机构及人员的 准入与管理

一、常见恶性肿瘤外科治疗准入管理

外科手术是恶性肿瘤最基本的治疗方法。近百年来，无菌技术、麻醉技术和手术方法的不断改进，尤其是显微外科、修复外科、微创外科的发展，营养支持治疗的进步，加上医疗设备的现代化，为肿瘤外科创造了有利的条件。虽然其他治疗手段不断涌现，但迄今为止，手术切除仍是治疗恶性肿瘤的主要手段，且技术日益成熟，更趋规范化。

（一）肿瘤外科设置准入

（1）肿瘤外科治疗工作限于二级乙等以上医院（含二级乙等医院）开展。

（2）开展肿瘤外科治疗的医院力求设置肿瘤外科或至少在外科中专门设有肿瘤外科组。

（3）应该配置有 10 张床位以上的病房。

（4）按病房床位及实际工作情况合理配置一定的肿瘤外科专业医师及护理人员。

（5）肿瘤外科工作应有主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师等各级医师，其人数可按床位编制。

（6）严格执行肿瘤手术分级管理制度（参照福建省卫生厅

手术分类管理要求)。对于达不到分级手术条件(即缺少肿瘤手术相当级别的医师)的医院,应将此类手术患者转送上级医院或具备分级手术条件的医院。

(二) 肿瘤外科专业医师的准入

(1) 从事肿瘤外科的专业医师必须具备大专及以上学历,拥有执业医师资格证书,经过省级以上医院肿瘤外科专业进修1年以上并取得相应合格证书者。

(2) 从事肿瘤外科的专业医师必须全面掌握肿瘤外科知识和肿瘤学的基本知识,并具有一定的外科工作经验及扎实的外科学基础知识。因此,肿瘤外科医师最好经过3~5年普外科的临床实践,并经过病理科、胸外科、泌尿外科、妇产科、放射科、五官科等有关科室的短期轮转学习。

(5) 肿瘤外科医师必须有较强的无瘤观念,在工作中应特别注重无瘤技术。

(4) 肿瘤外科医师要有较强的综合治疗观念,要善于组织、协调各学科的合作。

(三) 肿瘤外科的科室管理

(1) 实行科主任负责制,由科主任带领全科(或组)工作人员开展临床医疗、科研及教学等各项工作。

(2) 严格执行各项工作常规及各级医务人员的岗位责任制,尤其强调查房、会诊、术前讨论(疑难病例讨论)、死亡病例讨论等制度及各种肿瘤手术和护理常规,并建立一整套检查和评价方法。

(3) 重视对医务人员的业务技术培训,选送各级医护人员参加本专业的继续教育项目及进修培训。鼓励医护人员自觉进

行业务学习、知识更新，活跃学术气氛。同时有计划地开展科研工作，积极采用新技术、新方法，不断提高诊断治疗水平。并进行经常性的安全医疗及医疗规范教育，预防和减少差错，杜绝事故的发生。

(4) 建立患者随访制度，由专人负责，可采用预约门诊方式，切实做到定期复查，并建立专门的病历档案。肿瘤外科有别于普通外科，必须进行远期疗效的随访，以观察有无复发转移，一旦发现就应及早制订继续治疗方案。

(四) 肿瘤外科的业务管理

肿瘤外科的业务管理与其他外科相同，要着重抓好术前管理、术中管理、术后管理、麻醉管理、手术室管理、消毒隔离和灭菌管理 6 个环节。

【术前管理】

(1) 必须明确手术适应证和选择正确的手术方式，每一病例依据术前检查争取获得肿瘤初步分期以利制定手术方案，这是抓好手术管理的前提。

(2) 抓好术前讨论环节，根据手术类型认真做好术前讨论，尤其是大手术、疑难病例、术前诊断不明病例等都应该有术前讨论。讨论内容除确定疾病诊断、分析手术适应证外，还要包括：确定手术方式，麻醉方法，术中可能出现的并发症及其对策，术后可能有哪些问题，应予以注意及防范等。

(3) 认真落实手术安排，手术医师应严格按照医师分级手术制度进行手术。

(4) 高度重视术前与患者或家属的谈话，劝慰患者消除各种心理负担，增强治疗信心；对患者家属主要说明手术可能带来风险及预期的治疗效果，赢得对方的信任和谅解。术前谈话

必须由患者或家属签字（家属签字须履行患者授权协议），这也是避免纠纷的重要一环。

（5）反复落实手术前的各项准备工作，包括手术医师应亲自检查患者，并对手术方法和步骤作必要的复习和思考；各种必要的检查项目有否完成，患者有否重要脏器的功能障碍等情况；术前备血和检查是否落实；患者有否执行医嘱，落实饮食、排便排尿、戒烟及皮肤准备、膀胱准备、胃肠道准备、呼吸道准备工作等检查；检查患者有无发热、感染、月经来潮等影响手术情况；对伴发心脏病、高血压、糖尿病、肝炎等其他严重疾病者，需作相应专科的术前准备及手术过程中请相关专科医师参加监护，完成传染病检测并及时与相应科室协调。术前管理应特别强调住院医师做好术前准备的责任心，主刀医师术前充分做好手术方案设计的责任心，以及护理人员认真做好术前护理的责任心。

（6）肿瘤患者手术前最好能有明确的病理诊断，尤其在涉及器官或肢体切除而严重影响功能的情况下，必须有病理诊断依据方能手术。也可在术中快速病检而获得病理诊断依据。

【术中管理】

（1）手术过程中手术者、麻醉医师及护理人员应做到既严格分工、又密切配合，严格实行规范的手术、麻醉及护理操作过程。

（2）主刀医师对手术负主要责任，不仅要熟悉手术技能，还要组织与指挥手术的全部过程。助手应配合主刀做好手术，麻醉人员要确保手术中的麻醉效果，器械护士和巡回护士要全力配合手术者，以确保手术顺利完成和患者的安全。

（3）严格请示汇报制度，凡出现术前未预料情况需做手术方案重大修改或手术者难以胜任，手术方案修改后导致的手术

等级改变、难度增加，必须向上级医师或科主任汇报，必要时向医务科及分管院长报告或请他们到手术现场指导。

(4) 严格遵守患者知情同意权，凡要摘除术前未向患者或家属说明的脏器或手术方案发生明显变动时，必须征得患者家属同意并签字后才能继续进行。

(5) 手术中要严格掌握无瘤技术，防止肿瘤复发、转移的发生。

(6) 手术中要自始至终严格遵守无菌操作规则，以预防手术感染。

(7) 严格执行清点制度。在手术完毕前和完毕后必须清点器械、纱布、缝针等物品，以防止物品遗留在体内。

【术后管理】

(1) 术后及时完成术后谈话，告知手术情况、术后注意事项及可能出现的并发症等。

(2) 严密观察病情，注意术后继发性出血和其他可能发生的严重并发症，做到及时发现和处理。

(3) 注意各种专科护理，各种导管、引流管要保持通畅，防止脱落。协助患者翻身，鼓励患者咳嗽，保持呼吸道通畅，预防肺部感染。

(4) 住院医师要严格执行换药制度，应认真检查患者手术伤口并按时更换敷料，仔细观察伤口和肉芽组织等伤口愈合情况。

(5) 严格遵守抗生素使用规范，根据手术的性质、等级，合理使用抗生素，预防并控制感染。正确制定输血、输液方案，以保持水、电解质及酸碱平衡等。

(6) 合理使用止痛和镇痛药物。

(7) 强调合理营养，重视功能锻炼和康复指导。

(8) 高度重视肿瘤患者术后的心理护理, 帮助患者树立战胜疾病的信心。

(9) 仔细观察患者, 特别注意有无严重并发症的预兆, 及时处理。

(10) 一旦患者死亡, 应及时进行死亡病例讨论, 并积极动员家属进行尸检。

【麻醉管理】

(1) 术前麻醉准备, 包括全面了解病情, 选择麻醉方法, 确定麻醉药物, 做好各种麻醉准备。

(2) 严格麻醉工作程序, 特别在手术过程中要严密、及时、准确地观察和记录各项指标, 记载手术和麻醉方法、步骤, 记载术中变化和处理经过, 一般每 15 分钟测血压、脉搏、呼吸各 1 次, 记录术中失血、失液数量和补充量, 重大手术或重危患者要随时观察、记录各项生理指标的变化情况, 防止麻醉意外。术后病人病情变化、重要生命体征不能控制时应及时向上级医师报告, 并与手术组医师沟通, 及时调整手术方案, 实施抢救, 确保手术安全。

(3) 严格执行与病区的交接班制和术后随访制, 手术完毕后若为全麻患者务必待苏醒后才能送回病房, 麻醉人员要亲自护送, 向病房值班医师和护士交接术中情况和术后注意事项, 并再次测量血压、脉搏、呼吸, 均稳定时方可离去。在 3~4 天内进行术后随访, 观察有无出现麻醉并发症, 并协助病房医师认真检查处理。

(4) 防范麻醉事故, 包括责任过失和技术过失导致的事故。

(5) 严格麻醉器械定时检查制度和维修制度, 确保性能良好。

【手术室管理】 手术室的管理主要抓好设计管理、设备器械管理、制度管理和技术管理，包括：手术室的合理布局，相应的设备器械装置，手术室人员的组织分工和工作职责，手术室工作规则和制度建设，技术操作规程及无菌管理等。

【消毒隔离和灭菌管理】

(1) 严格执行消毒隔离制度，包括病区内的常用医疗物品和医疗器械，尤其是换药物品，各种引流管、引流瓶、治疗盘等均要严格定期消毒，病区和手术室、术后复苏室、监护病房等也要严格定期消毒。

(2) 无菌操作技术的管理。外科人员必须树立无菌技术观念，决不能在这方面有任何疏漏或侥幸心理，要非常清楚地认识到感染是肿瘤外科患者的最大敌人，是手术失败的重要原因，因此无菌管理对肿瘤外科来说是全科性、全员性、全过程性的，不能有任何放松。