

第3版

主 编 | 李 进
副主编 | 秦叔逵 马 军 徐瑞华

肿瘤内科

诊治策略

DIAGNOSIS
AND TREATMENT
STRATEGY OF
MEDICAL ONCOLOGY

 科学技术出版社

肿瘤内科 诊治策略

(第三版)

主 编
李 进

副主编
秦叔逵 马 军 徐瑞华

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤内科诊治策略 / 李进主编. —3 版. —上海:

上海科学技术出版社, 2017. 1

ISBN 978-7-5478-2540-2

I. ①肿… II. ①李… III. ①肿瘤-内科-诊疗 IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 035996 号

肿瘤内科诊治策略(第三版)

主编 李进

上海世纪出版股份有限公司

上海科学技术出版社出版

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/32 印张: 10.375 字数 230 千字

2007 年 10 月第 1 版

2017 年 1 月第 3 版 2017 年 1 月第 4 次印刷

ISBN 978-7-5478-2540-2/R·865

定价: 38.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换

内 容 提 要

本书以肿瘤内科常见、多发肿瘤为条目,每个肿瘤下均包括诊断要点、治疗原则、治疗策略三个方面。治疗策略采用标准化疗处方的书写格式,并在治疗方案后附有说明,主要是阐述此方案使用的注意要点和作者体会,目的在于帮助和指导临床医生更正确地诊断疾病,更合理、科学地使用治疗方案,提高诊治水平。

本书适合肿瘤科和全科医生阅读。

编者名单

主 编
李 进

副主编
秦叔逵 马 军 徐瑞华

编写人员

(以姓氏笔画为序)

马 军	哈尔滨血液研究所
王中华	复旦大学附属肿瘤医院
王佳蕾	复旦大学附属肿瘤医院
王理伟	上海交通大学医学院附属仁济医院
王碧芸	复旦大学附属肿瘤医院
牛晓辉	北京积水潭医院
叶定伟	复旦大学附属肿瘤医院
朱 军	北京大学肿瘤医院
朱晓东	复旦大学附属肿瘤医院
李 进	同济大学附属东方医院
李开春	同济大学附属天佑医院

吴小华	复旦大学附属肿瘤医院
吴令英	中国医学科学院肿瘤医院
沈琳	北京大学肿瘤医院
张剑	复旦大学附属肿瘤医院
陈玉玲	军事医学科学院附属医院
陈治宇	复旦大学附属肿瘤医院
洪小南	复旦大学附属肿瘤医院
秦叔逵	解放军八一医院
徐兵河	中国医学科学院肿瘤医院
徐建明	军事医学科学院附属医院
徐瑞华	中山大学附属肿瘤医院
郭军	北京大学肿瘤医院
郭晔	复旦大学附属肿瘤医院
郭伟剑	复旦大学附属肿瘤医院
常建华	复旦大学附属肿瘤医院
梁后杰	第三军医大学西南医院
韩宝惠	上海交通大学附属胸科医院
虞先濬	复旦大学附属肿瘤医院
潘宏铭	浙江大学附属邵逸夫医院

第三版前言

近年来,新的肿瘤诊疗手段与抗肿瘤药物不断涌现,不仅改善了肿瘤患者的治疗效果,也促使我们不断调整与更新诊疗策略。分子靶向药物的问世改变了以往的化疗格局,二代测序和液体活检的兴起使我们可以预见不久的将来,恶性肿瘤的治疗越来越个体化,且更为精准。新的临床研究结果提供了更多循证医学证据,不仅有传统欧美的研究结果,更有许多国内涌现出的高质量研究结果,给临床治疗开辟了新的思路。

《肿瘤内科诊治策略》一书整理了常见恶性肿瘤的基本处理原则,特别是对各分期患者的化疗方案进行了规范而详细的介绍,实用性强。本书自2007年初版以来,受到广大同道的高度关注与认可,并于2010年修订再版。为了使临床一线医生能够了解最新的诊疗方案,为患者提供更精准的治疗,规范化疗流程,我们邀请了全国肿瘤学知名专家对本书再次进行修订,并补充了最新方案。在全书的修订过程中,秉承以往的风格,尽量精简,以短小篇幅提供尽可能详尽的临床用药方案信

息,并对各方案的来源和重要注意事项进行解释说明,使读者更加易于理解。

本书的不断完善,离不开读者的支持和建议,如有不足之处,欢迎指正。

李 进

同济大学附属东方医院

2016年9月

本书常用缩略语

AFP	甲胎蛋白
AUC	药物曲线下面积
bid	每天 2 次
CEA	癌胚抗原
CR	完全缓解
DFS	无病生存期
G-CSF	粒细胞集落刺激因子
HCG	人绒毛膜促性腺激素
ib	膀胱冲洗
ih	皮下注射
im	肌内注射
ip	腹腔内灌注
iv	静脉注射
ivgtt	静脉滴注
KPS	Karnofsky 评分
LDH	乳酸脱氢酶
LVEF	左心室射血分数
OS	总生存期

pCR	病理学完全缓解
PD	肿瘤病灶进展
PFS	无进展生存期
po	口服
PR	部分缓解
prn	按情酌定
PS	体力状况
q4h	每 4 小时 1 次
q6h	每 6 小时 1 次
qd	每天 1 次
qh	每小时 1 次
qid	每天 4 次
qod	隔天 1 次
RFS	无复发生存期
SD	肿瘤病灶稳定
tid	每天 3 次
TTP	肿瘤进展时间

目 录

第一章 头颈部鳞癌 / 1

第二章 鼻咽癌 / 10

第三章 甲状腺癌 / 17

第四章 乳腺癌 / 24

第五章 食管癌 / 48

第六章 肺癌 / 63
 非小细胞肺癌 / 63
 小细胞肺癌 / 75

第七章 胸膜间皮瘤 / 80

第八章 纵隔肿瘤 / 84
 胸腺瘤 / 84
 纵隔生殖细胞瘤 / 87
 神经母细胞瘤 / 89

第九章 胃癌 / 94

第十章 小肠肿瘤 / 103

-
- 第十一章 大肠癌 / 110
-
- 第十二章 原发性肝癌 / 122
-
- 第十三章 胆道系统癌 / 130
胆管癌 / 130
胆囊癌 / 136
-
- 第十四章 胰腺癌 / 143
-
- 第十五章 泌尿及男性生殖系统肿瘤 / 151
肾癌 / 151
膀胱癌 / 158
前列腺癌 / 165
睾丸肿瘤 / 172
-
- 第十六章 妇科肿瘤 / 181
卵巢癌 / 181
卵巢生殖细胞肿瘤 / 189
宫颈癌 / 190
子宫内膜癌 / 196
恶性滋养细胞肿瘤 / 200
阴道癌 / 205
-
- 第十七章 淋巴瘤 / 207
-
- 第十八章 胃肠间质瘤 / 220
-
- 第十九章 神经内分泌肿瘤 / 227
-
- 第二十章 恶性黑色素瘤 / 237
-
- 第二十一章 软组织肉瘤 / 246

第二十二章	癌性疼痛 / 259
第二十三章	抗肿瘤药物的毒副反应及防治 / 268
第二十四章	恶性体腔积液 / 296
附录一	抗肿瘤药物中英文名称和缩写对照表 / 307
附录二	患者体力状况的计分标准 / 313
附录三	实体瘤疗效评价标准 / 314

第一章

头颈部鳞癌

在所有恶性肿瘤中,头颈部鳞癌占4%~5%,全球每年有超过50万的新发病例。头颈部鳞癌好发于50岁以后,男女比例约为2.5:1。头颈部鳞癌按照部位大致分为口腔癌、喉癌和咽癌,而后者又可细分为鼻咽癌、口咽癌和下咽癌,其中鼻咽癌有专门的章节加以介绍。近年来发现某些口咽癌特别是扁桃体癌的发病与人乳头状瘤病毒(HPV)感染有关,这类肿瘤对放化疗的疗效较好。

一、诊断要点

(一) 临床表现

1. 持续未愈的口腔溃疡 对于持续未愈的口腔溃疡,要高度怀疑口腔癌的可能,建议及时进行活检。

2. 吞咽困难和吞咽疼痛 舌根部或扁桃体肿瘤等口咽部以及下咽部肿瘤往往可以导致吞咽困难和吞咽疼痛,部位相对较高,与食管癌常见的胸骨后吞咽障碍症状有所不同。

3. 发音障碍和声音嘶哑 下咽癌和喉癌一旦累及声门,可以导致发音障碍和声音嘶哑,有时舌根癌也会引起吐

字不清。

4. 无痛性颈部肿块 头颈部鳞癌发生淋巴结转移,会表现为颈部无痛性肿块,不同部位的原发病灶会有相应的淋巴结引流区域。

5. 脑神经麻痹症状 由于头颈部复杂的解剖结构,肿瘤有时可侵犯脑神经,引起相应的功能障碍。

(二) 检查手段

1. 病史 应详细询问患者的吸烟、饮酒史以及以往是否有肿瘤病史,如果患者以往接受过头颈部射线照射,应考虑医源性第二原发肿瘤。

2. 体格检查 应仔细观察头颈部器官有无异常,必要时可进行触诊。对于颈部肿块,应明确其大小及所属区级。另外,应常规检查是否伴有脑神经麻痹症状。

3. 喉镜 有助于明确肿瘤的位置、大小以及侵犯范围,特别是针对较为隐匿的部位如舌根、咽部和喉部肿瘤,必要时还可以进行活检。

4. CT 或 MRI 为了明确分期,通常采用 CT 或 MRI 对原发肿瘤以及区域淋巴结进行评价。

5. PET 对于颈部淋巴结转移的诊断,PET 较 CT 或 MRI 有更高的敏感性和特异性,此外还有助于发现远处转移灶。PET 的另外一个作用是对局部放疗后的颈部淋巴结进行性质判断,这可能对是否采取后续颈部淋巴结清扫有指导意义。

(三) 头颈部鳞癌 TNM 分期 (AJCC 2002)

1. 头颈部鳞癌 TNM 的分级标准 见表 1。

表1 头颈部鳞癌 TNM 分级标准

T	N	M
口腔癌		
TX 原发肿瘤无法评价	NX 区域淋巴结无法评价	MX 远处转移无法评价
T0 无原发肿瘤证据	N0 无区域淋巴结转移	M0 无远处转移灶
T1 肿瘤最大直径 ≤ 2 cm	N1 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 3 cm	M1 有远处转移灶
T2 肿瘤最大直径 > 2 cm, 但 ≤ 4 cm	N2 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 > 3 cm, 但 ≤ 6 cm; 或同侧多个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
T3 肿瘤最大直径 > 4 cm	N2a 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 > 3 cm, 但 ≤ 6 cm	
T4a 肿瘤侵犯邻近组织 (骨皮质、舌深肌、上颌窦或皮肤)	N2b 同侧多个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
T4b 肿瘤侵犯三叉神经区、翼板、颅底和(或)包裹颈内动脉	N2c 同侧或对侧淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
	N3 任一淋巴结转移, 最大直径 > 6 cm	
口咽癌		
TX 原发肿瘤无法评价	NX 区域淋巴结无法评价	MX 远处转移无法评价
T0 无原发肿瘤证据	N0 无区域淋巴结转移	M0 无远处转移灶
T1 肿瘤最大直径 ≤ 2 cm	N1 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 3 cm	M1 有远处转移灶
T2 肿瘤最大直径 > 2 cm, 但 ≤ 4 cm	N2 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 > 3 cm, 但 ≤ 6 cm; 或同侧多个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
T3 肿瘤最大直径 > 4 cm	N2a 同侧单个淋巴结转移, 最大直径 > 3 cm, 但 ≤ 6 cm	
T4a 肿瘤侵犯喉、舌深肌、翼内肌、硬腭和上颌	N2b 同侧多个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
T4b 肿瘤侵犯翼外肌、翼板、外鼻咽、颅底和(或)包裹颈内动脉	N2c 同侧或对侧淋巴结转移, 最大直径 ≤ 6 cm	
	N3 任一淋巴结转移, 最大直径 > 6 cm	
下咽癌		
TX 原发肿瘤无法评价	NX 区域淋巴结无法评价	MX 远处转移无法评价
T0 无原发肿瘤证据	N0 无区域淋巴结转移	

(续表)

T	N	M
T1 肿瘤局限于下咽一个亚区以及最大直径 ≤ 2 cm	N1 同侧单个淋巴结转移,最大直径 ≤ 3 cm	M0 无远处转移灶
T2 肿瘤侵犯一个以上下咽亚区或邻近部位,或最大直径 > 2 cm,但 ≤ 4 cm且不伴有声带固定	N2 同侧单个淋巴结转移,最大直径 > 3 cm,但 ≤ 6 cm;或同侧多个淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm;同侧或对侧淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	M1 有远处转移灶
T3 肿瘤最大直径 > 4 cm或伴有声带固定	N2a 同侧单个淋巴结转移,最大直径 > 3 cm,但 ≤ 6 cm	
T4a 肿瘤侵犯甲状/环状软骨、舌骨、甲状腺、食管或颈中部软组织	N2b 同侧多个淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	
T4b 肿瘤侵犯椎前筋膜、包裹颈动脉或累及纵隔组织	N2c 同侧或对侧淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	
声门上癌	N3 任一淋巴结转移,最大直径 > 6 cm	
TX 原发肿瘤无法评价	NX 区域淋巴结无法评价	MX 远处转移
T0 无原发肿瘤证据	N0 无区域淋巴结转移	无法评价
T1 肿瘤局限于声门上区一个亚区且声带活动度正常	N1 同侧单个淋巴结转移,最大直径 ≤ 3 cm	M0 无远处转移灶
T2 肿瘤侵犯一个以上声门上、声门或声门上以外区域的邻近亚区黏膜	N2 同侧单个淋巴结转移,最大直径 > 3 cm,但 ≤ 6 cm;或同侧多个淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm;同侧或对侧淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	M1 有远处转移灶
T3 肿瘤局限于喉部且伴有声带固定和(或)侵犯下列区域之一:环状软骨后区、会厌前组织、咽旁区域和(或)微小甲状软骨侵蚀	N2a 同侧单个淋巴结转移,最大直径 > 3 cm,但 ≤ 6 cm	
T4a 肿瘤侵犯甲状软骨和(或)喉外组织	N2b 同侧多个淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	
T4b 肿瘤侵犯椎前区域、包裹颈动脉或累及纵隔组织	N2c 同侧或对侧淋巴结转移,最大直径 ≤ 6 cm	
声门癌	N3 任一淋巴结转移,最大直径 > 6 cm	
TX 原发肿瘤无法评价	NX 区域淋巴结无法评价	MX 远处转移
T0 无原发肿瘤证据	N0 无区域淋巴结转移	无法评价
T1 肿瘤局限于声带且活动度正常	N1 同侧单个淋巴结转移,最大直径 ≤ 3 cm	M0 无远处转移灶