

医学临床诊疗技术丛书



ZHONGLIUKEJIBING

肿瘤科疾病

临床诊疗技术

主编 ⊙ 郑和艳 吕翠红 边兴花

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书 ◆

肿瘤科疾病

临床诊疗技术

郑和艳 吕翠红 边兴花 主编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了肿瘤科疾病的诊断方法和治疗技术,包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识。结合临床实际,重点介绍了诊断和治疗上的临床经验,以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践,内容全面翔实,重点突出,是一本实用性很强的肿瘤科疾病诊疗读本,适合肿瘤科专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤科疾病临床诊疗技术/郑和艳,吕翠红,边兴花主编. —北京:中国医药科技出版社,2016.9

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 8586 - 0

I. ①肿… II. ①郑… ②吕… ③边… III. ①肿瘤—诊疗
IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 191240 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 11 $\frac{5}{8}$

字数 260 千字

版次 2016 年 9 月第 1 版

印次 2016 年 9 月第 1 次印刷

印刷 北京市昌平百善印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 8586 - 0

定价 35.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 编 郑和艳 吕翠红 边兴花

副主编 陈淑红 高国庆 李 红

李怡璇 孙宝会 王海平

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 东 王海平 边兴花

吕翠红 刘 建 刘江涛

刘晓鹏 孙 炎 孙宝会

李 红 李怡璇 张 莹

陈淑红 郑和艳 赵俊江

胡玉梅 高国庆 韩树生

程瑞波

前 言

肿瘤科是临床医学中重要的组成部分，肿瘤对人类健康和生命的威胁很大，是人类死亡的主要原因之一。随着医学的快速发展和外科学专业分工的进一步细化，肿瘤专业在近年来取得了一系列进步。肿瘤的早期发现、早期诊断、早期治疗是患者获得长期生存的最主要途径。循证医学证明，开展综合防治是目前肿瘤治疗最有效的方法。为了在广大临床医师中普及和更新肿瘤科的诊断和治疗知识，满足肿瘤科专业人员以及基层医务工作者的临床需要，在参阅国内外相关研究进展的基础上，我们结合临床经验编写此书，供广大肿瘤科医师在临床工作中参考，以促进临床肿瘤诊治水平的提高。

本书共分为 10 章，较为系统、全面地介绍了肿瘤科常见疾病的概述、临床表现、辅助检查、诊断要点、鉴别诊断和治疗等方面的知识，重点介绍疾病的诊断及治疗。目的是让广大临床医师把疾病相关诊断标准与临床实践更好地结合，从而使临床诊断更规范、合理和科学，并最终提高疾病的治愈率。该书适用于肿瘤科、普通内外科专业人员以及基层医务工作者参考阅读。

在本书编写过程中，得到了多位同道的支持和关

怀，他们在繁忙的医疗、教学和科研工作之余参与撰写，在此表示衷心的感谢。

由于编写时间仓卒，专业水平有限，书中难免存在不妥和疏漏之处，敬请读者和同道提出宝贵意见。

编 者

2016 年 6 月

目 录

第一章 肿瘤科疾病常见症状 / 1

第一节	神经系统症状	1
第二节	呼吸系统症状	28
第三节	消化系统症状	41
第四节	泌尿系统症状	59
第五节	女性生殖系统症状	69

第二章 肿瘤合并症诊治 / 81

第一节	异位激素分泌综合征	81
第二节	上腔静脉综合征	85
第三节	颅内压增高	86
第四节	脊髓压迫症	89
第五节	恶性胸腔积液	91
第六节	恶性心包积液	93
第七节	恶性腹水	95
第八节	高钙血症	97

第三章 头颈部肿瘤 / 99

第一节	鼻咽癌	99
第二节	喉癌	104

第三节	甲状腺癌	109
-----	------------	-----

第四章 中枢神经系统肿瘤 / 116

第一节	脑胶质瘤	116
第二节	脑膜瘤	119
第三节	垂体瘤	121
第四节	脑转移瘤	123
第五节	椎管内肿瘤	125

第五章 胸部肿瘤 / 128

第一节	肺癌	128
第二节	食管癌	155

第六章 腹部肿瘤 / 172

第一节	胃癌	172
第二节	原发性肝癌	192
第三节	胰腺癌	215
第四节	结、直肠癌	232

第七章 泌尿及男性生殖系统肿瘤 / 255

第一节	肾癌	255
第二节	膀胱癌	259
第三节	前列腺癌	271

第八章 乳腺癌及女性生殖系统肿瘤 / 277

第一节	乳腺癌	277
第二节	宫颈癌	305
第三节	卵巢癌	321

第九章 骨、软组织及皮肤肿瘤 / 336

- 第一节 骨肉瘤 336
- 第二节 软组织肉瘤 341
- 第三节 黑色素瘤 349

第十章 小儿肿瘤 / 354

- 第一节 肾母细胞瘤 354
- 第二节 神经母细胞瘤 357

第一章

肿瘤科疾病常见症状 ◀

第一节 神经系统症状

一、头痛

(一) 颅内肿瘤引起的头痛

头痛是颅内肿瘤患者最为常见的症状。早期头痛可为阵发性，症状较轻，多于清晨或夜间出现。低头、咳嗽、喷嚏、用力排便等动作常使头痛加重，坐位或站立后减轻。幕上肿瘤头痛可从患侧开始，颅内压明显增高后，可加重并累及整个头部。但头痛部位不一定具有定位诊断的意义。大脑凸面肿瘤可有局限性头痛和局部叩击痛。蝶鞍内肿瘤可出现双颞侧头痛。脑室系统肿瘤可出现随体位改变的阵发性头痛，可因肿瘤位置移动、头位变化，出现发作性剧烈难忍的头痛，并可形成特定的强迫体位。颅后窝肿瘤头痛出现较早，程度可相当剧烈，多位于枕后部，可向枕颈部及眶额部放射。少数患者即便颅内肿瘤已发展到晚期，仍可无头痛。小儿颅缝未闭前，由于颅腔扩展，可使头痛变得不明显。

颅内肿瘤除根据其所发生的位置各异而引起不同性质的头痛外，还可有其特殊的表现来协助诊断。如听神经瘤可出现患侧听力障碍、眩晕、耳鸣、面部麻木及共济障碍。

垂体瘤除头痛部位位于额部外，还可出现视野缺损及内分泌障碍。

(二) 诊断与鉴别诊断

1. 颅内肿瘤与其他肿瘤引起的头痛 除颅内原发肿瘤外，对于头痛为主要表现，特别是睡眠中突然痛醒的患者及出现神经系统症状如偏瘫、腰背疼痛、精神异常、排尿困难、共济失调等，头颅CT出现占位病灶、脑叶低密度灶，虽然无明显呼吸系统症状，但消瘦进行性加重者，应注意有肺癌的可能，进行全面的检查，包括胸部X线检查及胸部CT扫描，有条件者可行胸部MRI扫描，必要时进行肺组织活检，及时确诊，采取治疗措施。

2. 偏头痛 多见于年轻女性，患者有家庭遗传背景；患者发作前有明显的视觉感觉异常、轻瘫、失语等先兆症状；疼痛部位多在一侧，呈周期性发作，每次发作时性质相似，伴有出汗、眩晕、心慌、面色苍白或潮红，甚则腹痛、腹泻等自主神经功能紊乱症状。血管收缩药麦角胺使用后效果显著。大部分患者经历数年至绝经期后症状逐渐减轻或消失。

3. 丛集性头痛 多见于中年男性，发作前无先兆症状，突发于夜间或睡眠时。疼痛剧烈呈密集性发作而迅速达到高峰，从一侧眼部四周或单侧面部开始而快速扩展，甚则波及同侧肩颈部，呈跳痛或烧灼样痛，站立可减轻。伴同侧面潮红、流泪、鼻塞、流涕等。疼痛持续数分钟至数小时，无明显神经系统阳性体征，必要时做组胺试验可协助诊断。

4. 鼻窦炎 常位于前额及鼻根部，晨起加重伴鼻塞、流脓涕等。部分患者因继发性肌肉收缩而出现颈部疼痛和后头痛，检查鼻腔可见有脓性分泌物。病变鼻窦部位压痛明显。

5. 神经症性头痛 是其常见的临床表现，部位游走而不固定，一般表现为头部紧束感、重压感、麻痛、胀痛、刺痛等，程度与情绪波动、劳累有关。

二、呕吐

(一) 颅内肿瘤引起的呕吐

颅内肿瘤患者的呕吐多在剧烈头痛时发生，可呈喷射性。与进食无关，但进食有时也易诱发呕吐，可伴有脉搏减慢，且常在呕吐之后头痛减轻。伴有或不伴有恶心。呕吐系颅内压增高或肿瘤直接压迫或刺激第四脑室底部延髓呕吐中枢或迷走神经核所致。颅后窝肿瘤，呕吐出现较早也较多见。呕吐为颅内肿瘤的早期或首发症状，头位变动可诱发或加重呕吐。小儿颅内肿瘤以呕吐为主要症状，头痛却不甚明显，易被误诊为胃肠道疾病，应高度重视。

(二) 诊断与鉴别诊断

颅内肿瘤引起的呕吐必须与下述非肿瘤疾病的呕吐相鉴别。

1. 前庭障碍性呕吐

(1) 迷路炎：为化脓性中耳炎的并发症。临床表现为发作性眩晕、恶心、呕吐及眼球震颤等。结合病史及耳科检查，可以确诊。

(2) 梅尼埃病：多见于中年人。临床表现为突然发作的旋转性眩晕、耳鸣、耳聋伴恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、血压下降等反射性迷走神经刺激症状，每次发作持续数分钟或数小时。发作时出现规律性水平性眼球震颤，发作后有明显的缓解期，缓解期长短不一，神经系统检查无异常发现。

(3) 晕动病：乘坐车、船、飞机等出现眩晕、恶心、呕吐，常伴有面色苍白、出冷汗、全身无力。睡眠不足、情绪不佳或不良气味刺激可成为诱因。

2. 脑血管病引起的呕吐

(1) 高血压脑病：可出现明显的头痛、眩晕、恶心、呕吐等。当病情加重出现脑出血之前，头痛与呕吐剧烈。

(2) 椎-基底动脉供血不足：多发生于中年以上，男性多于女性，临床表现主要为眩晕、头痛和恶心、呕吐、出汗等自主神经功能紊乱症状，提示前庭功能障碍。

(3) 偏头痛：此病多见于青年女性，青春期起病，以阵发性半侧头痛为临床特点，头痛剧烈时可出现恶心、呕吐，呕吐后头痛减轻。应用麦角胺治疗后症状明显好转。

3. 呕吐型癫痫 此型少见。临床特点是长期反复呕吐，呕吐突然发作，为阵发性，严重时1日内发作数次。脑电图检查有癫痫波，抗癫痫药物治疗有效。

4. 神经性呕吐 为胃神经官能症或癔病症状之一。特点是呕吐发作和精神刺激有着密切关系。常不伴恶心，呕吐可于进食后立即发生，呕吐量不多，呕吐后又可进食，如此反复发生。患者常伴有其他的神经官能症症状，如头晕、失眠、乏力等。体格检查无异常。

5. 颅内感染引起的呕吐 颅内感染可因炎症渗出及脑组织肿胀，导致颅内压增高，出现头痛、呕吐。可呈喷射性呕吐，并伴有发热、寒战、脑膜刺激征。

6. 消化系统疾病引起的呕吐 呕吐是消化系统疾病的常见症状。胃、十二指肠疾病引起的呕吐，常以恶心为先兆，吐出后感到轻松。急性胃肠炎多有饮食不洁史，可伴有腹泻。幽门梗阻患者多有胃病史，所致呕吐常呈周期性发作，多在进食后一段时间出现，可呈喷射性。肠梗阻患者呕吐剧烈，低位回肠梗阻时，晚期呕吐物可带粪臭气液体，可伴有肠绞痛与停止排便、排气等。急性阑尾炎、急性胆囊炎、胆管蛔虫症等除呕吐外，均伴有各自特点的腹痛症状。

7. 其他疾病引起的呕吐 许多全身感染疾病、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、低钠血症、甲状腺危象均可引起不同程度的恶心、呕吐。妊娠反应、药物反应、放射治疗后反应也可加重呕吐。

三、眩晕

(一) 颅内肿瘤引起的眩晕

临床上许多颅内肿瘤都可引起眩晕，但眩晕的性质、程度及其伴随的症状各有特点，结合必要的检查，可做出正确的诊断。

1. 脑桥小脑角肿瘤 大多数为听神经瘤。多见于成年人。起病缓慢，出现进行性的单侧听力减退，逐渐发生患侧三叉神经及面神经损害症状。常伴有眩晕和耳鸣。眩晕随病程进展逐渐加重。病程后期可出现小脑共济失调及后组脑神经损害。

2. 脑干肿瘤 脑干肿瘤尤其是脑桥与延髓部位的肿瘤，可累及前庭神经核，出现眩晕和眼球震颤。患者还可伴有交叉性瘫痪、多组脑神经障碍及对侧肢体瘫痪，并可出现病理征阳性。

3. 第四脑室肿瘤 第四脑室部位的肿瘤，尤其是囊性或带蒂的肿瘤，当患者转动头部时，可突然出现眩晕与头痛、呕吐等症状，称 Bruns 征。由于患者头部处于某特定位置时，即会出现眩晕，为避免眩晕而保持头部在一定的位罝，易被误诊为“位置性眩晕”。

4. 小脑肿瘤 发生眩晕的程度一般不严重。病变损害绒球小结叶时，眩晕明显加重。临床上多伴有共济失调症状。

5. 幕上肿瘤 除因为颅内压增高，可表现出头晕或眩晕外，也可因肿瘤压迫而诱发以眩晕为主要表现的癫痫发作。眩晕性癫痫系以眩晕为症状的癫痫发作，起止突然，多为真性眩晕，为时数分钟至数十分钟不等。眩晕发作时，可伴有其他癫痫症状，如意识丧失、精神运动性癫痫、癫痫大发作等，结合脑电图检查可以诊断。抗癫痫药物治疗有效。

(二) 非肿瘤疾病引起眩晕的鉴别诊断

1. 脑血管性疾病 临床上脑动脉硬化、小脑后下动脉血

栓、小脑出血，特别是椎 - 基底动脉短暂缺血发作等，极易导致眩晕。眩晕常是首发症状，为旋转性、移动性或浮动性，多因头位或体位改变诱发。眩晕同时伴有视觉闪光、复视、视物变形、颜面和肢体麻木感、头痛、晕厥、猝倒等其他症状。头后仰垂悬床外并分别左右转颈，当健侧椎动脉受压时，可因脑干缺血而出现眼震。

2. 梅尼埃病 多发生于中年人。临床表现为发作性眩晕、耳鸣、耳聋、恶心、呕吐、眼球震颤。常因精神紧张、疲劳、受寒等诱发，可数日至数年发作一次。病前耳内有胀满感，每次发作持续数分钟至数小时不等，头位改变或睁眼后加重。耳鸣和听力减退呈波动性，即间歇期可恢复，但发作越多恢复越差。多有复听（患耳、健耳对同一纯音声调不同）和响度重振（怕闹声）。听力丧失后，眩晕常可终止。

3. 眼源性眩晕 除视动性眩晕和俯视性眩晕等生理性眩晕外，主要因双眼在视网膜上成像不等干扰了视觉定位功能引起。一般为假性眩晕（视动性眩晕例外），在注视外物时加重，闭眼或闭一侧眼后症状消失（先天性眼震例外）。无前庭型眼震。常见原因有：①屈光异常，见于屈光参差（双眼屈光相差 $>3D$ ）、角膜病变（炎症、瘢痕、锥形角膜）、晶状体异位和不适眼镜等；②眼肌病变，见于眼肌瘫痪、隐斜、辐辏力弱等；③视网膜病变，见于视网膜色素变性、视网膜脱离等。

4. 本体感觉性眩晕 因脊髓后索或脑干内侧丘系病变致本体感觉传入中断引起，为假性眩晕。伴有肢体深感觉减退、感觉性共济失调和肌张力减退等。偶可因腰肌、颈肌痉挛，有过多的本体感觉冲动传入中枢所致。

5. 精神性眩晕 见于神经官能症、癔病、焦虑症等。精神因素可诱发或影响眩晕的发作和程度，精神性眩晕也可合并于器质性眩晕中发生。

6. 药物中毒性眩晕 多种药物可造成前庭神经损害，以链霉素最为常见。多为慢性中毒，出现眩晕、耳鸣后，还可出现恶心、平衡障碍、步态蹒跚等。

四、共济失调

(一) 肿瘤引起的共济失调

小脑占位病变可出现明显的平衡障碍和共济失调，但根据病变所在位置不同，共济失调的表现形式亦不同。患者可出现进行性的颅内压增高，还可出现步态异常、肢体活动幅度异常、肢体活动迟滞、协调不能、交互反复运动障碍、运动性震颤、眼球震颤、肌张力减低、书写及语言障碍等。

小脑性共济失调的特点是：既有躯体的平衡障碍导致站立不稳，也有肢体的共济失调而出现肢体辨距不良、动作笨拙不稳、轮替运动障碍、协调障碍、运动起始及终止出现延迟或连续性障碍。小脑性共济失调不受睁眼、闭目或照明度的影响，不伴感觉障碍，有眼球震颤、构音障碍和特殊小脑步态，行走时步态蹒跚、常向患侧倾倒。闭目难立征阳性。肌张力减低，腱反射迟钝或消失。指鼻试验和跟-膝-胫试验阳性，可见上肢呈弧线摆动及意向性震颤，并有肌张力减低、关节运动过度、肌肉反跳现象等。多数小脑疾病症状比较持久，但恢复后后遗症不明显。患者眩晕症状不明显。共济失调与头的位置关系不大。

1. 小脑半球肿瘤 临床上原发性的小脑半球肿瘤多累及一侧。主要表现为慢性进行性患侧肢体共济失调，伴以肌张力减低和意向性震颤，而躯干平衡障碍不明显。如指鼻试验及跟-膝-胫试验阳性。单侧小脑半球病变，表现为以上肢症状明显的肢体共济失调。病变位于一侧结合臂交叉以下（包括小脑）时，症状在病变同侧。病变位于一侧结合臂交叉以上时，症状在病变对侧。两侧小脑半球肿瘤，临床上少见，

多为一侧肿瘤向另一侧发展或为多发脑转移瘤。可引起四肢共济失调，但其共济失调的表现可随病程发展而先后、程度不一。主要表现为肢体的共济失调，而躯干平衡障碍不明显。

2. 小脑蚓部肿瘤 小脑蚓部病变主要引起平衡障碍。临床上以躯干平衡失调为主。静坐、站立及步行时出现平衡障碍，四肢的共济运动基本正常或完全正常，称作小脑蚓部综合征。急性进行性小脑蚓部病变以肿瘤最常见，尤其是儿童，如小脑蚓部髓母细胞瘤、星形细胞瘤、室管膜瘤等。成人则以转移性肿瘤多见。临床特点为进行性颅内压增高及躯干共济失调。表现为患者站立与步行时共济失调最为明显，身体向后摇晃和倾倒，特别是在转身时可见明显步态不稳，上肢共济失调不明显，常伴眩晕和肌张力减低。

3. 脑桥小脑角占位 多见于成人，以听神经瘤常见。肿瘤增大到压迫损害小脑及其传入神经、传出神经的传导束，产生与小脑半球肿瘤相同的症状。此外，患者还可有听力减退或丧失、面部麻木等症状，可资诊断。晚期因脑干受压，可出现言语障碍与吞咽障碍、对侧锥体束征与感觉障碍。

4. 脑干病变 脑干（中脑、脑桥、延髓）病变引起的共济失调可为深感觉性共济失调、小脑性共济失调或前庭性共济失调，以小脑性共济失调最常见。脑干与小脑半球的联系较蚓部多，故脑干损害所致的小脑性共济失调以四肢共济失调为显著，伴有毗邻结构受累症状，出现相应的脑神经障碍和传导束体征。由于脑干组织受损后代偿不如小脑半球，因此症状持续时间久。

5. 第四脑室病变 第四脑室肿瘤或囊肿也可出现单侧小脑性共济失调。

（二）非肿瘤引起的共济失调

1. 前庭性共济失调 特征为站立及行走时出现平衡障碍。一般都伴有眩晕、眼球震颤和前庭功能试验异常等，但没有