

危险的信号

595852

常见癌肿的早期征兆

CHANGJIAN
AIZHONG DE
ZAOQI
ZHENGZHAO

冀西 喻 编写

安徽科学技术出版社

11
17

常见癌肿的早期征兆

龚西骅

安徽科学技术出版社

常见癌肿的早期征兆

莫西喻

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路1号)

安徽省新华书店发行

安徽新华印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/32 印张2.125 字数43,000

1980年5月第1版 1980年5月第1次印刷

印数1—30,000

统一书号: 14200·17 定价: 0.18元

我们可以说，在本世纪初，所有癌症患者都要死于癌肿；在四十年代，每四个癌症患者中只有一个可以得救；而现在，每两个癌症患者中几乎就有一个可以得救。如果采取更有效的预防措施，做到及早发现，给予充分的治疗，癌症的治愈率还会提高。

——国际抗癌联盟主席U. Veronesi教授
在第12届国际癌症大会闭幕式上的
讲话

7Apr 1963

目 录

发动亿万人民与癌肿作斗争.....	1
先发制癌, 狠抓“三早”	7
肿瘤、癌肿、癌和肉瘤.....	9
常见癌肿的八大警号和十大症状.....	15
食管癌的早期征兆及有关常识.....	18
胃癌的早期征兆及有关常识.....	23
肝癌的早期征兆及有关常识.....	27
子宫颈癌的早期征兆及有关常识.....	32
肺癌的早期征兆及有关常识.....	35
大肠(结肠和直肠)癌的早期征兆及有关常识.....	39
鼻咽癌的早期征兆及有关常识.....	43
乳腺癌的早期征兆及有关常识.....	47
恶性淋巴瘤的早期征兆及有关常识.....	52
骨肉瘤的早期征兆及有关常识.....	54
膀胱癌的早期征兆及有关常识.....	57
黑痣转变为恶性黑色素瘤的征兆.....	59
人人行动起来, 加强对癌肿的预防.....	60

发动亿万人民与癌肿作斗争

从谈虎色变到谈癌色变

谈虎色变的时代终于过去了。今天，作为百兽之王的猛虎，在我国已经少到“需要加以保护”的程度。其实，即使在过去，真正象武松那样与猛虎狭路相逢的人也是不多的，而被猛虎所啖者更属少数。多数人都是从传闻和书本的描述中获知猛虎的凶残，因而产生了恐惧心理，并最终形成了谈虎色变的局面。

可是，当人们对猛虎的恐惧之心早已为好奇之心所取代的今天，另一种恐惧心情，却又在不知不觉中发展到闻之心惊、谈时色变的地步。这种恐惧心理的对象就是癌肿，而这种对癌肿高度恐惧的现象，就被称之为“恐癌症”。

为什么会出现谈癌色变的现象？

谈癌色变现象的形成与下列事实有关：

首先是癌肿的发生多于虎患。敬爱的周总理曾经指出过：“癌症不是地方病，而是一种常见病。”周总理的讲话是有充分事实根据的。在医学领域内，通常是用发病率的高低来反映某一疾病发生的多少。例如癌肿的发病率，指的就是一年内新发现的癌肿病例数与同年平均人数之比，为了便于比较，再把这个比值化为10万人中的比值。根据七十年代初国外发表的对60多个人群进行癌肿发病率的调查结果看：男

性人群中癌肿的发病率为58.9~371.2/10万；女性为79.5~370.4/10万。根据过去几年的初步调查，我国的癌肿发病率平均约在100/10万人口以上，这个数字可能是与大多数发展中国家的癌肿发病率近似，但却比工业发达国家的统计数字低。如果我们把全世界癌肿的发病率，假定平均为150/10万人口以上，那么每年全世界新发生的癌肿病例就约为600万人。这个数字，即使比猛虎最多年代里每年发生的猛虎伤人人数也要多出百倍以上，怎能不惊人！何况由于人类寿命的延长和环境污染的加重，癌肿的发病率还处于不断上升之势，这就更使人触目惊心。

其次是癌肿猛于虎。癌肿是现代威胁人类生命的主要疾病之一。从世界卫生组织(WHO)公布的生命统计资料中一些国家或地区主要死因统计的结果中，可以看出至少在10个国家或地区，癌肿已列为死亡原因的首位；大约在22个国家或地区，癌肿仅次于冠心病和脑血管病，而列在死因的第二位。有资料指出，就全世界而言，每年约有500万人死于癌肿。如就每一个人而言，据WHO国际肿瘤研究机构报告，一生中约有四分之一到五分之一的机会患癌肿。由此可见，癌肿对人类生命威胁之大，也是远远超过了百兽之王的。

最后，在人们对晚期癌肿还处于“空有却病延年之心，恨无除疾回春之术”的今天，晚期癌肿给病人带来的肉体痛苦和给家属带来的精神压力，也都是昔日猛虎所望尘莫及的。

正是由于上述事实，当然也与一些错误的宣传有关，才造成了一些人中谈癌色变的现象。对于有这种恐癌心理的人，不应该轻易斥之为“怕死”和“活命哲学的表现”。因为人的生命不仅属于个人和亲属，它也属于国家和革命事业。更何况还有些人之所以恐癌，是因为他们觉得癌肿将夺去他们

继续为人民作出贡献所必不可少的时间。对于这些人的恐癌心理，是可以理解和应予同情的。

谈癌色变的现象错在哪里？

然而，承认这种心理变化是可以理解和应予同情，并不等于承认这种心理变化就是正确的。恰恰相反，谈癌色变的现象终究还是错误的，恐癌症也还是应当被消除的。人们也许会认为这种讲法有些自相矛盾，他们不禁会问恐癌心理究竟错在哪里？对此，可以简略地答复如下：

首先，一些人之所以恐癌是因为他们看问题不全面，仅仅看到了癌肿可怕的一面，而没有看到人类在制服癌肿的斗争中已经取得的巨大成就。关于这些成就我们不拟细谈，这里只要提出下列事实就足以说明这些成就的巨大：根据统计分析，在本世纪初，所有癌肿患者都要死于癌肿；到了四十年代，医学的发展已可以从每四名癌肿病人中救活一名；而目前，我们已可成功地从两名癌肿患者中救活一名，就是说有50%的患者可望获救！这与本世纪初癌肿患者100%的死于癌肿相比，怎能不承认这八十年里人们在与癌肿的斗争中所取得的成就是巨大的呢！而患恐癌症的人恰恰是没有看到这些成就，以致错误地产生了恐癌心理。

其次，“谈癌色变”之所以会产生，是由于这些人把发展着的客观事物看成为静止不变的，把“活”的事物看“死”了；他们也不相信人类的认识是客观事物的反映，因而认为“人类终究可以认识癌肿发生发展的规律，并将最终制服癌肿”，不过是一些安慰性的空话。而对这一点，我们和他们是有分歧的。我们也承认，对于癌肿的发生原因和发展规律的了解，目前都还有不少模糊不清之处，甚至有空白点。

但是我们坚持人类认识是对客观事物能动的反映这一原则，因而我们坚信任何事物(包括癌肿)的本质都终究要被认识的，也是可以被人掌握(或制服)的。尽管，由于事物本质的暴露需要有一个过程，并且常常不是直接表现出来的，所以人类对于任何客观事物本质的深入认识，也总需要有一个时间过程；而且对癌肿这样一种复杂事物的认识，还要依赖于一定的科学水平和技术手段。然而，不管如何，人们对于癌肿本质的认识始终是在不停地深化着发展着。事实上，人类对癌肿的病因学与发病学的认识，目前已进入到细胞分子学水平，并取得了可喜的成果。这些成果预示，人类认识肿瘤的本质和最终制服癌肿的日子已经不太遥远了。它也说明，把癌肿看成不治之症的悲观绝望的看法，是不正确的。

消除恐癌症，与癌肿作斗争！

既然恐癌现象是错误的，恐癌症就理所当然地应当被消除。消除恐癌症还有着更重要的现实意义，因为不消除恐癌症就不利于战胜癌肿。早在一百年前，人们就曾注意到精神状态对癌肿患者的预后有影响。近几年来，美国、日本、加拿大等国的学者在这方面又作了不少新的探索。他们对一些未经治疗而经病理组织学确认癌细胞已消退的病人，以及带癌而最终癌自然消退的病人，进行了病理学、免疫学和心理学的分析。结果发现，这些病人在精神生理状态上有着共同的特点，就是缺乏忧虑和抑郁反应，对人生的看法很乐观。学者们认为，正是由于此，才充分调动了这些病人内在的自身康复力，增强了免疫机能，从而促使了癌肿的自然消退。即使是对一些中、晚期癌肿患者，精神状态也会影响到病程的发展：过度的忧伤，绝望的情绪，会使病人眠食俱废，

自身康复力和免疫机能都因此而迅速下降，结果，对某些本来可以耐受的治疗（如化疗、放疗），变为不能耐受，致病情迅速恶化，给治疗带来了有害的影响。最后，恐癌症还会给对癌肿的研究带来不利：很难设想，一个有严重恐癌心情的学者，会设计出一种制服癌肿的积极的科研方案并取得成果。因此，无论从哪个角度看，恐癌症都是应当被消除的。

怎样才能改变人们的恐癌心理和消除恐癌症呢？当然，最有效的措施是尽快地掌握预防癌肿发生和根治癌肿的方法。然而，遗憾的是在这两方面目前我们都还没有把握。那么，目前我们究竟应当怎么办呢？

首先，要告诉人们，怕是无济于事的。害怕敌人，就只好束手待戮。对于癌肿这个“敌人”，我们就是要发动亿万人民与它斗争。只有最终战胜它，才能永远解除它对人类的威胁。

其次，要广泛地实事求是地宣传在治疗癌肿方面已经取得的成就，以鼓舞士气，坚定人们与癌肿斗争的信心。例如，在现阶段，由于狠抓了“三早”，即早期发现、早期诊断和早期治疗，使得有50%的癌肿病人可望获救，如以5年存活率来表示，已可使80~90%的病人在治疗后存活5年以上，即5年治愈率为80~90%。如从各个具体的癌来看，其治愈率的提高就更为明显。例如，刚解放时，食管癌的病人就医时，都已属于中、晚期，当时，经手术等治疗后的5年存活率仅有10%左右。但在目前，由于能做到早期发现，早期食管癌病人手术后的5年存活率已达90.3%。又如胃癌，原来发现的都是中、晚期病人，其治疗后的5年存活率仅为8~17%，自从纤维胃镜问世，早期胃癌被发现后治愈率也大大提高，目前我国早期胃癌病人术后5年存活率也已高达90.9%。再如肝癌，在

十年之前，几乎是100%地死于一年左右。但自从利用甲胎蛋白测定普查，从而使肝癌获得早期确诊后，加上肝切除术的发展，今天已有56%的早期肝癌病人术后存活了5年以上。至于象宫颈癌，晚期病人治疗后的10年存活率仅为16~30%，而I期患者的治疗后10年存活率则为90~96%。上述数字有力地说明了，即使在现阶段，只要能做到“三早”，就可以大大降低癌肿对人类生命的威胁。

最后，还要告诉人们，在预防癌肿的发生上，目前也还是有所成就的。由于从事癌症研究的学者的增多(由1940年的2,000人增加到1977年的40,000人)、癌症防治研究机构的增多(从1930年的20多个增加到1978年的300多个)，以及人们普遍对癌肿问题的重视，因而近数十年来，在癌肿的流行病学、病因学等方面都取得了一些进展。明确了地理因素、环境中的致癌物质以及人体内在因素等方面对癌肿发生的影响，并开始在国家或世界范围内采取了相应措施，例如消灭公害，减少环境污染；改善工作条件，减少与致癌物质接触的机会；严格食品检查制度，控制食物中致癌物质或其前身的含量；在世界上相当大的范围内提倡戒烟及培养良好的生活习惯等。由于采取了这些措施，目前，一些国家或地区的有些癌肿的患病率已经下降。例如在我国的北京市和天津市某区，1972年子宫颈癌的患病率仅为1959年的七分之一；在上海市，宫颈癌的患病率由1958年的171.6/10万人口，下降到1972年的32.6/10万人口。又如阴茎癌，解放前是我国男性癌肿中最多见者(17.5%)，解放后则逐渐下降至5.2~7.7%，1964年北京市的统计仅占1%。

知彼知己，百战不殆。在和癌肿的斗争中，目前我们虽不能百战不殆，但当人们知道了上述情况后，恐癌的程度必

将有所改善，在一部分人中，恐癌症也可能被消除。

· 先发制癌，狠抓“三早”

消除了恐癌症，虽然有利于与癌肿作斗争，但单单是不恐癌，并不等于已经战胜癌肿。这就象打仗一样，首先要不怯敌，有战胜敌人的勇气和信心，但更重要的是善于杀敌。在现阶段，制服癌肿的有效办法，就是先发制癌，狠抓“三早”。而早期发现又是早期诊断和早期治疗的前提。

怎样才能做到早期发现癌肿呢？

做好防癌宣传，开展群防群治

与癌肿的斗争是一场涉及面极为广泛的斗争，只有调动亿万人民参战，才能赢得这场斗争的胜利。为此，就必须做好防癌宣传，大力开展关于狠抓“三早”重要性的宣传；普及与肿瘤有关的常识，特别侧重于普及常见癌肿的早期征兆，即包括病人自己能够主观感觉到的不适（症状）和可以发现的客观异常（体征）的知识；宣传和介绍个人自我检查的方法等。这样就可使群众在这场斗争中处于主动的地位，有利于群防群治。

· 在进行防癌宣传时，除了注意以上各方面外，还应向人们讲清楚两点：（1）大多数癌肿是有病人自己可以觉察到的早期征兆的，关于这一点，我们将在后面详加介绍；（2）大多数癌肿是发生在病人容易发现和可能查及的部位，因此，即使不懂医学知识，只要稍加注意，还是可以进行自我检查的。

例如，人体所患的癌肿中，有75%以上是发生在上述部位的，其中有皮肤癌、唇癌、舌癌、口颊癌、甲状腺癌、腮腺癌、乳腺癌、阴茎癌、宫颈癌、肢体软组织肉瘤、骨肉瘤以及由体表淋巴组织发生的恶性淋巴瘤等。

开展防癌检查，力争早期发现癌肿

所谓防癌检查(或称预防检查)，实际上包括以下三种检查：

- (1)对无任何自觉症状的“健康者”的常规健康检查；
- (2)对一定数量人群的带有筛选目的的普遍检查，即防癌普查或肿瘤普查；
- (3)对有可疑症状者的诊断性检查。

在上述三种检查中，肿瘤普查是更为重要的一种方式。由于它是在一定人群中，针对某种或多种常见癌肿所作的重点或全面的居民健康检查，因此，它对早期发现和早期诊断具有明显的重要性。例如，据上海市纺织工业局第一、第二、第三医院1975年报告，他们在1958~1972年的15年中，由于坚持普查普治，在54万多人次中所发现的早期宫颈癌在宫颈癌总数中的百分比，由1958~1962年的77.6%上升到1968~1972年的91.8%，与此同时，宫颈中晚期癌所占的百分比，则下降了72%。又据上海市纺织工业局革委会直属组1975年报道，他们在两年左右时间内对19万多人次进行了肿瘤普查，结果发现甲状腺、肠、宫颈、胃、乳腺、肝、肺、鼻咽癌和其他癌肿病人共410例，其中无明显症状的临床早期病人有339人，占82.7%，属中、晚期的病人仅占17.3%。经及时治疗，迄至1977年仍存活者有376人，占91.7%；特别是经手术治疗的癌肿病人中，属于临床早期的占89.7%，存活率达

97.3%。这充分说明了开展肿瘤普查的重要性。

肿瘤普查的方法包括：(1)询问有无可疑的主观感觉异常(症状)；(2)利用望、闻、叩、听、触等方法仔细检查被检者有无客观上的异常表现(体征)；(3)有针对性地进行包括外周血象、尿常规、大便隐血、血清甲种胎儿球蛋白(AFP)测定、耳血四环素测定等化验室检查；(4)包括X线透视或摄片、超声波检查、同位素扫描、脱落细胞学(包括宫颈涂片及刮片)检查等辅助实验室检查；(5)对高度可疑病例的病理检查(细针头肿块穿刺涂片和外科手术切除小块组织送检)，以及对于一些与外界相通管道，如消化管、气管、泌尿生殖道等，所进行的纤维内窥镜检查，这种检查不仅可直接看到需要检查的内脏管道，而且可以在直视下取活组织送病理检查。

但是，仅仅依靠医务人员进行肿瘤普查，毕竟还是不够的。如果能发动亿万人民进行“自查”和“互查”，其结果必将超过几十万个癌肿普查队。这样一支庞大的防癌大军的威力将是无法估量的。

然而，在发动群众提高警惕，狠抓“三早”，与癌肿进行有效斗争的时候，必须防止“怀疑一切”、“草木皆兵”的倾向。有必要向大家详细而准确地介绍有关癌肿的一些常识，这也就是本书的目的。

肿瘤、癌肿、癌和肉瘤

通常所说的癌肿或癌症(cancer)是泛指一切恶性肿瘤(malignant tumour)的。癌肿和恶性肿瘤是同义词，它是

肿瘤家族中的一组重要成员，和良性肿瘤一起共同组成了肿瘤家族。

何谓“肿瘤”？

什么叫肿瘤，或者说肿瘤的定义是什么？对这个问题并不是所有人都清楚的。有人以为，只要是身上长了肿块或包块，就是长了肿瘤。这种认肿块为肿瘤的看法，虽有一些依据，但它并不正确。因为有很多其他原因都可引起人体某一部位出现肿块，但其性质却不是肿瘤。例如：

1. 畸形：主要是指构造畸形和生长畸形。最常见的畸形有：(1)组织或器官发育过度或数目过多。例如有些人比正常人多长一个或几个(或对)脾(副脾)、乳头(副乳)、肾上腺(副肾上腺)。(2)组织或器官生长位置异常，正象跑错了地方一样，医学上把这种现象称为组织的迷离，常见的有胸腺、甲状腺、胃腺和胰腺组织的迷离。(3)胚胎时形成的而在出生后本应退化、消失的组织却没有退化消失，被保留下来并继续增长，例如甲状舌管囊肿、表皮囊肿等。(4)错构瘤，这是指在发育过程中，本应均匀分散存在的某些成分，由于结构上的错误而集中于某一处并引起肿块的情况。其名虽曰错构瘤，但它和真性肿瘤并不是一回事，也就是说它并非真性肿瘤。这种情况最常见的有血管瘤、淋巴管瘤、肺和肾以及肝脏的错构瘤。此外，几乎每个人都有的黑痣也属于这一范畴。(5)寄生胎，或称胎中胎。在一个婴幼儿(有时也可见于成人，两性均可)的腹腔内有另一个发育不完善的人胎，这实际上是胚胎发育过程中的双胎之一，被包入另一胚胎中。被寄生者和寄生胎的关系是双生的兄弟或兄妹关系，不过是一个发育为正常婴儿，另一个则仅成为寄生胎块而已。

2. 局部血液循环障碍：如肝硬化病人的脾脏因瘀血而肿大等。

3. 物质代谢障碍性疾病：如脂肪代谢紊乱引起的黄色瘤，就是胆固醇在局部沉积而致的包块，并非肿瘤。再如核蛋白代谢紊乱所引起的痛风结节等。

4. 炎症：各种急、慢性炎症，均可引起肿块。有一些慢性炎症所引起的肿块，在临床表现及眼观检查时，均可能与肿瘤极其相似，医学上称之为炎性假瘤。

5. 创伤修复过度：如疤痕疙瘩和创伤性神经“瘤”等。

6. 免疫性疾病：如淋巴性甲状腺肿、甲状腺机能亢进症、免疫母细胞性淋巴结病和局限性回肠炎等。

7. 内分泌疾病：如地方性甲状腺肿、女性乳腺结构不良症和男子乳腺发育症等。

8. 原因未明疾病：如结节性筋膜炎（也称假肉瘤性筋膜炎）和嗜伊红细胞增生性淋巴肉芽肿等。

由此可见，尽管绝大部分肿瘤都会形成肿块，但有了肿块却不一定就是长了肿瘤。相反地，有些恶性肿瘤如白血病，就不形成肿块。因此，不能在肿块和肿瘤之间画等号。

那么，究竟什么才叫肿瘤呢？

肿瘤是在各种致癌因素作用下，人体内某一种细胞或组织发生的异常的过度增生。它有以下特点：第一，这种增生的“异常性”表现为肿瘤细胞在它的形态、功能、代谢和生物学行为方面，都与其相应的正常细胞有差异。这种差异在医学上称之为“失分化”。差异愈大，意味着失分化愈明显，或分化愈差，其恶性度也就愈高；反之，则意味着分化相对较好，恶性度较低或甚低而为良性瘤。第二，肿瘤细胞的生长总是和整个人体的生长不协调，可以是人瘦瘤长，并对人

体有百害而无一利。第三，它经常形成肿块。

只有具备上述特点的肿块或无肿块的异常增生(如白血病)才称之为肿瘤。

良性肿瘤与恶性肿瘤

肿瘤，根据它分化的好和差，以及它的形态、生物学行为和对人体的影响，又可分为两大类，即良性肿瘤与恶性肿瘤。两者间的不同点见下表：

	良 性 肿 瘤	恶 性 肿 瘤
分化程度	分化好，近似正常相应细胞	分化差，与相应正常细胞差异大
生长速度	缓慢	迅速
生长方式	膨胀性生长（象吹气球一样）	浸润性生长（象树根扎入泥土一样）
包膜形成	常有包膜	无包膜
与邻近组织关系	分界清楚，挤压但不破坏邻近组织	分界不清，破坏邻近组织
转移	不发生	几乎都会发生转移
手术切除	易切净，不易复发	不易切净，常易复发
对人体影响	多数不显著	显著，常因转移、破坏生命重要器官而致患者死亡

必须指出的是，上面的良性、恶性肿瘤的鉴别表，仅仅是为了让人们便于记忆而制定的。它的优点是良性、恶性的差别一目了然，它的缺点是把良性、恶性肿瘤间的差别绝对化了。事实上，在良性、恶性肿瘤之间，还存在着一类界乎二者之间的“交界瘤 (borderline tumour)”。交界瘤是一类具有潜在恶性的肿瘤。不仅如此，即使同属恶性肿瘤，其恶性程度也