

肿瘤科急症 及并发症

主 编
王擎玉 张顺道

R730.597
WQY

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

肿瘤科急症及并发症

主 编 王擎玉 张顺道

北 京 医 科 大 学
中国协和医科大学 联合出版社

[京]新登字 147 号

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤科急症及并发症/王擎玉,张顺道编著.-北京:
北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1994
ISBN 7-81034-344-0

I. 肿… II. ①王…②张… III. ①肿瘤病-急症-诊疗
②肿瘤病-并发症-诊疗 IV. R730.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 05720 号

肿瘤科急症及并发症

王擎玉 张顺道 主编

责任编辑:徐允盛

*

北京医科大学 联合出版社出版
中国协和医科大学

四方计算机照排中心排版

北京昌平精工印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

*

787×1092 毫米 1/32 印张 5.25 千字 116

1994 年 3 月第 1 版 1994 年 3 月北京第 1 次印刷

印数:1-3000

ISBN 7-81034-344-0/R·344

定价:6.00 元

序

众所周知，当今世界恶性肿瘤、心血管疾病是威胁人类健康的两大敌人。据最近有关资料统计：全世界现有癌症病人1400万，我国现有癌症病人近200万，而晚期癌症病人占所有癌症病人就诊人数的40%左右。晚期癌症病人中多数伴有肿瘤急症表现及一系列的并发症，如感染、疼痛、出血、内分泌及代谢紊乱、上腔静脉综合征及恶性体腔积液等。

目前，我国城市地区恶性肿瘤病人死亡率为125.76/10万，农村地区102.53/10万，严重危害着人民的生命，并且肺癌、乳腺癌、大肠癌等发病率仍在不断上升。相随而来的肿瘤急症和并发症越来越多，给病人造成极大痛苦，而且多数病人又得不到及时、合理的治疗。

近年来，全国各地肿瘤防治事业发展迅速，几乎每个综合医院都设有肿瘤科，不少乡镇基层医院也配有肿瘤专业医生，但是有关肿瘤急症和并发症的发生、诊断和治疗的参考书甚少，致使肿瘤急症和并发症难以及时、恰当的处理，也少有针对性资料可寻。王擎玉、张顺道同志根据肿瘤科工作需要，及时编写了《肿瘤科急症及并发症》一书奉献给大家，一定会受到广大肿瘤工作者的喜爱和欢迎。

作者均是从事临床工作几十年的专家，具有丰富的临床经验。该书还荟萃了中外专著精华，内容简明，重点突出，实用性强，它不仅是肿瘤工作者临床工作必备的工具书，也可供广大医务人员、大专院校学生参考。

山东省肿瘤防治研究院 韩芍亭

1993.12.于济南

前 言

恶性肿瘤是严重危害人类生命、健康的常见多发病。据卫生部卫生统计信息中心发布的《1992 年我国卫生事业发展情况统计公报》资料,城市地区前 10 位的死因恶性肿瘤已排在第一位,农村地区居呼吸系病、脑血管病之后占第三位。近年来,我国对恶性肿瘤的研究有了很大发展,特别是在基础研究方面正向国际水平靠近,中西医相结合防治肿瘤已取得了较为突出的成果。但是,对恶性肿瘤的发生、发展或治疗过程中常常出现的急症或并发症的研究及资料较少,对晚期癌症的研究也仅刚刚起步。肿瘤急症及并发症因其极易误诊或突然导致死亡,因此较恶性肿瘤本身更具有较大的危害性。在肿瘤临床工作中,如果我们能对出现的急症、急症危象或并发症早期发现,及时采取积极、恰当的治疗措施,不但可以减轻患者的痛苦,而且还可以争取时间,为以后的治疗提供机会。

我们编写的《肿瘤科急症及并发症》一书,对恶性肿瘤的常见急症及并发症的发病原因、临床表现、诊断及处理措施各方面作了较为详细的叙述,以期对青年医生及基层肿瘤工作者在临床工作中有所帮助。但由于急症医学涉及面广,与临床各学科密切相关,加之我们水平有限,时间仓促,书中难免有许多疏漏、不足,甚至是错误之处,恳切希望读者不吝赐教。

本书由王擎玉、张顺道主编,王颖、晁曰瑞、王军、朱爱莲副主编,李如玺、胡振福、刘敬春、任瑞巧、董惠民、司

春俭、高中民等参加了资料收集及编写工作。在编写过程中，得到了山东省肿瘤防治研究院韩苟亭等专家的指导，并审稿，同时受到了我院领导及放疗科、急救中心、外科、神经科等医护人员的大力支持和帮助，在此一并致以衷心的感谢。

王 擎 玉 张 顺 道

1993. 12. 26.

目 录

第一章 肿瘤常见急诊症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 疼痛	(7)
第三节 咯血	(11)
第四节 上消化道出血	(17)
第二章 上腔静脉综合征	(23)
第三章 恶性胸腔积液	(28)
第四章 颅内压增高	(36)
第五章 脏器梗阻	(48)
第一节 呼吸道梗阻	(48)
第二节 胆道梗阻	(50)
第三节 肠梗阻	(52)
第四节 尿路梗阻	(57)
第六章 脊髓压迫症	(61)
第七章 重症肌无力	(71)
第八章 肿瘤所致内分泌及代谢紊乱	(78)
第一节 低血糖症	(78)
第二节 高钙血症	(83)
第三节 高尿酸血症	(89)
第四节 乳酸中毒症	(92)
第五节 低血钠症	(95)
第六节 嗜铬细胞瘤危象	(99)
第七节 垂体卒中	(107)
第九章 类癌综合征	(111)

第十章 肿瘤治疗中的并发症·····	(116)
第一节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症·····	(116)
第二节 放射性肺炎·····	(120)
第三节 肝功能损害·····	(123)
第四节 肾功能损害·····	(126)
第五节 放射性脊髓病·····	(128)
第六节 组织坏死和栓塞性静脉炎·····	(131)
附一：肿瘤科常用实验室检查临床意义及 正常值·····	(133)
附二：体表面积计算法·····	(140)
附三：肿瘤科常用药物缩写、英文及中文 名称·····	(145)
附四：常用抗肿瘤药物临床应用一览表·····	(148)
附五：常见恶性肿瘤化疗方案举例·····	(154)

第一章 肿瘤常见急诊症状

第一节 发 热

发热 (fever) 是恶性肿瘤的常见症状之一。一般低热指 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，高热指 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

【发病原因】

恶性肿瘤病人的发热可由肿瘤本身引起或肿瘤并发感染所致。恶性淋巴瘤、肝癌、肺癌、骨肉瘤、胃癌、结肠癌、肾癌、胰腺癌或癌肿晚期病人常以发热为主诉。

一、癌症并发感染

癌症病人的发热最常见的原因是并发细菌、病毒、霉菌或寄生虫的感染，尤其是化疗或放疗后粒细胞减低的患者，据统计约 60% 的发热因此引起。

1. 中心型肺癌：这类病人的支气管被肿瘤阻塞后，远端分泌物滞留，给细菌繁殖、生长提供了条件而诱发感染。
2. 胆管细胞癌、胰头癌或乏特氏壶腹癌并发胆道感染。
3. 结肠癌常并发溃疡与感染。
4. 泌尿生殖系统肿瘤易并发泌尿系感染。
5. 白血病患者由于成熟的粒细胞普遍减少，机体抵抗力大为降低，常发生全身及局部感染。

二、癌性发热

癌性发热常见于肿瘤的进展期，有广泛的肿瘤坏死或明显的肿瘤破坏的患者。另外肿瘤组织白细胞浸润发生局限性炎症致瘤细胞产热过多。最近认为癌性发热的介质为内源性

致热源、白细胞介素 I 及肿瘤坏死因子等体液因素。

三、其它原因

1. 癌肿或转移灶使中枢神经系统下视丘的体温调节中枢失调而引起发热。

2. 治疗肿瘤的某些药物，如 BLM、DNR、PDD、STZ、L-ASP、IFN 等的副作用。

3. 肿瘤治疗中的输血、输液的热原反应及非化疗药物引起的过敏反应。

4. 大剂量长时间应用皮质激素引起肾上腺危象。

【临床表现】

一、急性发热

急性白血病、恶性淋巴瘤、肉瘤、恶性组织细胞病常可致突然发热。

二、周期性发热

恶性淋巴瘤的热型不一，有时可有周期性发热，同时伴发冷多汗。嗜铬细胞瘤在阵发性血压增高时可伴有体温升高、头痛出汗等。

三、长期发热

恶性肿瘤长期发热的发生率较高，约占长期发热的 20%。急性白血病、恶性淋巴瘤（何杰金氏病、网状细胞肉瘤、淋巴肉瘤等）以及深部器官的癌肿等均可引起长期发热，同时可伴咽痛、进行性贫血、腹痛、腹泻、肝脾肿大、出血倾向等症状。热型多不规则或为弛张热。

四、慢性低热

见于早期淋巴瘤及实质性癌肿及转移癌，特别是肺癌、肝癌、结肠直肠癌，体温常在 37.4~38℃ 之间。

五、伴发症状

1. 发热伴黄疸，如胆管细胞癌、乏特氏壶腹癌、肝癌等，特别是合并感染时发热伴有黄疸。

2. 发热伴腹泻，如胆道肿瘤、肝癌等发热同时伴有慢性腹泻。有报道恶性淋巴瘤约 20% 出现不同程度的腹泻。

3. 发热伴肝脾肿大，如肝癌、血液病等可伴有肝肿大，有时脾亦增大。

4. 发热伴淋巴结肿大，如恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病以及转移瘤等发热同时伴有淋巴结肿大。

5. 发热伴脑膜刺激症状、昏迷，多见于脑内肿瘤及转移瘤。

【诊断】

肿瘤发热的诊断有时甚为困难，如恶性组织细胞病、淋巴瘤和肝癌等引起的发热酷似败血症、伤寒病。有的诊断较为容易，如白血病，由于其他症状较为明显。肿瘤病人发热的诊断及鉴别诊断根据情况可选择下列方法：

一、详细询问病史

1. 肿瘤史及治疗情况。
2. 注意发热起病急缓、时间、高度以及伴发症状。

二、全面的体格检查

1. 体温、脉搏、呼吸、血压。
2. 皮肤粘膜有无黄疸。
3. 肝、脾、淋巴结有无肿大。

三、必要的实验室检查

1. 常规检查，如血、尿、血沉等。
2. 细菌学检查。
3. 血清学检查，除外某些非肿瘤性疾病，如伤寒等。

四、超声检查、胸部透视及拍片，甚至 CT 扫描及磁共振

等可发现原发灶

五、活组织检查可明确诊断

六、肿瘤病人体温升高时须注意鉴别诊断

1. 癌性发热与肿瘤并发感染发热的鉴别：

表 1-1 癌性发热与肿瘤并发感染发热鉴别表

项 目	癌 性 发 热	肿瘤并发感染发热
萘普生治疗试验	使发热消退	不能退热
中毒症状	无或轻微	明显,伴畏寒、出汗、心动过速
热型	间隙性,热程或长或短	弛张热
抗菌素治疗	无效	有明显效果
细菌学检查	阴性	阳性
实验室检查	无感染证据	有感染证据
X线、CT扫描	无感染表现,发现肿瘤灶	有感染表现
退热药效果	无退热作用,或作用较小	可暂时性退热

有作者建议癌性发热的诊断标准为：①每天至少一次体温高于 37.8°C ；②发热持续时间超过 2 小时；③体检、实验室检查及 X 线检查等无感染证据；④用合适抗菌素治疗 7 天无效；⑤用萘普生后热迅速而完全消退；⑥排除过敏、化疗及放疗反应、输血及生物制品副作用等情况。

2. 癌性发热与癌患者其它情况发热的鉴别：

(1) 治疗中药物、输液、输血反应：停药后热消退。

(2) 过敏反应：经脱敏治疗后热消退。

3. 常见几种引起发热的肿瘤的鉴别诊断：

(1) 原发性肝癌：约 30% 的原发性肝癌有程度不一的长期发热，尤其粟粒型肝癌常以发热为主要症状，多在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 左右，有的高达 39°C 以上，常被误诊为感染性患者或肝

脓疡。与肝脓疡的鉴别要点：①原发性肝癌多有肝病史，部分发生黄疸、肝大、质硬、失去正常形态，晚期有血性腹水，B型超声检查见肝脏有分布不均匀的光点、光团、周围有散在细小光点，血清甲胎蛋白测定多大于 $400\mu\text{g/L}$ （放射免疫法），肝穿活组织检查可查到癌细胞。②肝脓疡患者常有阿米巴感染史，发热常伴寒战，少有黄疸，局部可有饱满及压痛，脓疡穿破出现急腹症，血沉加快，白细胞增加，超声检查肝脏出现液平段，甲胎蛋白检查阴性，肝脏穿刺可抽出脓液，涂片可查到细菌或阿米巴滋养体。

（2）急性白血病：发病急，突然有疲倦、乏力、出血、发热及骨痛等症状。骨髓检查可确诊。

（3）淋巴瘤：恶性淋巴瘤易引起发热，有报道为31~50%，发热可为首发症状。有些恶性淋巴瘤肿大的淋巴结位于腹腔、腹膜后及纵隔，发生周期性发热，但无浅表淋巴结肿大，须与其他原因的周期性发热相鉴别。

（4）恶性组织细胞病：多数病例有长期发热，临床表现多样化，热型不一，呈稽留、弛张或回归热。早期可有白细胞减少，晚期多出现全血细胞减少，血中找到异常组织细胞，骨髓涂片及淋巴结穿刺或活检多能发现异常组织细胞。须与反应性组织细胞增多症鉴别。

（5）肾癌：肾癌常有发热，约在15~20%左右，根据临床症状，辅以B型超声、静脉或逆行造影等诊断不难。

【治疗】

处理发热的关键是针对病因进行治疗。体温不超过 39°C 的一般可不作特殊处理，即使高热病人在未明确诊断以前也不要轻易应用退热剂和抗菌素，以免改变其原有热型或掩盖其他临床表现，给诊断和治疗带来困难。

一、对症处理

高热病人应作对症处理，方法如下：

1. 物理降温：

(1) 冷敷：用冷毛巾（拧半干不滴水为度）湿敷额部或表浅大动脉处，每7~8分钟更换一次，亦可在额、枕后、颈、腋和腹股沟处置放冰袋。

(2) 酒精擦浴：用75%酒精擦浴四肢、胸、颈、背部。

(3) 有条件者可把病人放在有空调的房间内。

2. 药物降温：根据病情的轻重适当选用，但对肿瘤性发热往往效果不佳。

(1) 安乃近：0.25~0.5，每日2~3次，口服或肌注，亦可用10~20%安乃近液滴鼻。本品易溶于水，作用较快，解热作用显著，通常用于急性高热。

(2) 萘普生：用于肿瘤性发热，每日用500~700mg，热可消退，如用250mg，每日2次可使体温维持在正常。此药长期应用可产生恶心、呕吐、消化不良、便秘、胃肠道出血、失眠或嗜睡、头痛、头晕、耳鸣、瘙痒、皮疹、血管神经性水肿、视觉障碍等，但一般为轻度或暂时不适。

(3) 消炎痛：是非皮质激素类的化合物，具有消炎、解热和镇痛作用，常用于瘤性发热。可制成栓剂塞入肛门有良好退热效果。用量：25~50mg，每日3次。

(4) 扑热息痛：作用缓慢而持久，用量：0.5，口服，每日3次。

(5) 柴胡注射液：肌注有良好镇痛、解热、镇静效果。

二、抗菌素的应用

对已明确诊断的肿瘤患者合并感染发热者，要根据菌谱和药敏选择用药。

三、肾上腺皮质激素的应用

肾上腺皮质激素能抑制感染病人的发热，但体温的抑制有利于细菌的生长与扩散，所以要与抗菌素同时使用。

四、病因治疗

对于引起发热的肿瘤一般不宜手术或放射治疗，情况许可的情况下可考虑化疗。

第二节 疼 痛

疼痛是癌症病人最常见的症状之一，据报道恶性肿瘤病人中约 55~85% 伴疼痛，尤其是晚期病人常以疼痛为主要症状。

【发病原因】

疼痛反应是一种高级神经中枢机能，受诸多因素影响。据统计，癌症患者的疼痛 77% 由癌肿本身引起，19% 由治疗引起，4% 与癌症无关。癌肿引起疼痛的原因有如下几方面：①肿瘤侵犯神经、神经丛或直接与间接压迫中枢神经或周围神经；②肿瘤侵蚀或破坏组织器官，如骨骼的浸润；③肿瘤压迫血管、淋巴管，使血液或淋巴液回流受限，继发贫血、水肿；④肿瘤周围炎或继发感染及溃烂的肿瘤释放出内源性化学物质；⑤肿瘤致病理性骨折、脏器穿孔、梗阻；⑥精神因素，如恐癌、失望等常可使疼痛加剧。

【临床表现】

不同部位的肿瘤可引起不同位置的疼痛，常见有头痛、胸痛、腹痛等。

一、头痛

1. 脑肿瘤：92.5% 的病例表现为强烈钝痛，65.1% 的颅

内转移瘤常以头痛为首发症状，并常有呕吐等颅内压增高的表现。

2. 鼻咽癌：早期即可出现持续性、固定性、偏一侧性头痛，晚期有颅底破坏或颅神经受侵时头痛变得剧烈。临床资料 70% 的病例有头痛症状。

二、胸痛

1. 肋间神经痛：良、恶性病例均可引起剧烈的肋间神经痛。

2. 根痛：由胸椎或胸段脊髓肿瘤及转移瘤压迫脊髓及神经根引起。

3. 胸骨痛：急性白血病引起，其压痛尤为明显。

4. 胸内肿瘤：如胸膜肿瘤引起持续性钝痛；肺癌及肺转移瘤早期可有胸内闷痛不适，侵及胸壁压迫神经后根出现固定、持续性痛；纵隔肿瘤因膨胀性生长引起胸痛，压迫胸椎、肋骨发生持续性痛；食管癌多表现为因进食加剧的胸骨后痛；肝癌可出现右肋部隐痛、钝痛、刺痛，有时剧烈。

三、腹痛

腹部肿瘤，如胃癌、肠癌、肝癌等引起梗阻或穿孔、破裂而发生慢性或急性腹痛。

四、四肢痛及腰背痛

脊髓压迫症及内脏肿瘤压迫神经根引起四肢及腰背痛，如肺癌可出现肺性关节疼痛，肠癌、宫颈癌、宫体癌可致腰骶部及下肢痛，白血病及多发性骨髓瘤可有广泛全身骨痛与关节痛。

晚期癌肿大都出现肿瘤所在部位的疼痛或全身中度疼痛，87% 以上患者最后都可发生剧烈疼痛。

【诊断】

一、肿瘤病人的疼痛症状。

二、利用 X 线、CT 扫描、生化检查等手段对原发灶作出诊断。

【治疗】

肿瘤性疼痛的最好和最积极的治疗方法是抗肿瘤治疗。

一、手术治疗

手术切除肿瘤以解除对神经的压迫，对有穿孔者及时手术修补，对有梗阻者及时解除。但晚期癌症病人大多已失去了手术机会。

二、放射治疗

放射治疗对恶性肿瘤骨转移的疼痛有较好的止痛效果，据 Garmatis 报告 75 例 158 个部位的骨转移照射后 96% 的疼痛得到缓解，延长了生存期，提高了生存质量。

三、镇痛剂的应用

为控制癌性疼痛，应用镇痛药是一个重要手段。视疼痛的程度决定实施镇痛计划，目前多采用三级阶梯用药法。

1. 轻度疼痛：对于轻度疼痛的病人应用非麻醉性止痛药即可。

(1) 阿斯匹林：具有解热镇痛作用。用法：0.3~0.6/次，口服镇痛有效；0.6~1.0 口服有效时间延长。几小时后可重复投药。

(2) 消炎痛：镇痛作用较强，口服吸收完全而迅速。用法 25~50mg，口服，每日 3 次。

上述二药可引起胃肠道刺激症状及出血倾向等，所以消化道溃疡及血小板减少症的病例要慎用。

(3) 秋水仙硷：其止痛作用多半由其消炎作用所产生，有报道治疗肉瘤样关节炎有效。