



中国肿瘤名医临床经验丛书

总主编 谷铎之

常见肿瘤

临床诊治经验实例剖析

CHANGJIAN ZHONGLIU LINCHUANG ZHENZHI JINGYAN SHILI POUXI

胡自省 刘珈 主编

军事医学科学出版社

【中国肿瘤名医临床经验丛书】

常见肿瘤临床诊治经验实例剖析

编 著	胡自省	刘 珈	
参 编	唐迪红	周 晓	喻建军
	江勃年	李 赞	李石乔
	刘志红	王小卫	黄 刚

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

内 容 提 要

本书是《中国肿瘤名医临床经验丛书》分册之一,作者胡自省主任医师、刘珈主任医师是湖南省肿瘤医院的肿瘤放射治疗和热疗权威专家。本书系统总结了作者及其所在医院几十年来肿瘤放疗和热疗诊、防、治经验及规范化诊治方案。全书共分十四章,包括乳腺癌、脑肿瘤、肾癌、直肠癌、肺癌、淋巴瘤、重复癌等内容。通过肿瘤诊治失误的案例剖析,重点分析了诊治失误的过程、可能的原因,应该吸取的教训,以及避免失误和提高诊治水平的方法。文字精炼,读后易于感悟,利于临床实践、教学及科研中参考,适合广大肿瘤医师及研究生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

常见肿瘤临床诊治经验实例剖析/胡自省,刘珈编著.

(中国肿瘤名医临床经验丛书)

-北京:军事医学科学出版社,2005

ISBN 7-80121-606-7

I. 常… II. ①胡… ②刘… III. 肿瘤-诊疗 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 006568 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,66884402 转 6210,6213,6216

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmisp.cn>

印 装:京南印装厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:16.625(彩 1.5)

字 数:210 千字

版 次:2006 年 5 月第 1 版

印 次:2006 年 5 月第 1 次

定 价:38.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

作者简介



胡自省:主任医师。1931 年出生。1955 年毕业于湖南医学院(现中南大学湘雅医学院)。早期参加消化内科临床研究工作,1972 年起从事肿瘤的综合治疗工作以放射治疗和肿瘤热疗为主。曾任湖南省肿瘤医院放疗科主任、中华放射肿瘤学会理事、亚洲肿瘤热疗学会理事、中华放射肿瘤学会热疗委员会常务理事、中国放射肿瘤学会湖南分会主任委员,《中华放射肿瘤学杂志》1~4 届编委。

多次获省级科技进步奖励。发表论文 50 余篇,主编及合编专著 7 部。



刘 珈:主任医师。1961 年出生。1983 年毕业于衡阳医学院(现南华大学)。先前从事内科临床及教学工作,1986 年始从事肿瘤放疗及肿瘤热疗的临床及研究工作至今。现任湖南省肿瘤医院放疗科热疗室主任、亚洲肿瘤热疗学会理事、中华放射肿瘤学会热疗委员会副主任委员、《中华放射肿瘤学杂志》编委。获多项省级科技进步奖。发表论文 20 余篇,参编专著 6 部。目前主攻方向为肿瘤的综合

治疗尤其是放射治疗及肿瘤热疗为主的综合治疗,及对治疗生存质量的研究。

《中国肿瘤名医临床经验 丛书》编委会

总主编 谷铎之

编 委 (按姓氏笔画排序)

万 钧	马 丁	于尔辛	王国晨
王瑞林	王肇炎	刘 伽	刘泰福
孙曾一	孙 燕	朴炳奎	余宏迢
吴孟超	张文范	张代钊	张有望
张燮良	李保荣	李树玲	杨天恩
陈 汉	陈竣青	林洪生	郑 树
胡自省	殷慰伯	顾美皎	屠规益
黄国俊	曾逖闻	谭颖波	潘国英
魏宝清			

丛书序

现代科学技术迅猛发展,有力地推动着包括肿瘤学在内的各学科领域的进步,展望前景无限美好。当此之际,我们是否应该考虑回顾一下以往走过的路,总结和借鉴多年积累的有益经验。

编纂这套丛书的主要目的,一句话,就是要“温故而知新”。从既往的辛勤临床实践中,认真总结经验,汲取教益,从而把目光引向前路,使我们的肿瘤临床医学发展得更快,更顺利。

随着现代科技的发展,肿瘤临床医学吸纳融汇了各相关学科的进展与成就,不断引进新技术、新设备、新医药,重塑肿瘤临床新理论、新观念、新模式,探索新思路,开拓新局面。此外,新一代的临床中坚力量已经走上肿瘤防治舞台的中央,承担起继往开来的重任。所有这些,都让我们感到欣慰,并寄予愿望。这是一个历史的契机,要求新老肿瘤工作者一起悉心地去体察、把握,共同为发展我国的肿瘤防治事业而努力奋斗。

在这一形势下,借鉴与传承的问题摆在了我们的面前。

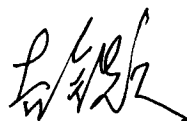
众所周知,科学的发展和进步从来没有坦途,都要走过曲折艰辛的道路;人们对客观事物的认识,也有一个渐进积累逐步提高的过程,这是普遍的基本规律。现代临床医学的发展和提高得力于科技手段推陈出新,诊治方法不断完善,临床思维日臻科学,但离不开借鉴大量的、丰富的临床实践经验。这在提倡“循证医学”方法学的今天依然很重要。那种以为只要掌握了尖端医疗设备和操作技术,就可以解决一切问题的想法是幼稚的,也不符合客观事物发展规律。因为,即使是它们给你提供再明晰、再详尽的数据信息,也需要你去认识、理解和正确运用,而最终也仍然还要经受实践的检验,在不断修正中完善和提高。这就是经验和借鉴它的魅力之所在。

由此,我们可以引伸出,在不同的历史阶段,不同的科学水平和技术条件下,必然要进行新的经验的再积累、再检验、再借鉴,从而持续地促进肿瘤临床医学的与时俱进。人生有期,学海无涯,肿瘤奥秘的探索需要世代人们的艰苦努力。只要我们审其义,究其难,勇于求索,善于总结和借鉴,相信这一严重威胁人民生命健康的顽疾,终将被人类彻底征服的。

近四五十年来,我国的肿瘤防治研究发展迅速,肿瘤诊治技术日新月异,水平不断提高。当年风华正茂的一代肿瘤事业拓荒者,如今都已鬓霜斑驳。他们为我国肿瘤事业倾注了毕生的心血和精力,在数十年的医疗实践中,阅历丰富,积累了大量的临床经验。这些经验有成功的,也有失败的,都是我们医学宝库里的财富,亟需很好地传承下去,作为后人从事临床工作的有益借鉴。基于此,军事医学科学出版社倡议,组织肿瘤学界老一辈临床专家们,总结经验,著述心得,编纂《中国肿瘤名医临床经验丛书》,分题分卷陆续出版。这一倡议立即得到热烈的欢迎和积极的响应。这是一项极其有益、意义深远的建设工程。时间将会证明,这一丛书不仅能给肿瘤临床工作以弥足珍贵的实际教益,而且还能使严肃认真、科学缜密的学风得以传承;它将鼓舞我们走向为进德而修业,为创新而传承的高尚境界。

我们这些先做起来的人不过是为引玉而抛砖,欢迎怀瑾握瑜的学界前辈们都来参与。此外,这项工作不仅是这一代老专家的任务,后继者自有翘楚,新的经验当更珍贵。

由于这也算是摸索,无例可援,无章可循,故先出书的内容固然精采,亦或不免微瑕,未尽人意,我们期待着批评指正。千里之行始于足下。我们相信,随着这一丛书的继续组写出版,当能日臻充实完美,为我国的肿瘤临床医学事业做出贡献!



本书序 1

本书中的误诊误治案例清楚地表明,对肿瘤诊断的延误以及不适当的治疗会给病人带来痛苦及严重后果。

在误诊方面:有病人缺乏肿瘤知识所造成的,更重要的是医师方面的问题,有的是缺乏应有的知识或考虑不全面造成误诊。在误治方面:由于技术欠佳,对肿瘤治疗缺乏知识,或对所使用的手段缺乏应有的了解,给病人造成不可挽回的严重后果,直至死亡;极少数是由于医师责任心不强造成的。

本书的特点不仅是敢于揭露医师工作的不足,从反面来教育人们,而且,通过对成功治疗的总结,让人们了解近年来在肿瘤治疗方面的技术和理念进步。这类书在国内较为罕见,它具有教育和借鉴意义,值得肿瘤科医师一读,也值得非肿瘤科医师一读,一般医务人员读一读,也将有所收益。

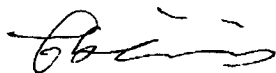
殷蔚伯

本书序 2

几乎所有的医师在医疗工作中都有过失败和教训,越是有水平的医师越不忌讳自己有过的失误。医师总是由缺乏经验走到有经验的,这个经验应该既包括成功经验,也包括失败的教训。只愿总结成功经验,而不肯总结失败教训,就有可能阻碍临床医学的进步。即使医疗设备在不断改善、诊断手段在不断提高、治疗方法也不断更新,但在临床工作中,恶性肿瘤的诊治失误仍然是一个不容忽视的问题。它不但直接影响病人的治疗效果,给社会、家庭的经济及劳力造成极大的浪费,也给病人及其亲友带来巨大的心身痛苦。

恶性肿瘤诊治失误,不单纯是医师的技术问题,还与其知识广度、经验累积、临床思维方法,以及医院的医疗设备状况、发病时的客观条件及病人自身健康知识掌握度有关。胡自省医师、刘珈医师及其同道们穷尽业余时间,收集国内曾经出现的临床工作中这样或那样的失误,并进行剖析做了有益探讨。这种剖析与探讨无疑将有助于医疗水平、医疗质量和全民肿瘤知识的提高。编者疾呼全民、特别是临床医务工作者,提高对肿瘤发病率以及其临床表现多样性的认识是十分重要的。

本书不单值得肿瘤专科医师阅读,对综合医院的各科医师和非医务人员也将是有益的。



前 言

恶性肿瘤是严重威胁人类健康和生命的常见病、多发病,随着现代科学技术的迅速发展和广大医务工作者的共同努力,“谈癌色变”的时代已过去了。目前,在各种恶性肿瘤中,1/3 是可以预防的,即使在不能治愈的肿瘤病人中,大多数仍能减轻病人的痛苦和症状、延长生命。然而,恶性肿瘤治愈的关键在于早期发现、早期诊断、早期合理治疗。但是,在临床工作中常可遇见一些肿瘤病人,由于在“三早”方面出现失误,而失去了治愈的良机。现在恶性肿瘤的病因病理仍不十分明了,其生物行为使其临床表现错综复杂,加之有些医院的诊断设备和手段不够完善,有些医务人员的临床经验和思维方法也有一定的局限性,难免在临床工作中产生这样或那样的失误,影响正确的诊断和治疗。

在恶性肿瘤的诊治中,常可发现由于医务人员的疏忽,本可用较简单方法就能做出正确诊断的却被延误了;在治疗中应该做综合治疗的却未做,不需要的却过度给予,以至产生严重的毒副反应;有些甚至用一些抗癌作用尚未确定的药物进行治疗,而肿瘤却在不断增大;对有些较早期有可能治愈的病例,因对病变范围估计不足或操作不当,出现放射野外复发或切口皮肤种植,或不合理的治疗导致严重的并发症等。这些方面的失误,在很大程度上与医务人员的技术水平、实践经验或责任心有关。另外,诊治延误也与有些病人(其中包括一些医务人员,甚至高级医师本人)对肿瘤缺乏了解不无关系。因此,总结这方面的经验教训及普及肿瘤知识是必要的。另外,现在肿瘤病人经治疗后长期、高生活质量存活的也越来越多,总结这方面的经验以鼓舞病人治疗信心,也非常重要,甚至对最终攻克肿瘤也可能有益。

本书通过肿瘤诊治失误的案例剖析,重点分析诊治失误的过

程、可能的原因、应该吸取的教训以及避免失误和提高诊治水平的方法。全部案例均是作者们亲身的经历和体会。这里,要特别感谢和敬佩坦然奉献自己以往工作中曾出现的失误,并严格地进行自我批评的同道;也对自己以往工作中这样或那样的失误深感汗颜和愧疚。成功的案例也令我们感到高兴,许多以高生活质量长期存活的病人,已成为诊治他(她)们的医务人员的好朋友,经常往来,并愿意为之提供相片。

在本书编写过程中,承蒙军事医学科学出版社的支持,特别是湖南省肿瘤医院图书馆的支持,特此表示感谢。

由于笔者的知识和经验有限,错误与遗漏在所难免,敬恳读者多多批评指正。

胡自省
2005 年底

目 录

第一章 乳腺癌	(1)
第一节 乳腺癌的早期诊断与病理检查	(1)
第二节 腋窝淋巴结与乳腺癌	(6)
第三节 乳腺肿块诊治与治疗效果	(9)
第四节 乳腺癌手术与无瘤技术观念	(16)
第五节 乳腺癌治疗的成功经验	(24)
第六节 乳腺癌与保乳治疗	(25)
第二章 脑肿瘤	(30)
第一节 脑肿瘤的治疗与家属配合	(30)
第二节 立体定向放射外科与脑肿瘤	(34)
第三章 鼻咽癌	(41)
第一节 鼻咽癌与误诊	(41)
第二节 肿瘤医师在制定治疗方案时,要注意避免 误治现象	(51)
第三节 治疗成功范例	(74)
第四章 胃癌	(78)
第一节 在胃癌诊断中,易被忽视的上 消化道症状	(78)
第二节 科学合理的治疗,有利于提高 胃癌的疗效	(88)
第五章 直肠癌	(93)
第六章 肺癌	(99)
第一节 老年人要特别重视血痰	(99)
第二节 重视早期肺癌与早期肺结核的鉴别	(102)

第三节	医生必须要仔细推敲病情·····	(112)
第四节	中医中药在肿瘤治疗中的作用及地位·····	(115)
第五节	肺尖癌的治疗·····	(121)
第六节	应重视肺部肿块的病理类型·····	(122)
第七节	成功治愈范例·····	(127)
第七章	妇科肿瘤·····	(134)
第一节	阴道残端癌·····	(134)
第二节	妊娠合并宫颈癌·····	(136)
第三节	绒癌·····	(139)
第四节	宫颈癌·····	(140)
第五节	阴道流血的处理·····	(142)
第六节	施源器移位的处理·····	(143)
第七节	卵巢癌·····	(147)
第八章	淋巴瘤·····	(150)
第一节	非霍奇金淋巴瘤·····	(150)
第二节	淋巴瘤的诊断·····	(156)
第九章	重复癌·····	(160)
第一节	异时性不同部位的重复癌·····	(160)
第二节	儿童的重复癌·····	(163)
第三节	重复癌治疗时间的确定·····	(168)
第四节	时间相近的重复癌·····	(170)
第十章	结核误诊为淋巴瘤·····	(174)
第十一章	大面积放疗后并发急性肿瘤溶解综合征·····	(180)
第十二章	新技术新手段给肿瘤治疗带来的利弊与 所面临的挑战·····	(183)
第十三章	肿瘤整形外科治疗·····	(190)
第一节	肿瘤整形外科的名称、性质、范围·····	(191)
第二节	肿瘤整形外科的治疗原则·····	(192)

第三节	肿瘤整形外科学有待研究的问题·····	(193)
第四节	肿瘤整形在肿瘤治疗中的应用·····	(193)
第十四章	思考与检讨·····	(215)
第一节	诊断的延误与误诊·····	(215)
第二节	误治·····	(222)
第三节	新技术的使用·····	(243)
第四节	不同层次的地区和医院应如何面 对肿瘤病人·····	(243)
第五节	肿瘤治疗的过去、现在和将来的 治疗原则·····	(246)

第一章 乳腺癌

第一节 乳腺癌的早期诊断与病理检查

提示:乳腺癌能否得以早期诊断,在很大程度上,取决于病人和接诊医师对乳腺癌的警惕性高低,同时也与对手术切除标本是否进行正规的病理检查有关

例1 女,63岁,教师。因双侧乳房发现小肿块,于1975年4月做双侧乳房单纯切除术,手术标本病检报告“乳腺小叶增生”。术后右胸部切口长期愈合欠佳,仅局部换药、包扎,未做进一步处理。1982年6月右腋下淋巴结肿大,被认为是一般性炎症,曾做理疗。不久右锁骨上亦有黄豆大淋巴结。1个月后行右腋淋巴结清扫,手术标本病检报告为淋巴结转移性单纯癌。术前、术中、术后均用了一些化疗。术后3周开始右侧腋窝、锁骨上区及内乳区放疗。1982年11月因背痛行胸椎X线检查发现第3胸椎转移,以后每隔半年即作X线片及骨 γ 扫描检查,又陆续发现腰椎、肋骨、骨盆、肱骨、股骨等处转移灶。初始仅有骨 γ 扫描发现异常,X线片显示为混合性转移,成骨性所占比例较多,部分椎体有压迫变形。病人多数时间仅感患区轻微疼痛,不需服止痛剂。病人在术后接受了以下治疗:

自1982年7月到1987年12月的治疗:

化疗:1982年7月起使用CMF方案化疗共21个疗程,除1986年外,每年接受4~6疗程化疗,因检查中发现心脏异常,治疗时未使用阿霉素。

内分泌治疗:受体检查呈阳性。1982年10月到1984年10月



间使用 tomaxifen 治疗;1983 年后加用丙酸睾丸酮肌注,100 mg / 周,一直未停;1984 年 10 月至 1987 年 12 月间一直使用 aminoglu-tethiamide 加氢化考地松治疗。

放疗:1982 年使用 $^{60}\text{Co}-\gamma$ 线 + 深部 X 线照射,照射区有右腋窝、右锁骨区、右内乳区,照射剂量均为 60Gy;发现骨转移后,对受累骨的姑息照射如下:

照射部位	治疗时间	使用的射线	照射剂量
T ₂ , T ₃	1982 年 11 月	200 kV X 线	35 Gy
T ₁₀ , T ₁₁	1983 年 2 月	200 kV X 线	35 Gy
左第 9 肋	1983 年 4 月	200 kV X 线	30 Gy
T _{7,8} , L _{1,2}	1984 年 7 月	$^{60}\text{Co}-\gamma$ 线	43Gy
L ₁ - S ₂	1987 年 12 月	$^{60}\text{Co}-\gamma$ 线	40 Gy / (8f · 28d)

中药:长期使用猪苓多糖注射剂、黄芪、党参、白术;于 1986 年加用冬虫夏草治疗 1 年。

1987 年上半年有 4 个月疼痛较剧而卧床,其他时间行动尚自如。1987 年 12 月 14 日出现双侧腰臀部疼痛,以夜间为甚,继而双下肢麻木、无力,以右下肢为甚,逐渐加重,于 1987 年 12 月 19 日晚起排尿费力,症状于 3d 后达高峰,完全排尿不出,右下肢肌力 II 级,右足不能动,呈下垂状,左下肢肌力 III 级,双膝部及其以下的痛、触觉感减退,双小腿及足有肌肉捏压痛和紧束、发硬、灼热等异常感觉。1987 年 12 月 25 日进行 CT 扫描显示 T₉ ~ S₁ 椎骨内有癌转移及骨质增生,L₂ 水平椎管右侧内病变可疑。根据以上情况考虑肿瘤累及脊神经的可能性大,但不能完全排除迟发性放射性脊髓病。最后确定试行放疗。设腰部后野 21cm × 6 cm,包括 L₁ - S₂,用 $^{60}\text{Co}-\gamma$ 线照射,5Gy/次,2 次/周,总量 40 Gy。放疗 2 次后神经系统症状开始好转,肌无力程度及感觉障碍水平未再加重;放疗 3 次后,患肢的疼痛感减轻,肌力、肌张力开始恢复,感觉障碍水

平逐渐下降,由膝部→膝下→小腿中部→踝部→足底。1988年1月16日结束放疗后,神经内科情况继续好转。左下肢肌力接近正常,右下肢肌力Ⅳ级,右足和趾已能抗阻力,能在扶持下行走10来步。但双小腿异常感觉仍未消失,不能自行小便,大便无障碍。

例2 女,29岁。1996年4月上旬发现右乳外上象限 $2\text{ cm} \times 1\text{ cm}$ 肿块,无痛,可活动。在某县级医院行肿块切除术,术后病理报告“乳腺小叶增生”,被告之“没有问题”。术后1个月,原手术切口处长出一肿块,渐渐增大,但因生长缓慢,且不痛,未予注意。1997年9月感右上腹痛,伴阵发性干咳,胸片检查发现双肺广泛转移性病变。病后无畏寒发热,无血痰,食欲尚可,大小便正常。于1997年12月11日入院。

体查:一般情况可,皮肤巩膜无明显黄染,无浅表淋巴结肿大。右腋下可扪及 $2\text{ cm} \times 2\text{ cm}$ 肿块,质中等,活动度可,边界清楚无压痛。右乳外上象限可见 3 cm 长手术瘢痕,其周围可扪及 $3\text{ cm} \times 4\text{ cm}$ 肿块,质硬,边界欠清,欠活动,无压痛。肺清,腹部饱满,肝右肋下 4 cm ,剑突下 6 cm ,质硬,边界清,无压痛。

会诊手术医院乳腺切片,病理报告“(右)乳腺腺癌,倾向髓样癌”。会诊胸片,报告“两肺广泛转移性病变,考虑乳腺癌肺转移”。

入院诊断:右乳腺癌,单纯切除后复发,髓样癌,肺转移,肝转移。

经护肝治疗后,肝功能较前好转。1997年12月8日开始使用Tax(210 mg/次) + THP + ADM方案化疗,到1998年2月12日共化疗3周期。化疗后感全身肌肉酸痛,无胸闷心悸,食欲一般,无恶心呕吐。治疗中进行24h心电监测,未见异常。右腋下淋巴结未能扪及,右乳外上象限肿块仅 $1\text{ cm} \times 1\text{ cm}$,肝右肋下 2 cm ,剑突下 1.5 cm 。1998年2月24日胸、腹部CT扫描显示肺、肝转移病灶明显好转。出院休息。

1998年4月23日因行巩固化疗再次入院。采用同样化疗方

