

新编肿瘤综合治疗



xinbianzhonggliuzonghezhiliao



朱振胜 苑克华 黄庆田
王交莉 郑庆祥 主 编

南海出版公司

责任编辑 / 陈 弥

封面设计 / 韩志录

ISBN 7-5442-3253-0



9 787544 232531 >



ISBN 7-5442-3253-0/R·123

定价：21.00元

新编肿瘤综合治疗

朱振胜 苑克华 黄庆田 主编
王交莉 郑庆祥

南海出版公司

2005·海口

图书在版编目(CIP)数据

新编肿瘤综合治疗/朱振胜,苑克华,黄庆田,王交莉,郑庆祥主编. —海口:南海出版公司,2005.9

ISBN 7-5442-3253-0

I. 新… II. ①朱…②苑…③黄…④王…⑤郑… III. 肿瘤—中西医结合疗法
IV. R730.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 110267 号

XINBIANZHONGLIUZONGHEZHILIAO

新编肿瘤综合治疗

主 编 朱振胜 苑克华 黄庆田 王交莉 郑庆祥

责任编辑 陈 弥

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司 电话(0898)65350227

社 址 海口市蓝天路友利园大厦 B 座 3 楼 邮编 570203

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 8.5

字 数 210 千字

版 次 2005 年 9 月第 1 版 2005 年 9 月第 1 次印刷

印 数 1 ~ 500 册

书 号 ISBN 7-5442-3253-0/R · 123

定 价 21.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编	朱振胜	苑克华	黄庆田	王交莉	郑庆祥
副主编	李雪珍	李 杰 (骨,男)	耿为民	曹圣华	
	朱春英	孙兆民	邢淑华	张美英	
	曹国伟	张 峰	张 国梁		
编 委	王俊丽	张 芬	李传学	张咏梅	刘子会
	孟丽华	赵 燕	曹 波	刘民生	魏鸚鸚
	陈 雷	张业金	蔺安鸿		

前 言

恶性肿瘤严重威胁人类的健康和生命,近 10 多年来,由于肿瘤的基础研究和临床治疗方面取得的成就,加之医学、科技的发展及治疗技术的提高,人类与肿瘤的斗争取得了令人鼓舞的成果。然而,恶性肿瘤发病率和死亡率仍呈逐年上升的趋势,因此如何充分利用现有治疗方法、技术及资源来提高肿瘤患者生存率及生存质量,一直是医学界关注和研究的热点。进入 21 世纪以来,以手术、放疗、化疗、生物免疫、中药等为主的综合治疗模式日益深入人心,并取得显著的效果。肿瘤的综合治疗并不是多种治疗手段的简单相加,而是根据病人的机体、身心状况、肿瘤的病理类型、侵犯范围(病期)、转移及发展趋向,有计划、合理、有序地运用现代中西医治疗手段进行的更为有效的治疗。

本书分总论和各论两部分,总论力求以简洁的篇幅论述肿瘤综合治疗的概念、现状及展望;各论详细介绍常见肿瘤的手术、放疗、化疗等治疗,简要介绍了生物免疫、中医药治疗等其他治疗。突出肿瘤的多模式综合治疗,以期对广大临床医师提供一点有益的启示和帮助。由于肿瘤的治疗依旧是临床治疗的难题,一些新的治疗手段不断涌现,加之时间仓促及作者水平有限,错误在所难免,敬请读者谅解并斧正。同时对所参考的文献及作者一并表示感谢。

编 者

2005 年 8 月

目 录

上篇 总论	1
第一章 肿瘤综合治疗的现状及进展	1
第一节 肿瘤综合治疗的基本概念	1
第二节 肿瘤综合治疗的基本原则	2
第三节 肿瘤综合治疗的模式	3
第四节 肿瘤综合治疗展望	7
第二章 肿瘤的外科治疗	12
第一节 肿瘤的手术治疗	12
第二节 肿瘤外科新进展	15
第三章 肿瘤的放射治疗	18
第一节 放射治疗的发展史	18
第二节 放射治疗在综合治疗中的地位及作用	20
第三节 放射治疗计划的设计	23
第四节 放射治疗损伤及不良反应	25
第五节 放射治疗的新技术	27
第四章 肿瘤的化学治疗	38
第一节 化疗药物的作用机理	39
第二节 联合化疗的理论及临床应用	41
第三节 化疗适应证和注意事项	43
第四节 常见化疗不良反应及治疗	45
第五节 肿瘤化疗的新进展	51
第五章 肿瘤的生物治疗	54

第一节	生物治疗的抗癌机制	54
第二节	生物治疗的应用及进展	55
第六章	肿瘤的介入治疗	59
第一节	血管内介入技术	59
第二节	非血管介入技术	60
第七章	肿瘤的中医治疗	64
第一节	肿瘤中医辨证论治原则	64
第二节	肿瘤中医药治疗与现代治疗的结合	67
第三节	中医药防治肿瘤新进展	69
下篇	各论	72
第八章	头颈部肿瘤	72
第一节	口腔癌	72
第二节	喉癌	79
第三节	鼻咽癌	87
第四节	甲状腺癌	93
第九章	胸部肿瘤	98
第一节	肺癌	98
第二节	乳腺癌	108
第十章	消化系统肿瘤	116
第一节	食管癌	116
第二节	胃癌	121
第三节	原发性肝癌	130
第四节	胰腺癌	136
第五节	大肠癌	142
第十一章	泌尿系统肿瘤	151
第一节	肾癌	151
第二节	膀胱癌	156
第十二章	男性生殖系统肿瘤	163

第一节	前列腺癌·····	163
第二节	睾丸肿瘤·····	167
第十三章	妇科肿瘤·····	173
第一节	卵巢癌·····	173
第二节	子宫内膜癌·····	182
第三节	子宫颈癌·····	189
第十四章	造血系统肿瘤·····	196
第一节	白血病·····	196
第二节	恶性淋巴瘤·····	209
第三节	多发性骨髓瘤·····	219
第十五章	中枢神经系统肿瘤·····	224
第一节	脑胶质瘤·····	224
第二节	脑转移瘤·····	228
第十六章	骨及软组织肿瘤·····	232
第一节	骨肉瘤·····	232
第二节	软组织肉瘤·····	236
第三节	尤文肉瘤·····	240
第十七章	皮肤癌及恶性黑色素瘤·····	242
第一节	皮肤癌·····	242
第二节	恶性黑色素瘤·····	246
第十八章	肿瘤患者的护理·····	251
第一节	肿瘤患者的心理护理·····	251
第二节	肿瘤患者的饮食护理·····	252
第三节	肿瘤患者手术后护理·····	254
第四节	肿瘤患者放射治疗的护理·····	256
第五节	肿瘤患者化疗的护理·····	258

上篇 总 论

第一章 肿瘤综合治疗的现状及进展

第一节 肿瘤综合治疗的基本概念

肿瘤的综合治疗(Multimodality Treatment)并不是多种治疗手段的简单相加,而是根据病人的机体、身心状况,肿瘤的病理类型、侵犯范围(病期)、免疫功能状况、转移及发展趋向,有计划、合理、有序地运用现代中西医治疗手段进行治疗,以期较大幅度地提高治愈率和病人的生活质量。

肿瘤的综合治疗应根据肿瘤患者的病理类型、病期和全身机体状况等来制定一个适合患者的、具有个体化特点的综合治疗方案。其中病理类型根据癌细胞来源及恶性程度来分类;病期一般分为早、中、晚期,即据肿瘤大小、形态、部位和生物学特点等来分期;机体状况指病人的心、肝、肺、肾功能的情况及营养、身心状况。所谓的综合是指综合肿瘤内科、外科、放疗、免疫、中医药治疗等各种治疗手段。具体包括手术、放疗、化疗、中医中药治疗、免疫治疗、介入治疗、微波治疗、热疗等。

第二节 肿瘤综合治疗的基本原则

衡量一个好的多模式综合治疗方案,必须是尽可能延长病人的无瘤生存期,尽量少的近、远期毒副作用,并尽可能提高和改善病人的生存质量,而且必须符合成本效益的原则。

一、整体与局部统筹考虑的原则

对于多数肿瘤来说,仅采取扩大切除手术或放射治疗控制局部病灶,有时是远远不够的。如头颈部肿瘤、骨肉瘤、小细胞肺癌等,有时需要手术、放疗、化疗、中药等的有计划的合理的综合治疗,既要提高局部控制率,又要预防远处转移,同时运用中药、生物制剂等增强机体免疫,才能达到较好的预期效果。其次,应根据肿瘤的发展趋势辨证论治。例如,某些乳腺癌在迅速发展阶段不宜贸然手术,应先用放疗、中药或化疗,待肿瘤相对稳定后再施行手术。另外多数早期癌症单用手术即可治愈,过分的放疗或化疗反而对病情不利;有些晚期喉癌、直肠癌、食管癌、卵巢癌等经化疗或放疗取得一定程度的控制后,有可能有手术切除的机会,从而提高治愈率。

二、因人而异的原则

要依据个体病人的身体状况、病理、病期、对本方案或治疗的耐受性、预期寿命、期望的生活质量和经济情况等,设计具体的综合治疗方案。总的原则是简单、有效、副作用小。效果评价的重点在于生存质量,不要过分地追求生命的延长。要注意衡量何种首选治疗方法或综合治疗方案,能最大限度使患者病情控制、缓解,甚至可能治愈。要摒弃个人主义和专业情结。

三、分期治疗的原则

虽然某种肿瘤最佳的多模式综合治疗方案还没有成论,但一直是医学界特别是肿瘤工作者积极探索的热点。原则上根据肿瘤

的 TNM 分期,采用相应的个体治疗方案。

四、同时治疗与其他综合治疗合理应用的原则

患者一般情况、病情、耐受性、经济条件等允许时,应尽可能采取多种治疗手段同时进行,多种治疗作用相加,提高了治疗强度,且多种治疗的同时介入,时间上不存在对局部病灶和转移灶的治疗延迟。但要避免出现明显的毒副作用,否则应采用副作用较小的序贯治疗或夹心治疗等。

五、生存率与生活质量兼顾的原则

综合治疗方案的设计应是提高病人生存率的同时,生存质量也有所改善。如颜面部肿瘤、喉癌、阴茎癌等,应尽可能首选放射治疗,以尽量减少破坏性治疗所致的毁容、功能丧失或致残等。另外,对晚期病人应重视姑息及对症支持治疗,任何漠视生活质量而过分追求治疗效果的想法和做法,都是极端错误的。

六、中医药充分利用的原则

随着中医药研究和科技的发展,中医治疗肿瘤的方法日益受到医生和患者的重视。中西医结合治疗肿瘤不但被国内肿瘤专家所采用,也逐渐得到了国际上部分学者和患者的认可。

七、成本与疗效并重的原则

综合治疗方案的实施应在合理利用有限的卫生资源和经济条件的情况下,就国民的经济条件而言,沉重的经济负担不应该成为临床肿瘤工作者忽视的问题。

第三节 肿瘤综合治疗的模式

在肿瘤治疗的初期,传统的观念还是手术、放疗或化疗的单一模式。随着对肿瘤本质认识的逐步深入,多数肿瘤的治疗模式发生了根本性的变化,即由单一治疗模式转换为多种治疗模式的有机结合。

一、放射治疗和手术联合应用

1. 术前放疗

可以杀灭肿块周围亚临床灶,缩小肿瘤体积,提高手术切除率,降低分期,降低肿瘤播散的可能性。在局部晚期食管癌、肺癌、直肠癌等研究中,术前放疗的意义得到了验证。但其缺点是,影响组织学诊断,部分存在亚临床远处转移的患者不能从术前放疗中受益,手术时间延迟,放疗范围不明确。

2. 术后放射治疗

应根据手术和组织学检查(如手术残端、区域淋巴结转移情况等)而定。有研究证实术后放疗可以降低局部复发率,如直肠癌、乳腺癌、软组织肉瘤、头颈部肿瘤等。术后放疗的缺点是并不减少术中种植转移,而且手术打乱了正常血供,照射区域器官、组织的放射敏感性可能下降。

3. 术中放射治疗

指切除肿瘤后,对瘤床或残留病灶直接进行电子线照射。目前在胃癌、胰腺癌等肿瘤中都有报道,常需与术后放疗结合。

二、放射治疗和化学治疗联合应用

1. 辅助化疗(adjuvant chemotherapy)

在综合治疗早期,化疗在肿瘤治疗中处于从属的位置,当时称为辅助化疗,在放化疗的应用过程中往往在放射治疗之后进行。

2. 序贯放化疗(sequential chemoradiotherapy)

即先放疗后化疗,或先化疗后放疗后再行化疗,患者耐受性较好,但总治疗时间相对延长。包括诱导化疗(induction chemotherapy)、夹心化疗(alternating chemoradiotherapy)、新辅助化疗(neoadjuvant chemotherapy)等。

3. 同期放化疗(chemoradiotherapy, CRT)

如局部晚期无法手术的非小细胞肺癌,目前研究表明同期放化疗可以提高疗效。多种治疗方法相加,提高了治疗强度,且时间

上不存在对局部病灶和转移灶的治疗延迟。但要注意毒副作用的发生。

目前应用那种方案最佳仍是研究的热点。放化疗联合应用治疗恶性淋巴瘤、肾母细胞瘤等肿瘤的疗效提高得到了公认。常见肿瘤的综合治疗模式,见表 1-1。

表 1-1 常见肿瘤治疗模式新进展

肿 瘤	1960 年的 常规治疗	20 世纪末的 常规治疗	21 世纪的新趋向
乳腺癌	根治术 (I, II 期)	小手术 + 放疗 + 抗雌激素 (I) 根治术 + 化疗 + 放疗 (II)	手术 + 化疗 (I、II 期) 化疗 + 手术 + 放疗 (III) 化疗 + 靶向治疗 (IV)
睾丸肿瘤	手术	手术 + 放疗或化疗 化疗 + 手术 + 化疗	放疗 + 化疗 (III _B)
小细胞肺癌	手术或放疗	化疗 + 放疗 + 手术	
非小细胞肺癌	手术	手术 + 放疗 + 化疗	
骨肉瘤	手术	化疗 + 手术 + 化疗 ± BRM	
软组织肉瘤	手术	手术 + 放疗 + 化疗	
尤文瘤	手术或放疗	放疗 + 化疗	
肾母细胞瘤	手术 + 放疗	手术 + 放疗 + 化疗	
恶性淋巴瘤	放疗或化疗	放疗 + 化疗	放疗 + 化疗 + BRM
脑瘤	手术	手术 + 放疗	手术 + 放疗 + 化疗
头颈部肿瘤	手术	手术 + 放疗 + 化疗	手术 + 放疗 + 化疗
绒癌	手术 + 化疗	化疗 + BRM	化疗 + 手术 + 化疗
卵巢癌	手术	手术 + 化疗	
急性淋巴细胞白血病	化疗	化疗 + BRM	
慢性粒细胞白血病	化疗	化疗	化疗 + 靶向治疗

续

肿 瘤	1960 年的 常规治疗	20 世纪末的 常规治疗	21 世纪的新趋向
黑色素瘤	手术	手术 + 化疗	手术 + BRM
肾癌	手术	手术 + 放疗 + 化疗 + BRM	
膀胱癌	手术	手术 + 放疗 + 化疗 + BRM	手术 + 放疗 + 化疗
食管癌	手术	手术 + 放疗	手术 + 放疗 + 化疗
胃癌	手术	手术 + 化疗	化疗 + 手术 + 化疗 ± BRM
大肠癌	手术	手术 + 化疗	手术 + 化疗 + BRM ± 放疗
原发性肝癌	手术	介入化疗	介入化疗 + 手术

三、不同肿瘤有着不同的生物学行为

表现为不同的发展趋势,据此可制定治疗方案。

1. 易发生局部淋巴结及全身转移的肿瘤

乳腺癌、肺癌等属于这一类型。对这类肿瘤,要以局部治疗方法如手术和/或放疗控制原发灶、邻近组织中的亚临床灶及区域转移淋巴结,同时必须控制已经或潜在的远处转移灶。这类肿瘤,有时扩大根治术往往不能提高长期生存率,以乳腺癌为例,目前在国
外,早期乳腺癌行保乳手术加术后放化疗已成为规范,疗效并不比根治术差,而美容和器官功能远优于手术。

2. 主要表现为局部侵犯和区域淋巴结转移,而较少广泛转移的肿瘤

大多数上呼吸道、上消化道肿瘤及部分头颈部肿瘤属于此类,对这类肿瘤重点是局部治疗即手术和/或放疗。选择治疗方式时应兼顾生存和器官功能,当能以单纯放疗治愈而又能保留器官功能时,应首选放疗,可将手术作为挽救性治疗,如早期喉癌。

3. 以早期远处转移为主而较少侵犯淋巴结的肿瘤

如骨肉瘤和软组织肉瘤,常出现期肺转移,一般放射敏感性

差,应以手术为主。又因局部复发率、远处转移发生率高,术后须给予放疗、化疗。

4. 极少发生淋巴结转移和远处转移的肿瘤

颅内肿瘤以胶质瘤为代表,主要是手术加放疗,仅在预防或局部复发时加用化疗。

不是每种肿瘤都需要综合治疗,如早期皮肤癌单纯手术就可治愈。如何确定某种治疗方法在综合治疗中的应用,关键在于对肿瘤内在本质的认识,以及对肿瘤控制与正常组织损伤之间关系的认识。

第四节 肿瘤综合治疗展望

一、恶性肿瘤的治疗现状

目前国内疾病中,恶性肿瘤是致死的第一因素。单一的治疗方法,治疗效果往往不能令人满意。对于癌症的治疗,大多数人认为手术切除是治愈的唯一方法,事实上大多数肿瘤病人症状体征隐蔽性很强,除少数早期的肿瘤外,大部分病人一发现或就诊时就存在局部或远处的转移,即使根治性切除后,也常因在手术时已存在的尚无法检测的微小转移灶而出现术后复发或转移,有些病人即便使用了“超根治手术”,也不能取得根治性疗效,反而加重了机体的伤残。且临床及病理确诊为癌症的患者,95%以上已属Ⅱ、Ⅲ期甚至Ⅳ期,其中能够手术的患者中约一半为Ⅱ期,手术后五年存活率不超过30%,手术治愈率不会超过50%。

对于恶性肿瘤的治疗,采用任何单一治疗方法,有时都很难达到理想治疗效果,尽管某一种治疗手段,在一种肿瘤的治疗中可能占据主导或主要地位。放射治疗是一种局部的治疗手段,随着科技的发展、放疗设备及影像学的发展,放疗计划设计更趋合理,治疗效果不断提高,但仍有一定的局限性和不良反应。如肿瘤周围

正常组织的剂量耐受量与肿瘤根治量之间的矛盾、放疗无法控制远处转移等。化学治疗可对术后难以察觉到的亚临床病灶及转移性肿瘤进行全身治疗,已成为肿瘤治疗的重要方法,但某些化疗药物的不良反应和癌细胞耐药性,成为提高疗效的最大障碍,等等。因此,要想取得最理想的治疗效果,必须按照不同恶性肿瘤的具体情况,将上述治疗方法合理地、有机地、完整地组合在一起,并随时吸收和参考现代新方法和新技术,达到真正提高肿瘤的诊疗水平和治愈率的目的。

二、肿瘤综合治疗的新认识

从历史角度上来看,手术切除是第一种根治肿瘤的方法。对于某些局限性肿瘤,单用手术方法有时即可治愈。但很多病人单靠手术治疗不能防止肿瘤复发和远处转移。如果手术联合放疗或化学治疗,使很多肿瘤,即使是较小的手术也能取得较好的效果。所以目前一个很清楚的趋向是手术越来越小,并且尽量保存器官功能。放射治疗特别是借助影像学 and 微机的精确定位放疗,目前虽已能根治多种肿瘤,但仍然有一定的局限性,配合其他治疗方法,则疗效可有相当提高。内科治疗的发展历史较短,目前单独应用在多数肿瘤处于姑息性治疗的水平,但对于某些肿瘤已取得相当高的治愈率。因此多数学者认为,内科治疗正在从姑息治疗向根治水平过渡。但是化疗也有很大的缺点,它对肿瘤细胞的选择性抑制作用不强,全身用药毒性较大。祖国医学在调动机体的抗病能力、减轻其他治疗的副作用方面,有着独特的长处,但对肿瘤的局部控制作用一般较差。根据对肿瘤免疫学的认识,新一代的生物反应调节剂(BRM)正在临床试用,其作用属于0级动力学,即一定的免疫活性细胞或抗体可以消灭一定数量的细胞。与常用化疗药作用不同,它们多属于一级动力学,即仅能够杀灭一定比例的瘤细胞。人们寄希望于通过调节免疫功能消灭残存的数量不多的,也正是手术、放射或化学治疗难于解决的那些肿瘤细胞,从而