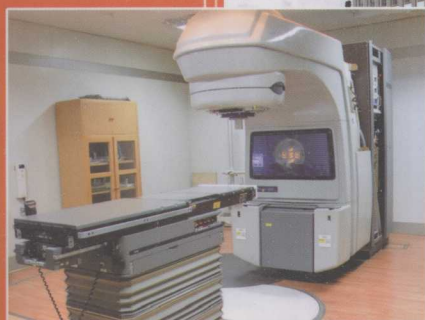
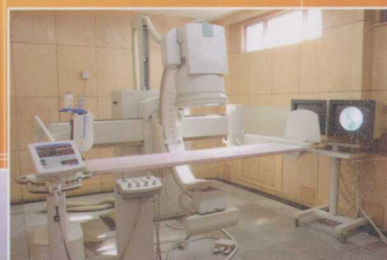


全国高等医药院校临床实习指南系列教材



肿瘤学临床实习指南

张国庆 主编



科学出版社

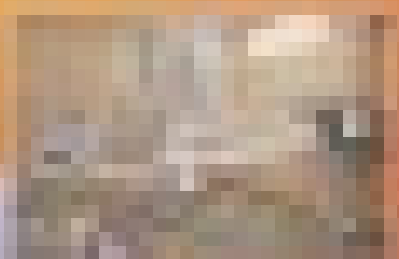
www.sciencep.com

全国高等医药院校医学影像学专业规划教材



影像学临床实习指南

王树强 主编



人民卫生出版社

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
案例版™

肿瘤学临床实习指南

主 编 张国庆

副主编 尹 东 杨顺娥 木妮热·木沙江 单 利 黄艳春 程晓萍

编写人员 (按姓氏笔画排序)

丁 伟 马斌林 王多明 王若峥 王洪江

王海江 王琦三 王 斌 王新玲 木妮热·木沙江

毛拉艾沙·买买提 尹 东 古扎丽努尔·阿不力孜

成 芳 吐鲁洪·沙列尔 朱丽萍 伊斯刊达尔·阿布力米提

刘开江 刘春玲 孙 刚 孙 伟 杜业勤

杨顺娥 李 莉 李海军 张云霞 张国庆

张瑾榕 阿迪利·萨来 阿合力·那斯肉拉

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书按照临床肿瘤学实习大纲的要求精心编撰而成,全面系统地对临床肿瘤学实习过程中颈、胸、腹部及妇科常见实体肿瘤所包含的重点内容做出明确指导。全书分为两大部分,第一部分以常见实体肿瘤的典型病例为引导,从病例中提出诊断、鉴别诊断、确诊条件和依据、治疗等问题供学生思考,让学生们能够从病例中总结出临床常见实体肿瘤的诊疗理论知识,再通过提供的参考答案进一步锤炼学生分析问题、解决问题的能力,重视学生诊断思路的培养。第二部分全面、详细介绍了各实体肿瘤的临床思维分析过程,并提供了大量实例图片,进一步增强了疾病的直观性和学生对疾病的认识。全书的特点是临床实用性、可操作性强,突出“三基”,每一章后列有思考题将进一步巩固所学内容。

本书内容精炼、实用,方便医学院校临床医学专业和临床肿瘤学专业学生临床教学时使用,同时也对肿瘤学方面相关考试提供了指导。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤学临床实习指南:案例版 / 张国庆主编. —北京:科学出版社,2009
(全国高等医药院校临床实习指南系列教材)

ISBN 978-7-03-025689-8

I. 肿… II. 张… III. 肿瘤学-实习-医学院校-教学 参考资料 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 175580 号

策划编辑:李国红 周万灏 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:陈玉凤
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

盛 志 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 10 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2009 年 10 月第一次印刷 印张:17 插页:4

印数:1—4 000

字数:398 000

定价:35.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

前 言

临床肿瘤学同其他临床医学课程一样,是一门实践性很强的学科,除了要求临床医师掌握全面的基础医学知识外,更要求临床医师掌握肿瘤学专业的基本理论和基本操作技能。临床实习是医学教育中重要的实践阶段,是临床理论教学的一个继续和延续,是理论和实践相结合的关键性培养阶段,也是进一步巩固医学知识、锻炼医学技能、开拓医学思维的重要过程以及学生由感性认识到理性认识转变的重要平台。通过临床实习,使学生能够在此阶段掌握临床工作技能和工作方法,构建自己的临床思维过程并进一步完善。

当今医学科学技术飞速发展,为适应时代培养医学专业人才的需要,我们组织实践经验丰富的临床各科室专家编写了这本《肿瘤学临床实习指南》。

本书以案例引入的编写模式,以常见实体肿瘤的典型病例为引导,首先根据病例的临床资料给出病历摘要,结合病例提出发病机制、诊断、鉴别诊断、确诊条件和依据、治疗等问题供学生思考,启发学生思维,然后根据问题给出答案或提示,最后引出重点理论知识,让学生能够从病例中总结出临床常见实体肿瘤的诊疗理论知识,旨在加强临床肿瘤医学知识由理论向实践的过渡,强化学生临床思维的培养,为学生今后顺利走向工作岗位打下基础。书中附有大量实例图片,而且每章之后附有相关思考题,进一步增强了疾病的直观性和学生对疾病的认识。

本书内容全面,重点突出,临床工作针对性强,知识点明确,可帮助学生在尽可能短的时间里掌握所学知识点。本书以5年制医学本科生为基本对象,以临床肿瘤学专业为重点对象,兼顾研究生、进修医、职业医生考试以及肿瘤学相关考试的需求。

本书含有大量真实临床病例,供高等医药院校学生临床实习和见习时使用。由于本书涉及临床肿瘤专业方向较多,各专业方向理论和技术进展迅速,同时受编写时间和作者水平的制约,难免存在缺点和错误,恳请广大读者批评指正。

新疆医科大学第三临床医学院

2009年8月8日

目 录

前言	
第一章 常见体表肿瘤	(1)
第二章 鼻咽癌	(12)
第三章 甲状腺肿瘤及瘤样病变	(17)
第一节 单纯性甲状腺肿	(17)
第二节 甲状腺腺瘤	(20)
第三节 甲状腺癌	(27)
第四章 乳腺肿瘤及瘤样病变	(36)
第一节 乳腺囊性增生	(36)
第二节 乳腺纤维腺瘤	(39)
第三节 乳腺癌	(42)
第五章 肺肿瘤	(51)
第一节 肺或支气管良性肿瘤	(51)
第二节 肺癌	(55)
第三节 支气管腺瘤	(66)
第四节 肺部转移性肿瘤	(69)
第六章 原发纵隔肿瘤	(77)
第七章 食管癌	(89)
第八章 胃癌	(104)
第九章 结、直肠癌	(113)
第一节 结肠癌	(113)
第二节 直肠癌	(123)
第十章 肝脏肿瘤	(130)
第一节 肝脏良性肿瘤	(130)
第二节 原发性肝癌	(142)
第三节 继发性肝癌	(153)
第十一章 胆道肿瘤	(157)
第一节 胆囊息肉	(157)
第二节 胆囊癌	(160)
第三节 胆管良性肿瘤	(167)
第四节 胆管癌	(172)
第十二章 胰腺及壶腹周围癌	(179)
第一节 胰腺癌	(179)

第二节	壶腹周围癌	(189)
第十三章	泌尿系统及睾丸肿瘤	(194)
第一节	肾癌	(194)
第二节	肾母细胞瘤	(198)
第三节	肾盂输尿管肿瘤	(200)
第四节	膀胱癌	(203)
第五节	前列腺癌	(207)
第六节	阴茎癌	(211)
第七节	睾丸肿瘤	(213)
第十四章	妇科肿瘤	(223)
第一节	子宫肿瘤	(223)
第二节	子宫颈癌	(227)
第三节	子宫内膜癌	(236)
第四节	妊娠滋养细胞肿瘤	(246)
第五节	卵巢肿瘤	(251)
第六节	外阴癌	(262)

彩图



第一章 常见体表肿瘤

案例 1-1

患者,男性,42岁,汉族。以“发现左肩部肿物3年余”为主诉入院。患者自述3年前无意中发现自己左肩部2个包块,约黄豆大小,未处理。近日左肩部包块逐渐长大,最大约5cm×5cm×3cm,无疼痛,遂来就诊。B超检查提示“左肩部皮下实性占位,考虑脂肪瘤可能性大。”门诊以“左肩部皮下肿物待查”收住。病程中,一般情况良好,神志清,精神佳,饮食好,睡眠佳,大小便均正常,体重无明显下降。教师,既往无结核病史及其他传染病史,无外伤手术史。

体格检查:发育正常,营养不良,正常面容,表情自如,左肩部可触及一约5.5cm×4.5cm皮下包块,质地偏韧,压痛不明显,与周围组织界限清,活动度大,全身皮肤黏膜无水肿、黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。

问题:

- ◆ 该患者的病史、主要症状及体征是什么?
- ◆ 需要进行哪些检查?
- ◆ 鉴别诊断?
- ◆ 根据诊断结果,试述其主要治疗原则。

参考答案和提示:

◆ 病史 以“发现左肩部肿物3年余”为主诉入院。主要症状为左肩部肿物,病灶局部疼痛不明显,无压痛,一般情况良好,神志清,精神佳,饮食好,睡眠佳,大小便均正常,体重无明显下降。教师,既往无结核病史及其他传染病史,无外伤手术史。

◆ 体征 左肩部可触及一约5.5cm×4.5cm皮下包块,质地偏韧,压痛不明显,与周围组织界限清,活动度大,全身皮肤黏膜无水肿、黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。

◆ 辅助检查 B超检查提示“左肩部皮下实性占位,考虑脂肪瘤可能性大。”

◆ 明确诊断还应进行的检查项目 局部病灶穿刺活检,必要时行肿块整块切除,术后病理诊断是确诊的最终诊断。

◆ 鉴别诊断 须要鉴别的疾病有:脂肪瘤;纤维瘤及纤维瘤样病变,包括纤维黄色瘤、隆突性皮肤纤维肉瘤、带状纤维瘤等;神经纤维瘤;血管瘤;囊性肿瘤及囊肿;各种软组织肉瘤等。

◆ 该患者明确诊断后的治疗措施 以手术治疗为主。

◆ 治疗原则

1. 术前准备 常规术前检查,血常规、凝血四项,免疫四项,备皮,向患者交代病情,签署手术同意书。

2. 术中注意事项 手术操作应轻柔细致,认真止血,注意完整切除肿块防止复发。肿块较大,常规术区放置引流。

3. 术后处理 ①注意患者呼吸、体温、脉搏和血压的变化,预防术后出血、感染。②注意引流管内引流液颜色和引流量的变化。③定时换药,按期拆线。

案例 1-2

患者,男性,2岁,汉族。以“发现左面部红色肿物2年”为主诉入院。患者父母代诉述2年前出生时发现左面额部红色肿物,约0.2cm×0.2cm大小,未处理。近一年左面部红色肿物逐渐长大,约3.5cm×3cm,无疼痛,遂来就诊。门诊以“左面部红色包块待查”收住。病程中,一般情况良好,神志清,精神佳,饮食好,睡眠佳,大小便均正常,体重无明显下降。既往无结核病史及其他传染病史,无外伤手术史。

体格检查:发育正常,营养良好,正常面容,表情自如,左面部红色肿物触及一约3.5cm×3cm皮下包块,色暗红,质地偏软,固定,压痛不明显,与周围组织界限清,全身皮肤黏膜无水肿、黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。

问题:

- ◆ 该患者的主要症状及体征是什么?
- ◆ 需要进行哪些检查?
- ◆ 根据诊断结果,试述其主要治疗原则。

参考答案和提示:

◆ 该患者的主要症状及体征 左面额部红色肿物,可触及一约3.5cm×3cm皮下包块,色暗红,质地偏软,固定,压痛不明显,与周围组织界限清。

◆ 行血管造影检查 了解肿瘤血供情况,并行常规术前检查。

◆ 治疗原则 由检查结果及临床经验可初步判断为血管瘤,如为毛细血管瘤,早期瘤体较小时容易治疗,施行手术切除或以液氮冷冻治疗,效果均良好。瘤体增大时仍可用手术或冷冻治疗,但易留有瘢痕。亦可用³²P敷贴或X线照射,使毛细血管栓塞,瘤体萎缩。个别生长范围较广的毛细血管瘤,可试用泼尼松口服治疗。

临床思维:常见体表肿瘤

【病理特点及临床表现】

(一) 皮肤乳头状瘤

1. 皮肤乳头状瘤(skin papilloma) 系表皮乳头样结构的上皮增生所致,同时向表皮下乳头状伸延,易恶变为皮肤癌,如阴茎乳头状瘤极易癌变为乳头状鳞状细胞癌,见图1-1。

2. 乳头状疣(corpora mammillaria wart) 非真性肿瘤,多由病毒所致。表面呈乳头状向外突出,见多根细柱状突出物,基底平整不向表皮下伸延。有时可自行脱落。

3. 老年性色素疣(senile pigmental wart) 多见于头额部、暴露部位或躯干,高出皮面,黑色,斑块样,表面干燥、光滑或呈粗糙感。基底平整,不向表皮下伸延。局部扩大增高、出血破溃则有癌变可能,见图1-2。

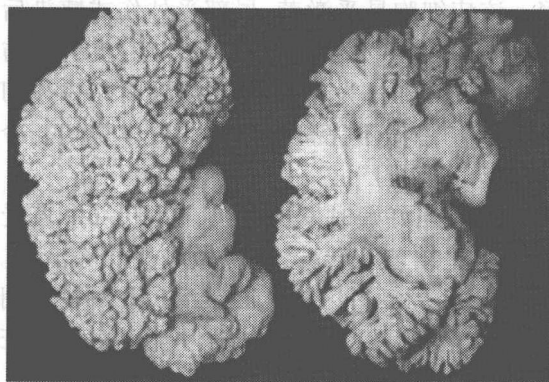


图 1-1 皮肤乳头状瘤

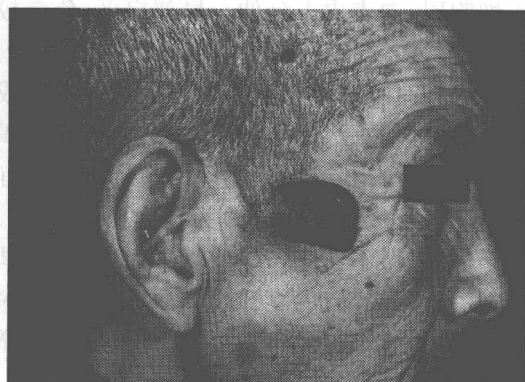


图 1-2 老年性色素疣

(二) 皮肤癌

皮肤癌(skin carcinoma)常见为基底细胞癌与鳞状细胞癌,多见于头面部及下肢。

1. 皮肤基底细胞癌(skin basal cell carcinoma) 来源于皮肤或附件基底细胞,发展缓慢,呈浸润性生长,很少有血道或淋巴道转移。亦可同时伴色素增多,呈黑色,称色素性基底细胞癌,临床上易误诊为恶性黑色素瘤,但质较硬;破溃者呈鼠咬状溃疡边缘。好发于头面,如鼻梁旁、眼睑等处。对放射线敏感,故可行放疗;早期也可手术切除,见图 1-3。

2. 鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma) 早期即可呈溃疡,常继发于慢性溃疡或慢性窦道开口,或瘢痕部的溃疡经久不愈而癌变。表面呈菜花状,边缘隆起不规则,底部不平,易出血,常伴感染致恶臭。可局部浸润及淋巴结转移。手术治疗为主,区域淋巴结应清扫。放疗亦敏感,但不易根治。在下肢者严重时伴骨髓浸润,常需截肢,见图 1-4。

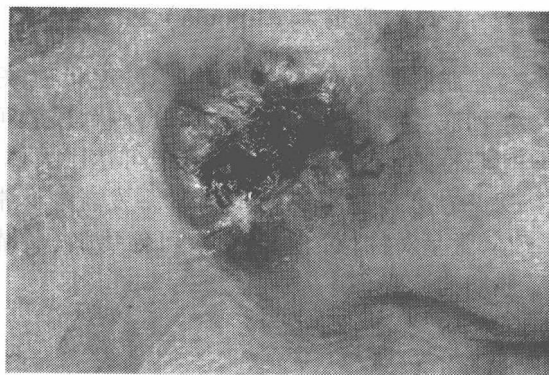


图 1-3 皮肤癌

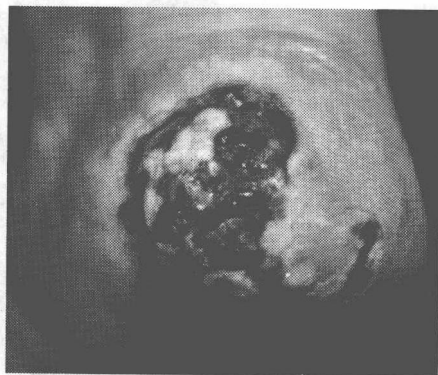


图 1-4 鳞状细胞癌

(三) 痣与黑色素瘤

黑痣(pigment nevus)为色素斑块,见图 1-5。可分为:①皮内痣:痣细胞位于表皮下,真皮层,常高出皮面。表面光滑,可存有汗毛(称毛痣)。少见恶变。②交界痣:痣细胞位于基

底细胞层,向表皮下延伸。局部扁平,色素较深。该痣细胞易受激惹,局部受外伤或感染后易恶变。多位于手和足,易受外伤处。较少见的位于眼睑(闭合痣)。③混合痣:皮内痣与交界痣同时存在。当黑痣色素加深、变大,或有疹痒、疼痛时,为恶变可能,应及时作完整切除,送病理检查。如有破溃及出血,更应提高警惕。切忌做不完整的切除或化学烧灼。冷冻、电灼虽可消除,但无病理诊断难以明确有无恶变,不宜推广。

黑色素瘤(melanoma)为高度恶性肿瘤,发展迅速,当妊娠时发展更快,见图1-6。若受外伤,例如做不彻底切除或切取活检,可迅即出现卫星结节及转移,故应做广泛切除治疗。手术治疗为局部扩大切除,如截趾(指)或小截肢,4~6周后行区域淋巴结清扫。对较晚期或估计切除难达根治者,可进行免疫治疗或冷冻治疗,争取局部控制后再做手术治疗。免疫治疗为卡介苗或白介素及干扰素治疗。



图1-5 黑痣

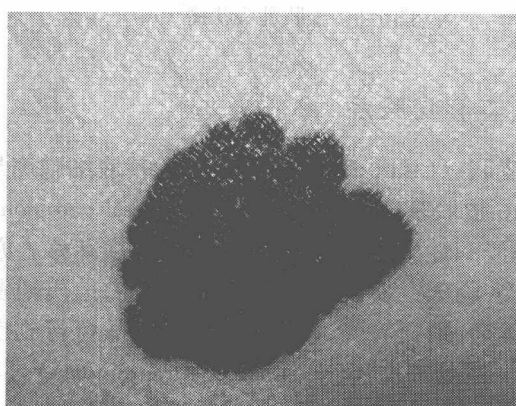


图1-6 黑色素瘤



图1-7 脂肪瘤

(四) 脂肪瘤(lipoma)

脂肪瘤为正常脂肪样组织的瘤状物,好发于四肢、躯干。境界清楚,呈分叶状,质软可有假囊性感、无痛。生长缓慢,但可达巨大体积。深部者可恶变,应及时切除。多发者瘤体常较小,常呈对称性,有家族史,可伴疼痛(称痛性脂肪瘤),见图1-7。

(五) 纤维瘤及纤维瘤样病变

本瘤位于皮肤及皮下纤维组织肿瘤,瘤体不大,质硬,生长缓慢,常见有以下几类:

1. 纤维黄色瘤(fibroxyanthoma) 位于真皮层及皮下,多见于躯干、上臂近端。常由不明的外伤或痰痒后小丘疹发展所致。因伴有内出血、含铁血黄素,故可见褐色素,呈咖啡色。质硬,边界不清呈浸润感,易误为恶性。直径一般在1cm以内,如增大应疑有纤维肉瘤变,见图1-8。

2. 隆突性皮肤纤维肉瘤(dermatofibrosarcoma protuberans) 多见于躯干,来源于皮肤真皮层,故表面皮肤光薄,似菲薄的癰痕疙瘩样隆突于表面,低度恶性,具假包膜,见图1-9。切除后局部极易复发,多次复发恶性度增高,并可出现血行转移。故对该类肿瘤手术切除应包括足够的正常皮肤及足够的深部相应筋膜。

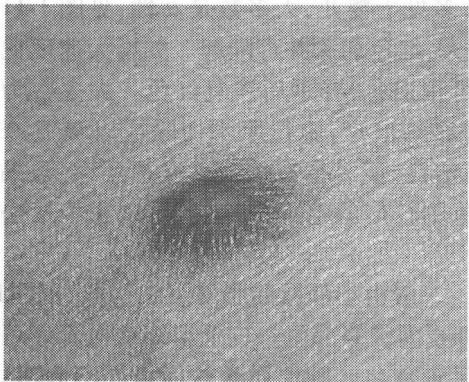


图1-8 纤维黄色瘤



图1-9 隆突性皮肤纤维肉瘤

3. 带状纤维瘤(desmoid fibromatosis) 位于腹壁,为腹肌外伤或产后修复性纤维瘤,常夹有增生的横纹肌纤维。虽非真性肿瘤,但无明显包膜,应完整切除。

(六) 神经鞘膜肿瘤

神经纤维包括神经纤维束内的神经轴及轴外的神经鞘细胞与纤维细胞。故神经鞘膜肿瘤包括神经鞘瘤与神经纤维瘤。前者由鞘细胞组成,后者为特殊软纤维,具有折光的神经纤维细胞并伴有少量神经索。

1. 神经鞘瘤(schwannoma) 位体表者,可见于四肢神经干的分布部位。

(1) 中央型:源于神经干中央,故其包膜即为神经纤维。肿瘤呈梭形。手术不慎易切断神经,故应沿神经纵行方向切开,包膜内剥离出肿瘤。

(2) 边缘型:源于神经边缘,神经索沿肿瘤侧面而行。易手术摘除,较少损伤神经干。

2. 神经纤维瘤(neurofibroma) 可夹杂有脂肪、毛细血管等。为多发性,且常对称。大多无症状,但也可伴明显疼痛、皮肤常伴咖啡样色素斑,肿块可如乳房状悬垂。本病可伴有智力低下,或原因不明头痛、头晕,可有家族聚集倾向,见图1-10。

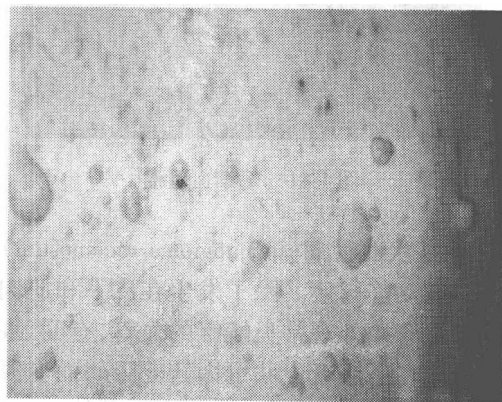


图1-10 神经纤维瘤

神经纤维瘤呈象皮样肿型者为另一类型,好发于头顶或臀部。临床似法兰西帽或狮臀,肿瘤由致密的纤维成分组成。其中为血管窦,在手术切面因血窦开放,渗血不易控制。故手

术时应从正常组织切入。创面较大常需植皮修复。

(七) 血管瘤

血管瘤按其结构分为三类,临床过程和预后各不相同。

1. 毛细血管瘤(hemangioma capillanisum) 多见于婴儿,大多数是女性,见图 1-11。出生时或生后早期见皮肤有红点或小红斑,逐渐增大、红色加深并可隆起。如增大速度比婴儿发育更快,则为真性肿瘤。瘤体境界分明,压之可稍退色,释手后恢复红色。大多数为错构瘤,1年内可停止生长或消退。早期瘤体较小时容易治疗,施行手术切除或以液氮冷冻治疗,效果均良好。瘤体增大时仍可用手术或冷冻治疗,但易留有瘢痕。亦可用³²P敷贴或X线照射,使毛细血管栓塞,瘤体萎缩。个别生长范围较广的毛细血管瘤,可试用泼尼松口服治疗。

2. 海绵状血管瘤(hemangioma cavernosum) 一般由小静脉和脂肪组织构成,见图1-12。多数生长在皮下组织内,也可在肌层,少数可在骨或内脏等部位。皮下海绵状血管瘤可使局部轻微隆起。皮肤正常,或有毛细血管扩张,或呈青紫色。肿块质地软而境界不太清,有的稍有压缩性,可有钙化结节,可触痛。肌海绵状血管瘤常使肌肥大、局部下垂,在下肢者久站或多走时有发胀感。治疗应及早施行血管瘤切除术,以免增长过大,影响功能且增加治疗困难。术前需充分估计病变范围,必要时可行血管造影。术中要注意控制出血和尽量彻底切除血管瘤组织。辅助治疗可在局部注射血管硬化剂(如5%鱼肝油酸钠或40%尿素等)。



图 1-11 毛细血管瘤

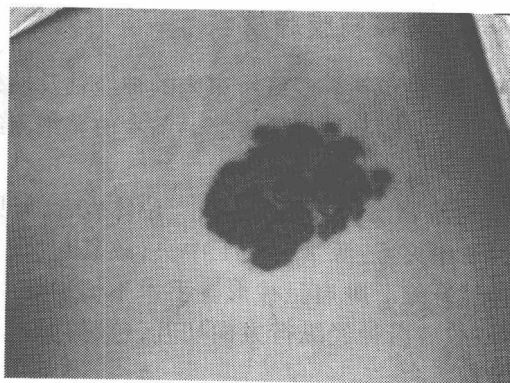


图 1-12 海绵状血管瘤

3. 蔓状血管瘤(hemangioma racemosum) 由较粗的迂曲血管构成,大多数为静脉,也可有动脉或动静脉瘘。除了发生在皮下和肌肉,还常侵入骨组织,范围较大,甚至可超过一个肢体。血管瘤外观常见蜿蜒的血管,有明显的压缩性和膨胀性,或可听到血管杂音,或可触到硬结。在下肢者皮肤可因营养障碍而变薄、着色、甚至破溃出血。累及较多的肌群者影响运动能力。累及骨组织的青少年,肢体可增长、增粗。治疗应争取手术切除。术前做血管造影检查,详细了解血管瘤范围,设计好手术方案。必须充分做好准备,包括准备术中控制失血及大量输血等。

(八) 囊性肿瘤及囊肿

1. **皮样囊肿(dermoid cyst)** 皮样囊肿为囊性畸胎瘤,浅表者好发于眉梢或颅骨骨缝处,可与颅内交通呈哑铃状。手术摘除前应有充分估计和准备。

2. **皮脂囊肿(sebaceous cyst)** 皮脂囊肿非真性肿瘤,为皮脂腺排泄受阻所致储留性囊肿,见图 1-13,多见于皮脂腺分布密集部位如头面及背部。表面可见皮脂腺开口的小黑点。囊内为皮脂与表皮角化物集聚的油脂样“豆渣物”,易继发感染伴奇臭,感染控制后手术切除治疗。

3. **表皮样囊肿(epidermoid cyst)** 表皮样囊肿为明显或不明显的外伤致表皮基底细胞层进入皮下生长而成的囊肿,见图 1-14。囊肿壁由表皮所组成,囊内为角化鳞屑。多见于易受外伤或磨损部位,如臀部、肘部,间或发现于注射部位。手术切除治疗。

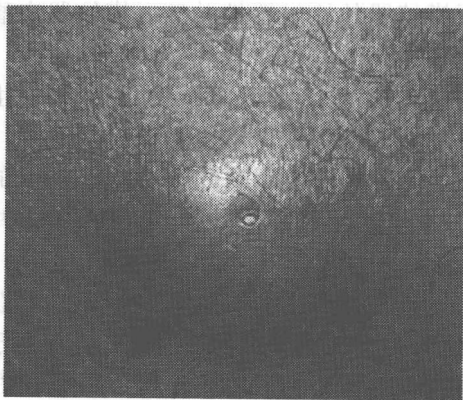


图 1-13 皮脂囊肿

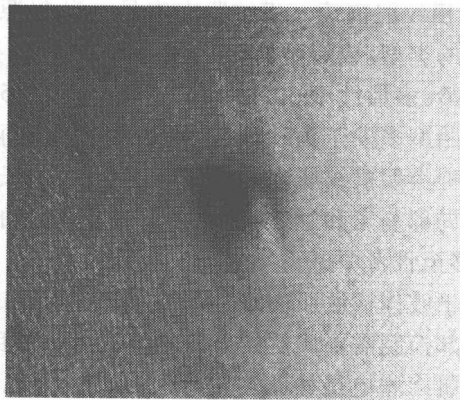


图 1-14 表皮样囊肿

4. **腱鞘或滑液囊肿(synovial cyst)** 手腕、足背肌腱或关节附近,坚硬感。切除治疗,但治疗后易复发。非真性肿瘤,由浅表滑囊经慢性劳损诱致。可加压击破或抽出囊液注入醋酸氢化可的松或手术切除治疗,治疗后易复发。

(九) 各种软组织肉瘤

1. **脂肪肉瘤** 脂肪肉瘤是起源于脂肪的原发恶性肿瘤。脂肪肉瘤是比较常见的软组织肉瘤之一,大约占这类肿瘤的 15%,有数种组织学亚型:黏液型、脂肪瘤样型、硬化型、圆细胞型、去分化型、多形型等,但主要类型为两种:黏液型一般是低度恶性的 I 期病变;而多形型通常是高度恶性的 II 期病变,但有个别例外。年龄 40~60 岁,男>女,部位常见于大腿和后腹膜,罕见于骨。

手术治疗遵循软组织肉瘤的一般处理原则。低度恶性的 I 期病变(大多数为黏液型脂肪肉瘤),可行广泛切除,经满意的术前放疗后可行边缘性切除。II 期高度恶性者需根治性切除或经满意的术前放疗后行广泛切除。

放疗被广泛地用于术前以辅助保肢手术,这样比单独行切除范围的手术所获得的肢体功能要好。

经过治疗的黏液型脂肪肉瘤的5年生存率约为90%,而多形型脂肪肉瘤约为60%;手术切除,外科边界足够期局部复发率小于10%。脂肪肉瘤有若干独一无二的特点,即下肢的病得到控制之后,在腹膜后出现第二个病变的发生率为30%~50%,然而第二个病变属原发还是继发病灶尚未可知。

2. 恶性纤维组织细胞瘤(MFH) 恶性纤维组织细胞瘤简称恶纤组,好发年龄40~70岁。男>女。软组织恶纤组最常发生于下肢(大腿>小腿),其次为上肢(上臂>前臂)和后腹膜,大多数(85%)起源于深筋膜深层。软组织MFH的表现为侵袭性增大,位置深在的软组织肿块,但症状非常轻微。软组织MFH没有独特的X线特征。

对于软组织MFH,术前放疗是一种非常有益的辅助疗法,放疗可使病变内产生大量坏死,并且在大多数的病例中可刺激产生一层致密的纤维包壳,从而使保留肢体的广泛或者边缘性切除,成为比较安全的手术。

3. 横纹肌肉瘤 横纹肌肉瘤是一种起源于横纹肌的原发恶性肿瘤。横纹肌肉瘤有两种主要的类型:成年型(多形性型)和儿童型(胚胎型)。

年龄:多形性型50~70岁,胚胎型0~15岁;多形性型多发于四肢的近端,易发生于大腿。胚胎型多发于头和颈(特别是眼眶)、泌尿生殖器、腹膜后,偶尔发生于四肢。

两种类型横纹肌肉瘤都是高度恶性,生长迅速。若局部切除不充分,则几乎所有的病例都难免局部复发和远处转移,并且总是致命的。主要的转移部位是肺,淋巴结转移并不罕见,转移至骨者罕见。

对于肢体横纹肌肉瘤,术前行辅助放疗和(或)化疗之后,可行手术广泛切除,要获得可靠的局部控制需要广泛的外科边界。术前辅助化疗后,可使保肢手术更安全,特别对于胚胎型横纹肌肉瘤更是如此。化疗可以减少淋巴转移和肺转移。只用放疗可以得到很好的缓解,但很少能够治愈,术前辅助放疗经常可以获得满意的反应,使保肢手术得以施行,而不必截肢,当外科边界不足时,术后辅助性放疗可以降低局部复发的危险。

4. 滑膜肉瘤 滑膜肉瘤是较为常见的软组织恶性肿瘤,好发于肢体的关节旁组织以及手和足的腱周组织内。发生于关节内者罕见。年龄20~40岁;男>女。

滑膜肉瘤表现为生长缓慢,产生轻微症状,位于深筋膜深层软组织肿块,体检可见肿块质地坚硬,并与深部结构固定。它是手足附近最常见的软组织肉瘤,此部位的滑膜肉瘤常被误认为是腱鞘囊肿。滑膜肉瘤的区域淋巴结转移明显高于其他软组织肉瘤。

手术切除是主要的治疗手段。若触诊发现局部淋巴结异常提示有转移的可能,则应在对原发肿瘤施行手术之前进行淋巴结活检,如果区域淋巴已有转移则预后凶险。新辅助化疗偶尔可产生较好的效果。

5. 平滑肌肉瘤 平滑肌肉瘤是起源于平滑肌的原发肉瘤。此肿瘤约占所有软组织肉瘤的10%,偶尔可发生于骨内,最常见于腹腔和腹膜后区,因为这是含平滑肌最多的地方,在肢体上该肿瘤通常起源于大血管壁,与动脉相比,更多见于静脉,但在偶尔情况下,很难确定一个深部病变与血管结构的关系。也可发生于皮肤和皮下组织内,在这种情况下与血管的关系则更不清楚。40~70岁多发。女性多于男性。表浅者位于皮肤(仅指肢体),深在者累及大的神经血管束。

治疗:肢体平滑肌肉瘤对治疗的反应明显好于腹膜后或腹腔内者,前者5年生存率约为

65%。皮下组织ⅠA和ⅡA期病变的生存率高深部ⅡB期病变,前者5年生存率约为85%。像所有软组织肉瘤一样,ⅠA和ⅠB期病变要广泛切除,经满意术前放疗后可行边缘性切除。对于表浅病变首选广泛切除,而对于深部病变则常用术前放疗+边缘切除。高度恶性ⅡA和ⅡB期病变需广泛根治切除或经满意的术前放疗后行广泛切除。

在大多数情况下,术前放疗可以在软组织病变周围有效地诱导包囊形成。单独应用放疗不能达到有效的局部控制。术前化疗无效。

6. 神经肉瘤 神经肉瘤(同义词:恶性雪旺细胞瘤,神经纤维肉瘤,恶性周围神经鞘瘤MPNST)是起源于周围神经成分和有神经分化证据的原发肉瘤。大约半数神经肉瘤发生于罹患全身性神经纤维瘤病的患者中,而良性神经鞘瘤的恶变尚不知道。好发年龄20~50岁;性别女、男均等。好发于臂丛、腰骶丛主要神经干,特别是坐骨神经。绝大多数神经肉瘤呈高度恶性,即使经过适宜的治疗,5年生存率不超过50%。局部淋巴结转移不常见,而肺和骨是最常见的远隔转移部位,由于病变与主要神经血管束关系密切,因此大多数病变为ⅡB期。孤立的神经肉瘤的预后好于由神经纤维瘤病Ⅰ恶变而来者。手术为主要的治疗手段。

7. 纤维肉瘤 纤维肉瘤是起源于纤维细胞的原发恶性肿瘤。年龄30~50岁,先天性或婴儿型纤维肉瘤是一种罕见的变种,发生于婴儿期。男性>女性;含有纤维组织的任何部位都可能发生纤维肉瘤,但在软组织中,该肉瘤好发于大腿、小腿、上臂和身躯干,常发生于深肿深层的结构中。在骨内超过半数以上的纤维肉瘤发生于主要长骨的干骺区。对纤维肉瘤治疗的一般原则:①广泛切除,根据肿瘤部位决定保肢或截肢;②术前放疗效果满意者可行边缘性切除。

【诊断与鉴别诊断】

(一) 临床症状和体征

在软组织肿瘤的分期和诊断中,临床表现和病程是一个重要因素。表1-1列出一些特征,以资鉴别良恶性软组织肿瘤。

表 1-1 良、恶性软组织肿瘤的鉴别

特征	良性	恶性	特征	良性	恶性
大小	<5cm	<5cm	症状	无痛或间断性疼痛	逐渐增强的持续性疼痛
部位	深筋膜浅层	深筋膜深层	生长速率	间歇性或静止	持续增大
触诊	软,可移动,无压痛	硬,固定,压痛			

对于特定的某一病变而言,它可能并不具备上述的所有特征,但大多数情况下仍可判断其良恶性。当判断良恶性有疑问时,密切的临床观察是明智且必须的。

(二) 影像学检查

无论是制定外科手术计划还是规划放射治疗照射野,确定肿瘤的确切解剖部位及其侵犯范围是至关重要的。

1. **X线平片** 应用X线平片对软组织肿瘤进行诊断是比较困难的,但平片可以提示肿瘤是否存在,有时可以提示肿瘤的良好性质。

2. **CT** 是诊断软组织肿瘤重要的检查方法,可以清楚地显示肿瘤的边界、范围及与邻近骨的关系。肺CT用于发现有无肺转移。

3. **MRI** 对软组织的分辨率高,在表现软组织肿瘤范围、内部特征等方面优于CT。

4. **同位素扫描** 应用锝或其他放射性元素(如铊、 ^{18}F)进行全身扫描可以显示软组织肿瘤的存在及其侵犯范围。

5. **超声波检查** 对于肢体及躯干部的软组织肿瘤可提供良好的诊断依据。可用于判断肿块的血供情况、区别囊性和实性肿块。

(三) 病理学检查

病理学检查是软组织肿瘤综合治疗的一个重要组织部分。明确诊断依赖于临床、影像、组织学检查三方面的综合结果。对疑为恶性的肿瘤,治疗前务必要进行活体组织检查。活检的实施应在各种影像学检查之后进行。

【治疗分析】

(一) 外科治疗

恰当的外科治疗仍是软组织肿瘤最有效的治疗手段。不同种类的软组织肿瘤在不同的发展时期,其侵及的范围各不相同。对每一期的肿瘤只有选择恰当的外科切除边界,才有可能在最大限度上完整切除肿瘤组织。与骨肿瘤相同,对于软组织肿瘤的手术切除范围也有4种,即:病变内切除、边缘切除、广泛切除和根治性切除。无论是采取截肢还是采取保留肢体的手术,只有达到了所需的外科边界才有可能对肿瘤有较好的局部控制。

(二) 软组织肉瘤的放射治疗

1. 放疗适应证

- (1) 低、中度恶性,广泛切除的四肢软组织肿瘤不必行术后放疗。
- (2) 低、中度恶性,切除范围不足者的四肢软组织肉瘤应予术后放疗。
- (3) 高度恶性或肿瘤深在的软组织肉瘤需术后放疗。
- (4) 发生于腹腔、胸腔内的软组织肉瘤,由于通常肿瘤比较大、不易切净,需术后放疗。
- (5) 切缘阳性或肿瘤残存者,需术后放疗。
- (6) 不能手术的软组织肉瘤,应予放射治疗。

2. 放疗范围和剂量

(1) 包括整个受侵肌肉起止点,先照射DT 50Gy/5周,再缩野至肿瘤瘤床,照射至65~70Gy,1.8~2.0Gy/次。

(2) 采用高能X线,可以结合插植、敷贴等近距离照射技术,也可以结合术中放疗。

3. 需注意的问题

- (1) 四肢软组织肉瘤照射时,尽量避免跨关节照射。