

ZHONGLIUKE

ZHUREN CHAFANG

肿瘤科 主任查房

主编 王 洪 李炳茂

科学技术文献出版社

CHAFANG

B79

CHONGGUKE
ZHUANYI JIAOFANG

肿瘤科 主任查房

主编 王 健 副主编 王 健

CHAFANG

中国医药出版社

肿瘤科主任查房

主 编 王 洪 李炳茂
副主编 张海松 臧爱民 王金树 张金生
编 委 宋子正 王晓春 张 刚 胡 玲
商瑛红 杨 华 问 明 张卓奇

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤科主任查房/王洪,李炳茂主编.-北京:科学技术文献出版社,2010.4

ISBN 978-7-5023-6601-8

I. ①肿… II. ①王… ②李… III. ①肿瘤-诊疗 IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 030463 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编辑部电话 (010)58882938,58882087(传真)

图书发行部电话 (010)58882866(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882873

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 樊雅莉

责 任 编 辑 樊雅莉

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京博泰印务有限责任公司

版 (印) 次 2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 228 千

印 张 9.75

印 数 1~5000 册

定 价 19.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

序

卫生部颁发的《医院管理评价指南》(2008年版)要求各级医院认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度,用十四项核心制度规范医疗行为,提高医疗质量,保证患者的医疗安全,促进医疗质量的持续改进,其中三级查房制度要求对新入院病人,危重、疑难及重大手术病人坚持三级查房,及时对病情进行分析,提出治疗方案。经治医师查房要做到:细心观察一般状态,详细询问病情,仔细查体,观察用药的疗效、有无药物不良反应及增减药物;注意术后切口的恢复情况;指出诊治的难点所在;主治医师查房要做到:认真与患者及家属有效沟通,系统了解患者的病情变化;检查医嘱执行情况治疗效果;对新入院、重危、诊断未明、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论,确定新方案;检查病历,纠正下级医师病史采集的错误与不足;对下级医师进行“三基”训练,对查体操作等予以正确的示范;决定患者出院、转院问题,决定手术方案等;结合病例,介绍有关疾病诊治的新进展。副主任医师或主任医师查房要做到:解决疑难病例及审查新入院、重危患者的诊断、治疗计划;决定重大手术及特殊检查及治疗;抽查病案、医嘱、护理质量;听取医师、护士对诊疗护理的意见,进行必要的教学工作;开展三谈三讲,谈讲国



际、国内、院内对该病的认识和诊断治疗上的新进展,根据医学科学发展的新趋势对该病例提出具体的诊治方案,提高治愈率和好转率,推动临床诊疗工作层次的上升。

按照卫生部对三级查房的要求,为了把三级查房更具体化,我们组织长期工作在临床第一线,有扎实医学理论基础、丰富临床经验的主任医师或副主任医师撰写了《科主任查房》系列书,包括急救分册、血液分册、肿瘤分册、内分泌分册、妇产科分册、儿科分册、眼科分册、耳鼻喉科分册。各科编委会查阅了其所在医院建院以来的病例,筛选出有典型教学意义,病情危重复杂,抢救治疗过程曲折,对临床第一线医师具有参考和指导意义的病例近900多例,从病历摘要、主治医师查房、第一次主任查房、第二次主任查房4个层面进行整理撰写,阐述了主任查房提出的新理论、新方法、新技术及制定的诊治新方案,力求做到使临床第一线的医师开拓思路、借鉴经验、提高诊治技术、满足患者需求。本书是临床第一线医师工作中要用,医学院校教师教学中要备的书籍。

在本书编写过程中,各位作者查阅了各医院的大量病例,参考了大量医学著作和文献,在此我们对有关医院和文献的作者致以衷心的感谢!

由于知识水平有限,本书难免有不足之处,欢迎广大读者提出宝贵意见,以便再版时进行修订。

董同峻

前 言

世界卫生组织预测,到 2020 年,将有 2000 万新发癌症病例,其中死亡人数达 1200 万,且绝大部分在发展中国家。我国恶性肿瘤发病率及病死率一直呈上升趋势,从 20 世纪 70 年代至 90 年代的 20 年间,恶性肿瘤病死率上升了 29.42%,年龄调整病死率上升了 11.56%。2000 年我国恶性肿瘤发病人数约 180 万。2005 年恶性肿瘤已成为我国城镇居民人口死亡的首要原因。尽管我国社会经济快速发展,但恶性肿瘤的主要危险因素仍未得到相应控制,在肝癌、胃癌及食管癌等病死率居高不下的同时,肺癌、大肠癌及乳腺癌等又呈显著上升趋势。另外值得注意的是,近年我国农村恶性肿瘤病死率的上升速度明显高于城市,恶性肿瘤位居农村人口死因的首位。在我国农村和西部地区的恶性肿瘤高发区,其危害尤为严重,恶性肿瘤是当地农民因病致贫及因病返贫的重要原因。恶性肿瘤不仅严重影响劳动力人口健康,而且成为医疗费用上涨的重要因素,据有关部门估算,我国每年用于恶性肿瘤患者的医疗费用达数百亿元。此外,由于中晚期恶性肿瘤患者治疗效果尚不满意,其不良预后产生的影响往往波及亲友及家庭,影响社会稳定,因此,恶性



肿瘤的防治已成为当务之急。

为此我们编写了这本《肿瘤科主任查房》，希望对广大肿瘤科医师的临床工作有所帮助。因为工作繁忙，难免疏漏，希望读者批评指正。

编 者

2010 年 2 月

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

《肿瘤科主任查房》是为了满足工作在临床一线的主治医师、住院医师提高诊疗技术需要,组织长期在临床工作的,有扎实的医学理论基础、丰富的临床经验的主任医师或副主任医师撰写的临床用书。本书所选病例有典型教学意义,病情危重复杂,治疗过程曲折,能为临床一线的医师提供参考或指导。每一个病例从病历摘要、主治医师查房、第一次主任查房、第二次主任查房 4 个层面整理撰写。重点介绍主任查房阐述的新理论、新方法、新技术和制定的诊治新方案,力求引导工作在临床一线的医师开拓思路,借鉴经验,提高诊治技术,满足患者需求。是肿瘤科临床医师工作中要用,医学院校教师教学中要备的参考书。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

目 录

病例 1	晚期乳腺癌的治疗	(1)
病例 2	神经母细胞瘤	(5)
病例 3	抗利尿激素分泌异常综合征	(10)
病例 4	特罗凯治疗晚期 NSCLC 腺癌	(14)
病例 5	应用伊立替康后腹泻	(17)
病例 6	晚期 NSCLC 化疗	(22)
病例 7	进展期胃癌全身化疗	(25)
病例 8	激素不敏感的前列腺癌治疗病例分析	(29)
病例 9	爱必妥治疗非小细胞肺癌	(33)
病例 10	鼻咽、肺双原发癌的治疗	(37)
病例 11	肺隐球菌病误诊为肺癌	(42)
病例 12	卵巢无性细胞瘤伴少量合体滋养叶细胞	(48)
病例 13	结肠癌合并 Trousseau 综合征	(53)
病例 14	肾上腺嗜铬细胞瘤术后复发	(58)
病例 15	T 细胞性淋巴瘤并下消化道大出血	(62)
病例 16	眼睑恶性淋巴瘤	(66)
病例 17	以发作性头晕为首表现的结节病	(69)
病例 18	直肠腺癌合并转移性巨大卵巢癌	(71)
病例 19	原发性肝癌伴右心房转移	(74)
病例 20	脊髓圆锥非霍奇金淋巴瘤	(78)
病例 21	多西他塞治疗乳腺癌毒副作用处理	(81)



病例 22	多中心网状组织细胞增生症并骨癌	(85)
病例 23	以多条脑神经受损为首发症状的肺癌	(89)
病例 24	成人肾母细胞瘤	(92)
病例 25	鼻咽颅底上皮样细胞型周围神经鞘瘤	(98)
病例 26	胃淋巴瘤	(101)
病例 27	血性胸腹腔积液待查	(105)
病例 28	乳腺癌致副肿瘤综合征	(110)
病例 29	腹膜后畸胎瘤	(113)
病例 30	轻链 κ 型多发性骨髓瘤误诊为 风湿性关节炎	(117)
病例 31	原发性肝癌并右房瘤栓形成	(119)
病例 32	鼻咽低分化鳞癌合并脾类癌	(122)
病例 33	前列腺非霍奇金淋巴瘤	(125)
病例 34	胰尾癌导致脾脏多发梗塞	(128)
病例 35	西妥昔单抗联合伊立替康治疗奥沙利铂加 5-FU/CF 治疗失败的转移性结肠癌	(130)
病例 36	以皮肤结节为首发症状的 非霍奇金淋巴瘤	(133)
病例 37	原发后腹膜恶性间质瘤侵入下腔静脉	(136)
病例 38	脑转移瘤导致中枢性尿崩症	(138)
病例 39	非霍奇金淋巴瘤肺部多形性表现	(141)
病例 40	误诊为 Crohn 病的肠道 T 细胞淋巴瘤	(144)
病例 41	紫杉醇致过敏性休克	(147)
病例 42	大剂量化疗治疗骨外尤文肉瘤	(149)
病例 43	大剂量吗啡用于癌痛治疗	(154)
病例 44	西妥昔单抗联合 FOLFOX4 治疗晚期胃癌	(157)



病例 45	小细胞肺癌脉絡膜转移及全身 多器官转移	(161)
病例 46	过量应用阿霉素致严重骨髓抑制	(164)
病例 47	隐性肺腺癌	(168)
病例 48	罕见三重癌	(173)
病例 49	顺铂局部外用辅助治疗阴道残端癌	(177)
病例 50	骨肉瘤大剂量化疗致死	(179)
病例 51	直肠错构瘤性息肉合并大量黑色素细胞	(188)
病例 52	伴有甲胎蛋白升高的肺腺癌	(191)
病例 53	乳腺癌改良根治术后 TRAM 皮瓣即刻重建	(194)
病例 54	早期乳腺癌保乳术背阔肌一期重建	(197)
病例 55	恶性黑色素瘤	(202)
病例 56	根治性近端胃大部切除术中空肠间置	(206)
病例 57	甲状腺肿物的鉴别诊断	(210)
病例 58	甲状腺髓样癌的临床特点及治疗	(214)
病例 59	腮腺混合瘤的临床特点及术式分析	(217)
病例 60	结肠癌	(219)
病例 61	家族性大肠息肉病	(225)
病例 62	老年乳腺癌	(229)
病例 63	乳腺癌保乳手术	(234)
病例 64	乳腺癌新辅助化疗	(240)
病例 65	胃癌腹腔镜手术诊断与治疗	(246)
病例 66	胃癌根治术	(251)
病例 67	胃癌新辅助化疗	(256)
病例 68	胃间质瘤的诊断与治疗	(260)
病例 69	直肠癌肝转移手术切除肝转移灶	(264)



病例 70	低位直肠癌保肛手术	(268)
病例 71	直肠癌术后吻合口瘘处理	(274)
病例 72	嗜铬细胞瘤的处理	(277)
病例 73	睾丸内胚窦瘤	(285)
病例 74	胆囊神经内分泌癌	(288)
病例 75	软组织肌上皮瘤	(290)
病例 76	多西他塞联合奥沙利铂治疗颅咽管瘤	(293)
病例 77	恶性肿瘤相关的膜性肾病	(297)



病例 1 晚期乳腺癌的治疗

【病历摘要】

患者张某,女性,43岁。入院前13个月发现右侧胸壁肿物,至外院就诊,诊断为右侧乳腺癌。于2008年6月12日行右侧乳腺癌改良根治术。术后病理回报:浸润性导管癌,腋窝淋巴结3/14,肿瘤直径3cm。ER阴性,PR阴性,HER-2阴性。术后于外院行6个周期CMF方案(环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶)的辅助化疗。CMF治疗完成后未能定期复诊。现治疗结束后7个月,患者自觉轻度乏力,食欲较差,体重减轻3kg。为进一步治疗收入我院。查体:生命体征平稳,周身浅表淋巴结未及肿大。右侧乳腺缺如,右胸壁可见纵行手术切口瘢痕,愈合良好,局部未发现结节。右肺呼吸音稍低,未闻及干湿啰音。心音有力,律齐,未闻及杂音。腹平软,全腹无压痛、反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未及。双下肢无水肿。血液检查:WBC $6.5 \times 10^9/L$, PLT $153 \times 10^9/L$ 。生化检测显示肝肾功能正常。胸部CT显示右肺多发结节,考虑为乳腺癌右肺转移。经胸壁肺内结节穿刺显示为与乳腺癌原发灶一致的转移癌。患者既往体健,否认家族史。未闭经,孕2产2。

【主治医师查房】

患者为中年女性,入院前1年余行右侧乳腺癌根治术,术后病理显示浸润性导管癌,淋巴结转移(3/14),ER、PR及HER-2阴性。经CMF化疗6周期后未再常规复查。本次住院前出现轻度



乏力,胸部 CT 及穿刺活检确诊为乳腺癌右肺转移。目前乳腺癌术后有危险因素者需要进行常规术后化疗。危险因素包括:年龄 <35 岁,ER、PR 阴性,HER-2 阳性,脉管瘤栓、淋巴结转移等。如患者腋下淋巴结转移超过 4 个,或局部分期达到 T_3 ,则需进行术后辅助放射治疗。全身化疗药物有蒽环类、氟尿嘧啶、环磷酰胺、紫杉醇等,最常用的为蒽环类药物。本患者术后应用 CMF 方案化疗 6 周期,目前此方案已不常用,术后应用含有蒽环类的方案更为恰当。患者在治疗结束 7 个月后出现右肺转移,证明肿瘤程度较高,转移时间较早。因 ER、PR 均为阴性,故无法进行内分泌治疗,可考虑应用全身化疗控制病情进展。化疗可以选择以蒽环类为主的化疗方案。

【第一次主任查房】

本病例具有以下病理和临床特征:①肿块不大(直径 3cm),但已经有腋窝淋巴结转移(3/14),提示肿瘤恶性程度较高。②ER、PR 及 HER-2 阴性。③无病生存期短,化疗后 7 个月出现远处转移。④转移部位为内脏转移(右肺)且有症状。晚期转移性乳腺癌的治疗非常困难,治疗的主要目的是改善患者的生活质量,延长生存期。虽然有各种各样的治疗方法,但主要方法是内分泌治疗和化疗。正确选择治疗方法,特别是一线治疗方法对延长患者生存期、改善患者生活质量至关重要。对本患者,首选化疗或内分泌治疗要根据患者肿瘤的病理和临床特征来决定。由于本患者肿瘤 HER-2 阴性,因此不考虑用生物治疗。一般认为,对术后无病生存期较长(通常 2 年以上),受体阳性,骨和软组织转移或无症状的内脏转移患者,可首选内分泌治疗。而对无病生存期较短(通常小于 2 年),ER 和 PR 阴性,有症状的内脏转移患者,可考虑首选化疗。内分泌治疗对发展较慢的肿瘤效果较好,显效较慢,一般需



3~4 周起效;而化疗适合于病变发展较快的乳腺癌,起效较快,一般 1~2 周显效。本例肿瘤分化差,恶性程度较高,术后 1 年内出现复发转移,ER 和 PR 均阴性,肝脏转移且有明显症状,说明肿瘤发展快,需要采用能迅速控制症状和肿瘤发展的治疗手段。故对本患者,应考虑首选化疗而不是内分泌治疗。对晚期乳腺癌有效的药物较多,单药治疗有效率 $>40\%$ 的药物有阿霉素、表阿霉素、泰索帝和紫杉醇,一线联合方案往往以上述药物为基础。临床上采用的主要给药方法有单药序贯、联合、大剂量化疗联合干细胞或骨髓移植等。对复发的乳腺癌患者,第一个需要做的决定是选择单药序贯化疗还是联合化疗。10 年前的标准方案为常规给予联合化疗,而最近的几项研究显示序贯化疗能产生相似的长期生存率且具有更低的毒性水平。从总体生活质量来看,序贯化疗与联合化疗类似。由于许多临床研究发现大剂量化疗并不能提高晚期患者的生存率,故现已基本不用。单药序贯治疗是目前国外一些医师较推崇的方法,这种方法副作用较小,而疗效较好,因此较适合晚期乳腺癌的治疗。联合化疗有效率较高,但副作用可能较大,适用于病变发展迅速、需要较快控制病情的晚期乳腺癌患者。本病例在较短时间内出现肺脏转移,伴有明显的自觉症状,故以联合化疗为首选治疗方案。在国外,泰索帝+希罗达的联合方案主要批准用于蒽环类耐药性晚期乳腺癌的解救治疗。对以前辅助治疗中没有用过蒽环类药物者,一般认为在复发转移后,应首先考虑选用含蒽环类药物的联合方案。紫杉类与蒽环类的联合方案是目前临床上证实对乳腺癌最有效的联合方案,这种联合广泛应用于晚期乳腺癌治疗、新辅助治疗以及术后辅助治疗中,且优于经典的 AC 方案。对本例患者,紫杉醇或泰索帝联合蒽环类药物都是比较合理的选择。本例患者可选择泰索帝联合蒽环类药物方案。另外,患者 HER-2 是应用免疫组化法检测的,免疫组化法有一定误



差,可应用 FISH 法重新检测,待其检测结果回报后决定是否应用赫塞汀治疗。

患者于外院应用 FISH 法进行 HER-2 检查,结果仍为阴性。

【第二次主任查房】

本例患者为三阴性乳腺癌,是指雌激素受体、孕激素受体和人表皮生长因子受 2(HER-2)均为阴性的乳腺癌。这类乳腺癌具有特殊的生物学行为和临床病理特征,占有乳腺癌病理类型的 10.0%~20.8%,是一种独立的临床病理类型,以侵袭性强、预后较差为主要特征,是近几年研究的热点之一。多项研究表明,三阴性乳腺癌多发生于绝经前年轻女性,其临床表现为侵袭性病程。多项临床研究表明,该类型乳腺癌的远处转移风险较高,内脏转移几率较骨转移高,脑转移几率也较高。三阴性乳腺癌的远处转移风险在 3 年时达到高峰,之后会有所下降,但其预后仍较差,死亡风险较高。研究表明,三阴性乳腺癌的中位肿瘤大小为 2cm,50% 有淋巴结转移。对病理特征分析发现,此类乳腺癌的组织学分级多为 3 级,细胞增殖比例较高,c-kit、p53、表皮生长因子受体(EGFR)表达多为阳性。三阴性乳腺癌患者往往年轻、有乳腺癌家族史、肿块较大、淋巴结阳性多,容易出现肺转移和肝转移,这是导致其预后较差的重要原因。目前还没有特有的针对三阴性乳腺癌的治疗指南,因此其治疗一般按乳腺癌常规标准治疗进行。多数资料来自回顾性研究或试验亚组分析。与其他类型乳腺癌相比,化疗对三阴性乳腺癌的有效率较高,但如果只是常规的标准治疗,其预后依然很差。一项随机临床试验比较了 6 个周期 FEC(氟尿嘧啶+表柔比星+环磷酰胺)方案与 3 个周期 FEC 方案序贯 3 个周期多西他塞对淋巴结阳性乳腺癌患者的疗效,结果显示对 FEC 序贯多西他塞化疗有较好的反应。这些结果显示,紫杉类