

社区医师中西医诊疗规范丛书

总主编 周 然

肿 瘤

主 编 王晞星



科学出版社

社区医师中西医诊疗规范丛书

总主编 周 然

肿 瘤

主 编 王晞星

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

癌症的发病率近年来逐年增加,已成为我国疾病死因的第一位。癌症的治疗不仅要在城市大医院开展,而且社区医师也应成为治疗、防治癌症的主要成员。本书是《社区医师中西医诊疗规范丛书》之一。全书共分三个部分,涉及 23 种常见肿瘤,对每种肿瘤都简明扼要地介绍了诊断提示、鉴别关键、治疗措施、转诊建议和预防护理,内容丰富,通俗易懂,查阅方便,尤其是“转诊建议”为本书的特色,为社区医师临证用药提供了参考,不失为社区医师的理想工具书。

本书可供社区医师使用,也可作为广大中医药专业工作者以及中医药爱好者的学习参考书。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤 / 王晞星主编. —北京:科学出版社,2011
(社区医师中西医诊疗规范丛书 / 周然 总主编)
ISBN 978-7-03-029928-4

I. 肿… II. 王… III. 肿瘤-诊疗 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 002472 号

责任编辑:曹丽英 杨 扬 / 责任校对:李 影

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>

北京市安泰印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2011 年 1 月第 一 版 开本: 787×960 1/32

2011 年 1 月第一次印刷 印张: 9

印数: 1—4 000 字数: 238 000

定价: 24.00 元

如有印装质量问题,我社负责调换

序 一

社区卫生服务是卫生事业的重要组成部分,是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。发展社区卫生服务对于推进医疗卫生服务体制改革,逐步缓解“看病难、看病贵”的问题具有重要意义。大力发展社区卫生服务、建立中西医结合的社区卫生服务体系、发挥中医药在社区卫生服务中的作用,既是我国中西医并重的卫生工作方针在基层的具体体现,也是中医药“简、便、廉、验”的特色优势所在。深入开展社区卫生人员中西医结合的综合基本知识和技能培训,推广和应用适宜中医药技术,积极为社区居民提供中西医结合服务,必将有力地促进社区医疗服务能力建设。

周然教授是农工党中央常委、山西省主委,是山西省政协副主席、山西中医学院院长,博士生导师,享受国务院特殊津贴专家。他多年从事医药卫生管理工作、中医药科研和教学管理工作,熟悉基层医疗卫生工作,具有丰富的管理经验、较高的管理能力和理论素养。他在承担“十一五”国家科技部支撑计划重大项目“农村卫生适宜技术产品研究与应用”中,主持编写的《农村卫生适宜技术推广丛书》(共17册),对于卫生适宜技术在农村的推广应用和基层中医药服务人员的技能提升,对于农村中医药和医疗卫生服务水平提高发挥了积极的作用。同时,该系列丛书被确定为国家新闻出版总署“十一五”国家重点图书出版规划项目,受

到有关专家和中医药界的广泛好评,也受到广大农民群众的热烈欢迎。

此次由他主持编写的共计 22 册的《社区医师中西医结合诊疗规范丛书》,再一次填补了社区卫生服务过程中中西医结合诊疗规范的空白。该丛书涉及内科、外科、妇产科、儿科、针灸科、骨伤科、五官科、社区护理、社区康复、预防保健等多学科领域,内容全面,涵盖广泛,资料翔实,主要针对社区卫生服务中的常见病、多发病和诊断明确的慢性病,具有很强的实用性和操作性。丛书的出版,对于促进社区卫生服务人员业务水平的提高,加强全科医师队伍建设,提升社区卫生服务质量,保证社区卫生服务的可持续发展,有着一定的实际意义。

衷心地希望该丛书能够指导广大社区卫生工作者的具体临床实践,进一步规范卫生技术人员的服务行为,提高社区卫生服务质量,为广大人民群众提供安全、有效、便捷、经济的公共卫生和基本医疗服务保障贡献力量。

陈宗兴

2010 年 10 月

序 二

社区卫生是医疗卫生工作的重要组成部分。加强社区卫生工作,构建新型城市医疗卫生服务体系,努力满足群众的基本卫生服务需求,是深化医疗卫生体制改革,实现人人享有初级卫生保健目标的基础性工作,而加强社区卫生工作人员的培训,提升医疗卫生工作水平,又是基础之基础。近年来,我省的社区卫生服务快速发展,服务触角不断延伸,服务水平稳步提升,居民对社区卫生服务的认可和利用程度逐渐提高。社区卫生服务的大力推进,对于缓解“看病难、看病贵”问题发挥了积极作用,但也存在着社区卫生机构服务的质量不高、服务能力有限等问题,尤其是社区卫生工作人员的整体素质亟待提高。

由山西省政协副主席、农工民主党山西省主委、山西中医学院院长周然教授主持编写的《社区医师中西医诊疗规范丛书》(共 22 册),是专门面向社区卫生工作人员的较权威的一套丛书。该丛书有几个显著特点:一是中西医结合,既充分体现党和国家“中西医并重”的卫生工作方针,又为社区卫生工作人员提供了全面的中西医两方面诊治技术,能够有效提高诊治水平;二是针对性强,从病种的选择到技术的筛选,都充分考虑社区卫生工作的实际,尤其是书中收载的一些中医名家单方验方以及国家卫生部和中医药管理局推荐的适宜技术,有很强的实用性;三是简便实用,编写体例删繁就简,重点突出,文风精炼,既涵盖全面,又独具特

色,不失为当代社区卫生工作人员学习培训的一套优秀教材。

《社区医师中西医诊疗规范丛书》,内容翔实,切合社区卫生工作实际,为我省社区卫生工作人员提供了坚实的理论保障。丛书的出版,必将有力地促进社区卫生服务人员业务水平的提高,提升社区卫生服务质量,保证社区卫生服务的可持续发展。同时,也有利于发挥中医药“简、便、廉、验”的特点和优势,提高中医药对促进人群健康的贡献率,使中医药特色服务逐步成为深受社区群众欢迎的“民生工程”。

丛书付梓之际,应周然副主席之邀,特为之序。

张建设

2010年10月

总 前 言

发展社区卫生服务对于推进城市医疗卫生服务体制改革,健全城市两级卫生服务体系,满足人民群众的健康需求,逐步缓解“看病难、看病贵”的问题具有重要意义。

当前,制约社区医疗卫生工作的一个重要因素,是基层医疗卫生工作者的技术水平难以满足人民群众的需求。在大力推广农村卫生适应技术的两年时间里,笔者也深切地感受到社区卫生工作中存在着“卫生机构服务的质量不高、服务能力有限”等方面的问题,尤其是社区卫生工作人员的整体素质亟待提高。因此,我们组织既有丰富临床经验,又有较高理论素养的专家学者,编写了《社区医师中西医诊疗规范丛书》。本丛书共分 22 册,涉及内科、外科、妇产科、儿科、针灸科、骨伤科、五官科等多学科领域,力求内容全面,资料翔实,切合实际,满足需要。丛书各册依据西医疾病的分类方法,选取社区常见病、多发病为研究对象,每一病种从中、西医角度予以阐明,既体现理论性,更注重实用性,突出疾病的诊断与治疗。

其中,有三点需要说明:①我们严格遵照执行国家有关中药使用的政策法规,如国家规定禁止使用的保护动物或有毒中药,本丛书中古医籍或方剂中涉及时,仅供参考,建议使用其代用品。②本丛书中腧穴的定位多采用“同身寸”或“骨度分寸法”,因个体差异的存在无法统一换算,特此说明。③中医古医籍的剂量有

用斤、两、钱、分等旧式计量单位的,本丛书为了临床医师的使用方便,正文中中药剂量一律依照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《方剂学》、《中药学》药量;名老专家经验方中药量遵循原作者的经验量。

本丛书的编写,是继开展“十一五”国家科技支撑计划重大项目以来的又一系列丛书,希望能够指导广大社区卫生工作者的具体临床实践。在此,特别感谢全国政协陈宗兴副主席、山西省张建欣副省长对本书的支持并作序,科学出版社以及山西省人民政府、山西省科技厅、山西省卫生厅等部门的负责同志,各丛书编者及参与此丛书工作的其他同志,在此一并表示感谢!



2010年5月

目 录

序一

序二

总前言

总论..... (1)

第1节 恶性肿瘤的综合治疗..... (1)

第2节 恶性肿瘤的手术治疗..... (2)

第3节 恶性肿瘤的化学治疗..... (2)

第4节 恶性肿瘤的放射治疗..... (8)

第5节 恶性肿瘤的分子靶向治疗..... (9)

第6节 恶性肿瘤的中医药治疗..... (11)

第7节 恶性肿瘤的姑息治疗..... (14)

各论..... (27)

第1节 鼻咽癌..... (27)

第2节 喉癌..... (36)

第3节 甲状腺癌..... (46)

第4节 肺癌..... (54)

第5节 乳腺癌..... (65)

第6节 食管癌..... (76)

第7节 胃癌..... (84)

第8节 结直肠癌..... (94)

第9节 原发性肝癌..... (104)

第10节 胰腺癌..... (116)

第11节 胆囊癌..... (125)

第12节 肾癌..... (134)

第13节 膀胱癌..... (142)

第14节 前列腺癌..... (152)

第15节 卵巢癌..... (161)

viii 肿 瘤

第 16 节	宫颈癌	(173)
第 17 节	子宫内膜癌	(182)
第 18 节	骨肉瘤	(190)
第 19 节	皮肤癌	(198)
第 20 节	恶性黑色素瘤	(206)
第 21 节	脑胶质瘤	(217)
第 22 节	颅内转移瘤	(225)
第 23 节	恶性淋巴瘤	(231)
第 24 节	肿瘤急症及并发症	(245)
附录		(260)
附录 1	实体瘤疗效评价标准	(260)
附录 2	WHO 抗肿瘤药物毒性分级标准	(262)
附录 3	肿瘤患者生活状况评分标准	(266)
附录 4	癌症患者三阶梯止痛原则、分级和疗效评价	(267)
附录 5	常用抗肿瘤药物中英文名称和缩写	(268)
附录 6	人体体表面积查询表	(272)

第 1 节 恶性肿瘤的综合治疗

恶性肿瘤是一类严重危害人类健康与生命的常见病、多发病,已跃居我国疾病发病率与死亡率的首位。

肿瘤的治疗方法主要有手术治疗、放射治疗、化学治疗、生物免疫治疗、内分泌治疗、分子靶向治疗、中医中药治疗等。肿瘤的生物学行为极具特殊性和复杂性,每一种治疗手段都有利弊,采用任何单一治疗方法都很难达到理想的根治效果,综合治疗是提高肿瘤疗效的主要途径。

目前,多学科合作的综合治疗已经成为肿瘤的规范化治疗模式。肿瘤综合治疗是根据患者的机体状况,肿瘤的病理类型、侵犯范围(病期)和发展趋向,合理地、有计划地对现有的治疗手段(如手术、放疗、化疗、生物和中医药治疗)综合运用,以期较大幅度地提高治愈率和改善患者的生活质量。

肿瘤综合治疗要将肿瘤的各种治疗手段互相取长补短,合理的联合利用,如放疗与化疗联合可以优势互补,放疗控制局部,化疗控制全身转移,两者合用可增加肿瘤细胞对治疗的敏感性、提高疗效,使患者获得长期生存。放疗与手术联合,术前可提高肿瘤切除率,术后可降低肿瘤局部复发。化疗与手术联合,手术处理局部病灶,化疗用于全身治疗,提高手术效果。分子靶向治疗与化疗或内分泌治疗联合,对某些肿瘤的疗效也优于单一治疗。综合治疗可使肿瘤患者保留机体正常功能,提高疗效,改善生活质量,延长生存期,已显示出了巨大的优势。

综合治疗的选择因人而异、因病而异,体现个体化。最佳综合治疗方案的制订与实施应遵循循证医学的基本原则,避免盲

目无序的治疗,避免过度治疗。

第 2 节 恶性肿瘤的手术治疗

手术治疗是恶性肿瘤治疗的主要手段之一,目的是彻底切除肿瘤争取达到治愈。外科手术还能根据肿瘤侵犯的程度、淋巴结转移及远处转移的情况进行准确可靠的病理分期。

手术方式的选择根据个体情况而定。

根治性手术即治愈性手术,恶性肿瘤早诊断、早治疗,预后好。实质性肿瘤病变局限于原发部位或病灶仅累及邻近区域淋巴结,如患者全身情况允许,应争取行原发灶切除术及区域淋巴结清扫术,手术范围根据不同肿瘤生物学特征发展的规律而定,清扫术后病理检查可能发现淋巴结转移,如早期乳腺癌、宫颈癌、胃癌、直肠癌等。

姑息性手术:癌症晚期伴转移,手术无法彻底切除,为了减轻患者腔道梗阻、出血、疼痛等症状,为放、化疗创造条件,改善生存质量,延长生命而进行的手术,称姑息性手术,如晚期胃癌伴幽门梗阻时行空肠吻合术、肿瘤导致上尿路梗阻行肾盂造瘘术等。对于体积较大、切除困难、对放化疗敏感的肿瘤,如卵巢肿瘤,可行减瘤手术,即肿瘤部分切除术,达到减低瘤负荷、止痛、止血、解除梗阻症状,改善生存质量,为进一步实施其他抗肿瘤治疗提供条件。外科手术还可用于处理某些肿瘤危急症,如喉癌压迫气管时行气管切开术。

另外,肿瘤远处转移的好发部位为肺、肝、骨等。对孤立性转移病灶、原发灶已经控制、无手术禁忌证、肿瘤生长缓慢,可以选择手术切除治疗的方式。

第 3 节 恶性肿瘤的化学治疗

化学治疗是恶性肿瘤的主要治疗手段之一,是指应用特殊的药物杀灭肿瘤细胞和治疗癌症,这些药物也称为细胞毒药物。20 世纪 70 年代以来,许多肿瘤有了比较成熟的化疗方案,不少

肿瘤可能通过化疗治愈。急性淋巴细胞白血病、急性粒细胞白血病、霍奇金病、中度和高度恶性非霍奇金淋巴瘤、乳腺癌、大肠癌、小细胞肺癌、卵巢癌、骨肉瘤、睾丸癌、神经母细胞瘤等肿瘤化疗后能达到治愈。

一、化疗的临床应用

1. 晚期肿瘤的全身诱导化疗

晚期患者肿瘤多已全身扩散,不再适合手术或放疗等局部治疗手段,化疗作为主要的和基本的治疗方法,目的是缓解病情、提高生存质量、延长生存时间。对于恶性淋巴瘤、睾丸肿瘤、绒毛膜上皮癌治愈肿瘤等亦有可能治愈。

2. 手术、放疗局部治疗后的辅助化疗

该化疗是肿瘤原发灶在局部治疗(手术或放疗)得到控制后,针对可能存在的微小转移灶给予全身化疗,目的是防止复发和转移,作为局部治疗的辅助治疗具有重要价值。

3. 手术或放疗前的新辅助化疗

指对可用局部治疗手段(手术或放疗)治疗的局限性肿瘤,在手术或放疗前使用化疗,目的是降低病期、增加手术切除率、缩小手术范围。

4. 特殊途径化疗

特殊途径化疗分为3类。①腔内化疗:治疗癌性体腔积液,包括胸腔、腹腔及心包腔内积液。②鞘内注射化疗:常用于治疗脑膜白血病,淋巴瘤或其他实体瘤的中枢神经系统侵犯。③动脉插管化疗:经导管动脉内灌注化疗可用于治疗头颈肿瘤、颅内肿瘤、肺癌、原发性或转移性肝癌。

二、化疗的适应证

(1) 造血系统疾病:如白血病、多发性骨髓瘤、晚期恶性淋巴瘤、恶性组织细胞瘤等。

(2) 化疗效果较好的实体瘤:如小细胞肺癌、卵巢肿瘤、精原细胞瘤、绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎等。



4 肿 瘤

(3) 手术或放疗前后需要行辅助化疗的实体瘤。

(4) 实体瘤手术或放疗后复发或播散者。

(5) 晚期肿瘤已有全身播散,但全身状况及各项检查尚允许化疗者。

(6) 恶性体腔积液:如胸腔、腹腔和心包腔积液,采用体腔内化疗。

(7) 肿瘤并发症的化疗:如上腔静脉压迫综合征、呼吸道压迫、脑转移或脊髓压迫致颅内压增高等,可采用化疗缩小肿瘤,减轻症状。

三、化疗的注意事项

(1) 接受化疗者必须诊断明确,全身状况良好,Karnofsky 评分不小于 70 或 PS 评分不大于 2,血象及肝、肾功能正常,能耐受化疗。

(2) 存在下列情况之一者,化疗应慎重。年老体弱,一般情况差,Karnofsky 评分 <40 ,肝肾功能异常,明显贫血或白细胞、血小板减少,严重营养不良和电解质紊乱,曾用多程化疗和(或)放疗,有发热、感染等并发症,心肌病变。

四、化疗药物的分类

目前,化疗药物分类有 3 种方法。

根据与细胞增殖周期的关系可分为:①细胞周期非特异性药物,包括烷化剂和大部分抗肿瘤抗生素。②细胞周期特异性药物,包括的各种植物药和作用于 S 期的一些抗代谢药。

按分子水平的作用可分为:①抑制 DNA 合成的药物。②直接破坏 DNA 结构或与 DNA 结合影响其功能的药物。③影响转录过程的药物。④影响蛋白质或肿瘤细胞其他成分合成的药物。

按临床分类,可有 6 类:①烷化剂,细胞周期非特异性,作用强,毒副反应具浓度依赖性。如氮芥(HN_2)、环磷酰胺(CTX)、氮烯咪胺(DTIC)、环己亚硝脲(CCNU)等。②抗代谢药,作用

于 S 期,毒副反应具时间依赖性。如甲氨蝶呤(MTX)、氟尿嘧啶(5-FU)、阿糖胞苷(Ara-C)、呋氟尿嘧啶(FT-207)等。③抗肿瘤抗生素,抑制 DNA、RNA、蛋白质合成。如[博来霉素(BLM)、阿霉素(ADM)、丝裂霉素(MMC)]等。④抗肿瘤植物碱药,作用于 M 期,如长春碱类[长春新碱(VCR)、长春花碱(VLB)、长春地辛(VDS)]、鬼臼毒素[依托泊苷(VP-16)]、喜树碱类[依利替康(CPT-11)、拓扑替康(TPT)、羟喜树碱(HCPT)]、紫杉类(紫杉醇、多西紫杉醇)、三尖杉碱等。⑤激素类,主要作用为抑制癌细胞,敏感性取决于肿瘤对激素的依赖性,起效慢,毒性小。包括雄激素(抗雄激素)、雌激素(抗雌激素)、孕激素、皮质激素等。⑥其他,细胞周期非特异性。包括铂类[顺铂(DDP)、卡铂(CBP)]、达卡巴嗪(DTIC)、羟基脲(HU)、门冬酰胺酶等。

五、联合化疗

联合化疗能使机体在可耐受药物的毒性范围内及不减量的前提下杀灭更多的肿瘤细胞;能杀灭异质性肿瘤细胞群中更多的耐药细胞株;能预防或减慢新耐药细胞株的产生,可获得单药治疗无法达到的效果。联合化疗应遵循如下原则。

(1) 选择最有活性的药物,优先考虑疗效好的药物,以便获得最佳治疗结果。

(2) 避免联合应用毒性、作用机制、耐药机制重叠的药物,以达到最大限度地增加剂量强度。

(3) 采用药物的最佳剂量和用法。

(4) 联合化疗应按合理的间隔时间实施。大多数的联合化疗方案是根据细胞毒药物损伤骨髓后,骨髓功能恢复的动力学所设计的。标准剂量的联合化疗在无集落刺激因子支持条件下,间歇期应为 2 周,即首剂用药后的第 21 天或第 28 天开始下一疗程化疗,为骨髓提供恢复时间。在骨髓等最为敏感的正常组织得以恢复的前提下,应尽可能缩短周期间隔时间。因为延长周期间隔时间会降低剂量强度。



六、化疗药物毒副反应的防治

肿瘤细胞和正常细胞之间缺乏根本性的代谢差异,抗肿瘤药物在杀伤或抑制癌细胞的同时,不可避免的对正常组织器官有损害或毒性作用。各种抗肿瘤药物共有的毒副反应及其防治如下:

(1) 骨髓抑制:大多数化疗药物均可引起不同程度的白细胞减少、血小板减少,严重时血红蛋白也会降低。骨髓抑制限制化疗的剂量和疗程,影响疗效,影响患者生活质量甚至危及生命。防治:①化疗方案遵循个体化适度治疗的原则。②化疗药物减量或停药,监测血象。③白细胞严重减少时可用粒细胞集落刺激因子(G-CSF)或粒细胞-单核细胞集落刺激因子(GM-CSF),并注意防治感染。④血小板显著降低,可用重组人血小板生成素注射液(TPO),并给予止血药以防出血。⑤成分输血。

(2) 胃肠道反应:大多数化疗药物都可引起恶心呕吐、食欲减退、口腔黏膜炎、腹胀、腹泻和便秘等不良反应。防治:①应用止吐药物,常用的有 5-HT₃受体拮抗剂、甲氧氯普胺、地塞米松、镇静药物等。目前,以 5-HT₃受体拮抗剂止吐疗效最好。②针对口腔炎可用温盐水、3%过氧化氢溶液、制霉菌素悬液等含漱。③止泻,或促进胃肠蠕动,或膳食富含纤维等对症治疗。④反应严重时则应停用化疗,加强支持治疗,纠正水电解质紊乱。

(3) 心脏毒性:蒽环类是最常引起心脏毒性的药物之一,其他药物有环磷酰胺、紫杉类、顺铂、氟尿嘧啶等。表现为心悸、气短、心前区疼痛、呼吸困难,重则出现心肌损伤、心包炎,甚至心力衰竭、心肌梗死等,可见心电图改变。心脏毒性的发生与药物剂量积累密切相关。防治:①控制蒽环类药物累积总剂量,特别是高龄、原有心脏疾患、纵隔曾经放疗、曾用 CTX 治疗,用药累积量更应降低,如多柔比星 $<500\text{mg}/\text{m}^2$,表柔比星 $<1100\text{mg}/\text{m}^2$,米托蒽醌 $<140\text{mg}/\text{m}^2$ 。②出现心脏毒性时,化疗药物应减量或停用。③应用脂质体多柔比星。④应用可降低蒽环类心脏毒性的药物,如维生素 E、泛癸利酮、ATP、乙酰半胱氨酸和钙通道阻滞药等。⑤监测左心射血分数及心电图。