

常见肿瘤 的治疗与护理

CHANGJIAN
ZHONGLIU DE
ZHILIAO YU HULI

黄爱华 逢增艳 郭美霞
范连钧 张刚 刘启华
主编



中国海洋大学出版社
CHINA OCEAN UNIVERSITY PRESS

常见肿瘤的治疗与护理

主 编:黄爱华 逢增艳 郭美霞 范连钧
张 刚 刘启华

副主编:(按姓氏笔画排序)

于明启	王桂敏	王 涛	任香兰
刘小宁	刘桂芹	孙 明	孙鲁芳
孙 燕	孙 霞	江雪宁	张兆卿
张致远	张瑞芹	张锡娟	张露英
沙 洁	杨仙妹	邱会英	季金森
苟俊静	贺秀华	赵承刚	赵 娟
逢阿玲	唐 超	徐 娟	董秋玲
窦素莲	雷道琴		

中国海洋大学出版社
· 青 岛 ·

图书在版编目(CIP)数据

常见肿瘤的治疗与护理/黄爱华,逢增艳,郭美霞等
主编. —青岛:中国海洋大学出版社,2010.12
ISBN 978-7-81125-518-8

I. ①常… II. ①黄… ②逢… ③郭… III. ①肿瘤—
治疗②肿瘤—护理 IV. ①R730.5②R473.73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 220737 号

出版发行	中国海洋大学出版社	
社 址	青岛市香港东路 23 号	邮政编码 266071
网 址	http://www.ouc-press.com	
电子信箱	pankeju@126.com	
订购电话	0532—82032573(传真)	
策划编辑	邵成军	
责任编辑	潘克菊	电 话 0532—85902533
印 制	日照报业印刷有限公司	
版 次	2010 年 12 月第 1 版	
印 次	2010 年 12 月第 1 次印刷	
成品尺寸	140 mm×203 mm	
印 张	8.75	
字 数	300 千字	
定 价	26.00 元	

前 言

恶性肿瘤是严重威胁人类健康的常见病和多发病,发病率正在不断上升。据世界卫生组织 2000 年的有关资料报道,全球癌症发病人数达 1 010 万/年,死亡人数达 620 万/年,并预测 2020 年,将有新发癌症病例 2 000 万/年,死亡人数将达 1 200 万/年。根据卫生部 2006 年对我国 30 个城市和 78 个农村县死亡原因的统计显示,与 2005 年相比,城市居民和农村居民恶性肿瘤死亡率分别上升了 18.6%和 23.1%。恶性肿瘤已成为我国城乡居民死亡的首要原因,因而对恶性肿瘤的诊治受到人们的普遍关注和重视。

为了加强常见恶性肿瘤的治疗与护理工作,适应临床需要,提高广大医护人员的临床工作水平,我们根据长期的临床经验和体会,并参考有关文献资料,编写了本书。

本书得以出版,承蒙青岛有关专家、教授的指导,以及全体编者的共同努力与友好合作,编者主要来自胶州市人民医院、胶州市妇幼保健医院、胶州市第三人民医院、平度市人民医院、平度市中医医院等青岛地区各大医院长期从事医疗护理一线工作的医务人员完成,在此对各位表示谢忱。(胶州市人民中医医院的编者只写名字,单位省略,其他各大医院参与本书的编者在书中都标注了详细的单位名称。)

由于编者知识水平有限,书中难免存在疏漏与欠缺,敬请同仁和读者批评指正。

编者

2010 年 9 月

目 次

第一章 常见恶性肿瘤的诊疗护理	(1)
第一节 肺癌	(1)
第二节 食管癌	(33)
第三节 胃癌	(55)
第四节 大肠癌	(79)
第五节 原发性肝癌	(100)
第六节 胰腺癌	(115)
第七节 肾癌	(126)
第八节 前列腺癌	(137)
第九节 淋巴瘤	(148)
第十节 白血病	(160)
第十一节 宫颈癌	(170)
第十二节 卵巢癌	(182)
第十三节 乳腺癌	(194)
第十四节 鼻咽癌	(213)
第十五节 多发性骨髓瘤	(221)
第十六节 子宫内膜癌	(227)
第二章 肿瘤患者常见症状的护理	(234)
第一节 发热	(234)
第二节 疼痛	(236)
第三节 恶心与呕吐	(245)
第四节 疲乏	(246)
第五节 呼吸困难	(249)



第六节	便秘	(253)
第七节	腹泻	(254)
第八节	恶性积液	(255)
第九节	高钙血症	(261)
第十节	脱发	(262)
第十一节	压疮	(263)
第十二节	病理性骨折	(269)
第十三节	气胸	(271)
第十四节	感染	(272)
参考文献		(273)

第一章 常见恶性肿瘤的诊疗护理

第一节 肺 癌

概述

原发性支气管肺癌(简称肺癌)是指发生于各级支气管上皮细胞及细支气管肺泡上皮细胞的恶性肿瘤。临床以咳嗽、咳血痰或咯血、胸痛、发热等为主要表现,随病情的进展还会有淋巴结和脏器转移及由转移所造成的相应临床表现。肺癌起病隐匿,早期常因无明显症状而漏诊,并有易转移、易复发、预后差等特点。

肺癌是人类最常见的恶性肿瘤之一,是全世界癌症死亡的首因。发病率在很多国家都有明显增高的趋势。1985 年全世界肺癌发病人数为 896 000 例,占全部恶性肿瘤的 11.8%,在男性常见肿瘤中占首位,在女性常见肿瘤中占第六位。根据 WHO 的统计资料,1986~1988 年 50 个国家癌症年龄调整死亡率,男性肺癌以比利时为最高(77.2/10 万),其次为苏格兰(75.5/10 万);女性肺癌以苏格兰为最高(27.1/10 万),其次为香港(25.0/10 万),1997 年全美肺癌的发生数男性为 98 300 例,女性为 79 800 例,分别为美国男女肿瘤发病率第一位和第二位,肺癌死亡占总癌症死亡人数的 28%。尽管乳腺癌、前列腺癌的新发病例出现很多,但肺癌的死亡人数比乳腺癌、前列腺癌和结直肠癌的总死亡人数还多。在我国,肺癌发病率与死亡率均呈上升趋势,仅就上海市而言,1960 年肺癌发病率为 7.9/10 万,1975 年为 19.5/10 万,而 1997 年男性标化发病率已上升为 42.3/10 万,女性标化发病率已上升为 17.2/10 万。我国肺癌高发



地区城市高于农村,大城市高于中小城市,男性高于女性。我国云南省的个旧市肺癌男性死亡率高达 102.1/10 万,特别引人注目,我国肺癌的发病率随年龄增长而上升,40 岁以后发病逐渐增多,65~70 岁死亡率达高峰,70 岁以后也未见明显下降。

肺癌属于中医学的“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴。古代又有“肺积”、“肺壅”等称谓。

临床表现

(一)症状

肺癌的症状表现与其生长部位、肿瘤大小及分化程度有密切关系。早期可无任何症状,或仅在 X 线健康检查时偶然发现。一般情况下,中央型肺癌出现症状较早,周围型肺癌则出现较晚。临床常见的症状有:

1. 咳嗽:咳嗽为最常见的早期症状,约有 3/4 的病人出现不同程度的咳嗽。其特点是以阵发性刺激性咳嗽为主,无痰或有少量泡沫样白痰。支气管狭窄远端有继发感染时,痰量增加。

2. 咯血:咯血也是肺癌常见的首发症状之一,呈间断性反复少量血痰,偶见大咯血,血色多鲜红。咯血持续时间不一,一般仅数日,但也有达数月者。

3. 胸痛:肿瘤累及胸膜,可导致胸部钝痛或隐痛;肿瘤侵蚀胸壁肋骨或压迫肋间神经,则胸痛尖锐剧烈,且有固定点或局部压痛,并随呼吸、咳嗽、变换体位而加重。

4. 发热:有 21.2% 的肺癌以发热为首发症状。发热有两种:一是肺癌压迫、阻塞引起的炎症性发热;另一种是因癌组织变性坏死引起的癌性发热。

5. 气急:由于肿瘤压迫、阻塞,气管支气管狭窄,支气管阻塞导致肺不张或肺癌广泛播散时,可出现气急。

(二)体征

1. 局限性哮鸣音:多在吸气阶段出现咳嗽后并不消失。



2. 声音嘶哑:淋巴结转移压迫或侵犯喉返神经时出现。

3. 上腔静脉综合征:肿瘤压迫或侵犯上腔静脉,静脉回流受阻,产生头面、颈、上肢水肿,上胸部静脉曲张并水肿,伴头晕、胸闷、气急等症状。

4. Horner's 综合征:肺尖癌压迫或侵犯颈交感神经节时,出现患侧眼球凹陷、上睑下垂、瞳孔缩小、眼裂狭窄、患侧上半胸部皮肤温度升高、无汗等症,称 Horner's 综合征。

5. 肩臂疼痛:肺尖癌压迫或侵犯臂丛神经时,出现该侧肩部及上肢放射状灼热疼痛。

6. 胸神经麻痹:胸神经受侵时出现气急胸闷,X 线透视示膈肌矛盾运动。

7. 吞咽困难:纵膈淋巴结肿大压迫食管所致,压迫气管可致呼吸困难,甚至窒息死亡。

8. 心包受侵:心包受侵时出现心包积液、气急、心律失常、心功能不全等临床表现。

9. 胸膜转移:胸膜有癌瘤转移时可出现胸痛,癌性胸水等症状。

10. 肺癌转移:肺癌的血行转移常见部位依次是骨、肝、脑、肾、肾上腺、皮下组织等,另外肺癌肺内转移也较常见。临床随转移部位不同而有相应的症状、体征。

11. 肺外体征:常见有四肢关节疼痛或肥大、多发性神经炎、重症肌无力、库欣病、男性乳房肥大、高钙血症或低钙血症、精神异常等肺外体征。

(三)常见并发症

1. 肺部感染:肺部感染是肺癌最常见并发症,治疗效果差,常危及生命。有报道认为 25%~50% 的肺癌病人死于并发感染。

2. 大咯血:大咯血是肺癌常见致死性并发症,多为癌肿侵犯较大支气管动脉,引起血管破裂致大咯血。

3. 自发性气胸:自发性气胸是晚期肺癌的并发症之一。肺癌病人突然出现气急、胸痛、呛咳、口唇紫绀、大汗等,应考虑气胸可能。



诊断

诊断要点:近期反复发作的呛咳或干咳持续数周,并经常规治疗仍反复不愈;或反复、间断地咯血痰;或有不明原因的胸痛、气急、消瘦、疲乏等;或无感染而出现不明原因的发热,应考虑肺癌的可能。若年龄在 40 岁以上的男性,有长期吸烟史者,平均达 400 支/年时,则应高度怀疑肺癌的可能,应进一步检查。X 线胸片、肺 CT 扫描、肺 MRI 扫描、纤维支气管镜等检查有助于早期诊断与定位诊断。痰脱落细胞学检查及组织细胞学检查可明确诊断。

(一)免疫学与血清学检测

肺癌患者的免疫学与血清学检测不具特异性,但可作为临床诊断与治疗的参考指标。

1. 血清 CEA:正常值 $<75 \text{ g/L}$ (免疫放射法)。肺癌阳性率为 60%左右。

2. 血清电泳致缓因子:正常值 $<75 \mu\text{g/L}$ 。肺癌阳性率为 75.3%,早期肺癌阳性率为 77.8%。

3. 血清肌酐激酶同工酶:对小细胞肺癌的诊断有一定价值,正常值 $<10 \mu\text{g/L}$ 。

(二)影像学检查

1. X 线检查

X 线检查是诊断肺癌的重要方法。胸部平片加分层摄片可以明确肿块的形态、大小、范围、性质以及肿块与周围组织的关系,支气管阻塞的情况,还可以了解纵隔淋巴结有无转移。肺癌的 X 线表现主要有以下几方面:

(1)中央型肺癌常见有以下征象:

- ①靠近肺门的肿块影;
- ②支气管壁增厚,管腔狭窄呈鼠尾征,管腔截断等;
- ③支气管阻塞征象,见局限性肺气肿、阻塞性肺炎和肺不张。

(2)周围型肺癌常见有以下征象:



①孤立性肺结节,大小不一,呈球型,有分叶或毛刺,边缘模糊不清,远端有不张或阻塞性炎症征象。肿瘤直径 $<2\text{ cm}$ 时,密度低且不均匀,当直径 $>2\text{ cm}$ 时密度趋于均匀。肿瘤较大时可出现坏死和空洞。有1%的瘤体内出现钙化。

②伴发征象有:癌瘤向肺门侵犯或沿支气管树向肺周边浸润,出现肺门增大,肺纹理增粗、模糊、胸膜凹陷出现“兔耳征”、“尾巴征”等。

2. CT 扫描

肺癌 CT 扫描有利于肺癌的早期诊断,分期和鉴别诊断,弥补常规 X 线胸片上难以显示的部位。肺癌的 CT 表现如下:

(1)中央型肺癌:肺门肿块呈分叶状,形态不规则,肿块边缘有毛刺、切迹等;肿块附近肺血管牵拉、聚拢、增粗、变形等;瘤体内见“空泡征”和“支气管征”;肿块较大可有坏死、空洞及附壁结节;肿瘤远端有斑片状扇形炎症影;邻近胸膜产生胸膜凹陷征;肿瘤可直接侵犯胸膜、胸壁及骨。CT 还可显示肺门、纵隔淋巴结肿大情况以及心包及胸膜受侵情况,有无胸水、心包积液等。

(2)周围型肺癌:位于肺周边或胸膜附近的肺结节,边缘不规则,又分叶、毛刺、切迹等,肿块附近肺血管牵拉、聚拢、增粗、变形等;瘤体内见“空泡征”和“支气管征”;肿块较大可有坏死、空洞及附壁结节;肿瘤远端有斑片状扇形炎症影;临近胸膜产生胸膜凹陷征;肿瘤可直接侵犯胸膜、胸壁及骨。

另外,CT 还可显示肺门、纵隔淋巴结肿大情况以及心包及胸膜受侵情况,有无胸水、心包积液等。

3. MRI

MRI 对软组织密度分辨率高,尤其能良好地显示心血管结构与周围组织的关系,对肺癌的诊断和分期有较大意义。

(1)肿瘤影像:在 T_1 加权图像上呈中等信号强度,见肿块呈分叶、边缘不规则、毛糙; T_2 加权图像上信号增强,少数不变。

(2)肺阻塞性炎症与肺不张:由于肿瘤组织在 T_2 加权图像上信



号增强,因此 MRI 可清楚区分肿瘤与肺阻塞性炎症和肺不张。

(3)肿瘤与周围组织的关系: MRI 可清楚显示肿瘤周围支气管、血管受压、受侵的情况,还可显示肺门、纵隔淋巴结、胸膜及胸壁转移与受侵情况。

(4)转移情况: MRI 对脑、肝、肾及肾上腺的转移能清楚显示,对骨转移可评价骨质破坏情况。

4. 正电子发射型计算机断层扫描(PET)

PET 是一种无创的探测生理性放射性核素在机体内分布的断层显像技术。

FDG(18F 标记的 2-氟化脱氧葡萄糖)在肿瘤组织中蓄积比正常组织明显增高,了解体内不同组织的糖代谢水平,可对肿瘤进行评价。PET 临床应用非常广泛,包括肿瘤的早期诊断、分期、检测残存和复发灶,特别是肺癌的检测,已显示出其优势。

5. 放射性核素检查

放射性核素检查可作为肺癌的诊断方法之一,还可以了解肺癌有无纵隔的累及,搜寻远处癌转移灶。

6. 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜检查可直观地看到支气管局部病变情况,对中央型肺癌意义较大,还可刷取或钳取支气管分泌物与黏膜组织做细胞学和组织学检查。凡临床被疑为肺癌,需进一步明确诊断者,可考虑做纤维支气管镜检查。纤维支气管镜检查在肺癌诊疗中占有重要意义,90%~100%的中央型肺癌可经过常规纤维支气管镜检查取到组织而确诊。纤维支气管镜所见对肺癌手术方式的选择有十分重要的参考价值,如在气管镜中见到隆突增宽、溃疡形成,或右上叶肺癌侵犯气管,或气管外压性狭窄、支气管变窄时应作为手术的禁忌证。此外,应用纤维支气管镜还可行经气管肺活检和经支气管穿刺活检。

纤维支气管镜检查的禁忌证有:①肺功能严重障碍,不能耐受手术者;②心功能不全、严重高血压及心律失常者;③全身状态差或有脏器功能衰竭者;④有主动脉瘤者;⑤有出、凝血功能严重障碍者;⑥



哮喘发作或癌性大咯血者；⑦高热患者；⑧麻醉药过敏，不能用其他药物替代者。

7. 细胞学检查

(1)痰脱落细胞检查：痰脱落细胞检查是简单而有效的早期诊断方法之一，标本须新鲜，肺癌阳性率 70%~80%。无咳嗽咯痰者，可用雾化引痰法。

(2)经皮肺穿刺活检：经皮肺穿刺活检法确诊率高。适于周围型肺癌，需明确诊断与鉴别诊断者。对有严重的肺气肿、肺心病、肺动静脉瘘、肺囊肿、肺淤血、上腔静脉综合征及有出血倾向者应列为禁忌证。

鉴别诊断

1. 肺结核与结核性胸膜炎

(1)结核球：结核球多见于年轻患者，病灶多位于上叶尖段、后段和下叶背段，一般直径 $<3.0\text{ cm}$ ，病灶边界清楚，可有包膜，内部密度高，可不均匀，有时含有钙化点，周围可有纤维结节性或浸润性病灶。应与周围型肺癌相鉴别。痰脱落细胞学检查或细菌学检查可鉴别。

(2)肺门淋巴结结核：中央型肺癌和肺门淋巴结转移者应与肺门淋巴结结核相鉴别。结核多见于儿童、青年，多有发热等结核中毒症状，结核菌素试验常呈强阳性，抗结核药物治疗有效。肺癌多见于中年以上成人，发展较快，呼吸道症状比较明显，可伴有浅表淋巴结肿大。痰脱落细胞学检查、支气管镜检查等有助于鉴别诊断。

(3)粟粒性肺结核：应与细支气管—肺泡细胞癌相鉴别，后者多见于年龄较大的患者，无发热等全身中毒症状，但呼吸道症状明显。X线肺部病灶为大小不等、分布不均匀、密度较高的结节，以中下肺较密集。痰脱落细胞检查常为阳性。

(4)结核性胸膜炎致胸水：癌性胸腔积液常为血性，生长快，因肿瘤阻塞引起的胸腔积液可呈草黄色渗出液。胸腔积液癌细胞和胸膜活组织检查，常可明确诊断。



2. 肺炎

部分肺癌早期以肺的炎症症状出现,应与一般肺炎相鉴别。肺炎有炎症临床改变,抗菌药物治疗有效,病灶消失。肺癌引起的阻塞性肺炎,抗菌药物治疗虽然有效,但在同一部位反复发生。痰脱落细胞学检查、穿刺活检或细菌学检查可鉴别。肺慢性炎症机化,可形成团块状的炎性假瘤,易与肺癌相混淆。肺炎性假瘤多发生于上叶后段及双肺下叶浅表部位,瘤体密度不均匀,常伴有邻近局限胸膜增厚。

3. 肺脓肿

急性肺脓肿起病急,中毒症状严重,常有突发寒战、高热、咳嗽、咯大量脓臭痰,白细胞和中性粒细胞增多,X线示脓肿壁较薄,内常有液平面,周围有炎性浸润。慢性肺脓肿有多房性空洞,内有液平,病变区胸膜肥厚粘连,与肺癌难以鉴别。需根据病史,X线断层、MRI、CT扫描及细胞学检查等综合判断分析。

4. 纵膈肿瘤

发生于纵膈内的肿瘤有恶性淋巴瘤、胸腺良恶性肿瘤、畸胎瘤及一些软组织肿瘤等,均应与肺门附近的肺癌相鉴别。

5. 肺良性肿瘤

肺良性肿瘤主要有错构瘤,其次为纤维瘤、血管瘤、动静脉瘤等,多发生在40岁以下,多无临床症状,肿瘤生长缓慢,结合各项检查可以鉴别。

病理

支气管肺癌起源于支气管上皮、支气管黏液腺、细支气管上皮及肺泡上皮等。

(一)大体分型

1. 以肿瘤发生部位及肉眼形态分型

(1)中央型:肿瘤发生在段以上支气管,亦即发生在叶支气管及段支气管。



(2)周围型:肿瘤发生在段以下的支气管。

(3)弥漫型:肿瘤发生在细支气管或肺泡,弥漫分布于两肺。

2. 以肿瘤的眼观形态分型

(1)管内型:肿瘤限于较大的支气管腔内,呈息肉状或菜花状,向管腔内突起,也可沿管壁蔓延,呈管套状,多数无管壁外浸润。

(2)管壁浸润:肿瘤侵犯较大的支气管管壁,管壁黏膜皱襞消失,表面呈颗粒状或肉芽样,管壁增厚,管腔狭窄,并向管壁外组织浸润,肿块的切面仍可见支气管,管壁结构仍存在。

(3)结节型:肿块呈圆形或类圆形,直径小于 5 cm,与周围肺组织分界清楚时,肿块边缘常呈小分叶状。

(4)块状型:肿块形状不规则,直径大于 5 cm,边缘呈大分叶状,与周围组织分界不清。

(5)弥漫浸润型:肿瘤不形成局限的肿块,而呈弥漫浸润,累及肺叶或肺段的大部分,与大叶性肺炎相似。

(二)组织学分型

根据细胞来源不同及镜下细胞形态可分为:

1. 鳞状细胞癌:鳞状细胞癌所占比例近年下降。有的伴有神经内分泌分化。其变形包括梭形细胞癌、淋巴上皮癌、基底细胞癌。根据细胞分化形态与构成又分为:分化好的;中分化的;分化差的。

2. 腺癌:腺癌所占比例近年来有所上升,已超过鳞癌。有的伴有神经内分泌分化。腺癌包括有:支气管源性腺泡癌、支气管源性乳头状癌,可伴有或不伴黏液形成;有黏液形成的实性癌。

3. 腺鳞癌:腺鳞癌占肺癌比例 $<10\%$ 。有的伴有神经内分泌分化。

4. 大细胞癌:大细胞癌占手术肺癌中的 $15\%\sim 20\%$ 。此癌不具有腺、鳞分化特征,为未分化癌。其变形有:巨细胞癌;透明细胞癌。

5. 小细胞癌:小细胞癌占肺癌的 $10\%\sim 20\%$,又称小细胞神经内分泌癌。包括:燕麦细胞型,占 42% ;梭形细胞型,占 29% ;多角细胞型,占 29% 。



6. 类癌:类癌占肺癌的 1%~2%。此癌为分化好的神经内分泌癌,恶性程度低。

7. 细支气管肺泡癌:欧美占 2%~3%,国内占 20%。为一种异源性肿瘤,可起源于细支气管 Clara 细胞、肺泡 II 型上皮细胞及化生的黏液细胞。

其他还有不典型类癌、大细胞神经内分泌癌、巨细胞神经内分泌癌、不能分类的神经内分泌癌、癌肉瘤及成肺细胞瘤等。而在同一肿瘤中常可出现两种或多种组织形态,即使同一类型肺癌组织中,其分化程度也可以不同。由于小细胞肺癌的生物学行为表现为高度恶性,早期即发生广泛的转移,对化疗和放疗敏感,治疗原则有所不同。所以,从临床治疗角度考虑,目前世界上倾向于将肺癌初分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌。

(三)TNM 分期(UICC 癌症分期手册)

T—原发肿瘤:

T₁ 肿瘤最大直径≤3 cm,被肺组织或脏层胸膜包绕,支气管镜检查时未发现肿瘤侵及叶支气管近端的证据。

T₂ 肿瘤最大直径>3 cm,或肿瘤累及主支气管,但距离隆突>2 cm,或肿瘤累及脏层胸膜,或肿瘤合并肺不张或阻塞性肺炎,其范围达肺门区,但未累及全肺。

T₃ 任何大小肿瘤侵犯以下结构者:胸壁(包括肺上沟瘤)、膈肌、纵隔胸膜、壁层心包;肿瘤位于主支气管内,且距离隆突<2 cm,但没有隆突受累情况。肿瘤合并一侧全肺不张或阻塞性肺炎。

T₄ 任何大小的肿瘤侵犯以下器官者:纵隔、心脏、大血管、气管、食管和椎体、隆突;或同一肺内出现多个孤立肿瘤结节;肿瘤合并恶性胸水。

注:不常见的任何大小的浅表肿瘤,其侵犯的范围局限于支气管壁,即使可以延到主支气管的近端,也属于 T₁;大多数肺癌合并胸水是由于肿瘤所致。然而,有少数病人多次胸水细胞学检查均为阴性,应进行胸膜活检或电视胸腔镜术。当这些因素和临床判断胸水与肺



瘤无关时,这些病人仍属 T_1 、 T_2 或 T_3 期。

治疗

与其他恶性肿瘤一样,肺癌的治疗应尽早用手术的方法将肿瘤及被侵及的组织彻底清除。但肺癌的早期发现、早期诊断尚不能完全做到,临床诊断明确的患者大多已是中晚期,不可能将肿瘤彻底清除。在 I、II 期阶段,不论原来的病期如何,大多数手术失败的原因是远处转移。所以“综合治疗”对肺癌是非常重要的,即便是那些早期肺癌,也常需以中药为主的术后辅助治疗。对于那些早、中期肺癌,除手术外,也可考虑选择放疗和(或)以化疗为主的有中药参与的综合治疗。中、晚期肺癌,由于各种原因不适于、不愿意或不能耐受放疗或化疗的,则应选择以中医药为主的综合治疗方案。多学科综合治疗使某些特定条件下的 IV 期非小细胞肺癌的人获得长期生存或治愈成为可能。最令人回味的报告是:1998 年美国 Bunn PA 教授及其助手 Kelly 等人报告非小细胞肺癌脑转移的患者,如果脑转移灶是孤立性单个病灶,肺内原发病灶也只属于 I 期或 II 期的肺部病变,脑部和胸部两处病灶都可以通过手术完全切除。这种特定条件下,主张分别进行手术治疗,然后术后再进行适当的辅助治疗,有些病例已获得长期生存。这一创新性“亮点”打破了一切 IV 期非小细胞肺癌已均无手术指征的传统说法。关于支持疗法:晚期非小细胞肺癌患者常表现衰弱、恶病质、疼痛、呼吸困难、精神心理障碍或骨髓抑制等化疗相关性并发症,合理的支持疗法是需要的。伴有贫血者可应用促红细胞生成素(EPO)10 000 单位,每周 3 次,或 40 000 单位,每周 1 次,皮下注射。可以减少输血和改善生活质量。由于增大化疗药物的剂量强度并不能改善非小细胞肺癌的预后,故不主张常规地应用预防性 G-CSF。

1. 手术

外科治疗是肺癌治疗的主要方法之一,手术治疗的基本原则是尽可能彻底地切除肺部原发肿瘤,以及相应引流区域的淋巴结。大