

常见肿瘤诊疗常规

(一九八五年)

江苏肿瘤防治研究所

前 言

我所一九八〇年编写的肿瘤诊疗常规经过五年来的试行，对我所临床工作起了一定的作用，随着医学科学的飞速发展，现已不能适应需要。这次编写是对原常规各章节作了较多的修改和补充，并增加了直线加速器的应用，肿瘤免疫治疗、常见肿瘤中医治疗常规以及部分医技科室检查诊断常规等，还附有主要抗癌药物中英文名称及简写，常用化疗方案等内容。

本手册旨在帮助我所医务人员，特别是低年资住院医师、进修医师在临床诊治时作为参照。此外，也为各科间相互了解工作规范提供方便。内容多数结合我所习用常规，对兄弟医院仅供参考。

手册虽经多次修改与校阅，缺点和错误在所难免，诚恳希望读者批评指正。

编者一九八四年十二月

膀胱₇₀₁

睾丸肿瘤放疗₇₁₁

脑瘤放射治疗常规……………

目 录

恶性淋巴瘤	(1)
乳腺癌诊疗常规	(19)
乳癌术后放疗常规	(30)
肺癌诊疗常规	(36)
食管癌诊疗常规	(58)
胃癌诊疗常规	(84)
大肠癌诊疗常规	(96)
原发性肝癌诊疗常规	(106)
甲状腺肿瘤诊疗常规	(110)
腮腺恶性肿瘤诊疗常规	(113)
鼻腔、鼻窦恶性肿瘤诊疗常规	(117)
中耳癌诊疗常规	(127)
子宫体癌诊疗常规	(130)
卵巢肿瘤诊疗常规	(135)
输卵管恶性肿瘤	(141)
外阴癌诊疗常规	(147)
恶性滋养细胞肿瘤诊疗常规	(152)
皮肤癌放疗常规	(157)
肾细胞癌术后放疗常规	(159)
膀胱癌放疗常规	(160)
睾丸肿瘤放疗常规	(163)
脑瘤放射治疗常规	(167)

视网膜母细胞瘤放疗常规·····	(172)
口腔癌放疗常规·····	(174)
口咽癌放疗常规·····	(178)
扁桃体恶性肿瘤放疗常规·····	(181)
中线恶网放疗常规·····	(183)
喉癌放疗常规·····	(185)
软组织肉瘤放疗常规·····	(192)
小儿肿瘤放疗常规·····	(194)
电子束治疗常规·····	(199)
移动条放疗常规·····	(206)
半身放疗常规·····	(208)
相对平行野放疗常规·····	(210)
非规格楔角照射计算常规·····	(225)
放射生物当量计算常规·····	(228)
肿瘤免疫治疗·····	(253)
剖胸手术前后的医护常规·····	(261)
常见肿瘤中医治疗常规·····	(266)
B 型超声诊断常规·····	(274)
临床各科送病理检查常规·····	(286)
颈外动脉分支逆行插管术诊疗常规·····	(288)
腹壁下动脉插管微量滴注化疗常规·····	(290)
连续硬膜外阻滞麻醉操作常规·····	(293)
附录一：主要抗癌药物中英文名称及简写·····	(299)
附录二：常用化疗方案·····	(301)
附录三：大剂量MTX 及CF解救常规·····	(305)

恶性淋巴瘤诊治常规

七十年代以来,恶性淋巴瘤的诊断、临床分期及治疗都有较大进展,生存期有所延长。在欧美各国何杰金氏病(HD)发病较高,诊治研究较深入,对病理类型较好的早期病例能达到治愈。非何杰金氏淋巴瘤(NHL)的预后不及HD。由于免疫学的发展,NHL的病理分类出现免疫功能分类法。新的免疫功能分类法可能有助于提高NHL的诊治水平及改善预后。我国NHL发病率高于HD。据本所初步统计,HD约占恶性淋巴瘤5%,因此着重做好NHL的诊治工作具有实际意义。目前公认改善恶性淋巴瘤预后的主要因素之一是综合治疗,对具体病例安排合理的手术、放疗及化学治疗可提高疗效。原发于淋巴结的NHL的治疗方法已初具经验,但原发于结外的NHL的治疗经验还有待进一步探索。本常规作为临床实用资料供工作中参考。

一、病理分类 恶性淋巴瘤分HD及NHL两大类。

(一)何杰金氏病(HD)其病理类型分4型

- 1.淋巴细胞为主型(LP)
- 2.结节硬化型(NS)
- 3.混合细胞型(MC)
- 4.淋巴细胞消减型(LD)

(二)非何杰金氏淋巴瘤(NHL)自40年代以来,新的分类法不断提出,显示了分类方法上的进步和趋于完善,国内外有影响并试行的有以下三种:

- 1.NHL的Rappaport分类(1966)

结 节 性	弥 漫 性
高分化淋巴细胞型	同 左
低分化淋巴细胞型	同 左
混合细胞型	同 左
组织细胞型	同 左
	未 分 化 型

2. Lukes与Collins免疫功能分类 (1974)

I U细胞 (非B非T) 型

I T细胞型

(1) 蕈样霉菌病与Sezary's综合症

(2) 扭曲淋巴细胞型

(3) 免疫母细胞肉瘤 (T细胞)

II B细胞型

(1) 小淋巴细胞型 (慢淋)

(2) 浆细胞样淋巴细胞型

(3) 滤泡中心细胞型

a、小裂细胞

b、大裂细胞

c、小无裂细胞

d、大无裂细胞

(4) 免疫母细胞肉瘤 (B细胞)

IV 组织细胞型

V 不能分类型

3. 非何杰金氏淋巴瘤工作分类* (1982于上海)

(全国淋巴瘤病理协作组第三次会议修订洛阳方案)

一、恶性淋巴瘤 滤泡型:

低度恶性(一)小裂细胞性B

低度恶性(二)混合细胞性B

中度恶性(三)大裂或无裂细胞性B

二、恶性淋巴瘤 弥漫型:

低度恶性(一)小淋巴细胞性B、T

低度恶性(二)淋巴浆细胞样B

中度恶性(三)裂细胞性(小及/或大)B

中度恶性(四)混合(裂一无裂)细胞性B

高度恶性(五)无裂细胞性(小及/或大)B

高度恶性(六)免疫母细胞性B

高度恶性(七)透明细胞性(T免疫母细胞性)

高度恶性(八)多型细胞性T(大小混合)

高度恶性(九)淋巴母细胞性

1. 曲核细胞性T

2. 非曲核细胞性T' B、U

3. 中国细胞T、B、U

(十)浆细胞性B

(十一)蕈样霉菌病(Sezary's综合症)

(十二)Burkitt 淋巴瘤B、U

(十三)组织细胞性

(十四)组合性淋巴瘤(以上不同类型的组合)

(十五)未定性

*注:浆细胞样分化、印戒细胞、反应性组织细胞及上皮样细胞硬化等需附加说明。

二、临床分期

HD国际临床分期修改方案 •

(Ann Arbor会议1971年)

-
- I 期 病变限于一个淋巴结区(I)或淋巴系统以外的一个器管或部位(I E)
- II 期 病变侵犯两个或更多的淋巴结区(II)或局限侵犯淋巴系统以外的器管和部位，伴有一个以上的淋巴结区(II E)，但以上病变均限于横膈的同一侧。可注明受侵的淋巴结区数目，如II 3。
- III 期 病变的淋巴结区在横膈的两侧(III)，或同时侵犯淋巴系统以外的局限的器管和部位(III E)，或侵犯脾脏(III s)，或两者均受侵犯(III sE)。
- IV 期 具有一个或一个以上淋巴结系统以外的器管或组织的弥漫的或播散的病变，有或不伴有淋巴结肿大。
- IV 期病例应用符号标明受侵犯的部位，D = 皮肤，H = 肝脏，L = 肺，M = 骨髓，Mn = 脑膜，O = 骨，P = 胸膜。
-

- 1. 各期病例可再分为A组和B组，若有以下全身症状之一者属B组。
 - (1) 六个月内原因不明的体重减少10%，
 - (2) 原因不明的发热(超过38°C)，
 - (3) 盗汗。
- 2. E ——指病变的淋巴结向邻近组织的侵犯，
- 3. N1IK临床分期可参用本方案。

为做到临床分期正确应充分应用以下分期措施：

1. 详细询问病史：除淋巴等器管病变外包括发热、盗汗、体重减轻及全身性皮肤瘙痒
2. 全面体检：重点检查淋巴结、韦氏环、肝脾、骨骼及皮肤等
3. 实验室检查：
 - (1) 血像(包括血小板)
 - (2) 尿常规
 - (3) 血沉
 - (4) 肝功(包括AKP、 γ -GT、血清蛋白电泳)
 - (5) 肾功
 - (6) 骨髓涂片及活检
 - (7) 血尿酸、血钙、血清铜、血清铁测定
4. X线检查：
 - (1) 正侧位胸片
 - (2) 胸部断层摄影 *
 - (3) 静脉肾盂造影 *、下腔静脉造影*、双侧经下肢淋巴造影*、胃肠造影*
 - (4) 骨骼摄片，用于骨骼疼痛、压痛，异常肿胀突起等
 - (5) CT扫描 *，主要用于腹部，适用于Ⅰ—Ⅲ期病例
5. A型、B型超声波检查：包括肝脾、后腹膜腹腔大血管旁淋巴结
6. 病理检查：此项为每例必行之诊断措施，包括淋巴结活检、肝活检、骨髓活检及皮肤活检等
7. 腹腔镜检查 *
8. 剖腹探查 *：包括同时行脾切除术、肝活检术及腹腔淋巴结活检术

9. 其他:

(1) 同位素肾图检查

(2) 肝脾骨骼等器官同位素扫描*

(3) 免疫球蛋白测定

(4) 免疫学检查: OT试验, 淋巴细胞转化率测定, 吞噬细胞功能试验, DNCB致敏试验等

* 注: 用于病情必要时

三、综合治疗 恶性淋巴瘤的预后与病理类型及临床分期的关系最为相关, 现按病理类型分为预后较好及预后较差两大类, 结合临床分期制定综合治疗计划(试行)如下:

(一) 预后较好类

HD 淋巴细胞为主型(LP), 结节硬化型(NS)。

NHL 滤泡性小裂细胞, 混合细胞性。

弥漫性淋巴小细胞性, 淋巴浆细胞样。

I 期: 局部根治性放疗。

II_A期: 放疗。如系NHL广泛型病例按II_B期处理。

II_B期: 先化疗3—4个周期 然后放疗, 放疗结束后再化疗3—4个周期。

III、IV期: 以化疗为主, 经充分化疗(6—8个周期为一疗程)病情有所缓解后根据临床需要, 特别是化疗前局部肿块大于7cm直径或/及局部症状显著者给予适当放疗。

(二) 预后较差类

HD 混合细胞型(MC), 淋巴细胞消退型(LD)。

NHL除(一)项中的四种类型以外的全部类型。

I 期: 放疗后再给予化疗6个周期。

II、III、IV期: 以化疗为主, 经充分化疗(6—8个周期为

一疗程)病情有所缓解后根据临床需要,特别是化疗前局部肿块大于4cm直径及局部症状显著者给予适当的放疗。HDⅠMC病例应接受相对充分的放疗。加强支持疗法。

注: 1. 凡病理类型不能明确者均按预后较差类治疗计划进行。

2. 凡原发于结外的病例应重视局部处理,如胃肠、乳房、睾丸及皮肤等的手术治疗及放射治疗,如属ⅢⅣ期病例则治疗计划基本与结型相同,局部处理按需进行。

3. 合并白血病患者给予积极方式化疗,待骨髓完全缓解后再调整治疗方法。合并脑膜淋巴瘤者于全身治疗同时行椎管内化疗和/或放疗。

4. 所有组织类型的Ⅰ、Ⅱ期病例,纵膈肿块宽度大于胸腔横径 $\frac{1}{2}$,腹腔淋巴结肿大者应给予充分化疗6—8个周期。

5. Ⅲ以上病例达到临床缓解(争取完全缓解)后行定期巩固性化疗2—3年。第一年每2个月接受一个周期化疗,第二年每3个月接受一个周期化疗,第三年的治疗周期再适当延长。

6. 治疗期或治疗间期可加用中药,协同防治放化反应及扶正增强体质。

(一)放射治疗:

1. 何杰金氏病治疗(侧重放疗)常规

在决定选用单纯放疗或综合治疗时,除根据分期外,还应考虑病理类型, B 组症状, 病变部位及数目, 结外侵犯情况, 肿瘤生长速度, 肿瘤大小及肝功能等因素。例如Ⅰ期和Ⅱ期患

者病变累及解剖部位的数目变化范围可以很大，治疗方针上应作相应的改变。

一、治疗原则(均按临床分期定)：

(一) I A：

1. 膈上病变：照射斗蓬野 + 锄形野。

2. 膈下病变：倒Y野 + 小斗蓬野。

3. 颈部病变：(1) 局限于一个上颈区域：全颈照射 + 韦氏环照射或小斗蓬野 + 韦氏环野。(2) 下颈病变：右下颈病变照射斗蓬野，左下颈病变照射斗蓬野 + 锄形野。

4. 纵膈肿瘤直径大于前后位胸片胸廓横径1/3时，剂量加至4500拉德14周，并用薄的铅遮挡物。放疗结束一个半月后给予6周期化疗，放疗前用3周期化疗。

5. 病理为淋巴细胞消减型(LD)：全淋巴结照射(TNI)，放疗结束一个半月后给予6周期化疗。

(二) I B：

1. I B · LP(淋巴细胞为主型)或NS(结节硬化型)：全淋巴结照射(TNI)。

2. I B · MC(混合细胞型)或LD(淋巴细胞消减型)：2周期化疗后作TNI，休息一个半月后作6周期化疗。

(三) II A：

1. 一般的膈上病变：斗蓬野 + 倒Y野；一般膈下病变：倒Y野 + 斗蓬野

2. II A · LP：TNI

3. II A · NS：斗蓬野 + 锄形野

4. II A · MC型：TNI，继以(休一个半月后)6周期化疗。

5. II E—A或病理为LD型：先给予2周期化疗后作TNI(有结外侵犯者加结外病变区照射)，继以(休6—8周后)6周期化疗。

(四) II B:

1. II B · LP或NS型: TNI

2. II B · MC或LD型, II E—B: 先作2周期化疗后作TNI, 继以(休一个半月后)6周期化疗。

(五) III A

1. III A · LP或NS型: TNI

2. III A · MC或LD型: III E—A或III S—A: 2周期化疗后作TNI, 继以(休6—8周后)6周期化疗。

3. III B: 作根治性化疗, 如肿瘤明显缓解, 可对原先受累区域作适量(2000—2500拉德)照射。

4. IV期: 化疗必要时待肿瘤缓解后辅以局限性姑息放疗。

二、照射剂量:

何杰金氏病的根治剂量是3500—4000拉德/3½—4周, 但需根据病人的体质、放疗反应, 肿瘤情况而个别对待。为了减少放射反应和后遗症可把疗程延长到6周(4000拉德/6周), 这并不影响疗效。在放射过程中退缩较慢、体积较大的肿瘤, 可在大野照射4000拉德结束后设小野加照600—1000拉德。斗蓬野照射时, 因各部位的实际源皮距和组织厚度不同, 所以深度剂量不够均匀。腋窝的剂量比中心剂量低, 因此腋窝有肿瘤时, 斗蓬野照射后, 局部可再用小野补充600—1000拉德, 倒Y野因各部位体厚大致相同, 所以剂量较均匀。鉴于腹部脏器耐受性较差, 倒Y野的剂量宜为3500拉德/5—6周, 原发肿瘤处可设小野加照500拉德。

三、大面积不规则野的照射方法:

(一)定位摄片:

1. 升高X线球管, 使X线球管至胶片的距离和钴源至床面

的距离一至。该距离根据治疗设备而定，一般不小于100cm，否则照射野常不够大，而且野中心和边缘剂量不均匀。

2. 体位：

(1)斗蓬前野：取仰卧位，用弧形向上的木块垫于病人颈后，头向后仰伸，使下颌骨下缘上1cm处与乳突尖连线成一垂直线，手掌心置于髭前上嵴。

(2)斗蓬后野：取俯卧位，以颌尖着床，头向后仰，使下颌骨下缘上1cm处与乳突尖连成一垂直线。手掌心置于髭前上嵴。

(3)倒Y野：取平卧位，手平放于躯干的两侧，两腿并拢。

3. 在病人体表上定出照射野的中心，例如斗蓬前野的中心一般在胸骨上切迹处。在中心处划上十字线，在中心和十字线上各放金属标志，然后摄片。

(二)模型的制作：

1. 电热丝切割器支点到X片的距离与摄定位片距离要一致，支点到塑料块底面的距离根据要求准确定好。使塑料块十字线与定位片十字线完全重合并使支点、塑料块中心及定位片的中心标志三点成一直线。

2. 在定位片上划出照射野：照射野要根据病灶范围而定，常规照射野的划法如下：

(1)斗蓬野：包括颈部、锁骨下、腋窝、纵膈、肺门淋巴结。保护喉头、肱骨头、肺等重要器官。野上缘为两乳突尖的连线，下缘平第十胸椎下缘。外缘上部为乳突尖与肩锁关节连线，避开肱骨头，沿肱骨内缘向下至肱骨上中1/3交界处，然后与肋膈角连接。

肺保护：从肋膈角内缘胸膜1cm处往上至第四后肋，沿第四后肋弧形向内至椎体外2cm，向下到第十胸椎下缘水平。肺

门要包括在照射野内。纵膈或肺门有肿块时野缘应在肿块外2—3cm。

喉保护：声门上下各2cm，宽2cm的范围。

脊髓保护：斗蓬后野照射时，颈脊髓全部保护。胸脊髓待纵隔剂量达3000拉德后再保护。

(2)锄形野：包括腹主动脉旁淋巴结和脾脏。

腹主动脉旁野：上缘平第十胸椎下缘，下缘平第四腰椎下缘，外缘在椎体外左右各2cm处。

脾脏野：野上缘平横膈，外缘为侧腹壁，下缘在脾未扪及时以肋弓为界，如脾可扪及则以脾下缘为界；内缘与腹主动脉旁野相接。

(3)盆腔野：包括双侧髂动脉周围和腹股沟淋巴结。野上缘平第四腰椎下缘，外缘上部为第四腰椎下缘椎体外2cm处与髂臼外缘的连线，然后垂直向下，下缘在股骨头下7cm处，内缘为从闭孔内缘到髋关节下缘2cm处。

(4)倒Y野：即锄形野加盆腔野。

(5)咽淋巴环(即韦氏环)野：不做模型，把照射野直接划在病人皮肤上。上缘在颅底线上1cm，后缘齐外耳道口前缘，下缘在下颌骨下缘上1cm处，与斗蓬野上缘相接，前缘与后缘平行，通过下颌水平支的中点。为与后述照射韦氏环病变的耳前上颌联合野相区别，权称之为长耳前野。

3.切割及填塞铅珠：切割器的指针沿定位片划好的野缘慢慢移动电热丝就把塑料块按照野的形状切割下来，然后把切割好的塑料块装入木盒中，要保护的部位用铅珠填塞。

(三)照射时的摆位：

1.病人治疗时的体位与摄定位片时相同，钴源到治疗床面的距离也与摄片时的相应距离相同。

2. 使钴⁶⁰灯光指示照射野、塑料模型和病人体表上的十字线这三者的中心和十字线完全重合, 然后就可开始照射。

说明: 在未开展大面积不规则野照射前, 可参照上述野界在模拟机透视下, 分设成多个野的模拟斗蓬野或倒Y野, 各野之间在皮肤上要间隙1cm。

2. 非何杰金氏淋巴瘤治疗(侧重放疗)常规

分期按Ann Arbor法。病理分型按Rappaport法, 并进一步分类为预后较好与预后较差两组。预后较好组以结节型为主, 包括: 结节性高分化淋巴细胞型(NWDL); 弥漫性高分化淋巴细胞型(DWDL); 结节性低分化淋巴细胞型(NPDL); 结节性混合细胞型(NM)。预后较差组以弥漫型为主, 包括: 弥漫性未分化型(DU); 弥漫性组织细胞型(DH); 弥漫性低分化淋巴细胞型(DPDL); 弥漫性混合细胞型(DM); 结节性组织细胞型(NH); 单就病理分类而言, 预后较好组治疗上可侧重于放疗, 预后较差组则侧重于化疗。另外“B”组症状并不象何杰金氏病那样明显地影响预后, 因此未分别列出“A”组及“B”组的治疗方案, 但制定治疗方案时仍需考虑这一因素。

一、淋巴结病变:

(一)临床Ⅰ期: 以放疗为主, 放疗前后酌情考虑化疗。

1. 上颈病变: 照射两颈及韦氏环。颈部先作前切线照射, 然后垂直照射。切线野颈下部不挡野。切线野与韦氏环的长耳前野(详见何杰金氏病的咽淋巴环野)重叠处不挡野。如颈淋巴结位置很高, 宜用耳前颈联合野(详见韦氏环病变)。

2. 下颈病变: 照射两颈, 同侧腋下及纵膈。

3. 纵膈病变: 照射纵膈及双颈。并发上腔静脉综合征时设

前野或前后两野，每天照射肿瘤量400拉德，连照3次，以后减量到每天肿瘤量150拉德，总量为5000拉德。

4. 腋下病变：照射同侧腋下及同侧颈部。

5. 腹主动脉旁、盆腔或肠系膜淋巴结病变，照射全腹腔及腹股沟区。

6. 腹股沟病变：照射同侧腹股沟及同侧髂窝。

(二) 临床Ⅱ期(局限型)：放疗综合治疗。

1. 膈上病变：参照Ⅰ期的照射范围，适当扩大照射范围，常需用斗篷野。

2. 膈下病变：全腹腔照射+腹股沟照射。全腹腔照射野：下缘平耻骨联合上缘，野上缘与横膈相一致(右高左低)，必要时增设腹股沟野。前后野界相对应。照射中线剂量达1500拉德后，肾脏用2个半价层的铅(钴60用2厘米厚的铅)从后野挡野。每天照射前后两野，中线量450—500拉德/次，每周照5次。总量为2600—3000拉德/6周，然后对原先肿瘤处缩野加照500—1000拉德。腹股沟处仅设前野，按2—4cm深计算肿瘤量。

(三) 临床Ⅲ期(非局限型)，Ⅳ期及Ⅴ期：化疗或全身照射。经化疗肿瘤缓解后必要时酌情作局部姑息照射。

二、结外病变：

(一) 咽淋巴环淋巴瘤：尽可能说明咽淋巴环病变四周侵犯的范围，需作全身检查，特别注意有无腹部病变，治疗前须常规作消化道X线检查，腹部B超检查，肝肾功能及全血象检查。外院病理切片原则上均需复看。

1. Ⅰ期：病变直径小于3cm的ⅠA患者，可作单纯放疗，病变大于3cm或有全身症状者应酌情加用化疗。

2. Ⅱ期：

(1) 颈淋巴结大于5cm或达下颈锁骨上者，先用2周(为一