

肿瘤内科

医嘱速查手册

陈强 林小燕 施纯玫 ◎ 主编



化学工业出版社

肿瘤内科

医嘱速查手册

陈强 林小燕 施纯玫 主编



化学工业出版社

· 北京 ·

低年资医师因临床经验和知识掌握不足, 开具医嘱往往不全面。本书列出肿瘤内科常见肿瘤的医嘱及特殊情况下的医嘱, 并采用注的形式对医嘱中重要检查、治疗及注意事项等内容进行详细讲解, 既注重治疗方案的选择与实施, 又强调治疗并发症的预防与处理。对每种肿瘤的治疗, 均选择一个代表性方案作为医嘱范例, 同时对其他不同治疗方案的疗效及副作用作了重点说明, 可以弥补低年资医师经验的不足。本书适合肿瘤内科低年资医师、研究生、实习医师及全科医师阅读、参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤内科医嘱速查手册/陈强, 林小燕, 施纯玫主编.
北京: 化学工业出版社, 2012. 2
ISBN 978-7-122-12960-4

I. 肿… II. ①陈…②林…③施… III. 肿瘤-内科-手册 IV. R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 254636 号

责任编辑: 戴小玲
责任校对: 宋 夏

装帧设计: 关 飞

出版发行: 化学工业出版社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 大厂聚鑫印刷有限责任公司
787mm×1092mm 1/32 印张 16 字数 435 千字
2012 年 5 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)
售后服务: 010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 35.00 元

版权所有 违者必究

编者名单

主 编 陈 强 林小燕 施纯玫

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 强	王贻军	甘立菁	许 慎
杜 彬	李晓峰	杨 升	杨 瑜
杨宝玉	杨建伟	吴 标	吴 晖
吴日平	吴晓安	何 勇	何鸿鸣
沈松菲	张桂枫	陈 强	陈 誉
陈 曦	陈道光	范南峰	林小燕
林淑君	林榕波	林碧娟	欧阳学农
郑弘宇	郑建伟	侯培锋	施纯玫
翁桂珍	高 炜	黄 诚	黄伟炜
黄争荣	崔同建	詹丽芬	赖金火
蔡友鹏			

前 言

医嘱是医师为患者制订各种诊疗措施的具体体现，而医嘱单是医师拟订诊疗计划的记录和护士执行诊疗计划的重要依据，是临床诊疗工作的关键环节。在目前我国临床医师的培养模式下，那些刚刚走出医科大学校门即步入临床工作岗位的年轻医师们面对形形色色、错综复杂的各种疾病常会感到无所适从，他们深切地体会到做一名临床医师不能只掌握教科书上的基础理论，更重要的是要具备处理疾病的实践能力，简单地说，就是要学会“开医嘱”。

肿瘤发病率正在不断地上升，已经成为严重威胁人类健康的常见疾病，因此肿瘤内科医师的队伍也在不断壮大。医学研究的进步促使抗肿瘤药物不断更新换代，肿瘤治疗方案随之推陈出新。为了更好地将新知识、新方案应用于临床，特编此书，供临床医师参考。

本书由40多位富有临床经验的肿瘤内科医师编写。以循证医学为依据，参考国内外最新指南及具有高级别证据的临床研究成果。既有临床经验的总结，又有最新的医学进展，可满足不同层次医务工作者的需求。

本书既注重治疗方案的选择与实施，又强调并发症的预防与处理。对每种肿瘤的治疗，均选择一个代表性方案作为医嘱范例。同时对其他治疗方案的疗效及副作用作重点说明，并且提出防治措施。由于疾病的个体化差异，希望年轻医师在处理临床疾病时不要生搬硬套本书中的医嘱，而应以本书为借鉴，根据患者的具体情况制订出最合理有效的医嘱。相信本书对临床医师有所帮助。

由于水平有限，在编写过程中，难免有不足之处，
诚望广大读者批评指正。

借此对参与编写本书的各位专家表示诚挚的感谢！

编者 陈强

2012年1月

目 录

第一章 肿瘤内科的工作程序 /1

- 一、化疗前的准备 1
- 二、治疗方案的实施 3
- 三、不良反应的监测 3
- 四、用药剂量的调整或停止用药 3
- 五、疗效评价与方案更改 4
- 六、治疗后随访 4
- 七、化疗的注意事项 4
- 八、抗肿瘤药物的不良反应 5

第二章 肿瘤急症 /7

- 第一节 心包积液与心脏压塞 7
- 第二节 上腔静脉综合征 11
- 第三节 脊髓压迫症 13
- 第四节 颅内压增高 15
- 第五节 急性肿瘤溶解综合征 17
- 第六节 上消化道出血 19
- 第七节 上消化道穿孔 21
- 第八节 大咯血 24

第三章 肿瘤内科特殊治疗 /27

- 第一节 恶性胸腔积液的治疗 27
 - 胸腔用药 27
- 第二节 恶性心包积液的化疗 34
 - 心包腔化疗 34

第三节 腹腔化疗	38
腹腔化疗	38
第四节 鞘内化疗	43
脊髓腔化疗	43

第四章 成人癌症疼痛的治疗 /49

一、轻度癌症疼痛的药物治疗	49
二、中度、重度癌症疼痛的治疗	52
三、阿片类药物副作用的处理	59

第五章 化疗常见不良反应及防治 /61

第一节 化疗药外漏	61
第二节 过敏反应	64
第三节 黏膜炎	67
第四节 恶心呕吐	69
一、高度致吐性药物所致恶心呕吐	69
二、中度致吐性药物所致恶心呕吐	70
三、低度致吐性药物所致恶心呕吐	70
第五节 腹泻	75
一、化疗相关性腹泻 (CTID)	75
二、化疗骨髓抑制所致的感染性腹泻	78
第六节 骨髓抑制	79
一、白细胞或中性粒细胞减少症	79
二、血小板减少症	82
三、贫血	84
第七节 肝功能损害	85
第八节 肾功能损害	90
第九节 神经系统毒性反应	92
第十节 手足综合征	98
第十一节 心脏毒性 (心力衰竭)	101

第十二节	出血性膀胱炎	103
第十三节	成人呼吸窘迫综合征 (ARDS)	105
第十四节	间质性肺炎	108
第十五节	药物性皮疹	110
第十六节	肿瘤相关性感染	112

第六章 血液系统肿瘤 /122

第一节	淋巴瘤	122
一、	霍奇金淋巴瘤 (HD)	122
二、	非霍奇金淋巴瘤 (NHL)	132
第二节	多发性骨髓瘤 (MM)	176
一、	计划行造血干细胞移植者一线诱导化疗	176
二、	非计划行造血干细胞移植者一线诱导化疗	181
三、	复发难治患者解救化疗	185
四、	MM 合并骨病治疗	188
五、	MM 合并高钙血症治疗	191
六、	MM 合并肾功不全治疗	191

第七章 头颈部恶性肿瘤 /192

第一节	鼻咽癌	192
一、	局部晚期鼻咽癌诱导化疗	192
二、	局部晚期鼻咽癌同步放化疗	194
三、	局部晚期鼻咽癌辅助化疗	196
四、	晚期鼻咽癌姑息性化疗	198
第二节	其他头颈部恶性肿瘤	202

第八章 肺癌 /204

第一节	非小细胞肺癌	204
-----	--------------	-----

一、新辅助化疗	204
二、术后辅助化疗	207
三、同步化放疗	211
四、晚期非小细胞肺癌姑息化疗	213
五、晚期 NSCLC 靶向治疗	223
第二节 小细胞肺癌	231
一、局限期小细胞肺癌化疗	231
二、广泛期小细胞肺癌化疗	233
三、二线化疗方案	236

第九章 乳腺癌

/239

一、新辅助化疗	239
二、辅助化疗	245
三、术后辅助内分泌治疗	256
四、复发转移性乳腺癌的姑息化疗	261
五、挽救内分泌治疗	273

第十章 消化系统肿瘤

/276

第一节 食管癌	276
一、术前联合放化疗	276
二、围手术期化疗	282
三、序贯化疗、手术、联合化放疗	285
四、根治性放化疗	289
五、术后联合放化疗	292
六、局部晚期或已发生转移的食管癌根治性化疗	293
第二节 胃癌	313
一、新辅助化疗	313
二、术后辅助化疗	317
三、姑息化疗	321
第三节 大肠癌	327

一、新辅助化疗	327
二、大肠癌辅助化疗	334
三、姑息化疗	337
第四节 胰腺癌	339
胰腺癌化疗	339
第五节 原发性肝癌	350
一、姑息化疗	350
二、靶向治疗	354
三、并发症的处理	355
第六节 胆管系统肿瘤	357
姑息化疗	357

第十一章 骨与软组织肿瘤

/360

第一节 骨肉瘤	360
一、术前化疗、术后辅助化疗	360
二、姑息化疗	366
第二节 尤因肉瘤	369
一、尤因肉瘤初治	369
二、复发尤因肉瘤化疗	373
第三节 软组织肉瘤	375
肢体、躯干、腹膜后软组织肉瘤化疗	375
第四节 胃肠道间质瘤 (GISTs)	380
术前化疗、辅助化疗、转移复发及无法手术的系统治疗方案	380

第十二章 恶性黑色素瘤

/387

一、术后辅助治疗	387
二、姑息化疗	389
三、免疫治疗	392
四、靶向治疗	393

第十三章 泌尿系统肿瘤

/395

第一节 肾癌 (RCC)	395
一、术后辅助治疗	395
二、姑息治疗	396
第二节 膀胱癌	407
一、辅助化疗	407
二、膀胱灌注方案	410
三、姑息化疗	412

第十四章 男性生殖系统肿瘤

/416

第一节 睾丸肿瘤	416
一、术后辅助化疗	416
二、解救化疗	421
三、姑息化疗	424
第二节 前列腺癌	427
一、复发转移前列腺癌化疗	427
二、复发转移前列腺癌的内分泌治疗	429

第十五章 妇科恶性肿瘤化疗

/431

第一节 卵巢恶性肿瘤	431
一、卵巢上皮癌	431
二、卵巢上皮交界瘤	439
三、卵巢恶性生殖细胞肿瘤	439
四、卵巢性索间质肿瘤	445
第二节 子宫颈癌	446
一、新辅助化疗一	446
二、新辅助化疗二	447
三、同步放化疗方案	448

四、复发或转移的化疗（姑息化疗）	449
第三节 子宫内膜癌	455
一、联合化疗	455
二、单药方案	458
三、内分泌治疗	458

附 A 实体肿瘤的疗效评价标准 1.1 版	/459
------------------------------------	-------------

附表 B NCI 常见毒性分级标准	/470
--------------------------------	-------------

附表 C 常用化疗药物缩略	/476
----------------------------	-------------

附 D 中国人体体表面积计算图	/479
------------------------------	-------------

附 E 大剂量甲氨蝶呤化疗的实施	/481
-------------------------------	-------------

附 F 大剂量顺铂化疗的实施	/485
-----------------------------	-------------

附 G 深静脉置管与维护	/487
---------------------------	-------------

附表 H 处方常用外文缩写	/495
----------------------------	-------------

参考文献	/496
-------------------	-------------

肿瘤的内科治疗在肿瘤综合治疗中的地位越来越重要，但不少抗肿瘤药有明显的毒性，不适当的使用可能造成严重的不良后果。因此，肿瘤内科治疗是一种特殊治疗，从事肿瘤内科治疗的医师必须经过严格的专业训练，而治疗方案须由有肿瘤内科工作经验的上级医师制订。肿瘤内科医师必须熟悉药物的药效学和药动学特点，对肿瘤治疗要掌握综合治疗原则。肿瘤内科的工作程序包括以下几点。

一、化疗前的准备

1. 评估肿瘤情况

(1) 通过病理组织学和细胞学明确疾病的病理类型，对治疗有提示意义的指标（如乳腺癌的激素受体 Ki67，乳腺癌、胃癌的 Her-2 的表达状态，肠癌的 k-ras 基因，肺癌的 EGFR 突变状态等）和肿瘤相关指标（CEA、CA199、CA153、CA125、AFP、HCG、PSA，LDH， β_2 微球蛋白等）。

(2) 通过病史、体格检查、影像学检查等明确疾病的分期、发展趋向，制订综合治疗计划获取基线数据，便于化疗后疗效评价。

(3) 结合功能性检查了解疾病对机体的影响，如是否损害重要脏器功能、是否造成肿瘤急症、是否造成治疗后肿瘤溶解综合征等急症的风险增高等。

(4) 接受化疗或免疫抑制治疗前应进行乙肝筛查。

所有患者应行乙肝两对半检查，HBsAg 和（或）HBcAb 阳性，应查 HBV DNA。

慢性 HBV 感染患者合并肿瘤时，接受细胞毒性或免疫抑制药治疗期间或紧随其后发生的 HBV 复制（HBV DNA 升高 10 倍以上），其原因是应用细胞毒性药物或免疫抑制药后抑制了控制 HBV

复制的免疫机制，导致病毒在肝细胞内大量复制，当恶性肿瘤病情得到控制后，免疫功能逐渐恢复，细胞毒性 T 淋巴细胞杀伤感染乙型肝炎的肝细胞，导致大量肝细胞破坏，从而发生急性肝炎甚至急性重型肝炎（暴发性肝炎）。急性 HBV 再激活的患者中超过 5% 将死于肝衰竭。易引发 HBV 再激活的抗肿瘤药物大致可分为两类：

① 传统的细胞毒性药物，其中皮质类固醇和蒽环类药物与病毒再激活的相关性最为显著；

② 与抗 B、T 淋巴细胞单克隆抗体治疗相关的生物制剂，如利妥昔单抗。

2005 年《慢性乙型肝炎防治指南》指出，对于因其他疾病而接受化疗、免疫抑制药（特别是肾上腺糖皮质激素）治疗的 HBsAg 阳性者，即使 HBV DNA 阴性和 ALT 正常，也应在治疗前 1 周开始服用拉米夫定，每日 100mg。

化疗和免疫抑制药治疗停止后，应根据患者病情决定拉米夫定停药时间。

对拉米夫定耐药者，可改用其他已批准的能治疗耐药变异的核苷（酸）类似物。但核苷（酸）类似物停用后可出现复发，甚至病情恶化，应十分注意。

2. 评估患者身体状况 对患者的一般状况、体能状态进行正确评估，心、肺、肝、肾和骨髓功能尤为重要，明确有无基础疾病及其严重程度，预测患者对治疗的耐受性，一般认为患者需要满足以下条件才能耐受化疗，包括一般情况良好、ECOG 评分 ≤ 2 、血常规中性粒细胞绝对值 $> 1.5 \times 10^9/L$ 、血小板 $> 80 \times 10^9/L$ 、肝肾功能无明显异常。禁用化疗或需谨慎考虑化疗药物的种类与剂量参见七、化疗的注意事项。

3. 与患者及家属沟通 向患者及家属充分交代肿瘤的预后、不同治疗方法可能达到的疗效和可能引起的不良反应或风险。对毒性作用较大的化疗、价格昂贵的疗法、临床应用时间不长而远期毒性尚待进一步观察的新药等，更应着重说明。了解患者及家属的心理状况、经济承受能力以及治疗意愿等。让患者及家属参与治疗决策，

可以提高治疗依从性，减少医疗纠纷，同时也是个体化治疗的体现。

4. 制订治疗计划 综合病种、分期，明确治疗目的是根治治疗还是姑息治疗，根据患者身体状况进行正确评估，权衡利弊，即不同治疗方法可能达到的疗效和可能引起的不良反应，还有患者及家属的治疗意愿、经济承受能力等制定综合的治疗方案。

5. 签署化疗知情同意书 向患者及家属交代具体治疗方案及预期疗效和不良反应，请患者或已得到委托授权的家属或监护人签署化疗知情同意书。

二、治疗方案的实施

填写化疗前计划、化疗观察表。检查核实化疗前诸项准备工作是否已就绪。开出化疗处方及用药医嘱。核实重要的化疗毒性解救药物（如四氢叶酸）的剂量和使用时间，并确认药品已经到位。核实医嘱的执行情况，并观察有无毒性作用出现。

三、不良反应的监测

医师必须熟悉治疗方案的各种不良反应及其处理方法。根据方案进行不良反应的监测。在化疗期间，一般每周查血常规 2~3 次，每周至少查肝肾功能、心电图 1 次，必要时增加检查次数，按需要进行心脏彩超等特殊检查。

如使用紫杉类和单克隆抗体分子靶向药物时均有致超敏反应的可能，表现为气短、荨麻疹或瘙痒、血压改变等症状。用药前应给予抗过敏预处理，包括：地塞米松、苯海拉明、西咪替丁等药物。用药全程应给予心电、血压监护。如使用伊立替康化疗，可能引起迟发性腹泻，在化疗前应做好健康教育，并为患者备好洛派丁胺（易蒙停），告知注意事项和使用方法，一旦发生腹泻，及时和医师联系。如果应用粒细胞集落刺激因子，至少应在停止化疗 48h 后才能开始下一周期化疗，并且在化疗药物应用期间不能给药，如需预防性用药则应在化疗结束 48h 后应用。

四、用药剂量的调整或停止用药

1. 剂量调整 化疗过程中需根据化疗不良反应调整用药剂量。

治疗中出现以下情况时，需停止用药并采取相应措施：Ⅲ级以上的非血液学毒性（脱发除外），Ⅳ级血液学毒性，严重过敏反应，化疗所致的心肌损伤、中毒性肝炎、中毒性肾炎、化学性肺炎或肺纤维化、感染性发热，或穿孔、出血、栓塞、休克等严重并发症。另外，部分药物（如蒽环类、博来霉素等）达到累积限制剂量后不能继续应用。出现Ⅲ级以上的非血液学毒性（脱发除外）、Ⅳ级血液学毒性，下一周期化疗应相应减量。

2. 中止化疗 就辅助治疗和部分肿瘤的姑息治疗而言，达到规定疗程后即可停止治疗。身体状况不能耐受进一步治疗的患者也应中止或暂缓治疗。对于多疗程内科抗肿瘤治疗后复发或进展的晚期患者，若无更好的治疗方法或是体能状态差无法耐受进一步抗肿瘤治疗者，采用最佳的支持治疗也是姑息治疗的一种选择。

五、疗效评价与方案更改

辅助治疗的病例一般缺乏近期疗效评价指标，因此评价疗效需随访确定生存时间，辅助治疗失败时需采用新的化疗方案；对于晚期肿瘤患者，反映疗效的指标包括患者的症状、肿瘤大小情况、血清肿瘤标志物的变化等。其中近期疗效指标与本阶段治疗方案调整的关系最为密切，常由肿瘤大小和血清肿瘤标志物水平的变化综合判断，目前常用 RECIST 评价标准来评价实体瘤的疗效。一般在 2~3 周期化疗后进行疗效评价（短期内迅速进展者除外），CR 或 PR 者至少在 4 周后进行疗效确认。对于晚期患者的姑息性治疗，只要未进展就可维持原方案，但对某些可治愈性疾病若治疗一定周期后未达 CR，则需要更改化疗方案。

六、治疗后随访

肿瘤患者治疗后的长期随访对评价疗效是非常重要的，随访时除确定肿瘤是否复发外，还应关注治疗的远期毒性及患者的生活质量。

七、化疗的注意事项

1. 治疗前所有患者必须有明确的诊断，一般应当有病理组织学或细胞学诊断。多数抗肿瘤药物均有一定毒性，不能作为“诊断