

**COMPLICATIONS
OF**

癌的併发症



癌 的 并 发 症

总 编 审

吴传恩 严济邦

编 译 组

丁	生	邝	国	乾	沈	康	年
张	采	宝	商	恩	荣	黄	万
穆	怀	康				珠	

(以姓氏笔划为序)

上海市杨浦区肿瘤防治院
广西壮族自治区肿瘤防治研究所

一九八三年五月

封面设计：吴 真

内 容 提 要

本书全面介绍了癌症的各种并发症，从发生的机理，早期的表现，典型的症状，直至防止和处理的要领和方案等，涉及许多重要的原则问题。

介绍了不少的新知识及观点。本书内容密切联系实际，对临床医师帮助极大，也是肿瘤防治和科研工作者所必读的参考书。尤其是像癌症并发出血，癌症引起的疼痛，癌肿化疗过程中白血球下降而引起感染等问题，几乎是每天都可遇到的实际问题，书中对如何及时诊断、正确处理等方面均有详细的阐述，对于中枢神经转移、骨科方面的影响、胸腹腔积液、异位激素等均介绍了不少知识和经验，值得向读者们推荐。

癌 的 并 发 症

编译出版：上海市杨浦区肿瘤防治院
广西壮族自治区肿瘤防治研究所

印 刷：上海市《民主与法制》印刷厂

756×406 共306976

第一次印刷，1—2500册

每册酌收成本费2.30元

1983年5月

前 言

癌症对人类健康的危害性已逐渐引起人们的重视。当前，全世界每年死于癌症的患者已超过 700 万，我国每年死于癌症者亦超过 80 万人，而绝大多数癌症病人都是由于并发症而死亡的，因此了解和熟悉并发症的发生机理，早期表现和诊断处理对临床医师来讲是一个必需解决的课题。如果每个临床医师都能熟悉癌症并发症的规律，掌握如何预防，及时发现和正确处理的知识和技术，不少患者就能得到救治或延长生命。目前国内尚无这方面的专著，为此我们翻译出版了这本《癌的并发症》，供临床医师和肿瘤科研和防治工作者阅读。

本书系由 Johns Hopkins 大学医学院 Martin D'Abeloff 教授和另 14 位有关教授共同编写的，全书共十五章，全面介绍了癌症的各种并发症的发现、诊断和处理及其有关机理，内容涉及许多重要的原则问题，介绍了不少最新的情报和观点，许多是属于作者们的重要科研成就和比较成熟的经验体会，能密切结合临床，既有高度概括，又有具体描述，所举实例更能说明问题，不少读者阅读后的评价是丰富、全面、新颖、实用。

书中某些细节如家庭医生制度、医生和病人的关系等尽管不一定与我国情况相同，但也有启发和帮助，故仍予保留。

本书在编译过程中承蒙徐荫祥、范日新、钱士良、徐达道、王碧君、黄嘉棠、程锦元、李国方、任家树、凌国平、宗永生、江 然、顾之燕、何宗德、胡雨田、林尚泽、黄孕族、冯照远、洪元康、李 宁、李明礼、赵德明、郭养淳、谢持鉴、杨学仪、

周正炎、穆怀德、邹宜昌、汪馥堂、张传镛、胡从良、贾深山、刘震等教授、高级工程师、主任医师、付教授、付主任医师和有关医师们在百忙中分别审阅有关部份章节。另外，杨学仪同志在百忙中协助编译组做了大量工作，谨此一并致谢。

由于是集体编译，虽经一再校审，但由于时间仓促及水平的限制，谬误疏漏之处，幸希读者们批评指正。

《癌的并发症》编译组

1983.5

目 录

第一章	与病人的交往	1~16
第二章	营养支持	17~60
第三章	身体功能的恢复	61~93
第四章	疼痛的处理	94~118
第五章	血液学问题	119~148
第六章	癌症治疗后粒细胞减少引起的 感染并发症	149~173
第七章	胸腔积液和心包积液	174~188
第八章	肾脏并发症	189~215
第九章	异位激素综合征	216~246
第十章	骨转移的矫形处理	247~260
第十一章	骨畸形和矿物质代谢异常	261~279
第十二章	中枢神经系统转移癌：脑转移	280~303
第十三章	中枢神经系统转移癌：脊柱转移	304~344
第十四章	化疗的急性并发症	345~385
第十五章	癌症治疗的远期影响	386—402

第一章 与病人的交往

在美国，癌症是造成死亡的第二位主要原因，1976年占全部死亡的20%。人们非常害怕这类导致每年死亡达35万以上的疾病，这不足为奇，但在我们的社会中，癌的影响远比统计资料上的发病率和死亡率严重得多。对大多数人来说，癌的诊断使他们产生了身体损害、工作能力丧失、长期疾苦、以及必定要死亡的想象。事实上，在美国社会对癌症后果的恐惧是这样严重，以致癌症似乎已成为死亡的同义语。

无可否认，诊断癌症毕竟是件严肃的事情，它常表示可能威胁生命。然而，群众和医务人员对癌症的反应常常和他们对其他同样严重的急性或慢性疾病的态度显然不同。实际上30%癌症可以治愈，能获得一定程度缓解者也在不断增加，全部癌症病人均可获得症状明显减轻，而医师和病人之间相互的交流和了解，在医学中没有一个领域比在癌症处理过程中更属重要。这是特别重要的一点，因为许多有效的抗癌疗法常引起明显的肉体上的和心理上的付反应。通过富有意义的有关疾病事实真相的讨论，可以减少病人的恐癌心理；在这种交流中，病人和可疑病人和医务工作者需要共同接受教育。

本章重点讨论在与癌症病人交流中医生的作用。医生必须懂得癌症的自然病史及有效的治疗，而且还必须了解癌症病人及其家属的要求、期望、和忧虑。Philip Tumulty 医生在一本名叫“称职的临床学家”一书中说：“一个临床医生的基本职责是以最有效地减轻疾病对人的所有影响为目的，来处理病人。处

理意味着医师了解并敏感地关心着疾病对一个人总的影响，包括精神的、肉体的、社会的、以及经济的影响。为了阐明与癌症病人有效地交流的重要性，列举几例，研究不同病期的病人的反应，和医师在处理这些问题方面的职责。

病例 I E.P.是一位 38 岁的教师，二个孩子的母亲，曾有双侧乳房纤维囊肿性疾病的病史。1976 年 11 月在常规检查时，医师发现她有一个乳房肿块。她的母亲在 58 岁时死于转移性乳房癌，因此，她一贯重视自己的健康，经常接受医生检查和作乳房自我检查。肿块直径 $2 \times 2\text{cm}$ ，质硬，位于左乳房的上外象限，但在 1976 年 5 月的一次检查时，医师未加注意。干板 X 线摄影证实有肿块存在，并高度提示为恶性病变。发现肿块两天后，病人就住进医院。体检的其它方面、全血象、生化检测、胸部 X 线检查和骨扫描均无明显异常。

11 月 22 日在全麻下进行左乳房肿块切除活检，冰冻切片证实为癌，即施行左侧乳房癌改良的根治切除术。

手术后经过无特殊。病理检查发现 18 个腋下淋巴结中有 5 个有癌细胞。在她住院期间请过内科肿瘤医师会诊，建议用 CMF 辅助化疗方案（即环磷酰胺，甲氨喋呤和 5-氟脲嘧啶）。患者于 11 月 29 日出院，12 月 10 日在门诊开始接受化疗，共经过 24 个周期化疗，能很好耐受。本文报导时，病者无癌症复发，并已恢复了正常工作。

上述 E.P. 的诊治过程在内外科医生查房时均记录在病历卡上。这些经过事实是明确地叙述的，而却未讨论到疾病对病人的整个影响。如前所述，如果他们是出色的为病人服务的临床医师，就应当估计到疾病对病人“精神的、肉体的、社会的以及经济等方面的影响。”

适应癌的诊断和首次治疗

病人对癌的诊断的情绪反应并没有固定的顺序，而是一种变化着的和不固定的感情类型。大多数病人在患病期的某些时候会表现震惊、忿怒、自我克制、忧虑和抑郁，但感情的强弱，发作时间的早晚，则各人互异。癌的诊断一旦成立，病人就要应付一个急剧改变了的生活环境，并会明显改变关于工作、个人关系、身体舒适、和自身可能存活等方面的期望。医师不仅必须运用正确的诊断和内、外科的治疗原则，而且必须准备提供必要的思想和情绪上的支持，以帮助病人，使这些方面能再作调整。

病人对于癌的诊断的反应，在很大程度上受到以前如何处理危象和对癌的概念的影响。E.P.有乳房癌的家族史并有乳房的纤维囊肿性疾病。她很快就意识到自己有发生乳房癌的高危险性，说：“我非常害怕我终究将发生乳房癌，但我的恐惧被医生们，尤其是我的医生一种不可思议的信念而解除了一部分。”当她注意到医师在扣及她乳房上这个肿块时，脸上出现的关切神色，E.P.确实害怕了。当医师发现肿块和要她住院，以及作乳房活检这段时间，她似乎觉得冗长不堪。在乳房活检前的等候期间，对她说来更是一段极度痛苦的时间。

另一个癌症病人生动地描述了她的乳房癌被发现时的心情：“当医生在我的乳房上摸到一个肿块时，医生躊躇了一下，然后回过来进一步探查它的一霎那对我来说是最早的、强烈的情绪反应。我记得曾经希望他不要站着，我激动得脸红，告诉自己不要担忧，我摒住了呼吸，感到浑身紧绷、僵硬以及极端可怕的孤弱无助。当一个病人仰卧着被这样体检时，体会到一种孤弱无助的强烈的感觉；这种姿势似乎使那种完全无助的情

境更显得突出。”

E.P. 在发现乳房肿块前,极少体验到这种孤弱无助和失去控制能力的感觉。她思想上的脆弱性由于她丧失了医生们能防止肿瘤发生的信心而进一步加重了。帮助病人妥善地对付疾病是医师的职责,这点在 Eric J.Cassell 氏所著《治病者的艺术》一书中已有透彻的叙述。他对由结构改变或生化变化作为特征的器官或体液失调引起的疾病,和另一种由感情状况引起的疾病之间进行区别。他指出,在我们的技术界中,重点只放在治愈病的本身 (Disease), 患病状态 (Illness) 的康复。患病状态有明显的症状,它包括丧失与外界环境有联系的感觉,丧失权力感,丧失生存的自主力。他又恰如其分地强调了甚至当疾病治愈时,由感情状况引起的疾病未必一定能够恢复。对一个病人来说,当医学问题被查清时,就开始进入恢复的过程。医师发现 E.P. 乳房肿块时,他提出可能是癌,并建议作活检。E.P. 同意一期手术的方法,即冰冻切片阳性的话,就在一次全麻下施行乳房切除术。病人同意这样处理,因为她感到她不能忍受任何进一步的等待,并极度渴望解决问题。然而,许多妇女宁愿选择在局麻下施行活检,以便在乳房癌进行明确治疗之前,就能知道活检结果。这种两期手术的方法就有时间来讨论各种外科和/或放疗的治疗方法,并告诉她的家属关于这些治疗的意图,病人也可以开始有思想准备。对赞成采取一期还是二期方法,虽然并没有治疗上的优点,但极为重要的是病人有一种有机会参与作决策的心情。一个病人可以选择任何一种处理步骤,但在这个决定中,她的积极参与将给予一种重新恢复控制的感觉,和减轻伴随癌症诊断后那种孤弱无助的感情。

手术后,当 E.P. 在苏醒室醒来时,了解到她已施行了乳房切除术,她描述她的感情是一种“自我克制、宽慰、和极大悲

衰的奇妙的混合物”。在苏醒室，手术后的感受可能是害怕的和孤独的，而医师的在场、有效的语言和形体的接触，能大大地减轻这些不愉快的感觉。E.P.苏醒后不久，外科医师就与她谈论了她的手术所见，告诉她手术进行得很好，恢复是没有问题的。

没有手术后的并发症，但术后数周和数月中，E.P.有相当严重的忧虑和抑郁。虽然她非常关心她的形体外貌和复发的威胁，而她的正常活动安排受到中断更使她不安。她不能为全家准备感恩节的饭而感到极大的苦恼。E.P.回忆起她的母亲，手术和发现转移后，失去了有效的功能。恢复有意义的生活活动是康复过程中非常重要的部分。一个人在社会中正常作用的丧失和伴随而来的自尊心的削弱，可能是比害怕癌症的复发更为严重的忧虑和抑郁的根源。医师和家属适当地鼓励她恢复这些活动，这对她的自尊心是多么重要。

一旦癌症确诊，有关预后情况都已掌握后，医师必须和病人及其家属讨论这些资料。好心的家属请求医师不要对病人提出这个诊断，或用比较含糊的讲法。这是常见的事，并常会加上这样的声明：“病人不能接受它，并将因此而精神崩溃。”即使肿瘤表现和治疗效果十分明显的乳房癌也常对病人隐瞒诊断。实际上就是在形体表现不太明显的癌症中，对病人隐瞒诊断也并不有利。因为病人知道自己患有癌症，并理解这个诊断所包含的意义以及治疗的可能性后，就能较好地准备对付目前和未来的问题。

没有一种对所有病人均合适的供讨论诊断的公式。当医师准备讨论这个最敏感的题目时，必须全面考虑病人的年令、身体情况、一般病史、社会经济情况和情绪上的需要。主要的问题并不在于是否使用癌、肿瘤、或恶性肿瘤这类名词。医师的

职责在于与病人实事求是地、通俗地、并在尽可能给予一些希望的方式下讲清楚疾病的情况。因此，谈到可能致命的肾脏疾病的病人时，Thomas Addis医师告诫说：“实事求是是不容易的。对我们所有人来说，不一定能如此舒服地取得的，要承认并排除我们所有的错乱的幻想。对病人实事求是需要思考、训练和努力。这样做有它消极的、但也有积极的方面，需要沉默，也需要交谈。病人确信我们会尽我们所知告诉他们所要知道的情况。这里主要的是要使他们免于忧虑，当我们必须分一部分知识给他们时，我们不应该让他们与我们一起忧虑，应由我们单独承担这些责任。

病人和医师都很担心以后肿瘤有扩散和导致死亡的可能性，然而，在确诊后和治疗后期间，病人常为体形外貌的变化和正常活动能力的破坏感到特别忧虑。另一种倾向是病人由于患癌症而责备自己或他人。这时往往有助于医师让病人提供谈论这些内疚、忧虑和害怕等感觉的时机，也是有助于再次保证病人能恢复正常活动能力的好机会。即使是进行过同样治疗性手术的患者[指从“康复者”(Reach to Recovery)或从“造瘘者(Ostomy)俱乐部”来的志愿者]能更生动地给病人说明恢复宝贵的生命力是可能的。这些志愿者也常能提出切合实际的有关假肢的设计、舒适的衣著、和其他关于病人术后调养很重要的建议。

能恰当而又较快地适应癌症的诊断和首次治疗的病人，还面临着一个严重的考验，那就是要学会应付逐渐发生的各种变化。E.P.发现：“癌症患者无论多么乐观，而这是不容易做到的……患癌总是没有好的结局。”她的五个被切除的腋下淋巴结有癌细胞病灶的事实指出，她有癌症复发的高危险性。虽然术后二年化疗势必引起某种副作用，谁也不能保证防止癌症的

复发。她在发现乳房癌时，对预防医学的信念虽已动摇，但她仍能与家属商量评价辅助化疗，并同意了治疗方案。

在她乳房切除术以后两年期间，E.P.因化疗而几次出现中等度恶心，并有闭经、脱发以致戴上了假发。现在她失去了乳房和女性的其它特点，即正常的月经周期和头发，考虑到要纠正体形的改变。E.P.的自尊心使她并不过于担心她的体形改变，通过她的丈夫和家属的帮助，她能适应这些体形的变化。对于化疗，正如病史中所叙述的那样，是能够耐受的，但它所引起的副作用对E.P.的冲击却远远超过治疗本身。

大多数癌症病人，象E.P.那样仍能继续工作，并过着正常生活。事实上，许多病人带着强烈的感情对待生活，并对他们的工作以及家庭、朋友之间的关系表示满意。然而也有某些人被肉体上、情绪上的负担和逐步发生的变化所压倒，以致他们不能很好生活。

医师能在引导癌症病人朝着充实的生活前进中发挥他们的重要作用，而不是让病人在苦难的绝望中生活。及时发现情绪的忧伤以及肉体上的问题，是医治癌症病人的必要部分。然而，能反映情绪危机的线索常是不明显的，且医生判断的精神苦恼和病人自己的感受有明显的不同。Johns Hopkins 肿瘤中心和精神病部门进行一项研究，用普查仪器（简单的心理调查）去检测癌症病人的情绪失调。依靠普查仪器查出有精神障碍的病人中，肿瘤工作者认为有问题的仅仅44%。其他在内科病人中的研究发现精神方面问题的检测率也同样较低。另外，对已有心理忧伤临床迹象的癌症病人，医师往往过高估计其忧虑和自我反抗的程度，而低估其抑郁的程度。

除了不能发现病人的情绪失调外，约有33%在心理状态普查检测中已有异常的病人不能被医务人员所识别，也就是说，

三分之一病人在定向力、注意力、计算、回忆、动眼和语言技能方面已显示损伤者，而医生、护士、医学生们却认为正常。这不仅仅是不能识别情绪的问题，这些不正确的认识将明显影响这些病人的治疗和康复的方案。这种为普查病人的检测心理的和精神状况的仪器看来是一种有效和简便的技术，也是在常规了解病史中的重要助手。

为了帮助医师鉴定在对待自己疾病上有困难的癌症病人，Weisman 提出了情绪脆弱的标准，他发现脆弱性与全身性症状（如体重减轻、失眠、疲倦）比癌的类型或病期有更明显的关系。最脆弱的病人有一个悲观、抑郁的病史以及对过去的悔恨和遗憾。他们有许多家庭的和婚姻的问题，并期望从他人处获得一些支持。对治疗犹豫不决，在接受与拒绝治疗中摇摆不定，也是脆弱病人的特征。不太脆弱的病人就不是这样含糊，并能坦率地谈论关于他们的境况。他们没有感到受害，且对自己对付疾病的适应力是乐观的。

许多癌症病人，象E.P.那样，能依赖朋友和家属的支持对待他们自己的问题。精神病的发作在癌症病人中是少见的，而最常见于有精神失调的病史者。但一旦明显的情绪上的忧伤或心理上的脆弱性的诊断成立后，给予适当的处理是必需的。一位医师、护士、或社会工作者的指导性的意见，让病人恢复某些官能的控制和表达许多压抑着的感情，对情绪忧伤苦恼的癌症病人往往大有裨益。这对保健专业人员来说是一项困难的任务，因为发现和处理心理问题的过程是既费神又耗时的。

精神病药物在处理癌症病人心理忧伤的作用尚未得到精确的评价。在我的经验中药物如安定和利眠宁对处理忧虑是有用的，而三环类抗抑郁剂，Elavil和Triavil的作用不仅能减轻抑郁的症状，而且可以作镇静剂。然而，这些药物是辅助的措施，

不能代替对癌症病人的有效的劝导。

癌的复发和进展

除了仔细观察病人对癌症诊断治疗的情绪上的反应外，医生还必须警惕癌症的复发和进展。癌症病人知道有复发的可能性，一般地能适应长期带病生存的不稳定状况。然而，某些病人受到实验室试验结果和外界环境各种因素先入为主的影响，在癌症可能“死灰复燃”面前，不能过正常健全的生活。仔细监察病人的身体状况，安排恰当的实验室试验而又不引起病人不必要的忧虑，这对医师说来的确是一项细致的工作。

发现癌症复发或进展能给病人带来比首次诊断更大的冲击，因为无癌存在的希望已经破灭，治愈的可能性事实上也已失去。下面的病例报告阐明在癌复发的处理中所遇到的某些心理上的问题。

症例报告Ⅱ L.R. 25岁，工厂里的工程师。1975年4月他发现左侧大腿有一个疼痛的肿块，切除股骨溶骨性病灶作活组织检查显示为Ewing氏肉瘤。病人接受术后放疗（股骨部给予6,000拉德）和随后的辅助化疗（用环磷酰胺和长春新碱）两年。化疗于1977年5月完成，几乎没有副作用。在辅助化疗期间，L.R. 仅有三天没有上班，对同事和医师一般地表现得温和安静。但他的妻子和孩子们注意到他经常闷闷不乐和容易恼火。

1977年10月，常规胸片检查提示右肺下叶有一个孤立的肿块，全面的诊断检查结果没有其他异常。作了开胸手术，将肿块区楔形切除，此外，没有肿瘤复发的证据。肿块的病理诊断仍是Ewing氏肉瘤，因此病人开始了一次包括阿霉素和卡氮芥在内的化疗方案。胃肠道的副反应十分明显，病人显得抑郁

和易怒。医师鼓励他谈心，在讨论中发现他对肺部病灶的性质产生了误解，对他的妻子和医师的过份关心表示愤怒，还很担心经济问题和将来的安排。医师同 L.R.，他的妻子，和一名社会工作者举行了一系列的劝导性会议。这些会议证明对解决一些问题很有帮助，为表达以前没有表示出来的恐惧和忧虑提供了一个好方法。

当复发癌的诊断确定时，L.R. 在辅助化疗过程中努力抑制着的情绪爆发了。频繁的化疗使他产生了这样的想法，即他的健康完全依赖于医师对体格检查和实验室检验报告的见解。此外，L.R. 的妻子也告诉医师有关他丈夫的一切琐细的症状，并且焦急地等待医学上对这些症状的解释。L.R. 认为自己似乎无法控制他的命运，对妻子的过份关心表示愤怒，对医生也十分恼火，因为对 L.R. 来说，似乎他的自主性已被医生剥夺。肺部复发病变的消息 L.R. 误解为完全是新的癌肿的证据，由此而产生的忧虑是如此之大，以致他不能充分理解治疗计划的基本原理。他对未来的恐惧和他被抑制着的愤怒，结合治疗的付反应，导致临床上明显的忧虑和抑郁综合征。

没有可靠的措施能减轻病人这种与复发癌有关的精神上的压力。处理这个问题的第一步，是对复发的意义和治疗选择给予仔细而周到的解释。当病人知道复发时，让他至少了解一个粗略的治疗计划是比较可取的。如这病例，治愈的可能性小，但治疗能长时期控制癌肿发展，因此，可以向病人强调有长期缓解的可能性。涉及到有治愈可能的现实性的讨论时，要以一种真诚的方式进行，而不使病人感到空洞、缺乏力量。如果抗肿瘤治疗看来不可能有效，预后是可悲的，那一定要把这些事实告知病人和他的家属。能够提供给病人许多姑息性措施，以保证对他身体上和心理上作继续支持，也必须明确地谈清楚，这

样不会使病人感到在这个困难时刻他已被大家抛弃。不治之症不应该与绝望等同起来。因为只能在一种充满希望的气氛中才能生活得好一点，而这种希望的取得，必须掌握现实的知识。

关于复发癌的谈话可能要进行好几次，因为复发引起的情绪上的打击可能干扰病人的理解力，像 L.R. 那样，许多病人把复发误解为一种新的癌肿的生长，必须小心谨慎地对病人解释复发代表原来癌肿的扩展。病人也常有先入为主的想法，对治疗的特殊方式看作为肿瘤已到终末期。这种概念应该予以消除，并且给病人提出治疗方案有现实的希望。还必须鼓励病人和家属表达他们的忧虑、恐惧、倒霉、甚至敌对等情绪。

病人情绪上的健康在很大程度上依赖于“病情得到控制”这种感觉。医生对 L.R. 解释，随着他的孤立性转移灶的切除，可能有另一个相当长的缓解期，但进一步的复发无疑地还是很可能的。医生鼓励他调整他的经济计划和工作任务，并把这些现实情况放在心上。医生劝导他的妻子不要以她自己对细微症状的害怕心理来压抑他，而应该允许病人表达他的自我感觉。这样，L.R. 就感到自己参与了自己的医治，而不再像一个被动的旁观者。

对癌症病人来说，参与自己的医治是一个特别困难的课题。在许多慢性疾病中，例如糖尿病、高血压、关节疾病等，在饮食、体育疗法等方面，显然病人是积极参与者，这将有意义地影响治疗效果。在许多癌症中，病人似乎很少能在治疗上帮助他们自己，而且事实上甚至连药物也是由护士或医师从肠外途径给予的。然而，还是要鼓励病人在医治中发挥自身的积极作用，强调要有较好的营养、适当的锻炼方案和开展其他方面的活动。这些能在身体上和心理上对病人自我感觉良好这方面发挥有利的作用。