

ABBU C. (Créteil), ARRIAGADA R. (Villejuif), BACHELOT I. (Grenoble), BAILLET F.
 (Paris), BALDEYRON P. (Villejuif), BASSOULET J. (Paris), BATAINI J.P. (Corte), BEY P.
 (Nancy), BILLA M. (Grenoble), BORIES P. (Montpellier), BOSSET J.F. (Besançon),
 BOUCHOUX P. (Tours), BRUGERE J. (Paris), BRUN B. (Créteil), CAILLAUD J.M. (Villejuif),
 CHARDOT C. (Nancy), CAITELLI E. (Créteil), CAUDRY M. (Bordeaux), CONSTANS J.P. (Paris),
 CONTESSO G. (Villejuif), CORDIER J.F. (Lyon), COSSET J.M. (Villejuif), DAHAN A. (Poitiers),
 DALY M. (Toulouse), DERESSE B. (Paris), DE ROUGE-MONT J. (Grenoble), DESSART-DIANA B.
 (Paris), DUBOIS J.D. (Montpellier), ESCHWEGE F. (Villejuif), FEUILHADE F. (Créteil),
 FLAMAND E. (Villejuif), GAHEM G. (Créteil), GARRETA L. (Paris), GEHANNO P. (Paris),
 GENIN J. (Villejuif), GERARD J.P. (Lyon), GERBAULET A. (Villejuif), GUENIN J. (Bordeaux),
 GUERIN R.A. (Paris), GUSTEMIN F. (Nancy), HOERNI B. (Bordeaux), HORIOT J.C. (Dijon),
 HOUSSET M. (Paris), JACOB J.H. (Caen), JOYEUX H. (Montpellier), KALIFA C. (Villejuif),
 KLODDE H. (Grenoble), KOINTZ M. (Créteil), LANSAC J. (Tours), LASSER P. (Villejuif),
 LE BOURGEOIS J.P. (Créteil), LEFFEBRE J.L. (Villejuif), LE FLOCH O. (Tours), LEMERLE J.
 (Villejuif), LEMOINE G. (Villejuif), LE TOUBLON C. (Grenoble), MAIRE J.P. (Bordeaux),
 MANDOUX R. (Paris), MAYLIN C. (Paris), MAZERON J.J. (Créteil), METZ R. (Nancy),
 MICHEL G. (Villejuif), MILLERON B. (Paris), MONTCUQUET P. (Besançon), OLIVE D. (Nancy),
 OLIVIER J.P. (Limoges), OLLIVIER J.M. (Caen), OTMEZGUINE Y. (Créteil), PARMENTIER C.
 (Villejuif), PERNOT M. (Nancy), PERRIN P. (Lyon), PEYNEGRE R. (Créteil), PIERQUIN B.
 (Créteil), PONYERT D. (Paris), POURQUIER H. (Montpellier), PUJOL N. (Montpellier),
 QUINTON A. (Bordeaux), REYUZ J. (Créteil), RICHARD J.M. (Villejuif), RICHARD P. (Bordeaux),
 ROUESSE J. (Villejuif), ROUSSEL A. (Caen), ROZAN R. (Clermont-Ferrand), SARRAZIN D.
 (Villejuif), SCHLIENGER M. (Paris), SCHLUMBERGER M. (Villejuif), SCHRAUB S. (Besançon),
 SCHWAAB B. (Villejuif), SERROU B. (Montpellier), THERON H. (Clermont-Ferrand),
 TÔTY L. (Paris), TOUBOUL F. (Paris), TRAYAGLI J.P. (Villejuif), TUBIANA M. (Villejuif),
 VANDENBRUCK C. (Villejuif), VILCOQ J.R.
 (Paris), VINCENT F. (Grenoble),
 VINCENT M. (Lyon),
 YROUSOS C.
 (Grenoble),
 BAULT P.
 (Villejuif)

癌瘤的治疗策略

[法] 勒·布尔乔亚 著 中国人口出版社

R730.5
13
3

癌瘤治疗的策略

勒·布尔乔亚 主编

Doin出版社出版(1986)

总编译 胡志林

译者(依笔划为序)

王亚洁	王昌林	朱新湛	朱翰芳
曲绍和	胡炳强	胡志林	孙旭山
郭暮春	姚晓光	邬蒙	潘建基

76.9710

样书

中国人口出版社

B

811331



责任编辑 马博华

癌瘤治疗的策略

〔法〕 勒·布尔乔亚 主编

胡志林 总编译

中国人口出版社出版

(北京市海淀区大慧寺12号 邮政编码100081)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经销

开本: 787×1092毫米32 印张: 19 $\frac{1}{2}$ 字数: 433千字

1990年9月第1版

1990年9月第1版第1次印刷

印数: 0001—2500

ISBN 7-80079-029-0/R·5

定价: 9.50元

前 言

由放射、肿瘤教学委员会 (CERO)组织编写的“癌瘤治疗的策略”一书，正象现代肿瘤学一样，是一本涉及多学科的专著，作者来自法国各地抗癌中心和大学教学医院，是从事癌瘤治疗实际工作的各科专家，他们汇集一堂把癌瘤治疗的最近新进展写入本书。

● 有关流行病学、诊断要点和检查方法所作的扼要叙述是为了确定预后因素和治疗分组，而治疗策略则占最主要的位置。对于每一部位的癌瘤，作者以已取得的客观效果为依据，将人们习惯所用的治疗方案加以发展，对其他可能的治疗方法也加以注明。对手术、放疗技术和化疗方案均以不同的特点加以阐明，便于读者运用。为了使患者能正常的生活，了解各种治疗方法的缺点和后遗症，予以特别的注意是必不可少的，故本书在较重要和较复杂的章节中尽可能写明作出决定的主要依据。由于急性和慢性白血病的治疗仅涉及高度专业化的血液学领域，故本书未将其编入。

这本仅400页的专著不可能将所有的东西都讲到，本书的目的仅在于帮助医生了解他应该如何处理一个癌患者，及该患者的预后，并能积极参与治疗后的随查。目前患者住院治疗已向门诊治疗转化，这里最重要的问题是医生怎样才能保证在癌患者家中更好地为他们服务。

我们衷心希望本书能达到这一目的。

放射肿瘤教学委员会

秘书处

Pierre Bey

Elie Calitchi

Michel Caudry

Jean Chavaudra

Jean Bernard Dubois

FRançois Eschwège

Jean Pierre Gerard

Jean Paul Le Bourgeois

Jean Pierre Olivier

Pierre Wibault

译者序

在人类得以控制和消灭传染病及寄生虫病之后，癌瘤的发生率仅次于心血管疾病威胁着人的生命。因此，对癌瘤患者的治疗已是当前每个国家和每位医务工作者应重点考虑的问题之一。

随着现代科学技术的发展，如计算机断层扫描术(CT)、磁共振(MR)设备的出现，使癌病灶能被更早期地发现；各种直线加速器和电子计算机控制的治疗计划系统的使用(TPS)，为有效、精确的放射治疗提供了新武器；各种新抗癌药物的研制与临床应用，改善了化疗效果；骨髓移植、器官重建等外科新技术的发展，不仅强化和扩大了手术治疗的适应证，而且有可能提高患者的存活质量。的确，近年来在癌瘤治疗领域已取得令人瞩目的成就。

与此同时，多年的医学实践经验表明：癌瘤的组织学类型十分复杂，病程演化过程各异，患者所处病期亦不相同，对通常采用的治疗方法如手术、放疗、化疗等所获效果亦可有很大差别，这里不仅有患者本身的因素的影响，医源性因素的影响亦不可忽视，因此，如何制定出一个能使患者得以充分有效治疗，而又不枉付本来可以避免的过苛代价的个体化治疗策略，已成为每位抗癌工作者认真思考、努力学习和不断探索的问题，这正是本书能给广大读者所提供的原则与经验。

本书是由法国放射肿瘤教育委员会主席勒·布尔乔亚教授主持，由全法国著名专家教授依各自特长共同撰写而成。

其特点在于扼要记述每一癌症的病理组织类型、治疗前检查内容和临床分期后,根据所获结果,结合对预后的评估,重点讨论治疗策略的制定,将不同的治疗方法及不同治疗方法的联合治疗方案有机地结合起来,使患者得到最合理、最有效也最为满意的治疗效果。在每节末,还就今后工作提出展望。

本书分目清晰,内容丰富,简洁扼要,易于掌握,在法国抗癌工作者中是炙手丛书,相信对我国战斗在抗癌第一线的广大医务工作者也会有所裨益。

这里愿意提及的是:在“医学为全人类服务”精神指引下,法国医务界的专家教授与天津医学院长期合作,联合创办了中法国际放射培训班,致力于为中国培养年轻的放疗医生和放射物理人员,并不断为中法友谊与合作大厦增砖添瓦,正是在这一基础上,承蒙勒·布尔乔亚教授热情慨允,有在法学员刻苦耕耘,并得到法驻华使馆科技处、文化处及法国医药设备生产部门 GE-CGR-MeV、Rhône Poulenc 等单位的鼎力支持,才使本书能早日与读者见面,这里表示最衷心的感谢。

中法医学科技合作与交流前景广阔,将像长江与塞纳河一样源远流长。

— J P Le Bourgeois —

胡志林

1989.12.20.

目 录

前言

译者序

第 1 章	癌瘤治疗的策略·····	1
第 2 章	垂体 and 垂体区肿瘤·····	6
	垂体前叶腺瘤·····	6
	颅咽管瘤·····	13
	展望·····	14
第 3 章	幕上肿瘤·····	17
	星形胶质细胞瘤和胶质母细胞瘤·····	18
	其他幕上原发性肿瘤·····	26
	视神经和视交叉的胶质细胞瘤·····	28
第 4 章	后颅窝肿瘤·····	31
	儿童髓母细胞瘤·····	31
	成人髓母细胞瘤·····	33
	儿童脑干肿瘤·····	34
	成人脑干肿瘤·····	35
	儿童小脑星形细胞瘤·····	36
	儿童及成人脑室管膜瘤·····	37
第 5 章	原发性脊髓内肿瘤·····	41
第 6 章	眼球及眼眶恶性肿瘤·····	47
	恶性黑色素瘤·····	47
	视网膜母细胞瘤·····	50
	转移性肿瘤·····	53
	恶性淋巴瘤·····	54

第7章	口腔肿瘤·····	58
第8章	扁桃体区和软腭部癌·····	73
	扁桃体区癌 瘤·····	73
	软腭 癌·····	78
第9章	舌根癌·····	84
第10章	下咽部 癌·····	91
	梨状隐窝癌·····	91
	下咽后壁肿 瘤·····	95
	杓骨后环 癌·····	96
第11章	喉癌·····	99
	声门 癌·····	99
	喉前庭 癌·····	101
	喉缘处 癌·····	103
第12章	鼻咽癌(不包括淋巴瘤)·····	109
第13章	颅面部癌·····	121
第14章	唾液腺 癌·····	130
	开始便可手术治疗腮腺上皮性肿 瘤·····	132
	腮腺其他 肿瘤·····	133
	颌下腺 肿瘤·····	134
	副唾液腺 肿瘤·····	134
	儿童 肿瘤·····	135
第15章	甲状腺 癌·····	138
	分化 癌·····	138
	未分化性 癌·····	146
	髓样 癌·····	146
第16章	未知原发癌灶的颈淋巴结肿大·····	149
第17章	唇 癌·····	158
第18章	胸腺上皮 瘤·····	165

附：胸腺肿瘤的放射治疗·····	172
第19章 非小细胞型肺癌·····	180
第20章 未分化型小细胞肺癌·····	187
第21章 气管原发性恶性肿瘤·····	199
第22章 恶性胸膜间皮瘤·····	207
第23章 食管癌·····	213
第24章 胃癌·····	224
第25章 胰腺癌和胆道癌·····	237
胰腺癌·····	237
胆囊癌·····	241
肝外胆管癌·····	242
第26章 结肠癌与直肠癌·····	247
第27章 肛管癌·····	270
第28章 成人肾癌·····	281
第29章 睾丸癌·····	289
第30章 膀胱癌·····	306
第31章 前列腺癌·····	322
第32章 阴茎癌·····	337
第33章 乳腺癌·····	344
第34章 子宫颈癌·····	365
第35章 子宫体癌·····	392
第36章 成人卵巢上皮肿瘤·····	405
第37章 卵巢无性细胞瘤·····	422
第38章 成人原发阴道癌·····	427
第39章 外阴癌·····	431
第40章 儿童及青少年外阴-阴道癌·····	438
第41章 女性尿道癌·····	442

第42章	成人何杰金氏病·····	447
第43章	儿童何杰金氏病·····	463
第44章	成人非何杰金氏恶性淋巴瘤·····	465
第45章	蕈样霉菌病·····	480
第46章	多发性骨髓瘤·····	483
第47章	皮肤癌·····	494
第48章	恶性黑色素瘤·····	506
第49章	原发性骨肿瘤·····	517
	成骨肉瘤·····	519
	特殊组织类型的成骨肉瘤·····	526
	· 软骨肉瘤·····	528
	内皮细胞性骨髓瘤 (Ewing氏肉瘤) ·····	529
	Parker和Jackson 氏淋巴瘤·····	532
	纤维肉瘤和恶性纤维组织细胞瘤·····	534
	脊索瘤·····	535
	破骨细胞瘤·····	536
	单发性骨浆细胞瘤·····	536
	其他肿瘤·····	537
第50章	成人软组织肉瘤·····	542
第51章	儿科肿瘤·····	556
	神经母细胞瘤 (成交感神经细胞瘤) ·····	558
	肾母细胞瘤·····	563
	儿童非何杰金氏恶性淋巴瘤·····	567
	儿童横纹肌肉瘤·····	571
	肝母细胞瘤·····	573
第52章	罕见肿瘤·····	578
	类癌·····	578
	性腺外生殖细胞瘤·····	579

	卡波西氏 (KAPOSI) 肉瘤·····	581
	肾上腺肿瘤·····	582
	髓外浆细胞瘤·····	585
	釉质上皮瘤·····	585
	皮肤附属腺癌·····	586
	甲状旁腺癌·····	587
	粘膜黑色素瘤(不包括眼黑色素瘤)·····	587
	心脏原发性恶性肿瘤·····	589
	化学感受器瘤·····	589
第53章	未证实原发肿瘤的转移癌·····	591
第54章	肿瘤科急症·····	595
	纵隔压迫综合征、上腔静脉或主气管压迫综合征··	595
	颅内压增高·····	596
	脊髓压迫·····	597
	急性代谢性紊乱·····	599
	与肿瘤组织溶解有关的合并症·····	601
	乳酸性酸中毒·····	602
	血液学合并症·····	602
	弥散性血管内凝血·····	604
	梗阻·····	604
第55章	癌症患者治疗后的生存质量——职业与生	
	活的再恢复·····	607
	对因治疗所致后遗症的处理·····	607
	个人问题·····	613
	预防接种和旅行·····	614
	社会、职业问题·····	614
	儿童的问题·····	616

第1章 癌瘤治疗的策略

M. Tubiana, B. Pierquin

癌瘤患者因远处转移而死亡者占三分之二以上，仅有略多于四分之一的患者死于局部治疗失败。

1986年肿瘤工作者认为，主要的问题似乎是治疗或是避免转移灶。对此，很多人得出的结论是：放射治疗(以下简称放疗)技术的改进也只能起次要作用，这样的结论实在是为时过早。

事实表明：如果有四分之三患者的原发肿瘤能得以彻底杀灭，在很大程度上是应归功于放疗质量的保证。如果不能达到这一标准，或表现为局部复发率增高，或表现为放疗指征减少，或两者同时存在，这都是由于对放疗医生的培训不够充分而造成的。这样的事例我们在发展中国家是常遇到的。我们曾作过分析和统计，对癌症患者，即使采取较为保守的治疗方案，如采用单纯放疗或是放疗与手术联合治疗，如果这一治疗能对肿瘤原发灶有效的话，我们便可以对患者最低损害的代价来杀灭肿瘤，而且可以减少肿瘤转移的发生率。

大量的研究结果表明，瘤体内有活肿瘤细胞持续存在，它不仅是局部复发的源泉，而且是转移播散的根源。的确，对于大多数患者来说，对区域性补救性处理，可使局部复发得以治愈，但患者还是死于肿瘤转移，而这一转移当初是有可能避免的。

对上述观点持反对意见者所举的典型例证是乳腺癌，人

们对乳腺癌患者接受单纯手术治疗，或是手术及术后放疗联合治疗，做了大量实验治疗性比较，其结果是：未经术后放疗者，局部复发率大大高于接受术后放疗者。但两组患者的存活期几乎相同。目前，这一争论的价值很有限，因为在对患者的严密随访中，腋淋巴区复发灶可被早期发现，因而可在该病灶发展到足以成为转移根源的大小前根除。最近的研究结果表明：如果肿瘤直径不足2cm，乳腺癌发生远处转移的可能性很小(不足20%)。法国威尔郁夫肿瘤所(Villejeuif)、斯德哥尔摩和奥斯陆三处所做的更精的试验分析结果表明，位于乳房内象限的中等大小乳腺癌(T_2)，对内乳淋巴链侵犯的机率相对增高。对其处理可减少远处转移的发生率，明显提高患者生存率。获得这一结论并不奇怪，因为在总体病例统计中，或因属此类患者例数少而被忽视，或因肿瘤虽位于乳房内象限，但在初始治疗时尚无隐性转移发生，而内乳淋巴结增大又未被发现。故过去未能强调这一良好效应。此外，威尔郁夫肿瘤所的研究表明：对内乳淋巴链来说，无论是采用放射治疗，还是采用淋巴结清扫术，其效果完全一样。

这一例子表明，术后放疗对某些患者是有用的，而对另一些患者则无效。医生应当学会如何对患者加以区分，如何掌握客观标准，以使患者得到治疗的好处。因此，既不应把手术合并术后放疗这一治疗方案视为常规化，又不应过于吝啬地使用。应当根据前瞻性研究结果和对预后因素进行很好的分析，来编写出适应证。

放疗合并化疗代表发展肿瘤治疗的另一途径：化疗是以清除隐性微小转移灶为目标，问题在于：附加任何一种化疗，都会使受照射的正常组织的反应加重。放疗联合化疗的目的

在于叠加两者对原发肿瘤的治疗效应，只有证实治疗肿瘤效应的增加超过健康组织所受之毒性损害时，才考虑使用这一联合治疗。遗憾的是这一目标很少能达到，因为当同时使用射线与化疗药物时，对正常组织的影响也处于最大危险中。人们只能依靠时间因素的作用来达此目的。能够肯定的以这种治疗方式使患者受益的肿瘤极为罕见。在接受放疗前，给予一种化疗，临床上出现肿瘤消退时，并不能表明最终治疗效果一定好。因为唯一有价值的标准是：疗效持续时间增加，和具有统计学意义的这期肿瘤局部杀灭百分比增高。这样的结果是很难得到的。这并不意味着放疗-化疗联合治疗是一种坏方案，而只能说对这一联合治疗方案尚有必要作进一步研究。对此，肿瘤医生应当审慎地推进，紧紧地按照严格的方法学行事，以免得出不成熟的印象和不可靠的结论，这样会影响这一领域的进展。

在另一研究领域中，保守治疗已取得惊人的进展。现代放疗（即50年代出现的第三代飞跃）取得最惊人的成绩之一是：对某些部位的肿瘤患者，采用保守性治疗，在保留器官功能和躯体美容方面起了重要作用，有利于改善患者的生活质量。能采用保守性治疗的患者，大多是肿瘤位于单一特定器官，易于进行直接检查，因而也就能获得早期诊断。它主要涉及两个部位的肿瘤，一是位于皮肤及皮下组织的癌，另一是位于器官开口处或位于容易直接检查到的腔内肿瘤（仅限于用手指即能摸到者）。在实际工作中，我们可将癌列成口腔和口咽癌（喉声带癌亦可列于其中，因此癌在很早期便有报警性体征）、皮肤基底细胞癌和棘细胞癌，特别是位于面部的癌（至多还可包括鼻癌、外耳癌和下唇癌）、乳腺癌（占妇女恶性肿瘤的26%）、子宫颈癌和阴道癌、肛管直肠癌、膀

膀胱癌（当它能有早期症候表现时）、男性泌尿生殖道癌（阴茎癌、睾丸癌和前列腺癌），这些部位的癌瘤加在一起，大约占患恶性肿瘤人数的一半。

尽管这些肿瘤在被发现时，并非都属于早期病例，但目前所遇到的大多数患者的病期，仍可依肿瘤根治性原则，作局部处理而治愈，而发生区域或远处转移的机会还很小，所以应尽力发展对这些部位肿瘤的早期诊断及预防措施。但这要通过训练有素的医生及患者自己有效的监护检查来实现，使大部分患者能于肿瘤的 T_1 期、 T_2N_0 或 T_2Na 期被诊断。

对这些位于浅表部位的肿瘤，保守性放疗是一种理想的治疗方法，因为其照射的靶体极容易精确定位，被照射的范围相对来说并不很大，肿瘤与射线间的健康组织很少（这样对重要器官所造成的生物学和功能上放射损害危险性便很小），加之各种照射技术可联合使用（特别是中子束缩野照射或是近距离照射），使残存的肿瘤获得较高的照射量，保守性局限性手术尚可与放疗联合，以使患者在更大范围器官和组织遭受损伤的前提下，最终获得治愈。

当然，最终还是有些患者信服并争取做大范围破坏性手术，而不去做保守性放疗，以获可靠的治疗效果。因此，放疗医生与外科医生在处理表浅性恶性肿瘤时是处于相互竞争的地位。对位于浅表的肿瘤，外科手术切除往往可治愈，但其对组织破坏的代价是令人烦恼的。最近 5 年中，放疗专家们在实施保守治疗方面所取得的成果显示，它完全可以与根除术相媲美，甚至超过外科手术。放疗医生们以其治疗结果为基础，一点一点地说服了相当数量的外科医生（这一数量还在不断增长）接受对小肿瘤（ T_1 ）不再行手术切除，或与放疗医生合作，仅作有限范围的手术切除，并实施术前或术后

放疗,从而保留有关器官的功能和美容。于是肛管-直肠癌可以单纯放疗方案行保守性治疗(特别是肛管癌),或行放疗、手术联合治疗(低位直肠癌),对乳腺癌的治疗也是如此,越来越多的患者采用保守性治疗。应该指出放疗医生与外科医生在这一领域中的竞争,近期仍持续进行。以移植和皮肤瓣修补为基础的整形外科,近年取得很大进展,使手术治疗又恢复了活力。这样的形势迫使人们不得不明确提出放射治疗的适应证,特别是保守性治疗的适应证,使各个学科的治疗能协调一致。在专科肿瘤医院,或在综合医院的肿瘤科,或是在诊所间是可以获得这一协调的。

在介绍保守性放疗中,不能不强调低剂量率照射的卓越地位,特别是低剂量率的近距离照射(如 ^{192}Ir 的腔内照射, ^{192}Ir 或 ^{137}Cs 的接触性放疗),可用于局部根治性处理。众所周知皮肤对于这一照射方式有很好的耐受性,在钴外照射治疗技术发展过程中,已充分证实这点。对于其他组织器官也同样如此。采用这一照射技术,有可能使靶区获得最大的照射量,它远高于采用分次照射所能提高的靶组织量。这种照射方法对残余肿瘤的缩野和追加照射特别适宜。由于肿瘤部位浅表,故放射源的操作及固定,相对来说较为容易,也便于控制。总之,有诸多理由表明,在保守性放疗中,低剂量率近距离放疗是一种十分有效而且十分重要的方法。

最后我们认为,从事肿瘤学工作的放疗医生,在1986年间,多方面工作主要是集中于对肿瘤、对受累的卫星淋巴结和对转移灶的治疗。对大多数恶性肿瘤来说,或多或少要接受照射。这就更有力地说明,为什么放疗医生应该是综合治疗癌症患者的医生,应该在各专科领域中起到协调或主导的作用。

(王昌林、胡志林 译)