



常见肿瘤的 诊疗手段与评价

CHOICE AND COMMENDATION
FOR THE PROCEDURE
OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
IN COMMON MALIGNANCIES

主编 高永良 马胜林

浙江科学技术出版社

序

我国恶性肿瘤的危害随着发病率的增加而日显严重,为了减低其危害,世界卫生组织已明确将肿瘤预防、早期诊断、根治性疗法、止痛及姑息治疗定为控制癌症的四大领域。如何提高根治性疗法的疗效以提高生存率,开展姑息性治疗以提高生活质量,已成为从事肿瘤专业的临床医师面临的重大挑战。

我国每年癌症新发病例虽乏精确统计,估计恐逾 200 万,且有继续上升之势,预计在今后 30 年内,年发病数将达 250 万之巨。面对如此众多的癌症患者,如何对其施以最佳的治疗方案,这将是提高我国癌症总体疗效的一条重要途径。尤其我国幅员辽阔,人口众多,各地经济条件、医疗水平以及癌症治疗的疗效均差距颇大,因此,在各医院推广并实施规范化的治疗实是当务之急。国内虽已有多本肿瘤专著出版,中国抗癌协会也出版了《肿瘤学》及《新编常见肿瘤诊治规范》,但前者乃一高水平专业参考书,后者又侧重于实际操作,说“理”似嫌不足。本书则兼而顾之,是一本较为实用的临床医师参考书。

本书由浙江省肿瘤医院各科专家编写。该院是我国最早建立的五大肿瘤医院之一,历史悠久,人才辈出,曾拥有李挺宜、张泰仑、赵恩生、高永良等我国肿瘤界名人,为我国肿瘤事业的发展作出了贡献。本书更由该院长期工作在临床第一线具有丰富实践经验的医师执笔撰写,不但总结了该院四十余

年来的经验,而且结合国内外的进展,以实用为主,一一予以介绍,相信对从事临床工作的医师会有较大助益。

中国抗癌协会理事长 徐光炜
北京大学附属肿瘤医院院长

2001年8月

前 言

恶性肿瘤是严重威胁人类健康的疾病。近年来年轻患者似有增长之势。随着医学的发展,人们对肿瘤的认识已逐渐加深。在临床的诊断与治疗上许多概念与方法也在不断更新。一些传统的概念值得重新评价。有的新方法已较成熟并被应用于临床。也有些尚待更多的临床验证才能得出较肯定的结论。许多肿瘤科的临床医师在翻阅文献或参考书时,常常会遇到完全不同的观点与方法,这给临床处理带来困难。本书编写的目的是想通过查阅近十年国内外的一些临床重要文献,结合作者多年的临床经验,简括地阐述一些常见恶性肿瘤的病因、病理、诊断与处理,以期对各级医师起到参考与查阅的作用。

参加本书编写的都是浙江省肿瘤医院具有高级职称的医师,都有多年的临床经验。在书中除介绍一些常规的诊疗手段以外,还根据最近的肿瘤学发展对各种手段的价值及意义加以评价,使读者能更合理地掌握这些新技术。为便于阅读及掌握重点内容,本书还将每个肿瘤的重要内容以提要形式呈现在每章之前,使读者一目了然。

限于我们的水平,本书难免有错误或不当之处,衷心希望读者批评指正。

高永良

2002年1月

目 录

1. 鼻咽癌	(1)
1.1 概述.....	(2)
1.2 临床特点.....	(4)
1.3 诊断.....	(8)
1.4 治疗.....	(10)
1.5 诊疗手段的选择与评价.....	(30)
2. 甲状腺癌	(33)
2.1 概述.....	(34)
2.2 病因学.....	(34)
2.3 流行病学.....	(36)
2.4 分型、分类和分期	(37)
2.5 诊断.....	(40)
2.6 治疗.....	(44)
2.7 影响预后的因素.....	(51)
2.8 诊疗手段的选择与评价.....	(52)
3. 食管癌	(56)
3.1 概述.....	(57)
3.2 临床特点.....	(64)
3.3 诊断.....	(67)
3.4 治疗.....	(73)

3.5 诊疗手段的选择与评价.....	(85)
4. 乳腺癌	(88)
4.1 概述.....	(88)
4.2 病理.....	(90)
4.3 临床特点.....	(92)
4.4 诊断.....	(95)
4.5 分期.....	(99)
4.6 鉴别诊断	(101)
4.7 治疗	(103)
4.8 乳腺癌的特殊临床问题	(122)
4.9 诊疗手段的选择与评价	(131)
5. 支气管肺癌	(141)
5.1 概述	(142)
5.2 病理特点	(145)
5.3 临床特点	(149)
5.4 诊断要点	(150)
5.5 治疗肺癌的基本方法	(156)
5.6 诊疗手段的选择与评价	(189)
6. 胃癌	(198)
6.1 流行病学与病因	(198)
6.2 病理及分型	(199)
6.3 临床特点及诊断	(203)
6.4 临床病理分期	(205)
6.5 治疗	(208)
6.6 诊疗手段的选择与评价	(214)
7. 原发性肝癌	(219)

7.1	概述	(219)
7.2	临床特点	(223)
7.3	诊断	(226)
7.4	治疗	(229)
7.5	治疗手段的选择与评价	(239)
8.	胰腺癌	(245)
8.1	概述	(246)
8.2	临床特点	(248)
8.3	诊断	(252)
8.4	治疗	(256)
8.5	治疗手段的选择与评价	(267)
9.	结肠和直肠癌	(274)
9.1	概述	(275)
9.2	临床特点	(282)
9.3	诊断	(290)
9.4	治疗	(294)
9.5	诊疗手段的选择与评价	(298)
10.	恶性淋巴瘤	(304)
10.1	概述	(305)
10.2	病理学类型	(311)
10.3	临床表现与分期	(320)
10.4	诊断	(325)
10.5	治疗	(330)
10.6	诊疗手段的选择与评价	(345)
11.	外阴癌	(350)
11.1	概述	(350)

11.2	临床特点·····	(352)
11.3	诊断·····	(354)
11.4	治疗·····	(356)
11.5	诊疗手段的选择与评价·····	(362)
12.	子宫颈癌 ·····	(365)
12.1	概述·····	(366)
12.2	临床特点·····	(369)
12.3	诊断·····	(372)
12.4	治疗·····	(377)
12.5	诊疗手段的选择与评价·····	(388)
13.	子宫内膜癌 ·····	(391)
13.1	概述·····	(392)
13.2	临床特点·····	(396)
13.3	诊断·····	(399)
13.4	治疗·····	(400)
13.5	诊疗手段的选择与评价·····	(407)
14.	卵巢癌 ·····	(410)
14.1	概述·····	(411)
14.2	临床特点·····	(413)
14.3	诊断·····	(417)
14.4	治疗·····	(421)
14.5	诊疗手段的选择与评价·····	(438)

1. 鼻咽癌

● 应根据临床检查(间接鼻咽镜、纤维鼻咽镜)、鼻咽和口咽部的 CT/MRI, 以及胸片、颈部和腹部 B 超来进行临床分期。目前国内最常用的分期方法为“福州 92 分期”。

● 首选治疗方法是放疗。I、II 期患者放疗的 5 年生存率可达 60%~90%; III、IV 期患者宜采用化疗和放疗的综合治疗, 可提高局控率和无病生存率, 但不能改善总生存率。

● 腔内放疗可作为外照射后腔内有残留病灶的补充放疗。

● 适形放疗可减少正常组织的损伤, 但能否提高疗效有待于进一步研究。

● 腔内热疗与外照射相结合治疗鼻咽癌仍处于探索阶段。

鼻咽癌(nasopharyngeal carcinoma)是我国南方地区最常见的恶性肿瘤之一。由于鼻咽部的特殊解剖学部位, 使得其发病初期症状易被患者忽视, 临床检查不易被发现而产生误诊。因鼻咽部较隐蔽, 不可能施行需适当边界的治愈性手术, 而鼻咽癌的大部分病理类型对放射线敏感, 因此, 放射治疗成为其首选的治疗方法。

1.1 概 述

1.1.1 病因

鼻咽癌的确切病因尚未明了,但从遗传因素、病毒感染、生活环境、癌基因等方面可找到一些线索。

(1) 遗传因素 至目前为止尚不能证明鼻咽癌是一种血缘性遗传性疾病,但该病存在明显的家族易感性,有 10% 的患者有家族肿瘤病史。有研究表明,在鼻咽癌患者中,人类白细胞抗原(HLA)、姊妹染色单体交换率(SCE)、染色体脆性部位(FRA)、染色体畸变(CA)、染色体核仁形成区(NOR)等细胞遗传学指标均高于健康人。

(2) 病毒感染 20 世纪 60 年代起,就有人在鼻咽癌患者中测出 EB 病毒抗体。其中 IgA 抗体,尤其是 VCA-IgA(壳抗原抗体)高度特异,其水平与病情发展和预后有关。而 EA-IgA(早期抗原抗体)虽也有较高的特异性,但敏感性较差。

(3) 生活环境 鼻咽癌患者中有部分病人可表现为同一地区性发病。这可能与病人所处的生活环境中的某些微量元素,如镍(Ni)的含量过高,以及一些化学物品如食物中亚硝胺的含量过高(腌制品中含量较高),以及与进食高含盐食物等有关。

(4) 癌基因 有研究表明,鼻咽癌细胞有癌基因 ras 的表达,以及肿瘤抑制基因的丢失。

1.1.2 流行特点

鼻咽癌发病有明显的地区性、种族性和家族性。主要发生在中国南方、东南亚、Alsaka 和绿岛、北非和地中海盆地。在欧美国家其发病率在 1/10 万以下,而在我国南方各省可高达 10/10 万~50/10 万(主要在广东、广西、湖南、福建、江西和浙江六省)。有肿瘤家族史的鼻咽癌患者中半数为鼻咽癌史。

1.1.3 危险因素

目前认为鼻咽癌发病的主要危险因素为:具有鼻咽癌家族史,EB 病毒的感染,有易感基因的存在,以及喜食高含盐及腌制食物。一般认为与烟、酒关系不大。

1.1.4 病理特点

世界卫生组织(WHO)1978 年提出鼻咽癌可分为角化性鳞状细胞癌、非角化性癌和未分化癌 3 型。国内以往使用《鼻咽癌诊治规范》(1991 年)的分类方法,即分为原位癌、微小浸润癌、鳞状细胞癌(高分化鳞状细胞癌、中分化鳞状细胞癌、低分化鳞状细胞癌)、泡状核细胞癌、未分化癌和腺癌(高分化腺癌、中分化腺癌、低分化腺癌)。为了使国内的病理分类与国际接轨,在 2000 年的全国病理会议上提出了新的分类方法,并在国内推荐使用。具体分 4 类:

(1) 角化性鳞癌 约占 10%,根据其分化程度,又可分

为高分化、中分化、低分化 3 类。该类型无流行病学意义,大部分患者无 EB 病毒感染。

(2) 非角化性癌 占多数,约为 70%~80%。此型主要发生在高发区,与 EB 病毒感染有关。可再分为:①分化型;②未分化型(或鼻咽型):占非角化性癌的 60%~70%,包括泡状核细胞癌(大多数)和小细胞型癌(5%)。其中泡状核细胞癌发展快,易下行性淋巴道及血道转移,但对放射治疗敏感,治疗及时预后较好;③混合型:约占 20%,可以是角化性与非角化性细胞的混合,也可以是分化型与未分化型的混合。

(3) 腺癌 包括普通型(高、中、低分化的乳头状或多形性细胞)及涎腺型(小唾液腺来源,鼻咽侧壁来源)。

(4) 原位癌 此型多报告为黏膜慢性炎伴鳞状上皮不典型增生,又可分为鳞状细胞型和柱状细胞型(可为移行细胞癌),此型还包括微小浸润癌。

临床上腺癌和原位癌较少见。

1.2 临床特点

1.2.1 分期

目前,国际上尚无统一的鼻咽癌临床分期。香港、东南亚多采用何氏分期,国际上有美国的 AJCC 分期和欧洲的 UICC 分期。国内在推广应用的主要是中山医科大学肿瘤医院提出的“92 分期”。

(1) 何氏分期

原发肿瘤

- T₁ 肿瘤局限在鼻咽部；
- T₂ 肿瘤侵犯鼻腔或口咽或颅底骨；
- T₃ 侵犯骨、颅神经、或眼眶、下咽或颞叶。

(2) AJCC 分期(美国癌症联合会)

原发肿瘤

- T₁ 肿瘤累及鼻咽部的一个壁；
- T₂ 肿瘤累及鼻咽部一个壁以上；
- T₃ 肿瘤侵犯鼻腔或口咽；
- T₄ 肿瘤侵犯颅底、颅神经，或两者皆有。

颈淋巴结

- N₀ 无肿大淋巴结；
- N₁ 单侧单个淋巴结肿大，最大径 ≤ 3 cm；
- N_{2a} 单侧单个淋巴结肿大，最大径 > 3 cm，但 ≤ 6 cm；
- N_{2b} 单侧多个淋巴结肿大，最大径 ≤ 6 cm；
- N_{2c} 双侧或对侧淋巴结肿大，最大径 ≤ 6 cm；
- N₃ 淋巴结最大径 > 6 cm。

远处转移

- M₀ 无远处转移；
- M₁ 有远处转移。

(3) UICC 分期(1997 年)

原发肿瘤

- T₁ 肿瘤局限于鼻咽腔内；
- T₂ 肿瘤侵犯口咽软组织或鼻腔；
 - T_{2a} 未侵犯咽旁；
 - T_{2b} 侵犯咽旁；

T₃ 肿瘤侵犯骨结构和/或鼻旁窦；

T₄ 肿瘤侵犯颅内和/或颅神经、颞下窝、下咽或眼眶。

颈淋巴结

N₀ 无颈部淋巴结肿大；

N₁ 单侧淋巴结肿大，最大径 ≤ 6 cm，位于锁骨上窝；

N₂ 双侧淋巴结肿大，最大径 ≤ 6 cm，位于锁骨上窝；

N_{3a} 淋巴结肿大，最大径 > 6 cm；

N_{3b} 锁骨上窝淋巴结肿大。

远处转移

M₀ 无远处转移；

M₁ 有远处转移。

分期

I 期 T₁N₀M₀

II_a 期 T_{2a}N₀M₀

II_b 期 T₁N₁M₀；T_{2a}N₁M₀；T_{2b}N_{0~1}M₀

III 期 T₁N₂M₀；T₂N₂M₀；T₃N_{0~2}M₀

IV_a 期 T₄N_{0~2}M₀

IV_b 期 任何 T，N₃M₀

IV_c 期 任何 T，任何 N，M₁

(4) “92 分期”

原发灶肿瘤

T₁ 病变局限于鼻咽腔内；

T₂ 病变侵犯鼻腔、口咽、咽旁间隙 SO 线(为茎突至枕骨大孔中线后缘的连线)以前；

T₃ 病变侵犯咽旁间隙 SO 线以后、颅底、翼腭窝、单一前组或后组颅神经损害；

T₄ 前后组颅神经同时受损、鼻旁窦、海绵窦、眼眶、颞下窝受侵。

颈部淋巴结

N₀ 未扪及肿大淋巴结；

N₁ 上颈(上下颈部的分界线为环状软骨下缘)淋巴结直径<4 cm,活动；

N₂ 下颈淋巴结肿大,或直径4~7 cm；

N₃ 锁骨上区淋巴结肿大,或直径>7 cm。

远处转移

M₀ 无远处转移；

M₁ 有远处转移。

分期

I 期 T₁N₀M₀

II 期 T₂N_{0~1}M₀；T_{1~2}N₁M₀

III 期 T₃N_{0~2}M₀；T_{1~3}N₂M₀

IV_a 期 T₄N_{0~3}M₀；T_{1~4}N₃M₀

IV_b 期 任何 T,任何 N,M₁

1.2.2 临床表现

(1) 鼻咽部原发灶症状 回缩涕带血,尤以晨起时明显,部分病人可有鼻衄;病灶堵塞后鼻孔可出现鼻塞;如已侵犯鼻咽侧壁和咽隐窝则可出现一侧耳鸣、听力下降;颅底骨破坏者可有一侧或两侧头痛。

(2) 颅神经症状 病灶由鼻咽部向上侵犯,浸润至岩骨尖、圆孔、卵圆孔、海绵窦,可引起动眼神经、滑车神经、三叉神

经、外展神经等前组颅神经损伤,表现为眼球活动受限、上睑下垂、瞳孔散大、面部麻木、张口下颌偏斜、复视等。病灶向外侧浸润,可累及茎突前、后区,使舌咽神经、迷走神经、副神经和舌下神经等后组颅神经受损,出现吞咽反呛、患侧软腭下塌、声嘶、伸舌向患侧偏斜、患侧舌肌萎缩等症状。

(3) 颈部淋巴结转移 80%的病人可有颈部肿块,一般颈深上组淋巴结首先受累,病程进一步发展可累及中、下颈。肿块初期往往易被忽视,活动性好,无压痛,以后可逐渐增大,呈多发,融合成团、固定,继续发展可出现肿块皮肤破溃。

(4) 远处转移 放疗后约 20%~30%的病人可出现远处转移,部分病人在就诊时已有转移。骨转移表现为相应转移部位的疼痛,X线片、CT或骨ECT可发现病灶。肺转移则可有咳嗽、咯血、胸痛等,胸片、胸部CT可见有散在多发结节。肝转移则可出现肝区疼痛、腹胀、黄疸,B超或腹部CT可见肝内占位病灶。

1.3 诊 断

1.3.1 影像学诊断

随着CT、MRI的普及,目前已很少再使用普通X线摄鼻咽部侧位片、颅底片和鼻咽钡胶浆造影。

(1) CT 一般要求扫描平面与听眦线(OM线)一致,自上而下包括海绵窦至口咽部。如病灶超出该范围,则需相应扩大扫描范围,直至包括全部病灶。增强扫描可清楚显示海绵窦

或颈动脉鞘区有侵犯者。主要表现为鼻咽壁增厚或肿块向腔内突出,咽隐窝变浅、消失;向鼻咽腔外发展,则可表现为咽旁间隙变窄、消失,还可侵犯翼腭窝、颞下窝及相邻的鼻旁窦;向下发展可见咽侧壁增厚。侵犯颅底骨质可见翼内、外板和翼突根部骨质硬化或缺如,颅底卵圆孔、棘孔、破裂孔、颈静脉孔和舌下神经孔扩大、骨质缺损,严重者可有蝶骨基底部、斜坡及颈椎椎体骨质破坏。肿瘤继续向上可侵犯海绵窦,甚至大脑颞叶。

(2) MRI 扫描范围同CT,但MRI可做横断、矢状及冠状位扫描。肿瘤在 T_1 加权像呈中、低信号, T_2 加权像为高信号,注射造影剂后可见病灶实质部分强化。颅底骨质受累,表现为正常高信号的骨髓脂肪在 T_1 加权像为中、低信号的肿瘤所取代。咽旁侵犯表现为咽旁间隙正常高信号的脂肪变窄、消失,低信号的肌肉为较高信号的肿瘤取代。病灶浸润的深度比肿瘤大小对判断预后更有价值。

1.3.2 病理组织学诊断

鼻咽癌的诊断必须依靠组织细胞学。有鼻咽部新生物者必须取新生物活检,具体病理类型见前述。已取得鼻咽部病理者,一般不需再行颈部淋巴结活检。如鼻咽部活检无法获取,则应做颈部淋巴结活检,以明确病理诊断。只有获得明确病理诊断后方可开始治疗。