

P77
MGA

癌症防治手册

美国癌症协会 编
丁 生 等编译



A0048415

上海科学普及出版社

内 容 提 要

这是美国癌症协会最新一版的肿瘤防治专著，由几十位美国当代知名的肿瘤专家分别撰写。其内容是到目前为止肿瘤实验研究和临床实践方面所取得的最新成果。全书文字通俗易懂，内容深入浅出，其中有些章节内容新颖，国内尚属少见。特别适合于医学生、基层医务人员、非肿瘤专业的临床医生和一切关心肿瘤防治事业的人士阅读。

美国癌症协会 编 癌症防治手册 (第七版)

主 编	丁 生		
审 校	吴传恩	屠基陶	
编 译	邓 杰	叶传扬	陈 迪
	陈 凯	金 凡	周咸亮
	周俊凝	徐耀昌	蔡月娥

(按姓氏笔划为序)

责任编辑 钟海谷

前 言

如果没有爱心与奉献，医学本身确实是冷酷无情和令人厌恶的；关心癌症病人的全部奥秘就在于爱。这是本书中的一位作者发自肺腑之言。我想，我们所有以医疗为职业，尤其是选择了肿瘤为自己终身事业的同道，无不怀有同感。编者在这里特别向读者推荐“关心癌症病人”一文，相信任何人读后都会有所获益。

《癌症防治手册》是一本以专门讨论癌症病人管理为基本内容的著作，它是美国癌症协会马萨诸塞州分会约请几十位美国当代知名肿瘤专家所编写的一本新著，其内容均为各位作者的最新研究成果和实践经验总结。读者从目录中就会发现，本书有不少章节是我国肿瘤界目前尚未涉及或未及深入讨论的课题。

作为科普读物，本书的主要服务对象是医学生、第一线的医务工作者和非肿瘤专业的临床医生，但从其通俗易懂的内容和最新进展的信息来看，本书既适于大众阅读，又可供肿瘤专业工作者参考。

由于编译时间仓促和编译者水平所限，书中难免有谬误之处，敬请读者指正。

上海市杨浦区肿瘤防治院院长 丁 生

1991年3月

原 著 前 言

防癌战线上的全体医务人员都会由衷地感谢《癌症防治手册》第7版的作者们，他们奉献了一本极有价值的防癌工具书，他们用时间和心血，终于汇成了精美的一册，它概括了到目前为止癌症管理方面的最新进展，提供了大量信息和前景展望。手册主要为医学生、实习医生、护士、家庭医生、希望了解自己专业以外知识的肿瘤专家以及所有对癌症病人负有关心责任的人而编写的。

对癌症管理人员、慈善自愿者和美国癌症协会的志愿工作者来说，这是一本很有参考价值的书，它能让人更好地理解由宣传媒介传播的癌症消息。本书编写的风格和语言统一，它能为关心自己健康的人读懂，也可供专业人员作参考。手册包括癌症诊断和处理上的新变化，在经过修订的章节中，详细讨论了当代癌症管理的情况——精神和心理问题、性生活、营养、癌症病人收容的概念，以及护士和社会工作者的作用。作者们注意到所有癌症照顾队伍的作用，这就增加了这本手册的作用和价值。

外科、放疗、化疗、激素制剂和免疫制剂，在各篇章中都有详述。而最重要的是，它提出了要用注重实际的方法对待每个具体的癌症病人。作者们写到了一些尚在建立中但很有希望的处理方法，以保持这本手册的先导作用。手册是多年来癌症管理工作的总结。

美国癌症协会全国办事处感谢马萨诸塞州和它的自愿作者们出版了一本极有用处的书。

美国癌症协会医学部副主席 Arthur I. Holleb

原著绪言

美国癌症协会马萨诸塞州分会的第7版《癌症防治手册》，总结了当代癌症管理的知识和经验，它是为基层医生、社区管理人员、医学生、护士、社会工作者和献身于公众事业的人们而写的。虽然在这里全面地概述了常见肿瘤的最新知识和基本的治疗方法，但在具体的实践中，还应根据每位癌症病人的具体特点而作适当的调整、修正和变更，这是因为病人的病情、社会背景、个人选择或病人和癌症的其他特殊情况所要求的。因此，在这本手册中，介绍的是关心病人的一般指导原则，而不是对具体病人的处理，因为那需要具体对待。书中强调多学科合作处理癌症，明智和有选择地将手术切除、放射治疗和药物治疗结合起来使用，是当代最好的治愈癌症的方法。近年来，对不能治愈的癌症的姑息处理也发展很快，目前，广泛地应用手术切除、放射治疗、多药物联合化疗、激素治疗等，已极大地改变了病人的生存期和生存质量，特别的技术和药物，对缓解疼痛和特殊症状，也有明显的作用。

癌症管理领域继续吸引群众和专业人员的注意，因为新技术、新知识源源不断地从实验研究和临床实践中涌现出来。遗传工程方面的迅速发展，提供了巨大的机会来创立专门的诊断试验，甚至用于治疗，这有可能在未来的年代中，使癌症管理发生戏剧性改变。生物调节剂的实验研究和临床试用正在广泛地进行，但关于它们作用的最后结论尚未作出。由于重组核糖核酸的技术，从而使这些生物调节剂产量增加，价格有可能下降。

人类癌症流行病学调查越来越受到重视，因为它与环境污染和工业接触有关。在固定的人群、移民、低危险社团（七日

会)、高危险人群(肥胖者、吸烟者或特殊工种的工人)中的全面研究已取得进展,饮食、环境与癌症之间关系的研究不断取得新成就。

美国癌症协会的癌症预防研究,一直是一项极有价值的大规模人群的纵向调查,它已被用来记述各种人群、个人习惯患癌的危险性,以及许多疾病,特别是癌症的特征。

尽管社会舆论广泛地传说“癌流行”,但事实是,除吸烟和日光暴露与癌症相关外,在美国,经年龄调整后,各种癌的死亡数仍然是相对稳定或者正在降低。

的确,许多癌肿从多模式治疗中取得了明显的改善。何杰金氏病、非何杰金氏淋巴瘤、儿童白血病、睾丸癌、儿童的骨和软组织肉瘤,在过去10年中,在治愈率方面,都显示出令人瞩目的改善。此外,由于群众和专业人员的教育运动,子宫颈癌和恶性黑色素瘤也取得了具体的进展。美国自1930年以来,胃癌的死亡率明显下降,在40年代,胃癌曾是男性和女性癌症死亡的主要原因。子宫癌,主要是子宫颈癌,死亡率下降也很显著。几种主要的癌,如女性乳腺癌、男性前列腺癌、男女结直肠癌,尽管有许多新的发现技术,但经年龄调整后,死亡率不变。最近,由于结肠镜和乳房摄片的原因,乳腺癌和结肠癌的情况在改善,但还未影响到治愈率,不过,可望在今后10年中发生影响。肺癌的死亡率,无论男性还是女性都在上升,在1985年,女性肺癌死亡数已超过原为第一死因的乳腺癌。女性肺癌在1970~1980年的死亡情况,极其类似于男性肺癌1940~1950年间的死亡情况。女性肺癌死亡率30年后增加的情况,强调说明了几个事实:第一,不是一般的环境造成肺癌的死亡率增加,因为在人群中,男女接触的是相同的环境。第二,20年后,男女烟草的消费发生了变化,第一次世界大战后,男性是严重吸烟者,而第二次世界大战后,女性是严重吸烟者。令人吃惊的事实是,现在美国癌症死亡率的30%与烟草有关。最新报告再次强调,有

压倒一切的证据说明吸烟与这个令人休克的、可以避免的、自我折磨的癌症有关。很早就有材料指出，与吸烟者在一起生活或工作，对不吸烟者的健康有害，也许肺癌会增加。人们还不知道，不燃烧的烟草也是致癌原，长期咀嚼烟草者易患口腔癌。最近，使用无烟的烟草的人急剧增加，特别是青少年，这预示口腔癌会增加，而这是人们完全没有预料到的，因为一般人认为，只有燃烧的烟草对健康有害。要提高公众的认识，加强抗烟运动。同时要限制个人习惯，如饮酒，不能无限制地饮酒，特别是在工作时不能喝酒，那不仅影响工作，也搞乱社会秩序。最后，在工作场所应禁止吸烟，吸烟影响工作效率、会引起火灾，同时也因增加通风设备、增加保险而增加了开支。在我们这个电子时代中有一种奇怪现象，即电子计算机需要无烟的环境，因为在空气中哪怕有最微小的粒子也会损害其功能，但是，人却没有受到同样的保护。今天，我们对计算机的环境比对操作计算机的人的健康更关心！工作场所吸烟，明显地增加开支已为人们承认，有报告说，如果在工作场所禁烟，每年每个工人可省去 4000 美元的损失。工人们也认识到吸烟带来的经济和健康上的损失，他们也越来越多地参加到抗烟运动中来。

如果跟烟草有关的疾病被消灭，将减少 10% 的健康经费，这就是说，我们今天是付出了巨大的罚款来对付我们时代最致命的个人习惯。

在劝阻吸烟这方面，卫生保健人员有许多义务。他们应该是榜样，不仅对病人，而且对公众，特别是儿童。他们应该争取在社团和政府中，通过条约或立法的形式来限制人们吸烟。他们应像警察一样，出现在医院、学校、机关、社团、企业和商业环境中，执行禁止吸烟的任务。他们应劝告他们的病人放弃吸烟，介绍戒烟的方法，宣传禁烟对健康的好处。

由于美国医疗费用迅速地成为新的经济预算中的首项支出，在强调经济效益的时代，人们希望不要花大量的钱在治疗上，更

重要的是应强调预防，通过公众教育、早期发现和健康的生活方式，从而避开已知的癌症危险因素。这需要许多方面的努力，才能达到这个目标。在电视上作简短的健康广告、公共服务教育通讯，在新闻媒介中插入健康信息，能起很好的作用，应该提倡。政府的税收政策（对烟草生产和销售）、改变管理标准（牛肉按脂肪含量分级和公开质量标准）、立法（惩罚驾驶时喝酒）、公民行动（吸烟规定）和公众对健康的响应（改变饮食习惯），这些都是改善美国人健康的方法，尤其是对癌症的管理。

关心癌症病人

J.Englebert Dunphy

一位学者曾说过这样一句话：“关心病人的全部奥秘在于对病人的爱护”。的确，我们都知道，如果没有爱的参与，医学本身是冷酷而又令人讨厌的。我们讲的关心就是“爱护”，就是把全人类友善地连结在一起的爱。

现在我要说一下自古以来人们在谈到癌症病人时的情况。我不想责怪任何人，而我的意思是很清楚的。我们必须开诚布公和经常不断地讨论这样的事实：由于少数医生的错误行为，使多数医生给人这样的印象——不管在疾病的早期还是晚期，从诊断到治疗，无论疾病是控制还是复发，以及病人在痛苦和死亡的过程中，医生都不知道关心病人的重要性。而且，医生还面临对临终期癌症和其他垂死病人照顾时的严重误解。因此出现了这样的矛盾情况：一些病人要求安乐死，而另一些病人则抱怨说他们被忽视和被谋杀。

现在我来谈一下自己认识癌症的经历。起初，我认为癌症是一种不断发展的疾病，从一个单一的病灶开始，按一个固定的速度不断生长，到了一定的大小时，它就转移到区域淋巴结，最后扩散到全身。解决的方法很简单，早期诊断，根治性手术切除，保证治愈。如果治愈不可能，那就是病人或医生的过错，医生的错误在于延误诊断。最不好的观点是关于外科医生在癌症治疗中的作用，似乎他们仅能做“治愈”性的工作。一旦病变发展超过了局部的范围，外科医生的任务就结束了。我无法告诉你们，我听到过多少次，甚至我自己也说过这样的话：“我很抱歉，对您，我

实在无能为力了。”对外科医生来说，他们的选择是很简单的——要么赢球，要么就不参赛，永远没有失败的时刻。

1946年，我在第二次世界大战中参战四年后从海外归来，被邀请参与对一个修道院办的收容所里病案记录的回顾。这里收留的都是些不治之症，特别是癌症病人。事实上，如果我的记忆不错的话，病人入院时把他们的一切财物都交给了修女们，希望能得到她们的照顾。由于缺乏医疗管理，收容所几乎办不下去了，一些刚从战场上回来的年轻内外科医生，包括我在内，来到这里，整理病史记录，帮助建立病人能接受的医疗护理标准。

这是一段难忘的经历。收容所充满了欢乐，简直就是一个非常幸福的地方。忠诚奉献的修女们提供了非凡的护理照顾，使大多数病人安详地走完了临终前的一段路程。从整理这里的记录中，我们很快就发现，许多病人原先被认为是必死无疑的，可他们却仍然还活着，而且活得很好。

我曾见到这样一个病例，她被确诊为子宫癌，12年前从哈佛大学医院出院，因为手术与放疗均无效。当时病人奄奄一息，阴道大量出血，严重贫血和恶病质。的确，有人已作了记录，她将在1—2天内死去。很明显，对这位病人的诊断、治疗和预后估计都没有错，她濒临死亡已数日、数周。然而，在经历了一个缓慢的、逐渐的过程之后，最后竟完全恢复了。在我检查她的时候，她的健康情况极好。虽然盆腔放疗后严重的损伤仍然存在，阴道明显萎缩，但没有任何癌症的征象。病人作为护士的助手，全日工作，充满了幸福与欢乐。因为没有亲人，收容所已成了她的家。

在我几十年的医生生涯中，无数的经验和事例说明，我们无法预料癌症病人的病程和结果。那种“他将在6个月内死去”、“我说他只能活一年”之类的话，对医生来说是不可原谅的言论。因为如此准确的预后，是绝对没有根据的。病人可以活3个月、6个月、6年或更长，我们都不应该评论。含糊其词的预后

估计，可以给病人和家属一线希望，尽管希望很小。

请别对我产生误解，我不提倡虚假的乐观。我只想强调，病程和终结只能由一天一天的观察来决定。不管情况多么严峻，希望总是存在的。的确，我们的失误往往是由于没有向病人和家属强调，癌症扩散的过程是变化不定的。

现在让我来详细地谈谈关心病人的问题。对于那些有经验的人来说，我也没有什么新的内容，但对新手和不经常处理这些问题的人重提仍有好处。医生与病人的第一次会面是非常关键的。癌症病人的情况一般都比较严重，这是因为他们可能以前已做过检查，试验诊断已作出。在这种情况下，必须依靠商量的方法，对病人的处境给予同情和关心。病人的感情是很脆弱的，他可能想到最坏的地方。恐惧与不安，他需要医生不要把他当作癌症病人来对待。他希望有人对他同情与理解，而这些只有医务工作者能做到。一个无意的评论，一个匆促的检查，或一个粗鲁的举止，都可能影响病人的整个疾病。医生友善的行为对病人产生的影响，远远超过其他人的关心。这个事实说明，为什么江湖郎中有时能成功。

没有哪个医生能告诉另一个医生，在这一阶段如何关心和照顾病人。因为一切事物都不尽相同，医生与医生，病人与病人都不同。但是，有一点所有的医生都必须做到：听、理解和解释。有时在几分钟内即可作出解释，有时则需较多的时间。一时不能解释的，最好留待以后安排适当的时间再说。无论如何，在第一次会面后，病人必须有一个信任和希望的感觉。

迟早都必须将诊断告诉病人，也必须作出某些预后的估计。这里有两点要强调：第一，在讨论病情时，病人、配偶和有关家属都应到场。第二，正如我前面提到的那样，不作绝对的预后估计。关于第一点，如果告诉病人是一回事，而告诉其配偶或亲属的是另一回事，这样迟早会导致不信任感。一切焦虑、混乱和误解，都是由于医生不合时宜的讲话和不适当的方式方法所引起。

作为一个例子，我回想起一个男病人，他被告知患了癌症，而且不久于人世。因此，他要求医生对他妻子保密。多少年来，这对夫妇就梦想着乘船周游世界。很自然，病人提出立即实现他们的计划。但他的妻子并不知情，希望花几个月的时间作准备，制订详细的冒险计划。当然，预感死亡即将到来的丈夫，坚持他们越快动身越好。结果他们经历了一个非常不理想的旅行。每当什么事情不顺当时，妻子就训斥丈夫。丈夫想到自己即将死去，总是忍痛顺从。当他们回到家时，他终于告诉了妻子，自己为什么坚持这次仓促的旅行。妻子的反应非常明朗：“如果你早告诉我，我们只有一年的时间能在一起，那我们就会有一个无限幸福的时间，因为我们俩都知道和理解这一情况。”具有讽刺意味的是，正如经常发生的一样，他活了许多年，而且活得相当好。

第二点是有关预后的问题。在遇到比较好的病例时，容易使人过分乐观。但是，即使情况最差时，也应让病人定心。越是重要的人物就越要求知道准确的生存时间。我曾多次听到一些总经理们抱怨说，当我向他们解释预后估计，说“我真的不知道”时，总是使他们迷惑不解。在这种场合中，一个有用的方法是问病人希望活多久。令人惊异的是，在我们中间几乎没有谁真正知道自己能活多长。事实上，在当今世界上，经济问题、自然灾害、中东危机和其他许多令人烦恼的事情，使我们中的许多人想知道一直活下去是否值得。

年纪较大的病人，通常表示希望能活到某一时刻，以便能处理某件特别的事件，比如孙辈们大学毕业，儿女结婚，或很久之前安排的一次家庭团聚。一般来说，要求的时间不超过一年。我们都知道，如果医生告诉一位病人，他会在6个月内死亡，但结果并非如此，病人是决不会宽恕这位医生的。但是，如果你对预后估计过分乐观，那病人是理解的。所以在这种情况下，医生总是应该让病人安心。在许多情况下，我让病人一次次安下心来，从一件事到另一件事，从数月到数年。不要让病人总是生活

在死亡的阴影下，而应让他们勇敢和坚定地一天天活下去。

有时病人会提出一个特别的预后要求，因为他们必须参与某种重大的经济调整。在这种情况下，让病人离开办公室之前，我首先提出紧急的法律咨询，因为病人在回家的路上发生意外的死亡危险要比因癌症而面临的死亡危险大得多。

最好的办法是留有充分的余地，让病人有一个明确的希望，使他们能掌握自己疾病的处理。告诉病人有时会意想不到地发生肿瘤静止和消退。我自己的经验告诉我，有30~40%的病例会发生主观的或客观的静止或消退。的确，这种自然改善，就是为什么说对照试验是评估新的治疗模式的最好方法。

详细的治疗方法不属于我今天所要讲的范围之内，但是我要强调，负责照顾癌症病人的医生，必须对这个疾病的变化和不可预测性有一个扎实的病理生理基础知识。治疗的内容和细节，复发的处理，确切地说，对病人的一切照顾，全依赖于医生丰富的知识，这不仅是对某个特别的癌症，而且包括一切特别的病人。因为没有一成不变的治疗模式，所以不应墨守陈规。如果我们不是针对每个病人的需要而提供治疗计划，那就会随之发生各种程度的不足、失误和不适当的处理。

接待和处理癌症病人的医务工作者，必须知道一切新的进展。我们正处在一个飞跃发展的时代，每天都有一些新的变化，尽管它们还处在试验阶段。例如，我们应该知道放射、手术和化疗的联合，已产生了新的希望，特别是对骨和软组织肿瘤。化疗已取得了显著的进步。最近，又将射频加热用于治疗肿瘤，并已发现能使肿瘤缩小。卡介苗、转移因子和左旋咪唑都有其作用，但怎样适当地使用它们，仍需仔细评估。

令人痛苦的事实是，绝大多数病人极少永久性被治愈。一位学者说：“一旦得癌，不管你活多久，终将死于癌症。”很清楚，没有“五年治愈率”。我本身就曾亲眼看到一位经过成功的治疗，30年后复发的病人。当然，这些后期复发的病人都有极好的自

然抵抗力，依靠免疫或其他机制控制了疾病。

在这样残酷无情的事实面前，医务工作者能做些什么呢？我要再次强调，在这种情况下，如果他们中有任何人认为“无事可做”而从照顾病人的岗位上退下来，那确实会造成悲剧。即使在明显无望的情况下，疾病仍有可能静止或好转，所以绝不能完全退却。而且，医务工作者总是希望与成功的化身，他们的退却就意味着不幸与灾难。最后一点，也是最重要的一点，这就是病人并不害怕死亡，而是害怕在他面临死亡的时刻被医生遗弃。关于这一点，我在下面还要比较详细地谈到。在这里，我要简单地介绍一本描写癌症病人的书——《死亡与临终》。书中的女主人谈到她是怎样与“垂死的男人生活在一起”的故事。她的丈夫得了不能切除的胰腺癌，医生是有技术的，但却很不热心。即使他所说的一切都对，但却没有任何同情与理解。病人被送回家，他的家庭医生也说无能为力，而且一次也不来看他。有一次，病人精神错乱，极度恐惧与疼痛。绝望中，病人的妻子在半夜里叫来了一位根本不懂医护知识的邻居。然而，他敏捷的反应、耐心的询问、令人宽慰的建议和温柔的体检，给病人带来了戏剧性的缓解。确实，病人对他的妻子说：“自从我离开医院，医生来看我还是第一次。”

对临终期病人的关心与照顾应从医院开始。但是，我们常常碰到这样的情况：医生带领一些人，从一张病床走到另一张病床，从一个病室走向另一病室，最后到达晚期病房。然后是医生与护士的窃窃低语：病人好像睡着了，最好别去打扰他。这也许能减轻或抑制医生的内疚感，于是医务人员的队伍悄悄地离去了。这是一个多么可悲的错误。病人想的是医务人员看看他，检查和谈话。医生不应在病人面前长时间地讨论，他的随员也不应都拥到病房内。对病人而言，同情的询问比给予过量的麻醉剂要有益得多。我们询问病人的疼痛之处，听听他的胸部，作一次细致的检查，然后对处理的变更提出建议。注意细微环节，如病人

的饮食、饮料、大便、病床的位置，以及室内空气等，这些都会鼓舞病人的情绪。医生要多接触病人，握握手、搭搭脉、温柔地抚摸疼痛部位。

当病人被送回家或送进护理所后，应得到同样的关心与照顾。一位有相当资格而且熟悉病人情况的医生，应定期看望病人。如有可能，最初给予治疗的手术医生和化疗医生也应访视病人。这种访问也许没有什么医疗价值，但却可给病人带来无法估计的好处。有时会因此使疾病的自然过程暂时缓解或稳定下来。有益的影响可以持续数日、数周，甚至数月。

关于止痛剂的使用，我只想简单说一下。在使用吗啡和杜冷丁之前，可用阿司匹林及其代用品、巴比妥类药、可待因、小量考的松，有时可饮些酒，这能维持很长时间。轮番小剂量联合使用，常能减少药的用量。用海洛因止痛也很有效，而且不引起神志模糊。

作为人生的终结，没有什么比尊严地死去更重要的了，当然，这绝不是指安乐死。安乐死在词典里的解释是“仁慈性处死”，但更准确的应称它为“医疗性谋杀”。这不是尊严的死亡，恰恰相反，它不仅违背了西方宗教的伦理学，也与许多东方和大多数古老宗教的教规格格不入。安乐死是以黑格尔的哲学为其理论依据的，它认为：什么是有用的，什么就有权存在。安乐死，就是说病人已成了家庭和社会的负担，他无权生存，他应被杀死。这种哲学促使希特勒和纳粹在第二次世界大战中大规模杀人。如果“什么是有用的，什么就是好的”这种哲学能成立，那人就可以为所欲为了。我们必须非常清楚地理解和认识，在主动促使死亡(安乐死)和停止对病人毫无帮助的治疗之间的严格界限。我愿意重复地说，没有必要去复活濒死的病人。不应给一位毫无希望的肺癌病人强迫插鼻饲管和用抗菌素来延长他的痛苦。给一位垂死的病人再作放疗、反复输血，以及给予有毒和恶心的化疗，这既不科学，也不人道。

我们不必为无法治疗的垂死病人少受几天折磨而感到有罪。当然，也不能允许由一个委员会或法院来作出没有尊严的死亡决定。医生应承担作出病人是否继续或停止无理医疗的决定，但必须取得病人和家属完全信任和理解。在此之前，必须作出一切严格的医学判断，请求会诊，如还存在什么处理上的疑问，应到专门的中心去咨询。只要病人还有一线希望，治疗就应继续。

对重危病人的医护照顾，并不由于停止特殊的治疗而终结。精心的护理，用麻醉剂来止痛，有时用静脉输液保持粘膜湿润，这些并不延长生命，但能让病人舒服和尊严地死去。这是一种简洁而适当、温柔而充满爱的临终医护关怀。这与主动地去毁掉病人，或用积极的方法使病人在极端的痛苦中拖延几小时、几天或几周是完全不同的。我们认为，在针对疾病的各种治疗结束后，对症处理不能停止。医务工作者的关心，有时要超过临终和死亡的处理而扩大到家属。我们把临终和死亡当做全部生命和为生命而斗争的一个部分。

实际上，死亡是生命自然进程一个部分的想法，并不是什么新概念。我敢肯定，多数人都知道这一点，只是我们没有谈论它。对死亡异常的恐惧，很可能是由于有些医生不遗余力地去拖延病人的生命而引起。存在主义者将死亡看成最可怕的事，而多数宗教则认为，死亡是新的或不同形式的生命的开始。

远古的人对死亡是很现实的。书上记载说：一对年老的达赫坦夫妇，选择了他们死亡的日期，把家人都集中到一起来庆祝，然后静静地离去，到一个与人隔绝的小屋里去。早晨起来，人们发现他们安详地离开了人世。

总之，死亡就像诞生一样自然。不管人们的信仰有什么不同，死亡总是一样到来。在适当的环境下，垂死的忧虑和恐惧可以减少到最低限度。医务工作者能做些什么呢？他奉献了全部精神、实际工作和爱，让病人在最少的痛苦中离去。

(徐耀昌译 丁 生校)

目 录

第一章	癌症的预防和早发现	1
第二章	癌症的活检、病理和分期	23
第三章	癌症生物学	31
第四章	癌症处理的原则	42
第五章	胃癌	78
第六章	肺癌	86
第七章	肝癌	96
第八章	乳腺癌	105
第九章	结直肠癌	121
第十章	食管癌	131
第十一章	妇女生殖道癌	137
第十二章	胰腺和胆道系统癌	156
第十三章	头部癌	165
第十四章	甲状腺癌	173
第十五章	肾脏肿瘤	183
第十六章	前列腺癌	191
第十七章	膀胱癌	200
第十八章	睾丸癌	208
第十九章	骨和软组织肉瘤	217
第二十章	淋巴瘤	226
第二十一章	多发性骨髓瘤和浆细胞病	244
第二十二章	皮肤癌	253
第二十三章	恶性黑色素瘤	260
第二十四章	恶性血液病	275