

R730.5
ZYW

最新疗法丛书

癌症的最新疗法

张云五 宋柏林 江丽洁 编著

7/2880107



A0047500

长 春 出 版 社

内 容 提 要

本书是《最新疗法丛书》之一,由长期从事肿瘤科临床工作者撰写,着重介绍胃癌、结肠癌、直肠癌、原发性肝癌、乳腺癌、肺癌、食管癌、子宫颈癌、前列腺癌、阴茎癌、白血病等 22 种癌症的最新、最有效的疗法。

本书适合从事肿瘤科工作的医务人员及癌症患者阅读。

(吉) 新登字10号

癌症的最新疗法

张云五等 编著

责任编辑: 翟志强

封面设计: 王爱宗

长春出版社出版

新华书店北京发行所发行

(长春市建设街43号)

农安县印刷厂印刷

开本: 787 × 1092 1/32

1993年11月第1版

印张: 5.25

1993年11月第1次印刷

字数: 112 000

印数: 1 - 10 000 册

ISBN 7-80573-862-9/R·43

定价: 3.20 元

《最新疗法丛书》编委会

主 编

高燕华 王恩荣 郭长水 宋述博 宋柏林 张颜彤

副 主 编

韩 捷 马克仁 马鸿鸣 李春生 侯英山 华云学

编 委

(按姓氏笔划)

马克仁	马志有	马继波	马鸿鸣	从 戎	王 俊
王天壮	王正路	王恩荣	王集明	王新华	孔令奇
申光宪	付宝东	付维权	华云学	孙甲申	孙邦胜
孙学实	孙湘溶	刘 锋	刘安良	刘忠宝	师锦波
宋述博	宋柏林	李春生	李建国	李淑芳	李敏夫
李逢润	陈世远	陈 强	陈继先	陈德兴	苗永年
金光日	金松哲	张云五	张永太	张宝川	张朝民
张道良	张颜彤	杨述勋	杨庆丰	周士忠	孟兆华
胡安仁	赵庆祥	姜宁威	侯玉文	侯英山	郑英善
高燕华	韩 捷	韩玉芝	韩漫夫	倪勇培	康长福
黄宝仁	黄敬生	崔兴烈	崔寅午	崔景龙	郭长水
程玉书	程振远	董 斌	董玉杰	鲍长途	鞠延鸿

出版者的话

现代临床医学不断进步的突出标志，除了充分利用现代科学技术的诊断技术外，便是各种新的治疗手段、方法，以及层出不穷的新药的问世。诊断为治疗提供可靠的依据，而治疗则是疗疾祛病的最终目的。因此，从临床实用角度看，要想把握医学科学，尤其临床医学进展的脉搏，最根本的就是要把握住诊断和治疗疾病的方法，相对说来，治疗方法更为重要、实用。《最新疗法丛书》正是基于这种思考而设计组织、编辑出版的。这一编辑思想贯穿于从设计到组稿、编修、版式设计等图书出版的全过程。归纳起来主要体现在以下几方面：

1. 注重新知识

新与旧是相对的，医学知识的更新，单就某一层来讲应该说是比较快的，但其由点到面的推广、发展仍较缓慢。比如某种治疗方法，对某些国家和地区来讲是全新的，或较新的；而对某些国家和地区来讲可能是较陈旧的，或已被废止不用的。因此，本丛书既注重新知识的更新，又要照顾到更多的读者，特别是基层医务工作者和疾病患者。丛书中所收的“最新”治疗方法，既有国内、国际上公认，尚未普及的新方法、新药物，也有国内通行的常规方法、一般药物。对于某些有代表性的治疗新进展，附专题讲座予以介绍。但对

于理论上已被否定或临床实际工作中多数人已不赞同的方法，基本弃之不论。

2. 强调实用性

这是组稿过程中向编著者一再强调的内容之一。本着“实用”原则，本丛书在总体设计及编写中摒弃以往医学专业书籍编撰时严格按系统、按科别，讲究各系统疾病完整性介绍的做法。具体表现在：

从每种书的命名上看，首批 10 种，有按部位命名，如《食管胃肠病的最新疗法》、《心脑血管病的最新疗法》、《肝胆胰病的最新疗法》、《气管和肺病的最新疗法》、《肛肠病的最新疗法》；有以病症命名，如《不孕症的最新疗法》、《癌症的最新疗法》、《性病的最新疗法》、《性功能障碍的最新疗法》。有的与现行医院临床科室一致，如《脊柱四肢病的最新疗法》；有的则兼融内外科范畴。

每种书中所选病种，主要依其病种是否常见，治疗方法是否多样和有无新进展为标准，对于那些治疗方法单一，如先天性疾病多只有手术治疗一法的疾病，本丛书几乎都弃之未收。

3. 突出治疗法

对所收每种病症及症型，除简要介绍最新诊断标准外，着重介绍各种最新、最有效的治疗方法，包括药物治疗、物理疗法、手术疗法、偏方秘方疗法、自然疗法、针灸与推拿疗法、气功疗法、食疗法、超短波疗法、磁疗、水疗、家庭理疗、自我按摩、手足按摩、各种新型保健制品疗法等。

4. 力求大众化

尽管本书是以临床医生为主要读者对象而设计的，但同

时也考虑到一般读者的阅读接受能力。因此，在选材、行文等方面力求大众化，以方便更多的读者从这套丛书中寻求医疗服务信息。

作为出版者，当他策划出版的产品将要面市的时候，他所担心的和演员担心自己装扮的角色是否被观众接受，歌手的歌是否被听众接受一样。特别是设计、组织、编修出版这样一套与同类选题形式不大相同的书，效果怎样？心里实在没有底。这套书我们是打算继续出下去的，因此，诚望读者多提意见和建议，使之更臻完善。如果有兴趣，欢迎您提出可容纳到这套丛书中的新选题来，与我们共同合作。

目录

胃癌.....	(1)
结肠癌	(12)
直肠癌	(22)
原发性肝癌	(30)
乳腺癌	(46)
肺癌	(57)
食管癌	(67)
鼻咽癌	(75)
子宫颈癌	(82)
卵巢癌	(91)
脑胶质瘤	(97)
喉癌.....	(101)
甲状腺癌.....	(106)
胰腺癌.....	(111)
胆囊癌.....	(116)
肾癌.....	(119)
膀胱癌.....	(125)
前列腺癌.....	(132)
睾丸癌.....	(137)
阴茎癌.....	(140)

恶性淋巴瘤.....	(144)
白血病.....	(150)
急性白血病.....	(150)
慢性白血病.....	(153)

胃 癌

胃癌是我国常见的恶性肿瘤之一,在十大肿瘤中胃癌的死亡率居第一位。近年来,胃癌的发病率有上升趋势。癌瘤多发生于胃窦部(胃远端一个分区),其次为胃贲门部(胃近端一个分区)、胃体部(胃中间一个分区)。男性多于女性,男女之比大约2:1。虽然在任何年龄都可发生,但高发年龄组为40~65岁。

胃癌的淋巴道转移遵循着一定规律,现已公认,胃的区域淋巴结分为16组,即:①贲门右,②贲门左,③胃小弯,④胃大弯,⑤幽门上,⑥幽门下,⑦胃左动脉,⑧肝总动脉,⑨腹腔动脉,⑩脾门,⑪脾动脉,⑫肝十二指肠韧带,⑬胰十二指肠,⑭肠系膜根部,⑮结肠中动脉,⑯腹主动脉。不同部位的胃癌其转移的第一站、第二站、第三站淋巴结也不同。胃窦癌第一站淋巴结为③④⑤⑥组,第二站淋巴结为①⑦⑧⑨组,第三站淋巴结为②⑩⑪⑫⑬⑭组。胃体部癌第一站淋巴结为①③④⑤⑥组,第二站淋巴结为②⑦⑧⑨⑩⑪组,第三站淋巴结为⑫⑬⑭组。贲门癌第一站淋巴结为①②③④组,第二站淋巴结为⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪组,第三站淋巴结为⑫⑬⑭组。

早 期

指癌瘤只限于粘膜层或粘膜下层,无淋巴结转移或仅有癌旁淋巴结转移。

【诊断】

1. 症状:病人可无自觉症状,或仅有上腹部不适,隐痛,易被误诊为胃炎。

2. 体征:一般无阳性体征,或仅有上腹部压痛。

3. X线检查:普通钡剂造影检查法常易漏诊,采用低张状态气钡双重造影方法可提高检出率。早期胃癌的X线表现为粘膜中断,局部呈现小的充盈缺损或小龛影,胃蠕动良好。

4. 胃镜检查:仔细的胃镜检查对早期胃癌诊断具有十分重要的价值。可见粘膜不规则、凸凹不平,有大小不等、排列不整的颗粒,表面颜色发红或苍白,出血或糜烂。有的病变隆起呈息肉状或是凹陷形成小溃疡。通过胃镜可钳取活组织做病理检查。

5. B超检查:胃B超检查对早期胃癌意义不大。

6. 实验室检查:便潜血可能为阳性,其他检查可均正常。

【治疗】

●手术治疗

1. 对未出现淋巴结转移的早期胃癌,施行胃大部切除术,仅清除第一站淋巴结,即通常称为根治Ⅰ式(R_1)。术后可无需辅助化疗。

2. 对已出现第一站淋巴结转移的早期胃癌,施行胃次全切除术,不仅要切除第一站淋巴结,还要清扫第二站淋巴结,即通常称为根治Ⅰ式(R₂)。术后应采用辅助化疗,具体方案同中期。

●免疫治疗

早期胃癌术后无需辅助化疗的病人可单独使用免疫赋活剂,术后辅助化疗可与免疫治疗交替进行。因化疗药物多会引起病人机体免疫抑制,交替使用免疫赋活剂,可增强免疫细胞的生物学活性,从而提高病人的自身免疫功能,减少术后肿瘤复发。常用药物如下:

1. 胸腺素 5mg,每日1次肌注,4周为1个疗程。
2. 香菇多糖 1mg,每周2次静脉注射,4周为1个疗程。
3. 干扰素 300万单位,每日1次肌注,每周5次,共6周。
4. 转移因子 3万单位,每周3次皮下注射。
5. 溶链菌:0.2~1.0KE,每周2次肌注,共用7周。

●中药治疗

1. 采用扶正抑癌的方药,配合手术及化疗,对延长患者寿命,提高术后及放疗的存活率,收到了可喜效果。具体方药如下:党参 15g,黄芪 15g,白术 15g,茯苓 12g,甘草 5g,熟地、芡实、莲肉各 15g,黄精 12g,白毛藤、白花蛇舌草各 30g,三七 1.5g,大枣 6枚,沙参、羊肚各 10g,枸杞子 15g。术前、术后或化疗过程中均可服用。

2. 根据中医辨证论治理论将本病分成三型,分别采用不同的方药进行治疗。具体如下:

(1)脾胃虚寒痰瘀交阻:采用温中祛寒、消痰化瘀的治疗方法,方用附子理中汤合平胃散加味。

(2)肝脾不和气虚血瘀:采用疏肝和脾、益气化瘀的治法,方用黄芪建中汤合失笑散加味。

(3)脾胃阴虚、痰热瘀毒:采用滋阴清热、解毒化痰的治法,方用增液汤合二陈汤加味。

中 期

中期胃癌指癌瘤虽限于粘膜或粘膜下层,但已有第二站淋巴结转移;或癌瘤未浸出浆膜,已有第一站淋巴结转移;或浸及浆膜而无淋巴结转移;或未浸及浆膜但癌瘤范围已超过1/2分区又不到一个分区;或已浸出浆膜但淋巴结转移未超出第二站。

【诊断】

1. 症状:病人有食欲不振,上腹部钝痛。特别是过去的规律性疼痛突然改变,而且明显加重,可有反酸、嗝气,或覆黑色便。

2. 体征:可呈轻度贫血貌,消瘦,上腹部有明显压痛,有时可触及包块。

3. X线检查:钡剂造影粘膜有不同程度中断、杵状变、融合等,可见有充盈缺损,或明显的龛影,周边隆起形成环堤,胃壁较僵硬,蠕动不良。

4. 胃镜检查:可见肿物呈菜花样,灰白色,表面可有糜烂、污秽苔,组织脆易出血,周围粘膜有萎缩性改变。或可见较大溃疡,底部不规则,凹凸不平,污秽苔,易出血,边缘不规则,明显隆起。取病变边缘活组织做病理检查可确诊。

5. B超检查:可显示肿物部位的胃壁明显增厚,出现“假肾”症或“靶环”征。可见胃癌区域淋巴结肿大。

6. 实验室检查:血红蛋白可下降,血清总蛋白和白蛋白降低,癌胚抗原(CEA)可升高,便潜血持续阳性。

【治疗】

●手术治疗

施行胃次全切除术或全胃切除术,采用根治Ⅰ(R₂)式或根治Ⅲ式(R₃)手术,即:有第一站淋巴结转移,手术要清扫到第二站淋巴结,若有第二站淋巴结转移,手术则要清扫到第三站淋巴结。同时包括大网膜、横结肠系膜前叶,胰腺被膜等一并整块切除。

●化学药物治疗

1. 局部化疗

中期胃癌施行胃次全切除后,可在原发肿瘤部位的腹腔内放置硅胶管从腹壁引出,然后用5-氟脲嘧啶 250~500mg加生理盐水 50ml从硅胶管注入腹腔,每日1次,连续5日后隔日1次,共用10次。

2. 全身化疗

术前1周可采用5-氟脲嘧啶 500mg加5%葡萄糖 500ml静脉点滴,每日1次,连用5日,休息2日手术。术后切口愈合后一般2~3周开始进行辅助化疗,具体方案如下:

(1)单一用药

①5-氟脲嘧啶:单次剂量为 300mg/m²加入5%葡萄糖 500ml静脉点滴,每日1次,连用5日,每5周重复,总量7~10g(m²代表每平方米体表面积,一般成人可按1.3m²计算)。

②呋喃氟脲嘧啶(FT—207):单次剂量 $600\text{mg}/\text{m}^2$ 加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉点滴,每日 1 次,总量为 40g。或采用片剂口服,每次 $150\text{mg}/\text{m}^2$,每日 4 次,总量 40g。

③优福啉(UFT):口服给药,每次 2 片(每片含量相当于呋喃氟脲嘧啶 50mg),每日 3 次,总量 20~30g。

(2)联合化疗

①MFC 方案

丝裂霉素 C: $4\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉冲入;5-氟脲嘧啶 $300\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉点滴;阿糖胞苷 $30\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉点滴。

每周两次,2 周后每周 1 次,8 次为 1 个疗程。休息 2 月可重复。

②FAM 方案

5-氟脲嘧啶 $300\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉点滴,第 1、8、29、36 日各 1 次;阿霉素(或表阿霉素) $30\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉冲入,第 1、29 日各 1 次;丝裂霉素 C $10\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉冲入,第 1 日 1 次给药。

36 天为 1 个疗程,休息 4 周后重复。

③UFTM 方案

优福啉:每次 3 片口服,每日 3 次,连续口服总量 30g(每片按 50mg 计算);丝裂霉素 C $6\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉冲入,每周 1 次,共 6 次。

休息 8 周后重复。

④FAP 方案

5-氟脲嘧啶 $600\text{mg}/\text{m}^2$,静脉点滴,第 1 日给药;阿霉素(或表阿霉素) $30\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉冲入,第 1 日给药;顺氯铵铂 $20\text{mg}/\text{m}^2$ 静脉点滴,第 1~5 日给药。

每 3 周为 1 个疗程,重复使用 4 次。

3. 化疗药物的毒性反应

静脉注射部位发生疼痛,特别是药液溢出血管外渗入皮下组织后疼痛剧烈,局部可发红、肿胀,严重者可发生组织坏死、溃烂,不易愈合。因此,严禁漏到血管外;胃肠道反应,如食欲不振,口干舌燥,恶心、呕吐,出现腹泻甚至发生血便;大剂量应用时可造成肝肾功能损害,严重者可出现黄疸、血尿等;对造血功能也会产生影响,表现为白细胞减少,血小板下降,严重者可引起全血象降低,出现贫血。所以在化疗期间必须每周检查1次白细胞和血小板,如果白细胞在 $4 \times 10^9/L$ 以下,血小板在 $80 \times 10^9/L$ 以下要停止化疗,待血象上升后再用。还有的药物对神经末梢产生毒性反应,病人表现手足麻木,严重者可出现轻瘫、肌肉萎缩等,此时要立即停药,应用营养神经的B族维生素治疗。

由于化疗药物的副作用较大,特别是采用静脉化疗,所以不宜病人自行施用,应在医院里由医生指导下进行。

●放射治疗

1. 术前放疗

病人仰卧位在钡餐透视下模拟机定位,确定照射野的范围是在原发病灶以外3~5cm,上界平剑突,分别包括腹腔、胃左、肝总、腹主动脉周围淋巴结,首选18~25Mev的高能电子线,其次是4~6Mev直线加速器的X射线或 ^{60}Co 的 γ 射线。每周照射5次,每次200cGY,总剂量3500~4000cGY。

放射治疗期间每周检查1次白细胞和血小板(与化疗相同)。一般在放疗后2周做手术,手术时间选择不宜过早,但最迟也不要超过3周。

2. 术中放疗

在切除胃原发病灶之后,胃空肠吻合之前,根据术中情况确定照射野,包括胃原发病灶所在的部位和胃左动脉、腹腔动脉、肝门、脾门的淋巴结,采用五边形限光筒,消毒后插入腹腔与放疗机头衔接,使用9~12Mev电子线,一次照射3000cGY。照射时把肠管移出照射野之外并保护好胰腺,照射后继续完成手术。

3. 术后放疗

一般在胃癌术后3周左右切口已完全愈合后开始放射治疗。采用前后平行相对应两野,选用高能射线,总剂量5000~6000cGY,照射6周完成。

4. 放射治疗的并发症及注意事项

胃癌放射治疗除了常见的食欲不振、恶心、呕吐等消化道症状以及全身乏力以外,还要特别注意出现的放射性小肠炎、放射性胰腺炎以及警惕发生消化道穿孔。所以在放射治疗过程中要密切观察病人,及时了解病情。照射的剂量不宜过大,特别注意保护小肠和胰腺。

●免疫治疗

中期胃癌术后病人均可采用免疫治疗。除了常用的胸腺素和转移因子以外,可采用人白细胞干扰素(IFN)、白细胞介素-2(IL-2)以及淋巴因子激活的杀伤细胞(LAK)。具体用法为:

人白细胞干扰素100~300万单位,每日1次或每周3次皮下或肌肉注射。

白细胞介素-2和淋巴因子激活的杀伤细胞合用效果好。首先应用白细胞介素-2静脉输入,每日100~300万单位,连续5日后休息36小时,抽病人血进行4天的LAK细胞

培养,第10~13日每日1次静脉注入自身LAK细胞。第10日重复白细胞介素-2输入,连续5日,剂量每次日增至500万单位,再休息36小时,抽血进行4天LAK细胞培养,第20日再输入LAK细胞,同时给予白细胞介素-2,剂量增至每日700万单位,注射5日结束。

目前,已有用胎儿脾脏或胸腺制作的LAK细胞,可不用抽取病人自身血液培养便可直接输入。

大剂量应用白细胞介素-2也可产生毒副作用,较轻的副作用是寒战、发烧、关节疼痛、全身无力,一般停药后即可消失,或采用对症处理即可控制。较严重的毒副作用为钠、水潴留所引起的低血压和向心性水肿,这种毒副作用虽然停药后大多数可缓解,但也有少数人会危及生命,应特别提高警惕。LAK细胞所引起的副作用一般均较轻,主要症状为:寒战、发烧、全身疲劳感或恶心、呕吐等,采用对症治疗均可奏效。

●中药治疗

参见早期胃癌。

晚 期

指癌瘤已浸出浆膜并浸及周围脏器,且有远处转移或第三站淋巴结转移。

【诊断】

1. 症状:食欲不振,上腹部持续疼痛,部分病人可有恶心、呕吐,吐出隔夜食物,或呕出暗红色血性胃内容物。
2. 体征:贫血、消瘦,可触及左锁骨上淋巴结肿大,上腹