

中华医学全集

专科疾病诊治 (二十六)

王宝勤 主编

中华医学电子音像出版社

图书在版编目(CIP)数据

中华医学全集/王宝勤主编. —北京: 中华医学
电子音像出版社, 2004

ISBN 7-900106-23-5

I. 中… II. 王… III. 医药学—文集—汇编

IV. R2.52

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 117529 号

中华医学电子音像出版社出版发行
(北京市东城区东四西大街 42 号 100710)
全国各地新华书店经销 北京双青印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/32

2004 年 4 月第 1 版 2004 年 4 月第 1 次印刷

版号: ISBN 7-900106-23-5/R·01

定价: 6998.00 元(1CD,含配套书)

目 录

◎睾丸肿瘤.....	1
◎甲状腺癌.....	12
◎腮腺癌.....	33
◎鳞状细胞癌.....	38
◎颅内转移瘤.....	38
◎卵巢癌.....	44
◎慢性粒细胞性白血病.....	56
◎慢性淋巴细胞性白血病.....	64
◎男性尿道癌.....	71
◎脑垂体腺瘤.....	76
◎脑膜瘤.....	82
◎女性尿道癌.....	88
◎皮肤癌.....	94
◎前列腺癌.....	108
◎绒毛膜癌.....	119
◎乳腺癌.....	129
◎软组织肿瘤.....	175
◎神经胶质瘤.....	185
◎肾癌.....	201

◎ 睾丸肿瘤

【概述】

睾丸肿瘤并不常见，仅占全身恶性肿瘤的1%。根据世界各地的统计资料，睾丸肿瘤的发病有地区和种族差异，欧美发病率较高，中国较低，但因为以下原因睾丸肿瘤受到特别重视。①70年代以后治疗上有突破性进展，使死亡率从50%降至10%左右。②是15~35岁青年最常见癌，因为年轻人所以能承受手术、放疗、化疗等严格的综合治疗。③有分化的倾向，自发的或治疗后由恶性变为良性，如转移癌经化疗后转为良性畸胎瘤。若能弄清其机制，有可能使恶性肿瘤分化为良性肿瘤。④肿瘤分泌标记物质，可以从血中查出，其他肿瘤不常见。

【诊断】

（一）肿瘤标记（瘤标） 目前应用最广的是胎

甲球（AFP）和人类促性腺激素（HCG）。

AFP：正常值 $<40\text{ng/ml}$ ，半衰期4天~5天。睾丸肿瘤中全部卵黄囊瘤、50%~70%胚胎癌、畸胎癌时升高；纯绒癌和纯精原细胞瘤不升高。

HCG：正常值 $<1\text{ng/ml}$ ，全部绒癌和40%~60%胚胎癌HCG阳性，“纯”精原细胞瘤5%~10%阳性。

应用以上两种瘤标检查，非精原细胞瘤90%有一或两都阳性。纯精原细胞瘤HCG阳性占5%~10%，即90%以上纯精原细胞瘤不产生瘤标，非精原细胞瘤不产生瘤标者10%，所以一旦临床上诊断睾丸肿瘤后应立即行睾丸切除术，不必等候瘤标结果。

瘤标可作为观察疗效的指标，手术或化疗、放疗后迅速下降则预后较好，下降缓慢或不下降者可能有残余肿瘤。所以一旦临床上诊断睾丸肿瘤后应立即行睾丸切除术，不必等候瘤标结果。

瘤标可作为观察疗效的指标，手术或化疗、放疗

后迅速下降则预后较好，下降缓慢或不下降者可能有残余肿瘤。

(二)B超 可用于确定睾丸内肿瘤和腹股沟有无转移淋巴结等病状。

(三)CT及MRI 可发现腹膜后淋巴结转移灶 $<2\text{cm}$ 的病变。

另外还有足背淋巴造影和泌尿系造影等。

【治疗措施】

睾丸肿瘤的治疗决定于其病理性质和分期，治疗可分为手术、放疗和化疗。首先应做经腹股沟的根治性睾丸切除术。标本应作详细检查，最好行节段切片，了解肿瘤性质，尤其是精原细胞瘤是纯的还是混合的，治疗上有相当大的差别，一般统计精原细胞瘤65%~70%已有转移。如果纯精原细胞瘤无腹膜后淋巴结转移而已有肺、肝转移灶，应想到非精原细胞瘤成分，以下分别讨论治疗方案。

(一)精原细胞瘤 睾丸切除后放射治疗, 25~35GY(2500~3500rad)3周照射主动脉旁和同侧髂、腹股沟淋巴结。第I期者90%~95%可生存5年。如临床发现腹膜后病变即第2期, 则纵隔及锁骨上区亦照射20~35GY(2000~3500rad)2~4周5年生存率亦可达80%以上。腹内大块转移和远处病灶预后不良, 生存率仅20%~30%, 近年亦用含顺铂的化疗, 生存率可以明显提高, 60%~100%有效应(PVB或DDP+GY)化疗方案在下段内介绍。

睾丸切除时精索有病变者, 半侧阴囊亦应包括在照射区内。腹部有>10cm肿瘤, 肺部转移癌均有明显的放疗效应。

(二)非精原细胞瘤 包括胚胎癌、畸胎癌、绒癌、卵黄囊肿瘤或各种混合组成肿瘤。腹膜后淋巴结转移极常见, 由于对放射线不如精原细胞瘤敏感, 因此, 除睾丸切除外应同时行腹膜后淋巴结清扫术, 第I期病例手术证明约10%~20%已有转移, 即病理属2期。

睾丸切除加腹膜后淋巴结清除术，病理Ⅰ期者90%左右可生存5年以上，病理2期者降至50%左右。第3期远处转移144例中肺89%，肝73%、脑31%、骨30%、肾30%、肾上腺29%、消化道27%、脾13%、腔静脉11%。以化疗为主要治疗。在非精原细胞瘤中绒癌常是先转移至肺等远处病灶。在治疗过程中密切观察瘤标记HCG及AFP的改变。

婴幼儿3岁以内胚胎癌恶性程度比成年人低，对手术、化疗、放疗耐受性差，腹膜后淋巴结转移亦低于成年人，仅4%左右，一般不考虑行腹膜后淋巴结清除术，小儿畸胎瘤、卵黄囊肿瘤等处理与胚胎癌相同。死亡多为血行转移。必要时行化疗。

化疗：化疗在非精原细胞瘤中有一定地位，主要适应证：①预后不良的Ⅰ期非精原细胞瘤，已侵及精索或辜丸，切除后瘤标仍持续升高者。②ⅡA-Ⅳ的非精原细胞瘤。③晚期难治的肿瘤复发或用药无效，采用挽救性化疗方案。

化疗方案PvB为基础应用最广，即顺铂，长春新硷，博来霉素组成。常用方案：顺铂 $20\text{mg}/\text{m}^2/\text{日}$ 。第1、2、3、4、5日，长春新硷 $0.2\text{mg}/\text{kg}$ 。第2年，博来霉素 $30\text{mg}/\text{周}$ ，第2、9、16日，3周为一疗程，共12周。

上述三药综合治疗，部分缓解可达100%，完全缓解70%。I期睾丸肿瘤无转移淋巴结者可不作化疗，亦有主张Ⅱ期病例在多发时再次化疗，可减少对病人不必要的打击。

腹膜后大块肿瘤，未超过横膈亦可化疗，等肿瘤缩小再作腹膜后淋巴结清除术。Ⅲ期患者以化疗为主。

【病因学】

隐睾被认为发生睾丸肿瘤的危险因素，其发生肿瘤的机会比正常睾丸高3倍~4倍。睾丸肿瘤中有7%~10%发生在隐睾。据观察10岁以后手术者不能防

止，10岁前手术可明显减少，3岁前手术能避免发生肿瘤。

另外睾丸肿瘤与遗传、多乳症、以及外伤睾丸萎缩、激素等亦有一定关系。

【病理改变】

睾丸肿瘤病理分类方法较多，至1986年Morse等将各种常用的分类法总结归纳(表25-1)，根据这个分类，睾丸肿瘤可分为原发性和继发性两大类。原发性肿瘤中，又可分为生殖细胞瘤和非生殖细胞瘤，并特别将生殖细胞瘤中最常见的精原细胞瘤单独列出，这对指导治疗和阐明预后有独到之处。

睾丸生殖细胞瘤都是同一起来源，受不同致癌因素的影响，可发生精原细胞瘤或胚胎组织和胚外组织肿瘤如胚胎癌、畸胎癌以及绒癌、卵黄囊肿瘤。

睾丸肿瘤组织分类

(一) 原发性肿瘤

1. 生殖细胞肿瘤

(1) 精原细胞瘤

典型精原细胞瘤

间质型精原细胞瘤

精母细胞瘤性精原细胞瘤

(2) 胚胎瘤

(3) 畸胎瘤（有无恶性变）

成熟型

未成熟型

(4) 绒膜上皮癌

(5) 卵黄囊肿瘤（内胚窦、胚胎性腺癌）

2. 非生殖细胞肿瘤

(1) 性腺基质肿瘤

(2) 间质(leydig)细胞瘤

支持（xertoli为）细胞瘤

（3）性腺胚细胞瘤

（4）其他类型肿瘤

睾丸腺癌

间质性肿瘤

类癌

肾上腺残留肿瘤

（二）继发性肿瘤

1. 网状内皮组织肿瘤

2. 转移性肿瘤

（三）睾丸旁肿瘤

1. 腺瘤样肿瘤

2. 附睾囊腺瘤

3. 间质性肿瘤

4. 皮质瘤

5. 转移瘤

【临床表现】

睾丸肿瘤常在无意中发现阴囊内有肿块，亦有感局部隐痛和沉重感。隐睾可能出现腹股沟、下腹肿物。一个萎缩的睾丸突然增大应想到肿瘤，急性疼痛不常见，但10%可有类似睾丸炎或附睾炎的病状。大约10%病人主要表现为转移癌病状，如锁骨上肿大淋巴结，肺转移咳嗽和呼吸困难等。

睾丸检查从健侧开始，作为对比大小、硬度和轮廓。肿瘤一般不敏感，不像正常组织的感觉。附睾清楚分开，鞘膜和阴囊无粘连，常无积液。肿瘤的大小和有无转移癌常表现为正常睾丸组织内的不规则肿物。扩散至附睾和精索的占10%~15%，预后不良。

【治愈标准】

睾丸肿瘤自然病史短，常用2年生存判断疗效，

由于生存并不一定治愈，近年用5年生存作为疗效标准。

【预后】

(一)罕见完全自发消退。

(二)所有成人生殖细胞肿瘤应视为恶性，所谓“良性畸胎瘤”镜下有向管侵犯最终29%单纯睾丸切除者死于肿瘤。小儿畸胎瘤为良性。

(三)白膜为天然屏障，肿瘤穿破常在肿瘤纵隔，该处是血管、淋巴管、神经和小管通过部位，10%~15%扩展到附睾和精索者淋巴和血行转移危险增加。

(四)全部睾丸肿瘤好发于淋巴转移，虽然纯绒毛膜也有血液播散。精索4根~8根淋巴管向上扇形散开至腹膜后淋巴链。右侧睾丸的最初到达的淋巴结是L3椎体主动脉区间的淋巴结，左侧睾丸第一梯队淋巴结主动脉旁区：左输尿管、肾静脉、肠系膜下动脉起始部与主动脉间。向上可达乳糜池、胸导管、锁骨上淋巴

结(左侧为主),亦可向下逆行转移至髂、腹股沟淋巴结。腹股沟病亦可由阴囊病变转移引起。

(五)淋巴结以外转移可直接侵入血管或瘤栓从淋巴静脉吻合处播散,大多数血行转移在淋巴转移之后。如果A期非精原细胞仅做睾丸切除术则20%扩散,其中大多数即80%为腹膜后转移淋巴结,20%转移与之无关。纯精原细胞瘤转移常为精原细胞瘤,少于10%为其他成分转移,而有其他成分转移者占纯精原细胞瘤死亡的30%~45%。

非精原细胞瘤发展迅速,倍增时间仅10天~30天,治疗无效者85%二年内死亡,其余在三年以内。精原细胞瘤可以在有效的治疗后经2年~10年复发。

◎甲状腺癌

【概述】

甲状腺癌大约占有所有癌症的1%,在地方性结节

性甲状腺肿流行区，甲状腺癌特别是低分化甲状腺癌的发病率也很高。年龄调查发病率，男性中每年低于3/10万，而女性确要高2~3倍，各种类型的甲状腺癌年龄分布亦异，乳头状腺癌分布最广，可发生于10岁以下儿童至百岁老人，滤泡状癌多见于20~100岁，髓样癌多见于40~80岁，未分化癌多见于40~90岁。

【诊断】

甲状腺癌的诊断贵在早期。凡发现孤立性甲状腺结节，临床上都要排除甲状腺癌的可能。如结节坚硬而不平整，伴颈淋巴结肿大、喉返神经麻痹或以往有颈部反射史者，癌肿的可能性很大。同样，如在甲状腺的多发性结节中发现一个结节特别突出而且较硬，也应疑有甲状腺癌的可能。此外，如甲状腺本身出现不对称的肿大或硬结，且增大迅速，或已固定，都应考虑甲状腺癌的可能。

在诊断时，不要过份依赖肿块表面不平和质地坚

硬作为甲状腺癌的特征。有些甲状腺癌的肿块可以很柔软，光滑，活动度也大，这在乳头状腺癌中並不少见。相反，钙化严重的甲状腺癌瘤、结节性甲状腺以及硬化性甲状腺炎质地较硬，表面有颗粒感，易误诊为甲状腺癌。认为甲状腺结节囊性病变都属良性，这显然是不全面的。有报道囊性病灶恶变率为1.4%，甲状腺癌的囊变率也随其结节长大而增高。

^{131}I 或 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 甲状腺扫描只能反映出结节的形态及其摄取同位素功能，不能确定其性质。但从临床资料表明，在热结节、温结节、凉结节和冷结节的扫描图象中，甲状腺癌的可能性循序依次递增。扫描可检出0.5cm以上的结节，如其丧失摄取同位素的功能，可无考虑为甲状腺癌（应经超声检查排除囊肿的存在），但要注意甲状腺癌並非都表现为冷结节。此外，同位素分布的缺损与肿瘤的大小有关，有时功能减损的肿瘤图象可被正常甲状腺组织所掩盖。少数甲状腺癌显示为热结节。