

2010年内科辅导：肺癌分先后期治疗临床执业医师考试 PDF
转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/647/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_647998.htm

肺癌病人的诊断有两个方面。第一是病理学或细胞学确认有癌组织或癌细胞存在，并确定其类型。诊断的第二方面是明确肺癌病变范围，也就是临床分期。确定病变范围对采取治疗方法、判断疾病预后是极为有价值的资料。所以肺癌病人不要太急于手术、放射治疗或化疗，要做好临床分期，这样才能情况明、决心大、疗效好。笔者曾遇到这样一位病人，右肺下叶有5×6厘米分叶状肿块，气管镜检查病理诊断为腺癌，很快在一所三甲医院的胸外科进行手术切除，应该说手术是成功的，但术后两周发现肝内有多发转移病灶，最大的有4×3厘米大小。虽然术后作了介入等治疗，最终仍无力回天，病人花费6万多元医药费，又受开胸手术的创伤和痛苦。本例病人的教训是深刻的。如果病人在术前进行全面分期检查，能发现肝内已存在的转移病灶，当时病期已是IV期，不必进行手术治疗，首选化疗是正确的选择。来源：考试大

目前肺癌分期结果对治疗手段的选择，国内外肿瘤界已有共识。对于早期病人（A、B、A、B期）首选手术治疗，如病人因医学原因不能接受手术或本人拒绝手术，可选择根治性放射治疗。对于晚期病人（期）以化疗为主，放射治疗是姑息性的，不宜作手术治疗。中晚期病人（A、B期）比较复杂，A期病人中有一部分仍可以手术，但B期病人不适合手术，目前临床上大多采用放疗和化疗来根治，或先作化疗、放疗，再进行病情评估，是否可以手术。这一部分病人是门诊最常见的群体，

而早期病人常常是体检发现或因其他病住院常规检查发现的。小细胞肺癌常用美国退伍军人管理局系统医院提出的分期方法分局限期病变或广泛期病变两种，主要采用化疗和放射治疗。近年来手术也介入到小细胞肺癌治疗当中。采用非小细胞肺癌的TNM分期方法。根据病期不同，疗效也有明显区别。非小细胞肺癌I期病人的五年生存率60%~80%，II期病人为40%~60%，III期病人为10%~30%，IV期病人五年生存率不到1%。随着病期变晚，生存的比例越来越小。局限期小细胞肺癌的二年生存率超过20%，而广泛期病变的病人不足10%。这些材料不仅医生心中有数，也应该让家属甚至病人有所知晓。肺癌的分期措施主要有两方面，一是对肺癌常见的转移部位进行检查，如：纤维支气管镜检查，不仅可以活检或刷片，对诊断能否手术有重要意义，而且对隆突是否固定、支气管受压情况也可了解，是拟诊肺癌病人常规检查项目（有禁忌症例外）。胸部正侧位片和CT片，对肺内和纵隔转移淋巴结有重要意义，头颅核磁共振或CT检查，对脑转移能及时发现。通过超声波检查，对肝、腹膜后淋巴结和肾上腺转移灶全方位观察，显示是否有转移病灶。上腹部这些脏器在作胸部CT检查时往下多扫几个层面，到肾上腺平面，可以和超声波检查相互印证，更为可靠。骨转移也是肺癌常见的转移部位，通过同位素骨扫描，可以发现同位素浓聚，提示转移的可能。骨髓转移与骨转移是不同的概念，通过骨髓穿刺或活检可以明确诊断。正电子发射断层扫描（PET）检查费用昂贵，也存在假阳性，目前国内尚未普及，不能作为常规检查项目。纵隔镜检查对纵隔淋巴结转移有肯定价值，但属于有创伤的检查，病人不轻易接受。肺癌分期措施的

第二方面是评估脏器功能情况，对病人下一步治疗手段的选择很重要。主要内容包括：详细的病史和体格检查，肝肾功能，肺功能，心电图，血细胞分析，血电解质，酶学和肿瘤标志物等项目。在病史中特别要重视肺癌的肺外症状，如骨关节症状，内分泌改变等。体检时应仔细检查颈部和腋窝淋巴结是否肿大，下肢胫骨下端是否有压疼。对体表转移灶临床体格检查即可作出诊断。对小细胞肺癌来说，肿瘤标志物NSE和ProGRP升高有诊断和预后价值，但不能作为分期的依据。其他肿瘤标志物如：CEA、LDH、CYFRA21 - 1、TPA等特异性更差，也不是分期检查的项目。近年来肺癌的分期措施不断发展，出现不少基因、分子水平的测定方法，目前比较肯定的项目有P53基因、RB基因、erB - 2、表皮生长因子受体和基质金属蛋白酶。但这些尚未作为常规项目，有待国际肺癌分期机构的确认与推广。更多信息请访问：百考试题
医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏
相关推荐：2010年内科辅导：肺癌概述 2010年内科辅导：肺癌播散与转移 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。
详细请访问 www.100test.com