

肿瘤外科学

〔美〕E. M. 科普兰主编



《当代主治医师丛书》

肿 瘤 外 科 学

〔美〕 E. M. 科普兰 主编

主 译 李国材

译 校 (按姓氏笔划为序)

万德森 戎铁华 闵华庆

吴一龙 李国材 黄植凡

曾宗渊

上海翻译出版公司

内 容 简 介

本书内容包括人体各种常见恶性肿瘤的诊断要求和主要治疗措施, 特别介绍外科治疗方法、手术步骤、注意事项与预防手术并发症的经验, 同时对有关可能提高疗效的治疗手段如放射疗法、化学疗法等亦作了阐述。特别适合于外科医生作参考书, 对五官科、内科、妇科和儿科医生亦有参考价值, 并可供医学院校师生参阅。内容丰富全面, 行文精简扼要, 是难得的一部肿瘤外科学参考书。

Surgical Oncology

Edited by Edward M. Copeland III

John Wiley & Sons, Inc. 1983

New York Chichester Brisbane Toronto Singapore

肿 瘤 外 科 学

[美] E. M. 科普兰 主编

主译 李国材

上海翻译出版公司

(上海及兴中路 597 号)

邮政编码: 200020

新华书店上海发行所发行 上海商务印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 31.25 字数 794,000

1990 年 12 月第 1 版 1990 年 12 月第 1 次印刷

印数 1—4,500

ISBN7-80514-683-0/R·94 定价: 14.80 元

序 言

肿瘤学是一个迅速发展的领域,多数大学培养计划现在已包括了内科肿瘤学科,外科肿瘤学科,免疫学科和放射治疗科。多种有效的治疗方法,尤其是化学治疗,已得到发展,从而延长了姑息治疗效果,并有可能治愈病人,预防治疗能提高治愈率。较好的放射治疗技术已减少放射灼伤所引起的并发症,改进的机器已允许对小面积投以大剂量放射,而对邻近组织不会造成广泛的损害。非特异性地刺激免疫系统的能力和肿瘤特异性抗原的发现,开拓了新的研究领域,扩大了治疗途径。康复医学和良好营养支持的重要性现已得到更广泛的认识。

肿瘤外科学领域的存在是由于肿瘤内科学和放射疗法的高速发展。这些专业医生认为,必须与对肿瘤疾病有特殊兴趣和专业的外科医生联系。对于许多实体肿瘤,有机地综合应用外科、化学疗法和放射疗法,比单独应用任何一种疗法,能取得更好的治愈率。外科医生应知道,他们在总的治疗计划中对病人所起的正确作用。活组织检查标本必须适当,手术步骤描述必须准确,而且,对主要医生而言,还必须了解其他治疗方法的辅助或姑息价值。肿瘤外科学作为一门外科专业,是由于其他专业的肿瘤学家需要它。

本书旨在对开业的普通外科医生提供帮助,而不是培养肿瘤外科学家。它可作为医生会诊时评价肿瘤病的参考。各作者对普通外科医生最常遇见的那些肿瘤,已叙述了特殊的治疗计划。他们已概述治疗计划的效益,旨在改善许多肿瘤治疗方式常见的并发症,并对可能消除治疗后的发病率和死亡率作了具体介绍。强调综合应用手术治疗和放射疗法控制局部和区域疾病,并用化学疗法与可能时用免疫疗法控制全身性疾病。

本书各章包含放射疗法和化学疗法应用的一般原则。总的原则是,手术为对宏观疾病最佳疗法,特别是局限于起源的器官时;放射疗法用于消灭局部微观疾病最好,可将未被手术医生看见的疾病消灭,尤其是大的原发性肿瘤和经淋巴管播散至区域淋巴结。当肿瘤细小,完全包含在起源的器官内和未显示淋巴管播散时,通常不适应使用放射疗法、化学疗法和免疫疗法,而单独手术是首选的治疗方法。对此规则有明显的例外。例如,对小的侵袭声带的病变,放射疗法与手术同样能彻底治愈,而前一治疗方法可保存喉。如癌已出现播散至起源器官之外的任何可能性,至少应考虑化学疗法和免疫疗法,因为目前进行中的临床实验正在证明,如果它们在肿瘤负荷很小时实施,这些治疗方式可减少全身性转移的发病率。

我很高兴编辑本书,并在编辑中获益匪浅。我把它作为一本肿瘤病参考书介绍给普通外科医生,并希望将证实它是有价值的。

最后,没有我的两位秘书 Herrell H. 和 Glenn M. 的坚毅努力,就不会完成本书。我永远感谢他们。

E. M. 科普兰 (Copeland III E. M.)

译者的话

这部肿瘤外科学是美国 E. M. 科普兰 III 教授主编, 由 62 位从事肿瘤临床实践经验丰富的教授专家参加编写, 包括了肿瘤学科、普通外科、头颈科、胸与心血管外科、消化道外科、肛肠外科、泌尿外科、整形外科、内科、血液病学、儿产、妇科、放射诊断、影像学、病理学、放射治疗等有关专业。

全书共 39 章, 内容丰富、全面、实用, 理论联系实际, 重点突出, 行文精练, 着重介绍全身各部常见恶性肿瘤的诊断与鉴别诊断要点, 外科治疗的适应证、禁忌证、手术方法及预防手术并发症注意事项, 并简要阐述有关放射疗法、化学疗法和免疫疗法等临床实际经验, 反映了常见癌症的当代诊治进展与新成就。对于从事外科、五官科、泌尿外科、儿科和妇科等肿瘤专业与工作的医生是一本有价值的参考书, 也可供医学院校师生参考。

鉴于国内尚没有一本肿瘤外科学方面的专著, 这本书的翻译出版, 相信对广大临床医生, 在防治癌症工作中有所裨益。

李扬秋同志参加了部分章节的翻译, 在此表示致谢。

译者水平所限, 不当之处, 尚祈指正并致衷心感谢。

译者谨识

1989年10月于广州

目 录

前 官	1
第 一 章 皮肤癌(鳞状细胞癌和基底细胞癌)	4
第 二 章 恶性黑瘤	11
第 三 章 乳腺癌	30
第 四 章 脑肿瘤外科治疗	41
第 五 章 副鼻窦癌和鼻腔癌	55
第 六 章 口腔癌	66
第 七 章 鼻咽、口咽和下咽癌	85
第 八 章 喉外科肿瘤学	99
第 九 章 涎腺肿瘤	110
第 十 章 颈淋巴结清除术和颈部肿块的处理	121
第 十 一 章 头颈肿瘤的修复	137
第 十 二 章 甲状旁腺疾病: 癌症的血钙过多和过少	146
第 十 三 章 甲状腺癌	153
第 十 四 章 纵隔肿瘤	173
第 十 五 章 胸膜肿瘤和恶性胸膜渗出液	182
第 十 六 章 肺癌	186
第 十 七 章 食管癌	195
第 十 八 章 胃癌	217
第 十 九 章 十二指肠、乏特氏壶腹和小肠的肿瘤	228
第 二 十 章 胆囊癌和胆管癌	238
第 二 十 一 章 胰腺癌	247
第 二 十 二 章 肝肿瘤	255
第 二 十 三 章 氨基酸前体吸收脱羧酶细胞瘤(APUD瘤): 概念和有关肿瘤	266
第 二 十 四 章 肾上腺肿瘤	292
第 二 十 五 章 阑尾和结肠的腺癌: 外科治疗	311
第 二 十 六 章 肛门直肠恶性肿瘤	323
第 二 十 七 章 骨肿瘤	332
第 二 十 八 章 软组织肉瘤	346
第 二 十 九 章 泌尿道肿瘤	352
第 三 十 章 男性生殖器肿瘤	361
第 三 十 一 章 卵巢癌外科	379
第 三 十 二 章 子宫颈癌和子宫内膜癌	390
第 三 十 三 章 外阴和阴道癌	408

第三十四章	儿童肿瘤	417
第三十五章	转移癌外科切除适应证	431
第三十六章	何杰金病和非何杰金淋巴瘤	442
第三十七章	放射治疗的合理应用	455
第三十八章	化学治疗与肿瘤外科医生	468
第三十九章	静脉高营养	478

前 言

Copeland III E. M.

在行使作者的权利中,因为我在肿瘤研究所中已度过了我的专业生涯,我认为有几点意见是正确的。这些意见有些已在各章中阐述,这里我的评论只是加以强调,其他的评论我也认为值得注意。

一、未知原发部位的区域淋巴结转移

医生常被邀检查在区域淋巴结区如颈、腋窝或腹股沟有肿块的病人。这个肿块通常为一个或多个肿大的淋巴结,多为继发于引流至该区域淋巴结的炎症过程。这些淋巴结往往呈多发性,有触痛,原发性炎症区常很明显。若肿块表现为孤立的淋巴结,或者是几个没有明显病因学的独特的无痛性淋巴结,便出现了作活组织检查诊断癌的问题。在进行详细检查原发肿瘤来源之前,应避免作活组织检查。因为在切除淋巴结过程中,含有癌细胞的输出和输入淋巴管被切断,所以,含有转移性癌的淋巴结切除检查术,有可能将有活力的癌细胞释放使之进入活组织检查伤口内。含有转移性癌的淋巴结或淋巴结群被切除,也增加了伤口内植入癌细胞的危险性,并违反整块切除原发性肿瘤、区域淋巴管和区域淋巴结的手术原则。一旦恶性疾病在结缔组织内自由生长起来,不再被遏制在淋巴管或淋巴结内,局部根除疾病在手术上变得困难,因为包绕含有恶性疾病的解剖学清除界限不再清楚。在此情况下,施行适当的淋巴结清除术后,局部复发率大为增加。如癌是放射敏感的,例如鳞癌,可用放射治疗以降低复发率,因为放射治疗可消灭残留在皮瓣或清除术边界之外的镜下疾病。恶性黑瘤放射敏感性低得多,而一旦此病在伤口的结缔组织内大量生长,采用任何治疗方式清除都可能困难。恶性黑瘤局部复发,因为区域疾病变大、疼痛和溃烂,即使单纯姑息治疗也需施行大的截肢术。

在颈、腋窝或腹股沟部位出现无法解释的肿块时,特别在成人,总是应怀疑区域淋巴结转移,而在进行活组织检查之前应详细检查原发性来源。在头颈部,应详细检查口腔、喉和咽部。如果肿块位于腋窝或腹股沟,应检查相应的四肢和躯干部分的皮肤,并应询问病人关于以前切除的皮肤病变,尤其是胎块。如发现原发性病变,可能时应施行整块切除,区域复发率可能减至最少。偶然,淋巴结转移发生在一个有争论的部位,尤其是锁骨上区,可由远处原发性来源,如肺、胃、肾上腺或卵巢,所有这些部位在检查原发性肿瘤时均不应忽略。如未能发现原发性病变,而淋巴结肿大并非来源于炎症性,那么,为了诊断需作淋巴结活组织检查。在这方面,大部分何杰金病和淋巴瘤病例得到诊断。

二、胃 肠 道

(一) 胰 腺

我们没有发现,对肝功能正常、营养良好但胆红质和碱性磷酸酶水平升高的病人,施行胰

十二指肠切除术会增加术后并发症或死亡率。施行胰十二指肠切除术前,必须有胰腺癌的病理学诊断,而这通常可进行经十二指肠或胰腺的直接针刺活组织检查。如果活组织检查针避开大的胰管,不会发生胰腺瘘。如侵犯门静脉或肠系膜上静脉,应作胆道和(或)胃分流术。大多数外科医生将与胰和十二指肠连接的这些静脉结构做切除术和重建术,但这仅仅增加了手术并发症和死亡率,没有提高生存率或改善生活质量。

如果胰管被胰头癌阻塞,胰腺体和尾可能是硬的,使最靠近肠系膜上静脉的胰腺内侧缘的分界难以确定。在此情况下,可用22号针插入大胰管的远端减压和抽出胰液。胰腺体和尾将变得较柔韧,也较易确定胰腺肿瘤与肠系膜上静脉的关系。这个解剖学界标在确定胰腺癌的可手术性非常重要。

除非外科医生准备不论发现什么病理学的病变都决定做手术,否则对有黄疸的病人不应施行手术。然而,有时手术医生发现可切除的胰腺癌,他可能不想做这种举足轻重的手术,也可能当时没有一位外科医生能立即作此手术。此时,这位外科医生应做一个简单的胆道分流术,不要去搬动十二指肠和胰腺,并避免作胰腺活组织检查,除非病变容易接近。常有病人曾施行过各种这类手术之后转送到我们单位作胰十二指肠切除术。但清除术计划已为以前广泛的和不需要的胰腺搬动所破坏,如果活组织检查部位周围还存在胰腺炎,解剖可能非常困难,尤其是下腔静脉后面或邻近做活组织检查者。

(二) 肝 脏

如肝内的原发性或继发性癌不能切除,可做肝动脉阻断和(或)化学治疗输注。输注导管由胃网膜右动脉经胃十二指肠动脉插入肝总动脉。这条途径是绕行的,但是,如导管从血管树脱落时可减少出血危险。一旦导管放在合适的位置,可注入荧光素染料,保证双侧肝叶均被输注,而其他为腹腔动脉分支供血的结构将接受很少药物。术后即将导管连接于泵输注器。当病人术后恢复时,开始化学治疗输注。在此期间,保证导管没有从肝总动脉脱出,将放射性碘标记的血清白蛋白巨集合物直接注入导管内作肝扫描。大多数研究者曾报告,直接由肝动脉输注进行化疗的病人与全身化疗者比较,生存时间(以月数计)稍有增加,但无显著提高。然而,这种稍有提高,并不能作为腹部大手术插入输注导管的理由。如病人在术前检查结果证明并非切除的对象,那么,可采用全身性化疗或由近侧肱动脉或股动脉作经皮的肝动脉插管术化疗。

(三) 大 肠

在大肠任何部位手术时,必须有把握作出手术判断,而在处理直肠和直肠乙状结肠癌时,尤其需要。外科医生应使病人的疾病得到最好的治愈和局部控制,同时,术后发病率、死亡率和功能丧失减少到最小。目前多数外科医生训练阶段被教作肛门括约肌保留手术,但是,如果稍微危及局部控制机会,则不应施行这些手术。施行适当的重建和有功能的乙状结肠造口术,几乎为每位病人所接受。恶性病变位于齿状线6cm以内已侵入外肌层者,应行腹会阴切除术予以切除。在10cm范围大的病变已明显侵入结肠周围脂肪和(或)有淋巴结转移者,亦应考虑作腹会阴切除术予以切除,尤其是男病人。男病人盆腔复发可能比妇女存在更难处理的问题,因为复发癌较接近泌尿道。例如,缝合线复发,通常自阴道后壁部分切除结肠(或者在标本内包括一部分阴道),比自前列腺切除类似的病变,要容易得多。后方进路(Kratsky)作结肠吻

合术罕有应用；妇女宽阔的盆腔易于施行低位前吻合术，而男病人的盆腔狭窄，其低位病变通常采用腹会阴切除术治疗，尤其是疾病位于肠壁外者。

在结肠息肉内的原位癌可采用息肉全部切除治疗。将远段结肠内的大部分绒毛状或腺瘤性息肉作局部切除术，即可完成手术。如局部切除术不能保证全部切除，那么，适应施行结肠切除术。我们小组对局限于粘膜肌层的侵袭性癌或有蒂的腺瘤性息肉的蒂，最常做保留括约肌的手术。

(李国材 译)

第一章 皮 肤 癌

(鳞状细胞癌和基底细胞癌)

Ames F. C., Larson D. L.

非黑瘤性皮肤癌是发生于人类最常见的癌肿。这些癌大部分是基底细胞癌和鳞状细胞癌(以下简称为鳞癌),通常发生在头颈暴露部位,在门诊治疗亦即可获得满意的疗效。在适宜的随诊下,对复发癌成功的再次治疗亦无困难。由于受侵犯的皮肤较易被病人和医生发现,所以可获得早期、及时、正确的治疗,其治愈率几乎达100%。基底细胞癌的转移是罕见的,而鳞癌的转移约为1~10%或以上。

虽然大部分皮肤癌肉眼可见,但患者不愿就诊,不完整的切除活检以及不正规的随诊,都可导致治愈率的下降。当局部病灶侵犯到致命部位或美容方面的重要结构时,则会增加区域淋巴结和远处转移的机会。病人和医生都会低估皮肤癌局部的侵袭性和潜在的发病率。甚至很小的基底细胞癌也可侵入基底下面的组织,而缺乏体征和症状。同样,头皮的一个无痛性溃疡可能是转移到颈部区域淋巴结的鳞癌的原发性肿瘤。虽然基底细胞癌很少有区域淋巴结或远处转移,但由于其直接浸润可引起明显的功能丧失和容貌缺陷。另一方面,鳞癌除可引起相似的局部损害外,还可沿受累的周围神经转移和播散至颅内。为了避免皮肤癌的复发和转移,必须重视早期诊断,正确地治疗原发癌和正规地随诊。

一、发 病 率

在美国,估计每年发生30万以上的非黑色素瘤性皮肤癌新病例。主要是基底细胞癌和鳞癌,两者共占有所有皮肤癌的75%以上(表1-1)。根据 Anderson 医院和肿瘤研究所30年间的病

表1-1 Anderson医院1944~1976年治疗的皮肤肿瘤

类 型	病例数	占总数%
基 底 细 胞 癌	18050	50.5
鳞 状 细 胞 癌	8891	24.8
原 位 癌	887	2.5
角 化 棘 皮 瘤	449	1.3
皮肤附属器癌	219	0.6
基底鳞状细胞癌	16	0.04
其 他	302	0.85
未 分 类	1828	5.1
黑 色 素 瘤	5094	14.3
合 计	35 736	100.0

例资料回顾,50%以上是基底细胞癌,25%为鳞癌。因为该院是个治疗中心,所以与在该院见到的黑瘤的数目不成比例,其他少见的皮肤肿瘤有原位癌,角化棘皮瘤,皮肤附属器癌,基底鳞癌和其他罕见的、不能分类的肿瘤。也有转移性皮肤肿瘤,其原发部位多来自乳腺、肺、肾和其他内脏器官。虽然绝大部分皮肤癌是基底细胞癌和鳞癌,但对这些不常见的皮肤肿瘤必须有正确的组织学检查与认识,以避免误诊和施行不恰当的治疗。

二、流行病学

在 Anderson 医院,皮肤癌病人的资料回顾表明,这些癌80%发生在头、颈部,其余主要发生在上肢。由于大多数皮肤癌发生在身体暴露部位,有力地提示阳光照射与皮肤癌发生之间的关系。在有较多阳光照射的地区,尤其在过多曝晒阳光的人群中,皮肤癌发病率较高。例如,美国得克萨斯州,皮肤癌占全部肿瘤的35%,而在澳大利亚皮肤癌则占全部癌的50%。大多数皮肤癌发生于皮肤白皙的人,而较少发生于皮肤较黑的人,而罕见于黑人。即使在同样的地理环境中,白种人所发生的皮肤癌比非白种人要高45倍之多。回顾在 Anderson 医院治疗的 35736 例皮肤癌,发现其中 534 例是拉丁美洲人,201 例是黑人,其余全是白种人。

三、病因学

经常曝晒阳光已认为在皮肤癌发生中起重要作用。虽然曝晒阳光似乎是与皮肤癌发病有关的最常见的因素,但有些皮肤癌也可发生于身体的非暴露部位。某种环境的致癌物质,如烟囱烟尘与皮肤癌发生有关。正如 Pott 于1775年在描述打扫烟囱的人的疾病(阴囊鳞状细胞癌)时已特别注意。这种皮肤癌至今仍有发生。皮肤癌的其他易罹因素包括:热灼伤,放射性皮炎或放射性烧伤,引流窦或慢性感染,静脉炎后溃疡或外伤部位的慢性疤痕,长期免疫抑制,某些皮肤病,如遗传性着色性干皮病,和经常接触化学药品,例如硝酸盐,砷剂和多环碳氢化合物。皮肤癌常常是多发的,特别是在经常受阳光曝晒的部位。经常在同一病人身上见到基底细胞癌和鳞癌。在 Anderson 医院治疗四肢皮肤癌病人的回顾性资料中,仅25%患过一个原发性皮肤癌,其余都是多发性皮肤癌,其中35%有 5 个以上的原发性病变。

四、部位

虽然皮肤癌可在身体的任何部位发生,但大多数病例发生在身体的暴露部位,尤其是脸和双手,提示阳光曝晒和皮肤癌发生之间的关系。创伤或经常受刺激的部位通常也是皮肤癌的好发部位。但双足底和双手掌则较少发生。手术切除后复发性皮肤癌较多见于脸部,尤其是鼻周围、眼内眦和口唇。这些复发可能与外科医生最初的不适当的切除有关,或者因为要避开重要的组织结构,或者有意保持美容外观而使切除不够彻底。

五、体征和症状

典型的皮肤癌是无痛性、生长缓慢的,且在就诊时病变已较大。小的基底细胞癌呈结节

状,而较大的基底细胞癌和鳞癌可能溃烂。在大的溃疡性病变周围可出现蜂窝织炎。如不治疗或治疗不当,晚期的鳞癌可能发生区域淋巴结转移,此时可引起肿胀、疼痛,甚至有皮肤溃疡形成并有渗液。

六、诊 断

为了保证皮肤癌的正确诊断,必须做外科活组织检查,以获得准确的组织学证据。虽然有些基底细胞癌或鳞癌的特征性外观可以表明其性质,但某些可能表现为良性,因此,对多数病变必须做活组织检查。在局麻下,避开明显的坏死组织区,做适宜的活组织检查不会影响任何皮肤癌的治愈。组织学分级对于皮肤癌的诊断,甚至是转移性鳞癌的病人,几乎毫无临床意义。一旦诊断确立,就应为病人制定和提出一个合理、有效的治疗方案。

(一) 基底细胞癌

基底细胞癌在临床上分为结节型、纤维型和溃疡型三种类型。结节型顾名思义是一个隆起的、韧实的通常呈囊性的肿物,一般为圆形,多小于 1cm,因它可以有色素沉着,故难以和黑痣或恶性黑瘤区分开来。结节型基底细胞癌通常处于潜伏状态,其大小甚少变化,极少发展到严重侵犯程度。

溃疡型基底细胞癌,开始如同结节型病变,但当它的生长速度超过其血液供应时,其中央部位则形成溃疡并不断扩大。溃疡型基底细胞癌的病灶通常较大,更具有浸润性且无明显边界,但也同结节型病变一样,有色素沉着区。它可侵犯软组织、其基底的软骨、神经或骨骼。溃疡部位的再上皮化,给人一个皮下肿瘤的印象进一步掩盖了其潜在的破坏性。

纤维型或疤痕型基底细胞癌,这一类型基底细胞癌通常是扁平的,边界不清的,类似疤痕或皮肤移植术;一般不向深部组织浸润,无色素沉着,常常是多发的。

当肿瘤大面积覆盖面部、前额和(或)头皮时,确切估计其范围是困难的。造成这一难题是因为肿瘤周围的皮肤也同样长期受阳光曝晒或其他刺激物的损害。

(二) 鳞 癌

小的皮肤鳞癌类似基底细胞癌,但病灶大者则具有显著的侵袭性。在鳞癌细胞中有特殊的胶原酶,能溶解破坏皮肤基层,有利于肿瘤向真皮侵犯。随着这一过程的进展,肿瘤中央发生溃疡,溃疡外围突起并形成不断扩展的环,鳞癌也可呈外生型或疣状型。外生型可以带蒂,但基底常较宽。

复发性病变多呈扁平状并有浸润性,可侵犯基底的结缔组织、肌肉或骨骼。尤其是在手背或头皮的复发病灶。因为这些部位的皮肤与皮下组织连接紧密。

大部分皮肤鳞癌病灶是小的(2cm以下),生长缓慢,但也有一些生长迅速,直径达 10cm 以上。

(三) 热烧伤性皮肤疤痕鳞癌(Marjolin 溃疡)

在热烧伤基础上发生的皮肤鳞癌与身体其他部位所见者一样,然而 Anderson 医院诊治 Marjolin 溃疡的回顾性资料表明,在诊断时其病变直径平均在 5cm 以上。从热烧伤到诊断为

瘤的中数间隔期约为29年。几乎50%的 Marjolin 溃疡患者,在治疗时就有区域淋巴结或远处转移。除病灶大小外,在体征、症状和局部侵犯程度方面,热烧伤疤痕性鳞癌似乎无异于躯干或四肢的皮肤鳞癌。从上述资料估计热烧伤疤痕性皮肤癌真正的转移发生率是不可靠的,因为很多病人是在治疗过程中发生转移,无疑,医生选择病例是主要的影响因素。在治疗中心对热烧伤皮肤癌的转移可能性的另一估计大约在36%或更多些。但这些资料也同样受到治疗前选择病例这一因素的影响。

(四) 遗传性皮肤病

基底细胞癌综合征是一种常染色体显性遗传病,在幼年就显示出发展为基底细胞癌的倾向。此外,还伴有其他特征不同的外显率,如下颌骨囊肿、肋骨和脊柱的缺陷、掌部异常角化病和大脑镰钙化。一个多发性皮肤癌的年轻病人,尤其是伴有上述有关特征的患者,应提醒医生注意这种综合征的可能性,并调查其家族史查出其他受累成员。这些患者,基底细胞癌可在其一生中遍及全身,因此需要医生经常地检查。避免皮肤受阳光照射看来是可取的,但仍不能阻止基底细胞癌的发生。

着色性干皮病是另一种常染色体显性遗传病。它是一种癌前病变,通常是致命的,患者多在30岁前死亡。当一些少见的侵袭性皮肤鳞癌、基底细胞癌和黑瘤病情发展时(所有这些均与 DNA 代谢缺陷有关),患者未到成年就可死亡。

(五) 其他皮肤肿瘤

Jadassohn 皮肤癌是一种先天性头皮病变,变为皮肤鳞癌的机会高达35%。在20岁之前,也就是在病变扩散或恶变以前必须切除。

表皮内癌和原位癌是常见的。但应提醒医生注意这些病变是否合并有深部组织的侵犯,必须仔细检查以保证不遗漏浸润癌的诊断。

角化棘皮病是一种良性的、生长迅速的肿瘤。临床上易与皮肤鳞癌相混淆。虽然它不是恶性肿瘤,但它可掩盖其深部边缘鳞癌的存在,必须完全切除活检才能作出准确的诊断。

转移性皮肤肿瘤并不常见,通常是多发的,很少与原发基底细胞癌和鳞癌相混淆。正确地检查病人和准确的组织学诊断能将其与原发皮肤癌区别开来。

隆凸性皮肤纤维肉瘤是一种由皮肤纤维组成的低度恶性肿瘤。虽然病变起初呈现小的,实性的皮肤或皮下结节,但经数年后能发展为一个红色或蓝色的大肿瘤。病变主要发生在头、颈部及躯干,切除后常复发。这种高复发率主要与不充分切除有关,并且可从主瘤常见的显微镜扩散得到证明。

七、治 疗

治疗基底细胞癌和皮肤鳞癌的方法很多,包括外科切除,刮除术,干燥法,局部化疗,化学性切除,局部冷冻法和放射治疗等。大部分治疗可在门诊进行并取得满意的效果。

所用的治疗方法依肿瘤、病人和医生而定。肿瘤因素包括细胞类型、局部侵袭情况、肿瘤区域或远处转移情况,这是决定治疗方案的最主要因素。其次,病人对治疗方法的选择、年龄、

用药史和职业是附加因素。最不重要的是医生对治疗方法的选用、技术或设备,因为通常专家们和一些治疗中心都能胜任这些工作。

理想的治疗方法要求做到及时诊断肿瘤、准确估计其范围和侵犯程度,并且在获得满意美容和功能效果的同时使病人尽早恢复到治疗前的活动水平。外科切除能达到这一目的,它提供的最大保证是:准确诊断原发病,切除肿瘤范围满意并达到不再复发的效果。

电干燥法在局麻情况下易于进行,并能消除大多数肿瘤,但对肿瘤边缘是否有残留不能判断,且必须在短期内随诊以保证肿瘤的治愈。另外,电干燥产生的焦痂需较长时间才能愈合。在皮肤松弛或手术不影响美容的身体部位,早期切痂和修补能加快其愈合和恢复正常的活动。因此,这种不能确切提供肿瘤边缘组织学证据又需长时间才能愈合伤口的令人厌烦的方法难以说明是可行的。

化学性切除疗法已报道在控制基底细胞癌和皮肤鳞癌方面有效。但这种疗法需要追踪,反复确定组织学边缘且常需重复治疗才能达到根治。另外,对已在某一门诊行外科治疗的病变,为了保证该病变彻底切除,因而仍需花几周时间治疗。

冷冻外科疗法已成功地用于某些病例,尤其是在功能敏感部位如眼睑,但设备的可靠性、医生的技术水平、“冷冻”的速度,难于预料的疤痕形成是导致此法治疗皮肤癌失败的原因。就大多数病例而言,这种方法并不比外科切除优越。

5-氟脲嘧啶(5-FU)软膏或洗剂的治疗已成功地应用于多发性小而扁平的非浸润皮肤癌,尤其是面部的病变。经多次治疗后,这些病人面部治疗部位的皮肤光泽会产生变化,如同早期的基底细胞癌皮肤光泽一样。局部化疗对治疗多发性病变有效,但对较深的或已浸润的病变无效。对这些高危病人,应严格随诊,并仔细检查治疗过或新出现的病灶。如果不随诊常导致潜在侵袭性病变的发展并累及美容敏感部位。对有多发性皮肤改变并已发展为多发性基底细胞癌的白种人,尤应提倡局部化疗。对已显示有侵袭性,病灶较深或经局部化疗不能控制的病变应考虑手术切除。

放射治疗也应用于治疗皮肤癌,但文献上记载的治疗效果尚不一致。过去,在控制设备非常落后的内科诊所里进行此疗法,一般X线机或镭常作为非正式的手段用于治疗皮肤癌。当前,大多数放射疗法主要应用于美容敏感部位的皮肤癌或与结合手术治疗切缘有残余的病变。且大多数是用电子射线束来治疗皮肤癌,因其穿透小能防止病灶深部组织损害的后遗症。一旦手术控制肉眼病变后,放疗就能控制镜下的病变。大体说来,多发性皮肤癌最好用放射治疗,因为它引起组织变形较手术切除少。其主要缺点是治疗时间长,放射野中有发生第二原发癌的机会,这时仍需手术切除。当肿瘤侵犯骨骼或软骨时放射治疗无效。放射治疗能引起照射野中的组织坏死,从而掩盖新的肿瘤或放射性骨坏死的存在。

手术切除是治疗皮肤癌最有效的方法,为许多作者所推荐。运用快速冰冻切片检查的现代技术,大部分皮肤癌可得到准确的诊断、彻底的切除,且伤口I期愈合。直接用附近皮肤或转移局部皮瓣原位缝合外科缺损有利于伤口迅速愈合和功能恢复。第一次切除后如果边缘有肿瘤残余,则可以再扩大手术,以保证完全切除肿瘤和治疗有效。当伤口不能原位缝合或皮瓣不易覆盖其缺损时,根据缺损的部位可用薄的中厚皮片或全厚皮片移植。一般来说,在头颈部位,可用全厚皮片或薄的中厚皮片移植,在身体躯干和四肢通常用薄的中厚皮片移植。在暴露部位,移植皮片与植皮区皮肤颜色相配和纹理一致显得很重要。在头颈部位常见的供皮区是耳前后皮肤、上眼睑皮肤或锁骨上下区皮肤,上述供皮区均能原位缝合。当需要以皮瓣重建来

覆盖骨骼或其他部位时,则要应用更复杂的技术,这些技术将在第十一章中讨论。

外科联合放疗可用于病变范围广泛,切缘有癌残留的患者。如果需要再次手术,因伤口愈合和重建等问题,仅在某些特殊情况下才能进行。总的来说,无论何时,只要手术切除安全且不影响美容,作者宁可选择手术切除;而对因美容需要而不能完全切除的病变仍需加以放疗。

不管应用哪种治疗方式,因为皮肤癌常常是多发的,因此需要常规随诊,以保证成功的治疗,且定期检查病人能发现新的皮肤癌。对治疗过的病例应始终注意区域淋巴结的情况。

八、预 后

在首次治疗后要细心注意准确诊断,治疗后组织学证实无瘤边缘及适当随诊的病例,复发是罕见的,生存率是高的。对皮肤癌患者治疗后生存率估计是困难的。许多治疗过的患者,尤其是在治疗中心经治的病人,因为许多病人来自农村且回去后由当地医生治疗,因而失去了随访。老年患者常有其他并发疾病,易导致生存率统计的错误。在 Anderson 医院医治的病人,局部复发率低于 10%。基底细胞癌的转移率很低;皮肤鳞癌转移率较难确定,估计在 1~10%或以上。在头颈部常有非皮肤性鳞癌的转移,使得在该部位皮肤鳞癌真正的转移率难以估计。在 Anderson 医院收治的 1118 例四肢局部的皮肤癌患者中,仅有 16 例(1%)发生区域淋巴结或远处转移。

从一组四肢皮肤鳞癌伴区域淋巴结转移患者治疗情况的回顾性资料来看,局部治疗失败为多见。在 Anderson 医院收治的肢体皮肤鳞癌伴区域淋巴结转移的 106 例患者中,40%为局部复发病例,提示局部复发将增加嗣后转移的危险性。在这些病例中已知 32 例与鳞癌的发病因素有关,其中热烧伤 11 例,放射性皮炎 6 例、外伤性疤痕 8 例,骨髓炎 2 例,长期接触砷 3 例和牛皮癣 2 例。在热烧伤或是放射性皮炎的病人,区域淋巴结转移发生率为 41%,5 年生存率仅 63%。这一区域淋巴结转移的发生率可能不是一种真实的情况,因为安排在我们中心的病人可能病变较晚期或已复发和转移。

由于原发病灶都已治疗过,所以常缺乏引起区域淋巴结转移的肢体原发病灶的准确描述资料。我们收集了 68 例肢体皮肤鳞癌伴区域淋巴结转移患者的准确资料,其中病变直径小于 5cm 者仅 5 例,2.1~5cm 者 30 例,5.1~10cm 者 16 例,大于 10cm 者 17 例。本组 68 例中,大多数是放射性损伤和热烧伤后的患者,且大多数原发病灶都未治疗过。

在发生区域淋巴结转移的病例中,原发病及其侵犯皮下组织或深部组织程度的镜下描述,未表现出一致的特征。在因区域淋巴结转移而来治疗的原发性肢体鳞癌患者中,约 28% 出现结缔组织,肌腱,骨,大血管或神经的侵犯。有 41 例患者首次治疗为广泛外科切除,其中 6 例手术后加用放疗。对 32 例用其他方法治疗失败的患者,施行了单指(趾),部分或全肢体截肢术。24 例病人单用放疗,尽管这些病人在治疗以前也曾用过一些过时的方法治疗过,如镭敷贴或采用普通 X 线放疗总剂量仅 2000~3000cGy。一般说来,要判断产生的放射性溃疡是什么性质,应经过长时间的观察并行活检才能证实是否为复发性肿瘤。42 例因局部治疗失败伴有转移的患者,约 1/3 以上的原发病灶在安排治疗前已单独用过放射治疗。

发生区域淋巴结转移者,局部复发的高发生率,提示局部病灶复发者发生转移的机会较大,但尚未得出肯定的结论,因为许多病人在进入治疗中心之前,显然已经接受过不恰当的治

疗或者病例的选择有明显的倾向性。

在皮肤鳞癌发生转移的患者中,区域淋巴结通常是第一个转移部位。在肢体皮肤癌的患者中,仅有1例无区域淋巴结转移而发生远处转移。发生转移的病例的回顾性资料显示,90%的局部复发伴区域淋巴结转移都发生在初诊后36个月。因此,对治疗过的皮肤鳞癌患者必须严格随访,尤其是首次治疗后3年内,主要观察局部有无复发,局部复发提示转移的危险性增加。

九、皮肤癌转移的治疗

对于肢体皮肤鳞癌,乃至局部复发者,其总的区域淋巴转移率仅有1%,所以预防性区域淋巴结清除术难以说明其是合理的。对临床上出现转移者,建议行区域淋巴结清扫加复发病变的广泛性再切除,必要时截肢,即使是有远处转移,如果病人情况允许,也应做同样的治疗。因转移的淋巴结常迅速增大伴有皮肤破溃,感觉神经受累和顽固性疼痛。如果病理标本发现有淋巴结包膜外受侵的组织学证据,应在其相应范围内行辅助性放疗,剂量为5~6周内用5000~6000cGy。在颈部,在有淋巴结包膜外受侵的情况下,已清楚表明淋巴结清除术加术后放疗能明显减少治疗范围内的局部复发。对腋窝及腹股沟部位,尽管放疗经验有限,也应以同样的原则进行治疗。

在头颈部,只用淋巴结清除术来治疗淋巴结包膜外受侵而不加术后放疗者,其局部复发率高于50%。转移至腋窝或腹股沟淋巴结并有包膜外受侵而仅作淋巴结清除的患者,47%有局部复发。转移性病变局限于淋巴结包膜内,仅作淋巴结清扫,其局部复发率为25%或以下。区域淋巴结清扫后局部复发的再治疗极少成功,生存率也很低。一旦皮肤鳞癌发生区域淋巴结转移,迅速治疗能使5年生存率高达67%,但是如果有淋巴结包膜外受侵,其5年生存率降至35%以下。

在规范性区域淋巴结清除术范围内的复发病变,偶尔试行再清除术,有时行前1/4或后1/4截肢术,但仍然再次复发。这样病人的5年生存率仅16%。一旦再复发,此阶段行放射治疗一律无效。病情继续进展,在躯干或腹部出现真菌状生长的病变,这是普遍规律,最后导致患者死亡。

远处转移通常在原发癌治疗后3年内发生。常常是局部复发超区域的直接扩展。如头颈部病变向下直接蔓延到锁骨上区或躯干,或是腋窝、腹股沟病变向上蔓延至胸壁或腹部。头颈部鳞癌的肺转移并不少见,而四肢原发性鳞癌的肺转移则少见。在这些病变中,超区域直接扩散的治疗是难题,化疗也没有价值。

(黄植凡 译)