

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第五分册

鼻 咽 癌

中华人民共和国卫生部医政司 编

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

(京)新登字 147 号

**中国常见恶性肿瘤诊治规范
第五分册 鼻咽癌**

**中华人民共和国卫生部医政司 编
责任编辑：陈永生**

*

**北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社出版**

**人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行**

*

850×1168 毫米 1/32 印张 3.125 插页 4 80 千字

1991 年 6 月第 2 版 1992 年 8 月北京第 2 次印刷

印数：7001—21640

书号：ISBN7-81034-011-5/R·12

定价：2.20 元

序

为落实《全国肿瘤防治规划(1986~2000年)纲要》中关于“降低恶性肿瘤的发病率和死亡率”,“提高肿瘤患者的生存率,改善生存质量”的战略目标,卫生部委托全国肿瘤防治研究办公室会同中国抗癌协会共同组织国内近五十个单位,一百多位专家,经过两年时间的筹备和讨论,制定并撰写出版我国第一部《常见恶性肿瘤诊治规范》。它为肿瘤防治专业人员及广大医务人员提供了有重要应用价值的专业性强的参考资料。对提高肿瘤的防治研究和临床实践将起到促进作用。

本《规范》是在总结全国恶性肿瘤诊断、治疗等方面较成熟的经验的基础上,结合我国现有各级医院的实际情况,针对鼻咽癌、肺癌、食管贲门癌、胃癌、大肠癌、肝癌、宫颈癌、乳腺癌八个常见肿瘤的临床分期,诊治程序与要求,综合治疗方案,疗效评价及各种统计指标等,作了科学的和规范化的阐述,有助于统一我国常见恶性肿瘤诊治的各项标准、为提高诊治水平并为开展广泛协作奠定基础。

为此,希望各级卫生行政管理部门,予以支持,积极推广本《规范》的实施。地(市)以上及有条件的肿瘤高发县的专科和综合医院可根据当地的实际情况贯彻执行,逐步推广,在实践中不断总结经验,使其日臻完善。

卫生部医政司
一九八九年十一月

说 明

恶性肿瘤是危害我国人民健康和生命的重要疾病之一。近十年来,我国肿瘤防治研究工作有了很大发展,并取得一定的成绩。当前面临的问题是怎样进一步提高对恶性肿瘤的诊断和治疗水平。众所周知,癌症患者能否作到早期发现,早期诊断和早期治疗是防治工作关键,也是广大肿瘤专业工作者和医疗人员最关心的问题。根据卫生部指示,为了推广国内在肿瘤诊断,治疗方面已取得的成熟经验,逐步统一诊治标准,在全国肿瘤防治研究办公室和中国抗癌协会共同主持下,组织国内著名专家,用近两年的时间,撰写和出版《中国常见恶性肿瘤诊治规范》专集。

本《规范》共分九个分册:第一分册食管癌和贲门癌;第二分册原发性肝癌;第三分册大肠癌;第四分册胃癌;第五分册鼻咽癌;第六分册支气管肺癌;第七分册宫颈癌;第八分册乳腺癌;第九分册肿瘤诊治工作中常用统计指标和统计方法。鉴于鼻咽癌在我国南方的广东、广西等省(区)为独有发病区,特在本《规范》中另列一册叙述。

有关中西医结合治疗肿瘤,是我国具有的特色,近年来在临床诊治中作了不少的实践,亦取得一定的疗效。然而,迄今进行规范化诊治的成熟经验还不多,故未列入。

本书由于参加写作人员较多,内容各有侧重,为了基本上保留名家的特点,文字编写格调未强求完全一致;此外,考虑到1979年出版的《实用肿瘤学》迄今已有七年,随着医学科学的迅速发展和肿瘤诊治水平的不断提高,本《规范》在有关部分增加了一些新近的进展内容,以满足读者需要。

总之,这套《规范》是一部有实用价值的著作,它反映了我国近年来肿瘤研究工作者和临床医疗人员在防治结合方针指引下所付出的努力和取得的成就,希望本书的出版能受到广大医务人员的欢迎。

由于时间仓促,水平有限,错误和缺点在所难免,恳请专家不

惜指教,使其日趋完善。

本书在编写过程中,承蒙许多专家和有关医疗部门的热忱支持,在此谨表诚挚的感谢。

全国肿瘤防治研究办公室
中 国 抗 癌 协 会
一九八九年十一月

《中国常见恶性肿瘤诊治规范》

组织委员会

主任委员:陈妙兰

副主任委员:李连弟 张天泽

委员:(以姓氏笔划为序)

于宗河 李 冰 迟宝兰
徐光炜 鲁凤珠

编写委员会

主 编:张天泽

副主 编:徐光炜 朱瑞镛

委 员:(以姓氏笔划为序)

马曾辰 李树玲 李连弟 吴爱茹
闵华庆 张明和 张汝刚 张毓德
杨学志 郑 树 赵恩生 徐志刚
黄国俊 屠基陶 汤钊猷 潘国英
廖美琳

秘 书 长:李连弟

副 秘 书 长:鲁凤珠

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第五分册 鼻咽癌编委名单

责编委：闵华庆 潘国英 宗永生

编委：（以姓氏笔划为序）

冯本澄 邝国乾 李泰生 严洁华

陈成钦 范顺发 林祥松 林浩皋

张仁元 张有望 张锦明 唐启信

黄燕坤

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第五分册 鼻咽癌

目 录

第一章 诊断

- 第一节 临床诊断 (1)
- 第二节 组织学诊断 (5)
- 第三节 细胞学诊断 (13)
- 第四节 影像学诊断 (17)

第二章 治疗

- 第一节 放射治疗 (21)
- 第二节 化学药物治疗 (28)
- 第三节 手术治疗 (34)

- 附 录 诊治鼻咽癌的病历、记录及报告模式..... (42)

第一章 诊 断

第一节 临 床 诊 断

鼻咽癌的发病情况因地区、种族和年龄的不同而差异悬殊。据估计,世界上 80% 的鼻咽癌病例发生在我国南方各省;发病年龄则由 30 岁开始迅速上升,50~59 岁组达最高峰;男女性之比为 2.5~4:1。

鼻咽癌的常见症状有:涕血或鼻衄、鼻塞、耳鸣、听力减退及头痛等。由于鼻咽癌中 95% 属于低分化和未分化的组织类型,故恶性度高,发展较快,往往在短期内直接侵犯颅内或出现颈部转移,甚至远处转移。部分病例可先发生颅神经症状和/或颈淋巴结转移以后才出现原发症状。

鼻咽癌的自然生存时间平均为 18.7 个月,Ⅳ期病例如不经治疗,其平均生存时间为 7~9 个月。因此,对可疑病例必须详细询问病史并进行多种手段检查,以求及早确诊。

在诊断过程中,临床上需要询问及检查的项目规范见附录 1。对可疑癌患者,需要采取联合检查以求确诊。诊断过程中,应注意以下事项。

一、 病史询问及体检

1. 各项耳鼻症状和颅神经症状均局限于一侧,(鼻涕带血难以分清左右侧除外),仅在较晚期病例癌灶扩散至对侧后才引起双侧的症状。但部分病例其颅神经损害症状及颈淋巴结转移灶可以与原发灶不处于同一侧内。

2. 部分病者可以与耳鼻无关的症状为首发症状;也可以颈部肿块、颅神经损害,甚至远处转移的表现为首发症状。

3. 注意家族癌史,特别是一级亲属中兄弟姐妹的患癌情况。

4. 在询问患者一贯经常食用的食物及其数量时,常需通过其父母进行了解。

5. 除常规使用间接鼻咽镜窥视鼻咽各壁外,应同时收缩鼻腔粘膜观察鼻腔后部的情况,必要时可采用光导纤维镜作仔细观察。

6. 在检查颅神经过程中,下列情况需予注意。

(1)嗅神经受侵犯与否不能单独以嗅觉减退为标准,应结合肿瘤浸润情况及鼻中隔、筛板照片结果作判断;

(2)有视障者应检查视力、视野及其他相应的检查;

(3)面神经瘫者需鉴别为核上性、核性或核下性瘫痪;

(4)主诉听觉有变化者应注意鼓膜标志的变化,作音叉(或电测听)检查,以明确属哪一类听力障碍。需确定听神经是否受损害时,除作听力(或平衡功能)检查外,还应结合颞骨 X 线照片结果作判断;

(5)眼肌、咀嚼肌和舌肌的瘫痪有时需反复检查才能引出阳性体征。

二、活体组织检查

1. 鼻咽部活检 一般情况下,大多数病人可在间接鼻咽镜下窥视到鼻咽各壁的情况,有咽过敏者可先用 1% 的卡因喷咽 1~3 次作粘膜麻醉后检查。少数极难合作的病例可在粘膜麻醉后经鼻腔插入橡胶导管,由口引出将软腭牵开再作鼻咽镜检查。镜检时应依次观察鼻咽顶后壁、两侧壁及前壁,对比粘膜的光滑度、色泽以及是否对称。发现有异常时即在该侧用蘸有 1% 的卡因的棉支,经鼻腔底部插入鼻咽进行麻醉,并同时以 1% 麻黄素收缩下鼻甲,3~5 分钟后可经鼻腔底将活检钳插至鼻咽部,对准病灶(可借助鼻咽镜观察)咬取肿瘤组织送检。对位于鼻咽侧壁的肿瘤如经鼻腔取组织有困难时,可经口腔在软腭后方向上伸入翘头式活检钳咬取组织。

对于鼻咽病灶不十分明显者,取活检的部位可根据其症状而定。以鼻塞、涕血为主者应咬取顶或顶后壁;以耳鸣、听力减退为主者应咬取咽隐窝或咽鼓管隆突区。

如鼻咽镜下见肿瘤呈粘膜下型(局部光滑隆起,表面粘膜正常)者,咬取活检时往往需重复一次,即先在隆起肿块的顶部咬取部分组织后,再行于该处置钳深咬。亦可用 7 号长针头配以 20 或 80 毫升注射器作穿刺活检(经鼻或口插入均可),但进针时必须掌握好深度,进针后需保持注射器呈回抽状态,使处于负压,然后按预定方向来回两次。拔针时应将针头先退至粘膜下消除负压避免组织被吸入注射器内,然后出针并将针头内组织推在玻片上,均匀涂布后固定于 95% 乙醚—酒精中 15 分钟,晾干后送检。

对全无局部症状且鼻咽镜下又未见异常、而仅以颈块就诊者,可作鼻咽光导纤维镜检查,也可行鼻咽钡胶浆造影或 CT 检查以提示活检部位。如仍然未发现可疑情况,可在鼻咽不同部位取脱落细胞检查和/或在鼻咽癌好发部位(顶后壁或咽隐窝)咬取组织送检。

2. 颈部活检 对已经鼻咽活检未能确诊的病例可进行颈部肿块活检。一般均可在局麻下进行,术时应选择最早出现的硬实淋巴结(大多在颈深上组),争取连包膜整个摘出。如切除活检确有困难,可在肿块处作楔形切取活检,切取组织时须有一定深度,并切忌挤压。术毕时术野不宜作过紧过密的缝合。

穿刺活检亦可应用于颈部肿块,方法同上。

三、EB 病毒血清学检测

目前普遍应用的是以免疫酶法检测 EB 病毒的 IgA/VCA 和 IgA/EA 抗体滴度。前者敏感度较高,准确性较低;而后者恰与之相反。故对疑及鼻咽癌者宜同时进行两种抗体的检测,这对早期诊断有一定帮助。

根据较长时间的临床观察,凡确诊为鼻咽癌者尚未发现有 IgA/VCA 和 IgA/EA 均为阴性的病例,故如反复检查均呈阴性结

果时,基本上可排除鼻咽癌。但对 IgA/VCA 滴度 $\geq 1:40$ 和/或 IgA/EA 滴度 $\geq 1:5$ 的病例,即使鼻咽部未见异常,亦应在鼻咽癌好发部位取脱落细胞或活体组织检查。如一时仍未确诊,应定期随访,必要时需作多次切片检查。

四、 鼻咽侧位片、颅底片及 CT 检查

每例患者均应常规作鼻咽侧位照片和颅底照片。疑及鼻窦、中耳或其他部位有侵犯者,应同时作相应的摄片检查。有条件的单位应作 CT 扫描了解局部扩展情况,特别需要掌握的是咽旁间隙的浸润范围。这对于确定临床分期以及制定治疗方案都极为重要。多种影像学检查的方法和要求详见后文。

五、 临床分期和分型标准

关于鼻咽癌的临床分期,迄今国内外意见尚不统一。经京、沪、湘、桂、闽以及广东各地专家讨论,一致认为仍以采用 1978 年长沙会议制定的分期标准为宜,故介绍如下,并附分型标准供参考。

1. 临床分期标准(长沙,1978 年)

T:原发瘤

T₀:未见原发瘤者。

T₁:肿瘤局限于鼻咽腔一壁或两壁交界处的局限病灶者。

T₂:肿瘤侵犯两壁以上,但未超腔者。

T₃:原发瘤超腔,有颅神经侵犯或有颅底骨质破坏者。

T₄:有 T₃ 的两种以上者。

N:颈淋巴结

N₀:未摸到颈淋巴结肿块。

N₁:颈深上组有活动的淋巴结肿块(3×3cm 作参考)

N₂:颈深上部位以下至锁骨上有淋巴结转移,或淋巴结肿块活动受限制或固定。

N₃:颈淋巴结肿块大于 8×8cm,或锁骨上窝有转移淋巴结。

M:远处转移

M₀:无远处转移。

M₁:有客观指标证实远处转移。

2. 临床分期

I 期: $T_1N_0M_0$

II 期: $T_2N_0M_0, T_{0-2}N_1M_0$

III 期: $T_3N_0M_0, T_3N_1M_0, T_{0-3}N_2M_0$

IV 期: $T_4N_0M_0, T_4N_1M_0, T_4N_2M_0, T_{0-4}N_3M_0, M_1$ 。

3. 临床分型标准 鼻咽癌在自然发展过程中,晚期可分为三种类型,其分型标准如下:

(1)颅神经型(上行型/A型):有第 I、II、IV、V、VI 颅神经损害和(或)颅底骨质破坏,但没有颈淋巴结转移。

(2)颈淋巴结广泛转移型(下行型/D型):有单侧或双侧颈淋巴结广泛转移,累及锁骨上窝淋巴结,转移灶大于 $8 \times 8\text{cm}$,但无上述颅神经侵犯,也没有颅底骨质破坏。

(3)混合型(上下行型/AD型):有单侧或双侧局限于一组的颈淋巴结转移,小于 $8 \times 8\text{cm}$,兼有上述颅神经侵犯或颅底骨质破坏。

(闰华庆 范顺发)

第二节 组织学诊断

一、活检标本的采取及处理

活检钳宜锐利,取到后不要再挤压或扭绞组织。将活检组织立即置入 10% 中性福尔马林液固定。常规脱水,石蜡(熔点 $54 \sim 56^\circ\text{C}$)包埋,一般要分段取若干切片粘贴于载玻片上。切片经逐级酒精及二甲苯处理,不宜用丙酮。H. E. 及 Gomori 网状纤维染色各一片。为了鉴别未分化癌与恶性淋巴瘤,有条件的单位可加染显示多克隆角蛋白的免疫组织化学法;为了更有把握地确诊原位癌和泡状核细胞癌,有条件的单位可加做 Feulgen 和 Pyronin 染色,以显微镜光度计测定核和核仁内每平方微米 DNA 和 RNA 的含量。如做电镜检查,可用双面铜片刀在取出的活检组织上切出几个微粒,置 4% 戊二醛及 1% 锇酸中双固定,脱水后 Epon 包埋。先做一微米厚的半薄切片,甲苯胺蓝染色,认定需作电镜观察的组织区域后,再做超薄切片,置铜网上电镜下观察。至于其余大部分活检组

织依然要作上述基本的常规光镜检查。

二、鼻咽癌的组织学分类

1. 原位癌 病理科根据活检组织镜下所见报告的所谓“鼻咽原位癌”有两种可能性,一是患者鼻咽部确实只有这样一个原位癌,现在已被切除;未被切除的鼻咽其他部分可以是比较正常的或可以具有不典型性增生和/或化生等癌前改变。二是患者鼻咽部另有浸润性癌和/或另一个原位癌,活检取到的仅是癌旁原位癌而已。在实际病例中,以后者的可能性为大。鼻咽原位癌多数发生于表面被覆上皮(图 1-1),少数发生于隐窝被覆上皮(图 1-2)。至今尚未见有鼻咽原位腺癌的报道。原位癌可以是单个,也可以是两个以上。多数原位癌介乎柱状上皮之间,称为柱状型原位癌;少数原位癌位于鳞状上皮中,称为鳞状型原位癌。这里所见的鳞状上皮实多系由柱状上皮化生而来。不能用子宫颈原位癌的诊断标准来衡量鼻咽原位癌,鼻咽原位癌不一定累及上皮全层。癌细胞可以侵占上皮的全层,也可以仅仅侵占部分上皮,尚留下未被完全摧毁的非癌性上皮细胞。有时,癌细胞将非癌性的纤毛柱状细胞“抬举”起来,并为其所覆盖,有时,癌细胞群体下仍可见排列较整齐的非癌性基底细胞或储备细胞层。原位癌这一概念意味着癌细胞尚未冲破基底膜,鼻咽原位癌也不例外,在癌灶下一定要有完整的基底膜存在。原位癌细胞增生,呈花蕾状或钉突状突向上皮下时,在癌细胞与其下的粘膜固有层之间仍然有清楚的基底膜将之分隔。鼻咽原位癌的诊断主要依据细胞学的标准,其次考虑组织学的排列和结构。要在重度非典型性增生或非典型性化生与原位癌之间截然划一界线很困难,有些学者认为原位癌属于一种可逆性的非典型性表现。

因此,必须从严掌握诊断鼻咽原位癌的细胞学标准,即其间变图像务必达到众所公认的程度。原位癌细胞较之正常上皮细胞,核浆比例增大,即其核面积显著增大。柱状型原位癌细胞的平均核面积为 100.01 平方微米,而正常柱状细胞的则为 90.14 平方微米。

鳞状型原位癌细胞的平均核面积为 123.16 平方微米,而单纯性鳞状化生细胞的则仅为 104.23 平方微米。一般来说,癌细胞的核面积是增大了,但增大的程度在各个细胞之间差异较大,即呈大小不等、形态不一的图案特征。原位癌细胞较之正常上皮细胞,核内染色质增多了;在 Feulgen 染色的切片中,则显示核内 DNA 的含量增多,且多呈 $>4C$ 的异倍体组型。一般来说,核内 DNA 的量随核面积的增大而呈有比例地增多。可是,在柱状型的泡状核原位癌细胞,每平方微米中 DNA 量却反而减少。在 HE 切片中,染色质在柱状型原位癌细胞核内呈粉尘状分布,并略多地粘贴于核膜内面;而在鳞状型原位癌细胞核内则呈不均匀的粗颗粒状分布,有时凝聚成块样。原位癌细胞核仁肥大而不规则或可有多个核仁。柱状型原位癌细胞的核仁面积达 9.09 ± 2.71 平方微米,远较正常柱状细胞者 5.3 ± 2.95 平方微米为大;其核仁与核面积之比为 0.091,亦远较正常柱状细胞者 0.059 为大。鳞状型原位癌细胞的核仁面积 11.72 ± 4 平方微米,更远比单纯性鳞状化生细胞者 5.2 ± 2.16 平方微米为大,且其核仁与核面积之比为 0.095,亦更远比正常单纯性化生细胞者 0.05 为大。核仁 RNA 含量亦随其面积的增大而增多。原位癌细胞为 $255.5 \pm 109.46AU$ (随意单位),显著多于柱状细胞或单纯性鳞状化生细胞的 $118.7 \pm 60.42AU$ 。原位癌灶中每可找到病理性核分裂象,鳞状型者较柱状型者为多见。看一个细胞是不是癌细胞,上述核的图像当然具有决定性的意义。然而,胞浆成分的改变亦不可忽视。采用多克隆抗角蛋白免疫组化与 Alcian-blue 同时染色法,在一定程度上可以辅助原位癌的诊断。一般说来,正常和不典型增生或化生的细胞多呈不同程度的阳性,而癌细胞却呈阴性或仅呈极弱的阳性。总之,凭借 H.E 切片,间变程度高的鼻咽原位癌容易诊断,而间变程度低的,难与重度不典型增生或化生鉴别时,在有条件的单位,可加做上述定量组化和免疫组化等辅助诊断方法。

2. 浸润癌

(1) 微小浸润癌:多数是在重度非典型性增生或化生的基础上,少数是在原位癌的基础上,已经癌变的细胞突破上皮基底膜向下浸润而形成。微小浸润癌是高倍光镜下可以将之完全包括进去的极微小癌细胞团(图 1-3)。活检切片中见到微小浸润癌,与原位癌一样,患者鼻咽部可以确实只有这样一个已被切除的癌灶;但在多数情况下,它都是主要浸润性癌块旁的一种病变,所谓“癌旁微小浸润癌”。诊断“癌旁微小浸润癌”的先决条件是,经连续切片,肯定它与主要癌块之间没有联络。表面被覆上皮的微小浸润癌多数以梭形的癌细胞向下浸润,而隐窝被覆上皮的微小浸润癌则多数以泡状核癌细胞向下浸润;当然,也有癌细胞呈多面形,或伴有细胞间桥和/或角化而向下浸润者。

(2) 鳞状细胞癌:虽然鼻咽癌大多起源于柱状上皮,但是大多数鼻咽癌却是鳞状细胞癌。欲诊断鳞状细胞癌,切片中必须具备鳞状分化的特征。所谓鳞状分化是指:(1)角化珠;(2)细胞内和/或细胞外的角化;(3)细胞间桥;(4)癌细胞巢中细胞的排列层次似鳞状上皮,细胞并不呈合体细胞样。根据癌细胞鳞状分化程度的高低,可以将鼻咽鳞状细胞癌分为高度、中度和低度分化三级。

①高度分化的鳞状细胞癌:大部分癌组织中可见细胞间桥和/或角化者称为分化好的鳞状细胞癌(图 1-4),或角化鳞状细胞癌。角化可以是细胞内或细胞外,前者在 HE 染色片中胞浆呈较深的伊红染,在 ANAE(酸性非特异性萘酯酶)组化染色片中含深棕色的颗粒,在抗多克隆角蛋白免疫组化片中显示强阳性,后者即无核角化细胞。有时两者共同形成角化珠(图 1-5)。角化多见于肿瘤的表面,其旁的粘膜上皮常呈非典型鳞状化生;角化也可见于瘤结的内部,但在瘤块中更多见的却是多面形胞界清楚,具有许多细胞间桥的棘细胞。核分裂象少见。癌巢内一般没有淋巴细胞浸润,有时也可见到个别散在的淋巴细胞。癌巢境界一般比较清楚,有时有完整的限界膜包绕。这型癌的间质多数是纤维组织型。伴有中性白细胞、淋巴细胞、浆细胞等浸润,但浆细胞一般不太多。

②中度分化的鳞状细胞癌:这是指在癌组织中见到清楚的细胞间桥和/或角化,不是个别地存在而是有一定的数量的鼻咽癌。无论是细胞内或细胞外角化的数量远较高度分化的鳞状细胞癌少得多。癌巢内有数量不等的淋巴细胞浸润,巢周有多少不一的浆细胞,间质改变的情况与低度分化的鳞状细胞癌类似,而与高度分化的鳞状细胞癌不同。多数中度分化的鳞状细胞癌呈上述形态表现(图 1-6),部分可以呈梭形细胞或透明细胞亚型。所谓鳞状细胞癌,梭形细胞亚型是指大多数癌细胞的核呈小梭或中梭形,胞浆略嗜酸性或嗜双性。细胞的形态和染色深浅的程度比较一致,排列成束状或编织状,类似纤维肉瘤或神经纤维肉瘤。这类细胞 ANAE 组化染色,胞浆并不一定出现较多的深棕色颗粒,但抗多克隆角蛋白免疫组化染色却呈强阳性,电镜下可见丰富的张力原纤维束。梭形鳞状癌细胞的核面积约为淋巴细胞核面积的 2.5 倍,其 DNA 含量约为淋巴细胞的 1.5 倍。因此,癌细胞核内每平方微米中 DNA 的量则仅为淋巴细胞的一半多一些,即 0.55 左右。如果癌细胞的核面积增大至为淋巴细胞核的 3 倍以上,而 DNA 含量则仅略较淋巴细胞的多一些,即 1.0 倍左右,因此,癌细胞核内每平方微米中 DNA 量则仅为淋巴细胞的三分之一,即 0.33 左右,那么这种癌细胞可以称为呈泡状变的梭形鳞状细胞,其胞浆的鳞状分化程度不属于中等分化,而属于低度分化了。所谓鳞状细胞癌,透明细胞亚型是指大多数癌细胞呈多面形,胞界清楚,胞核较小,胞浆透明, PAS 染色证明含有较多的糖原;意即大多数癌细胞分化到好似正常皮肤鳞状上皮中层棘细胞的程度。

③低度分化的鳞状细胞癌:这是指在光镜下在癌组织中能找到有清楚的细胞间桥和/或角化,但数量极少,只是个别地存在的鼻咽癌。多数癌细胞的核较深染,所含染色质较多,且常常覆盖在肥大的核仁之上,使核仁呈带嗜碱性的伊红染,胞界隐约存在或比较清楚,其中有些细胞之间有丝状间桥跨越,不呈合体细胞样。癌细胞核的大小不等和形态不一比较明显(图 1-7)。核面积可以是