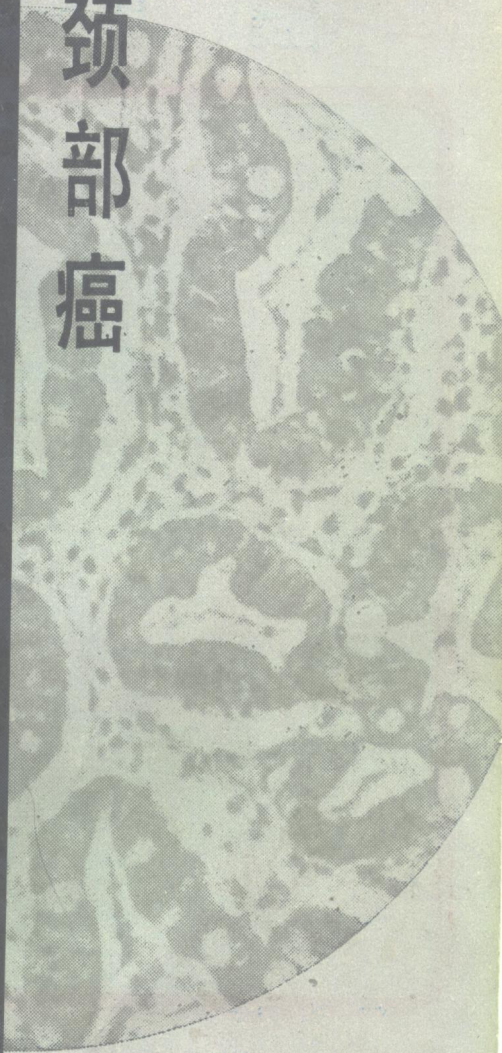


头颈部癌

癌的流行病学和预防丛书 第九分册



D. SCHOTTENFELD & J.F. FRAUMENI, Jr. 原著 上海翻译出版公司

癌的流行病学和预防丛书

第九分册 头颈部癌

原著者 D. SCHOTTENFELD &
J. F. FRAUMENI, Jr.

译者 上海市杨浦区肿瘤防治院
《癌的流行病学和预防丛书》翻译组

上海翻译出版公司

内 容 提 要

本书系《癌的流行病学和预防》丛书的第九分册,是根据原著第29、30、33以及48章翻译而辑成。主要内容为头部和颈部癌肿,包括:鼻腔和副鼻窦癌(第一章)、鼻咽部癌(第二章)、口腔癌和咽癌(第三章)以及甲状腺癌(第四章)。内容丰富,资料搜集面广,如第二章在述及鼻咽癌部分,就具体分析并探讨了广东人发病率所以高的原因。此外,书中还对癌的预防和今后的研究指出了方向。

因此这本分册可供肿瘤、五官、普外科医师以及病理学、流行病学工作者学习和研究参考之用。

《癌的流行病学和预防丛书》编译委员会成员

吴传恩 闵绍植 俞鲁谊 屠基陶
· 穆怀廉 丁 生 张采宝 杨学仪

癌的流行病学和预防丛书

第九分册 头颈部癌

(美) D. Schottenfeld &
J. F. Fraumeni, Jr. 原著

上海市杨浦区肿瘤防治院

《癌的流行病学和预防丛书》翻译组 译

上海翻译出版公司

(上海武定西路1251弄20号)

新华书店上海发行所发行 中图上海印刷厂印刷

开本787×1092 1/32 印张5.125 字数114,000

1986年1月第1版 1986年1月第1次印刷

印数1—8000

统一书号: 14311·15 定价: 1.10元

积极开展防癌工作，
有利于健康长寿。

周谷城题



為開創全國性防
癌大業的珍貴局面而
奮斗

魏文伯



译者的话

由于癌症的危害日益明显,发病率和死亡率不断上升,引起了人民群众的普遍关注,特别是关于癌症是否能预防,更是大家想知道的。根据近年来的研究进展,我们可以说:“癌症是可以预防的”。但癌症的预防还是一门新兴的而且是范围极广的学科,国内还缺乏这种专著。为此,我们邀请了国内近百位有关专家将 Schottenfeld 和 Fraumeni 教授原著《癌的流行病学和预防》一书翻译出版,以供广大医务人员和有关的科研防治工作者参阅。该书内容比较新颖、详尽,大体上总结了 1982 年以前有关经典著作及近代文献中有关癌症流行病学和预防方面的资料。全书共分五个部分,按专题共列七十章,每章均附有大量的文献索引,可以认为是迄今为止最为完善的有关预防癌症的专著。

全书约 200 多万字,篇幅过大,不便翻阅。因此将有关章节分别合并成一册,共计 19 个分册,便于读者选购参阅。

本丛书在翻译过程中承蒙农工上海市委、上海市杨浦区委领导的关怀和支持,又蒙徐荫祥、范日新、钱士良、杨小石、任道性、孔令朋、潘启超、胡志伟、孟仲法、程锦元、黄嘉裘、任家树、潘希愚、胡雨田、钟会墀、顾凤声、蒋则孝、王震宙、凌国平、邹宜昌、冯照远、宋宁家、胡林华、胡从良、贾深山、王晓琳、陈伟祥、蔡相哲、陆百亮等教授、专家审阅了部分章节,谨在此表示衷心的感谢。

为了积极搞好全国性防癌普及工作,在本书的出版过程

中,又承常泽民、张浩、余启荣、袁溶、马恢仁、殷彦芴、汪金凤、徐敬根、徐国庆、董俊凯、徐民康、赵松龄、孙钧陶、李瑞雄、施惠丰、张道谿、谢仲达、朱钧庆、朱申康、陈鼐孙、金家正、马中清、董岳岑、蒋继明、袁中汉、许声机、王坤伦、金云坤、施欣南、朱柏年、张国钧、甘韵麟、朱炤南、余明龙、周声浩、陈破读、杨瀚、陆兴年等同志和医师各方面的支持和协助并此致谢。

本书是集体翻译,虽经一再核审,但由于时间匆促和水平限制,谬误疏漏之处在所难免,幸希读者们批评指正。

上海市杨浦区肿瘤防治院
《癌的流行病学和预防丛书》翻译组

1985年1月

编者按语

众所周知,我国政府和人民一贯反对种族歧视,历来主张不同人种和民族都是彼此相互平等的。原著内容涉及白人、黑人或非白人的场合比较多,而着重社会经济方面的剖析比较少。所谓“种族原因”的实对内涵,不外乎由生物医学、遗传学、免疫学、经济条件、卫生习惯、生活方式以及职业和社会环境等各方向的因素所构成。事物的起始、发展、演变和形成,总是复杂的。同样,在构成上述的因素中,往往是由多个因素结合在一起才起作用,偶而也有单独因素起作用的。但过多地强调白人、黑人的不同,就显得突出和格格不入了。

虽然如此,我们并不因而武断地认为其学术观点有问题,更不因局部瑕疵而贸然否定全书。我们希望读者在参阅译文时,保持应有的批判态度。予以分析,不为原著的种族观点所影响。总之,弃糟粕,汲取其精华,是所望也。

目 录

译者的话

编者按语

第一章	鼻腔和副鼻窦癌	1
第二章	鼻咽部癌	36
第三章	口腔癌和咽癌	80
第四章	甲状腺癌	115

第一章 鼻腔和副鼻窦癌

发 病 率

鼻和副鼻窦癌 (ICDA*,160) 较不常见。在美国约占全部浸润癌(不包括非黑瘤的皮肤癌)的 0.2%, 占全部新诊断的呼吸道癌的 1.4%。由于少见, 在发病率统计的常规报告中曾将这些肿瘤和呼吸系统的其他的和无专门说明的肿瘤合并在一组内, 这就使鼻和鼻窦癌的描述性流行病学资料的记载受到了限制。但是考虑到呼吸道癌的病因和预防, 鼻和鼻窦癌 (SNC) 的流行病学的特点是值得分别处理的。

在第三次美国癌症调查 (TNCS) 的发病资料中, 并没有单独列出鼻窦部位肿瘤 (Cutler 和 Young, 1975), 但美国国家癌症研究所提供了本肿瘤发病率的计算机磁带。1955 年以来, 中耳和内耳癌也包括本编号内 (ICDA, 160); 不过它仅占 TNCS 调查中本编号病例的 5% (19/378)。大多数人群资料都包括各部位肿瘤, 但某些资料, 如英伦三岛的近年发病率中未包括 ICDA, 160·1。本章中除非另有说明, 其发病率按 ICDA, 160 的全部癌症, 即包括 160·1 来评论。

美国 SNC 的平均年龄标化率, 男性为十万分之 0.8 (以下均为十万分率), 女性为 0.5 (表 1), 与肺癌不同, 但与喉癌及其它呼吸道癌相似, 黑人鼻和鼻窦癌发病率并不比白人高, 但黑人患者例数不多, 尚难定论。据第三次美国癌症调查, 黑

* «国际疾病分类法», 美国改编, 第八版, 美国国家卫生统计中心, 1968 年。

人 SNC 患者仅 30 例，占 SNC 总数的 7.9%。更近的资料 (1973~1976) 提供的按性别和种族区分的年龄调整发病率的估计值同实际相一致，指出这些癌症发病率在短期内没有明显的变化 (Young 等, 1978)。由于调查地区约占全美国人口的 10%，可以估计全美每年 SNC 的绝对发病率数约为 1,300 例。

与其他呼吸道肿瘤相似，儿童和青年的发病率较低。从中年开始，发病率随年龄而增高，以 75 岁以上为高峰，达 4~5/100,000 (图 1)。45 岁后女性各年龄组的发病率均较男性低。由于黑人患者人数太少，不能做出年龄别发病率的估价。

表 1 呼吸道癌症按各部位、种族和性别的平均年龄调整发病率，
1969~1971，TNCS 全部地区合计，十万分率
(1970 年美国标准人口)

	各民族			白人			黑人		
	合计	男性	女性	合计	男性	女性	合计	男性	女性
呼吸系统	45.3	81.7	16.0	44.4	80.3	16.0	54.1	99.7	15.8
喉	4.2	8.1	0.9	4.1	8.1	0.9	4.4	8.4	1.0
肺、支气管和气管	40.0	72.1	14.4	39.2	70.7	14.4	48.9	89.9	14.4
其他呼吸系统	1.1	1.5	0.7	1.1	1.5	0.7	0.9	1.4	0.5
鼻、鼻腔、中耳和副鼻窦	0.6	0.8	0.5	0.7	0.8	0.5	0.5	0.7	0.2
其他和不明确的呼吸器官	0.5	0.7	0.2	0.4	0.7	0.2	0.4	0.7	0.3

引自第三次美国癌症调查

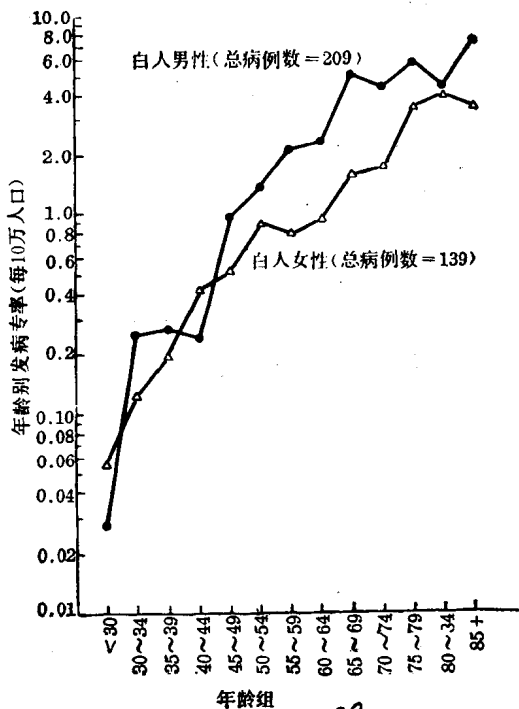


图1 SNC (ICD, 106) 平均年年龄别发病专率 1969~1971, 第三次美国癌症调查

关于地区发病率情况,据大多数国家的报告,男性年龄调整后的发病率为 0.3~1.0。日本和非洲的某些地区例外,尤其是乌干达、津巴布韦的布拉威约等地,男性发病率在 2.0~3.5 之间 (Doll 等, 1970b; Waterhouse 等, 1976; Muir 和 Nectoux, 1979)。非洲的高发率与几篇报告非洲班图人有较

高的 SNC 危险性相一致 (Higginson 和 Oettle, 1960; Keen, 1967)。此外, 夏威夷男性和美国印第安女性的发病率亦较高。虽然所报道的病例数还不多。新加坡华人和印度孟买的发病率居中。在欧洲, 斯堪地纳维亚各国和英国牛津的发病率最高, 男性约为 1.0 (Muil 和 Nectoux, 1979)。在有足够数量女性病例作可靠估计的大多数国家中, 男女患者之比为 2.0:1。

在美国国内, 地区间发病率差异情况与欧洲资料相似。第三次美国癌症调查的 9 个地区中, 南方 3 个地区 (亚特兰大, 伯明翰和达拉斯-沃斯堡) 白人男性发病率约为 1, 明尼亚波利斯-圣保罗地区也如此 (表 2)。1973~1976 年 SNC 发病率未按地区公布 (Young 等, 1978)。由于无法确定各地发病率差异在不同年度的稳定性以及可信限的大面积重叠, 在解释地区发病率时必须谨慎。

有关长期发病率动向的资料更为有限, 但显然不象在这时期内肺癌发病率惊人地增高那样。美国基于人口癌症调查结果显示, 除肺、支气管、气管及喉癌外, 其他呼吸道癌的发病率已有所降低 (Dorn 和 Cutler, 1959)。根据美国康涅狄格州按年龄组的出生队列研究中看到, 1890 后出生的男性连续队列中各年龄别专率大多较低, 但未能证明女性受到影响 (Roush, 1978)。Waterhouse (1974) 报告了 1961~1971 年英国伯明翰 10 年癌症发病资料, 发现男女两性的 SNC 发病率均有一个不够明显的降低趋势 (ICD, 160; 不包括 160.1)。1973 年, 挪威癌症登记处的 Pedersen, Hogetveit 和 Andersen 指出 1953~1971 期间, SNC 的发病率稳定不变。现有资料表明在这段期间 SNC 发病率是稳定的, 或略有降低趋势。

表2 鼻腔、鼻窦、中耳和内耳癌症 (ICDA, 160.0~160.9)
按地区和性别的平均年龄调整发病率, 1969~1971,
TNCS, 十万分率(1970年美国标准人口)*

地 区	白 人			
	男 性		女 性	
	例 数 ^a	发病率	例 数	发病率
各地区总计	209	0.82	139	0.51
匹 兹 堡	29	0.82	15	0.40
亚 特 兰 大	13	1.02	9	0.69
伯 明 翰	8	1.10	6	0.73
达拉斯-沃斯堡	23	1.02	13	0.53
旧金山-奥克兰	26	0.67	26	0.63
底 特 律	40	0.86	28	0.59
明尼亚波利斯-圣保罗	21	1.01	13	0.53
衣 阿 华 州	31	0.66	19	0.39
科罗拉多州	18	0.67	10	0.34

* 引自第三次美国癌症调查。 ^a 发病例数

死 亡 率

1939年以前《美国生命统计》中还没有关于SNC死亡数的单独报告。1939年~1948年间在《国际疾病分类法》第五次修订本中将SNC列为55d。在《美国生命统计》中报了各民族男性和女性的死亡数字,这些数字保持十年相当稳定,每年平均死亡数为367例,粗死亡率稳定在0.3/100,000。在1949年《国际疾病分类法》第6次修订本上,SNC分类编号

改为 160，死亡报道的方法亦作了相应修改，以致 1949~1957 年美国 SNC 的平均死亡数上升为每年 595 人。1958~1975 年中平均死亡数稳定在每年约 577 人。

Burbank (1971) 回顾分析了美国 1950~1967 年的死亡率，按年龄每 5 岁一组，发现白人男性和女性以及黑人女性的 SNC 各年龄组均有所增加。黑人男性是个例外。65~69 岁为年龄死亡专率高峰，其后各年龄组有连续下降情况。

图 2 是根据 Burbank (1971) 提供的资料，按 1950~1967 年各年的 SNC 年龄调整死亡率绘制的半对数曲线，黑人男性死亡率始终较白人男性为高。而每年的男性死亡率都比女性高，白人和黑人女性年龄调整死亡率则无差异。如按种族和性别比较时，白人男性死亡率不到发病率的一半，而黑人死亡率与发病率相似。因此，白人与黑人男性发病率大致相等，而黑人男性死亡率却为白人男性的 1.5 倍。这主要是由于不同种族病例的生存期差别所致。1950~1967 年美国印第安人男性和女性 SNC 死亡率明显地比白人和黑人女性为高 (Creagan 和 Fraumeni, 1972)。上述情况与近年来的新墨西哥州印第安人女性发病率资料一致，由于印第安人大多数部位癌症死亡率都较低，故这一点特别令人感兴趣，美籍华人 SNC 的死亡率亦不寻常地高 (Fraumeni 和 Mason, 1974)。但是世界各地华人高发鼻咽癌这一发现，在多大程度上受分类不精确的影响，尚不清楚。

图 2 显示白人男性和女性年龄调整死亡率有明显降低的趋势，黑人男性死亡率的降低趋势较不显著，黑人女性则无此趋势。白人男性和女性患者死亡率的降低主要见于 80 岁以上年龄组，其次见于 70~79 岁年龄组，而 70 岁以下者的死亡率并无降低。黑人按年龄分组分析死亡率时未见这种现象。

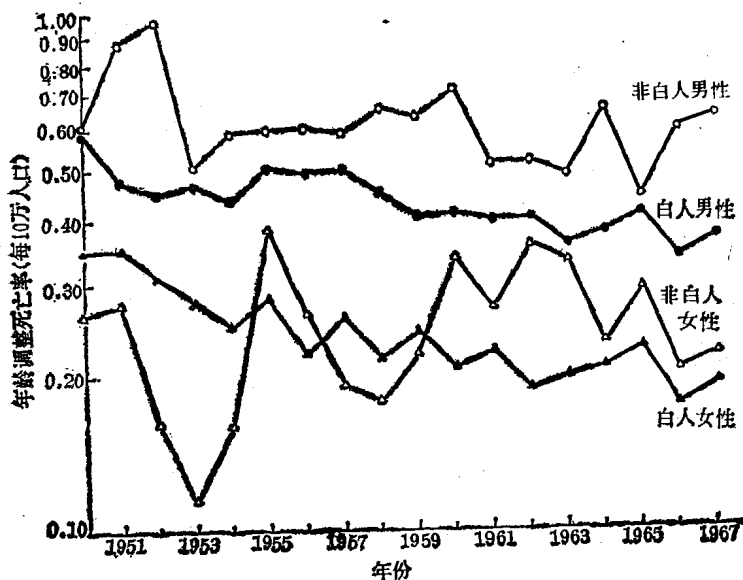


图2 美国按性别和种族的每十万人人口的 SNC (ICD, 160) 年龄调整死亡率, 1950~1967 (摘自 Burbank, 1971)

由于年龄别死亡率变化极大, 很难解释这一现象 (Burbank, 1971)。

Burbank (1971) 还分析了各州的死亡率差异, 并未发现高或低死亡率的州间群集现象, 只有得克萨斯州白人男性的死亡率特别高。各州死亡率的时间变化大体上与美国整体情况相符, 这也证实了早先注意到的死亡率下降的总趋势。分析 1950~1969 美国各县和经济区的 SNC 死亡率时, 除得克萨斯和路易斯安娜两州的某些地区外, 也没有发现地区群集的确切证据 (Fraumeni, 1978)。考虑到人口统计学和职业特点

时,看到 SNC 的高死亡率在家俱制造业、炼油厂和化工企业集中的地区 (Blot 等, 1977; Fraumeni, 1975, 1978; Blot 和 Fraumeni, 1979)。

由于在美国以外的大多数国家都还没有SNC死亡率的地区和时间变化资料,因此,分国家的癌症死亡率的国际性复习资料中没有将 SNC 单列一项 (Segi 和 Kurihara, 1972; Segi, 1978)。英国综合性登记处的报告是唯一按职业派生的社会阶层分析和评价了与 SNC 关系的资料 (综合性登记处, 1958、1971、1978)。和全部男性患者相比,社会最低层非熟练手工业者男性标化死亡率 (SMR) 较高 (图 3)。最近以来,社会阶

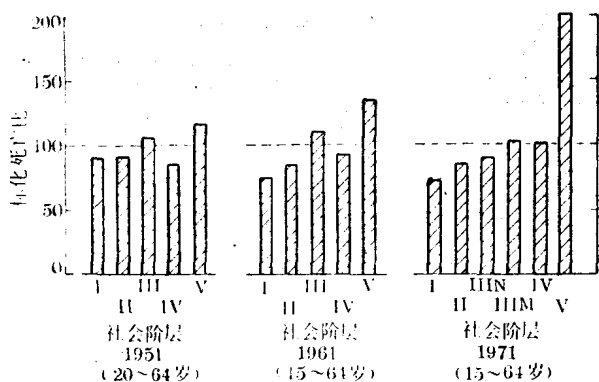


图 3 英格兰和威尔士各社会阶层男性 SNC (ICD, 160) 的标化死亡率 1951, 1961 和 1971。

分组时根据普查分级。社会阶层 (职业): I.商人等; II.中产者; III.非手工操作的熟练工人; IIIM.手工操作的熟练工人; W.半熟练工人; V.非熟练工人 (以上这些资料系摘自英国综合性登记处, 1958, 1971, 1978)。