

常见头颈部恶性 肿瘤的诊治

魏温涛 主编

青海人民出版社

常见头颈部恶性肿瘤的诊治

魏温涛 主编

青海人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见头颈部恶性肿瘤的诊治/魏温涛主编. —西宁:青海人民出版社, 2005. 11

ISBN 7-225-02718-2

I. 常... II. 魏... III. 头颈—肿瘤—诊疗
N. R739.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 132841 号

常见头颈部恶性肿瘤的诊治

魏温涛 主编

出版 青海人民出版社 (西宁市同仁路10号)
发行 : 邮政编码 810001 电话 6143426(总编室)
发行部(0971)6143516 6123221
印刷 : 青海新华印刷厂
经销 : 新华书店
开本 : 850mm×1168mm 1/32
印张 : 8
字数 : 220 千
版次 : 2005 年 11 月第 1 版
印次 : 2005 年 11 月第 1 次印刷
印数 : 1—1 000
书号 : ISBN 7-225-02718-2/R · 143
定价 : 18.00 元

版权所有 翻印必究

(书中如有缺页、错页及倒装请与工厂联系)

主 编：魏温涛

编写人员：(按姓氏笔画排列)

王小虎 刘勤江 李 军

戴 勇 魏温涛

前 言

我国肿瘤临床工作源于 1933 年由金显宅教授开创的北平协和医院肿瘤专科，经过几十年的不懈努力，肿瘤基础研究及临床治疗有了巨大的发展，各地相继建立了肿瘤专科医院，并形成了系统的治疗及研究体系。

然而，国内头颈肿瘤外科的临床工作起步相对较晚。这是因为头颈部解剖结构复杂，器官高度密集，肿瘤病种繁多，空腔脏器多，术后缺损修复困难，范围狭窄，病源分散，再加上基础研究及治疗设备滞后，因而发展较为缓慢。随着各地头颈外科专科的建立及医疗技术设备和药物的快速发展，该专业取得了相当的进步，并在世界上首创由耳鼻咽喉科、颌面外科、头颈肿瘤科联合组建的头颈外科的模式。近 30 年来，随着与其他学科的联合，尤其是与显微整复外科的结合，使头颈部肿瘤的根治手术适应证扩大，肿瘤切除率不断提高，并发症减少，患者生存率及生存质量大幅度提高，头颈肿瘤的治疗取得了骄人的成果。

目前，国内各地头颈外科专业发展不平衡，整体仍处

于积累、探索、上升阶段。本书结合作者临床工作经验，参考国内领先技术编写而成，供同道参考。书中若有不妥之处，请给予批评指正。

编 者

2005 年 8 月

目 录

第一章	头颈肿瘤概况及治疗原则	1
第二章	头面部皮肤癌及黑色素瘤	11
第三章	颅底肿瘤外科	20
第四章	鼻腔及筛窦癌	28
第五章	中耳乳突癌	37
第六章	鼻咽癌	41
第七章	上颌窦癌	52
第八章	唇癌及口腔癌	60
第九章	腮腺及颌下腺肿瘤	73
第十章	口咽癌	85
第十一章	咽旁间隙肿瘤	95
第十二章	喉癌	99
第十三章	下咽癌及颈段食管癌	113
第十四章	全喉切除术后发音重建	121
第十五章	甲状腺癌	125
第十六章	颈部肿瘤	133
第十七章	颈部淋巴结转移癌	144
第十八章	原发不明的颈淋巴结转移癌	152
第十九章	头颈肿瘤手术	160
第二十章	头颈部恶性淋巴瘤	170
第二十一章	头颈部软组织肉瘤	179
第二十二章	头颈部恶性肿瘤的化学治疗	184
第二十三章	头颈肿瘤的 TNM 分类分期	194
第二十四章	头颈部特殊肿瘤	207
第二十五章	头颈部良性病变的特殊治疗	216
第二十六章	头颈部肿瘤患者的护理	230

第一章 头颈肿瘤概况及治疗原则

头颈肿瘤学发展概述

头颈部恶性肿瘤发病率不高,据 IARC(International Agency for Research on Cancer)1997 年提供世界各地肿瘤发病资料,我国头颈部肿瘤的年均发病率为 15.22/10 万,占全身恶性肿瘤的 4.45%。头颈部癌的发病依次为喉(32.1%)、甲状腺(19.6%)、口腔(16.1%)、鼻咽(14.9%)、副鼻窦(6.6%)、大涎腺(4.2%)、口咽(3.3%)、眼(1.52%)、下咽(1.5%),这与国内部分城市研究机构资料相符合(见表 1-1)。

表 1-1 上海市市民头颈部癌症发病率(标准率)
(1/105)(1999 年)

部位	男性	女性	部位	男性	女性
唇及口腔	0.50	1.00	甲状腺	1.20	4.60
大唾液腺	0.50	0.60	中耳、鼻腔、鼻窦	0.80	0.40
口咽部	0.30	0.20	喉	2.70	0.10
鼻咽部	4.10	1.40	眼	0.60	0.00
喉咽部	0.20	0.10	头颈肿瘤总计	11.80	8.40

头颈部解剖结构交错，器官密集，肿瘤病种多，病理复杂，临床处理有较大难度。治疗上问题较多，对医师的素质和技术要求较高，较难掌握。

头颈部肿瘤病理形态以鳞状上皮细胞癌为主。美国的有关统计见表 1-2。

表 1-2 上呼吸道及消化道肿瘤病理(1982~1994 年)

病 理	例数	%
鳞 癌	40 686	94.6
腺 癌	1 613	3.8
肉 瘤	227	0.5
其他(黑色素瘤、嗅神经母细胞瘤等)	464	1.1
总 计	42 990	100

20 世纪四五十年代头颈肿瘤学形成临床学科。美国普外医师对一些头颈肿瘤患者进行了专科治疗，随后，耳鼻咽喉科也扩大了学科治疗范围，形成耳鼻咽喉头颈外科。1954 年，Hayes Martin 首次组建“头颈肿瘤外科医师学会”，从此，头颈肿瘤外科开始跻身于肿瘤医学行列。我国头颈外科始于 1933 年上海镭铎院及北京协和医院肿瘤科。1956 年在天津市人民医院建立头颈肿瘤组。1985 年由口腔颌面外科、耳鼻咽喉科、头颈肿瘤科共同组成的“头颈肿瘤外科学术委员会”在沈阳市建立，开创了在国际上首创由三大学科联合组建头颈肿瘤外科的模式。自此，国内头颈肿瘤外科得到了长足的发展。

美国报道的头颈肿瘤发病率及治疗后 5 年生存率见表 1-3。

表 1-3 美国头颈部鳞癌发病率及 5 年生存率
(1982~1994 年)

部位	发病率(1/105)	5 年生存率(%)
口腔	3.6	43.9
口咽	2.8	33.0
鼻咽	0.4	44.3
下咽	1.1	21.7
喉,声门上	1.6	42.4
喉,声门	2.5	66.1
鼻腔,鼻窦,中耳	0.85	41.4
头颈全部	13.4	42.9

头颈部恶性肿瘤治疗原则

一、多学科多手段的综合治疗

恶性肿瘤近代治疗已有百年历史。长期临床经验证明,恶性肿瘤的根治性治疗需要多学科、多手段的综合治疗。单一学科、单一治疗手段已经难以包揽恶性肿瘤的治疗任务。恶性肿瘤的治疗目的是根治性的,就是说,要求治愈。但就恶性肿瘤而言,根治性治疗是相对的。当前世界治疗水平,全身恶性肿瘤(各种肿瘤、早晚期混合统计)在治疗后的 5 年生存率在 40%左右。

应用综合治疗有三个手段:手术、放射治疗和化学治疗。其他有些新兴的治疗如生物治疗或基因治疗等,还在实验室阶段,难以规范化应用。

关于恶性肿瘤的中医治疗,目前尚无有力的、现代化的临床总结证明中医在恶性肿瘤治疗中有根治性效果。中医治疗可以辅助西

医，治疗或减轻西医治疗后的副作用。单纯应用传统中医治疗恶性肿瘤，无根治效果。在这里，要区分中医和中药，有的单味中药应用可根治肿瘤，这和化学药物治疗肿瘤有效一样，不是传统中医系统的应用。

1. 手术和放疗：临床经验已经证明，单独应用外科或放疗，对头颈部恶性肿瘤Ⅰ、Ⅱ期均有根治作用；对晚期病变，可以手术切除的，应用围手术期放疗，可以提高Ⅲ、Ⅳ期局部控制率和生存率，否则，用放疗姑息治疗。放射治疗也可以用于良性肿瘤的治疗，这一点被很多医师所忽略甚至否认。在有些情况下，良性肿瘤难以用手术切尽，如果加用放疗或者单用放疗，可以获得缓解以至根治作用。

2. 术前或术后放疗：术前或术后放疗均为辅助治疗，可以提高晚期患者的局部控制率及生存率。术前或术后放疗，依病种及各医院积累的成熟经验而定。

3. 术前放疗：剂量 40~50Gy。放疗结束后 2~4 周内手术。

4. 术后放疗：手术后 4~6 周内放疗，剂量 60~70Gy。手术后间隔时间过长再加放疗，或剂量少于 60Gy，效果不佳。这是因为手术创面瘢痕组织增生，不利于放疗。

5. 化疗：单独应用化疗对头颈部肿瘤无根治效果。应用化疗（常以顺铂和氟尿嘧啶为主）作为诱导治疗，化疗后再用放疗，两者治疗后无效者再手术，这一疗法在世界范围内应用近 10 余年，积累上万例的经验，对实体瘤头颈鳞癌（口咽、喉、喉咽）的治疗，并不比常规手术或放疗优越，不能提高疗效。但对一些低分化癌、易于全身转移的可以配合放疗或手术应用。鼻咽癌用放疗加化疗者比单纯放疗组生存率高，远地转移少，说明低分化癌加用化疗有效。在当前条件下，化疗对头颈部鳞癌，不论单独应用或综合应用，无根治效果。

据国内各肿瘤医院经验，以放疗和手术综合应用的效果优于单一手段治疗。头颈部肿瘤的总结见表 1-4 至表 1-6。表 1-4 为口腔

癌治疗，对 T_1 及 T_2 病变，只用手术治疗即可根治，加用放疗不能提高疗效；对 T_3 及 T_4 病变，辅助放疗可以提高疗效。

表 1-4 天津市肿瘤医院口腔癌的 5 年生存率
(唇、颊黏膜、舌、硬腭、牙龈、口底)

	T_1+T_2	T_3+T_4
术前放疗	64.3%(54/84)	60%(42/70)
单纯手术	65.5%(38/58)	29.4%(5/17)

表 1-5 中国医学科学院肿瘤医院下咽及
颈段食管癌治疗后生存率

	术前、术后放疗	单纯手术
下咽癌	48.6%(78/161)	20.3%(10/53)
颈段食管癌	42.5%(31/73)	12.5%(3/24)

表 1-6 中病例均为腮腺癌，通常对放疗不敏感。手术如果切除干净，术后加用或不加用放疗，效果一样。如果手术不能切尽，有肿瘤残余，肿瘤负荷小，术后用放疗，疗效比不用放疗为优。

国内各地肿瘤医院资料显示，对口腔、上颌骨及下咽癌应用术前放疗，对腮腺癌应用术后放疗，疗效均比单纯手术者为佳。

6. 总结：多学科综合治疗在头颈部肿瘤的治疗中起至关重要的作用。头颈肿瘤，尤其是鳞癌的治疗除了少数早期病例外，绝大多数需要术前或术后放疗加手术的综合治疗才能提高生存率，保证生存质量。例如，副鼻窦癌，单纯外科治疗的 5 年生存率大多在 20% 左右，而经术前放疗后再行根治切除，其 5 年生存率可提高到 50% 或更高。这不仅提高了远期疗效，而且基本上避免了合并眼眶内容

表 1-6 甘肃省肿瘤医院腮腺癌治疗结果(5 年生存率)

	单纯手术	术后放疗
首次治疗	34/42(81%)	35/40(88%)
二次治疗	10/17(59%)	17/19(89%)
低度恶性	35/38(92%)	44/49(90%)
高度恶性	9/21(43%)	8/10(80%)
I ~ II	33/33(100%)	36/37(97%)
III ~ IV	11/26(41%)	16/22(73%)

摘除的破坏性手术。术后放疗应用更为广泛，凡将术后放疗列入计划之内者，大多可起到提高疗效的作用。因此，在头颈肿瘤治疗中，必须彻底贯彻综合治疗原则。

外科医师容易被以往对放疗疗效的看法所限制，认为有的恶性肿瘤对放疗不敏感，因而不考虑放疗。肿瘤有放疗敏感性的问题，但也应了解：①放疗敏感与否个体差异很大；②肿瘤大小，对放疗是否有效起决定性作用，即肿瘤负荷的问题，3cm 肿块可能放疗不易控制，但如果肿瘤体积小，或处在细胞水平，可以用放疗控制。

术前放疗或术后放疗，孰优孰劣，至今没有定论，应该说，各有用法、各有利弊。近年来国外流行术后放疗，但尚无循证医学凭证证实术后放疗确实优于术前放疗。这主要由于外科医师惧怕术前放疗影响伤口愈合，主张术后放疗。根据国内各肿瘤医院经验及一些报告，术前放疗 40~50Gy 以下者，手术后的并发症，特别是重大并发症并没有增加。但高量放疗后 (60~70Gy)，对术后伤口愈合有一定影响。

以患者病变分期来决定治疗，头颈部各器官 I 期和 II 期鳞癌病变，均可单独用放疗或手术治疗，不需二者综合应用，治疗后 5 年生存率大致相当，但以放疗疗效略差，功能较好。III 期及 IV 期病变

单独放疗后控制率明显下降，治疗上应以手术为主，配合应用放疗。

头颈部肿瘤中，以鳞癌多见，20世纪50年代，有效药物仅有甲氨蝶呤，疗效差，反应大，应用较少，而区域性用药，如动脉灌注对灌注区病变有明显的近期控制作用，曾广泛应用，主要有5-Fu、MTX、HN₂等。70年代后相继出现了博来霉素、平阳霉素，为头颈肿瘤提供了新的化疗途径。近10年来头颈肿瘤综合治疗以诱导化疗多见，特别对局部晚期癌，大多是包括DDP的方案。术后辅助化疗多用于较易转移的病例，远期疗效尚不确定。

二、患瘤器官功能保留

20世纪50年代以后，由于对肿瘤发生发展有了进一步的了解，加之高能射线的应用、化疗药物的筛选等，肿瘤医师发现，合理地应用各种治疗手段可以缩小手术切除范围。因而，肿瘤的综合治疗和微创外科的概念出现，使患者免受广泛手术之苦，患病器官功能得以保存。

国内自1963年成功实施第一例声门上水平喉部分切除术以来，积极开展各类患瘤器官功能保全性外科。例如，喉癌的治疗，可能达到一半喉癌患者用功能保全性手术治疗，减少喉全切除术病例；上颌窦癌在术前放疗前提下，可以保留眶内容；发展分区性颈清扫术，取代致残性经典性颈清扫术等，均提高了患者治疗后的生存质量。

三、一期修复

肿瘤外科应积极推行一期手术修复，避免延期修复。强调一期手术是从三方面考虑：①扩大一些肿瘤的外科适应证，提高肿瘤的切除率及远期疗效；②早期恢复功能和外貌，保证一定生存质量；③使患者避免了多次修复手术的痛苦。

当前各种游离组织修复术，主要采用肌皮瓣、游离皮瓣以及游离的组织或脏器来修复切除肿瘤后的组织缺损，成功率较高。随着显微外科的发展，近年来血管化游离组织瓣移植已取得成功，为头颈肿瘤外科的发展起到了极大的促进作用。

四、挽救治疗

恶性肿瘤经过首次治疗后，有一部分患者（通常在 15%左右）会在近期复发。肿瘤复发不是意味着治疗无望。有相当一部分患者，在肿瘤复发后给以相应治疗，尚有可能长期存活。应该教育及鼓励患者在治疗后及时随诊检查，一旦有复发情况，应及时积极配合再治疗，仍有机会治愈。

肿瘤学发展中几个关键问题

一、肿瘤外科与普通外科

头颈外科属于外科范畴。但由于头颈外科是头颈肿瘤外科，从专业上说，属于肿瘤外科范畴。肿瘤外科学为临床医学的一个分支，研究及治疗需要外科手术的恶性肿瘤患者。不论手术治疗是这一肿瘤治疗的主要手段或辅助处理，都是肿瘤计划性综合治疗中的一个组成部分，有利于肿瘤根治。

肿瘤外科学不只是研究用手术治疗肿瘤患者。肿瘤外科医师应该了解恶性肿瘤多学科治疗的重要性，并积极应用多手段综合治疗来处理肿瘤患者，为患者提供比单纯手术更好的治疗方案。

肿瘤外科医师应该经常注意国际上肿瘤治疗的临床动向，随时准备根据先进医学信息，根据实证资料，结合自己的临床实际，改进治疗方案，同时还应该积极参与临床肿瘤科研工作，用科研结论，提高治疗水平。

普通外科与肿瘤外科不是等同的。美国癌症研究所的外科医师 Rosenberg 说，尽管普通外科医师会做胃癌手术，但如果他没有肿瘤专业训练，他就不是肿瘤外科医师。引申到其他外科的话，可以这么说，尽管耳鼻咽喉科医师会做喉全切除术，但是，如果他没有肿瘤临床训练，他就不是一个合格的头颈肿瘤外科医师。按目前我国情况，综合性医院的外科医师（普通外科、胸外科、耳鼻咽喉科、口腔颌面外科等），缺乏肿瘤学训练。

二、亚专业设置

亚科或亚专业 (subspecialty 或 superspecialty) 这一名词出现不过是几十年的事, 但国际上已受到重视, 并得到逐步发展, 中文尚无正式译名。在医学界, 临床医学是一级学科。按专业划分, 内科、外科、小儿科、妇产科、耳鼻咽喉科、口腔颌面外科等是二级学科。在二级学科范围再分专业即谓“亚专业或亚科”, 为三级学科。或按学科发展需要, 还可分为四级学科。一个科室的医师, 培养到一定程度就应该分工, 各管一片, 搞亚专业。换言之, 医学发展是朝向分工越来越细的方向进行的。

亚专业的发展不是某些个别人的意志所能左右的, 医学科学发展到现在, 已经广博深邃。就一个科室而论, 一个医师, 尽毕生努力, 也难以精通这一专科的方方面面。另一方面, 医师的学识、诊治能力的积累和提高, 需要接触大量患者方可获取。而有些疾病发病率较低, 且难治疗, 一个科室可能一个月见不了几个患者, 如果不分亚专业, 科室的所有医师都去处理, 就积累不了经验, 无法提高治疗水平。

三、伦理问题

医学伦理和医学道德是个敏感话题, 也是一个愿意为医学科学发展贡献自己、愿意为患者解除痛苦的医师天天面临的严肃课题。对医师来说, 要从不损害患者利益这一点着重考虑。国外医学杂志也常常提到 *Nocere* (拉丁文, 不伤害), 但在实际工作中却很困难。作为外科医师, 对手术习以为常。对某些疾病, 如甲状腺结节肿, 医师常常劝患者手术。但是, 医师都知道, 这不是外科能治愈的疾病, 是一个可做可不做手术的疾病。有的医师说, 某些手术很安全, 患者又愿意做, 为什么不做了? 问题是有几个患者真正愿意手术, 患者接受手术是因为医师的劝说, 不是患者本愿, 医师不能只关心手术而不关心患者。医师必须以人道主义精神和真心诚意对待患者, 客观地衡量各种治疗手段的得失, 给患者提供最适宜的治疗。

参 考 文 献

1. Rarkin D M ,et al.Cancer Incidence in Five Continents Vo1 VII , IARC Ceientific Publications,No 143,Dyon ,France ,1997
2. 邱蔚六. 我国近年口腔颌面肿瘤诊治及研究进展. 实用肿瘤学杂志, 2000, 15:361
3. Nelson WR et al .In search of the fist head and neck surgeon Am J Surg ,1987,154:342
4. 闵华庆. 鼻咽癌研究. 广州: 广东科技出版社, 1998
5. 天津市肿瘤研究流行病室. 1993~1997 年恶性肿瘤化死亡率分析. 中国肿瘤临床, 2001, 28:71
6. 李树玲. 上颌窦癌 15 年治疗经验. 天津医药肿瘤学附刊, 1978, 5:50
7. 李树玲. 甲状腺癌功能性颈淋巴结清除术. 天津医药肿瘤学附刊, 1979, 6:139