

人民卫生文库
名医说病

鼻咽癌

胡超苏 编著

◆ 鼻咽癌发生在解剖结构复杂和隐蔽的部位，其症状多变，治疗复杂，也易发生延误诊断。因此，早期发现和治疗对于提高疗效、减轻病人痛苦十分重要。



农村读物出版社

人民卫

名医药

鼻

咽

癌

胡超苏 编著

农村读物出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

鼻咽癌/胡超苏编著. - 北京: 农村读物出版社,
2000.1
(人民卫生文库·名医说病)
ISBN 7-5048-3240-5

I. 鼻… II. 胡… III. 鼻咽肿瘤 IV. R739.63

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 01184 号

R 出 版 人 沈镇昭
责任编辑 赵 勤
责任校对 沙凯霖

出 版 农村读物出版社(北京市朝阳区农展馆北路 2 号 100026)
网 址 <http://www.ccap.com.cn>
发 行 新华书店北京发行所
印 刷 中国农业出版社印刷厂
开 本 787mm × 1092mm 1/32
版 次 2000 年 3 月第 1 版 2000 年 3 月北京第 1 次印刷
印 张 2.875 字 数 55 千
印 数 1~5 000 册 定 价 4.80 元



(凡本版图书出现印刷、装订错误, 请向出版社发行部调换)

人民卫生文库

名医说病

序

我国卫生工作的重点之一是农村卫生工作，即保障九亿农民的健康。改革开放以来，农村卫生事业有了很大进步，但与城市相比，仍有较大差距。为了提高人民群众的生活质量和健康状况，为了实现 2000 年人人享有卫生保健，“使所有人民的健康达到令人满意的水平”这一全球目标，我们必须提高全民族的卫生保健意识。由农村读物出版社出版的这套《人民卫生文库·名医说病》，则对实现上述目标起到了积极的促进作

用。

这套丛书的宗旨就是为广大农民群众防病治病提供科学指南，其特色是中西医并重，在文风上讲求科学性、通俗性和实用性。考虑到农村实际，丛书特别注重了对防病知识和现场急救知识的介绍，解决农民群众自我保健中可能遇到的许多问题。

这套丛书的作者均是有丰富临床经验并具有中西医结合学识的主任、副主任医师。他们理论联系实际、深入浅出地向广大读者介绍医学普及知识，编写了这套有利于人民卫生保健的丛书。我认为这是一件很有意义的事。



1999年5月26日

目 录

一、鼻咽癌的地域特点.....	1
1. 地区聚集性	1
2. 种族易感性	2
3. 发病稳定性	2
二、鼻咽癌发生的原因.....	3
1. EB 病毒感染	3
2. 环境与饮食因素	4
3. 遗传因素	4
三、鼻咽癌的普查	5
四、鼻咽癌的主要表现.....	8
1. 临床症状	8

2. 医生检查	9
3. 鼻咽癌的转移途径	13
五、鼻咽癌的诊断	15
1. 鼻咽癌的检查	15
2. 鼻咽部活检	16
3. 鼻咽癌的病理诊断	18
4. 鼻咽癌的辅助检查	19
六、鼻咽癌的鉴别诊断	24
1. 鼻咽癌的误诊	24
2. 鼻咽癌的鉴别诊断	25
3. 确诊时间长短与病期早晚的关系	30
七、鼻咽癌的治疗	33
1. 鼻咽癌的放射治疗	34
2. 鼻咽癌的化学治疗	51
3. 鼻咽癌的手术治疗	58
4. 鼻咽癌的中医治疗	60
5. 鼻咽癌的治疗效果	67
八、特殊类型的鼻咽癌及治疗	70
1. 儿童鼻咽癌	70
2. 妊娠合并鼻咽癌	71
3. 鼻咽腺样囊性癌	71
九、鼻咽癌放射治疗后病情的处理	73
1. 鼻咽癌放射治疗后复发的诊断和治疗	73
2. 鼻咽癌放射治疗后远处转移的诊断和治疗	75
3. 鼻咽癌放射治疗后遗症的诊断和治疗	77

一、鼻咽癌的地域特点

1. 地区聚集性

鼻咽癌的发病率，因地区、种族和年龄的不同而异。在中国的南方，即广东、福建、湖南、江西等省，特别是广东省的中部和西部，是鼻咽癌的高发地区，以广东省四会县为最高。其中，男性每10万人中约有26人发病，女性每10万人中约有13人发病。鼻咽癌在东南亚、非洲东北部和地中海周围的一些国家也比较常见，但在欧洲、美洲、大洋洲和拉丁美洲国家则很少见，每10万人口中仅有1人发病。

2. 种族易感性

黄种人得鼻咽癌的较多，最多的是中国人，其次是马来西亚、印度尼西亚、泰国、越南和菲律宾人，日本和朝鲜人则很少见。侨居在世界各地的中国人鼻咽癌的发病率也高于当地人。中国人的后裔发病率比在中国出生的华侨要低，但仍高于当地人。具有中国血统的混血儿，发病也较多。

加拿大北部的爱斯基摩人(黄种人)，是古代从亚洲迁入的，故发病的人也较当地人多。

白种人和黑种人得此病的机会明显低于黄种人。

3. 发病稳定性

鼻咽癌的发病率和死亡率都相对稳定，说明鼻咽癌的发病因素可能是相对稳定的。如在广东省，发生鼻咽癌的人数较多，在上海则要低得多（每 10 万男性或 10 万女性中发病人数分别为 5 人和 2 人）。

二、鼻咽癌发生的原因

鼻咽癌的发病原因仍不清楚，是多种因素综合作用的结果。包括环境和病人自身的因素。

1. EB 病毒感染

EB 病毒是一种疱疹病毒，与鼻咽癌的关系十分密切。EB 病毒能诱发人鼻咽黏膜上皮细胞癌变。EB 病毒的抗原抗体反应、基因蛋白表达可用于鼻咽癌高危人群的确立、癌前期病变与鼻咽癌的早期查出。鼻咽癌病人的 EB 病毒抗体阳性率如下：EB 病毒壳抗体(VCA-IgA)阳性率为 90%，EB 病毒早期抗原(EA-IgA)阳性率为 95%。

在中国 0~5 岁幼儿已普遍感染 EB 病毒，且无地区差异。在成年人中，EB 病毒的感染也极为普遍，感染后终身带毒，EB 病毒壳抗体阳性率为 5.9%~6.25%。但鼻咽癌的发生却有明显地域性，这种矛盾现象说明 EB 病毒感染绝不是鼻咽癌的惟一致病因素。鼻咽癌也像其他肿瘤一样，其发生是多因素、多步骤的，是 EB 病毒、遗传与环境因素共同作用的结果。

2. 环境与饮食因素

土壤中镍含量高与鼻咽癌的发病率有一定的关系。鼻咽癌高发区的大米、水中微量元素镍的含量较低发区为高。在男性鼻咽癌病人的头发中，镍的含量也较高。动物实验证明，镍能促进亚硝胺诱发鼻咽癌。这提示镍可能是促癌因素。

进食腌制食品，如咸鱼、咸肉、梅菜、陈皮梅等，与鼻咽癌发病相关。进食新鲜蔬菜、水果等，均为保护因素。

3. 遗传因素

鼻咽癌病人中 10% 有家族史和家族易感性，而且鼻咽癌病人有种族性。但鼻咽癌不是一种遗传病。大约 75%~90% 的鼻咽癌病人有 3 号和 5 号染色体长臂的缺失，65% 中国病人表达潜在膜蛋白抗原(LMP1)。故鼻咽癌很可能是多基因遗传因素和环境因素共同作用的结果。

遗传因素和机体免疫力的下降是鼻咽癌发生的基础，EB 病毒在鼻咽癌的发生中起病因作用，但不是惟一的因素，与促癌物和(或)致癌物如亚硝胺等起协同作用。

三、鼻咽癌的普查

鼻咽癌普查是在相对稳定的人群中，逐个进行鼻咽镜检查或 EB 病毒血清学检测。如有可疑病灶或血清学检测阳性者，则再进行鼻咽部活组织检查，以发现鼻咽癌病人（特别是早期病人）。

在正常人群中进行全民普查，鼻咽癌的检出率很低。因此选择鼻咽癌高发区或高发人群进行鼻咽癌普查，可以提高检出率。

由于鼻咽腔部位隐蔽，加上鼻咽癌早期症状不明显，所以在有症状到医院诊治的病人中，约 80% 已为晚期，其中 I 期病人则占 3% ~ 6%。由于鼻咽腔可直接观察，EB 病毒血清学包括 EB 病毒壳抗体、EB 病毒

早期抗原、EB 病毒早期抗体的检测，广泛应用于鼻咽癌的诊断特别是早期诊断，为鼻咽癌的普查提供了有利的条件。

鼻咽癌普查的目的在于早期发现病情，以便及早诊治，从而提高治愈率。普查所发现的鼻咽癌患者，其早期病人所占的比例比来医院就诊的患者要高得多，其中一些病人是无自觉症状的。表 1~4 是鼻咽癌普查的一些情况。

表 1 鼻咽癌的前瞻性研究(10 年追踪)

	总人数	EB 病毒壳抗体阳性	EB 病毒壳抗体阴性
人数	20 726	1 136	19 590
鼻咽癌病人	57	53	4
检出率*	276	4 665.5	20.4

* 检出率为每 10 万人中检出的人数。

从表 1 可以看出，EB 病毒壳抗体阳性的鼻咽癌检出率明显高于 EB 病毒壳抗体阴性者。

表 2 不同 EB 病毒壳抗体滴度鼻咽癌检出率

	EB 病毒壳抗体滴度			
	<1:5	≥1:5	≥1:40	≥1:80
鼻咽癌	3	142	93	85
观察人数	100 646	56 104	14 418	4 738
检出率*	2.98	253.1	645.02	1 794

* 检出率为每 10 万人中检出的人数。

鼻咽癌的检出率随 EB 病毒壳抗体滴度的增加而增加，滴度在 1:80 以上者其检出率高达每 10 万人口中有 1 794 人。

表3 不同组合双项阳性或三项阳性鼻咽癌检出率

	EB病毒壳抗体、EB病毒早期抗原、EB病毒早期抗体 三项阳性	EB病毒壳抗体、EB病毒早期抗原 双项阳性	EB病毒壳抗体、EB病毒早期抗体 双项阳性	EB病毒早期抗原、EB病毒早期抗体 双项阳性
鼻咽癌	16	71	49	16
观察人数	219	2 073	1 179	219
检出率*	7 305.9	3 424.9	4 156.1	7 305.9

* 检出率为每 10 万人中检出的人数。

从表 3 可以看出, EB 病毒壳抗体、EB 病毒早期抗原、EB 病毒早期抗体三项阳性及 EB 病毒早期抗原、EB 病毒早期抗体两项阳性的检出率最高。

表4 普查检出与医院就诊鼻咽癌分期

临床分期	普查检出		医院就诊	
	病例	%	病例	%
I	68	46.9	46	10.8
II	49	33.8	213	49.9
III	25	17.2	122	28.5
IV	3	2.1	46	10.8
合 计	145	100	427	100

普查出来的早期鼻咽癌占多数, I、II 期病人占全部病人的 80.7%; 而到医院就诊的病人中, I、II 期病人仅占全部病人的 60.7%。

四、鼻咽癌的主要表现

1. 临床症状

(1) 颈淋巴结肿大。这是最常见的一个症状。病人往往在无意中摸到颈部有一个肿块，或照镜子时发现两侧颈部不对称，或被别人发现肿块。它的部位常在耳朵的下方，是 30% ~ 40% 病人最早的症状，治疗时 70% ~ 80% 的病人有颈部淋巴结转移。肿块常较硬，触之无疼痛，影响活动。具有转移早、转移率高的特点。晚期病人其淋巴结可达到锁骨上，甚至到腋窝或纵隔。

(2) 回缩性血涕。回吸鼻腔后，从口腔吐出带涕血丝，尤以早晨起床后为甚。可以持续一段时间，为肿瘤血

管破裂出血所致，是鼻咽癌的早期症状之一。

(3) 耳鸣或听力减退。即耳朵嗡嗡叫，或耳聋，听力较以前差。这是因为鼻咽部肿瘤生长在侧壁上，堵塞了咽鼓管开口，造成中耳炎，是鼻咽癌的早期症状之一。

(4) 头痛。表现为枕部或颞部的疼痛，常为钝痛。早期为血管反射性头痛，晚期则为肿瘤破坏颅底骨或颅神经、肿瘤感染、颈淋巴结转移压迫血管神经等。

(5) 鼻塞。为肿瘤阻塞后鼻孔或侵犯鼻腔，导致鼻腔通气不畅。有些病人鼻腔被完全堵塞，并且有较多的分泌物，甚至有血丝。

(6) 面部麻木。为肿瘤侵犯三叉神经所致，可以引起感觉减退、痛觉过敏或者痛觉缺失。三叉神经是支配整个面部的感觉神经，分为三支，分别支配额部、脸颊部、下颌，其运动支受侵犯则可引起张口时下颌骨的偏斜。

(7) 复视。看东西时不清楚，有重影。

(8) 伸舌偏斜。舌头伸出时偏向一侧，为支配的舌下神经受侵犯。

(9) 其他颅神经侵犯症状。

(10) 张口困难。嘴巴张不开，为鼻咽癌的晚期症状，由肿瘤侵犯颞下窝、翼内肌、翼外肌、翼腭窝等引起。

(11) 突眼。眼球突出，可能为肿瘤侵犯眼球后面所致。

2. 医生检查

医生的检查主要包括鼻咽部检查、颈淋巴结检查和颅神经检查。

(1) 鼻咽部的检查。通过间接鼻咽镜直接从口腔内检查鼻咽部。可以清楚地观察到鼻咽部肿瘤的大小、表面

形状、部位、侵犯范围等，是最常用的方法，其简单、方便、实用。医生先将间接鼻咽镜放在酒精灯上加热，以避免放入口腔时口腔中的热气使镜面模糊而看不清楚，然后用压舌板将舌头轻轻地压下去，将间接鼻咽镜放入口腔内进行仔细检查。做这个检查可能会有一些不舒服，特别是有恶心、想吐的感觉。这时患者要尽量放松，做一些吸气动作，以便使医生观察清楚。如若不行，患者也不必紧张，医生可向病人口中喷少量 2% 的丁卡因，以减轻患者口腔内的敏感性，实行表面麻醉。平常患者也可以用筷子或调羹压下舌头进行锻炼，以配合医生的检查。若以上两种方法都行不通也不必担心，还可以通过纤维鼻咽镜或电子鼻咽镜检查。同时要检查张口的程度，一般是测量两个门齿之间的距离，正常人一般在 4 厘米以上。

(2) 颈淋巴结检查。主要通过医生的双手来检查。可以发现淋巴结的大小、部位、活动度及表面皮肤是否有侵犯等，也可以通过 B 超或者 CT 检查发现更小的淋巴结。颈淋巴结分为上颈淋巴结、下颈淋巴结、锁骨上淋巴结和颈部偏后的淋巴结。鼻咽癌的颈淋巴结一般先转移到上颈部淋巴结，而后到下颈部淋巴结，再往下到锁骨上淋巴结。淋巴结越大，或淋巴结位置愈低，则病期愈晚，预后愈差。

(3) 颅神经检查。主要是检查 12 对颅神经和颈交感神经的情况。

① 颅神经的情况。

第一对为嗅神经。主管嗅觉，受累相对较少。

第二对为视神经。受累相对也较少，可致单眼失明。

第三对为动眼神经。支配眼部肌肉的运动，主要为上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、提上睑肌以及交感神