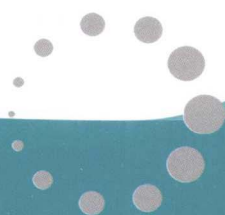


青海省

常见肿瘤诊治规范

青海大学附属医院 编

QINGHAISHENG
CHANGJIAN ZHONGLIU
ZHENZHI GUIFAN



青海人民出版社

青海省常见肿瘤诊治规范

青海大学附属医院 编

青海人民出版社

·西 宁·

图书在版编目(CIP)数据

青海省常见肿瘤诊治规范/青海大学附属医院编. —西
宁:青海人民出版社,2009.8
ISBN 978-7-225-03440-9

I. 青… II. 青… III. 肿瘤-诊疗-规范 IV. R73-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 141032 号

青海省常见肿瘤诊治规范

青海大学附属医院 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 (总编室)(0971)6143426
发行部(0971)6143516 6123221
印 刷:青海天和地矿印刷有限公司
经 销:新华书店
开 本:720mm×960mm 1/16
印 张:21.5
字 数:306 千
版 次:2009 年 8 月第 1 版
印 次:2009 年 8 月第 1 次印刷
印 数:1-1 000 册
书 号:ISBN 978-7-225-03440-9
定 价:40.00 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)

《青海省常见肿瘤诊治规范》

编 委 会

主 编 刘红星 张建国

副主编 张成武

编写人员(按姓氏笔画为序)

王 健	王丽娟	王晓武	付虹霞
吴密璐	张双元	张成武	张建国
张晓兰	李占全	李进章	杨守仁
陈 凡	周 为	赵君慧	姬发祥
索南措	耿 惠	赛拉加	冀林华



前 言

控制癌症已成为世界卫生组织 21 世纪全球卫生战略重点。近 30 年以来,世界癌症发病数以年均 3%~5% 的速度递增,每年约有 700 万人死于癌症。我国的高发癌谱也正处于发展中国家向发达国家过渡的阶段。青海省属高原边远地区,经济发展相对滞后,恶性肿瘤的发病率更是居高不下。因此,对癌症的科学诊治是我们必须重视的一个课题。

疾病的规范化诊治已成为现代医学的发展趋势,规范来源于不断更新的循证医学证据。但是,我国目前肿瘤诊治仍然存在相当大的随意性和不规范性,诊治水平在不同的地区、不同的医院有较大的差距,同样癌症的治疗方法在不同的医院和医生手中完全不同。在医学发达的欧美国家,除了接受临床试验的病患以外,绝大多数癌症病人都会接受标准和规范的治疗方案。因此,如何改变目前癌症治疗中存在的不规范情况是当务之急。我们倡导推广科学严谨的肿瘤规范化诊治,并在预防、控制、早期诊断等方面与国内外先进水平接轨,提高青海省肿瘤诊治水平。

规范治疗是指根据肿瘤的生物学特性、病期和发展趋势等方面情况,多学科合作制定治疗方案,进行有计划、有步骤、有顺序、合理规范的治疗,也就是既遵守治疗原则,又强调患者本身的状况,对病情做出全面的评价,正确有序地运用各种治疗手段,以达到最佳效果。

青海大学附属医院、青海抗癌协会、中华医学会青海肿瘤分会





统一组织有关专家，以自己的临床工作为基础，结合国内外最新研究成果，编写了这本《青海省常见肿瘤诊治规范》。此书的出版可使青海省恶性肿瘤的诊治工作有章可循、有据可依，从而使恶性肿瘤的诊治走上科学化、标准化和规范化的轨道。实现规范化肿瘤诊治，有利于促进青海省肿瘤诊治整体水平的提高，有利于促进医务人员业务素质的提高，有利于促进医疗质量管理水平的提高，同时也能为社会降低治疗成本。

《青海省常见肿瘤诊治规范》涵盖了胃癌、肝癌、肺癌、乳腺癌、大肠癌、食管癌、卵巢癌、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤、白血病等青海省常见肿瘤的诊治规范。其内容经专家反复讨论、修改，希望能对本省广大医务人员的临床工作有所帮助。

本书在编写过程中，得到了许多老前辈、同行和同事们的关心和指导，在这里一并致谢。因编者的经验和知识有限，疏漏和错误之处在所难免，恳请同行们不吝赐教，敬请广大读者予以指正。

刘红星 张建国

2009年1月3日





目 录

鼻咽癌的诊治规范	陈 凡(1)
甲状腺癌的诊治规范	窦拉加(34)
肺癌的诊治规范	王丽娟(51)
食管癌的诊治规范	张建国 周 为(64)
乳腺癌的诊治规范	吴密璐(81)
胃癌的诊治规范	杨守仁 王晓武(108)
大肠癌的诊治规范	张成武(119)
中枢神经系统肿瘤的诊治规范	陈 凡(150)
原发性肝癌的诊治规范	李进章(201)
卵巢恶性肿瘤的诊治规范	付虹霞(213)
子宫内膜癌的诊治规范	索南措(233)
肾癌的诊治规范	姬发祥 王 健(246)
软组织肉瘤的诊治规范	张双元(255)
恶性淋巴瘤的诊治规范	赵君慧(264)
急性白血病的诊治规范	冀林华 崔 森(287)
慢性粒细胞白血病的诊治规范	耿 惠(302)
多发性骨髓瘤的诊治规范	耿 惠 李占全(305)
子宫颈上皮内瘤变及宫颈癌的诊治规范	张晓兰(316)



鼻咽癌的诊治规范

陈 凡

一、概述

鼻咽癌是指发生在鼻咽部的恶性肿瘤。鼻咽癌的流行特征具有较为明显的地域聚集性、种族差异性、家族聚集现象和人群分布。鼻咽癌的发生具有多因素，其癌变过程表现为多步骤，而且不同的个体其发病的条件，甚至发病后出现的生物学特征也不尽相同。目前认为鼻咽癌是一种多基因遗传病，虽然目前研究还未得出明确结论，但从流行病学研究发现的情况，提示鼻咽癌的发生可能与 EB 病毒、环境饮食和遗传因素相关。

二、诊断

鼻咽是鼻腔的直接延续，由后鼻孔到软腭的下缘为鼻咽腔，呈立方形。前界为后鼻孔，上界为蝶骨体，后界为斜坡及第一、二颈椎，下界为软腭，鼻咽横径 4cm，垂直径 4cm，前后径 2cm。鼻咽壁可分为顶壁、后壁、左侧壁、右侧壁、前壁和下壁。顶后壁相当于蝶窦的后下部、蝶骨底部、枕骨底部及颈椎的前面。侧壁的主要结构为咽窝与咽鼓管口。咽隐窝是鼻咽癌最常见的部位。下前壁是软腭面向鼻咽腔的一面。鼻咽癌很少发生于下前壁。

（一）病史及体检

凡有五官症状或有头痛、颈部肿块或普查 EB 病毒抗体效价，尤其是 EA-IgA 效价明显增高者或来自于鼻咽癌高发区，或有鼻咽癌家族史者，均应作鼻咽镜、影像学及病理学等一系列临床检查，以便确诊，了解病变范围，为提供临床分期的证据和疗效判定及随访奠定基础。

临床检查除包括一般状况评价（KPS）、体重、身高、视力、生命体征的



测定及心、肺、肝、脾、骨及神经系统检查外，还应作详细的专科检查。

(二) 专科检查

1. 五官检查

(1) 眼：两眼是否对称，有无突眼，视力、视野等，其余见颅神经检查。

(2) 耳：外耳道有无分泌物或肿物，鼓膜有无内陷、充血、穿孔，有条件的要测听力，其余见听神经检查。

(3) 鼻：外形有否异常，是否有鼻堵等。前鼻镜检查主要观察鼻腔内有无肿瘤，并且描述肿瘤的侵犯范围。

(4) 鼻咽检查：见间接鼻咽镜及内镜检查的相关内容。

2. 口腔检查：检查有无牙齿及牙周疾病、观察口咽侧壁和后壁有无隆起或肿瘤情况，并进行记录。

3. 颈部检查：鼻咽癌有较高的颈部淋巴结转移率，应注意详尽检查颈部淋巴结情况。淋巴结常是多个大小不等、质硬的肿块，随病程发展逐步融合为巨大肿块，活动度受限。肿块较大时，可出现逆行播散。最常见的颈淋巴结转移部位为颈深上淋巴结，其次为颈后淋巴结和咽后淋巴结，而颌下、颏下淋巴结发生转移较少见。但如果既往有颈部淋巴结活检、颈部手术史或曾进行过头颈部放疗，则颌下、颏下甚至耳前淋巴结转移的几率增加。颈淋巴结检查应按如下顺序检查。

(1) 颈深上组淋巴结，即颈内静脉链前方或后方的淋巴结，以及颈深中、下组淋巴结。

(2) 颈后三角区的副神经淋巴结链。

(3) 锁骨上区的颈横动脉淋巴结链。

(4) 颌下、颏下、耳前、枕后等浅组淋巴结。

在进行颈部检查时，检查者应站在患者的后方，手法不宜过重，自上而下或自下而上顺序检查，以免遗漏。首先要明确颈部有无肿大淋巴结，如发现颈部肿大淋巴结，应注意其部位、大小、质地、活动度、是否侵皮等。推荐





采用 WHO 的肿瘤测量方法（肿瘤最大径×最大径的垂直径×厚度）来描述淋巴结的大小，采用颈部影像学分区描述淋巴结的部位。若下颈、锁骨上发现有肿大淋巴结，还应常规检查腋窝有无肿大淋巴结。发现肿大淋巴结，应详细记录其部位、大小、活动度、硬度、压痛等情况。

4. 脑神经的检查：在鼻咽癌的体格检查中，特别强调 12 对脑神经的检查，一方面通过相关检查明确受侵的脑神经，了解病变范围，并且可通过不同脑神经症状出现的早晚及先后顺序，间接判定出病变的侵犯途径及范围；另一方面也可作为治疗中的疗效观察指标。

5. 镜检

(1) 间接鼻咽镜检查：这是诊断鼻咽癌必不可少的最基本的检查，简单、易行且经济。一般可观察到鼻咽腔内有无肿块及鼻咽黏膜有无糜烂溃疡、出血坏死等异常改变，并可在病变处钳取组织送病理检查。后鼻镜检查应特别注意以下方面。

①咽隐窝是否对称，有无浅窄或消失。

②隆突有无变形增大、移位、不对称或结构不清，耳咽管开口有无变形或消失。

③顶后壁、顶侧壁有无黏膜下隆起增厚或鼻咽腔穹隆形状改变、不对称。

④圆拱形的后鼻孔缘有无变形、增厚、被掩盖、堵塞或有无结节肿块。

⑤口咽后壁、侧壁有无肿物或黏膜下隆起，软腭有无下塌或软腭背有无肿胀或局限性隆起。

(2) 前鼻镜检查：有鼻塞、血涕的均应行前鼻镜检查，以观察鼻道有无肿块、出血、坏死物等，并要排除下鼻甲肥大、鼻中隔偏曲引起的鼻塞。有时仅通过鼻部前鼻镜即可行鼻腔鼻咽肿物活检。

(3) 光导纤维鼻咽镜检查：由鼻腔进路置入光导纤维鼻咽镜，可以清楚观察到鼻腔及鼻咽腔内病变。优点如下。

①不受患者张口大小及咽反射制约，操作简单，易于掌握，创伤性小，安全可靠。



②有放大数倍的作用，能更好地发现黏膜表面细微病变，尤其是深藏于隐窝顶、咽鼓管咽口处的小病灶都可以查出并可直接钳取活检。

③检查范围广，与前后鼻镜相比，侵犯后鼻孔、鼻腔的检出率高；与 CT 相比，检出率高而且准确。

④在光导纤维镜直视下，令病人做吞咽动作时的动态检查，易鉴别治疗中或治疗后黏膜下有无残存肿瘤，在双侧鼻道狭窄或堵塞时，经软腭缘置入鼻咽腔同样能取得上述效果。

⑤可接影视系统，资料作永久性保存，有利于医疗、教学和科研。

（三）影像检查

1. 普通 X 线平片检查：普通 X 线检查方法包括鼻咽部侧位片、颅底片和鼻咽钡胶浆造影。

（1）鼻咽部侧位片：表现为正常鼻咽腔充满空气，顶后壁软组织有一定的厚度，边缘光滑，呈凹面向下的弧线形，其平均值为顶壁 6.7mm、顶后壁 1.2mm、后壁 3.9mm。鼻咽癌侧位片表现为软组织肿块突入鼻咽腔或呈弥漫性增厚，致鼻咽腔不同程度的狭窄；正常软组织厚度、弧度均有改变，且边缘不完整。鼻咽部侧位片还可观察蝶窦、蝶音、软腭、口咽后壁及上颈椎有无受累。但对于顶后壁的微小病灶和位于侧壁的改变则观察不清楚。

（2）颅底颞顶位照片：表现为颅底颞顶位照片可显示中颅窝结构，如蝶骨大翼、卵圆孔、棘孔、翼突、岩尖、枕骨斜坡等，颅底骨质侵犯表现为骨质溶骨性缺损或颅底孔道扩大，边缘不规则。

（3）鼻咽钡胶浆造影：鼻咽腔造影表现为侧位见鼻咽顶后壁边缘光滑的凹面向下的弧线影，其后方见袋状咽隐窝影，其前方见近似三角形的咽鼓管口。颞顶位见顶壁黏膜呈放射状，两侧壁咽鼓管隆突光滑对称，咽鼓管隆突的后方与后壁之间见袋状突出的咽隐窝，双侧对称。鼻咽癌造影表现：鼻咽顶后壁结节状、菜花状软组织肿物，黏膜中断、破坏；两侧壁不对称，咽鼓管隆突增厚、不平，咽隐窝消失、不对称。

鼻咽侧位像、颅底像、颈静脉孔像、舌下神经孔像、蝶窦侧位体层像及





鼻咽钡剂造影等是过去诊断鼻咽癌常规影像检查，目前已常被 CT 和 MRI 取代。肺正侧位片和骨 X 线平片仍然是目前排除转移的必备检查项目。

2. CT/MRI 检查：可清楚显示鼻咽腔内病变，更可清楚显示病变腔外侵犯的部位、范围大小、深在的转移淋巴结及骨、肺、肝的转移情况，对病变分期、治疗方案及放疗计划的设定、预后估计、随诊等都大有帮助，这是常规 X 线平片检查难以达到的。利用 CT/MRI 显示病变设计放射治疗计划可使 5 年局部控制率有所提高。

(1) 鼻咽癌 CT 表现

①鼻咽腔局部肿块效应：肿瘤浸润鼻咽顶后或侧壁，使鼻咽腔变形、狭窄，咽隐窝变浅、消失，鼻咽壁增厚或肿块向腔内突出。

②鼻咽腔外的浸润：肿瘤向鼻咽腔外发展，咽旁间隙变窄、消失；侵及颈动脉鞘区、翼腭窝、颞下窝，以及上颌窦、筛窦、蝶窦、眼眶有无骨质破坏；向下生长使口咽壁增厚；肿瘤向前扩展可堵塞后鼻孔及鼻腔。

③颅底骨质改变：表现为翼突和斜坡骨质硬化；颅底卵圆孔、棘孔、破裂孔、颈静脉孔、舌下神经孔扩大及骨质缺损；蝶骨大翼、翼突基底部、翼突内外板、蝶骨基底部、斜坡以及第一、二颈椎、蝶鞍骨质缺损。

④颅内侵犯：肿瘤可沿颅底孔道破坏颅底骨质，侵及颅内、海绵窦，形成颅内硬膜外肿块，并可侵及颞叶，增强扫描可见颅内病变强化；肿瘤可破坏斜坡，突入后颅窝桥脑前池。

(2) 鼻咽癌 MRI 表现：鼻咽肿瘤在 T1 加权像呈中等、较低信号，T2 加权像信号增高；注射造影剂后可见病灶实质部分强化。颅底骨质受累表现为正常高信号的骨髓脂肪在 T1 加权像为中、低信号的肿瘤所取代。肿瘤咽旁侵犯表现为咽旁间隙正常高信号的脂肪变窄、消失，低信号的肌肉为较高信号的肿瘤取代。MRI 有较佳的软组织分辨率和多方位成像优点。

(3) 鼻咽癌有关的重要解剖结构 CT 和 MRI 诊断的比较

①颅底骨在同一组患者，CT 和 MRI 诊断的受侵率分别是 28.4% 和 73.9%，相差很大。斜坡的受侵率最高，分别为 17.0% 和 65.9%。两者对比发



现, CT 诊断的骨破坏 MRI 均能检出, 但受侵范围较 CT 诊断范围大。咽后淋巴结 CT 和 MRI 诊断的受侵率分别是 12.5% 和 60.2%, 这是因为 CT 片上的密度与临近结构的密度基本一致。

②CT 和 MRI 诊断咽旁间隙、海绵窦的受侵率分别是 84.1% 和 88.6%, 9.1% 和 10.2%, 翼腭窝、眼眶、鼻腔的受侵率 CT 和 MRI 均为 14.8%、4.5% 和 26.1%, 相差几乎不大。

③与 CT 相比, MRI 对肿瘤信号改变较为敏感 (尤其是 T2 加权像), 可发现较小病灶, 能更准确地显示鼻咽癌的部位、大小、范围、浸润深度及淋巴结肿大, 临床分期更准确。

④MRI 能较好地评判鼻咽癌放疗后的情况, 如局部复发或纤维变。放疗后纤维变在 T1 和 T2 加权像均呈低信号, 而复发肿瘤于 T2 加权像呈高信号, 注射造影剂后见病灶强化。

⑤MRI 能更准确地显示放射性脑脊髓损伤的部位及范围。MRI 能清晰显示脑脊髓损伤的部位和范围, 病灶在 T1 加权像呈低信号, T2 加权像呈高信号, 形态不规则, 可有坏死囊性变。

CT 与 MRI 检查两种方法相比, CT 显示颅底骨破坏较直观清晰; 而 MRI 有横断面、冠状面、矢状面等三维显示, 可更清楚检查咽旁侵犯的软组织肿物、淋巴结肿大、颅底各天然孔道肿瘤侵犯情况、脑神经受侵的增粗、脑膜受侵的不规则增厚、椎体转移脊神经受压的改变等。此外, 脑实质的病变 (如腔隙性脑梗死、放射性脑坏死等)、放射治疗后咽旁间隙改变的定性 (放射性纤维变或肿瘤残存与复发) MRI 显示比 CT 更清晰。建议作鼻咽 CT 扫描时, 应同时作冠状面扫描, 并作注射对比剂增强扫描及调节窗位显露骨窗, 观察颅底骨的改变。MRI 检查时, 同样应作增强扫描才能正确评价。

3. B 超检查: 该项检查比较经济且无创伤, 可短期内重复检查, 便于密切随诊动态观察, 主要用于颈部和腹部的检查。

(1) 有助于检出临床触诊阴性的深在的肿大淋巴结。





(2) 可判断颈肿块是实性或是囊性，即转移淋巴结有无液化坏死，有助于临床考虑转移淋巴结放射治疗效果及进一步处理。

(3) 多普勒彩超检查颈部淋巴结，更可依据结内有无血流、高血流还是低血流及其分布部位，来判定是否属转移淋巴结。目前认为超声多普勒对颈转移淋巴结的诊断符合率为 95% 左右，高于 MRI 和 CT 的结果。此外，超声多普勒检查用以观察颈内、外及颈总动脉治疗前、后缩窄改变也是一种可信的方法。

(4) 肝、肾、腹膜后淋巴结的随诊等。

4. 放射性核素骨显像：最常用来作骨 ECT 扫描的检查，这一检查灵敏度高，可能在骨转移症状出现前 3 个月或 X 线平片检出骨破坏前 3~6 个月内即有放射性浓集表现。在有骨痛或骨叩压痛区放射性核素骨显像阳性符合率一般比 X 平片高 30% 左右。当然，放射性核素检查时有假阳性的情况，尤其曾遭受骨外伤或骨炎症时，故应以病史、临床查体、X 线片或 CT/MRI 等综合证据作为诊断依据。

近年来应用的正电子发射体层扫描 (PET) 检查，对发现原发病灶、颈转移淋巴结或远处转移灶的存在、疗后残存或复发有帮助。

(四) 血清学检查

鼻咽癌患者常伴有血清 EB 病毒抗体 VCA-IgA 和 EA-IgA 效价增高。可能在有临床症状前已有 EB 病毒抗体阳性，其效价水平常随病情进展而增高，随病情好转而下降。应用 EB 病毒基因产物及合成蛋白为抗原进行抗体检测的研究也已在进行中。目前，较普遍应用或探索较多的方法有以下几种。

1. VCA-IgA：该抗体的检测，对鼻咽癌具有早期发现和早期诊断的价值。

2. EA-IgA：EA 抗体在鼻咽癌者主要是抗 D 成分抗体，正常人该抗体滴度呈阴性，该抗体的阳性率和滴度值，均较 VCA-IgA 低，但对鼻咽癌具有早期发现和早期诊断的价值，在鼻咽癌病人中有较高的特异性。特别是 IgA 抗体的特异性更高于 IgG 抗体。

3. EBNA 抗体检测：近年的研究表明，在携带 EB 病毒基因组的细胞中都



存在着 EBNA，在鼻咽癌病人血清中可有该抗原的抗体。

4. DNA 酶活性的检测：实验研究提示，EB 病毒的 DNA 酶可能是 EA 的某一种成分，与 EA 生成密切相关。可以认为抗 DNA 酶抗体的出现，是 EB 病毒处于增殖期的表现，其含量高低直接反映了病毒复制的活跃程度。

鼻咽癌的高危对象：VCA-IgA 阳性人群中鼻咽癌的发生率是阴性人群的 40 倍以上，因此，凡属于下述情况之一者，可以认为是鼻咽癌的高危对象。

- (1) VCA-IgA 抗体滴度 1 : 80。
- (2) 在 VCA-IgA、EA-IgA 和 DNASE 三项指标中任何两项为阳性者。
- (3) 上述三项指标中，任何一项持续上升者。

作为一种辅助诊断方法，目前血清 EB 病毒抗体测定主要应用如下。

(1) 普查，如血清 EB 病毒抗体效价高，应进一步作鼻咽镜等临床检查，可发现更多的早期病人。

(2) 协助原发灶不明的颈部淋巴结转移癌寻找可能隐匿在鼻咽的原发癌。

(3) 鼻咽癌患者放疗前后随诊检查，动态观察疾病控制的辅助检查。

5. 病理学检查：鼻咽癌的病理分类及其各自生物学特点中，需要强调的有如下几点。

(1) 肿瘤活组织病理检查是确诊鼻咽癌的唯一定性手段，是其他临床检查所不能替代的。无论是初诊初治还是治疗后复发再治，治疗前都必须先取得病理证实。

(2) 鼻咽、颈部都有肿物时，活检取材部位应首选鼻咽，因鼻咽活检方便快捷，损伤小，对预后影响小，若一次活检阴性，还可重复再取。

(3) 鼻咽重复活检病理阴性或鼻咽镜检未发现原发灶时，才行颈部淋巴结的活检。颈淋巴结活检应取单个的、估计能完整切除的为好，尽量不要在一个大的转移淋巴结上切取一小块的活体标本或反复穿刺活检。有报告认为，颈淋巴结切取或穿刺活检会增加远转率，最高可达 20%，对预后有明显的影响。





三、病理与生物学特性

鼻咽癌起源于鼻咽黏膜上皮，世界卫生组织（WHO）1978 年提出的分类标准，将鼻咽癌分为：I 型为鳞状细胞癌、II 型为非角化型癌、III 型为未分化癌。WHO 2003 年将鼻咽癌病理类型分为 3 型：角化型鳞状细胞癌、非角化型癌、基底细胞样鳞状细胞癌。角化型鳞状细胞癌相当于 WHO 1978 年提出的分类标准的 I 型，非角化型癌相当于 WHO 1978 年提出的分类标准的 II 型和 III 型。各病理类型的特点如下。

（一）角化型鳞状细胞癌

该类型与头颈部其他部位的原发鳞状细胞癌形态相似。根据癌细胞的分化程度分为高、中及低分化鳞状细胞癌三级，以高分化常见。光镜下可见明显鳞状分化特征如细胞间桥、角化形成等，肿瘤主要呈巢状，细胞界限清楚，间桥明显。癌细胞呈多角形或复层，细胞巢中央可见含有嗜酸性胞质形细胞内角化，偶尔有角化珠形成。癌巢周围间质纤维化明显，有多少不一的炎细胞成分。表面上皮有时可见原位癌改变。

免疫组化染色特点与 EBV 检测：由于角化型鳞状细胞癌可由放射线引起，常与 EBV 感染无关，而 EBV 感染对原发性的角化型鳞状细胞癌的影响说法不一，总的来说角化型鳞状细胞癌患者抗 EBV IgA 效价与非角化型癌相比偏低。原位杂交检测技术显示 EBER 也常见于低分化癌细胞中（如癌巢的基底层细胞），在明显鳞化的细胞中则检测不到。

（二）非角化型癌

又可分为两型：分化型和未分化型。

未分化型比较常见。瘤细胞排列呈巢状，细胞体积较大，边界不清，呈合体细胞样。核圆形或卵圆形，染色质密集或空泡状，大而中位的嗜酸性核仁是 its 特点。细胞质少，偶尔有小灶细胞胞质稍多、红染，似有细胞间桥。间质常有明显淋巴细胞浸润，有时上皮巢内还有其他反应性炎症细胞成分如浆细胞、嗜酸性粒细胞等，因而既往又称之为淋巴上皮样癌。

分化型癌细胞呈覆层排列状，似膀胱移行细胞癌。细胞界限清楚，但间



桥不明显，间或有角化细胞。相比而言，该型细胞偏小，核质比例低，核染色质丰富，核仁相对不明显。两型划分并无临床及预后意义。

免疫组织化学染色特点：所有鼻咽癌癌细胞均表达广谱角蛋白如 AE1/AE3、MNF-116 等，对于高分子量角蛋白如 cytokeratin5/6、34·El2 呈强阳性表达，上皮膜抗原（EMA）呈灶状阳性，而对低分子量角蛋白如 CAM5.2 呈弱阳性表达。大部分病例会表达 p53。间质中混合的淋巴细胞通常是 T 或 B 细胞，T 细胞为活化的细胞毒细胞，浆细胞为多克隆性。另外，还有数量不等的散在的 S-100 阳性的树突状细胞。有研究表明，提示鼻咽癌良好预后的指标有：多量的树突状细胞、间质较多淋巴细胞浸润等。

（三）基底细胞样鳞状细胞癌

该型发病率低，形态与头颈部其他器官的基底细胞样鳞状细胞癌相同。

鼻咽其他癌较少见，其组织类型有腺癌、腺样囊性癌、黏液表皮样癌以及恶性多性腺瘤，其具体形态特点与涎腺同样类型的癌一致。

四、临床分期

迄今国内外已有多种临床分期，计有 1965 年的上海分期，1979 年的长沙分期，1981 年的广州分期，1992 年的福州分期，香港何氏分期，美国的 AJCC、UICC 分期等。因上述分期都未能满意地反映鼻咽癌患者的疗效及预后，故仍在不断探索改进中。分期其具体的目的和意义表现在：有助于医生选择治疗方案；有助于预测预后；有助于治疗效果的评价；有利于信息的交换。目前国内最新的是 2008 年分期，国际上常用的是 UICC 分期，介绍如下。

（一）鼻咽癌 2008 分期

T 分期：

T₁ 局限于鼻咽。

T₂ 侵犯鼻腔、口咽、咽旁间隙。

T₃ 侵犯颅底、翼内肌。

T₄ 侵犯颅神经、鼻窦、翼外肌及以外的咀嚼肌间隙、颅内(海绵窦、脑膜等)。

