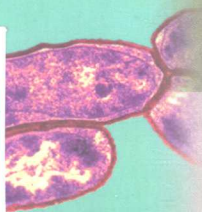


新编

常见恶性肿瘤诊治规范

头颈部肿瘤分册



中国抗癌协会 编

中国协和医科大学出版社

1029055

新编常见恶性肿瘤诊治规范

头颈部肿瘤分册

中国抗癌协会 编

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 头颈部肿瘤分册/中国抗癌协会编. - 北京: 中国协和医科大学出版社, 1999. 9

ISBN 7-81072-009-0

I. 新… II. 中… III. ①癌-诊疗②头-癌-诊疗③颈-癌-诊疗 IV. R730.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 28314 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范

头颈部肿瘤分册

作 者: 中国抗癌协会 编

责任编辑: 徐允盛

封面设计: 孙元明

技术设计: 栾广明

责任校对: 李爱萍

责任印制: 姜文祥

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京市东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 2.625

字 数: 68 千字

版 次: 1999 年 8 月第一版 1999 年 8 月北京第一次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 8.50 元

ISBN 7-81072-009-0/R·009

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本书系根据国内外头颈部肿瘤诊治方法研究成果及最新进展编写而成。全书共分五章，分别阐述了喉癌、口腔癌、涎腺肿瘤、上颌窦癌、甲状腺癌的临床表现、病理分型分期、诊断方法与治疗措施。文字简明扼要、内容着重实用，突出早期发现与综合治疗。对于广大医务人员规范头颈部肿瘤的诊治具有一定的指导意义。

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委 员：(以姓氏笔画为序)

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

头颈部肿瘤分册

主 编 李树玲

编 者 (以姓氏笔画为序)

马大权 刘经祖 张志愿

邱蔚六 费声重 葛正津

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的“中国常见恶性肿瘤诊治规范”问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们在原规范基础上进行“新编”。故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '张天泽' (Zhang Tianze), with a long vertical stroke extending downwards from the bottom right.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书的出版有助于提高医务工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 喉癌	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 诊断	(1)
第三节 外科治疗	(5)
第四节 喉癌的颈淋巴结处理	(20)
第五节 KTP 激光治疗早期声门癌	(21)
第六节 放射治疗	(23)
第二章 甲状腺癌	(26)
第三章 口腔癌	(35)
第一节 口腔癌的临床诊断和分类分期	(35)
第二节 口腔癌的治疗和预防原则	(39)
第三节 唇癌	(40)
第四节 舌癌	(41)
第五节 口底癌	(43)
第六节 牙龈癌	(45)
第七节 腭癌	(46)
第八节 颊癌	(48)
第四章 涎腺肿瘤	(52)
第一节 诊断	(52)
第二节 涎腺肿瘤的外科手术	(56)
第三节 颈淋巴切除术在涎腺癌治疗中的地位	(65)
第四节 涎腺癌的放射和化学治疗	(65)
第五章 上颌窦癌	(67)
第一节 临床表现	(67)

第二节	TNM 分类及分期 (UICC1987 年)	(68)
第三节	病理	(69)
第四节	影像学及病理检查	(69)
第五节	鉴别诊断	(70)
第六节	治疗	(70)

第一章 喉 癌

第一节 概 述

我国喉癌发病率较低（约为 2/10 万），男性明显多于女性，年龄多在 40 岁以上，男性以 65 ~ 69 岁组为最高，女性则以 55 ~ 59 岁组为最高。

我国喉癌中声门上癌显著多于声门癌，声门下癌极少（约占 1%）。

声门癌多发生于声带前 2/3 的游离缘，发生于后 1/3 声带膜部或声突处者甚少。声带癌一般分化较高，发展缓慢，转移率低，且易早期发现、早期诊断，故预后较佳。

声门上癌多发生于会厌喉面下部，分化较低，发展较快，转移率较高。声门下癌虽较少见，但因其位置隐蔽，不易早期发现，预后最差。

第二节 诊 断

一、症状和体征

（一）症状 主要有声音嘶哑、喉部异物感、喉部疼痛感、呼吸困难、吞咽困难、咳嗽、痰中带血、颈部包块等。因其发生部位不同，上述症状出现的顺序和频度可有很大不同：

1. 声门上癌 开始时可无症状或症状轻微，常不引起病人重视。其症状顺序多为喉异物感—喉痛—声嘶。晚期可有呼吸困难或吞咽困难。颈部包块出现的时间可有很大不同；有的早期即有，有的手术后出现，也有的一直无此症状。

喉痛常是引起病人注意的症状，多为针刺样痛，在吞咽时出现，且常是头几日明显。头痛重者常伴同侧耳痛。

2. 声门癌 早期即可有声嘶，可为持续性，也可为进行性加重。此症状易引起病人重视而获早期诊断。进一步发展可有呼吸困难、咳嗽、痰中带血。一般无喉痛，亦鲜有颈部包块或吞咽困难。声嘶常为其唯一症状。

3. 声门下癌 早期常无症状，肿瘤侵犯到声带时可出现声嘶，肿瘤发展到声门下腔阻塞时可有呼吸困难。进一步发展可能出现颈部肿块，痰中带血等。

(二) 体征 主要依靠目视、耳听、手摸。

根据对病史的分析，对有喉癌可能的病人要注意其颈部有无包块，喉结之上有无饱满感，甚至膨隆，要注意说话有无音哑，呼吸时有无喉鸣等，继而用手触摸双侧颈侧部有无硬性结节，尤其是颈上更要仔细触摸，要触摸喉的轮廓是否正常，喉结之上舌骨之下部位是否柔软或有硬块。

二、检查

(一) 喉镜检查 迄今为止，最常用的喉镜检查为间接喉镜和纤维喉镜。直接喉镜检查已很少用于诊断目的。在间接喉镜检查时，应由上而下系统观察喉及周围组织情况，即按舌根、会厌谷、会厌舌面、会厌喉面、两侧杓会皱襞、杓状软骨区、室带、声带、声门下腔、两侧梨状窝以及声带活动情况等顺序进行检查。当然，对正常的部位可快些检查，而对有病变部位则应仔细观察。如前所述，声门上区最好发的部位是会厌喉面的根部，声门区则是声带游离缘前 2/3 处，病变可表现为粘膜粗糙不平，或为菜花状增生突起，或为肿块状凸凹不平，可有溃疡形成。喉癌绝大多数均从原发部位向周围组织浸润扩延，只有极少数病例可有多中心病灶。

喉癌的确诊需依靠活检、组织病理学检查。活检多在间接喉镜指引下进行，亦有在纤维喉镜下钳取者。对有呼吸困难的病人，应在呼吸有保障的情况下（如先行气管切开术）进行，以防

因活检而致窒息。组织病理学诊断为癌或其他恶性肿瘤，即可确定诊断。如组织病理学检查为阴性，而临床疑为喉癌，则应再取活检组织进行检查。

(二) X线检查 在喉癌诊断确定后，必须进一步作X线检查，目的在于了解肿瘤侵袭的部位和范围，以指导治疗。X线检查的种类繁多，常规喉侧位片和喉冠状位体层摄片基本可以了解喉癌的发生部位和侵及范围。①喉侧位片：主要用以观察舌根、会厌谷、会厌舌面、会厌喉面和会厌前间隙的情况，可以观察到肿瘤的下界（这常是间接喉镜难以判定的）。有时也可观察到喉前软组织等喉外情况；②喉冠状位体层摄片：主要用以观察喉腔两侧情况，常可清晰地显示两侧室带、喉室、声带、声门下腔和梨状窝情况，亦可了解两侧声门旁间隙和声带活动情况，对了解和判定肿瘤深层浸润范围帮助较大。

三、喉癌的临床分类分期

目前我国普遍应用的是国际抗癌联盟（UICC）制定的喉癌分类分期（1987年第四版）。本分类仅适用于经病理证实的癌瘤。

(一) TNM 临床分类

T 原发肿瘤

T₁ 原发肿瘤难以判定

T₀ 无原发肿瘤的证据

T_{is} 原位癌

声门上区

T₁ 肿瘤限于声门上区的一个亚区，声带活动正常

T₂ 肿瘤侵犯声门上区一个以上亚区或声门区，声带活动正常

T₃ 肿瘤限于喉内，声带固定和/或侵犯环后区、梨状窝内壁 或会厌前间隙

T₄ 肿瘤破坏甲状软骨和/或扩展到喉外组织，即口咽部或颈部

声门区

- T₁ 肿瘤限于一侧或两侧声带（可能侵犯前或后联合），声带活动正常
- T_{1a} 肿瘤限于一侧声带
- T_{1b} 肿瘤侵犯声门区一个以上部位
- T₂ 肿瘤发展到声门上区和/或声门下区和/或声带活动受限
- T₃ 肿瘤限于喉内，声带固定
- T₄ 肿瘤破坏甲状软骨和/或发展到喉外组织，即口咽部或颈部

声门下区

- T₁ 肿瘤限于声门下区
- T₂ 肿瘤发展到声带，声带活动正常或受限
- T₃ 肿瘤限于喉内，声带固定
- T₄ 肿瘤破坏甲状软骨和/或发展到喉外组织，即口咽部或颈部

N 区域淋巴结

- N_x 区域淋巴结有无转移难以判定
- N₀ 无区域淋巴结转移
- N₁ 同侧有单个转移淋巴结，其最长径等于或小于 3cm
- N₂ 同侧有单个转移淋巴结，其最长径大于 3cm，小于 6cm；或同侧有多个淋巴结，其中无一大于 6cm 者；或双侧或对侧有转移淋巴结，其中无一大于 6cm 者
- N_{2a} 同侧有单个淋巴结，其最长径大于 3cm，小于 6cm
- N_{2b} 同侧有多个淋巴结，其中无一大于 6cm 者
- N_{2c} 双侧或对侧有转移淋巴结，其中无一大于 6cm 者
- N₃ 同侧或对侧或双侧有转移淋巴结，其中有大于

6cm 者

M 远处转移

M_x 有无远处转移难以判定

M_0 无远处转移

M_1 有远处转移

(二) 临床分期

0 期 $T_{is}N_0M_0$

I 期 $T_1N_0M_0$

II 期 $T_2N_0M_0$

III 期 $T_3N_0M_0$ 、 $T_{1-3}N_1M_0$

IV 期 $T_4N_0M_0$ 、 $T_4N_1M_0$ 、 $T_{1-4}N_{2-3}M_0$ 、 $T_{1-4}N_{0-3}M_1$

第三节 外科治疗

迄今为止，喉癌的治疗仍以外科治疗为主。由于喉癌发生于口腔粘膜，外有软骨、韧带及弹性膜的包裹，且喉内有无形或有形的屏障，喉癌发展循一定的规律，以及喉内的淋巴分布，都使喉癌病人的外科治疗能获得较好的效果。

一、喉部分切除术

喉部分切除术是在彻底切除肿瘤的前提下，切除喉的部分组织，以期保存喉功能的术式。长期实践证明，喉部分切除术的远期疗效不逊于喉全切除术，而其保存喉功能的效果则远胜于任何喉全切除后功能重建术。喉部分切除术是一类手术，包括很多术式，这里仅介绍几种常用的术式：

(一) 声带切除术 声带切除术属于喉裂开术（或称甲状软骨切开术）范畴，主要用于治疗早期声带癌。因此类病例多接受放射线治疗或其他治疗，故行本术式者较少。

本术主要适用于肿瘤小而浅表，位于一侧声带中段游离缘，至前联合尚有正常区，声带活动正常的病例，亦即声门癌 T_{1a} 的

病例。凡肿瘤较大，已侵及声带全长或位置靠前，接近前联合；或肿瘤浸润较深，声带活动已受限者不宜行此术。

本术切除范围为一侧声带膜部、喉室、声门下区部分粘膜和粘膜下组织。

一般多采用全身麻醉。先在局麻下行气管造瘘术，经气管痿孔行气管内插管。（各种喉癌手术，目前都采用局麻下气管造瘘术。其皮肤切口以横切口为宜，其余操作同常规纵形切口。气管造瘘的高度，视术式而定，一般喉部分切除术稍低，约在第3或第4气管环造瘘。喉全切除术时以第2气管环为宜，声门下区有侵犯时，则视切除气管范围而定。一般以切除一个气管环前部，可插入气管插管为度，不要切除过多，以防气管狭窄）。插管后改为全麻。

手术取仰卧位，肩下垫枕，使头完全后仰，喉和气管位置就变浅，便于手术操作。手术切口以围裙式（舌形）切口为好。两上端起自舌骨大角高度，下缘一般平齐环状软骨弓。自下而上在颈阔肌和颈深筋膜浅层之间作锐性分离，达甲状软骨切迹以上1cm左右。

沿正中颈白线垂直切开颈深筋膜和甲状软骨外膜，并稍加分离，达到切缘可供缝合即可。在中线切开环甲膜，用小拉钩将环甲膜向两侧拉开，观察声带下缘有无肿瘤侵及。然后再在正中垂直切开甲状软骨（注意不要将甲状软骨内膜一并切开），将甲状软骨板和甲状软骨内膜稍加分离。用止血钳从环甲膜切口往上插入声门裂，将两侧声带前端分开，以此为指导，用尖刀由下向上挑开甲状软骨内膜，达甲状软骨上切迹之上。

用小拉钩拉开两侧甲状软骨板，充分显露喉腔，再次详查肿瘤位置、大小、及其侵及范围，在喉室和声门下区的适当部位（距肿瘤缘5mm以上）水平切开粘膜和粘膜下组织，再切断声带膜部后端，自后向前贴着甲状软骨板将声带剪开，并从前联合处切除。仔细止血后，检查切除的声带，观察肿瘤的四周（前后上下）及深层是否有足够的正常组织带。取最靠近肿瘤的组织作快

速活检，如发现切缘内有癌细胞，则应作扩大切除。如为阴性，则确认喉腔内无出血时，用3-0丝线上下对拢结节缝合，然后将两侧甲状软骨板对合结节缝合外膜和环甲膜，关闭喉腔。从皮肤切口下另作小切口置入胶皮膜以作引流。将两侧胸骨舌骨肌作深浅两层结节缝合，再将皮瓣复位缝合皮下组织和皮肤，拔出气管内插管，置入适当规格的带套囊的气管套管，包扎切口，术终。

（二）垂直半喉切除术 其适应证和禁忌证为：

适应证：主要用于治疗声门癌。一侧声带癌已侵及声带大部；或已向上侵及喉室；或向下发展至声门下区，但未超过声带游离缘下1cm者；或肿瘤虽较局限，但声带活动已受限者。

禁忌证：肿瘤已从一侧声带侵及对侧声带前部；或向上已发展到室带上缘或会厌喉面根部；或向下发展到环状软骨上缘；或向深层浸润已破坏甲状软骨板者。

对于声带已固定病例，可否行本术，国内外意见尚不一致。有的视为禁忌，有的则否。著者认为声带固定不应视为绝对禁忌证，应综合判定具体情况而定。

切除范围 包括患侧部分或全部甲状软骨翼板，患侧声带全部或膜部、喉室、室带和声门下区。如病变靠近前联合，则切除一部分对侧甲状软骨翼板、室带、声带和喉室前部。著者根据切除范围的不同，将本术式分为两型：A型，适用于较小肿瘤，切除患侧声带膜部和甲状软骨板的前1/3至前半部；B型，适用于较大肿瘤，切除患侧全部声带（声带膜部、声突）及全部甲状软骨板。

操作步骤 麻醉及切口同声带切除术。分离皮瓣后，沿颈白线切开颈深筋膜，游离患侧胸骨舌骨肌，直至能显露甲状软骨板后缘，对侧能显露甲状软骨板前部即可。自中线垂直切开甲状软骨外膜，用小剥离子紧贴软骨充分剥离外膜直达其后缘。对侧外膜亦须稍加分离，以便于缝合。然后将甲状软骨外膜沿甲状软骨板的上缘及下缘分别横行切开，使外膜向外翻转并保护之。纵形

切开环甲膜，拉开此膜，探查声带下缘。然后垂直沿中线切开甲状软骨，将内膜稍加分离，如同声带切除术方法，切开内膜，显露喉腔。详查肿瘤部位、大小及侵扩范围，据此决定行 A 型或是 B 型，用含肾上腺素的生理盐水（通常按 200 毫升加入 7~8 滴肾上腺素的浓度）在预定切除的切缘作粘膜下注射，以减少出血。如作 A 型，先在患侧甲状软骨板中点处垂直切开甲状软骨板，然后用尖刀沿室带上缘和环状软骨上缘水平切开粘膜，再在声突前作垂直切开。用爱力斯钳挟住甲状软骨前缘，用剪沿环状软骨上缘自前向后剪至垂直切开处，转向上，沿甲状软骨上缘剪下切除的半喉组织，其中包括患侧的室带、喉室、声带、部分声门下组织和甲状软骨板的前部。如为 B 型，则在杓间区，垂直切开粘膜，切除的标本中包括声突在内的声带和整个甲状软骨板。

半喉切除后，创腔通常有明显的出血，必须妥加止血。止血后仔细检查标本切除是否充分。在最靠近肿瘤的切缘切取组织送快速活检，如为阳性，应作补充的扩大切除；如为阴性，则行下一步操作。将患侧梨状窝粘膜和/或环后区粘膜向前拉，自后向前用 3-0 丝线将此粘膜和声门下区粘膜缝合。为了减少缝合张力，可将声门下区粘膜充分分离。如张力仍大，可将梨状窝后部粘膜作一垂直切口以减少张力，一直缝到前缘，使粘膜将环状软骨上缘覆盖。然后将保留的患侧甲状软骨外膜向内牵拉，用丝线将它和对侧甲状软骨外膜缝合，构成患侧喉腔（切除侧）外壁。如患侧外膜不足和对侧缝合时，亦可将它拉紧后缝于同侧胸骨舌骨肌的深面，成为该肌的一块衬里。当两侧胸骨舌骨肌缝合后，也能起到切除侧喉腔外壁的作用。两侧甲状软骨外膜缝合后，缝合切开的环甲膜，再将两侧胸骨舌骨肌分深浅两层缝合以关闭喉腔。术腔放置胶皮膜引流。将皮瓣复位后，逐层缝合。换气管套管，包扎切口，术终。注意：垂直半喉切除术后，只要健侧声带运动正常，就可保持足够宽敞的声门裂而拔除气管套管、恢复口鼻呼吸。所以术中要注意保护健侧环杓关节不受损伤。为此，在