

恶性黑色素瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_81_B6_E6_80_A7_E9_BB_91_E8_c22_305760.htm 名称恶性黑色素瘤所属科室普通外科病因恶性黑色素瘤的确切病因尚不清楚，最近有人指出二级日光灼伤(有水泡形成)比之一般性日晒在本病致病原因中作用更大，其他易患因素还有：白发、蓝眼、苍白皮肤。白人易患。黑人或肤色暗深的人鲜患此病，若发生亦以足、手掌发白处皮肤为主。多数学者认为恶性黑色素瘤约近一半发生在已有的黑痣基础上。发育不良痣综合症，这是一种常染色体遗传病，患此症者周身布满大、扁、平、外形不整、菲薄、颜色不一的痣，其中的一个或几个在多数患者衍生恶性黑色素瘤。有些人有此综合征，但无遗传倾向者，亦应密切观察，警惕恶性黑色素瘤的出现。大型先天性痣，超过2cm者恶变危险性增高。病理(一)病理分型1. 浅表扩展型。约占70%，可见于体表任何地方。先沿体表浅层向外扩展，稍久方向纵深扩向皮肤深层，即所谓病之rdquo。2. 结节型。约占15%，也见于体表任何一处。以垂直发展为主，侵向皮下组织，易于发生淋巴转移，更较致命性。3. 肢端黑痣型。约占10%，多发生于手掌、足底、甲床及粘膜等处。4. 雀斑痣型。约占5%，发生自老年人面部已长期存的黑色雀斑。此型做水平方向生长，可向四面扩出2cm~3cm或更多。5. 辐射生长的未分型恶性黑色素瘤。6. 巨大毛痣恶变的恶性黑色素瘤。7. 口腔、***、***粘膜来源的恶性黑色素瘤。8. 原发部位不明的恶性黑色素瘤。9. 起源于蓝痣的恶性黑色素瘤。10. 内脏恶性黑色素瘤。11. 起源于皮内痣的儿童期恶性黑色素瘤。(二)生长方式 根据瘤

细胞生长扩散的方式，可分为辐射生长期和垂直生长期。瘤细胞沿表皮基底层和真皮乳头层之间离心性地向四面蔓延生长称为辐射生长，常见于雀斑型、表浅蔓延型和肢端恶性黑色素瘤的早期阶段，可持续数年，由于在此期内原发灶不向或极少向淋巴道转移，作比较简单的手术切除即能获得较好疗效。当肿瘤向真皮层、皮下组织深部浸润时称为垂直生长，结节型黑色素瘤可不经辐射生长期直接进入垂直生长期，此期易发生淋巴结转移。

(三)浸润深度 在恶性黑色素瘤研究上一个真正里程碑性的发展是熟悉到转移的危险性和预后与病变厚度及侵犯皮肤的层次密切相关。以毫米测量恶性黑色素瘤病变的厚度是较为准确而且在各病理学家之间成为可对比的标准，现已成为估量淋巴结转移危险度和判定预后的准绳。目前世界上一些闻名的诊疗中心都十分推崇Breslow于1970年提出的目镜测微器直接测量肿瘤的厚度来估计预后，他们将肿瘤厚度分为 $\leq 1\text{mm}$ ，仅切除瘤缘外正常皮肤 1cm ，对病灶厚度超过 1mm 者应距肿瘤边缘 $3\text{cm} \sim 5\text{cm}$ 处作广泛切除术。位于肢端的恶性黑色素瘤，常需行截指(趾)术。

3. 区域淋巴结清除术(1)适应症：在美国大多数肿瘤外科医生持如下治疗态度：病变厚度 $\geq 0.5\text{mm}$ ，每周2次，总量 $2000 \sim 4000\text{cCy}$ ，对骨转移灶每次 $200 \sim 400\text{cCy}$ ，总量 3000cCy 以上。

(三)化学治疗 1. 单一用药(1)亚硝脲类药物：对黑色素瘤有一定疗效。综合文献报道、BCNU治疗122例黑色素瘤，有效率为18%，MeCCNU治疗108例，有效率17%，CCNU治疗133例，有效率13%。(2)氮烯咪胺(DTIC)：由于DTIC的出现，使黑色素瘤的治疗向前推进了一步，成为应用最广泛的药物。Gailani报道DTIC的疗效最好，治疗28例黑色素瘤，每

次剂量为 $350\text{mg}/\text{m}^2$ ，连用6天，28天为一疗程，有效率为35%。

2. 联合用药：恶性黑色素瘤对化疗不甚敏感，但联合用药可提高有效率，减低毒性反应，常用的联合化疗方案如下：

(1) DAV方案(DTIC、ACNU、VCR)为黑色素瘤的首选化疗方案。用药方法：DTIC $100\sim 200\text{mg}$ ，iv d1~5 ACNU 100mg iv d1 VCR 2mg iv d1，每21天重复1次。

(2) DDBT方案(DTIC、DDP、BCNU、TAM)用法：DTIC $220\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注d1~3/3w、DDP $25\text{mg}/\text{m}^2$ ，静滴d1~3w、BCNU $50\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注d1/6w、TAM 10mg PO，2/d。有效率52.5%。

(3) CBD方案(CCNU、BLM、DDP)用法：CCNU $80\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，d1/6w，BLM $5\text{u}/\text{m}^2$ ，静注d3~7/6w、DDP $40\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注d8/6w。有效率48%。

(四)免疫治疗恶性黑色素瘤的自行消退，说明与机体的免疫功能有关。卡介苗(BCG)能使黑色素瘤患者体内的淋巴细胞集中于肿瘤结节，刺激病人产生强力的免疫反应，以达治疗肿瘤的作用。BCG可用皮肤划痕法、瘤内注射和口服。对局部小病灶用BCG作肿瘤内注射，有效率可达75%~90%。近几年试用干扰素、白细胞介素-2(ILA-2)和淋巴因子激活杀伤细胞(LAK细胞)等生物反应调节剂，取得一定效果。预防及预后尽量避免日晒，使用遮阳屏是重要的一级预防措施，非凡是对那些高危人群，加强对一般群众和专业人员的教育，提高三早，即早发现、早诊断、早治疗，更为重要。

【预后】(一)肿瘤浸润深度 肿瘤厚度与预后密切相关，Balch等(1982)报道的1442例恶性黑色素瘤疗效分析，其中357例原发灶 $\geq 4\text{mm}$ 者仅25%。(二)淋巴结转移情况 综合文献1~3个淋巴结有转移者的5年生存率为41%~58%，4个以上转移者为8%~26%、虽然病灶厚度和淋巴结转

移均为影响预后的重要因素，但淋巴结转移与否似乎对预后的影响更大。(三)病灶部位 根据临床分析，恶性黑色素瘤发生的部位不同其疗效亦各异，一般认为发生于躯干的预后最差，位于头颈部者次之，位于肢体者较好。(四)手术方式 根据Morton提出的广泛切除范围的标准，病灶厚度 $\leq 4\text{mm}$ 时为 $3\text{cm} \sim 4\text{cm}$ ，厚度 $> 4\text{mm}$ 者距肿瘤边缘 5cm 作广泛切除，这样可降低局部复发率。不恰当的局部切除，使局部复发率高达 $27\% \sim 57\%$ ，一旦发生局部复发再作非常彻底的广泛切除亦难奏效；对区域淋巴结的处理亦然，一个不符合规格的区域淋巴结清除术，常会促进肿瘤向全身播散。(五)年龄与性别 罕见的幼年性恶性黑色素瘤预后较好，45岁以下的恶性黑色素瘤患者的预后较年老患者好。在性别上女性患者的预后明显优于男性。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com