

鼻咽癌_耳鼻喉科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E9_BC_BB_E5_92_BD_E7_99_8C__c22_609296.htm 鼻咽癌的发病率以中国的南方较高，如广东、广西、湖南等省，特别是广东的中部和西部的肇庆、佛山和广州地区更高。据报道，居住在广东省中部以及操广东地方语的男性，其发病率为30 / 10万 ~ 50 / 10万。就全国而言，鼻咽癌的发病率由南到北逐渐降低，如最北方的发病率不高于2 / 10万 ~ 3 / 10万。【病因学】流行病学调查提出鼻咽癌的病因可能与下列因素有关： eb病毒感染。 环境与饮食：环境因素也是诱发鼻咽癌的一种原因。在广东，调查发现鼻咽癌高发区的大米和水中的微量元素镍含量较低发区为高。在鼻咽癌患者的头发中，镍含量亦高。动物实验表明，镍能促进亚硝酸胺诱发鼻咽癌。也有报道食用咸鱼及腌制食物是中国南方鼻咽癌高危因素，且与食咸鱼的年龄，食用的期限、额度及烹调方法有关。 遗传因素：鼻咽癌病人有种族及家族聚集现象，如居住在其他国家的中国南方人后代仍保持着高的鼻咽癌的发病率，这提示鼻咽癌可能是遗传性疾病。【病理改变】(一)好发部位及大体形态 鼻咽癌常发生于鼻咽顶后壁的顶部，其次为侧壁，发生于前壁及底壁者极为少见。鼻咽癌的大体形态分为五种，即结节型，菜花型、粘膜下型、浸润型和溃疡型。(二)生长扩散规律 鼻咽癌的扩散有其规律性。较早期的鼻咽癌局限在鼻咽部，可称之为局限型。随着肿瘤的生长，癌肿可向邻近的鼻窦、间隙和颅底直接扩散。结节型或菜花型肿瘤可向鼻咽腔内突出，而浸润型、粘膜下型和溃疡型多在粘膜下层生长。

癌肿可长入鼻腔、口咽部，并可扩展到咽旁间隙，翼腭窝或侵入眼眶内。癌肿可直接向上方扩展，破坏颅底骨和颅神经。鼻咽癌的颈部转移是通过淋巴引流系统，而远处转移可通过淋巴系统再进入血液循环或癌细胞直接侵及周围血管，进入血液循环而转移至远处脏器。

(三)组织学分类

1. 原位癌：原位癌这一概念意味着癌细胞尚未冲破基底膜，鼻咽原位癌也不例外，在癌灶下一定要有完整的基底膜存在。原位癌细胞增生，呈花蕾状或钉突状突向上皮下时，在癌细胞与其下的粘膜固有层之间仍然有清楚的基底膜将之分隔。鼻咽原位癌的诊断主要依据细胞学的标准，其次考虑组织学的排列和结构。因此，必须从严掌握诊断鼻咽原位癌的细胞学标准，即其间变图像务必达到众所公认的程度。原位癌细胞较之正常上皮细胞，核浆比例增大，即其核面积显著增大。
2. 浸润癌

- (1)微小浸润癌：是指基底膜被癌细胞破坏，但浸润范围未能超过光镜下400倍的一个视野。细胞形态较原位癌异型程度明显，穿过基底膜呈浸润性生长。
- (2)鳞状细胞癌：虽然鼻咽癌大多起源于柱状上皮，但是大多数鼻咽癌却是鳞状细胞癌。欲诊断鳞状细胞癌，切片中必须具备鳞状分化的特征。所谓鳞状分化是指：
角化珠； 细胞内和细胞外的角化；
细胞间桥； 癌细胞巢中细胞的排列层次似鳞状上皮，细胞并不呈合体细胞样。根据癌细胞鳞状分化程度的高低，可以将鼻咽鳞状细胞癌分为高度、中度和低度分化三级。

高度分化的鳞状细胞癌：大部分癌组织中可见细胞间桥或角化者称为分化好的鳞状细胞癌，或角化鳞状细胞癌。癌巢内一般没有淋巴细胞浸润，有时也可见到个别散在的淋巴细胞。癌巢境界一般比较清楚，有时有完整的膜包绕。这型癌的问题

质多数是纤维组织型。伴有中性白细胞、淋巴细胞、浆细胞等浸润，但浆细胞一般不太多。

中度分化的鳞状细胞癌：是指在癌组织中见到清楚的细胞间桥和 / 或角化，不是个别存在而是有一定数量的鼻咽癌。无论是细胞内或细胞外角化的数量远较高度分化的鳞状细胞癌少得多。癌巢内有数量不等的淋巴细胞浸润，巢周有多少不一的浆细胞，间质改变的情况与低度分化的鳞状细胞癌类似，而与高度分化的鳞状细胞癌不同。

低度分化的鳞状细胞癌：光镜下也可见一定数量的癌细胞出现细胞间桥或细胞内角化，但是数量少。癌细胞核深染。核仁肥大，常带些嗜硷性的伊红染色。癌巢与间质的分界比较清楚，但也可与间质交错混杂在一起。癌巢中每有数量不等的淋巴细胞浸润，间质可以呈多种类型，即淋巴类细胞丰富浸润型、肉芽组织型、纤维化型和固有组织型等。无论是哪一类型的间质，每伴有数量不等的浆细胞浸润。

(3) **腺癌：**鼻咽腺癌与鼻咽鳞状细胞癌比较起来极为少见，尤其是在鼻咽癌的高发区。按组织发生学观点，腺癌必须是发源于腺体者。

高度分化的腺癌：癌实质与间质分界清楚，癌巢较明显。有的癌细胞排列成腺泡状；有的排列成高柱状导管样结构；有的呈腺样囊性癌或筛状癌的结构；有的为单纯腺癌。

中分化腺癌：是指在癌组织中见到一定数量清楚的腺腔形成，但伴有部分未分化癌结构的腺癌，它们往往是上述高度分化腺癌进一步间变的结果，因此仍然保留部分高度分化腺癌的痕迹。

低分化的腺癌：癌组织中可见清楚的腺腔结构，数量极少。大部分癌组织呈未分化癌的结构。肿瘤细胞呈泡沫状泡浆，alcian蓝染色为弱阴性。

(4) **泡状核细胞癌：**大部分癌细胞核呈空泡状变的鼻咽癌即可称为泡状

核细胞癌。由于它具有比较特殊的形态以及经放射治疗后预后较好，因此独立为一型。所谓核的空泡状变，是说核大而圆或椭圆或呈肥梭形。核面积是淋巴细胞核面积的三倍以上。核内染色质较稀少，因而使核呈空泡状；染色质每不均等地粘附于核膜内面，因而使之厚薄不均，菲薄的地方甚至类似核膜缺损。诊断鼻咽泡状核细胞癌，必须在切片中找到75%以上的癌细胞核呈空泡状变。其余不到25%的癌细胞可以是低分化的鳞状细胞癌或未分化癌，将诊断泡状核细胞癌的标准定为具有75%以上的呈空泡状变的癌细胞，是因为如此才能显示它特有的生物学特性，即放射治疗后预后较好。(5)未分化癌：癌细胞分布较弥散，常与间质相混杂。细胞中等大小或偏小，短梭型、椭圆型或不规则型，胞浆少，略嗜碱性。核染色质增加，颗粒状或块状，有时可见核仁。【临床表现】(一)出血 早期可有出血症状，表现为吸鼻后痰中带血或擤鼻时涕中带血。早期痰中或涕中仅有少量血丝，时有时无。晚期出血较多，可有鼻血。(二)耳鸣、听力减退、耳内闭塞感 鼻咽癌发生在鼻咽侧壁，侧窝或咽鼓管开口上唇时，肿瘤压迫咽鼓管可发生单侧性耳鸣或听力下降，还可发生卡他性中耳炎。单侧性耳鸣或听力减退、耳内闭塞感是早期鼻咽癌症状之一。(三)头痛 为常见症状，占68.6%。可为首发症状或唯一症状。早期头痛部位不固定，间歇性。晚期则为持续性偏头痛，部位固定。究其原因，早期病人可能是神经血管反射引起，或是对三叉神经第一支末梢神经的刺激所致。晚期病人常是肿瘤破坏颅底，在颅内蔓延累及颅神经所引起。(四)复视 由于肿瘤侵犯外展神经，常引起向外视物呈双影。滑车神经受侵，常引起向内斜视、复视，复视占6.2%

~ 19%。常与三叉神经同时受损。(五)面麻 指面部皮肤麻木感，临床检查为痛觉和触觉减退或消失。肿瘤侵入海绵窦常引起三叉神经第1支或第2支受损；肿瘤侵入卵圆孔、茎突前区、三叉神经第3支常引起耳廓前部、颞部、面颊部、下唇和颞部皮肤麻木或感觉异常。面部皮肤麻木占10%~27.9%。(六)鼻塞 肿瘤堵塞后鼻孔可出现鼻塞。肿瘤较小时，鼻塞较轻，随着肿瘤长大，鼻塞加重，多为单侧性鼻塞。若肿瘤堵塞双侧后鼻孔可出现双侧性鼻塞。(七)颈部淋巴结转移症状 鼻咽癌容易发生颈部淋巴结转移，约为60.3%~86.1%，其中半数为双侧性转移。颈部淋巴结转移常为鼻咽癌的首发症状(23.9%~75%)。有少数病人鼻咽部检查不能发现原发病灶，而颈部淋巴结转移是唯一的临床表现。这可能与鼻咽癌原发灶很小，并向粘膜下层组织内扩展有关。(八)舌肌萎缩和伸舌偏斜 鼻咽癌直接侵犯或淋巴结转移至茎突后区或舌下神经管。使舌下神经受侵，引起伸舌偏向病侧，伴有病侧舌肌萎缩。(九)眼睑下垂、眼球固定 与动眼神经损害有关。视力减退或消失与视神经损害或眶锥侵犯有关。(十)远处转移 鼻咽癌的远处转移率约在4.8%~27%之间。远处转移是鼻咽癌治疗失败的主要原因之一。常见的转移部位是骨、肺、肝等，多器官同时转移多见。(十一)伴发皮炎 皮炎也可与鼻咽癌伴发，故对皮炎病人无论有无鼻咽癌的症状，均应仔细检查鼻咽部。(十二)停经 作为鼻咽癌首发症状甚罕见，与鼻咽癌侵入蝶窦和脑垂体有关【诊断鉴别】除注意以上临床表现外，应做如下检查：(一)前鼻孔镜检查 鼻粘膜收敛后，经前鼻孔镜可窥到后鼻孔和鼻咽部，能发现侵入或邻近鼻孔的癌肿。(二)间接鼻咽镜检查 方法简便、实用。应依

次检查鼻咽的各壁，注意鼻咽顶后壁及两侧咽隐窝，要两侧相应部位对照观察，凡两侧不对称的粘膜下隆起或孤立性结节更应引起注意。

(三)纤维鼻咽镜检查 进行纤维鼻咽镜检查可先用1%麻黄素溶液收敛鼻腔粘膜扩张鼻道。再用1%地卡因溶液表面麻醉鼻道，然后将纤维镜从鼻腔插入，一面观察，一面向前推进，直到鼻咽腔。本法简便、镜子固定好，但后鼻孔和顶前壁观察不满意。

(四)颈部活检 对已经鼻咽活检未能确诊的病例可进行颈部肿块活检。一般均可在局麻下进行，术时应选择最早出现的硬实淋巴结，争取连包膜整个摘出。如切除活检确有困难，可在肿块处作楔形切取活检，切取组织时须有一定深度，并切忌挤压。术毕时术野不宜作过紧过密的缝合。

(五)细针穿刺抽吸 这是一种简便易行，安全高效的肿瘤诊断方法，近年来较为推崇。对疑有颈部淋巴结转移者可首先使用细针穿刺取得细胞。具体方法如下：1. 鼻咽肿物穿刺：用7号长针头接于注射器上。口咽部麻醉后，在间接鼻咽镜下将针头刺入肿瘤实质内，抽取注射器使成负压，可在肿瘤内往返活动两次，将抽取物涂于玻片上做细胞学检查。2. 颈部肿块的细针穿刺：用7号或9号针头接于10ml注射器上。局部皮肤消毒后，选择穿刺点，沿肿瘤长轴方向进针，抽吸注射器并使针头在肿块内往返活动2~3次，取出后将抽吸物做细胞学或病理学检查。

(六)eb病毒血清学检测 目前普遍应用的是以免疫酶法检测eb病毒的iga / vca和iga/ea抗体滴度。前者敏感度较高，准确性较低；而后者恰与之相反。故对疑及鼻咽癌者宜同时进行两种抗体的检测，这对早期诊断有一定帮助。对iga / vca滴度 1 : 40和 / 或iga/ea滴度 1 : 5的病例，即使鼻咽部未见异常，亦应在鼻

咽癌好发部位取脱落细胞或活体组织检查。如一时仍未确诊，应定期随诊，必要时需作多次切片检查。

(七)鼻咽侧位片、颅底片及ct检查 每例患者均应常规作鼻咽侧位照片和颅底照片。疑及鼻旁窦，中耳或其他部位有侵犯者，应同时作相应的摄片检查。有条件的单位应作ct扫描了解局部扩展情况，特别需要掌握的是咽旁间隙的浸润范围。这对于确定临床分期以及制定治疗方案都极为重要。

(八)b型超声检查 b型超声检查已在鼻咽癌诊断和治疗中广泛应用，方法简便，无损伤性，病人乐意接受。在鼻咽癌病例主要用于肝脏、颈、腹膜后和盆腔淋巴结的检查，了解有无肝转移和淋巴结密度、有无囊性等。

(九)磁共振成像检查 由于磁共振成像(mri)可清楚显示头颅各层次、脑沟、脑回、灰质、白质和脑室、脑脊液管道、血管等，用se法显示t1、t2延长高强度图像可以诊断鼻咽癌、上颌窦癌等，并显示肿瘤与周围组织关系。

【治疗预防】

(一)放射治疗 放射治疗一直是治疗鼻咽癌的首选方法。原因是多数鼻咽癌为低分化癌，对放射线的敏感性高，并且原发灶和颈部淋巴引流区域容易包括在照射野内。自40年代起，我国即开展了鼻咽癌的深部x线放疗。50~60年代起又开展了⁶⁰co的外照射放疗，并将鼻咽及颈部联合大野照射改为小野照射，减少了放疗反应并提高了生存率。目前最有效和最肯定的方法是用⁶⁰co远距离治疗机。

1.鼻咽癌放射治疗的适应证和禁忌证

(1)根治性放疗的适应证： 全身状况中等以上者； 颅底无明显骨质破坏者； ct或mri片示鼻咽旁无或仅有轻、中度浸润者； 颈淋巴结最大直径小于8cm，活动，尚未达锁骨上窝者； 无远处器官转移者。

(2)姑息性放疗的适应证： ks分级60分以上； 头痛剧烈，鼻咽有中量

以上出血者； 有单个性远处转移者或颈淋巴结转移大于10cm。经姑息放射后如一般情况有改善，症状消失，远处转移灶能控制者，可改为根治性放射治疗。(3)放射治疗禁忌证： ks分级60分以下； 广泛远处转移者； 合并急性感染病者； 放射性脑脊髓损伤者。(4)放射治疗后复发再放疗原则，具有下述情况者不宜再放射治疗。 同一靶区(包括鼻咽及颈部靶区)放疗后复发时间未满一年； 放射治疗后出现放射性脑病或放射性脊髓病； 鼻咽部靶区总疗程不宜超过三个疗程，颈部靶区不宜超过两个疗程。

2. 放射线的选择和照射范围

(1)照射野的设计：设计照射野的原则是“小而不漏”。对肿瘤累及的部位要全部包括在照射野内，但对照射野内的正常组织，尤其是对放疗敏感的组织，要予以保护。鼻咽部原发病灶主要用双侧耳前野，若鼻腔及鼻咽旁隙受累可加照鼻前野，眼眶受累时可加照眶上野或眶下野，要注意用铅片保护眼部，勿使发生放射性白内障。颈部的照射范围视淋巴结的病变而定。对未及颈部淋巴结者常做两侧上颈区的预防性照射，如有颈部淋巴结转移，除照射转移灶外，对转移灶下方引流区常做预防性照射。

3. 放射剂量和时间

(1)连续放射治疗：每周5次，每次200cgy，总量td6000~7000cgy / 6~7周。(2)分段放射治疗：一般把放射治疗分成两段，每周5次，每次200cgy，每段约3.5周。两段之间休息四周，总剂量td6500~7000cgy。

4. 后装腔内放射治疗

(1)适应证：鼻咽局限性小病灶(肿瘤厚度少于0.5cm)，位于顶壁、前壁或侧壁者； 外照射后或鼻咽癌手术切除后的残存病灶符合项者。(2)治疗方法：常以外照射加腔内照射相配合，外照射量4500~6000cgy，外照射1~2周后再加腔内放射1~2次，

每次间隔7~10天，每次剂量均以粘膜下0.25cm为剂量点，给予1000~2000cgy/次。

5. 放射反应和后退症及其处理

(1) 放疗并发症

全身反应：包括乏力、头晕、胃纳减退、恶心、呕吐、口中无味或变味、失眠或嗜睡等。个别患者可以发生血象改变，尤其是白细胞减少现象。虽然程度不同，但经对症治疗，一般都能克服，完成放射治疗。必要时可服用维生素b1、b6、c，胃复安等。如白细胞数下降低于 3×10^9 儿时，应暂停放疗。

局部反应：包括皮肤、粘膜、唾液腺的反应。

皮肤反应表现为干性皮炎甚或湿性皮炎，可局部使用0.1%冰片滑石粉或羊毛脂做基质的消炎软膏。粘膜反应表现为鼻咽和口咽粘膜充血、水肿、渗出及分泌物积存等，可局部使用含漱剂及润滑消炎剂。少数病人腮腺照射2gy后即可发生腮腺肿胀，2~3d逐渐消肿。当照射40gy时，唾液分泌明显减少，同时口腔粘膜分泌增加，粘膜充血、红肿。患者口干，进干食困难。因此腮腺应避免过量照射。

(2) 放疗后退症：

主要有颞颌关节功能障碍及软组织萎缩纤维化、放射性龋齿及放射性颌刺骨骨髓炎和放射性脑脊髓病。目前尚无逆转的妥善办法，对症处理和支持方法有一定帮助。要严格避免重要组织器官的超量照射。

(二) 手术治疗

1. 鼻咽癌原发灶切除术

(1) 适应症：分化较高的鼻咽癌，如腺癌，鳞癌I、II级，恶性混合瘤的早期病例。放射治疗后鼻咽局部复发，病灶局限于顶后壁或顶前壁，或仅累及咽隐窝边缘，而无其他部位浸润，无张口困难，体质尚好者。放疗已给予根治剂量，鼻咽原发灶尚未消失，或出现抗放射现象者，休息一个月后可行手术切除。

(2) 禁忌症：有颅底骨质破坏或鼻咽旁浸润，颅神经损害或远处转移者。有肝肾功能不良，全身情

况欠佳者。(3)手术方法：先行气管切开插管，全麻下手术。沿上腭牙根内侧距齿槽0.5cm处做马蹄形切口，切开硬腭骨粘膜，在粘膜下剥离至软腭部分，去除部分硬腭骨板和犁骨。在软硬腭交界处横切鼻底粘膜，暴露出鼻咽腔的顶壁、两侧壁前分和肿瘤。于鼻中隔后缘和后鼻孔上缘切开鼻咽粘膜直达骨面，做钝性或锐性分离，沿鼻咽顶侧交界处切开，各下至口咽和鼻咽后壁交界处横切粘膜、把整个鼻咽顶后部粘膜连同癌肿整块切除。

2. 颈淋巴结清除术

(1)适应症：鼻咽原发癌病灶经过放疗或化疗后已被控制，全身状况良好，仅遗留颈部残余灶或复发灶，范围局限，活动，可考虑行颈淋巴结清除术。(2)禁忌症：颈部的残余病灶或复发病灶与颈部深组织粘连、固定者；出现远处转移或皮肤广泛浸润者；年老体弱，心肺肝肾功能不全，未能矫正者。(3)切除范围：将上起乳突尖、上颅骨下缘，下至锁骨上缘，前起颈中线，后至斜方肌前缘区域内的淋巴结及脂肪结缔组织连同颈阔肌、胸锁乳突肌、颈内、外静脉、肩胛舌骨肌、颌下腺、腮腺下极和副神经等组织的大块切除。

3. 颈部淋巴结单纯摘除术

对放疗不敏感的颈部单个淋巴结或放疗后有颈部孤立性淋巴结复发者可行单纯切除术。局部浸润性麻醉后，切开转移灶表面皮肤、皮下组织，将转移灶连同周围部分正常组织完整切除。术后伤口可稍加压包扎。

(三)化学治疗

1. 鼻咽癌化疗的指征

(1) 期患者以及 期有明显淋巴转移者；(2)任何病人怀疑有远处转移者；(3)颈部区域淋巴结巨大块状转移，作放疗前诱导性化疗；(4)作为放疗前增敏作用的化疗；(5)作为放疗或手术治疗后辅助性化疗。

2. 常用联合化疗方案

(1)cbf方案：环磷酰胺600~1000mg/次，静脉注射，第1

、4天应用。争光霉素15mg / 次，肌肉注射，第1、5天应用。5-氟尿嘧啶500mg，静脉注射，第2、5天应用，疗程结束后休息、1周，共用4个疗程。有效率为60.8%。(2)pfa方案：顺氯氨铂20mg和5-氟尿嘧啶500mg，静脉滴注5天；阿霉素40mg，疗程第1天静脉注射。3~4周后重复一次，有明显缩小肿瘤作用。(3)pf方案：顺氯氨铂20mg / m²和5-氟尿嘧啶500mg / m²，静脉滴注，连用5天后休息2周，可用2~3个疗程。此方案可用于放疗前使肿瘤缩小，或用于单纯化疗的病例，有效率为93.7%。

3. 区域动脉内插管灌注化疗 对上行性和放疗后局部复发的鼻咽癌可采用动脉插管化疗。可选择颞浅动脉或面动脉逆行插管。常选择作用力强而作用时间短的几种化疗药物的联合或序贯治疗。给药前先注入2%普鲁卡因2ml，以防止动脉痉挛，再注入抗癌药物，然后以2.5%枸橼酸钠溶液充满管腔，封闭管端。如需连续用药可用加有肝素溶液100ml和抗癌药物的5%葡萄糖盐水1500ml，24小时连续滴注。

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