

鼻咽癌_肿瘤科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E9_BC_BB_E5_92_BD_E7_99_8C__c22_611677.htm 【概述】鼻咽癌

(carcinoma of nasopharynx) 是我国常见的恶性肿瘤之一，在头颈部恶性肿瘤中占首位。发病率有明显的地区分布，据估计，世界上80%的鼻咽癌病例发生在我国南方各省。其病变首发于鼻咽粘膜上皮，向上可侵及颅底，向下可转移到颈部淋巴结，临床表现复杂多变，起病隐蔽，早期不易发现，自然生存时间平均为18.7个月。鼻咽癌发病有明显的种族易感性、地区性和种族家族聚集性，世界大部分地区发病率较低，一般在1/10万以下，白种人少见，好发于黄种人，我国发病呈南高北低趋势，尤以中国南方五省份（广东、广西、福建、湖南、江西）发病率较高。年发病率达10~25/10万，男女之比为2~3:1，儿童期少见，随着年龄的增长，发病率增高，30~60岁为发病高峰期。鼻咽癌死亡率也以南方五省最高，其中广东排在第一位，12.46/10万。20世纪90年代与70年代两次全国性死亡调查资料对比发现，中国调整率下降34.62%，而世界调整率下降33.7%。女性比男性明显；女性最大值下降36.77%，男性下降5.21%。全国男性鼻咽癌患者的死亡率占全部恶性肿瘤的第7位，女性则排在第9位。鼻咽癌发病有明显人种差异，在世界四大人种中蒙古人种高发。广东、香港、海南、台湾等地流行病学调查显示有鼻咽癌高发家族存在。【病因】鼻咽癌的病因尚未十分明确，流行病学调查提示鼻咽癌的发生与多种因素有关，可能的相关因素有：eb病毒感染，化学致癌因素，遗传因素，癌基因

与抑癌基因失控等。【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)组织学分类在组织细胞学分类方面，各家意见尚未能完全统一。为此，世界卫生组织（who）于1991年提出可分为：角化型鳞状细胞癌、非角化性癌和未分化癌三型。目前各地专家均同意推荐使用《鼻咽癌诊治规范》中的分类方法：1. 原位癌 指发生于粘膜被覆上皮或隐窝被覆上皮，癌变的细胞达全层，但未冲破基底膜。2. 微小浸润癌 指癌变的细胞冲破上皮基底膜向下早期浸润而形成。微小浸润癌与原位癌可以认为是鼻咽癌的早期病变。3. 鳞状细胞癌 鼻咽癌的98%是起源于柱状上皮的鳞状细胞癌。按癌细胞的分化程度又可分为：高、中及低分化鳞状细胞癌。4. 泡核状细胞癌 见大部分癌细胞呈空泡状改变。由于癌巢中间质纤维少，淋巴细胞丰富，故又称“淋巴上皮癌”。泡核状细胞癌发展快，易下行性淋巴及血道转移，对放射治疗敏感。5. 未分化癌 癌组织中找到清楚的细胞间

桥和细胞角化，亦无腺腔结构。6. 腺癌极少见。来源于鼻咽粘膜腺体或小涎腺，癌细胞呈腺性分化，有明显的腺腔结构。尚可见少数双向分化的腺鳞癌。按癌细胞的分化程度又可分为：高、中及低分化腺癌。【临床表现】一、症状1. 涕血或鼻衄 回缩性涕血是鼻咽癌早期症状之一，因肿瘤生长于鼻咽腔内，在用力回吸鼻腔或鼻咽分泌物时，摩擦而出现，甚至可出现鼻衄。病灶表面是溃疡或菜花型者，这一症状更常见。2. 耳鸣、听力减退、耳内闷塞感 是鼻咽癌早期症状之一。因瘤灶浸润、压迫咽鼓管，使鼓室形成负压而出现耳鸣或听力减退、耳内闷塞感，还可出现卡他性中耳炎。3. 鼻塞 常为单侧肿瘤堵塞后鼻孔所致，位于鼻咽前壁的肿瘤更易引发。4. 头痛 多为单侧颞、顶或枕部的持续性疼痛，往往是由于有颅神经损害或颅底骨质破坏，或鼻咽局部的炎症感染或神经血管反射性痛所致。二、体征1. 颈淋巴结肿大 肿瘤转移至颈淋巴结所致，发生率高达79.37%，可单侧或双侧发生转移。颈部肿大之淋巴结无疼痛、质硬、早期可活动，晚期与皮肤或深层组织粘连而固定。2. 眼部症状 若肿瘤侵犯眼眶或与眼球相关的神经，可出现视力障碍甚至失明，视野缺损，复视，眼球突出及活动受限，神经麻痹性角膜炎等。视神经萎缩、水肿在眼底检查中均可见到。这些表现多已属晚期，但仍有部分患者以此症就诊。3. 颅神经损害症状 由于鼻咽癌向周围浸润，任何一支脑神经受压迫均会出现相应的症状和体征。但以三叉神经、外展神经、舌咽神经、舌下神经受累较多，面神经、嗅神经、听神经则较少受累。【实验室和其他辅助检查】（一）临床检查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，均应作鼻咽镜、影像学等一系列临床检查以能确诊。

1.后鼻镜检查 是诊断鼻咽癌必不可少的最基本的检查，经口腔后鼻镜检查，一般可观察到鼻咽腔内有无肿块及鼻咽粘膜有无糜烂溃疡、出血、坏死等异常改变，并可在后鼻镜明示下钳取病变处组织送病理检查。

2.前鼻镜检查 有鼻塞、涕血等均应行前鼻镜检查，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.光导纤维镜检查 经鼻腔表面麻醉及收缩鼻腔粘膜血管后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的病变。光导纤维镜检查的优点有：（1）不受患者张口大小及咽反射制约。（2）能更好地发现粘膜表面细微病变，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）与前后鼻镜相比，侵犯后鼻孔、鼻腔的检出率高，与ct比检出率也高而且准确。（4）在光导纤维镜直视下，令病人作吞咽动作时动态检查，易鉴别疗中或疗毕粘膜下有无残存肿瘤。在双侧鼻道狭窄或堵塞时，可于口腔、口咽部表面麻醉后，经软腭缘置入鼻咽腔同样能取得上述效果。

（二）影像诊断

1.x线平片检查 鼻咽侧位片、颅底片、颈静脉孔片、舌下神经孔片、蝶窦侧位体层片及鼻咽钡胶浆造影片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，但临床采用上述部分x线片，作为ct和mri的互补还是有其长处。

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，现在已成为放疗前必不可少的检查。文献报道利用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。ct与mri检查两种方法比较，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、颅神经受侵的增粗、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（放射性纤维变抑或肿瘤残存与复发）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超检查比较经济，无损伤性，可短期内重复检查，便于密切随诊动态观察，主要用于颈部检查：（1）有助于检查临床触诊阴性的肿大淋巴结。（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，来判断是否属转移淋巴结。目前认为，超声多普勒对颈转移淋巴结的诊断符合率约95%左右，高于mri和ct的结果。此外，超声多普勒检查以观察颈内、外及颈总动脉疗前、后缩窄改变也是一种可信的方法。

4.放射性核素骨显像 这一检查灵敏度高、无损伤性，可能在骨转移症状出现前3个月或x线平片检查出骨破坏前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

其是曾遭受骨外伤或骨炎症时，故应以临床查体、x线片或ct/mri等作为诊断依据。（三）血清学检查 鼻咽癌患者常伴有血清eb病毒抗体vcriga和eaiga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的进展而增高，随着病情好转而下降。（四）病理检查鼻咽癌的病理分类及其各自生物学特点中，需要强调的是：1.肿瘤活组织病理检查是确诊鼻咽癌的唯一性手段，是其它临床检查不能替代的。无论是初诊初治还是疗后复发再治，治疗前都必须取得病理证实。2.鼻咽颈部都有肿块的活检取材部位应首选鼻咽，因鼻咽活检方便快捷、损伤小、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未见病变的才做颈部淋巴结的活检。颈淋巴结活检应取单个的、估计能完整切下的行切除活检为好，不宜在一个转移淋巴结上切取一小块标本或反复穿次活检，有报告认为颈淋巴结切取或穿刺活检会增加远转率，最高达20%，明显影响预后。【诊断】诊断要点 临床见经常性的回缩性鼻涕、鼻塞、耳鸣或听力减退、颈部淋巴结肿大、头痛等应考虑到鼻咽癌的可能，尤其在高发区更应引起重视；如同时有iga / vca抗体滴度 > 1 : 80，则诊断基本成立；这时，为明确诊断应行鼻咽镜检查并钳取组织作病理或组织细胞学检查，以明确诊断。ct或x线检查可协助诊断并明确病变范围。【鉴别诊断】（一）恶性淋巴瘤起源于鼻咽及颈部的非霍奇金氏淋巴瘤，临床在鼻咽和颈部可发现肿物，但发病常较年轻，少见头痛及颅神经麻痹而常伴发热，肝脾大等全身症状和体征。鼻咽肿块多为粘膜下球形隆起，光滑少有溃疡坏死，颈部肿大淋巴结中等硬或呈韧性感或偏软，单个或多个融合呈分叶状，较

大但仍能推移。可同时伴有多处淋巴结肿大或骨髓象异常。病理免疫组化最后确诊，取材部位以淋巴结的诊断率及可靠性较鼻咽部高，故病理活检部位首选淋巴结。（二）纤维血管瘤青少年多见，以鼻咽反复出血为特征，常无淋巴结肿大，少见头痛和颅神经麻痹。鼻咽肿物血管丰富呈暗紫红色如紫红葡萄样。ct/mri增强扫描或mra可确诊。切记：严禁随意咬取活检以免大出血造成致命危险，应慎重准备作整体肿物切除手术后才作病理检查。（三）颅底脊索瘤发病常在年长人群中，以头痛、颅神经麻痹及中线部位的颅底骨破坏为特征。肿瘤向颅内生长亦可向下侵至鼻咽顶或顶后壁呈现粘膜下肿物隆起，颈部无肿大淋巴结。ct/mri有助于确诊，必要时咬取或穿刺活检证实。（四）颅内肿瘤鞍区、鞍上区肿瘤和垂体病、颅咽管瘤有时可呈下行性生长，在鼻咽顶壁形成粘膜下肿物，伴头痛，视力视野改变或多饮多尿及其它内分泌异常，但少见其它颅神经麻痹，无颈淋巴结肿大。ct/mri是鉴别诊断的良好工具，可见肿瘤中心在颅内，垂体瘤有相应的蝶鞍改变及椭圆形或分叶状边缘光整的肿物影像，并可伴有囊性变。颅咽管瘤可见沙粒样钙化斑点在瘤体内。（五）鼻咽结核结核病变在顶壁、顶后壁呈散在，多数肉芽样小结节。多无五官症状或头痛，无颅神经麻痹，常有午后低热、乏力、盗汗等全身症状。可同时有其它部位结核灶或结核病的既往史。最终要靠病理鉴别。（六）鼻咽慢性炎症增生性病变更多在顶壁、顶后壁单个或散在淋巴滤泡样小结节，无溃疡坏死而伴粘膜充血，口咽后壁亦常伴有类似改变，无头痛及淋巴结肿大，可能有反复发作的咽下痛，抗炎后好转。在诊断困难时则依靠病理确诊。（七）腺样体典型的腺样体见于

青少年，在顶前壁呈束状，橘子瓣状有深纵行沟，常易于辨认无需活检。在合并感染时，可明显肿大成结节状，纵行沟变浅或消失而成红肿块状，有浓性分泌，可有脓涕血，但一般无头痛及颈淋巴结肿大。可局部冲洗抗炎观察，活体组织病理检查可确诊。【治疗措施】(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)放疗后复发时间未滿一年；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。【预后与转归】统计数字表明鼻咽癌疗后5年生存率i~ii期在60%以上，iii~iv期则只有20%~40%。国内目前各肿瘤中心首程治疗的患者中，iii~iv期患者都占了70%~80%，在晚期病变占优势的情况下，即便应用精确放疗技术也难以彻底解决。当今仍需通过防癌知识的普及、宣传和教育，努力提高医务人员及患者对鼻咽癌警惕性和发病常识的认识。鼻咽癌不经任何治疗，自然生存期因人而异，平均为18.7月，i期者自然生存时间为7~9个月。鼻咽癌放疗后的综合治疗五年生存率为50%，鼻咽癌预后与性别、年龄、肿瘤细胞的病理类型、临床分期、临床分型及放疗方式有关。鼻咽癌放疗后的局部复发和远处转移，是病人死亡的主要原因。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