

恶性黑色素瘤\_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\\_\\_E6\\_81\\_B6\\_E6\\_80\\_A7\\_E9\\_BB\\_91\\_E8\\_c22\\_611798.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_81_B6_E6_80_A7_E9_BB_91_E8_c22_611798.htm) 恶性黑色素瘤好发于白色人种。澳大利亚的queens-land是世界上著名的恶性黑色素瘤高发地区。我国恶性黑色素瘤的发病率不高，但由于医生及病人对其严重性认识不足，一般在就诊时往往已为时太晚，治疗效果极不满意。本病好发于30~60岁。罕见的幼年性恶性黑色素瘤spity报道了13例，年龄为1.5~12岁。年龄小者一般其恶性程度较低，手术切除后预后较好。在发病性别上几乎无差别，唯病灶部位与性别有关，发生在躯干者以男性居多，发生在肢体者女多于男，尤以面部雀斑型黑色素瘤多见于老年妇女。【治疗措施】(一)外科治疗1. 活检手术：对疑为恶性黑色素瘤者，应将病灶连同周围0.5cm~1cm的正常皮肤及皮下脂肪整块切除后作病理检查，如证实为恶性黑色素瘤，则根据其浸润深度，再决定是否需行补充广泛切除。一般不作切取或钳取活检，除非病灶已有溃疡形成者，或因病灶过大，一次切除要引起毁容或致残而必须先经病理证实者，但切取活检必须与根治性手术衔接得越近越好。世界卫生组织恶性黑色素瘤诊疗评价协作中心在一组前瞻性分析中认为切除活检非但对预后没有不良影响，而且通过活检可了解病灶的浸润深度及范围，有利于制订更合理、更恰当的手术方案。2. 原发病灶切除范围：老观点主张切除病变时一定包括5厘米的正常皮肤已被摒弃。大多数肿瘤外科学家对薄病变，厚度为1mm，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3cm~5cm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 1mm 者，转移率甚低，预防性淋巴结清扫术不能指望其能改变远期预后；病变厚度  $> 3.5\text{cm} \sim 4\text{mm}$  者隐匿性远处转移的可能性高，远期存活率也相对的低(20% ~ 30%)，即使做了预防性淋巴结清除术亦难望在存活率上会出现有意义的提高。尽管如此，主张只要尚无远处转移灶可查，便应做预防性淋巴结清除术者大有人在；厚度介于上述二类之间的病变，隐匿性淋巴结转移率相当高，是做预防性淋巴结清除术可望提高生存期最佳对象。

(2) 区域淋巴结清除的范围：头颈部恶性黑色素瘤作颈淋巴结清除时，原发灶位于面部者应着重清除腮腺区，颌下及颌下三角的淋巴结；如病灶位于枕部，重点清除颈后三角的淋巴结。发生于上肢的恶性黑色素瘤需行腋窝淋巴结清除，发生在下肢者应做腹股沟或髂腹股沟淋巴结清除术。发生于胸腹部的恶性黑色素瘤则分别作同侧腋窝或腹股沟淋巴结清除术。

### 4. 姑息性切除术

对病灶范围大而伴有远处转移等不适于根治性手术者，为了解除溃疡出血或疼痛，只要解剖条件许可，可考虑行减积术或姑息性切除。

### (二) 放射治疗

除了某些极早期的雀斑型恶性黑色素瘤对放射治疗有效外，对其他的原发灶一般疗效不佳。因此对原发灶一般不采用放射治疗，而对转移性病灶用放射治疗。目前常用放射剂量为：对浅表淋巴结、软组织及胸腔、腹腔、盆腔内的转移灶，每次照射量 500ccy，每周2次，总量2000 ~ 4000ccy，对骨转移灶每次200 ~ 400ccy，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。gaiianl报道dtic的疗效最好，治疗28例黑色素瘤，每次剂量为350mg / m<sup>2</sup>，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：dticlo 200mg，iv d1 ~ 5 acnu 100mg iv d1 vcr 2mg iv d1，每21天重复1次。(2)ddb方案(dtic、ddp、bcnu、tam)用法：dtic 220mg / m<sup>2</sup>，静注d1 ~ 3 / 3w、ddp 25mg / m<sup>2</sup>，静滴d1 ~ 3w、bcnu 50mg / m<sup>2</sup>，静注d1 / 6w、tam 10mg po，2 / d。有效率52.5%。(3)cdb方案(ccnu、blm、ddp)用法：ccnu 80mg / m<sup>2</sup>，口服，d1 / 6w，blm 15u / m<sup>2</sup>，静注d3 ~ 7 / 6w、ddp 40mg / m<sup>2</sup>，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(il-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。

【病因学】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。

【病理改变】(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“垂直发展期”。
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，可向四周扩出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、阴道、肛门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周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认识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断预后的准绳。目前世界上一些著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 0

· 75mm、0.75 ~ 1 . 5mm和 > 1 . 5mm3档，有的作者将 > 1 . 5mm者再分成几档，以进一步观察肿瘤厚度与预后的关系。**【临床表现】**为了仔细详查皮肤的病变，良好的光照和手持放大镜必不可少，色素性皮肤病有下列改变者常提示有早期恶性黑色素瘤的可能：**颜色**：大多数恶性黑色素瘤有棕、黑、红、白或蓝混杂不匀，遇皮痣出现颜色改变，应特别提高警惕。**边缘**：常参差不齐呈锯齿状改变，为肿瘤向四周蔓延扩展或自行性退变所致。**表面**：不光滑。常粗糙而伴有鳞形或片状脱屑。有时有渗液或渗血，病灶可高出皮面。

病灶周围皮肤可出现水肿或丧失原有皮肤光泽或变白色、灰色。**感觉异常**：局部常有发痒、灼痛或压痛。当发生上述变化时，强烈提示有恶性黑色素瘤之嫌，可以说皮肤痣一旦出现任何变化均应行切除活检术，以除去恶性黑色素瘤，毫不为过。**【预防】**尽量避免日晒，使用遮阳屏是重要的一级预防措施，特别是对那些高危人群，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 0 . 75mm者的5年生存率为89%， 4mm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 0.75mm者切除范围距肿瘤边缘2cm~3cm，厚度>0.75mm而<4mm时为3cm~4cm，厚度>4mm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%~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](http://www.100test.com)