

# 腭部恶性肿瘤

王昌美 高庆红 周琦

**摘要** 总结了华西医科大学口腔医院 1960~ 1993 年住院患者经病理证实的腭部恶性肿瘤 377 例, 男性 246 例, 女性 131 例, 男: 女约 1.88 : 1, 发病年龄 3.5~ 84 岁, 41~ 60 岁占 52.8%, 原发部位多位于腭部后分, 大多数病程在 1 年以内, 绝大多数属临床晚期。其中鳞癌与腺上皮源性癌例数相近, 共计 316 例, 低分化癌、恶性黑色素瘤次之, 淋巴网状组织来源和肉瘤较少。治疗采取以手术为主的方案 274 例, 其中 106 例配合放疗或(和)化疗, 81 例仅行放疗或(和)化疗; 3, 5, 10 年生存率分别为 65.9%, 55.2%, 36.0%。377 例腭部肿瘤颈部淋巴结转移率仅为 9.3%, 低分化癌、腺癌、鳞癌较易发生颈部淋巴结转移。死亡原因主要为局部复发。肿瘤预后与病理分类密切相关, 3, 5, 10 年生存率腺上皮源性癌分别为 90.9%, 78.8%, 54.9%, 鳞癌分别为 48.8%, 35.6%, 20.8% ( $P < 0.01$ ); 而肉瘤和恶性黑色素瘤最差, 恶性黑色素瘤无 1 例存活 5 年以上。本文阐明了腭部肿瘤发病特点, 最后提出了腭部恶性肿瘤的手术原则及如何减少局部复发。

**关键词** 恶性肿瘤 腭部 统计分析

腭部恶性肿瘤是临床常见肿瘤之一, 占口腔癌的第 2~ 5 位。现将华西医科大学口腔医院 1960~ 1993 年住院病例中资料齐全, 经病理证实的 377 例原发于腭部的恶性肿瘤病例分析报告如下。

## 1 临床资料

**性别与年龄:** 377 例中男性 246 例, 女性 131 例, 男女约 1.88 : 1。发病年龄最小 3.5 岁, 最大 84 岁, 41~ 60 岁为发病高峰, 共 199 例, 占 52.8%。

**原发部位与病程:** 原发于硬腭 187 例(49.6%), 硬软腭交界处 117 例(31.0%), 软腭 73 例(19.4%)。入院前病程 7 d~ 27 年不等, 其中 1 年以上 115 例, 占 30.5%。

**临床分期:** 全部病例采用 1986 年 UICC 方案分类及分期, 除 9 例恶性淋巴瘤外, 368 例中 I 期 30 例(8.1%), II 期 11 例(3.0%), III 期 147 例(40.0%), IV 期 180 例(48.9%)。

**组织病理分类:** 上皮源性恶性肿瘤占绝大多数, 而腺上皮源性癌和鳞癌相近, 低分化癌、恶性黑色素瘤次之, 肉瘤及淋巴网状组织来源仅占 16 例, 占 4.2%, 见表 1。

表 1 377 例腭部恶性肿瘤病理分类

病理类型	病例数	%
鳞癌	159	42.2
腺上皮源性癌	157	41.6
腺样囊性癌	54	14.3
粘液表皮样癌	41	10.9
恶性混合瘤	28	7.4
腺癌	25	6.6
肌上皮癌	7	1.9
腺泡细胞癌	2	0.5
低分化癌	27	7.2
恶性黑色素瘤	18	4.8
恶性淋巴瘤	9	2.4
肉瘤	7	1.9
纤维肉瘤	2	0.5
横纹肌肉瘤	1	0.3
浆细胞肉瘤	1	0.3
恶性神经纤维瘤	1	0.3
恶性间叶瘤	1	0.3
成骨肉瘤	1	0.3
合计	377	100

作者单位: 610041 华西医科大学口腔医院(王昌美, 高庆红), 深圳市红十字会(周琦)

腭部各类上皮性恶性肿瘤的原发部位见表 2。

表 2 腭部各型上皮性恶性肿瘤的发病部位

病理类型	病例数	硬腭(%)	软硬腭交界区(%)	软腭(%)
鳞状细胞癌	159	59(37.1)	62(39.0)	38(23.9)
腺源性癌	157			
腺样囊性癌	54	28(51.8)	17(31.5)	9(16.7)
粘液表皮样癌	41	25(61.0)	10(24.4)	6(14.6)
恶性混合瘤	28	16(57.1)	4(14.3)	8(28.6)
腺癌	25	14(56.0)	9(36.0)	2(8.0)
肌上皮癌	7	5(71.4)	2(28.6)	
腺泡细胞癌	2	1(50.0)		1(50.0)

治疗方法: 377 例中 274 例手术治疗, 其中 106 例配合放疗或(和)化疗; 81 例仅行放疗或(和)化疗; 有 22 例拒绝治疗。各类肿瘤治疗方法见表 3。

表 3 腭部各类肿瘤治疗方法

肿瘤类型	手术	手+放(化)	放/化	拒治	合计
鳞状细胞癌	46	53	48	12	159
腺样囊性癌	26	19	6	3	54
粘液表皮样癌	31	7	1	2	41
恶性混合瘤	26	2			28
腺癌	19		5	1	25
肌上皮癌	5	1		1	7
腺泡细胞癌	1	1			2
低分化癌	7	9	9	2	27
恶性黑色素瘤	2	9	3*	1	18
恶性淋巴瘤		3	6		9
肉瘤	5	2			7

\* 免疫治疗      \*\* 免疫治疗加化疗

## 2 治疗结果

对 1990 年 12 月以前的出院患者进行随访, 随访率为 93.8% (303/323)。不同病理类型的生存率见表 4。

表 4 各型腭部恶性肿瘤的生存率

病理类型	3 年			5 年			10 年			
	观察数	生存数	%	观察数	生存数	%	观察数	生存数	%	
鳞癌	105	47	44.8	90	32	35.6	72	15	20.8	
腺 上 皮 源 性 癌	腺样囊性癌	40	35	87.5	36	26	72.2	24	7	29.2
	粘液表皮样癌	29	29	100.0	22	21	95.5	16	13	81.2
	恶性混合瘤	24	23	95.8	20	17	85.0	16	12	75.0
	腺癌	21	16	76.2	17	10	58.9	13	5	38.5
	肌上皮癌	5	5	100.0	3	3	100.0	1	1	100.0
	腺泡细胞癌	2	2	100.0	1	1	100.0	1	1	100.0
低分化癌	23	16	69.6	21	13	61.9	19	9	47.4	
恶性黑色素瘤	15	2	13.3	12	0	0	10	0	0	
恶性淋巴瘤	2	2	100.0	1	1	100.0				
肉瘤	7	3	42.9	6	2	33.3	6	1	16.7	
合 计	273	180	65.9	230	127	55.2	178	64	36.0	

注 1. 未治和失访者未计入 2. 存活时间从出院日期(第一次)计算

表 5 腭部恶性肿瘤死亡病例平均生存时间(年)

病理类型	鳞癌	腺样囊性癌	粘液表皮样癌	恶性混合瘤	腺癌	低分化癌	恶性黑色素瘤	恶性淋巴瘤	肉瘤
死亡例数	73	23	4	6	12	11	13	1	6
平均生存时间(年)	1.9	5.4	7.6	4.8	4.4	3	0.9	0.3	4

死亡原因: 377 例中治疗后死亡 149 例。不同病理类型的恶性肿瘤死前平均生存时间见表 5, 可明确死亡

原因者共 92 例, 其中死于局部复发 58 例, 颈淋巴结转移灶 9 例, 远位转移 9 例(肺 5 例, 肝 1 例, 脑 1 例, 广泛转移 2 例), 其它原因 16 例。

颈部淋巴结转移: 共计 35 例, 占全部病例 9.3%。其中 22 例(同期 6 例, 分期 16 例), 施行了颈部淋巴结清扫术, 术后病检均证实为阳性; 临床确定颈淋巴结转移 4 例, 仅作放疗或(和)化疗; 随访中有 9 例死于颈部淋巴结转移。肿瘤部位、病理分类和颈淋巴结转移发生率见表 6。

表 6 肿瘤部位、病理分类与颈淋巴结转移

病理类型	观察数	颈淋巴结 阳性数	%	原发灶部位		
				硬腭	硬软腭交界	软腭
鳞癌	159	23	14.5	6	11	6
低分化癌	27	5	18.5	1	4	
腺癌	25	4	16	3	1	
恶性黑色素瘤	18	1	5.5			1
恶性混合瘤	28	1	3.6	1		
腺样囊性癌	54	1	1.9	1		
合计		35		12	16	7

### 3 讨 论

#### 3.1 腭部肿瘤的发病特点

从解剖部位分腭部为硬腭及软腭两个区域, 前者作为口腔的一部分, 后者归属于口咽部, 故腭部肿瘤亦常按以上分区总结。由于临床就诊病例多属晚期, 难于准确划定原发部位, 因而本文将二者合并讨论。腭部恶性肿瘤无论从口腔癌的硬腭癌或口咽癌的软腭癌, 其发病率均不低, 分别占该区恶性肿瘤的 2~4 位<sup>1,2</sup>。本文 377 例腭部恶性肿瘤为我科同期收治口腔癌 2305 例的 17.2%, 占第 4 位。由于腭部小涎腺分布于硬腭后方及软腭, 故一般认为腭部以腺源性来源肿瘤最多<sup>2</sup>, 鳞癌次之, 且主要发生于软腭, 本组资料鳞癌占 159/377 (42.2%), 而腺源性肿瘤为 157/377 (41.4%), 两者发生率几乎相等, 而鳞状细胞癌虽然以软硬腭交界区原发最多占 39.0%, 但仍然表现硬腭 (37.1%) 多于软腭 (23.9%), 该结果与多数文献报道不相一致。分析其原因可能与各报告病例的组成不

同有关。本组资料若以硬腭、软腭分别计算其发生比, 则硬腭区的腺源性肿瘤和软腭区的鳞癌仍分别占该区多数。总体分析则两种病理类型发生率相近, 而腭部恶性黑色素瘤、恶性淋巴瘤及肉瘤的发生率则较文献报道略低或相近。

#### 3.2 腭部肿瘤的局部治疗

鉴于腭部肿瘤以上皮源性最多, 手术为主要治疗手段<sup>3-5</sup>, 而术后复发仍为腭部恶性肿瘤致死的主要原因。本组死于肿瘤的 92 例中, 因局部治疗失败者占 58 例 (63%), 但预后与发病部位、临床分期有一定关系, 其中病理分类关系最为密切。如本组鳞癌 10 年生存率仅 20.8%, 而粘液表皮样癌及恶性混合瘤可达 81.2% 和 75%, 恶性黑色素瘤及恶性淋巴瘤死亡病例死亡前平均生存时间仅分别为 0.9 年和 0.3 年, 粘液表皮样癌死亡前平均生存时间为 7.6 年。为此应针对不同病理类型肿瘤采用不同治疗方案, 其中以手术为主的综合治疗方案明显优于非手术疗法<sup>6,7</sup>。由于腭部组织结构及功能特点, 术者常顾及功能的保存而使切除范围偏保守。故此应注意以下几个问题: 腭部的洞穿切除, 腭部肿瘤尤其硬腭及硬软腭交界区肿瘤, 虽然腭骨有屏障肿瘤发展的作用, 但由于组织结构菲薄, 从切除肿瘤安全边界考虑, 腭骨实难保存, 除早期位于腭部一侧的肿瘤, 且骨质尚未出现临床破坏者, 可考虑保留鼻侧粘膜完整性外, 原则应作洞穿切除, 对位于腭中线的病变组织即使早期亦应作包括瘤区鼻隔下分的洞穿切除, 本组有位于中线的 T<sub>2</sub> 低分化癌病例, 局部洞穿切除后病检发现肿瘤已沿腭骨中缝累及鼻中隔下分。腭大孔是腭部肿瘤扩散的薄弱区, 由于腭大孔有腭大神经血管束分布, 肿瘤常沿其向上, 累及翼腭管及翼腭凹区, 作者曾遇 3 例腭部腺源性癌, 行上颌骨切除后, 发现翼腭凹内上颌神经呈球状膨大, 经病检证实为原发癌的扩散所致。因此, 对硬腭后分或硬软腭区癌已波及腭大孔区者即使上颌骨未被破坏, 为清扫可能波及此区的肿瘤, 也应考虑上颌结节及翼突的扩大切除术, 并尽可能高位切除上颌神

经及翼腭凹内容。软腭区肿瘤根据病变范围作半侧或全部软腭切除。因软腭肿瘤常向外下扩展,对受累上颌结节及咽前柱区应一并切除。

齿槽突切除。腭部肿瘤少见进入上颌窦,但已有腭骨及相邻齿槽骨破坏者,应行保留前牙的上颌骨次全切除术,已进入上颌窦者上颌骨需全切。

### 3.3 腭部恶性肿瘤的颈转移及治疗

腭部肿瘤的病理分类不同和原发或受累部位的差异,其颈转移率有明显不同<sup>8</sup>,总的说来转移率较低,仅占本组资料的 9.3%,其中 26 例在就诊时诊断为颈转移,22 例施行同期或分期的颈清扫术,4 例作放疗,随访中 9 例死于颈转移。腭部肿瘤中一般以低分化癌及恶性黑色素瘤颈转移率高,而发病部位中软腭部转移率高于硬腭。本组资料颈转移发生率由低到高依次为低分化癌、腺癌、鳞癌、恶性黑色素瘤,这可能与本组恶性黑色素瘤多位于硬腭,而发生颈转移的鳞癌及腺癌主要是发生于软腭部有关。肿瘤在腭部部位不同,颈转移率也存在差异,肿瘤发生于腭部后方的颈转移率高于前方。原因除局部涉及软组织血供丰富,易于扩散外,是否与软腭生理运动时软腭前方的硬腭附着区受力较大,促进其转移发生有关,值得进一步探讨。

本组资料显示腭部肿瘤的颈转移率 9.3%,而有明确死亡原因的 92 例中直接死因

为颈转移者仅 9.8%,因此作者认为除低分化癌、腺癌、恶性黑色素瘤外的腭部其它恶性肿瘤患者,可不作选择性颈清扫术,加之腭部肿瘤切除与颈淋巴结清扫术常为非连续式,因此只要术后定期严密观察,当出现转移灶时再行颈清扫术亦不致影响治疗效果。

### 4 参考文献

- 1 Gates GA. Malignant neoplasms of the minor salivary glands. *New Eng J Med*, 1982; 306: 718
- 2 Waldron CA, El-Moftysk, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases
- 3 马大权,俞光岩. 腺样囊性癌的诊断和治疗的探讨. *中华口腔医学杂志*, 1987; 22: 319
- 4 刘玉忠. 硬腭癌的治疗——附 93 例分析. *中华肿瘤学杂志*, 1986; 8: 130
- 5 曾宗渊,陈福进,廖仿荣. 硬腭恶性肿瘤 80 例临床分析. *中华口腔科杂志*, 1986; 21: 355
- 6 van der Wal JE, Snow GB. Intraoral adenoid cystic carcinoma: the role of postoperative radiotherapy in local control. *Head Neck Surg*, 1989; 11: 497
- 7 Regine WF. Radiotherapy for adenoid cystic carcinoma of the palate. *Head Neck Surg*, 1993; 15: 241
- 8 van der Wal JE, Snow GB. The presence of perineural spread in relation to site, size, local extension and metastatic spread in 22 cases. *Cancer*, 1990; 66: 2031

(1995-04-08 收稿)

## Malignant Tumors of the Palates

Wang Changmei, Gao Qinghong

*Department of Oral Maxillofacial Surgery, College of Stomatology,*

*West China University of Medical Sciences*

Zhou Qi

*The Red Cross Hospital of Shenzhen*

### Abstract

377 cases of malignant tumors in the palate were obtained from our hospital among which 246 lesions were found in males and 131 in females (range between 35~84 years old). The duration of most cases was shorter than 1 year, while most cases could be categorized to the late clinical stage.

In this study, there were 159 cases of squamous cell carcinoma (SCC) which were equal to the cases of adenoid epithelium derived carcinoma (AEDC). Only a few numbers of undifferentiated carcinoma and melanoma were presented while sarcoma and lymphoreticular derived tumor were scarcely found.

Statistics results showed the prognosis had close relation to the histologic type of lesion. The outcome of AEDC was a much better than that of SCC, while sarcoma and melanoma had the worst outcome.

This study showed that local recurrence of malignant tumor was the chief lethal cause. In order to reduce the possibility of recurrence, the authors introduced some surgical principles for tumor excision in the palate.

**Key words:** malignant tumor    palate    statistic analysis

## 卢戈氏液灌注治疗慢性腮腺炎(附 13 例报告)

刘 伟 刘文修 柏 敏 邱 扬

慢性腮腺炎为口腔科常见疾病之一,对该病的治疗应以保守治疗为主。自 1984 年以来,作者采用卢戈氏液(复方碘溶液)治疗这一类疾病,经过临床应用观察,疗效满意,现报道如下。

### 1 临床资料

本组病例 13 例,男性 8 例,女性 5 例,18~39 岁 4 例,40~59 岁 7 例,60 岁以上 2 例,最大年龄 62 岁。本组病例中有 9 例发病时表现为急性化脓性腮腺炎,经全身应用抗菌素后,急性炎症控制,但腮腺区反复肿痛,溢脓。另有 4 例自发病初期一直表现为腮腺导管口反复红肿不适感,经抗菌素治疗无好转。

### 2 治疗方法

对本组慢性腮腺炎的病例,配制 0.25% 的卢戈氏液,第一次经腮腺导管口注入腮腺内 2 ml,1 周后再灌注 1 ml 左右,一般灌注 1~2 次即可治愈。

### 3 疗效观察

13 例慢性腮腺炎的患者,经本方法治疗后 1 周内,腮腺区有不同程度的肿大,1 周后逐渐恢复,灌注后 1 月随访 13 例,患者肿胀基本消失,3 月后症状体征完全消失,其中 5 例治疗后已达 4 年,6 例达 8 年,2 例达 10 年,经随访均无复发。患者食欲正常,无口干症状,腮腺导管口有唾液分泌。

### 4 典型病例

周某某,男,42 岁,左侧腮腺区反复肿胀疼痛 2 月,诊断为化脓性腮腺炎,经抗感染治疗及切开引流后好转,但以后反复发作。

查体:一般情况好。左腮腺区肿胀、压痛,导管口轻度红肿,有少许脓液溢出。诊断为慢性腮腺炎急性发作。

治疗:给予全身抗感染治疗,3 d 后症状体征明显减轻,再经导管口灌入 0.25% 卢戈氏液 2 ml,灌注后轻度肿胀疼痛,1 周后症状明显减轻,再行第二次灌注,2 周后完全治愈。10 年后随访观察未复发。

### 5 讨 论

卢戈氏液<sup>1</sup>为治疗缺碘性疾病的口服液,其成份为碘、碘化钾及水。其中碘不仅对细菌具有杀灭的作用,而且不同的浓度使腺泡不同程度地萎缩。此溶液安全、可靠、易配制。

慢性腮腺炎多数为急性化脓性腮腺炎转化而来,全身抗菌素的应用使药物达到腮腺组织内的浓度相当低,且细菌本身易产生耐药性,因此,全身应用抗菌素对慢性腮腺炎不容易彻底治愈。曾有资料报道以切除腮腺来达到治疗的目的<sup>2</sup>。卢戈氏液为碘的稀释水溶液,在腺体内渗透性较高,碘本身具有较强的局部杀菌、抗感染能力。此外,通过腮腺导管灌注,可使粘连闭锁的导管再通畅,减少唾液的潴留,从而达到彻底治愈的疗效。

### 6 参考文献

- 1 沈阳药学院药剂教研组编 常用药物制剂 沈阳:辽宁人民出版社,1975:250
- 2 丘克群 慢性化脓性腮腺炎的手术治疗. 口腔医学, 1984;4(3):146  
(1995-06-12 收稿,1996-01-05 修回)

作者单位:641000 四川省内江市第一人民医院口腔颌面外科