维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 2

涎腺粘液表皮样癌78例临床分析

王益华 （菏泽市立医院口腔科，山东 菏泽 274031）

［摘 要］ **目的** 探讨涎腺粘液表皮样癌的诊断、治疗和减少术后复发率有效方法。**方法** 回顾性总结分析经病理证实的78例涎腺粘液表皮样癌患者的临床资料，对发病年龄、临床表现、手术方法和诊断等进行总结分析。**结果** 涎腺粘液表皮样癌术后随访1～10年，腮腺区复发5例（11.3%），腭部区复发1例（6.25%），发生在颌下区和其他部位的无复发。**结论** 涎腺粘液表皮样癌术前诊断困难，易造成误诊。术中快速冰冻明确诊断、确定手术范围是减少术后复发率有效方法。

［关键词］涎腺；粘液表皮样癌；临床分析
［中图分类号］R739.85 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2006)02－0080－02

Retrospective analysis of mucoepidermoid carcinoma of salivary gland in 78 cases

WANG Yi-hua (Department of Stomatology, Heze Municipal Hospital, Heze 274031, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis, treatment and recurrence rate of salivary gland mucoepidermoid carcinoma (SDMEC). **Methods** Clinical data of 78 cases of SDNEC definitely diagnosed by pathological methods and received surgical treatment from 1992 to 2004 were analyzed retrospectively, including age of onset, clinical manifestation, surgical methods and diagnosis. **Results** In the postoperative fellow-up interval (range from 1 to 10 years), relapse at parotid gland occurred in 5 of all 45 cases (11.3%) and at palatine region in 1 of all 16 cases (6.25%), and no recurrence was in submandibular or other region. **Conclusion** It was difficult to make definite diagnosis of SDMEC before operation. Definite diagnosis by intraoperative biopsy and comfirmative margin of the lesion is useful to avoid the relapse.

Keywords: salivary; mucoepidermoid carcinoma; clinical analysis

涎腺粘液表皮样癌是涎腺恶性肿瘤最常见的一种，约占涎腺恶性肿瘤的28.8%，临床手术治疗的复发较高。涎腺粘液表皮样癌分为高分化型和低分化型两类[1-2]。我科自1992年至2004年共收治涎腺上皮性肿瘤635例，其中涎腺粘液表皮样癌78例（12.2%）。本文对78例涎腺粘液表皮样癌进行回顾分析，并对发病年龄，临床表现，手术方法和诊断等问题进行了讨论。为临床诊断和治疗涎腺粘液表皮样癌提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组涎腺粘液表皮样癌患者78例，其中男36例，女42例。病程最短为1周，最长为3年。低度恶性粘液表皮样癌为生长缓慢的无痛性肿块，边界清楚，中度硬度，活动，表面光滑或成结节状。高度恶性粘液表皮样癌生长较快，可伴疼痛，多属实质性，边界不清楚，发生在大涎腺者可伴有疼痛、神经症状、淋巴结肿大。发生在小涎腺者可伴有局部粘膜破溃、骨质受累等表现。

1.2 手术方法

腮腺粘液表皮样癌采用保留面神经的腮腺全切术，如面神经受累应同时切除。颌下腺粘液表皮样癌应行颌下三角清扫术，发生在硬腭者应做部分颌骨切除，有区域性淋巴结转移时，做颈淋巴清除术。高度恶性的粘液性表皮样癌行选择性颈淋巴清除术。

2 结果

本组78例患者中年龄最小的9岁，最大的72岁，平均38.5岁。26～45岁为粘液表皮样癌的高发年龄（78.9%）。女性略高于男性。涎腺粘液表皮样癌发生在腮腺44例（56.4%），腭部16例（20.5%），颌下腺9例（11.5%），颊粘膜5例（6.4%），其它部位4例（5.1%）。发生区域淋巴结转移的10例（12.8%）。涎腺粘液表皮样癌好发于腮腺，其次为腭部。经手术治疗后随访1～10年，腮腺区复发的5例（占11.3%），腭部区复发的1例（占6.25%），发生在颌下区和其他部位的无复发。

3 讨论

3.1 涎腺粘液表皮样癌的发病特点

本组资料显示涎腺粘液表皮样癌好发于中青年，女性多见，多发于腮腺，其次为腭部。因其临床表现类似混合瘤，术前易于误诊，误诊原因主要因为其发病年龄、性别、好发部位和临床表现都与良性肿瘤，尤其是混合瘤及其相似，难以鉴别。治疗结果显示，发生在腮腺的涎腺粘液表皮样癌复发率明显高于其他部位。与手术时保留面神经手术范围切除不足有关。

［作者简介］王益华（1969－），男，山东省菏泽市人，主治医师，主要从事口腔颌面外科临床方面的研究。电话：(0530)6688132

［收稿日期］2005－11－16 ［修回日期］2005－12－10

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.2 涎腺粘液表皮样癌的诊断

低度恶性涎腺粘液表皮样癌与混合瘤难以鉴别。当质地硬、活动受限、出现神经症状时，应考虑涎腺恶性肿瘤的可能性。涎腺粘液表皮样癌患者涎腺造影没有特异性诊断意义，只有晚期恶性肿瘤才能出现特有的碘池影象，所以对肿瘤晚期不可能取得有诊断价值的资料。B超、CT等检查虽对肌体无损，可明确瘤体与周围组织结构的关系，但也只能做为一种辅助诊断方法，不能确诊。穿刺细胞学检查目前有不同观点。由于存在沿刺针发生瘤细胞种植的危险[3-4]，一般不使用。但作者认为，对于一些身体条件差，肿物范围广，失去手术机会的涎腺肿瘤患者，为进一步明确细胞学类型，可用针吸方法明确诊断。因切开包膜后可引起肿瘤扩散，易于发生复发和转移，一般不主张切取活组织检查[1]，但对于涎腺出现涎瘘或肿瘤破溃者，作者认为可考虑钳取活组织检查。手术中直接观察及术中快速冰冻切片可以达到治疗和诊断同期完成的目的。78例患者中，肿瘤自行破溃者10例，取活检并尽快手术，未发生扩散和转移，术中对55例直接观察不能确诊者，常规快速冰冻病理学检查确诊。

3.3 涎腺粘液表皮样癌的治疗

治疗主要是手术切除，本组78例患者全部手术切除。5例腮腺区的粘液表皮样癌，因损伤面神经而缩减手术范围，造成术后复发。本病对放疗不敏感，但高度恶性的粘液表皮癌，术后配合使用放射治疗可提高疗效。本组36例高度恶性粘液表皮样癌患者，术后行放射治疗。由于化学治疗至今未发现有特效药物和取得根治的病例，以至临床仅在手术前后做为辅助性治疗，术前使用缩小瘤体、减少瘤细胞数量，为手术创造条件，术后使用减少局部复发，防止远处转移[5-6]。78例患者中术前化疗9例，术后12例，皆取得良好的疗效。

根据以上分析，作者认为对涎腺粘液表皮样癌要注意以下问题：①明确诊断：术前详细了解病史，认真进行体检，尤其对体检中发现肿块活动度欠佳，疑与周围组织粘连，或在CT等检查中发现有骨质破坏等表现时，要考虑在术中快速冰冻检查。由于涎腺粘液表皮样癌与混合瘤在临床表现上非常类似，难以鉴别，而在术前又尚无有效的诊断方法，所以术中冰冻就非常重要。②综合治疗：涎腺粘液表皮样癌的手术治疗可采用局部扩大切除，低分化型应采用局部扩大切除加一侧颈清术，当怀疑局部的彻底性成为低分化型时，可考虑放射治疗与化学治疗相结合。

[参考文献]

[1] 张锡泽，邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1987. 432-444.
[2] 贾暮云，王 科，金晓明，等. 口腔癌及涎腺癌颈部淋巴组织清扫术146例临床分析[J]. 青岛大学医学院学报，2004，40(4)：342-343.
[3] 张永福. 实用口腔颌面外科学[M]. 南昌：江西科学技术出版社，1989. 164-169.
[4] 周 峻，董绍忠，金 岩，等. 涎腺癌肉瘤临床及病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志，2002，18(1)：54-56.
[5] 田宝民，谷建琦，刘文瑾. 影响涎腺粘液表皮样癌术后复发因素的探讨[J]. 实用口腔医学杂志，2004，20(5)：643-644.
[6] 李春智，孙沫逸. 涎腺粘液表皮样癌预后因素的分子生物学研究[J]. 口腔颌面外科杂志，2002，12(4)：333-335.

（编辑 郭光金）

（上接75页）

中的纠纷。即使是少数个别人态度蛮横，不讲理，脾气粗暴的家属，也会作到礼让三分，化解矛盾的效果。③使用安慰性语言。安慰性语言可以增强患者战胜疾病的信心，减轻焦虑、恐惧。④语言应讲究科学性。对疾病的解释和病情的判断要有根据，回答患者的问题要合理，切不可因为患者不懂疾病的有关知识就胡编乱造。⑤语言要有针对性。应根据年龄、职业、社会家庭背景不同应用语言。

2.2 非语言性沟通

也称体态语言，如面部表情、身体姿势、仪表、语音语调、手势、眼神等，同样的话可因非语言行为的不同而有不同的含义和效果。实际上非语言性沟通表现在实施礼仪服务的过程中，是一种宣传，一种品牌。护士应努力从基本姿势开始训练，包括坐，站，走姿等，在家对着镜子练，上班时无论在护士站，接待迎接新病人入院，进行宣教或于患者交谈，观察检查患者，还是在各种诊疗和护理操作中均应有意识的注意自己的姿势。护士从容沉着，老练，成熟，而赢得患者的信任。护士着装应整洁大方化妆得体，不得体的装饰会使患者心理产生怀疑、反感、抵触及不信任感。

3 护患沟通的体会

针对妇产科的特点，对门诊收治的危重病人及产妇，专门派人护送到病房，安排好床位接受检查，分娩后有医护人员做好生活护理，护送到病房，同时还派专人每天到病房指导，尽量满足病人合理要求，给病人更多的方便。随着护患之间相互信任程度的提高，沟通的层次不断提高。但应注意到护士与患者初次见面，大多数是陌生人，不可能一见面就彼此间有感情的交流。从不信任到信任，从没有感情到有感情必然有一个过程。因此作为护士，要创造一个良好的沟通环境，促使护患关系向最佳的方向发展。我科自实施护患沟通以来，深受广大患者好评。提高了服务质量和医院在社会上的声誉，同时也进一步提高了护士的素质修养。

（编辑：左艳芳）