维普资讯 http://www.cqvip.com



文章编号:0253－3626(2004)05－0661－03

# 口腔癌快速复发的临床危险因素探讨与分析

肖水生[1]，胡　静[2]，郁　葱[1]，王　涛[1]，李　勇[1]

(1.重庆医科大学附属口腔医院颌面外科，重庆　400015；2.四川大学华西口腔医学院口腔颌面外科，成都　610041)

【摘　要】目的：探讨口腔癌术后快速复发的临床危险因素。方法：采用病例对照研究，将同期口腔鳞癌患者分成快速复发与未复发两组，回顾性分析了口腔癌患者的性别、年龄、肿瘤生物学临床特点、手术方式及术后淋巴结转移情况与快速复发的关系，统计学采用卡方检验。结果：两组在发病部位，癌肿生长方式，TNM 分期及病理类型上无明显差异($P>0.05$)，但手术方式和远处淋巴结转移上有显著性差异($P<0.05$)，两组间性别、年龄构成存在显著性差异，并且快速复发组女性构成显著增高($P<0.05$)。结论：年轻患者(40 岁左右)，手术方式和颈淋巴结是否转移是口腔癌术后快速复发的临床危险因素，应该强调首次手术治疗的正确性和彻底性，特别是对于年轻患者。

【关键词】口腔癌；快速复发；手术方式；淋巴结转移

【中国图书分类法分类号】R730.5；R739.8　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2004－02－13

# Detection and analysis of clinical risk factors for short－term recurrence of oral squamous cell carcinoma

*XIAO Shuisheng, et al*

(*Department of Stomatology, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To detect and analyze the clinical risk factors about short－term recurrence of oral squamous cell carcinoma. *Methods*: A retrospectively comparative research on a total 106 patients with oral squamous cell carcinoma who were divided into two groups according to short－term recurrence and no short－term recurrence, was carried out. All patients had been followed up for one year. The main parameters such as sex, age, tumor region, clinical and pathologic character, TNM stage, surgical management, lymph node metastasis were analyzed statistically, and the results were analyzed by $x^2$ analysis. *Results*: ①The short－term recurrence rate of oral squamous cell carcinoma was 18.87%. ②Age (below 40 year－old), surgical management and neck lymph node metastasis were clinical risk factors related to short－term recurrence of oral squamous cell carcinoma except tumor region, clinical and pathologic character and TNM stage. There was significant difference between two groups($P<0.05$). *Conclusion*: The short－term recurrence rate of oral squamous cell carcinoma is high, and is closely related to age, surgical management and neck lymph node metastasis. Surgical management including continuously radical neck dissection should be applied to this kind of patients, especially younger ones who suffer from oral squamous cell carcinoma. Moreover, the follow－up is of great importance.

【Key words】Oral squamous cell carcinoma; Short－term recurrence; Surgical management; Neck lymph node metastasis

口腔颌面部恶性肿瘤治疗失败的主要原因是局部的复发和远处的转移，术后 5 年复发率为 20%～50%。其中大部分是在术后 2 年左右复发。近年来，不断有口腔癌早期复发(术后 1 年以内)的报道[1,2]。深入探讨口腔癌快速复发的临床危险因素并寻找相应的预防和处理对策是提高口腔癌患者生存率的重要研究课题。本文选择我院 1996 年 7 月～2003 年 7 月间 30 例口腔癌快速复发的病例，并采用同期未快速复发病例进行对照研究，深入探讨快速复发的临床危险因素和对策。

## 1　临床资料与方法

自 1996 年 7 月～2003 年 7 月间，重庆医科大学口腔医院收治的经病理证实的口腔癌患者 106 人；术后快速复发者 30 人(快速复发率为 28.30%)，男 18 例，女 12 例，年龄 28～73 岁，其中年龄在 40 岁以下者 21 例，平均年龄 55.5 岁；快速复发时间为术后 3 周到 1 年(其中 22 人是在术后 6 月左右复发)。术后 1 年未复发者 76 例，男 50 人，女 26 人，其中

作者介绍：肖水生(1966－　)，男，副主任医师，主要研究方向：口腔颌面外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com



年龄在 40 岁以上者 55 人,年龄最大 83 岁,平均年龄 61.5 岁。所有病人都采用了以手术为主的综合治疗,有软硬组织缺损的同期均给予修复,常用的修复手段:软组织为颊肌黏膜瓣、颏下瓣、额瓣和胸大肌皮瓣;硬组织为髂骨、肋骨的游离移植和腓骨肌瓣的血管化移植。

每位患者分别记录①性别、年龄、职业、病程等一般情况。②原发灶部位、大小和 TNM 分期。③手术方式和经术后病理诊断、淋巴结转移情况以及肿瘤外 1～1.5cm 的三维病理检查结果。④随访 1 年以上的完整资料。将快速复发组与未快速复发组进行相关比较,统计学处理采用 SAS8.0 统计软件,计数资料采用卡方检验,$P<0.05$ 有显著性差异。

## 2 结 果

### 2.1 两组患者的性别、年龄构成的比较

快速复发组患者中男 18 人,男女构成之比为 1.50:1;同期未快速复发组患者中男 50 人,男女构成之比为 1.92:1。两组间性别构成无显著性差异($P>0.05$),但快速复发组女性构成有增高趋势。就年龄而言,快速复发组,年龄在 40 岁以下占 70%,而未复发组,年龄在 40 岁以下占 27.6%,两组间比较有显著性差异($P<0.01$)(见表 1)。

**表 1 两组患者年龄、性别构成的比较(例数)**

| 组别 | 性别* | | 年龄** | | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 男 | 女 | <40 岁 | >40 岁 | |
| 快速复发组 | 18 | 12 | 21 | 9 | 30 |
| 未快速复发 | 50 | 26 | 21 | 55 | 76 |

注:* $\chi^2=0.3135$ $P>0.005$ ** $\chi^2=16.1397$ $P<0.01$

### 2.2 快速复发组的复发部位

所有复发的患者均为原发灶复发,原发灶复发的特点:12 例舌癌患者的复发部位均隐蔽,可触及包块,表面修复的软组织皮瓣完整无溃烂。8 例下颌牙龈癌的复发部位均在口外皮肤或口外颈部的手术切口部位,表现为似感染性溃烂,1 例为口内切口裂开。颊癌 9 例,2 例为皮肤的溃烂或皮下包块,口内皮瓣愈合良好;7 例为口外皮肤或口外颈部的手术切口部位。1 例上颌窦癌表现为局部溃烂。

### 2.3 两组患者临床特征及手术方式的比较

与同期未快速复发组相比,快速复发组在发病部位,癌肿生长方式,TNM 分期及病理类型上无明显差异($P>0.05$),但手术方式和远处淋巴结转移上有显著性差异($P<0.05$)。快速复发组的所有患者有 29 例发生了颈淋巴结转移(术后病理证实);从手术方式来看,除下颌牙龈癌实施了颌颈原发灶联合根治术(颌颈术式)外,其余病例均保留了颌骨(包括下颌骨方块切除),即实施了非连续性颈淋巴结清扫术(联合术式)[3](见表 2)。

**表 2 两组患者临床特征及手术方式的比较(例数)**

| 组别 | 原发部位 | | | | 手术方式* | | TNM 分期 | | 淋巴结** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 舌 | 颊 | 龈 | 其他 | 联合 | 颌颈 | Ⅰ Ⅱ | Ⅲ Ⅳ | 阳 | 阴 |
| 复发 | 12 | 9 | 8 | 1 | 21 | 9 | 11 | 19 | 29 | 1 |
| 未复发 | 30 | 22 | 20 | 4 | 27 | 48 | 30 | 40 | 44 | 32 |

注:* $\chi^2=9.9819$ $P<0.01$ ** $\chi^2=15.0813$ $P<0.01$

### 2.4 不同原发部位快速复发率的比较

本组资料看,舌癌的快速复发率为 28.5%,颊癌为 28.1%,牙龈癌为 28.5%,统计学分析差异无显著性(见表 3)。

**表 3 不同原发部位快速复发率的比较**

| 组别 | 原发部位 | | | | 肿瘤边界外 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 舌 | 颊 | 牙龄 | 其他 | |
| 复发组 | 12 | 9 | 8 | 1 | 三维阴性(30) |
| 未复发组 | 30 | 22 | 20 | 4 | 三维阴性(76) |
| 快速复发率 | 28.5% | 28.1% | 28.5% | 20.0% | |

## 3 讨 论

口腔癌占口腔颌面部恶性肿瘤的 80% 以上,它的复发占有相当大的比例,一般在 10%～40% 左右。但口腔癌术后快速复发的比例各家报道不一,廖贵清等[4]报道为 30% 左右,从本组资料来看,口腔癌快速复发率为 28.30%,其中 70%(22/30)是在术后 6 月左右复发。复发的部位全部为局部复发,这与 Regine 等[5]报道基本一致。虽然缺乏大样本多中心的统计资料,但本组资料提示我们,口腔癌术后快速复发率较高,主要发生在术后 6 月左右;同时需要提高原发灶局部治疗的有效性,保证切缘的阴性,特别是切缘的三维阴性;本组资料中肿瘤的三维边界虽然均为阴性,但可能没有反映手术中的真实情况,因为程度难以掌握,经验性很大。

有资料报道,近年来口腔癌流行病学研究发现,女性患者比例明显增加,年龄趋于年轻化,原因可能是女性参与社会活动较以前明显增加,更容易暴露于外界致癌环境条件下,同时女性正处于婚育高峰,雌激素水平的增高导致了肿瘤的易感。本组资料显示,口腔癌快速复发,年龄集中在 40 岁左右,女性患者增加,具有统计学意义,也有一定的临床意义,即年龄是口腔癌快速复发的临床危险因素。

维普资讯 http://www.cqvip.com



与同期未快速复发组相比，快速复发组口腔癌患者的发病部位，生长方式，TNM 分期及病理类型上并无区别，另外，口腔癌发生的不同部位，其术后快速复发率基本接近，这与有关报道并不一致，但不能轻易否认它的临床意义。临床上，无论舌癌、颊癌还是牙龈癌，在术后的快速复发上可能是一样的，必须引起高度重视。从手术方式和术后淋巴结转移来看，两组差别有显著性，非连续性的颈淋巴结清扫术并不能很好控制原发灶，原发灶的复发都是在切口深在的位置，多与颈部切口相连，手术并未达到"三维整块切除"的目的，这可能是因为在颈部与原发灶之间还残存有已被破坏了的淋巴转移通道，一些隐匿或跳跃的癌细胞被种植的缘故。所以三维边界的病理检查阴性至关重要，同时强调原发灶、颌骨与颈淋巴清扫必须连续，整块切除标本。另外，王治平[6]报告，淋巴结转移被视为单一的重要的预后指标，是临床上对预后影响最大的因素；从统计结果看，无论原发灶的大小如何，只要术后颈淋巴结病理检查有转移，特别是多个淋巴结转移，临床上要高度怀疑其术后快速复发的可能性。

所以，我们认为，年轻患者(40 岁左右)，手术方式和颈淋巴结是否转移是口腔癌术后快速复发的临床危险因素。应该强调首次手术治疗的正确性和彻底性，特别是对于年轻患者，强调功能外科，更应该重视手术的完全彻底，决不姑息侥幸。术后淋巴结转移应该被视为放射治疗的指征，目的是为了巩固原发灶和颈部手术治疗的效果。必须加强术后一年内的随访，以便及时发现问题，早期处理。

## 参 考 文 献

[1] Loree TR, Mullms AD, Spellman J, et al. Head and Neck mucosal melanoma: a 32—year review[J]. Ear Nose Throat J, 1999;78(5):372.

[2] 关晓蜂，李瑞武，王玉新，等. 44 例口腔鳞癌年轻患者的临床分析[J]. 上海口腔医学，1996;5(4):189－191.

[3] 孙明磊，王昌美，温玉明，等. 舌癌颈淋巴清扫术不同术式的疗效[J]. 临床口腔医学杂志，2002;18(1):22－23.

[4] 廖贵清，黄洪章，曾融生，等. 口腔颌面部恶性肿瘤术后近期复发的临床分析[J]. 中国肿瘤临床与康复，2002;9(5):84－86.

[5] Regine WF, Valentino J, Sloar DA, et al. Postoperative radiation therapy for primary and recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck: Results of comparative analysis[J]. Head Neck, 1999;21(6):554.

[6] 王治平. 口腔癌复发的临床危险因素[J]. 国外医学口腔医学分册，2002;29(5):306－307.

(上接 624 页)

[4] Mc Carron RM, Wang L, Racke Mk, et al. Cytokine regulated adhesion between encephali to gentic T lymphocytes and cerebral vosular endothelial cells[J]. J Nuroimmuunol, 1993;43:23－30.

[5] Taniguchi T, Yamamoto K, Ohomto N, et al. Effects of propofol on hemodynamic and inflammatory responses to endotoxemia in rats[J]. Crit Care Med, 2000;28(4):1101－1106.

[6] Taniguchi－Takaumi, Kankura－Hiroko, Yamato－ken. Effects of posttreatment with propofol on morality and cytokine responses to endotoxin－induced shock in rat[J]. Crit Care Med, 2002;30(4):904－907.

[7] Takano M, Yogosawa T, Okawa－Takatsuji M, et al. Effects intravenous anesthetics on interleukin－6(IL－6), IL－10 production by lipopolysaccharide－stimulated mononuclear cell from healthy volunteers[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2002;46:176－179.

[8] Gally HF, Dubbels AM, Webster NR, et al. The effect of midazolam and propofol on interleukin－8 from human polymorphonuclear leukocytes[J]. Anesth Analg, 1998;86(6):1289－1293.