维普资讯 http://www.cqvip.com

304-305, 307

重庆医科大学学报2000年第25卷第3期（Acta Universitatis Scientiae Medicinae Chongqing）

文章编号：0253-3626(2000)03-0304-02

126例涎腺肿瘤的临床分析

陈方育，张福军，季　平，张劲松

（重庆医科大学临床学院口腔科 400016）

摘　要：目的　探讨涎腺肿瘤的发病特点及临床诊疗效果。**方法**　对1990～1998年12月收治入院的126例涎腺肿瘤的临床资料进行分析。**结果**　涎腺肿瘤男性多于女性。年龄在10～76岁。多发生在腮腺(占76.2%)，且良性肿瘤多于恶性肿瘤。少发生在小涎腺(占9.5%)，恶性多于良性。应用细针针吸病检、B超、CT、MRI以及临床检查是诊断的重要措施。治疗上应遵循肿瘤外科原则，处理原发灶和颈淋巴结转移，术后配合以放射治疗。**结论**　以手术为主，结合放射治疗是对涎腺肿瘤的治疗有效方法。

关键词： 涎腺；肿瘤

中国图书分类法分类号： R739.87　　**文献标识码：** A　　**收稿日期：** 1999-12-22

The clinical analysis of 126 cases of salivary gland tumor

CHEN Fang-yu, et al

Department of Stomatology, College of Clinical Medicine

Abstract: **Objective**　To study the pathogenesis and the clinical therapy of salivary gland tumor. **Methods** The analysis was performed in 126 cases of salivary gland tumor treated from 1990 to the end of 1998. **Results** The salivary gland tumor often occurred between 10 and 76 years old, and most of them were male.About 76.2 percent of all tumors of the salivary glands were located in parotid gland, and most of them were nonmalignant. The salivary gland tumors seldom occurred in the small salivary gland, (9.5% only), and they were mostly malignant .The diagnosis depended on the fine needle biopsy, ultrasonic, CT, MRI and clinical examination.The treatment plan should follow the principles of tumor surgery. The primary tumor and the metastases to cervical lymph nodes should be resected and the post-operational radiation therapy was also needed. **Conclusion**　The effective method to cure salivary gland tumors mainly relied on operation which was combined with radiation therapy.

Key Words: Salivary gland; Tumor

口腔颌面部肿瘤中，涎腺肿瘤发病率为22.7%[1]。在不同涎腺中，又可发生多种不同类型肿瘤，临床上应根据不同部位、同类型肿瘤加以诊治。现对我院1990～1998年12月收治126例涎腺肿瘤病例进行分析，重点讨论涎腺肿瘤发病特点和处理。

1　临床资料

1.1　**病例**　本组126例中，男65例，女61例。年龄最大76岁，最小10岁，平均年龄45.2岁，其中以40～59岁为最多。

1.2　**发病部位与性质**　(见表1)

1.3　**发病时间**　本组病例从发病到就诊时间，3个月以内25例，3～6个月42例，6个月～1年15例，1～5年12例，5～10年18例，10年以上14例。

1.4　**病理类型**　(见表2、表3、表4)

1.5　**治疗方法与随访**　良性肿瘤均采用手术治疗。发生于腮腺66例，其中6例单纯摘除，9例行肿瘤并瘤周部分腮腺切除，47例行保留面神经的腮腺浅叶并肿瘤切除，4例行保留面神经的全腮腺切除；发生于颌下腺、舌下腺、小涎腺者，均行全腺体切除。恶性肿瘤治疗方法见表5。

本组病例获得随访良性肿瘤病人28例，复发4例。在45例恶性肿瘤中，获得随访者31例，随访率68.9%。其中手术切除加术后放疗17例(包括联合根治加术后放疗6例，手术切除加术后放疗11例)。随访时间半年～5年11例，平均时间18个月，其中3例死亡，2例肺转移，不明原因1例。

表1　126例涎腺肿瘤的部位和性质

	腮腺	颌下腺	舌下腺	小涎腺
良性	66	9	1	5
恶性	30	6	2	7
合计(%)	96(76%)	15(11.9%)	3(2.4%)	12(9%)

作者介绍：陈方育(1943-)，男，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

表2 126例涎腺肿瘤的病理类型

良性肿瘤	例数	%	恶性肿瘤	例数	%
多形型腺瘤	52	41.3	粘液表皮样癌	13	10.3
warthin瘤	14	11.1	恶性混合瘤	7	5.6
血管瘤	4	3.2	腺样囊腺癌	11	8.8
其它型腺瘤	10	7.9	乳头状囊腺癌	5	4.0
淋巴管瘤	1	0.8	鳞癌	4	3.2
			腺癌	2	1.6
			腺泡细胞癌	2	1.6
			未分化癌	1	0.8
合计	81	61.3		45	35.7

表3 81例涎腺良性肿瘤的类型和部位

类 型	腮腺	颌下腺	舌下腺	小涎腺	合计
多形性腺瘤	43	8		1	52
warthin瘤	14				14
血管瘤	4				4
其它型腺瘤	5	1		4	10
淋巴管瘤			1		1

表4 45例涎腺恶性肿瘤类型和部位

类型	腮腺	颌下腺	舌下腺	小涎腺	合计
粘液表皮样癌	11		1	1	13
恶性混合瘤	4	1		2	7
腺样囊腺癌	6	3	1	1	11
乳头状囊腺癌	3			2	5
鳞癌	4				4
腺癌	1	1			2
腺泡细胞癌		1		1	2
未分化癌	1				1

表5 45例涎腺恶性肿瘤治疗情况

治疗方法	例数	%
单纯局部切除	3	6.7
保留面神经腮腺浅叶切除	3	6.7
保留面神经全腮腺切除	4	8.9
联合根治加术后放疗	15	33.3
手术切除加术后放疗	14	31.1
术前化疗加手术切除	3	6.7
单纯放疗	2	4.4
单纯化疗	1	2.2

2 讨 论

2.1 涎腺肿瘤，文献报道性别之间无明显差异[2]。本组病例男性多于女性，全组男女之比约为1.1:1。Warthin瘤男性明显多于女性约为6:1，而多形性腺瘤女性稍多于男性约1.2:1。

2.2 涎腺肿瘤可发生任何年龄，本组病例最小年龄为10岁，最大76岁。良性肿瘤多于恶性。良性以35～45岁年龄组患者较多，恶性以50～60岁为最多。

2.3 涎腺肿瘤发病部位，不同组织类型的肿瘤在不同部位的涎腺中分布不同，发生于腮腺肿瘤96例占76.2%，其次颌下腺15例占11.9%，舌下腺肿瘤3例占2.4%，小涎腺12例占9.5%。在不同部位的腺体中，良、恶性肿瘤发生率亦不一样。本组病例，发生于大涎腺(腮腺、颌下腺、舌下腺)的良性肿瘤76例，恶性肿瘤38例，良、恶性肿瘤比为2:1。发生于小涎腺的良性肿瘤5例、恶性肿瘤7例，良、恶性肿瘤比为0.7:1。由此可见，本组病例大涎腺肿瘤中，良性肿瘤多于恶性肿瘤。而在小涎腺肿瘤中，恶性肿瘤多于良性肿瘤。在良性肿瘤中，腮腺肿瘤最多，占81.5%，其中多形性腺瘤占53.1%(43/81)，其次是warthin瘤14例，占17.3%(14/81)。恶性肿瘤中，以粘液表皮样癌居多13例占28.9%，其次是腺样囊性癌11例占24.4%，与文献报告相似[3]。

2.4 各种类型的涎腺肿瘤，临床表现多有相似之处[4]。但病理类型复杂，不同类型的肿瘤病理特点及生物学行为均不相同[5]。多数肿瘤病例都是先偶然发现包块，后有其他症状，大都可较早作出诊断。而对于深面的肿瘤，先于包块前出现疼痛、虫爬感、麻木或面瘫者，常易发生误诊或漏诊，临床上多借助B超、CT、MRI、核素显像检查，以及术前细针针吸细胞学检查、术中冰冻切片、术后常规石蜡切片诊断。本组96例腮腺肿瘤病例中，有12例B超检查与术后病理证实10例，诊断符合率为83.3%(10/12)；术前细针针吸细胞学检查16例，术后病理检查证实12例，诊断符合率75.0%(12/16)。另有2例核素显像与病理证实为warthin瘤。

2.5 多形性腺瘤(混合瘤)52例，发生于腮腺43例(占82.7%)，其次颌下腺8例(占15.4%)。腮腺多形性腺瘤在生物学行为上虽属良性，但被膜常不完整或受瘤组织侵犯，甚至穿透被膜，还有术中瘤组织种植，少见的肿瘤多中心灶等因素。术后时有复发的可能。复发率常因治疗时，肿瘤大小不同，首次手术的方式不同及随访时间各异。其范围可从无复发到50.0%。过去采用剜除术或局部切除术的复发率可高达30%～50%[6]。本组腮腺多形性腺瘤，术后复发率为9.3%(4/43)；其中初治病例的复发率为4.7%(2/4)，复治病例达50.0%(2/4)，由此可见，腮腺多形性腺瘤局部复发与术式及初、复治病例有较密切关系。因而，腮腺多形性腺瘤首次手术方式的选择极为重要，应选择保留面神经的腮腺浅叶切除术。如肿瘤位于深叶，则应作保留面神经的全腮腺切除术。如肿瘤较大直接与腮腺外组织包绕或接触者，应考虑切除部分邻近组织。

2.6 本组涎腺恶性肿瘤45例，发生于腮腺30例，其中以粘液表皮样癌居多11例，占腮腺肿瘤的36.7%(11/30)，其次是腺样囊性癌6例占20.0%(6/30)；对于腮腺恶性肿瘤的手术，常因顾及患者面神经的功能，而致肿瘤复发。本组腮腺恶性肿瘤中，23.3%(7/30)为复发性，其原因除病理特点外，主要为第一次手术术式选择不当所致。为防止或避免复发，应在彻底切除肿瘤的原则下，尽可能保留面神经，弃用剜除术。对

(下转第307页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

132例中度结膜炎中35例(26.5%)一周治愈，69例(52.3%)10天治愈，28例(21.3%)2周治愈。43例重度结膜炎中15例(34.9%)2周治愈，28例(65.1%)3周治愈。

角膜病变　对浅层点状及圆团状角膜浸润者，同样使用上述抗病毒眼药水滴眼，睡前涂金霉素眼膏、无环鸟苷眼膏或素高捷疗眼膏。53例浅层点状及圆团状角膜浸润病例，经治疗50例(94.3%)10～15天治愈，3例4周治愈，不留痕迹。较重的角膜炎及有葡萄膜炎者，尚需用1%阿托品眼药水扩瞳，结膜下注射强的松龙或抗生素。17例地图状角膜溃疡及5例角膜基质炎3～4周治愈，留下有厚薄大小不等的角膜翳，视力轻度下降。2例前房积脓性角膜溃疡经2个月治愈，但留下角膜中央白斑，视力仅为指数。1例因就诊过晚，由前房积脓性角膜溃疡发展为全眼球炎而摘除患眼。

葡萄膜炎　全身给予抗病毒药物同时，给予强的松口服，强的松龙眼药水滴眼，强的松龙结膜下注射。15例前葡萄膜3周治愈，4例全葡萄膜炎5周治愈，视力恢复正常。

继发性青光眼　3例继发性青光眼，在使用抗炎药物同时，使用0.5%噻吗心安眼药水滴眼，每日2次；醋氮酰胺口服0.25，每日2次。1周后眼压控制正常，停用醋氮酰胺，眼压维持正常，1月后停用噻吗心安，眼压正常。

2 讨　论

带状疱疹是由水痘－带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病，可见于任何年龄，但以年老体弱者多见。本组平均年龄55.7岁，>50岁者占67.3%，与杨灵萍[1]报告一致。水痘－带状疱疹病毒有亲神经和皮肤的特性，发生于三叉神经支配区域的带状疱疹，感染后病毒进入皮肤三叉神经末梢，沿三叉神经纤维向中心移动，以一种潜伏的形式存在于三叉神经节中，在某种诱因作用下，病毒再次活动，生长繁殖，使受侵犯的神经节发炎或坏死，产生神经痛。同时活动的病毒从神经节下行至三叉神经纤维分布区域引起带状疱疹[2]。眼球及其附属器的感觉神经由三叉神经眼支所支配，故在引起眼睑及额部皮肤带状疱疹的同时，眼球及其附属器往往也同时受侵犯。本组病例，294例中眼睑损害93.3%，结膜炎88.8%，角膜炎26.5%，葡萄膜炎6.5%，继发性青光眼1.0%。早期全身给予抗病毒制剂，局部给予相应的药物治疗，可缩短病程，减少并发症的发生。87.2%轻度结膜炎一周内可治愈，中重度结膜炎需2～3周方能治愈。轻度的角膜浅层点状或圆团状浸润，2～3周可治愈而不留痕迹。而角膜基质较深的炎症，则需3～4周较长时间方能治愈，但最终将留下角膜翳，影响视力。浅表的角膜炎若治疗不及时不恰当，发生细菌继发感染，可发展为前房积脓性角膜溃疡，则预后较差，即使治愈，也将留下大而致密的白斑，严重影响视力。本组2例发生前房积脓性角膜溃疡，治愈后视力仅为数指。1例发生全眼球炎而摘除患眼。继发性青光眼的发生与葡萄膜炎引起房水蛋白含量增加，房水外流阻力增加有关，在抗炎同时，给予房水生成抑制剂，保守治疗，一般预后较好。本组3例继发性青光眼，均以药物保守治疗而治愈。

典型的带状疱疹，病变侵犯三叉神经所支配区域的头面部，不越过中线位，本组有2例病例，另一侧眼睑及结膜同时有轻度受累，考虑为三叉神经末梢的双侧支配所致。

带状疱疹病毒尚可引起视神经炎、视网膜炎、大脑炎等严重损害，蒿萍云[3]报告1例三叉神经带状疱疹并发视神经萎缩致失明。三叉神经眼支带状疱疹的眼部损害多种多样，轻重不一，若能早期给予正确治疗，可完全治愈，不留痕迹，若治疗不当，可发生严重后果，影响视力，甚至丧失眼球。

参　考　文　献

[1] 杨灵萍. 眼部带状疱疹104例[J]. 眼科，1995;4(2):93-94.

[2] 杨国亮，主编. 皮肤病学[M]. 第1版. 上海：上海医科大学出版社，1992:263-266.

[3] 蒿萍云，朱晓卉，韩秀君. 三叉神经带状疱疹并发视神经萎缩致失明一例[J]. 临床皮肤科杂志，1997;26(2):131.

(上接第305页)

无法剥离或已沿神经侵袭的肿瘤，如腺样囊性癌，不应因面神经而影响手术的彻底性。涎腺恶性肿瘤，由于解剖部位及区域性淋巴引流，易向颈部扩散，术中除腺体(腮腺、颌下腺、舌下腺及小涎腺)及肿瘤扩大切除外，还应行同侧肩胛舌骨上颈淋巴结清扫术或根治性颈淋巴结清扫术，术后配合放射治疗或化疗。本组45例中，采用手术加放疗29例(占64.4%)，这可减少复发而提高治愈率。单纯放疗2例，化疗1例，均系姑息治疗，疗效不佳。

参　考　文　献

[1] 李树玲. 头颈肿瘤学[M]. 第1版. 天津：天津科学技术出版社，1993;321-362.

[2] 俞光岩. 涎腺疾病[M]. 第1版. 北京：北京医科大学 中国协和医科大学联合出版社，1994;111-199.

[3] 丁鸿才. 涎腺肿瘤的发生与诊断治疗问题[J]. 实用口腔医学杂志，1994;10(3):165-166.

[4] 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，1980;432-453.

[5] 郑麟蕃，张震康. 实用口腔科学[M]. 第1版，北京：人民卫生出版社，1993;508-529.

[6] 陈树华，王模堂. 复发性腮腺混合瘤[J]. 国外医学口腔医学分册，1984;(2):83-87.