

口腔颌面部肿瘤的诊断与治疗综述

赵峰

山东大学 山东济南

【摘要】口腔颌面部肿瘤是最常见的头颈部肿瘤，约占全身肿瘤的5%。根据最新统计，口腔颌面部恶性肿瘤以口腔癌为主，其次是口咽癌、颌下腺癌和舌癌。口腔癌中以鳞状细胞癌和未分化癌为最常见，口咽癌中舌癌和舌根癌占主要部分。此外，鼻咽恶性肿瘤、颌骨恶性肿瘤、口底恶性肿瘤等也是口腔颌面部常见肿瘤。近年来，随着科技的进步，肿瘤治疗的新技术不断涌现。因此，本文对口腔颌面部肿瘤的病因、病理和临床表现以及诊断与治疗方法进行综述，以便提高对口腔颌面部肿瘤的认识，促进其早期诊断与治疗。

【关键词】口腔；颌面部肿瘤；口腔癌

【收稿日期】2023年2月15日

【出刊日期】2024年3月27日

【DOI】10.12208/j.iosr.20240008

Review of diagnosis and treatment of oral and maxillofacial tumors

Feng Zhao

Qilu Medical College of Shandong University, Shandong, Jinan

【Abstract】 Oral and maxillofacial tumors are the most common head and neck tumors, accounting for approximately 5% of systemic tumors. According to the latest statistics, oral and maxillofacial malignant tumors are mainly oral cancer, followed by oropharyngeal cancer, submandibular gland cancer and tongue cancer. Among oral cancers, squamous cell carcinoma and undifferentiated carcinoma are the most common. Among oropharyngeal cancers, tongue cancer and tongue base cancer account for the majority. In addition, malignant tumors of the nasopharynx, malignant tumors of the jaw, and malignant tumors of the floor of the mouth are also common tumors in the oral and maxillofacial region. In recent years, with the advancement of science and technology, new technologies for tumor treatment have continued to emerge. Therefore, this article reviews the etiology, pathology, clinical manifestations, diagnosis and treatment methods of oral and maxillofacial tumors in order to improve our understanding of oral and maxillofacial tumors and promote their early diagnosis and treatment.

【Keywords】 Oral cavity; Maxillofacial tumors; Oral cancer

引言

口腔颌面部恶性肿瘤是一种严重影响人们生活质量的疾病，其在临床上的发病率逐年上升。这种疾病的病理特征、临床表现、诊断方法和治疗方案的多样性，使得其诊断和治疗具有一定的难度。在过去，由于口腔颌面部肿瘤早期无明显症状，且缺乏有效的早期诊断手段，许多患者未能得到及时治疗，导致肿瘤恶化^[1]。然而，随着医疗技术的不断发展，以及各种诊断和治疗方法的应用，口腔颌面部肿瘤的诊疗水平得到了显著提升。

1 口腔癌病因

口腔癌的发病原因尚不完全清楚，可能与多种

因素有关，包括环境因素、遗传因素、病毒感染等。环境因素是指人们日常生活中接触的有害化学物质、物理因素和生物因素^[2]。环境中的化学物质可能会改变细胞基因的表达，进而导致细胞增殖分化异常，最终导致肿瘤的发生。如烟草、槟榔等致癌物质都是口腔癌发病的高危因素。吸烟会增加口腔癌的风险，尤其是吸烟者更容易患上口腔癌，且口腔癌的发病率与吸烟者的数量呈正相关^[3]。有研究发现，吸烟者患口腔癌的风险是非吸烟者的1.76倍，其危险因素包括吸烟时间长、吸烟量大、吸烟次数多等^[4]。在口腔癌患者中，有22%~31%是因为长期吸烟所致。研究还表明，烟草中的焦油和尼古丁都可以增加口

腔癌的发病率^[5]。

除了烟草以外,某些化学物质也是引发口腔癌发生的重要因素。长期接触石棉可能会增加患口腔癌的风险。有研究表明,石棉会引起呼吸道和肺部癌症,也可能诱发口腔癌。此外,紫外线辐射也是导致口腔癌发生的重要因素之一,研究表明,经常暴露在阳光下可以增加患上口腔癌的风险。紫外线辐射主要是指太阳光中包含紫外线 UVA 和 UVB 两种波段,这两种波段都可以导致 DNA 链断裂和 DNA 损伤^[6]。

病毒感染也会增加口腔癌发生的风险,如 EB 病毒和丙型肝炎病毒等都是与口腔癌相关的高危病毒。EB 病毒和丙型肝炎病毒感染都与癌症发病密切相关,但是两者之间是否存在相关性还没有定论。

长期嗜好烟酒也是导致口腔癌发生的重要因素之一。有研究表明,烟草中含有尼古丁和焦油等致癌物,长期吸烟可以刺激胃粘膜、食管粘膜和气管粘膜,从而导致局部细胞异常增殖、凋亡减少、DNA 合成改变等病理改变;而酒精具有强刺激作用,可促进 DNA 复制和细胞增殖分化等病理改变;烟草和酒精都属于一级致癌物,它们可以诱导细胞基因异常表达和 DNA 合成障碍从而导致口腔癌发生。此外,慢性炎症也是引起口腔颌面部肿瘤发生的重要原因之一^[7]。因此要注意保护自身免受外界有害因素的伤害,同时要加强身体锻炼以增强机体免疫力。

2 口腔颌面部肿瘤的病理类型

口腔颌面部肿瘤的病理类型繁多,其发生部位和生长方式各异。为了更好地理解和分类这些肿瘤,我们可以将其分为以下四个主要类别:

2.1 口腔鳞癌

这一类别包括口腔鳞状细胞癌、非典型鳞状细胞癌以及舌癌。口腔鳞状细胞癌好发于儿童和青少年,男性患者数量高于女性。这种癌症的发展与不良生活习惯、吸烟、饮酒和口腔卫生不佳等因素密切相关。

2.2 口腔腺癌

口腔腺癌主要包括未分化癌、未分化上皮内瘤变以及低度恶性的小细胞癌。这类肿瘤多发生在中老年男性身上,与吸烟、饮酒等不良生活习惯有关。

2.3 口底鳞癌

口底鳞癌包括口腔鳞状细胞癌、舌根腺癌和颊部鳞癌。这类肿瘤的发生与口腔卫生状况不佳、长期吸烟和饮酒等因素有关。

2.4 唇腭裂相关肿瘤

这类肿瘤与唇腭裂畸形有关,包括唇腭裂、舌骨肿瘤以及非典型上皮内瘤变。唇腭裂患者罹患口腔肿瘤的风险较高,可能与遗传因素、环境因素等多种原因有关。

在上述四类肿瘤中,口腔鳞状细胞癌和舌咽腺癌的生长速度较快,恶性程度较高。舌骨上皮瘤可能源于舌骨恶性肿瘤细胞或肉瘤细胞的分化^[8]。非典型鳞状细胞癌起源于角化珠和鳞状上皮的不典型增生。此外,根据肿瘤的组织学类型,还可分为恶性淋巴瘤、原位腺癌、髓样腺癌和其他特殊类型的癌症。其中,髓样腺癌具有恶性程度高、易侵犯周围组织及生长速度快的特点。

面对如此多样的口腔颌面部肿瘤,早期发现和诊断至关重要。定期进行口腔检查、保持良好的口腔卫生习惯、戒烟限酒等都有助于降低口腔肿瘤的风险。一旦发现口腔异常症状,应及时就医,以便尽早诊断和治疗^[9]。在我国,口腔癌的防治工作已得到广泛关注,许多医疗机构都具备完善的诊断和治疗条件,为患者提供有力的支持。

3 口腔颌面部恶性肿瘤的临床表现

口腔颌面部恶性肿瘤的临床表现复杂多样,不同的肿瘤类型有不同的表现。常见的口腔癌包括鳞状细胞癌、未分化癌和舌癌,其中鳞状细胞癌多见;口咽癌主要为鳞状上皮性癌、腺癌和腺样囊性癌;舌根癌发生在舌根和下颌骨之间;鼻咽癌主要发生在头颈部,其临床表现可分为鼻咽症状、鼻咽部症状、耳痛或听力下降及耳鸣等;牙源性上皮性癌主要分为牙源性角化性鳞状细胞癌和牙源性腺样囊性癌,以牙齿为首发症状的牙源性角化性鳞状细胞癌比例最高;此外,颌骨恶性肿瘤表现为局部肿块、疼痛、颌面部疼痛等^[10]。口腔颌面部恶性肿瘤除了肿瘤本身外,还会出现由肿瘤转移所致的全身症状。因此,应注意观察全身症状并对症治疗。临床上常见的全身症状包括贫血、不明原因消瘦、发热、乏力及盗汗等。

3.1 口腔癌

口腔癌常发生于颊粘膜、牙龈、舌头、软腭等

处,临床表现复杂多样,其发病初期常无明显症状,一旦出现症状往往已到晚期。口腔癌早期临床表现为口腔粘膜不规则增厚及白斑,然后发展为溃疡型口腔癌^[11]。溃疡型口腔癌初期多表现为无明显症状的“亚急性”溃疡,之后逐渐转变为持续性溃疡,最后发展为慢性溃疡。长期不愈的溃疡容易引起周围组织器官的浸润及转移。口腔癌发生于舌部时,可出现舌体肿胀、疼痛,并在进食时加重。若有吸烟、饮酒等不良习惯者,长期受到致癌因素刺激后更易发生口腔癌^[12]。

口腔癌有一定的家族遗传倾向,因此家族中有多人患口腔癌时,应提高警惕,及早进行口腔检查。近年来,随着放射治疗和化学药物治疗的广泛应用,早期发现口腔癌并及时治疗已不再困难。近年来有学者提出在肿瘤术后3年内接受定期检查的理念,并建议将口腔癌纳入每年体检项目中。对于早期发现口腔癌和及时治疗的患者而言,预后明显优于治疗效果不佳者^[13]。

3.2 口咽癌

口咽癌主要包括鳞状上皮性癌、腺癌和腺样囊性癌。鳞状上皮性癌在口咽癌中占50%,腺癌和腺样囊性癌占口咽癌的25%。口咽癌通常不会出现明显的症状,但随着病情的发展,部分患者会出现唾液分泌增加、咽部异物感、吞咽困难、口腔内有痰或血等症状。部分患者早期出现口腔粘膜白斑,后期可出现口腔粘膜溃疡。腺样囊性癌会导致咽部不适或吞咽困难,如果肿瘤侵犯到周围器官或转移到颈部淋巴结,则会出现颈部疼痛和淋巴结肿大等症状^[14]。口咽癌的首发症状多为吞咽困难、发音障碍等。随着病情的进展,部分患者可出现声音嘶哑、咳嗽及呼吸困难等。当口咽癌发生淋巴结转移时,还会出现颈部淋巴结肿大和远处转移的症状。

3.3 舌癌

舌癌发病率居口腔恶性肿瘤的第二位,其发病年龄多在50~70岁。舌癌主要表现为舌部疼痛、麻木和溃疡,可伴有淋巴结肿大、乏力、口干等全身症状。舌癌常表现为舌部肿块、溃疡、白斑等,患者易出现进食困难,表现为吞咽困难或疼痛。早期病变可以是单侧的舌运动受限,后期可能会出现口腔颌面部肌肉的麻痹^[15]。

早期症状与口腔粘膜溃疡相似,常被忽视。随

着舌癌的不断进展,会出现局部疼痛和麻木以及张口受限等症状。当舌出现溃疡且伴有溃烂时,应警惕舌癌的可能,需要及时就诊。

因舌癌可向深部侵犯或远处转移,因此常合并其他部位的恶性肿瘤。远处转移是舌癌的主要死因之一。口腔颌面部转移癌常见于颈淋巴结转移、骨转移等。

颈淋巴结转移常引起颈部疼痛和吞咽困难等症状;骨转移可引起局部疼痛、麻木以及病理性骨折等症状;而肺、肝等器官的转移则引起相应器官功能障碍的表现,如呼吸困难、咳嗽、咯血等^[16]。

肿瘤侵犯局部组织和器官时会导致相应的症状和体征。例如,侵犯口底粘膜时可出现张口受限、吞咽困难等;侵犯舌根时可出现吞咽困难、进食呛咳;侵犯腭弓及舌骨时可出现张口受限或面部表情异常;侵犯下颌骨时可出现吞咽困难、咀嚼无力或咀嚼障碍等症状;侵犯下颌骨后可出现咀嚼无力;而侵犯面神经时则可出现面肌瘫痪和发音障碍等症状。在舌癌的治疗过程中,应根据不同肿瘤的具体情况选择相应的治疗方法^[17]。

3.4 鼻咽癌

鼻咽癌是发生于鼻咽腔顶部、侧壁和后壁的恶性肿瘤,占头颈部鳞状细胞癌的90%以上。鼻咽癌可发生于任何年龄,但以中年男性居多,男女之比约为2:1。鼻咽部症状是鼻咽癌最常见的临床表现,其与鼻塞、涕中带血、耳鸣、听力下降、复视以及头痛等症状相似,难以鉴别。鼻咽癌患者一般在发病早期就会出现鼻塞的症状,并随着病情的发展出现逐渐加重的趋势,鼻塞多为单侧,呈持续性或间歇性^[18]。鼻塞的同时还会出现涕血和头痛的症状,涕血可为少量鲜血,也可为鲜血粘附在鼻咽部。由于鼻咽与口咽相邻,鼻塞往往会引起张口困难,影响进食和吞咽。当肿瘤侵犯咽鼓管咽口时还会出现耳鸣和听力下降的症状。鼻咽癌的肿瘤浸润多发生在鼻腔、鼻窦、口咽、鼻咽部等处^[19]。

4 口腔颌面部肿瘤的诊断

口腔颌面部肿瘤的诊断主要依赖于临床表现和影像学检查。口腔癌可表现为无痛性口腔溃疡、颌下淋巴结肿大、舌部肿大、牙龈隆起、疼痛等,其中口腔癌可有口腔溃疡和出血。早期无特殊症状,晚期可出现颌下淋巴结肿大、疼痛、面部麻木等。口腔

癌的影像学检查主要包括 X 线平片、CT 检查和 MRI 检查^[20]。

X 线平片可以观察肿瘤与周围组织结构的关系, CT 可以观察肿瘤大小及是否侵犯周围组织。MRI 是最常用的影像学检查方法, 尤其适用于小病灶的显示, 能清楚地显示肿瘤组织与周围正常组织的界限, 并可清晰地显示肿瘤与周围组织结构之间的关系^[21]。

对于早期口腔颌面部肿瘤, 首选 MRI 检查, 尤其是粘膜下肿瘤。对于 CT 检查而言, 虽然部分粘膜下肿瘤可表现为低密度病灶, 但临床上大多数粘膜下恶性肿瘤都表现为高密度病灶, 因此对于部分粘膜下恶性肿瘤, 尤其是鼻腔和口底恶性肿瘤应优先选择 CT 检查^[22]。此外, 对于其他检查方法难以确诊的病例, 必要时可进行内镜、活检或手术治疗。

随着肿瘤的不断生长, 可出现疼痛、麻木和吞咽困难等症状。口腔癌最常见的位置是舌根部, 其次是下颌下腺区和口底。当出现口腔溃疡时应警惕口腔癌, 如果疼痛并伴随溃疡或出血, 应及时进行活检。此外, 口腔癌还可引起面部麻木、味觉减退等症状^[23]。

颌下淋巴结转移是口腔颌面部恶性肿瘤的常见转移方式, 颌下淋巴结转移在舌咽肿瘤中最为常见, 其次是下颌下腺区和口底, 上颌下腺区最少。舌咽肿瘤主要表现为舌体肿胀、肿大和张口受限, 下颌肿瘤常伴有吞咽困难。而口底肿瘤可出现舌体肿胀、麻木和疼痛等症状。另外, 口底或下颌骨恶性肿瘤常会导致面部麻木、疼痛、张口受限等症状^[24]。下颌恶性肿瘤的发病年龄一般较上颌恶性肿瘤为早。

影像学检查: X 线平片可以观察肿瘤的位置、大小、形态和边界, 判断其与周围组织结构的关系; CT 可以观察肿瘤大小、位置及侵犯周围组织结构的情况, 并能清晰地显示肿瘤与周围组织结构之间的关系; MRI 可以显示肿瘤与正常组织间的界限, 并且可清晰地显示肿瘤与周围组织结构之间的关系, 还可观察肿瘤的内部结构; 但 X 线平片、CT 检查是首选的影像学检查方法, 尤其是 X 线平片^[25]。在口腔癌早期诊断时, X 线平片可观察到牙槽突骨质破坏及骨质缺损, 但 X 线平片对良恶性病变的鉴别具有一定局限性; CT 检查对于诊断口腔颌面部恶性肿瘤具有重要价值, 尤其是对于粘膜下肿瘤、鼻腔和口底肿瘤及鼻咽部肿瘤的诊断具有重要意义。

辅助检查: 辅助检查是确定肿瘤类型的重要依据, 尤其是针对某些罕见的肿瘤, 如恶性黑色素瘤、淋巴瘤等。实验室检查主要包括血常规、肝肾功能、电解质(血钾、血钠、血镁等)及甲状腺功能测定等^[26]。对于血液检查, 常规生化检测应包括血糖、肝肾功能、甲状腺激素水平的测定, 有助于了解患者有无内分泌功能障碍以及有无继发性肿瘤的可能。肿瘤标志物作为判断肿瘤性质及预后的参考指标, 越来越受到临床医师的重视。在口腔癌诊断过程中, 有时需要进行病理活检以明确诊断, 而病理活检是确诊口腔癌的金标准。在病理组织学诊断中, 常需要进行组织病理切片检查以明确肿瘤组织来源。根据病理学检查结果, 可判断疾病分期和制定治疗方案^[27]。

目前用于口腔癌诊断的辅助检查方法有很多, 其中 X 线平片、CT 检查是口腔癌诊断中最常用的影像学方法; 而在恶性肿瘤的早期, 由于肿瘤尚未出现明显浸润性生长或局部浸润范围不大, 常常通过 X 线平片和 CT 检查难以发现病变。X 线平片对病变位置及大小无明显显示作用, 且其在小病灶中有时会被遗漏; 而 CT 检查可以清晰地显示肿瘤与周围组织结构之间的关系, 特别是对小病灶和微小浸润具有重要作用。在肿瘤临床分期和治疗方案的制定过程中, 合理、有效地应用 X 线平片和 CT 检查是非常重要的。

5 口腔颌面部恶性肿瘤的治疗

口腔颌面部恶性肿瘤的治疗方法有手术、放射治疗和化学药物治疗等。手术是最重要的治疗方法, 它包括彻底切除肿瘤、淋巴结清扫和术后放疗^[28]。放疗是对放射疗法的补充, 包括立体定向放射治疗(SRT)、调强放疗(IMRT)和近距离放疗(NIRT)。手术和放射治疗是口腔颌面部恶性肿瘤最主要的治疗手段。对口腔颌面部恶性肿瘤, 外科手术是首选的手术方法, 其他外科手术包括颈部淋巴结清扫术、颈部或锁骨上淋巴结清扫术、耳前淋巴结清扫术等。对晚期口腔颌面部肿瘤, 应进行根治性化疗, 包括系统化疗和局部化疗, 以及辅助化疗^[29]。此外, 在化疗前、后采用放射治疗也是有效的方法, 以杀死残存的癌细胞, 改善患者预后。近年来, 随着新技术的发展, 特别是肿瘤细胞免疫疗法、基因疗法和干细胞疗法的发展, 对口腔颌面部恶性肿瘤有了更好

的治疗效果。

5.1 手术

在治疗口腔颌面部恶性肿瘤时，手术是最重要的方法。它可以彻底切除肿瘤，并最大限度地减少远处转移的风险。但是，在一些情况下，如果肿瘤侵犯的范围较大，或者肿瘤是多发病变，手术难度也较大。口腔颌面部恶性肿瘤的手术方式有以下几种：①在切除原发灶后，根据肿瘤的部位和侵犯范围行根治性切除术；②原发灶广泛切除后，行淋巴清扫；③原发灶和转移病灶同时切除。由于口腔颌面部恶性肿瘤的手术难度较大，目前只有很少一部分肿瘤可采用根治性切除。

对口腔颌面部恶性肿瘤手术的基本原则是最大限度地切除肿瘤组织，尽可能减少肿瘤转移和复发的机会^[30]。

治疗口腔颌面部恶性肿瘤时应注意以下几点：

①患者一般情况良好，能够耐受手术；②选择合适的麻醉方法，以减轻手术麻醉对患者生理功能的影响；③在确保安全的情况下尽可能地保留或扩大原发病灶或转移病灶；④手术方式应根据原发灶、转移灶、周围重要组织器官功能情况及全身状况综合考虑；⑤原发灶和转移病灶同时切除时，应尽可能多地切除淋巴结^[31]。

对于不能完全切除肿瘤组织的口腔颌面部恶性肿瘤患者，应在积极治疗原发肿瘤后进行姑息性放疗和化疗。对于术前评估为I期或II期患者，首选手术治疗；对于III~IV期患者，首选根治性手术治疗；对于术前评估为III~IV期患者，采用姑息性化疗或联合手术、放疗等综合治疗；对于术前评估为III~IV期患者，首选根治性手术治疗。

5.2 放射治疗

放疗是一种局部治疗方法，可以杀死癌细胞，降低癌细胞的转移和复发，提高患者的生存率。SRT、IMRT 和 NIRT 是最常用的放疗方法，也是目前常用的放疗技术^[32]。

SRT 通过控制放射剂量和方向来杀死癌细胞，使其在整个肿瘤范围内受到足够的剂量以杀死癌细胞。SRT 对口腔颌面部恶性肿瘤有较好的疗效，对于肿瘤直径>5 cm 的口腔颌面部恶性肿瘤患者，SRT 效果很好。

IMRT 是一种新技术，通过精确控制放射剂量来

最大程度地减少正常组织接受的照射剂量。IMRT 具有以下特点：①精确控制放射剂量；②减少正常组织受照剂量；③最大程度减少正常组织损伤；④提高肿瘤控制率；⑤缩短放疗时间。IMRT 已被证实是口腔颌面部恶性肿瘤的标准放疗技术。

NIRT 是一种近距离放疗方法，通过调节放射剂量和方向来杀死癌细胞，其治疗效果与 SRT 相似，但并发症较少，在过去的几十年中得到了广泛的应用。

5.3 化学药物治疗

系统化疗是指全身治疗，适用于晚期恶性肿瘤。局部化疗是指手术后、放疗前或放疗后进行的辅助治疗。系统化疗的目的是杀死残存的癌细胞，改善患者生存质量，延长生存期，防止复发。局部治疗方法包括放疗、化疗和手术结合等^[33]。与手术相比，放疗可能更有效，但它有一个明显的局限性，即只能控制局部肿瘤细胞，不能彻底治愈。术后使用化疗可以杀死手术时没有发现的肿瘤细胞，防止复发。

口腔颌面部恶性肿瘤的化疗药物主要有烷化剂、抗代谢类、抗血管生成类等，其作用机制主要是通过抑制 DNA 的合成、逆转癌细胞的增殖能力、诱导癌细胞凋亡等达到治疗肿瘤的目的。局部治疗药物对口腔颌面部恶性肿瘤有效，但易出现胃肠道反应和骨髓抑制等不良反应，患者难以耐受。因此，化疗前、后放疗成为常规方法。化疗前一般采用手术和放疗同时进行，以减少对正常组织和器官的损害，减少不良反应发生的机会。随着新技术的发展，如基因治疗、干细胞疗法等在口腔颌面部恶性肿瘤治疗中逐步应用，新药物不断问世，必将大大提高口腔颌面部恶性肿瘤的治疗效果和生存质量^[34]。

5.4 靶向治疗

近年来，随着肿瘤分子生物学的发展，利用基因治疗肿瘤已成为可能。常用的靶向治疗药物包括抗血管生成靶向药物、抗增殖靶向药物、抗血管生成和抑制细胞凋亡的靶向药物等。

抗血管生成靶向药物：常用的抗血管生成靶向药物有贝伐单抗、西妥昔单抗等，贝伐单抗是一种血管内皮生长因子（VEGF）抑制剂，通过抑制 VEGF 的表达来治疗肿瘤。西妥昔单抗是一种免疫调节性单克隆抗体，通过抑制 CD27 受体介导的信号转导通路，抑制肿瘤生长。西妥昔单抗与贝伐单

抗联合应用治疗晚期头颈部鳞状细胞癌,可使部分患者获益^[35]。

抗增殖靶向药物:常用的抗增殖靶向药物有氟尿嘧啶、拓扑异构酶I抑制剂、奥西替尼、伊马替尼等,它们通过抑制肿瘤细胞增殖、促进细胞凋亡来治疗肿瘤。氟尿嘧啶是一种广泛使用的抗肿瘤化疗药物,可以抑制 DNA 双链断裂和肿瘤细胞的有丝分裂。拓扑异构酶I是一种重要的抑癌基因,可通过抑制其活性来抑制肿瘤的发生和发展。

5.5 免疫疗法

肿瘤细胞免疫疗法是一种新型的免疫疗法,它通过直接激活或增强机体自身的免疫系统来抑制肿瘤生长或预防肿瘤复发。近年来,肿瘤细胞免疫疗法在口腔颌面部恶性肿瘤中的应用也越来越多^[36]。目前,最主要的细胞免疫疗法有以下几种:①肿瘤抗原特异性 T 淋巴细胞治疗:针对肿瘤特异性抗原的 T 淋巴细胞治疗,以识别肿瘤抗原并杀伤肿瘤细胞;②T 细胞介导的杀伤作用:通过增强或抑制 T 淋巴细胞,以增强或抑制抗肿瘤作用;③自体来源杀伤作用:利用自体 T 淋巴细胞杀伤肿瘤;④过继性 T 淋巴细胞治疗:将患者的外周血液中分离出来的单个核细胞,在体外培养后,回输到患者体内,以激活自身的免疫系统,达到抗肿瘤作用^[37]。

6 总结

口腔颌面部恶性肿瘤作为一种临床常见疾病,严重威胁着人类的健康,并对人们的生活质量产生重大影响^[38]。由于其病理特征、临床表现、诊断方法和治疗方案的差异,口腔颌面部恶性肿瘤的诊断和治疗也存在较大差别。在过去,由于口腔颌面部肿瘤早期无明显症状,且早期诊断手段不足,导致许多患者未能及时得到治疗,从而使肿瘤得以恶化。然而,近年来,随着医疗技术的不断突破和各类诊断与治疗方法的运用,口腔颌面部肿瘤的诊疗水平已得到显著提升^[39]。

然而,当前仍存在一些问题:部分学者认为口腔颌面部恶性肿瘤的“早发现、早诊断、早治疗”具有重要意义^[40];然而口腔颌面部肿瘤早期通常无明显症状,多数患者在就诊时已处于中晚期^[41];另外关于口腔颌面部恶性肿瘤的病理分型,尚未形成统一的标准^[42]。因此,在未来的研究中,应关注口腔颌面部恶性肿瘤的临床表现、辅助检查及治疗方法

选择等方面,以提高早期诊断率。同时,还应致力于提升口腔颌面部恶性肿瘤的综合治疗水平^[44]。

总之,口腔颌面部恶性肿瘤既是挑战,也是机遇。在不断探索和研究的道路上,我们有理由相信,诊疗水平的提高必将为患者带来更好的生活质量和生存希望。

参考文献

- [1] 如斯坦木·依米提. 743 例口腔颌面部恶性肿瘤患者临床资料分析[D].新疆医科大学,2021.
- [2] 黄丽萍,徐璇丽,涂文勇.330 例口腔颌面部恶性肿瘤的回顾性分析[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2021,29(02):132-135+140.
- [3] 朱影玲.口腔颌面部恶性肿瘤的临床病理分析[J].心电图杂志(电子版),2020,9(01):163.
- [4] 华平.口腔颌面部肿瘤患者的手术治疗效果[J].名医,2020, No.90(11):104-105.
- [5] 周童,贾颜鸿,毕也等.3 382 例口腔颌面部恶性肿瘤的临床病理分析[J].中华口腔医学杂志,2018,53(07):480-483.
- [6] 倪柯州,钟志强.观察手术治疗口腔颌面部肿瘤患者的临床疗效[J].黑龙江中医药,2020,49(03):57-58.
- [7] 杨尚武.口腔颌面部恶性肿瘤临床病例分析[J].全科口腔医学电子杂志,2016,3(11):68-69.
- [8] 项洋,陈辉,李雪莲等.手术治疗口腔颌面部肿瘤患者的临床疗效评价[J].当代医学,2020,26(22):60-62.
- [9] Bozec, A., et al. "Current role of primary surgical treatment in patients with head and neck squamous cell carcinoma." *Current Opinion in Oncology* (2019).
- [10] Lechner, M., et al. "HPV-associated oropharyngeal cancer: epidemiology, molecular biology and clinical management." *Nature Reviews. Clinical Oncology* (2022).
- [11] 黄付梅.口腔颌面部恶性肿瘤的临床病例分析[J].首都食品与医药,2019,26(04):23.
- [12] 孙晓东.口腔颌面部恶性肿瘤临床研究[J].中国实用医药,2015,10(16):129-130.
- [13] 李太伟.口腔颌面部肿瘤患者的手术治疗效果评价分析[J].中国社区医师,2020,36(22):47-48.
- [14] 陈晓涛,刘照永,杨敏.2123 例口腔颌面部肿瘤统计分析[J].

- 新疆医科大学学报,2014,37(06):740-743.
- [15] 林爱民.口腔颌面部肿瘤患者 72 例手术治疗效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(02):38.
- [16] 徐峰. 5775 例口腔颌面部肿瘤的临床病理分析[D].青岛大学,2017.
- [17] 宋晓萌. 口腔颌面部肿瘤治疗中的功能与微创考量[C]//中国国际科技交流中心(China Centre for International Science and Technology Exchange),上海交通大学医学院附属第九人民医院(Shanghai Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine),国家口腔疾病临床医学研究中心(National Clinical Research Center for Oral Diseases),上海市口腔医学会(Shanghai Stomatological Association).第二十四届中国国际口腔器材展览会暨学术研讨会展会会刊.2020:1.
- [18] 于燕冰.手术治疗口腔颌面部肿瘤的疗效分析[J].全科口腔医学电子杂志,2016,3(13):49-50.
- [19] Golusiński, W., and Ewelina Golusińska-Kardach. "Current Role of Surgery in the Management of Oropharyngeal Cancer." *Frontiers in Oncology* (2019).
- [20] Muller, S., and W. Tilakaratne. "Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Tumours of the Oral Cavity and Mobile Tongue." *Head and Neck Pathology* (2022).
- [21] 陈新.口腔颌面部肿瘤患者的手术治疗效果观察[J].海南医学,2013,24(20): 3072-3073.
- [22] 杨永卫.手术治疗口腔颌面部肿瘤的疗效研究[J].人人健康,2019,No.506 (21):93.
- [23] 明朋赫,王耕野,郭宏等.手术治疗口腔颌面部肿瘤患者的效果研究[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(50):137.
- [24] 曹鹏鹏.手术治疗口腔颌面部肿瘤的效果观察[J].大医生,2018,3(03):111-112.
- [25] 任婷婷,卢泰青,滕薇等.口腔颌面部鳞癌手术治疗的临床疗效研究[J].实用癌症杂志,2022,37(02):237-239.
- [26] 赵全刚.研究口腔颌面部鳞癌手术治疗的临床效果[J].中国社区医师,2017,33(07):75+77.
- [27] Lin, Nan-Chin, J. Hsu, and K. Tsai. "Survival and clinicopathological characteristics of different histological grades of oral cavity squamous cell carcinoma: A single-center retrospective study." *PLoS ONE* (2020).
- [28] Campion, Anna Carolina Omena Vasconcellos Le, et al. "Low Survival Rates of Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma." *International Journal of Dentistry* (2017).
- [29] 许刚,唐春梅,赵会杰.口腔颌面部鳞状细胞癌患者不同原发灶部位与颈部 I、II、III、IV、V 区转移的相关性[J].实用临床医药杂志,2017,21(09):116-118.
- [30] 谢传效.手术治疗口腔颌面部肿瘤的疗效观察[J].全科口腔医学电子杂志,2015,2(04):53-54.
- [31] 郑家伟,李金忠,涂文勇等.口腔颌面部恶性肿瘤治疗指南[J].中国口腔颌面外科杂志,2010,8(02):98-106.
- [32] 洗淡,王磊,陈巨峰等.颊癌 33 例临床疗效分析[J].青海医药杂志,2020,50(01):11-14.
- [33] 陈海龙.口腔颌面部肿瘤患者的手术治疗分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(19):152.
- [34] McDermott, J., and D. Bowles. "Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies." *Current Treatment Options in Oncology* (2019).
- [35] Haddad, R., et al. "Induction chemotherapy in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: role, controversy, and future directions." *Annals of Oncology* (2018).
- [36] 刘芳萍,何保昌,陈法等.口腔颌面部良性肿瘤发病影响因素的病例-对照研究[J].中华预防医学杂志,2015,49(08): 693-699.
- [37] 杨学明,吴煜农.cN0 期上颌鳞状细胞癌的诊断与治疗进展[J].口腔颌面外科杂志,2015,25(02):143-147.
- [38] 刘新军.手术治疗口腔颌面部肿瘤的疗效[J].北方药学,2014, 11(09):160-161.
- [39] 帕提姑丽·吾斯曼,阿地力·莫明.舌部鳞状细胞癌患者的生存模式及预后因素的探讨[C]//中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会.第十四次中国口腔颌面外科学术会议论文汇编.[出版者不详],2018:1.
- [40] 赵全刚.47 例口腔颌面部恶性肿瘤临床病理分析[J].中国卫生产业,2013,10(22):79+81.
- [41] 张陈平.浅谈口腔颌面头颈肿瘤的临床研究[C]//中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会.2017 全国口腔颌面——头颈肿瘤外科学术研讨会论文集.[出版者不详],2017:2.
- [42] 温志欣,管宇,吴世卿.口腔颌面部多原发性癌 1 例报告及

文献回顾[J].现代医院,2013,13(10):36-37.

BMC Oral Health (2020).

- [43] Oosting, S., and R. Haddad. "Best Practice in Systemic Therapy for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma." *Frontiers in Oncology* (2019).
- [44] Bai, X., Jie Zhang, and Li Wei. "Analysis of primary oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in inhabitants of Beijing, China—a 10-year continuous single-center study."

版权声明：©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS