

口腔軟組織的惡性腫瘤

一摘要：

口腔軟組織的惡性腫瘤有三種來源：從上皮組織而來的，叫癌（Carcinoma）；從間葉組織而來的，叫做肉瘤（Sarcoma）；另外有從身體其他組織轉移而來的轉移性瘤（Metastatic tumors）可為癌，亦可為肉瘤，二者區別如下：

	癌（Carcinoma）	肉瘤（Sarcoma）
1. 來源	由上皮組織而來	由間葉組織而來
2. 發生年齡	常為老年人	常為小孩或年輕人
3. 轉移途徑	由淋巴轉移	由血行轉移
4. 潰瘍	常有	較少或無
5. 底部硬結	常有	較少或無
6. 經過時限	長	短

由上皮組織而來之惡性腫瘤如下：

1. 扁平細胞癌（Squamous cell carcinoma）
2. 疣狀癌（Verrucous carcinoma）
3. 過度細胞癌（transitional cell carcinoma）
4. 淋巴上皮瘤（Lymphoepithelioma）
5. 黑色素瘤（Melanoma）
6. 幼年性黑色素瘤（Juvenile melanoma）
7. 惡性唾腺腫瘤（Malignant tumors in mesenchymal origin）



牙三 梁世昌

由間葉組織來的惡性腫瘤包括：(Malignant tumors in Mesenchymal origin.)

1. 纖維肉瘤（Fibrosarcoma）
2. 肌膜炎（Fasciitis）
3. 橫紋肌肉瘤（Rhabdomyosarcoma）
4. 胚胎性橫紋肌肉瘤（Embryonal Rhabdomyosarcoma）
5. 惡性淋巴瘤（Malignant Lymphoma）
6. 淋巴肉瘤（Lymphosarcoma）
7. 網狀細胞肉瘤（Reticulum cell sarcoma）
8. Hodgkin 氏病
9. 巨濾泡性淋巴瘤（Giant Follicular Lymphoma）
10. 白血病（Leukemia）
11. 中線致死性肉芽腫（Midline lethal granuloma）
12. 轉移性腫瘤（Metastatic tumor）

二引言：

於美國癌症學會報告中指示：每年所診斷的口腔癌有 14,500 個病例。在這些病例中只有 5,600 個病例可活 5 年，如此低生存率的癌症在早期一般都易於檢查和早期治療。因為病人自己對口腔癌引起的痛楚，甚至對其危險徵象常未加以警戒，因此牙醫師的責任是具有決定性的。

牙醫師的責任就是早期診斷和治療口腔腫瘤。他們必須仔細檢查整個口腔，包括齒齦和牙周組織。X 光片可以顯示埋藏於深處之早期腫瘤。口腔衛生專家可以幫助牙科醫生注意口腔中可疑的組織。

腫瘤的真正原因迄今未明，但一般都相信腫瘤的遠因包括殘餘的胚胎細胞，細胞代謝作用之改變、內分泌的因素、遺傳、營養的缺乏和其他物理化學的刺激。而只要能除去牙石、不適當的假牙、不平牙齒、不當的牙齒修復、不良的口腔衛生、咬合的傷害、煙草、酒精、烈性的藥物和刺激性的食物，則有助於癌症的預防，這是無庸贅言的。

然而最重要的是如何早期診斷出癌症的存在。口腔腫瘤有各種不同的形態，診斷非常困難。它們可能形成腐蝕性的瘍爛、疱疹狀、腫大、囊狀。當然我們必須把所有損害的地方都診斷出來，如此才能避免忽略了危險的組織。

故以下茲就各種惡性腫瘤一一討論，以資鑑別及診斷。

本文：

由上皮組織而來的惡性腫瘤

1. 扁平細胞癌 (Squamous cell carcinoma)

又叫表皮樣癌 (epidermoid carcinoma) 為口內惡性腫瘤中最常見的，約佔所有Case的90%，如圖(277)，男比女多8~9倍，可發生於任何年齡，但40歲以後多發生於下唇，且唇之兩側比中線多，口唇的損害可見潰瘍疣狀 (wart) 會痛，或呈鱗屑狀，口唇的損害因部分明顯故可早期發現診斷而早期治療之，比較易發生淡色皮膚的人種，口內癌最常見於舌頭 (佔50%)、次為口底 (佔16%)，其餘的平均分佈齒槽粘膜、上腭、頰部，而16%的口內癌呈潰瘍狀，30%為生長物形狀，其餘10%則成為白色的病灶，患區底部有硬結 (Induration)，舌頭上的損害主要生於舌後2/3且常在舌側，舌頭的癌早期就會轉移，當發現 (即正確診斷後) 而治療時，約40%的Case已有局部淋巴結的轉移了，且約25%的Case已有遠離器官的侵害，頸部淋巴結的轉移，75%在同側，20%為兩側，約3%波及對側，概略地說舌頭惡性腫瘤的惡性程度 (Malignancy) 與腫瘤的位置有關，位置愈後面，則惡性度越大，約1/3有舌癌的病人只能活2年，而約1/5的病人才能活5年以上，酒精中毒 (alcoholism) 及梅毒性舌炎 (Syphilitic glossitis) 被認為是容易引起舌癌的，口底的癌與舌頭的一樣也會早期轉移，因此預後不良，而面頰的癌少見 (約佔所有口內癌的9%) 但其中約40%的Case會有遠隔器官的轉移。

癌的真正原因不明，不合適的口腔修復物、吸烟、鋸狀齒、梅毒性舌炎及酒精中毒等均可能是其誘因，尤以吸烟更為重要。

就組織上變化，此症的表皮細胞可見很明顯的角化不良 (dyskeratosis)，細胞呈多形狀，異常的核分裂、失向性、濃染等，而且此現象可浸潤到其底部組織，腫瘤細胞可呈島狀、索狀或成一團地出現於肌束、唾腺、結締組織等之間，上皮細胞呈旋渦狀的聚集，此特稱為上皮珠 (epithelial pearl) 為此症特徵，如果上皮珠有角化則稱為角質珠 (Keratin pearls) 如圖(278)

一般說來，任何腫瘤其惡性程度均與細胞分化有關，越接近原來組織的其惡性程度越低 (因其分化越高)，反之則惡性越高 (即分化越低)，故此概念，Broder 把腫瘤分為四程度：

- 第一度：75% 以上的腫瘤細胞與正常細胞相近
- 第二度：50%~75% 的腫瘤細胞與正常細胞相近
- 第三度：25%~50% 的腫瘤細胞與正常細胞相近
- 第四度：0%~25% 的腫瘤細胞與正常細胞相近

以上度數越高，表示腫瘤惡性越大。

通常口唇的癌其細胞分化較好，又能早期發現，故治癒率較高，預後較好；而口內舌頭上及口底的癌分化最差，且不易發現，故預後較差。

治療：外科切除最佳，放射治療通常不用，除非在外科切除不能完全時用之，但也有人認為外科切除，伴以放射治療會有更好的療效。

另外扁平細胞癌有一變形稱為梭形細胞癌，也常發生於口唇，臨床上與前者無異，但組織變化可見梭形細胞因之易被誤認為是纖維肉瘤 (fibrosarcoma) 此瘤如用放射治療或物理性的傷害，則預後更壞。

2. 疣狀癌 (Verrucous carcinoma)

此症幾乎只發生於口內，好發於齒槽嵴，多見於50歲以上的病人，尤其是嚼烟者，如圖(279)，此狀為外生性 (exophytic) 從粘膜向外生長，此點與扁平細胞癌不同，後者是長入底部組織，此症外觀似乳頭樣，有莖，其上皮細胞有惡化特徵，此因外生性，故預後較好，可外科切除之。

3. 過渡細胞癌 (Transitional cell carcinoma)

此最常發生於舌根及口咽區 (oropharynx) 如鼻咽癌即屬之。

此症多發生於男性，外觀為小而紅色覆盆子樣或天鵝絨樣，有潰爛而無潰瘍，大部分的case (約65~70%) 其原發性損害並不明顯，最早期的症狀是頸部淋巴結的腫大，可摸到。

組織上之變化，可見腫瘤上皮成薄片狀或繃狀絲帶樣以及島樣，有濃染核的上皮細胞，其細胞質缺乏，如圖(280)，如用H-E染色則可見很明顯之嗜鹼性，島樣上皮有時可見中央壞死區，有無數的核分裂，此症的上皮細胞無棘突、無角化作用，亦無上皮珠之形成，故與表皮樣癌不同，此症之轉移很早發生，為放射性敏感性 (Radiosensitive)，但預後不良。

治療：外科切除或放射治療。

4. 淋巴上皮瘤 (Lymphoepithelioma)

此症有人認為是過渡細胞癌之特殊型，其臨床徵象與過渡細胞癌很相似，早期出現一小而不明顯的潰瘍或生長物，而被忽略，直到淋巴結發生轉移性腫大時才發覺，多發生於30歲以下的年輕人，經常發生於鼻咽區或扁桃區。

組織變化可見界限不清的大而多邊形的島樣上皮細胞，這些細胞有核分裂且核濃染，週圍有緻密的淋巴球浸潤，如圖(281)，此為放射敏感性，但無法以放射治療，故預後不良。

5. 黑色素瘤 (Melanoma)

此為高度惡性而且含黑色素的腫瘤，發生於皮膚、粘膜及眼睛，可由 Junctional 或 Compound nevus 發育而來，或由黑色素細胞 (Melanocyte) 發展而來，很少發生於口腔病人年齡常大於50歲，男人比女人常見，口內損害最常見於硬腭及上顎齒槽嵴，如圖(282)，其他在上唇，頰粘膜及下齒槽嵴也會發生，損害開始是一無痛的著色或無著色區，其底部很少有硬結。其時限從數週到數年之久，到末期則有潰瘍、易流血、有紅暈，而且著色很快地增加。

組織變化相差很大，有的像表皮樣癌有大而不相連的細胞，而有的則像肉瘤有梭形細胞如圖(283)腫瘤細胞如有色素存在，則容易診斷；若無則診斷困難，必須用特殊染色法 (如dopa) 來顯出含黑色素的細胞，此症之預後極度不良，幾乎無例外地在五年內死亡。

6. 幼年性黑色素瘤 (Juvenile melanoma)

此症只發生於小孩，為良性者不會轉移，可癒，而其組織變性與惡性黑色素瘤相同。

7. 惡性唾腺腫瘤 (malignant Salivary gland tumors)

(1) 粘液表皮樣瘤 (mucoepidermoid tumor)

此症佔所有唾腺腫瘤之 4~5%，由上皮而來的唾腺瘤，約 69% 發生於耳下腺，15% 發生於上脛，7% 發生於頷下腺，5% 於頰部，其他 4% 於口唇、口底、白後區。

組織變化：此腫瘤由三種細胞所構成，即粘液細胞 (mucous cell)，表皮樣細胞 (epidermoid cell)，透明細胞 (clear cell)，此三種細胞的比率及排列均不一定，大大小小的囊內含有粘液，且被覆以所見之各種細胞，在腫瘤的間質中可見大小的粘液池 (ponds of mucus)。

治療：最好是廣泛切除。

(2) 腺泡細胞瘤 (Acinic cell carcinoma)

此症為低度惡性腫瘤，很似良性，多發生男性，常在 30 歲左右。

組織變化很特殊，只有單一細胞，而是一種很大而含有圓形暗褐色的核及嗜鹼性顆粒狀的細胞質。

治療：外科切除，如切除完全，則預後良好。

(3) 囊狀腺瘤 (adenocystic carcinoma)

又稱圓柱瘤 (cylindroma)，病人常超過 50 歲，常發生於耳下腺、其次上脛腺和頷下腺。此症雖為惡性，但不會轉移，直至其末期。但却可因局部侵襲而致死。

治療：廣泛切除。

(4) 腺癌 (adenocarcinoma)

此症生長很快，為所有惡性唾腺腫瘤中最快的，病人均為老年人，表面常有潰瘍及粘固於其他組織。

組織變化可分多型，如扁平細胞型則與身體其他部分的扁平細胞癌相似。

治療：外科切除或外科切除合併放射治療，預後不良。

由間葉組織來的惡性腫瘤

1. 纖維肉瘤 (Fibrosarcoma)

此症少見，可發生任何年齡，在口腔常見於面頰、口唇及上下頷骨的骨膜，如圖 (284)，生長速度可快可慢。

組織變化可見纖維芽細胞及膠質纖維，細胞及纖維均排成水流狀。在分化較好的纖維肉瘤其纖維芽細胞成梭狀，核圓錐狀，分化較差的，則細胞成分很多，可見很多的核分裂及濃染性，纖維芽細胞成奇怪狀 (bizarre)，大部分之 case 為局部性浸潤，且頑固性，不會轉移，故其預後良好；分化不好的則會廣泛地轉移，預後不良。

治療：廣泛切除。

2. 肌膜炎 (Fascitis)

這是腫瘤樣的生長物容易誤認為是纖維肉瘤，故在此一併討論，此症發生於皮下組織，在口腔則發生於面頰部，其時限短，且生長迅速，有壓痛，多發生於 20~40 歲之間。

組織變化與纖維肉瘤相似，有年輕的纖維芽細胞，細胞核有分裂像 (mitosis)，並有無數的微血管，而微血管之內皮細胞也可見核分裂，以及有間質性出血 (interstitial hemorrhage) 水腫性或粘液水腫樣 (muco-edematous) 的間質及少量的淋巴球等，此症為良性，可自動消退。

3. 橫紋肌肉瘤 (Rhabdomyosarcoma)

此症為高度惡性之腫瘤，很少發生於口腔，如有則以舌頭為其好發部分，在臨床上，生長迅速，底部有硬結，且伴有出血和頸部淋巴腺病變 (Lymphadenopathy)。

組織變化：可見極不規則的細胞，如蝌蚪樣的細胞 (Tadpole cell) 及網球拍樣細胞 (racquet cell)、皮帶樣細胞 (Strap-shaped cell) 以及核或細胞質有很大差異的巨細胞等，如圖 (285)。這些細胞其細胞質可見橫紋與隨意肌所見相像，此症預後不良，須廣泛切除之。

4. 胚胎性橫紋肌肉瘤 (Embryonal Rhabdomyosarcoma)

此瘤少見，發生小孩 (10 歲以下為多) 常發現於頭頸部及泌尿生殖器，口腔內常發生於 Stenson 氏管、軟腭及口咽區等，可見息肉樣，成葡萄狀或單一粘膜下的質塊。

組織變化可見低度分化的間葉組織腫瘤，內含有小的淋巴球樣有嗜伊紅性細胞質的細胞，梭形細胞及有橫紋的細胞等，此也為高度惡性者，預後絕對不良。

5. 惡性淋巴瘤 (Malignant Lymphoma)

為淋巴樣組織如脾臟、淋巴結、扁桃腺等的惡性腫瘤，但有時也發生於非淋巴性組織如牙齦等。

臨床上惡性淋巴瘤有四型，其所佔比例如下：淋巴肉瘤佔 30.8%，網狀細胞肉瘤佔 19.5%，Hodgkin 氏病佔 40.4%，巨濾泡性淋巴瘤佔 9.3%。

惡性淋巴瘤的正確診斷的確定是依組織變化，以及完整的血液檢查或骨髓的抹片檢查等。

6. 淋巴肉瘤 (Lymphosarcoma)

為惡性淋巴瘤常見的一型，其原發性損害，可發生於牙齦軟腭、及扁桃腺等，臨床上可見牙齦急速的增加或成腫瘤樣，常有潰瘍、壞死及口臭等，如圖 (286)，組織變化很像淋巴球的圓細胞 (Round cell) 有核分裂，在侵害與未侵害之間可見不規則而明顯的界限，如沒有潰瘍，則上皮及腫瘤之間被一層沒有腫瘤細胞的結締組織分開，這情形有時會誤認為是炎症性損害，但炎症損害不會有 Subepithelial cell free zone 會有炎症細胞如淋巴球、漿細胞、嗜中球等的浸潤。

此症為放射敏感性，但只能暫時緩和，不久復發則成為全身性的。

7. 網狀細胞肉瘤 (Reticulum cell Sarcoma)

為淋巴肉瘤的一型，有時會轉變為單核球性白血病 (monocytic leukemia)，此症可發於軟組織亦可發於骨，發於軟組織者其臨床徵象與淋巴肉瘤相同，如發於骨者則會引起骨頭的腫脹、牙齒鬆動、牙痛等組織變化。

8. Hodgkin 氏病

此症的原因未知，可能為惡性淋巴瘤之一型，也可能為炎症肉芽腫性疾病，因臨床上會有發熱、持續性貧血、多形核白血球增加及持續性心悸亢進 (Persist tachycardia) 等，其症狀變化很大，大部分 case 最先出現的症狀為頸部淋巴結之無痛性腫大，硬而有彈性，其外表皮膚正常，其他有腹痛、全身虛弱、體重減輕、咳嗽、呼吸困難、食慾不振、下肢水腫、吞嚥困難等，口內症狀很少發生。

組織變化：可見網狀細胞的體積增大和數目增多，並且淋巴球增多，在切片上可看見 Stern-berg-Reed cell，此細胞有 mirror-image 的外觀，此症發生須與急性上呼吸道感染、急性白血病及肝炎等做鑑別診斷，此症預後不良。

9. 巨濾泡性淋巴瘤 (Giant Follicular Lymphoma)

此症為淋巴瘤之一型，可轉為其他更惡性的淋巴瘤，可發生於任何年齡，但最常發生於中年或老年人，此症開始為慢性無痛性淋巴結腫大，口內症狀甚少，但頷下及頸淋巴結腫大，可受侵害。

10. 白血病 (Leukemia)

此為白血球的惡性疾病，臨床上可分為淋巴性、骨髓性及單核球性三型，依其經過可分為急性和慢性。

急性者，開始時很像全身感染（如上呼吸道感染等）病人會發熱、發冷不適等，後來則脾腫及淋巴結腫大等，急性常發生於小孩或青年人，幾週或幾個月內死亡，因血中成分被白血球取代，故病人會有貧血、粘膜出血及皮下出血點等，口內症狀很常見而且一定會出現，如牙齦腫大、出血、壞死、牙週出血或滲出血如圖(287)，口粘膜有出血、淤斑及壞死、拔牙後會大量出血、白血球數目明顯增加（5萬~15萬/mm³）。

慢性者，多發於成年或老年人，其時限可持至數年之久，但隨時可加重成急性而致死，起先為潛伏性（insidious），首先出現的症狀為脾腫和淋巴結腫大，病人申訴虛弱感。

口內症狀，有牙齦增生肥大，白血球數目極多（5萬~50萬/mm³）。

11. 中線致死性肉芽腫 (midline lethal granuloma)

又叫 Wegener 氏肉芽腫症，為惡性疾病，其病因未明，可侵犯鼻腔及上頷骨，損害開始是一非特異性潰瘍，但對任何治療均無反應，而且逐漸地破壞軟膠及硬組織和鼻子，最後則因病人體力消耗、出血、營養不良及惡病質（Cachexia）而致死。

整個過程中，病人可能申訴虛弱而無全身性症狀，其時限可拖數月以至五年之久。

此症預後不良。

12. 轉移性腫瘤 (Metastatic tumor)

口腔軟組織的轉移腫瘤很少見，偶而乳房、肺、性腺、甲狀腺及攝護腺等惡性腫瘤可轉移到頷骨或口唇，病人的年齡通常在中年以後，轉移性損害則可見腫大，如圖(288)。

結論：

假如懷疑病灶是癌前或癌病變，必須立刻做活體切片檢查。除了活體切片之外，還有其他方法亦可幫助而非代替此項診斷，如其他試驗：口腔剝落細胞學和甲苯胺藍試驗。

而於惡性腫瘤之治療有外科、照射或化學療法，方法之應用端賴腫瘤之形式和發生的期間而定。有時候二種或三種方法混合使用；然而越早期發現病灶，其治愈率愈高。

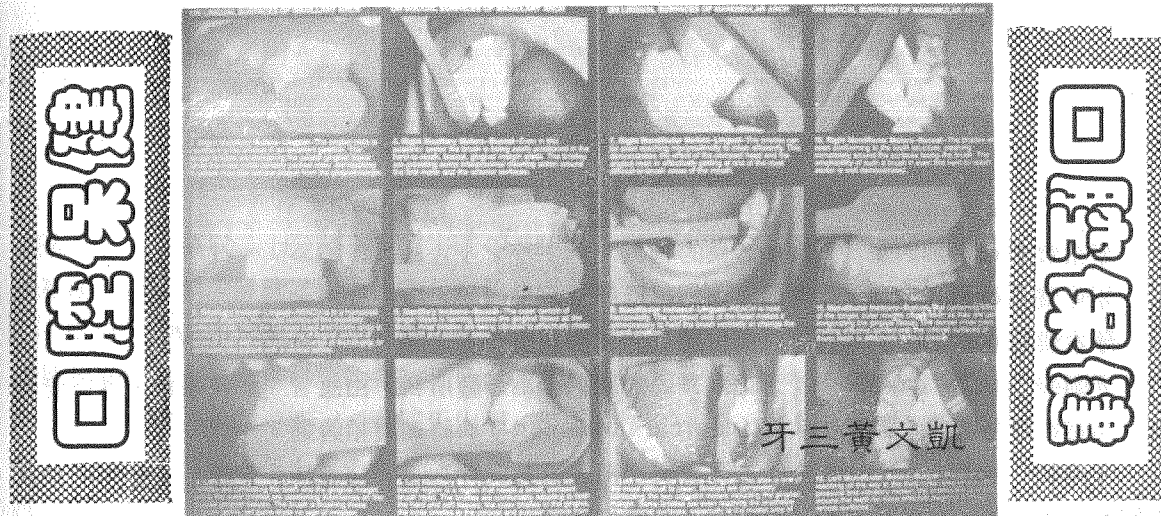
對口腔癌的處理有特別訓練的人才能負責治療口腔癌。每一種治療方法都有其優點、缺點和禁忌症。必須會診對頭頸部癌或口腔癌有特別訓練的外科醫師、X光師、化學治療師和病理專家，他們可提供很多有利的外科技術，各種照射的應用和化學治療劑。一些操作須由有治療頭頸部癌知識的人決定。一般而言，最有資格的專家意見可能使病人因而起死回生。

五參考資料：

1. 口腔病理學精要 昭人出版
2. 口腔內科學 昭人出版
3. 口腔病理學 環球出版
4. 口腔組織胚胎學 科學出版

5. Oral History & Znbreology (Schour, I. Noye)

註：文中圖請參考口腔病理學精要圖 277-288



一、引言

現代醫學雖然日進千里，而「預防勝於治療」却更形重要，好比健康檢查的漸漸普及就是最好的證明，而口腔疾病患者，更有這種迫切的需要，口腔疾病如齲齒、牙周病所以發生的原因，以及預防的方法，相信是任何人都想知道的。維護口腔衛生是預防口腔疾病的最佳方法，但如何去維護呢？用什麼方法去維護呢？如何使花了錢又花了時間的治療達到事半功倍？延長治療成果的壽命？這些都是報告內所要探討的範圍。

筆者來自漁村，很想把維護口腔清潔的方法帶給鄉民，改善鄉民口腔衛生的習慣，我相信這是很實際又迫切需要的，因此我選了這個題目，把維護口腔衛生，預防口腔疾病的知識做個了解，除將有助於提醒他人外，亦有益於自己對牙齒的保健。

二、口腔的解剖

兵家有云：知己知彼，百戰百勝。而我們要維護口腔的健康，當然不能不知道我們的口腔的構造與組織，要預防各種口腔疾病的發生當然也不能不知道這些疾病的起因，所以在此報告中將首先探討口腔的構造，再探討齲齒及牙周病的病因與預防方法，最後則介紹幾種清潔口腔較普遍的方法。

口腔的結構外表很簡單，不外黏膜與牙齒：

1. 口腔黏膜：

人體口腔黏膜可以分為三種不同型式，其中需承受咀嚼時較大壓力的是 masticatory mucosa，包括牙齦和硬腭上的黏膜。連絡體腔與外界而沒有其它功用的是 lining mucosa，包括唇、頰、前庭穹窿，上下齒槽突鄰接固有牙齦部份以及口底，舌下面，軟腭等處的黏膜。最後一種是 specialized mucosa，為一具高度特化的黏膜。

2. 牙齒（乳牙與恒牙）：

人有二副牙齒，幼年時第一次長出的是乳齒（deciduous or milk teeth），第二次長出的是恒齒（permanent teeth），乳齒必然脫落，而恒齒若保護良好，可終人之一生不喪失功能。

牙齒依功能可分門齒——切斷，犬齒——撕裂，小白齒——緊夾，臼齒——研磨。牙齒的構造與名稱：

牙冠（crown）：突出於牙齦的部份。

牙根（root）：牙齒在骨及牙齦組織的部份。