

舌癌诊疗指南

(2022年版)

一、概述

舌癌是常见的口腔癌，98%以上为鳞状细胞癌，腺癌较少。舌癌占口腔鳞状细胞癌的37%~53%。舌癌的主要治疗模式以手术为主，并且根据病理特征加以术后治疗。口腔颌面外科医师在治疗中起中心作用，但是要想获得最佳的治疗效果，还需要头颈外科、放疗科、肿瘤内科等多学科医师团队的参与。

二、适用范围

按UICC分类，舌前2/3的癌属于口腔癌范畴；舌后1/3的癌属于口咽癌。本指南适用于舌前2/3的舌体癌。

三、诊断

(一) 临床表现

局部常有慢性刺激因素（如锐利牙尖或残根）；也可有白斑等癌前病损；或无明显诱发因素，病变发展较快。

病变局部疼痛是最常见的症状。早期可无症状或者表现为轻微的疼痛，随着病情的发展，疼痛逐渐加重，可向耳颞部发展，影响进食和言语。

(二) 专科检查

多表现为溃疡性肿块，边界不清、基底浸润、触痛明显。舌侧缘多见，其次为舌腹和舌背。当肿物局限于游离舌时，

舌体运动不受限；当癌瘤侵犯舌外肌时，可出现不同程度的舌运动受限。晚期舌癌还会累及口底、下颌骨、舌根、咽侧壁等结构。舌癌早期便可能出现淋巴结转移，多表现为同侧颌下或上颈部的淋巴结肿大、质硬，当发生淋巴结包膜外侵犯时与周围结构粘连，活动度差。累及中线或对侧的舌癌也可能出现对侧淋巴结转移。舌癌的远处转移发生率较低，晚期病例中可能会转移至肺部。

（三）辅助检查

1. 病理检查：活检病理诊断是口腔癌诊断的金标准。对于怀疑为舌癌的肿瘤，应于肿瘤边缘行切取活检术，待病理诊断明确再行确定的手术治疗。

2. 影像学检查

（1）B超检查：可以用来明确颈部淋巴结的情况。

（2）X线检查：使用较少，曲面断层片可以用来评估下颌骨受侵犯的情况。胸部平片可以作为肺转移筛查的首选，如果怀疑肺转移需要加拍肺CT。

（3）CT：头颈部增强CT可以用来评估肿瘤的范围，以及与重要结构的毗邻关系，是口腔癌临床分期、治疗设计、预后预测和复查常用的影像学检查方法。增强CT对颈部淋巴结转移的敏感性和特异性较强。

典型增强CT表现：病灶呈不均匀软组织密度影，边界不清，病灶呈明显的不均匀强化；转移淋巴结可出现肿大，变圆，中心液化坏死周围环形增强。当淋巴结发生包膜外侵

犯时可能会边界不清楚，或者发生多个淋巴结融合。

(4) 磁共振成像 (MRI): MRI 在观察软组织病变时有独特的优势，可以补充 CT 成像的信息，可以更好地评估舌肌纤维之间的浸润信息。不过其对骨组织不能显影，当病变侵犯骨组织时需要加拍 CT 观察变化。平扫 MRI 显示病灶边缘较为清晰，T1WI 呈等-低混杂信号、T2WI 呈等-高混杂信号，T1WI 增强扫描不均匀强化。转移淋巴结结构清楚，周围可出现不完全环状脂肪增生带。

(5) PET-CT: 对于晚期舌癌患者，PET-CT 可以用来评估病灶范围、远处转移及同时发生第二原发癌的状况。对于怀疑肿瘤残存或复发时，推荐使用 PET-CT。

(四) 诊断标准

活体组织病理检查为舌癌诊断的金标准。舌癌的分期与治疗 and 预后 有直接的关系。舌体鳞状细胞癌根据美国癌症联合委员会口腔肿瘤的 TNM 分期标准分期。2017 年颁布、2018 年生效的第八版分期标准见表。相较于前一版，第八版的主要变化包括：①使用浸润深度确定 T 分期；②不再把舌外肌浸润定为 T4a 分期的标准；③在 N 分期中纳入淋巴结外侵犯情况作为标准。

表 1: 第八版 (2017 年) 美国癌症联合委员会口腔肿瘤的 TNM 分期标准

原发性肿瘤	
T _x	原发性肿瘤不能评估
T _{is}	原位癌
T ₁	肿瘤最大直径 ≤ 2cm, 浸润深度 ≤ 5mm
T ₂	肿瘤最大直径 ≤ 2cm, 浸润深度 > 5mm 且 ≤ 10mm; 或肿瘤最大直径 > 2cm, ≤ 4cm, 且浸润深度 ≤ 10mm
T ₃	肿瘤最大直径 > 4cm; 或浸润深度 > 10mm
T _{4a}	重度局部晚期病例: 肿瘤侵犯临近结构 (例如: 穿破上颌骨或下颌骨的骨皮质, 侵入上颌窦、面部皮肤)
T _{4b}	重度局部晚期病例: 肿瘤侵犯咀嚼肌间隙、翼板或颅底和 (或) 包绕颈内动脉

区域性淋巴结 (N)	
N _x	不能评估有无区域性淋巴结转移
N ₀	无区域性淋巴结转移
N ₁	同侧单个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 3cm, 且无淋巴结外侵犯
N _{2a}	同侧单个淋巴结转移, 最大直径 ≤ 3cm, 有淋巴结外侵犯; 或同侧单个淋巴结转移, 最大直径 > 3cm 且 ≤ 6cm, 无淋巴结外侵犯

N _{2b}	同侧多个淋巴结转移，其中最大直径 $\leq 6\text{cm}$ ，无淋巴结外侵犯
N _{2c}	双侧或对侧淋巴结转移，其中最大直径 $\leq 6\text{cm}$ ，无淋巴结外侵犯
N _{3a}	转移淋巴结最大直径 $> 6\text{cm}$ ，无淋巴结外侵犯
N _{3b}	同侧单个淋巴结转移，最大直径 $> 3\text{cm}$ ，有淋巴结外侵犯；或同侧、对侧或双侧多个淋巴结转移，有淋巴结外侵犯；或对侧单个大小不限的淋巴结转移，有淋巴结外侵犯

远处转移 (M)	
M _x	远处转移不能评估
M ₀	无远处转移
M ₁	有远处转移

四、治疗

(一) 治疗原则

舌癌的治疗应贯彻以手术为主的多学科综合治疗。根据病情，确定治疗方案。

(二) 手术治疗

1. 原发肿瘤：对于原发肿瘤需采用对肿瘤的扩大切除，一般需要在肿瘤边界外 1 ~ 1.5cm 行对肿瘤的扩大切除，切

除后标本中，癌瘤外有 5mm 以上的正常组织可以认为有足够的安全边界。手术切除计划的制定应当以原发肿瘤的侵犯程度为基础，可以通过临床检查和影像学检查来确定。

2. 颈部淋巴结处理：原则上舌癌的手术治疗在切除原发灶的同时需要行同侧的颈部的淋巴清扫术；对于对侧转移或者肿瘤侵犯越过中线的患者，还应行对侧的颈淋巴结清扫手术。对于根治性颈淋巴结清扫术，可根据实际情况决定是否保留副神经、胸锁乳突肌和颈内静脉。

N0 患者，采用肩胛舌骨上淋巴清扫术。对于 cT1N0M0 的患者，颈部淋巴结的处理存在争议，可以观察随访、选择性颈淋巴结清扫或者前哨淋巴结活检。

N1 患者，采用肩胛舌骨上淋巴清扫术或根治性颈淋巴结清扫术。

N2 及以上的患者，采用根治性颈淋巴结清扫术。

3. 整复手术：切除后舌缺损小于 1/3 时，可以直接拉拢缝合；缺损大于 1/3 时，可以采用邻位瓣、带蒂瓣或者血管化游离皮瓣来修复；对于侵犯下颌骨，切除后存在下颌骨缺损的情况可以采用血管化骨瓣修复。

（三）其他治疗方法

1. 放射治疗

（1）早期病例首先手术，如因各种原因无法接受手术，可行根治性放疗。

（2）对于手术后存在不良预后因素的，应行辅助放疗。

例如：边缘阳性、颈部淋巴结转移（单个淋巴结转移是否需要放疗存在争议）、神经周围侵犯等。

（3）术前诱导放疗需谨慎采用。

2. 全身综合治疗

包括化疗、靶向治疗、免疫治疗和基因治疗等，对于晚期病例常作为辅助性治疗方法酌情使用。

3. 其他治疗

营养支持、镇痛、心理干预、中医中药等可用于提高患者生活质量、增强治疗信心。

五、主要并发症及处理

1. 出血：肿瘤侵犯到一定深度，破坏血管系统可能会造成自发性出血，手术后也可能出现出血。对于肿瘤造成的出血，可以行局部加压包扎，完善手术准备后予以切除肿瘤，缝扎血管。对于手术后出现的出血同样予以缝扎出血点。

2. 疼痛：舌癌早期便可能出现疼痛，影响进食和言语。应该积极给予镇痛治疗，并积极治疗癌瘤。

3. 感染：舌癌手术前的感染多较表浅。舌癌手术后的感染可能出现手术区和肺部感染，需要积极抗炎治疗。对于手术区的感染需充分引流。

4. 窒息：癌瘤生长变大，可能会导致呼吸道变窄。如果再出现出血，可能会导致窒息的发生。手术后的局部肿胀、血肿等也可能导致窒息，需尽早发现，积极行气管切开术。

六、随访及预后评估

根据不同单位的回顾性研究，舌体鳞状细胞癌 5 年总体生存率为 42%~73%。早期（T1~2N0）的结局较好，5 年总体生存率为 79%，无病生存率为 70%。治疗失败的主要原因是局部复发和颈部复发，其复发率分别为 14%~31%和 15%~34%。口腔鳞状细胞癌 5 年内发生远处转移的概率大约为 10%，大多转移至肺、骨、皮肤和肝。

根据美国癌症联合委员会的 TNM 分期，其中 N 分期是一个独立的预后因素，PN0 患者的 5 年疾病特异性生存率为 85%，当出现病理确认的颈部转移，疾病特异性的 5 年生存率降为 49%。其他的因素如切缘状态、肿瘤的厚度和浸润深度、神经周围侵犯和免疫状态也和生存率相关。

附

舌癌诊疗指南（2022年版）

编写审定专家组

（按姓氏笔画为序）

组长：张益

成员：安金刚、朱洪平、刘树铭、何伟、苏家增、单小峰、
郭玉兴、贺洋、彭歆、蔡志刚