当院における上顎癌の統計的観察

川崎医科大学附属川崎病院　耳鼻咽喉科
（主任：高原滋夫教授）
小西静雄，長尾暢三*
菅田　溥*，内藤正之

（昭和54年9月20日受付）

Clinical Observation on Carcinoma of the Maxillary Sinuses: A 15-year Survey in our Clinic.

Shizuo Konishi, Nobuzo Nagao*
Hiroshi Sugata* and Masayuki Naito
Department of Otolaryngology, Kawasaki Hospital,
Kawasaki Medical School

(Accepted on Sept. 20, 1979)

川崎病院において昭和35～49年の15年間にとりあつかった上顎癌患者138例について統計的検討を行なった．

患者の年齢分布では60歳代に多く，性別では男性に多く女性の約2倍であり，初発症状の多くは片側鼻閉，頬部腫脹，鼻出血であった．

治療法別による遠隔成績では「手術＋放・療＋薬物」がもっともよく5年生存率が46.3％であった．

手術施行群の方が手術非施行群に比較して好成績であり，全身投与による抗腫瘍剤の効果もあったと考えられた．

70歳以上の高齢者でも何らかの癌治療を受けたものは，全く治療を受けなかったものに比較して著しい延命効果が認められた．

Clinical and statistical studies were done on 138 patients with maxillary carcinoma, treated in our clinic of Kawasaki Hospital during a 15-year period, from 1960 to 1974.

The peak incidence of the age of patients suffering initially from maxillary carcinoma appeared in the sixties of age, and the male were affected twice as many as the female.

Most of the first symptoms of maxillary carcinoma were unilateral nasal obstruction, cheek swelling and nasal bleeding.

The crude five-year servival rate was 46.3% of the patient group treated by

* 現在岡山市開業

the combined method of "surgical removal of the tumor+radiation therapy+anticancer chemotherapy, and it was the best survival rate in several combined therapies in this series.

The patient group treated with surgery had better result of survival rate than the other group without the surgical treatment, and anticancer chemotherapy was also considered effective to the survival rate.

Even though the patients were at a ripe old age of more than 70 years old, they could get a prolonged survival period when treated with therapy for carcinoma than those without treatment.

はじめに

耳鼻咽喉科領域における悪性腫瘍のうち，上顎癌は頻度の高いものであるが，近年の癌治療の進歩にもかかわらず，その治療成績は，かならずしも満足すべきものではない．当科において，とりあつかった過去15年間の上顎癌患者の治療成績を検討して，これまでの治療法の経過をふりかえり，それらの患者の予後をまとめて今後の治療成績向上へのてがかりを得ようと試みた．治療成績判定は，患者の生存期間をもって行なったが，それらの患者のうちには他医にて治療を受けたのちに紹介されたものや，当科で治療したのち他医にて継続治療を受けたものなどが含まれている．したがって，ひとつの診療機関の治療成績というよりも，広い範囲での医療機関の現状ならびに成績と考えるのが妥当と思われる．

調査対象および方法

川崎病院において昭和35年から昭和49年の間に初診した上顎癌患者のうち記録の明らかな138例を対象とした．以下，統計処理上，記載事項の内容は次のごとく定めた．「初発症状」とは，患者の病歴陳述のうち，上顎癌の症状に関係があると考えられるもので，もっとも早期に発生したものをいう．2つ以上の症状が同時に訴えられたものもあり，それらはすべて集計した．「初発時年齢」とは「初発症状」が発生したときの年齢をいう．「治療開始までの期間」とは「初発症状」から，上顎癌に対する治療を目的とした処置を受けるまでの期間をいう．診断を目的とした試験開放術などは，治療開始とみなさなかった．「治療内容」のうち，他医にて治療が施されたものは，紹介状または治療内容報告書などで比較的明瞭にできたものを集計した．「生存期間」とは，症状初発時から死亡までの期間を意味する．たとえば，1年生存率とは，症状初発時から1年間以上生存していたものの人数で計算したものである．生死不明の患者に対しては，郵便で来院受診をうながし，音信不通のものは，本籍地市町村役場に問合わせて生死を確認した．

III 成績

(1) 昭和35年～49年の15年間を5年ごとに分けたばあいの，それぞれの当科における初診患者数は，昭和35年～39年48人，昭和40年～44年63人，昭和45年～49年27人，計138人であった．

(2) 総患者の「初発時年齢」分布は **Table 1** のごとくで，そのうち最年少は17歳，最高齢は90歳で，平均58.1歳であった．

(3) 患者の性比は，男性65.9%，女性34.0%で，男：女＝1.94：1であった．

(4) 病側は，右63例，左75例で，左右の間に有意差（χ^2 検定で危険率5%による，以下同じ）を認めなかった．

(5) 「初発症状」およびその頻度は **Table 2** のようで，片側鼻閉，頬部腫脹，鼻出血（血性鼻漏を含む）が高頻度であった．頬部腫脹に頬部痛または不快感を合わせると30.5%で頬部症

Table 1. The age of patients having the first symptom of the maxillary carcinoma

	男	女	計(%)
10歳代	1		1 (0.7)
20歳代	1	2	3 (2.1)
30歳代	3	5	8 (5.8)
40歳代	11	12	23(16.6)
50歳代	21	6	27(19.5)
60歳代	37	14	51(**36.9**)
70歳代	16	6	22(15.9)
80歳代	1	1	2 (1.4)
90歳代		1	1 (0.7)
計 (%)	91 (65.9)	47 (34.0)	138 (100)

Table 2. The first symptoms of the maxillary carcinoma

1. 片側鼻閉	47人(24.2%)
2. 頬部腫脹	36人(18.6%)
3. 鼻出血または血性鼻漏	30人(15.5%)
4. 頬部痛または不快感	23人(11.9%)
5. 上顎歯痛，歯肉歯痛 口蓋腫瘍疼痛	20人(10.3%)
6. 鼻　漏	11人(5.7%)
7. 流　涙	9人(4.6%)
8. 前頭痛または側頭痛	6人(3.1%)
9. 眼球突出	5人(2.6%)
10. 眼窩痛または不快感	3人(1.5%)
11. 眼窩周囲腫脹	2人(1 %)
12. 耳痛または不快感	2人(1 %)

状がもっとも多い．

(6)「治療開始までの期間」の最短のものは半月間以内，最長のものは5年間で，平均5.3ヵ月であった．4ヵ月以内に治療を開始したものが70％（88人）であった．「治療開始までの期間」が長かったものの中には，鼻茸の診断のもとに鼻茸切除術を受けたり，三叉神経痛として処置されたり，または，歯痛に対して抜歯を受けたりして経過観察していたものが多い．「治療開始までの期間」の長短と「生存期間」との間には明確な相関関係は見られなかった．

(7) 治療成績（**Table 3**）

各治療群別の各「生存期間」年数における生存者数，およびそれらの生存率を **Table 3** に示した．治療法の分類のうち「手術」とは，腫瘍摘出を目的とした上顎部分切除術や顔面皮切による上顎全摘出術を行なったものがもっとも多く，口蓋切除術や眼球摘出術を併行したものもある．手術は，周囲組織をも含めて腫瘍を一塊として摘出することを原則とした．診断を目的とした上顎洞試験開放術や上顎洞開放後，腫瘍摘出を中止したものはこれに含めなかった．「放・療」とは，放射線療法を意味し，遠隔照射2,500 rads 以上，および／または腔内照射1,500 mch 以上のものを含めた．大部分のものは，術後にコバルト60 γ 線を3,000～6,000 rads 遠隔照射したが，手術前・後に照射したものもある．腔内照射例数は少なく，また昭和47年以後はこれを使用していない．「薬物」とは抗腫瘍剤の注射10本以上および／または内服2週間以上を施行したのを意味する．これは主として昭和40年頃より使用し，近年多く用いたものでは5 Fu 250～500 mg/日の連日静脈注射，マイトマイシン2.5 mg～5 mg/日注射，ブレオ15 mg/日注射，エンドキサン100～150 mg/日内服，フトラフールカプセル800 mg/日内服などを適宜組合わせて2～3ヵ月間施行した．この「薬物」のうちには浅側頭動脈内注射療法（以下，動注と記す）を併用したものもあり，用いた薬物は5 Fu 250～500 mg/日1～2週間が多かった．

（A） 上顎癌患者総数138人，およびそのうちの「手術施行」群，「手術非施行」群，「非治療」群のそれぞれの生存率を **Fig. 1** に示した．「手術施行」群（74人）と「手術非施行」群（51人）の3年実測生存率，5年実測生存率はいずれも有意差を有して，「手術施行」群の方が良好であった．

（B）「手術施行」群について

（i）「手術＋放・療＋薬物」群（45人）と「手術＋放・療」群（27人）の3年実測生存率，5年実測生存率はいずれも有意差を有して，薬物併用群の方が良好であった（**Table 3**），（**Fig. 2**）．

（ii）「手術＋放・療＋薬物」群のうち，動注を併用したものが10人，併用しなかったものが35人あった．動注併用群と動注非併用群の3年実測生存率，5年実測生存率ではいずれにも殆んど差がなかった．（**Table 3**）

（iii）「手術のみ」群（2人）は術後体力の消耗が著しかったため，他の療法が併用できなかったものであり，予後も不良であった．（**Table 3**），（**Fig. 2**）

（iv） 眼窩内浸潤が疑われ，眼窩内容摘出術

Table 3. Long term results of treatments for maxillary carcinoma

治療法＼生存期間		0～1年	1～2年 (1年生存率)	2～3年 (2年生存率)	3～4年 (3年生存率)	4～5年 (4年生存率)	5～6年 (5年生存率)	6～7年 (6年生存率)	7年以上 (7年生存率)
総数 138人 (初発時平均年齢58.1歳)	人 (%)	138/138 (100)	95/138 (68.8)	58/138 (42.0)	45/138 (32.6)	39/136 (28.6)	33/134 (24.6)	27/129 (20.9)	22/128 (17.1)
(1)手術施行群総数 74人 (初発時平均年齢52.9歳)	人 (%)	74/74 (100)	61/74 (82.4)	43/74 (58.1)	37/74 (50.0)	32/72 (44.4)	26/70 (37.1)	21/66 (31.8)	17/65 (26.1)
手術＋放・療＋薬物 45人 (初発時平均年齢53.2歳)	人 (%)	45/45 (100)	40/45 (88.8)	29/45 (64.4)	27/45 **(60.0)**	24/43 (55.8)	19/41 **(46.3)**	14/37 (37.8)	11/36 (30.5)
同上のうち 動注併用 10人	人 (%)	10/10 (100)	8/10 (80.0)	7/10 (70.0)	6/10 (60.0)	5/9 (55.6)	4/8 (50.0)	1/5 (20.0)	1/5 (20.0)
同上のうち 動注併用せず 35人	人 (%)	35/35 (100)	32/35 (91.4)	22/35 (62.9)	21/35 (60.0)	19/34 (55.9)	15/33 (45.5)	13/32 (40.6)	10/31 (32.3)
手術＋放・療 27人	人 (%)	27/27 (100)	20/27 (74.0)	13/27 (48.1)	10/27 (37.0)	8/27 (29.6)	7/27 (25.9)	7/27 (25.9)	6/27 (22.2)
手術のみ 2人	人 (%)	2/2 (100)	1/2 (50.0)	1/2 (50.0)	0/2 (0)				
(2)手術非施行群総数 51人 (初発時平均年齢61.1歳)	人 (%)	51/51 (100)	34/51 (66.6)	15/51 (29.4)	8/51 (15.6)	7/51 (13.7)	7/51 (13.7)	6/50 (12.0)	5/50 (10.0)
放・療＋薬物 31人 (初発時平均年齢59.9歳)	人 (%)	31/31 (100)	20/31 (64.5)	9/31 (29.0)	4/31 (12.9)	4/31 (12.9)	4/31 (12.9)	3/30 (10.0)	3/30 (10.0)
同上のうち 動注併用 8人	人 (%)	8/8 (100)	7/8 (87.5)	2/8 (25.0)	0/8 (0)				
同上のうち 動注併用せず 23人	人 (%)	23/23 (100)	13/23 (56.5)	7/23 (30.5)	4/23 (17.4)	4/23 (17.4)	4/23 (17.4)	3/22 (13.6)	3/22 (13.6)
放・療のみ 18人	人 (%)	18/18 (100)	13/18 (72.2)	6/18 (33.3)	4/18 (22.2)	3/18 (16.6)	3/18 (16.6)	3/18 (16.6)	2/18 (11.1)
薬物のみ 2人	人 (%)	2/2 (100)	1/2 (50.0)	0/2 (0)					
(3)非治療群 13人 (初発時平均年齢72.2歳)	人 (%)	13/13 (100)	2/13 (15.0)	0/13 (0)					

(註) 「4～5年」の項より分母が小さくなっているものがあるのは，調査時点で4年以上経過していない症例があり，それらの生存期間が判明できないからである。

を行なったものが14人あり，それらの多くには「放・療」や「薬物」療法も併用した．それらの実測生存率は3年が57.1％，5年が42.9％であり，「手術＋放・療＋薬物」群とほぼ同じ成績である．

また頸部郭清術を上顎腫瘍摘出術と併用して行なったものが5人あり，これは頸部リンパ節腫大があり，リンパ節生検にて癌転移が認められたものに施行した．5人のうち5年以上生存したものは1人（実測生存率20％）で，ほかの4人の生存期間は2年以内で，良い結果は得られなかった．

（C） 手術非施行群について

（i）「放・療＋薬物」群（31人）と「放・療のみ」群（18人）の3年実測生存率，5年実測生存率にはいずれにも殆んど差がなかった（**Table 3**）（**Fig. 3**）．

（ii）「放・療＋薬物」群のうち，動注を併用したものが8人，併用しなかったものが23人あった．その動注併用群では3年生存者が存在し

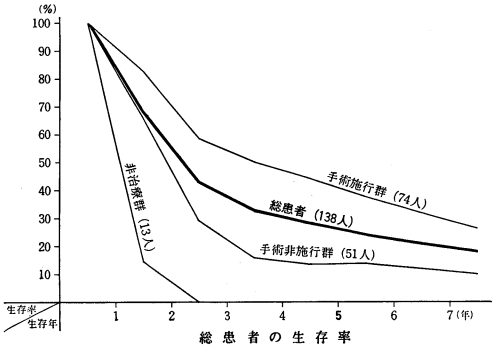

Fig. 1. The crude survival rates of total numbers of the patients

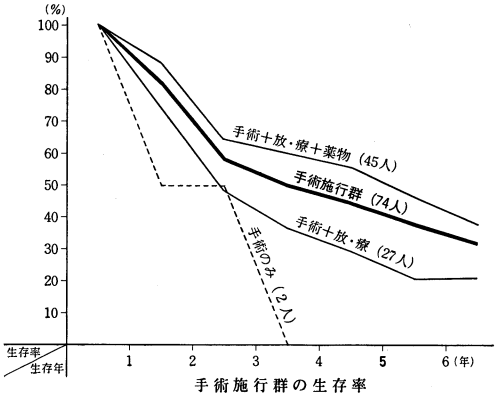

Fig. 2. The crude survival rates of the patient group treated with surgery

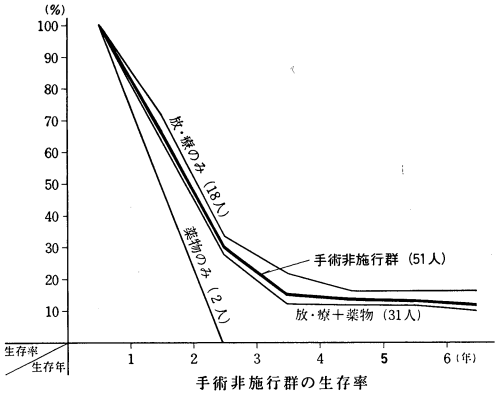

Fig. 3. The crude survival rates of the patient group treated without surgery

なかった．(**Table 3**).

（D）「手術＋放・療＋薬物」群と「放・療＋薬物」群について

手術施行による治療成績を検討するために「手術施行」群中の「手術＋放・療＋薬物」群と，「手術非施行」群中の「放・療＋薬物」群の生存率を比較すると，両者の間には有意差をもって「手術＋放・療＋薬物」群の方の生存率がよかった．

ただし，それらの群における初発時平均年齢がそれぞれ53.9歳と59.9歳でその差が6.7歳あり，それらの各年齢時における平均余命が当然異なる．そのため，それらの群の一般人期待生存率（昭和43年，岡山県生命表を用いたCohort 生存率により計算した）を勘案に入れて5年相対生存率を求めると，48.5％，14.2％であり，χ^2 検定で，手術施行群の方が有意差をもって生存率が高かった．故にこれらの群における初発時平均年齢の差を考慮に入れてもなお「手術施行」群の方の治療成績がすぐれていたといえる．

なお治療開始時の癌進展度の分類を行なうと，他医にて治療を開始した症例もあるため，不明確なものもあるが，判明し得る範囲でみると，「手術＋放・療＋薬物」群のうちでは T_1 3％，T_2 50％，T_3 47％，「放・療＋薬物」群のうちでは T_2 33％，T_3 64％，T_4 3％であった．「放・療＋薬物」群の方で病期の進んだものの頻度が高かったので，癌進展度のちがいによって治療成績に差が生じたことも考えられるが，両者の間に有意差はなかった．

IV　総括および考按

本調査の結果では上顎癌患者の多くは60歳代で発生し，男性に多く（女性の約2倍），初発症状としては片側鼻閉，頬部腫脹，鼻出血が生じる．症状が発現してから1～4ヵ月のうちに入院して上顎癌に対する治療を受け始めるものが多い．癌に対する治療を受けなかったものも含めた全体での遠隔成績は，3年間生存し得たものは約1/3，5年間生存し得たものは約1/4である．癌進展度分類で，T_2 のものは手術を受けたものが多く（約2/3），T_3 では手術を受けたものが半分あり，そして，治療成績は T_2 のものの方がよい．手術療法を受けたものの方が

手術を受けなかったものより，抗癌剤を併用したものの方が併用しなかったものより生存率は高い．

それらの詳細は下記のごとくである．

〔Ⅰ〕 発生年齢分布は，本報告での初発時年齢と同様に他の報告においても60歳代とするものが多い[1)~5)]が，50歳代が多いとする報告もある．最小年齢は，本調査では17歳男性であったが，同年代の若年者に生じた例は奥田ら[2)]，大谷ら[3)]，の報告にもみられる．

男女比は，本調査では男：女≒2：1であったが，他の報告者も男性に多いとしている．(河辺ら[1)] (17.5：1)，奥田ら[2)] (1.64：1)，高坂ら[5)] (2.5：1)，竹山ら[6)] (1.47：1))

〔Ⅱ〕 初発症状は，他の報告[1),3),4),7)]と，同様に片側鼻閉，頬部腫脹，鼻出血がもっとも多かった．しかし，上顎歯肉腫脹，歯痛，口蓋腫脹など口腔内症状を初発とするものも約10%あることに注意を要する．つまり癌年齢の人で齲歯がないのに歯痛があり，抜歯術を受けても歯痛が消失しない例はかなりの確率で上顎癌であるばあいが多いように思われる．

〔Ⅲ〕 治療開始までの期間は，3ヵ月以内のものが約60%，4ヵ月以内のものが70%であった．河辺ら[1)]は，初発症状から受診までの期間は3ヵ月以内が半数であるとし，山際ら[4)]は，主訴発現より来院までの期間は3ヵ月以内が62.1%であるとしている．本報告のうち最長のものでは5年間が2例あった．その1例は，右鼻閉，悪臭鼻漏が初発したが放置し，5年後に右頬部腫脹が発現し，治療を開始したものである．組織像は，未分化扁平上皮癌で，治療開始後1年3ヵ月間生存した．他の1例は，右鼻閉，鼻汁が初発したが放置し，5年後に右口蓋腫脹，上顎歯痛が生じたため治療を開始した．組織像は，分化度の高い扁平上皮癌で，治療開始後15年間生存した．

大部分の例では，3～4ヵ月以内に治療を開始したにもかかわらず，他の報告にもみるように一般に上顎癌の遠隔成績があまり良くないのは，患者自身が自覚するのが遅いことにも大きな原因があると考えられる．つまり，癌発生後かなり拡大しなければ発症せず，患者自身が気づくのが遅れ，早期発見が困難であるからである．鼻閉を訴えるころには腫瘍が鼻腔内に充満し，頬部腫脹を訴えるころには顔面骨への侵襲が著明になっているからである．治療成績を良好とするための要因の一つは，発症以前に，つまり，無自覚のうちに発見する方法を見出すことが必要であると思われる．

〔Ⅳ〕 患者総数(138人)でみた5年実測生存率は24.6%であった．大谷ら[3)]は，入院後の経過年数による5年生存率が26.3%としており，本報告のものに近い．

〔Ⅴ〕 治療法別による遠隔成績の検討 (**Table 3**)：

(A) 手術療法施行群について；

「手術施行」群(74人)の3年実測生存率は50%，5年実測生存率は37.1%であり，「手術非施行」群(51人)の3年実測生存率は15.6%，5年実測生存率は13.7%であった．3年実測生存率においても，5年実測生存率においても，両群の間には有意差を認めて，「手術施行」群の方の成績がすぐれていた．(**Fig. 1**) それぞれの初発時平均年齢を考慮に入れて相対生存率を求め，χ^2 の検定を行なっても両者の遠隔成績には有意差があり，手術療法の効果があったといえる．

(B) 薬物併用群について；

「手術＋放・療＋薬物」群(45人)の遠隔成績が各治療群の中でもっともよく，3年実測生存率が60%，5年実測生存率が46.3%であった．「手術＋放・療」群と比較すると，両者の間に有意差をもって「手術＋放・療＋薬物」群の遠隔成績がよい．その薬物療法は全身投与法で行なったものが大部分であり，薬効があったものと考えられる．使用した薬剤は，マイトマイシン，ブレオ(以上抗生物質)，エンドキサン(アルキル化剤)，5Fu，フトラフール(以上代謝拮抗剤)などが主である．これら抗腫瘍剤が多く用いられ始めたのは昭和40年以降であって，「手術＋放・療」群はそれ以前に，「手術＋

放・療＋薬物」群はそれ以降に大部分のものが属しており，時代の差による遠隔成績の改善であるともいえる．

なお，「放・療＋薬物」群（31人）では3年，および5年実測生存率とも12.9%であって，次に記す「放・療のみ」群のものより成績がよくなかったが（ただし，それらの成績に有意差は認めない）その原因は明確にしえない．(**Fig. 3**)

また，これらの薬物療法のうち動注療法を併用したものと併用しなかったものがあるが，「手術＋放・療＋薬物」群のうちでは，動注併用と非併用の間にはほとんど差を認めなかったし，「放・療＋薬物」群のうちでは，むしろ動注非併用の方が成績がよかった．(**Table 3**)

三宅[7]も動注法による根治は現状では無理とし，竹田[8]は5Fu動注併用群と非動注群の生存率に差がなかったとし，竹山ら[6]も，動注＋放・療は有効ではあるが，効果に限界があるとし，小野ら[9]，田中ら[10]も，放射線療法に動注法を併用した症例と非併用の5年生存率を比較して，両者間に有意差はなかったという．酒井ら[11]は，動注法に^{60}Coγ線照射を併用したのち全摘術を施行した群の5年生存率が33%にすぎなかったとしている．このように動注療法の有効性に疑問をもつものも多いが，一方，5Fu動注＋術前照射＋手術療法でもっともよい結果を得，5年相対生存率が56.3%[5]や，75%[13]であったとし，動注法の有効性を認めるものもある．

（C）そのほかの群について；

（i）「手術＋放・療」群（27人）の3年実測生存率は37.0%，5年実測生存率は25.9%であった．この群の大部分は抗腫瘍剤の使用が開始される以前のものであり，既述したように「手術＋放・療＋薬物」群と比較して成績はよくなかったが，同様な「手術＋放・療」を行なった酒井ら[13]の成績も3年生存率38%，5年生存率30%でわれわれのものと似ている．同様療法で三橋ら[12]は，5年生存率が44%，竹田[8]は「術前照射＋手術」群で5年生存率が41.6%であったとしている．

（ii）「放・療のみ」群（18人）は，昭和40年以前のものが多い．すなわち抗腫瘍剤の使用開始以前のものが大部分で，しかも患者が手術療法に同意しなかったか手術適応外であったものである．その実測生存率は3年が22.2%，5年が16.6%であった．竹田[8]は照射単独の5年生存率が11.7%であったとし，酒井ら[13]は3年生存率が18%，5年生存率が16%であったとし，本報告の結果に近似していてよい成績が得られていない．

（V）「非治療」群（13人）の2年生存者はいなかった．この群には高齢者が多く，70歳以上のものが7人あり，治療を希望しなかった理由も高齢によるものが多く，また受診時までにかなり進行悪化したものが多かった．なお，70歳以上でも何らかの治療を受けたものがこのほかに19人あったが，その実測生存率は3年が21.1%，5年が15.8%であり，治療を受けなかったものに比して著しく成績がよかった．高齢者といえども治療による延命効果は十分期待できると考えられる．

（VI）以上は当科においてとりあつかった上顎癌患者の遠隔成績を検討したものである．その結果は「手術＋放・療＋薬物」群の5年実測生存率が46.3%であり，これは満足すべきものではないかもしれないが，他の報告者[12),15)]の成績に比較して必ずしも低いものではない．一方，三宅[7]は術前BLM動注＋拡大手術で5年生存率60%，小宮山ら[16]は動注，照射，癌腫掻爬清掃術で5年実測生存率60.0%，高坂ら[5]は5Fu動注，照射ののち手術療法で5年相対生存率が56.3%，それと同じ療法で三橋ら[12]は5年生存率75%というよい成績をあげたとそれぞれ報告しており，われわれも成績向上のための一層の努力を続けたいと思う．佐藤ら[17]は放射線療法と局所化学療法，および開洞減量操作も含めた局所清掃の「三者併用療法」で機能と形態を保存する治療法を提唱し，5年生存率76%という好成績が得られたと主張している．これは毎日の治療処置にかなりの時間と熟練が要求され，第一線医療機関としては人員の

確保が，患者自身には苦痛に対する忍耐と努力が必要となることが現実の問題であるように思われる．

こんご癌治療に画期的治療法が見出され，より一層好成績が得られるよう念願するものである．

まとめ

1. 当院において，昭和35年～49年の15年間にとりあつかった上顎癌患者138例について検討した．

2. 年齢分布では60歳代に，性別では男性に多く，初発症状の多くは片側鼻閉，頬部腫脹，鼻出血であった．

3. 治療法別による遠隔成績では，「手術＋放・療＋薬物」がもっともよく5年実測生存率が46.3%であった．手術施行群の方が手術非施行群に比較して好成績であり，全身投与による抗腫瘍剤の効果もあったと考えられた．

4. 70歳以上の高齢者でも何らかの癌治療を受けたものは，全く治療を受けなかったものに比較して著しい延命効果が認められた．

統計処理にあたり御指導いただいた，川崎病院元病歴室長妹尾厳氏に謝意を表します．

本報告の要旨は，第5回中国・四国地方部会連合会（松山，昭54．11．24～25）において発表した，

文献

1) 河辺義孝，渡辺嘉彦，加藤通郎，山本 均：当教室の過去10年間における上顎癌の統計的観察．耳鼻臨床 58：206—212，1965

2) 奥田兼三，杉山正夫，久我隆一，岡本昌子：過去10年間の当教室における上顎悪性腫瘍の統計的観察．耳鼻臨床 61：441—447，1968

3) 大谷 厳，服部政夫，石田弘子，水野 茂：過去10年間のわが教室における上顎悪性腫瘍の統計的観察．耳喉 42：145—150，1970

4) 山際幹和，三吉康郎，大山 勝，坂倉康夫，森川謙三：鼻・副鼻腔悪性腫瘍の臨床的観察 —当教室20年間の集計—，日耳鼻 79：1347—1356，1976

5) 高坂知節，西條 茂，郭 安雄，佐藤雅弘，柴原義博：上顎癌116症例の遠隔成績．耳鼻 25：235—246，1979

6) 竹山 勇，大橋 徹，畠 晃，大築淳一：上顎癌治療に対する動注法の適応限界．耳鼻臨床 68：269—281，1975

7) 三宅浩郷：上顎癌治療の趨勢．日本医事新報 2845：10—14，1978

8) 竹田千里：頭頸がん治療の趨勢．日癌治 6：737—742，1971

9) 小野 勇，柄川 順，竹田千里，梅垣洋一郎，北川俊夫：抗癌剤動注療法の評価 —非併用療法との比較．癌の臨床 23：1124—1129，1977

10) 田中敬正，高橋正治：放射線増感剤の使用およびその問題点．癌の臨床 23：1113—1117，1977

11) 酒井俊一，中島章雄，池畑貞雄，尾崎正義，池田 寛，山本邦之，吉田淳一，矢野和栄：5-Fu 動注，照射併用を基本とした上顎洞癌治療法の評価．日耳鼻 79：671—679，1976

12) 三橋重信，平野 実，市川昭則，三橋勝彦，菊池清文，広戸幾一郎：教室における上顎癌の遠隔成績．耳鼻 22：703—712，1976

13) 酒井俊一，浜崎 靖：上顎癌の分類試案．日耳鼻 69：1326—1335，1966

14) 松浦 鎮，竹田千里，小野 勇，海老原敏：上顎洞がんの放射線治療の適応と限界．癌の臨床 19：577—581，1973

15) 酒井俊一，尾崎正義，池田 寛，山本邦之，吉田淳一，矢野和栄：鼻・副鼻腔悪性腫瘍 908例の観察．耳鼻 21：859—884，1975

16) 小宮山荘太郎，南立昌幸：上顎癌の三者併用療法（九大方式）— VitaminA 併用について — 耳鼻臨床 71：1544—1545，1978
17) 佐藤靖雄，寺尾 彬，井上憲文，原田勇彦，市村恵一，吉岡博英，洲崎春海，高橋由美子，森田 守，竹中栄一，高橋広臣，熊澤昭良：頭頸部癌の機能外科のありかたについて．耳展 20：3号（特集号pp. 1—43)，1977