

颈淋巴结转移癌临床

——经典与现代理念

Clinical Management of
Cervical Lymph Node Metastasis
—Classical and Current Paradigms



主编 屠规益 唐平章 徐震纲
中国医学科学院肿瘤医院



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

頭頸部淋巴瘤臨床

——經典與現代理念

Clinical Management of
Cervical Lymph Node Metastasis
—Classical and Current Paradigms



主編 廖曉華 副主編 廖曉華 廖曉華
主編 廖曉華 副主編 廖曉華 廖曉華

中國人民衛生出版社

颈淋巴结转移癌临床 ——经典与现代理念

CLINICAL MANAGEMENT OF CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS
— Classical and Current Paradigms

主 编

屠规益 唐平章 徐震纲

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

颈淋巴结转移癌临床——经典与现代理念/屠规益等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2010. 6

ISBN 978-7-117-12347-1

I. 颈… II. 屠… III. 颈-淋巴结-头颈部肿瘤-肿瘤转移-诊疗 IV. R733.2 R739.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 199361 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

颈淋巴结转移癌临床

——经典与现代理念

主 编: 屠规益 唐平章 徐震纲

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29.5

字 数: 716 千字

版 次: 2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12347-1/R·12348

定 价: 134.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编写名单（以姓氏拼音为序）

陈汝威	香港大学医学中心玛丽医院外科学系耳鼻喉及头颈外科
储大同	北京中国医学科学院肿瘤医院内科
崔瑞雪	北京中国医学科学院协和医院核医学科
冯奉仪	北京中国医学科学院肿瘤医院内科
高 黎	北京中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科
韩丽君	北京医院核医学科
郝玉芝	北京中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
胡永杰	上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科
季文樾	沈阳中国医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科学
贾深汕	哈尔滨医科大学附属肿瘤医院头颈外科
李进让	北京海军总医院耳鼻咽喉头颈外科学
李树春	沈阳辽宁省肿瘤医院头颈外科
李树婷	北京中国医学科学院肿瘤医院国家药品临床研究中心
李树业	西安陕西省肿瘤医院头颈外科
李振东	沈阳辽宁省肿瘤医院头颈外科
李正江	北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
刘绍严	北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
刘彤华	北京中国医学科学院协和医院病理科
吕 宁	北京中国医学科学院肿瘤医院病理科
罗德红	北京中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
罗京伟	北京中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科
牛丽娟	北京中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
欧阳汉	北京中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
孙 彦	青岛医学院附属医院耳鼻咽喉头颈外科
唐平章	北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科

- 屠规益 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 王 红 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 王晓雷 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 王雪静 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 韦 霖 香港大学医学中心玛丽医院外科学系耳鼻喉及头颈外科
- 魏伯俊 北京世纪坛医院耳鼻咽喉头颈外科
- 吴秀玲 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 吴跃煌 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 徐国镇 北京中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科
- 徐震纲 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 杨雯君 上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科
- 杨燕美 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 殷玉林 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 于靖寰 沈阳中国医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科学
- 曾宗渊 广东中山大学肿瘤防治中心头颈科
- 张 彬 北京中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
- 张陈平 上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科
- 张福泉 北京中国医学科学院协和医院放射治疗科
- 张 詮 广东中山大学肿瘤防治中心头颈科
- 张志愿 上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科
- 张智慧 北京中国医学科学院肿瘤医院细胞学室
- 赵 华 西安陕西省肿瘤医院头颈外科
- 郑家伟 上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科
- 钟定荣 北京中国医学科学院协和医院病理科
- 周觉初 北京中国医学科学院协和医院放射治疗科
- 周 前 北京中国医学科学院协和医院核医学科

—

经过 20 世纪世界科技界的努力,对恶性肿瘤患者的临床根治性治疗取得相当进展,生存率和生存质量均有所提高,但还不能达到令人满意的效果。治疗后复发率还很高;大多数患者还会因为治疗手段带来的后遗症,造成患者形态或功能影响,长期难以恢复。

改革开放为我国科学及经济发展带来不可估量的动力,30 年全国的成就是有目共睹的,但也有因为改革带来的难以避免的一时性的负面效应,如有些医师在经济大潮的影响下,过多的考虑经济效益和本身的利益,满足于当前的治疗手段,不求学术上更好,落后于国际现有科技水平。21 世纪给肿瘤医护人员提出更高的医德和医术要求,特别要强调医疗上要一切为了解除肿瘤患者痛苦,要一切从患者考虑,来治愈肿瘤疾患。这是本书编写的宗旨。

二

头颈部恶性肿瘤约有 40%~80% 患者就诊时颈部已有淋巴结转移,其正确处理是治疗头颈肿瘤患者的重要决定性因素。

颈淋巴结转移癌的治疗,应用放疗或外科,以手术为主。在欧美国家,自 1906 年以来,手术为“根治性颈解剖术”(radical neck dissection),中文没有正式译名。早年曾有专家称为“颈淋巴结转移癌根治性切除术”,这一名词很好,定义了手术部位及术式,但是没有被普遍认可。通常在临床实践中被简称为颈清扫术、颈淋巴清扫术、颈廓清术或颈大块切除术等。本书中这一手术沿用我院常规应用的名称,简称为“颈清扫术”。

100 多年来临床肿瘤学的发展,以及 50 多年来头颈肿瘤学的创立、研究及实践,在颈清扫术这一经典手术中已经积累了很多理论依据及临床应用方案。本书根据我院 50 多年来对头颈肿瘤处理实践,及国内各肿瘤医疗单位的丰富经验,对颈清扫术的各方面进行详细讨论,叙述的问题重点围绕临床诊断及治疗,以提高颈转移癌的根治效果,保证患者治疗后生存质量。本书不拟详谈基础理论问题,只从实际处理出发。

恶性肿瘤的综合治疗原则体现在学科发展上,从头颈外科学(head and neck surgery)转变到头颈肿瘤学(head and neck oncology),确定了临床方向,即外科、放射治疗、药物治疗等的综合应用。21 世纪,同步放疗化疗的应用有一点新鲜经验,但还存在临床试验中的认识偏向和药物效果限制;放射治疗技术改进、微创外科和传统外科的改进有望提高疗效,还需要实践和时间考验。

综合治疗需要各科室间医师们从患者利益出发,通力合作,认识到肿瘤的根治性治疗不

是一个科室、一种手段所能包揽完成的。认识到自己所在科室治疗手段的有利点和局限性;要看到其他科室治疗手段的不同切入点及其在肿瘤临床应用的优越性,这就需要各科室参与肿瘤治疗的医师们彼此理解和尊重,发挥团队意识。综合治疗需要各学科的参与,而不是如有些参与肿瘤治疗的临床医师,只想炫耀自己学科的长处,企图以单一治疗手段来占有患者。

本书编写分四部分:第一部分为总论,讨论伦理学、医师培养及肿瘤综合治疗;第二部分为颈淋巴结转移诊断与治疗的系统叙述,以中国医学科学院、中国协和医科大学附属的协和医院及肿瘤医院,上海交通大学医学院口腔颌面外科的经验为基础;第三部分临床论坛为国内各地医疗单位在头颈肿瘤临床方面的临床资料总结,以广泛汇总国内治疗经验;第四部分附录为 G Crile 教授 1906 年在 JAMA 发表的原著全文及他的生平简介。

本书的阅读对象为:①综合性医院的普通外科、耳鼻咽喉头颈外科、口腔颌面外科、放射治疗科、肿瘤内科;②肿瘤专科医院的头颈外科、放射治疗科、肿瘤内科等医师们。

致 谢

- 感谢头颈肿瘤患者,他们勇于接受治疗,鼓励医学探索和进步;他们忍受的病痛启示我们不断地用医师的爱心来完善肿瘤的诊治艺术。
- 诚挚地谢谢我们敬爱的老师和先辈,他们开创了头颈肿瘤事业。用一生辛勤劳动积累智慧和远见激励我们继承和发展头颈肿瘤临床事业。
- 感谢我们的主治医师、住院医师、研究生、进修医师和护士们,他们以平凡和看似琐碎的日常第一线辛勤服务,积累了大量的有意义的医疗数据,为临床科研提供资料,有利于发展头颈肿瘤临床,有利于提高治疗水平,为减轻患者的病痛作出不可磨灭的贡献。
- 对我们的家人,对他们日常的奉献和督促,难以用言辞表达内心的感激。

屠规益 唐平章 徐震纲

目 录

第一部分 总 论

第一章 医学伦理学与头颈肿瘤学·····	屠规益	李树婷	3
第二章 头颈外科医师的素质和培养·····	徐震纲	屠规益	11
第三章 恶性肿瘤的多学科综合治疗·····	屠规益	徐国镇	16

第二部分 诊断与治疗

第四章 颈淋巴结转移癌外科治疗——概念变更与现实·····	屠规益	刘绍严	魏伯俊	31
第五章 颈部淋巴结外科解剖学·····	唐平章			50
第六章 颈淋巴结转移癌外科病理学·····	钟定荣	刘彤华		62
第一节 颈部淋巴结病变概况·····				62
第二节 颈部淋巴结转移癌的类型和病理形态学·····				64
第三节 类似于转移癌的颈部淋巴结病变·····				78
第四节 颈部淋巴结转移性病变病理诊断的其他几个问题·····				83
第七章 颈淋巴结转移癌手术标本病理学检查及其意义·····	吕 宁			85
第八章 颈淋巴结临床解剖分区及颈部转移癌分级·····	王晓雷			97
第九章 颈淋巴结转移癌的诊断·····				105
第一节 临床触诊及颈部活检·····	李正江			105
第二节 颈淋巴结超声检查及超声指引下针刺活检·····	牛丽娟	郝玉芝		107
第三节 颈部淋巴结转移癌的CT表现 ·····	罗德红			116
第四节 颈部淋巴结转移癌磁共振成像·····	欧阳汉			127
第五节 核医学显像在颈淋巴结转移癌中的应用·····	崔瑞雪	周 前		137
第六节 颈部肿块细胞学诊断·····	张智慧			148
第七节 颈部肿块的鉴别诊断·····	李进让			157

第十章 颈淋巴结转移癌治疗学·····	166
第一节 颈淋巴结转移癌治疗学概论····· 徐震纲 屠规益	166
第二节 鼻咽癌的淋巴结转移及其治疗····· 罗京伟 殷玉林	173
第三节 舌体癌的淋巴结转移及其外科治疗····· 张陈平 胡永杰	180
第四节 唾液腺癌的淋巴结转移及其外科治疗····· 张陈平 杨雯君	187
第五节 鼻腔鼻窦癌····· 吴跃煌	192
第六节 口咽癌····· 吴跃煌	195
第七节 喉癌····· 张 彬	196
第八节 下咽及颈段食管气管癌····· 吴跃煌	200
第九节 甲状腺乳头状腺癌····· 吴跃煌	203
第十节 锁骨下器官癌颈部转移····· 吴跃煌	209
第十一节 颈部淋巴结转移癌分区剖析····· 王晓雷	212
第十一章 颈淋巴结转移癌的放射治疗及围手术期放疗····· 张福泉 周觉初	232
第一节 放射治疗的原理和技术进展·····	232
第二节 颈部常见转移肿瘤的特性和放射敏感性·····	237
第三节 颈部淋巴结转移癌的放疗技术特点·····	238
第四节 常见的颈部淋巴结转移癌的放射治疗·····	249
第十二章 头颈恶性肿瘤的内科治疗·····	257
第一节 晚期头颈部鳞癌的内科治疗····· 储大同	257
第二节 颈淋巴结转移癌的化学治疗····· 冯奉仪	261
第十三章 颈淋巴结转移的外科治疗·····	274
第一节 颈经典性清扫术····· 王晓雷	274
第二节 颈改良性清扫术····· 张 彬	283
第三节 颈择区性清扫术····· 张 彬	287
第四节 颈扩大清扫术····· 吴跃煌	297
第五节 头颈部肿瘤上纵隔转移癌清扫术····· 吴跃煌	302
第六节 颈总动脉受侵的外科处理····· 张志愿 郑家伟	307
第十四章 原发不明的颈淋巴结转移癌····· 殷玉林 高 黎	319
第十五章 颈清扫术后并发症：预防及处理····· 李正江	327
第十六章 颈淋巴结转移癌治疗后的生存质量····· 孙 彦	334
第十七章 颈淋巴结清扫术围手术期护理及康复 ····· 王 红 吴秀玲 杨燕美 王雪静	339

第三部分 临床论坛

第十八章 恶性肿瘤淋巴结转移机制及淋巴结微转移·····	李进让	349
第一节 恶性肿瘤淋巴结转移机制·····		349
第二节 头颈肿瘤颈部淋巴结微转移·····		355
第十九章 颈部淋巴结转移的分子生物学诊断·····	李进让	360
第二十章 颈部淋巴结临床分区的 CT 定位·····	李进让	364
第二十一章 头颈部肿瘤诊断中PET及 PET/CT 的应用·····	韩丽君	369
第二十二章 喉前淋巴结及其临床意义·····	孙 彦	382
第二十三章 头颈部恶性肿瘤的前哨淋巴结检测·····	李树春	387
第二十四章 声门上型喉癌颈淋巴结转移的临床病理特点·····	季文樾 于靖寰	391
第二十五章 声门上型喉癌颈淋巴结隐匿性转移及其处理·····	贾深汕	396
第二十六章 甲状腺分化型腺癌颈淋巴结转移的外科治疗·····	李树业 赵 华	402
第二十七章 颈淋巴结清扫术(李振权术式)·····	曾宗渊 张 詮	410
第二十八章 Neck Dissection-its practice in Hong Kong·····	韦 霖 陈汝威	419
第二十九章 头颈部鳞癌的两侧颈淋巴结清扫术·····	李振东 李树春	431
第三十章 恶性肿瘤的临床随访与生存分析·····	王晓雷	437

附 录

附录 1 George Washington Crile 教授传略·····	孙 彦 屠规益	447
附录 2 Excision of Cancer of the Head and Neck·····	George Crile	450

1

第一部分

总 论

第一章

1

医学伦理学与头颈肿瘤学

屠规益 李树婷

医学伦理学是运用伦理学的理论和原则,来探讨医疗工作中医师和患者相处过程的是非善恶问题,以解决在新的境遇中不同价值观念冲突引起的道德难题。患者求医时只能依赖医务人员的专业知识和技能,患者的信任就给医务人员带来一种特殊的道德义务:把病人的利益放在首位,采取相应的行动使自己值得患者的信任。

临床医学本身包含有伦理因素。医学临床、医学科研和其他医学活动过程中都体现了伦理价值和道德追求。这一章题目把医学伦理学和头颈肿瘤学并列,只是想强调一下,在当前社会条件下,医学模式正在转变,发展中的市场经济为医疗卫生事业的发展提供了动力和机遇,也诱发了一些负面效应,医德医风建设面临严峻挑战。本来应该是相互信任的医患关系,出现了紧张状况和不和谐音调。我国社会主义市场经济条件下的医德教育的价值可以归纳为:①巩固我国政治、经济制度和端正行业作风;②培养人才,促进人的智能和个性充分发展;③为医学科学发展服务,不断提高医疗服务质量,构建和谐医患关系。倡导和界定医德底线,摒弃拜金现象渗入医疗服务行业,是提高医务人员人格素质的一个现实命题。

爱因斯坦曾经说过:“只有为他人而生存的人,才是一个有价值的人(only a life lived for others is a life worthwhile.)”。医院的医务人员对患者来说,就应该是这样一批人:为患者的生存而尽力。医师护士应该在医疗活动中学习医学伦理学,提高医德修养,逐步加强为患者全心全意服务的意识,才是一个有社会价值的人。

医学伦理学是人们处理医学事务和疾病治疗中应共同遵守的道德规范。它不是空洞的理论和说教,而是有章可循的规范和准则,了解和运用这些规范对于临床问题的处理提供了很好的依据,影响着临床医师的理念和所作的决策的实用性。只懂得医学而不了解伦理学不是一个完美的医师,很难在日常医疗活动中作出符合患者利益的决定。

临床医学本质上是科学技术和艺术的结合,外科医师善于用手术刀,内科医师长于应用药物治疗。可是在临床治疗时,是为了患者的利益?还是为了医师或医院的发展?这两者在本质上不是对立的。但是,如何理解和处理医师在临床治疗行为中与社会上有关行业(如药厂、医疗器械公司、保险业等)的依赖和利益分享?如何运用时代特点来促进临床医学的发展,和谐发展医患关系,而不是形成医师护士和广大患者群众的冲突?如何理解矛盾的主要方面在医疗单位?等等。这期间常常会有一些微妙的伦理学斗争,或多或少影响患者的最后医疗结果和

经济负担。

先谈一下具体问题,由于医师的概念不一样(不是因为技术不同),治疗方案上有差距,结果有大不相同的临床表现。同样的肿瘤病变,在不同医疗单位或由不同的医师处理时,可以有截然不同的方案和后果。例如,喉全切除术或喉功能保存部分切除术的运用。

头颈外科范围内很普遍的一个难题是对喉癌或口咽、下咽癌的外科治疗中,喉的保留或切除问题。喉部分切除术及喉全切除术是两个不同的手术方案,对患者有不同功能影响。有时对一个具体病例,究竟是作喉部分手术或喉全切除术,不同的医师有不同学术观点和措施。这就造成术后是否可以保留正常语言功能的不同后果,因而影响肿瘤根治后的患者生存质量。

以下咽癌的治疗资料来说,表 1-1 提供的美国文献资料^[1],可以看出,同样病期的患者可以作完全不同的手术,导致不同功能后果。这就不单纯是技术问题,而是由于手术医师的认知和判断水平的影响。

表 1-1 下咽癌手术方式频度——分期与手术方式(美国 576 家医院资料 1990—1992)

手术方式	I 期(29 例)	II 期(34 例)	III 期(106 例)	IV 期(351 例)
下咽 + 喉部分	62.0	44.2	25.4	18.6
下咽 + 喉全切	38.0	55.8	65.1	68.7

另一方面,同一病变、病期相同,不同医师采用不同治疗方案,是否因为治疗后生存率不同?文献资料证明,同一单位报告,喉全切除术的治愈效果和喉功能保全性手术是相同的(表 1-2)^[2]。

表 1-2 下咽癌手术方式与 5 年生存率(美国华盛顿大学医学院 1964—1991)

	I 期 + II 期	III 期 + IV 期
喉功能保存手术	43/49 (87.7%)	105/158 (66.5%)
喉全切除术	7/10 (70%)	76/147 (51.7%)

美国 St. Louis 的华盛顿大学医学院是 Ogura 教授生前服务的医院,他在喉部分手术中,尤其在喉功能保留的学术技术上的建树是众所周知的。1960 年, Ogura 就呼吁对喉及下咽癌可以多应用喉功能保留性肿瘤根治手术^[3]。英文“conservation surgery”就是他创用的,用名词“conservation”而不用形容词“conservative”,就是为了说明,这儿指的不是姑息手术,而是功能保全性肿瘤根治手术。这一呼吁有划时代的意义。但是,时过 30 年,到 1990 年美国专业杂志在讨论两例下咽癌一期病例(T1N0M0)的治疗时,几位美国的知名专家会诊,还一致同意作下咽部分切除及喉全切除术、同期颈清扫术^[4]。30 年过去了,和 Ogura 当时的意愿完全不同,下咽癌患者本来可以保留喉功能的,而没有保留。这是原始概念的固定?还是时代倒退的悲哀?

我国下咽癌的临床处理中,也有类似情况。王天铎等^[5]的报告,就喉功能保留与否与预后的关系(全部病例加用术后放疗)如表 1-3。

表 1-3 下咽癌治疗中喉功能保留情况及生存率(1978—1996 山东医科大学附属医院 305 例)

术 式	分期	例数	5 年生存率
喉功能保留	T1~2 N0~3	36	47.8
	T3~4 N0~3	170	
喉全切除	T3~4 N0~3	99	37.0

从表中可以看到,下咽癌Ⅲ期及Ⅳ期病例,均有作喉功能保留和喉全切除手术。269 例Ⅲ~Ⅳ期手术治疗病例中,有 170(63%)例保留喉功能。5 年生存率基本持平。

我院头颈外科经验相同^[6,7](表 1-4)。表内显示,除了Ⅰ期病变外,各期病变均有作喉保留或喉全切除术。保留喉功能的手术,其生存率并不低于喉全切除术。这就不单纯是技术问题。医师在决定治疗前应多为患者考虑。

表 1-4 下咽癌手术(+围手术期放疗)生存率中国医学科学院肿瘤医院(1972—1999,290 例)

病期	例数	5 年生存率 %	
		喉功能保留	喉全切除术
Ⅰ 期	10	80%	—
Ⅱ 期	16	71.4%	50%
Ⅲ 期	77	52.9%	40.2%
Ⅳ 期	187	26.7%	25.7%
总计	290	50%	30.1%

喉癌外科治疗情况类似,收集病例数较多的文章,分析各类手术比例(大部分报告中,Ⅲ、Ⅳ期病例占 60% 以上),喉部分切除术占全部手术的 5%~76%^[8]。具体说,某一单位报告喉功能保全性手术占全部手术病例 5%;而另一个单位可以对 76% 的病例手术后保留喉功能。这一差距也说明,医师因素、而不是病变因素决定治疗方案。这不符合患者治疗需要。

从理论上说,恶性肿瘤的同一分期应该用相同的治疗,至少治疗方案不应该相去很远。手术适应证的依据应该是病变性质和范围,而不是主治医师的主观认识。喉全切除术和喉部分切除术的适应证是完全不同的。在同一个医疗单位,治疗某一器官的相同病变采用完全不同的方案,除了医师概念和学术技术因素之外,有医学伦理学及认知(cognitive)上差别。还应该看到,外科医师不应该只着眼于手术成功、患者平安出院,就算完成任务。还应该关心患者治疗后的长期问题和生存质量情况,来反思和衡量应用的治疗措施是否得当。医师应该终身学习,了解不断进展的新的医学知识,随时根据医学发展和患者需要,调整自己的医术,来提高患者治疗后的生存率和生存质量。

恶性肿瘤临床中的关键问题是防止治疗后肿瘤复发和(或)转移,影响生存率。为了保证治疗方案的根治性,肿瘤医师在决定治疗策略上常常采取过左措施,或进行过度治疗,有时损害患者利益。肿瘤应该大范围切除是 20 世纪初期肿瘤临床传统概念的影响,在历史进展中形成的。经过 20 世纪的临床实践,吸取教训,到 20 世纪后期已经有变化。对于甲状腺癌,美国有不少医师主张甲状腺全切除术。对于只有不到 30% 有两叶病变的甲状腺癌患者,一律用全器

官切除术,损害 70% 以上患者的利益。肿瘤临床决策应以整体患者利益为依据^[9]。美国内分泌外科医师联合会主席 Cady^[10],在全国甲状腺学术大会上,反对甲状腺全切除术,对这样治疗提出一个比喻:“在法律上,对罪犯惩罚轻重需要根据罪行大小,不能随意处理。”[Cady 的原文如下:The admonition to “make the punishment (of the treatment) fit the crime (of the cancer)” is nowhere more ignored than in differentiated thyroid cancer in young and low-risk patients.]。而有些年轻医师扬言:“甲状腺全切除术是甲状腺外科发展方向。”没有实证就定方向,未免有些武断。

应该看到,医师接诊患者后,首先想到的是为患者作好治疗。但是医师的训练背景和学习成长过程中有些因素会造成不利于患者的治疗,需要医师处处为患者着想,随时根据科技发展调整治疗方案。以上所谈临床上形形色色的多样化对患者治疗不利的行为,已经超出学术范围,亟需伦理学上的指导^[11]。

医学理论学——医师宣言

医学伦理学是人们处理医学事务和疾病治疗中应共同遵守的道德规范。它不是空洞的理论和说教,而是有章可循的规范和准则,了解和运用这些规范对于临床问题的处理提供了很好的依据。随着社会进步,医学伦理学观点会改变,影响着临床医师的理念和所作的决策,只懂得医学而不懂伦理学,很难对患者作出符合他们利益的决定。

医学伦理学包括很多内容,对于临床医师主要有两方面:一个是医师的职业道德、医患关系、对社会承担的义务等规范;另一方面是医务人员在处理临床事务过程中应当遵守的伦理原则。

对于一个医师应当遵守什么样的道德规范,或应具有什么样的职业精神,国际上曾经讨论过。由美国内科学委员会(American Board of Internal Medicine)基金会、美国医师学院(American College of Physicians)基金会和欧洲内科学联盟(European Federation of Internal Medicine)共同发起和倡议的新世纪《医师宣言》是 21 世纪医学职业道德的行为规范和行为准则^[12]。它在 2002 年首次在《美国内科医学年刊》和《柳叶刀》杂志上发表后,已被翻译成 10 种语言,并已被 120 多个国家和国际组织所接受。中国医师协会在 2005 年 6 月也签署了这份“医学职业道德——医师宣言”,并将提高医师的责任感和服务质量作为工作重点^[13]。

《医师宣言》包括 3 项基本原则和 10 条职业责任。这些内容与以往的不同点在于它避免偏重一方,而是注重医师与患者之间的关系,强调医学界与社会之间达成一种承诺,在此基础上形成一种和谐的医患关系。纵观古今中外的各个时期,医师的职责都是治病救人。医学界与社会的一致观点是患者的利益应置于医师的利益之上。随着社会的发展和进步,人们对医师的要求也远不止于看病、疗伤、健康顾问、预防保健、咨询指导等等。当医疗市场和医疗保险在发展中,需要完善和协调的时候,医师还要担当一定的社会责任。实际上,医师所应当承担的责任与社会的希望或要求具有很大的差异,这种差异也不是某个时期或某个国家所特有的。现代医学实践面临着前所未有的挑战,其中以影响或伤害患者利益与传统职业道德之间的挑战最为突出。然而,为了维护医学对社会的承诺,医师更应当明确自己的职责,并通过履行这些职责而取得公众对医师乃至对医学界的信任,使公众能够承认医师的价值,从而形成一个和谐的医患关系和公平、互惠的医疗环境。