

现代头颈肿瘤外科学

屠规益 主编



科学出版社

www.sciencep.com

现代头颈肿瘤外科学

屠规益 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

头颈肿瘤外科学是一门年轻而迅速发展的科学。本书主要介绍用现代外科手段治疗各种头颈肿瘤的基本概念与手术操作。作者重点分章详述了头颈各部位肿瘤的外科治疗,旨在提高患者生存率和生存质量。另辟有“外科论坛”,收录了一些中外专家的著述。

本书由中国医学科学院肿瘤医院屠规益教授带领数十位中外专家编写,阅读对象是综合性医院的耳鼻咽喉科、口腔颌面外科、眼科、普通外科、放射治疗科、颅脑外科、整形外科和肿瘤专科医院的头颈外科以及致力于头颈恶性肿瘤治疗的各科医师及护理人员。

图书在版编目(CIP)数据

现代头颈肿瘤外科学/屠规益主编. —北京:科学出版社,2004.4

ISBN 7-03-011274-1

I. 现… II. 屠… III. ①头—肿瘤—外科学②颈—肿瘤—外科学
IV. R739.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 017715 号

责任编辑:吴茵杰 汤先忻 / 责任校对:柏连海

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋红

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004 年 4 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2004 年 4 月第一次印刷 印张: 62 3/4, 插页 8

印数: 1—2 000

字数: 1 512 000

定价: 198.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《现代头颈肿瘤外科学》编委会

主 编 屠规益

副主编 唐平章 徐震纲

编 委 (以姓氏拼音为序)

戴景蕊 中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
戴为信 中国医学科学院协和医院内分泌科
郭 京 中日友好医院神经外科
韩德民 首都医科大学同仁医院及北京市耳鼻咽喉研究所
郝玉芝 中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
贺永东 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
黄德亮 中国人民解放军总医院耳鼻咽喉科研究所
黄志刚 首都医科大学同仁医院耳鼻咽喉头颈外科
李德志 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
李进让 海军总医院耳鼻咽喉科
李庆宏 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
李 莎 中国医学科学院肿瘤医院新药临床研究室
李树春 辽宁省肿瘤医院头颈外科
李正江 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
刘绍严 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
吕春梅 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
罗京伟 中国医学科学院肿瘤医院放射科
马大权 北京大学口腔医院
牛丽娟 中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
欧阳汉 中国医学科学院肿瘤医院放射诊断科
邱蔚六 上海第二医科大学附属第九人民医院口腔颌面外科
戎伟娟 中国医学科学院肿瘤医院外科
邵永孚 中国医学科学院肿瘤医院腹部外科
沈 伟 上海市普陀中心医院耳鼻咽喉-头颈外科
孙宝春 上海第二军医大学长征医院耳鼻咽喉科
孙 燕 中国医学科学院肿瘤医院化学治疗科
唐 谨 中国医学科学院肿瘤医院放射核素科
唐平章 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
田其昌 首都医科大学同仁医院放射科

屠规益 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
王德辉 复旦大学医学院附属眼耳鼻喉科医院耳鼻咽喉科
王国清 中国医学科学院肿瘤医院胸外科
王弘士 复旦大学医学院附属肿瘤医院头颈外科
王建璋 中国医学科学院肿瘤医院防癌科
王晓雷 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
王正敏 复旦大学医学院附属眼耳鼻喉科医院耳鼻咽喉科
王卓颖 复旦大学医学院附属肿瘤医院头颈外科
吴雪溪 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
吴跃煌 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
徐国镇 中国医学科学院肿瘤医院放射科
徐先发 首都医科大学朝阳医院耳鼻咽喉科
徐震纲 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
殷玉林 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
曾宗渊 中山大学肿瘤防治中心头颈外科
张 彬 中国医学科学院肿瘤医院头颈外科
张陈平 上海第二医科大学附属第九人民医院口腔颌面外科
张 诠 中山大学肿瘤防治中心头颈外科
张士信 山西省肿瘤医院眼科
赵舒薇 第二军医大学长征医院耳鼻咽喉科

Chui Ling Irene Kwok Senior Speech Pathologist

Queen Elizabeth Hospital, Hong Kong

C O Mok Plastic and Reconstructive Surgery Centre

Hong Kong Sanatorium & Hospital, Hong Kong

Eric S. Y. Chan Plastic and Reconstructive Surgery Centre

Hong Kong Sanatorium & Hospital, Hong Kong

J. Daniel Hains Emeritus Consultant ENT Surgeon

Royal Adelaide Hospital, Australia

Valerie J Lund Institute of Laryngology and Otology

The Royal National Throat, Nose and Ear Hospital, UK

Walter W. K. King Plastic and Reconstructive Surgery Centre

Hong Kong Sanatorium & Hospital, Hong Kong

William I Wei Department of Surgery

Queen Mary Hospital, Hong Kong

前 言

头颈肿瘤学或头颈肿瘤外科学是一门年轻的学科。在 20 世纪诞生和成长。如果以一个学术团体如学会的建立标志某一个学科的确立,头颈外科成为独立学科的时间当在 20 世纪 50 年代。1954 年和 1958 年在美国先后成立了以普通外科医师为主体的和以耳鼻咽喉科医师为主体的两个头颈外科学会。两个同样的学会在几年之内先后在美国成立是时代的产物,是有责任感的医师追求学术精湛、学科完美的结果。当年,普通外科医师看不起耳鼻咽喉科医师,认为他们没有普通外科的基本训练,在外科解剖、手术技术、术后处理上都存在问题,这是历史事实。耳鼻咽喉科在 20 世纪 50 年代处于一个转折点,旧有的临床范围和处理对象有较大的变化,旧有的已经掌握的业务在缩窄,新的科学和技术还不熟悉;以治疗炎症为主的科室,现在要面对治疗恶性肿瘤的挑战。年轻的美国耳鼻咽喉科医师急于要证明自己是有能力面对一个时代的变化,要促进自己热爱的学科发展,在上级医师支持下,不到 20 年推动了世界头颈外科的进展。开辟了新的学科——耳鼻咽喉头颈外科^[1,2]。

中国的西方医学是引进的。对发展中国家来说,在科技上,先要学习、先要模仿,谁先掌握信息,立即消化后学习应用,谁就先进,就与时俱进。在临床学习模仿过程中,再根据自己的经验和国内的具体条件给以改良或改进,以后才有发展创新的机会,给患者带来最好的治疗。我国头颈外科正是走的这条路,在 50 年中发展成长,积累经验,进一步完善学科。

本书的阅读对象是综合性医院的耳鼻咽喉科、口腔颌面外科、眼科、普通外科、放射治疗科、颅脑外科、整形外科以及肿瘤专科医院头颈外科,致力于头颈恶性肿瘤治疗的各科医师及护理人员。本书讨论临床实际问题,只讲治疗,不讨论肿瘤学渊博的基础课题。对于临床医师,当然应该了解恶性肿瘤的一些前沿基本理论上的成就;但是临床医师应该用大部分时间掌握如何治疗大量的患者,及时总结提高。到底是放疗好?还是手术好?还是应用多学科综合治疗好?如何安全有效地立即提高患者的生存机会?至于那些即使已经在临床试验的基因治疗等,还是留给少数搞研究的医师去贯彻。因此,本书不讨论可望而不可及的理论或还在试验中的技术。

外科是治疗恶性肿瘤的主要手段之一,由于外科知识和技术的掌握需要相当的学术积累和临床训练,本书编写的目的就是向有关医师提供如何应用外科手段治疗肿瘤,提高患者生存率和生存质量,使患者可以回到社会,继续发挥作用,享受人生,这很重要。另一方面,接触过肿瘤临床的医师都知道,单一手段治疗肿瘤的效果不好。恶性肿瘤是全身性疾病,肿瘤治疗要求多学科、多手段的应用。因此,本书首先由外科、放疗科、化疗科医师介绍各学科的肿瘤治疗原则和应用,促使外科医师在采取本科手段治疗的时候,不要忽视或“忘记”其他学科在肿瘤临床中的地位。

在这里,不得不强调指出,有一些外科医师由于“职业偏见”,只看到手术刀的作用^[3],忽视或甚至蔑视其他科室或其他治疗手段的作用,降低了肿瘤临床治疗水平^[4],这是很可悲的。有的外科医师在肿瘤临床中,蔑视和排斥了其他治疗手段的作用,只认识手术刀^[5],

这是外科技术员,不是外科医师。除了热衷于单独应用手术刀来治疗肿瘤外,有些耳鼻咽喉科医师还有两个倾向:①对头颈部低分化癌如鼻咽癌等,总想用“手术为主”来解决;②想假借近年来外科手术的微创倾向,用内镜治疗鼻腔、鼻窦、颅底肿瘤,来“创新”。肿瘤临床要提高,要探索,就要坐下来读书、查资料,思考临床一些存在的问题,组织有关科室医师一起设计科研题,不能没有根据的随随便便的做“临床试验”。但有人已经开始做了,而且有了不少失败例子,还要别的非手术科室给“兜着”。这说明有一些耳鼻咽喉科医师没有肿瘤学训练,不是合格的肿瘤外科医师。

从综合治疗观点,头颈外科学应该变成头颈肿瘤学。美国最近两个头颈外科学会合并后,重新命名为“美国头颈学会(American Head and Neck Society)”,意味着这一学会并非单纯研究外科手术,其他有关学科均应参与头颈肿瘤的治疗^[6,7],这有战略意义。

肿瘤外科中,器官功能保全性手术(Conservation Surgery)开始在20世纪50年代,近20年应用综合处理后比较成熟,文献报告较多。头颈肿瘤方面保留功能手术开始较早,实际上1873年喉全切除成功后,就有人研究喉癌喉部分切除手术,但应用较多的也在二次世界大战以后。美国Ogura和Som等在20世纪60年代就致力于喉功能保留手术。问题在于肿瘤外科的器官功能保全性手术到今天,还没有受到应有的重视。一些医院的资料统计,同一病种相同病期的病例(I期到IV期),都有应用传统广泛切除术(Halstedian原则)或应用器官功能保全性手术的记录^[8]。这就说明,在临床实践中,对患者采用何种手术方式不是由适应证来决定的,不是疾病的需要,而是被一些经治医师的想法所左右,受经验主义所支配。这就有一个临床医师概念变化的问题(Paradigm Shift),要求外科医师与时俱进,在循证医学原则指导下,及时适应时代和学术形势的进展,改变固有想法,多为患者着想,有利于患者健康。

头颈肿瘤外科建立半个世纪以来,进展很快。这是前人努力的结果。我们站在前辈的肩膀上,应该看得更远,有更多建树。学术和技术上要提高,需要个人努力和执着,是要付出辛勤的劳动为代价的。我国经济发展给学术发展和提高拓展了无限机会,但也应该看到,在社会上经济转型时期,各种学术因素以外的冲击和干预,使医师们的医德修养伦理观念淡漠。重视短期经济效益,忽视长期学术追求,影响临床水平的提高,造成患者健康损害,这是需要警惕的。

本书大多资料来自于中国医学科学院肿瘤医院,为补充我院的不足,还邀请一些国内外专家撰写。颅底肿瘤外科为头颈肿瘤学内的新兴亚科,有不少要探索的项目,请了几位专家编写,发挥各自特点。国内头颈外科界在改革开放后有很多建树,虽然没有机会在本书提供他们的完整经验,但是,因为改革开放后学术交流频繁,可以说,没有一个医疗单位可以免除医学学术界的影响,在这个意义上来说,本书也有他们的学术踪影。

本书除疾病的总论和各论外,开辟了一栏“外科论坛”,收集了一些国内外专家的文章,以英文和中文并列,希望有助于我国医师学习。附录编入了Crile在1906年的原作,请读者有机会欣赏历史文献。美国的NCCN有关癌症的治疗规范(2002年)可能有助于统一治疗方案,在此摘录了有关头颈肿瘤方面的规定,供参考。

谨将这本书献给一切支持头颈肿瘤学发展的人们,他们的贡献可能是直接的或间接的;

来自教授级的或来自群众的;由同道们或患者们提供的;有看法一致的或存在不同学术观点的。头颈肿瘤学将由于这些关心学术提高的人们的参与而辉煌。

(屠规益 唐平章 徐震纲)

参 考 文 献

- [1] Sisson GA. The head and neck story. Chapter 1, The birth of an idea, The Amer Soc for Head and Neck Surg, Kascot Media, Inc., Illinois. USA, 1983, 1
- [2] Pratt, LW, Goldstein JG, Bryan SA, *et al.* A century of excellence. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, Inc, Alexandria, Virginia, USA, 1996, 217—247
- [3] 屠规益,唐平章. 头颈肿瘤的治疗:手术、手术……还有? 中华耳鼻咽喉科杂志. 1997,32:323—324
- [4] 屠规益,汪 磊. 医师需要还是患者需要? 中华耳鼻咽喉科杂志, 1999,34:326—327
- [5] Collins SL. Controversies in multimodality therapy for head and neck cancer: clinical and biological perspectives. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, *et al.* Comprehensive Management of Head and Neck tumors. Second ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999. 157—281
- [6] Robbins KT. The evolving role of combined modality therapy in head and neck cancer. Arch Otolarygol Head Neck Surg, 2000,126:265—269
- [7] Shaha AR. Birth of a new society. American Head and Neck Society challenges for the future. Arch Otolarygol Head Neck Surg, 2000,126:274—280
- [8] Spector JG, Sessions DG, Emami B, *et al.* Squamous cell carcinoma of the pyriform sinus: a nonrandomized comparison of therapeutic modalities and long-term results. Laryngoscope, 1995, 105:397—406

图 版

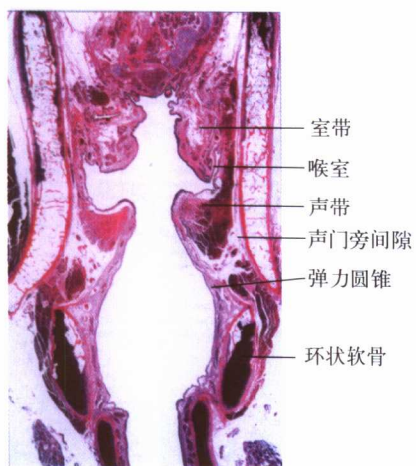


图21-1-2 喉冠状面(见正文476页)



图21-1-3 喉矢状面(见正文476页)

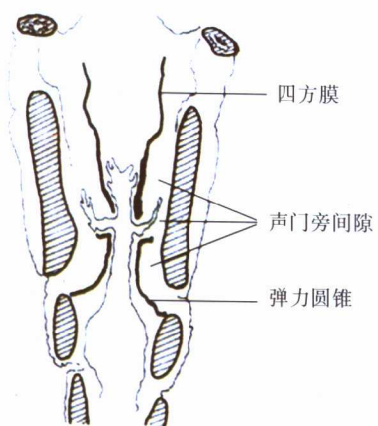


图21-1-5 喉弹性膜(示意图) (见正文477页)

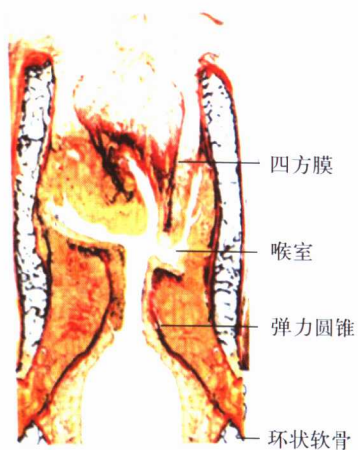


图21-1-6 喉弹力纤维染色(见正文477页)

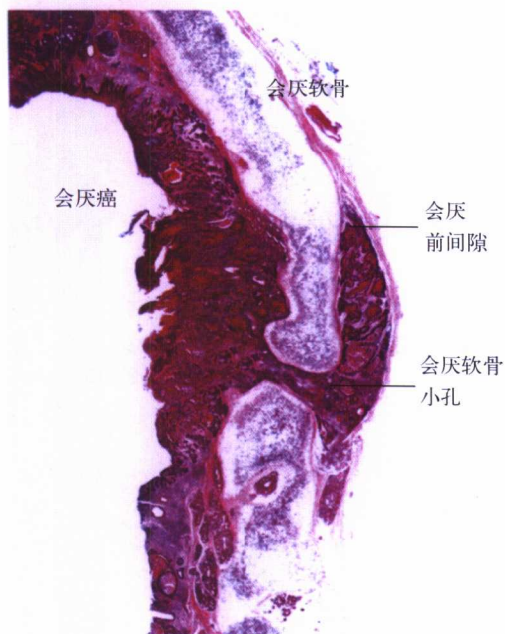


图21-1-8 会厌癌经会厌软骨小孔侵入会厌前间隙(见正文478页)

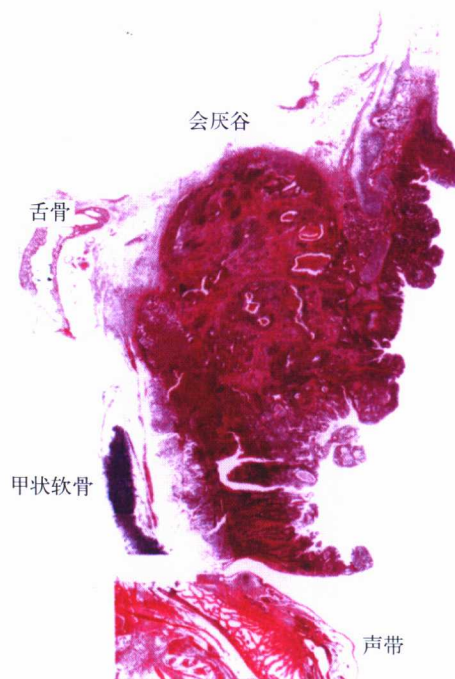


图21-1-9 声门上型喉癌侵入会厌谷(见正文478页)

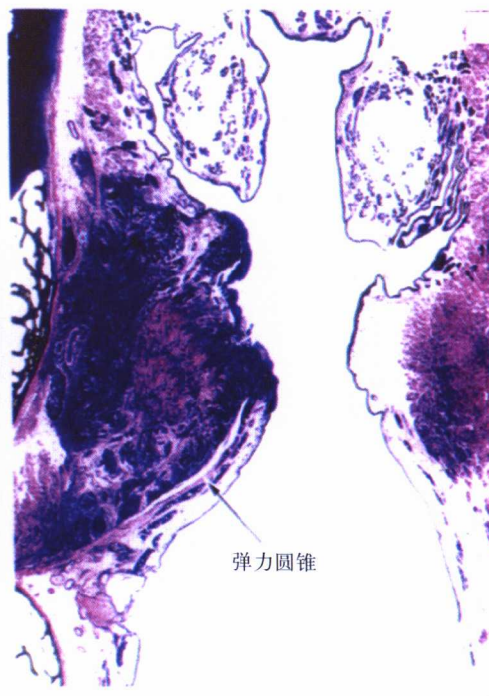
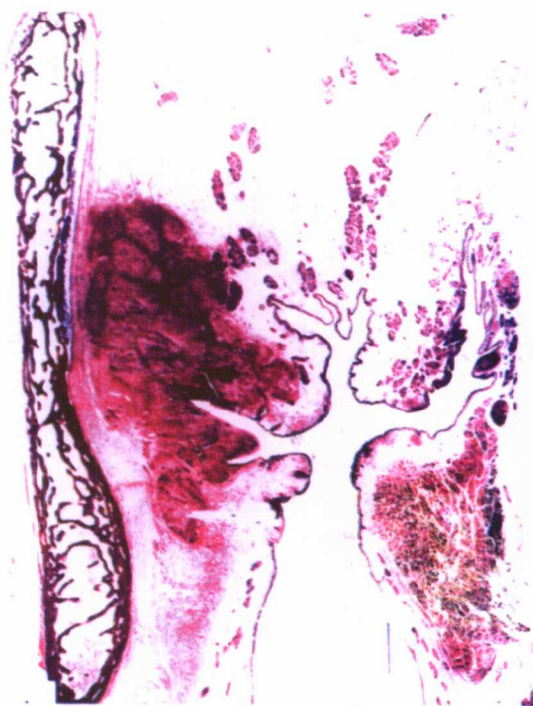


图21-1-10 声门旁间隙侵犯(见正文478页)



图21-1-11 声带癌侵蚀 甲状软骨下缘及环甲膜(见正文478页)

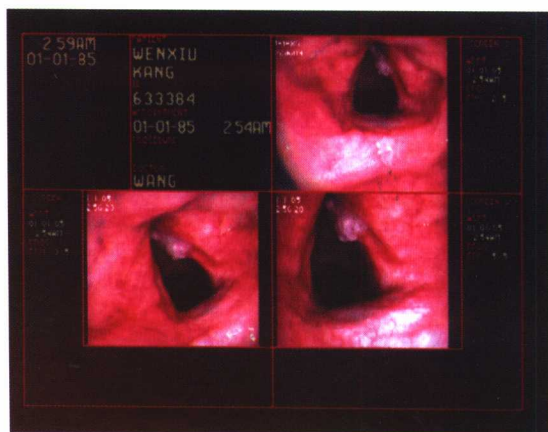


图21-1-6 喉癌，声门型，T1，前联合受侵
(见正文480页)

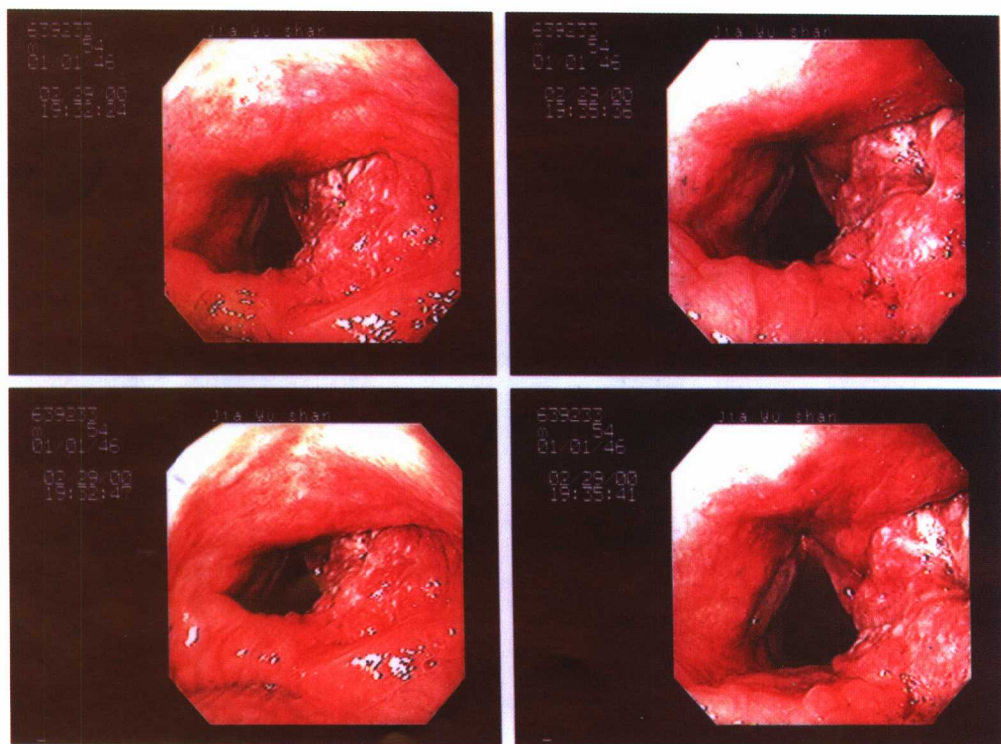


图21-1-17 右室带癌T3，侵及杓状软骨杓会皱襞(见正文480页)

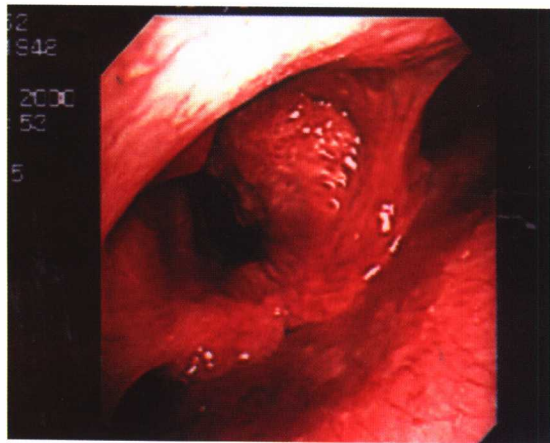
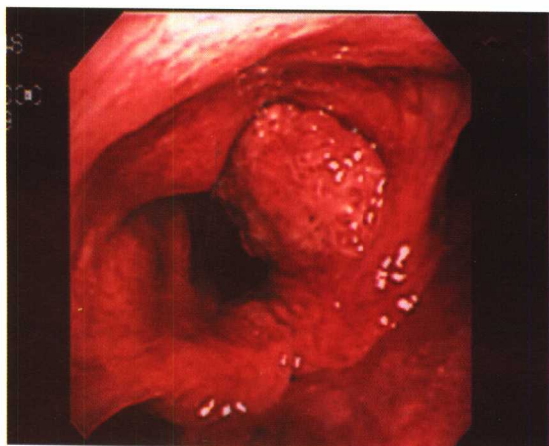


图21-1-18 喉癌，声门型T3（见正文480页）

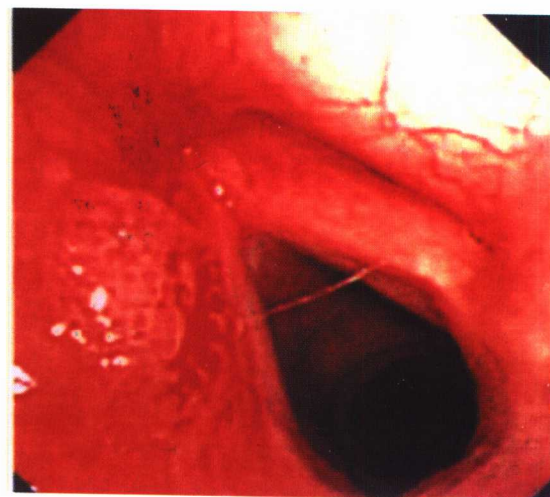
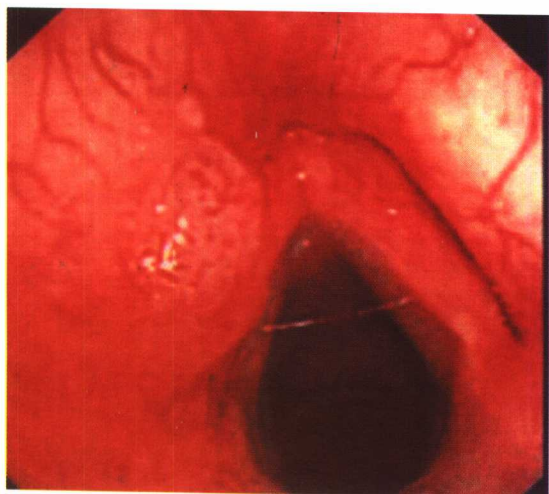


图21-1-19 声门上型喉癌（室带T1）内镜像（见正文480页）

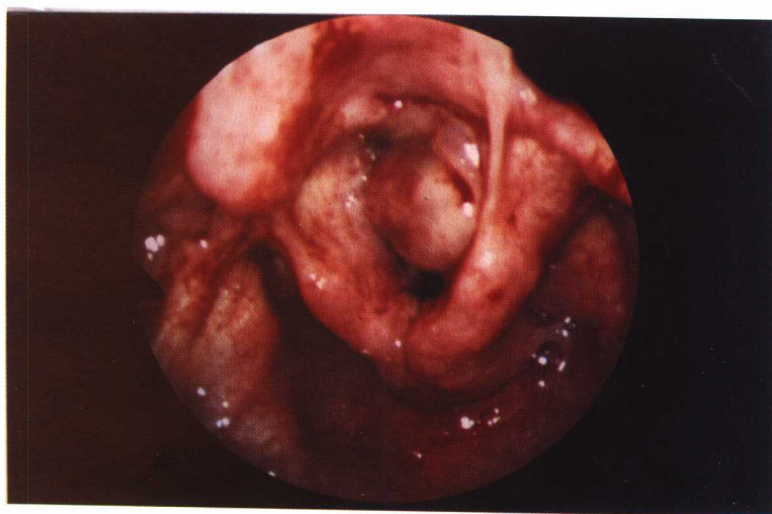


图21-1-20 喉癌，声门上型T3，喉前庭堵塞，肿瘤突向右梨状窝（见正文480页）

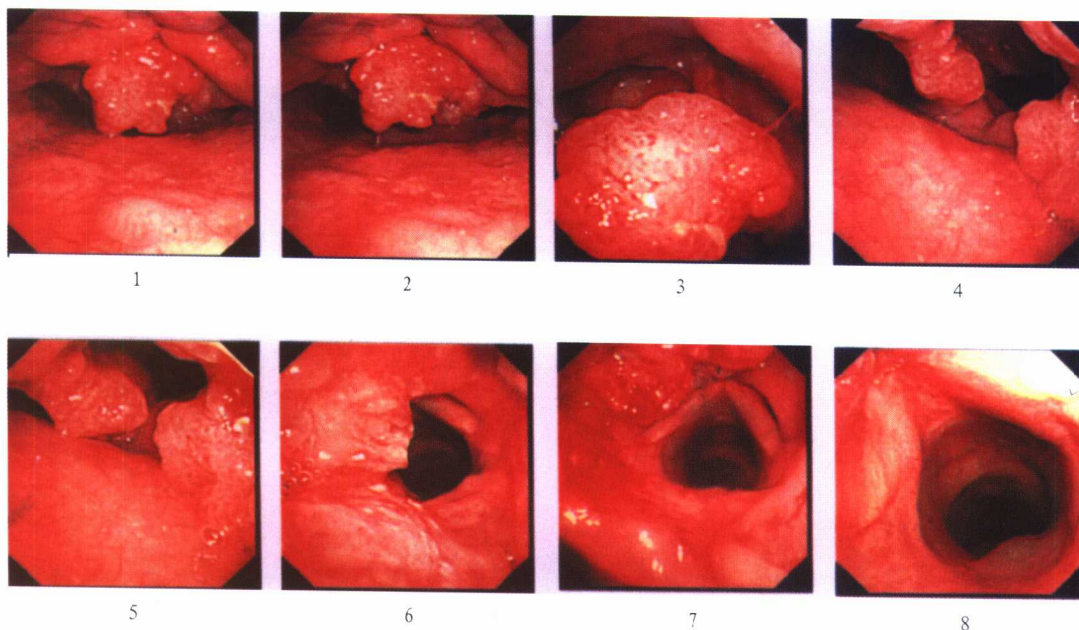
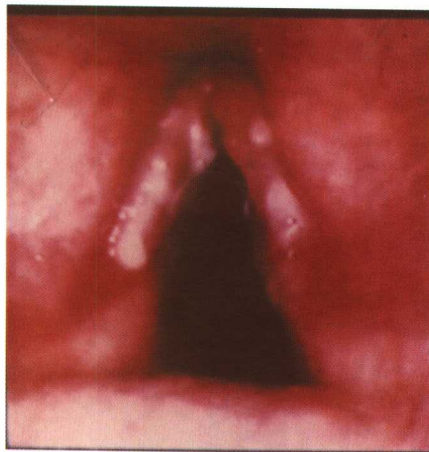


图21-1-21 声门上型喉癌T3内镜相(见正文480页)

注解：声门上型喉癌，病变范围：会厌、双侧杓会皱襞、室带、梨状窝。图1、2. 会厌尖肿瘤，前方舌根，后为咽后壁。图3. 后方为会厌肿瘤，前方为舌根。显示会厌谷舌侧受侵。图4. 照片有点斜位。左后方为咽后壁，左前方为梨状窝。图右前半显示两侧杓会皱襞肿瘤。图5. 基本同图4。图6. 显示右声带正常。左侧声门被室带肿瘤掩盖。图7. 显示声门，双声带正常。杓状软骨部未受侵。图8. 内镜显示两侧声门良好。

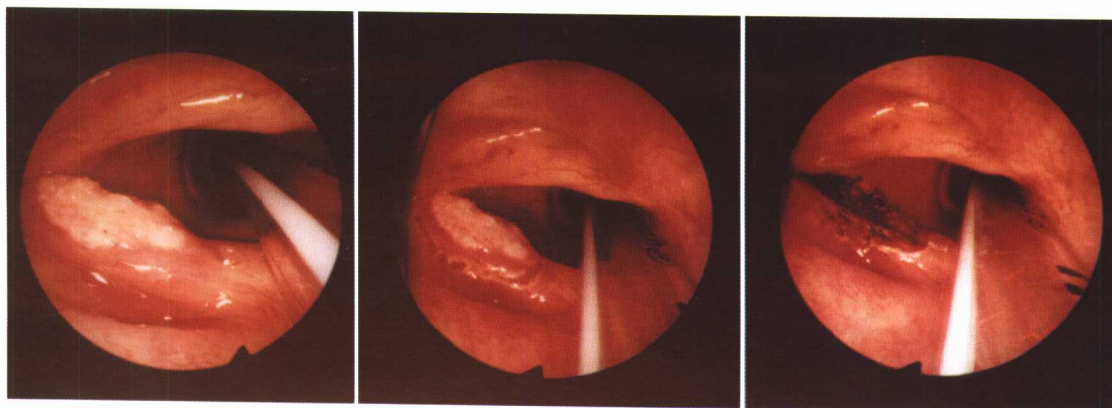


放射治疗前



放射治疗后3年

图21-1-22 喉癌，声门型，T1b (见正文482页)

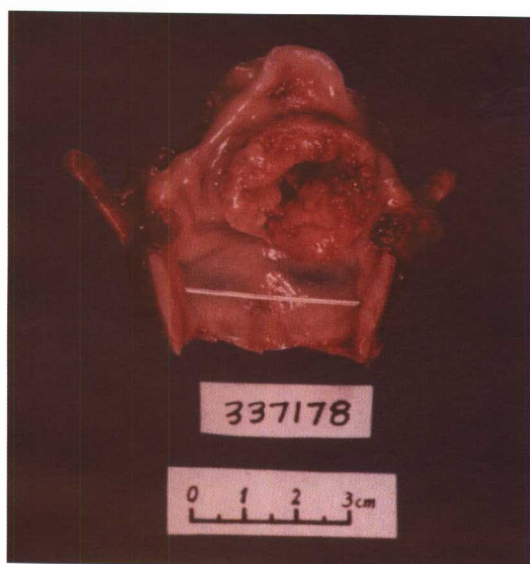


1. 左声带肿瘤

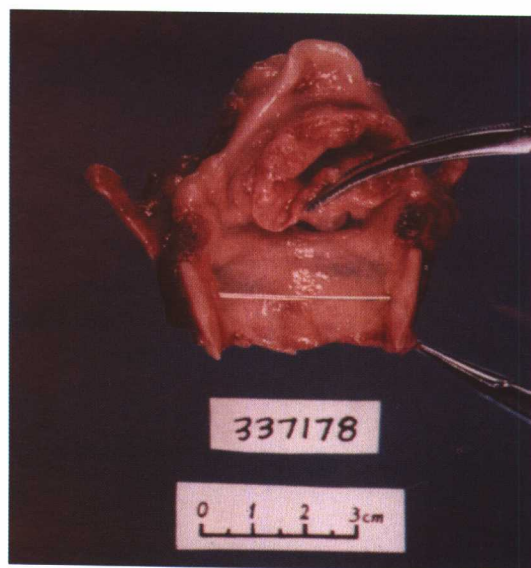
2. 肿瘤切除线

3. 肿瘤已切除

图21-2-1 喉癌激光手术(见正文494页)



A. 肿瘤下垂至声门



B. 抬起肿瘤下缘, 喉室无侵犯

图21-3-1 声门上型喉癌(见正文503页)

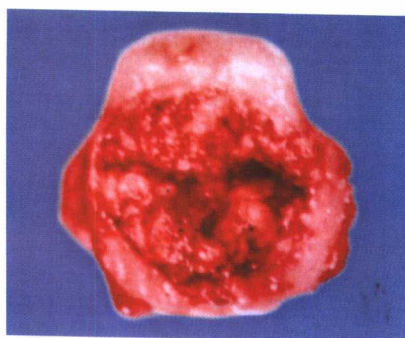


图21-3-12 喉癌, 声门上型, T3, 会厌前间隙侵犯喉声门水平部分切除术标本 下切缘2毫米, 术后3年无复发(见正文505页)

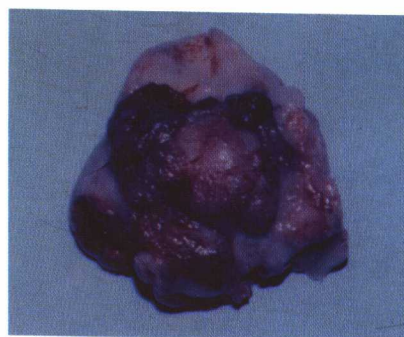


图21-3-13 声门上水平部分切除标本 (见正文505页)

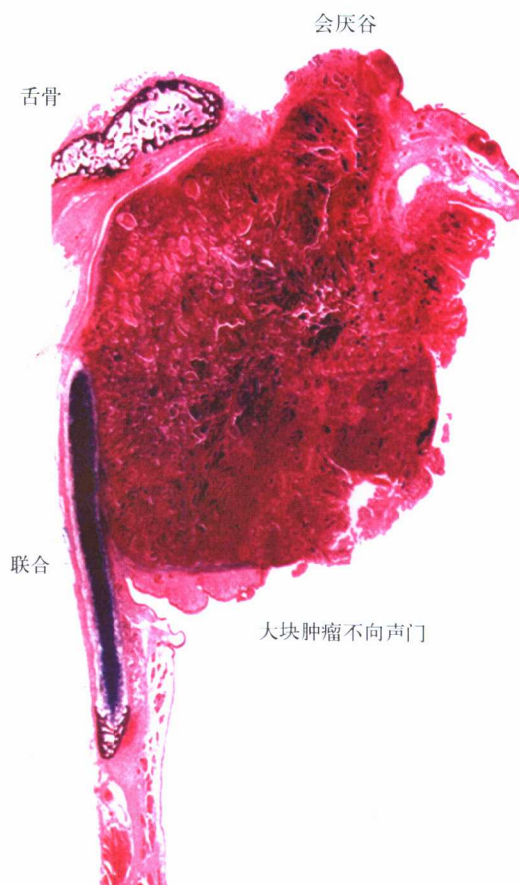


图21-3- 2 喉癌，声门上型，T3声门上水平部分切除术(见正文505页)



图21-3-14 喉癌，声门上型，T3声门上水平部分切除术 (见正文505页)

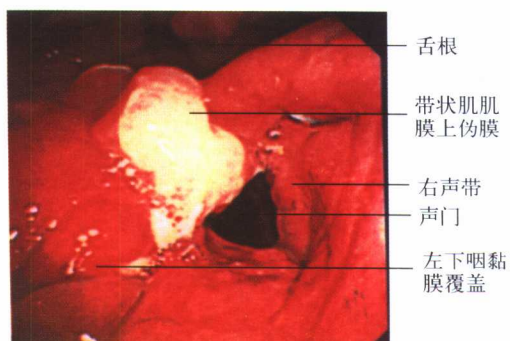


图21-3-19 A. 喉癌声门上型，喉水平垂直部分切除，舌骨肌瓣修复一，吸气声门开放相（术后20天）（见正文510页）

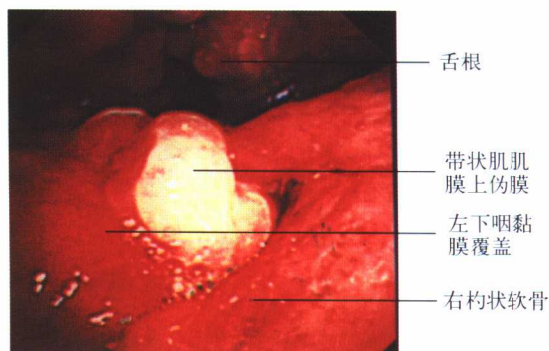


图21-3-19 B. 喉癌声门上型，喉水平垂直部分切除，舌骨肌瓣修复二，发声声门闭合相（术后20天）（见正文510页）



图21-3-21 喉癌，声门上型，T3 喉水平垂直部分切除术后标本（见正文511页）



图21-3-22 喉声门水平垂直（3/4切除）部分切除标本（术前放疗40Gy后）（见正文511页）

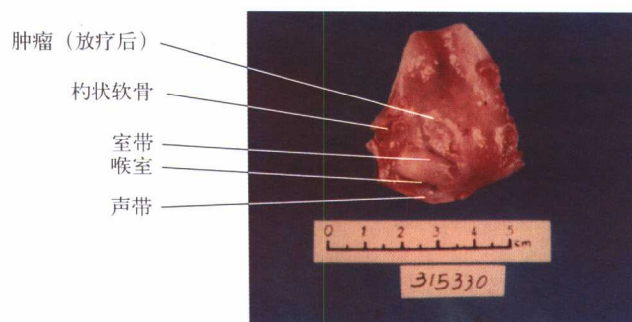


图21-3-23 喉癌声门上型，喉水平垂直部分切除标本（放疗40Gy后）（见正文511页）