

头颈部肿瘤外科手术

〔美〕H. 马丁 著

上海科学技术出版社

头颈部肿瘤外科手术

〔美〕H. 马 丁 著
余孝基 唐忠怀 等译
吴学愚 审校

上海科学技术出版社

內 容 提 要

本书分上、下两篇:上篇詳述头頸部肿瘤手术的基本原则,对术前、术中、术后有关的各項重要問題,作了深入的論述,并在第二章中着重提出广泛性手术的主张;下篇以图譜結合叙述的形式,介紹各种头頸部肿瘤手术的具体方法和步骤。此外,譯者根据国内資料和个人体会,参加一些意見,以注释的形式提出。

本书可供头頸部外科、耳鼻喉科、口腔科、眼科医师参考。

SURGERY OF HEAD AND NECK TUMORS

Hayes Martin

Cassell and Company Limited

头頸部肿瘤外科手术

余孝基 唐忠怀 等譯

吳学愚 审校

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路450号)

上海市书刊出版业营业許可証出 093 号

商务印书館上海厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 787×1092 1/16 印張 21 12/16 插頁 4 排版字数 496,000

1965 年 8 月第 1 版 1965 年 8 月第 1 次印刷

印数 1—3,000

統一书号 14119·1205 定价(科七) 4.00 元

譯 者 序

由于各种抗感染的药物相继問世,許多过去曾經严重威胁人类生命的疾病,絕大部分已得到控制,但对恶性肿瘤的治疗,至今尙无新的特效疗法,因而相对地說来,肿瘤对人类的威胁,就显得突出了。国内外文献中虽然有各种化学药物或抗菌素来治疗癌肿的报导,但目前尙处于試驗和发展的阶段,故一般恶性肿瘤的治疗,仍不外采用放射与手术两种方法为主,因此,临床医师在展望化疗的美好前景的同时,絲毫不能忽視和放松对肿瘤的放射学和手术学的研究。

我国头頸部肿瘤外科学是在解放后才逐渐发展起来的。解放前虽有个别专家作过一些这类的手术(如全喉切除术等),但毕竟为数不多。现在,据譯者所知,全国各地已有很多医院都在展开有关头頸部肿瘤的手术;特別在較大城市中,对各种类型的广泛性根治手术的施行,都已积累不少經驗和成績。

有关头頸部肿瘤手术的著作,国内尙无专书,国外也极少見。H. Martin 根据他从事三十年肿瘤外科的丰富經驗,写成此书。原书分上、下两篇,上篇詳述头頸部肿瘤手术的基本原則,对术前、术中、术后有关的各項重要問題,作了比較全面的論述。下篇以图谱結合叙述的形式,介紹各种头頸部肿瘤手术的具体方法和步驟。全书最大特点,是具有丰富的資料,充分結合作者实际經驗,观点上有許多独到之处。其中有些問題,如作者述及在咽部环形切除后作游离断层皮片环形植皮,日后多半会发生狹窄,我們的观察亦极类似。因此原作者的丰富經驗对每个治疗头頸部肿瘤的外科医师,都有参考的价值。在譯本中,我們根据个人体会,在某些細節上,参加一些意見,均以注释的形式提出。并对原书某些內容作了必要的删节。

由于譯者翻譯和业务水平所限,錯誤之处,在所难免,尙祈海內先輩、同道批評和指正。

譯 者

1964年2月于上海第一医学院

原 序

头頸部的手术为数甚多，也許要超过身体上任何其他同等大小面积的手术数量。除了外伤(主要是战伤)以外，头頸部的广泛性根治手术大都只适用于肿瘤，尤其是癌肿。在本书中，我试图就头頸部各处肿瘤的手术作一番詳尽的叙述，但不包括脑瘤。就我所知，以往尙未见有涉及范围如此广泛的論著。

本书第一部分討論头頸部手术的基本原则，包括术后和并发症的处理。第二部分是手术图譜，根据各解剖区域分章論述。

本书主要是以普通外科医师为对象。我深信只有具备广泛基础訓練的外科医师才能胜任头頸部各式各样的手术。这种认为头頸部外科是外科内的一个专科的看法，还是一个比較新的概念。外科广博的技术已被分割給各个不同的范围比較狹窄的专科，如皮肤癌划归整形外科或皮肤科，喉癌和副鼻竇癌划归耳鼻喉科，口腔和甲状腺癌划归普外科。本书的資料对一切操作头頸部手术的医师都是有用的。

书中所述的各种手术都經過反复的应用，凡应用超过五年以上的方法，都曾使癌肿得到永久性痊愈。手术的各种变化不必、也不可能全部罗列，所以本书的目的是对每一个問題提出一种基本的手术和少数的手术变化，我們所常选择的是紀念医院头頸部外科所施行的几种手术中最为成功的一种。少数用途較少的手术也作了一番介紹，以資完备。(下略。——譯者)

显然，正如一本字典一样，一本手术学不可能是尽善尽美的，也不可能永远是合乎时代的。人們在創造着新詞，旧詞也加添了新的意义。在本书出版过程中新的手术又在日新月异。现在的这本书可以說是我个人外科經驗的一个梗概，也是我目前所能尽到的最大努力。

Hayes Martin

目 录

譯者序

原 序

上 篇 头頸部肿瘤手术的基本原則

第一章 历史簡志	3	控制性低血压麻醉	32
近代在保証头頸部广泛性手术安全方面		麻醉期間維持呼吸道的通畅和防止血液吸	
的进展	11	入的措施	33
第二章 手术前应有的考虑	12	气管內插管和咽部填塞	33
手术的筹划——手术方法的选择	12	带套袖的气管內插管	33
部分与全部切除某一解剖结构的比較	13	气管切开术和咽部填塞	33
切除邻近器官的問題	13	带有套袖(气囊)的气管切开套管	33
骨的切除	14	使用带套袖的导管作气管內麻醉	33
拔牙	14	病人在手术台上的位置	36
手术前牙托的取模	14	复盖无菌巾	36
頸淋巴結根治术的切除范围	14	手术器械的选择	36
所謂“被遗忘的区域”	15	手术的命名	36
頸部淋巴結根治术与原发病灶的联合切		特殊器械的命名	39
除术	15	輸血	39
切除原发病灶后,让伤口开放,以待日		皮肤切口和手术野的暴露	40
后再行关闭	15	止血,結扎,打結和电凝固	40
内科准备	15	头頸部手术中需要切骨的理由	43
手术危險性的問題	16	癌肿侵犯骨质	43
头頸部外科中的“碰不得”	17	为了能达到癌肿生长的部位	43
年龄与手术死亡率的关系	18	移动軟組織以便关闭伤口	44
活組織检查	18	下頷骨切除的方式和范围	44
取活組織	19	舌骨部分或全切除术	44
“頸部肿块”的問題	24	鎖骨部分切除	44
穿刺抽吸活組織检查	25	癌肿周围和深部“安全”边缘的問題	45
穿刺抽吸活組織检查的技术	25	容貌和功能的整复与癌肿广泛切除之間	
冰冻切片	29	的矛盾	45
第三章 手术——技术方面的考虑	30	头頸部手术伤口的关闭	46
手术野的剃毛和消毒	30	貫穿切除术(或“对拉通”的手术)	47
麻醉	31	用金属絲結扎囊腫性頸部淋巴水囊瘤的	
神經阻滯或区域麻醉	32	残端	47

用一期关闭咽部开口的办法来隔开口腔·····	48
良性骨囊肿的造袋术·····	48
喉内癌的探查性喉裂开术·····	48
切除一叶甲状腺,以便于施行颈根部的手 术·····	49
各种整复手术·····	49
上颌、眼眶和口腔缺损的植皮术·····	49
在一个衬模上植皮,以修复咽部的 环形缺损·····	50
旋转或移行皮瓣·····	51
修复颜面部表面缺损的植皮术·····	51
皮管移植·····	52
植骨·····	52
埋置金属夹板·····	53
应用植骨或金属夹板修复下颌骨缺 损的限制·····	53
用牙托咬板或用钢丝缠绕牙齿来固 定下颌骨·····	54
牙托·····	54
伤口引流·····	55
吸引引流法·····	56
气管切开术和预防性气管切开术·····	56
气管穿刺套针——为紧急呼吸阻塞之用·····	59
预防性动脉结扎·····	59
放射疗法后的手术问题·····	60
第四章 手术后的处理·····	62
麻醉的苏醒——气管内插管的处理·····	62
伤口的加压包扎·····	62
气垫加压包扎·····	62
移植的皮片和旋转带蒂皮瓣上的加压包 扎问题·····	63
早日起床活动·····	64
手术后感染的预防和控制·····	64
抗菌素·····	64
过氧化锌·····	65
绿脓杆菌感染·····	65
气管切开的护理·····	65
营养问题·····	66
鼻饲的流质饮食·····	67
胃造瘘术在处理头颈部癌肿时的作用已 降为比较次要的了·····	67

第五章 手术当时的危险性和由于牺 牲头颈部的某些解剖结构后 所造成的残废·····68

颈静脉·····	68
颈外动脉·····	69
颈总动脉或颈内动脉·····	69
动脉移植和血管吻合·····	69
锁骨下动脉·····	70
喉返神经·····	70
喉上神经·····	70
膈神经·····	71
第七脑神经·····	71
迷走神经·····	72
舌下神经和舌神经·····	72
颈交感神经·····	72
颈动脉窦症状群·····	72
Horner 氏症状群·····	73
暴露脑膜或大脑皮层·····	73
眼的牺牲·····	73
颌下腺和腮腺导管·····	74
甲状腺和甲状旁腺·····	74
胸导管·····	75

第六章 头颈部手术的全身和局部并 发症·····76

休克·····	76
出血·····	76
胃肠道出血·····	77
血肿和乳糜肿·····	78
甲状腺手术后的血肿·····	78
乳糜肿·····	78
皮下气肿·····	78
伤口感染·····	79
口腔内伤口裂开·····	79
糖尿病或肝功能失常对伤口愈合的影响·····	79
肺部并发症——呼吸道阻塞·····	80
气胸和纵隔障气肿——颈部漏气的伤口·····	81
营养不良——吞咽困难——咀嚼困难—— 口味不佳·····	81
淋巴水肿·····	82
手术后喉和气管内的肉芽肿·····	83
部分喉切除术后肉芽肿·····	83
插管后的肉芽肿·····	83

气管切开后气管内的肉芽肿	83
部分喉切除术后的声门狭窄和喉前部的蹼	83
喉前部的蹼	84
唾液瘻管——咽开口	84
暂时性的咽开口	84
张口困难	85
角膜损伤和其他的眼部并发症	85
干燥性气管炎	86
全喉截除后气管口过小	86
頸淋巴結根治术后腮腺尾部的炎性和外伤	
性肥大	87
瘢痕疙瘩	88
瘢痕疙瘩的治疗	88

第七章 头頸部根治性手术后长远的 功能残废和容貌上的缺陷	89
容貌	89
在頸淋巴結根治术后由于切断第十一对顳 神經和頸丛而引起的残废和感觉异常	89
因口腔組織缺損而产生的唾液漏	90
吞咽和咀嚼困难	90
說話功能的残废	90
重新学习說話	91
簧片式喉头	91
电喉	91
食管发音	91

下 篇 手 术 图 譜

第八章 头頸部肿瘤一般通用的手术	95
頸淋巴結根治术	95
頸总动脉节段性切除和对端吻合术	100
行頸淋巴結根治术时,避免意外损伤	
下頷邊緣神經的方法	101
頸部和液窩淋巴結联合根治术	102
頷下腺切除术(頷下清除术)	103
先天性頸部囊腫和瘻管的切除	104
舌甲狀囊腫切除术	104
腮裂囊腫切除术	107
腮裂瘻管切除术	108
气管切开术	109
頸外动脉結扎术	113
腮腺管結扎术	115
咽前切开术	116
眼臉融合术	118
皮管的制作	119
皮管的轉移	121
皮管轉移至頰下区缺損	122
皮管轉移至頰部外侧区	123
皮管轉移至面部外侧区	125
用皮片移植修复面部缺損时的取皮部位	127
点状植皮在不能全部縫合的伤口的应用	129
植皮术前用荷包口縫合縮小圓形缺損的 面积	129
第九章 面部皮肤癌肿的手术(眼臉、 鼻、唇、耳)	130

橢圓形切口——用于面部小癌肿的切除	130
眼臉	130
简单的橢圓形切除——用于上臉小肿瘤	131
侵犯臉緣的上臉肿瘤切除术——用附近 的上臉旋轉皮瓣修复	131
用顳部的旋轉皮瓣修复上臉缺損	132
圓形切除和Z形縫合术——用于臉緣附 近的肿瘤	133
楔形切除术——用于臉緣肿瘤	133
內眦下方肿瘤切除术——用上臉的旋轉 皮瓣修复	134
下臉肿瘤切除术——用上臉的旋轉皮瓣 修复	134
靠近外眦的下臉肿瘤切除术——用上臉 的旋轉皮瓣修复	135
用鼻唇沟的旋轉皮瓣修复下臉缺損	135
顳部和頰部	136
顳部肿瘤切除术——用皮片修复伤口	136
頰部皮肤肿瘤切除术——用全厚皮片修 复伤口	137
用断层皮片修补頰部大缺損	138
頰部皮肤肿瘤切除术——用顳部或乳突 部的旋轉皮瓣修复伤口	139
鼻部	140
鼻根部肿瘤切除术——直接縫合伤口	140
鼻尖部附近肿瘤切除术——用皮片移植 修复伤口和夹心式固定法	140

鼻翼部肿瘤切除术——用颊部旋转皮瓣 修复伤口	141
鼻翼边缘全层切除术——用双层旋转皮 瓣修复	142
鼻尖附近肿瘤切除术——用鼻整形术 修复	143
鼻和鼻腔根治性切除术——适用于侵及 鼻部皮肤深部的癌肿	146
唇	147
上唇肿瘤切除术——用旋转皮瓣修复 ..	147
上唇皮肤肿瘤切除术——用滑行皮瓣 修复	147
下唇皮肤癌切除术——用皮片移植修复 和褥式缝合的加压包扎法	148
颊部	149
颊部皮肤癌和放射后组织硬化的切 除——用皮管移植修复	149
耳	150
耳郭或耳郭周围的肿瘤切除术	150
外耳道肿瘤切除术	151
外耳和中耳根治性切除和植皮术	153
第十章 唇粘膜癌肿手术	155
唇癌的简单梭形局部切除术	155
下唇的V形切除术	156
下唇粘膜的次全切除术(唇剥除术)	156
V形切除和唇剥除术的联合手术	157
Estlander 氏唇成形术	158
下唇癌的桥状唇成形术	158
内侧非桥状的 Estlander 氏唇成形术 ..	159
下唇晚期癌肿的 Bernard 氏唇成形术 ..	160
上唇癌的桥状 Estlander 氏唇成形术 ..	162
上唇癌的成形术:用双侧滑行皮瓣修复 ..	162
第十一章 颊粘膜癌手术	163
颊粘膜癌的局部切除和简单缝合	163
颊粘膜癌的不规则形切除术	165
颊粘膜肿瘤的切除:用皮肤移植修复	166
颊、唇、龈及腭部粘膜广泛的多发性癌肿或 癌前病变的切除术:用修复体或包埋衬 模固定移植的皮片	168
颊粘膜后上部肿瘤经 Weber-Fergusson 氏 途径切除	171
颊部癌肿穿通性切除后应用 Estlander 氏	

皮瓣修复	172
颊部粘膜深层浸润肿瘤的切除,合并颈淋 巴结根治术:切开下唇以便到达颊部	173
颊部深层浸润晚期癌肿的穿通性切除术, 合并颈淋巴结根治术	176
第十二章 牙龈癌手术	177
无牙的龈部小型癌肿的局部切除术	177
牙龈部癌肿切除术,并用口底组织向外推 移以利修复	179
牙龈癌的下颌骨边缘(牙槽突)切除术	180
磨牙后区癌肿的下颌骨牙槽突边缘切除及 下颌骨升支部分切除(合并颈淋巴结根 治术)	182
累及上、下牙龈及磨牙后区癌肿的切除—— 下颌骨部分切除及颈淋巴结根治术	185
牙龈癌累及舌边缘时手术方法的改变 ..	189
第十三章 下颌骨手术	191
下颌骨半侧切除术	191
原发性骨肿瘤的下颌骨升支切除术	194
为达到翼颌间隙而暂时切开下颌骨	196
经口腔的下颌骨切除术	198
第十四章 下颌骨缺损处理藏金属夹 板及骨移植	199
金属线网夹板	199
下颌骨部分切除用金属线网夹板的修 复:固定线网夹板的不同方法	202
下颌骨切除用金属线网夹板的修复:切 除位置在下颌骨前部	203
下颌骨全切除后用金属线网夹板固定 ..	204
骨移植	206
下颌骨缺损的肋骨移植	206
下颌骨缺损的髂骨嵴移植	208
第十五章 舌部手术	211
局部切除术	211
舌缘病灶的局部切除术	211
舌背面病灶的切除	211
用垂直梭形切口的局部切除术	212
舌部分切除术	213
位于舌尖部、背部和舌侧缘肿瘤的手术 ..	213
用于接近舌尖下面病变的切除术	214
用于舌尖及舌背面大部分的浅层肿瘤 ..	215
经过咽前切开术切除舌根部病灶	218

部分舌切除术合并下颌骨切除及颈淋巴 结根治术	219
舌的次全切除合并颈淋巴结根治术	221
第十六章 口底肿瘤的手术	224
浅部癌肿的简单梭形切除术	224
口底前部癌肿的下颌骨边缘切除术	225
口底前部癌肿切除合并下颌骨边缘切除及 颈淋巴结根治术	228
“贯穿切除术”或“对拉通”的手术——口底 侧部癌肿的下颌骨边缘切除合并颈淋巴 结根治术	230
广泛性口底部原发癌肿的切除合并下颌骨 部分切除及颈淋巴结根治术	232
口底部唾液腺囊肿(舌下囊肿)切除术	236
第十七章 腭部肿瘤手术	237
硬腭或软腭的小肿瘤切除术; 伤口二期愈 合	237
硬腭浅层疣状的良性肿瘤切除术; 用皮片 关闭伤口	238
硬腭部浸润较深(累及骨质)的肿瘤切除术	239
上牙龈和腭部中等大小的肿瘤切除术	240
上颌骨和腭骨部分截除术——用于骨源性 肿瘤	241
第十八章 鼻腔肿瘤手术	243
鼻侧切开术	243
经牙槽突凿开上颌窦进入鼻腔的途径	244
鼻咽部息肉样肿瘤的圈套摘除术	247
第十九章 上颌窦和上颌骨手术	250
上颌骨部分截除术——用于早期上颌窦 癌	250
上颌骨根治性截除术——用于晚期上颌窦 和副鼻窦癌	253
第二十章 腮腺肿瘤手术	258
腮腺肿瘤手术的一些主要原则	258
位于腮腺周围的小型肿瘤切除术	259
面神经的外科解剖学	260
腮腺浅叶切除术	261
下颌骨后面的腮腺肿瘤切除术	264
腮腺大型良性肿瘤摘除术	267
保存面神经的腮腺次全切除术	269

保存面神经的腮腺全切除术	269
腮腺次全切除, 部分保留面神经合并颈淋 巴结根治术	270
腮腺全切除术完全牺牲面神经附加颈淋巴 结根治术	271
第二十一章 喉部手术	275
各种形式和范围的喉癌手术	275
部分喉切除术	276
经喉裂开行部分喉切除术	277
经咽前切开行部分喉切除术	281
全喉切除术	282
全喉切除与颈淋巴结根治术的联合	290
咽喉切除术后、咽部巨大缺损的各种处 理	294
咽喉切除与颈淋巴结根治术的联合	297
全喉切除术中将会厌窝和舌根直接暴露 于视线下的手法	298
全喉切除与两侧颈淋巴结根治术	300
次全喉切除与颈淋巴结根治术的联 合——用于环状软骨后癌肿	306
次全喉切除与颈淋巴结根治术的联 合——用于喉外和/或咽侧壁的癌肿	310
用半厚度皮片在衬模上植皮的方法修复 咽部缺损	315
“Z”形成型术——全喉切除术后气管口 过小的处理	317
全喉切除术后咽口的延迟闭合	318
用“滑板门”式的皮瓣整复咽口	319
用皮管修复巨大的咽口	320
食道憩室切除术	321
第二十二章 咽壁肿瘤的手术	323
经咽前切开术切除咽壁小肿瘤	323
经咽前切开术切除咽后壁广泛的癌肿: 伤口第二期愈合	324
咽后壁粘膜下肿瘤切除术	324
第二十三章 甲状腺肿瘤手术	326
半甲状腺切除术(腺叶切除术)	326
甲状腺切除术和颈淋巴结根治术	329
甲状腺癌侵入气管, 气管窗形切除术	333
胸骨后甲状腺肿瘤	335

上篇 头頸部肿瘤手术的基本原则

第一章 历史簡志

考十八世紀以前的文献，有关創始口腔癌肿外科疗法者为数不多，少数零星的記載中，所指似乎是唇舌部肿瘤的手术。但文字都很簡短，而且診斷大都不很明确。当唇部或舌部性质不明的潰瘍还在早期时，医师不愿进行破坏性的手术，这完全是可以理解的；但当潰瘍的性质已經明确无疑、瘤肿又已发展至晚期时，如要施行手术，这在当时來說的确是一件非常可怕而不敢輕易尝试的事。

虽然早在十九世紀的 20 和 30 年代即已使用显微镜来研究癌肿，但是一直到 1885 年这种診斷方法还未被广泛采用，那年 G. R. Elliott 氏发表了一篇有关舌癌的文章以后，才引起医务界内外人士对組織病理学的兴趣。

在近代的医学著作中，常称誉 Celsus 氏(公元前 178 年)曾描写过一种下唇癌肿的手术，有人认为这种手术就是标准的“V”形切除术，經查閱拉丁文原著的譯文后发现，Celsus 氏虽然曾經用过“Carcinoma”和“Carcinoma”等名詞，并且提到过一些面部皮肤、乳房和臍部肿瘤的病案，但是他明确的劝告別人，不要用外科方法来治疗癌肿。他所叙述的下唇手术，实际上是为一位大概是由于战伤所致的面容損毀的病人而施行的整形手术；所用的方法是用兩側的移行皮瓣。

Abulcasis 氏(1013~1107)和 Avicenna 氏(980~1036)都曾描写过唇部肿瘤的切除手术，术后伤口开放，任其第二期愈合。Ambroise Paré 氏(1517~1590)，Jean Vigier 氏(1650)和 Guy de Chauliac 氏(1368)都沒有提到过 V 形切除术。直到十九世紀前叶(Liston 氏 1837 和 Begia 氏 1839)才有人首先描写 V 形切除术(图 1)，因此，可以认为他們是首創早期唇癌手术的人，这两位作者都是用縫衣針綫来縫合伤口的(图 2)。

虽然早期唇癌的手术到十九世紀才慢慢的得到广泛的应用，但是，在很早以前就已有入施行比这更为复杂的手术了，如 Tagliacozzi 氏(1545~1599)就曾用上臂帶蒂皮瓣，来整复面部(包括唇部)因手术而造成的大块缺損。至今这个手术还是用他的名字来命名的。1859 年 Von Bruns 氏曾将过去文献中 52 位作者所报导的唇癌手术归納为 32 种。

早在十七世紀，就有几位勇敢的外科医师报告过切除舌癌的尝试，当时一般都采用烧灼法(图 3、4)，或用炼条或鋼絲的軋断器，与今日所用的扁桃体圈套器頗为相似(图 5)。Marchetti 氏 1664 年最先采用烧灼法作切舌的手术，随后于 1676 年 Richard Wiseman 氏报告了两例同样的手术。此外，也有人采用在舌癌周围行連續結扎的方法，使肿瘤因血流不通而自行烂掉(Inglis 和 Home 氏，1805)。在十八世紀的教科书中常有“舌截除术”的記載，但是，书中的描写是那样的含糊不清，使人感觉这些記載似乎只是一种傳聞而不是根据作者自己的經驗写成的。1792 年 Munro 氏說：只有較小的舌癌才可以行手术，但接着又說：“这是一个很可怕的手术，很少有人尝试”。Langenbeck 氏(1819)曾作下頷骨的暂时性切断以暴露手术野。Sedillot 氏(1866)为了同一目的，自中綫切开下唇和下頷

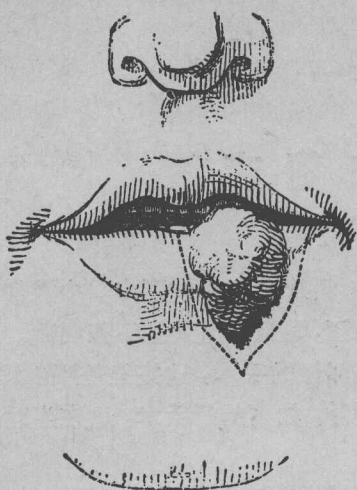


图1 唇癌的“V”形切除术(原载 Liston 氏著“临床外科学”, 1837 年伦敦出版), 按现代的标准看来, 图中虚线所示的切除范围, 安全边缘似乎过于狭窄。

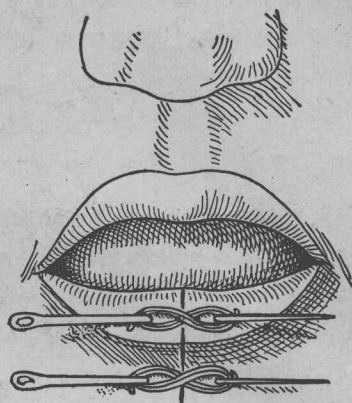


图2 下唇行“V”形切除后, 用缝衣针穿入再用线缠绕来使伤口闭合。这个方法在一百年以前普遍用于关闭身体各处的切口和撕裂伤口。在老的教科书中常有此法修补嘴唇的附图, 也时常提到下唇癌肿切除后用这种方法来使伤口闭合。可惜在老的教科书和文献中未能发现下唇切除的插图。上图是根据书中的描写绘制而成。



图3 舌癌的烧灼术。医师一手用抓钳拉住舌头, 一方面进行烧灼。(原载一本十八世纪的法文书中)



图4 舌癌的切除术。图中医师好象是站在病人的后面, 用左手拉住舌尖, 右手持刀切除。(原载一本十八世纪的法文书中)

骨(图6)。Kocher 氏(1880) 切开下颌区以进入口腔, 并将舌头从伤口内拉出来进行手术(图7)。

在十九世紀八十年代, Butlin 氏, Senn 氏, Bland-Sutton 氏和其他的作者报告了更多的手术成就。二十世紀初期, Dawbarn 氏建議結扎頸外动脉及其分枝, 他认为这是对口腔癌肿唯一的和理想的治疗, 他引証了几个口腔癌肿患者在手术后肿瘤逐渐愈合并能长期生存下来的病例, 作为他的論点的根据。Liston 氏在其“临床外科学”(1837)一书中, 简单地提到唇癌、舌癌、下頷、甲状腺和腮腺癌肿的手术, 并提出在施行腮腺癌肿手术时, 保留第七对顱神經的重要性。

在十九世紀前四分之一的年代中, 除唇舌部以外, 只有少数几篇关于头頸部癌肿手术的报导, 从现代的眼光看来, 进展緩慢的原因是很清楚的。当时缺乏麻醉, 即使最合作的病人也难忍受手术中的痛苦, 致使某些必要的手术操作非常困难, 甚至完全不能施行。麻醉品的发现(乙醚 1842; 笑气 1844; 氯仿 1847)使无痛手术成为可能, 但是对口腔和咽部的手术来說, 放在口鼻部笨重的吸入装置, 妨碍手术操作, 止血比以前更困难了, 而大量血液被吸入, 也是很危险的。局部麻药如可卡因到 1880 年才发现, 比較安全的奴弗卡因到 1923 年才用綜合的方法制造出来。

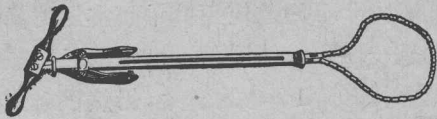


图5 鏈式軋断器。这种器械是根据結扎的原理制成。可装用绳子、鋼絲或鏈子, 扭轉后面的螺絲即可將鏈子收緊, 从而軋住和切斷舌头上有病变的部分。(根据 Holmes 氏“外科: 其原理与实践” 5:677, 1889)

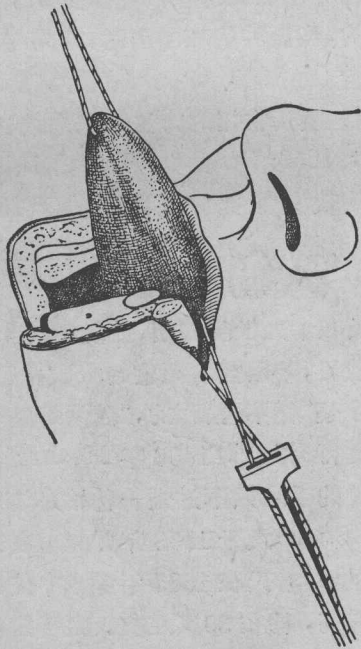


图6 Sedillot 氏用將下唇和下頷骨自中綫切开以暴露舌部的办法。舌头用軋断器切断。(原載 Erichsen 氏著: “科学与外科艺术”第1卷 1008 页, 1884 年)

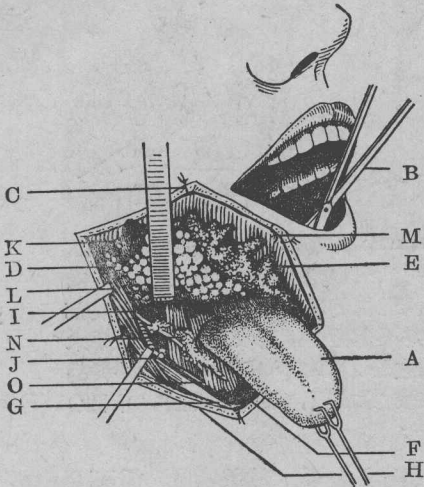


图7 Kocher 氏經頷下部的切口暴露舌部的办法。现代医师很难看出这个切口比张开的嘴有何特殊的优点。(原載 Bickham 氏著“手术学”第三卷, 第36 章 477 页, 1924 年出版)

有些人采用头低脚高的体位，利用重力使血液流出口外而不流入气管。早期的作者没有提到利用气管切开术，作为预防血液吸入气管的措施。

公元前 131~210 年 Galen 氏即曾叙述用切开气管的方法来解除呼吸困难。往后几个世纪内，许多作者也提到过气管切开术；当时这种手术通常称为“支气管切开术”(bronchotomy) 或“喉切开术”，而不叫做气管切开术或“气管造口术”(tracheostomy)。这个手术常用于扁桃体周围脓肿，或作为取出喉或气管内异物的一种方法。

由于不知道使用简单而实用的鼻饲法和调制营养充足的流质饮食，所以手术后的进食是一个很大的问题。由于缺乏抗感染的药物，即使手术本身当时非常成功，但局部、支气管、肺部和全身的感染，仍然很难避免，正如一个世纪以前的报告中所常说的：“衰竭、出血和菌血症”所造成的死亡率，几乎使施行手术成为被禁止的。

约在十九世纪中叶，当时外科医生对口腔癌的認識是比较清楚一些了，也开始强调切除所谓“转移性腺体”的重要性。不过当时对“腺体”二字并无明确的認識，大多数医生将颌下腺、淋巴结、甚至甲状腺等混为一谈。而且认为当癌肿扩展到这些腺体时，治疗的方法就是将它摘除。直到本世纪初 Crile 氏才提醒人们要注意这种局部摘除的危害性，他说“摘除个别的淋巴结正如摘除一个结核性的淋巴结一样，不但不能得到永久的痊愈，而且会引起播散，使瘤肿生长得更快”。虽然如此，

这种摘除个别转移性淋巴结的古老而又极不合理的方法，至今在某些地区仍然有人在应用，特别是在治疗甲状腺癌肿时。

皮肤的癌肿包括面部在内，很少能及早得到诊断和治疗的，当癌肿尚在早期时，常易与其他溃疡性病混淆（如梅毒、麻疯和结核）。以致忽略过去，治疗这些溃疡常用的方法是采用砒、铋等腐蚀剂(Arnott, 1858; Bright, 1871)，而不是用手术来治疗。伦敦皇家癌肿医院（创办于 1851 年）的 Marsden 氏说，该院对表面癌肿的策略是“尽量使用腐蚀剂，避免用刀”。

Liston 氏在十九世纪初期，他说：“患上颌窦癌肿病人的数目，与因该病死亡的人数相等”。又说：外科治疗是“绝不可行”的，“因为那是一种毫无意义的残酷行为”。到 1908 年 Mosher 氏仍认为副鼻窦癌肿的手术只不过是一种姑息治疗。

Gordon Buck 氏于 1853 年首先报告部分喉切除术（经喉裂开术的途径）。但不用麻醉。H. B. Sands 氏在 1865 年手术中使用了乙醚。复习当时的文献，发现喉裂开术的手术死亡率甚高，约在 30% 左右。由于病例选择不当，病期过晚，治愈者简直聊无儿。气管切开的套管常须永久戴用。因此这个手术如果不能达到治愈癌肿的目的，则与单纯只作一个气管切开术无异。虽然喉裂开术有它热烈的支持者，但 Paul Bruns 氏在他 1878 年发表的论文结论中，认为“切开甲状软骨行喉癌广泛切除的尝试，已证明是完全不能令人满意的；因而毫无价值。”直到十九世纪的 90

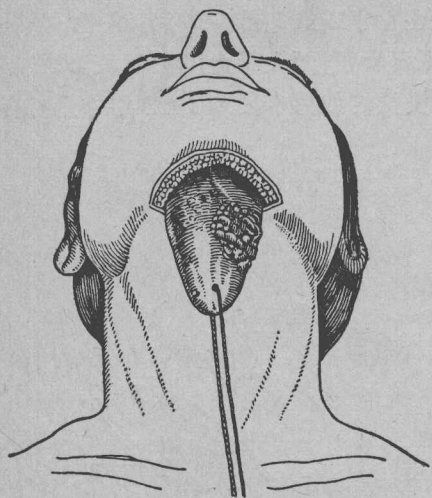


图 8 Regnoli 氏暴露舌部的方法。虽然这个方法在整个十九世纪的外科文献中常有刊载，但从现代的观点看来这种暴露舌前部的方法，并不见得比通过张开的嘴进行手术有何优越之处。（原载 Ashurst 氏著“外科的原理和实践”第 6 版，1893 年费城 Lea 出版）

年代和二十世紀的初期,这个手术才真正开始为人们所重视。

Billroth 氏(1873)被誉为首先成功地施行全喉截除术的人,这个手术在开始时尚不为人所重视。MacKenzie 氏于 1887 年曾有效的反对为鼎鼎大名的德国 Fredrick 三世施行这个手术,他表面的理由是没有得到活组织检查的证实,但是只要复习一下 MacKenzie 氏的著作,就可以知道他对于广泛性手术的信心是不大的,因为他的著作中几乎没有提到这一方面。1880 年 MacKenzie 氏复习了当时的文献以后忧伤的总结道:对于喉癌“我们的目的是在可能的范围内延长病人的生命,当那不可避免的时刻临近时,让病人较舒适地逝去”。

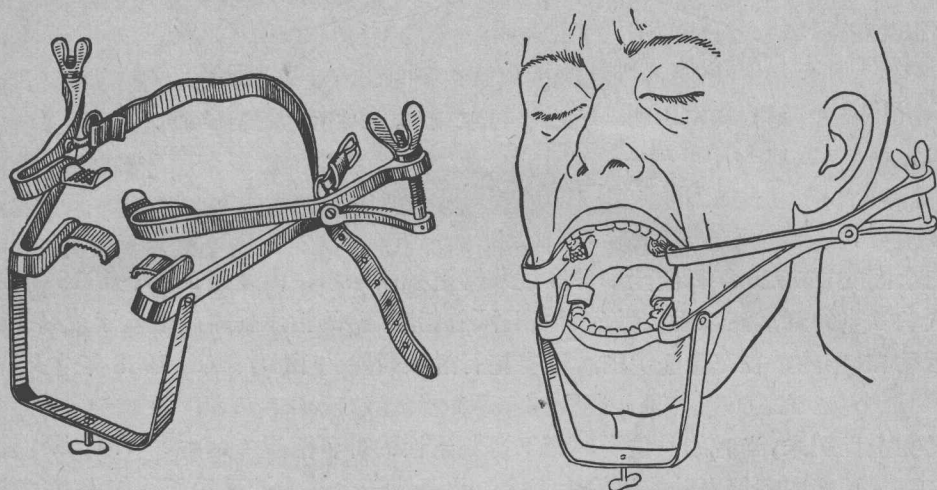


图9 左边是 Wood 氏(1800 年)行舌部手术的开口器的复制图。右边是根据想象而绘出的开口器使用时的情况。

在十九世纪的 80 年代, Gluck 氏是一位力主全喉截除的人,他甚至作过咽喉截除术,其广泛的程度,完全可与今日所行者媲美。Gluck 氏生动的叙述过全喉截除术在十九世纪 80 和 90 年代的死亡率,他说:“可以肯定的说,过去的作者很少看到一个正常的过程,丹毒、蜂窝组织炎、纵隔障炎、继发性出血、支气管炎、菌血性支气管肺炎、败血症、休克、尤其是心机能代偿不全和随之而来的心肌梗塞等,常造成病人的死亡。所以我这几次手术 25% 的死亡率,就目前来讲,实在是一个很低的数字”。至于在十九世纪 70 和 80 年代对喉癌手术抱悲观态度的,则有当时的两位权威——MacKenzie 氏和 Mandl 氏,他们两人各著有教科书一本,但对癌肿的治疗,都只简略的提了一下。

1908 年 Hartley 氏描述了部分喉截除术和全喉截除术的操作技术,包括一种分期手术的方法,先作一暂时性的咽切开,再作第二期的整复手术。他用氯仿作麻醉,并倡议摘除肿大的“腺体”。该氏报告十九世纪 80 年代全喉截除术的死亡率为 44%。是后, Von Bruns 氏称,此一数字,已在他的 22 例中降为 4%。1926 年 MacKenty 氏报告过 100 例,手术死亡率亦为 4%。就当时的条件来说,这的确是一个很了不起的数字。Irwin Moore 氏于 1921 年报告喉裂开术时,只略提了一下全喉截除术,可能他本人没有作过这个手术。查阅 Chevalier Jackson 氏和 St. Clair Thomson 氏的大量著作,发现甚至在二十世纪头 25 年内的外科医生,虽然广泛使用了经喉裂开途径的部分喉截除术,但对全喉截除术