

美国纪念斯隆-凯特琳癌症中心头颈科学习体会与思考

Learning and Consideration from Department Head and Neck of Memorial Sloan-Kettering Cancer Center//DONG Hui-lei, LI Zhen-dong, LI Shu-chun

董慧蕾,李振东,李树春 (辽宁省肿瘤医院,辽宁 沈阳 110042)

摘要: 纪念斯隆-凯特琳癌症中心是世界上历史最悠久、规模最大的私立癌症中心,头颈科是该中心的重点科室。通过临床观摩了解纪念斯隆-凯特琳癌症中心头颈肿瘤的治疗现状,思考我国目前与国际先进医院的差距,以提高头颈肿瘤诊治水平。

关键词: 纪念斯隆-凯特琳癌症中心;头颈肿瘤;肿瘤治疗

中图分类号: R197 **文献标识码:** C **文章编号:** 1004-0242(2012)04-0274-04

1 纪念斯隆-凯特琳癌症中心概况

美国纪念斯隆-凯特琳癌症中心(Memorial Sloan-Ketterlin Cancer Center,下称 Mskcc)是世界上历史最悠久(127年)、规模最大的私立癌症中心,在2010年《美国新闻与世界报道》全美癌症专科医院中排名第二^[1]。Mskcc的前身是1884年由John J. Astor夫妇等人共同建立的纽约癌症医院,最初座落于曼哈顿上西区。1936年John D. Rockefeller, Jr.向医院捐赠约克街的一片土地并于1939年在这片新址建立纪念医院(Memorial Hospital)。

20世纪40年代,通用汽车公司的两位前负责人Alfred P. Sloan和Charles F. Kettering在纪念医院附近建立斯隆-凯特琳研究所(Sloan-Kettering Institute,SKI)。1948年,SKI正式开始研究工作,成为全美首屈一指的生物医学研究机构之一。1960年,SKI和纪念医院正式合并成立纪念斯隆-凯特琳癌症中心(Mskcc)。2004年,中心建立Louis V. Gerstner, Jr.生物医学研究生院,提供癌症生物学的博士学位教育。

中心目前拥有470张床位,11 474名雇员,其中包括纪念医院的804名主治医师(attending staff)

和SKI的142名成员。2010年,住院患者24 346例,门诊515 835人,平均住院日5.9d,床位利用率84%,手术病例19 362人次,总收入2 413 90万美元。

1.1 Mskcc 头颈科历史及现状

由Henry Janeway(1914~1921年)首先在Mskcc成立全球范围内第一个头颈外科。20世纪40~50年代Hayes Martin创建并组织普通外科医生对头颈部肿瘤进行外科治疗,真正形成专业分科提出专业化治疗新概念。1954年由Martin以Mskcc为依托成立了世界范围内第一个头颈外科医师学会——头颈外科学会(SHNS),由此奠定了近半个世纪Mskcc头颈科在全美肿瘤领域的领先地位。现任头颈科主任是国际头颈外科联盟主席Jatin P. Shah教授,目前科室有8名主治医师,截止至2011年11月12日头颈科手术共1 645例(表1)。

1.2 硬件设施

Da Vinci机器人手术辅助系统是近十年来外科领域的亮点,它是计算机技术、视频显微技术、远程通讯技术及现代医学技术的完美结合,它以其全新的视角和微创效果被誉为外科发展史上的一次革命并将手术的精确提升到一个全新高度。2010年FDA正式批准机器人手术辅助系统在头颈外科开展使用,同年Mskcc即开展口腔、咽喉及咽喉良恶性肿瘤

收稿日期:2011-12-22

E-mail:huilei78@yahoo.com.cn

表 1 2011 年度 Mskcc 收治病人数

部 位	新增病例数 (2011 年 11 月 7 日~ 2011 年 11 月 12 日)	总数
皮肤癌	3	103
口腔癌	3	196
口咽癌	2	55
下咽癌	0	0
喉癌	0	32
唾液腺肿瘤	2	117
甲状腺及甲状旁腺肿瘤	14	663
鼻腔及鼻窦肿瘤	1	5
活检及内镜	7	208
气管切开	0	17
单纯颈清	3	134
其它	5	115
合计	40	1645

的机器人手术。机器人手术具有减少失血、美观、微创、术后快速恢复、缩短住院时间、无需气管切开等优点。通过专用开口器暴露术腔,将已固定好手术器械的机械手臂和具有真正三维景深和高分辨率的数码摄像头放置于口腔内,通过操控台控制机械手臂的仿真手腕完成所有精细动作。

Mskcc 的 21 间手术室及头颈门诊诊室都配有内镜显示成像系统,可完成目前已在临床应用的所有内窥镜检查。患者进入全麻状态后于术前再次检查原发灶的侵袭范围,确保手术安全准确。术后利用内镜检查确保肿瘤完整切除并留存相关图片记录以便术后随诊对比动态记录。手术器械既全又精,小手术如甲状腺手术仅器械就非常多,仅是暴露术野的拉钩就有 5 种。手术中使用的各种材质、各种型号缝线近 20 种,手术室还配有术中放疗系统、显微激光手术系统、彩色超声术中定位系统等先进设备。

1.3 基础研究

Mskcc 的前任院长是诺贝尔医学奖得主法莫施博士,法莫施博士反复强调长期性基础研究的重要性,反对目光短浅的功利性应用研究,他还倡导加强临床科学研究和基础科学家对临床问题的兴趣。因此 Mskcc 的基础研究一直处于领先水平并且临床应用性极强。Mskcc 内部网的主页上每天都会列出当日和次日所有医学研究会议召开的地点,以便研究者选择性的参加。头颈科有 2 个基础研究实验室,分别由 Bhuvanesh Singh 和 Richard J. Wong 领导,每周他们都会抽出一个小时的时间召开实验室研究会议,讨论研究中遇到的问题;实验室条件也

非常好,实验仪器可互相借用。几乎每周都有来自于美国内外的著名专家讲座。

1.4 数字化医院

医院的无纸化程度很高,网络是医院的中枢神经。同事间的联系、医患之间的联系都是依靠发达的电子邮件系统维系;免费的无线高速网络覆盖整个医院;医护人员配有专用传呼机,便于随时与医院保持畅通的联系。患者的所有医疗信息包括文字类、图像类及多媒体都录入电脑,检查结果都是同期传输,医生可以按需调取相关信息,便于诊治及随访。

1.5 医患关系

Mskcc 头颈科的 8 名主治医生学识渊博,本专业及相关领域基础扎实,高素质成就了 Mskcc 的金字招牌,患者和家属信任并尊敬医生。病人一般只询问预后,对手术的风险都认为是应该承受的。对于医疗诉讼,美国有专门的规范和机构,参与者不仅是熟知医疗专业技术的人员,还有各类非医疗专业人士,尽可能平衡医患之间因知识不对等引发的问题,配合其它的监督体系(比如保险公司),确保医疗官司也像其它官司一样是被公正解决。

2 体会与思考

2.1 建立科学的综合治疗模式提高患者生存质量

经过近 20 年科技的飞速发展,肿瘤的治疗已经迈进一个崭新的时代。头颈部肿瘤的治疗已由过去单纯强调手术,发展到多学科间的合作(手术、放疗、化疗及分子靶向治疗)。手术、放疗再辅以化疗、生物治疗正在形成主流趋势。虽然 2010 年 7 月的《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》上已正式发表头颈肿瘤治疗多学科间合作专家共识^[2],以往头颈肿瘤治疗中手术和放疗占据主导地位,此次共识强调了病理和化疗在治疗中的地位,但我国受各方面因素的制约目前尚未能有效的开展。Mskcc 头颈科这方面颇有建树,恶性肿瘤患者不会只接受一个科室治疗,如甲状腺癌的治疗由内分泌科和头颈科医生共同完成,恶性黑色素瘤病人会同时接受头颈科和专业的恶性黑色素瘤医生的治疗,口咽和喉咽的病人除了特别早期的病例(支撑喉镜下显微激光手术或机器人手术)或保守治疗后复发的病人仅接受手术治疗,其余病例均同步放化疗,有部分病例参与临床研究同期

合并分子靶向治疗。

笔者感触最深的是,经过保守治疗的舌根癌患者预后好、生存质量高,即便颈部有 N_2 转移灶,同步放化疗也可以使肿瘤消失。查阅近 5 年的文献,国内的治疗仍以手术为主,不仅范围广、创伤大,而且吞咽和发声功能均受到一定的影响^[3-5],喉癌即便是声门上型喉癌,在 Mskcc 最常见的治疗措施是放疗,这与国内喉癌以手术为主的治疗策略完全不同,放疗和手术对于喉癌在 Mskcc 的经验是相近的生存率和生存质量的巨大差异(再完美的部分喉手术后发声也不能与未做过手术的发声相比较)。Mskcc 对 T_1 患者的手术是支撑喉镜下的显微激光手术,开放式的喉手术仅限于复发和无法保守治疗的病例,半年内未见过一例行开放式部分喉手术。

作为一个传统外科医生最相信的就是自己的手术刀,但这把刀并不是万能的,重建修复水平再高也比不上正常生理解剖功能。我们应该加强与国际先进治疗理念相融合,多看、多读、多比较,这样才会给患者带来福音。

2.2 树立患者至上的服务理念

Mskcc 作为全美最富盛名的癌症中心,来此就诊的患者非常多。预约式服务保证了医疗工作高效有序的开展,包含详细治疗记录的门诊病志会提前被送至医生处以便在接诊前对就诊患者客观评估全面治疗。每名医生配有 2 个诊室,通常一名医生每天会接诊 30~40 名病人包括首诊及术后定期复查的患者,平均每名患者 15min。患者的就诊时间在进出检查室时由工勤人员记录在案,以保证每个患者都得到细致的诊疗。初诊的患者往往先由主治医师的专属护士询问病史书写病志并向主治医生汇报,然后再由医生亲自查体定诊,通常这时工勤人员会将下一位患者领至另一个诊室做好相应的准备工作,高效的服务确保了患者利益的最大化。

作为美国癌症治疗的最顶尖级医院,来 Mskcc 就诊的很多都是晚期或治疗失败的病例,手术经常需多学科协作。整形外科是头颈科最亲密的伙伴,每周这里都会有至少 4 台以上的游离皮瓣修复手术,在确诊后由头颈科医生根据病情安排患者分别至整形外科和或放疗门诊咨询制订治疗计划。头颈科医生决定切除范围、整形外科医生完成修复,内分泌科或放疗科或肿瘤内科医生负责术后治疗。虽然

头颈科医生也具备同期修复的能力,但为了让患者得到更专业的治疗,修复工作通常由整形外科医生来完成。

发展中国家受经济发展水平所限,治疗的着眼点往往更注重如何延长生存时间而在很大程度上忽略生存质量。而 Mskcc 特别注重生存质量,笔者曾亲历一名前颅底腺瘤手术及放疗后在上颌窦内壁复发再次手术的病例,全麻成功后先鼻内镜详细检查一遍确定病变范围拍摄病变部位内镜图片并取冰冻病理,再次证实后行鼻侧切;切除后患侧鼻根出现洞穿性缺损,因手术破坏鼻泪管,术中由眼科医生行鼻泪管置管术,且考虑到恢复期患者的美观分别从上下泪囊各置一个管于鼻腔内结扎固定;最后再由整形外科医生修复鼻根区的洞穿缺损。每个细节都折射出精益求精的工作态度,一切以患者能得到最佳的治疗和最良好的生存状态为准则。功能保全性外科在这里得到最完美的诠释,尽最大可能地避免对患者的生理和心理造成影响。

2.3 培养严谨的科研作风

头颈科的 8 名主治医师每人都承担着至少 2 项的临床研究,涉及的领域不仅仅是肿瘤基础研究及治疗方面,甚至包括心理治疗评估。每名医生都有自己的科研工作组,每周工作时间有一半都放在科研工作中,每周都会召开实验室会议,对本周的工作进行总结并制订下一步的科研计划。科室也很重视对病例的回顾性分析,每周四进行的头颈科病例讨论会是 Mskcc 的一大特色,与会者不仅有头颈外科医生,还有口腔科、内分泌科、病理科、放疗科、肿瘤内科、影像科医生。会议通常由头颈科主任 Jatin P. Shah 教授主持。病例讨论会一般分为两部分,第一部分是对科内近期有代表性的病例进行回顾性分析,然后就这个疾病目前的最近进展和临床存在有争议的部分引导在座的各个科室专家展开讨论,通常对于同一病例的治疗方式各科室专家会发表自己不同观点,各种最新的观点、最全的数据、专家的临床经验都交叉其中。第二部分是专题讲座,Mskcc 很注重国际交流,经常邀请美国国内外该领域的知名专家进行讲座。

科研的触角已细化到每份检查报告和治疗记录中,这里的一份病理报告非常详细。以舌癌颈部淋巴结转移为例,包括原发灶肿瘤的分化程度、位置、大

小、是否侵袭至骨骼肌、是否存在血管侵犯、神经周围侵犯、侵袭模式、是否为多灶性病变、是否为原位癌、手术切缘情况、转移淋巴结的分区、每个分区中包含淋巴结数目、存在转移淋巴结数目、转移淋巴结最大直径、转移淋巴结内转移灶最大直径。而国内的病理报告通常只有寥寥数句:舌高分化鳞癌,淋巴结见转移癌。Mskcc 的严谨值得国内同行学习。

2.4 建立循证医学指导下的随访体系

循证医学是国际临床医学领域近年迅速发展的学科,其核心思想是:任何医疗决策都应建立在新近最佳临床科学研究证据、临床专业知识技能及病人的需求三者结合的基础之上。病例的回顾性分析构成了目前国内临床科研的主体,而详实的医疗信息记录和病人定期的随访是回顾性分析的基石,这就要求临床医生应仔细采集病史和体格检查,详细记录病情演变,通过回顾性分析总结归纳发现疾病的新特点,促进诊治的规范化和制度化。Mskcc 特别注重肿瘤患者的随访,每名患者从踏入 Mskcc 的第一天起就已经成为这里临床科研的研究对象,由经治医生对患者进行随访,针对性更强,既利于及早发现复发征象,又督促医生发现问题、深层研究,促进医疗水平的提高。患者的依从度很高,严格按照医生建议定期复诊。笔者在 Mskcc 见过最长的随访已经 35 年,至今仍保持着一年一次的门诊随访。患者的门诊病历一般分为三部分:第一部分是外院检查结果或

经治医生出具的诊治概要或其它科室医生随诊的记录;第二部分是原发灶在治疗前后的照片及每次复诊的照片,客观真实地记录病情演变经过;第三部分是最重要的——病情记录(从初诊到手术再到术后复诊)以及重要的检查结果比如影像学、病理学检查报告。门诊病志记录方式也不同于我们模板式粗线条的记录(仅限于主述、现病史、专科检查和简单的处置),除了上述客观情况记录外更强调医生对病情的分析和诊疗时医患双方的态度及患者对目前状况的理解程度。目前国内重治疗,轻随访,虽然各大肿瘤医院都已配备随访室,但仍仅限于电话随访,信息量有限,没有临床经治医生的参与,很多关键信息缺失,无法进行回顾性分析,患者的依从度很低,不重视随访,还急需加强对患者的宣教。

参考文献:

- [1] Best Hospitals 2007: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York[J]. U.S. News & World Report, 2009.
- [2] 卢泰祥,唐平章.头颈部肿瘤综合治疗专家共识[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(7): 535-541.
- [3] 王玉丽,彭歆,罗弈.前臂皮瓣修复舌癌术后舌缺损患者的生存质量评价[J]. 中华口腔医学杂志, 2011, 46(1): 27-30.
- [4] 陈晓红,韩德民,黄志刚,等.改良的胸大肌岛状肌皮瓣在头颈外科的应用 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 31-35.
- [5] 万光勇,刘太生,张明宾,等.小腿内侧游离皮瓣修复舌根癌切除后缺损[J]. 中华整形外科杂志, 2008, 24(1): 3-5.