

头颈科百舸争流 40 年

魏宏明,李振东,李树春
(辽宁省肿瘤医院,辽宁 沈阳 110042)

摘要: 全文介绍了辽宁省肿瘤医院头颈科 40 年的发展历程,叙述了头颈科在临床和科研方面所取得的进步和成绩,着重介绍科室特色、先进诊疗技术以及近年来大力开展的头颈肿瘤多学科协作诊疗技术。

关键词: 头颈部肿瘤;多学科协作;医院管理

中图分类号:R197 文献标识码:C 文章编号:1004-0242(2015)09-0733-04
doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2015.09.A005.

The 40 Years Development of Head and Neck Department, Liaoning Cancer Hospital

WEI Hong-ming, LI Zhen-dong, LI Shu-chun
(Liaoning Cancer Hospital, Shenyang 110042, China)

Abstract: The 40 years development of head and neck department of Liaoning Cancer Hospital is introduced. The improvements and achievements of clinic and research are described, the characteristic of department, advanced technology in diagnosis and treatment, and multidisciplinary team therapy of head and neck tumors are introduced in this paper extremely.

Key words: head and neck tumors; multidisciplinary team; hospital management

辽宁省肿瘤医院建院之初,头颈科归属于综合外科。1984 年正式成立了头颈科,编制床位 32 张,并于 1989 年被辽宁省卫生厅批准为重点科室。目前编制床位 60 张,年门诊量为 1.5 万人次以上、收治病人数为 1500 人以上、手术例数一千多例。科室医疗技术力量雄厚,医护人员共 40 人,其中主任医师 6 人、副主任医师 3 人,博士 2 人、硕士 7 人。头颈科名誉主任李树春是科室创始人。现任头颈科主任李振东,硕士生导师,享受国务院政府津贴,辽宁省百万人才工程百人层次人才。

1 头颈科科室特色及先进技术

头颈科临床工作以甲状腺肿瘤和喉癌外科治疗最具特色。近年来,开展甲状腺癌、喉癌等头颈肿瘤微创外科及颈淋巴结改良清扫功能保留手术,将微创及多学科综合治疗观念引入到头颈肿瘤的临床治疗。

收稿日期:2015-05-17;修回日期:2015-07-09
通讯作者:李振东, E-mail: 1349946150@qq.com

1984 年开始,李树春主任创造性地吸收应用胸大肌皮瓣,食管拔脱、咽胃吻合、结肠代食管等技术重建下咽颈段食道,对不同主要原发部位的肿瘤重建消化道有了更为恰当合理的解决手段,突破了下咽颈段食管癌外科治疗的禁区。在此基础上,胸大肌皮瓣在头颈部的广泛应用,使一些晚期的头颈恶性肿瘤得到了彻底治疗,如复发的喉下咽肿瘤、侵及皮肤的晚期肿瘤均因胸大肌皮瓣的应用而得到了更为彻底的治疗。目前为止,应用胸大肌皮瓣已达 450 例。联合喉气管瓣解决了下咽食管全周切除皮管术后狭窄并发症,喉气管瓣及其复合瓣重建上消化道手术简便易行,功能效果良好,有高度实用性及较少的并发症,适合于大多数晚期下咽癌患者^[1],该类手术已达 100 例。颅面联合进路切除前中侧颅底恶性肿瘤,保证了恶性肿瘤切除的彻底性,打破了颅底筛窦肿瘤的手术禁区,延长了这一部分患者的生存期,已完成手术 80 余例。前上纵隔暴露切除纵膈肿瘤或累及纵膈的颈部肿瘤,具有创伤小、暴露充分等优势,使肿瘤得到了彻底切除,已完成手术 90 例。

甲状腺肿瘤手术低领式小切口,原切口引流改善了美容效果。保留甲状旁腺明显降低了低钙抽搐的发生率。永久性甲状旁腺功能低下是甲状腺手术的严重并发症,其发生率为1.8%~35.3%^[2]。国外报道甲状腺全切除术后甲状旁腺功能低下发生率可达68%^[3,4]。临床上表现为低钙血症,需长期补充钙剂和维生素D,目前仍然无有效的治疗方法^[5]。目前,我科已开展纳米碳负显影技术,使甲状旁腺的保护有了较好的方法。

甲状腺癌治疗应提倡个体化,将分化型甲状腺癌分成三个危险组制订治疗措施和判断预后是十分正确的^[6]。目前对于分化型甲状腺癌的切除范围尚有争论,但基本的诊疗规范和手术原则规范已经成为了共识,在临床工作中应遵循彻底切除的原则,并根据不同的患者采用个体化的手术方案,为每一位患者量身定制最佳的治疗方案。甲状腺癌局切术后癌残留率较高,有选择的手术治疗是必要的,再次手术没有增加并发症^[7]。文献报道甲状腺癌治疗后的5年生存率为84.4%~97.0%;10年生存率为78.1%~93.2%^[7,8]。除了手术的彻底性,原发肿瘤的分期和患者的年龄也是影响预后的重要因素^[9]。上呼吸消化道受侵是甲状腺癌影响预后的重要因素。有下列情况者应考虑再次手术治疗:①首次按良性肿瘤局部切除患者,后发现原发灶有残留者;②检查发现颈部可疑淋巴转移癌或有被膜侵犯的甲状腺乳头状癌患者;③分化型甲状腺癌有远处转移时,拟进行核素治疗,需行甲状腺全切除者^[10]。经正确处理有较长生存期^[11]。

各种喉部分切除术的术后发音重建使喉癌患者恢复了发音功能,其中环状软骨上喉部分切除术中的环状软骨舌骨固定术(cricohyoidopexy, CHP)、环状软骨舌骨会厌固定术(cricohyoidoepiglottopexy, CHEP)可以恢复患者的发音功能。经过我们长期临床实践证明,这两种手术方式是安全可行的,术后能获得良好的嗓音功能和较高的生活质量,值得临床推广^[12,13]。围手术期发声训练和发声再教育是喉手术治疗过程中的重要环节,通过围手术期言语训练可以提高患者术后言语能力^[14]。

腹直肌肌皮瓣由于切取了部分腹直肌而可能发生腹壁强度减弱、腹壁膨隆和腹疝等并发症,限制了该皮瓣在临床中的广泛应用^[15]。游离股前外侧皮瓣克服了以上皮瓣的缺陷。目前已成为头颈肿瘤术后

缺损修复的首选方法^[16]。我科在国内率先开展了游离股前外侧皮瓣移植修复头颈恶性肿瘤术后缺损与功能重建技术。对拟行游离组织瓣修复头颈部术后缺损的患者,进行完善的术前评估,严格掌握手术适应证以及周全的术中、术后处理是减少手术并发症、提高成功率的关键^[17]。显微外科皮瓣一期修复头颈部组织缺损,明显减少了创伤,大大提高了患者的生存率和生活质量。近年来应用显微外科完成游离组织瓣修复头颈部恶性肿瘤术后缺损100余例,包括舌癌、颊黏膜癌、扁桃体癌、软腭癌、口底癌、下咽癌等,手术成功率达96.4%,此项技术处于国内领先、国际先进水平。其中,舌切除术后应用股前外侧皮瓣重建,保留了患者的下颌骨及牙齿,更好地恢复患者吞咽功能及面容。尤其下咽癌切除术后应用股前外侧皮瓣修复,保留了喉,使下咽癌的治疗发生了历史性突破。相信随着显微外科技术的熟练和头颈肿瘤术后功能修复标准的提高,游离股前外侧皮瓣作为一种修复三维缺损的方法之一,在头颈外科中的应用会更加广泛^[18]。

此外,前臂皮瓣、背阔肌皮瓣、腓骨瓣等组织瓣在头颈部的应用;腮腺肿瘤切除、面神经解剖术;游离空肠上消化道重建术;鼻部肿物切除术等技术已开展多年,积累了丰富的临床经验。同时,科室在喉癌、下咽癌、甲状腺肿瘤、口腔癌等头颈肿瘤个体化治疗与分子靶向药物治疗上都处于国内领先水平。

2 头颈科多学科协作诊疗模式

多学科资深医师同时诊治患者的模式是临床的迫切需求。2009年6月,头颈科开始筹划“头颈部肿瘤多学科协作综合诊疗(MDT)”团队,在2012年开展多学科协作综合诊疗,头颈肿瘤MDT门诊于2014年3月正式开诊。多学科团队由头颈外科、肿瘤内科、肿瘤放疗科以及影像、超声、病理、腔镜等多学科科主任及副高职称以上专家共同组成,每周召开综合诊疗会议。一部分晚期下咽癌患者经术前应用分子靶向治疗与放化疗,避免了切除全喉的手术,不影响患者治疗后的社会交流,很大程度上提高了患者的信心。该治疗模式为晚期头颈部肿瘤患者搭建了最佳治疗平台,极大地提高了患者的生存质量及生存期。

MDT优点:①缩短从诊断到治疗的时间;MDT

不同专科的医生能够在同一时间分析临床诊断资料;经过多学科会诊和讨论,根据大家共同接受的治疗原则和临床指南,制订出个体化治疗方案。②促进学科发展:通过具体病例会诊和讨论,进一步促进不同学科间的交流,增进不同学科的了解和较全面的认识。③多功能作用:肿瘤综合治疗协作组的功能并不是仅仅局限于制定临床治疗方案,更有设计和实施临床研究计划、开展基础研究、将基础研究成果向临床应用的转化功能;并且担负着医学教育功能。

3 头颈科学术交流及人才培养

2009年10月31日,头颈外科召开“辽宁省抗癌协会头颈肿瘤专业委员会成立大会暨第一次学术会议”,全省百余名同道参加了会议,会议一致推举李振东为主任委员。辽宁省抗癌协会头颈肿瘤专业委员会的创立,标志着我省头颈肿瘤防治工作进入了一个新的发展阶段,并为以后辽宁省头颈肿瘤外科学术交流打下了良好基础。

2010年10月,成功举办“辽宁省抗癌协会头颈肿瘤专业委员会常委扩大会”。2011年10月,成功举办“辽宁省抗癌协会头颈肿瘤专业委员会第二次学术会议”。近20年,科室先后选派8人到日本九州国立癌症中心、美国纪念斯隆-凯特琳癌症中心、美国MD Anderson cancer center、奥地利维也纳大学总医院、台湾荣民总医院、中国医学科学院肿瘤医院、北京同仁医院、北京口腔医院等地进修,学习了先进的诊疗技术与医学理念,吸取国外的经验,服务广大患者。

头颈科自成立以来,经过几代人的辛勤汗水,现已发展成为具有国内一流水平的特色科室,现已成为住院医师规范化培训基地、临床药物试验基地。近几年大力开展头颈肿瘤的多学科综合治疗以及更合理、更有计划的个体化治疗。现在头颈科MDT门诊已经正规化、常态化,多学科综合诊疗工作日益完善。喉、下咽癌的综合治疗,术前诱导化疗筛选敏感患者,更多地保留喉功能,提高了患者的生活质量。目前头颈外科的技术观念发展日新月异,在原来工作的基础上,我们将在以下几个方面开展工作:①甲状腺癌的微创手术;②喉功能保留下咽癌术后修复重建,开展更多的修复重建方式以更好地重建喉功

能。让患者达到能够正常发音和吞咽的状态;③下颌骨修复重建,口咽、口腔癌根治性手术常常需要切除部分下颌骨,下颌骨的缺失让患者吞咽、发音功能受到影响。游离腓骨骨皮瓣作为修复下颌骨的最佳手段在我科应用多年,但是,有些下肢外伤、下颌角部分缺损的病例我们可以选择更为合适的游离肩胛骨骨皮瓣、游离髂骨骨皮瓣进行修复;④鼻咽癌放疗后复发挽救性手术等。未来的头颈肿瘤将向宏观与微观两个方向发展:一是在肿瘤扩大根治方面,应用更多有效的方法完成根治后的修复重建,特别是颅底外科、颈胸结合区肿瘤的根治性治疗;二是在根治的基础上,探讨微创技术的开展。2015年,辽宁省肿瘤医院门诊病房综合大楼即将落成,头颈科也迎来了前所未有的发展机遇,相信在全科医护人员的共同努力下一定会取得更大的成绩。

参考文献:

- [1] Li SC, Li ZD, Xu CJ, et al. Upper alimentary tract reconstruction by laryngotracheal flap and its complex flap after resection of hypopharyngeal cancers [J]. Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2012, 19(10): 545-547. [李树春, 李振东, 徐成钧, 等. 喉咽癌外科切除后应用喉气管瓣及其复合瓣重建上消化道 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 19(10): 545-547.]
- [2] Wu GS, Ma XP, Liu J, et al. Effect of protecting parathyroid in situ in the operation of total thyroidectomy [J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2010, 45(2): 120-123. [吴高松, 马小鹏, 刘捷, 等. 甲状旁腺原位保护技术在甲状腺全切除术中的应用 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(2): 120-123.]
- [3] Thomusch O, Machens A, Sekulla C, et al. The impact of surgical technique on postoperative hypoparathyroidism in bilateral thyroid surgery: a multivariate analysis of 5846 consecutive patients [J]. Surgery, 2003, 133(2): 180-185.
- [4] Cavicchi O, Piccin O, Caliceti U, et al. Accuracy of PTH assay and corrected calcium in early prediction of hypoparathyroidism after thyroid surgery [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 138(5): 594-600.
- [5] Cheng RC, Ai YQ, Diao C, et al. Clinic investigation of exposing and functionally protecting parathyroid glands during thyroidectomy [J]. Chinese Journal of Bases and Clinics in General Surgery, 2009, 16(5): 351-355. [程若川, 艾杨卿, 刁畅, 等. 甲状腺手术中甲状旁腺显露及功能保护的临床研究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16

- (5):351-355.]
- [6] Li SC,Dong HL,Li ZD. Classification of the three risk groups in differentiated thyroid cancer and its significance in management and prognosis[J].Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery,2006,13 (9):611-614.[李树春,董慧蕾,李振东.分化型甲状腺癌危险组的划分及其意义[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,13(9):611-614.]
- [7] Song M,Chen FJ,Wu GH,et al. Reoperation for thyroid carcinoma patients who received nonstandard operation[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology,2004,39(8):451-455.[宋明,陈福进,伍国号,等.甲状腺癌不规范手术后再手术相关问题的探讨 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(8):451-455.]
- [8] Duan DS,Ren Y,Wu YL. Analysis of operation after second surgery after thyroid cancer resection alone[J].Cancer Research and Clinic,2004,16 (4):276-277.[段东升,任媛,吴雨雷.甲状腺癌单纯切除术后二次术后手术分析[J].肿瘤研究与临床,2004,16(4):276-277.]
- [9] Cushing SL,Palme CE,Audet N,et al. Prognostic factors in well-differentiated thyroid carcinoma[J].Laryngoscope,2004,114(12):2110-2115.
- [10] Li ZD,Dong HL,Li SC,et al.268 cases of clinical experience summary of re-operation after local resection of thyroid cancer [J].Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery,2005,40(11):859-861.[李振东,董慧蕾,李树春,等.甲状腺癌局部切除术后再次手术 268 例临床经验总结 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(11):859-861.]
- [11] Liu HW,Li ZD,Dong HL,et al. Surgical treatment and reconstruction of thyroid carcinoma invading cervical esophagus and trachea full-thickness[J].Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery,2014,28 (24):1927-1930.[刘宏伟,李振东,董慧蕾,等.侵犯上呼吸消化道甲状腺癌的治疗[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(24):1927-1930.]
- [12] Li ZD,Liu HW. The evaluation of pronunciation of the supracricoid partial laryngectomy for laryngeal cancer[J]. Chinese Clinical Oncology,2011,16(5):452-455.[李振东,刘宏伟.环状软骨上喉次全切除术发音效果的评价[J].临床肿瘤学杂志,2011,16(5):452-455.]
- [13] Robin AS,Kimberly TW. Swallowing and speech therapy after definitive treatment for laryngeal cancer[J].Otolaryngol Clin North Am,2002,35(5):1115-1133.
- [14] Xiao SF,Yu P,Li WY,et al. The theory of the development of voice medicine [J].Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery,2007,42(8):563-580.[肖水芳,于萍,李五一,等.论嗓音医学发展[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(8):563-580.]
- [15] Geddes CR,Morris SF,Neligan PC. Perforator flaps: evolution,classification and application [J].Ann Plast Surg,2003,50(1):90-99.
- [16] Mao C,Yu GY,Peng X,et al. A review of 545 consecutive flap transfers for head and neck reconstruction a new microsurgery unit[J].Chinese Journal of Otorhinolaryngology,2003,38(1):3-6.[毛驰,俞光岩,彭歆,等.545 块头颈部游离组织瓣移植的临床分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(1):3-6.]
- [17] Wei HM,Li ZD,Liu HW,et al. Analysis for the reason of postoperative complications of free tissue flaps which were used to repair the vacancy of head and neck tumors[J]. Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery,2013,20(12):617-620.[魏宏明,李振东,刘宏伟,等.游离组织瓣修复头颈部术后缺损并发组织瓣坏死的原因[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,20(12):617-620.]
- [18] Liu HW,Li ZD,Dong HL,et al. Application of free antero-lateral thigh flap in head and neck surgery [J].Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery,2011,46(5):378-381.[刘宏伟,李振东,董慧蕾,等.游离股前外侧皮瓣在头颈外科中的应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,46(5):378-381.]

贺辽宁省肿瘤医院建院 40 周年!