

## 头颈部恶性肿瘤广泛切除术的应用与评价

中国医学科学院 日坛医院外科头颈组 哈献文

近年来，由于放射技术和设备的改进，化学治疗的大量临床试用，以及对于机体免疫研究工作的开展，为肿瘤的非手术疗法，提供了希望。但到目前为止，对某些肿瘤或某些部位的肿瘤，外科手术仍不失为主要治疗手段之一。如何摆好手术疗法的位置，特别是如何恰当地估计带有破坏性手术的价值，是当前临床工作中常遇到的实际问题。

头颈部是人体许多高度分化的感觉器官集中的地方，由于各个器官紧密相邻，一个器官的肿瘤，如治疗不及时，往往迅速地波及到另一器官；而采用根治性手术治疗，易造成患者永久性的生理功能缺陷和畸形。因此，如何正确采用和估计头颈部广泛手术的价值，有重要意义。

不少头颈部肿瘤，采用放疗或化疗比手术治疗为优，也有不少肿瘤采用手术与放疗或化疗的综合疗法，可缩减手术的破坏范围，提高患者的生存率。但各种治疗方法各有其适应症，任一方法，都不能作为常规的治疗方式。

对于某些头颈部肿瘤，主张采用广泛性切除手术的理由如下：

(1) 头颈部肿瘤可以从三层胚细胞起源，病种繁多，有的对于放射及化疗的反应较差，难于达到根治，如骨或软组织肉瘤、溃疡性舌癌、上颌窦癌等。特别是对那些放疗失败的患者，根治性手术成为争取治愈的唯一手段。

(2) 水电解质平衡、肿瘤病理、和病理生理学的进展，输血和抗菌素的应用，麻醉技术的进展等，对扩大的手术疗法提供了

有利条件。整形外科对组织缺损的修复以及早期功能恢复的训练，使这种手术，有被患者接受的可能。

(3) 头颈部原发肿瘤往往先转移到颈部淋巴结并在较长时间内停留于锁骨水平以上，使颈部淋巴结根治性切除和联合根治术的效果，较其他部位的清除术为优。

(4) 一般说来头颈部广泛性手术的死亡率和并发症较低，且疗效尚佳。

由于肿瘤生物学的复杂性，肿瘤部位和病理类型的差异，对于广泛性手术切除的估价，只能从某一手术或某一肿瘤作具体分析。下面将日坛医院头颈外科近年来对某些头颈部恶性肿瘤采用广泛性切除术的临床经验分析如下：

### (一) 关于甲状腺癌的手术问题

分化较低的甲状腺癌中，除髓样癌外，其他如未分化癌、鳞癌等，无论何种疗法，绝大多数患者均在短期内死亡。对此，手术疗法很难有根治意义。至于分化较高的甲状腺癌，如乳头状癌和滤泡样癌，目前一致认为应手术切除，但切除多大范围，各家争论很多；从次全切除到全甲状腺切除；从颈淋巴结的局部摘除到根治性或预防性的大块切除，意见迄未统一。

主张甲状腺广泛切除的理由是大约70%以上的患者，癌变为多发中心<sup>①</sup>，一侧腺叶肿瘤扩散到对侧腺叶的机会甚大<sup>②</sup>；广泛性切除可降低局部复发和死亡率<sup>②</sup>。反对广泛切除的理由主要因为这种手术常造成患者永久性的甲状腺甚至甲状旁腺功能低下，并认为甲状腺癌的自然病程长，保守性手术更为

理想。

我院过去对于甲状腺癌的手术范围，也缺统一认识。在1958.5~1973.5期间，手术治疗高分化的甲状腺癌105例，73例作了腺叶切除，33例作了全甲状腺或接近全腺体的广泛切除，其五年生存率情况如下：

手术方式	高分化甲状腺癌 106例的5年生存率	
腺叶切除	54/73	74%
全切或近全切	33/33	100%

上表的例数虽少，但广泛切除的效果较好， $P < 0.01$ ，差异显著。

同期收治的各种甲状腺癌患者137例，108例就诊时摸到颈部肿大淋巴结，72例作了颈淋巴结根治性清除，少数并作了双侧或上纵隔淋巴结清除术，结果有70例颈淋巴转移，阳性率为97.1%；术后情况见下表， $P < 0.001$ ，差异非常显著。

手 术 及 例 数	五 年 以 上 生 存 数
颈淋巴结根治清除组(72例)	60/72(83.3%)
颈淋巴结局部切除或未作手术(65例)	34/65(52.3%)

文献报道甲状腺癌转移的阳性率为70.6%至90%以上，即使颈部摸不到淋巴结，仍有61.2%至68.7%有转移④⑥⑧。所以有人认为对甲状腺癌患者作颈淋巴结根治性切除术，可提高生存率⑦⑨。本组结果亦如此。

如手术切除不彻底，术后辅以放射治疗，对高分化的甲状腺癌，意义不大。本组20例术后大剂量Co<sup>60</sup>放疗，第二年死亡3例，至第5年有4例复发或转移。因此我们认为对于甲状腺乳头状癌、滤泡样癌或髓样癌，作甲状腺广泛切除，临床或病理示有颈淋巴结转移时，同时作根治性淋巴结大块切

除是值得采用的方法。

## (二) 下咽癌和颈段食管癌广泛切除术

下咽部为上呼吸道和消化道汇合的地方。下咽和颈段食管肿瘤，由于手术复杂，修复困难，过去多采用单纯放射疗法，效果不够理想，据国外报道，其3年生存率大致为3.5~12%左右⑩⑪。Wookey (1948)⑩和Raven (1952)⑪曾采用广泛切除治疗，5年生存率一般可达20—30%。Razack氏⑫最近报告有计划的放射与手术综合治疗，五年生存率达37.3%。目前，对此类肿瘤除非能在浸润前作出早期诊断，往往不得不进行广泛切除。

我院头颈外科从1964年以后，广泛手术治疗下咽癌和颈段食管癌16例；10例随诊已达五年以上，平均年龄为44岁。 $T_3$  9例均作了全喉、下咽和颈段食管的广泛切除，其中8例用结肠(例1)，1例因结肠的长度不够，用胃管一期修复被切除的下咽和食管。另一例环后癌侵犯咽后壁的 $T_2$ 患者，只作了全喉和下咽切除和一期口咽、食管的端端吻合，术后恢复都很顺利，只一例发生吻合口狭窄，扩张后好转。

下咽癌的颈淋巴转移率较高，一般在60%以上⑬。因此，对 $T_3$ 的病人，无论临幊上是否有肿大的淋巴结，要求同时进行患侧的颈淋巴结根治性切除术。本组9例为 $T_3$ ，都作了原发灶和淋巴转移癌的广泛切除，病理检查除1例颈淋巴结阴性外，其余8例都有转移。

本组随诊5年以上的10例中，只1例系大量放射后复发，死于手术后3个月之内。另1例生存4年4个月死于意外事件，其余8例中有4例已分别健存5~15年以上，并能参加家务和生产劳动。

虽然我们的经验很少，但从这少数病例的疗效来看，采用广泛切除术，仍有治愈希望，倘能作好计划性的术前放疗，也许效果

更能提高。

### (三) 晚期上颌窦癌的扩大根治术

上颌窦癌的发病率在我国北方约为1%左右，特点是确诊晚，预后差。骨壁尚未破坏的早期患者，临幊上极为少见；癌组织一旦穿破骨壁，往往侵入窦壁周围器官，即使将整个上颌骨切除，也难治愈，因而甚至T<sub>2</sub>的患者也须把上颌骨连同受侵的面颊部软组织或眼球等一并切除。手术与放射综合疗法，可提高上颌窦癌的5年生存率。Larsson氏单独放疗的5年生存率为12%，而放射与手术综合，则提高到45%<sup>⑩</sup>。我院也有相似体会（例2）。一旦肿瘤穿破上颌窦外后壁，侵入颞下窝，使张口困难或肿瘤越过硬腭中线，则被认为已无手术指征，最多进行姑息疗法<sup>⑪</sup>。自从Clifford和Barbosa<sup>⑫</sup>等氏相继发表上颌骨广泛切除术后，使骨壁广泛破坏或治疗后又复发的一些晚期患者，获得了根治的机会。

主张上颌骨扩大手术的理由是：上颌窦癌穿破骨壁后，很快地向眼眶、筛窦、翼腭窝……等区域扩散；上腭窦全切除后局部复发最多的部位是筛窦或术腔的后壁<sup>⑬</sup>，单纯切除上腭骨，势必无法达到根治目的。Barbosa等氏所主张的广泛切除术，其范围包括眶内容、颤肌的下1/3、颤弓、颤骨下窝的组织（达到翼内肌表面）、下颌骨升支的上段、患侧的整个上颌骨，患侧鼻腔内结构和筛窦，必要时切除筛板、鼻中隔以及耳咽管隆突的一部分；如是将以最大的可能，使切除时带有正常组织并易于把标本完整切下。这种手术由于结扎了领内动脉，使切除上颌骨时失血量大大减少，由于患侧的上颌骨升支截断，术后开口功能良好，并且畸形并不比常规手术更为严重（例3）。

1963年以后，我院曾收治过外院治疗后复发或就诊已有广泛破坏的极晚期上颌窦癌患者，并采用了Barbosa式的手术；其中随诊已满5年以上者20例，该20例几乎后骨壁

均已破坏，绝大多数上腭窦的6个骨壁广泛破坏，按1963年Sisson氏的分期<sup>⑭</sup>，应属于T<sub>4</sub>范畴。对于此类极晚期患者，经过上、下腭骨联合切除术后，20例中有5例生存6—10年以上，有的并能参加劳动。到目前为止，对某些T<sub>4</sub>的晚期上颌窦癌除了广泛切除外，还没有更好的办法。

### (四) 口腔癌的联合根治术

恶性肿瘤并不是局部器官问题，由于它的浸润和转移的特性，彻底的外科手术，必须切除局部器官连同附近组织和局部淋巴结。头颈部肿瘤中，特别是舌癌、牙龈癌和口底癌，经常采用原发灶和转移灶大块切除的联合根治术。切除舌的1/2、下腭骨及口底的1/2，加上患侧颈部淋巴结的清除，无论在功能、外形以及创伤上，都给病人造成很大负担；这样广泛破坏性手术是否有价值？能否用较保守的方法代替？确实值得研究。近来有人提出淋巴结有抗癌的免疫作用<sup>⑮</sup>，那么常规地进行联合根治是否正确？

头颈部肿瘤一旦出现淋巴结转移，其5年生存率要大大降低<sup>⑯</sup>。临床实践证明，如能把原发灶和转移灶同时切除，效果要比分期切除好；口腔癌与身体其他部位肿瘤不同，无论原发灶或颈淋巴结一方有肿瘤存在时，应同时把两者切除<sup>⑰</sup>。因而口腔癌的联合根治术是争取提高生存率的方法，术后局部复发率也比其他手术方法为低<sup>⑱</sup>，特别是对T<sub>3</sub>的患者应一律采用联合根治术。

据Sako等氏分析，淋巴结要在0.5—1.0厘米以上才可能摸到<sup>⑲</sup>，临床未查到而实际已有转移者的误诊率，在舌癌可高达46%以上<sup>⑳</sup>。Saxena氏等曾对440例舌癌随诊观察，开始时淋巴结阴性，以后47%出现淋巴结转移<sup>㉑</sup>。既然对早期淋巴结转移的临床检查可靠性较低，而口腔癌向淋巴结转移的倾向性很高，那么对于舌癌、牙龈及口底癌，除早期病变外，即使临幊上未摸到淋巴结，采用联合根治术，当是合理的。

本院一组采用联合根治术治疗舌癌22例，下颌癌11例，口底癌5例，随诊5年以

上，治疗效果尚不令人失望，其五年生存率如下：

	舌癌	下颌癌	口底癌	总的五年生存率
本组	11/22 (50%)	11/18 (66.1%)	1/5 (20%)	23/45 (51.5)

至于术后造成的畸形及功能障碍，由于手术方法的改进，如保留下颌骨的颏部，保留下颌骨体部边缘，或大皮瓣式的颈部切口，减少功能和外形的损伤，生存的患者多能恢复劳动。在未能找到更理想的治疗方法之前，对一些口腔癌患者采用广泛性破坏的联合根治术，仍然占有一定的地位。

综上所述，不难看出对于头颈部的某些恶性肿瘤，至今广泛的切除术仍属重要，但务要精确判断手术能否把肿瘤切除干净，患者是否已有远地转移同时对术后可能引起的并发症或后遗症事先作出确切的估计。此外，还应认识到：（1）广泛切除术只是对那些身体条件好，病变仍有切除可能，经选择后的少数患者才有好处；（2）术后往往带来严重的后遗症包括功能障碍和畸形。尚应看到近年来放疗、化疗、免疫和内分泌等各种非手术疗法在不断地改进，应该探索新的治疗方案而不应一味地扩大手术，来提高生存率。对于头颈部许多肿瘤，利用综合疗法已经取得较满意的效果，如日本Sato氏等采用放射，动脉插管化疗和局限性手术治疗上颌窦癌，已缩减了手术的破坏范围；于1965年后不再作全上颌骨切除，疗效反而比以前有所提高<sup>⑩</sup>。

虽然目前对于头颈部的一些晚期肿瘤行广泛性切除术仍有其不可取代的地位，但是我们决不能停留在这一水平上。努力的方向仍是对发病原因的探索，研究早期诊断和无破坏性治疗方法，以使扩大性手术得以逐渐减少，从而减轻患者对手术的生理影响和心理负担。

#### 参 考 文 献

1. Hardin, W.J. et al: S.G.O. 132:450, 1971
2. Greening, W.P.: Tumors of the Thyroid Gland by D. Smithers P. 103, E. and F. Livinstone. London. 1970
3. Grile, J.G.: S.G.O. 132:460, 1971
4. Tollefson H.R.: Cancer 17:1035, 1964
5. Attie, J.N. et al: Am.J.Surgery 122: 464, 1971
6. Lindsay S.: Thyroid Cancer UICC Monograph Series P.29, N.Y. 1969
7. James A.G. et al: 6th National Cancer Conference Proceedings P.689, Lippincott Co., USA 1972
8. Greening W.P.: Tumors of the Thyroid gland by Suithors P. 231, E. and F. Livinstone. London 1970
9. Harrison DFN, J. Laryngol. Otol. 86: 1189, 1972
10. Wooley H.: Brit. J. Surgery 35: 249, 1948
11. Raven R.W.: Oncology 1970 (10th International Cancer Conference) Vol. II, P. 197, USA, 1971
12. Razack M.S. et al: Am. J. Surgery 134: 489, 1977
13. Ward G.F. et al: Tumors of the Head and Neck P. 457 Williams & Wilkins Co. U.S.A. 1950  
(下转64页)

浙医一院又介绍四个病例，看来结节病在国内不一定少见，应当很好鉴别，避免片面性。结节病(Sarcoidosis)又称类肉瘤病或Boeck氏病，一八七五年首先由Hutchinson氏报告，一八九九年Boeck描述了它的组织学特征，是一种全身疾病，容易侵犯淋巴组织，特别是胸内淋巴结和淋巴组织。结节病灶可以完全自愈。它的病理特点是上皮样细胞为主构成的无干酪样坏死的结节和肉芽肿。

胸部X线表现较复杂，在结节病的各发展阶段有不同征象。一般认为，青壮年患者特别是女性发现纵膈旁（尤其是右上纵膈）和肺门（尤其是双侧肺门）淋巴结肿大时，就应注意结节病，且一般多无自觉症状或症状很轻，临床症状和肺部病变不一致是该病的另一个特点。但本病例有一定症状，曾表现得较为严重，所以有症状也不能排除肺部结节病。结节病诊断参考方面有OT试验阴性，Nickerson-Kviem（简称N-K试验）阳性（即用病人淋巴结的结节组织制成1:10生理盐水混悬液，取0.1—0.2毫升作皮内注射，2—3周内注射部位出现红色丘疹，可扩大至3—8毫米者为阳性（切取局部皮肤活检可见结节）。实验室辅助诊断方面有钙、磷代谢异常（高血钙和高尿钙），免疫球蛋白异常（IgM、IgA、IgG均增高），血清球蛋白增高，白/球蛋白比例倒置。有的认

为女性患者明显，有如本例，碱性磷酸酶升高。病理活检足以确诊，出现酪样变、巨细胞，类似结核性肉芽肿，有少量坏死物。肺结节病一般不须治疗，到一定阶段如吸收不良或在特殊部位如心、肾、眼等产生并发症时，要给予一定量的激素。本病例经中草药治疗好转，中草药对本病的消炎、利湿、吸收、改善机体的免疫机制有一定作用，有待继续研究。

李挺宜：今天的病例讨论，同志们发言很热烈。浙医一院、市一院的发言准备很充分。经过大家讨论与分析，一致诊断为结节病，这样就明确了诊断，提高了我们对胸部疾病的诊断能力和对结节病的认识，对中草药的治疗价值也作了评价，对病人有了较为满意的答复。感谢大家对我们的帮助，象这样的病例讨论会今后希望能多举行，互相学习很有益处，对我们搞肿瘤的受益更多。我们知道要做一个肿瘤科医师是不容易的，因为肿瘤涉及范围很广，要求我们有较为丰富的知识。今天讨论的肺结节病常易与胸内恶性肿瘤相混淆，而容易与恶性肿瘤相混淆的又何止一个结节病？恶性肿瘤的误诊还常见，因此，需要我们刻苦钻研，积累知识，为实现四个现代化多做贡献。

记录整理：沈汉澄、楼荣灿

（收稿日期：1979年3月26日）

（上接20页）

14. Larsson L. : Acta Radiol. 42: 149, 1954
15. Barbosa J.F. : Arch. Otolaryngol. 73: 129, 1961
16. Sato, Y. : Cancer 25:571, 1970
17. Sisson G.A. : Annals Otolaryngol. 72:1050, 1963
18. Kanzo Orita : Oncology 1970(10 th. ICC) Abstracts, USA 1971
19. Conley J. : Cancer of the Head and Neck P. 170 Butterworth, cesA.

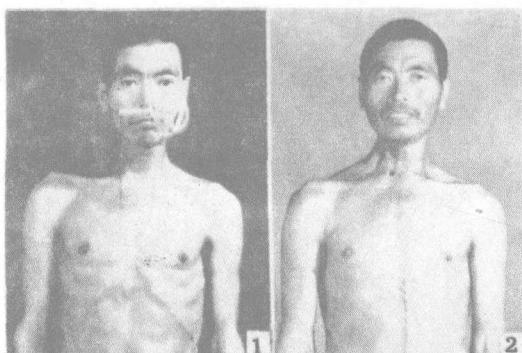
1967

20. Mustard R.A. : Am. J. Radiology. 9:978, 1963
21. Whicker J.H. : Laryngoscope 82: 1853, 1972
22. Sako K. et al. : S.G.O. 118: 989, 1964
23. Cremen A.J. : Cancer of the Head and Neck P. 183 Butterworth, USA. 1967
24. Saxana V. : Cancer 27: 38, 1971

（收稿日期：1979年4月12日）

# 头颈部恶性肿瘤广泛切除术的应用与评价

(正文见17页)

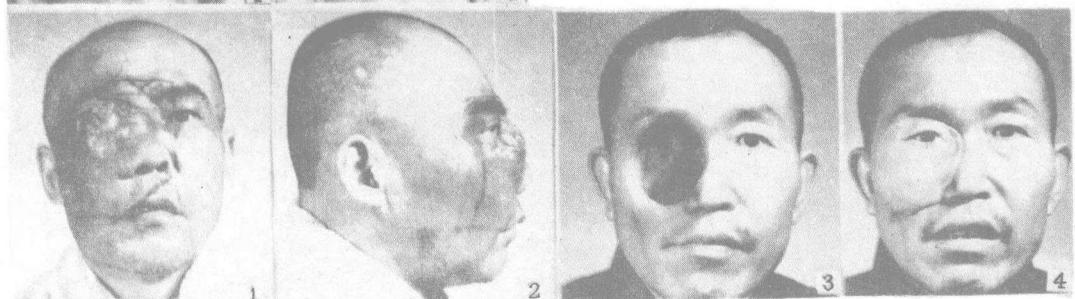


例一 颈段食管癌患者

①术前食管完全梗阻，在食管镜下插

入细塑料管，暂时维持营养

②术后，健存已14年，参加劳动



例二 上颌窦鳞癌

①术前正位

③术后，健存15年，参加劳动

②术前侧位

④术后，戴用塑料膺体



例三 上颌骨成骨肉瘤

①术前正位

④术后14年

②术前侧位

③上颌骨扩大根治术后