

防范头颈肿瘤误诊误治的专题讨论

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会

中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会头颈外科学组

临床经验和教训的总结对提高临床工作水平至关重要。头颈肿瘤尤其是恶性肿瘤,恶性度高,病程进展迅速,可直接危及患者生命。误诊误治(包含错误诊断和错误治疗,也包含延迟诊断和治疗)往往给患者造成不可估量的损失。2009 年 8 月本刊编委会在北京组织召开的全国耳鼻咽喉头颈外科误诊误治专题学术会议上,耳科组、鼻科组、咽喉组和头颈组的大会发言中都有头颈肿瘤误诊误治的临床资料报告。会议特别组织了有关头颈肿瘤误诊误治的圆桌讨论,安排了中心发言和自由讨论,由北京同仁医院的黄志刚教授和辽宁省肿瘤医院的李振东教授主持。出席本次会议的代表多为有着长期临床实践经验的专家教授,通过这个高层次、高水平的经验交流和学术讨论,将极大地推动学科的发展。现将头颈肿瘤误诊误治圆桌讨论内容记录整理后发表,以飨读者。需要说明的是,这些发言的内容仅代表专家个人的意见和观点,并不是专家的共识,也不代表编委会的观点。本刊一贯坚持“百花齐放、百家争鸣”的学术方针,发表不同的学术观点,促进学术交流,是本刊的最终目的。

主持人:首先安排 5 位教授的中心发言,发言内容都是根据自己的临床经验和研究成果,介绍分析防治头颈肿瘤误诊误治和手术并发症的体会。他们的演讲题目分别是:《口腔鳞状细胞癌患者诊断延迟相关因素的分析》、《颈部肿块误诊分析》、《甲状腺结节诊治的规范化》、《喉癌下咽癌误诊病例分析》、《喉癌保留喉功能的手术策略》。下面请他们依次发言。

郭传瑛(北京大学口腔医学院颌面外科):这次会议选题很好,通过误诊误治分析对提高头颈肿瘤的临床诊治水平,减少医疗纠纷有很大的帮助。我的硕士研究生做了一项与误诊误治相关的研究课

题,即“口腔鳞状细胞癌的诊断延迟相关因素分析”。诊断延迟与误诊有一定的区别,诊断延迟(delay in diagnosis)是指患者第一次注意某病的症状到确诊的时间,超过规定的时间限度就称之为诊断延迟。它主要针对时间的概念,与误诊误治概念不大一样,但有交叉重叠之处。误诊的定义是当确诊的客观条件具备,或者医者的诊断努力结束时,还不能得到正确的诊断。诊断延迟所关心的是从“首发”到“确诊”的时间长短。

诊断延迟分为患源性和医源性两种情况。患源性延迟是指患者首次注意到与某疾病相关的症状到第一次就诊的时间超过一定的范围。医源性延迟是指患者已经到医院就诊,没有及时作出诊断,到最后确诊这段时间超过一定的限度。对于肿瘤来讲,如果有办法减少“延迟”的发生率或者把这个时间缩短,对提高肿瘤疗效有很大的帮助。国内未见这方面的研究,国外也不多,且缺乏系统性的研究,其中关于确诊时间“超过一定时间限度”,这个时间限度没有统一,各个研究报告都不一致。现将我们就口腔癌诊断延迟的研究简单介绍如下。

本研究采用调查问卷方式,研究时间从 2005 年 9 月至 2006 年 3 月,口腔癌患者共 102 例,外院转来、不能配合或者病史叙述不清的患者排除在外。关于诊断延迟的界定标准,我们选定的时间限度是 1 周。患者感觉有症状 1 周以后才去就诊则界定为延迟,即患源性延迟。如果患者就诊超过 1 周还没做出诊断和处理也称为延迟,就是医源性延迟。本调查表是在参考文献的基础上,根据本院的情况制作的。调查表有两张,一张是患源性的,一张是医源性的。医源性的调查采用单因素分析,患源性的采用多因素 Logistic 回归分析。本组资料中肿瘤类型以舌癌最多,牙龈癌次之;症状以疼痛最多,可能与舌癌患者较多有一定的关系,还有异样感,其他症状比较少见。从延迟的情况上看,患源性的延迟占 81%,医源性的延迟占 71%,总体的延迟率达 98%。102 例患者中没有延迟诊断的只有 2 例。Logistic 回

归分析得出患源性延迟的独立影响因素是发病部位和肿瘤大小。医源性延迟的因素经卡方检验,得出首诊是否进行活组织检查、经过几个科室、确诊前是否进行治疗以及首诊至活组织检查的时间这 4 项因素,显示差异有统计学意义(P 值均 <0.01)。

一般认为口腔癌比较表浅,很少延迟诊断,但实际情况并非如此。我们的分析发现口腔癌延迟诊断的发生率很高,平均医源性诊断的延迟是 7 周,患源性也是 7 周,加起来接近 3 个月。

回归分析发现,与患源性诊断延迟有关的是发病部位。舌癌容易被患者更早发现,更早到医院就诊,与舌癌的症状以疼痛为主有关,疼痛促使患者更早到医院就诊。而病变最大直径与患源性的延迟呈负相关关系,这是因为肿块较小时患者感觉不到疼痛,而不去就诊,待发现肿块很大时才去就诊,因此,肿块较小的患者更易发生延迟。

首诊是否进行了活组织检查与诊断延迟有关。首诊医生怀疑有肿瘤时就做活组织检查,就能很快确诊,但是很多患者到了医院得不到这样的处理,因此没做活组织检查导致了医源性的诊断延迟。

比较患者就诊科室数目与诊断延迟的关系:如果患者经过 1 个科室就确诊,没有延迟诊断与有延迟诊断的比例是 2:1;如果经过两个科室就诊,第 2 个科室才确诊,没有延迟诊断的与有延迟诊断的比例是 1:2;如果经过 3 个科室就变成 1:5,经过 3 个以上的科室就诊的患者均是诊断延迟。可见,经过科室越多,医源性的延迟发生率就越高。

我们也注意到,患者就诊后是否给予抗生素治疗与诊断延迟很有关系,给抗生素治疗的患者诊断延迟发生率增高。所以,不能提倡对没有确诊的患者进行抗生素治疗。

总之,从部位上看,如果舌部病变比较大,延迟发生率会低一些;如果第一次就诊医生没有给患者做病理检查,延迟发生率就高;患者转诊的科室越多,延迟发生率越高,因此,患者应尽可能到专科医院就诊,同时要加强对患方和医方的宣教。很多时候把口腔癌溃疡当作炎性反应来处理,口腔癌性溃疡常伴有炎性反应,抗生素有一定效果,但会掩盖病情。我们认为这个研究对口腔癌的防治、宣教,对国家制定口腔癌防治政策都有一定的参考价值。

陈杰(湖南省肿瘤医院头颈外科):颈部肿块是头颈外科最常见的症状,涉及到眼、耳鼻咽喉科、口腔科和普通外科等多个学科,最能检验临床医生鉴别诊断的水平,及时确诊既能避免延误患者的病情,

又能节省治疗经费。颈部转移癌 80% 原发于头颈部,相当一部分患者在出现颈部转移癌的同时已有原发灶的症状和体征,真正原发灶不明的颈部转移癌很少,通过认真询问病史和细致的体检多能找到原发灶。

对我院 1990—2008 年 134 例颈部转移癌误诊的病例进行分析,其中男 95 例,女 39 例。由鼻咽癌引起的颈部转移癌 65 例,其中外院误诊 49 例,本院误诊 16 例;下咽癌、喉癌引起的颈部转移 16 例,其中外院误诊 15 例,本院误诊 1 例;舌根癌引起的颈部转移 15 例,其中外院误诊 11 例,本院误诊 4 例;甲状腺癌引起的颈部转移癌 23 例,其中本院误诊 4 例,外院误诊 19 例;恶性淋巴瘤 15 例。

鼻咽癌是南方发病率最高的恶性肿瘤,大多以颈部肿块就诊,由于原发部位具有隐蔽性,也是误诊率较高的疾病。在我院确诊的鼻咽癌病例中误诊率为 6%,有文献报道因为颈部肿块误诊为颈部淋巴结炎的鼻咽癌的误诊率可达 33.9%。本组中外院颈部肿块病理检查 49 例,我院颈部肿块活组织检查 8 例,诊断为转移性低分化鳞癌,最后均诊断鼻咽癌。原因是非肿瘤专科的医生没有系统地考虑鼻咽癌的症状和体征特点,常被当作淋巴结炎进行处理;而肿瘤医院的医生过分相信细胞学穿刺诊断恶性淋巴瘤,急于进行颈部活组织检查。因颈部肿块就诊的鼻咽癌病例误诊的原因主要是原发部位隐蔽,没有受到患者和医生的重视,特别是黏膜下型的鼻咽癌更难确诊。减少误诊的措施就是详细的体检、CT 检查,必要时行 PET-CT 检查,根据 CT 所示在鼻咽部软组织增厚的部位进行活组织检查,绝大多数鼻咽癌可以确诊。若鼻咽活组织检查阴性再采取颈部肿块活组织检查以免漏诊。

有作者报道下咽癌的误诊率可达 33.9%。本组 16 例下咽癌、喉癌就诊时没有发现原发病灶,主要原因是患者的咽喉症状不明显。有的患者咽反射强烈,会厌抬举不佳,加上一些基层医院没有纤维喉镜而漏诊。有的患者颈部肿块很大,而下咽癌原发灶很小,一般来说在经过纤维喉镜或者电子喉镜详细检查,加上患者良好的发音配合都能发现下咽的隐匿病灶。

本组舌根癌伴颈部肿块 15 例,医生没有认真检查舌根,通过 PET-CT 才发现小的原发舌根癌。

误诊率比较高的还有甲状腺癌。以前甲状腺手术属普通外科范畴,随着头颈外科的兴起,甲状腺手术在耳鼻咽喉科也在逐步推广。由于颈部肿块可以

在普通外科和耳鼻咽喉科两个科室就诊,整体观念不强,误诊率可达 53.5%。主要原因是:①一些医生不了解甲状腺癌的生物学特性,临床检查时不注意检查甲状腺,或者甲状腺原发灶很小引起误诊;②甲状腺乳头状癌囊性变时穿刺抽出的主要是囊液,没有明显的细胞形态,如不进一步检查就可能误诊为良性的颈部囊肿而贻误病情;③放射科医生对甲状腺癌患者术后的 CT 改变诊断经验不足,如临床医生自己也不认真阅片,就会漏掉一些甲状腺术后的淋巴结转移。

有报道颈部恶性淋巴瘤 128 例中误诊 74 例,误诊率达 57.8%。小儿恶性淋巴瘤误诊率可达 81%。小儿的颈部淋巴结肿大,大多是淋巴结反应性增生,也有相当部分是恶性淋巴瘤,而反应性增生的淋巴细胞也是小圆细胞或者幼稚淋巴细胞,与恶性淋巴瘤难以区别。当颈部出现肿块,而眼、耳鼻咽喉、口腔、甲状腺却并未发现肿块时,需要对患儿的年龄、肿块大小和部位进行认真分析,必要时对颈部肿块行活检病理检查,特别是当细胞学穿刺报告为淋巴结反应性增生时,更要仔细分析其可靠性。当淋巴结大于 2 cm 时,不要轻易当作良性的淋巴结反应性增生而放弃进一步的检查。经保守治疗 1 周无好转者要行颈部肿块活检,以防漏诊淋巴瘤。对于这类患者,还要做 B 超、CT 等检查。

总之,减少颈部肿块的误诊,主要是要增强医生对头颈部疾病特别是头颈部肿瘤的理论 and 临床基础的学习和培训,加强临床医生对体检的重视,在临床诊断和辅助检查出现矛盾时,要综合分析。

张彬(中国医学科学院肿瘤医院头颈外科):我与大家探讨一下关于甲状腺结节的规范化问题。在 B 超还不是很普及之前,甲状腺结节在人群中的发病率是 4% 左右;B 超普及以后,甲状腺结节的发病率从 4% 快速上升到 19%~67%,比如 80 岁以上的老年人,B 超大多都能发现结节。由于各位医生对甲状腺结节的处理不规范,患者常常困惑于不同医生所给出的不同建议。

2006 年美国关于甲状腺结节诊治指南的基本流程是:临床发现甲状腺结节,首先通过病史、查体、B 超以及 B 超引导下细针穿刺细胞学检查,如果诊断或怀疑是癌,应当做手术治疗;如果是良性的,则观察;如是诊断不确定的可以重复 B 超下穿刺,根据结果再做相应的处理。具体内容是,首先询问病史包括年龄、性别、放疗史、症状及甲状腺癌的家族史。体格检查主要包括甲状腺结节的数目、大小、质

地、活动度以及声带活动和局部淋巴结肿大等。实验室检查强调的与以前不同,术前不需要查甲状腺球蛋白。有的医生根据患者甲状腺球蛋白高就决定做手术,实际上这是误解,甲状腺球蛋白水平的高低只对甲状腺全切除的患者有意义。对于甲状腺功能,一般只检查三碘甲状腺素原氨酸、甲状腺素和促甲状腺素(TSH)就可以了。一旦发现高功能的结节,这种结节几乎 99% 都是良性的。

甲状腺恶性肿瘤有关的证据有:①颈部放疗史;②髓样癌家族史;③年龄小于 20 岁或者大于 70 岁;④男性;⑤结节短期内明显增大;⑥出现局部压迫症状。这些都是临床发现恶性结节的提示。

目前首选和常规的检查是高质量的甲状腺超声检查,它的性价比较 CT 和 MRI 都好,可以初步作出判断,也可以引导下做穿刺,B 超检查结果可以提示一些恶性的特征。甲状腺核素扫描不必列入常规检查,用途仅仅是发现有没有热结节。热结节一般都是良性的,冷结节中只有 5%~8% 是恶性,所以,不能靠冷结节判断良恶性。一般不建议采用 MRI 和 CT,只有以下的情况考虑:评估甲状腺癌侵犯周围组织和为手术做准备,另外,可发现胸骨后甲状腺肿和纵隔淋巴结转移。

目前最重要和最关键的问题是甲状腺的细针穿刺细胞学检查,这是鉴别结节良、恶性最可靠、最有价值的诊断方法。根据文献报道,准确率为 95%。所以,除了 B 超诊断良性 1 cm 以下的结节,几乎所有结节都需要做穿刺检查。有时临床怀疑是恶性也需要做穿刺检查,一是为了明确是否为单病种收费,更主要是为了术前制定手术计划,如判断淋巴结是否有转移并不完全依靠术中的冰冻病理检查。根据穿刺结果可以决定:怀疑是甲状腺癌或者是已经明确甲状腺癌的,首选单纯手术治疗。除了姑息手术患者,一般不建议放疗,也反对做化疗。

我们特别要强调,良性结节不是手术适应证。我国现在有 13 亿人口,不可能 5 亿人都去做手术,这是非常简单的道理。一旦发现是良性结节,可以每隔 6~18 个月复查 1 次,主要是做 B 超检查。不推荐做 TSH 抑制治疗,即服用左旋甲状腺素。少数良性结节患者可以考虑手术:患者有甲亢、出现憋气等局部压迫症状,结节 > 4 cm 影响外观和胸骨后甲状腺肿等,除此之外,一般不考虑手术。

诊断不明已重复做穿刺仍不能确诊的患者,根据 B 超的结果选择手术或者密切观察。

关于儿童甲状腺结节处理,因为患病率较低,一

旦发现结节,恶性比例比较高,而且恶性程度也比较高,所以,应当与成人一样做细针穿刺,治疗方案也与成人相同。妊娠期间评估甲状腺结节的方法和非妊娠期基本相同,但是妊娠期间不要做任何放射性的检查或者治疗。怀疑是恶性的患者,如果在妊娠早期,建议在第 24 周手术,如果在妊娠中期或者后期,建议产后再做手术。

国内还存在下面一些问题:很多单位 B 超诊断不区分良、恶性,B 超引导下的穿刺开展的不广泛,外科医生常常抱怨细胞学诊断不太准确;有的单位甚至冰冻病理检查都没有开展,或者经验很少;手术也不规范;颈淋巴清扫术范围不够等。怎么办?我们医院 10 年前也几乎不做 B 超引导下穿刺,我们的体会是,作为一个外科医生应当推动本医院 B 超引导下穿刺术的开展,而不应该抱怨细胞学诊断水平低。只要医院有足够的样本量,任何人都可以做得很好。另外,与患者沟通也很重要,患者常常担心做穿刺会不会肿瘤种植,细针穿刺在美国有上万例的经验,没有出现任何种植问题。

如果 B 超医师不能明确给出良、恶性的诊断,我们要学会自己判断 B 超的报告内容,比如良性的结节一般是多发的,外围有一个晕环,边缘比较规整,有粗大的钙化,血流不丰富,假如有血流的话,也是以周边为主。恶性结节形态不规则,边界不清楚,内部不均匀低回声,细沙粒样钙化,血流丰富且以内部血流为主,颈部淋巴结肿大且淋巴结门部结构消失、出现微小钙化等。

现在国内治疗分化性甲状腺癌最大的问题是“一视同仁”,有的甚至不管是良性还是恶性都做甲状腺腺叶切除。甲状腺癌的治疗一定要区分是高危还是低危患者,低危的患者治疗后 10 年生存率达到 90% 以上,但是高危患者的生存率只有 70% 左右。高危因素包括年龄大于 45 岁、远地转移、切除不彻底等。甲状腺全切除术国外适应证较宽,国内至少在以下情况要做甲状腺全切除术:①双侧甲状腺癌;②远地转移;③原发灶 T4,所谓 T4 就是很难保证切除的安全缘干净。

关于甲状腺结节诊治,目前国内还存在很多问题,有的很难统一。所以,建议参照美国甲状腺结节诊治指南,根据国内的情况再做相应调整,这样既不浪费医疗资源,又可减少不必要的手术。

季文樾(中国医科大学附属盛京医院耳鼻咽喉头颈外科):我发言的题目是《喉癌下咽癌误诊病例分析》。我对误诊误治的理解是,误诊是在本单位

现有的技术和设备条件下,没有给予合理的检查,仅凭以往的经验做出错误的诊断;或已做相应检查,但受医生水平的限制或认真程度不够,导致错误的诊断。误治是对疾病治疗方法使用不当或治疗时机选择不当给患者带来的不良后果。我选择了 3 个病例,一例是诊断错误,一例是治疗不当,另一例是比较特殊病例,但经过慎重治疗,取得了良好效果,提供给大家做参考。

例 1 女,78 岁,左侧咽痛半年,进食时加重,但不影响进食。检查:双扁桃体不大,无充血,触诊左扁桃体窝内有触痛,但未触到茎突。电子喉镜检查下咽未见肿物;茎突正侧位 X 线片见双侧茎突 25 mm,角度正常范围。接诊医生的初步诊断“茎突过长症”,拟行左茎突截短术。上级医生会诊后认为诊断依据不充分,未做手术,继续观察。患者 2 个月后再来就诊,电子喉镜发现是环后型的下咽癌。这个病例值得我们反思的是,当时患者已经出现吞咽疼痛,如果做食管镜检查,也许可以提前发现该病。

例 2 男,76 岁,无明显诱因持续性声音嘶哑 3 个月。查体:颈部未触及肿大的淋巴结。电子喉镜见前联合上有一个黄豆大小、表面光滑、息肉样肿物,同时见前联合下也有一个较小隆起。术前未做活组织检查。临床诊断:声带息肉。全麻支撑喉镜下手术,术中发现肿物质地明显较息肉硬,术中快速冰冻病理诊断为恶性,术后病理诊断为肉瘤样癌。因为该患者术前检查的材料不充分,肿瘤界限不清,因此终止手术,择期再行二次手术。回顾性分析喉镜照片,前联合上面的肿瘤酷似息肉,但声门下的隆起明显不是息肉样改变。

例 3 男,50 岁,持续声音嘶哑 2 个月,伴有喉痛。经抗生素静脉点滴喉痛减轻,近半个月右胸锁乳突肌前缘、中部肿胀,用抗生素治疗效果不明显。外院喉部 CT 显示甲状软骨破坏。查体:喉体右侧膨隆,触之较硬,无压痛。喉镜下见双声带、室带肿胀,未见具体肿瘤。我院喉部 CT 显示,以甲状软骨前角为中心有密度增高区,边界欠清楚,甲状软骨破坏,考虑恶性病变可能性大。临床医生也考虑恶性病变可能性大,不排除软骨膜炎。因为喉内没有具体肿物,术前没做活组织检查,在喉裂开探查术中见室带前端、会厌前间隙软组织增厚、变硬,甲状软骨脆,局部没有脓液,两次术中冰冻病理检查均认定为炎性反应,这种情况下关闭喉腔。该患者随访 2 年没有复发。可见,对特殊的病例需要仔细的分析

准备,遵循诊疗规范,没有确切的病理诊断就不能扩大切除范围,否则会给患者和医生都带来伤害。

潘新良(山东大学齐鲁医院耳鼻咽喉头颈外科):我今天探讨的问题是《保留喉功能的喉癌手术策略》。喉癌是头颈肿瘤的高发肿瘤之一,我介绍的治疗标准是我院的常规治疗标准,可能与其他医院的标准不太一样。

我院对 T1、T2 期声门型喉癌用 CO₂ 激光手术治疗,条件是前联合未被肿瘤累及,术野暴露充分。T3 期声门型喉癌因为累及声门旁间隙慎用激光治疗。现在有人对 T2 期声门型喉癌采用同时切除杓状软骨和部分环状软骨的手术,值得考虑的是,是否有必要做这样的切除。我们做 T2 期声门型喉癌很少做杓状软骨和部分环状软骨切除,不做杓状软骨切除,疗效不受影响。

累及双侧声带的 T2 期声门型喉癌,可以采用环状软骨上喉部分切除术,条件是肿瘤向声门下浸润未超过 1 cm,向上未侵及会厌根部,病变较轻的一侧声带后 1/3 黏膜和杓状软骨正常;也可采用喉垂直次全切除或喉侧部分切除会厌修复术(Tucker)手术。Tucker 手术适应证:声门型喉癌 T2 或 T3 病变侵犯双侧声带或室带;至少一侧环杓关节未受侵,活动良好;会厌根未受侵;声门下受侵不超过 0.5 cm。双侧环杓关节受侵或杓间区受侵,声门下受侵超过 0.5 cm 是 Tucker 手术的禁忌证。声门上下联合进路适用于双侧声带的 T2 期声门型喉癌,下即为环甲膜,上即为会厌根部及双侧室带前端与甲状软骨板结合处。可以把肿瘤完全切除而避免切除过程中进入肿瘤,也就是把喉裂开以后,从轻的一侧进到室带的表面,从上面和下面联合可以看到肿瘤的范围。一般情况下,先从肿瘤较轻的一侧进入,肿瘤游离以后,看到对侧,安全界限内肿瘤切除。病变重的一侧需要切除的多,病变轻的一侧多保留一点而且声带是活动的。把两侧的室带下拉,和声门下的黏膜缝合在一起就完成了手术。这个手术之后,患者的声带右侧是动的。

对于 T3、T4 期声门型喉癌可采用扩大垂直喉部分切除术,适用于一侧声带病变,喉室有肿瘤,室带未受累,向下声门下侵犯前段不超过 1 cm,后段不超过 4~5 mm,前联合可能受侵者,但以对侧声带切除前 1/3 为限,后联合正常,声门旁间隙受侵,但甲状软骨板正常,无梨状窝及环后区侵犯。大部分患者经过手术可以恢复喉的全部或者部分功能。

声门上型喉癌可采用声门上部分喉切除术,水

平切除部分喉以后,上吊喉头,将其与舌骨、舌根固定在一起;水平垂直喉部分切除术(3/4 喉切除)适用于声门上型喉癌侵及一侧室带者,可以行 3/4 喉切除术;环状软骨上喉部分切除术也是常用手术,完整切除甲状软骨,采用环状软骨和舌骨固定缝合的喉重建术。对于一部分失去上述几种喉部分切除术机会的晚期声门上型及声门型喉癌病例,只要能保留病变较轻一侧的杓状软骨和部分声带,可行 Pearson 手术(喉近全切除术)。

声门下型喉癌发病率不高,我们 1 年之内在外地发现误诊的就有 2 例。这 2 例最初的症状都是呼吸困难,收到呼吸内科,以“支气管哮喘”进行治疗,治疗 2 周左右患者病情没有缓解,喉镜检查发现肿瘤在声带下。声门下型喉癌症状很多都表现为呼吸困难,如果碰到这类会诊,最好做一个喉镜检查。声门下型喉癌可采用声门下扩大部分喉切除术。

当遇到特殊的患者,体征和症状不一致时,一定要进行全方位的检查。如 1 例患者左侧声带不动,来我科检查后发现病变在右侧,考虑为什么左侧声带不动,再仔细检查发现左侧有肺癌,所以没有进行手术治疗。本病例提醒大家一定要注意全面检查。

Pearson 手术经过改进,是可以恢复喉的更多功能的,甚至是全部功能。适合行 Pearson 手术的病例是中晚期(Ⅲ、Ⅳ期)的喉癌、下咽癌(T3N0-2M0, T4N0-2M0)。对于一部分高龄患者及心肺功能较差的患者,本术式也比较适用,因为它能较好地解决吞咽及发声问题。下列情况应列为禁忌证:①两侧半喉均已受侵,甲状软骨破坏;②杓间及环后黏膜受累;③声门下及气管受累范围超过 1 cm,气管壁切除超过全周的一半以上。

Arsilan 手术(环咽吻合术)的适应证:要求肿瘤严格局限在喉内,会厌无受累,而且又不适合做任何部分喉切除术的病例。如肿瘤累及双侧声带而不适合做扩大垂直半喉切除的声门型喉癌,对累及会厌根及声门下的 T2、T3 期必须有足够的安全缘。累及会厌根部、杓状软骨及杓间区及肺功能较差者应为禁忌。

T3、T4 期喉癌行保留喉功能手术前应该做哪些准备? 治疗方法的选择:手术+放疗是有效的。术前准备:首先是病变范围的判定,要确定立体性的肿瘤范围,是关系到手术安全切缘的问题,术前必须对肿瘤的侵袭范围有准确的估计;其次确定有无淋巴结转移,是近处还是远处,是单侧还是双侧;再次是了解患者的心肺功能,如果患者的心肺功能不良,喉

癌术后发生肺炎很有可能出现心肺功能衰竭。

术中和术后需要注意的问题:①是否放置扩张子,国内还有很多医生术后放扩张子,放扩张子有两个目的,一是防止有分泌物的残留引起感染,其次是为了防止喉腔粘连,如果喉腔比较宽敞,扩张子可以不用,放了扩张子以后有两个问题,一是患者非常痛苦,其次是患者清醒后换气管套管太危险,我们现在采取了一些措施,但是总的来说,能不放尽量不放;②手术技术的问题,手术时一定要遵循肿瘤学原则,不要切到肿瘤内,因此手术入路非常重要;一定要明确安全界限,一般情况的安全界限是 5 mm,对于低分化肿瘤安全界限一定要大于 5 mm。关于是否做放、化疗的问题,我国正在开展对 T3、T4 期肿瘤化疗的探索。

简要介绍一下 2006 年我做的 1 例 T4 期声门型喉癌患者,该患者所有的带状肌都被累及,将肿瘤切除后喉内的组织所剩无几,如果重建喉的后联合,就有希望保留喉功能。我们将左侧的残余部分室带转下来修补后联合,黏膜瓣转下来,两边带状肌缝合,是一个比较典型的 Pearson 手术。这个患者甲状软骨板基本都被切除了,但右侧声带是动的,如果我们将两侧的喉腔前后径增长一些,他的喉功能就有可能保留。所以,我们在病变较轻的一侧取了一个胸锁乳突肌锁骨骨膜瓣,可以成为一个骨性支架,然后放一个扩张子。已随访 3 年,目前患者生活质量很好。

主持人:以下请针对几位专家精彩报告的内容进行提问和讨论。

提问:刚才张彬教授强调了细针穿刺的重要性,据我了解,目前国内细针穿刺的技术还不是很成熟,特别是细胞涂片不一定准确。我们能否常规采用术中冰冻病理切片来替代细针穿刺,如果冰冻病理切片是恶性的就手术切除,如果是良性的就作为诊断性手术而结束。

张彬:我认为规范化最关键的是要做到诊断的规范化,术前要判断结节需不需要手术。所以,冰冻病理检查代替不了穿刺。医院穿刺细胞学开展的不好,作为一个外科医生一定要去推动这个工作,一是多开检查申请单,其次是要多与细胞学医生进行沟通。比如甲状腺桥本病穿刺以后的特点是有核大的滤泡细胞,细胞学医生开始怀疑是恶性病变,手术后病理证实是桥本病,经过几次沟通以后细胞学医生就报告桥本病了,诊断水平也就慢慢提高了。

提问:如果冰冻病理诊断水平能提高,是不是可

以免除细针抽吸?

张彬:国外有文献比较术前细胞学穿刺和术中冰冻切片相关性,结论是细胞学检查可以替代术中冰冻病理检查。细胞学检查是癌症者可以直接手术,不一定做冰冻病理检查。国内所有肿瘤医院的甲状腺冰冻病理检查准确率很高,原因就是做得多。

提问:甲状腺癌细胞穿刺是诊断甲状腺癌的一个分水岭,对甲状腺的肿物是否需要手术或切除范围多大,这个检查非常重要。我们医院穿刺做得很好,是因为做得多了,很多的三级甲等医院在细胞学穿刺方面都很欠缺,是因为做得不够多,还需要推动。

问张教授一个问题,甲状腺癌的核素治疗国外应用很广泛,而在我国甲状腺癌治疗中可能做得太过了,我不知道您是不是这样认为的?

张彬:关于核素治疗问题需要纠正一下,英文名字叫“Iodine ablation”,翻译成中文是“碘切除术”,目的是用核素¹³¹I 切除残余甲状腺癌。目前国内没有过硬的循证医学资料,只能采用国外的结果。我认为高危患者是应当做核素¹³¹I 切除治疗。我手术过的甲状腺全切除术患者都做了 Iodine ablation,这不是一般意义的治疗,只是切除残余的甲状腺。一位外科医生曾问我肿瘤已经切得很干净,为什么还要做¹³¹I 切除呢?其实,虽然已经做了甲状腺全切除术,缺碘的情况下多数还有甲状腺残留。

提问:回顾一下国内开展¹³¹I 治疗的历史,因为¹³¹I 要从国外进口,解放后到改革开放初期很长一段时间国内没有开展¹³¹I 治疗,改革开放后国家经济发展了,¹³¹I 治疗逐渐开展。从 1955 至 1978 年以前的文章分析看,发现没有做¹³¹I 治疗的甲状腺癌术后患者 5 年、10 年、15 年的生存率不比外国的差。由于甲状腺癌难以做前瞻性研究,我院长期病案资料回顾性分析证实了这个结论,因此主张不要轻易地改变治疗方法。

提问:随着现在国际上和国内逐渐开展的 Bard 针穿刺病理学检查,我们现在是在超声引导下进行 Bard 针穿刺检查。我想请教一下张教授,这两者有没有进行一些比较?

张彬:我没这方面的经验,我们医院主要还是细针穿刺。现在国际上推崇的是细针穿刺细胞学检查。

提问:我们两种都做过,现在慢慢倾向采用 Bard 针,术前的病理检查就可拿到确切的诊断。比如刚才提出的术中冰冻病理检查问题,冰冻病理检

查还是不能确定诊断,病理科医生常反复询问“取的什么地方组织”,假如是从甲状腺取的就按甲状腺判断,假如是从淋巴结取的就诊断乳头状腺癌,分化程度高的甲状腺癌冰冻病理检查很难确诊。

提问:给季教授提个问题,我看您提供的例 3 喉部 CT 显示甲状软骨破坏,有密度增高区,边界不清楚,还像是恶性的,有没有进一步的检查?

季文樾:那例患者随访了 2 年,也复查了电子喉镜和喉部 CT,喉部没有肿瘤发生,我们认为是甲状软骨膜的炎性反应。该病例的特殊性是在其他医院做过治疗,抗生素用的不准确,又间断治疗了 2 个月,所以病史和 CT 片更像恶性肿瘤。

提问:请问郭教授,口腔癌的诊断延迟界限为什么定 7 d? 这个时间好像很难界定。

郭传瑛:对于不同疾病的延迟诊断时间界定,文献报道不一样,有 1 周的也有 2 周的,但不能定太长,要根据疾病的诊断特点来定。如果专家看到口腔癌患者,大多当时就会进行活组织病理检查,病理报告一般不会超过 1 周。所以我们界定为 7 d。

提问:口腔癌的治疗时限考虑了没有? 比如甲状腺癌 2 个月也不一定算延误治疗,喉癌 1 周或者 2 周可能就属于延误治疗。

郭传瑛:对癌症“2 个月不治不算延迟”的说法我不大同意,就算肿瘤长得很慢也是延迟,一般来说癌症是不能等的,越早治越好。

提问:郭教授说前期的研究生做了关于延迟治疗的研究,不知道后面有没有继续进行随访研究,延迟 7 d 和 2 周的患者预后有没有不同? 延迟和延误最终判断是对患者的生存期有无影响,如果延迟最终造成了生存率下降,延迟肯定是不对的。

郭传瑛:患者都有随访,但是很遗憾我们并没有针对那一组患者做随访和总结,感谢您提的这个问题。我们调查诊断延迟只是观察这个现象并研究可能的相关因素,并没有用它去干预肿瘤治疗。我们的研究结果可以对全科医生进行口腔癌诊断普及教育。关于延迟诊断为 1 周我觉得还比较合理,口腔癌的活组织检查比较容易,绝大部分都是一次就很准确,特殊的病可能要取好几次才能确诊,但是鳞癌很容易,这项调查的病例全是鳞癌。

提问:请问潘教授,您认为对声门型患者采取声门上下前联合断开入路有前途吗?

潘新良:采用这个入路时很多医生从一侧进喉,这样就存在一个盲区,看不到上面或看不到下面。上下联合入路,从上下两边牵开,就可以完整地切除

两侧声带的病变。当然,若前联合有肿瘤,必须去掉甲状软骨。手术入路符合肿瘤学的切除原则应该是有前途的。

提问:与潘教授探讨两个问题,第一个问题是局部 T3、T4 期喉癌现在强调综合治疗,在美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)头颈部癌临床实践指南里已经作为一个标准;第二个问题是您介绍的病例是否做颈淋巴清扫术,是做了一侧还是双侧?

潘新良:第一个问题是化疗的问题,不是我们不想采用综合治疗,而是涉及到医疗改革、医疗保险的药品比例限制问题,我们现在没办法落实。第二个关于颈淋巴清扫的问题,由于 T3、T4 期的患者很有可能已经有淋巴转移,当 CT、B 超不能确定有无淋巴转移时就采用术中探查。我介绍的这例患者左侧做了 II~IV 区颈清扫,没有发现转移的淋巴结;右侧因为确实没有探查到转移的淋巴结,只做 II、III 区清扫,没做 IV 区清扫术,也是为了保证血供,尽量减少创伤。

提问:请教陈教授,颈部结节中有没有原发灶不明的?

陈杰:有,原发灶不明的转移癌主要是指在身体上特别是头颈部器官组织中有原发肿瘤,但由于某些原因,其原发病灶隐匿或处于休眠状态,仅表现为颈部转移癌。多数隐匿的病灶可以通过仔细的检查发现,而一部分原发灶休眠的患者,则要等一定的时期才会出现临床表现。我院发现休眠原发病灶最长的下咽癌是在颈部转移癌手术治疗后 5 年才发现。还有一部分颈部转移癌找不到原发灶,也就是说一直找不到原发灶,推测可能是原发的鳃裂癌,这是由于胚胎期鳃弓发育过程中没有消退,有的形成鳃裂囊肿甚至转变成鳃裂癌。由于我国南方的头颈肿瘤以鼻咽癌最为常见,因此,对找不到原发灶的病例我们一般都倾向放疗。

提问:甲状腺未分化癌进展快,患者病史 10 d 至 2 个多月,临床如何治疗才能取得较好的疗效?

吴跃煌(中国医学科学院肿瘤医院头颈外科):关于甲状腺癌的规范化治疗,平时讲得比较多的还是分化型甲状腺癌的治疗。未分化癌预后很差,一经确诊,能存活 5 年的很少(<14%),半数以上的患者 1 年内死亡。在总结未分化癌的时候,有 8% 左右能够生存 5 年或相对更长时间的,再仔细回顾这些病例时发现,有些甲状腺癌患者手术时结节很小,而术后病理诊断是未分化癌;还有少数几例是由

于病理诊断的原因,用现在的免疫组化方法看原来的未分化癌的切片,发现实际是淋巴瘤。

对于甲状腺未分化癌目前也没有一个统一的规范治疗认识。甲状腺未分化癌对放、化疗都不敏感。面对这些未分化癌我们能采取的有效措施确实十分有限,大多数病例几乎不可能将肿瘤完整切除,外科医生能做的只是解决呼吸困难,做一个气管切开,术后配合放、化疗也许可以延缓一下患者生命。然而气管切开也是暂时的,随着气管切开以后,癌沿着切开的气管往下侵犯,最后很快也回天无力,没有任何办法。

主持人:今天的讨论很精彩,因为不论是被选做中心发言的专家,还是参与讨论的专家都是国内一流的头颈外科专家,自然会有很深入的讨论,既有共识,也存在不同观点。误诊误治的“误”应该是错误诊断和延误诊断。我们认为在今后的工作中应尽量减少误诊误治的发生,今天的讨论对我们今后的工作能起到很好的促进作用,对今后的工作有很好的

推进作用。

误诊误治问题,成为近年来医务人员越来越不敢触及的话题。实际上,医学作为高风险领域,未知因素很多,从这个角度上讲误诊误治是不可避免的。但是临床上发生的很多误诊误治情况是可以避免的,其一是检查与治疗不够仔细和认真而导致的低级错误,给患者带来不应有的损害;其二是没有严格按照诊疗规范行事,从而造成过度治疗或治疗不足。因此,需要大力提倡医务人员的职业道德教育与敬业精神,在提高医疗技术的同时,力求规范治疗行为。目前,国内外都有不少诊疗规范条例,如美国的 NCCN 已出头颈部癌中文版,简明易读,从诊断、治疗方案推荐以及疗后随诊等,都有符合循证医学证据的建议,可以作为很好的参考文件。此外,定期交流误诊误治的经验和教训,是不断提高诊疗水平的重要组成部分,不可偏废。

(收稿日期:2009-12-02)

(本文编辑:李静)

编辑导读

在学科发展大踏步前进,医疗制度改革起步及医患关系十分严峻的形势下,本刊 2009 年 8 月召开了全国耳鼻咽喉头颈外科误诊误治专题学术会议。在临床工作面临很多新问题的今天,国内学界一流专家聚集交流经验体会,探讨新的对策,有利于促进学科的健康发展。本次会议中各专业组都有头颈肿瘤误诊误治的总结和报告,而能否早发现、早诊断和早治疗是关乎恶性肿瘤患者生命的重要问题,总结和交流相关经验很有必要。会上的报告多为误诊误治病例分析,本期选用会议中头颈肿瘤误诊误治圆桌讨论的会议记录整理后发表,作为本期重点号专题。专家的讨论围绕肿瘤的诊断延迟分析、喉癌下咽癌和颈部肿块误诊分析、甲状腺结节的规范化诊治以及喉癌保留喉功能手术策略进行了广泛深入的讨论,既有观点一致的分析,也有不同意见的探讨。为了使读者更全面了解本次会议的内容,全国耳鼻咽喉头颈外科误诊误治专题学术会议的纪要也在本期刊出。误诊误治是严重影响医患关系的敏感问题,很多临床医师谈之色变。本次会议特别安排了中国政法大学刘革新教授就误诊的法律责任进行了专题讲座。刘教授通过实例分析,深入浅出地介绍了误诊与法律的关系,深受代表的欢迎。现将刘教授自己整理的《误诊法律责任的构成》在本期继续教育园地栏目刊出,希望对读者有所裨益。法律本身虽然超出耳鼻咽喉头颈外科的专业范围,但临床医师的工作不但绕不开法律、法规,而且密切相关。改革开放以来,我国制定了一系列法律、法规,并正在逐步完善,普法教育贯彻到各个行业,人民群众法律意识逐渐增强。在临床医师中进行行业普法教育,也是本刊义不容辞的责任。

下期要目

我国鼻内镜手术现状和面临的问题(述评)

内镜下鼻咽纤维血管瘤切除术疗效观察(论著)

内镜下治疗鼻内翻性乳头状瘤 89 例临床分析(论著)

外伤性迟发性脑脊液鼻漏的诊断和治疗(论著)

鼻内镜手术中保留中鼻甲基板水平骨性框架结构的研究(论著)

鼻内镜下低温等离子射频治疗鼻腔血管瘤(论著)

抗生素在鼻科疾病中的应用(继续教育园地)