

“头颈肿瘤中心”的建立——21 世纪的希望

Establishment of Head and Neck Cancer Center—the Hope of 21th Century
TU Gui-yi

屠规益 (中国医学科学院肿瘤医院, 北京 100021)

摘要:恶性肿瘤是一类独特的疾病,诊断和治疗上需要多学科或多手段综合应用。全文就浙江省肿瘤医院头颈肿瘤中心建立这一事件,引申谈到头颈肿瘤强调综合治疗,头颈肿瘤中心成立主旨是将相关治疗科室组织起来,改变单一学科处理肿瘤的习惯,提高头颈部肿瘤的治疗水平。

主题词:头颈部肿瘤;肿瘤中心;综合疗法;循证医学

中图分类号:R730 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-170X(2012)09-0641-03

恶性肿瘤是一种致命性疾病。据美国国家癌症研究所 SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) 统计,肿瘤治疗后 5 年生存率为 65.3% (2001~2007)^[1]。这是一类独特的疾病,诊断和治疗上需要多学科或多手段的综合应用,不是单独一个科室所能够包揽的。

美国 Johns Hopkins 医院耳鼻咽喉科头颈外科教授 Cummings 曾撰文讨论头颈肿瘤治疗需要重组时就提出:“建立临床中心(诊断、治疗、康复)可以比实验室研究更快地提高肿瘤临床治疗水平^[2]。”浙江省肿瘤医院依托浙江省癌症中心建立“头颈肿瘤综合序列治疗中心”是一个良好的尝试。

然恶性肿瘤的综合治疗原则已经通过循证医学确立,但在临床具体贯彻多手段治疗时还很困难^[4,5],还有不少没有正确治疗的病例,以致患者失去最好的首次正确治疗、治愈的机会。举 2 个单一学科治疗失败的例子。图 1 显示,鼻腔低分化癌,耳鼻咽喉科医师单纯手术切除,没有应用放疗,术后颅内复发。这一病例如果术后立刻在颅底补充放疗,可望控制。低分化癌在原则上应依靠放疗控制,可惜不少耳鼻咽喉科医师没有这样的认识,仍然只挥舞手术刀^[6]。另一病例为鼻腔嗅神经母细胞瘤,有放射线敏感的,原则上不应为放疗首选。但这一病例为放疗科医师首诊,只考虑用放射治疗,没有申请外科会诊。前后

1 头颈肿瘤中心的中心任务

恶性肿瘤有效治疗至今只有 100 多年的历史^[3]。历史经验总结,肿瘤的根治治疗需要多学科的综合(序贯)治疗。20 世纪上半期,外科医师进行各类肿瘤手术标准化,放疗科应用 X 线治疗机对恶性肿瘤进行放射治疗,获得一定成果。但肿瘤医师发现,单一方法难以进一步提高肿瘤治疗效果。到 20 世纪中期,在科学技术进步条件下,采用多学科、多手段(外科、放疗、化疗等)的综合治疗明显改善肿瘤临床预后,取得不少成果。但经过半个世纪的实践,学术界发现,虽



收稿日期:2012-04-05

应用 2 个疗程没有控制,技穷后才想到外科,已经晚矣。这 2 例说明,经治医师只有本科概念,只想用自己科室方法治疗,延误病程,甚至影响患者生存,不是合格的肿瘤医师。美国 MD Anderson 肿瘤中心复习他们收治的、由其他医院治疗后转诊的病例,发现有一半病例在以前首诊治疗中没有按照规范要求^[7]。如果建立“头颈肿瘤中心”,可以减少治疗不当的比例。应该强调的是,对普通疾病,治疗不当常常只是延误病情,对于恶性肿瘤来说,则是患者能否长期生存的问题。

现在医学院的课程安排,对肿瘤学的教学没有足够的重视。7 年制医学院耳鼻咽喉科教学讲课 30h 中,肿瘤学教学只有 2h,和面神经麻痹或喉阻塞气管切开术的授课时间相等^[8]。而且没有肿瘤学学习课本。临床肿瘤治疗不是一个科室或一种治疗手段所能包括,但不少医师缺乏这一认识,将恶性肿瘤当作一般疾病一样治疗。

现有医院制度中,综合性医院临床医学由各学科组成,每一学科治疗自己属下的疾病,不用其他学科参与。科室有会诊制度,但会诊的疾病不是自己学科的疾病。肿瘤专科医院也有学科之分,但科室之间需要讨论的是同一个疾病的不同方法序贯治疗。临床肿瘤学的内容已经超越目前单一科室所能包容的。美国国立癌症研究所医院的 Rosenberg^[9]提出,外科医师可以,也有能力切除胃癌,但是,如果他没有肿瘤学训练,他不是一个合格的肿瘤外科医师。他提出,一般外科医师应该在肿瘤专科医院轮转学习两年。国内肿瘤专科医院的院长多由从综合性医院普通(基本)外科调入的。当他们在肿瘤医院参加多学科会诊、为患者治疗时,就体会到和以往在综合性医院做肿瘤手术时,在概念上和处理上大不一样。当然结果也会不一样。

当前医院科室划分制度适用于单一学科治疗的疾病。李晔雄等讨论实行肿瘤综合治疗的文章中,均提出“制度”影响肿瘤综合治疗的应用问题^[10,11]。在制度建设上有两个问题:一是当前的医院学科划分制度影响肿瘤治疗上合作,各科医师均有一定程度上的“科室偏见”;二是应该建立健全合理的肿瘤专科医院医师培养制度。我院妇瘤科提出妇科肿瘤医师住院医师培养至少 7 年^[12]。

2 头颈肿瘤的综合治疗

头颈外科是在美国始创的,20 世纪 50 年代,在纽约 Sloan-Kettering 纪念医院由 Martin H 开创,以后耳鼻咽喉科医师跟上。80 年代确立头颈外科。当时临床治疗以外科为主,放射治疗配合。高能射线应用于临床后开始外科加放疗的综合治疗。化疗对头颈鳞癌根治效果差,只是在晚期,有全身转移时用作姑息治疗。上世纪末(1998 年)美国两个头颈外科学会合并,成立美国头颈学会^[13]。标志着不再强调学科分隔,以头颈肿瘤为临床对象,协作治疗。

中国医学科学院肿瘤医院自 1958 年建立后就确立肿瘤综合治疗原则。长期对头颈鳞癌的治疗经验是外科手术和术前或术后放疗综合^[14,15]。I 期或 II 期病变可以应用单一治疗,手术或放疗,治疗后生存率相同,生存质量各有特点。III 期、IV 期病变需要术前(50Gy,2 周后手术)或术后放疗(术后 6 周内开始放疗,65~70Gy)。国际上自 20 世纪末以来就不用术前放疗,认为术前放疗后手术并发症高。术前放疗有特点,我科坚持应用。

我院头颈肿瘤治疗后部分病例小结如表 1,可以看出手术+放疗的疗效是最好的,优于单一方法治疗的效果。但表 1 也显示出一点特点,即对于喉癌,术前后放疗不影响疗效,这一点是特别的。田文栋等^[16]的报告有相同结果,喉癌单纯手术和加用放疗疗效相同。这一问题尚有待进一步证实。

头颈部鳞癌的综合治疗,近年来的动向是同步放化疗,内科医师宣扬可以代替外科治疗^[17],受到头颈外科医师的质疑。有很多进行这一研究的不是头颈肿瘤专业医师,这就显示,发展多学科治疗还有认识问题,需要加强。同步放化疗还在临床试验中,有进展,有问题,治疗不良反应重,费用大,有待进一步临床严格试验^[18]。

建立肿瘤中心有利于组织发挥各治疗手段协同

表 1 中国医学科学院肿瘤医院放射治疗科及头颈外科头颈部鳞癌治疗后 5 年生存率

项目	总例数	5 年生存率(%)		
		单纯外科	单纯放疗	手术前(后)放疗
上颌窦	140	17	13	44
口腔	531	60	27	81
喉	337	73	55	74
下咽	110	20	17	49
颈段食管	97	13	18	42

作用。但由于头颈肿瘤发病率不高,肿瘤中心不能多办,只能限制在卫生部支持的省市级肿瘤医院内(约30所)。市场经济带来繁荣,但这是双刃刀,也促使人们趋利倾向严重,当前不少基层都自主开办肿瘤医院,添置贵重设备。但肿瘤发病率毕竟不是很高,而临床是需要有患者来治疗的。国外资料 SEER^[18]发表的年发病率是:男性 541.0/10 万;女性 411.6/10 万。国内上海的数据(2006 年)^[19]:男性 388.01/10 万,女性 360.07/10 万。如果一个城市有千万人口,一年内只有不到 4 万患者,不足以为城市各医院治疗水平的提高提供病例基础。

3 恶性肿瘤综合治疗不只是各治疗手段的相加

肿瘤学的临床特点,使人们考虑学科组织需要变革。目前第一步应该加强现有科室协作。各科医师由于长期在自己科室工作习惯,都觉得自己科室治疗方案是最好的,提供治疗方案时很难避免“科室偏见”。医院组成“中心”后,使科室医师关心中心,科室间经常接触,可以学习其他科室治疗上的长处。虽然目前科室还是独立,但对肿瘤医师来说,要掌握各类治疗方案。当前科室间会诊决定患者的治疗是一个简单的加法,如:外科加放疗,或化疗加放疗。进一步的发展应该是各科医师的融合贯通,彼此了解,彼此尊重。肿瘤医师应该有肿瘤临床的全局概念。

将来第二步应该合并,成为临床医学一级学科下的二级学科:肿瘤科。头颈肿瘤、胸部肿瘤、腹部肿瘤等就是三级学科。肿瘤医师应该掌握外科、放疗、化疗等所有治疗手段,依据病情应用各种手段的序贯治疗,就像我院现有的妇瘤科^[12]。他们自己掌握所有妇科肿瘤的治疗手段,根据肿瘤情况总体设计,运用他们丰富的学识,什么时候用什么治疗,对各种现有的治疗方案的理解和积累丰富临床经验,诊治患者。当然,这只是远景规划。

头颈肿瘤中心成立的主旨在于提高患者的治疗水平。将各种有关的治疗科室组织起来,改变以单一学科处理肿瘤的习惯。因此首先要教育医师,以科室为主,尊重其他科室的成就,融合贯通所有有效的肿瘤治疗。目前诊断、治疗医师分属各科,但是在肿瘤治疗上,他们应该超脱一个科室的概念束缚。尊重患

者意愿,给予治疗。符合近年来医务界动向^[20]:循证医学与医学人道主义。

参考文献:

- [1] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2008, National Cancer Institute [DB/OL]. <http://seer.cancer.gov/csr/1975–2008/>, 2001.
- [2] Cummings CW. Is reengineering of head and neck cancer treatment indicated? Absolutely[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 122(11):1155–1156.
- [3] 屠规益. 近代肿瘤外科学 100 年[J]. 中华肿瘤杂志, 2000, 22(4): 344–347.
- [4] 吴一龙. 恶性肿瘤多学科综合治疗的困境[J]. 循证医学, 2008, 8(3): 1–2.
- [5] 屠规益. 恶性肿瘤的综合治疗: 实证和行动一致?[J]. 循证医学, 2008, 8(3): 185–188.
- [6] 屠规益. 头颈肿瘤的治疗: 手术、手术……还有? [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1997, 32(6): 323–324.
- [7] Lewis CM, Hessel AC, Roberts DB, et al. Prereferral head and neck cancer treatment: compliance with national comprehensive cancer network treatment guidelines [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 136(12): 1205–1211.
- [8] 孔维佳, 乐建新, 陈建军, 等. 高等医学院校耳鼻咽喉科学课程体系及教学内容改革与“通才型”医学人才培养[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2004, 18(9): 571–573.
- [9] Rosenberg SA. Principles of surgical oncology [A]. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer: principles & practice of oncology[M]. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 283–302.
- [10] 李晔雄. 恶性肿瘤多学科综合治疗的制度保证[J]. 循证医学, 2008, 8(4): 249–251.
- [11] 于琳, 张华. 恶性肿瘤多学科综合治疗的现状和建议[J]. 循证医学, 2009, 9(1): 53–55.
- [12] 孙建衡, 蔡树模, 高永良. 妇科肿瘤学的一些问题及妇科肿瘤专科医师培养[J]. 中华肿瘤杂志, 2009, 31(12): 946–948.
- [13] Shaha AR. Birth of a new society: American Head and Neck Society challenges for the future [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 126(3): 274–280.
- [14] 屠规益, 徐国镇. 头颈恶性肿瘤手术前后放射治疗[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1997, 6(2): 70–74.
- [15] 屠规益. 头颈恶性肿瘤围手术期放射治疗的作用[J]. 实用肿瘤学杂志, 1998, 12(3): 161–165.
- [16] 田文栋, 曾宗渊, 陈福进, 等. 202 例Ⅲ~Ⅳ期喉鳞癌治疗方法评价及生存分析[J]. 癌症, 2006, 25(1): 80–84.
- [17] Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer [J]. N Engl J Med, 2003, 349(22): 2091–2098.
- [18] 屠规益. 喉癌临床治疗的传统与创新[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(11): 884–886.
- [19] 上海市疾病控制预防中心. 2006 上海市区恶性肿瘤发病率[J]. 肿瘤, 2009, 29(9): 918.
- [20] Harzband P, Croopman J. Keeping the patient in the equation—humanism and health care reform [J]. N Engl J Med, 2009, 361(6): 554–558.