

· 临床报道 ·

区域性切除术在腮腺混合瘤 二次手术中应用探讨

谢金城, 曾 斌, 苏洁明, 欧满灿

(广州市番禺区何贤医院耳鼻咽喉科, 广东 广州 511400)

摘要: **目的** 探讨腮腺混合瘤二次手术的治疗方法。**方法** 通过对2003~2009年收治入院的6例腮腺混合瘤初次复发应用区域性切除术患者的临床资料进行总结,分析其再次复发及术后并发症等,术后随访2~8年。**结果** 6例患者均采用区域性切除术,其中1例行腮腺浅叶加部分腮腺深叶切除,1例行区域性腮腺浅叶加区域性腮腺深叶切除术,4例采用区域性腮腺浅叶切除术,随访期间均无复发,前2例有术后暂时性面瘫,3月内均恢复;前1例于术后3个月出现Frey综合征。**结论** 腮腺混合瘤二次手术,瘤体2~4 cm大小的患者,区域性切除术仍可作为临床治疗的首选术式。

关键词: 腮腺混合瘤;复发;区域性切除术;二次手术

中图分类号: R739.81

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2011)04-0289-03

腮腺混合瘤又名多形性腺瘤,是腮腺中发病率最高的良性肿瘤,约占腮腺肿瘤的60%~70%^[1],其治疗方法以手术为首选,肿瘤呈结节状多中心生长,手术切除不彻底或术中包膜破裂瘤体种植而极易复发,文献报道肿瘤切除术或局部切除术的术后复发率高达20%~45%^[2,3],而二次手术即使扩大手术范围,效果亦不理想^[1]。广州市番禺区何贤医院耳鼻咽喉科于2003~2009年共收治6例腮腺混合瘤患者,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组6例,男5例,女1例;年龄46~72岁,平均年龄55.5岁,6例均为首次复发就诊,复发就诊病程1~3年,初次术后3~7年复发,初次均行单纯腮腺区肿瘤切除术,术后均经病理诊断腮腺混合瘤。6例复发患者术前行B超和CT增强检查,肿瘤直径约2~4 cm,未见增强;术前无面神经

功能障碍及颈部淋巴结肿大,肿瘤边界清晰。

1.2 手术方法

6例患者均行气管插管全身麻醉,常规“S”形切口,切口至原切口瘢痕时即将瘢痕梭形切除,分离皮瓣时尽量保留咬肌筋膜;面神经解剖采用总干法:术中沿面神经走行方向分离浅叶及肿瘤,根据术中具体情况确定具体手术方法。1例患者由于术中瘢痕粘连明显,且肿瘤与面神经有粘连,术中分离面神经时发现瘤体破裂,且部分与深叶粘连,故锐分离面神经后,连同深叶腮腺距肿瘤约0.5 cm范围深叶腮腺切除,同时结扎腮腺导管,术中送冰冻切片,证实无恶变;其余5例均行区域性切除,术中小心分离瘢痕及粘连组织,连同瘢痕切除范围距肿瘤约0.5 cm,只解剖并保护肿瘤邻近的面神经分支,不解剖切除范围外的面神经,并保留腮腺导管,切除肿瘤后,保护好面神经,用止血钳夹住直径约0.5 cm大小棉球,蘸液氮涂布于保留的腮腺表面20~30 s,使切缘组织成灰白色,以增加安全缘距离,预防复发。术腔放置负压引流48~72 h,绷带加压包扎

作者简介:谢金城,男,副主任医师。
通讯作者:谢金城,Email:pyxiejc65912@21cn.com.

1 周,术后口服阿托品 0.3 mg,3 次/d。

2 结果

6 例患者随访 2~8 年无复发,2 例术后发生暂时性面瘫,3 个月内恢复;1 例于术后 3 月出现 Frey 综合征,但不影响生活质量。

3 讨论

腮腺混合瘤由于其术后复发及恶变可能,因此其治疗原则是彻底切除,即保留面神经的腮腺浅叶或全腮腺切除,复发性肿瘤切除应包括原手术瘢痕和瘢痕包裹的面神经部分,然后修复面神经^[4]。然而随着医学发展,手术技巧的改进,腮腺肿瘤手术亦在不断改进。俞光岩等^[5]将腮腺手术术式的变革总结为 3 阶段。第 1 阶段是 20 世纪 40 年代之前,采用单纯切除术即肿瘤剜除术,但术后复发率高达 20%~45%^[6]。第 2 阶段是 20 世纪 40~80 年代前后,解剖并保护面神经的腮腺浅叶或全腮腺切除术逐渐成为腮腺肿瘤手术的标准术式,大大降低腮腺肿瘤的复发率,多形性腺瘤术后复发率可控制在 2%~5%^[7]。第 3 阶段是 20 世纪 80 年代至今,由于腮腺腺叶切除术后并发症的发生率较高,同时由于术中切除过多的正常腮腺组织,从而明显影响术后腮腺功能,因此一些学者提出部分切除术治疗腮腺良性肿瘤。20 世纪末国外学者提出腮腺区域性切除即部分切除概念^[8],谢景华等^[9]通过对 25 例原发腮腺混合瘤连续病理切片观察,发现肿瘤被膜外浸润最大深度仅为 0.26 mm,这为区域性切除术提供了病理学依据。至今国内外对于腮腺混合瘤术式的研究仍在不断的讨论与总结中,而复发性肿瘤术式的选择总结较少。比较研究对于复发性肿瘤采取的术式有全腺叶或浅叶及部分面神经分支切除、全腺叶及面神经切除,结论是没有一种术式优于另一种术式,每一种都可能再次复发^[1]。所以再次手术一般不强调过分扩大,特别涉及面神经时。邱嘉旋等^[10]认为复发性肿瘤亦可采用区域性切除术术式。本组 6 例中 1 例行腮腺浅叶及

部分深叶切除,同时结扎腮腺导管。由于肿瘤较大,术前 CT 报告直径 4 cm,且术中发现肿瘤与面神经有粘连,分离面神经时瘤体破裂,部分与深叶粘连,肿瘤表面包膜不完整呈浸润性生长。故锐性分离面神经后,将腮腺浅叶连同深叶腮腺距肿瘤约 0.5 cm 范围深叶腮腺切除,同时结扎腮腺导管,术中分离肿瘤时用湿生理盐水纱布包裹隔离已分离瘤体,边分离边隔离,术后用生理盐水冲洗术腔,负压引流。该患者虽然术后出现暂时性面瘫,经积极治疗 3 个月后基本恢复,术后 3 个月出现 Frey 综合征,随访 3 年未见复发,面部稍有凹陷。5 例采用区域性切除术均保留腮腺导管,且在肿瘤切除后,保护好面神经,用止血钳夹住直径约 0.5 cm 大小棉球,蘸液氮涂布于保留的腮腺表面。其中 1 例行腮腺浅叶与深叶区域性切除术,但其切除范围较小,术中只解剖了面神经下支所属分支,由于切除部分深叶时,对面神经下颌缘支牵拉保护术后出现暂时性面瘫,治疗后 1 个月内恢复。其余 4 例区域性切除腮腺浅叶或大部分腮腺浅叶,未发生并发症,随访期间未见复发。虽然本组病例较少,但笔者认为并不是所有复发性腮腺混合瘤都要大块切除。只要选择适当病例,采用适当手术操作方法,区域性切除术在腮腺混合瘤二次手术时仍可作为临床首选,液氮冷冻对预防肿瘤复发可能有一定作用。

参考文献:

- [1] 邱蔚六,张震康,王大章. 口腔颌面外科理论与实践 [M]. 北京:人民卫生出版社,1998:730-731.
- [2] 马红新,封兴华,顾晓明,等. 腮腺多形性腺瘤 304 例手术治疗的回顾 [J]. 实用口腔医学杂志,2001,17(3):255-256.
- [3] 陈方育,张劲松,张福军,等. 腮腺混合瘤术后复发和并发症的临床分析 [J]. 重庆医科大学学报,1999,24(4):392-393.
- [4] 张永福. 实用口腔颌面 [J]. 外科学:江西科学技术出版社,1998:165-166.
- [5] 俞光岩,马大权. 腮腺肿瘤切除术的改进与发展 [J]. 中华口腔医学杂志,2007;42(1):6-9.
- [6] Leverstein H, vader Wal JE, Tiwari RM, et al. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland [J]. Br J Surg, 1997, 84

(3): 399-403.

- [7] McGurk M, Renehan A. Controversies in the management of salivary gland diseases [M]. Oxford: Oxford University Press, 2001: 57-103.
- [8] O'Brien CJ. Current management of benign parotid tumors - the role of limited superficial parotidectomy [J]. Head Neck, 2003, 25(11): 946-952.

[9] 谢景华, 高雄辉, 吴晓钟, 等. 区域性切除在腮腺多形性腺瘤手术中的临床应用[J]. 中国耳鼻喉头颈外科杂志, 2006, 13(5): 281-282.

[10] 邱嘉旋, 习伟宏, 邵益森, 等. 复发性腮腺混合瘤治疗体会[J]. 江西医药, 2003, 38(4): 273-274.

(修回日期: 2011-07-28)

· 临床报道 ·

气管切开健侧支气管插管麻醉 行支气管异物取出术

王济生, 宋春霞, 邝萍兰

(新乡市中心医院耳鼻咽喉科, 河南 新乡 453000)

摘要: **目的** 总结气管切开+健侧支气管插管即单侧肺通气行疑难支气管异物取出的手术方式及经验。**方法** 2007年6月~2010年6月采用气管切开、健侧支气管插管麻醉即单侧肺通气取出疑难支气管异物5例,其中骨性钙化物2例,乳磨牙1例,大号圆珠笔帽2例。**结果** 5例患者均顺利取出异物,术后症状消失,胸片检查未见异常。**结论** 气管切开、健侧支气管插管即单侧肺通气疑难支气管异物取出术,较好的解决了麻醉与手术的配合,降低了手术的风险,避免了损伤较大的开胸手术。

关键词: 支气管;单侧肺通气;疑难异物

中图分类号: R768.4

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2011)04-0291-02

疑难支气管异物取出需要手术医师及麻醉医师的紧密配合,由于手术与麻醉、呼吸共用气管通道,限制了麻醉的深度和时间。新乡市中心医院耳鼻咽喉科2007年6月~2010年6月采用气管切开健侧支气管插管即单侧肺通气取出疑难支气管异物5例,较好的解决了麻醉与手术的配合,降低了手术的风险,避免了损伤较大的开胸手术,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

5例患者中,男4例,女1例;年龄15~53岁,平均43岁;病史2~40年。异物种

类:骨性钙化物2例,乳磨牙1例,大号圆珠笔帽2例。主要症状为肺部反复感染,间断性咳嗽、咳痰,胸闷、呼吸不畅等。追问病史,除1例儿童外,均无异物吸入病史。所有病例均行高分辨率CT、纤维支气管镜检查,异物均位于右侧支气管。3例曾在纤维支气管镜下试取不成功。

1.2 手术方法

局麻下行气管切开,显露第2~4气管环,气管内注射2%利多卡因2ml,纵形切开气管环并置缝线牵引,暴露管腔,为气管插管、喉镜和异物钳提供通道。全麻后在纤维喉镜引导下,将6号气管插管插入健侧支气管,儿童则选用较小插管。套囊充气直至封闭健侧支气管。纤维镜插入患侧支气管,观察并吸出分泌物,并引导异物钳夹持取出异物。骨性钙化物质地坚硬、易碎,须反复钳取。手术时间15~20min,期间维持血

氧饱和度在98%~100%。

1.3 术后处理

术后常规应用抗菌药物,鼓励患者咳嗽排痰,48 h堵管,并尽早拔管,缝合切口。

2 结果

5例患者术前症状消失,胸片检查未见异常。

3 讨论

支气管内的特殊异物,其形状特殊,存留时间较长,与周围组织粘连紧密,且被肉芽组织包绕,取出时极易出血,有突发大量出血窒息之虞^[1]。医者常因此选择损伤较大的开胸手术。气管切开+健侧支气管插管麻醉即单侧肺通气支气管异物取出术较好的解决了这一问题,可提供较长手术时间,防止大量出血突发窒息,使术者从容操作,且可选用多种异物钳,提高手术的成功率。此类患者多无明显的异物误吸史,长期被患者和家属忽略,直至有明显的呼吸道反复感染,影响正常生活方引起重视,本组1例53岁患者,从其右侧支气管取出一乳磨牙,推测异物存留40年以上;另1例儿童患者因惧怕家长,隐瞒病情,致使圆珠笔帽在支气管停留2年之久。

支气管异物取出对麻醉医师一直是一个挑战,无论保留或不保留呼吸均要求手术时间不宜过长,疑难支气管异物取出,往往手术时间较长,过程复杂,加之易出血,导致窒息,更增加了手术麻醉的风险。健侧支气管插管麻醉单侧肺通气为肺部手术成熟的技术^[2]。普通胸外科手术麻醉常用单侧肺通气技术,目的是为了防止术侧肺的分泌物或血液进入健侧肺,确保气道通畅、防止交叉感染和病原扩散,避免术侧肺膨胀,以利手术。其缺点是由于患者须保持侧卧位,健侧在下,其呼吸受一定影响,长时间(40~50 min)易产生低氧血症^[3]。气管异

物取出时患者呈仰卧位,对健侧影响较小,手术时间多在30 min以内,本组未发现SpO₂下降。

气管切开为气管插管、纤维支气管镜及异物钳提供了通道,缩短了手术通道,为手术的顺利进行提供了条件。纤维支气管镜可引导气管插管,准确地插入健侧支气管,控制插管的深度,确保插管的位置及气囊密闭气管腔,即使手术时有较多的出血,亦不会导致窒息。同时具有较好的照明系统,可对异物的位置、形状仔细的观察,随时吸出分泌物或血液,保持了术野的清晰。

支气管内特殊异物,多有肉芽组织包绕,与周围组织粘连紧密,本组2例圆珠笔帽异物,其病史分别为2年和3年,周围已形成较致密的纤维组织。常规的支气管异物钳,由于力量较小难以钳出,气管切开后可使用夹持力较大的异物钳,如直达喉钳等。笔者遇一大号圆珠笔帽异物,因远端强大的负压,支气管异物钳无法将其扭动或移动,后改用直达喉钳夹持活动后取出。骨性钙化物质地坚硬,形状不规则,一般支气管异物钳没有足够的夹持力难以夹持。本组2例骨性钙化异物,钳夹时均碎成数块,经数次全部取出。而肺内产生钙化物的原因,尚不清楚,可能与误吸异物有关。

单侧肺通气疑难支气管异物取出术,解决了术中麻醉、呼吸、出血等问题,为疑难复杂支气管异物的取出,避免损伤较大开胸手术,提供了新的手术方式。

参考文献:

- [1] 冯海燕,刘咏春. 气管切开术在儿童呼吸道特殊异物中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 297-299.
- [2] 蔡英蔚,周永浴,蔡铁良. 单肺麻醉与低氧血症[J]. 临床军医杂志, 2008, 36(5): 814-815.
- [3] 蒋晖,侯彦深. 单肺通气期潮气量对肺内分流及动脉氧合的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2010, 26(3): 206-208.

(修回日期:2011-04-25)