

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201605021

· 临床交流 ·

喉外经甲状软骨板入路治疗喉部良性肿瘤2例

宋文, 朱旭, 韩红威

(鞍山市中心医院耳鼻咽喉科, 辽宁鞍山 114001)

关键词: 甲状软骨板; 喉深部; 良性肿瘤

中图分类号: R767.91 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2016)05-0414-02

喉外经甲状软骨板入路行喉深部良性肿瘤切除术是经颈部微创皮肤切口及行部分甲状软骨板切除的入路方式,既避免了常用的喉裂开、气管切开对喉及气管结构的破坏及气道损伤,同时又解决了支撑喉镜手术对声带、室带深部病变无法完成的治疗限制,我科采用此术式治疗喉深部良性肿瘤2例,取得良好的效果。报道如下。

1 临床资料

患者1,男,41岁。患者声音嘶哑2年,进流食呛咳半年,喉镜检查:左室带及会厌根部膨隆,左声带运动略迟缓,CT检查:喉腔左侧见团块影,约3.6 cm × 2.9 cm,CT值约32.1 Hu,会厌及声带受累(图1),术前诊断喉内良性肿瘤,于2013年12月12日采用甲状软骨板入路喉部良性肿瘤切除术,术中冰冻病理检查,回报为间质细胞瘤,术后病理诊断为喉旁孤立性纤维瘤(图2)。

患者2,男,47岁。患者颈前偏右肿物半年,伴咽部不适及阻塞感,10年及20年前曾二次行经颈前皮肤切口喉部肿物切除术,术式不详,喉镜检查:右侧杓会厌壁、喉室及会厌根部膨隆明显,遮盖右侧部分声带,三维CT检查:右侧甲状软骨板与舌骨间见大小约4.1 cm × 3.7 cm × 3.1 cm囊性低密度影,右侧梨状窝受压变窄(图3),术前诊断喉内肿瘤,于2015年1月20日在全麻下经甲状软骨板入路行喉肿物切除术,术中分离颈前带状肌,锐性分离其与甲状软骨板的粘连,切去部分甲状软骨边缘,暴露喉部病变,见囊性病位于右侧舌骨与甲状软骨板之间,仔细分离肿物,完整切除,术后病理诊断为喉

囊肿(图4)。

2 手术方法

患者平卧位至同侧,气管插管麻醉,自患侧甲状软骨板下缘向外侧颌下角作小弧形切口(图5),锐性分离颈阔肌皮瓣于舌骨上位置固定,正中切开颈前带状肌,于舌骨下缘切断患侧带状肌肌腱下掀暴露甲状软骨板,切开甲状软骨板上缘软骨膜,根据病变的部位和范围,近“U”字形切除甲状软骨板上外侧部分(图6),可清晰暴露肿瘤(图7),保护喉内黏膜组织沿肿瘤表面分离,直至将肿瘤完整暴露切除(图8),术中冰冻病理检查做肿瘤定性。术中尽量避免损伤穿行于舌甲膜两侧的喉上神经喉内支和喉上动静脉,术后将甲状软骨膜上缘的软骨膜与甲状舌骨膜缝合,置负压引流,逐层缝合皮下组织皮肤,外部无菌纱布轻压包扎。

3 结果

2例患者术后均有轻度术侧披裂、室带、声带水肿及黏膜下淤血,1周内基本消退,负压引流术后48 h拔除,术后3 d去除鼻胃管,正常进食,8 d后喉镜检查:声带形态正常,活动好,患者出院。术后随访1年,2例均无复发,声音恢复正常状态,颈部瘢痕已不明显。

4 讨论

喉部纤维瘤系起源于结缔组织的良性肿瘤,较少见^[1],多发生于声带前中部,亦可见于声门下区及会厌,肿瘤组织由纤维细胞及纤维束组成,血管较少,大小不等,患者主要表现为声嘶,肿瘤较大时可

作者简介:宋文,女,在职硕士研究生,副主任医师。
通信作者:宋文,Email:13998068893@163.com

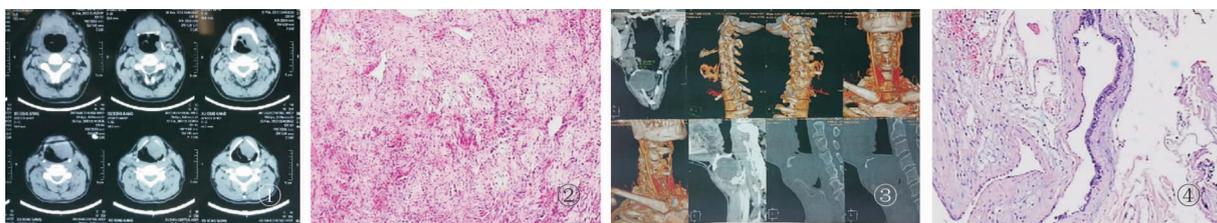


图1 患者1术前CT检查 图2 患者1术后病理学检查,瘤细胞呈梭形编织状排列 (HE ×400) 图3 患者2术前三维CT检查 图4 患者2术后病理学检查,纤维组织构成囊壁,内衬单层柱状上皮 (HE ×400)

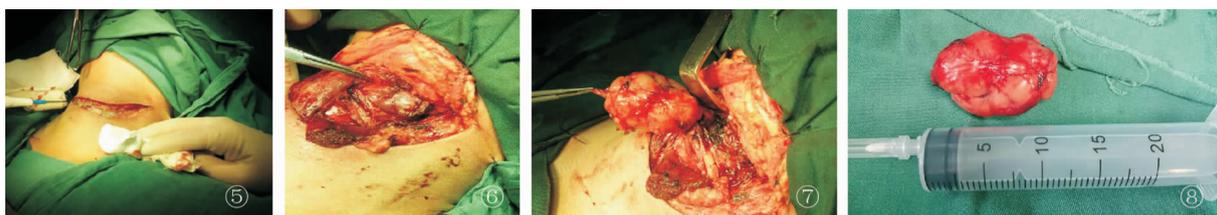


图5 甲状软骨板下极向外侧颌下角小弧形切口 图6 分离暴露甲状软骨板结构 图7 术中切除上1/3甲状软骨板分离肿物直至完整暴露 图8 取出左喉部肿物一枚,约4.5 cm × 3 cm × 2.5 cm,包膜完整

有喉阻塞症状,肿瘤有蒂或无蒂,质稍硬、光滑、色灰白或淡红,本病例发生喉部声门旁间隙少见。喉囊肿较常见,临床分为喉气囊肿和喉黏液囊肿。喉气囊肿无论喉内、喉外和混合型,都会犯及声门旁间隙;而喉黏液囊肿若发生于喉室或室带亦可侵占声门旁间隙,本文病例为后者类型。

喉部肿物临床多采用喉裂开术切除,喉裂开术使喉软骨骨性生理支架破坏,并使前联合结构喉内软组织损伤,其结果易导致喉内肉芽生长、瘢痕组织增生,严重者引起喉狭窄^[2],术后易发生声音嘶哑,同时喉裂开手术需气管切开,增加了颈部及气管结构创伤;支撑喉镜手术方式对于喉部病变处理受喉结构特点限制很难达到理想结果,如果做得彻底去除病变必须扩大喉部手术入路,术后易出现声带黏膜及黏膜下层广泛损伤、声门部水肿、喉痉挛等并发症^[3],对本文2例患者,我们采用喉外经一侧甲状软骨板入路切除喉部良性肿瘤,初步体会是:①手术病变范围识别清晰,肿瘤切除彻底,修复方便;②处理喉部良性病变时,手术创伤小,声带层状结构损伤

少,喉黏膜完整,保护了嗓音,由于病变位于单侧,可避免气管切开;③该术式适用于甲状软骨板内侧范围,支撑喉镜难以达到的喉部病变,术前务必行CT检查,明确喉部病变的诊断及与周围结构的关系。本文2例取得较好的疗效,体现了喉功能基本保存完好的微创治疗效果,因此经喉外一侧甲状软骨板切开或部分切除入路是处理喉部良性肿瘤的理想手术方式。

参考文献:

- [1] 樊忠,王天铎.实用耳鼻咽喉科学[M].济南:山东科学技术出版社,1997:725-726.
- [2] 全华涛,何剑,廖玲凤,等.喉部分切除术后并发喉狭窄的原因及处理[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(4):338-340.
- [3] 谢金,徐明安,周汝环,等.全麻支撑喉镜下喉内镜手术中并发症的处理[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(2):135-136.

(收稿日期:2016-06-20)