

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201802017

· 临床报道 ·

内镜下经口入路颌下腺切除术的临床分析

杨培新, 吴创奇, 伍新苗, 刘 及, 谢飞虎, 苏少武

(台山市人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 广东 台山 529200)

摘要: **目的** 探讨内镜辅助经口入路颌下腺切除术的有效性、安全性和可行性。**方法** 经鼻插管全麻后,沿颌下腺导管开口至磨牙后区的下颌舌颌沟做弧形切口,内镜辅助下分别沿下颌下腺导管,切断与颌下腺有关的神经、血管、导管,将颌下腺切除。**结果** 5例患者均顺利切除颌下腺,1例出现暂时性舌体麻木,2周后恢复。无面神经下颌缘支及舌下神经损伤,无其他并发症。颈部无瘢痕,美容效果好。**结论** 内镜辅助下经口入路颌下腺切除术安全、可行,值得临床推广应用。

关键词: 内镜; 超声刀; 颌下腺

中图分类号: R782.7 文献标识码: A

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(2): 163 - 165]

Clinical analysis on endoscope-assisted resection of submandibular gland through intraoral approach: report of 5 cases

YANG Pei-xin, WU Chuang-qi, WU Xin-miao, LIU Ji, XIE Fei-hu, SU Shao-wu

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the People's Hospital of Taishan City, Taizhou 529200, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the efficacy, safety and feasibility of endoscope-assisted resection of submandibular gland through intraoral approach. **Methods** Under general anesthesia with pernasal intubation, a curved incision was made along the tongue mandibular groove. The gland and associated nerves, vessels and ducts were then resected with assistance of endoscope. **Results** Submandibular gland was safely resected in all 5 patients. Temporary lingual sensory paresis occurred in one patient, and got recovered within 2 weeks. No damage to marginal mandibular branch of the facial nerve and hypoglossus was found. Other postoperative complications occurred in none. No neck scar was found with good cosmetic results. **Conclusion** Endoscope-assisted intraoral approach is safe and feasible for the resection of submandibular gland, which is worthy of clinical application.

Key words: Endoscope; Ultrasonic scalpel; Submandibular gland

[Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2018, 24(2): 163 - 165]

经颌下切口颌下腺切除是颌下腺良性病变的传统术式,具有简单、易行及视野开阔等优点。但开放性手术致颈部瘢痕,影响美容,并且常伴有面神经下颌缘支损伤。为了改善美观及减少面神经下颌缘支损伤,Downton 和 Qvist 曾报道经口入路颌下腺切除手术^[1]。随着内镜及超声刀技术的应用,内镜联合超声刀辅助经口入路颌下腺切除将成为颌下腺良性病变治疗的发展趋势。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2015年6月~2016年12月我科采用内镜联合超声刀辅助经口入路术式治疗颌下腺良性病变患者5例,其中男2例,女3例;年龄24~37岁,平均年龄31岁;病程3个月至5年,平均2.1年。术前检查病变处边界清,活动好。术前均行B超及颌下腺增强CT检查,排除恶性病变可能。术前向患者详细讲述内镜辅助和传统术式的利弊,患者自主选择,签署知情同意书。

基金项目:江门市科技计划项目(江科[2016]105号-4)。

作者简介:杨培新,男,副主任医师。

通信作者:吴创奇,Email:heroqizoo@163.com

1.2 手术方法

所有患者均采用0°WOLF(直径4 mm)鼻内镜及显示系统、弓形开口器、直角压舌板、神经拉钩、单极电刀、超声刀、扁桃体钳等设备及器械。

所有患者均行经鼻插管全身麻醉,开口器从对侧打开口腔,用7号线穿过舌体将其牵拉至对侧,充分显露患侧口底。局部用5 ml生理盐水加3滴肾上腺素行口底黏膜浸润注射,以减少切口出血。沿舌下腺外侧第一双尖牙至第二磨牙远中行弧线切口。在内镜冷光源照明下,于舌下腺外侧钝性分离,暴露颌下腺导管,将其游离至下颌舌骨肌表面,剥离并牵拉舌下腺至对侧以更好地暴露颌下腺。内镜下寻找并保护舌神经,在舌神经与颌下腺导管交界处上缘,结扎切断导管。在舌神经深面、下颌舌骨肌的浅面结扎切断舌深动、静脉。钝性分离颌下腺深叶,内镜下暴露并结扎切断下颌下神经节的颌下腺分泌支。撑开下颌舌骨肌,助手按压颌下三角,将颌下腺浅叶向口内推压,充分暴露颌下腺浅叶,在内镜辅助下游离颌下腺前、内侧及外侧。游离后外侧时注意面动脉及面前静脉,如果颌下腺仅为面动脉分支滋养,直接超声刀凝切,如果面动脉穿过腺体,则需结扎后凝切,静脉直接超声刀凝切。分离腺体内下侧时,内镜下确认并保护舌下神经。术腔彻底止血,逐层缝合肌层、黏膜层,消灭死腔并放置胶片引流。术后1~2 d拔除胶片,术后静脉使用抗生素3~5 d,7 d拆线。内镜下手术所见见图1。

2 结果

5例患者颌下腺均顺利切除。口内创面愈合良好,无感染及水肿,无面神经下颌缘支及舌下神经损伤。1例出现轻微舌麻木感,约2周后消失。手术出血平均约30 ml,手术时间平均约80 min,颈部无瘢痕,美容效果好。术后病理示:2例多形性腺瘤,1例颌下腺囊肿,2例慢性颌下腺炎(其中1例含结石)。

所有患者随访3~12个月,平均6个月,均无不适。

3 讨论

传统的颌下腺切除术切口是沿着下颌骨下缘下1.5~2.0 cm平行下颌下缘约6 cm切口,切开颈阔肌后,需仔细将面神经下颌缘支解剖并加以保护,但解剖过程中可能或多或少对神经有损伤,导致下颌缘支麻痹,如果下颌缘支向下变异,术中可能被切断,造成患侧下唇永久性瘫痪。术后颈部留有瘢痕,影响美观。但传统术式对舌神经的影响较少,术后发生舌神经麻木的概率为2%~12%^[2]。为减少瘢痕,高力等^[3]采用口外颌下小切口在内镜辅助下进行颌下腺切除,较传统切口有所减小,但是术后在颈部仍有瘢痕,部分年轻患者难以接受。

随着社会的发展,年轻患者尤其女性患者颌面部手术后对外观的要求越来越高。随着内镜技术的发展,超声刀的应用以及术者对口底颌下解剖的熟练掌握,经口入路颌下腺切除较好的解决了颈部瘢痕问题。内镜对口内深部具有良好的照明,充分暴露术野,同时内镜有放大作用,较好的暴露视野,清楚的分辨舌神经、颌下腺导管及舌深动静脉等结构^[4-6]。超声刀是通过高频机械振动使组织蛋白质气化,氢键断裂,从而达到切割止血的效果,具有烟雾少、产热小、止血效果好、视野清晰等优点^[7]。使用超声刀可避免口内有限空间内频繁结扎,减少手术时间^[8]。

术中牵拉及电刀使用,可增加面神经损伤发生率。研究证实主动解剖面神经下颌缘支的颌下腺切除术,使手术更趋安全,神经损伤减少^[9]。经口入路颌下腺切除可减少面神经损伤发生率。本组5例患者均未发生面神经损伤。

内镜辅助经口入路也有一定的缺点:①该术式导致切口由I类切口变成为II类切口,容易感染,增加抗生素使用^[10-11];②手术操作空间狭小,为更好的暴露术野,需压迫、牵拉舌神经,术中使用电刀及

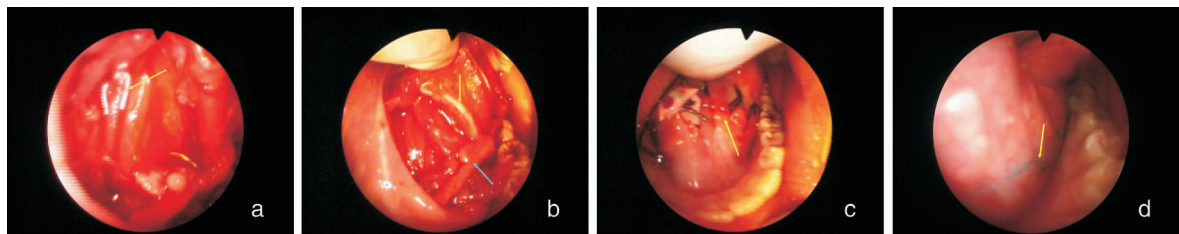


图1 内镜手术图 a:黄色箭头显示舌深动静脉;b:黄色箭头显示舌神经,蓝色箭头显示颌下腺导管;c:黄色箭头显示缝合切口放胶片引流;d:黄色箭头显示手术切口

超声刀,术后会发不同程度的舌麻木感^[12]。传统术式对舌神经的影响较少,术后发生舌神经麻木的概率为2%~12%^[2]。本组术后发生1例舌麻木感,发生率20%,较传统术式明显增加。估计与术中牵拉舌神经、电刀及超声刀热损伤有关;③平均手术时间约80 min,最长1例约100 min。而我科传统手术时间平均仅53 min,手术时间明显延长。与手术操作空间狭小、术中内镜使用、术者与助手配合熟练程度、术中对解剖结构熟练程度有关;④经口入路术后口底肿胀明显,患者出现不同程度吞咽困难及语言含糊不清等情况。术中止血不彻底,同时本术式引流效果不佳,可能出现口底血肿。本组尚未见术后大出血及血肿。

为保证内镜辅助经口入路颌下腺术式顺利完成及减少并发症,需注意以下几点:①掌握手术适应证,本术式适应于良性病变,颌下腺病损的长径应小于4 cm,以避免肿瘤体积太大影响手术操作^[13]。曾接受颈部放疗者,由于颈部组织粘连明显,不适合该术式。同时肿物过大者,由于口内操作空间狭小,也不适宜本术式。患者须有较大的张口度,张口受限的患者不适合;②术前详细说明该术式的优点及可能并发症,如果术中有明显出血等情况,需行传统开放手术;③术中需助手持内镜,所以要求助手熟练掌握内镜操作;④为减少术中出血,保持术野清晰,术中可采用控制性低压麻醉;⑤术者熟悉口底解剖结构,尤其对舌神经、舌下神经、舌深动、静脉等结构,避免术中切断舌神经及舌下神经,造成永久性损伤;⑥术中操作轻柔,尽量少牵拉舌神经,减少术后出现舌麻木感;⑦术中如果发现面动静脉血管穿越颌下腺内,需结扎后用超声刀切断。如果仅有分支穿过,可以直接超声刀凝切;⑧口腔内有切口,术后为避免感染,需加强口腔护理及抗感染处理。

综上所述,适当掌握手术适应证,内镜辅助经口入路颌下腺切除术安全、可行。颈部无手术瘢痕,美容效果好。同时可减少面神经下颌缘支损伤的风险。

参考文献:

[1] Downton D, Qvist G. Intra-oral excision of the submandibular gland[J]. Proc R Soc Med, 1960, 53:543-544.
 [2] Milton CM, Thomas BM, Bickerton RC. Morbidity study of sub-

mandibular gland excision[J]. Ann R Coll Surg Engl, 1986, 68(5):148-150.
 [3] 高力,胡莹,肖贵洲,等.小切口内镜辅助颌下腺摘除术六例报告[J].中华整形外科杂志,2005,21(2):154-155.
 Gao L,Hu Y,Xiao GZ,et al. Endoscope-assisted resection of submandibular gland with small skin incision; report of 6 cases[J]. Chinese Journal of Plastic Surgery and Burns,2005, 21(2): 154-155.
 [4] Weber SM, Wax MK, Kim JH. Transoral excision of the submandibular gland[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 137(2): 343-345.
 [5] Kauffman RM, Nettekville JL, Burkey BB. Transoral excision of the submandibular gland; techniques and results of nine cases [J]. Laryngoscope, 2009, 119(3): 502-507.
 [6] Chen WL, Yang ZH, Wang YJ, et al. Removal of the submandibular gland using a combined retroauricular and transoral approach [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2009, 67(3): 522-527.
 [7] 林华维,刘强.超声刀在开放性颌下腺手术中的应用[J].上海口腔医学,2015,24(4):486-488.
 Lin HW,Liu Q. The application of ultrasonic knife in open submandibular gland surgery [J]. Shanghai Journal of Stomatology, 2015,24(4): 486-488.
 [8] Parente APL, Fernandez FMM, Varela VP, et al. Minimally invasive video-assisted submandibular sialadenectomy: surgical technique and results from two institutions [J]. Surg Endosc, 2016, 30(8): 3314-3320.
 [9] 姜辉春,邵彬,郑锦花,等.解剖面神经下颌缘支的颌下腺切除术[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,4(9):242-243.
 Jiang HC,Shao B,Zheng JH, et al. Submandibular gland excision with dissection of the mandibular branch of facial nerve[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery | Chin J Otorhinolaryngol-Skull Base Surg,2003,4(9):242-243.
 [10] Moller MN, Sorensen CH. Risk of marginal mandibular nerve injury in neck dissection [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2012, 269(2):601-605.
 [11] Akbay E, Cevik C, Arli C. Perioperative complications of transoral approach in mouth base surgery[J]. J Craniofac Surg,2014,25(2):143-148.
 [12] Pitak-Arnop P, Pausch NC, Dhanuthai K, et al. Endoscope-assisted submandibular sialadenectomy: a review of outcomes, complications, and ethical concerns[J]. Eplasty, 2010, 10: e36.
 [13] 陈良嗣,张思毅,黄晓明,等.内镜辅助经口入路颌下腺切除的初步经验[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,46(2):149-151.
 Chen LS, Zhang SY, Huang XM, et al. Preliminary experience with endoscope-assisted transoral excision of the submandibular gland[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2011,46(2):149-151.

(收稿日期:2017-10-16)