

• 经验与教训 •

耳后切口内镜辅助下腮腺良性肿瘤切除术

陈伟雄¹ 王跃进¹ 张剑利¹ 曾勇¹ 朱肇峰¹ 何发尧¹ 汤苏成¹ 杨芳¹

[关键词] 腮腺肿瘤;内镜术;外科手术

[中图分类号] R764.9 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2012)01-0034-02

腮腺肿瘤中约 80% 为良性,而且大部分位于浅叶,传统的手术方式是面神经解剖及腮腺浅叶切除,经典手术切口为围绕耳廓前后及颌下的“s”形切口,从耳轮脚前向下经过耳屏、耳垂,绕过耳垂到达耳后,乳突再弧形向下、向前沿上颈皮纹到达舌骨水平。该手术切口术野暴露好,几乎适合所有的腮腺手术(包括深叶肿瘤及恶性肿瘤),但手术创伤大,切口总长约 15 cm,术后患者颈面部会留下明显的手术瘢痕,严重影响其面部外观和生活质量。我科 2008—2010 年采用耳后小切口结合内镜辅助,对 8 例腮腺浅叶良性肿瘤患者施行了腮腺切除术,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

8 例患者中,男 7 例,女 1 例;年龄 30~65 岁,平均 46 岁;病史 3 个月~3 年。肿物大小 1.5~3.5 cm,边界清晰,患者术前均经过 B 超或 CT 检查,部分经过细针穿刺活检,均没有怀疑恶性可能。

1.2 手术器械

德国 STORZ 公司的 3CCD 摄像系统,工作长度 26 cm,直径 6 mm 的 30° 内镜;强生豪韵超声刀;自行定做的弯形吸引器,头部有多个侧孔,兼顾吸引及钝性分离功能;自行定做的手术拉钩及悬吊器;长度超过 25 cm 的细头止血钳;自行定做的长度约 10 cm 的针状电刀头。

1.3 手术方法

气管插管全身麻醉,患者头转向对侧,主术位于患侧,助手位于患者头位,监视器位于术者对面。从耳垂后沿耳后沟向上约 2.0~2.5 cm,再弧形转向后下方至乳突部,后不超过发迹,最低处不低于耳垂水平。沿皮下分离至腮腺表面,用针状电刀再沿腮腺浅筋膜深面分离,后界至胸锁乳突肌前 1/3,前界及下界视肿瘤大小及部位而定。放入拉钩,悬吊,固定,建立稳定的手术空间,助手放入内镜,主术在电视监视器观察下完成以后操作。术者利用超声刀,先沿胸锁乳突肌前缘将腮腺后缘分离,再

将腮腺从外耳道软骨上分离,然后从乳突尖水平上 0.5~1.0 cm,乳突与外耳道软骨夹角中线处分离解剖出面神经总干;根据肿瘤所在部位及大小,分离面神经颈面干或(和)颞面干,然后顺行解剖出相应的分支,原则是在神经浅面,离开肿物 0.5~1.0 cm 切除肿瘤及周边的腺体,完成区域性腮腺切除术。术中根据肿瘤的部位和大小确定面神经解剖的程度。如果肿瘤位于后叶且位置较浅,判断与面神经距离较远,也可不解剖面神经,直接用超声刀于肿物外 0.5~1.0 cm 行区域性腮腺切除。术腔冲洗干净后,有面神经解剖者于其表面覆盖泡有地塞米松的明胶海绵;术腔常规放置 8 号脑室引流管接负压引流,分层缝合切口。

2 结果

8 例患者均顺利完成手术,术中及术后病理检查报告为混合瘤 5 例,腺淋巴瘤(Warthin 瘤)3 例。手术时间 60~110 min,平均 80 min;术中出血 10~20 ml,平均 15 ml;术后术腔引流时间 3~5 d,总引流量约 46~120 ml,平均 65 ml。术后 1 例出现暂时性下颌缘支损伤表现,2 个月后恢复;3 例出现涎腺漏,经过加压包扎后好转。术后随访 9 个月~3 年,患者术区凹陷不明显,术侧耳廓麻木感明显,6 个月后有所缓解,未见肿瘤复发,术区未出现味觉出汗综合征表现。患者对手术伤口及术后恢复均表示满意。

3 讨论

腮腺手术是口腔颌面外科及头颈外科的常见手术,常规“s”形切口对寻找面神经主干和分支均比较方便,翻瓣后暴露整个腮腺腺体,便于各项手术操作。随着人们生活水平的不断提高,患者除了要求肿瘤彻底切除外,还希望最佳的功能保留和美容效果。因此,众多学者在腮腺的功能外科和美容外科上进行了很多探索。常世民等^[1]采用耳前切口向下至耳垂后向后延伸至发际并沿发际边缘延伸的改良“s”形切口进行手术,使切口相对隐蔽;梁立民等^[2]将耳屏前切口改在耳屏内,使耳前切口更加隐蔽,在术后瘢痕的美容上较常规手术取得了一定的改善。但无论如何,患者面部都仍然留有瘢痕。

¹佛山市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科(广东佛山,528000)

通信作者:陈伟雄, E-mail: cwxiang@fsyyy.com

内镜技术在甲状腺、颌下腺、鳃裂囊肿等头颈手术的成功应用,加上手术器械的不断开发和改进,使腮腺的内镜手术成为可能。Lin 等^[3]首先报道 16 例内镜辅助下腮腺切除术;高力等^[4]报道了 26 例类似手术,他们均为将传统的“s”形切口缩小,耳前切口位于耳屏内,耳后切口不再延长至颌下,减少了颈部的手术切口长度,切口的隐蔽性也有所提高。张彬等(2008)报道了完全颌后区皮纹切口的内镜辅助下腮腺切除手术,切口长度为 4.0~4.8 cm,耳前无需切口,但后颌部仍留有瘢痕。Chen 等^[5]通过耳后沟平均 3.1 cm 的切口进行手术,切口更加隐蔽,美容效果极佳,但由于视野窄,其只适于腮腺尾叶良性肿瘤的切除。

笔者将耳垂起向上 2.0~2.5 cm 的耳后沟切口向后弧形延长约 2~3 cm,切口长度为 4.0~5.5 cm,最低不低于耳垂水平,切口全部位于耳后,面部及颈部均无瘢痕,美容效果好。由于内镜的介入,除耳屏前上部分腮腺暴露较差外,其余区域均暴露充分,而由于耳屏前上部腮腺肿瘤的发生率低,因此,该进路适合大部分腮腺浅叶良性肿瘤的切除,当然,由于笔者经验上的欠缺,目前还是选择肿瘤直径小于 4 cm 者进行内镜手术。

由于手术是从上往下、从后往前操作,面神经的解剖必须采用顺行分离法,因此,行内镜手术前必须要进行一定数量常规手术的面神经顺行解剖训练。由于内镜的照明和放大作用,面神经主干的寻找和解剖更加容易,加上超声刀的血管凝闭功能,术中出血少、视野清晰,面神经各分支的骚扰少,因此,术后仅 1 例出现暂时的面神经下颌缘支

损伤。

本组 3 例出现腮腺漏,较常规手术的比例高,可能与开始时不注意术腔引流管的放置及术后容易扭曲有关,注意后情况得以改善。因为手术暴露的需要及手术操作时的误伤,耳大神经后支经常难以保留,因此耳大神经损伤是本术式最常见的并发症,有待以后改进。由于超声刀的使用,止血效果好;切口小,节省了缝合的时间,因此,总手术时间与常规手术相当。

本术式视野清晰,暴露充分,手术切口全部在耳后,面颈部没有切口,较为隐蔽,尤其是留长发的女士,术后基本看不到切口。多采用腮腺区域切除,术区凹陷不明显,术后患者恢复快,并发症少,是兼顾美容及腮腺功能保留的术式之一。

参考文献

- [1] 常世民,柳春明,布静秋. 美容切口在腮腺手术中的运用[J]. 中国美容医学杂志,2008,17(3):367-369.
- [2] 梁立民,陈鹏步,荣发. 改良耳屏切口在腮腺区域性切除术中的应用[J]. 中华老年口腔医学杂志,2009,7(5):272-275.
- [3] LIN S D, TSAI C C, LAI C S, et al. Endoscope-assisted parotidectomy for benign parotid tumors[J]. Ann Plast Surg, 2000, 45: 269-273.
- [4] 高力,邵雁,谢磊,等. 隐蔽小切口内镜辅助下腮腺良性肿瘤切除术[J]. 中华整形外科杂志,2004,20(1):46-49.
- [5] CHEN M K, CHANG C C. Minimally invasive endoscope-assisted parotidectomy: a new approach[J]. Laryngoscope, 2007, 117: 1934-1937.

(收稿日期:2011-08-02)

中耳乳突手术并发耳廓化脓性软骨膜炎 3 例

李育广¹

[关键词] 中耳炎;乳突炎;并发症;外科手术

[中图分类号] R764.2 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2012)01-0035-02

经耳后切口行中耳乳突病灶切除同时行鼓室成形、耳甲腔成形术,是治疗胆脂瘤型中耳炎和骨疡型中耳炎非常成熟的技术,术中行外耳道口扩大时,由于需切除部分耳甲腔软骨,加上术腔纱条填塞时间较长,易引起耳廓化脓性软骨膜炎,笔者诊

治 3 例,现报告如下。

1 病例报告

例 1,女,55 岁。因右耳反复流脓、听力下降 40 余年,加重 1 年,于 2003 年 2 月 25 日入我院。患者 2002 年体检时发现患有糖尿病,一直服用降糖药。以慢性化脓性中耳炎(胆脂瘤型,右);糖尿病(Ⅱ型)收入院。控制血糖至正常水平后在全身麻

¹解放军第 184 医院耳鼻咽喉头颈外科(江西鹰潭,335000)
通信作者:李育广, E-mail: lyg184yyy@yahoo.com.cn