

近年来以 Portex 系列为代表的经皮扩张气管切开术因其操作快速、简单、安全,近年来被临床广泛采用^[3]。经皮气管切开术可在极短时间内开放气道、抢救生命,这是传统手术无法比拟的^[4]。特别适用于各种原因的上呼吸道气道梗阻,如喉头水肿、喉部炎症、声门及声门下异物等;以及颈椎损伤不能垫肩和头后仰、气管插管失败的患者。

在行经皮气管切开术期间给予持续呼吸气囊加压辅助呼吸能有效保证组织氧供,预防因缺氧引起的呼吸心跳骤停和缺血缺氧性脑病,从而提高抢救的成功率。

通过 8 例患者的救治,我们体会如下:①对于严重吸入性损伤患者早期即进行预防性气管切开;②紧急建立人工气道仍以气管插管为主,2~3 次插管失败后,立刻实施经皮气管切开术,不提倡反复插管;③由经验丰富、参加过专门训练的医师实施经皮气管切开术,以缩短操作时间,提高手术成功率,降低并发症发生率;④尽量避免使用肌松剂

和大剂量镇静剂,因为患者仍有自主呼吸,结合呼吸气囊辅助呼吸可有效保证氧气供应,如使用肌松剂和大剂量镇静剂会使患者无法进行自主呼吸代偿,导致患者最后一点气道自我保护反应消失,加重舌后坠及上呼吸道梗阻甚至窒息。如手术过程中患者躁动,可给予轻度镇静,但不建议打断患者自主呼吸。

参考文献

- [1] 杨宗城. 吸入性损伤的研究进展[J]. 中华烧伤杂志, 2008,24(5):372-374.
- [2] 付发祥,宋蕾. 经皮气管切开在头颈烧伤并吸入性损伤中的应用[J]. 基层医学论坛,2011,15(12):1101-1102.
- [3] 陈谦,王家东. 经皮气管切开术的临床进展[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,45(4):342-345.
- [4] 王小文,赵松,陈秀凯,等. 重新评价经皮扩张气管切开术在外科危重患者中的应用[J]. 中国危重病急救医学,2007,19(2):107-108.

(收稿日期:2013-09-02)

功能性颈清扫术式治疗复发性第二及第三四鳃裂瘻管或囊肿 16 例

Utilization of functional neck dissection for treatment of 16 patients with recurrent second, third or fourth branchial fistula or cyst

杜涛¹ 徐艳辉¹ 杨莉¹

[关键词] 鳃裂囊肿;颈清扫术
Key words branchial cleft cyst; neck dissection
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.12.022
[中图分类号] R653 [文献标志码] B

我科 2001-05-2011-08 对 16 例复发性第二及第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)患者行功能性颈清扫术治疗,效果较好,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

16 例患者中,男 9 例,女 7 例;年龄 8~27 岁;病程 3 个月~21 年,平均 2.5 年。其中复发性第二鳃裂瘻管(或囊肿)10 例,复发性第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)6 例;左颈 10 例,右颈 6 例。末次手术前,有手术史(包括切开引流术)2~6 次,平均 2.8 次。

所有患者均表现为反复的颈侧肿胀、疼痛、瘻管、流脓,外瘻口位于胸锁乳突肌中下 1/3 前缘;内

瘻口位于扁桃体窝者 6 例,位于梨状窝者 5 例,未发现内瘻口者 5 例。均经多次切开引流或手术切除后复发,伴有复发性颈深部感染。

1.2 治疗方法

均采取全身麻醉下手术,取下颈弧形切口(复发者将外瘻口、皮肤瘢痕及炎性肉芽设计在切口内),在颈阔肌下翻起皮瓣,切开胸锁乳突肌前缘肌筋膜并向后牵拉(如胸锁乳突肌前缘有部分瘢痕化,则自正常肌肉部分开始解剖),沿胸锁乳突肌下表面向后解剖达胸锁乳突肌后缘,游离并向后牵拉胸锁乳突肌,暴露颈侧 II、III、IV 区。向前依次暴露并解剖副神经、颈内静脉、迷走神经、颈总动脉和舌下神经,并予以保护,在气管食管沟内仔细辨认喉返神经,仔细保护。此时病灶已与颈部血管神经游离。以组织钳钳夹瘻管外口及周围切除的皮肤,将

¹成都市温江区人民医院耳鼻咽喉-头颈外科(成都,611130)
通信作者:徐艳辉,E-mail:526528106qq.com

颈侧Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ区软组织连同感染的病灶、瘢痕组织、肉芽和瘢痕化的部分向上翻转,对第二鳃裂瘻管(或囊肿),有瘻管者追踪至颈动脉分叉处上方入咽腔处,内瘻口高位结扎切断、外翻向咽腔,荷包缝扎。对于第三、四鳃裂瘻管(或囊肿),有瘻管者则以甲状软骨板后缘为标志,切开咽下缩肌,牵拉甲状软骨板,必要时可脱位环甲关节,切除甲状软骨板外侧中上 1/3,向梨状窝方向分离达内瘻口,结扎切断、内翻荷包缝合。术中发现 3 例病变组织与喉返神经有粘连,行喉返神经解剖。3 例发现瘻管穿经甲状腺或与甲状腺粘连明显,考虑为第四鳃裂瘻管,行甲状腺上极部分切除及Ⅵ区清扫。对于未发现内瘻口者则在行功能性颈清扫后置负压引流及安置胃管 4~5 d 以尽量减少咽漏和复发。

2 结果

1 例术后切口局部感染,经换药后愈合;1 例术后出现暂时性声带麻痹,1 个月后恢复。随访 2~8 年,无一例复发。

3 讨论

常规第二及第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)手术方式采用梯形切口,沿瘻管剥离,在瘻管和正常组织之间完成手术切除。但复发性鳃裂畸形的病变组织局部瘢痕严重、解剖欠清,常规的手术切口、方法多难以彻底切除,治疗起来有一定难度。陈良嗣等^[1]根据不同类型的复发性鳃裂畸形的胚胎学解剖特点,应用不同类型功能性颈清扫术治疗,不仅达到良好的根治效果,同时也避免了根治或功能性术式可能带来的潜在并发症及术后颈部畸形。

第三、四鳃裂畸形,瘻管的行程均起于梨状窝,前者穿过下咽缩肌,于喉上神经上方穿出甲状舌骨膜,绕过颈内、外动脉后方,在舌咽神经下方绕过舌下神经前面沿着颈鞘下降;后者理论上经甲状软骨下缘外侧斜行,从咽下缩肌穿出,于喉上神经下方和喉返神经外侧,终止于甲状腺上级,甚至经甲状腺上极内侧或外侧或贯穿甲状腺腺叶后,继续沿气管食管沟下行,进入纵隔,左侧环绕主动脉弓,右侧环绕锁骨下动脉,随后,向上走行于颈总动脉的后方,在舌下神经上方形成第 2 次环绕后下行。两者均开口于胸锁乳突肌前缘中下 1/3 的皮肤,相应的窦道或囊肿可以发生在上述行程的任何地方。然而,在已报道的文献中,几乎没有与上述路径完全一致的瘻管被证实,大多数病灶局限于甲状腺周围或超越甲状腺腺叶向下延伸至颈根部^[2-3]。复发性第三、四鳃裂畸形者由于局部瘢痕严重、解剖欠清常难以区分,二者在治疗上有相似之处,因此我们将第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)一起报道。

由于第二及第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)病变组

织基本局限于Ⅱ~Ⅳ区,因此我们对于复发性第二及第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)功能性颈清扫范围为Ⅱ~Ⅳ区。由于第三、四鳃裂瘻管(或窦道)的走行与甲状腺、喉返神经和喉上神经的关系密切,因此,在行第三、四鳃裂瘻管手术时,必须注意解剖和保护喉返神经、喉上神经^[1,4],部分需行甲状腺部分切除。

功能性颈清扫术野暴露充分,有利于颈部大血管和神经的保护及病灶的完整切除,可有效处理内瘻口,较方便、简单,并发症少,复发率低。但功能性颈清扫术切口和创面较大,且初次手术者多可用常规方法完整切除^[4],故仅限于复发性者应用该术式。陈良嗣等^[1]认为第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)须行同侧甲状腺腺叶(或部分)切除,以期彻底手术和避免喉返神经或喉上神经损伤。但我们认为由于第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)多为青少年,颈分区清扫创面较大,损伤重,从甲状腺旁经过并非每例均穿经同侧甲状腺,因此我们对患侧的甲状腺的处理并非每例均行同侧甲状腺腺叶(或部分)切除,仅在第四鳃裂瘻管或发现有瘻管穿经甲状腺上极或腺叶时才行同侧甲状腺腺叶(或部分)切除及Ⅵ区清扫,一般尽量保留甲状腺。16 例中,3 例行甲状腺上极部分切除,13 例保留甲状腺,随访无一例复发。至于喉返神经则尽量解剖,避免损伤喉返神经,我们发现 3 例患者在每次鳃裂瘻管(或囊肿)感染发作时伴有声嘶,感染控制后缓解,考虑为第三、四鳃裂瘻管,术中见病变瘢痕组织与喉返神经有粘连,均予以喉返神经解剖。

对于复发性第三、四鳃裂瘻管(或囊肿)病变组织局部瘢痕严重、解剖欠清,术中难以找到内瘻口者,我们常规安置胃管 4~5 d 以尽量减少咽漏和复发。

参考文献

- [1] 陈良嗣,宋新汉,张思毅,等. 择区域性颈清扫术治疗复发性鳃裂畸形[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011,25(2):51-53.
- [2] 陈良嗣,张思毅,罗小宁,等. 先天性第四鳃裂畸形的诊断和治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(10):835-838.
- [3] NICOUCAR K, GIGER R, POPE HG JR, et al. Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44: 1432-1439.
- [4] 张小萌,孔维佳,杨成章,等. 功能性颈清扫术在复发性鳃裂畸形治疗中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(6): 247-249.

(收稿日期:2013-08-12)