

解剖面神经下颌缘支在腮腺部分切除术中的应用

李烁¹ 高春生¹ 杜政德¹ 杨琼¹ 刘飞¹ 张全明¹ 张小萌²

[摘要] 目的:探讨解剖面神经下颌缘支在腮腺部分切除术中的临床应用。方法:回顾性分析采用下颌缘支逆行法解剖面神经的腮腺部分切除术 38 例的临床资料。结果:全组患者随访 1~3 年肿瘤无复发,2 例发生暂时性面瘫,2 例出现味觉出汗综合征。结论:采用解剖面神经下颌缘支的腮腺部分切除术治疗直径小于 5 cm 的腮腺良性肿瘤,手术创伤小,并发症少,值得临床推广。

[关键词] 面神经;下颌缘支;腮腺肿瘤;腮腺部分切除术

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.24.012

[中图分类号] R739.8 **[文献标志码]** A

Anatomy of marginal mandibular branch of facial nerve in partial parotidectomy

LI Shuo¹ GAO Chunsheng¹ DU Zhengde¹ YANG Qiong¹

LIU Fei¹ ZHANG Quanming¹ ZHANG Xiaomeng²

(¹Department of Otolaryngology, Nanshan Affiliated Hospital of Guangdong Medical College, Shenzhen, 518052, China; ²Department of Otolaryngology, the Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan)

Corresponding author: ZHANG Xiaomeng, E-mail: zhangxiaomengcn@gmail.com

Abstract Objective: To study our experiences in anatomy of marginal mandibular branch of facial nerve in partial parotidectomy. **Method:** Thirty-eight cases receiving partial parotidectomy were analyzed retrospectively, and marginal mandibular branch of facial nerve were separated in all cases. **Result:** Temporary facial paralysis appeared in 2 cases and Frey's syndrome appeared in 2 cases. There was no patient appeared the recurrence in the 1-3 years followed up time. **Conclusion:** Partial parotidectomy with anatomy of marginal mandibular branch of facial nerve is a safe, effective and minimally invasive therapeutic method for benign tumor on parotid gland (<5 cm).

Key words facial nerve; marginal mandibular branch; parotid tumor; partial parotidectomy

涎腺肿瘤 80% 发生于腮腺,其中大部分为良性或临界性肿瘤^[1]。腮腺肿瘤行单纯的肿瘤切除术复发率高^[2],而保存面神经的腮腺腺叶切除术则术后并发症发生率高,如味觉出汗综合征(Frey's syndrome)^[3],不同程度的面瘫等。我们近年开展的腮腺良性肿瘤手术,通过下颌缘支逆向解剖面神经行腮腺部分切除术,取得良好效果,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

收集 2010-04—2013-04 在深圳南山医院及武汉协和医院住院的 38 例腮腺良性肿瘤手术患者,其中男 24 例,女 14 例;年龄 21~64 岁,平均 43.6 岁;病程 3 个月~8 年,平均 1.4 年。所有患者无自

觉症状,均为单侧发病,肿瘤直径 1.0~4.8 cm,平均 3.9 cm。均位于腮腺浅叶,生长缓慢、界限清楚、质地中等,活动度好。未进行过任何治疗,术前检查 B 超、磁共振排除包膜不完整或深叶肿瘤。术后病理诊断:多形性腺瘤 18 例,腺淋巴瘤 10 例,混合瘤 8 例,肌上皮瘤 2 例。

1.2 手术方法

手术均采用静脉内复合麻醉,患者取仰卧位,垫肩,头偏健侧。手术切口采用“S”形切口,自耳屏前直向下,弧形绕过耳垂下方至耳后,沿下颌骨升支后缘至颌后区或下颌角下。逐层切开皮肤、皮下组织、颈阔肌,在腮腺咬肌筋膜深面、紧贴腮腺组织翻瓣,将腮腺嚼肌筋膜保留在皮瓣上,分离腮腺前、后、下缘。术中可见耳大神经于胸锁乳突肌后缘中点发出,通常保留耳后分支,切断进入腺体的分支。在下颌角下 2 cm 处寻找面后静脉,沿面后静脉向上即可发现面神经下颌缘支在面后静脉浅面越过。然后沿下颌缘支向上解剖暴露面神经颈面干、颞面

¹ 广东医学院附属深圳南山医院耳鼻咽喉科(广东深圳, 518052)

² 华中科技大学同济医学院附属协和医院耳鼻咽喉科
通信作者:张小萌, E-mail: zhangxiaomengcn@gmail.com

干及总干,再沿总干各分支顺行解剖出面神经其他分支,并将腮腺不断自面神经各分支处进行游离。在距离肿瘤边缘 1 cm 的正常腺组织处切开,边切边缝合腮腺组织残端及分支导管,除止血外,也为防止发生涎瘘。最后将肿瘤及其周围的腮腺腺体组织一并从面神经表面切除,对位分层缝合颈阔肌、皮下组织及皮肤,术后放置负压引流 48~72 h,常规加压包扎 7 d,一般不口服阿托品。

2 结果

38 例患者顺利完成手术,伤口均 1 期愈合。术后随访 1~3 年,无一例肿瘤复发。2 例术后发生暂时性面瘫,表现为术侧上眼睑闭合不全、口角下垂、鼻唇沟变浅,予维生素 B₁ 和维生素 B₁₂ 等神经营养药物治疗,术后 3 个月复查,静态及运动时面瘫症状均已消失;6 例术后出现耳垂麻木感,为术中切断耳大神经所致;2 例术后出现味觉出汗综合征。无一例出现涎瘘、口干等并发症,术后面部凹陷畸形及瘢痕均不明显。

3 典型病例报告

患者,男,26 岁。因右耳下区无痛性包块 1 年入院。专科查体:右侧耳垂后下方可触及 2.5 cm×2.5 cm 大小的肿物,表面光滑,边界清,质韧,活动度好,与周围组织无明显粘连。通过面后静脉寻找面神经下颌缘支的解剖方法,行腮腺部分切除术。术后未发生明显并发症,随访 1 年未见肿瘤复发(图 1~6)。

4 讨论

针对腮腺肿瘤的手术方法,包括早期的肿瘤剜除术(enucleation)、经典的保存面神经腮腺浅叶或全腮腺切除术以及腮腺部分切除术。由于腮腺良性肿瘤具有包膜不完整的特点,且大多数位于腮腺后下极,有多中心生长特点,单纯的肿瘤剜除术容易导致术后复发;而保存面神经的腮腺腺叶切除则术后并发症发生率较高,如出现不同程度的面神经功能障碍、味觉出汗综合征等;近年发展起来的腮腺部分切除术(partial parotidectomy)又称为局限性切除(limited resection)^[4]或腮腺次全切除术(subtotal parotidectomy)^[5],是指切除包括肿瘤及

肿瘤周围部分正常腮腺组织的一种手术方式,并保留腮腺嚼肌筋膜,完全不同于单纯腮腺肿瘤剜除术,最常用于腮腺下极的良性肿瘤。目前认为切除距肿瘤边缘 1.0 cm 的正常组织是防止术后复发的有效措施^[6],既保证了肿瘤完整切除,去除了复发因素,又保留了部分腮腺功能,预防味觉出汗综合征、涎瘘、口干等并发症的发生。本文结果显示随访 1~3 年无一例肿瘤复发,2 例术后出现味觉出汗综合征,无一例出现涎瘘、口干等并发症,术后面部凹陷畸形及瘢痕均不明显。

面神经自茎乳孔出颅后走行于腮腺内,将腮腺分为深浅两叶,面神经主干在腮腺内首先分为颞面干和颈面干,再分为额支、颧支、颊支、下颌缘支和颈支,各分支数目及其吻合支有一定的个体差异^[7],面神经与腮腺的密切关系决定了腮腺手术中易损伤面神经^[8]。目前解剖面神经的方法分为由主干向分支和由分支向主干 2 种。传统的主干法先分离腮腺后缘上缘,暴露二腹肌后腹,再沿二腹肌后腹在乳突尖与外耳道底壁之间寻找出面神经主干,面神经主干深度通常位于乳突表面下 1 cm,位置变异较大,损伤易引起面神经全瘫。我们采用的面神经解剖方法是从分支到主干的解剖法,以下颌角、面后静脉为标志寻找下颌缘支。然后沿下颌缘支逆向解剖其上级分支及主干,再沿主干顺行解剖出面神经各分支。这种面神经解剖方法标志清楚,容易寻找,直视分离,由浅到深分离面神经周围软组织,能较好地保护神经,操作方便,手术时间大大缩短,术野清晰,创伤极小。同时术中应尽量减少对面神经的牵拉和移位,避免破坏过多周围组织而影响血供,可以有效降低面瘫的发生,即使损伤也不会完全面瘫^[9]。本组 38 例患者术后发生暂时性面瘫 2 例,予神经营养药物治疗后 3 个月复查,静态及运动时面瘫症状均消失,无一例永久性面瘫发生。

本组采用解剖面神经下颌缘支的腮腺部分切除术治疗直径小于 5 cm 的腮腺良性肿瘤,手术创伤小,并发症少,可保留部分患侧的腮腺功能,值得临床推广。

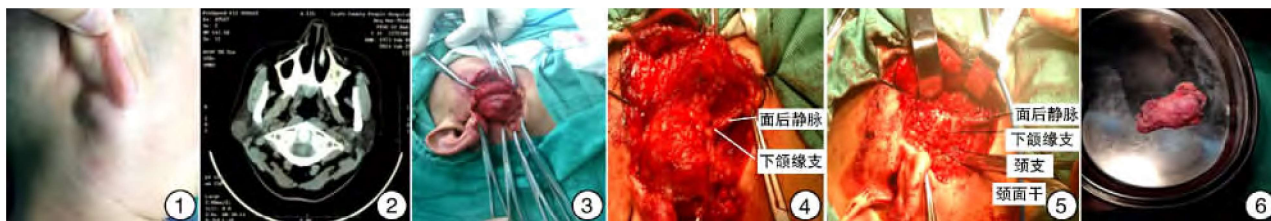


图 1 右耳后下肿物; 图 2 MRI 图像; 图 3 手术切口; 图 4 暴露下颌缘支及肿物; 图 5 腮腺肿瘤及腮腺部分切除后; 图 6 腮腺肿瘤及部分腮腺

以舌后区阻塞为主的睡眠呼吸暂停低通气综合征患者颏舌肌病理形态的电镜观察

刘亚奇¹ 王赛¹ 杨怀安¹

【摘要】 目的:研究以舌后区阻塞为主的阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者的颏舌肌在透射电镜下的病理形态学改变,并探讨其在 OSAHS 发病机制中的作用及临床意义。方法:选取接受舌体部分切除术及 UPPP 治疗的 OSAHS 患者 38 例,根据 AG 监测的 AHI 值将患者分为轻-重度组($30 < \text{AHI} \leq 45$, 10 例)、中-重度组($45 < \text{AHI} \leq 60$, 13 例)和重-重度组($\text{AHI} > 60$, 15 例)。对照组为 6 例无口咽及咽喉部阻塞疾病的成人患者。透射电镜下观察颏舌肌形态变化特点。结果:透射电镜下对照组的颏舌肌组织肌纤维排列规整,肌间线粒体形状规则;所有 OSAHS 患者的颏舌肌标本都同时存在以下 3 种变化:轻度变化肌纤维萎缩、排列稀松,间隙增大,局部肌丝水肿,肌束间结缔组织增生,线粒体肿胀,部分呈球形,嵴尚清晰;中度变化肌纤维明显萎缩,直径大小不一,排列紊乱,Z 线距离缩短、扭曲,部分肌丝断裂、溶解消失,肌束间结缔组织明显增生,线粒体肿大呈空泡样变性,嵴模糊、变短及形态不规则;重度变化肌纤维大量断裂、溶解,排列紊乱,凝集成团块状,呈点状或片状排列,Z 线扭曲消失,线粒体大小不一,呈空泡样变性,嵴消失,有的呈絮状改变,部分样本可见线粒体堆积现象。且随 AHI 的增高,轻度变化出现比率降低,重度变化出现比率则升高。结论:OSAHS 患者颏舌肌及线粒体的改变是一个连续、渐进的过程,且随 OSAHS 程度加重,舌体颏舌肌组织病理形态学变化有逐渐加重的趋势。

【关键词】 睡眠呼吸暂停低通气综合征,阻塞性;颏舌肌;透射电镜;病理形态学

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.24.013

【中图分类号】 R563.8 **【文献标志码】** A

Pathologic changes of the genioglossus in patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome dominated by lingual region obstruction

LIU Yaqi WANG Sai YANG Huaian

(Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, First Hospital of China Medical University, Shenyang, 110001, China)

Corresponding author: YANG Huaian, E-mail: dr_yanghuaian@163.com

Abstract Objective: To study the pathological changes of genioglossus with transmission electron microscope (TEM) in patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS) dominated by lingual region obstruction, and to explore the role of tongue organizations in the pathogenesis and its clinical significance.

¹ 中国医科大学附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科(沈阳,110001)
通信作者:杨怀安, E-mail: dr_yanghuaian@163.com

参考文献

- [1] SREEJA C, SHAHELA T, AESHA S, et al. Taxonomy of Salivary Gland Neoplasm [J]. J Clin Diagn Res, 2014, 8: 291-293.
- [2] CIUMAN R R, OELS W, JAUSSE R, et al. Outcome, general, and symptom-specific quality of life after various types of parotid resection [J]. Laryngoscope, 2012, 122: 1254-1261.
- [3] LI C, YANG X, PAN J, et al. Graft for prevention of Frey syndrome after parotidectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2013, 71: 419-427.
- [4] 马大权, 俞光岩, 郭传斌. 腮腺肿瘤的外科治疗 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(11): 688-689.
- [5] PIETNICZKA-ZALESKA M, KUKWA A. The parotid gland's tumours in material of otolaryngology department medical academy in warsaw in 1990-2006 [J]. Otolaryngol Pol, 2008, 62: 395-399.
- [6] KIM D Y, PARK G C, CHO Y W, et al. Partial Superficial Parotidectomy via Retroauricular Hairline Incision [J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014, 7: 119-122.
- [7] BUSSU F, RIGANTE M, GIGLIA V, et al. Clinical history, prognostic factors, and management of facial nerve in malignant tumors of the parotid gland [J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014, 7: 126-132.
- [8] 杨懿, 张明磊, 彭贵存, 等. 腮腺肿瘤手术致面神经损伤的相关因素分析 [J]. 临床口腔医学杂志, 2006, 22(12): 732-733.
- [9] 吴文艺, 张丽婷, 王朝阳, 等. 沿下颌缘支逆向解剖面神经在腮腺肿瘤手术中的临床意义 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2012, 30(4): 466-468.

(收稿日期: 2014-07-02)