

弹力套在涎腺外科手术后的临床应用 The clinical applications of using elastic sleeve in postoperative of salivary gland

陈莹华¹ 陈良嗣² 罗小宁² 张红春¹ 韦廷佳¹ 罗小钢¹ 胡跃馨¹ 蒙国庆¹ 黄敏¹

[关键词] 弹力套;涎腺手术;涎瘘;腮腺肿瘤

Key words elastic sleeve;salivary gland surgery;salivary fistula;parotid neoplasms

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.15.014

[中图分类号] R782.7 [文献标志码] B

临床上预防及处理腮腺术后涎瘘常用的手段主要有绷带加压包扎、负压引流、口服阿托品,甚至再次手术、小剂量放疗等^[1],其中以加压包扎最常用。由于头面部、颈部生理结构的特殊性,传统绷带加压包扎往往影响患者吞咽进食和睡眠,且因加压时间较长,给患者尤其是小儿的术后康复带来诸多不便。同时绷带加压包扎易松脱导致压力不均匀,对预防术后涎瘘和切口感染的效果并不理想。南宁市红十字会医院耳鼻咽喉科 2010-05—2014-08 对腮腺部分切除手术的患者,术后采用专用弹力套进行加压包扎,与传统绷带加压法比较,弹力套可明显提高涎腺术后局部加压的有效性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组行单侧腮腺部分切除术 58 例,均未做胸锁乳突肌瓣修复。其中,术后使用专用弹力套加压的患者 30 例(弹力套组),男 19 例,女 11 例;年龄 13~68 岁;浅叶切除 19 例,浅叶部分切除 6 例,深叶切除 5 例;术中结扎腮腺主导管 18 例,未结扎 12 例。术后使用传统绷带加压的患者 28 例(传统绷带组),男 16 例,女 12 例;年龄 22~75 岁;浅叶切除 17 例,浅叶部分切除 7 例,深叶切除 4 例;术中结扎腮腺主导管 15 例,未结扎 13 例。术后并发症:暂时性耳廓麻木 15 例(25.9%),暂时性下颌缘支麻痹 10 例(17.2%),Frey's 综合征 4 例(6.9%)。术后病理:混合瘤 41 例(70.7%),Warthin's 瘤 15 例(25.9%),基底细胞腺瘤 2 例(3.4%)。所有腮腺部分切除术均由同一组医师以相应的术式进行。

加压材料:专用康复弹力套为广州市鸿年科技有限公司生产(A-01A 型),由弹力尼龙和氨纶材

料做成。传统的加压材料采用 8 cm×200 cm 常规医用弹力绷带。

1.2 方法

所有患者术后留置负压引流管或引流胶片 24~48 h,拔除负压引流管或引流胶片后开始行加压包扎。弹力套组患者加压 6~7 d 拆除,期间自行调整松紧度,以能耐受、不影响局部血液循环为宜。传统绷带组包扎 10~14 d。2 组患者术后 48 h 内预防性使用抗生素,口服阿托品 0.5 mg,每天 3 次,连续 1 周。术后 7~8 d 行切口拆线。拆除加压包扎后若出现涎瘘,抽出液体后继续加压包扎+口服阿托品。切口Ⅱ期愈合者,继续予抗感染、加压包扎和换药处理。

1.3 术后涎瘘的诊断标准

术后涎瘘的诊断标准参照文献^[2]分为 3 级。Ⅰ级:耳周腮腺区轻度肿胀、积液,穿刺可抽出<1 ml 的清亮液体;Ⅱ级:耳周腮腺区肿胀,皮下积液,穿刺可抽出>1 ml 的清亮液体;Ⅲ级:唾液通过瘘管直接流入皮肤表面,漏出液可随着进食咀嚼运动而增加。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析。计量资料采用 χ^2 检验,比较弹力套组与传统绷带组的加压时间和涎瘘发生率的关系,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

弹力套组患者自觉佩戴舒适(图 1a),使用方便,无面部疼痛,不影响发声、吞咽进食和睡眠,术后第 3 天即可见术区干净、整洁,局部无肿胀及渗出(图 1b)。采用弹力套加压包扎法,术后发生涎瘘 1 例(Ⅰ级 1 例),Ⅱ期愈合 1 例;而传统绷带组术后涎瘘 7 例(Ⅰ级 2 例、Ⅱ级 5 例),Ⅱ期愈合 4 例。弹力套法与传统绷带加压法相比,术后加压时间明显缩短,涎瘘发生率低,切口Ⅰ期愈合率高,2 组间的差异有统计学意义(见表 1)。

¹ 南宁市红十字会医院耳鼻咽喉科(南宁,530012)

² 广东省人民医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:陈莹华,E-mail:entchenyinghua@163.com



图 1 患者使用专用弹力套(1a)和使用弹力套后第 3 天的术区情况(1b)

3 讨论

术后涎痿、切口感染、面瘫是涎腺外科的常见并发症,其中腮腺术后涎痿的发生率可达 25.0%~29.6%^[1,3]。残留空腔、残留腺体处理不当及术后无效加压或加压失误是导致涎痿的主要因素^[4],其中加压失误及无效性加压常见于传统的医用绷带十字加压包扎法。如何通过有效的加压方法,降低术后涎痿的发生率和提高切口Ⅰ期愈合,并利于患者术后的生活康复具有重要意义。

传统医用绷带十字加压包扎法预防涎腺术后涎痿,是通过绷带持续压迫力,让皮瓣与深层组织附贴紧密,消灭创面死腔;同时使残余腺体组织受压而萎缩,失去分泌功能,减少积液、积血引发的感染,从而避免涎痿的发生并达到切口Ⅰ期愈合的目的。但是由于头颈、颌面部特殊的解剖结构和生理功能,临床实践中发现,如果绷带包扎过松,患者在咀嚼进食和(或)夜间睡眠时均容易导致加压绷带和敷料松动滑脱,加压效果欠佳,同时需要延长加压时间,增加了涎痿发生和切口感染的概率;而绷带包扎过紧又会让患者感到头面部、耳廓、颌下区紧痛,影响进食和睡眠,还可能使局部淋巴回流受阻,甚至引发面瘫。因此,包扎力度难以控制,包扎时间过长及影响患者生活质量是该方法的缺点^[3]。

为了解决上述问题,近年来临床上采用负压引流替代绷带加压联合胶片引流^[5-6],主要通过外界足够的负压使组织创面相互贴合,引流较彻底,便于观察术区引流情况,免除绷带包扎对患者吞咽和睡眠的不利影响,相比传统绷带加压包扎法,在预防涎腺术后涎痿更显优势。但长期放置负压引

流,须谨慎避开面神经,尤其是在面神经暴露明显的情况下可能造成对面神经的负压吸引损伤^[7]。另外,负压引流管留置时间过长可能出现的引流管折叠、血凝块堵塞、漏气、逆行性感染等是该方法发生涎痿的重要因素^[5],且不少患者在撤除负压引流后仍需要加压包扎。如何有效地降低涎腺外科手术后涎痿的发生率并提高切口Ⅰ期愈合,同时最大程度地减轻患者的痛苦,利于术后康复的方法仍需要不断探索与改进。

本研究发现,专业弹力套很好地解决了涎腺术后传统绷带包扎法、负压引流法存在的问题。专业弹力套具有以下优点:①设计合理。针对头颈、颌面部的解剖结构设定,压力足够不会影响患者的耳廓和面部,不随头颈、下颌运动而松脱。②使用方便,能有效提高局部加压。弹力套的连接处采用魔术贴粘合,患者可自行脱戴,并根据患者的头面部大小、对压力耐受度以及所需部位适当地调整包扎压力和方向,进食时可自行调整弹力套松紧度,睡眠时可自由转换头颈位,不影响吞咽进食及睡眠,利于患者的生活康复。本组采用弹力套加压的患者术后第 3 天即可见术区干净、整洁,局部无肿胀及渗出。③明显缩短传统加压时间,有效地降低涎痿发生率。④应用广泛。除了用于预防腮腺手术后的涎痿和促进切口愈合外,还可作为腮腺术后涎痿发生后的补救措施,并减少局部皮瓣瘢痕增生。所有预防腮腺术后涎痿的方法失败后,继续有效加压是最常用的补救方法,弹力套的使用可避免再次手术甚至放疗。另外,颌面部手术后均可产生不同程度的瘢痕增生,而压力疗法是目前公认的治疗创伤后皮肤增生性瘢痕的有效方法^[8]。本组患者早期使用弹力套对术区皮瓣进行持续加压,可减轻局部瘢痕形成,且均未出现皮瓣坏死。由于加压时间较短,对预防瘢痕的远期疗效仍有待进一步观察。专业弹力套相对于传统材料价格偏高,建议严格清洗消毒后重复使用,可降低医疗成本。

综上所述,涎腺手术患者术后使用专业弹力套,可明显提高局部加压的有效性,并缩短加压时间,引流胶片或负压引流留置时间;术后涎痿发生率较低,切口Ⅰ期愈合率高,并发症少;同时不影响患者吞咽进食及睡眠,是涎腺外科手术后便捷、有效的加压方法,值得临床推广。

表 1 弹力套组和传统绷带组术后的各项指标比较

组别	例数	加压时间/d	阿托品使用 时间/d	切口Ⅰ期		涎痿		皮瓣坏死
				例数	百分率	例数	百分率	
弹力套组	30	6~7 ¹⁾	7	29	96.7	1	3.3 ²⁾	0
传统绷带组	28	10~14	10	24	85.7	7	25.0	0

与传统绷带组比较,¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$ 。

• 经验与教训 •

鼻腔鼻窦和鼻咽部低分化神经内分泌癌临床病理分析

Poorly differentiated neuroendocrine carcinoma of the sinonasal cavity and nasopharynx: a clinicopathological analysis

罗巧明¹ 李金奇² 邵少慰¹ 梁少姬¹

【关键词】 癌,神经内分泌;鼻肿瘤;免疫组织化学

Key words carcinoma, neuroendocrine; nose neoplasms; immunohistochemistry

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.15.016

【中图分类号】 R739.62 【文献标志码】 B

低分化神经内分泌癌(poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, PDNEC)起源于摄取胺前体脱羧细胞,最常发生于肺部和消化道。原发于鼻腔鼻窦的 PDNEC 少见,发生于鼻咽部则更少见。笔者检索国内外文献,发生于鼻咽部的孤立性 PDNEC 不足 10 例。因其分化差,故组织形态学与鼻部其他小圆细胞恶性肿瘤难以区别。本文报道 2014 年间 2 例原发于鼻腔鼻窦和鼻咽部的 PDNEC,并复习相关文献,探讨其临床、病理特点,鉴别诊断及治疗和预后。

1 资料与方法

例 1 男,58 岁,因鼻活动性出血 20 d,头痛 2 d 入院。鼻内镜见鼻咽部肿瘤呈结节状生长,局部出血坏死(图 1)。CT 检查示:左侧鼻咽部占位性病变,肝内多发转移瘤,其他脏器未见肿瘤,全身浅表淋巴结未触及肿大。患者于 3 个月后死亡。

¹肇庆市第二人民医院病理科(广东肇庆,526060)

²肇庆市第二人民医院耳鼻咽喉科

通信作者:罗巧明,E-mail:luoqm@live.cn

例 2 男,56 岁,因右鼻塞、流脓涕、嗅觉消失 3 个月,右鼻腔出血 1 个月入院。鼻内镜见右侧上下鼻道肿物增生,呈灰白色,粗糙,触之易出血,肿物根部位于上鼻道(图 2)。CT 检查示:右侧鼻道、上颌窦、额窦、筛窦、蝶窦均见软组织影充填,以右中上鼻道为主,其他脏器未见肿瘤,全身浅表淋巴结未见肿大。患者先行手术治疗,术后辅以放化疗。目前患者情况良好。

2 例患者的组织标本均经 10% 中性甲醛溶液固定,常规脱水,石蜡包埋切片,苏木精-伊红染色,显微镜观察。同时连续切片行免疫组织化学染色及 EBER 原位杂交检测。免疫组织化学采用 EnVision 法,所用抗体为 CK、CD56、Syn、CgA、NSE、TTF-1、S-100、p63、CK5/6、CK20、Ki67,一抗及 EnVision 试剂盒均购自福州迈新生物技术开发有限公司。EBER 是 EB 病毒编码的小 RNA,EBER 探针为 RNA 探针,采用辣根过氧化物酶系统, DAB 显色,EBER 原位杂交试剂盒购自北京中杉金桥生物技术有限公司。

参考文献

- [1] 耿中利,任光辉,马斌林. 腮腺肿瘤术后涎腺瘘的病因及其防治[J]. 新疆医科大学学报,2009,32(9): 1298-1299.
- [2] 毕文娟,王东,彭诚,等. 腮腺术后负压引流和橡皮条引流的相关研究[J]. 中华口腔医学研究杂志(电子版),2010,4(4):369-371.
- [3] 李志强,艾伟健,刘曙光. 加压包扎时间对腮腺术后涎瘘发生的影响研究[J]. 中国实用口腔科杂志,2012,5(3):173-174.
- [4] MARCHESE-RAGONA R, DE FILIPPIS C, MARIO-NI G, et al. Treatment of complications of parotid gland surgery[J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2005, 25:174-178.
- [5] 刘凤桐,杨学财,尚伟,等. 负压引流在腮腺手术中的应用[J]. 现代口腔医学杂志,2009,23(5):486-488.
- [6] 霍俊峰,国庆,郭建峰. 腮腺术后负压引流与橡皮片加压包扎临床疗效比较[J]. 中国实用口腔科杂志, 2012,5(8):511-512.
- [7] KLINTWORTH N, ZENK J, KOCH M, et al. Post-operative complications after extracapsular dissection of benign parotid lesions with particular reference to facial nerve function[J]. Laryngoscope, 2010, 120: 484-490.
- [8] VAN DEN KERCKHOVE E, STAPPAERTS K, FIEUWS S, et al. The assessment of erythema and thickness on burn related scars during pressure garment therapy as a preventive measure for hypertrophic scarring[J]. Burns, 2005, 31:696-702.

(收稿日期:2015-04-14)