

• 论著——研究报告 •

73 例累及颈根部肿物诊疗分析

文锋¹ 张伟伟² 丛铁川¹ 沈泓¹ 秦永¹ 肖水芳¹ 赵恩民¹

[摘要] 目的:研究累及颈根部肿物的临床诊断和外科治疗方法。方法:回顾性分析北京大学第一医院耳鼻咽喉头颈外科收治的 73 例累及颈根部肿物患者的临床资料,总结分析其临床表现、术前影像学评估、手术入路选择、术后病理类型、术后并发症及预后。结果:73 例累及颈根部肿物患者临床多表现为颈部无痛性肿物(36 例)及吞咽困难(16 例)。颈部增强 CT 或 MRI 及其三维重建能清楚显示肿块的大小、形态、位置、与周围结构特别是重要血管的关系及继发改变。病理诊断良性 37 例,恶性 36 例;良性肿瘤最常见为胸骨后甲状腺肿 17 例,恶性肿瘤最常见为颈段食管癌 15 例。手术治疗 70 例,非手术治疗 3 例。手术径路选择:颈部入路 61 例(87.1%),颈胸联合入路 9 例(12.9%);完整切除肿瘤 67 例,姑息性切除 3 例。手术和胸外科合作 16 例,和骨科合作 1 例。发生手术并发症 16 例(22.9%)。73 例患者中失访 7 例,66 例随访 3 个月~15 年。35 例良性肿瘤随访均未见复发;31 例恶性肿瘤患者的 3 年生存率为 48.4%,5 年生存率为 32.3%。结论:颈根部解剖结构复杂,累及该部位的肿瘤病理类型多样,良性和恶性肿瘤比例相当。手术切除是主要治疗方法,但应根据肿瘤的病理、大小及周围结构关系以及术者的习惯决定手术入路及方式,主要为颈部入路及颈胸联合入路。良性肿瘤多可采取颈部入路切除,颈胸联合入路适用于边界不清和重要血管神经粘连紧密的恶性肿瘤,对于大血管的妥善处理是肿瘤能否完整切除的关键。该部位手术并发症较多,术前需与患者充分沟通,有时需要多学科合作。

[关键词] 颈根部肿瘤;诊断;外科手术

doi:10.13201/j.issn.2096-7993.2020.12.014

[中图分类号] R739.91 [文献标志码] A

Diagnosis and treatment of tumors involving the root of neck: experience of 73 cases

WEN Feng¹ ZHANG Weiwei² CONG Tiechuan¹ SHEN Hong¹
QIN Yong¹ XIAO Shuifang¹ ZHAO Enmin¹

(¹Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Peking University First Hospital, Beijing, 100034, China; ²Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Beijing Luhe Hospital, Capital Medical University)

Corresponding author: ZHAO Enmin, E-mail: enmin_ent@sina.com

Abstract Objective: To summarize and analyze the clinical diagnosis and surgical treatment of patients with tumors involving the root of neck. **Method:** We retrospectively analyzed the clinical data of 73 patients with tumors involving the root of neck in Peking University First Hospital Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery department. Data collected included clinical manifestations, preoperative imaging evaluation, surgical approach selection, postoperative pathological types, postoperative complications and prognosis. **Result:** The most frequent symptom was a painless cervical mass(36 cases) and dysphagia(16 cases). All patients underwent preoperative enhanced CT scan or MRI, which would be helpful to evaluate the tumor size, shape, location, relationship with surrounding structures, especially important blood vessels, and secondary changes. The postoperative pathological diagnosis included 37 cases of benign and 36 cases of malignant. The most common benign tumor was retrosternal goiter in 17 cases, and the most common malignant tumor was cervical esophageal cancer in 15 cases. Nonsurgical treatment was performed in 3 cases, while surgical treatment was performed in 70 cases, including 61 cases (87.1%) with cervical approach, 9 cases (12.9%) with combined cervicothoracic approach, 67 cases of complete tumor resection and 3 cases of palliative resection. Sixteen cases cooperated with thoracic surgeons, and 1 case with orthopedic surgeons. Surgical complications occurred in 16 cases (22.9%). Seven patients were lost to follow-up, and 66 patients were followed up for 3 months to 15 years. None of the 35 patients with benign tumors had recurrence, and among the 31 patients with malignant tumors, the 3-year survival rate was 48.4% and the 5-year survival rate was 32.3%. **Conclusion:** Tumors involving the root of neck are challenging to diagnose and treat due to the complex regional anatomy and a variety of pathological types, with comparable proportion of benign and

¹北京大学第一医院耳鼻咽喉头颈外科(北京,100034)

²首都医科大学附属北京潞河医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:赵恩民,E-mail:enmin_ent@sina.com

malignant tumors. Surgery is the first choice, but it requires careful preoperative assessment. Surgical approaches include cervical approach and combined cervicothoracic approach, which should be determined according to the pathology, size and surrounding structure of the tumor, as well as the habits of the surgeon. Most benign tumors can be excised by the cervical approach. The combined cervicothoracic approach is suitable for malignant tumors with unclear boundaries and close adhesion of important blood vessels and nerves. Proper treatment of large vessels is the key to complete resection of tumors. There are many complications in the operation of this site, so it is necessary to fully communicate with the patient before operation, and sometimes multidisciplinary cooperation is needed.

Key words root of neck neoplasms; diagnosis, surgical procedures, operative

颈根部位于颈部、胸腔及腋窝交界处,解剖位置深在,重要神经及血管较多,发生于该部位的肿瘤病理类型及组织来源多样,手术难度大,术后并发症多,有时需要多学科合作,是临床处理的难点。本文对北京大学第一医院耳鼻咽喉头颈外科 2005-01-2020-01 收治的 73 例累及颈根部肿物患者的临床资料进行回顾性分析,研究累及颈根部肿物的临床诊断和外科治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

73 例患者中,男 43 例,女 30 例;年龄 11~80 岁,中位年龄 56 岁;病程 5 d~20 年,中位病程 5 个月。自行发现或体检发现颈部无痛性肿物 36 例,吞咽困难 16 例,憋气 8 例,声音嘶哑 4 例,上肢麻木 1 例,因甲状腺癌、喉癌、下咽癌、食管癌术后复查发现颈部肿物 8 例。复发距离初次手术的时间为 4 个月~11 年。所有患者术前均接受影像学检查,行颈部增强 CT 检查 73 例,其中行三维重建 10 例,MRI 检查 12 例,颈部 B 超检查 45 例,CTA 检查 8 例,PET/CT 检查 15 例,DSA 检查 5 例。手术患者术后均行病理学检查。

1.2 手术方式

颈部入路:适用于大部分良性肿瘤及部分恶性肿瘤,良性肿瘤一般边界清楚,有完整的包膜,与周围重要结构特别是大血管无明显粘连,恶性肿瘤向下延伸不多未侵犯大血管的也可适用。根据肿物范围选择颈部低位切口或者锁骨上弧形切口,分离皮瓣,根据暴露需要可切断部分带状肌或胸锁乳突肌胸骨端及锁骨端,先辨认肿瘤周围重要的血管、神经,暴露肿瘤,位于椎前筋膜深面的肿瘤可切断部分斜角肌,找到肿瘤的包膜,沿包膜用手指进行钝性分离,可将胸骨或锁骨后方的肿瘤部分牵出至颈部,尤其适用于胸骨后甲状腺肿或神经鞘膜瘤,利用双极或超声刀处理被膜,降低血管回缩至上纵隔或胸腔的风险,再次确认保护好重要血管神经后完整切除肿瘤。

颈胸联合入路:对于边界不清、血供丰富、与大血管粘连甚至包绕的肿瘤,为了良好的暴露和对大血管的控制和处理,选择颈胸联合入路。根据暴露的需要可分为胸锁关节切除、胸骨锁骨部分切除和

胸骨正中裂开。采用 T 形或倒 L 形切口,横切口沿锁骨上,纵行正中切口跨越胸骨柄,根据需要可至剑突。胸骨锁骨部分切除需正中切开胸骨柄至第二或第三肋间横断,根据需要锁骨自内 1/3 处断开,牵开器牵开后暴露颈根部及上纵隔,根据需要结扎切断胸廓内动脉以利于暴露。首先解剖大血管:无名动静脉、锁骨下动静脉、椎动脉、颈内静脉及颈总动脉,利用血管带控制血管,使用双极沿肿瘤周围分离,根据肿瘤的部位注意保护迷走神经、膈神经、臂丛,与大血管粘连紧密的需进行切除后血管重建,胸膜受累可切除受累部分。肿瘤切除后胸骨、锁骨复位,切除胸膜的患者放置胸腔闭式引流。

修复方式选择:颈段食管癌选择管状胃上提胃咽吻合术或喉气管代食管,瘘口复发癌颈部缺损选择胸大肌皮瓣修复。

2 结果

2.1 病理诊断

良性肿瘤 37 例,恶性肿瘤 36 例。具体病理类型见表 1。

表 1 良性肿瘤和恶性肿瘤的病理类型

病理类型	例数	病理类型	例数
良性肿瘤	37	恶性肿瘤	36
胸骨后甲状腺肿	17	颈段食管癌	15
结节性甲状腺肿	14	甲状腺癌	10
滤泡性腺瘤	3	乳头状癌伴淋巴结转移	6
脂肪瘤	5	结节性甲状腺肿合并乳头状癌	1
淋巴管瘤	5	乳头状癌复发	1
神经源性肿瘤	5	滤泡状癌复发	1
神经鞘膜瘤	3	未分化癌	1
副神经节瘤	1	造瘘口复发癌	3
节细胞神经瘤	1	原发灶不明的淋巴结转移性鳞癌	2
Castleman 病	1	淋巴瘤	2
非坏死性肉芽肿	1	下咽癌术后淋巴结转移	1
钙化腱膜纤维瘤	1	食管癌术后淋巴结转移	1
胸腺增生	1	喉癌术后淋巴结转移	1
异位甲状腺	1	恶性外周神经纤维瘤	1

2.2 治疗方式选择

73 例患者中手术治疗 70 例;1 例下咽癌及 1 例甲状腺未分化癌选择放化疗;1 例淋巴管瘤(最大径 8.5 cm)选择博来霉素注射 2 次,肿物明显缩小未选择手术。70 例手术治疗患者中颈部入路 61 例,颈胸联合入路 9 例(其中 8 例为恶性肿瘤,1 例为良性肿瘤)。完整切除肿瘤 67 例,姑息性切除 3 例,均为肿瘤广泛侵犯颈总动脉或锁骨下动脉。管状胃上提 13 例,喉气管代食管 1 例,胸大肌皮瓣修复 5 例。手术和胸外科合作 16 例,和骨科合作 1 例。

2.3 手术并发症

手术并发症 16 例,占有手术者的 22.9%。其中乳糜漏 3 例,经保守治疗治愈 2 例,再次手术缝扎 1 例;Horner 综合征 3 例;吻合口瘘 2 例,经换药后治愈;纵隔感染 2 例;甲状旁腺功能减退 2 例;喉返神经损伤 2 例;臂丛神经损伤 1 例,患者出现前臂外侧感觉麻木,3 个月后逐渐恢复;吻合口狭窄 1 例。

2.4 随访

73 例患者中 7 例失访,66 例随访 3 个月~15 年。35 例良性肿瘤随访均未见复发;31 例恶性肿瘤患者中,3 年生存率 48.4%,5 年生存率 32.3%。其中颈部鳞状细胞癌 3 年生存率 30%,5 年生存率 15%;甲状腺癌 3 年生存率 75%,5 年生存率 62.5%。

3 典型病例报告

患者,女,50 岁,主因“体检发现右侧颈根部肿物 2 个月”入院,患者无特殊不适。因肿物位置深在,查体颈部未扪及明显肿物。外院肿物穿刺病理提示梭形细胞软组织病变,考虑神经来源。我院颈部增强 CT 示:右侧锁骨下动脉后方、气管右侧可见一占位,大小 3.9 cm×3.9 cm×5.3 cm,边界清晰,与周围组织分界清,轻度强化,右侧颈总动脉、颈内静脉及右侧椎动脉受压前移(图 1)。颈部 MRI 示气管右侧占位呈 T1WI 等信号,T2 压脂序列呈混杂稍高信号,DWI 呈混杂高信号。与椎间孔、右侧肺尖、胸膜分界尚清。术前诊断:颈根部肿物(右)神经源性肿瘤可能性大。入院后行全身麻醉下颈部入路右侧颈根部肿物切除术,术中于右侧锁骨上行弧形切口,于颈阔肌深面翻起皮瓣,游离胸锁乳突肌,将颈鞘向内牵拉,于前斜角肌表面寻找并保护膈神经,肿物位于前斜角肌深面,遂离断部分前斜角肌,暴露肿瘤,肿物包膜完整,与周围组织无粘连(图 2)。保护椎动脉,以手指向下探查肿瘤下极,并钝性将肿瘤向上翻起后,沿肿物包膜完整切除肿瘤(图 3),胸膜保护完好,术腔放置盐水后嘱麻醉医师加压通气未见漏气。肿物呈哑铃状,实性,包膜完整,未见周围组织侵犯,6 cm×4 cm×

3 cm 大小,切开后剖面呈不均质淡黄色,切面可见漩涡状结构,可见出血和囊性变(图 4)。患者术后出现 Horner 综合征,余未诉不适,术后 3 d 拔除引流管出院。术后病理诊断:包膜完整多结节肿物,大小 6.3 cm×3.9 cm×3.1 cm,镜下为梭形细胞,大部分区域细胞疏松,局灶细胞密集,呈束状及栅栏状排列,核分裂像少见,局部泡沫样组织细胞聚集,部分细胞退变,符合神经鞘膜瘤(图 5)。

4 讨论

4.1 颈根部解剖

颈根部又称为颈胸连接部,是指颈部及胸部的交界区域,有众多重要的血管神经分布,上界为第七颈椎横突水平,下界为主动脉弓水平,骨性结构为前方的胸骨和锁骨、两侧为第一肋骨、后方为第七颈椎至第三胸椎椎体,向两侧延续至双侧肩胛部^[1-2]。该区域包括的重要结构有纵形走形的颈静脉、迷走神经、喉返神经、膈神经、交感干、胸导管(左)、淋巴导管(右)、胸膜顶,横行走形的无名动静脉、锁骨下动静脉及其分支、臂丛。以前斜角肌为中心将颈根部分为 3 个部分:前斜角肌内侧有锁骨下动脉第一段及其分支和胸导管颈段,浅面有膈神经;在前斜角肌后方的斜角肌间隙内有锁骨下动脉第二段及臂丛神经的根和干,后内侧有突入颈根部的胸膜顶及肺尖,后方椎旁有交感神经节;前斜角肌外侧有锁骨下动脉第三段和臂丛各干^[1]。熟练掌握颈根部解剖及其三维毗邻对于处理该部位的病变非常重要,前述典型病例通过评估后认为肿瘤位于椎动脉三角,该三角内有颈交感神经节,并有椎动脉纵行走形及甲状腺下动脉横行走形,术前考虑肿瘤来源于颈交感干的神经源性肿瘤可能性大,术中勿损伤椎动脉,为手术方案的制定进行个性化的规划。

4.2 影像学评估

术前影像学检查的目的主要是判断肿瘤的大小、性质、位置、范围以及与周围重要血管的关系,以选择合适的手术进路,颈胸部增强 CT 为最常用检查。本组最常见的良性肿瘤为胸骨后甲状腺肿,CT 表现为结节大小不等,可见囊变及钙化,强化下囊壁环状强化、厚薄不均、壁结节强化、囊内呈岛状强化或甲状腺肿实质呈混杂密度影,内可见多个囊状低密度影及点状高密度影,边界尚清晰,气管受压变窄^[3](图 6)。副神经节瘤可见肿物明显强化,边界尚清(图 7)。神经鞘膜瘤表面光滑、有完整包膜、与周围组织无明显粘连,可有囊性变(图 8)。淋巴管瘤在 CT 表现为软组织肿块影,与周围肌肉组织等、低混杂密度(图 9)。少见的骨源性肿瘤可见肿物内多发粗大钙化,形状不规则(图 10)。本组最常见的恶性肿瘤为颈段食管癌,在 CT 上可见颈段食管壁明显增厚伴增强,周围可见肿大淋巴结

(图 11)。甲状腺恶性肿瘤有时可合并结节性甲状腺肿(图 12),肿瘤与气管、食管分界不清,可有多发囊性变(图 13)。颈根部转移性淋巴结在 CT 上表现为边界不清、中心低密度灶,可侵犯颈根部大血管(图 14、15)。其他影像学检查包括 MRI(可更好地显示肿瘤和椎管内的关系)、CTA、MRA、DSA 等,并根据需要进行三维重建,对于判断肿瘤和大血管的关系非常重要,为选择手术方案及评估手术风险提供了影像学依据。目前影像系统三维重建及后期处理技术发展迅速,可以对重建后的肿瘤进行术前的虚拟模拟手术,对于颈根部这样位置深在解剖结构复杂的部位尤为有益。

4.3 手术方式选择

良好的暴露是手术成功的关键,颈根部由于前后骨性结构的存在和重要血管神经众多,使得该部位暴露困难,手术成为外科医生的难点;而且由于处于颈、胸、腋交界区,使得头颈外科、胸外科、骨科、神经外科在处理该部位病变时发展了不同的手术入路^[2,4-6],而最初的手术径路主要是为了处理椎体病变,为后径路。本组有 1 例钙化性腱膜纤维瘤采取与骨科合作前后径路联合。对于头颈外科医生主要选择颈部入路和颈胸联合入路。

颈部入路主要适用于大部分良性肿瘤及部分恶性肿瘤。本组手术患者中 87.1% 采用改径路,良性肿瘤主要为胸骨后甲状腺肿、脂肪瘤、淋巴管瘤、神经源性肿瘤,往往有完整的包膜,如果肿瘤下界不超过主动脉弓以下 2 cm,均可以顺着被膜用手指进行钝性分离,将胸骨或锁骨后方的肿瘤自颈部切口牵出(图 16);对于淋巴管瘤或者肿瘤囊性变者,可进行囊内抽液待肿瘤缩小后自上而下进行分离,辅助双极电凝妥善处理深方出血。对于恶性肿瘤,颈部入路也可暴露部分上纵隔及锁骨下血管及重要分支,切除受累的部分胸膜(图 17),对于淋巴结处理,可以将气管向上牵拉,能够将上纵隔下方的暴露限度增加 2 cm 左右,也可辅助内镜系统。对于肿瘤粘连明显,特别是大血管分界不清者谨慎选择颈部入路,或做好颈胸联合入路准备。

颈胸联合入路适用于边界不清和重要血管神经粘连紧密的肿瘤,大部分为恶性肿瘤。为了良好的暴露和对大血管的控制和处理,Darteville 等^[4]首先提出了经颈胸切口的前入路,采用 L 形切口显露肺上沟侵犯胸廓入口前部及血管,获得了良好的效果,但是该径路需要切除锁骨内 1/2,影响术后肩部的稳定性和外观。Kraus 等^[2]采用活板门切口(trap-door)、Korst 等^[5]采用半蛤壳式切口(hemi-clamshell),从胸锁乳突肌前缘向下沿胸骨柄正中至第 4 肋,沿第 4 肋间隙至腋前线,胸骨正中切开至第 4 肋,沿第 4 肋间切开胸骨。该径路不切断锁骨,胸锁关节保留完整,缺点是对于后胸壁

和神经孔的暴露,有时可能需要联合后径路。Prezerakos 等^[6]根据肿瘤和锁骨下窝的关系将肿瘤分为前内型、前外型、后方型:前内型主要位于中线,较少向外侵犯锁骨下血管丛;前外型侵犯了远端的锁骨下血管;后方型是指肿瘤位于上纵隔血管的后方。同时也需要考虑肿瘤的性质、脊柱受累程度和既往接受的放疗或外科治疗。根据肿瘤的部位选择不同的手术径路:前内型选择局限的胸骨切开;前外型选择类似 Darteville 的改良 L 型胸骨切开,外侧肋间隙暴露的范围根据肿瘤的需要决定;后方型则采取高位侧后开胸入路。本组患者采用的颈胸联合入路主要为改良 L 型胸骨切开,部分颈段食管癌患者采用的正中胸骨裂开入路(图 18)。对于肿瘤巨大累及颈胸腋窝者也可采取颈胸腋手臂联合入路行肿瘤切除;对于肿瘤侵犯影响上肢功能,导致上肢活动受限,疼痛剧烈,上肢缺血坏死致废肢者采用离断肩胛带进行截肢术(李晋芸等,2014)。每种手术入路都有其优缺点,不能适用于所有肿瘤,需根据肿瘤的病理、大小及周围结构关系以及术者的习惯决定手术入路及方式,有时需要多学科合作,本组有 17 例手术与胸外科和骨科合作。

本组有 3 例患者选择非手术治疗。病理确诊的甲状腺未分化癌,其预后差,手术治疗不作为首选,仅必要时为解除患者呼吸困难而行气管切开术。而对于锁骨下动脉、颈总动脉等大血管受侵犯包绕的恶性肿瘤,无法行根治性手术或不具备大血管重建条件,也推荐以放化疗为主的综合治疗。

4.4 术后并发症

颈根部由于区域解剖复杂,手术相关并发症较高,国内学者报道的并发症发生率为 16.33%~46.7%^[1,7-8],本组为 22.9%。颈根部手术并发症主要为出血、神经损伤相关并发症(喉返神经、膈神经、颈交感干、臂丛神经等)、乳糜漏、气胸及胸腔积液等胸部并发症、吻合口相关并发症、纵隔感染等,其中较为严重的并发症为大血管出血和臂丛神经损伤。

大血管损伤主要发生于锁骨下动静脉,为避免此类并发症,术中对于锁骨下血管的处理极为重要,首先术前需仔细评估血管的受侵和粘连情况,选择合适的径路利于暴露和处理血管,因为静脉壁薄,更容易受肿瘤压迫侵犯,所以静脉的处理难度更大,应避免过度撕扯,一旦破裂出血处理非常棘手。对于肿瘤包绕血管,应先从周围找到正常解剖结构,如颈内静脉、无名静脉或者外侧的腋静脉,从周围向中心逐渐分离解剖出锁骨下静脉^[8-9]。如果静脉壁破损,首选静脉壁修补,不能修补则需要血管重建,否则会造成患者上肢功能障碍。对于预测大血管根治性处理术中术后风险高的患者,可姑息切除,避免围手术期致命并发症,本组有 3 例采取姑息切除,均是这种情况。另外对于副神经节瘤,

由于其血供丰富,手术时需要尽量快速切除瘤体,然后彻底止血,本组有 1 例副神经节瘤,20 min 快速切除瘤体,仍出血达到 400 mL。

术中保留臂丛神经的完整性非常重要,对于术中确认起源于臂丛神经的肿瘤,应在肿瘤前、内、外侧显露后避开神经结构,纵行切开肿瘤包膜,切除

肿瘤,保留神经(黄德亮等,2012)。本组有 1 例来源于臂丛神经的鞘膜瘤,采用此方法,术后仅出现上肢部分感觉麻木,后逐渐恢复。对于这样的病例,术前一定要向患者充分交代臂丛神经损伤的不良后果,让其有充分的认识,避免术后出现患者非预期的上肢功能障碍。

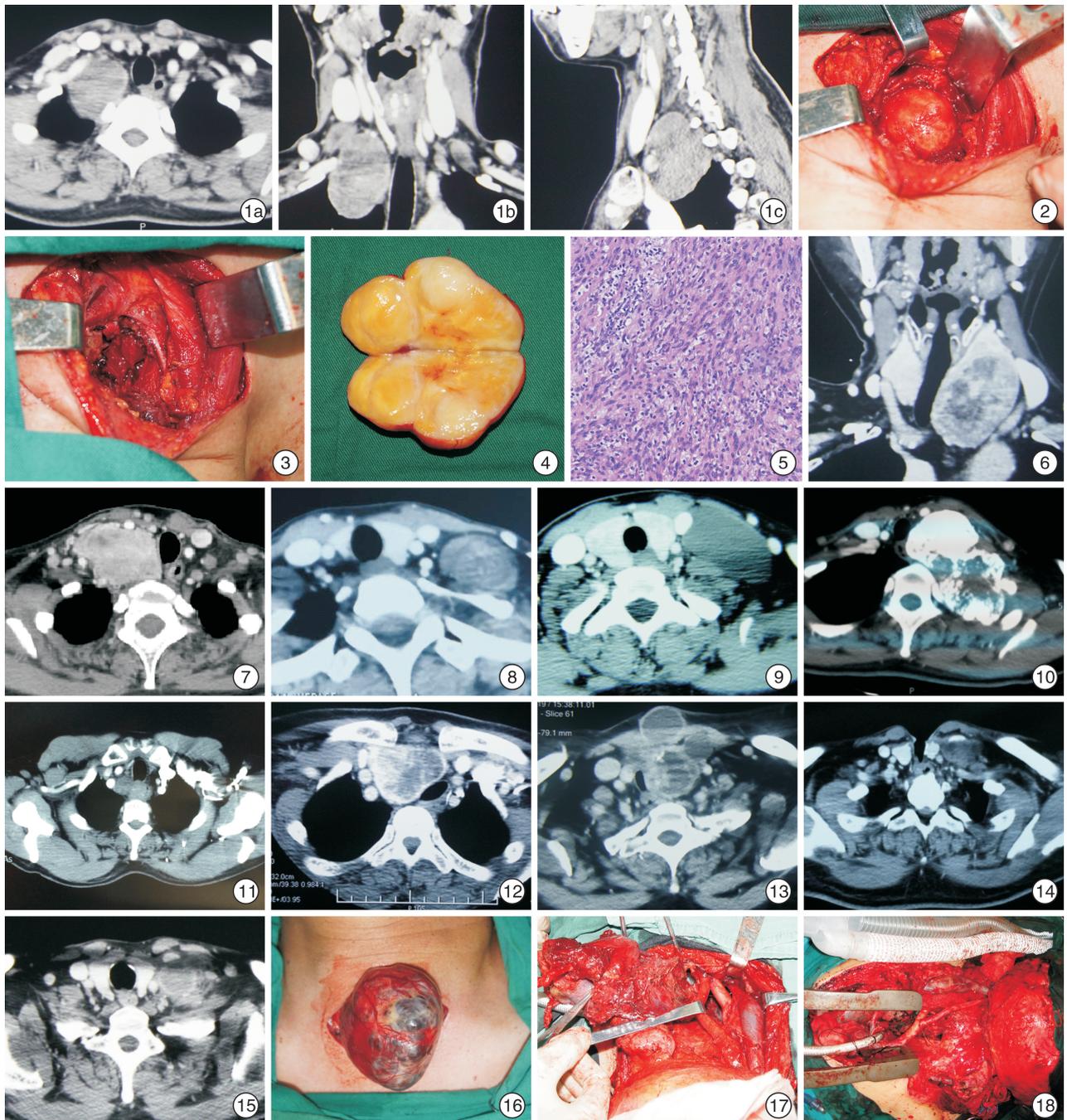


图 1 颈部增强 CT 所示 肿物位于右侧颈根部,位于右侧锁骨下动脉和椎动脉的深面;1a:轴位;1b:冠状位;1c:矢状位; 图 2 术中肿瘤所见; 图 3 肿瘤切除后见膈神经保护完好; 图 4 标本; 图 5 术后病理检查 苏木精-伊红染色×200; 图 6 胸骨后甲状腺肿; 图 7 副神经节瘤; 图 8 臂丛神经鞘膜瘤; 图 9 淋巴管瘤; 图 10 骨源性肿瘤; 图 11 颈段食管癌伴周围淋巴结转移; 图 12 结节性甲状腺肿合并甲状腺乳头状癌; 图 13 甲状腺乳头状癌; 图 14 喉癌全喉术后淋巴结转移复发; 图 15 原发灶不明的颈部转移癌; 图 16 胸骨后甲状腺肿钝性分离后自颈部切口牵出; 图 17 颈段食管癌(图 11 患者)颈部入路 暴露右侧锁骨下动脉及椎动脉,切除部分受累胸膜; 图 18 正中胸骨裂开

显微镜下低温等离子刀在婴幼儿会厌囊肿中的应用

秦昊¹ 陈彦球¹ 刘少锋¹ 罗仁忠¹

[摘要] 目的:探讨显微镜联合低温等离子刀在婴幼儿会厌囊肿中的应用。方法:在支撑喉镜显微镜下使用低温等离子刀治疗婴幼儿会厌囊肿 17 例,术后定期随访。结果:17 例患儿均顺利切除会厌囊肿,术中、术后无并发症,出院时呼吸困难症状均消失,术后 1 个月复查手术创面愈合良好,术后随访 6~23 个月均无复发。结论:显微镜下低温等离子刀治疗婴幼儿会厌囊肿具有视野清晰、立体感强、双手操作稳定性好、出血少、术后组织反应轻等优点。

[关键词] 会厌囊肿;婴幼儿;等离子射频消融术;显微镜

doi:10.13201/j.issn.2096-7993.2020.12.015

[中图分类号] R767.5 **[文献标志码]** A

Application of radiofrequency coblation under microscope in infantile epiglottic cyst

QIN Hao CHEN Yanqiu LIU Shaofeng LUO Renzhong

(Department of Otolaryngology, Guangzhou Women and Children's Medical Center, Guangzhou, 510623, China)

Corresponding author: LUO Renzhong, E-mail: luorenzhong@21cn.com

Abstract Objective: To explore the application of microscope combined with radiofrequency coblation in the treatment of infantile epiglottic cyst. **Method:** 17 cases of infantile epiglottic cysts were treated with radiofrequency coblation under supporting laryngoscope and microscope. **Result:** All 17 patients were successfully resected the epiglottic cysts, without complications during and after surgery. The dyspnea symptoms disappeared at the time of discharge. The wounds healed well after reexamination at 1 month after operation. There was no recurrence in the 6-23 months follow-up. **Conclusion:** The treatment of infantile epiglottic cysts with radiofrequency coblation under microscope has many advantages, such as clear vision, strong three-dimensional sensation, stable operation

¹广州市妇女儿童医疗中心耳鼻咽喉科(广州,510623)
通信作者:罗仁忠,E-mail:luorenzhong@21cn.com

总之,颈根部解剖结构复杂,累及该部位的肿瘤病理类型多样,良性和恶性肿瘤比例相当,术前影像学评估及三维重建能清楚显示肿瘤的大小、形态、位置、与周围结构特别是重要血管的关系及继发改变。手术是主要治疗方法,但应根据肿瘤的病理、大小及周围结构关系以及术者的习惯决定手术入路及方式,主要为颈部入路及颈胸联合入路。良性肿瘤多可采取颈部入路切除,寻找到肿瘤真被膜后钝性分离,颈胸联合入路适用于边界不清和重要血管神经粘连紧密的恶性肿瘤,对于大血管的妥善处理是肿瘤能否完整切除的关键。该部位手术并发症较多,术前需与患者充分沟通,有时需要多学科合作。

参考文献

[1] 廖海星,张石川,任光国. 颈根部手术 15 例分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2000,35(3):165-167.

[2] Kraus DH, Huo J, Burt M. Surgical access to tumors of the cervicothoracic junction[J]. Head Neck, 1995, 17(2):131-136.

[3] 王涛,刘业海,牛开元,等. 颈根部涉及甲状腺占位疾病诊治体会[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,

2014,22(4):279-282.

[4] Darteville PG, Chapelier AR, Macchiarini P, et al. Anterior transcervical-thoracic approach for radical resection of lung tumors invading the thoracic inlet[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1993, 105(6):1025-1034.

[5] Korst RJ, Burt ME. Cervicothoracic tumors: results of resection by the "hemi-clamshell" approach [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1998, 115(2):286-295.

[6] Prezerakos GK, Sayal P, Kourliouros A, et al. Paravertebral tumours of the cervicothoracic junction extending into the mediastinum: surgical strategies in a no man's land[J]. Eur Spine J, 2018, 27(4):902-912.

[7] 姜震,雷大鹏,刘大昱,等. 颈根部占位性病变的诊断与治疗[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2018, 32(1):53-55.

[8] 张少强,王林古,李随勤. 颈根部肿块的外科治疗(附 26 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(12):529-530.

[9] 魏伯俊,祝小莉,陈艳丽,等. 颈部和胸腔以及腋窝交汇区域肿瘤的手术治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(9):679-682.

(收稿日期:2020-05-07)