

区域性切除术治疗腮腺良性肿瘤 67 例临床分析

王怀元, 朱坤鹏, 刘刚, 张朝奎, 郭维治, 李红良

[摘要]目的:探讨腮腺区域性切除术治疗腮腺良性肿瘤的临床价值。方法:对腮腺浅叶良性肿瘤 67 例中多形性腺瘤 44 例、淋巴瘤性乳头状囊腺瘤 23 例均采用区域性切除术治疗。结果:67 例术后均一期愈合,有 4 例出现暂时性面瘫,给予维生素 B₁、维生素 B₂ 肌肉注射,1~3 个月后恢复。术后随访 1~7 年无一例复发。结论:腮腺区域性切除术显著缩短手术时间,减少了并发症,是治疗腮腺良性肿瘤值得提倡的方法。

[关键词] 腮腺肿瘤;区域性切除术;腺瘤,多形性;淋巴瘤性乳头状囊腺瘤

[中国图书资料分类法分类号] R 739.87 **[文献标识码]** A

Regional excision of parotid gland for treatment of benign tumor: clinical analysis of 67 cases

WANG Huai-yuan, ZHU Kun-kun, LIU Gang, ZHANG Chao-kui, GUO Wei-zhi, LI Hong-liang
(Department of Stomatology, Huaibei Miner's General Hospital, Huaibei Anhui 235000, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effect of regional excision of parotid gland in treatment of benign tumor. **Methods:** A retrospective analysis of 67 cases of parotid gland superficial mass was carried out. Forty-four cases were proved to be pleomorphic adenoma of parotid and 23 cases papillary cystadenoma lympho-matosum of parotid. All the cases underwent regional excision of parotid gland. **Results:** All the cases were cured at one stage. Four cases presented temporary facial paralysis, which were treated by vitamin B₁ and vitamin B₂ injection and recovered within 1 to 3 months. The regional excision had the advantages of shorter operation time and less complication. No relapse was observed during the 1 - 7 year follow-up. **Conclusions:** Regional excision of parotid gland should be advocated for treatment of benign tumor.

[Key words] parotid tumor; regional excision; adenoma, pleomorphic; papillary cystadenoma lympho-matosum

多形性腺瘤和淋巴瘤性乳头状囊腺瘤是腮腺区最常见的肿瘤,临床治疗为手术切除。根据肿瘤所在的不同部位采用保留面神经的腮腺浅叶、深叶或全叶切除术的标准治疗模式。这一模式确实改变了过去肿瘤摘除术所带来较高的术后复发率和面神经损伤状况,也得到病理学研究的支持^[1]。然而近年来腮腺区域性切除术逐渐应用于腮腺浅叶良性肿瘤。我院 1998~2007 年采取腮腺区域性切除术治疗 67 例腮腺良性肿瘤,取得较满意的效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 67 例中男 42 例,女 25 例;年龄 19~76 岁。其中多形性腺瘤 44 例,淋巴瘤性乳头状囊腺瘤 23 例。

1.2 手术方法 在全麻或局麻下,根据肿瘤所在的部位,适当地选择比常规“S”型切口短的切口线,向前翻起皮瓣,并且以充分暴露肿瘤为原则,根据肿瘤的位置和大小作肿瘤和瘤周 0.5~1 cm 腮腺部分切除术,离面神经较远者不暴露面神经和腮腺导管,离面神经近者小心分离面神经分支,并把分支间腮腺

部分尽量去除。结扎腮腺残端,将皮瓣复位后严密缝合腮腺和咬肌筋膜层。术后加压包扎 1 周。

2 结果

67 例术后均一期愈合,无涎漏和皮下积液,术区无明显凹陷,挤压患侧腮腺无涎漏发生。仅有 4 例出现暂时性面瘫,给予维生素 B₁、维生素 B₂ 肌肉注射,1~3 个月后恢复。2 例术后出现面部味觉综合征,术后无明显凹陷,挤压患侧腮腺,其导管口均有清凉唾液溢出,分泌功能良好,随访 1~7 年均未见肿瘤复发。

3 讨论

肿瘤是唾液腺组织中最常见的疾病,绝大多数系上皮性肿瘤,间叶组织来源者较少见。腮腺肿瘤的发生率最高,约占唾液腺肿瘤 80%。腮腺肿瘤中良性肿瘤占大多数,以多形性腺瘤和沃辛瘤为多见,良性肿瘤多为生长缓慢的无痛性肿块,常系可活动,无粘连,无功能障碍,表面光滑或结节状。

肿瘤的治疗原则之一是切除病变组织,尽可能保留正常组织,维持其正常功能。腮腺浅叶良性肿瘤一般以手术治疗为主。在多数情况下无需作全腮腺切除,术后必然会残留一些腮腺组织,这些组织仍具有分泌功能,手术切除范围的选择应考虑肿块的

性质和面神经的关系。谢景华等^[2-3]通过显微镜对25例原发腮腺多形性腺瘤连续病理切片观察,发现腺瘤被膜外浸润最大深度0.26 mm,只要切缘与肿瘤有0.5~1 cm就能完整切除肿瘤,防止复发。至于是否切断导管和面神经分支与肿瘤的复发无必然的关系。随着口腔颌面外科医生手术技能的提高,腮腺区良性肿瘤的治疗已逐渐改变为在解剖保留面神经的前提下,切除肿瘤以及相应肿瘤区域的腮腺组织,即腺叶部分切除的术式^[4]。其病理学基础是被膜外浸润深度仅为0.10~0.27 mm,出芽生长深度为0.08~0.21 mm。采用区域性切除术在肿瘤外1 cm行腺叶部分切除即能达到切除肿瘤的目的^[5]。因此越来越多的学者^[6]采用腮腺区域性切除的方法在减少面神经损伤及味觉出汗综合征的发生,保存部分面神经以及减轻术后面部凹陷畸形等方面取得显著的效果。

本组病例采用腮腺区域性切除术,由于手术沿瘤体外安全区域钝性分离,仅需分离临近面神经分支,不刻意寻找解断面神经各分支,减少面神经损伤的几率,仅有4例出现暂时性面神经麻痹,经对症处理,1~3个月后恢复。由于保留了腮腺的导管,残留的腮腺组织能正常分泌,排出系统未出现障碍及手术切除创面相对较小,切口内出现皮下积液、涎瘘的可能性大大降低。和以往手术相比,区域性切除术保留、重建腮腺咬肌筋膜,预防味觉出汗综合征取得了良好的效果^[7]。

腮腺区域性切除术完全不同于循被膜剥离的简单切除术,它是在正常的腮腺组织内切除,该手术既不影响手术的彻底性,也未增加肿瘤术后的复发率^[8]。该手术方法减少了手术创面和瘢痕,操作简单易行,减轻术后面部畸形,减少味觉出汗综合征的发生,降低了面神经麻痹等并发症的发生几率,是治疗腮腺良性肿瘤良好的手术方法。

[参 考 文 献]

- [1] 马大权. WHO 涎腺肿瘤组织病理新分类及其有关诊治处理[M]//卫生部继续医学教育委员会. 国家级继续医学教育项目系列教材选编:口腔医学分册. 长春:长春出版社,1999:75-81.
- [2] 谢景华, 高雄辉, 吴晓钟, 等. 区域性切除在腮腺多形性腺瘤手术中的临床应用[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2006, 13(5): 281-282.
- [3] 宋萌, 刘品华, 陆加海. 腮腺多形性腺瘤手术方式的探讨[J]. 口腔医学, 2002, 22(11): 26-28.
- [4] Witt RL. The significance of margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma [J]. Laryngoscope, 2002, 112(12): 2141-2154.
- [5] Glas AS, Hollema H, Nap RE, et al. Expression of estrogen receptor, progesterone receptor, and insulin-like growth factor receptor-1 and MIB-1 in patients with recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland [J]. Cancer, 2002, 94(8): 2211-2216.
- [6] 武淳秋, 韩丽娟, 邓 岚, 等. 功能性腮腺浅叶切除术[J]. 实用口腔医学杂志, 2002, 18(1): 35.
- [7] 杨茂进, 柴鉴深, 陈渝斌. 保留腮腺咬肌筋膜的腮腺切除术[J]. 实用口腔医学杂志, 2005, 21(2): 234-236.
- [8] Leverstein H, van der Wal JE, Tiwari RM, et al. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland [J]. Br J Surg, 1997, 84(3): 399-403.

(上接第798页)不予以加固(11.4%)发生吻合口瘘的几率大大降低。对于手工缝合者,两肠断端的口径差异不要太大,针距与结扎力度要适当,防止肠管切割损伤,并使之全层内翻。无论是手工缝合还是应用吻合器都应该最大限度地保护好吻合口的良好血供。缝合重建盆底时应将肠管适度向下牵拉再与腹膜缝合固定,从而再次减少吻合口的张力,最终使肠管在吻合后松弛地平卧在骶前间隙。术毕适当地扩肛也可以减少肠腔内气、液压力对吻合口的影响。

引流管的放置与拔除是不可忽视的问题。关腹前尽量清除盆腔和骶前间隙的积血、积液,引流管要确切地放置在盆腔及骶前间隙,最好避免与吻合口直接接触。不经过且不接触吻合口,致使吻合口能与周围组织有密切的接触、充分黏着愈合的机会,减少瘘的发生。吻合口在腹腔内者引流管自侧腹壁引出,吻合口在腹腔外者引流管自腹膜外侧腹壁引出。这样一旦腹膜外吻合者发生吻合口瘘,避免了肠内容物污染腹腔和冲洗污染扩散的可能,使污染和感染局限在骶前间隙。引流管的通畅不仅可以有效地引流盆腔和骶前间隙的积血和积液,也便于术后及

时发现吻合口瘘的发生,更是瘘发生后充分引流和冲洗、加快瘘口自愈的保障。吻合口瘘多发生在术后1周,故引流管应留置1周以上。引流管的拔除时机一般在进食后肛门排便、引流管无物排出(术后8~10天)拔出。我们认为,用两根并排有多个侧孔的乳胶管构成双腔管在瘘发生后的冲洗和引流效果上要比单根乳胶管或双套管好。

[参 考 文 献]

- [1] Degiuli M, Mineccia M, Bertone A, et al. Outcome of laparoscopic colorectal resection [J]. Surg Endosc, 2004, 18(3): 427-432.
- [2] Tersigni R, Alessandrini L, Baiano G, et al. Anastomosis dehiscence in anterior resection of the rectum with total excision of the mesorectum [J]. Chir Ital, 2002, 54(2): 179-184.
- [3] Branagan G, Finnis D. Prognosis after anastomotic leakage in colorectal surgery [J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(5): 1021-1026.
- [4] 郭润生, 高良辉. 直肠癌保肛手术吻合口瘘的临床分析 [J]. 中华现代外科杂志, 2008, 5(6): 448-450.
- [5] Montemurro S, Caliendo C, Ruggeri E, et al. Endoluminal pressure: risk factor for anastomotic dehiscence in rectal carcinoma. Preliminary results [J]. Chir Ital, 2001, 53(4): 529-536.
- [6] 邵建东, 刘玉石, 王广义. 直肠癌保肛术后发生吻合口瘘的影响因素及其处理 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2007, 10(2): 154-156.