

气综合征患者的多层螺旋CT表现[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(2): 107-110.

[6] 刘建辉, 童自国. 不同麻醉药物在小儿气管插管中的应用比较[J]. 西部医学, 2009, 21(3): 408-409.

[7] Goldenberg D, Ari EG, Golz A, et al. Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 123(4): 495-500.

[8] 陶学金, 郭三兰. 鼻咽通气道在颌面外科的应用研究[J]. 临床口腔学杂志, 2002, 18(6): 439-440.

[9] 胡海文, 李靖, 陈菲菲, 等. 改良悬雍垂腭咽成形术和鼻部手术治疗重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 273-281.

(修回日期: 2013-08-21)

DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.201402023

· 临床报道 ·

保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤 21 例分析

杨培新, 朱雪妙, 朱颖娇

(台山市人民医院 耳鼻咽喉科, 广东 台山 529200)

摘要: **目的** 探讨保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤的可行性。**方法** 对1998~2012年收治的21例腮腺深叶良性肿瘤行保留腮腺浅叶手术切除肿瘤, 并对手术疗效进行总结分析。**结果** 采用保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤的21例患者术后无明显面部畸形、腮腺分泌功能良好, 无Frey综合征; 1例面神经损伤1个月后恢复; 1例术后出现积液, 加压包扎后痊愈。**结论** 对于腮腺深叶良性肿瘤行保留浅叶腮腺深叶肿瘤切除术, 术后面部畸形不明显, 满足患者的美容要求, 其他并发症少, 值得临床推广应用。

关键词: 腮腺浅叶; 腮腺深叶; 良性肿瘤

中图分类号: R739.8 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0169-02

手术切除是腮腺肿瘤有效的治疗方法。解剖面神经、切除浅叶及深叶是治疗腮腺深叶良性肿瘤的标准术式。由于术中基本切除全部腮腺组织, 术后面部畸形、面瘫及Frey综合征等并发症明显增多。我科采用保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科1998~2012年收治21例腮腺深叶良性肿瘤患者。其中男14例, 女7例; 年龄30~68岁, 平均年龄49岁; 病程3个月至6年; 左侧9例, 右侧12例。均以无痛性耳下肿物就诊, 无面部麻木感及面瘫表现。术前均行增

强CT检查, 结果提示腮腺深叶肿物, 大小1~3 cm, 边界清, 部分包膜完整, 均考虑良性肿瘤可能。

1.2 手术方法

所有患者均气管插管全麻手术, 行传统“S”形切口, 术中视肿瘤大小及位置可适当控制切口范围, 充分暴露肿瘤上方腮腺浅叶组织, 分离腮腺浅叶与胸锁乳突肌, 于乳突尖前上方1~1.5 cm处茎乳孔处暴露面神经主干, 沿面神经逐渐翻起浅叶, 充分暴露深叶肿瘤, 尽量距瘤体周围0.5 cm以上处将肿瘤及部分正常腮腺组织切除, 充分止血后, 复位浅叶组织, 放置胶管负压引流, 逐层缝合伤口, 术后常规负压引流1~2 d, 加压包扎1周。

2 结果

术后病理诊断: 多形性腺瘤13例, Wathin瘤4例, 肌上皮瘤1例, 乳头状囊腺瘤2例, 慢

作者简介: 杨培新, 男, 副主任医师。
通信作者: 杨培新, Email: yangpeixinzhu@126.com

性淋巴结炎1例。21例患者伤口均一期愈合。无腮痿及Frey综合征发生,面部畸形不明显。1例术后出现积液,经穿刺并继续加压包扎1周后愈合。1例出现轻微面瘫,给予营养神经处理,1个月后恢复。腮腺导管开口红润,挤压腺体有清亮液体溢出。术后随访1~3年,均未见肿瘤复发。

3 讨论

CT诊断腮腺肿瘤敏感性较高,对腮腺肿瘤检出率可达100%。因此,CT检查不仅能发现和随访肿瘤,而且对鉴别其良恶性,特别是具有典型征象的良恶性肿瘤的鉴别有较高价值。绝大多数良性肿瘤呈类圆形或椭圆形,边界清楚,无周围侵犯及淋巴结转移征象,而恶性肿瘤主要呈弥漫性不规则及分叶状,边界多不清晰,常侵犯邻近组织和淋巴结转移。但CT检查有一定的局限性,不能直接显示面神经,肿瘤的定位还有赖于增强时显影的周围静脉受压移位征象间接判断,对良、恶性肿瘤不能确定组织学类型,对生长较快、具有侵袭性的良性肿瘤和低度恶性或生长较慢的恶性肿瘤鉴别有一定困难,易误诊。对于腮腺深叶肿瘤等咽旁隙肿瘤,建议同时行增强MRI检查,可进一步明确诊断及鉴别一些神经源性肿瘤。

腮腺区域肿瘤约85%以上为良性肿瘤,肿瘤多有包膜。温玉明等^[1]在对腮腺良性肿瘤的研究中发现,腮腺区多形性腺瘤包膜外最大的浸润深度是0.26 cm,出芽生长最长的距离是0.29 cm,所以我们术中尽量距瘤体周围0.5 cm以上处将肿瘤及部分正常腮腺组织完整切除,减少复发机会。

在此类腮腺手术中,最重要的是面神经的解剖和保护^[2]。面神经将腮腺划分为浅叶和深叶。手术中需充分暴露面神经总干及分支,需术者熟悉面神经解剖。因肿物位于深叶,所

以笔者采用于乳突尖前上方约1~1.5 cm处茎乳孔处暴露面神经主干,沿主干逐渐分离解剖浅叶,这样可减少面神经损伤可能。本组病例中术后出现1例轻微面瘫,术后予营养神经处理后,1个月后面神经功能恢复,考虑可能与术中牵拉或电刀烧灼面神经有关。Frey综合征发生的原因有多种,目前认为,手术将分布在腺体及汗腺的神经纤维切断,司分泌的节后副交感神经纤维与被切断的支配汗腺的节后纤维错位愈合,出现术区皮肤出汗和潮红现象^[3]。本术式腮腺表面的咬肌筋膜得到保护,从而预防发生Frey综合征。术中保留浅叶组织,所以术后面部畸形不明显,满足患者的美容要求。保留浅叶组织及腮腺导管组织,残留的腮腺组织能继续分泌唾液,保留腮腺正常分泌功能,唾液有保护口腔黏膜、帮助吞咽及消化功能,还有一定免疫功能。同时术后用负压引流及加压包扎处理,大大降低腮痿的发生。1例术后出现皮下积液,可能与术后加压不紧或拔除负压引流过早有关。

综上所述,保留腮腺浅叶治疗腮腺深叶良性肿瘤手术方式具有术后面部畸形不明显;保留腮腺咬肌筋膜,预防发生Frey综合征;保留腮腺浅叶及导管,保留腮腺正常分泌功能等优点,在临床治疗中可推广应用。

参考文献:

- [1] 温玉明,陈润良,王昌美.腮腺多形性腺瘤腺体切除范围的病理依据[J].华西口腔医学杂志,2003,21(5):359-360.
- [2] 刘及,苏少武,谢飞虎,等.腮腺良性肿瘤切除附143例报告[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(3):185-188.
- [3] 俞光岩,高岩,孙勇刚.口腔颌面部肿瘤[M].北京:人民卫生出版社,2002:363.

(修回日期:2013-06-08)