

## 喉部分切除术后组织修复与喉功能重建

黄家英,冯益进,徐永田

(安徽省合肥市第一人民医院耳鼻咽喉科,安徽 合肥 230061)

E-mail: littlepine007@aliyun.com)

**摘要:**目的 对26例因喉部肿瘤行喉部分切除术后喉功能重建患者的临床资料进行回顾性分析,并对各种手术方式和修复方法的疗效进行评价。方法 26例喉肿瘤患者行喉部分切除术后同期采用室带、肌皮瓣、肌筋膜瓣、带状肌瓣、甲状软骨外骨膜及会厌修复喉组织缺损,重建喉功能。17例同期行淋巴结择区性颈清扫术。结果 全部患者均恢复正常的呼吸、吞咽功能,带管或拔管即能发音,总拔管率为96.15%。1、3、5年生存率分别为92.00%、88.89%、83.33%。结论 喉部分切除术后喉缺损修复及喉功能重建要根据肿瘤类型、肿瘤侵犯程度、手术切除范围及修复操作是否便利等因素而定,做到个体化治疗。

**关键词:** 喉肿瘤;喉部分切除术;喉功能重建术

**中图分类号:** R767.91

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1001-5817(2014)01-0029-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.015

喉部分切除术是在彻底切除喉部肿瘤的同时尽量保留喉的正常组织和结构,并在此基础上重建喉功能的手术方式,而喉结构和功能的修复与重建是喉部分切除术中的关键。我科于2005年11月~2012年11月对26例喉部肿瘤患者行喉部分切除术,并对喉组织缺损进行修复与喉功能重建,取得满意疗效。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组26例为2005年11月~2012年11月间我科行喉部分切除术的喉肿瘤患者,其中男25例,女1例,年龄49~87岁,平均68.9岁。病理分型鳞状细胞癌24例,喉角化症癌变2例。按国际抗癌协会(UICC)TNM分类(2002)标准:声门型T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 6例,T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 9例,T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> 2例,T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 2例,T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> 3例;声门上型T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 1例,T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> 1例,T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 2例。

1.2 治疗方法 本组病例术前均未进行放射治疗,均先在局麻下行低位气管切开,插入麻醉套管后,行全身麻醉,根据肿瘤的生长部位和浸润范围采用不同的切除方法和修复方式。声门型喉癌行喉裂开声带切除术7例,其中室带下移修复5例,甲状软骨外膜修复2例;行垂直部分喉切除术14例,其中带蒂肌皮瓣修复3例,带蒂带状肌筋膜瓣修复5例,带蒂带状肌瓣+甲状软骨外膜复合修复4例,带蒂带状肌瓣+甲状软骨外膜+会厌下拉联合修复1例,甲状软骨外膜修复1例;额侧部分喉切除术并带蒂带状肌筋膜瓣修复1例;4例声门上型喉癌均采用声门上水平部分喉切除,其中带蒂带状肌瓣修复2例,带蒂带状肌瓣+甲状软骨外膜复合修复2例。

22例声门型喉癌中,13例同时行同侧淋巴结择区性颈清扫术;4例声门上型喉癌均同时行淋巴结择区性颈清扫术,其中2例为同侧,2例为双侧。T<sub>2</sub>以上的声门型喉癌及所有声门上型喉癌术后行全量放疗(50~70 Gy)。

### 2 结果

2.1 吞咽功能 26例患者吞咽功能全部恢复,术后常规留置鼻饲管,留置时间根据手术情况而定,一般鼻饲7~10 d左右,最长30 d(术后咽痿)。本组拔除鼻饲管后,有5例呛咳明显,1~2周时间的饮食训练和适应顺利克服。术后出现咽痿2例,经鼻饲及局部换药术后1个月咽痿愈合。

2.2 呼吸、发音功能 本组病例气管套管拔管率96.15%(25/26),拔管时间术后1周~3个月,术后放疗是延迟拔管主要原因。1例术后出现喉狭窄,考虑修复后瘢痕所致。所有病例术后均有发音功能,但有不同程度嘶哑,室带下移修复的病例较其他病例清晰,均不影响日常生活交流。

2.3 生存率与复发 26例患者中随访满一年以上者25例,死亡2例(1例因心脏病死亡,1例因局部复发及颈部转移死亡)。

满3年以上者18例,死亡2例(均因局部复发拒绝再次手术死亡)。满5年者以上者6例,死亡1例(因复发颈部淋巴转移行姑息性放疗后,效果不佳死亡)。生存率按直接法计算,其1、3、5年生存率分别为92.00%(23/25)、88.89%(16/18)、83.33%(5/6)。

### 3 讨论

现代喉的组织胚胎学研究表明,喉由左右对称的几个不同来源的解剖部位组成。声门上区来自颊咽胚基,声门区及声门下区来自气管咽胚基。且在胚胎时期是左右两半各自发育,婴儿时期才结合在一起,这些不同源的结合形成了喉体的解剖屏障<sup>[1]</sup>。随着对喉的胚胎发育特点、淋巴引流特征和喉癌局部扩散规律的进一步认识,使得喉癌外科治疗的手术方式得以改进,现在要求在完整切除肿瘤同时,尽可能保留喉功能,使患者术后发音、呼吸和吞咽功能恢复良好,基本上不影响正常生活。喉部分切除术基于此而快速发展,只要合理地掌握手术适应证,喉部分切除术与喉全切除术治疗喉癌的术后生存率没有区别<sup>[2]</sup>。

喉部分切除术成功的关键在于确定肿瘤范围,获得阴性手术切缘,尽可能保留正常黏膜以利重建喉的功能<sup>[3]</sup>。手术时应结合肿瘤的生长部位和浸润范围合理选择手术入路及具体术式。声门上型癌应考虑经健侧咽侧入路或会厌谷入路,声门癌经环甲膜入路,偏健侧纵行切开甲状软骨板,完整暴露直视下切除肿瘤。切除时应保持0.5 cm以上的安全缘,并常规送切缘组织病理检查,力图做到无肿瘤残留,但也不能盲目扩大切除范围,术中注意尽量保留如甲状软骨、杓状软骨等重要结构<sup>[4]</sup>,以方便残喉修复恢复部分或者全部喉功能。对易转移类型或者颈部淋巴结肿大的喉癌要做适当的颈部淋巴结处理,防治复发及颈部转移。

喉部分切除术后均会留下不同范围的喉部缺损,对残喉的结构修复与功能重建是喉部分切除术关键所在。修复材料选用应遵循就近取材、方法简单、组织易于成活、术后功能恢复良好的原则。本组病例喉修复材料有室带、肌皮瓣、肌筋膜瓣、带状肌瓣、甲状软骨外骨膜及会厌等,但各具优势。①室带下移修复,室带为喉内黏膜,且创伤小,术后发音功能恢复良好,但由于取材局限适用于声带切除术后缺损较小创面修复。②肌皮瓣修复,常用带蒂颈阔肌肌皮瓣,其血循环丰富,抗感染能力强,成活率较高,取材也方便,可根据缺损的面积及部位设计出相应大小和形状的肌皮瓣来进行修复,但颈部皮瓣区有瘢痕、胡须多及毛发分布广者不适用,以免出现术后咽部异物感。③带状肌筋膜瓣修复,常用胸骨舌骨肌肌筋膜瓣,其可塑性大,抗感染力强,容易成活,术中可以根据喉腔缺损情况设计制作成单蒂或双蒂的筋膜瓣来修复。但肌筋膜较薄,一般只适宜修复小

范围缺损,较大缺损者可联合其他修复材料复合修复。④带状肌瓣修复,常用胸骨舌骨肌或者胸锁乳突肌制作具有完整肌筋膜的单蒂或者双蒂带蒂肌瓣,以筋膜面作为新喉腔衬里,愈合后创面光滑平整,不易长肉芽,且肌肉有一定张力,可以减少术后喉狭窄的发生,尤以声门型喉癌最为理想,重建的声门颇具仿真效果,喉腔呈三角形,肌瓣有一定弹性,发声时新声带与健侧声带靠近,术后发声效果良好<sup>[5]</sup>,但使用过程中要注意避免肌筋膜与肌肉分离以免影响血供,现广泛应用于喉部分切除术后喉缺损修复中。⑤甲状软骨外骨膜修复,其取材方便,表面平滑性好,成活率高,但因组织面积局限且材质薄,不能完全填充喉部分切除术后组织缺损及代替被切除声带,故单独使用较局限,现在多数与带状肌瓣组成复合瓣使用。对于喉肿瘤范围较大疑有侵犯甲状软骨者不宜使用此修复材料,避免肿瘤残留或者种植。⑥会厌修复,会厌具有软骨支架和血供较好的黏膜,制成黏膜瓣下拉联合带状肌筋膜瓣或者肌瓣可修复较大的缺损,同时会厌软骨能修复喉支架缺损,扩大新喉的腔径,预防喉狭窄发生<sup>[6]</sup>。但对非原发会厌的声门上型喉癌的会厌保留与使用要慎重,避免肿瘤残留。本组病例分别或联合采用上述修复材料对喉缺损进行修复与喉功能重建,全部患者均恢复正常的呼吸、吞咽功能,带管或拔管即能发音,总拔管率为96.15%,取得良好的手术效果。因喉部分切除术后残喉修复

材料及方法多种多样,但每种材料及方法各有优缺点及不同的适应证,故喉缺损修复要根据肿瘤类型、肿瘤侵犯程度、手术切除范围及修复操作是否便利等因素而定,做到个体化治疗,而没有固定模式。

#### 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:519.
- [2] 周梁,谢明.喉癌功能保全性手术[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,30(1):71-74.
- [3] 刘强,陈登巨.声带癌切除颈皮肌瓣修复成型喉功能重建术的临床研究[J].实用医学杂志,2011,27(2):262-264.
- [4] 龚剑,黄金中,李丽艳.喉部分切除术后喉功能重建92例临床分析[J].广东医学,2008,29(2):273-275.
- [5] 覃文格,覃启才,韦福依,等.喉部分切除胸骨舌骨肌喉功能重建术的临床研究[J].右江民族医学院学报,2006,28(3):439-440.
- [6] 庞太忠,吴允刚,李晓瑜,等.会厌瓣及胸骨舌骨肌肌筋膜瓣在声门型喉癌术中的应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(6):501-503.

收稿日期:2013-12-18;修回日期:2014-01-16

## 不预防性腹腔引流在结直肠癌手术中应用的可行性分析

黄仲杰,李宗勇,韦桂姬

(广西科技大学第二附属医院外二科,广西 柳州 545006 E-mail:418028551@qq.com)

**摘要:**目的 研究探讨结直肠癌手术不预防性腹腔引流的可行性与安全性。方法 选取结直肠癌患者110例,随机分为非引流组和引流组,引流组留置皮下多孔引流管,非引流组不留置引流管,比较两组患者的术后并发症情况及康复情况。结果 非引流组患者的平均住院时间为(25.6±0.9)d,首次排气时间为(3.6±0.7)d,停止输液时间为(4.2±1.1)d,均明显低于引流组。结论 在结直肠癌手术中,不预防性放置腹腔引流管不会增加患者术后并发症的感染风险,并且能够缩短患者的康复时间,提高康复效果,具有一定的可行性和安全性,但应根据患者的实际病情选择恰当的治疗方法。

**关键词:** 结直肠肿瘤;腹腔引流;可行性;安全性

**中图分类号:** R735.3

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1001-5817(2014)01-0030-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.016

预防性腹腔引流是结直肠癌手术中较为常见的引流方法,已成为临床腹部外科手术中的一项规范化操作<sup>[1]</sup>。预防性腹腔引流对于预防结直肠癌术后其他腹腔并发症,以及避免术后吻合口瘘均具有重要的作用。在《普通外科手术学》(2005年版)中仍明确建议在进行直肠癌前切除术以及左半结肠切除术时应留置预防性腹腔引流管<sup>[2-3]</sup>。但近年来,随着临床医学研究的发展,相关研究人员发现在进行结肠切除、肝切除及胆囊切除等腹部手术时,留置预防性腹腔引流管对于预防和减少术后并发症的作用并不明显,因而关于留置预防性腹腔引流管是否必要以及不预防性腹腔引流的可行性也引发了广泛的关注。在本次研究中,主要就结直肠癌手术不预防性腹腔引流的可行性分析与安全性评价进行研究,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 资料 选取2011年1月~2012年12月我院收治的结直肠癌患者110例,所有患者均经我院同一组外科医生进行结直肠癌吻合手术治疗,并在术前未进行放化疗治疗。入选病例排除:急诊手术及姑息手术,体重指数低于16 kg/m<sup>2</sup>,肠壁水肿明显、合并严重肠梗阻,肠内容物污染严重,腹腔渗液或感染明显,需要联合切除其他器官以及有严重器质性病变者。110例

患者中,男76例,女34例,年龄35~67岁,平均年龄(50.8±3.9)岁。在征得患者同意的基础上,随机将110例患者分为非引流组和引流组,每组55例。两组患者在性别比例、年龄结构等一般资料方面差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 两组患者均采用相同的肠道准备、营养支持、抗生素使用及术前麻醉等围手术期处理,手术后,均采用吻合器进行肠吻合,在必要的情况下可以采用丝线间断缝合对吻合口进行加固。引流组在缝合皮下组织前,留置皮下多孔引流管,取无菌静脉输液软管,长度约比患者伤口长3.0 cm,每隔1.5~2.0 cm于管壁两侧交替剪孔,将引流管置于患者伤口皮下部,并潜行引出,引流管由医生根据引流情况决定拔除时间<sup>[4]</sup>。非引流组不留置引流管。

1.3 观察指标 随访观察1~2个月,观察记录两组患者腹腔感染、腹腔出血、腹腔积液、切口感染、吻合口瘘等并发症情况及治疗恢复时间。

1.4 统计学方法 本次研究所有数据均采用SPSS 14.0 软件进行统计学分析处理,计量资料采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。