

咽侧径路水平喉部分切除术

李培华, 许学谷

(徐州医学院附属医院耳鼻咽喉科, 江苏 徐州 221006)

摘要:目的 通过对咽侧径路水平喉部分切除术的临床资料进行分析、总结, 探讨该径路积极的临床意义。方法 收集 2002—2007年间咽侧径路水平喉部分切除术 19例患者的临床资料, 其中声门上型喉癌 13例, 下咽上型癌 6例, 对比与咽前径路的异同和利弊。结果 19例患者全部拔出气管套管, 呼吸通畅; 大部分患者(16/19)发音良好; 除 1例术后 6个月因不能耐受误吸切除残喉外, 18例吞咽功能恢复正常。1年生存率 94.7%(18/19); 3年生存率 86.7%(13/15); 5年生存率 63.6%(7/11)。结论 咽侧径路水平喉部分切除术损伤相对小, 功能恢复快, 在不影响生存率的基础上提高患者的生存质量, 为较好的手术方式。

关键词:咽侧; 喉癌; 下咽癌; 水平; 舌骨

中图分类号: R739.65 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2065(2010)03-0180-02

水平喉部分切除术是治疗声门上型喉癌、部分下咽癌及舌根癌的主要术式。传统的水平喉部分切除术为咽前径路, 需要切断舌骨上下肌群, 并切除舌骨^[1-2]。为了减少创伤, 更好地恢复喉的功能, 笔者探讨保留舌骨的咽侧径路水平喉部分切除术, 并收集咽侧径路水平喉部分切除 19例患者的临床资料, 经分析、对比, 该术式为治疗早期声门上型喉癌、下咽上型癌的理想径路。

1 资料和方法

1.1 临床资料 19例患者均为徐州医学院附属医院耳鼻咽喉科 2002年 1月 1日—2007年 12月 31日的临床病例。其中男性 16例, 女性 3例; 年龄分布 41~73岁, 平均(57.3±3.0)岁。声门上型喉癌 13例, 其中 T₁N₀M₀ 4例, T₁N_{2b}M₀ 3例, T₂N₀M₀ 1例, T₂N_{2b}M₀ 4例, T₂N_{2c}M₀ 1例。下咽上型癌 6例, 其中 T₁N₀M₀ 2例, T₂N₂M₀ 3例, T₂N_{2c}M₀ 1例。全部行颈淋巴结廓清术, 其中 7例行选择性廓清术, 5例行双侧颈廓清术。19例患者均为鳞状细胞癌。有淋巴结转移者, 术后辅以放射治疗。

1.2 手术方法 低位横切口气管切开置管全麻, U型切口, 颈阔肌下翻皮瓣, 需要颈廓清者先行廓清术。切除患侧甲状软骨上脚和部分舌骨大脚, 必要时切除部分甲状软骨板之梨状窝部; 从甲状软骨后缘纵行切开咽腔, 将喉体向前翻转 90°, 暴露梨状窝、会厌及声门上其他区域。直视下沿肿瘤外 0.5~1.0 cm处切除肿瘤, 声门上型喉癌需切除全部会厌, 部分下咽上型癌可保留部分会厌。用可吸收缝线缝合舌根和喉的创面, 不需要将两者完全吻合。

置胃管后关闭咽腔。

2 结果

喉功能恢复情况: 全部患者术后均拔出气管套管, 呼吸通畅, 无 1例呼吸困难, 拔管时间为 15~40天, 平均(20±2)天。术后大部分患者发音正常或接近正常, 有 1例因不能耐受误吸, 术后 6个月切除残喉而失去发音和生理性呼吸功能。18例患者恢复正常的吞咽功能, 无术后误吸等并发症。生存率: 术后 1年生存率 94.7%(18/19); 3年生存率 86.7%(13/15); 5年生存率 63.6%(7/11)。

3 讨论

3.1 术式选择 咽侧径路水平喉部分切除术适合于声门上型喉癌原发于会厌的 T₁、T₂和原发于会厌杓皱襞区的癌; 还适合于下咽上型癌及原发于会厌咽皱襞的癌, 下咽上型癌即使侵犯扁桃体, 该径路也能顺利切除。会厌前间隙广泛受侵犯的病变应慎用, 甲状软骨板受侵犯的应该视为禁忌。

3.2 与咽前径路的比较 咽前径路与咽侧径路相比较, 前者需要切断舌骨上下肌群并切除舌骨, 后者仅需切开下咽缩肌, 损伤相对较轻; 前者必须喉一舌根吻合, 后者不必完全吻合, 只需缝合创面, 相对简单; 前者可向上下扩大切除喉体和舌根, 适应证较广, 后者可沿咽侧切除扁桃体或梨状窝肿瘤^[3]; 咽前径路一般无咽瘘, 咽侧径路偶可发生咽瘘。

3.3 保留舌骨的临床意义 舌骨属于面颅骨, 借舌骨上肌群与下颌骨相连, 借舌骨下肌群与喉体、胸骨、肩胛骨相连, 借舌骨舌肌与舌根相连, 借下颌二

腹肌等与乳突区相连。其意义在于辅助颈部活动、喉体活动及舌体活动。失去舌骨后,其相应的功能势必消失或减弱,因此咽前径路术后喉的功能康复相对较长^[1]。由于舌骨的形状特殊,又可用来代替甲状软骨行新喉再造术^[4-5]。

3.4 颈淋巴结廓清术的选择 不管是声门上型喉癌,还是下咽上型癌均属于易转移癌,即使临床上未侵及颈部淋巴结,也应积极处理淋巴结,可根据 CT 或 MR 结果选择廓清术式。笔者采取的措施是确定转移的病例,行根治性或功能性廓清术;可疑转移者,行功能性廓清术;临床 N₀ 的患者行选择性廓清术^[6]。

3.5 辅助治疗的意义 不管是喉癌还是下咽癌,现阶段仍以手术治疗为主。对于原发于会厌的早期癌肿也可单独放射治疗,但需良好的设备及准确的定位,也可以经内镜下行会厌切除术^[7-8]。对于 T₂ 以上的病变不宜单独放疗,可辅以前放疗以扩大喉部分切除率。也可行术后放疗以消灭残余病变,或减少复发。本组患者中没有颈部转移,又能彻底切除原发灶者不予放疗,有淋巴结转移者给予术后放疗,并且行对颈放疗。化疗对于头颈部鳞状细胞癌多不敏感,结合放疗可缩小肿瘤以增加手术机会,但不宜滥用。

3.6 心理治疗的作用 谈癌色变是寻常百姓的异常心理状态,过重的思想负担可导致自身抵抗力的下降,即使早期癌肿也难于治愈,本组中有 1 例在术后 1 年内死亡便属此类。因此术前、术后与患者的

沟通甚为必要,告知患者术后能恢复发音等功能,增强其战胜疾病的信心,既要让患者享有知情权,又要使患者接受并配合手术,促使其早日康复是医务人员应该具备的基本素质,经过耐心细致的沟通,本组多数患者能正确面对自己的疾病,并且配合治疗。

参考文献:

- [1] 李培华,许学谷,李红权.水平喉部分切除术对喉癌患者生存质量的积极意义[J].徐州医学院学报,1999,19(6):453-455.
- [2] Saito K, Arai K, Ogawa K, et al. Laryngeal function after supracricoid laryngectomy [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009, 140(4):487-492.
- [3] 唐平章,张宗敏,祁永发,等.303 例下咽癌的外科治疗及组织移植修复重建术的临床分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(3):166-170.
- [4] 李培华,钱永忠,李福军,等.全喉切除后利用带蒂舌骨新喉重建术(附病例报导)[J].徐州医学院学报,1992,12(4):256-257.
- [5] 夏东,刘建平,植金兴,等.舌骨形态的 CT 研究[J].临床放射学杂志,2001,20(9):723-724.
- [6] 屠规益,唐平章. N₀ 淋巴结的前哨淋巴结检测与选择性全颈清扫术[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(1):74-77.
- [7] Remacle M, Lawson G, Hantzakos A, et al. Endoscopic partial supraglottic laryngectomies: techniques and results [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009, 141(3):374-381.
- [8] Kubcek GJ, Wang F, Reddy E, et al. Importance of treatment institution in head and neck cancer radiotherapy [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009, 141(2):172-176.

收稿日期:2010-02-22 修回日期:2010-03-17

本文编辑:王卿

文稿中缩略语使用须知

文题一般不使用缩略语,正文中也尽量少用。必须使用缩略语时,如该缩略语已公知,又不会产生歧义,可直接使用;文中所用的非公知公认的或容易产生歧义的英文缩略语,必须在其首次出现时注明中文或英文全称。