

· 临床研究 ·

水平垂直部分喉切除术的临床观察

彭小伟, 喻建军, 陈杰, 李赞, 戴捷, 黄文孝, 包荣华, 魏威, 单振锋, 田皞, 胡杰

(湖南省肿瘤医院, 中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院 头颈外科, 湖南 长沙 410013)

摘要: **目的** 观察水平垂直部分喉切除术的治疗效果。**方法** 总结 2000 ~ 2006 年采用水平垂直部分喉切除术治疗的 36 例喉癌患者, 分析其生存率和喉功能保留情况。**结果** 本组病例 3 年生存率 80.6%, 5 年生存率为 78.8%。死亡病例中除失访 3 例外; 另外 7 例死亡病例中, 死于局部复发 2 例、死于颈部淋巴结转移 2 例、死于肺转移 1 例、死于大出血 1 例、死于骨转移 1 例。本组患者均保留了发音功能, 35 例患者拔管, 拔管率为 97.2%, 经过功能训练, 患者均可经口进食。**结论** 在严格掌握适应证的情况下, 水平垂直部分喉切除术能够在保留喉功能的同时根治肿瘤。

关键词: 喉癌; 水平垂直部分喉切除术; 喉功能保留

中图分类号: R739.65

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2012)06-0469-03

Clinical observation on horizontal-vertical partial laryngectomy

PENG Xiao-wei, YU Jian-jun, CHEN Jie, et al.

(Department of Head and Neck Surgery, Tumor Hospital of Hunan Province, Changsha 410013, China)

Abstract: **Objective** To observe the therapeutic effect of horizontal-vertical partial laryngectomy in the treatment of laryngeal cancer. **Methods** The clinical data of 36 patients suffering from advanced laryngeal cancer and treated with horizontal-vertical partial laryngectomy was analyzed retrospectively. **Results** The 3- and 5-year overall survival rates were 80.6% and 78.8%. All patients had good phonation and resumed mouth-feeding after surgery. Among all the deaths, 3 got loss of follow-up, 2 died of recurrence of laryngeal cancer, 2 of cervical metastasis, 1 of pulmonary metastasis, 1 of hemorrhage, and 1 of osseous metastasis. Of all the 36 cases, 35 cases were decannulated with a decannulation rate of 97.2%. **Conclusion** With correct surgical indications, horizontal-vertical partial laryngectomy is satisfactory for the treatment of laryngeal cancer and feasible to preserve laryngeal functions.

Key words: Laryngeal neoplasm; Horizontal-vertical partial laryngectomy; Laryngeal function preservation

喉癌是头颈部常见恶性肿瘤, 手术切除恶性肿瘤的首要原则是整块切除肿瘤, 保证安全边缘。随着人们对喉癌的认识越来越深入、患者对生存质量的要求越来越高, 喉癌的手术治疗不仅要求既能够根治性地切除肿瘤, 又能够尽可能地保留喉的功能。总结 2000 ~ 2006 年我院采用水平垂直部分喉切除术治疗喉癌病例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 36 例, 其中男 35 例, 女 1 例; 年龄 37 ~ 64 岁, 平均 54.6 岁, 超过 60 岁的患者 10 例, 占 27.8%。病检均为鳞状细胞癌, 其中高分化鳞癌 11 例, 中分化鳞癌 25 例。根据 UICC 与 AJCC 2002 年头颈部肿瘤 TNM 分级临床分期标准^[1], 声门上型 34 例, 其中 T3 32 例, T4 2 例; N0 12 例, N1 20 例, N2 2 例; III 期 30 例, IV 期 2 例。声门型 2 例, 均为 T3

作者简介: 彭小伟, 男, 博士研究生。
通讯作者: 喻建军, Email: dryujianjun@sina.com.

病变;N0 1例,N1 1例,均为Ⅲ期。36例患者均无远处转移。

1.2 治疗方法

经低位气管切开后,先行Ⅱ、Ⅲ区局限性颈清扫术,快速病检提示阳性淋巴结后再行功能性颈淋巴结清扫术,最后行喉部分切除和喉功能重建术。切除的范围:整个会厌、会厌前间隙、杓会厌襞、室带、喉室、患侧的整个甲状软骨板和对侧上1/2甲状软骨板及患侧声带、杓状软骨等。

修复喉腔:修复患侧残存的梨状窝黏膜及杓区黏膜,恢复患者杓区,为了减轻误咽,必要时使用带状肌瓣垫高杓区。然后,将甲状软骨外膜与环状软骨断端黏膜缝合。对于T4病变,甲状软骨已经切除,则将保留的带状肌筋膜瓣修复喉缺损^[2]。健侧同样用梨状窝黏膜、甲状软骨外膜将残喉切缘缝合,并将健侧声带切缘用可吸收线悬吊于健侧甲状软骨外膜,保持一定的紧张度以扩大喉腔。去垫肩后,用7号丝线将残喉和舌根部吻合。颈前带状肌加固颈前喉部吻合处,缝合皮肤。

所有病例全部同期行局限性或功能性颈廓清术,其中单侧10例,双侧26例;术后行辅助性放射治疗26例。

1.3 统计学方法

所有数据采用SPSS 11.0软件进行统计分析,单纯手术和术后辅以放疗患者生存率差异的比较采用 χ^2 检验,小样本生存率采用直接法计算。

2 结果

2.1 生存情况及死亡原因

36例患者随访均超过3年,33例满5年,3例失访,失访按死亡计。3年生存率为80.6%(29/36),5年生存率为78.8%(26/33)。本组病例中除失访3例外,另外7例死亡病例(单纯手术的2例,术后辅以放疗的5例),其中死于局部复发2例,死于颈部淋巴结转移2例,死于肺转移1例,死于大出血1例,死于骨转移1例。5年内就诊颈淋巴结转移3例,其中1例出现颈下淋巴结转移,予以手术切除后存活至今,另外2例拒绝手术治疗,1例死亡,1例带瘤生存。

2.2 喉功能保留情况

吞咽功能:术后常规鼻饲,术后20 d顺利拔除胃管的10例;术后40 d能拔除鼻饲管者23例;剩余的3例患者均在术后2个月拔除鼻饲管。呼吸功能:除1例因喉腔狭窄未能拔管外,其他35例患者均在术后1~6个月内拔管。发音功能:按屠规益等(1983)分级法^[3]进行分级,其中发声良好者29例,发声一般者7例。

2.3 并发症的发生

肺部感染6例,予以敏感抗菌药物静滴、雾化吸入、翻身拍背、吸痰等处理,7~10 d后肺部感染得到控制。咽瘘5例,经抗炎、持续负压吸引等处理,均在术后20~60 d伤口愈合。

3 讨论

本组36例患者3年生存率80.6%,5年生存率为78.8%,效果满意。术后辅以放疗26例的患者5年生存率为79.1%,未予以放疗10例的患者生存率为77.8%,两者之间差异无统计学意义。分析其原因,考虑术后予以放疗的26例患者均伴有颈部淋巴结转移,而未予放疗的患者均系颈部淋巴结阴性。因此,尚不能说明放疗对喉癌术后生存期的影响。水平垂直部分喉切除术能够保留患者的发音功能以及经鼻呼吸,明显提高了患者的生存质量。但是术后误咽、呛咳以及拔管困难都在一定程度上限制了该术式的开展。我科自开展该术式以来,进行不断地摸索和总结,对残喉修复及术后的处理积累的经验,总结如下。

3.1 手术适应证

水平垂直半喉术的适应证是声门上型喉癌肿瘤从声门上侵及一侧声带,而对侧环杓关节及声带正常或对侧前联合稍受侵(不超过声带的前1/3)^[4-5]。对于高龄患者或肺功能差的患者均不宜采用该术式。在本组病例中,有2例患者为T4病变,病灶对患侧的甲状软骨板有破坏,在切除患侧的甲状软骨板及甲状软骨膜后,利用带状肌的肌膜对喉腔进行了修复,术后1个月内进行了放疗,放疗后1个月予以拔管,生存期均超过了5年。由此看见,在掌握适应证的基础上,在保证安全边缘的前提下,保留部分喉功能是可行的。

3.2 喉功能的保护

3.2.1 吞咽功能 为了减轻误咽,尽早拔管鼻饲管,我们采用了两种措施:①运用带状肌垫高患侧杓区,如此可以对食物产生一定的阻挡作用;②常规切除舌骨,去垫肩后将环状软骨及残余的1/4喉部组织用10号丝线上提与舌骨上肌群缝合。这种方式可以使残喉的解剖位置向前上推移,吞咽的时候,利用舌根的遮盖作用,食物更容易直接进入到食道而减轻误咽。同时,这种方法可以扩大喉腔,改善通气,有利于术后顺利拔管^[5]。吞咽功能恢复时间的长短差异,除了个体差异之外,可能与杓区位置过低,而带状肌垫高程度不够有关。

3.2.2 呼吸功能 除T4的2例患者外,采用甲状软骨外膜与环状软骨黏膜缝合方法修复残喉。新的喉口多宽敞,故气管套管拔除率较高,达到了97.2%(35/36)的效果。1例患者病灶累及对侧声带前端,术后未能拔管,考虑术中切除对侧声带过多,从而导致了喉腔的狭窄。

3.2.3 发音功能 尽管我们没有运用屠规益等^[6]介绍的胸舌骨肌瓣修复喉缺损的方法,但是经过随访观察,发现本组病例发音良好率为80.6%,分析其原因,笔者认为,保留健侧的声带、喉上及喉返神经是术后发音功能的重要保障,只要保证一侧声带的正常运动,发音功能是可以达到较高的成功率。胸舌骨肌瓣修复喉腔存在新的喉口狭窄,导致拔管困难的风险^[5]。

3.3 并发症的处理

3.3.1 肺部感染 喉癌患者常有吸烟史,而吸烟是导致慢性支气管炎和肺炎的主要原因,而慢性肺部疾病本身,也增加了得肺炎的危险。加之人工气道的建立、误咽等原因都容易导致术后肺部感染。术后需要严密观察体温及肺部体征,必要时行细菌培养及胸片检查。翻身、拍背、下床活动、湿化气道、雾化吸入、适时吸痰都是防治肺部感染的有效措施。带气囊的气管套管我们常规在术后3~4d后再进行更换。

3.3.2 咽痿 咽痿是喉癌术后的常见并发症,传统的观念是反复换药,我们运用了持续负压吸引的方法,效果满意,本组患者术后出现咽痿的共有5例,达到13.9%。术中我们注意保留适当的黏膜下肌层和下咽缩肌,黏膜内翻缝合注意不造成张力,关闭咽喉腔黏膜后仔细冲洗术区,寻找可能的出血点,防止术后出血和感染而致咽痿。最后,在喉腔缝闭处的左右两侧留置引流管各一根,一旦出现咽痿的现象,则直接连接持续负压吸引装置。如果引流管已经拔除,则先用止血钳探测痿口的深度,再置入引流管,注意引流管口需与痿口保持1cm的距离。持续负压引流可以防止分泌物的潴留,保持创面干燥,避免了外源性感染的可能,从而加快创面的愈合^[7-9]。

参考文献:

- [1] 屠规益,徐国镇. 头颈恶性肿瘤的规范性治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:385.
- [2] 陈志俊,华辉,董沂传,等. 喉癌喉部分切除及喉功能重建[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(4):269-271.
- [3] 屠规益. 现代头颈肿瘤外科学[M]. 北京:科学出版社,2004:4.
- [4] 白素娟,李国栋,王铁,等. 水平垂直部分喉切除术疗效分析[J]. 中国医科大学学报,2005,34(4):366-368.
- [5] 贾深汕,杨武双,孙冀. 水平垂直喉部分切除创面修复临床观察[J]. 耳鼻咽喉-头颈外科,2000,7(5):280-282.
- [6] 屠规益,唐平章,贺永东,等. 应用舌骨肌瓣修复部分喉术后缺损[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1996,31(1):39-42.
- [7] 杨力,朱小平,潘圣鑫. 持续负压引流技术对老年慢性难愈性创面的疗效观察[J]. 中国临床新医学,2010,3(6):552-554.
- [8] 谢李,田勇泉,赵素萍,等. T₃N₀M₀ 声门型喉癌手术治疗预后因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(3):187-190.
- [9] 谢李,田勇泉,赵素萍,等. 335例喉癌患者手术治疗预后多因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(6):426-432.

(修回日期:2012-11-01)