

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202221203

· 病案报道 ·

非体外循环冠状动脉旁路移植术 同期行喉部分切除术 1 例

葛瑞锋, 秦作荣, 臧传善, 王效军, 孙彦

(青岛大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 山东 青岛 266061)

中图分类号: R739.65

冠状动脉旁路移植术的应用使一些存在手术必要性却因冠状动脉疾患而存在禁忌证的患者获得了根治性手术的机会^[1]。临床上为合并较严重冠心病的恶性肿瘤患者实施手术极具挑战性。有学者同期进行非体外循环下冠状动脉旁路移植术和恶性肿瘤切除术取得初步经验。喉癌合并较严重冠心病的患者进行同期冠状动脉旁路移植术和喉癌切除术, 经我们在中国知网、万方数据知识服务平台依据关键词“喉癌、冠状动脉狭窄”进行了检索, 在 Pubmed 上对主题词“laryngeal neoplams, coronary stenosis”进行了检索, 尚未见相关报道。我们在 2018 年 4 月为 1 例 T3 声门型喉癌患者行非体外循环冠状动脉旁路移植术并同期行喉部分切除术, 取得较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 53 岁, 因声音嘶哑 5 个月入院。既往有高血压病史 20 年, 服用药物, 血压控制在正常范围。近半年来, 经常有左胸前区压榨样疼痛, 多在劳累时出现, 有时伴有牙齿疼痛, 未曾诊治。耳鼻咽喉间接喉镜检查: 会厌无红肿, 抬举欠佳, 声门区窥不清。进一步电子纤维喉镜检查: 右侧声带全长见菜花样新生物, 右侧声带固定(图 1)。喉部增强 CT: 右声带增厚、轻度强化, 累及前联合及右侧声门旁间隙(图 2)。取右声带肿物进行病理学检查, 结果示: 右声带鳞状细胞癌(较高分化)(图 3)。心电图提示 III、aVF 导联异常 Q 波多导 ST-T 改变(图 4)。24 h 动态心电图: 窦性心律, 偶发房早, 多导 ST 段水平型下降 0.05~0.1 MV-T 波低平、倒置。心脏 CT

冠状动脉血管造影三维成像(CTA): 冠状动脉多发粥样硬化并管腔中重度狭窄(3 支病变), 见图 5。冠状动脉造影见: 右优势型, 左冠状动脉主干正常; 左前降支中段狭窄 90%, 心肌梗塞溶栓治疗血流分级为 3 级; 左回旋支钝缘支狭窄 40%; 右冠状动脉后降支狭窄 90%, 无侧支循环。左前降支近段、中间支及左回旋支中段均动脉硬化; 右冠状动脉近段、远段及右室后支均动脉硬化。运动平板试验: 患者秒疲劳、呼吸困难, 未达目标心率。术前诊断为喉癌(声门型 T3N0M0)、高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病。经麻醉科会诊, 认为不适宜行全麻下喉癌切除术, 经多学科协作模式讨论后, 拟先在非体外循环下行单侧内乳动脉-冠状动脉搭桥术加主动脉-单支冠状动脉搭桥术, 然后同期行次全喉切除术。术中首先切取一段长约 20 cm 的大隐静脉, 显露左内乳动脉, 继而行全身肝素化(1 mg/kg), 然后分别行左内乳动脉-左前降支端侧吻合、大隐静脉-升主动脉及大隐静脉-右冠状动脉后降支端侧吻合, 使用鱼精蛋白中和肝素, 关闭胸部术腔。然后进行次全喉切除术、气管切开术, 术中切除右侧甲状软骨板前 2/3、右声带全长、右杓状软骨大部分、右喉室、右室带、右声门旁间隙、前联合以及左侧甲状软骨板前 1/3 和对应的左半喉腔前端软组织, 采用双侧胸骨舌骨肌筋膜瓣、会厌下拉重建喉腔。术后患者入住心脏外科病房, 给予阿司匹林肠溶片和硫酸氯吡格雷片抗血小板、单硝酸异山梨酯片扩张冠脉和增加心脏血流、低分子肝素钠注射液抗凝、磷酸肌酸钠营养心肌等治疗, 同时给予气管切开后常规护理、预防感染、质子泵抑制剂抑酸、鼻饲肠内营养乳剂、雾化吸入等治疗, 术后患者恢复顺利, 2 周后给予堵管, 痊愈出院。术

第一作者简介: 葛瑞锋, 男, 博士, 主任医师。
通信作者: 秦作荣, Email: hncsqzr@163.com

后6周开始接受放射治疗,给予95%计划靶区、6000 cGy/200 cGy/30f/6W,放疗结束后约4周拔除气管套管。已随访36个月,行电子纤维喉镜检查,提示喉腔黏膜光滑、宽敞(图6),无复发征象。无心脏不适。

2 讨论

T3声门癌的治疗存在多种模式。在可以采取进一步手术挽救性治疗的前提下,选择器官保留手术、联合放疗和化疗、单独放疗为喉功能保留提供了可能,并且上述治疗方法不影响总体生存率^[2]。Riga等^[3]对T3喉癌的治疗进行系统综述发现,虽然缺乏良好的对照研究,但T3喉癌手术治疗的效果优于非手术治疗。本例患者年龄53岁,若能解除心脏疾病的限制,采用手术治疗喉癌便成为可行的选择。由于该患者比较年轻,全身情况尚可,局部病变侵及声门旁间隙,未累及甲状软骨板,为局部晚期声门型喉癌(T3),我们选择了外科手术+术后放疗的治疗方法。

该患者合并有较严重的冠状动脉狭窄(3支血管狭窄),经常有心绞痛发作症状,为稳定型心绞痛^[4]。对于这种类型的稳定型缺血性心脏病可给予冠状动脉支架植入治疗,术后需要给予双重抗血小板治疗1~6个月^[5],对于较为严重的稳定型缺血性心脏病患者,应给予冠状动脉旁路移植术进行血运重建(I级推荐,A类证据)^[6-7],这需要1~12个月双重抗血小板治疗^[5]。应用双重抗血小板治疗期间,出血风险高,一段时间内应避免进行外科手术

治疗。

如果首先进行冠状动脉旁路移植手术,术后经过一定的时间恢复,然后再进行恶性肿瘤的手术治疗,这给患者带来了二次损伤,并且恢复期间恶性肿瘤会继续生长,可能失去外科手术治疗肿瘤的最佳时间,甚至可能出现病变扩散,影响恶性肿瘤的预后。如果首先进行保留喉功能的外科手术治疗,麻醉的风险较高,术后出现心脏负荷加重、心脏意外发生的可能性较大。因此我们认为分期手术并不是该病例的最优选择。根据该患者的情况,我们对其进行了非体外循环冠状动脉旁路移植术,同期进行了喉部分切除术。

对此,我们认为,首先病例的选择很重要,要谨慎、全面的评估和权衡同期手术的必要性,若非必要,则不必进行同期手术。术前要准确评估患者全身状况,排除手术禁忌证。通过电子纤维喉镜、影像学等检查,准确评估手术指征,确保手术能够根治性切除局部病变。所患冠状动脉狭窄具有冠状动脉旁路移植术的指征。其次按正确的顺序规范进行,因为心脏手术为清洁手术,喉部分切除术为清洁-污染手术,所以先进行心脏手术,再进行喉部肿瘤切除术。进行冠状动脉旁路移植术、心肌再血管化后,可避免肿瘤切除术中的心脏风险,使喉部分切除手术具有安全保障。冠状动脉旁路移植术后,使用鱼精蛋白中和肝素,进行喉部分切除手术时并无出血倾向。术后要严密观察、妥善处置,主要以恢复心功能为主,保持循环稳定,避免入量过多、过快,防止出现心功能不全。术后24h开始皮下注射低分子肝素钠4250 IU,2次/d,进行抗凝治疗,同时保持呼吸道

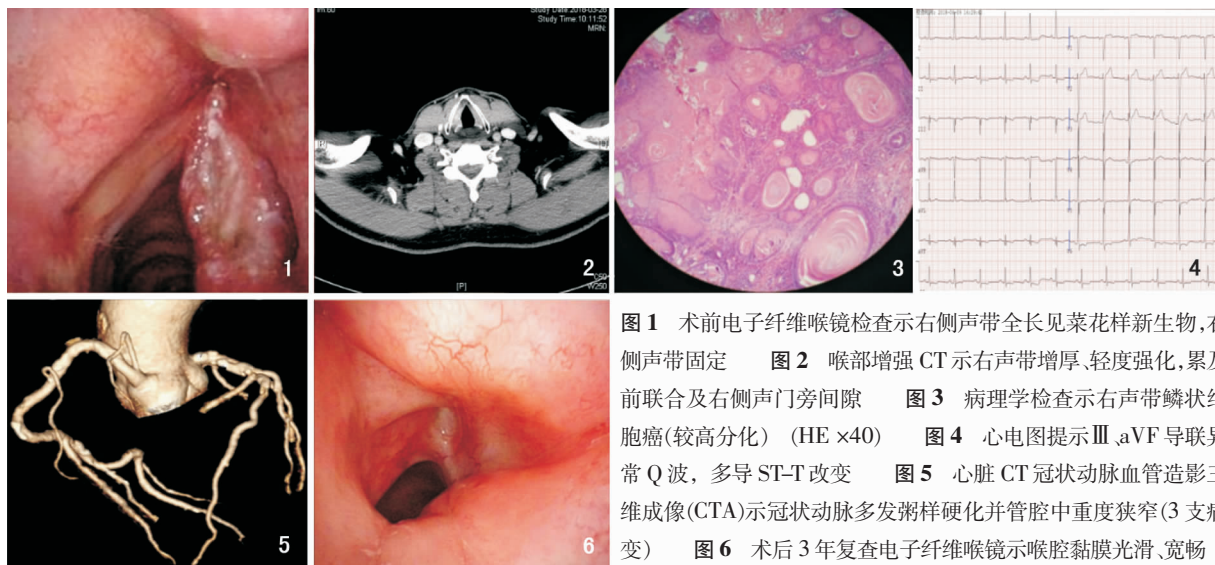


图1 术前电子纤维喉镜检查示右侧声带全长见菜花样新生物,右侧声带固定 图2 喉部增强CT示右声带增厚、轻度强化,累及前联合及右侧声门旁间隙 图3 病理学检查示右声带鳞状细胞癌(较高分化)(HE×40) 图4 心电图提示Ⅲ、aVF导联异常Q波,多导ST-T改变 图5 心脏CT冠状动脉血管造影三维成像(CTA)示冠状动脉多发粥样硬化并管腔中重度狭窄(3支病变) 图6 术后3年复查电子纤维喉镜示喉腔黏膜光滑、宽敞

通畅,鼓励咳痰,预防感染。

我们尝试对合并较为严重冠心病的 T3 声门型喉癌患者同期进行手术治疗,取得了较好的效果。虽然病例较少,但通过本病例的治疗,我们初步体会到,通过术前谨慎而全面的评估、术中的规范操作、术后的严密观察和妥善处置,对合并较为严重冠心病的 T3 声门型喉癌患者同期进行非体外循环冠状动脉旁路移植术和喉部分切除术是一个可行的选择。

参考文献:

- [1] 王洪涛,王国磊,王文光,等. 食管癌切除同期非体外循环下冠状动脉旁路移植 5 例临床分析并文献复习[J]. 中华胸心血管外科杂志,2017,33(7):394-396.
- [2] Forastiere AA, Ismaila N, Lewin JS, et al. Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update[J]. J Clin Oncol,2018,36(11):1143-1169.
- [3] Riga M, Chelis L, Danielides V, et al. Systematic review on T3 laryngeal squamous cell carcinoma; still far from a consensus on the optimal organ preserving treatment[J]. Eur J Surg oncol, 2017,43(1):20-31.
- [4] Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease; the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the

European Society of Cardiology[J]. Eur Heart J,2013,34(38):2949-3003.

- [5] Levine GN, Bates ER, Bittl JA, et al. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines[J]. J Thorac Cardiovasc Surg,2016,152(5):1243-1275.
- [6] Windecker S, Kolh P, Alfonso F, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization; The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) [J]. Eur Heart J,2014,35(37):2541-2619.
- [7] Windecker S, Neumann FJ, Jüni P, et al. Considerations for the choice between coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention as revascularization strategies in major categories of patients with stable multivessel coronary artery disease: an accompanying article of the task force of the 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization[J]. Eur Heart J,2019,40(2):204-212.

(收稿日期:2021-06-03)

本文引用格式:葛瑞锋,秦作荣,臧传善,等. 非体外循环冠状动脉旁路移植术同期行喉部分切除术 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(4):116-118. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202221203

(上接第 115 页)

用时机,手术方式选择肿块减积还是根治性切除等问题都有待探讨,且根治性切除术式还需要规范术中操作以免引起医源性鼻中隔穿孔^[7]。

参考文献:

- [1] 徐传辉,穆荣. 2012 年 IgG4 相关性疾病分类标准及病理诊断共识的解读[J]. 中华风湿病学杂志,2012,16(12):851-852.
- [2] Umehara H, Okazaki K, Kawa S, et al. The 2020 revised comprehensive diagnostic (RCD) criteria for IgG4-RD[J]. Mod Rheumatol, 2021,31(3):529-533.
- [3] Iaccarino L, Talarico R, Scire CA, et al. IgG4-related diseases: state of the art on clinical practice guidelines[J]. RMD Open, 2018,4(1):787.
- [4] Khosroshahi A, Wallace ZS, Crowe JL, et al. International Consensus Guidance Statement on the Management and Treatment of

IgG4-Related Disease[J]. Arthritis Rheumatol, 2015,67(7):1688-1699.

- [5] Takano K, Yamamoto M, Takahashi H, et al. Recent advances in knowledge regarding the head and neck manifestations of IgG4-related disease[J]. Auris Nasus Larynx, 2017,44(1):7-17.
- [6] Shimizu Y, Yamamoto M, Naishiro Y, et al. Necessity of early intervention for IgG4-related disease-delayed treatment induces fibrosis progression[J]. Rheumatology (Oxford), 2013,52(4):679-683.
- [7] 王茂鑫,马贤,刘伟,等. 耳屏软骨联合带蒂鼻腔黏骨膜瓣在修补鼻中隔大穿孔中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021,27(2):142-145.

(收稿日期:2021-10-31)

本文引用格式:李波波,王勇聪,林巧如,等. 鼻中隔 IgG4 相关性疾病 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(4):114-115,118. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.20221408