文章编号:1000-5404(2007)24-2367-03

论著

舌下腺摘除术中改良切口的应用

李 颖,肖水生,钟大文,王 涛,李 勇 (重庆医科大学附属口腔医院颌面外科,重庆 400015)

提 要:目的 探讨舌下腺摘除术手术方式的改进及改良切口的临床方法和应用价值。**方法** 对传统的手术进行了重要改进,将弧形切口改为角形,解剖导管改为从前端开始,确定了较合理的手术程序和具体步骤。对本组858例患者术后1~25年的临床观察及随访进行了回顾性比较研究。**结果** 用新方法手术的患者无1例术中及术后发生严重并发症,完整摘除腺体者无1例复发。**结论** 我们对手术方式的改进使手术变得简单安全,可在临床上推广。

关键词:舌下腺囊肿;外科治疗
中图法分类号:R739.86;R782 **文献标识码**:A

Application of modified incision to sublingual gland resection

LI Ying, XIAO Shui-sheng, ZHONG Da-wen, WANG Tao, LI Yong (Department of Oral and Maxillofacial Surgery, The Affiliated Stomatology Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400015, China)

Abstract: Objective To evaluate the improved method of sublingual gland resection, the improved incision line and their clinical value. **Methods** The traditional operation method was modified and the curved incision line was turned to angular incision line. The dissection of submandibular duct started from its anterior end. The operation procedure was determined. Totally 858 patients followed for 1 to 25 years after sublingual gland resection were retrospectively investigated and compared, including 354 patients underwent the traditional operation procedure before 1991 and 504 patients received modified incision for sublingual resection. **Results** By our improved method, no serious complications occurred during the operation or after the operation. In addition, there was no recurrence after removing sublingual gland completely without dissecting its capsule wall. **Conclusion** This modified operation procedure leads to the easier and safer sublingual gland resection and can be widely applied in our clinical work.

Key words: sublingual gland cyst; surgical treatment

舌下腺囊肿是口腔颌面外科的常见疾病,其发病率高,容易诊断[1],治疗方式虽较多[2-4],但只需摘除舌下腺即可根治[5,6]。由于舌下腺摘除术手术范围小,操作不复杂,因此常被临床医师,特别是初学者视为简单的小手术,但因术野小,结构较多,重要结构因囊肿而移位,故手术难度并不小,且并发症较多[7]。为此,我院自1991年以来对手术进行了重要改进,特别是改进了手术切口和寻找颌下导管的方法,使解剖导管这一手术关键步骤变得简单,极易找到。本研究对我院1981-2005年收治的858例患者进行了回顾性比较研究,现总结报告如下。

作者简介:李 颖(1963-),女,重庆市人,主治医师,主要从事口腔颌面外科临床方面的研究,发表论文5篇。电话:(023)67864324,E-mail:tm19620617@yahoo.com.cn

收稿日期:2006-12-21;**修回日期**:2007-05-18

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例是1981-2005年在我院收治的858例舌下腺囊肿患者。年龄3~75岁。男性461例,女性397例。其中92例为口外型或哑铃型。随访时间最长25年,最短1年。共有354例为1991年以前的患者,按传统的手术切口及方式进行手术为传统组(男性190例,女性164例)。504例为1991年之后收治的患者,我们采用了改进后的切口和手术方式进行手术,为改良组(男性271例,女性233例)。

1.2 手术方法

麻醉:舌神经阻滞加局部浸润,小儿用气管内插管全麻。切口:将传统的弧形改为角形切口;从舌系带开始,向前绕过舌下肉阜转向患侧舌下皱襞外侧至第二磨牙处(图1)。切至黏膜下。翻瓣及解剖导管:从舌下肉阜将黏膜瓣向后翻起,在肉阜深面之黏膜下仔细寻找导管。颌下腺导管在接近开口处虽变细,但因其必然在肉阜深面,位于黏膜下,位置极其恒定而表

浅，极易发现。找到后，沿导管向后方解剖至第一磨牙处，找到与其交叉的舌神经，加以保护。在解剖导管的过程中，常常一开始就会遇到舌下腺主导管，判断认准后，切断结扎（此导管较小，行走方向向外，非向后，长度一般不超过 20 mm 即进入舌下腺体内）（图 2）。解剖导管的过程中，还将遇到囊肿的阻扰，此时只需将其分离刺破，放出囊液即可，不必专门切除囊壁。剥离腺体：在黏膜下与舌下腺包膜间进行，钝剥离腺体外侧容易，内侧舌下皱壁因有舌下腺小导管，剥离较难，需钝锐剥离结合，且注意勿将黏膜撕破，或伤及颌下腺导管和舌神经，改良法手术，导管和神经已解剖出来，明视下易于保护。剥离腺体深面时，要注意其前部常有较大的来自舌深动静脉的 1～2 条分支血管进入腺体，要小心分离及结扎。剥离不要盲目或粗糙，否则血管断裂后出血较多，加之术野小，部位深，照明差，缝扎较难，很费时间。处理此血管的方法：不用刀剪，小心钝剥离腺体深面，有意识地发现血管并将其分离出来，紧靠腺体钳夹血管，让深面有一段游离的血管，便于结扎；或用双极电凝止血。腺体后部的处理：术中不易区别舌下腺与颌下腺之交界线，故要求舌下腺要剥离到第二磨牙，在此夹住、切断、缝扎腺体断端，以免复发或液漏。口外型囊肿的处理：不论颌下型或颏下型舌下囊肿，均在口内切口摘除舌下腺后，分离刺破颌下或颏下的囊肿，吸出囊液即可。不必切除囊壁，更不需从口外切口摘除囊肿。若术后颌下、颏下区仍有积液，可行口外穿刺抽吸 1～2 次囊液即可，不必担心复发。缝合：仔细检查伤口，充分止血后，稀松缝合黏膜（不缝肌层，针距约 10 mm，共 4～6 针即可）。据我们观察，缝合过密或严密缝合了肌层，术后水肿反而增加，缝合时注意勿将颌下腺导管缝扎。引流条应拴于缝线上，防缩入或脱出，次日取出。

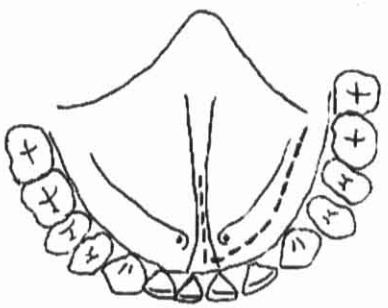


图 1 角形切口

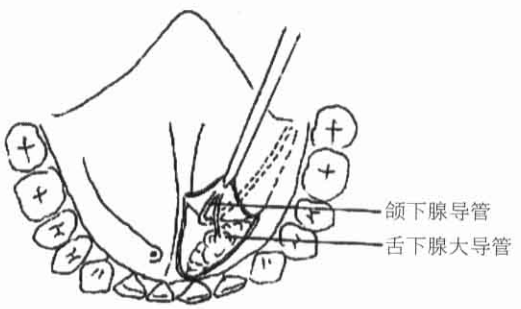


图 2 识别舌下腺及颌下腺导管

1.3 术后处理

全部患者术后常规输液 3 d，抗感染、抗炎治疗（地塞米松 10 mg/d），引流条保留 1 d，正常进食，保持口腔卫生。1 周后拆线。

1.4 统计学分析

采用 SAS 8.0 统计软件进行 χ^2 检验。

2 结果

用传统方式手术的患者手术时间较长，术中出血较多。有 8 例出现术后出血，于术后 8 h 内重新打开伤口止血。有 15 例术后复发。3 例发生对侧舌下腺囊肿。伤口均为一期愈合。而用改进后的手术方式手术的 504 例患者除 3 例发生术后口内伤口出血，于术后 4 h 重新打开伤口止血外，其余病例无明显并发症发生，伤口全部一期愈合。术后随访 1～15 年无 1 例复发。见表 1、2。

表 1 两种手术方式术中情况比较（例）

组别	总数	性别		手术时间（min）			术中出血（ml）		
		男	女	30～40	40～60	60～90	20～50	50～100	100～200
传统组	354	190	164	0	288	66	84	236	34
改良组	504	271	233	394[a]	71[a]	39[a]	369[a]	102[a]	33

a：$P<0.01$，与传统组比较

表 2 两种手术方式术后并发症的比较（例）

组别	总数	并发症				并发症发生率（%）
		术后出血	颌下腺导管损伤	严重水肿	对侧舌下腺囊肿	
传统组	354	8	3	5	3	5.4
改良组	504	3	0	0	0	0.5[a]

a：$P<0.01$，与传统组比较

3 讨论

3.1 切口的改进

改良切口使创面暴露更充分，颌下腺导管解剖更容易。舌下腺摘除手术的关键是解剖颌下腺导管，传统切口近似直线[8]，目的是便于在导管中段，舌下腺内侧寻找颌下腺导管。这种切口和手术设计的最大缺点是中段导管的位置较前段深且不恒定。尤其是因囊肿的挤压，中段导管必有明显移位，且移位的方向无规律性（可被推向内外深浅各方），很难找到。若囊肿穿破、感染或手术疤痕，则更难找到。为此，将切口改为角形（图 1），使导管口包括在角形黏膜瓣之顶端，在导管前段寻找颌下腺导管，其突出优点是：①舌下肉阜——导管开口处下方必有导管相连，一定能找到导管。②导管在开口部其位置最浅（在黏膜下）、最前（靠近中线）、最恒定（不受囊肿挤压的影响），就是囊肿特大，导管虽被推移，拉长，变位，但其前端总是连通在肉阜下面。由于位置最浅、最前，操作最易。因此，使解剖颌下腺导管这一关键步骤变得非常容易，明显地缩短了手术时间，减少创伤及水肿等反应。

另外，若囊肿过大或靠近中线时，传统切口将向对侧舌下区延长，术后可能发生健侧导管口狭窄或因伤

及舌下腺小导管而发生健侧的舌下腺囊肿。角形切口不超过中线，完全避免了这些并发症。

3.2　手术程序的改进

手术进程的改良有利于加快手术进度和安全性。改良法手术强调一开始就解剖导管，且从导管前端开始（而不是中段）。以此为主要操作，顺便完成其他步骤。改进后的手术程序是：切开黏膜，翻起黏膜瓣尖，找出舌下肉阜下方之导管，往后解剖至第二磨牙处，找到舌神经。此过程完成时，舌下腺的浅面，内面即基本暴露，然后剥离腺体外面和深面，处理深面之血管后，切断腺体后份完成手术。按此程序，有利于加快手术进度和安全性。切勿因找导管困难而改行腺体剥离，这样必浪费时间，且易误伤导管和神经。

3.3　识别舌下腺大导管，防止误伤颌下腺导管

识别舌下腺主导管是为了防止误伤颌下腺导管。在舌下肉阜黏膜下虽很易找到导管，但要注意继续剥离出共同开口的第 2 根导管即舌下腺大导管，且应加以区别。区别要点：舌下腺大导管短，多在前外方，向外侧行走，平均长度为 13 mm，其后即进入舌下腺[9]。颌下腺导管较粗、长，多在内后方，向后方、深面行走，与舌神经交叉后进入颌下腺。切勿一见到导管就以为是颌下腺导管加以保护，造成真正的颌下腺导管失去保护而误伤。改良切口因其创面暴露充分，识别舌下腺主导管十分容易（图 2）。因此改良组无 1 例发生颌下腺导管的损伤。

3.4　处理好血管，防止出血

处理好血管是防止术后出血的关键。舌深动静脉位于舌下腺与颏舌肌之间，应加以保护或妥善结扎（此点较易做到）。但对其进出舌下腺深面前部的分支血管，临床医师多不重视，而在剥离时被撕断或切断。此时因位置深，术野小，断端易缩入口底肌肉中，止血困难。或暂时不出血，术后出血。因此在剥离腺体深面时，应采用钝解剖，有意识地发现血管，按前述方法，先钳后切，再结扎，以免上述问题的发生。

综上所述，改良组患者手术时间明显缩短，术中出血量明显减少。本术式简单安全，且明显减少了术后并发症的发生，值得在临床上大力推广。

参考文献：

[1] Kurabayashi T, Ida M, Yasumoto M, *et al*. MRI of ranulas[J]. Neuroradiology, 2000, 42(12): 917 - 922.

[2] Zhao Y F, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2005, 63(1): 51 - 54.

[3] Garofalo S, Briganti V, Cavallaro S, *et al*. Nickel Gluconate-Mercurius Heel-Potentised Swine Organ Preparations: a new therapeutical approach for the primary treatment of pediatric ranula and intraoral mucocele[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2007, 71(2): 247 - 255.

[4] Morita Y, Sato K, Kawana M, *et al*. Treatment of ranula--excision of the sublingual gland versus marsupialization[J]. Auris Nasus Larynx, 2003, 30(3): 311 - 314.

[5] Zola M, Rosenberg D, Anakwa K. Treatment of a ranula using an Er, Cr: YSGG laser[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2006, 64(5): 823 - 827.

[6] Baurmash H D. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2001, 39(3): 217 - 220.

[7] Zhao Y F, Jia Y, Chen X M, *et al*. Clinical review of 580 ranulas [J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004, 98(3): 281 - 287.

[8] 王大章. 口腔颌面外科手术学[M]. 北京：人民卫生出版社，2003：249 - 252.

[9] 张震康，邱蔚六，皮　昕. 口腔颌面外科临床解剖学[M]. 济南：山东科学技术出版社，2001：429 - 431.

（编辑　栾　嘉）

《军医大学学报》（英文版）欢迎投稿

Journal of Medical Colleges of PLA 是由 3 所军医大学和南方医科大学共同主办的、国内外公开发行的综合性医学学术类英文期刊，是中国英文版科技论文统计源期刊，并被纳入中文科技期刊数据库、中国期刊网、万方数据库、重庆维普数据库。从 2007 年开始，本刊电子版由全球著名的科技出版集团爱思唯尔（Elsevier）负责海外发行，全文已进入 Science Direct 全文数据库，期刊网址 http://www.sciencedirect.com/science/journal/10001948。国内统一刊号：CN31 - 1002/R，国际标准刊号：ISSN 1000 - 1948。双月刊。设有论著、技术与方法、个案报道、交流等栏目。若无彩图，无需缴纳版面费；亦不收取审稿费；无稿酬。投稿要求：中（或大摘要）、英文稿各 1 份，照片提供 3 份。电子投稿 E-mail：gangela@mail.tmmu.com.cn。照片需以附件形式单独提供 JPG 或 TIF 格式。电子投稿请注明英文版。

联系地址：重庆市沙坪坝区高滩岩第三军医大学学报编辑部（400038）　　**电话**：（023）68752782