doi:10.11659/jjssx.12E020058

·临床研究·

腮腺浅叶部分切除术治疗腮腺多形性腺瘤的临床研究

许志亮,林晨阳,罗艳荣,曾宾华,陈玉琳 (中国人民解放军联勤保障部队第909医院耳鼻喉颌面外科,福建 漳州 363020)

[摘 要] **目的** 探讨腮腺浅叶部分切除术(PSP)与腮腺浅叶切除术(SP)对腮腺多形性腺瘤患者腮腺分泌功能、外貌负性情绪及身体意象状态的影响。**方法** 选取我院收治的腮腺多形性腺瘤患者92例,根据不同的手术方法分为SP组($n=45$,给予SP治疗)和PSP组($n=47$,给予PSP治疗)。比较2组手术相关指标、腮腺分泌功能、外貌负性情绪、身体意象状态、并发症及复发情况。**结果** PSP组手术时间、切口长度短于SP组($P<0.05$),术中出血量、解剖面神经分支数少于SP组($P<0.05$)。2组术后3个月、6个月、12个月腮腺分泌功能的分泌差均较术前增加($P<0.05$);2组术后3个月腮腺分泌功能的分泌差比较,差异无统计学意义($P>0.05$);PSP组术后6个月、12个月腮腺分泌功能的分泌差均低于SP组($P<0.05$)。2组术后6个月体像担忧问卷(BICI)、身体意象量表(BIS)评分均较术前增加,但PSP组均低于SP组($P<0.05$);2组术后12个月BICI、BIS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。PSP组并发症发生率低于SP组($P<0.05$);2组复发率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 与SP相比,PSP治疗腮腺多形性腺瘤患者,可优化手术相关指标,并改善其身体意象状态和腮腺分泌功能,减轻外貌负性情绪,降低术后并发症发生风险,且不增加复发率。

[关键词] 腮腺浅叶部分切除术;腮腺浅叶切除术;腮腺多形性腺瘤;分泌功能;外貌负性情绪;身体意象状态

[中图分类号] R781.7 [文献标识码] A [收稿日期] 2020-12-13

Clinical study of partial superficial parotidectomy for parotid pleomorphic adenoma

XU Zhi-liang, LIN Chen-yang, LUO Yan-rong, ZENG Bin-hua, CHEN Yu-lin (Department of Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery, 909th Hospital of Joint Logistics Service Support Force of PLA, Zhangzhou Fujian 363020, China)

Abstract: Objective To investigate the effects of partial superficial parotidectomy (PSP) and superficial parotidectomy (SP) on parotid gland secretion function, appearance negative emotion and body image state of patients with parotid pleomorphic adenoma. **Methods** A total of 92 patients with parotid pleomorphic adenoma admitted to our hospital were selected and divided into the SP group ($n=45$, treated with SP) and the PSP group ($n=47$, treated with PSP) according to different surgical methods. The operation-related indexes, parotid gland secretion function, appearance negative emotion, body image state, complications and recurrence rates between the two groups were compared. **Results** The operation time and incision length of the PSP group were shorter than those of the SP group ($P<0.05$), the volume of intraoperative blood loss and the number of anatomical facial nerve branches were less than those of the SP group ($P<0.05$). The secretory difference of the parotid gland secretion function in the two groups 3 months, 6 months and 12 months after operation were higher than those before the operation ($P<0.05$), and there was no statistically significant difference in secretory difference of parotid gland secretion function between the two groups 3 months after operation ($P>0.05$). The secretory differences of parotid gland secretion function 6 months and 12 months after operation in the PSP group were lower than those in the SP group ($P<0.05$). The scores of body image concern inventory (BICI) and body image scale (BIS) of the two groups 6 months after operation were higher than those before the operation, which of the PSP group were lower than those of the SP group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the scores of BICI and BIS between the two groups 12 months after operation ($P>0.05$). The incidence of complications in the PSP group was lower than that in the SP group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the recurrence rate between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Compared with the SP, PSP in the treatment of the patients with parotid pleomorphic adenoma can optimize the operation-related indexes, improve the body image state and parotid gland secretion function, reduce the appearance negative emotion and the risk of postoperative complications, and do not increase the recurrence rate.

Keywords: partial superficial parotidectomy; superficial parotidectomy; parotid pleomorphic adenoma; secretion function; appearance negative emotion; body image state

[基金项目] 福建省自然科学基金面上项目(2019J01144)

[通信作者] 林晨阳,E-mail:125082243@qq.com

腮腺多形性腺瘤占全部腮腺肿瘤的60%～70%，是颌面外科的常见病、多发病[1]。该病无疼痛、瘙痒等明显自觉症状，且生长较为缓慢，多数为在腮腺部位出现缓慢生长的无痛性活动包块[2]。因腮腺多形性腺瘤发生恶变的概率较高，故应尽早给予相关治疗以阻止其恶变[3]。手术切除是目前治疗腮腺多形性腺瘤最有效且唯一的手段。腮腺浅叶切除术(superficial parotidectomy，SP)是临床常用术式，但术后并发症较多，导致预后不佳[4]。腮腺浅叶部分切除术(partial superficial parotidectomy，PSP)可缩小正常组织的切除范围[5]，但其适应证和疗效还存在一定争议。鉴于此，本研究通过对比采用SP、PSP治疗腮腺多形性腺瘤患者的临床疗效，以期为该病治疗方案的制定提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2016年2月至2019年2月我院收治的腮腺多形性腺瘤患者92例，根据不同的手术方法分为SP组(45例)和PSP组(47例)。SP组男26例，女19例；年龄28～67岁，平均(39.82±7.53)岁；肿瘤直径1.0～3.0 cm，平均(1.96±0.82)cm；病变部位：耳前区24例，腮腺后下区21例。PSP组男30例，女17例；年龄30～66岁，平均(39.14±6.47)岁；肿瘤直径0.8～4.0 cm，平均(1.92±0.74)cm；病变部位：耳前区26例，腮腺后下区21例。2组临床资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准：①术前确诊为良性肿瘤；②经MRI检查确诊，肿瘤直径均≤4.0 cm；③具备手术指征。排除标准：①病灶与周围组织粘连；②肾功能异常；③腮腺深叶、全叶或副腮腺发病；④随访期间失访；⑤临床资料不完整；⑥合并精神障碍、认知功能障碍、沟通障碍。

1.2 方法

2组患者由同一组团队完成手术操作，均根据肿瘤大小及位置设计切口，予以气管插管全身麻醉。

SP组给予常规S型切口，从耳屏前方开始，向下绕过耳垂至乳突，往下呈弧形绕过下颌角，于距下颌下缘2.0 cm处切开皮肤及皮下组织，暴露全部腮腺浅叶翻瓣，从腮腺咬肌筋膜的浅面翻开皮瓣，顺向或者逆向解剖面神经，逐步分离面神经主干和分支，切除腮腺浅叶。术后将皮瓣复位，常规美容缝合，术区加压包扎5～7 d。

PSP组予以改良V型、N型等美容切口，将皮肤和皮下组织切开，暴露全部腮腺浅叶翻瓣，解剖肿瘤附近面神经分支，解剖范围主要是离肿瘤周围0.5～1.0 cm的正常组织，切除肿瘤后结扎剩余腮腺正常组织的残端，保留腮腺的主导管，将腺体断面缝合，对创面进行彻底止血。

1.3 观察指标

记录2组术中出血量、手术时间、切口长度、解剖面神经分支数。采用GE Staream 3200iX R/T型SPECT显像仪检测2组患者术前、术后3个月、术后6个月、术后12个月的唾液腺显像，对比2组术后唾液腺的分泌功能(分泌差)，分泌差=正常侧分泌值－患侧分泌值，差值越大，表明患侧术后损伤越大。采用体像担忧问卷(body image concern inventory，BICI)[6]、身体意象量表(body image scale，BIS)[7]评估2组患者术前、术后6个月、术后12个月的外貌负性情绪以及身体意象状态。记录2组患者暂时性面瘫、面部凹陷畸形、耳颞神经综合征、耳垂及耳周皮肤麻木等并发症发生率。术后随访12个月，记录2组患者的复发情况。

1.4 统计学处理

应用SPSS 23.0统计软件分析数据，其中计数资料以率(%)表示，行χ^2检验；计量资料经检验均符合正态分布，以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，行t检验。$\alpha=0.05$为检验水准。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者手术相关指标比较

PSP组手术时间、切口长度均短于SP组，术中出血量、解剖面神经分支数均少于SP组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

表1 患者手术相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	切口长度/cm	解剖面神经分支数/支
SP组	45	145.92±22.53	72.54±7.48	14.57±2.07	3.41±0.49
PSP组	47	109.34±25.48	52.05±6.52	9.59±2.11	2.08±0.36
t		7.283	14.023	11.422	14.882
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 患者腮腺分泌功能比较

2组术后3个月、6个月、12个月腮腺分泌功能的分泌差均较术前增加($P<0.05$)；2组术前及术后3个月腮腺分泌功能的分泌差比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；PSP组术后6个月、12个月腮腺分泌功能的分泌差均低于SP组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

表 2 患者腮腺分泌功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
SP 组	45	1.77 ±0.36	30.88 ±2.57*	37.23 ±3.07*#	36.97 ±4.96*#
PSP 组	47	1.71 ±0.24	30.25 ±3.98*	16.17 ±4.14*#	16.09 ±2.82*#
t		0.944	0.898	27.618	24.597
P		0.348	0.372	0.000	0.000

*:与术前比较,$P<0.05$;#:与术后 3 个月比较,$P<0.05$

2.3 患者 BICI、BIS 评分比较

2 组术前、术后 12 个月 BICI、BIS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组术后 6 个月 BICI、BIS 评分均较术前增加,但 PSP 组均低于 SP 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组术后 12 个月 BICI、BIS 评分均较术后 6 个月降低($P<0.05$),但与术前比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 患者相关量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	BICI 评分			BIS 评分		
		术前	术后 6 个月	术后 12 个月	术前	术后 6 个月	术后 12 个月
SP 组	45	28.64 ±2.38	49.05 ±3.32*	29.85 ±4.39#	3.94 ±0.86	5.82 ±0.71*	3.99 ±0.82#
PSP 组	47	28.19 ±2.52	37.41 ±4.29*	29.69 ±4.45#	3.82 ±0.71	4.97 ±0.68*	3.95 ±0.39#
t		0.880	14.160	0.174	0.731	7.936	0.301
P		0.381	0.000	0.863	0.467	0.000	0.764

*:与术前比较,$P<0.05$;#:与术后 6 个月比较,$P<0.05$

2.4 患者并发症及复发情况比较

SP 组 10 例(22.22%)出现并发症,其中暂时性面瘫 4 例,面部凹陷畸形 2 例,耳颞神经综合征 2 例,耳垂及耳周皮肤麻木 2 例;PSP 组 3 例(6.38%)出现并发症,其中暂时性面瘫 1 例,面部凹陷畸形 1 例,耳垂及耳周皮肤麻木 1 例。2 组并发症发生率比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.753$,$P=0.029$)。术后随访 12 个月,SP 组复发率为 2.22%(1/45),PSP 组复发率为 8.51%(4/47),2 组比较差异无统计学意义($\chi^2=1.769$,$P=0.184$)。

3 讨论

腮腺多形性腺瘤在发病过程中常由于肿瘤周围包膜不完整,对周围神经、组织、器官造成侵蚀,故常给予切除治疗[8]。SP 是指在生理解剖上保留面神经的手术,其主要适应证范围为边界不清、直径较大的腮腺肿瘤[9],但由于该术式切除的腮腺组织较多,术区范围大,手术时间长,术中损伤大,术后并发症多,易影响患者面部美观;同时该术式对于直径小、边界清晰的腮腺肿瘤,切除大部分的腮腺组织易造成额外损伤,存在一定的局限性[10]。近年来 PSP 术式因其面神经损害较小、切除范围较小而受到学术界广泛关注[11]。既往 PSP 术式的适应证范围仅包括腮腺后下级和腮腺浅叶其他部位直径 <1.5 cm 的良性肿瘤,随着医疗技术的进步,肿瘤直径≤4 cm 的腮腺浅叶良性肿瘤也同样可采用 PSP 治疗[12]。然而有学者认为 PSP 保留的腺体较多,可能存在肿瘤切除不完整等情况[13]。因此,有关 2 种术式疗效的优劣仍存在一定争议。

本研究结果显示,PSP 组患者手术时间、切口长度、术中出血量、解剖面神经分支数均优于 SP 组,考虑可能是因为 PSP 切除的组织较少,减少了术中出血量,同时切除的组织涉及的解剖面神经分支数也相对更少,因此也缩短了手术时间[14]。本研究中,2 组患者术后腮腺分泌功能均有所改善,其中 2 组患者术后 3 个月的分泌功能无差异,可能是因为此阶段的患侧腮腺导管侧支循环未完全建立,导致 2 种术式的疗效差异不显著[15]。而 PSP 组术后 6 个月、12 个月的腮腺分泌功能优于 SP 组,分析认为行 SP 治疗的患者导管被结扎,分泌的唾液无法排出,腺泡萎缩,分泌功能逐渐丧失,加之 SP 手术损伤的神经末梢相对较多,神经冲动分配腺泡的分泌较弱,致使 SP 组患者的腮腺分泌功能恢复较 PSP 组差[16]。既往有研究显示,行 SP 治疗的患者术后 12 个月的唾液腺功能仅能恢复至术前的 20.00%,而行 PSP 治疗的患者唾液腺功能可恢复至术前的 70.00%[17],本研究结果与之基本类似。此外,腮腺多形性腺瘤术后形成的面部切口可导致患者过度忧虑,进而引起身体意象状态恶化,降低其生活质量。本研究通过对外貌负性情绪及身体意象状态进行评分发现,PSP 组术后 6 个月的 BICI、BIS 评分均低于 SP 组,可见 PSP 术式较小的切口可减轻患者对外貌的负性情绪,缓解患者身体意象状态恶化。本研究结果还显示,PSP 组术后并发症发生率也明显低于 SP 组,可能的原因为 PSP 术式可保留完整的腮腺咬肌筋膜,且术中对耳颞神经和副交感神经损伤小,减少了耳垂及耳周皮肤麻木、耳颞神经综合征的发生[18];PSP 术式解剖面神经分支较少,其余分支被保护,面神经暴露较少,牵拉时间较短,减少了面神经损伤的发生,有利于减少暂时性面瘫、面部凹陷畸形的发生风险[19];PSP 术式可保留腮腺主导管,使残留腺体分泌的涎液顺利排出,进而有效减少了并发症的发生。复发率方

面,因 SP 可有效控制肿瘤复发,故一直作为临床治疗的标准术式,而本研究显示,PSP 组患者的复发率并未明显增加。但有研究认为,PSP 术式会增加腮腺多形性腺瘤的复发率[20],本研究结果与之存在一定差异,可能是患者个体差异导致。因此,确切的结论还有待进一步的大样本量、长时间随访加以论证。

综上所述,与 SP 相比,PSP 治疗腮腺多形性腺瘤患者,可优化手术相关指标,并改善其身体意象状态和腮腺分泌功能,减轻外貌负性情绪,降低术后并发症发生风险,且不增加复发率。

[参考文献]

[1] Bonavolontà P, Dell'Aversana Orabona G, Maglitto F, et al. Postoperative complications after removal of pleomorphic adenoma from theparotid gland: a long-term follow up of 297 patients from 2002 to 2016 and a review of publications[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2019, 57(10): 998 - 1002. doi:10.1016/j.bjoms.2019.08.008.

[2] Kuriyama T, Kawata R, Higashino M, et al. Recurrent benign pleomorphic adenoma of theparotid gland: facial nerve identification and risk factors for facial nerve paralysis at re-operation[J]. Auris Nasus Larynx, 2019, 46(5): 779 - 784. doi:10.1016/j.anl.2019.02.010.

[3] Kanatas A, Ho MWS, Mücke T. Current thinking about the management of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid: a structured review[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2018, 56(4): 243 - 248. doi:10.1016/j.bjoms.2018.01.021.

[4] Eski E, Sökmen MF, Yilmaz I. Segmental superficial parotidectomy in the surgical treatment of benign parotid tumours[J]. J Laryngol Otol, 2018, 132(4): 356 - 359. doi:10.1017/S0022215118000245.

[5] Cheung SH, Kwan WYW, Tsui KP, et al. Partial parotidectomy under local anesthesia for benign parotid tumors-an experience of 50 cases[J]. Am J Otolaryngol, 2018, 39(3): 286 - 289. doi:10.1016/j.amjoto.2018.03.008.

[6] 徐小青,郑国华,丁雯雯,等. 系统性红斑狼疮患者身体意象、自尊与心理困扰的关系[J]. 广东医学, 2017, 38(21): 3382 - 3385. doi:10.3969/j.issn.1001 - 9448.2017.21.042.

[7] Ament P, Ament A. Body image in dentistry[J]. J Prosthet Dent, 1970, 24(4): 362 - 366. doi:10.1016/0022 - 3913(70)90075 - 2.

[8] 曹星华,胡温庭,孙学辉,等. Beclin1 与 p53 在唾液腺多形性腺瘤和癌在唾液腺多形性腺瘤中的表达及与临床病理因素的关系研究[J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(19): 3725 - 3728. doi:10.13241/j.cnki.pmb.2018.19.028.

[9] Devaraja K, Kumar R, Sagar P, et al. Intraductal pseudopodia in pleomorphic adenoma of parotid gland[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2019, 62(1): 117 - 118. doi:10.4103/IJPM.IJPM_307_17.

[10] Siddiqui AH, Shakil S, Rahim DU, et al. Post parotidectomy facial nerve palsy: a retrospective analysis[J]. Pak J Med Sci, 2020, 36(2): 126 - 130. doi:10.12669/pjms.36.2.1706.

[11] Suzuki K, Iwai H, Yagi M, et al. Indications for partial parotidectomy using retrograde dissection of the marginal mandibular branch of the facial nerve for benign tumours of the parotid gland[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2018, 56(8): 727 - 731. doi:10.1016/j.bjoms.2018.08.002.

[12] Zhang J, Jiang Q, Na S, et al. Minimal scar dissection for partial parotidectomy via a modified cosmetic incision and an advanced wound closure method[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2019, 77(6): 1317.e1 - 1317.e9. doi:10.1016/j.joms.2019.02.036.

[13] Ogreden S, Ruzgar S, Alimoglu Y, et al. Comparison of frey syndrome rates following superficial parotidectomy and partial superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma[J]. J Craniofac Surg, 2016, 27(5): e469 - e471. doi:10.1097/SCS.0000000000002746.

[14] Stathopoulos P, Igoumenakis D, Smith WP. Partial superficial, superficial, and total parotidectomy in the management of benign parotid gland tumors: a 10-year prospective study of 205 patients[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2018, 76(2): 455 - 459. doi:10.1016/j.joms.2017.06.018.

[15] Dalmia D, Behera SK, Bhatia JS. Anteriorly based partial thickness sternocleidomastoid muscle flap following parotidectomy[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2016, 68(1): 60 - 64. doi:10.1007/s12070 - 015 - 0906 - 8.

[16] Patel DK, Ahmad Z, Morton RP. Partial superficial parotidectomy with retrograde dissection of the facial nerve for clinically "benign" parotid tumors[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2016, 125(10): 808 - 814. doi:10.1177/0003489416655352.

[17] Li C, Matthies L, Hou X, et al. A meta-analysis of the pros and cons of partial superficial parotidectomy versus superficial parotidectomy for the treatment of benign parotid neoplasms[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2020, 48(6): 590 - 598. doi:10.1016/j.jcms.2020.04.002.

[18] Suzuki M, Nakaegawa Y, Kobayashi T, et al. Indications for partial superficial parotidectomy for benign parotid gland tumors using the retrograde approach[J]. Fukushima J Med Sci, 2020, 66(2): 73 - 77. doi:10.5387/fms.2020 - 06.

[19] Mantsopoulos K, Goncalves M, Iro H. Transdermal scopolamine for the prevention of a salivary fistula after parotidectomy[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2018, 56(3): 212 - 215. doi:10.1016/j.bjoms.2018.01.014.

[20] 季陆军. 腮腺部分切除术与腮腺浅叶切除术治疗腮腺多形性腺瘤疗效比较[J]. 中国基层医药, 2013, 20(24): 3721 - 3722. doi:10.3760/cma.j.issn.1008 - 6706.2013.24.017.

(编辑:杨 颖)