维普资讯 http://www.cqvip.com

喉癌喉部分切除术的术后分析

贾秀华* 王世军* 孙艳艳**

【摘要】 目的 分析喉癌喉部分切除术后复发的原因和对部分喉切除术的回顾分析。方法 用免疫组化的方法分析部分喉切除术后肿瘤切缘组织 PCNA 表达和 9 例肿瘤复发的关系及 7 例喉部分切除术后治疗效果的回顾分析。结果 在 77 例部分喉切除病例中，13 例在术后 2 周拔管，11 例 3 个月拔管，41 例 1 个月拔管，1 例 6 个月拔管，11 例未能拔管。3 年、5 年生存率分别为 94%，81%。共 9 例复发，其中 3 例做了全喉切除术。结论 如适应症掌握恰当，肿瘤切除足够，部分喉切除治疗喉癌是安全有效的。肿瘤切缘保留组织中 PCNA 阳性可为防止肿瘤复发提供较敏感依据。

【关键词】 部分喉切除术；喉癌；免疫组化

Clinical retrospective analysis of treating laryngeal cancer by partial laryngectomy and the immunohistochemical study of cut edge of laryngeal cancer

Jia Xiuhua, Wang Shijun, Sun Yanyan. Department of Otorhinolaryngology, First Affiliated Hospital, Jiamusi University, Jiamusi 154002

【**Abstract**】 **Objective** To analyse the cause of recurrence of laryngeal cancer after partial laryngectomy. **Methods** ABC method of immunohistochemical method was used to test 77 samples from cutting edge of laryngeal cancer with partial laryngectomy. **Results** Among the 77 cases of partial laryngectomy (37%) from the 210 total laryngectomy admitted, 13 cases were extubated two weeks after operation, 41 cases extuated in a month, 11 cases extuated 3 months and 11 cases could not be extuated after operation. The rates: 3-year-survival rate was 94%, 5-year-survival rate 81%. There were 9 cases occurred (17%), 3 of them were total laryngectomy. **Conclusion** If suitable cases are selected, treatment of laryngeal cancer by partial laryngectomy should be effective. The positive result of PCNA in the tissue of cutting edge is a sensitive evidence for preventing recurrence.

【**Key words**】 Partial laryngectomy; Laryngeal cancer; Immunohistochemistry

部分喉切除治疗喉癌是保留喉功能的手术方法。本文对 1988 年～1998 年期间 77 例喉癌患者行部分切除术治疗的临床资料及术后复发者行部分切除术治疗的临床资料及术后复发者肿瘤切缘组织进行了免疫组化分析。现报道如下。

资料与方法

一、一般情况

本组男 38 例，女 39 例，年龄 38～71 岁，平均 61 岁。临床分期：依国际抗癌协会制定的头部恶性肿瘤 TNM 分期标准分类本组病例，$T_1N_0M_0$ 16 例，$T_2N_0M_0$ 50 例，$T_3N_0M_0$ 9 例，$T_2N_1M_0$ 2 例。

二、术式

1.喉裂开术 16 例，该组肿瘤均局限于一侧声带，未累及前连合及声带突，其中 2 例病理诊断为喉乳头状瘤伴不典型增生，其余均为鳞癌。手术切除患侧声带及部分前连合及患侧声带突，创面在由游离喉粘膜创缘对合缝合。

2.垂直部分喉切除 28 例，用于一侧声带中后部肿瘤及或未累及声带突，声带活动受限者，切除患侧声带、喉室、室带大部分，杓状软骨及大部分甲状软骨板，用胸骨舌骨肌瓣修复喉腔。声门上水平部分喉切除 26 例，用于会厌喉面，舌骨水平面以下病变，室带病变未累及声带、前连合、杓状软骨及梨状窝者，切除喉室，前连合以上及双侧杓会厌襞。

3.垂直喉前侧位部分切除术，用于声带肿瘤波及前连合及声带突、声带活动受限者，除切除垂直部分喉切除所切除部位外，还根据前连合肿瘤范围切除相应的甲状软骨及喉内粘膜。

三、免疫组化分析

取 6 例术后复发病例术中肿瘤切除后正常组织切缘处的标本，并取 10 例肿瘤切除术后局部未复发者同类组织作对照，按常规 ABC 法行增殖细胞（PCNA）免疫组化染色。PCNA 染色以细胞核着棕黄色为阳性细

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医学院耳鼻咽喉科
** 黑龙江省依兰县中医院五官科

维普资讯 http://www.cqvip.com

胞，每例随机观察 10 个高倍视野，每个视野计数 100 个细胞，然后算出阳性细胞百分比作为 PCNA 增殖指数。

结　果

一、77 例部分喉切除术占同期收治全喉切除术 210 例的 37%。术后 2 周拔管 13 例，1 个月拔管 41 例，3 个月拔管 11 例，未能拔管 11 例，6 个月拔管 1 例。拔管率为 66/77(93%)，术后 3 年随访 59 例，其中死亡 3 例，三年生存率为 94%，术后五年随访 51 例，死亡 9 例五年生存率为 81%。术后复发 9 例，其中 3 例二次行全喉切除术。所有患者术后均保留了发音功能。

二、肿瘤切除安全缘组织增殖细胞核抗原染色结果：

附表　增殖细胞核抗原染色结果

组别	阳性例数	PCNA 增殖指数
复发组	5/6	10.10±2.03
未复发组	3/10	4.05±0.98

注：统计学处理差异不显著($P>0.05$)

讨　论

回顾行部分喉切除治疗喉癌的 77 例病例，从临床 TNM 分期上看，T_3 期病例仅有 11 例，其余均为 T_1、T_2 期病例，这与以往有关报道比较有些保守[1]，但部分喉切除和全喉切除的比例为 77/210(37%)，与以往国内报道比较处于中位[2]。术后拔管率为 66/77(93%)，三年生存率为 56/59(94%)，五年生存率为 42/51(81%)，与有关报道相近。由于本组病例术式选择较谨慎，相当一部分 T_3、T_4 期病例未行部分喉切除术。

本组病例术后 9 例(13%)复发，其中 1 例术前及术后快速病理报告有误，2 例系患者不同意全喉手术，6 例可能与切除安全范围不足或肿瘤恶性程度较高所致。

为分析肿瘤复发原因，本文用免疫组化方法分析了已存术中肿瘤切缘组织标本 PCNA 表达情况，发现复发组 6 例中 5 例 PCNA(+)，未复发组 10 例中仅有 3 例 PCNA(+)，且复发组 PCNA 增殖指数 10.10，高于未复发组 4.05，虽然统计学处理差异不显著，但也提示肿瘤复发与切除不足有一定关系。

结论：如果适应症掌握恰当，手术切除肿瘤保留安全范围足够，部分喉切除同样可以根治喉癌；肿瘤切缘保留组织中 PCNA 表达阳性组织可能与肿瘤复发有关。

参 考 文 献

1. Tu Guiyi. Conservation laryngectomy: advantage and limitations. Chin J Otorhino largngol, 1997, 32: 552.
2. 王斌全. 晚期喉癌边缘 DNA 含量和增殖细胞核抗原表达. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33: 361－363.

(收稿：2001-03-22)

·个案与短篇·

腰骶椎巨大恶性脊膜瘤一例

蒋　梁*　杨国富*

一、临床资料

病例：患者女，20 岁，学生，因后腰部疼痛一年余，加重伴尿潴留、便秘和行走困难 1 月入院。检查，躯干部和双上肢有少量咖啡斑，双下肢肌力Ⅳ级、双侧跟腱反射减弱，肛周感觉消失。MRI 及椎管造影示 L5-S4 椎管内外占位性病变，向骶前生长，骶椎骨质破坏，余无特殊。于 2001-01-23 在全麻下经椎板后入路行肿瘤切除术。术中见 L5-S4 椎板和硬脊破坏，肿瘤向前侵蚀椎体，包膜不完整，与周围神经有轻度粘连。切除肿瘤 7 cm×5 cm×6 cm，同时切除部份硬脊膜。缝合并修复硬脊膜，术中手术顺利。术后病人尿潴留，经"新斯的明"等治疗，已痊愈。于术后 28 天出院，出院时肌力恢复正常，肛周感觉正常。继续放射治疗。病理示：腰骶椎恶性脊膜瘤。

二、讨论

侵蚀椎体并向骶前发展的腰骶椎巨大恶性脊膜瘤临床罕见。手术入路的选择取决于盆腔内肿瘤大小和肿瘤生长方向、腰骶椎破坏程度，骶髂关节受累程度，病人的年龄等。此病多见于胸段，腰骶段少见。肿瘤在病理形态方面与颅内脑膜瘤极其相似。手术时出血较多，在个别病例须将受累硬脊膜一并切除方能根治。若肿瘤不能全切除，可同期或分期经椎板后入路再切除椎管内肿瘤。另外，对脊髓感觉区的节段性分布及脊髓神经根性疼痛、括约肌功能障碍这一临床现象，必须引起重视，应想到椎管占位性病变的可能，做到早期发现，早期诊断，早期手术。

* 作者单位：678000　云南省保山地区医院神经外科

(收稿：2001-05-21)