维普资讯 http://www.cqvip.com



文章编号:0253－3626(2003)06－0787－02

# 健侧半喉重建晚期梨状窝癌术后的咽部及颈段食管缺损

胡国华，魏莲枝，朱　江

(重庆医科大学临床学院耳鼻咽喉科，重庆　400016)

【摘　要】目的：探讨健侧半喉重建晚期梨状窝癌术后咽部缺损的治疗方法及治疗效果。方法：对 12 例晚期梨状窝癌患者行半喉半咽切除术，2 例同时行颈段食管切除术，并用健侧半喉重建咽部及颈段食管缺损。结果：术中无死亡病例。仅 1 例术前放疗的病人术后发生咽漏，全部病例愈合后均可进普通饮食，也无吞咽梗阻。目前，所有病例随访时间均超过 2 年，其 2 年生存率为 75%，最长存活 5 年。结论：利用半喉半咽切除术后残存的正常喉粘膜瓣重建晚期梨状窝癌术后咽部及颈段食管缺损，取材方便，操作简单，创伤小，并发症少。

【关键词】喉咽癌；喉咽切除术；修复术

【中国图书分类法分类号】R730.56　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2002－10－30

# Hypopharynx and cervical esophagus reconstruction with remaining larynx and pharynx after operation on the advanced pyriform sinus cancer

*HUO Guohua, et al*

(*Department of Otolaryngology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the outcome of hypopharynx reconstruction using remaining larynx and pharynx in patients after hemipharyngectomy, partial laryngectomy and cervical esophagectomy. *Methods*: Twelve patients with advanced pyriform sinus cancer underwent hemipharyngectomy and partial laryngectomy. Two patients underwent cervical esophagectomy at the same time. All cases were reconstructed by the remaining larynx. *Results*: All cases were successful. Only one patient suffered from postoperative pharyngocutaneous fistulas, who had had perioperative radiotherapy. Patients could swallow ordinary foods and had no strictures after operation. Up to now, patients have been followed over 2 years, and two－year survival rate was 75%. One case has survived over 5 years. *Conclusion*: The hypopharynx reconstruction with remaining larynx and pharynx is simple and convenient. It is less invasive and has less complication.

【Key words】Hypopharyngeal neoplasms; Hypopharyngectomy; Reconstruction

梨状窝癌是最常见的喉咽癌，它的治疗一般选择手术和放疗的结合。由于梨状窝的位置较深且隐蔽，不易早期发现，就诊时的病人其病变常常较广泛[1]。因此，大多数梨状窝癌术后的咽部缺损较大，已不能采用咽部粘膜的原位缝合来修复，通常需用带蒂或游离的组织瓣修复，其手术创伤大、并发症多。我院 1996～2001 年对 12 例晚期梨状窝癌患者行半喉半咽及颈段食管切除术，并用健侧半喉重建咽部及颈段食管缺损，现报告如下。

## 1　资料与方法

作者介绍：胡国华(1963－　)，男，副教授、博士，主要研究方向：头颈肿瘤。

### 1.1　临床资料

男性 11 例，女性 1 例，年龄 44～76 岁，平均年龄 64.1 岁　病变原发部位全为梨状窝，2 例肿瘤累及颈段食管。病理结果均为鳞状细胞癌。按 1987 年的 UICC 标准分期：$T_3N_0M_0$ 2 例，$T_3N_1M_0$ 2 例，$T_3N_2M_0$ 4 例，$T_3N_2M_0$ 1 例，$T_4N_2M_0$ 3 例。所有患者术前纤维喉镜检查，部分患者术前 CT 检查，以确定病变的范围。12 例患者于 1996～2001 年在我院行半喉部分咽切除术，2 例同时行颈段食管切除术，并用健侧半喉重建咽部及颈段食管缺损。术后病理结果示切缘均为阴性。术前扪及颈部淋巴结肿大的患者均同期施行根治性颈淋巴结清扫术，$N_0$ 期患者行改良颈淋巴结清扫术。除 1 例患者术前 14 个月已经行放射治疗(70Gy)外，其余患者术后都给予放射治疗。

### 1.2　手术方法

胸骨上 2cm 作颈部横切口，低位气管切开后行全身麻醉。沿胸锁乳突肌后缘弧行延长颈部横切口至乳突平面，分

维普资讯 http://www.cqvip.com



离并固定颈部皮瓣后行患侧颈淋巴结清扫术。切除舌骨、纵行分离带状肌,结扎患侧喉上神经血管束,保留健侧喉上血管,分离健侧咽缩肌,中线裂开甲状软骨和环状软骨,从前联合打开喉腔,经后联合切开进入环后区,直视下切除患侧喉部和咽部,保留充分的安全边界。去除健侧的甲状软骨和环状软骨,声门下粘膜与颈段食管粘膜缝合,甲状软骨上缘的喉腔粘膜与残余咽腔粘膜的上缘缝合,喉腔粘膜的前缘与残余咽腔粘膜的侧缘缝合。2 例因食管受累切除颈段食管,将健侧喉和裂开的气管上段形成一完整的瓣,先用健侧的喉部粘膜和气管上段粘膜的侧缘与残余的咽部粘膜缝合形成完整管腔,然后其下端与上提的胸段食管缝合。健侧咽缩肌和颈部带状肌加固缝合,气管断端颈部造口。

## 2 结 果

术中无死亡病例。术后无修复组织坏死,全部组织瓣存活。仅 1 例术前放疗的病人术后发生咽漏,其余病例 10～15 天拔除鼻饲管。所有病例愈合后均可经口进普通饮食,而无吞咽梗阻。病人被随访 24～76 月(平均 39 月)。纤维镜检查未发现喉粘膜瓣挛缩,无咽部及食管狭窄。12 例中,1 例存活不到 1 年,死于全身广泛转移;2 例存活 1 年,1 例死于局部复发,1 例死于肺部转移;1 例存活 2 年,死于局部复发;其余病例在随访中,最长存活 5 年。目前,所有病例随访时间均超过 2 年,其 2 年生存率为 75%,远期生存状况正在随访中。

## 3 讨 论

咽部缺损重建的目的是为了严密缝合咽部,以确保咽部功能的恢复,并尽可能减少并发症。如何选择恰当的修复方法,是梨状窝癌切除术后面临的一个临床难题。如果缺损较小,可以用咽部残余粘膜原位缝合。由于梨状窝癌早期症状不明显,梨状窝的位置较深和隐匿,且梨状窝癌具有粘膜下扩散和易于颈部淋巴结转移的特点。所以,确诊时大多数梨状窝癌病变范围较广泛已属晚期,术后需要用各种皮瓣、肌皮瓣和内脏组织瓣修复[1]。目前,临床上常用的修复方法是胸大肌肌皮瓣、前臂皮瓣和游离空肠移植,但是,上述方法技术复杂、损伤重和手术时间长。迄今,人们一直在寻找理想的修复材料和方法[2]。

病理学的研究显示,大多数梨状窝癌都不累及对侧喉和梨状窝[3]。但是,晚期梨状窝癌手术时,通常的手术方式是将对侧半喉一并切掉,造成未被肿瘤侵犯的残余喉粘膜组织的浪费。因此,利用对侧半喉重建晚期梨状窝癌术后的咽部缺损,既可彻底切除肿瘤,又可保留正常的组织,使残余喉粘膜组织成为一种安全、可靠的组织来源[4]。我们利用对侧半喉修复梨状窝癌术后的咽部及颈段食管缺损,获得了好的效果。其优点是:1. 充分利用残存的喉健康组织和上段气管,取材方便。2. 手术在同一术野完成,不需另外的术野,缩短了手术时间,完全避免了供区的损伤和并发症,特别适合因体弱而不能耐受各种带蒂或游离的组织瓣等大手术修复的病人。3. 喉部粘膜瓣血供好、容易愈合、减少了咽漏的发生。本组除一例术前放疗的病人术后发生咽漏外,其余病例全部Ⅰ期愈合,咽漏的发生率较胸大肌肌皮瓣和游离组织瓣低[5]。所有病例术后均可重新经口进食,随访无咽部及食管狭窄发生,2 年生存率为 75%。但是,以下情况不适合用健侧半喉修复:1. 全咽切除的病例,没有残留的咽部粘膜带,因半喉本身难以完成全下咽的修补。2. 梨状窝癌累及舌根的患者。3. 梨状窝癌累及双侧喉部的患者。Barzan 认为梨状窝癌累及颈段食管时,很难用健侧半喉修复[6]。本组 2 例因食管受累切除颈段食管的病例,运用本方法获得成功。我们的体会是,裂开喉时不宜横行切开环甲膜,而应中线剖开甲状软骨和环状软骨,甚至上段气管,将健侧喉和裂开的气管上段形成一完整的瓣,方能保证足够的修复材料。

## 参 考 文 献

[1] Slotman BT, Kralendonk JH, Snow GB, et al. Carcinoma of the pyriform sinus: a retrospective analysis of treatment results over a 20－year period[J]. Clin Otolaryngol, 1995; 249－253.

[2] Sinha UK, Chang KE, Shih CW. Recongstruction of pharyngeal defects using alloderm and sternocleidomastoid muscle flap[J]. Laryngoscope, 2001; 111; 1910－1916.

[3] Hirano M, Kurita S, Tanaka H. Histopathologic study of carcinoma of the hypopharynx implication for conservation surgery[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1981; 96: 625－629.

[4] Tai SK, Chang SY. Contralateral hemi laryngotracheal flap reconstruction of the hypopharynx in pyriform carcinoma resection[J]. Larygoscope, 1999; 109: 221－225.

[5] Rhee PH, Friedman CD, Ridge JA, et al. The use of processed allograft dermal matrix for intraoral resurfacing. Arch Otolaryngol[J]. Head Neck Surg, 1998; 124: 1201－204.

[6] Barzan L, Comoretto R. Hemipharyngectomy and hemilaryngectomy for pyriform sinus cancer: reconstruction with remaining larynx and hypopharynx and with tracheotomy[J]. Larygoscope, 1993; 103: 82－86.