维普资讯 http://www.cqvip.com

208-209

39

文章编号：0253-3626(2000)02-0208-02

R653

R782.05

四种颈淋巴清扫术切口在口腔外科中的比较

张劲松[1]，季　平[2]
（重庆医科大学临床学院口腔科　400016）

摘　要　**目的**：对四种颈淋巴清扫术常用切口：改良T形，类矩形，平行切口以及围裙式切口术中手术野的暴露难易，术后伤口的愈合，术后的外观进行了比较。**方法**：选用本院口腔外科1987年6月至1999年6月的临床资料，统计采用各种术式伤口愈合不良，伤口局部坏死，伤口裂开的发生情况，并主观评价术后的外观。**结果**：改良T形有11/63伤口愈合不良,其中2例伤口裂开，3例皮瓣局部坏死，类矩形切口伤口愈合不良的发生率为8/54，1/54发生伤口裂开，1/54发生局部坏死。围裙式和平行切口未出现并发症。**结论**：四种切口各有优缺点，对于术前接受放疗的病人，采用平行切口和围裙式切口较为安全。

关键词　颈淋巴清扫术；切口；并发症
中国图书分类法分类号：R653　　**文献标识码**：A　　**收稿日期**：1999-12-23

口腔外科手术

Comparative study of different incision for neck dissection

ZHANG Jin-song, et al
Department of Stomatology, College of Clinical Medicine

Abstract　**Objective**: To Compare four commonly used incisions for neck dissection, modified Crile ,Yoels incision,MacFee and apron incision with respect of their postoperative wound complications. **Methods**: Retrospective review of 137 neck dissections using above four incisions in department of Oral & Maxillofacial Surgery, Chongqing Medical University Affiliated No.1 Hospital, and compare incidence of undesirable healing, wound dehiscence,partial flap necrosis and postoperative cosmetic result. **Results**: There were 2/63 wound dehiscence (one of them healed after using *saveboat* flap) and 3/63 partial marginal flap necrosis in modified Crile group.In Yoel group,there were 1/54 wound dehiscence,1/54 partial flap necrosis. There were no wound complication in apron and MacFee group. **Conclusion**: Every incision has advantage and disadvantage in radiated neck, but we believe using MacFee and apron would decrease the incidence of flap complication and get good cosmetic result.

Key Words　Neck Dissection; Flap incision; Complication

颈淋巴清扫术是治疗头颈肿瘤最常用的手术之一，自从1906年Crile描述颈淋巴清扫术以来，该术式出现了许多改进[1,2]，除了术野暴露的难易以外，伤口的愈合，切口的美观和术后的功能都被用来作为各种术式之间的比较，然而在实际操作中，切口的选择主要受术野暴露的要求和术者的偏好影响。我们主要采用改良T形和类矩形切口，近年来开展了围裙式切口和平行切口，本文对各种切口的优缺点作一比较分析。

1　材料与方法

本文收集了我院口腔外科自1987年6月至1999年6月的临床资料，共189例颈清术，本文筛选了其中137例进行比较研究（其余52例被排除的原因包括：采用舌骨上颈淋巴清扫术，双侧颈淋巴清扫术，以及采用颈阔肌皮瓣修复口腔内软组织缺损），改良T形、类距形切口术式均和口腔肿瘤同期切除，均采用根治性颈清术式，不保留颈内静脉，胸锁乳突肌和副神经。围裙式切口后端起自乳突尖部，沿胸锁乳突肌后缘向下到锁骨上两指宽，然后弯曲向上到颏部，注意避免下方过于尖锐。平行切口的上切口位于下颌下2cm～3cm并与下颌下缘平行，尽量位于自然皮纹中，下方切口位于锁骨上2cm～3cm并与锁骨平行，上切口和下切口的距离为4cm～6cm．手术操作均使用手术刀切开表皮后继用电刀切开皮下和颈阔肌，并用电刀翻瓣。比较各种切口术后伤口的愈合情况，以及各种切口的优缺点。因修复重建的皮瓣坏死和感染，以及腮腺瘘引起的伤口愈合不良不予统计。

2　结　果

137例病人中牙龈癌36例，舌癌65例，颊癌21例，口底癌15例，其年龄段为15～74岁。其中48～64岁之间为高发段。男性患者98例，占71.6%。女性患者39例，占28.4%。

皮瓣愈合不良是指皮瓣局部皮肤层裂开，皮下层没有裂开；伤口局部裂开指皮瓣切口全层局部裂开；皮瓣局部坏死指皮瓣范围内皮肤因供血不足或静脉回流受阻而导致的局部皮肤组织坏死。四种术式的皮瓣及伤口愈合情况如表：

其中四种类型切口病例中出现皮瓣愈合不良，

作者介绍：张劲松（1969-10出生），男，住院医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

伤口局部裂开，皮瓣局部坏死等并发症比例为改良

表 四种切口并发症统计资料

术式	改良T形	类矩形	围裙式	平行切口
病例数	63	54	12	8
术前放疗	5	3	2	2
皮瓣愈合不良	11	8	0	0
伤口局部裂开	2	1	0	0
皮瓣局部坏死	3	5	0	0

T形16例，占该类型切口病例数的25.5%；类矩形切口14例，占该类型切口病例数的26%；围裙式及平行切口未出现术后并发症。通过统计学行乘列卡方计算，$P>0.05$，无统计学意义。

3 讨 论

颈淋巴清扫术自从Crile(1906)年描述以来，已有近100年的历史，不断有人提出新切口的设计，主要是围绕各区域淋巴结的充分暴露，伤口的正常愈合，原发灶的联合切除以及美观的要求进行各种改进。对于口腔癌的颈淋巴清扫来说，以上4种术式中改良T型和类矩形切口暴露最充分，围裙式的颈外侧三角暴露则不够充分，不过口腔癌的淋巴转移很少波及这个部位，一旦波及这个部位即使根治性颈淋巴清扫也挽救不了病人的生命[3]。围裙式切口避开了改良T形切口的三瓣交叉点，在伤口愈合不好时不会暴露颈动脉，如果皮瓣尖端设计过低或过窄静脉回流会受影响，引起该部位的水肿。

颈部皮肤的血供变化很大，有很多交通支，在颈前区有两根动脉供应，上面由颈外动脉供应，下面由锁骨下动脉的分支供应，上下区的分界从甲状腺中部向后到胸锁乳突肌后缘，与锁骨平行。颈外动脉供应区占颈上2/3，锁骨上动脉分支供应颈前区下1/3皮肤的血供。围裙式切口主要位于由颈外动脉供应的颈上区内，避免了改良T形切口三瓣交叉点愈合不好的缺点。[4,5]平行切口理论上切断了颈部上下的血管，但由于是双蒂瓣，只要中间的桥瓣宽度不窄于4cm，仍能保证充分的血供。

Crile描述的颈清切口是Y形切口，该切口暴露很好，直到出现放射治疗以前该切口一直是安全的，Ellis[6]和Stell[7]分别报告在接受过放射治疗的病人有79%和55%的病人伤口不能一期愈合，皮瓣的后缘和三瓣交叉部位是皮肤坏死经常发生的地方，如果改良T形切口和类矩形切口的后方垂直切口设计在颈动脉之上或附近增加了破裂和暴露的危险，伤口裂开最大的危险是颈动脉的暴露和破裂，尤其在颈部接受过放射治疗之后，我们的病例中有两例发生颈动脉的暴露，全部发生在采用改良T形切口的病人，其中1例经过颈项皮瓣转移覆盖伤口才得以愈合，因此对于术前接受放射治疗的病人，选择改良T形切口应当慎重。

平行切口愈合最好，因为该切口是双蒂瓣，通过合适的牵引能暴露颈部所有的淋巴引流区域，但在颈部粗短的病人暴露较为困难，而且难于和前方的气管切开的切口分开，对于有周围性血管病变的病人和术前接受过放射治疗的病人该切口是非常实用的[8]，我们的病例中平行切口的病人无一例出现并发症。

从伤口愈合后的美观角度来看，平行切口因为设计与颈部皮纹平行，愈合后的疤痕最小，改良T形和类矩形切口术后都在颈侧部留下较硬的疤痕，一旦发生愈合不良这种疤痕更为明显。围裙式切口因切断了回流静脉在术后近期内上颈部常常肿胀。

理想的根治性颈清扫的颈部切口要求术野充分暴露，翻起皮瓣的活力好，保护颈动脉，术后颈部的疤痕小而且隐蔽，能和头颈癌的切除联合起来，不妨碍同期进行的修复重建。头颈外科医生应熟悉几种切口，以适应不同的肿瘤切除和重建手术，避免术后并发症的发生。

参 考 文 献

[1] Lasaridis N, Dalabviras S, Karakassis D. Nodification of the Conley incision for neck dissection[J]. J Oral Maxillofac Surg1994;52:1046~1049

[2] Appiani E, Delfino MC. Plastic incisions for facial and neck tumors[J]. Annals of plastic surgery,1984;13(4):335~352

[3] Yii NW, Patel SG, Williamson P, et al. Use of apron flap incision for neck dissection[J]. Plastic and reconstructive surgery. 1999;103(6):1655~1660

[4] Rabson, JA, Hurwitz DJ, Futrell JW. The cutaneous blood supply of the neck: relevance to incision planning and surgical reconstruction[J]. Br.J.Plast.Surg.1985;38:208

[5] Rogers JH, Freeland AP. Arterial vasculature of cervical skin flaps[J]. Clin.Otolaryngol.1976;1:325

[6] Ellis M, Surgical techniques following irradiation of the neck[J]. Journal of laryngology, 1963;77:872~876

[7] Stell PM, Transverse incisions for radical neck dissection[J]. British Journal of Surgery. 1969;56:286

[8] Shaw HJ. Amodification of the Macfee incisions for neck dissection[J]. The Journal of Laryngology and Otology. 1988; 102:1124~1126