DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.18.009

学出版社, 1997. 204-206.
[4] Grossmann J, Maxson J M, Whitacre C M, *et al*. New isolation technique to study apoptosis in human intestinal epithelial cells[J]. Am J Pathol, 1998, 153(1): 53-62.
[5] Grossmann J, Walther K, Artinger M, *et al*. Induction of apoptosis before shedding of human intestinal epithelial cells[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(6): 1421-1428.
[6] Potten C S, Booth C, Pritchard D M. The intestinal epithelial stem cell: the mucosal governor[J]. Int J Exp Pathol, 1997, 78(4): 219-243.
[7] Shah K A, Shndra S, Green C J. Apoptosis after intestinal ischemia-reperfusion injury[J]. Transplantation, 1997, 64(10): 1393-1397.
[8] Daugas E, Nochy D, Ravagnan L, *et al*. Apoptosis-inducing factor (AIF): a ubiquitous mitochondrial oxidoreductase involved in apoptosis[J]. FEBS Lett, 2000, 476(1): 118-123.
[9] Oopersmith C M, O'Donnell D, Gordon J I. Bcl-2 inhibits ischemia-reperfusion-induced apoptosis in the intestinal epithelium of transgenic mice[J]. Am J Physiol, 1999, 276(3 Pt 1): G677-686.
[10] Schmitz H, Fromm M, Bentzel C J, *et al*. Tumor necrosis factor-alpha (TNFalpha) regulates the epithelial barrier in the human intestinal cell line HT-29/B6[J]. J Cell Sci, 1999, 112(1): 137-146.
[11] Hirata H, Takahashi A, Kobayashi S, *et al*. Caspases are activated in a branched protease cascade and control distinct downstream processes in Fas-induced apoptosis[J]. J Exp Med, 1998, 16(4): 587-600.

(编辑 陈聪连)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2004)18-1634-01

应用分段式腮腺切除术治疗腮腺良性肿瘤的疗效

Segmental parotidectomy for treating benign tumor of parotid

廖 伟, 金 君, 高 军, 杨 磊 (中国人民解放军海军第421医院口腔科, 广州 510318)

由于多数涎腺肿瘤, 即使是良性肿瘤其包膜都不完整, 采用单纯沿包膜剥离方法常有复发, 故手术原则应从包膜外正常组织中同时切除部分或整个腺体[1]。我科遵循这一基本原则, 自1996-2002年采用分段式腮腺切除术治疗腮腺良性肿瘤取得了满意的临床治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1996年1月至2002年5月, 我科手术治疗腮腺良性肿瘤94例, 均经病理检查证实。全部病例均在神经安定+局麻下完成手术。其中采用保留面神经(面神经主干寻找法)传统腮浅叶切除术51例, 采用分段式腮腺切除术43例。43例新术式组中, 男性19例, 女性24例, 年龄17~65岁, 平均年龄43.7岁; 腺淋巴瘤24例, 多形性腺瘤16例, 嗜酸性腺瘤1例, 基底细胞腺瘤2例; 肿瘤位于耳垂下颌后凹内22例, 位于腮腺导管体表投影水平以下下颌骨升支后缘前19例, 位于耳屏前上区域2例; 肿瘤最大直径3.2 cm, 最小直径1.2 cm。

1.2 手术方法

采用分段式腮腺切除术。

1.2.1 切口设计的改进 由耳屏游离缘内侧面向下至耳垂下, 在乳突尖前方经下颌支后缘后方至下颌角下1.5 cm转向前平行于下颌骨下缘往前约3 cm。根据肿瘤位置的高低可向上延长耳屏游离缘切口。

1.2.2 皮瓣制备 沿切口切开皮肤、皮下组织, 于腮腺咬肌筋膜的浅面将皮瓣往前翻起, 然后再在腮腺组织浅面锐性分离翻起腮腺咬肌筋膜至腮腺腺组织前缘。

1.2.3 腮腺切除段定位与面神经解剖分支的选择 根据肿瘤的位置设计腮腺切除段及选择面神经分支, 面神经分支的走行大致可将腮腺表面分为3段。如肿瘤位于耳垂下颌后凹内, 则腮腺切除段称为第1段, 仅需解剖面神经下颌缘支, 由外围向主干方向锐钝性分离相结合, 向外下方掀起腮腺浅叶部分与肿瘤一并切除; 如肿瘤腮腺瘤导管水平以下下颌骨下缘水平以上, 则腮腺切除段称为第2段, 仅需解剖面神经上颊支及面神经下颌缘支, 亦是由外围向主干边解剖边掀起腮腺浅叶部分至离肿瘤有足够安全边界0.5~1.0 cm即将之一并切除; 如肿瘤位于耳屏前上区域则腮腺切除段称为第3段, 需解剖面神经颧支及颞支。对于少数肿瘤直径较大且侵犯部分腮腺深叶的可采用解剖面神经主干与外围支相向进行的双会师法切除部分浅叶段及深叶, 同样适合此法定位。

简易面神经外围支寻找法: 下颌缘支于下颌角上1 cm和下颌角前1 cm所成的三角区域内寻找, 颊支于腮腺主导管体表投影处寻找, 颧支于耳垂至眼角连线与腮腺前上缘交界处寻找, 颞支于耳屏前1~1.5 cm区域寻找。

保留腮腺主导管。

1.2.4 腮腺残端处理 腮腺段切除后暴露的残余腮腺组织面先予以"8"字缝扎, 缝扎时需注意切勿损及面神经各分支, 再缝合腮腺咬肌筋膜覆盖于腮腺组织面上。

1.2.5 引流物的放置和伤口的处理 创腔内置胶管行持续负压引流, 术后48 h拔除。伤口行加压包扎5 d, 拆线后不需加压。

1.3 随访

91例手术病例术后随访0.5~5年, 平均3.1年。

1.4 统计学处理

采用χ^2检验。

作者简介: 廖 伟(1967-), 男, 重庆市人, 副主任医师, 主要从事颌面外科方面的研究, 发表论文13篇。电话: (020)84220652
收稿日期: 2003-09-19; 修回日期: 2004-03-29

(下转1638页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

ropathol Appl Neurobiol, 2000, 26(5): 412—423.
[4] Xi G, Hua Y, Keep R F, *et al*. Systemic complement depletion diminishes perihematomal brain edema in rats[J]. Stroke, 2001, 32(1): 162—167.
[5] Yang G Y, Betz L, Chenevert T L, *et al*. Experimental intracerebral hemorrhage: relationship between brain edema, blood flow, and bloodbrain barrier permeability in rats[J]. J Neusurg 1994, 81(1): 93—102.
[6] Rosenberg G A, Mun Bryce S, Wesley M, *et al*. Collagenase induced intracerebral hemorrhage in rats[J]. Stroke, 1990, 21(5): 801—807.
[7] Del Bigio M R, Yan H J, Buist R, *et al*. Perimental intracerebral hemorrhage in rats magnetic resonance imaging and histopathological corralates [J]. Stroke, 1996, 27(1): 2312—2319.
[8] Peeling J, Yan H J, Chen S G, *et al*. Protective effects of free radical inhibitors in intracerebral hemorrhage in rat[J]. Brain Res, 1998, 795(12): 63—70.
[9] Kingman T A, Mendelow A D, Graham D I, *et al*. Experimental intracerebral mass: time-ralated effects on local cerebral blood flow[J]. J Neurosurg, 1987(67): 732—738.
[10] 蔡文琴, 阮怀珍, 黎海蒂. 医用神经生物学基础[M]. 重庆: 西南师范大学出版社, 2001. 406—409.
[11] 张花先, 黎杏群, 唐 涛, 等. 脑溢安颗粒对脑出血大鼠脑组织bcl-2表达的影响[J]. 湖南医科大学学报, 2002, 27(1): 38—40.
[12] Egashira T, Goto H, Takeda H, *et al*. Alterations in neurotransmitter, amino acid and free radical related substances in cerebrospinal fluid in patients with cerebrovascular diseases[J]. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 1999, 36(4): 256—261.
[13] 蒋晓江, 董为伟, 许志强, 等. 脑出血血肿周边脑区谷氨酸及受体的变化[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(12): 1194—1196.
[14] Barone F C, Ohlstein E H, Hunter A J, *et al*. Selective antagonism of endothelin A receptors improves outcome in both head trauma and focal stroke in rat[J]. J Cardiovasc Pharmacol, 2000, 36(5 Suppl 1): S357—361.
[15] 高 晨, 李美琳. 脑梗死患者血浆内皮素-1和降钙素基因相关肽含量改变及其意义[J]. 北京医科大学学报, 1999, 31(3): 265—266.
[16] Molina P E. Noradrenergic inhibition of TNF upregulation in hemorrhagic shock[J]. Neuroimmunomodulation, 2001, 9(3): 125—133.
[17] 杨长春, 温进坤, 韩 梅. 粘着斑激酶在一氧化氮诱导血管平滑肌细胞凋亡中的作用[J]. 中国动脉硬化杂志, 2002, 10(1): 10—12.
[18] 朱光旭, 杨 珂, 霍江涛. 缺氧/复氧诱导细胞凋亡及其调控[J]. 国外医学·生理、病理科学与临床分册, 2001, 21(3): 175—177.

(编辑 薛国文)

(上接1634页)

2 结果

由于手术时间受许多客观因素影响, 很难准确加以对比, 但根据对同一手术小组人员所实施的相类似手术的分析, 新手术方法确实比传统方法省时, 平均节约时间约20~35 min。新手术方法组术后伤口无1例感染, 传统方法组术后伤口感染4例(7.84%)。

术后腮腺区凹陷畸形[2]: 新手术方法组1级24例, 2级15例, 3级4例。绝大部分为面形正常或轻微畸形(1级+2级39例, 占90.70%), 传统方法组1级0例, 2级0例, 3级32例, 4级17例, 5级2例, 绝大部分为轻~中度畸形(3级+4级49例, 占96.08%), 两组有显著性差异($P<0.01$)。

Fveys综合征: 新手术方法组3例(6.98%), 传统方法组13例(25.49%), 两组有显著差异($P<0.01$)。

术后面瘫: 新手术方法组发生一过性面瘫11例(25.58%), 传统方法组发生一过性面瘫15例(29.41%), 前者比后者低, 但无显著性差异($P<0.05$), 两组均未发生永久性面瘫。涎瘘: 新手术方法组4例(9.30%), 传统组7例(13.73%), 前者低但无显著差异($P>0.05$)。

肿瘤复发: 两组患者经随访0.5~5年均无1例复发。

3 讨论

对腮腺良性肿瘤的手术治疗方法一直以来都是颌面外科医生不断探索、总结和改进的课题。单纯肿瘤包膜外切除(剜出术), 因其高的肿瘤复发率已基本被摒弃。传统手术方法虽然彻底性高但费时, 手术技巧要求高, 术后并发症发生率高。俞光岩等[3]应用腮腺区域性切除术治疗腮腺腺淋巴瘤(Warthin瘤)取得满意效果。在此基础上, 毛驰等[2]又提出了一种改良的腮腺切除术, 根据肿瘤的位置, 选择性解剖面神经颈面干而行腮腺部分切除术。保留腮腺主导管不影响肿瘤的复发且利于保持腮腺的分泌功能[4]。

我们认为, 鉴于面神经主干、分支在腮腺组织中的特殊走行, 将腮腺由面神经分支为不同的段进行肿瘤定位腮腺部分切除, 既形象又便于理解和掌握, 且充分体现面神经分支与腮腺的解剖关系, 又符合手术原则, 且手术适用面更广。因此, 我们将这一新手术方法命名为分段式腮腺切除术更加贴切和全面。

由临床研究可见, 新手术方法由于切除范围小, 寻找面神经部分外围支省时、快捷且减少了面神经损伤的危险性, 传统手术之所以术后面瘫发生率高同它手术范围大、解剖面神经分支多、面神经解剖段长有关系[5]。与传统手术法相比, 新手术方法由于切除组织少, 腮腺残余暴露组织面小且增加了腮腺咬肌筋膜的覆盖, 因此术后面部凹陷畸形、Fveys综合征的发生率明显降低, 涎瘘的发生率亦较低。新手术切口的设计使之更具隐蔽性、美观性。术后伤口加压包扎时间缩短只需5 d, 更受患者欢迎, 而且手术有足够的无瘤安全边界, 肿瘤复发率极低, 值得在临床中应用和推广。

这里要特别说明的是, 腮腺的管型瘤由于范围散在, 位置深浅不一, 与面神经关系复杂, 难于进行腮腺分段定位及选择面神经解剖分支, 因此不适用于本手术法。

关键词: 腮腺切除术; 腮腺良性肿瘤; 分段式切除术
中图法分类号: R739.87 文献标识码: B

参考文献:

[1] 张锡泽, 邱蔚六, 王模堂, 等. 涎瘘肿瘤[A]. 见: 邱蔚六 主编. 口腔颌面外科学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 432.
[2] 毛 驰, 俞光岩, 彭 歆, 等. 改良的腮腺切除术[J]. 现代口腔医学杂志, 2002, 16(1): 62—64.
[3] 俞光岩, 马大权, 柳晓冰, 等. 腮腺区域性切除术在沃率瘤治疗中的应用[J]. 中华口腔医学杂志, 1996, 31(6): 372—374.
[4] 徐 明, 董飞君, 吴 伟. 保留腮腺主导管腮腺浅叶切除术的临床应用[J]. 口腔颌面外科杂志, 2000, 10(3): 209—210.
[5] 胡晓文, 欧阳喈. 腮腺切除术后面神经功能损伤[J]. 现代口腔医学杂志, 2000, 14(2): 121—122.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net