

保留喉功能下咽癌手术体会

The Experience of Laryngeal Function Preservation in Surgery for Hypopharyngeal Carcinoma // JIANG Zhi-yi, YIN Peng, Sima Guo-qì, et al.

蒋志毅,殷鹏,司马国旗,凌恺

(嘉兴市第一医院,浙江嘉兴 314000)

摘要: [目的] 探讨下咽癌保留喉功能的手术要点。[方法] 22例下咽癌患者均行手术治疗,手术方式采用咽部分及垂直半喉切除、下咽+喉 1/4 切除、颈侧进路单侧梨状窝切除、颈侧进路下咽局部切除、环后板部分+披裂切除。切除范围距肿瘤 1~2cm,切缘常规送快速冰冻检查。所有病人都行颈淋巴结清扫。部分病人辅以术后放疗。[结果] 22例下咽癌病人术后出现轻至中度误咽 7例,重度误咽 2例。气管套管拔管 21例,1例因气道狭窄而留管,拔管率 95.5%。所有患者全部恢复发音功能。1例并发咽瘘。死亡率 41%,T₃、T₄ 死亡 6例,T₁、T₂ 死亡 3例;局部复发 4例、颈淋巴结转移 2例、肝转移 1例、肺转移 2例;3年生存率 77.3%。[结论] 下咽癌治疗应以手术为主,放疗为辅。不要为追求彻底而过于扩大正常组织切除范围,因切除过多喉的正常部分并不能改变其预后。对肿瘤基底部的安全切缘要引起我们注意,这是局部肿瘤复发关键。

关键词: 下咽肿瘤;喉;外科手术;功能保留

中图分类号: 739.63 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2014)05-0425-02

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2014.05.B017

下咽癌是一种症状隐匿、转移早、治疗较困难的恶性肿瘤,约占头颈部恶性肿瘤的 1.4%~7.0%^[1]。下咽与喉、口咽、食管相邻,肿瘤常导致喉咽功能的丧失,随着微创及功能性外科技术的发展,保留喉功能的治疗日益增多,对于 T₁、T₂ 的早期病变大多可获得较好的治愈率和喉功能的保留;而对于 T₃、T₄ 病变,保喉手术则有一定难度,需有经验医生才能做到。我们对 22 例保喉的下咽癌手术进行总结分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1996 年 11 月至 2010 年 7 月嘉兴市第一医院 22 例保喉的下咽癌患者,男性 21 例,女性 1 例,年龄 43~72 岁,平均 57 岁。长期烟酒嗜好者 12 例,占 54.5%,长期烟嗜好者 21 例,占 95.5%。鳞状细胞癌 21 例,神经内分泌癌 1 例。根据 1997 年 UICC 分期标准,T₁N₀M₀ 4 例,T₁N₁M₀ 1 例,T₂N₀M₀ 2 例,T₂N₁M₀ 3 例,T₂N₂M₀ 3 例,T₃N₀M₀ 1 例,T₃N₁M₀ 4 例,T₃N₂M₀ 3 例,T₄N₂M₀ 1 例。肿瘤分区为梨状窝区 17 例,环后区 1 例,下咽后(侧)壁区 4 例。本组病例就诊时均未发生远处转移,术前有颈部淋巴结肿大 15 例,术后病理确证颈淋巴结转移 18 例。术前放疗 1 例,术后放疗 15 例。

通讯作者: 蒋志毅,副主任医师,学士;浙江省嘉兴市第一医院耳鼻咽喉头颈外科,浙江省嘉兴市中环南路 1560 号(314000);E-mail: jiangzhiyi@sina.com

收稿日期: 2013-11-27; **修回日期:** 2014-02-23

1.2 手术方式

手术切口采用“U”形切口 20 例,“H”形切口 1 例,“L”型切口 1 例。先作气管切开行麻醉 14 例,直接经口插管麻醉 8 例。采用咽部分及垂直半喉切除 6 例、下咽+喉 1/4 切除 5 例、颈侧进路单侧梨状窝切除 1 例、颈侧进路下咽侧壁局部切除 1 例、环后板部分+披裂切除 1 例、梨状窝及同侧声门上部分喉切除 7 例、喉次全切除发声重建 1 例。切除的安全界距肿瘤边缘 1~2cm,切缘常规送快速冰冻检查。所有病人都行颈淋巴结清扫,单侧颈淋巴结清扫 16 例,双侧颈淋巴结清扫 6 例。

2 结果

本组患者下咽黏膜直接缝合修复 2 例,颈前带状肌肌筋膜瓣修复 6 例,颈肌皮瓣修复 4 例,胸大肌皮瓣修复 1 例,胸锁乳突肌皮瓣修复 4 例,甲状软骨膜+胸骨舌骨肌筋膜修复 5 例。术后 7~12d 拆线。胃管 20d 拔除 17 例,26~28d 拔管 2 例,31~34d 拔管 2 例,41d 1 例。患者出现轻至中度误咽 7 例,重度误咽 2 例,经饮食训练后均正常进食。气管拔管时间,最短 10d,最长 123d,平均 38d,1 例因气道狭窄无法拔管,拔管率 95.5%。所有患者全部恢复发音功能,发音清晰者 6 例,轻度嘶哑 8 例,中度嘶哑 4 例,重度嘶哑 1 例。1 例不能拔管病人需按住管口发音。并发咽瘘 1 例,3 个月后经二次手术后愈合。术后随访死亡 9 例,1 年半 1 例,2 年 3 例,3 年 1 例,4 年 2 例,5 年 1 例,7 年 1 例。T₃、T₄ 死亡 6 例,T₁、T₂ 死亡 3 例。局部复发 4 例、颈淋巴结转移 2 例、肝转移 1 例、肺转移 2 例。本组死亡率 40.9%(9/22),3 年生存率 77.3%(17/22)。

3 讨论

下咽癌手术目的是彻底切除病变组织,同时尽可能保留喉咽功能。在以往治疗中,由于追求彻底切除肿瘤,且缺乏对下咽癌的充分认识和足够的技术手段,对一些能保留喉功能的下咽癌患者施行了全喉手术,严重影响了患者的生活质量。高昂代价的付出而 5 年生存率仍在 50% 以下^[2],切除过多喉的正常部分并不能改变其预后。研究认为只要合理地掌握手术适应证,喉部分切除术与喉全切除术,术后复发率差异无统计学意义^[3]。然后为了保喉而单纯放化疗其生存率较手术明显下降^[1]。随着医学发展,医疗仪器不断更新,我们如何

在有效切除肿瘤的同时尽量保留部分甚至全部喉功能是我们手术改进的方向,以最小手术创伤,达到我们所需的目的。我们的体会是:

①对下咽癌病人手术,要根据手术者手术能力,患者年龄及身体状况,伴随的慢性疾病,患者及家属要求,经济状况及文化程度等进行术式选择。原则以不影响患者预后情况下选择最佳的手术方案以提高其生活质量。不能为了保留喉功能而超出适应证范围手术,或为保留喉功能而缩小肿瘤的安全切缘,对年龄较大,体质差,有肺部疾病的人可放弃保喉手术。

②对局限于梨状窝或咽侧壁 T₁、T₂ 期下咽癌,有条件可考虑只作局部肿瘤切除,范围距肿瘤边缘约 1~2cm 左右,切缘需常规快速切片。本组有 2 例下咽癌手术病人,切缘距肿瘤已在安全界了(1 例距切缘 1cm,另 1 例距切缘 2cm 左右),肉眼下应该是安全了,但快速切片检查还是阳性,所以术中快速切片很有必要。肿瘤切除时一定要在直视下进行,便于对肿瘤的安全切缘作出正确判断。本组病例中有 4 例一侧切缘距肿瘤 1cm,3 例两侧切缘距肿瘤边缘 1cm,术中快速切片检查,除 1 例一侧切缘阳性,其余均为阴性,6 例阴性病人术后无一例局部复发。笔者认为,肿瘤周边正常组织较多情况下,可多切除一些,如肿瘤边缘切除过多会影响喉功能,则可控制在 1cm 以上就可以了。但肿瘤基底部的安全切缘最不易判断^[4],笔者认为这是术后局部肿瘤复发的关键,因此对肿瘤深部组织尽可能多切除一点,减少术后肿瘤复发。

③下咽癌切除后所产生的组织缺损需根据患者的身体状况、缺损部位、缺损范围决定重建下咽术式,我们原则以局部周边组织进行缺损修复,即方便,全身伤害又小。如甲状软骨膜、胸骨舌骨肌筋膜或颈皮瓣,范围过大可采用胸锁乳突肌皮瓣、胸大肌皮瓣,游离空肠和前臂皮瓣等修复。在不影响明显咽喉功能情况下,尽量利用周边组织修复最好,本组绝大部分患者都是采用此法。如缺损组织面积过大时笔者认为稍有显微外科基础者最好采用游离空肠或前臂皮瓣修复,游离空肠和前臂皮瓣比用胃、结肠、胸大肌方式创伤小得多,病人术后全身情况恢复快。

④术后咽瘘是下咽癌最常见并发症,其发生的主要原因是伤口感染,以下 4 点能防止或减少咽瘘和感染的发生:(1)术后应给予足量足够时间的抗生素。(2)尽量缩短手术时间,

减少术中出血,正确放置伤口负压引流管,拔管时间可在 2~5d,并对伤口进行加压包扎,时间不少于 1 周。手术后 1 周内嘱病人少作吞咽动作,有唾沫尽量吐出,不要下咽。(3)术后进食可以晚一点,我们一般在 20d 左右开始进食。本组 1 例出现咽瘘。(4)应避免咽腔关闭时缝合针距过稀、过密、漏针等。

⑤减少咽喉狭窄的发生:对保留喉功能的下咽癌,在修复中尽可能不留创面或少留创面,以减少肉芽组织生成;修复及转移过来的组织要紧贴创面,必要时可采用喉膜加压,不留间隙和死腔,以免造成局部积液、积血而感染,从而造成狭窄,影响通气、发音和拔管。

⑥下咽癌病人应常规行根治性或选择性颈淋巴结清扫术。T 分级不能绝对评判颈淋巴结转移情况,本组 1 例 T₁ 期梨状窝癌,术前未发现颈部淋巴结肿大,术中给予选择性同侧颈淋巴结清扫,结果有淋巴结转移。本组术前有颈淋巴结肿大者 15 例,术后病理证实有颈淋巴结已转移者 18 例。

⑦下咽癌病人有颈淋巴结转移者术后应给予放疗,T₃、T₄ 病人根据术中情况绝大多数病人应该给予放疗,从而消灭术时散失的肿瘤细胞和残存肿瘤,并能控制隐性转移淋巴结和局部复发^[4]。

参考文献:

- [1] Li XM, Song Q. Hypopharyngeal cancer operation for repair and reconstruction [J]. Chinese Journal of Ophthalmology, 2012, 12 (5): 273-276. [李晓明, 宋琦. 下咽癌手术的修复与重建[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2012, 12 (5): 273-276.]
- [2] Tang ZZ, Tao ZC, Wu AD, et al. Analysis of the long-term survival rates and influence factors for hypopharyngeal carcinoma [J]. Acta Universitatis Medicinalis Anhui, 2013, 48 (7): 483-485. [唐正中, 陶振超, 吴爱东, 等. 下咽癌患者生存率的影响因素分析 [J]. 安徽医科大学学报, 2013, 48 (7): 483-485.]
- [3] Zhao SW. Progress in the treatment of laryngeal cancer [J]. Journal of Chinese Oncology, 2012, 18 (9): 644-646. [赵舒薇. 喉癌治疗进展[J]. 肿瘤学杂志, 2012, 18(9): 644-646.]
- [4] Okamoto M, Takahashi H, Yao K, et al. Combined therapy for hypopharyngeal cancer [J]. Acta Otolaryngol Suppl, 1996, 524: 83-87.