

耳屏前切口在腮腺上极良性肿物切除中的应用

俞辉明¹, 房进¹, 吴煜农^{2*}, 施卫兵³

(¹南京医科大学附属淮安第一医院口腔科, 江苏 淮安 223300; ²南京医科大学附属口腔医院口腔颌面外科, 江苏 南京 210029; ³高邮市人民医院口腔科, 江苏 高邮 225600)

[摘要] 目的:对腮腺上极良性肿物采用耳屏前切口,行肿物及周围腺体的区域切除术,与常规“S”切口行同样术式比较,观察治疗效果。方法:腮腺上极肿物患者 40 例,随机分为两组:实验组采用耳屏前切口,对照组采用耳前-颌后-颌下“S”形切口,均行肿物及区域性腺体切除术,解剖并保留相关的面神经、耳大神经分支。术后比较两组患者的手术时间、组织反应程度、耳大神经功能、面神经功能、Frey's 综合征、肿瘤复发率、涎瘘发生率、面部外形、患者满意度,综合评价治疗效果。结果:耳屏前切口组手术时间短、术后渗出少,局部肿胀轻,瘢痕隐蔽,Frey's 综合征发生率低,耳大神经功能障碍轻,患者满意率高,上述指标均有统计学差异($P < 0.05$)。两组患者肿瘤复发率、面神经功能障碍、涎瘘发生率无明显差别($P > 0.05$)。结论:耳屏前切口入路切口短、创伤小、瘢痕隐蔽、对容貌影响小、节省手术时间、并发症低于传统术式。

[关键词] 良性肿物;腮腺;手术切口;创伤;并发症

[中图分类号] R739.8

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)09-1307-04

The use of the incision before tragus in regional parotidectomy

YU Hui-ming¹, FANG Jin¹, WU Yu-nong^{2*}, SHI Wei-bing

(¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Affiliated Huai'an First People's Hospital, NJMU, Huai'an 223300; ²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Affiliated Stomatological Hospital of NJMU, Nanjing 210029; ³Department of Oral, Gaoyou People's Hospital, Gaoyou 225600, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the result of two incisions in patients with benign tumor on the upper part of parotid gland after regional parotidectomy. **Methods:** Forty cases were divided into two groups randomly. All patients were performed parotidectomy with the incision before tragus in group 1 and routine “S”-shape incision in group 2 respectively. Follow-up was carried out from 1 week to 2 years post operation to observe the treatment result. **Results:** There were less time of operation, less tissue reaction, less scar, less incidence of Frey's syndrome and the great auricular nerve dysfunction but more beautiful outlook and more satisfaction in group 1 than those in group 2 ($P < 0.05$). There was no difference on relapse rate and incidence of partial facial nerve injury and salivary fistula among two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** The trauma and some postoperation complications were reduced in the new technique. This surgical approach presented could achieve a better facial cosmetic result in the parotid gland surgery.

[Key words] benign tumor; parotid gland; surgical incision; trauma; complication

[Acta Univ Med Nanjing, 2012, 32(9): 1307-1310]

腮腺肿物是颌面外科常见疾病,多数位于腮腺下极,位于腮腺上极者发生率低,约占腮腺肿物 20%。目前,腮腺上极肿物手术进路常规取经典的耳屏-颌后-颌下“S”形切口,近年来,为减少手术创伤,改善术后面容,本院采取耳屏前切口,取得理想

效果,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

南京医科大学附属淮安第一医院口腔颌面外科自 2008 年 1 月~2011 年 12 月共收治腮腺肿物患者 232 例,其中位于腮腺上份的原发良性肿瘤或病变 40 例,未进行过手术治疗,术前患侧无瘢痕或面瘫

[基金项目] 江苏省高校优势学科建设工程资助项目(2011-137)

*通讯作者, E-mail: yunongwu@yahoo.com.cn

症状。男22例,女18例。年龄17~66岁,平均41.5岁。病程最短7d,最长12年,平均2.6年。发生在左腮腺区19例,右腮腺区21例。肿瘤直径小于1.5cm者22例,1.5~2.5cm者16例,2.5~3.0cm者2例。所有病例经术前细针穿吸或术中快速冰冻切片病理诊断为良性病变。术后病理诊断:多形性腺瘤25例,腺淋巴瘤3例,腮腺囊肿4例,基底细胞腺瘤4例,乳头状囊腺瘤3例,肌上皮瘤1例。

1.2 方法

1.2.1 分组和术式

将40例患者依入院先后顺序编号后随机分为2组。第1组(实验组)采用耳屏前切口,第2组(对照组)采用常规耳前-颌后-颌下“S”切口。所有病例均在全麻下行腮腺肿物及区域性腺体切除术,均解剖并保留面神经。

1.2.2 耳屏切口的设计与手术步骤

一般取弧形或手杖形切口,切口垂直部分的下缘不超过耳垂,上缘止于耳轮脚前方,切口的弧形或斜行部分以 120° ~ 150° 角斜向前上,走行于发际内,最好位于颞浅动脉额支后方。切开皮肤、皮下组织,沿颞浅筋膜浅面及腮腺咬肌筋膜浅面翻瓣,分离至腮腺上份前缘。面神经颞支即位于颞浅筋膜和腮腺咬肌筋膜融合的结缔组织层内,其体表投影位于耳垂至眉弓外端及最高额纹的两条连线之间,向前进入额肌。面神经颞支的体表投影是沿耳轮脚至眼外角连线中 $1/3$ 向前走行,进入眼轮匝肌深面。以小拉钩牵拉软组织瓣,暴露术区。在上述解剖概念的指导下,根据每个患者的具体情况,沿腮腺浅叶上缘或前缘上份,先解剖面神经颞支或颞支,翻开浅叶,继而找到颞面干,有时也解剖到面神经上颊支及腮腺导管,腺体后缘与外耳道软骨之间行钝、锐性分离,注意需细微解剖,有时需解剖保护耳颞神经及耳大神经耳垂支、耳前支。保护好面神经颞面干、耳颞神经、耳大神经分支,将腮腺浅叶上份连同肿物整块翻起,切除肿物及周围 0.5 ~ 1.0 cm正常腺体。置负压引流,关闭切口。

1.2.3 手术后检查及复诊

在术后第1天、第2天、1周、1个月、3个月、6个月、1年和2年进行观察、检查和复诊。比较组织反应、渗出量、面神经功能、Frey综合征、耳大神经功能、涎瘘、肿瘤复发率、面部美观、患者满意情况等,评价治疗效果。

1.3 统计学方法

使用SPSS16.0进行统计学分析,计数资料采

用 χ^2 检验,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,使用 t 检验进行分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

实验组平均手术时间约50.7min,而对照组为80.3min,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。临床观察实验组面颈部肿胀范围小于对照组,肿胀主要局限于耳前区域,对照组耳前、耳垂下及颌下区皆有明显肿胀。48h渗出量实验组低于对照组,有显著差异($P < 0.05$,表1)。

2.2 术后并发症

面神经功能:实验组术后暂时性面神经功能障碍发生率略低于对照组(分别为20%、25%),无显著性差异。表现为额纹消失、眼睑闭合不全,术侧鼻唇沟变浅、鼓腮漏气。实验组和对照组9例患者面神经功能均在3个月内恢复,两组均无永久性面瘫。

局部积液和涎瘘:实验组出现2例耳前区积液,对照组有2例颌下积液,1例耳垂下涎瘘,经切口引流、局部加压包扎、口服阿托品等对症治疗,术后2周症状消失,伤口愈合良好。

Frey综合征:实验组有4例术后出现Frey综合征。对照组9例术后出现Frey综合征。两组之间发生率有显著性差异($P < 0.05$,表1)。

耳大神经功能:实验组和对照组术后短期内都有耳前区麻木,但实验组术后耳垂区、耳后区麻木发生率明显低于对照组($P < 0.05$,表1),两组出现耳大神经功能障碍者均在6个月内恢复。

术后瘢痕:实验组只遗留耳屏及鬓角发际内瘢痕,且位置隐蔽,平均长度5.5cm。对照组遗留耳前颌后颌下连续性瘢痕,平均长度10.8cm,两组瘢痕长度有显著性差异($P < 0.05$,表1)。

2.3 复发情况

两组病例在复诊2年内均无复发。

3 讨论

3.1 腮腺良性肿物手术治疗的现状

肿瘤是唾液腺组织最常见的疾病,在唾液腺的不同解剖部位中,腮腺肿瘤的发生率最高,约占80%,腮腺肿瘤中,良性肿瘤占大多数(约75%),腮腺肿瘤80%以上位于腮腺浅叶,表现为耳垂下、耳前区或腮腺后下部的肿物^[1],其中耳前区约占20%。手术治疗是腮腺肿瘤主要治疗手段。面神经解剖+

表 1 两种手术切口术后效果比较

Table 1 Comparison of the effect of parotidectomy with different incision

观察指标	实验组	对照组
平均手术时间(min)	50.7 ± 12.4*	80.3 ± 20.7
48 h 切口平均引流量(ml)	50.5 ± 30.1*	105.1 ± 23.7
暂时性面神经功能障碍[n(%)]	4(20)	5(25)
局部积液和腮瘘[n(%)]	2(10)	3(15)
Frey 综合征[n(%)]	4(20)*	9(45)
耳垂区、耳后区麻木[n(%)]	2(10)*	8(40)
术后瘢痕平均长度(cm)	5.5 ± 2.2*	10.8±3.7
复发(%)	0	0
患者满意率(%)	100*	70

与对照组比较, *P < 0.05。

腮腺浅叶切除术是腮腺浅叶良性肿瘤手术治疗的经典术式,而位于腮腺深叶的良性肿瘤常取面神经解剖+腮腺全叶切除术。腮腺手术的经典切口是耳前-颌后-颌下“S”形切口,最早由 Blair 于 1918 年报道,此切口的主要传统优势是:①充分暴露整个腮腺,手术可将腮腺大范围组织乃至腮腺全叶与肿瘤一并切除,减少肿瘤复发;②切除病变组织的同时,可有选择地以易暴露的面神经分支启动安全的面神经解剖,有效避免神经严重损伤^[2]。缺点是:手术后耳前-颌后-颌下遗留较长的瘢痕,皮瓣翻开广泛、腮腺组织切除多、腮腺导管易损伤、耳大神经及耳颞神经分支损伤大。

近 10 余年来,很多学者关注于腮腺良性肿物的切除安全范围的研究,陆蔚人等^[3]的研究结果均显示在肿物外 1.0 cm 切除即可保证手术安全。随着功能性外科理念发展,越来越多的颌面外科医师在保障肿物安全切除的情况下,重视患者术后的外形与功能的恢复程度,这样肿物及区域性腺体切除术得以推广,手术观念的演变和切除范围的变化推动了手术切口的改进。近年来报道较多的腮腺良性肿物手术改良切口有:①面部除皱术的切口(facelift incision):由 Appiani 率先应用于腮腺切除术,切口起点为耳轮脚根部即耳屏上方处,由此沿耳屏游离缘向下经由耳垂前皱纹,绕过耳垂至耳垂后沟,并由耳垂后沟向上至耳廓后沟,在与外耳道上壁平行处拐角,呈圆弧状入耳后发际。此类切口隐蔽性较好,但离手术区域较远、路径较长、常需解剖面神经主干致分离范围和创伤较大,暴露不如传统手术切口^[2-4]。②环绕耳廓的 U 形切口^[5]:与面部除皱切口相比更省去了耳后发际的切口。③颌后切口^[6]:仅用于腮腺下极肿物。④内窥镜辅助下耳后切口^[7]:更适用于腮腺下极肿物。

3.2 耳屏前切口在腮腺上极良性肿物手术中的价值和可行性

腮腺上极肿物位于耳垂下缘水平以上、耳屏前方,此部位较腮腺下极显露,且皮肤较紧,腺体深面又紧邻骨面,肿物只能向外突出,故患者多能较早发现病变并就诊,除了少数恐惧手术或有特殊困难者,多数可在肿物较小时手术,在本组 40 例患者中有 22 例肿物直径小于 1.5 cm。目前,在腮腺的极良性肿物手术切口设计上,多数选择仍是耳前-颌后-颌下“S”形切口,还有面部除皱切口、耳廓周的 U 形切口,前切口长、较外露、翻瓣范围广及术区创伤大,后两种切口虽较隐蔽,但进路仍较远,且报道有较重的耳大神经功能障碍、术后出血、积液等并发症^[2,5]。

笔者近年采用了耳屏前切口,改进的思路有 3 点:①尽可能缩短切口长度,减小手术时间及手术创伤;②切口隐蔽;③手术能保障肿物的安全切除及神经的安全解剖。通过对 40 例患者的分组手术和观察,笔者体会耳屏前切口由于邻近肿物,切口虽较短、翻瓣范围小,但不影响面神经颞面干的解剖和腮腺的区域切除,从而对腮腺区创伤小、术后渗出少,局部肿胀轻,在术后 48 h 渗出量方面实验组明显少于对照组,有统计学差异;Frey's 综合征发生率低,考虑是切口翻瓣小,术中解剖仔细,对耳颞神经损伤小的缘故,但还需要进一步随访和总结;在本组病例中,耳屏前切口入路手术时间也较“S”经典切口手术时间短,有统计学差异,说明对于具有丰富腮腺外科经验、熟悉面神经解剖的医师来说,对腮腺上极良性肿物采取耳屏前切口入路是个良好的选择。另外,切口短、位于耳屏前所以瘢痕短、较隐蔽,尤其是女性患者,由于鬓角发丝较长,瘢痕不显,但必须注意的是行发际内切口要向上、内倾斜 40°~45°以减少对毛囊的损伤,否则,损伤毛囊处由于毛发缺少而易显露瘢痕;耳屏前切口入路中耳大神经仅耳前支可能涉及解剖故术后功能障碍轻,而经典的“S”形切口翻瓣、解剖范围大,虽然解剖保留耳大神经的耳垂支、耳后支,但对神经的挫伤难免。本研究实验组的 20 例患者对手术效果均表示满意。

3.3 耳屏前切口入路中技术操作体会

对于切口上下端止点应根据肿块的大小和神经解剖的难易决定,上端进入鬓角 1.0~2.0 cm,下端也可经耳垂前皱纹绕向耳垂后沟,使术区暴露良好,保证神经解剖和腮腺的安全切除范围。一般来说,腮腺浅叶上缘有一排神经血管,从后向前依次为颞浅静脉、耳颞神经、颞浅动脉、面神经颞支及颞支^[8]。国内

还有学者^[9]对面神经颞支进行了尸体解剖学研究,发现面神经颞支有1~5支,以2~4支居多,神经出腮腺上缘至颞弓下缘之间的部分被包绕在腮腺咬肌筋膜中,该处腮腺咬肌筋膜较厚,浅面尚有脂肪组织覆盖,在颞弓表面面神经颞支与颞浅血管共同走行于疏松结缔组织中,此位置较浅,在腮腺上缘及颞弓上缘处,面神经颞支距离耳屏尖最近距离为23 mm,可以此距离作为寻找、解剖、保护面神经颞支的参考。腮腺上极较薄,颞部的脂肪等软组织也薄,在解剖神经时需注意细微、逐层进行,借助2.5倍的手术放大镜常使进度加快,并可解剖到耳颞神经的耳前支、腮腺支、颞浅支及耳大神经的耳前支,从而得到尽可能的保护。腮腺上极的肿物底面常仅以包膜紧贴颞面干、咬肌,分离时切勿心急,逐渐解剖,以免刺破包膜导致复发。

耳屏前切口设计适用于耳垂水平线以上且体积较小的腮腺良性肿物(笔者的经验是肿物直径小于3.0 cm)。对于肿物直径大于3.0 cm者,该切口在术区暴露上则显局促,不宜选择,这是该切口的缺点。另外,耳屏前切口入路要求术者具备较丰富的面神经解剖经验,否则易造成神经的损伤。

综上所述,笔者认为对于大多数腮腺上极良性肿物,耳屏前切口在技术上是可行的,且可降低手术并发症,并获得较好的美观效果。

[参考文献]

- [1] 邱蔚六,张震康,张志愿. 口腔颌面外科学[M]. 6版,北京:人民卫生出版社,2008:309-310
- [2] Lohuis PJ. Superficial parotidectomy via facelift incision [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2009, 118(4): 276-280
- [3] 陆蔚人,方云鹤,平金良,等. 腮腺多形性腺瘤包膜状况与临床的关系[J]. *口腔医院*, 1999, 19(1): 41-42
- [4] 韩正学. 美容切口在腮腺肿瘤外科中的应用 [J]. *北京口腔医学*, 2007, 15(1): 37-39
- [5] Petroiznu A. Parotidectomy by periauricular incision [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 146(2): 247-249
- [6] 梁立民,席庆,步荣发,等. 应用颌后切口行老年患者腮腺下极肿物切除术 [J]. *中华老年口腔医学杂志*, 2008, 6(3): 143-145
- [7] Chen MK, Chang CC. Minimally invasive endoscope-assisted parotidectomy: A new approach [J]. *Laryngoscope*, 2007, 117(11): 1934-1937
- [8] 皮昕,何三纲. 口腔解剖生理学[M]. 5版,北京:人民卫生出版社,2006: 158-159
- [9] 骆耐香,曾繁余,秦小云,等. 面神经颞支的应用解剖学研究[J]. *解剖与临床*, 2004, 9(3): 142-143
- [10] Riad MA, Abdel-Rahman H, Ezzat WF, et al. Variable related to recurrence of pleomorphic adenomas: outcome of parotid surgery in 182 cases [J]. *Laryngoscope*, 2011, 121(7): 1467-1472
- [11] 郝立君,肖志波,任丽虹,等. 颞部发际缘保留毛囊锯齿形切口除皱术 [J]. *中国实用美容整形外科杂志*, 2005, 16(5): 262-264
- [12] Roh JL, Kim HS, Park CI. Randomized clinical trial comparing partial parotidectomy versus superficial or total parotidectomy [J]. *Br J Surg*, 2007, 94(9): 1081-1087
- [13] Huang X, Zheng Y, Liu X. A comparison between endoscope-assisted partial parotidectomy and conventional partial parotidectomy [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009, 140(1): 70-75
- [14] Sun W, Xu YD, Zheng YQ. Endoscope-assisted partial-superficial parotidectomy through two small skin incisions [J]. *Acta Otolaryngol*, 2009, 129(12): 1493-1497
- [15] Amin A, Mostafa A, Rifaat M. Parotidectomy for benign parotid tumors: An aesthetic approach [J]. *J Egypt Natl Canc Inst*, 2011, 23(2): 67-72
- [16] 王洋,郭传斌,彭歆,等. 经发际内耳前-耳后联合切口在腮腺浅叶肿瘤中的应用 [J]. *北京大学学报*, 2012, 44(1): 47-50

[收稿日期] 2012-05-03