

DOI:10.19296/j.cnki.1008-2409.2022-04-032

原发灶对侧颞下肌皮瓣整复舌癌口底癌切除后缺损^①

潘孟雄,覃小荣,蒋英华

(桂林医学院附属医院口腔科,广西 桂林 541001)

关键词:舌口底缺损;原发灶对侧颞下肌岛状皮瓣;舌口底恶性肿瘤

中图分类号:R782

文献标志码:B

文章编号:1008-2409(2022)04-0135-04

口腔癌在中老年人群中是非常常见的恶性肿瘤^[1-3],口腔癌可以发生在舌、口底黏膜、牙龈、颊黏膜和软硬腭等部位,其中舌癌是最常见的口腔癌^[4-5]。目前手术仍然是治疗口腔癌的主要方法,手术切除舌癌、口底癌后引起舌口底缺损,会影响舌及口底的功能,导致患者舌运动受限、吞咽困难和口底漏等并发症,因此,切除的组织常用皮瓣修复。目前,由于显微外科进步,游离皮瓣已经广泛应用于口腔颌面部整复,但游离皮瓣的技术要求高,只有显微外科水平高的医院才能开展。游离皮瓣手术时间长,手术风险高,手术后患者需要住重症监护病床严格监护皮瓣,且费用高。因此,可以用带蒂皮瓣修复的患者应选用带蒂皮瓣修复。

颞下肌皮瓣整复于 1993 年由 Martin 首先报道^[6],其具有手术简单,质地与口腔颌面部组织匹配,成活率高等优点,因此,广泛应用于临床,但因为肿瘤同侧的颞下肌皮瓣可能对根治有影响,限制了颞下肌皮瓣在口腔癌治疗中的应用,为了使颞下肌带蒂皮瓣不影响舌癌口底癌的根治效果,笔者选用原发灶对侧颞下肌皮瓣修复舌癌口底癌手术后缺损,并取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 1 月至 2022 年 1 月,桂林医学院附属医院口腔颌面外科收治的 56 例舌癌或口底癌手术后引起舌或口底缺损的患者,其中 26 例进入原发灶对侧颞下肌皮瓣组:男 19 例,女 7 例;年龄 40~85 岁,平均 68 岁; T_1 20 例, T_2 6 例,所有患者切缘至少离肿瘤边缘 0.5 cm,所有患者都行原发灶同侧功能性颈淋巴清扫。另外 30 例进入股前外侧皮瓣组:男 21 例,女 9 例,年龄 35~80 岁,平均 61 岁; T_1 6 例, T_2 24 例。

纳入标准:①舌癌或口底癌 T_1 、 T_2 患者,肿瘤不超过中线;②影像检查未发现颞下淋巴结转移;③颞下区无大面积疤痕;④所有患者在手术前两周均不吸烟;⑤无心梗、脑梗手术等禁忌证;⑥所有患者术前病理结果证实为鳞状细胞癌。

排除标准:①合并糖尿病;②舌癌或口底癌 T_3 、 T_4 患者。

1.2 方法

1.2.1 原发灶对侧颞下肌皮瓣组 ①按缺损大小设计皮瓣,在原发灶对侧下颌骨下缘咬肌前缘通过触诊面动脉的波动确定面动脉的位置;②在下颌骨下

① 基金项目:桂林市科学研究与技术开发计划项目(2020011203-8)。

缘1.5~2.0 cm处按皮纹切开皮肤,皮下及颈阔肌找到面动脉,并在面动脉的后缘找到面前静脉,从上向下分离面动脉及面前静脉找到颞下动脉及颞下静脉;③解剖分离颞下动静脉到二腹肌前腹;④按设计在颞下三角切开皮肤皮下及颈阔肌并从原发灶同侧开始在颈阔肌下分离、翻瓣,确保不带颞下淋巴组织,确保分离翻瓣不超过对侧二腹肌前腹;⑤分别在下颌骨及二腹肌前腹下缘切断二腹肌取下皮瓣;⑥制作隧道通向原发灶缺损处,转移皮瓣修复缺损处。

1.2.2 股前外侧皮瓣组 手术分两组进行,一组切原发灶及颈淋巴清扫;一组取皮瓣,制作股前外侧皮瓣:以髂前上棘与髌外侧连线作为参照线,其中点暂定为旋股外侧动脉降支第一皮支;在该参考线内侧2 cm处做一与之平行的线即切口线;逆行解剖穿支血管及血管蒂,将血管蒂解剖至合适长度,解剖血管蒂的同时,分离与其伴行的股外侧神经,并加以保留;根据修复需要切取不同大小及形状的皮肤瓣,取下皮瓣后吻合血管,吻合一根动脉,一根静脉,所有静脉都选择颈内静脉分支。吻合血管时严格遵守显微血管外科缝合基本要求:①吻合口的血管内膜紧密接触;②没有外膜植入吻合口;③吻合口不产生狭窄;④吻合后血管无张力。在吻合前如血管内有斑块,应先去除斑块,然后才能吻合血管。

2 结果

原发灶对侧颞下肌皮瓣组26名患者,手术所用时间190~240 min,平均210 min,患者术后无需送ICU病房;皮瓣成活率92%;手术后平均住院7 d。股前外侧皮瓣组30名患者,手术所用时间370~480 min,平均417 min,患者术后均需送ICU病房;皮瓣成活率93%;手术后平均住院15 d。

3 讨论

由于显微外科手术的发展与进步,认为用游离皮瓣修复口腔颌面部恶性肿瘤切除引起的缺损已经成为第一选择^[7-8]。但血管病变或变异患者、颈部放射治疗患者采用游离皮瓣修复口腔颌面部缺损很容易引起手术后皮瓣危象,引起皮瓣坏死,而且游离皮瓣手术时间、住院时间均较长,手术后并发症也

多^[9-10],游离皮瓣不适合老年或身体条件差的患者,这些患者应该选择带蒂皮瓣修复手术。

颞下肌皮瓣是轴型皮瓣,由颞下动脉供血,颞下静脉回血,文军慧等^[11]将颞下动脉走行分为两型:I型颞下动脉经二腹肌前腹浅面;II型颞下动脉经二腹肌前腹深面。因此,取皮瓣时要包括二腹肌前腹,以免损伤颞下动静脉。笔者取皮瓣时发现颞下肌皮瓣有较长的血管蒂,在这26例患者中最长的可达8 cm,所有患者的血管蒂都可以到达对侧舌口底缺损处。

颞下肌皮瓣手术简单,不需要掌握显微外科技术,皮瓣成活率高,皮瓣质地较好,住院时间短,2次创伤小,但其对根治有影响,因舌癌常早期转移到颌下^[12]。用对侧颞下肌皮瓣不影响根治,有望成为早期舌癌口底癌切除后的常规整复。用原发灶对侧颞下肌皮瓣整复舌癌口底癌手术后缺损,需要彻底清扫颞下淋巴组织,但不要将原发灶对侧的二腹肌前腹与颈阔肌分离,以免影响血供,影响皮瓣成活。

放疗会损伤血管内膜,容易形成血栓。一般认为放疗区域不应该制作皮瓣^[13],但更多学者认为常规剂量放疗对颞下肌皮瓣没有影响^[14]。笔者研究中有1例曾因鼻咽癌而接受过放疗,但用原发灶对侧颞下肌皮瓣整复后皮瓣成活。放疗后血管内膜受到损伤不适合作游离皮瓣,在30例股前外侧皮瓣组中有1例患者因鼻咽癌而接受过放疗,手术后出现血管危象,第2次手术时见静脉血栓形成,吻合血管后皮瓣仍然坏死,后改用胸大肌皮瓣修复缺损。

笔者研究发现原发灶对侧颞下肌皮瓣组手术所用时间明显少于股前外侧皮瓣组,患者康复较快,住院用费减少,颞下肌皮瓣手术后不需要制动,患者感觉也好,而游离皮瓣整复所需时间较长,手术后一般都需要送ICU病房观察治疗,治疗费用高,且手术后患者常需头制动卧床5 d左右,康复时间延长,股前外侧皮瓣患者手术后需要用阿司匹林药物抗凝,有诱发胃出血、术后创面出血风险。虽然颞下肌皮瓣具有手术时间短的优点,但颞下肌皮瓣毕竟是组织量不充分的皮瓣,笔者认为原发灶对侧颞下肌皮瓣仅适用于舌癌、口底癌T₁、T₂患者,因为T₃患者常有对侧颈淋巴转移,需要做对侧颈淋巴清扫^[15],且颞

下肌皮瓣组织较小不适合缺损较大的组织修复。 T_3 、 T_4 患者,因手术后组织缺损较大,建议用游离皮瓣如股前外侧皮瓣进行修复。另外,股前外侧皮瓣组织量多,血管恒定,制作简单,成活率高,已广泛用于头颈、躯干、四肢的修复^[16]。

笔者采用原发灶对侧皮瓣修复头颈部缺损已有10多年历史^[17-19],对原发灶对侧颊下肌皮瓣制作非常熟悉,颊下肌皮瓣最主要有以下优点:①成活率高,其成活率接近100%^[20];②切取皮瓣容易,不需要太多时间,不需要掌握显微外科技术;③颊下肌皮瓣血供稳定,有较长的血管蒂,可以大幅度转移皮瓣,手术后2次损伤小,且对于老年人有消除皱纹的作用;④手术后患者不需要制动,可以快速康复,护理容易;⑤即使口腔部接受过治疗剂量的放射治疗,颊下肌皮瓣同样可以用于整复头颈部缺损。肿瘤同侧原发灶颊下肌皮瓣修复舌及口底缺损其主要弊端在于影响肿瘤根治,而原发灶对侧颊下肌皮瓣整复舌或口底缺损不会影响根治,原发灶对侧颊下肌皮瓣切取简单,手术时间短,成活率高,住院用费低,并发症少,可广泛用于舌及口底修复。

参考文献:

- [1] JEMAL A, SIEGEL R, WARD E, et al. Cancer statistics, 2006[J]. CA Cancer J Clin 2006, 56(2):106-30.
- [2] KERAVALA C, ROQUES T, JEANNON J P, et al. Oral cavity and lip cancer: united kingdom national multidisciplinary guidelines[J]. J Laryngol Otol, 2016, 130(S2):S83-S89.
- [3] DE VICENTE J C, DE VILLALÁIN L, TORRE A, et al. Microvascular free tissue transfer for tongue reconstruction after hemiglossectomy: a functional assessment of radial forearm versus anterolateral thigh flap[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2008, 66(11):2270-2275.
- [4] VENESS M J, MORGAN G J, SATHIYASEELAN Y, et al. Anterior tongue cancer and the incidence of cervical lymph node metastases with increasing tumour thickness: should elective treatment to the neck be standard practice in all patients[J]. ANZ J Surg, 2005, 75(3):101-105.
- [5] 张志愿. 口腔颌面外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2012:325.
- [6] 李思思, 赵坤明, 谭学新, 等. 延长颊下动脉穿支皮瓣血管蒂修复口腔颌面部缺损的临床应用[J]. 口腔颌面外科杂志 2022, 32(1):24-28.
- [7] CINAR C, OGUR S, ARSLAN H, et al. Adding versatility to the reconstruction of intraoral lining: opened pocket method[J]. J Craniofac Surg, 2007, 18(1):198-202.
- [8] VALENTINI V, SALTARELLI A, CASSONI A, et al. One-stage reconstruction of a defect of the oral commissure and of the cheek with a radial forearm free flap[J]. J Craniofac Surg, 2008, 19(6):1508-1511.
- [9] KESTING M R, HÖLZLE F, WALES C, et al. Microsurgical reconstruction of the oral cavity with free flaps from the anterolateral thigh and the radial forearm: a comparison of perioperative data from 161 cases [J]. Ann Surg Oncol, 2011, 18(7):1988-1994.
- [10] PAYDARFAR J A, PATEL U A. Submental island pedicled flap vs radial forearm free flap for oral reconstruction: comparison of outcomes[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 137(1):82-87.
- [11] 文军慧, 刑新, 卢范, 等. 颊下动脉带蒂皮瓣的临床应用解剖[J]. 解剖学杂志, 2002, 39(1):68-70.
- [12] ELZAHABY I A, ROSHDY S, SHAHATTO F, et al. The adequacy of lymph node harvest in concomitant neck block dissection and submental island flap reconstruction for oral squamous cell carcinoma: a case series from a single Egyptian institution[J]. BMC Oral Health, 2015, 15:80.
- [13] JIANG B, FANG M, JIANG S, et al. Application of submental island flap in head and neck surgery[J]. Shanghai Journal of Stomatology, 2000, 9(4):194-196.
- [14] LI J, NIE L, WANG L, et al. Submental island flap combined with reconstruction titanium plate: a new way to treat mandibular osteoradionecrosis [J]. Surgical Innovation, 2020, 27(6):580-586.
- [15] KOYFMAN S A, ISMAILA N, CROOK D, et al. Management of the neck in squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: ASCO clinical practice guideline[J]. J Clin Oncol, 2019, 37(20):1753-1774.
- [16] 任振虎, 吴汉江, 朱兆夫, 等. 应用血管吻合新方法 109 例回顾性研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2013, 48(12):708-710.
- [17] 潘孟雄, 马祥伟, 覃小荣, 等. 原发灶对侧颊下岛状皮瓣整复口腔颌面部缺损的临床应用[J]. 国际口腔医学杂志, 2011, 38(1):22-23, 26.
- [18] 潘孟雄, 毛峻武, 马韬, 等. 面动脉黏膜肌皮瓣修复舌及口底肿瘤切除后缺损疗效观察[J]. 中国修复重建外科

- 杂志,2017,31(4):461-464.
- [19] 潘孟雄,马祥伟,覃小荣.原发灶对侧面动脉黏膜肌皮瓣整复口腔颌面部缺损的临床应用研究[J].华西口腔医学杂志,2014,32(4):355-357.
- [20] LEE J C, CHU Y H, LIN Y S, et al. Reconstruction of hypopharyngeal defects with submental flap after laryngopharyn-

gectomy[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 270(1): 319-323.

[收稿日期:2022-05-16]

[责任编辑:向秋]

DOI:10.19296/j.cnki.1008-2409.2022-04-033

自制传输装置治疗多发肋骨骨折的效果

杨保参^a, 赵娅娅^b

(濮阳市油田总医院 a.胸心外科;b.呼吸科,河南 濮阳 457001)

关键词:全电视胸腔镜;肋骨骨折;自制传输装置;记忆合金环抱式肋骨接骨器

中图分类号:R608

文献标志码:B

文章编号:1008-2409(2022)04-0138-04

全电视胸腔镜手术已广泛应用于胸部疾病的诊断及治疗,减少患者的手术创伤,加速术后康复,但是全胸腔镜下肋骨骨折复位内骨固定的报道较少,没有权威性诊疗规范。多发性肋骨骨折为常见的胸部外伤,常合并血气胸,肺挫伤及其他部位损伤,治疗不及时易导致呼吸循环障碍,甚至危及生命^[1]。既往多发肋骨骨折治疗方法包括肋骨牵引、局部胸带加压固定以及切开复位内固定,但是外固定不但患者舒适感差,而且骨折复位差,并发症较多;切开复位内固定术需切开正常组织,造成二次医源性损伤,具有创伤大、出血多等缺陷。近年来肋骨骨折内固定材料及手术器械不断更新改进,使肋骨骨折手术不断朝向微创发展。随着胸腔镜技术的进步,胸腔镜下肋骨骨折复位内固定术也逐渐开展,其能在直视下探查胸腔内部损伤情况及肋骨骨折位置,手术后并发症减少,符合加速康复外科的理念^[2]。近年来本院胸心外科利用自制肋骨接骨器输送装置帮助下行全电视胸腔镜下肋骨骨折复位内固定术,手

术操作简便,创伤小,并发症少,术后康复快,取得了理想的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年2月至2021年5月濮阳市油田总医院收治的多发肋骨骨折患者42例作为研究对象,其中男29例,女13例;年龄21~82岁,平均(48.3±7.4)岁;车祸伤31例,高处坠落伤9例,跌倒伤2例;单侧25例(左侧9例,右侧16例),双侧骨折17例;合并血气胸35例;形成连枷胸29例。术前行胸部CT或胸片,必要时行肋骨三维重建检查。

纳入标准:①多发肋骨骨折,骨折错位明显;②肋骨骨折断端距肋脊关节或胸肋关节大于1.5 cm;③闭合性肋骨骨折;④骨折时间未超过1周。

排除标准:①生命体征不平稳,合并其他脏器严重损伤;②同侧胸壁、肺或胸腔存在感染性病灶;③第1、2肋骨骨折。