

Majer-Piquet 手术治疗声带癌及其相关问题

居富年¹ 管宴茹¹ 薛普翼¹ 王家东² 周 梁²

(1, 江苏省苏北人民医院, 扬州, 225001; 2, 上海第二医科大学附属仁济医院, 上海, 200001)

摘要 目的: 探讨 Majer-Piquet 手术治疗声门型喉癌的相关问题。方法: 应用 Majer-Piquet 术式进行治疗。结果: 术后 9~18d(平均 14d) 拔除气管导管; 术后第 10~25d(平均 15d) 拔除鼻饲管, 术后的发音情况令人满意。结论: Majer-Piquet 手术是一种治疗 T₁、T₂ 和部分 T₃ 声门型喉癌有效术式, 而且能较满意地保留喉功能, 提高患者的生存质量。

关键词 喉肿瘤; 喉切除术; 癌; 鳞状细胞

中图分类号: R739.65 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)06-0470-03

近年来, 喉癌的外科治疗在不影响根治病变的前提下, 功能保全性手术愈来愈受到重视^[1]。Majer-Piquet 手术亦称为环状软骨-舌骨-会厌固定术(Cricohyoidoepiglottopexy)^[2], 为喉癌切除后重建喉的发音和呼吸功能的喉切除术, 与传统的手术方法相比, 本术式手术操作简便, 肿瘤切除彻底, 吞咽、发音、呼吸功能恢复满意。本文就其手术方式, 及有关问题探讨如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1996 年 7 月~1997 年 10 月, 共 19 例男性患者, 年龄 41~69 岁, 平均 59 岁。喉癌临床分期按 1997 年 UICC TNM 标准进行, T₁N₀M₀ 12 例, T₂N₀M₀ 5 例, T₂N₁M₀ 1 例, T₃N₁M₀ 1 例, 肿瘤均侵犯前联合。术中同期行功能性颈淋巴结清扫术 1 例。术后 19 例随访 2 年以上 9 例仍在随访中。

1.2 手术方法

局麻下行低位气管切开, 气管插管全麻。颈部“U”形切口, 上达舌骨水平, 下缘至环甲膜平面。掀起颈阔肌皮瓣, 达舌骨上 1cm 水平, 并暴露甲状软骨、环状软骨及环甲膜。在环状软骨上缘平行切开, 进入喉腔。于甲状软骨切迹上缘水平切开甲状舌骨膜、会厌前间隙的结缔组织, 并切断会厌根部进入喉腔。然后沿患侧甲状软骨上缘剪开直至杓状软骨后方与环甲膜切口相连, 切除其室带、

声带、杓状软骨, 但要尽量保留杓状软骨后面的粘膜。沿健侧甲状软骨上缘剪开直到健侧杓状软骨前方, 切断健侧室带和声带并向下与环甲膜切口相连。这样切除了病灶, 仅保留了环状软骨、会厌软骨, 健侧的杓状软骨。如肿瘤仅局限于声带前中 1/3, 未累及声带突, 可在切除安全边缘 5mm 以上前题下, 保留双侧杓状软骨。在环状软骨下缘中线, 用双股 Vicryl 1 号线进针进入喉腔, 然后向上穿过会厌根部从舌骨上缘穿出, 再在其旁 1.5cm 处两侧, 用相同方法穿置 Vicryl 1 号线, 此时将患者头部垫高, 以减少张力, 将 3 根缝线同时拉拢, 扎紧(每根线打 8 个结), 关闭咽腔(图 1)。根据颈淋巴结转移情况, 可同时行颈淋巴结清扫术。

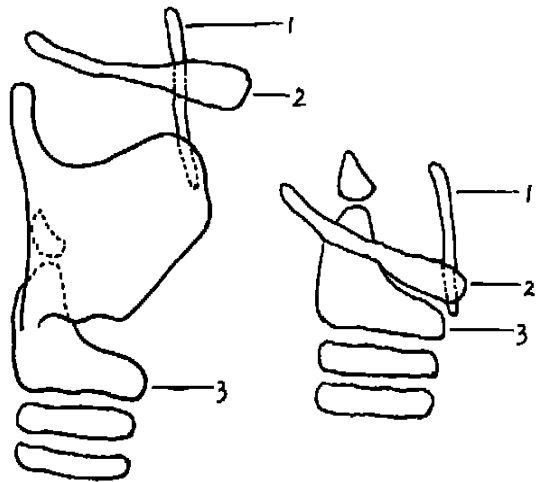


图 1 会厌、舌骨和环状软骨新的解剖关系示意图 (1: 会厌, 2: 舌骨, 3: 环状软骨)

收稿日期: 2000-05-25

作者简介: 居富年(1962-), 男, 江苏兴化市人, 主治医师, 发表论文章。

2 结果

全部病例术后病理报告均为喉鳞癌 I ~ III 级, 随访 2 年均未见肿瘤复发或转移。1 例 T₁N₀M₀ 术后第 3 年局部复发, 行全喉切除术, 至今未见复发。所有患者于术后 9 ~ 18d 拔除气管导管, 平均 14d, 拔管率为 100%; 所有患者均在术后 10 ~ 25d (平均 15d) 拔除鼻饲管, 超过半数患者开始有误咽, 经过训练误咽者能消失, 平均消失时间为 17d; 所有患者术后均恢复了喉的呼吸、发音、吞咽及屏气等生理功能, 术后发音情况令人满意; 19 例患者中 1 例因误咽而发生肺炎, 1 例气管切开处化脓感染, 均经抗炎治疗和局部换药而愈。

3 讨论

Majer-Piquet 手术主要治疗 T₁、T₂ 和部分 T₃ 声门型喉癌, 近年来欧洲应用广泛, 国内报导较少。Traissac^[3] 报告 97 例患者经 Majer-Piquet 手术 5 年生存率为 84%, 这与 Guernier (1987) 报告相似。手术整块切除甲状软骨, 同时切除患侧声带、室带、杓状软骨, 健侧的声带和室带。保留会厌、环状软骨和健侧的杓状软骨。通过把环状软骨、舌骨和会厌缝合固定, 利用保留的健侧杓状软骨的活动与舌根部、会厌等组织的摩擦而保留发音功能。

3.1 手术适应证和禁忌证

凡 T₁ 和 T₂ 声门癌, 侵犯前联合或对侧声带, 局限性 T₁ 喉室癌, 甲状软骨受侵犯 (外侧软骨膜未受侵犯) 均为适应证^[4]。而环状软骨广泛侵犯, 声带完全固定, 会厌根部受侵犯^[5], 声门下超过 5mm, 应作此术式禁忌。我们尤其要提出的是: 对于 70 岁以上老年患者应特别慎重, 术前带规应作肺功能检查, 最大通气量 > 60%, 肺活量 < 60%, 时间肺活量第 1 秒 < 80% 或残气量 > 40% 应视为本手术禁忌证。

3.2 手术中的 3 个相关问题

为了术后新喉的功能恢复, 术中应注意保留喉上动脉和神经。尤其在靠近健侧的环甲关节附近操作时, 切勿损伤喉返神经, 我们大部分病例只

切除两侧甲状软骨板的内 2/3, 保留两侧甲状软骨板的外侧 1/3。从而使本组病例无 1 例发生因健侧的喉返神经损伤而影响术后的发音, 同时免除剥离两侧梨状窝的步骤。而保留两侧甲状软骨外 1/3 并不影响环状软骨、舌骨和会厌的固定缝合, 对病变的根治亦无影响。

术中如果肿瘤切除的范围允许, 应尽可能保留患侧杓状软骨, 若必须除此杓状软骨, 通常剪取小块健侧甲状软骨板置于原环杓关节处, 以减小术后喉腔的空隙, 目的是为了减少术后误咽和改善术后的发音质量。

术中要完整地切除双侧室带、声带及喉室, 行环状软骨舌骨会厌固定时, 一定要防止会厌残部向后塌陷造成新声门狭窄; 以及舌根向后横跨在新声门上致术后拔管困难。

3.3 手术后需解决的两个问题

Traissac^[3] 报导拔管率 98%, 本组术后无 1 例拔管困难, 可能与术中保留了完整的环状软骨有关, 我们认为尽量在术后第 7 ~ 8d 早期堵管。早期拔管有利于吞咽功能的早期恢复, 另一方面精神因素亦是堵管困难之一, 应加强对患者的解释工作。

术后超过半数患者有误咽, 我们一方面加强抗炎, 一方面让患者进食时呈前倾头位, 经过一段时期的功能锻炼后大都能够克服误咽, 这主要有两方面因素: 一是新声门条件反射的形成; 另一方面是梨状窝功能的恢复。

参考文献

- [1] 屠规益. 喉癌外科治疗的重点转移[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1994; 29: 323
- [2] Laccourreye H, Laccourreye O, Weinstein G, et al. Supracricoid laryngectomy with cricothyroidopiglottomy. A partial laryngeal procedure for glottic carcinoma[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99: 421
- [3] Traissac L, Verhulst J. Indication techniques et resultats des laryngectomies reconstructives[J]. Rev Laryngol Rhinol Otol 1991; 112: 55
- [4] Piquet JJ, Durras JA. Les resultats du traitement chirurgical dans les cancers glottiques[J]. Rev Laryngol Rhinol Otol 1984; 105: 261
- [5] 乔宗海, 徐洁洁, 程雷等编著. 现代喉部疾病诊断与治疗[J]. 江苏: 东南大学出版社, 1999; 255

THE INTERRELATIONSHIP FOR THE TREATMENT OF GLOTTIC CARCINOMA WITH MAJER—PIQUET’ S OPERATION

JU Fu-nian, GUAN Yan-ru, XUE Pu-yi, et al

ABSTRACT Objective: To investigate the operative method of Majer—Piquet operation in the treatment of glottic type of laryngeal carcinoma. **Methods:** 19 patients with laryngeal cancer, of whom 12 were T₁N₀M₀, 5 were T₂N₀M₀ and 1 each for T₂N₁M₀, T₃N₁M₀, Majer—Piquet’ s operation were employed accordingly. **Results:** All the patients were decannulated from 9 to 18 days and all resumed normal and feeding from 10 to 25 days, Speech sounds good in all patients. **Conclusion:** Majer—Piquet’ s operation not only is effective in the treatment of T₁, T₂ and some T₃ glottic type of laryngeal carcinomas, but also can satisfactorily reserve laryngeal function and improve the quality of patient life.

KEY WORDS: Laryngeal neoplasms; Laryngectomy; Carcinoma squamous cell

针灸、推拿治疗颈椎病 42 例的体会

华康琦

(国家税务总局扬州培训中心卫生科, 扬州, 225002)

关键词 颈椎病; 针灸; 推拿

中图分类号: R681.5⁺5 文献标识码: A 文章编号: 1007—6514(2000)06—0472—01

笔者采用针灸、推拿治疗颈椎病 42 例, 疗效较满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组共 42 例, 男 26 例, 女 16 例, 年龄 40 ~ 70 岁。临床主要症状, 颈部疼痛僵直, 活动受限, 痛时伴有四肢麻木, 沉重感, 重者可出现头胀痛、头晕、视物模糊、甚则恶心、心律不齐、心动过速或过缓、大小便失禁、猝倒。检查: 均经颈椎 X 线摄片。CT 检查 8 例、脑电图 2 例。其中见前后缘骨质增生 36 例, 有颈椎生理弧度改变 8 例, 项韧带钙化改变 8 例, 脑电图有异常改变 1 例。按 Bernard 氏分型标准: 其中神经根型 28 例, 椎动脉型 9 例, 混合型 7 例。

针灸取穴: 大椎、风池、风府、天柱、相应病变颈椎一侧的夹脊穴为主穴。配穴: 百劳、膈俞、肾俞、肝俞、肩井、养老、外关、合谷、阿是穴^[1,2]。手法均采用中度刺激, 留针 20 ~ 30min, 每日 1 次, 10 次 1 个疗程。推拿以推、拿、滚、按摩、揉、点压、拔伸、斜扳等手法为主。经手法治疗 2 个疗程后症状、体征无改变者即为无效, 经治疗后临床症状

状体征减轻者好转即有效; 经治疗后临床症状、体征消失半年以上无复者为痊愈。

结果 42 例中痊愈 23 例, 显效 18 例, 无效 1 例, 总有效率 97.6%。

2 讨论

治疗颈椎病应以辨证施治为原则, 要注意审病因, 辨络, 因于寒者祛寒; 因于伤者治之活血祛瘀; 劳者补其气血, 益其肝肾以壮筋骨; 病在太阳经络治以祛风寒活血通络, 筋肉不用取以阳明。寒者热之, 虚者补之。

手法治疗易柔和, 由轻逐步加重。推拿可使局部血液循环加快, 改善局部组织营养供应, 促进局部组织无菌性炎症的吸收。运用拔伸、牵引、斜扳、颈部运动等手法, 可扩大颈间隙, 纠正关节失稳, 促进颈椎神经、血管等组织恢复功能。本组结果显示, 针灸、推拿治疗颈椎病疗效较满意, 总有效率达 97.6%。治疗的同时注意加强颈部活动、功能锻炼, 以舒筋活气血。

参考文献

- [1] 蒋泰媛. 针刺为主治疗颈项痛 60 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2000; 9(4): 343
- [2] 李江万. 中西医结合治疗椎动脉型颈椎病 98 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 1999; 9(2): 115

收稿日期: 2000—08—18

作者简介: 华康琦(1957—), 男, 江苏扬州市人, 医师, 发表论文 2 篇。