

腮腺浅叶良性肿瘤不同术式的临床疗效分析

李顺祥

云南省文山州西畴县第一人民医院 663500

〔摘要〕目的 对比分析腮腺浅叶良性肿瘤运用腮腺浅叶全切除及部分切除手术的临床效果差异。方法 以我院在 2013 年 8 月-2018 年 10 月期间于我院接受治疗的 80 例腮腺浅叶良性肿瘤患者作为此次研究对象, 将其依照手术方式的不同划分为研究组与对照组, 各为 40 例; 对照组给予腮腺浅叶全切除手术治疗, 而研究组给予腮腺浅叶腺体部分切除手术治疗, 然后观察并比较两组患者临床治疗效果。结果 研究组患者术中的出血量比对照组明显偏少, 手术的切口长度比对照组明显偏短, 且各项并发症发生率比对照组明显偏低, 对比差异明显, $P < 0.05$, 具有统计学意义。结论 与传统的全切除手术相比, 以腮腺浅叶腺体的部分切除手术对于治疗腮腺浅叶良性瘤的临床效果更为确切, 手术的创伤较小, 术后并发症少, 有助于促进患者康复。

〔关键词〕腮腺浅叶良性肿瘤; 全切除术; 部分切除术; 临床疗效

〔中图分类号〕R739.8 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-034-02

腮腺肿瘤在口腔科中比较常见, 由于腮腺浅叶中包含了大量腮腺腺体与腺体导管, 因而其属于腮腺肿瘤相应多发性部位^[1]。临床上常用的手术方式就是腮腺浅叶的全切除手术, 且临床效果确切, 但在术后极易并发暂时性的面瘫、局部的凹陷畸形及味觉出汗 (Frey) 综合征等诸多并发症, 增加患者痛苦, 也不利于患者康复^[2]。近年来腮腺浅叶部分切除术在临床上的应用越来越广泛, 其保留面部的神经及腮腺总导管, 术后并发症较少, 安全可靠, 因而易于患者接受。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

以我院在 2013 年 8 月-2018 年 10 月期间于我院接受治疗的 80 例腮腺浅叶良性肿瘤患者作为此次研究对象, 将其依照手术方式的不同划分为研究组与对照组, 各为 40 例; 对照组患者中, 男女性别分别为 26 例和 14 例; 患者年龄位于 26-68 岁, 中位年龄为 (48.5±1.6) 岁; 其中包括 16 例为腺淋巴瘤, 24 例为多形性腺瘤; 瘤体的直径在 1.7-2.8cm 之间, 平均直径为 (2.3±0.4) cm。运用统计学方法对两组临床资料 (如性别、年龄等) 进行统计学分析, 结果有 $P > 0.05$, 因而二者具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组患者施以腮腺浅叶全切除手术治疗, 作“S”形切口, 将皮肤以及皮下组织进行切开。于腮腺咬肌筋膜的下方浅面将皮瓣翻起, 充分暴露出肿瘤及腺体, 确定肿瘤所处的位置, 由面神经的下颌缘支及颊支对面神经及其分支进行逆向解剖, 将包含肿瘤在内所有腮腺浅叶全部切除, 并将腮腺导管予以结扎。

研究组患者施以腮腺浅叶部分切除手术治疗。依照肿瘤所处的位置作手术切口, 若肿瘤位置位于腮腺浅叶其上极或是边缘, 则给予“S”形切口, 如果所处的位置位于腮腺浅叶的后下极, 则以耳屏前到下颌后作弧形切口, 长度要能够完整的切除肿瘤。同样于腮腺咬肌筋膜的下方将皮瓣分离翻起以暴露出肿瘤。对肿瘤所处区域相应面神经及其分支进行解剖, 并于肿瘤瘤体的边缘约 0.5-1cm 位置施以肿瘤及少部分腮腺

浅叶进行切除, 注意要将耳大神经及腮腺总导管予以保留。两组患者均于手术后在创口中放置引流管, 并施以 1~2d 的负压引流, 然后用颌颌带进行加压包扎。

1.3 观察指标

观察并比较两组术中的出血量及手术的切口长度, 然后对患者进行随访, 统计并发症, 包括口干、涎瘘、局部的面部凹陷畸形、暂时性面瘫及 Frey 综合征等的发生情况。

1.4 统计方法

运用 SPSS20.0 统计学软件对此次研究中两组患儿各症状消失时间等相关数据实施归纳和分析, 其中计量资料以均数±方差, 即 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 并给予 t 检验; 而计数资料则以百分率 (%) 的形式进行表示, 并给予卡方 (χ^2) 检验, 若结果显示 $P < 0.05$, 则说明二者对比差异显著, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

研究组患者术中的出血量比对照组明显偏少, 手术时间及手术的切口长度比对照组明显偏短, 对比差异明显, $P < 0.05$, 具有统计学意义。具体数据详见下表 1:

表 1: 两组手术指标比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	术中出血量 /ml	手术切口长度 /cm	手术时间 /min
研究组	40	41.7±6.8	5.6±1.1	86.5±17.8
对照组	40	69.8±9.2	11.2±1.4	125.6±22.7
t		15.534	19.892	8.573
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症发生情况比较

表 2: 两组并发症发生情况比较 [n%]

组别	例数	暂时性 面瘫	面部 畸形	Frey 综合征	涎瘘	发生率 /%
研究组	40	1	0	1	0	5.0
对照组	40	4	3	5	2	35.0
χ^2						11.250
P						0.000

治疗后, 研究组并发症发生率为 5.0%, 比对照组的

作者简介: 李顺祥 (1963 年 4 月 -), 籍贯, 云南文山, 职称: 副主任医师, 学历: 本科, 主要从事口腔颌面外科工作。

35.0% 明显偏低, 对比差异明显, $P < 0.05$, 具有统计学意义。具体数据详见下表 2:

3 讨论

腮腺肿瘤属于唾液腺肿瘤中比较常见的疾病类型, 在唾液腺肿瘤中占比约为 75%-80%, 同时其也属于口腔外科中比较常见的疾病^[3]。腮腺肿瘤多发生在浅叶部位, 大多为良性肿瘤, 但也有转化为恶性肿瘤的可能性。腮腺浅叶良性肿瘤常见的有腺淋巴瘤及多形性腺瘤等, 这些肿瘤大多生长比较缓慢, 且对机体不会有较大的危害。

当前在临床上针对腮腺浅叶良性肿瘤的临床治疗多施以手术切除, 常见的手术切除方法包括腮腺肿瘤的全切除术及腮腺浅叶肿瘤的部分切除手术等。常规肿瘤全切除术主要是将面神经相应腮腺浅叶予以解剖, 同时将肿瘤全部切除, 肿瘤全切除术具有较好的疗效, 但也会引发诸多的并发症, 如暂时性面瘫、Frey 综合征及面部畸形等, 增加患者痛苦, 不利于其术后的康复。近年来, 医学科学技术的不断进步以及患者对于手术要求越来越严格, 腮腺浅叶肿瘤的部分切除手术在临床上的应用越来越广泛^[4]。部分切除手术治疗其特点就是能够保留患者的大部分正常的腮腺组织, 并在此前提下针对面部神经的各分支予以解剖, 其有助于缩短手术的时间,

且对面部神经进行有效的保护, 减少术后各种并发症的发生, 安全可靠, 有助于患者康复。

此次研究结果表明, 研究组患者其术中的出血量比对照组明显偏少, 手术的切口长度比对照组明显偏短, 且各项并发症发生率比对照组明显偏低, 对比差异明显, 表明与传统的全切除手术相比, 以腮腺浅叶腺体的部分切除手术对于治疗腮腺浅叶良性瘤的临床效果更为确切, 手术的创伤较小, 术后并发症少, 有助于促进患者康复。

【参考文献】

- [1] 卢海彬, 马雯男, 于慧, et al. 腮腺浅叶部分切除术与浅叶切除术治疗腮腺浅叶良性肿瘤的回顾性研究 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 12(12):10-14.
- [2] 涂云, 王高, 蒙玉号, 等. 腮腺部分切除术与腮腺浅叶切除术治疗腮腺良性肿瘤疗效比较 [J]. 基层医学论坛, 2017, 16(17):76-78.
- [3] 蒋璐, 罗兴鹏, 李培基. 用腮腺浅叶良性肿瘤全切除术与次全切除术治疗腮腺浅叶良性肿瘤的效果对比 [J]. 当代医药论坛, 2017, 18(12):66-68.
- [4] 李永强. 区域性切除术对腮腺浅叶良性肿瘤的治疗效果观察 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(16):124-126.

(上接第 32 页)

创伤小, 但不适用于较大的广基声带息肉、多发性大息肉患者^[2]。支撑喉镜相比于纤维喉镜的适用范围更广, 治疗效果更佳, 安全性更高。但不论采取纤维喉镜还是支撑喉镜手术治疗, 手术医生在操作过程中都应注意动作轻柔, 以免损伤患者咽喉部^[3]。尹中普^[4]的研究认为支撑喉镜相比于纤维喉镜在治疗声带息肉中更具优势, 其疗效和安全性更佳, 患者认可度更高, 但两种术式都存在一定的局限性, 在确保疗效的同时还需根据患者的身体情况为其选择合适的术式。本次试验结果显示, 支撑喉镜下手术在治疗声带息肉中的总有效率高达 94.7%, 而并发症发生率仅为 5.3%, 以上指标均优于采取纤维喉镜下手术治疗的患者, 两组对比 $P < 0.05$, 刘春阳^[5]的试验结果类似于本次试验结果, 证实本次试验具有一定的临床参考价值。

由本次试验可以看出, 支撑喉镜下手术相比于纤维喉镜

下手术在治疗声带息肉中疗效和安全性更佳, 更适于在临床中推广应用。

【参考文献】

- [1] 杨子江, 张梅, 聂渝琼. 纤维喉镜与显微镜支撑喉镜下摘除声带息肉肉效比较 [J]. 中国基层医药, 2013, 20(22):3468-3469.
- [2] 常建玉, 王宝贵, 黄维平. 手术显微镜支撑喉镜下和纤维喉镜下切除声带息肉术后疗效研究 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(7):135-136.
- [3] 崔晓颖, 王笑玥, 陈英. 支撑喉镜鼻内镜下和纤维喉镜下治疗声带息肉的临床疗效比较 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(27):43-45.
- [4] 尹中普. 支撑喉镜与纤维喉镜下手术治疗声带息肉的比较研究 [J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(7):75-78.
- [5] 刘春阳. 纤维喉镜与支撑喉镜下治疗声带息肉的疗效比较 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(24):166-167.

(上接第 33 页)

3 讨论

手法复位夹板外固定是临床上应用最为广泛的一种老年桡骨远端骨折治疗方法, 同时也是临床认可度较高的一种治疗方法。这种治疗方法在老年桡骨远端骨折治疗过程中, 不仅操作简单, 且无需依靠任何设备, 治疗过程中也不会对患者造成二次伤害^[3]。因此, 该治疗方法在老年桡骨远端骨折患者的临床治疗中具有较大的应用优势, 但同时也存在一定的弊端, 一方面是由于该治疗方法对骨折复位时属于闭合复位, 因此对复位医生的专业技能和经验水平要求较高, 另一方面单纯依靠手法复位夹板外固定治疗对于患者的关节僵硬和运动障碍等症状并无明显的治疗效果^[4]。

鉴于此, 为了进一步提升老年桡骨远端骨折患者的治疗效果, 需在手法复位夹板外固定治疗的基础上, 配合进行康复锻炼, 方可有效促进患者骨折愈合, 获得更加显著的临床疗效^[5]。本次研究结果显示, 在手法复位夹板外固定治疗基础上联合采取康复锻炼, 不仅能够使患者获得更加显著的复位效果, 同时还能够促进患者在较短时间内恢复各项运动功

能, 从而减少并发症的发生。

综上所述, 手法复位夹板外固定联合康复锻炼治疗老年桡骨远端骨折能够显著提高患者的骨折复位优良率, 并显著降低患者的并发症发生率。

【参考文献】

- [1] 王哲. 手法复位石膏托外固定联合康复锻炼治疗老年桡骨远端骨折患者的临床疗效 [J]. 中国药物经济学, 2016, 11(08): 83-85.
- [2] 郭世明. 手法复位石膏外固定和切开复位钢板内固定治疗骨质疏松性桡骨远端骨折的比较研究 [J]. 中医正骨, 2015, 15(04): 15-20.
- [3] 王华立. 手法复位石膏托外固定结合康复治疗老年桡骨远端骨折的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 13(11): 2115-2116.
- [4] 马永刚. 手术治疗与非手术治疗老年人桡骨远端关节内骨折临床疗效比较 [J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(03): 363-365.
- [5] 马永刚. 接骨板内固定与手法复位石膏外固定治疗老年桡骨远端关节内骨折的疗效比较 [J]. 中华老年骨科与康复电子杂志, 2017, 3(02): 65-69.