

环状软骨上喉部分切除术治疗老年喉癌的临床观察

黄静江

(皖南医学院附属弋矶山医院 耳鼻咽喉头颈外科, 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨环状软骨上喉部分切除术治疗老年喉癌患者的临床效果。方法: 对 2004 ~ 2012 年行环状软骨上喉部分切除 21 例老年喉癌的临床资料进行详细分析, 其中行环舌会厌固定术(cricothyroidoepiglottopexy, CHEP) 14 例, 环舌骨固定术(cricothyroidopexy, CHP) 7 例。结果: 所有患者均在术后 10 ~ 20 d 拔除鼻饲管, 恢复吞咽功能。术后拔管率 95. 2%, 3 年生存率 94%, 5 年生存率 75%。结论: 环状软骨上喉部分切除术是一种适合中晚期老年喉癌的手术方式。

【关键词】老年喉癌; 喉部分切除; 生存率; 误咽

【中图分类号】R 739. 65 **【文献标识码】**A

【DOI】10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2015. 02. 025

喉癌是耳鼻咽喉头颈外科多见的恶性肿瘤, 且老年喉癌较多, 手术方式也较多样。我科 2004 ~ 2012 年对 21 例老年喉癌患者行环状软骨上喉部分切除术, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2004 ~ 2012 年收治老年喉癌患者(60 岁以上) 21 例, 男 19 例, 女 2 例; 60 ~ 69 岁有 13 例, 70 岁以上有 8 例, 最大为 79 岁。声门型 17 例, 其中复发 1 例, T₁N₀M₀ 1 例, T₂N₀M₀ 10 例, T₃N₀M₀ 4 例, T₃N₁M₀ 1 例; 声门上型 4 例, 其中 T₃N₀M₀ 2 例, T₂N₀M₀ 2 例。21 例患者中行 CHEP 14 例, CHP 7 例, 同期行颈淋巴结清扫术 9 例。病理均为鳞状细胞癌。

1.2 手术准备及方法 术前相关检查(喉镜、颈部增强 CT), 同时常规心脏超声或动态心电图、肺功能等评价心肺功能; 手术方法: 保留双侧或一侧甲状软骨板外 1/3 或 1/2; 保留一侧或杓状软骨。喉腔内创面尽可能用梨状窝部分黏膜和保留的环后黏膜修复杓状软骨缺损处。

2 结果

无围手术期死亡患者; 无出现应激性胃溃疡、心脑血管意外; 出现术后肺部感染 3 例, 经抗炎、化痰、促排治疗后痊愈。

2.1 误咽发生情况 采用标准吞咽功能评价量表(SSA) 对术后患者吞咽功能进行评估。术后鼻饲 12 d 后经口进食无误咽(喝流质无呛咳) 有 3 例; 11

例轻度误咽(吃糊状无呛咳, 喝流质呛咳) 经过 1 周左右训练后无明显呛咳; 5 例呛咳明显, 中度误咽(吃糊状也呛咳) 经过 12 d 训练后进食无呛咳; 2 例 CHP 患者重度误咽(无法经口进食), 训练 12 d 后进食训练, 糊状或固体无明显呛咳, 但进食流质有轻微呛咳, 亦给予拔除胃管出院在家进行饮食训练, 20 d 后均无明显呛咳。

表 1 术后 21 例患者误咽情况

误咽情况	无误咽	轻度误咽	中度误咽	重度误咽
例数	3	11	5	2
恢复时间	0 d	1 周	12 d	20 d

2.2 术后拔管率 7 例出院拔管, 11 例术后 1 月后拔管, 3 例行术后放疗后 3 月拔管。其中有两例患者出现拔管后半年左右上呼吸道感染呼吸困难, 再次行气管切开, 1 例半年后再次拔管未再出现喉阻塞, 另 1 例未再拔管。拔管率 95. 2% (20/21)。

2.3 生存率 21 例均随访满 1 年无死亡, 17 例随访满 3 年中 1 例死于脑溢血, 无死亡于肿瘤复发及转移; 8 例随访满 5 年中 1 例死亡, 1 例局部复发行全喉切除术术后 1 年死亡; 1 年生存率 100% (21/21), 3 年生存率 94. 1% (16/17), 5 年生存率 75% (6/8)。

3 讨论

喉癌是头颈部常见的恶性肿瘤之一, 约占全身癌肿的 1% ~ 5%, 其发病率近年来不断上升, 其治疗以手术为主, 5 年生存期在 50% 左右^[1]。随着人口老龄化, 老年喉癌患者不断增加, 既往考虑到老年

收稿日期: 2014-10-06

作者简介: 黄静江(1983-), 男, 主治医师, (电话) 13965178274 (电子信箱) zhongliang19832006@ 163. com.

患者全身疾病多、手术耐受性差 被认为是手术治疗的高危人群 术后并发症发生率较高,中晚期患者亦以全喉切除术为多。随着麻醉学、喉肿瘤手术、老年医学等方面的发展,老年喉癌患者亦有发音功能及改善生活质量方面的迫切需要,在现代喉肿瘤外科逐步减少行全喉切除术。若患者心肺功能等全身状态良好,喉肿瘤范围允许,不能单纯从年龄方面考虑而行全喉手术,完全可选择喉部分切除术治疗。大多数学者认为在选择合适适应证下,彻底切除肿瘤、提高患者生存率的同时,应倡导开展保留、提高喉癌患者生存质量的喉部分切除术^[2-5]。要充分重视围手术处理,本组 21 例老年喉癌患者行部分喉切除术后并没有发生围手术期死亡病例,术后并发症发生率也较少,仅出现 3 例肺部感染,无出现心脑血管意外、应激性溃疡等严重并发症。环状软骨上喉部分切除术包括环舌会厌固定术(CHEP)、环舌固定术(CHP),该手术术式来自欧洲,国内周梁教授等较早报道开展,因能保证喉癌的彻底切除且与全喉切除术相近的生存率,并可避免全喉切除以及永久性气管造瘘,且手术时间较短,手术技巧易掌握,故在中晚期喉癌中广泛应用,成为一种喉癌治疗的常见手术方式^[6-7]。CHEP 术主要适用于声门型喉癌,包括 T1b、T2、T3; CHP 术主要适用于声门上型喉癌、声门型喉癌侵及会厌。部分 T4 甲状软骨破坏但未突破外膜仍可选择该术式。近几年来,我科对该术式进行了初步的研究和探讨,本组 21 例老年喉癌 1 年内生存率 100% (21/21), 3 年生存率 94% (16/17), 5 年生存率 75% (6/8), 与国内外学者的报道相近^[7-9]。

环状软骨上喉部分喉切除术因喉部结构切除范围较大,破坏了喉保护功能的第一、二道防线,特别是 CHP 手术切除了会厌,因此食物吞咽后容易直接流过声门进入气道,非常容易出现进食后呛咳。林刃舆等^[10]研究发现 CHEP 术后 8 周误咽发生率为 2.7%, CHP 为 23.3%。我们对经典 CHEP 术式作了改进,保留双侧或一侧甲状软骨板外 1/3 或 1/2,避免剥离梨状窝的步骤及其功能的改变,修复时梨状窝适度向前缝合,减少误咽发生。本组 21 例虽均为老年患者,但术后出现重度误咽仅为两例,均为行 CHP 者,且经过饮食训练后均能正常进食。术后 8 周无 1 例明显误咽,也无因误咽改行全喉切除术。

该术式可能因术腔黏膜过厚淤肿、创面未修复形成较大肉芽、术后放疗引起水肿等导致术后喉腔狭窄,同时老年患者因身体机能较差,易出现喉部炎症导致水肿而无法拔除气管套管。本组两例患者拔

管后半年再次因上呼吸道感染重新行气管切开,可能因术腔黏膜过厚淤肿,导致喉腔较狭窄,当喉腔炎症时黏膜肿胀加重出现呼吸困难。我们经验认为: ①杓间区黏膜避免切除过多,杓状软骨处缝合应注意松紧度不宜过紧,以免限制杓状软骨活动度,同时应保持杓状软骨前倾位避免其向后移位; ②切除过剩环后黏膜并与外侧肌肉或环状软骨贴紧缝合,避免黏膜瓣形成或声门区雍肿而致新喉狭窄; ③在吻合舌根和(或)会厌及环状软骨弓时,打结时应用抓钳将舌根与会厌前提,以免其后移造成喉狭窄。

在临床实践中,我们发现早期堵塞气管套管及改变进食体位的方法对防止误咽行之有效,有利于增强患者的信心。有学者认为早期堵塞气管套管对刺激环杓关节的活动、防止误咽及术后拔管均有重要作用。实践证明,老年喉癌患者只要心肺功能等全身状况允许,重视护理和营养,及时处理术后出现的各种问题,保留喉功能手术是可行的。环状软骨上喉部分切除术快捷、可靠和成熟,在掌握好适应证的前提下值得在老年患者中使用。

【参考文献】

[1] Bernier J, Domenge C, Ozsahin M, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer [J]. *N Engl J Med* 2004, 350(19): 1945 - 1952.

[2] Szyfter W, Ileszczynska M, Wierzbicka M. Outcome after supracricoid laryngectomies in the material of ENT Department Poznan University of Medical Sciences [J]. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2011, 268(6): 879 - 883.

[3] 周梁. 重视喉癌和下咽癌的规范化治疗 [J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志* 2009, 44(9): 705 - 706.

[4] 刘宏伟, 李振东. 环状软骨上喉全切除术发音效果的评价 [J]. *临床肿瘤学杂志* 2011, 16(5): 452 - 455.

[5] 丛林海, 何晓光, 李玉晓, 等. 喉环状软骨上部分切除-环舌骨吻合术治疗中、晚期喉癌及发声功能重建效果研究 [J]. *听力学及言语疾病杂志* 2011, 19(1): 25 - 28.

[6] 周梁. 喉环状软骨上部分喉切除治疗喉声门上型癌 [J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科* 2005, 12(4): 205 - 207.

[7] 费梦嘉, 徐雅男, 王家东. 环状软骨舌骨会厌固定术治疗声门型喉癌远期疗效观察 [J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志* 2011, 46(10): 825 - 829.

[8] 刘宏伟, 李振东, 谷京城. 环舌骨会厌吻合术治疗声门型喉癌的临床分析 [J]. *中国医师进修杂志* 2009, 32(22): 55 - 56.

[9] Sanchez-Cuadrado I, Castro A, Bernaldez R, et al. Oncologic outcomes after supracricoid partial laryngectomy [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011, 144(6): 910 - 914.

[10] 林刃舆, 陈建福, 郭志强, 等. 不同手术方案的喉癌患者喉环状软骨上部分切除术后发生误咽的比较 [J]. *中华肿瘤杂志*, 2011, 33(1): 63 - 66.