

不同平面改良小切口在腮腺浅叶良性肿瘤中的应用效果探讨

赵媛媛¹, 陈园园¹, 郭彦¹, 马戈²

(1.西安交通大学口腔医院医疗美容科 陕西 西安 710032; 2.西安大兴医院颌面-头颈外科 陕西 西安 710082)

[摘要]目的: 探讨分析不同平面腮腺浅叶良性肿瘤选择相应平面的改良小切口的应用效果。方法: 选取笔者医院2021年6月-2023年3月收治的86例腮腺浅叶良性肿瘤切除术患者。将32例根据肿瘤所在的平面而选择对应平面的改良小切口患者作为观察组, 将19例选择非肿瘤所在平面的对应平面改良小切口作为对照1组。比较两组患者术中及术后指标, 并发症及复发率情况; 此外, 将35例传统“S”形切口患者作为对照2组, 记录术后10 d两组视觉模拟评分(Visual Analog Scale, VAS)、术后3个月患者和观察者瘢痕评估量(Patient and Observerscarass Ment Scale, POSAS)评分情况以及术后6个月两组患者审美满意度评价。结果: 86例患者手术均顺利完成。观察组较对照1组手术时间、术中出血量及术后引流量少, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后并发症总发生率观察组低于对照1组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后6个月, 观察组与对照1组复发率差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后10 d, 观察组VAS评分高于对照2组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后3个月, 观察组POSAS评分高于对照2组($P < 0.05$); 术后6个月, 观察组术后审美满意度评价较对照2组高($P < 0.05$)。结论: 筛选腮腺浅叶区域不同层面的良性肿瘤, 采用所在层面的改良小切口进行切除, 其临床效果是可行的、安全的, 手术时间更短, 产生并发症较少, 切口恢复更快, 可以达到更好的美容效果; 同时提出根据腮腺浅叶“三分法”来设计切口, 为临床医生在腮腺肿瘤术中提供了更灵活的小切口设计思路。

[关键词]腮腺良性肿瘤; 腮腺浅叶; 不同平面; 改良小切口; 应用效果

[中图分类号]R736.1 **[文献标志码]**A **[文章编号]**1008-6455(2026)02-0062-05

Exploration of the Application Effects of Different Plane-modified Small Incisions in the Treatment of Benign Tumors of the Superficial Lobe of the Parotid Gland

ZHAO Yuanyuan¹, CHEN Yuanyuan¹, GUO Yan¹, MA Ge²

(1. Department of Medical Aesthetics, Xi'an Jiaotong University Stomatological Hospital, Xi'an 710032, Shaanxi, China;

2. Department of Maxillofacial-Head and Neck Surgery, Xi'an Da Xing Hospital, Xi'an 710082, Shaanxi, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of modified small incision for benign tumors of different planes. **Methods** A total of 86 patients with benign tumors in the superficial lobe of the parotid gland who underwent resection and were admitted to the author's hospital from June 2021 to March 2023 were selected. The 32 patients with modified small incision of the corresponding plane according to the plane of the tumor were selected as the observation group, and the 19 patients with tumors in the plane of non-corresponding planes were selected as the control group 1, and the intraoperative and postoperative indexes, complications, and recurrence were compared between the two groups of patients. In addition, 35 patients with traditional 'S' incision were used as control group 2, and Visual Analog Scale (VAS) at 10 days postoperatively, Patient and Observer ScarassMentScale (POSAS) scores at 3 months postoperatively, and aesthetic satisfaction evaluations at 6 months postoperatively were recorded for both groups. **Results** Surgery was successfully completed in 86 patients. The observation group had less operation time, intraoperative bleeding and postoperative drainage than the control group 1, with statistical differences ($P < 0.05$), the total incidence of postoperative complications was lower in the observation group than in the control group 1, with statistically significant differences ($P < 0.05$). At 6 months after surgery, there was no statistical difference in observation group and control group 1 recurrence rate ($P > 0.05$). At 10 days postoperatively, the VAS score of the observation group was higher than that of the control group 2, with statistically significant differences ($P < 0.05$). At 3 months postoperatively, the POSAS score was higher than that of control group 2 ($P < 0.05$). At 6 months postoperatively, the postoperative aesthetic satisfaction evaluation of the observation group was higher than that of control group 2, and the

difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Screening benign tumors at different levels in the superficial lobe region of the parotid gland and resecting them using modified small incisions at the level where they are located is feasible and safe, with shorter operation time, fewer complications, faster recovery of the incision, and better cosmetic results; at the same time, it is proposed to design the incision based on the "trichotomy" of the superficial lobe of the parotid gland, which provides clinicians with certain reference ideas in the operation of parotid tumors. At the same time, the design of incision according to the "trichotomy" of the superficial lobe of the parotid gland is proposed, which provides clinicians with more flexible design ideas for small incision in parotid tumor surgery.

Key words: benign parotid tumor; superficial lobe of parotid gland; different plane; improved small incision; application effect

腮腺肿瘤中70%~80%是良性肿瘤,多位于浅叶^[1]。以往腮腺肿瘤切除术中手术切口常规采用Blair "S"形切口,虽视野暴露好,不易损伤面神经^[2],但手术切口过长,尽管切口瘢痕会随着时间的推移而逐渐消退,最终愈合良好,但愈合可能需要数月或数年,在创面较大、局部活动度较大及切口张力过大等情况下可能会造成增生性瘢痕及瘢痕疙瘩^[3-4],这样严重影响面颈部美观,降低了患者的满意度。近些年,由于腮腺浅叶肿瘤往往发现较早,切除时肿瘤较小,同时为了达到更美观的术后效果,因此临床医生对于切口的设计开始从传统的"S"形切口向各类改良小切口转变,其中应有较多的有耳屏前切口^[5]、耳周"V"形切口^[6-7]、耳后切口^[8]及耳后发际切口^[9-10]等。由于腮腺位于两侧耳垂的前下方,呈倒立锥体形,其浅叶在侧面部投影范围相对较广,而一定大小的腮腺肿瘤可能仅限于腮腺浅叶的某一区域,如果不根据腮腺肿瘤所在区域选择相应改良小切口,则容易造成手术难度增加,手术时间较长,面神经损伤等问题^[11]。因此,本研究则根据腮腺浅叶在体表投影范围,将腮腺从上至下分为上、中、下三个平面,根据瘤体中心所在平面不同,选择相应平面的改良小切口将肿瘤切除并进行观察,以期达到手术时间更短,产生并发症更少,切口恢复更快,切口愈合更美观等临床效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料:本研究回顾分析了2021年6月-2023年3月收治的86例腮腺浅叶良性肿瘤患者,将32例根据肿瘤所在不同平面而选择对应平面的改良小切口患者作为观察组,将19例肿瘤切口所在平面为非对应平面改良小切口作为对照1组,比较两组患者术中及术后指标,并发症

及复发情况。此外,将35例传统"S"切口患者作为对照2组,比较两组视觉模拟评分、POSAS评分以及患者审美满意度评价。观察组32例,其中男18例,女14例;年龄40~68岁,平均(52.06±2.98)岁;肿瘤直径1.14~2.98 cm,平均直径(2.07±0.62) cm;病程1~6年,平均病程(4.68±1.02)年;瘤体中心所在部位:上部10例,中部14例,下部8例。对照1组有19例,其中男10例,女9例;年龄38~70岁,平均(51.44±2.60)岁;肿瘤直径1.22~3.00 cm,平均直径(1.98±0.68) cm;病程1~7年,平均病程(4.32±1.15)年;瘤体中心所在部位:上部5例,中部8例,下部6例。对照2组有35例,其中男19例,女16例;年龄39~72岁,平均(52.37±2.09)岁;肿瘤直径1.25~3.18 cm,平均直径(2.15±0.23) cm;病程1~6年,平均病程(4.02±0.81)年;瘤体中心所在部位:上部9例,中部15例,下部11例。三组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得医院伦理委员会审核批准。见表1。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准:①年龄30~80岁;②术前行CT或MRI检查确定肿瘤均位于腮腺浅叶;③术中、术后病理诊断确诊为腮腺良性肿瘤;④肿瘤直径≤3.0 cm;⑤患者及家属均知晓本研究并签署知情同意书^[12]。

1.2.2 排除标准:①合并恶性肿瘤、严重脏器功能病变;②合并精神疾病及难以配合沟通者;③临床资料缺失或不全者;④排斥参与研究者^[13]。

1.3 手术方法:所有患者均采用全身麻醉,取健侧卧位,确保患侧腮腺朝上。

1.3.1 观察组:①上部肿瘤:手术切口选择在耳前区域的耳屏边缘,起点可至发际线边缘,止于外耳道切迹水平

表1 三组一般资料及肿瘤特征比较

[$\bar{x} \pm s$, 例(%)]

| 组别 | 例数 | 年龄/岁 | 性别(男/女) | 肿瘤直径/cm | 病程/年 | 瘤体中心所在部位 (上部/中部/下部) |
|----------------|----|------------|---------|-----------|-----------|------------------------|
| 观察组 | 32 | 52.06±2.98 | 18/14 | 2.07±0.62 | 4.68±1.02 | 10/14/8 |
| 对照1组 | 19 | 51.44±2.60 | 10/9 | 1.98±0.68 | 4.32±1.15 | 5/8/6 |
| 对照2组 | 35 | 52.37±2.09 | 19/16 | 2.15±0.23 | 4.02±0.81 | 9/15/11 |
| $t/\chi^2/Z$ 值 | | 0.348 | 0.067 | 0.102 | 0.511 | 0.216 |
| P 值 | | 0.533 | 0.369 | 0.722 | 0.408 | 0.303 |

面, 根据肿瘤大小可延长至耳垂, 一般长度为3.0~4.0 cm (见图1B), 于腮腺筋膜浅面翻瓣, 显露肿瘤表面筋膜, 切除包括肿瘤及周围约5~10 mm腮腺组织, 放置引流管后关闭创面, 术后3~5 d拔除引流管, 术后7 d左右拆线。②中部肿瘤: 手术切口从耳前区域的耳屏开始, 起点在外耳道切记水平面以下, 沿着皮纹方向向下至耳垂, 绕过耳垂向上沿耳后沟方向, 止于外耳道切记水平面以下, 形成中部“V”形切口 (见图1C)。将皮瓣向前、下、后向上提起, 暴露腮腺和胸锁乳突肌前缘, 将耳垂从腮腺筋膜上分离, 暴露腮腺与胸锁乳突肌之间的面神经总干, 仔细分离面神经相关分支, 并将肿瘤完整切除, 切除边缘包括肿瘤周围约5~10 mm腮腺组织, 放置引流管后关闭创面, 术后3~5 d拔除引流管, 术后7 d左右拆线。③下部肿瘤: 手术切口设计为耳后沟切口, 切口起点在耳垂下方, 手术切口围绕乳突间于耳后走行, 顺皮纹方向设计弧形切口, 根据肿瘤大小选择合适长度, 一般长度为4.0~5.5 cm (见图1D), 于腮腺后缘和胸锁乳突肌前缘深面对面神经分支进行分离, 并将肿瘤及其周围5~10 mm腮腺组织进行完整切除, 放置引流管后关闭创面, 术后3~5 d拔除引流管, 术后7 d左右拆线。

1.3.2 对照1组: 手术切口仍选择以上改良小切口, 切口选择并非对应相应平面肿瘤, 切口以耳前-耳后“V”形切口居多。

1.3.3 对照2组: 手术切口设计是从耳屏前方垂直向下, 并于下颌骨升支后缘绕下颌角向前, 平行于下颌角下缘约2 cm向前延伸, 形成传统的“S”形切口。切开皮肤、皮下组织, 将腮腺咬肌筋膜浅面翻瓣至咬肌表面, 充分暴露腮腺前缘、上下缘, 找到腮腺导管和面神经上下颊支, 沿所需面神经分支表面剥离腮腺浅叶及肿瘤。余操作同观察组。

1.4 观察指标

1.4.1 围术期指标: 包括手术时间、术中出血量、引流量、住院时间及创面愈合时间。

1.4.2 术后并发症发生率: 包括面瘫、Frey综合征、腮痿、耳麻麻木。

1.4.3 切口美观程度: 采用视觉模拟评分量表 (VAS) 从血液供应、色素沉着、可接受性、观察者的舒适度、轮廓等方面进行评分, 总分1~100分, 评分越高表示切口瘢痕接受度越差^[14]; POSAS包含患者评价量表 (Patient Scar Assessment Scale, PSAS) 和观察者评价量表 (Observer Scar Assessment Scale, OSAS) 两个量表, PSAS包含瘢痕规则性、柔韧性、厚度、色泽、瘙痒和疼痛6个指标, 总分6~60分, OSAS包含瘢痕柔软度、厚度、凹凸度、色泽、色素沉着5个指标, 总分5~50份, PSAS、OSAS评分越高表示瘢痕外观越差^[15]。分别记录术后3个月、6个月两组VAS评分、POSAS评分。

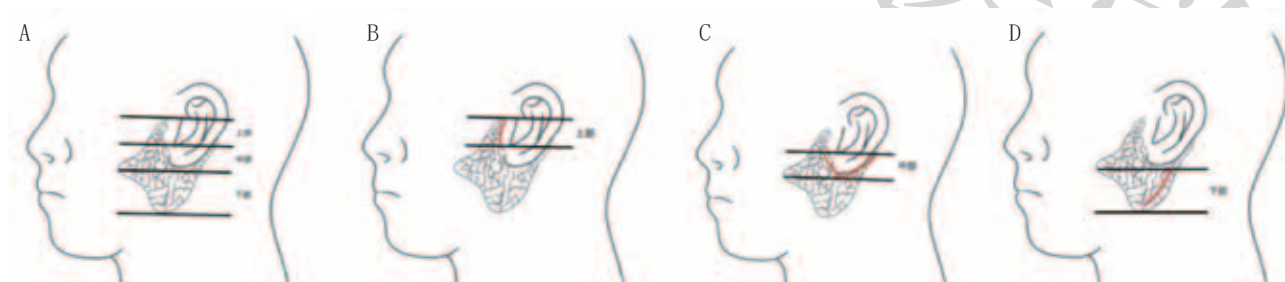
1.4.4 患者术后切口满意度: 患者术后6个月填写医院自制术后切口美观满意度评分问卷, ≥ 90 分为非常满意, 70~90分为比较满意, 60~70分为满意, < 60 分为不满意。评估两组患者术后美观满意度。

1.4.5 复发: 随访两组术后6个月肿瘤是否复发。

1.5 统计学分析: 使用SPSS 25.0进行数据分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较行 t 检验; 计数资料以 $[n (\%)]$ 表示, 组间比较行 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术期指标比较: 观察组手术时间、术中出血量、术后引流量、住院时间及并发症总发生率均较对照1组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组住院时间与创面愈合时间与对照1组比较, 差异无统计学意义。见表2。



注: A. 根据腮腺浅叶的体表投影将其分为上、中、下三部分; B. 位于上部的肿瘤选择设计耳屏前切口; C. 位于中部的肿瘤选择设计耳前-耳后“V”形切口; D. 位于下部的肿瘤选择设计耳后改良切口

图1 不同平面改良切口的选择

表2 两组患者围手术期指标比较

| 组别 | 手术时间/min | 术中出血量/ml | 引流量/ml | 住院时间/d | 创面愈合时间/d |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组 (n=32) | 70.00±8.98 | 36.93±4.46 | 35.00±4.45 | 6.90±0.78 | 10.21±1.28 |
| 对照1组 (n=19) | 101.25±9.93 | 58.58±6.76 | 58.41±2.23 | 7.08±1.08 | 11.09±2.01 |
| t值 | 9.089 | 10.260 | 9.186 | 1.640 | 1.502 |
| P值 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | 0.112 | 0.115 |

($\bar{x} \pm s$)

2.2 术后并发症总发生率比较：观察组并发症总发生率较对照组1低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表3。

| 组别 | 暂时性面瘫 | Frey综合征 | 腮痿 | 暂时性耳周麻木 | 术区凹陷 | 总发生率 |
|--------------|-------|---------|----|---------|------|-------|
| 观察组 (n=32) | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 12.50 |
| 对照组1组 (n=19) | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 42.11 |
| t值 | | | | | | 5.807 |
| P值 | | | | | | 0.016 |

2.3 复发率：术后6个月，两组患者复查均未见肿瘤复发率均为0.00%，差异无统计学意义。

2.4 术后VAS、POSAS评分比较：与对照2组相比，观察组术后3个月的VAS评分、POSAS评分、OSAS评分均较对照2组低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表4。

| 组别 | VAS评分 | PSAS评分 | OSAS评分 |
|-------------|--------------|--------------|-------------|
| 观察组 (n=32) | 23.45 ± 0.63 | 8.82 ± 1.38 | 7.15 ± 1.12 |
| 对照2组 (n=35) | 45.19 ± 1.25 | 12.57 ± 2.62 | 9.06 ± 2.36 |
| t值 | 5.374 | 3.394 | 6.081 |
| P值 | 0.001 | <0.001 | <0.001 |

2.5 术后患者切口美观满意度比较：术后6个月，观察组术后切口美观满意度优于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

| 组别 | 非常满意 | 比较满意 | 满意 | 不满意 | 总满意 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 观察组 (n=32) | 18 (56.25) | 8 (25.00) | 3 (9.37) | 3 (9.37) | 29 (90.62) |
| 对照2组 (n=35) | 2 (5.71) | 10 (28.57) | 10 (28.57) | 13 (37.14) | 22 (62.86) |
| χ^2 值 | | | | | 7.091 |
| P值 | | | | | 0.008 |

2.6 典型病例：某男，48岁，诊断为右侧腮腺多形性腺瘤，行右侧腮腺肿瘤扩大切除术+右侧腮腺浅叶部分切除术+面神经解剖术，切口耳前切口，切口较小且顺皮纹方向，右侧腮腺区较健侧略凹陷，术后随访无并发症，术后3个月随访瘢痕不明显。见图2。

3 讨论

一般来说，传统的Blair切口被认为是治疗腮腺浅叶良性肿瘤的标准入路^[16]。由于腮腺良性肿瘤通常位于腮腺浅叶，现在通常可以早发现早治疗，因此近年来腮腺部位大型良性肿瘤逐渐少见^[17]，且随着人们审美意识的提高，腮腺肿瘤患者对术后的美观效果要求越来越高，因此临床医生对腮腺肿瘤手术切口的设计趋向于更加隐蔽的改良小切口^[18]，其中以耳前-耳后“V”形切口设计居多。但针对位



注：A. 肿瘤直径约17.30 mm；B. 设计耳屏前切口；C. 暴露面神经；D. 缝合切口即刻，术后引流

图2 观察组典型病例手术前后

于腮腺前缘或下级的肿瘤，如果单一的选择用“V”形入路则可能增加腮腺前缘及下级的暴露难度，从而使面神经分支起始部位的暴露变得相对复杂，对面神经的解剖技术要求较高^[19]；同时由于腮腺周围筋膜下皮瓣厚且不灵活，容易因过度牵拉切口造成软组织损伤及延长手术时间^[20]，若过度延长切口则不可避免地造成较明显的瘢痕，影响术后美观效果^[21]。因此单一的选择改良小切口不足以形成有效的操作空间及肿瘤、面神经的显露，使用哪种改良切口仍需要根据腮腺所在位置来决定，腮腺肿瘤的位置是改良小切口选择设计的一个重要因素。

日本的Fumihiko Matsumoto医生曾报道根据肿瘤所在位置将腮腺浅叶分为A、S、M、I四区，仅采用了改良面部提升术切口切除腮腺浅叶良性肿瘤，但对于位于前侧及上部的肿瘤，仍需扩大切口^[22]；Ahn D等^[23]同样根据肿瘤所在位置，分别采用了改良面部提升切口、耳后发际切口及耳前-耳后切口进行切除，术后效果确切。在此基础上，本研究选取腮腺浅叶直径为3.0 cm及以下的良性肿瘤作为研究对象，根据瘤体中心所在平面不同，将腮腺从上至下分为上、中、下3个平面，其中观察组中位于上部的肿瘤设计耳屏前小切口，位于中部的肿瘤设计耳前-耳后“V”形切口，位于下部的肿瘤设计耳后改良切口，同时将未根据肿瘤所在平面设计对应切口者设为对照1组，结果显示，观察组较对照1组手术时间、术中出血量及术后引流量少，差异有统计学意义；观察组术后并发症总发生率低于对照1组，其中面神经、耳周神经损伤的发生率明显低于对照1组。本研究上、中、下部位设计的切口长度较以往文献报道更加短小，为了观察其术后美观效果，将笔者医院传统“S”切口患者作为对照2组，发现观察组术后VAS、POSAS评分均高于对照2组，差异具有统计学意义；观察组术后切口愈合患

者满意度评价明显高于对照2组。

综上所述,根据肿瘤所在腮腺浅叶平面的不同设计了对应平面的个性化改良切口,在保证其美学效果的同时,可以有效切除肿瘤,缩短手术时间,减轻软组织损伤,减轻面神经、耳周神经的损伤等术后并发症的发生,可供临床参考。然而,本研究也存在一定的局限性。首先,此研究为单中心研究,样本量相对较小,观察指标有限,可能影响结果的普适性。其次,研究的随访时间仅为6个月,长期疗效和安全性尚需进一步验证。

[参考文献]

- [1]卢环,曾君,王俊,等.多模态影像-超声弹性成像联合弥散加权成像对腮腺肿瘤良恶性的鉴别诊断价值[J].江苏医药,2024,50(7):687-689.
- [2]朱宇梦,傅涛,刘雁鸣.腮腺肿瘤手术方法研究进展[J].中华口腔医学杂志,2021,5(9):933-938.
- [3]Kim D Y, Park G C, Cho Y W, et al. Partial superficial parotidectomy via retroauricular hairline incision[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014,7(2):119-122.
- [4]林岗.小切口手术与传统甲状腺手术在甲状腺肿瘤中的应用[J].中外医学研究,2022,22:130-133.
- [5]骆书文,全春实,马欣.耳屏切口切除耳前腮腺良性肿瘤后应用拱顶石腮腺筋膜瓣修复组织缺损的疗效观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2023,37(05):460-463.
- [6]王琴,张亮,刘业海,等.“V”形切口在腮腺良性肿瘤手术中的应用效果[J].安徽医学,2022,43(7):796-799.
- [7]Jo M G, Lee D J, Cha W. A modified V-shaped incision combined with superficial musculo-aponeurotic system flap for parotidectomy[J]. Acta Otolaryngol, 2019,139(2):178-183.
- [8]Li J S, Chen W L, Zhang D M, et al. Extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of the parotid gland through minimal preauricular and retroauricular incisions in children[J]. J Craniofac Surg, 2012,23(3):661-663.
- [9]刘志锋,江青山,李明,等.腔镜下耳后发际线径路面神经顺行解剖后腮腺良性肿瘤切除术的临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2023,29(06):86-88.
- [10]吴平安,陆钊群,关亚峰,等.改良耳后发际切口在腮腺浅叶肿瘤切除术中的应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,52(12):905-908.
- [11]Ahn D, Sohn J H, Lee G J. Feasibility of a new V-shaped incision for parotidectomy: a preliminary report[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2018,56(5):406-410.
- [12]郭优盛,藕小平,芮建功,等.“V”形隐蔽切口与局段S形切口SP手术治疗腮腺良性肿瘤的疗效及安全性[J].浙江创伤外科,2023,28(4):705-708.
- [13]冯坤,王东,夏晨.耳前大S形切口在腮腺浅叶良性肿瘤切除术中的应用及美学效果观察[J].中国美容医学,2023,32(3):49-52.
- [14]谭志,陈俊伟,翁其彪,等.高压氧联合超声波对病理性瘢痕早期干预的疗效观察[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2020,27(5):589-593.
- [15]李秀丽,王峻岭,张桂珍,等.脱细胞异体真皮在腋臭术后创面修复中的应用[J].中国美容医学,2021,30(8):32-35.
- [16]Patel S G. Editorial on superficial or partial superficial parotidectomy for the treatment of primary benign parotid tumors[J]. J Surg Oncol, 2020,122(7):1296-1297.
- [17]陈莹化,陈良嗣,罗少宁.腮腺肿瘤手术和切口的变革与研究进展[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,44(4):211-216.
- [18]Zhang Q, Yang Y, Yang P, et al. Cosmetic approach selection in parotidectomy for benign parotid gland tumour according to its location[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2020,73(5):921-926.
- [19]Kuriyama T, Kawata R, Higashino M, et al. Recurrent benign pleomorphic adenoma of the parotid gland: facial nerve identification and risk factors for facial nerve paralysis at re-operation[J]. Auris Nasus Larynx, 2019,46(5):779-784.
- [20]Ruohoaho J, Mäkitie A A, Aro K, et al. Complications after surgery for benign parotid gland neoplasms: A prospective cohort study[J]. Head Neck, 2017,39(1):170-176.
- [21]唐正琪.不同切口下腮腺浅叶肿瘤切除术对患者围术期临床指标、美观性及术后并发症的影响[J].中国耳鼻咽喉科杂志,2019,19(1):35-38.
- [22]Matsumoto F, Ohba S, Fujimaki M, et al. Efficacy of modified face lift incision for the resection of benign parotid gland tumor located anteriorly or superiorly[J]. Auris Nasus Larynx, 2021,48(5):978-982.
- [23]Ahn D, Lee G J, Sohn J H. Individualized use of facelift, retroauricular hairline, and v-shaped incisions for parotidectomy[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2020,78(12):2339.e1-2339.e8.

[收稿日期]2024-03-04

本文引用格式:赵媛媛,陈园园,郭彦,等.不同平面改良小切口在腮腺浅叶良性肿瘤中的应用效果探讨[J].中国美容医学,2026,35(2):62-66.

· 告作者和读者 ·

本刊邮发代号:52-27。定价39元,月刊,全年468元,每年春秋两季(5月、10月)可在当地邮局征订。为方便读者,错过征订季节者,可与编辑部联系订阅,编辑部地址:西安市新城区新科路1号东兴科技大厦12层,邮编:710043,电话:029-83659967。