

· 临床报道 ·

支撑喉镜下显微手术治疗声带 良性病变的疗效分析

王震, 陈伟东, 张岩, 吕金艳

(中国人民解放军第266医院耳鼻咽喉头颈外科, 河北承德 067000)

摘要: 目的 探讨应用支撑喉镜显微手术治疗声带良性病变的方法和疗效。方法 回顾性分析诊治的158例声带良性病变患者进行支撑喉镜显微手术的临床资料。结果 158例声带良性病变患者,经支撑喉镜喉显微手术治疗,治愈136例,治愈率为86.1%;好转15例,占9.5%,总有效率96%。并发软腭擦伤及黏膜下淤血10例(6.33%)、舌体麻木13例(8.23%),均短期内恢复;上切牙松动5例(3.16%)。所有患者术后随访3个月至1年,无复发。结论 支撑喉镜显微镜术能提供清晰声带图像,能分辨细小病变,切除病变彻底精细,适合于各种声带良性病变切除。但费用高,少数可出现软腭黏膜损伤、舌体麻木等并发症。

关键词: 手术显微镜;支撑喉镜;声带良性病变;显微手术

中图分类号: R767.4

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)04-0314-02

近年来由于嗓音显微手术(phono microsurgery)新的理念和微创技术的普及与应用,改变了以往的喉外科学以切除病灶为主要目的治疗方法,或过分强调保守治疗的观念,形成了以微创化、功能化为主要特征的嗓音显微外科。笔者应用支撑喉镜显微镜手术切除声带良性病变如声带息肉、任克氏水肿、声带囊肿、乳头状瘤及声带小结等158例,效果满意,现将临床资料分析总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

2004年10月~2010年10月收治的158例声带良性病变患者进行了手术治疗,其中男112例,占71%;女46例,占29%。年龄14~70岁,平均年龄46岁。其中声带息肉101例,占63.92%;任克氏水肿11例,占6.96%;声带囊肿15例,占9.49%;乳头状瘤8例,占5.06%及声带小结23例,占14.56%。以上病变均被术后病理检查证实。病程3个月至4年,平均10个月。主要临床

表现均有不同程度的声音嘶哑、音调变粗或低沉,较大的声带息肉有不同程度的憋气感。

1.2 手术方法

所有患者均住院全麻下手术治疗,经支撑喉镜显微镜下切除病变。先经口插入支撑喉镜,沿气管插管之上滑行,暴露声门后联合区后即可上护胸板及支撑架,旋紧加力固定,充分暴露声门区后,再上Müller FS 3-23型手术显微镜,焦距物镜>400 mm,6~10倍放大后,可分辨正常黏膜及病变界限。部分声门前联合区暴露不清的,由助手外压喉头,一般都能暴露满足手术要求。对于不同病变采取不同的手术方法,内、外侧微瓣技术用得较多,总的原则是尽量保留病变边缘正常黏膜,不伤及黏膜下固有层。孤立带蒂的息肉,直接钳夹牵拉,暴露蒂部,沿基地边缘黏膜用剪刀或镰状刀切除。对于声带囊肿,采用外或内侧微瓣切口后,尽量分离出完整囊肿,或用负压吸出。任克氏水肿面积较大,采用微瓣切开后,尽量保留表面黏膜,将黏液钳夹或吸出,将表面黏膜多余部分剪除,然后复位覆盖创面,用盐水或肾上腺素棉球压迫数分钟,使表面平整。本组8例乳头状瘤,均为孤立基底较细者,用喉钳牵引后,沿基底周围边缘正常黏膜2 mm左右切除。病变切除后,创面如渗血多,则用肾上腺素棉球直接

作者简介:王震,男,主任医师。
通讯作者:王震,Email:wangz66@yahoo.com.cn.

压迫止血。极少数用双极电凝止血。

对于声带黏膜创面小的病例,一般不主张术后禁声,创面大者术后禁声5~7 d,常规给予抗生素加激素静脉滴注3 d,布地奈德混悬液雾化吸入,2 mg,2次/d,连用5 d。一般2周、1个月及3个月复查,部分病例随访时间为1年或更长,纤维喉镜观察手术创面愈合情况及评价发音状态。

1.3 疗效评定

治愈:声嘶消失,发音恢复正常,或恢复到患病之前状态;声带表面光滑、平整,声带色泽恢复正常,声门闭合好。好转:声嘶消失或明显好转,声带略肥厚,声门闭合正常或声门闭合欠佳。无效:声嘶未减轻,声带表面有残余病变。

2 结果

所有病例如期完成手术,临床诊断均经过术后病理检查证实,术后随访3个月至1年。治愈136例,好转15例,总有效率96%,术后纤维喉镜检查无复发,发音恢复正常。术后患者出现不同程度的不良反应,其中软腭擦伤及黏膜下淤血10例,7~10 d内恢复正常;舌体麻木13例,应用神经营养剂等,5~14 d恢复;上切牙松动5例。本组无效7例,占4.4%。

3 讨论

声带良性病变的手术方法繁多,间接喉镜法、支撑喉镜肉眼手术或用内镜监视器下手术,有冷切除,还有用激光、微波、射频等“热切除”。目前常用的声带良性病变的微创手术,效果确切的方法有纤维喉镜(电子喉镜)手术和喉显微手术,前者经纤维喉镜吸引侧孔进入活检喉钳切除声带病变;而后者在手术显微镜下通过支撑喉镜,用显微喉手术器械切除声带病变。间接喉镜和喉钳施行声带手术由于操作困难,不符合微创手术原则,有可能对声带造成损伤,不宜继续采用^[1],此方法更因为显微嗓音外科的兴起而遭淘汰。手术的精细程度,支撑喉镜显微手术效果会更好,应根据具体情况进行选择。

全麻支撑喉镜显微镜下手术提供了一个稳

定不动的、放大的、立体的、外展位声带图像,双目观察、双手操作,使手术更加精细。手术视野清楚,能分辨声带细小病变,手术时间无明显限制,切除病变范围更彻底^[2-3],适合于各种声带良性病变切除,特别适用于巨大型及广基型息肉,或声带弥漫性任克氏水肿者。有学者认为,对于声带复杂型息肉(基底大于0.3 cm、基底边界不清晰息肉、前联合息肉)建议采用全麻支撑喉镜下更精细微创手术^[4]。支撑喉镜暴露清楚,可双手操作,但手术创伤大,并发症较多,实施全麻,费用昂贵^[5]。部分患者可出现软腭擦伤、舌下神经麻痹、上牙松动等并发症^[6-7]。

当今社会对于声带良性病变术后的发音质量要求越来越高。所以只要无支撑喉镜手术的禁忌症如严重的颈椎病等,经济状况允许,均应考虑全麻支撑喉镜显微手术,其精细程度是任何其他方法不能比拟的。至于支撑喉镜所引起的并发症,大多与肌肉的松弛度有关,也就是肌松药应用的问题,通过麻醉师的配合,应该不难解决。患者也可以在门诊纤维喉镜下手术,但手术的精细程度和效果不如全麻支撑喉镜显微手术。

参考文献:

- [1] 郭志祥,王荣光,杨伟炎. 咽喉疾病与嗓音外科学[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(4):193-194.
- [2] 于敏,李玉杰,赵春红. 声带良性增生性病变两种手术方式的综合诊治[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2009,17(3):172-173.
- [3] 张小伯. 发声显微外科的发展与临床应用[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(4):253-256.
- [4] 朱洪源,陈敏芬,吴国民,等. 声带息肉的两种手术方法治疗疗效对比分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(2):129-131.
- [5] 陈东,王珮华,汪涛. 纤维喉镜下广基声带息肉的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(2):152-153.
- [6] 马连山,董文会,李学昌,等. 支撑喉镜声带息肉切除术后并发舌下神经麻痹[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(5):323.
- [7] 黄员福,李建美,薛梅. 显微支撑喉镜声带息肉切除术后并发舌下神经麻痹1例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(9):425.

(修回日期:2012-06-21)