

· 临床报道 ·

纤维喉镜下微创治疗声带良性病变

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** 探讨纤维喉镜下微创治疗声带良性病变的临床疗效。**方法** 对2004年10月~2010年10月诊治的102例声带良性病变患者表面麻醉下经纤维喉镜微创手术的临床资料进行回顾性分析。**结果** 治愈率为96%, 无手术并发症。所有患者术后随访3个月至1年, 复发3例。**结论** 纤维喉镜调整方向灵活, 操作简单, 可在门诊手术, 费用少。适用于基底细单发声带息肉或不能耐受全麻及声门暴露困难者。但纤维喉镜钳取组织少, 钳取质地较硬的声带息肉及小结容易滑脱, 而基底宽的较大息肉难以一次切除。

关键词: 纤维喉镜; 声带良性病变; 微创手术

中图分类号: R766.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)06-0478-02

纤维喉镜下切除声带息肉及小结属微创手术, 如手术适应证选择得当, 能达到接近于在显微镜下经支撑喉镜手术的效果。2004年10月~2010年10月, 笔者通过纤维喉镜用纤维喉镜钳切除声带良性病变如声带息肉及声带小结102例, 均取得了满意效果, 现将其临床资料分析总结如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

102例声带良性病变患者中男65例, 女37例; 年龄14~62岁, 平均年龄38岁。病程2个月至5年, 平均6个月。患者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。102例患者中声带息肉84例, 其中广基或多发性息肉12例, 余均为基底窄或细蒂息肉; 声带小结18例。以上病变均被术后病理检查证实。

1.2 手术方法

所有患者均应用Olympus ENF-T3型纤维喉镜及在录像系统监视器下操作。102例中27例住院治疗, 余均门诊手术, 采用表面麻醉, 一般不需禁食禁水, 取仰卧位, 术前30 min

根据体重肌肉注射阿托品0.3~0.5 mg, 先用1%麻黄碱喷鼻2次, 使鼻黏膜收缩。1%丁卡因行鼻腔、下咽和喉腔喷雾2~3次及通过纤维喉镜吸引侧孔向声带表面滴入1次, 1%丁卡因用量掌握在5 ml之内。一般从病变对侧鼻腔进镜, 除非鼻腔狭窄影响进镜。术者持纤维喉镜在录像系统监视器下进入喉腔, 由助手从吸引侧孔插入纤维喉镜达声带病变部位, 张开钳口与声带平行或垂直, 夹住息肉基底部稍上提, 观察未损伤声带肌层后收紧钳口, 瞬间快速外拉喉镜摘除息肉, 对于息肉较大者或残留者可再次摘除, 创面渗血较多影响操作时, 调整镜体吸净血液及分泌物, 或经吸引侧孔滴入1%麻黄碱, 止血后再手术。手术切除的范围应严格掌握宁少勿多的原则。术后使用抗生素、口服类固醇激素及常规布地奈德混悬液雾化吸入。术后一般不禁声, 可适当讲话, 对于创面较大或双侧手术者需禁声1周。术后定期复查, 至少术后1个月、3个月做纤维喉镜复查。

1.3 疗效评定

治愈: 声嘶消失, 发音功能恢复正常, 或恢复到患病之前状态; 检查病变组织消失, 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

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

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。治愈率(治愈+好转)为96%(97/102),无声带损伤等手术并发症,复发3例,均为广基或多发声带息肉。

3 讨论

声带良性病变的手术方法繁多,间接喉镜法、支撑喉镜肉眼下手术或内镜监视器下手术,有冷切除,有激光、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。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。

纤维喉镜镜体可以弯曲,可根据息肉部位调整方向,对周围组织黏膜刺激小,视野清楚,且电视屏幕有放大作用,故病变显示清楚,定位准确安全,患者痛苦小。因表面麻醉时间有限,最好10 min内结束手术。对于较大息肉或广基息肉,或创面渗血多影响视野者,或咽喉反射恢复不能继续手术者,可于1周后再重复手术。对于带蒂或基底窄的息肉、质地较软的水肿型息肉,则钳夹切除;而纤维型息肉或小结较硬,有时不易钳夹,需要耐心和技巧。为避免损伤黏膜下固有层,本着宁浅勿深的原则,即使日后复发还可以重复手术,一旦伤及浅固有层以下组织,就有可能形成缺损或瘢痕,影响发声质量。

有学者认为不同的息肉要选择不同的手术方式,对于简单型息肉(有蒂小息肉,基底小于

0.3 cm、边界清晰息肉),在电子喉镜下手术能达到与支撑喉镜相同的治疗效果,并且还有简便易行、节约费用、避免全麻住院等优点。但是,由于活检钳相对较小,每次钳取组织较少,对于广基息肉往往需多次钳取,分次钳取的组织深度存在差异;息肉的出血也会影响镜面的清晰度,影响术者对残余病变组织的准确判断^[2]。纤维喉镜操作准确精细,细小的病变或带蒂的病变完全可以在内镜下用活检钳直接摘除,但配套活检钳开口有限,对广基或较韧的息肉常无法彻底摘除^[3];对于张口受限、颈短、肥胖、声门暴露困难、上牙松动、或不能耐受全麻插管的老年患者及颈椎病患者可应用此方法。对于质地较硬的小结钳夹时容易滑脱,而对于基底宽的较大息肉,由于钳口较小,难以一次切除,对于表面麻醉较短的有效时间及患者的耐受性来说,完全地切除病变又不损伤周围正常黏膜,是很困难的^[4]。

笔者认为,经纤维喉镜切除声带息肉及小结属于微创手术,如手术适应证选择得当,也能达到接近于在显微镜下经支撑喉镜手术的效果,且手术并发症少见,所需费用远较全麻经支撑喉镜显微镜手术费用低。但是手术适应证范围以及精细程度与后者是不能比拟的。

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] 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.
- [3] 陈东,王华,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.
- [4] 韩勇,王家顺,李小兰,等. 电子喉镜下声带良性增生性病变的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(2):143-144.

(修回日期:2012-06-21)