

· 临床报道 ·

钬激光治疗早期声门型喉癌体会

傅敏仪, 叶 飞, 黄桂球

(中山市人民医院 耳鼻咽喉头颈外科, 广东 中山 528400)

摘 要: **目的** 探讨钬激光治疗早期声门型喉癌的安全性、可行性及治疗效果。**方法** 回顾性分析显微支撑喉镜下钬激光手术治疗的16例早期声门型喉癌患者的临床资料并对其术后并发症、局部复发情况进行随访。**结果** 16例患者钬激光术后局部复发3例,通过再次手术或钬激光治疗达到局部控制,1例患者颈部淋巴结转移拒绝手术行放射治疗,局部未控并出现肺转移,后失访。**结论** 钬激光治疗早期声门型喉癌安全,损伤少,但是也存在一定的缺点。对于T2及累及前联合病变存在一定风险及局限性,需要配合术中取切缘行快速切片病理检查,及操作者对钬激光切割深度的掌握来减少肿瘤局部复发,术后应严密随访。

关 键 词: 钬激光;早期声门型喉癌;显微支撑喉镜

中图分类号: R739.65

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)06-0482-02

早期声门型喉癌是指位于声门区的T1、T2病变且无颈部淋巴结转移的病例,治疗方式有放射治疗、开放手术治疗及支撑喉镜下激光治疗。从术后发声质量、出现并发症次数及严重程度来比较,激光手术均优于前两者^[1]。中山市人民医院耳鼻咽喉科2008年12月~2010年12月使用钬激光在显微支撑喉镜下治疗早期声门癌16例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

早期声门型喉癌患者16例,均为男性,年龄50~75岁,平均年龄62岁;均以声嘶为主诉,治疗前均经过全身体格检查、电子喉镜及喉部CT检查。根据国际抗癌协会(UICC)临床分类分期标准(2002年),其中T1N0M0 12例,T2N0M0 4例。最后病理确诊高分化鳞癌8例,中分化鳞癌6例,低分化鳞癌2例。

1.2 治疗方法

所有患者均在全身麻醉气管插管下手术,患者仰卧,常规消毒铺巾,使用中号支撑喉镜挑高会厌,暴露喉部肿瘤,一手持吸引器,一手

持通过细金属管引导的激光光纤,将激光引导光点置于肿瘤边缘外3 mm处,激光切除肿瘤。如肿瘤位于一侧声带后1/3接近声带突,则使用支撑喉镜将气管插管挑高,暴露后段声带进行激光切割。由于激光切割过程中会在切割面的下方形成炭化层,导致炭化层以下组织难以再被切割,用生理盐水棉球将炭化层剥离,继续使用钬激光对下方组织进行切割气化直到安全深度。术后在切缘四周及基底部切取组织送快速切片病理活检,如为阴性手术结束,如为阳性继续以钬激光扩大切缘,直到切缘阴性为止。手术后使用抗生素及雾化吸入等处理。

2 结果

16例患者术后无一例出现麻醉气体燃烧及喉部水肿等并发症,均无需行气管切开,留置胃管等治疗。术后前3个月内,每月行电子喉镜检查,术后3个月至1年,每2~3个月行电子喉镜检查。1年后6个月随诊1次,行常规颈部检查及电子喉镜、颈部CT等检查。术后所有患者均伴有不同程度声嘶,一般在术后3~6个月声嘶逐渐好转。手术后喉镜发现白膜覆盖喉部伤口,术后2周白膜消失,术后

作者简介:傅敏仪,女,副主任医师。
通讯作者:傅敏仪,Email: minniefu@tom.com.

3个月喉部形态逐渐修复,声嘶逐渐好转。其中随访3年以上患者2例,未发现局部肿瘤复发及全身转移。随访2年以上5例,复发2例,1例为T1患者,术后6个月喉室处复发,行半喉切除,术后随诊1年8个月,未见肿瘤复发;1例为T2患者,术后3个月声门下复发,行会厌固定术(CHEP)手术,术后半年发现颈前食管旁淋巴结转移,又行放射治疗,但肿瘤未控并出现肺转移,后行化疗和生物治疗,随访2年后失访。随访1年以上9例,术后3个月前联合处复发1例,再次行钬激光手术,术后随访1年6个月,未见肿瘤复发。

3 讨论

钬激光是以稀有金属钬为激发介质的固态脉冲式激光,波长为2 100 nm,钬激光为高能脉冲式固体激光,属不可见光,其被人体组织的水分强烈吸收,对人体组织有切割、切除及气化、热凝的功能,并根据需要调节输出功率,光纤传输易于操作^[2]。近几年笔者使用钬激光治疗喉癌前病变与声带T1a病变,并取得了满意的效果,现将适应证拓展,用于治疗早期声门型喉癌,有部分患者经过钬激光治疗以后复发。在手术开展早期,因选择病例比较严格,2例患者随访3年以上未见肿瘤复发,此2例患者均为T1声带癌,肿瘤局限在一侧声带前中段,未侵及前联合,且支撑喉镜暴露声门极佳。复发的T2患者,均未行术中手术切缘快速病理检查,由于肿瘤向前联合及声门下浸润,同时术者对钬激光切割深度掌握不理想,局部肿瘤残留所致。T1患者虽已行术中切缘快速病理检查,但由于钬激光热效应较重,基底部切缘组织部分凝固坏死,难以取到凝固层下方的组织,复发原因可能是因为声带基底部肿瘤组织残留,向喉室及声带深部浸润所致。

使用钬激光治疗早期喉癌的优点:①手术创伤少,避免行气管切开,避免打开喉腔,避免甲状软骨坏死,术后没有多痰、肺部感染等并发症,减轻患者的痛苦;②显微镜下操作对病

变边缘分辨较清晰,直接距离肿瘤边缘3 mm切除肿瘤;③钬激光使用光纤传导,将光导纤维稍加屈曲,则可激光束送达前联合、喉室等处,即使喉镜直视下无法暴露的部位,通过对显微镜角度及光纤弧度的调节,仍然可以对前联合和喉室等位置进行处理。

钬激光的缺点:①钬激光热辐射的范围较广,能量高,长时间使用高能量激光进行治疗会造成对侧声带甚至喉腔上皮组织的损伤;②光纤传导,光导纤维较脆弱,易截断,如从根部截断则需要更换,不能再使用,造成手术成本增加;③由于钬激光穿透深度<0.5 mm,切割能力稍弱,切割后组织遗留碳化层,阻碍进一步切割,需要盐水棉球去除炭化层后再切割,延长手术时间。

通过对本组16例患者的总结,笔者体会到:①使用激光手术治疗喉癌,一定要对激光切割深度有很好的掌握,否则造成肿瘤残留复发。只要很好地掌握手术适应证,熟练的操作技术和对钬激光切割深度的掌握,显微支撑喉镜下钬激光切除声门型喉癌可以作为早期声门型喉癌的首选治疗方法之一;②激光手术术后应严密随访,特别是手术后前半年,每月均需要喉镜复查,遇可疑病变要活检确诊,若肿瘤复发则可及时处理,病人要有极好的依从性和经济基础;③声门下有浸润的病人不适宜行支撑喉镜下钬激光手术,可能造成声门下病变的残留及气管旁淋巴结转移;④钬激光治疗喉癌,可以避免气管切开、插胃管等治疗,病人痛苦少,且没有放射治疗后的诸多并发症,不失为早期声门型喉癌的治疗首选。

参考文献:

- [1] Mendenhall WM, Werning JW, Hinerman RW, et al. Management of T1-T2 Glottic Carcinomas[J]. CANCER, 2004, 100(9): 1786-1792.
- [2] 陈婕,王家东. 激光在喉癌治疗中的应用[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(3): 628-630.

(修回日期:2012-05-08)