

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201701019

· 病案报道 ·

# 清醒插管状态下低温等离子消融处理广基 巨大喉室息肉 1 例

冀庆军<sup>1</sup>, 陈岩<sup>1</sup>, 高芳<sup>2</sup>, 李大鹏<sup>1</sup>, 柴伟<sup>1</sup>, 黄辉<sup>1</sup>, 何苗<sup>1</sup>, 蒋劲松<sup>1</sup>, 周明朗<sup>1</sup>

(亳州市人民医院 1. 耳鼻咽喉头颈外科; 2. 麻醉科, 安徽 亳州 236800)

中图分类号: R767.1 文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(1): 81-82]

## 1 病例报告

患者女, 29岁, 因渐进性喉部不适伴呼吸费力1月余而入院。患者于入院前1月余无明显诱因出现咽喉部不适, 偶有声音嘶哑, 无明显呼吸困难、无咳嗽咳痰, 无咳血及吞咽不适等, 未给予重视与治疗, 之后患者逐渐出现呼吸费力、喘气, 前来就诊, 门诊给予电子喉镜检查提示: 右侧喉室可见一巨型暗紫红色肿物, 堵塞大部分声门, 可随呼吸煽动, 喉镜下无法窥清其根蒂部。喉部增强CT提示: 喉室新生物, 强化不明显, 以“喉部肿块查因”收住院, 完善相关检查, 准备在清醒状态下给予直径6.0型气管插管, 在支撑喉镜联合喉内镜可视引导下, 应用等离子刀行肿物切除术。

术中情况: 患者进入手术室后给予咪唑安定2mg, 舒芬太尼10μg, 再给予地卡因口腔黏膜喷雾麻醉, 同时行环甲膜穿刺, 气管内50mg利多卡因麻醉。药物起效后, 嘱患者张嘴, 可视喉镜轻轻植入, 可看见会厌、巨大喉室肿物及部分声门, 选用6.0型气管导管轻轻放入声门口, 退出喉镜固定于23cm处, 接麻醉机, 再给予剩余的全麻药物控制呼吸, 清醒状态插管成功后, 顺利取得全麻效果, 支撑喉镜暴露喉室肿物, 吸引器探查肿物, 见其基底较广, 位于右侧喉室内, 术中采用低温等离子射频消融手术系统(等离子刀切除功率7档, 止血功率3档)切除肿物, 左手持喉肿物抓钳将喉室肿物向中线侧提起, 右手持等离子刀头边切边凝, 从基底部完整切除肿物, 术中快速冰冻提示: 喉室息肉伴上皮增生, 根据术中

冰冻情况, 再次用等离子刀处理基底残留部分, 手术创面暴露, 无需缝合。全麻清醒后拔管, 无需气管切开, 无需鼻饲饮食, 术后应用抗生素及糖皮质激素3d以预防感染及术后喉水肿。术后2d喉镜复查术腔无明显水肿。术后3d出院, 术后病理提示: 喉室息肉伴局部上皮轻度不典型增生, 建议临床随诊。

## 2 讨论

喉部息肉是最常见的喉部良性病变, 男性发病多于女性, 以青壮年多见。息肉好发于声带游离缘前1/3与中1/3交界处, 喉部其他部位(如假声带、喉室、杓状软骨间切迹、小角结节和声门下腔)也可发生, 但发病率低。喉镜下息肉色灰白或淡红色, 偶有呈紫红色, 带长蒂的息肉可随呼吸气流上下活动, 当息肉巨大堵塞声门引起呼吸困难时, 一般建议先行气管切开, 再行喉肿物切除, 必要时行喉裂开切除术<sup>[1-2]</sup>。

巨大喉部息肉给麻醉和手术带来难度, 麻醉诱导时容易出现窒息, 插管不慎容易损伤息肉, 严重者可造成医源性气管异物。为此, 我们联合麻醉医师给予清醒插管, 防止插管失败引起的不良后果, 而且可视情况下不会发生插管时碰伤息肉引起出血或医源性气管异物, 另外患者在静脉麻醉药的作用下无明显插管不适<sup>[4-5]</sup>。

该患者不能按常规临床路径处理, 其病史特点: ①患者喉新生物巨大堵塞大部分声门; ②喉部增强CT未见明显强化; ③患者年轻女性, 美容要求高, 尽量避免切割切开或喉裂开术; ④要求尽量在切除病变的基础上, 保留嗓音功能。基于以上考虑, 笔者在充分术前沟通的基础上, 经麻醉师会诊, 为避免麻醉诱导后出现窒息, 建议给予清醒插管, 同时备气管切

作者简介: 冀庆军, 男, 在读硕士研究生, 主治医师。  
通信作者: 柴伟, Email: jiqingjun083727@163.com

开。气管插管成功后,为避免术中出血,减少创面损伤,采用低温等离子处理喉室新生物基底部。最终该患者完整去除病变,且术后未出现并发症,恢复良好,与其他文献报道结果基本一致<sup>[5-7]</sup>。

低温等离子技术采用频率为100 kHz,射频能量激发出电解质中的离子体,等离子体通过工作刀头能够聚焦于靶组织,通过撞击靶组织的分子键达到低温(40~70℃)分解组织的效果。该技术还可以使得胶原蛋白发生皱缩,在消融的同时还可以起到止血和封闭血管的作用。因此减少了术中出血量,创面伪膜的迅速形成,缩短了术后伤口愈合时间。另外电流不直接流经组织,组织发热极少,对周围组织的损伤很小,减轻了术后伤口的疼痛程度。喉内镜技术的发展给喉部疾病的诊疗带来的优势我们有目共睹,将喉内镜与低温等离子射频消融技术结合,应用于喉部良性肿物的治疗,充分发挥了两者的长处,术后无明显不良反应<sup>[8-15]</sup>。

综上所述,该患者手术的成功,取决于以下技术支持:首先,清醒插管成功避免气管切开;其次,支撑喉镜联合喉内镜充分暴露喉室新生物的宽广基底部;最后,低温等离子刀切除处理喉室病变,操作简单,出血极少,术野清晰,术中损伤小,术后并发症少,术后恢复快。笔者认为,针对喉室广基巨型息肉病例,采用清醒插管状态下低温等离子消融处理具有一定的优势,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1] 廉梅. 支撑喉镜下电动切割器治疗巨大声带息肉18例[J]. 山东医药,2014,8,54(8):99-100.

- [2] 马丽晶,王军,叶京英,等. 声带粘膜上皮病变的临床特征与治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(8):657-661.
- [3] 衡奎,王明玉,朱珊珊,等. 清醒气管插管摆放俯卧位后诱导全身麻醉的研究[J]. 中华实验外科杂志,2015,9,32(81):2022-2023.
- [4] 常华,朱珊珊,衡奎,等. 利多卡因雾化吸入表面麻醉下清醒气管插管在自主摆放手术体位中的应用[J]. 中国基层医药,2015,8,19(12):2916-2918.
- [5] 吴昆漫,李泽卿,陈伟,等. 喉内镜下低温等离子射频治疗声带息肉疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(3):204-207.
- [6] 连军胜,黄顺德,张世能,等. 低温等离子消融处理52例广基型声带息肉疗效观察[J]. 中外医疗,2013,32(28):41-43.
- [7] 胡建道,张建耀,江涛,等. 内镜下微创外科技术在声带疾病的临床应用[J]. 中国微创外科杂志,2010,10(8):697-699.
- [8] 徐晖,闫妍,王景丽,等. 低温等离子射频治疗成人复发性喉乳头状瘤[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(3):231-232.
- [9] 王宝和. 喉乳头状瘤53例临床报道[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(4):227-228.
- [10] 王振华,王殿生,高国鑫. 支撑喉镜联合喉内镜喉部良性肿物切除术30例[J]. 中国实用医药,2014,29(9):110-111.
- [11] 姜义道,万例佳,倪伟. 低温等离子刀在喉部病变手术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(3):280-281.
- [12] 林文斌. 广基性声带息肉实施低温等离子消融治疗的效果探析[J]. 现代诊断与治疗,2015,26(17):3935-3936.
- [13] 徐峰,许晓英. 不同术式治疗广基型声带息肉的临床疗效及术后嗓音功能的对比分析[J]. 中国医学创新,2013,10(22):12-13.
- [14] 何建庭,吴红丽. 支撑喉镜下低温等离子射频消融治疗声带良性病变的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,16(5):395-396.
- [15] 黄少波,廖艳萍,徐志坚,等. 低温等离子消融治疗喉良恶性肿瘤疗效观察[J]. 中外医学研究,2014,12(23):140-141.

(收稿日期:2016-07-14)