

• 临床研究 •

电视纤维喉镜下声带息肉声带小结摘除术 200 例临床观察

黄俊昌, 龙建兰

(四川省南充市第五人民医院 637100)

摘要:目的 探讨电视纤维喉镜下摘除声带息肉、声带小结的临床价值。方法 回顾性分析 200 例声带息肉、声带小结患者采用局部麻醉电视纤维喉镜下摘除的临床资料。结果 200 例均成功摘除声带息肉、声带小结,手术成功率为 100.0%;术后治愈 129 例(64.5%),有效 71 例(35.5%),总有效率为 100.0%。结论 电视纤维喉镜下声带息肉、声带小结摘除,操作方便,创伤小,费用低。配以术者娴熟技巧,手术成功率高,临床疗效满意。

关键词:声带息肉;声带小结;摘除术;电视纤维喉镜

中图分类号:R767.4;R616.2

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)08-0953-02

Clinical observation of 200 cases of removing the polyps or nodules in the vocal cord with television fibrolaryngoscope

HUANG Jun-chang, LONG Jian-lan

(The Fifth People's Hospital of Nanchong City, Nanchong, Sichuan 637100, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical value of removing the polyps and nodules in the vocal cord with television fibrolaryngoscope. **Methods** Medical recordings of 200 cases of removing the polyps or nodules in the vocal cord under local anesthesia with television fibrolaryngoscope were retrospectively analyzed. **Results** The polyps or nodules in the vocal cord of 200 cases were successfully removed. The overall successful rate was 100.0%. There were 129 cases who had fully recovered(64.5%), and 71 cases who had got notable curative effect(35.5%) after treatment. The total effective rate was 100.0%. **Conclusion** This technique of removing the polyps and nodules in the vocal cord with television fibrolaryngoscope, it can minimize those disadvantages of surgical injury and medical expenses, is a simple operation. If the operator thoroughly practices in good skills, the overall successful rate of this operation will be risen by a big margin and the clinical effect will be a satisfactory.

Key words: polyp of vocal cord; vocal nodules; removal; television fibrolaryngoscope

声音嘶哑是喉部疾病最常见的症状,声带息肉、声带小结是其常见的病因。本院近 5 年采用局部麻醉电视纤维喉镜下行声带息肉、声带小结摘除术 200 例,经临床观察,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 200 例患者中男 91 例,女 109 例,年龄 15~70 岁。声音嘶哑 1 月~10 年。商人 61 例,教师 55 例,干部 51 例,学生 5 例,其他人员 28 例。单侧声带病变 143 例,双侧声带病变 57 例;病变直径小于或等于 3 mm 196 例,大于 3 mm 61 例。

1.2 术前处理 大部分病例使用 1~3 d 抗菌药或加用糖皮质激素。全部病例术前 3~6 h 禁食,术前 0.5 h 肌肉注射阿托品 0.5 mg 和苯巴比妥钠 0.1 g。

1.3 手术方法 主要器械是 Olympus 纤维喉镜、配套喉钳和电视显像系统以及间接喉钳。全部病例均采用局部表面麻醉。患者取坐位。较宽敞一侧的鼻腔喷 1%呋喃西林麻黄素适量,鼻腔与咽喉部喷 1%丁卡因 1~2 mL。若麻醉效果不满意,再从喉镜侧孔向会厌结节和声门上滴入 1%丁卡因 1~2 mL。术者左手把持纤维喉镜,经鼻腔入喉前庭。从电视屏幕上看清病变部位和形态,画面定格打印。助手将纤维喉钳从侧孔插入并伸出镜管 5 mm。患者深呼吸,声门处于开启位,调整镜管距离使钳口与病变组织基部靠紧。钳口张开,视声带运动灵活调整钳口活动平面,让病变组织位于两钳叶之间。确认未钳住正常声带,助手收紧钳口则摘除病变组织。残留再次钳取,直至声带边缘光滑平整。对侧病变同时钳除。少数较大或广基形息肉,纤维喉镜钳取困难,配合使用间接喉钳。这时将纤维

喉镜退至会厌上缘水平,助手固定导像管。术者左手拉住患者舌头,右手持间接喉钳经口腔入喉腔,于电视屏幕视野中看到喉钳和病变组织后,同前调整喉钳与病变组织的位置准确钳取。间接喉钳钳取后残留的较小病变组织,由纤维喉镜钳补充钳除干净。术毕画面定格打印。若此次手术不成功,间隔 1~2 周进行再次手术。

1.4 术后处理 观察 1~2 h 患者可回家休息,禁声。每日作深呼吸运动。常规全身使用抗菌药和糖皮质激素,局部辅以庆大霉素、地塞米松雾化吸入,约需 1~2 周。0.5 个月、3 个月及 6 个月后分别随访和复查纤维喉镜。

2 结果

2.1 疗效评定 治愈:声音嘶哑消失,声带无残余病变组织,无粘连,声门闭合良好;有效:声音嘶哑好转,声带病变组织范围缩小,无粘连,声门闭合欠佳;无效:声音嘶哑无好转,声带病变组织改善不明显^[1]。

2.2 手术成功率 200 例均成功摘除病变组织,手术成功率为 100.0%。其中 1 次手术成功 183 例(91.0%),需 2 次手术 17 例(8.0%);仅需纤维喉镜钳 187 例(93.0%),需间接喉钳配合 13 例(6.0%)。

2.3 临床疗效 术后均经病理检查证实为声带息肉或声带小结,随访观察 6 个月以上,无其他并发症。200 例中治愈 129 例(64.0%),有效 71 例(35.0%),无效 0 例,总有效率 100.0%。

3 讨论

从病理组织学来看,声带小结与声带息肉无质的区别,可

能只有量的差别。故认为两者属同一病变发展过程中的 2 个不同阶段的表现。刘邦华等^[2]认为,声带小结与声带息肉仅能在临床上区别,在病理组织学上并无区别。

声带小结和声带息肉经单纯休息和用药不奏效,应考虑手术摘除。传统的方式为在间接喉镜、直接喉镜或显微支撑喉镜下进行^[3]。间接喉镜虽简单,但所见图像存在明显的“像差”,有的患者由于舌背抬高,舌系带过短,会厌遮挡,咽反射严重,手术难以进行^[1]。同时镜面因口腔雾气而模糊不清,采用反射光线照射等均影响视野的清晰度。直接喉镜下操作虽可看清喉部真实图像,但患者痛苦大,不能持续太长时间,且不适用于年老体弱、颈椎病和全身其他疾病及耐受性差的患者,术者操作也较费劲。间接喉镜和直接喉镜下手术目前已少用^[4]。支撑喉镜下手术,可能发生严重心率失常、高血压、静脉炎、舌麻木、喉痉挛等,亦不适宜肥胖、颈短、颈部术后有瘢痕形成及有颈椎病的患者^[1]。且需在全身麻醉下进行,因部位特殊,手术医生与麻醉医生争夺狭小的喉部空间,手术操作不方便,手术难度较大;同时住院费用较高,部分患者有顾虑^[3,5]。正是由于技术、设备以及经济等条件限制,不少基层医院支撑喉镜下手术发展缓慢。

电视纤维喉镜下声带息肉、声带小结手术的优点:(1)手术时间短,平均 5 min,从麻醉开始到手术结束一般不超过 30 min,方便快捷。术后不住院,费用较低,患者乐于接受。(2)采用局部表面麻醉,患者不需特殊体位,操作时能与术者互动配合,不产生恐惧和焦虑感。(3)纤维喉镜细小柔软,功能灵活,操作方便,冷光源照明亮度强,电视监视图像放大,多人可同时观察,使定位准确,安全可靠,术后反应轻,极少出现并发症,能充分保证疗效。(4)适应证广泛。年老体弱或年幼者,咽反射敏感者,颈短舌背高者,肥胖者,舌系带短舌不能外伸者,张口受限者,会厌卷曲者,颈椎病变或其他原因致头位不能变动者,心肺肾功能不全者,妊娠晚期者,只要对丁卡因不过敏,也能接受手术,大大地增加了手术机会。(5)手术进行前和结束时,可摄像对比观察,并可打印成资料保存,为临床进一步诊治和随访提供了可靠依据。

纤维喉镜钳较小,力量弱,有时虽经多次钳夹也难以摘除少数广基、质硬或较大的病变组织^[3]。这时采用纤维喉镜引导下间接喉镜摘除配合,常可奏效。

要在电视纤维喉镜下成功摘除声带息肉、声带小结,保证治疗效果,应注意以下几点:(1)局部麻醉一定要充分。有效的

表面麻醉是手术成功的关键,可明显减轻咽喉部黏膜的敏感性,减少迷走神经刺激引起的恶心或吞咽不良反应^[6]。但丁卡因总用量应严格控制在 60 mg 以内,以防发生中毒。(2)手术最佳时机应选在喉腔黏膜麻醉后 5~20 min 内完成。超过这一时限,喉腔敏感,声带肿胀,频繁活动,则手术无法进行,且极易引发喉痉挛等严重并发症。(3)术前注射阿托品,可使咽喉部分泌物减少,保持视野清晰。同时使用适量的镇静剂,减轻患者精神紧张,均有利于手术操作。(4)根据患者的身体状况和手术器械的特点,术者操作必须灵活、熟练、准确、仔细,与助手、患者相互的默契配合也很重要。(5)嗓音手术的目的是提高声门关闭的程度,消除干扰正常振动波形的因素,所以,手术只能摘除确实影响声门闭合或声带振动部分的病变组织。手术时避免损伤声带深部组织,对防止并发症的产生至关重要。(6)围手术期针对病变进行祛除炎性及变态反应、消除水肿等处理,能局限病变组织,缩小手术范围,利于手术操作和创面愈合^[7]。

实践证明,电视纤维喉镜下声带息肉、声带小结摘除,操作方便,创伤小,费用低。配以术者娴熟技巧,手术成功率高,临床疗效满意。但对于复发的较大病变组织,宜采用显微支撑喉镜下手术。

参考文献:

- [1] 华玮. 纤维喉镜下微波热凝治疗声带小结与息肉的疗效观察[J]. 临床耳鼻咽喉科, 2003, 17(3): 182.
- [2] 刘邦华, 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 468.
- [3] 李正玉, 李剑华, 李慧. 纤维喉镜下声带息肉摘除术 269 例[J]. 中国耳鼻咽喉科, 2008, 8(1): 2.
- [4] 周水森, 田勇泉, 韩德民, 等. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 198.
- [5] 丁孝东. 改良喷射通气在支撑喉镜下声带息肉摘除术中的应用观察[J]. 四川医学, 2005, 26(2): 212.
- [6] 鄢存坤, 张莉. 耳鼻咽喉手术诱发迷走反射 47 例[J]. 四川医学, 2000, 21(1): 76.
- [7] 刘建涛. 纤维喉镜下声带手术的并发症及预防[J]. 中国眼耳鼻喉科, 2008, 8(3): 188.

(收稿日期: 2009-08-03 修回日期: 2009-09-28)

启 事

《重庆医学》拟开设博士生专栏,此专栏专为各院(校)博士生服务,本刊将开设绿色通道。欢迎全国医学院校博士生投稿。本刊收稿网址: <http://cqyx.journalserv.com>, 投稿后注明: 博士生专栏文章。

《重庆医学》编辑部