

喉肿物不同手术方法的疗效比较

王志宏 吴亮

(甘肃省兰州市第一人民医院 兰州 730050)

摘要:目的:探讨喉部肿物喉内窥镜下等离子手术、支撑喉镜及电子喉镜下手术的优缺点。方法:会厌囊肿、喉乳头状瘤、声带小结、声带息肉患者 90 例,随机分为三组,治疗组 36 例行喉内窥镜下等离子消融术,对照 1 组 30 例行电子喉镜下活检钳手术,对照 2 组 24 例行支撑喉镜下息肉钳夹取术。三组均在术前 1 周及术后 1 个月、5 个月行电子喉镜检查,观察并比较三组术后疗效。结果:术后随访 1~3 年,治疗组治愈 34 例,好转 1 例,未愈 1 例,治愈率 94%;对照 1 组治愈 24 例,好转 4 例,未愈 2 例,治愈率 80%;对照 2 组治愈 16 例,好转 5 例,未愈 3 例,治愈率 67%。三组患者治愈率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:喉内窥镜下等离子手术属显微微创手术,其视野清楚,操作准确,创伤小,痛苦小,出血少,术后无粘连,是理想的值得推广的手术术式,电子喉镜下活检钳摘除肿物,因手术器械较小,局限于小的肿物,因此,对声带息肉和声带小结也是可以选择的手术术式。

关键词:喉部肿物;手术方法;微创

中图分类号:R 767.13

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.031

喉部肿物,如会厌囊肿、喉乳头状瘤、声带息肉、声带小结是耳鼻喉科临床常见病、多发病,临床表现为喉部异物感或梗阻感,少数可影响吞咽,多采用手术治疗。直接喉镜下手术肿物切除不完整,时常会有残留,导致术后容易复发,同时术中损伤也较大,损伤声带正常结构在所难免,术后声嘶不能完全缓解。而电子喉镜采用光学数字技术提供屏

CD4⁺、CD8⁺ 细胞水平偏低,治疗后均升高接近正常值。说明斑秃患者存在细胞免疫功能异常,与国内外一些报道相符,而卡介菌多糖核酸是一种具有多种免疫活性物质的免疫调节剂,可使 T 细胞亚群数量失常得到纠正,增强机体免疫功能,从而促使头发生长。当然,卡介菌多糖核酸对斑秃的治疗作用是否还存在着其他机制,尚需进一步观察。

斑秃酊方解:党参:性味甘平,入脾肺经,功能补中益气生津、和脾胃,善于补脾肺之气。现代研究认为本品含皂碱、蛋白、维生素、生物碱、蔗糖、淀粉、黏液质、树脂等,有增加红细胞、血红蛋白及白细胞的作用,对神经系统有兴奋作用,能增强网状内皮系统的吞噬功能,提高机体的免疫能力。黄芪:性味甘微温,入脾肺经。生用益卫固表,利水消肿,托毒生肌;灸用补中益气升阳,为重要的补气药。现代研究认为本品含葡萄糖醛酸、黏液质、氨基酸、胆碱、叶酸、β-谷甾醇等,能兴奋中枢神经系统,能增强网状内皮系统的吞噬功能,提高机体的免疫能力,有扩张血管、改善皮肤血液循环的作用。当归:性味甘辛温,入肝心脾经,功能补血和血,活血止痛。现代研究认为本品含挥发油,主要成分有蔗糖、维生素 B₁₂、维生素 A,此外还含烟酸、亚叶酸、β-谷甾醇等,当归能保护肝脏。干姜:性味辛热,入脾胃肺经,功能温中散寒,回阳通脉。生用可驱寒邪发

障效果,无需对焦,自动调焦,镜体纤细、灵敏,极易经口经鼻进入,痛苦小,观察咽喉病变及手术操作过程清晰。内窥镜下手术操作视野暴露清楚,在不同窥镜角度下不留死角,且配合低温等离子消融技术肿物清除彻底,特别是基底的处理不易复发。我科自 2006 年 3 月~2010 年 3 月分别采用直接喉镜、电子喉镜和喉内窥镜等离子手术,治疗喉部肿及树脂等,有促进胃肠兴奋及血液循环的作用。桃仁:性味苦甘平,入心脾肝大肠经,功能活血破瘀。现代药理学研究认为本品含苦杏仁、挥发油、脂肪油、苦杏仁酶等。红花:性味辛温,入心肝经,功能活血通经,祛瘀止痛,散肿消斑,能通男子血脉、通妇人经水。1%红花酒外擦可促进皮肤血液循环。现代药理学研究认为本品含红花黄色素及红花甙,对血管、肠管、气管平滑肌有不同程度的兴奋作用。丹参:性味苦微寒,入心肝经,功能活血祛瘀,安神宁心。现代药理学研究认为本品含丹参酮及维生素 E,对中枢神经系统有镇静作用,可改善外周循环,加快循环的血流量,增加毛细血管网的作用,增加冠脉循环量,可促进组织再生,并可抑制过度增生的纤维母细胞及肿瘤细胞生长,对机体代谢、免疫系统有一定影响。补骨脂:性味辛苦大温,入肾脾经,功能补肾助阳。现代研究认为本品含挥发油、树脂及香豆精衍生物(补骨脂内脂、异补骨脂内脂等)、黄酮类化合物(补骨脂甲素、补骨脂乙素等)。侧柏叶:凉血止血,生发乌发。

参考文献

- [1]赵辨.临床皮肤病学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2008.667
- [2]张志礼.皮肤病临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社,2009.4
- [3]严寒春.卡介菌多糖核酸联合皮质激素治疗斑秃临床观察[J].实用医院临床杂志,2010,36(2):78-79

(收稿日期:2012-07-31)

表。现代研究认为本品含挥发油,其中有姜醇、龙脑

物 90 例,现对三种方法疗效进行比较,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 90 例,男 51 例,女 39 例;年龄 15~70 岁,平均 42.5 岁;病程 5 d~6 个月。患者主要症状为咽喉部异物感,肿物较大者说话含糊不清,声音嘶哑,严重者出现呼吸受阻,肿物主要局限于,喉乳头状瘤、囊肿、声带息肉、声带小结,肿物主要在声带、喉室、会厌。囊肿形态大多呈圆形和半圆形,表面光滑,半透明,色灰白,淡黄或淡红,基底较广;声带小结和声带息肉多呈淡红色或灰白色,半透明,表面光滑;乳头状瘤呈乳头样增生,表面欠光滑,色灰白。90 例随机分为三组,治疗组 36 例行喉内窥镜下低温等离子消融,对照 1 组 30 例在电子喉镜下活检钳夹取术,对照 2 组 24 例行支撑喉镜下手术。

1.2 仪器设备 喉内窥镜和电子喉镜均为日本奥林巴斯连接 JVC 彩色显示器,配电脑图文工作站,美国杰西低温等离子消融刀。

1.3 手术方法

1.3.1 治疗组 全麻经口插管,患者仰卧位垫肩取头低位,头圈固定头位在支撑喉内窥镜直视下充分暴露肿物。声带小结、声带息肉、喉乳头状瘤直接低温等离子消融,会厌囊肿用息肉钳提起肿物暴露基底,等离子基底消融,完整取出肿物,基底等离子消融处理,以防残留囊壁复发。

1.3.2 对照 1 组 行电子喉镜下肿物摘除。全麻经鼻插管,患者取仰卧位,垫肩头圈固定头位,少数病人咽喉丁卡因表面麻醉,活检钳夹破囊肿壁吸除囊液,逐渐夹取囊膜。

1.3.3 对照 2 组 支撑喉镜下摘除肿物。全麻经鼻插管,口垫保护牙齿,喉镜经口进入咽喉腔,充分暴露肿物固定喉镜,内窥镜直视下可清楚窥及肿物全貌,会厌囊肿用息肉钳夹破囊膜,吸引器吸除囊液,逐次夹取囊壁,有时会有较多出血,可用干棉球压迫止血,必要时用高频电刀或射频止血。对于声带小结、声带息肉、乳头状瘤可直接钳夹瘤体根部,争取完整夹取,少数残留可多次夹取,最大限度咬除囊壁以防复发。

1.4 术后处理 术后所取肿物均常规送病理检查定性。术后嘱患者禁食水 6 h,适当应用抗生素、激素,忌烟酒、辛辣刺激食物,适当休息。术后第一天开始用 0.9% 的生理盐水 50 mL、庆大霉素 8 万 U、地塞米松 10 mg、糜蛋白酶 4 000 U、沐舒坦 15 mg,行雾化吸入治疗 4~5 d,每日 1 次。术后 1 个月及 5 个月复查电子喉镜。

1.5 统计学方法 使用卡方检验对数据进行统计学处理。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 治愈:症状完全消失,术后复查电子喉镜发现术后创面黏膜恢复良好,局部无充血、水肿、糜烂;好转:症状减轻,术后复查电子喉镜发现手术部位黏膜基本修复,局部仍有充血肿胀;未愈:症状未改善或较前加重,术后 1 个月复查电子喉镜手术部位仍有残留肿物组织或黏膜表面不光滑,局部黏膜充血、肿胀、有分泌物或脓痂。

2.2 结果 术后随访 1~3 年。治疗组 36 例,手术时间 10~30 min,平均 20 min,治愈率 94%,术后轻微咽喉疼痛,考虑为喉内窥镜所致,无其它特殊不适。对照 1 组 30 例,手术时间 10~40 min,平均 25 min,治愈率 80%,术后无不适。对照 2 组 24 例,手术时间 10~20 min,平均 15 min,治愈率 67%。详见表 1。

表 1 三组患者疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	未愈	治愈率(%)
治疗组	36	34	1	1	94
对照 1 组	30	24	4	2	80
对照 2 组	24	16	5	3	67

3 讨论

喉部肿物均以手术切除为主,近半年来喉内窥镜技术发展较快,其术式较多,如支撑喉镜下喉显微手术、电视显微喉镜手术、喉内窥镜下等离子手术、支撑喉镜下射频及微波手术等^[1-2]。喉内窥镜下等离子消融术具有切割时热渗透少、组织损伤小、止血彻底、可控性强等优点,工作温度低,不易损伤重要组织结构,避免严重并发症及术后正常组织结构粘连。而电子喉镜下肿物切除有它的局限性,只适用于喉部小的肿物^[3]。如声带息肉和声带小结,能在尽小损伤的情况下摘除肿物,较大肿物的切除就比较困难,不能完整摘除肿物是其缺点^[4]。支撑喉镜下肿物摘除,多采用息肉钳夹取肿物^[5]。此术式是较传统手术术式,在直接喉镜下利用喉刀和喉钳咬除肿物,具有创面大、出血多、时间长、痛苦大等特点,术中容易残留肿物,特别是囊肿囊壁残留,极易导致复发。因此,比较分析三组手术,内窥镜下肿物切除应为首选手术方法。综上所述,喉内窥镜下等离子消融喉部肿物具有视野清晰、精确度高、损伤小、适用范围广、术后无粘连、疗效高等优点。尤其对喉乳头状瘤和喉部囊肿,在等离子消融下彻底处理基底,大大减少了肿物术后复发,且在低温下操作,很大程度减少了对组织的损伤,术中及术后出血少,值得临床推广。

参考文献

- [1]王梅英,滕清晓,姚长有,等.成人喉乳头状瘤恶变 17 例报告[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18(6):353-354

非侵袭性真菌性鼻窦炎 30 例鼻内窥镜治疗分析

张虹 肖志勇 陈瑜萍 李其兴 张孝鸣

(福建省福州市第二医院 福州 350007)

摘要: 目的: 探讨非侵袭性真菌性鼻窦炎的病变特点、手术方法及鼻内窥镜术后效果。方法: 回顾分析福州市二医院 2008~2011 年收治的 30 例非侵袭性真菌性鼻窦炎患者的临床资料。结果: 30 例非侵袭性真菌性鼻窦炎患者的病变窦腔予以开放并清除窦腔内真菌块及脓液, 无严重并发症, 术后随访 6 个月~1 年, 无复发。结论: 应用鼻内窥镜治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎创伤小, 效果好, 是治疗真菌性鼻窦炎安全、有效的手术方法。

关键词: 真菌性鼻窦炎; 非侵袭性; 鼻内窥镜; 窦口鼻窦复合体

中图分类号: R 765.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.032

真菌性鼻窦炎是临床较为常见的一种特异性鼻窦炎, 主要由曲霉菌致病引起, 近年来随着抗生素普遍应用、环境污染加重、鼻内窥镜及影像学科的发展, 就诊率呈上升趋势。我们于 2008 年 5 月~2011 年 6 月期间, 在局部麻醉下经鼻内窥镜治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 30 例疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 11 例, 女 19 例, 年龄 33~69 岁, 平均年龄 48 岁, 病史 6 个月~5 年。临床症状有流脓鼻涕或涕中带有血丝、鼻塞、头痛, 术前常规行鼻窦冠状位 CT 扫描示病变窦腔内不规则高密度钙化影, 部分病例伴有上颌窦壁骨质吸收、钩突膨隆, 术后病理均证实系真菌性鼻窦炎。30 例均为单侧发病。根据病变范围, 真菌性上颌窦炎患者 20 例, 真菌性上颌窦、筛窦炎患者 9 例, 真菌性筛窦炎患者 1 例。根据病变程度, 单纯真菌性鼻窦炎患者 17 例, 合并中鼻甲息肉样变者 8 例, 合并鼻中隔偏曲患者 5 例。所有患者均无内分泌疾病、服用免疫抑制剂及传染病病史。

1.2 手术方法 采用德国 Stryker 公司产鼻内镜 (0°、30° 和 70°, 直径 4 mm) 及其配套手术器械。所有手术均采用局部麻醉, 术前 30 min 肌肉注射异丙嗪 25 mg、阿托品 0.5 mg、邦亭 1 ku。术中用浸润有 1% 丁卡因与 1% 肾上腺素混合液的棉片 (比例为 10:1) 表面麻醉鼻腔 2 次, 每次 5 min, 以 1% 利多卡因加少许 1% 肾上腺素的混合液行中鼻甲根部、钩突周围黏膜局部浸润麻醉。切除钩突, 根据病变范围采取不同术式: 若局限于上颌窦, 则扩大上颌窦自然口, 若局限于筛窦, 则打开筛泡, 开放筛窦,

若累及上颌窦及筛窦, 则同时行前二者手术操作。清理中鼻道及病变窦腔内黑褐色真菌团块, 吸除脓性分泌物, 探查窦腔内黏膜光滑, 以生理盐水及碘伏冲洗窦腔。如合并中鼻甲息肉样变或鼻中隔偏曲, 则同期行中鼻甲部分切除, 以电动切削钻切除中鼻甲息肉样病变组织, 或鼻中隔黏膜下偏曲矫正术。术后以纳吸棉或藻酸钙、凡士林纱条填塞患侧鼻腔, 藻酸钙及凡士林纱条一般于术后 72 h 内逐渐取出。

1.3 围手术期处理及随访 所有患者术前及术后均无使用抗真菌类药物。出院后第 1 个月每周复查 1 次, 第 2 个月每 2 周复查 1 次, 第 3 个月至术后半年, 每个月复查 1 次, 半年后每 3 个月复查 1 次。术后 1 个月内复查时行鼻内窥镜检查并清理鼻腔痂皮。

2 结果

术中出血量不多, 术后均无严重并发症。23 例患者随访 1 年, 3 例患者随访 9 个月, 2 例患者随访 6 个月, 2 例患者随访 5 个月。术后全部患者流涕、鼻塞、头痛症状缓解, 鼻内窥镜检查均无复发, 上颌窦、筛窦窦口开放良好, 窦腔黏膜光滑, 上皮化良好。

3 讨论

3.1 真菌性鼻窦炎病变特点 真菌系条件致病菌, 致病力较弱, 传统观点认为真菌性鼻窦炎多发生于长期使用抗生素、慢性消耗性疾病、内分泌疾病等免疫力低下群体。近年来许多学者^[1]观察到绝大多数鼻窦真菌病患者全身状况良好, 而患者可能存在某些局部致病因素, 如鼻窦黏膜上皮纤维毛机能低下、窦口鼻道复合体解剖异常、鼻中隔偏曲、鼻息

[1]何江,徐志文.鼻内镜下微波治疗会厌囊肿 17 例疗效观察[J].中国实用医学,2011,21(6):210-212

[2]刘健,田树昌,孙玉琴,等.低温等离子治疗会厌囊肿 17 例疗效观察[J].中国医学创新,2009,6(21):22

[3]Donald EG,Liu D,McKinney J,et al.Glidescope video-laryngoscopy versus direct laryngoscopy for endotracheal intubation:a systematic

review and metanalysis[J].Can J Anaesth,2012,59(1):41-52

[4]陈颖,邓可斌,张立亚.电视支撑喉镜、纤维喉镜下会厌囊肿摘除术与传统手术的比较[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2011,19(1):31-32

(收稿日期: 2012-09-24)