

支撑喉镜联合显微镜与支撑喉镜联合喉内镜 治疗声带息肉的临床对比观察

黄孝华, 冼志, 叶锦华

(广东省东莞市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 广东 东莞 523326)

E-mail: huangxiaohuadg@sina.com)

摘要: **目的** 对比分析支撑喉镜联合显微镜与支撑喉镜联合喉内镜治疗声带息肉的临床疗效。**方法** 选取 123 例声带息肉患者随机分为观察组和对照组, 分别给予支撑喉镜联合显微镜手术和支撑喉镜联合喉内镜手术治疗, 比较两组患者临床疗效、炎症缓解时间、手术时间、住院时间。**结果** 观察组患者临床疗效总有效率较对照组患者显著提高, 炎症缓解时间、手术时间及住院时间较对照组患者均显著缩短, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$)。**结论** 支撑喉镜联合显微镜治疗声带息肉较支撑喉镜联合喉内镜临床疗效显著提高, 缩短炎症缓解时间、手术时间和住院时间, 患者康复较快, 降低术后并发症, 值得进一步在临床上推广。

关键词: 支撑喉镜; 显微镜; 喉内镜; 声带息肉

中图分类号: R767.4

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2016)04-0413-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.023

声带息肉(vocal fold polyp)是发生于声带固有层浅层的良性增生性病变,也是一种特殊类型的慢性喉炎,患者主要表现为声嘶,严重影响患者的生活质量^[1-2]。临床上主要以手术切除病灶的方法治疗,但是效果不尽相同。本文旨在对比分析支撑喉镜联合显微镜与支撑喉镜联合喉内镜治疗声带息肉的临床疗效,为今后临床上选择合适的手术方式治疗声带息肉提供必要的理论依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2014 年 3 月~2015 年 12 月本院耳鼻喉科收治的 123 例声带息肉患者作为研究对象,所有患者经临床、喉镜检查均符合《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[3]关于声带息肉的诊断标准;声带分别有赘生物或结节性隆起,声带活动良好,但存在不同程度的声门闭合障碍。排除患有严重心脏病、肾病、血液免疫功能障碍、精神障碍及喉恶性肿瘤患者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,其中观察组 65 例,男 28 例,女 37 例,年龄 21~65 岁,平均年龄 (39.01 ± 5.91) 岁,病程 1~4 年,平均病程 (2.28 ± 0.93) 年,息肉类型:广基型息肉 32 例,带蒂型息肉 33 例,对照组患者 58 例,男 20 例,女 38 例,年龄 22~62 岁,平均年龄 (38.99 ± 5.23) 岁,病程 1~4 年,平均病程 (2.31 ± 0.85) 年,息肉类型:广基型息肉 28 例,带蒂型息肉 30 例。两组患者性别、年龄、病程、息肉类型等基本情况经比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),临床上具有可比性,患者均知情同意。

1.2 手术方法 两组患者入室后均采用气管插管行静脉复合麻醉,患者取仰卧位,肩部略微垫高,头往后仰,均在颈部伸位到经口的位置插入支撑喉镜,充分暴

露患者的喉腔后并固定,观察组采用支撑喉镜联合显微镜(瑞士徕卡)手术,在显微镜下观察声带病灶部位,体积较小的息肉使用喉刀将病灶与正常组织的分界处的黏膜切开,再用喉息肉钳将病变的组织切除,体积较大的息肉组织首先用喉钳将息肉最突出的部位钳起,沿息肉底部用喉刀或喉剪切开黏膜后将息肉组织切除;对照组患者采用支撑喉镜联合喉内镜手术,在喉内镜(12°斜视喉内镜,生产厂家:广州梓康医疗器械有限公司)的监视下直接用喉息肉钳或喉剪沿声带边缘切除息肉,两组患者均要在切除息肉后注意修正声带边缘,避免伤及声带实质层,积极抗感染消炎治疗,禁食辛辣食品。

1.3 疗效评价与观察指标

1.3.1 疗效评价 参照刘霞云等^[4]学者研究文献制定临床疗效评价标准。痊愈:患者治疗后 3 个月复查发音正常,声嘶消失,声带光滑及黏膜充血、息肉消失,声带闭合良好;好转:患者治疗 3 个月后复查,声嘶好转,声带病变显著改善,声带不光滑,声门基本闭合;无效:患者治疗 3 个月后声嘶等临床症状无改善,声带病灶仍然没有改善,甚至恶化。

1.3.2 观察指标 记录两组患者疗效、炎症缓解时间、手术时间及住院时间。

1.4 统计学方法 用 Epidata 3.0 软件创建数据库收集资料,SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用完全随机设计的 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用完全随机设计的 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比分析 观察组患者临床

疗效总有效率较对照组患者显著提高,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比分析 (n,%)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效
观察组	65	50(76.92)	11(16.92)	4(6.15)	61(93.85)
对照组	58	18(31.03)	26(44.83)	14(24.14)	44(75.86)

注: $U=7.935, P=0.005$

2.2 两组患者炎症缓解时间、手术时间及住院时间对比分析 观察组患者炎症缓解时间、手术时间及住院时间较对照组患者均显著缩短,差异均具有统计学意义($P<0.001$),见表 2。

表 2 两组患者炎症缓解时间、手术时间及住院时间对比分析 ($\bar{x}\pm s$)

分组	n	炎症缓解时间(d)	手术时间(min)	住院时间(d)
观察组	65	27.04±5.29	15.96±8.55	4.03±0.52
对照组	58	38.56±7.34	25.53±9.48	5.85±0.83
t		10.06	5.887	14.736
P		<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

声带息肉是耳鼻咽喉头颈外科常见的疾病,是喉黏膜的良性病变,随着人们生活习惯的不断改变,声带息肉的发病率呈现逐年上升的趋势,且医疗技术的不断发展,声带息肉的检出率也呈现逐年上升的趋势^[5]。临床上关于声带息肉的发病机制尚未明确,多数学者认为与患者的发声不当,或者用声过度,也可能与长期喉黏膜慢性炎症有关^[6]。内镜检查显示:患者声带黏膜均出现充血、水肿,血管通透性增强,血管扩张,出现间质性积液,最终形成不同程度的息肉,应及早进行手术治疗,以免延误病情^[7]。目前治疗声带息肉的常用微创手术方法主要有支撑喉镜联合显微镜与支撑喉镜联合喉内镜两种,其治疗效果成为临床上广泛关注的课题。

笔者近年来分别应用支撑喉镜联合显微镜及支撑喉镜联合喉内镜治疗声带息肉患者,总结临床经验认为支撑喉镜联合显微镜治疗声带息肉具有以下优点:①支撑喉镜可以充分暴露患者的声门,联合显微镜可以增强光线的明亮度,且声带处于静止的外展位状态,能够通过显微镜对病变组织进行仔细观察,对于病变的组织能够一次性准确地切除,减少对声带黏膜的损伤,尤其是对肥胖颈短、咽反射敏感和对发音要求较高的患者较为适用^[8]。②手术时间充分,且麻醉效果好,声带固定便于操作。③便于教学,助手可以通过助手镜对手术过程观摩,立体感强,易于掌握手术技巧。

在手术过程中还要注意以下几点:①在手术过程

中支撑喉镜极易对患者的牙齿、软腭、舌部等造成损伤,因此术者一定要操作规范,动作轻柔避免对患者造成损伤^[9];②对于颈椎病患者少用支撑喉镜,因为不能对这类患者进行全身麻醉,不能充分暴露患者的喉部和颈部;③在切除声带息肉时一定要保证患者的创面整齐,避免损伤声带实质层,对患者的发声造成影响^[10]。

本研究显示:支撑喉镜联合显微镜治疗的患者临床疗效总有效率为 93.85%,痊愈率高达 76.92%,而支撑喉镜联合喉内镜治疗的患者临床疗效总有效率仅为 75.86%,而痊愈率也仅为 31.03%,炎症缓解时间、手术时间及住院时间前者治疗的患者也较后者缩短,与朱洪源等^[11]、阳志慧^[12]学者研究一致。

综上所述,支撑喉镜联合显微镜治疗声带息肉较支撑喉镜联合喉内镜临床疗效显著提高,缩短炎症缓解时间、手术时间和住院时间,患者康复较快,降低术后并发症,值得进一步在临床上推广。

参考文献:

[1] 李欣,李正民,费建民. 支撑喉镜显微手术治疗声带息肉 146 例分析[J]. 中华显微外科杂志,2014,37(1):94-95.

[2] 臧艳姿,张文奇,马崧,等. 纤维喉镜下 YAG 激光与显微支撑喉镜下切除声带息肉术后嗓音声学分析比较[J]. 听力学及言语疾病杂志,2014,1(2):206-207.

[3] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:442-444.

[4] 刘霞云,段慰北. 显微镜支撑喉镜与纤维喉镜治疗声带息肉及小结的比较[J]. 中国内镜杂志,2012,4(5):33-34.

[5] Pichichero ME, Doern GV, Kuti JL, et al. Probability of achieving requisite pharmacodynamic exposure for oral beta-lactam regimens against Haemophilus influenzae in children [J]. Paediatr Drugs,2008,10(6):391-397.

[6] Yan X, Qu G, Zhang J. Multiple subcutaneous Rosai-Dorfman disease involved nasal and pharyngeal cavity: a case report[J]. Journal of clinical otorhinolaryngology, 2013,27(8):440-441.

[7] 刘一贞,秦勇. 不同手术方法对声带息肉术后嗓音功能的影响分析[J]. 右江民族医学院学报,2016,38(1):66-68.

[8] 韩鹰鹏,宋成君,菅秀惠,等. 喉内镜下声带息肉切除术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2013,17(11):65.

[9] 李谊,吴文灿,朱豫. 鼻内镜联合纤维喉镜及支撑喉镜声带前联合附近息肉切除临床疗效观察[J]. 中国内镜杂志, 2012,18(5):51-53.

[10] 侯学健. 两种不同手术方式治疗声带良性病变的临床效果比较[J]. 中国基层医药,2014,21(3):363-365.

[11] 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, 2014,13(2):129-131.

[12] 阳志慧. 显微支撑喉镜下手术联合超声雾化吸入治疗声带息肉临床探讨[J]. 中外医疗,2015,2(13):76-77.

收稿日期:2016-03-22;修回日期:2016-05-31