

内窥镜图像处理系统表麻下声带肿物摘除活检术临床体会

黄业武, 张文华, 彭 瑾

(钦州市浦北县中医医院耳鼻喉科, 广西 浦北 535300)

【摘要】 目的 总结内窥镜图像处理系统下声带肿物摘除活检术的临床经验。方法 回顾分析2009年10月至2011年10月我科应用内窥镜图像处理系统进行声带肿物摘除活检45例患者的临床资料。结果 43例声带良性肿物患者中2例声带息肉者因咽反射过于敏感导致声门手术失败,而改用其他术式外,余41例患者均在表面麻醉下一次性手术成功,术后均随访3个月~1年。根据疗效评定标准:治愈29例,占70.7%(29/41),好转9例,占22.0%(9/41),总有效率为92.7%(38/41),无效3例,占7.3%(3/41)。活检病例2例,能一次性准确咬取病变组织,病理确诊喉癌,最后行喉癌切除术。结论 内窥镜图像处理系统表麻下声带肿物摘除活检术,操作简单,视野清晰,定位准确,治愈率高,并发症少,值得在基层医院推广应用。

【关键词】 内窥镜图像处理;表麻;摘除活检;声带肿物

【中图分类号】 R767.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)10-064-02

声音嘶哑多由声带肿物引起,可以是良性肿物,亦可以是恶性肿物,对于良性肿物可直接摘除,对于恶性肿物可先活检,再进一步处理。我科2009年10月至2011年10月应用内窥镜图像处理系统下声带肿物摘除活检45例患者,现将其临床资料总结报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组45例患者,多数为教师、商店营业员等以讲话为生者,其中男性20例,女性25例,年龄20~70岁,平均43.5岁,病程1个月~4年,主要症状为声音嘶哑,讲话费力。所有病例均做病理分析,术后病理确诊,良性肿物43例,其中声带息肉22例,声带小结13例,乳头状瘤2例,神经纤维瘤1例,纤维瘤2例,淀粉样变1例,囊肿1例,血管瘤1例,活检病例2例,其中1例为鳞状细胞癌,另1例为腺癌,均行喉癌手术。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前常规做心电图、胸片,血常规、尿常规、肝肾功能等检查,常规行喉内镜检查,以了解声带病变情况。

1.2.2 手术器械 内窥镜图像处理系统、硬性喉内镜、前后开间接喉钳、高度冷光源。

1.2.3 表面麻醉方法 先以1%丁卡因溶液做咽喉部喷雾3次,再将持有1%丁卡因溶液棉片的咽喉麻醉交叉钳置于双侧梨状窝处数分钟,最后用带有喉滴管的注射器将1%丁卡因溶液滴入喉腔及声带表面,重复2~3次。

1.2.4 手术方法 患者坐位,自拉舌体,术者左手持硬性喉内镜,右手持间接喉钳,在内窥镜图像处

理系统监视下,如果是摘除声带良性肿物,则在窥清声带肿物的部位后,将间接喉钳导入喉腔,张开喉钳,开口与声带平行,逐渐贴声带边缘,咬住声带肿物基底,然后轻轻拉向中线,以了解肿物是否全部挟住,声带是否被误挟在钳内,查清钳头位置正确后将肿物整个摘下,如有残余,可用同法加以修整,但切勿过多,以免损伤声带。如果是活检病例,则需要声带肿物表面或溃疡的边缘咬取组织,送病理切片检查。以肾上腺素棉球压迫创面止血。

1.2.5 术后处理 声带良性肿物术后应用抗生素和类固醇激素治疗,超声雾化吸入1周,术后2周内尽可能少说话,禁止唱歌,禁烟、酒,禁辛辣食物。活检病例则行相应处理。

1.3 疗效评定 声带良性肿物评定标准^[1]:治愈:声音恢复正常,声带表面光滑,边缘整齐,声门关闭良好;好转:声嘶好转,声带病变少部分残留,或声门关闭不良;无效:声嘶无改变或好转后短期内复发。而活检病例则以是否一次性准确咬取病变组织作为评定标准。

2 结果

43例声带良性肿物患者中有2例声带息肉者因咽反射过于敏感导致声门手术失败,改用其他术式,余41例患者均在表面麻醉下一次性手术成功,术后均随访3个月~1年。41例声带良性肿物患者中治愈29例,占70.7%(29/41),好转9例,占22.0%(9/41),总有效率为92.7%(38/41),无效3例,占7.3%(3/41)。活检2例,能一次性准确咬取病变组织,病理确诊喉癌,最后行喉癌切除术,无明显并发症。

作者简介:黄业武(1969—),男,广西钦州市人,副主任医师,学士。

传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭 180 例分析

杨 冬, 韩宝华

(中国人民解放军第五医院急诊科, 宁夏 银川 750004)

【摘要】 目的 探讨传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭的临床效果。方法 180例本院门诊确诊为腋臭患者采取传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治,手术方法以美蓝、碘酊标记腋毛区,确定腋毛面积,标记手术剥离范围(呈梭形),以腋毛分布最茂密区为中心,沿腋窝纵轴呈梭形切口,深达皮下,将含有汗腺的毛囊组织连同腋皮剥离下来,移去标本(切除汗腺组织),仔细止血,用一根4/0的可吸收线做皮下缝合,然后沿皮肤内缘“Z”字做皮内缝合,切口中部做3~4针张力加强缝合,切口加压包扎术毕。结果 痊愈168例(93.3%),有效12例(6.7%)例,12例术后6个月再手术痊愈,切口甲级愈合172例(95.6%),乙级愈合8例(4.4%),经切除后,腋毛减少均在95%以上,取得了良好的效果。结论 传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭,是治疗腋臭的理想方法,值得临床推广。

【关键词】 腋臭;传统切除;美容+间断张力缝合

【中图分类号】 R62 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)10-065-02

腋臭目前治疗方法较多,有手术和非手术治疗,各种治疗方法又存在许多弊端,例如:切口愈合后疤痕大影响美观、色素沉着、皮瓣坏死及容易复发等

不足。我科2008年1月至2011年1月收治门诊确诊为腋臭的180例患者,采用传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合治疗,取得良好的效果,现报道如下:

作者简介:杨 冬(1977—),男,宁夏银川市人,住院医师,本科。

3 讨论

声带肿物有良性恶性之分,以良性居多,良性肿物主要是声带小结、息肉、乳头状瘤等,手术摘除是声带良性肿物最好的治疗方法^[1]。声带肿物摘除或活检目前主要是在支撑喉镜、纤维喉镜或电子喉镜下进行,偶有在间接喉镜下进行。纤维喉镜或电子喉镜不但价格昂贵,在基层难以普及,而且钳夹能力有限,仅适用于活检或较小的病变,对于广基型或较大肿物视野小,出血易污染镜头,钳夹组织少,需多次钳夹,手术时间相对较长;而间接喉镜下声带肿物摘除或活检,镜面易起雾,视野、成像差,手术难度大,手术欠精细,易残留病变,如果切除组织过多易伤声带,术后声带易形成疤痕,影响声带发音,严重者出现喉痉挛、软腭损伤等意外^[2]。支撑喉镜下声带肿物摘除或活检是目前最常用的方法,但它也有其不足:(1)插入支撑喉镜暴露声带时易挤伤软腭,易出现黏膜下瘀血;(2)支撑喉镜压迫舌体、舌根时间长时,易引起舌体麻木、伸舌偏歪;(3)牙齿松动脱落;(4)往往需要在全身麻醉下进行,需要麻醉师的配合;(5)颈项粗短、舌根过高、颈椎病变、张口受限时,声门不易暴露;(6)若在全麻下进行,费用较高,患者经济负担重。为此,笔者根据医院实际情况,采用内窥镜图像

处理系统下声带肿物摘除活检术,我们的体会是:(1)内窥镜图像处理系统价格低廉,易于购买,便于在基层医院推广;(2)表面麻醉下进行,患者清醒,配合好,操作方法简单,容易掌握;(3)内窥镜图像处理系统监视下进行,可放大病变部位,视野清晰,定位准确,分辨率高,手术精细,精确度高,声带损伤小;(4)良好的光源能满足喉腔手术照明要求;(5)患者在清醒状态下进行,减少全身麻醉可能出现的风险;(6)表面麻醉彻底,患者充分合作,是手术成功的关键;(7)不合作者、咽反射过于敏感者、会厌上举困难者、声带肿物过小过大者不宜采用此术式,需要改用其他术式。

总之,内窥镜图像处理系统表麻下声带肿物摘除活检术操作简单、视野清晰、定位准确、治愈率高、并发症少,值得在基层医院推广应用。

参考文献

- [1] 王耀洪, 汤素琴, 钟玉红. 电子喉镜与支撑喉镜治疗声带良性肿物的疗效[J]. 实用医学杂志, 2007, 18(9): 2875-2876.
- [2] 关国能, 郭哲宁, 何广明. 支撑喉镜下声带肿物切除术治疗声带肿物35例临床体会[J]. 海南医学, 2010, 21(20): 92-93.
- [3] 朱友莲, 谢 瑞. 鼻内窥镜支撑喉镜下声带手术54例临床分析[J]. 赣南医学院学报, 2010, 30(2): 274-274.

(收稿日期:2011-12-29)