

经口腔途径 CO₂ 激光治疗早期声门癌的手术创面恢复的观察

Observation of wound healing after trans-oral laser surgery for early glottic carcinoma

侯艳鹏¹ 陈英俊² 徐振明¹ 崔晓峰¹ 郭峯¹

[关键词] CO₂ 激光; 喉肿瘤; 并发症; 恢复

Key words CO₂ laser; laryngeal neoplasm; complication; healing

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.02.022

[中图分类号] R762 [文献标志码] B

经口腔途径支撑喉镜下应用 CO₂ 激光在显微镜下切除早期喉癌符合当代外科学的发展方向,如显微操作、微创治疗,精准切除等,已经成为治疗早期喉癌(T₁、T₂)的首选治疗^[1]。我们连续观察激光切除声门癌的创面上皮化的过程,术后第 1 天,术后 3 个月内的每周及术后半年行电子喉镜检查,连续观察创面的变化,探讨 CO₂ 激光切除声门癌后愈合的过程。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010-05—2011-11 期间入院接受 CO₂ 激光治疗的早期声门癌喉癌患者 25 例,其中男 19 例,女 6 例;平均年龄 58.2 岁。

1.2 设备

使用的 CO₂ 激光治疗仪为以色列产夏普兰 30C 激光机。

1.3 治疗方法

取平卧位,经口气管内插管,静脉复合麻醉,全身麻醉满意后置入支撑喉镜充分暴露喉腔,根据病变范围随时调整喉镜的位置,充分暴露病变及周围结构,调整显微镜,放大 8~10 倍。按照病变边缘 2~3 mm 选择小光斑激光连续切割,功率选择 4~5 W,应用发散光斑及电凝止血。声门型喉癌首先切除室带,完整暴露声门。按 2000 年欧洲喉科学会制定分类方案,喉激光手术切除范围和深度,手术分为 5 型:Ⅰ型是声带上皮下切除,即深度达声韧带浅面;Ⅱ型是声韧带下切除,深度达声带肌浅面;Ⅲ型是包含声带肌肉切除,深度达声带肌中部;Ⅳ型是声带完全切除,深度达甲状软骨内膜;Ⅴ型:切除声带、室带、声门旁间隙,向外可达甲状软骨,适合于声门型喉癌 T₂ 和部分 T₃ 病变^[3]。术式的选择根据肿瘤的大小及浸润深度,采取Ⅰ型、Ⅱ型术式^[4]。肿瘤切除后,于切缘前后上下四点钳取边

缘,留送病理。用盐水棉片擦去炭化组织,局部涂以四环素可的松软膏。术后全身应用广谱抗生素 3 d,雾化吸入 3~5 d,术后第 1 天及经口进食,术后 1 周开始讲话。

2 结果

25 例患者均经口腔途径在支撑喉镜下完成手术,无中转手术。术中切缘冷冻病理及术后石蜡病理分析均无肿瘤残余。肿瘤病理均为高分化鳞状细胞癌,术后未行放疗及化疗。术后随访 1 年,行电子喉镜复查,术后 3 个月每周复查电子喉镜,半年及 1 年复查喉镜。术后 1 周内声带创面白膜覆盖,纤维素渗出。术后 2~4 周内,肉芽形成。术后 4~6 周后,肉芽组织消退,完成上皮化过程(表 1)。经独立样本 *t* 检验,Ⅰ型及Ⅱ型手术方式在肉芽期及上皮化期的差异无统计学意义。

表 1 术后创面恢复过程 周

	假膜期	肉芽期	上皮化期	
Ⅰ型手术		0~2	2~4	4.4±0.92
Ⅱ型手术		0~2	2~5	5.9±1.15

3 典型病例报告

患者,男,62 岁,声音嘶哑 3 个月,电子喉镜检查见右声带前中段不光滑肿物,累及前联合,未累及及杓状软骨,约 0.5 cm 大小。完成术前的心电图胸片颈部彩超等检查,血尿便常规检查以及肝肾功能等术前的常规检查。在静脉复合麻醉下,经口腔气管插管。置入支撑喉镜,充分暴露声门,显微镜放大 8~10 倍,以 4W 功率连续切割模式切除室带,完整暴露声带及病变。术中随时调整喉镜位置,以及助手压迫患者甲状软骨,充分暴露病变。钳取小块肿物,送快速冷冻病理,回报“鳞状细胞癌”。距离肿瘤边缘 2~3 mm,以小光斑切除。显微镜下可以清晰分辨病变组织及正常组织界限。肿物及周围组织做整块切除,术后与切缘的前后上下钳取小块组织,留送病理检查,术后回报结果为阴性(图 1~4)。

¹解放军第 463 医院耳鼻咽喉科(沈阳,110042)

²空军沈阳招收飞行学员体检队实验生理科

通信作者:侯艳鹏,E-mail:hyp190@126.com

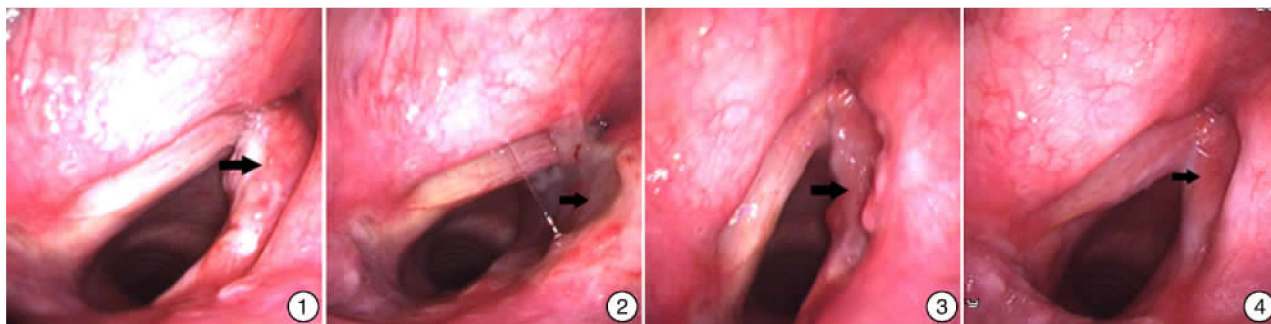


图 1 术前电子喉镜 箭头所示为肿物； 图 2 术后 1 周电子喉镜 箭头所示为手术创面； 图 3 术后 1 个月电子喉镜 箭头所示为手术创面,并有肉芽生长； 图 4 术后 3 个月电子喉镜所见 箭头所示“新声带”代偿增生,肉芽消失,前联合轻度粘连。

4 讨论

经口腔途径显微喉镜 CO₂ 激光治疗早期喉癌与传统手术比较,具有创伤小,没有颈部皮肤软组织切口、没有喉软骨损伤^[4],喉功能恢复快,效果好等优势。相对于放射治疗,CO₂ 激光手术对于喉及周围组织的损伤小,对喉功能的保存好,没有放射性损伤。对于无手术禁忌症的患者,应为首选^[5]。术后半个月期间,手术创面有纤维素渗出,覆盖创面形成假膜,对创面起保护作用。术后半个月后,创面会有肉芽生长,肉芽形成大小与手术创面大小及深度有关,可为多发或者单发,此期可发生粘连^[5]。至术后 1~3 个月创肉芽逐渐消失。了解 CO₂ 激光切除声门癌术后创面的恢复的过程,可以指导患者进行复查,避免对肉芽组织进行活检或者二次手术,如果术后 3 个月后肉芽组织仍未消失或者增大,则应行病理活检,明确诊断,采取相应的治疗措施。

参考文献

[1] ROBERT L, FERRIS M D, PHD, ALFFRED SIMEN-

TAL M D. Endoscopic surgery for early glottic carcinoma [J]. *Otol Head Neck Surg*, 2003,14: 3-11.

[2] 黄志刚, 韩德民, 王琪, 于振坤, 等. 激光治疗喉声门型癌手术切缘安全性研究[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2004,11(2):73-76.

[3] REMACLE M, ECKEL H E, ANTONELLI A, et al. Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society[J]. *Eur Archtorhinolaryngol*, 2000, 257:227-231.

[4] SHVERO J, KOREN R, ZOHAR L, et al. Laser surgery for the treatment of glottic carcinomas[J]. *Am J Otolaryngol*, 2003, 24:28-33.

[5] MANOLA M, MOSCILLO L, COSTA G, et al. Conservative laser microsurgery for T₁ glottic carcinoma[J]. *Auris Nasus larynx*, 2008, 35:141-147.

[5] 蔡红武, 唐安洲, 徐志文, 等. 喉 CO₂ 激光手术后声带粘连原因分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010,24,24(4):147-151.

(收稿日期:2014-02-05)

读者 · 作者 · 编者

文题的规范

文题是论文的必要组成部分,它是读者识别论文并判断是否需要阅读的主要依据。因此,文题的作用十分重要,务必字斟句酌,细心推敲。文题的用字要求简洁、明了,能概括论文主要内容,并便于标引和检索。一般使用充分反映文章主题内容的短语,不使用具有主、谓、宾结构的完整语句,不使用标点。中文题名一般不宜超过 20 字,如语意未尽,则可借助于副标题(可在总标题之后用圆括号括出,也可在副标题前加破折号示之)予以补充。文题应避免使用非公知公认的缩略语、字符和代号,尽量不出现结构式和数学式等,也不宜将原形词和缩略语同时列出。虚词应尽可能不用,避免使用“……的研究”、“……的探讨”、“……的体会”、“……的报告”等非特定词。说明文题的重要信息不应遗漏,可在文题右上角加“*”号,然后在文题页下方划一横线,与作者信息一起,予以注释。