

铒激光显微手术治疗会厌囊肿的临床应用

董亦晗,刘 鹏,刘 石,王景丽,徐 晖,李士新
(大庆油田总医院 耳鼻咽喉科,黑龙江 大庆 163001)

摘 要: **目的** 探讨铒激光辅助喉显微手术治疗会厌囊肿的临床应用价值及较传统手术方法的优越性。**方法** 40 例会厌囊肿患者全部采用铒激光辅助的喉显微手术治疗,术后随访 3 ~ 12 个月,行电子喉镜检查进行疗效评价。**结果** 40 例患者中治愈 38 例,有效 2 例,有效率 100%。**结论** 铒激光辅助喉显微手术治疗会厌囊肿较传统手术方法具有疗效可靠、痛苦小、反应轻、复发率低及并发症少等优点,是会厌囊肿理想的治疗方法。

关 键 词: 铒激光;显微手术;会厌囊肿
中图分类号: R767. 5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007 - 1520(2013)02 - 0151 - 02

会厌囊肿多由于会厌黏膜黏液腺管阻塞导致黏液潴留所形成,传统治疗方法是喉显微器械切除囊肿加创面电灼术,术中容易出血,囊肿边缘及基底部术野辨别不清,复发率较高,囊肿周围组织易受损伤导致变形。我科应用铒激光显微手术治疗会厌囊肿 40 例,经临床观察效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 2 月 ~ 2011 年 2 月诊治会厌囊肿患者共 40 例,男 30 例,女 10 例,年龄 16 ~ 68 岁,平均年龄 42.2 岁。病程 3 个月至 5 年,其中首发 34 例,复发 6 例;囊肿位于会厌舌面 28 例,游离缘 4 例,会厌谷 4 例,喉面 1 例,杓会厌襞 3 例;单发 35 例,多发(> 2 个) 5 例;囊肿 < 1 cm 者 12 例,1 ~ 2 cm 19 例,> 2 cm 9 例。术前常规电子喉镜(Olympus,日本)检查见囊肿呈圆形或半圆形,广基,表面光滑,呈灰白或微黄色。临床症状均有咽异物感或梗阻感,伴慢性咽炎及慢性扁桃体的患者术前积极保守治疗。

1.2 手术设备

医疗激光公司提供贝多芬智能铒激光治疗系统(Acupulse 30,美国),手术显微镜(莱卡 M525 F40,德国),支撑喉镜(Storze,德国)及

喉显微手术器械。

1.3 手术方法

所有患者均采用静脉诱导复合麻醉,经口腔气管插管,麻醉插管选用内径 5.5 ~ 6.5 mm 为宜,用支撑喉镜充分暴露囊肿,在显微镜下仔细观察囊肿与周围组织的关系,取盐水纱条覆盖麻醉管、套囊及囊肿周围正常黏膜,防止激光意外损伤。将激光通过耦合器与显微镜连接。选择点状连续模式,光斑调至最小,功率 4 ~ 5 W,用喉钳钳夹囊壁顶端并轻轻上提,用激光束在靠近会厌缘侧距囊肿边缘约 1 mm 处弧形切开黏膜,牵拉上提暴露基底部,先切割分离与会厌软骨相贴的囊壁组织,在囊肿与会厌软骨间的空隙塞入去甲肾上腺素棉球,继续切割分离囊肿两侧囊壁组织,最后切除囊肿顶壁组织及部分会厌黏膜,完整切除囊肿,提起会厌黏膜瓣,创面用去甲肾上腺素棉球压迫止血 5 min,对出血点使用散焦模式止血,功率 2 ~ 3 W。对于过大、边界暴露不清的囊肿,可先在中央用激光击穿囊壁将囊内容物吸除部分^[1],显露边界后再切割分离取出囊肿。囊肿切除后,小创面直接拉拢缝合,大创面将会厌黏膜瓣转移,尽量覆盖创面后缝合,组织张力较大时不强求创面严密吻合。

1.4 术后处理

静脉滴注抗生素及激素 2 ~ 3 d,以预防感染及喉水肿。雾化吸入布地奈德混悬液 2 ml,2 次/d,连续 1 周;口泰含漱液漱口 1 周。标本常规送病理检查。所有患者术后 6 h 即可进流

作者简介:董亦晗,女,硕士,主治医师。
通讯作者:董亦晗,Email:dyh6883@163.com.

质饮食,术后24 h后可进半流质饮食。

1.5 疗效判定标准

术后3个月行电子喉镜检查,治愈:症状完全消失,囊肿全切,创面愈合良好,周围组织结构(会厌软骨、会厌谷、舌根)正常;有效:症状略有缓解,囊肿全切,创面愈合,周围组织结构有影响;无效:症状无缓解,或囊肿原位复发。

2 结果

术后患者有轻度至中度疼痛及吞咽痛,有不同程度的咽部异物感,无呼吸困难,无呛咳,无出血。术后病理诊断:潴留囊肿36例,表皮样囊肿4例。术后1周复查:无疼痛及轻度疼痛,囊肿消失,缝线脱落,严密缝合的创面已愈合;未严密缝合的创面覆盖白色伪膜已明显变薄,周围黏膜轻度肿胀,术后3个月复查治愈38例,有效2例,有效率100%。随访1年未见复发。

3 讨论

会厌囊肿传统手术方法复发率高的原因是由于手术方法过于粗糙、囊肿边缘及基底处囊壁难以彻底切除、残留囊壁堆积及紧贴会厌软骨的囊壁形成皱褶致使囊肿再度形成^[2]。术野血染后用电灼止血,易损伤囊肿周围正常黏膜和会厌软骨,导致术后创面与周围组织粘连及会厌软骨变形,患者症状缓解不良甚至加重。

本方法与使用激光环形切除囊肿^[1,3]及超声刀切除^[4]有明显不同,区别是最大限度保留会厌黏膜瓣覆盖创面。弧形黏膜切口设计在囊肿的会厌缘侧,首先显露出囊肿的基底面,形成囊肿与会厌软骨之间的空隙,塞入去甲肾上腺素棉球既有利于止血,又是分离囊肿的辅助手段,更有保护会厌软骨免受激光损伤的作用。如囊肿破裂,需切除破裂处会厌软骨表面软组织,或将破裂处会厌软骨表面软组织用激光烧灼至苍白。

铒激光手术有突出的优点:铒激光是继CO₂激光及Nd:YAG激光之后近年来新推出的性能优良的可见型激光。可使原来的近红外可见光减半成为波长为532 nm的可见激光,具有极高功率密度,其穿透组织深度较Nd:YAG激光浅,手术时气化组织能力强,切割速度快,并有良好的止血效果,对周围组织热效应极小,组织穿透性0.3~2 mm,术后炎症反应轻,不易形成瘢痕,既适合做精细手术切除,又能在血管较丰富的组织部位切割凝固^[5]。

传统手术术后创面大片裸露,再黏膜化需要较长时间,也易出现肉芽组织增生和粘连。铒激光手术将保留的会厌黏膜瓣覆盖缝合创面,术后基本无裸露,愈合过程大大缩短,减少了术后肉芽组织生长和粘连。铒激光手术具有痛苦小、反应轻、恢复快、复发率低的优点,但在使用过程中要调整好功率,控制好照射时间,在有效的麻醉时间内做到轻、准、快^[6]。

参考文献:

- [1] 王军,马莉,高刚,等.二氧化碳激光治疗会厌囊肿42例[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2012,(26)1:46-47.
- [2] 于志良,王卫卫,王明华.耳鼻喉综合动力系统切除会厌囊肿23例[J].山东大学耳鼻喉眼学报2008,(22)6:278-279.
- [3] 倪海峰,徐志文,蔡红武,等.CO₂激光显微手术治疗会厌囊肿[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,14(1):56.
- [4] 刘平,徐家兔,陈凯良.支撑喉镜下超声刀切除会厌囊肿[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(2):134-136.
- [5] 董翠芬,史保院,张建华.KTp激光治疗声带良性病变[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(5):346.
- [6] 陈湘晖,赖金平,曹兆振,等.纤维喉镜下Nd:YAG激光治疗760例声带息肉和小结的疗效分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(1):24-25.

(修回日期:2012-11-15)