

激光治疗喉癌癌前病变的疗效观察与分析

卢 岭,杨丽萍,梁耕田

(武汉市第三人民医院 耳鼻咽喉科,湖北 武汉 430060)

摘 要: **目的** 研究 CO₂ 激光治疗喉癌癌前病变的疗效。**方法** 收集 2006 年 1 月 ~ 2011 年 12 月就诊的 110 例喉癌癌前病变患者作为研究对象,其中 61 例采用 CO₂ 激光治疗的患者作为观察组,选择 49 例接受开放手术的患者作为对照组,观察两组患者手术相关指标、术后发音功能及生活质量。**结果** 实验组手术时间、术中出血量、术后引流量、卧床时间、发音功能损害例数及发音功能恢复时间均明显少于对照组,生活质量和卡氏行为状态(KPS)评分明显高于对照组。**结论** CO₂ 激光治疗能够缩短手术时间、减少出血量、保护发音功能,具有积极的治疗价值。

关 键 词: 喉癌;癌前病变;激光治疗
中图分类号: R739. 6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007 - 1520(2013)02 - 0160 - 03

喉癌癌前病变主要包括黏膜白斑、上皮不典型增生。由于组织化生或显著增生可以导致恶变而形成原位癌、浸润癌,采用有效的手段对病变区域进行准确的清除,能够有效地阻断癌变过程,保留喉功能。以往工作中病变轻微者常采取保守治疗并长期随访,病变广泛且进展迅速者往往需要通过开放手术治疗。CO₂ 激光切除术是近年来逐步应用于喉声门区癌前病变的治疗方法,具有亮度高,方向性好,能量高度集中的特点。我院于 2009 年起开展 CO₂ 激光切除治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2006 年 1 月 ~ 2011 年 12 月在我院就诊的 110 例喉癌癌前病变患者作为研究对象,所有患者均有不同程度的声嘶、咳嗽等症状,经喉镜检查 and 病理活检确诊为喉癌癌前病变,其中黏膜白斑 37 例、喉乳头状瘤 35 例、重度不典型增生 38 例。
选择接受显微支撑喉镜下 CO₂ 激光腔内切除治疗的 61 例患者作为观察组,其中男 37 例,女 24 例;年龄 34 ~ 54 岁,平均年龄(45. 62 ± 6. 23)岁,选择接受开放手术的 49 例患者作为

对照组,其中男 31 例,女 18 例;年龄 33 ~ 52 岁,平均年龄(45. 12 ± 6. 32)岁。两组患者性别、年龄、一般情况比较无统计学意义($P < 0. 05$),能够进行比较分析。

1.2 治疗方法

对照组患者在全身麻醉后,给予气管切开并行喉裂开手术,剥离切除病变黏膜,若切除范围较大可游离梨状窝黏膜修复缺损的喉黏膜。观察组患者在显微支撑喉镜下行 CO₂ 激光腔内切除术,患者在全身麻醉置入支撑喉镜并挑起会厌,充分暴露声门病变区域后固定支撑喉镜;放入显微镜并充分显示肿瘤边界或癌前病变范围,用 CO₂ 激光对病变基底和边缘进行射频热凝治疗,直至局部组织凝固变白。

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者的手术相关指标 术中观察两组患者的出血量、手术持续时间;术后观察两组患者的伤后引流量、卧床时间。
1.3.2 两组患者的发音功能 观察两组患者术后发音功能损害的例数,发音功能恢复正常的时间。
1.3.3 两组患者的生活质量和活动状态 采用卡氏行为状态评分表(KPS)评估患者的活动状态,采用生活质量核心量表(QLQ-C30)进行平均患者的总体生活质量,得分越高、活动状态越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 18. 0 软件对上述数据进行统计

作者简介:卢 岭,男,主治医师。
通讯作者:梁耕田,Email:gtliang@ hotmail. com.

学分析,计量资料采用 t 检验、计数资料采用卡方检验或非参数秩和检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中观察指标

观察组平均手术时间 (112.21 ± 11.42) min、术中出血量 (43.73 ± 4.79) ml、术后引流量 (12.93 ± 1.4) ml、术后卧床时间 (1.42 ± 0.18) d,均明显少于对照组 ($P < 0.05$)。具体结果见表1。

表1 两组患者手术时间及术中出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)				
	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	术后卧床 时间(d)
观察组	112.21 ± 11.42	43.73 ± 4.79	12.93 ± 1.43	1.42 ± 0.18
对照组	182.84 ± 18.23	109.48 ± 11.41	31.47 ± 3.63	3.74 ± 0.35
t	6.632	7.374	8.752	7.932
P	0.037	0.032	0.021	0.028

2.2 两组患者术后的发音功能

观察组术后发音功能损害9例、发音功能恢复时间 (17.48 ± 1.93) d,均明显小于对照组 ($P < 0.05$)。具体结果见表2。

表2 两组患者术后发音功能比较(例, $\bar{x} \pm s$)			
	例数	发音功能损害	发音功能恢复时间(d)
观察组	61	9	17.48 ± 1.93
对照组	49	17	37.28 ± 4.32
$t(\chi^2)$		10.482	(8.382)
P		0.013	0.023

2.3 两组患者术后的生活质量和活动状态

观察组术后的生活质量评分 (86.84 ± 9.34)、KPS 评分 (85.12 ± 8.91),均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。具体结果见表3。

表3 两组患者术后生活质量和活动状态比较($\bar{x} \pm s$)			
	例数	KPS 评分	总体生活质量
观察组	61	85.12 ± 8.91	86.84 ± 9.34
对照组	49	73.31 ± 7.88	74.31 ± 7.94
t		6.321	5.982
P		0.039	0.042

3 讨论

近年来,喉癌的发病率不断升高,该病的发

生与人乳头状瘤病毒 HPV 感染、吸烟、长期吸入粉尘、接触有毒物质所导致的原癌基因的激活以及抑癌基因的失活密切相关。喉癌的发生经过了由正常黏膜到癌前病变、再到癌变的过程^[1]。喉癌癌前病变主要包括黏膜白斑、乳头状瘤和重度不典型增生。由于不同的癌前病变程度不同,异形细胞浸润的深度也存在差异^[2]。当喉部病变仍处于癌前病变的阶段时,采用有效的方法对发生病变的上皮进行切割能够取得较好的治疗效果,防止疾病进一步发展。

目前,针对喉癌和喉癌癌前病变的传统治疗方式是手术切除,但是由于开放手术需要进行气管切开、喉裂开等过程,创伤较大;再加以喉部组织、血管、神经毗邻紧密,损伤较强。因此术后患者的发声功能、吞咽功能会受到一定程度的影响^[3-4]。特别是对于仍处于疾病癌前病变阶段的患者,是否采用创伤较为巨大的开放手术仍存在较大争议。

近年来,医务工作者逐步认识到对于喉癌治疗应该在保证切除病变的前提下,尽可能的保存患者的喉部功能,这就是近年来广泛的被广大学者所认知的嗓音显微外科手术^[5]。该治疗方式是指利用微创技术在显微镜下进行喉部手术,并根据依据声音产生的体层-被覆原理来最大程度的保留喉部的发声功能^[6]。随着微创技术和激光技术的发展,CO₂ 激光技术被引入到喉部显微手术中,特别是喉声门区癌前病变的治疗,开辟了嗓音显微外科手术的激光热切除的新领域。该技术也为喉癌的早期发现、早期治疗提供了手段^[7]。有些黏膜白斑患者其病变的异形细胞仅局限于上皮的上1/3,在采用 CO₂ 激光技术时只需切除上皮层和角质层;病变的异形细胞累及上皮的上2/3以上,在采用 CO₂ 激光技术时需要切除上皮层、角质层和浅表固有层。

在上述研究中,我们采用显微支撑喉镜下 CO₂ 激光腔内切除治疗的病例作为观察组,并选择接受开放手术的病例作为对照组,观察手术相关指标可知实验组平均手术时间、术中出血量、术后引流量、术后卧床时间均明显少于对照组,生活质量评分、KPS 评分均明显高于对照组。

CO₂ 激光是一种由分子气体激发器所发出的激光,具有亮度高、方向性好、能量高度集中

的特点,应用于喉部组织的手术能够保证切除的精确性,避免损伤临近组织和深层组织,同时也能尽可能的保护患者的发音功能^[8-9]。通过观察患者术后的发音功能可知,观察组术后发音功能损害9例与发音功能恢复时间(17.48 ± 1.93)d均明显小于对照组。这就说明 CO₂ 激光技术的确能够较好的保护患者的发音功能,具有积极的临床价值。

综合以上讨论我们可以得出结论,激光腔内切除治疗能够缩短手术时间、减少出血量、保护发音功能,对于喉癌癌前病变的治疗具有积极意义。

参考文献:

- [1] 郭涛,孙敬武. 喉癌及癌前病变等位基因不平衡性的相关研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,16(3):167-171.
- [2] Saito Y, Tanaka T, Andoh A. Novel biodegradable stents for benign esophageal strictures following endoscopic submucosal dissection[J]. Dig Dis Sci, 2008, 53(2):

330-333.

- [3] 李树华,石洪金,周小榕. 显微支撑喉镜下激光治疗早期喉癌初步观察[J]. 中国内镜杂志,2010,16(1):18-24.
- [4] 赵斯君,李赞,彭湘粤,等. 综合疗法治疗复发性儿童喉乳头状瘤[J]. 临床小儿外科杂志,2012,11(5):338-339.
- [5] 冯勇,奚玲,余晓旭. 支撑喉镜下 CO₂ 激光治疗声门型喉癌术后白膜与早期复发临床分析[J]. 四川医学,2011,32(12):1898-1900.
- [6] Bussu F, Almadori G, DE Corso E, et al. Endoscopic horizontal partial laryngectomy by CO₂ laser in the management of supraglottic squamous cell carcinoma[J]. Head Neck, 2009,31(9):1196-1206.
- [7] 吕秋萍,孙敬武,胡燕明. 激光治疗喉癌前病变[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(12):661-664.
- [8] 张军,王丽权,李唐英. 钬激光手术治疗早期声门型喉癌疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2010,17(10):523-525.
- [9] 毛新华,孙敬武,吕秋萍,等. CO₂ 激光治疗儿童复发性喉乳头状瘤的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,15(5):389-390.

(修回日期:2013-01-01)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201302024

· 经验交流 ·

儿童分泌性中耳炎致高频重度感音神经性聋的临床分析

刘寒波,彭增龙,胡建平,文剑雪

(中南大学第四临床学院 株洲市一医院 耳鼻咽喉头颈外科,湖南 株洲 412000)

关键词:中耳炎,分泌型;儿童;耳聋,感音性

中图分类号:R764.43

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2013)02-0162-02

分泌性中耳炎(secretory otitis media, SOM)是导致儿童听力下降的最常见的原因,是以鼓室积液及传音性聋为主要特征的中耳非化脓性疾病。由于儿童 SOM 病程隐匿以及缺乏明确的主诉,其听力下降不易被及时发现,往往家长发现患儿口齿不清、注意力不集中或学习成绩下降才引起重视,其典型的纯音听阈表现

为语频区 20~30 dB 的传导性聋,儿童 SOM 相关骨导听力下降所致的感音神经性聋亦有报道,发病率为 1%~20%^[1],本文回顾性分析 2006 年 4 月~2010 年 11 月收治的 6 例表现为高频重度感音神经性聋的 SOM 患儿的临床资料,现报道如下。

作者简介:刘寒波,女,硕士,副主任医师。
通讯作者:刘寒波,Email:liuhanbo1205@hotmail.com.