

多功能支撑喉镜在声门暴露困难中的应用

徐向前

(益阳市中心医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南 益阳 413000)

关键词:声带息肉;多功能支撑喉镜
中图分类号:R767.1 文献标识码:C

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(6):582–583]

声带息肉常好发于声带前中 1/3 交界处,是引起发声障碍的常见疾病。其发病主要原因为嗓音的滥用和误用,另外上消化道及咽喉反流对声带息肉的发生及发展可能起到一定的作用^[1]。传统的治疗方法是在纤维喉镜下切除息肉,但由于患者咽反射不停活动,易导致正常息肉不能切除干净,有时伤及正常声带。全麻支撑喉镜下喉显微手术已成为治疗声带息肉的常规手术,但临床实践中发现,常遇到一些患者在常规支撑喉镜下声门暴露困难(difficult laryngeal exposure, DLE)有部分声带息肉位于声带前端,特别是位于前联合处,常规支撑喉镜难以很好地暴露声带前端及息肉,导致术中可能无法将声带息肉切除彻底,有时还造成正常声带组织的损伤,以及上切牙损伤、咽侧壁黏膜软组织、舌根部裂伤、术后患者感舌体麻木等表现。而多功能支撑喉镜则可有效地解决上述问题。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2015 年 4 月~2016 年 4 月,益阳市中心医院耳鼻咽喉科收治的声门暴露困难声带息肉患者 21 例,电子喉镜示声带息肉全部位于声带前中 1/3 处,其中男 16 例,女 5 例;年龄 21~65 岁;病程 3 个月至 5 年;单侧声带息肉 18 例,双侧声带息肉 3 例,所有声带息肉暴露困难患者均存在不同程度的颈部短粗、咽腔狭小、舌体肥厚、小下颌和体胖。患者端坐,面向检查者,用力张口伸舌至最大限度,按舌背高度评估分级,即参照 Mallampati 分级^[2](modified mallampati test, MMT),1 级:悬雍垂、软腭、腭咽弓均看

见;2 级:可见腭咽弓、软腭,但是悬雍垂只看见一部分;3 级:仅可见软腭;4 级:软腭也不能窥见,所有患者均为 3 级及 3 级以上。术前颈椎侧位 X 线片检查,排除严重颈椎疾病。对预测有支撑喉镜声门暴露困难的可能、手术可能无法进行、甚至可能出现并发症者,术前将预测结果向患者及家属说明。

1.2 分级程度

术中声带暴露分级程度,参照 Comack 和 Le-hance 分级标准^[3],I 度:支撑喉镜完全暴露声带,前联合全部暴露;II 度:声带部分暴露;III 度:支撑喉镜仅暴露会厌,喉体按压可暴露部分后端声带,不能暴露声带前部及前联合;IV 度:仅见软腭,所有患者均为 II、III 度。

1.3 手术方法

患者均采用气管插管加静脉复合麻醉。结合患者术前评估,计算体重指数,测量颈围,观察下颌、声门及门齿等。术中出现声门暴露困难者,采用如下方法:患者取仰卧位,颈部充分后仰,使上切牙、会厌、声门处在同一平面上,肩背部抬高约 25°,采用支撑喉镜,沿颈部正中线从口置入,挑起会厌,即可见到声带后端。进一步按压颈前喉体,窥见声带后,用显微喉钳钳摘病变组织,若按压颈外喉体后仍然无法暴露整个声门,常规支撑喉镜置入。21 例患者均声带及息肉暴露困难,故均改用可调式支撑喉镜(桐庐江南医疗器械公司产,型号 H30703-1J)多功能可调节支撑喉镜显露声带后端组织,缓慢挑起会厌,显露声带及息肉;如果仍然无法暴露整个声带及息肉,此时可旋转调节手轮,调节活动镜鞘向上往前联合方向移动,使上镜鞘向上抬起会厌更好地暴露声带及新生物;若声门暴露仍不佳,可从喉部正前方适当加压喉体,则可使整个声带暴露更好,清晰暴露病变部位后用喉显微器械切除病变组织,然后修整创面,直至平整为止。当然对于那些颈项明显强直、颈

作者简介:徐向前,男,硕士,副主任医师。
通信作者:徐向前,Email:873521024@qq.com

椎有病理改变确实无法暴露者,应及时终止手术操作,在表麻电子喉镜下行喉部肿物手术。

2 结果

本组声门暴露困难声带息肉患者21例通过多功能支撑喉镜,加大麻醉深度,加压喉体,声带均能暴露,手术均顺利完成,术后5例患者咽侧壁黏膜软组织轻度裂伤2例舌背麻木(1周至2个月缓慢消失);1例患者术后上切牙列轻度松动,未见严重并发症。术后患者常规禁声休息半个月,静脉滴注或口服抗生素及激素类药物1周,布地奈德、庆大霉素雾化吸入1周,每天2次。术后3个月复查,无声嘶表现,电子喉镜复查未见息肉复发。

3 讨论

气管插管全身麻醉支撑喉镜下行喉显微手术,已成为治疗声带息肉、小结等的常规手术,具有暴露良好、病变易彻底清除、损伤少及恢复快等优点。普通支撑喉镜为直管硬镜,术中要求患者上切牙、会厌、声带成一条直线,充分暴露病变部位才能完成手术,大部分患者均顺利,但有相当一部分患者支撑喉镜暴露困难,其影响因素有体重、开口度、头颈的屈伸度、甲颏间距/舌背厚度等^[4],主要原因是因为部分患者自身解剖特点,如颈部短粗、喉位置高、咽喉腔狭窄、舌根部肥厚,会厌短小,明显的上切牙齿前突等等。普通支撑喉镜下完全暴露声带非常费力,强行手术,有时出现舌神经外伤等严重并发症。导致患者不满而引发医疗纠纷,术前应对声带的暴露进行评估,按照 Mallampati 分级方法分为4级,对3、4级患者医生应告知患者及其家属,支撑喉镜下可能难以暴露声门,手术可能无法进行,甚至可能出现并发症,需征得患者及其家属的同意才能进行手术。

良好的麻醉是手术顺利完成的前提条件,术中要求麻醉充分并且最大限度降低肌紧张度,以利于支撑喉镜顺利暴露术野,咽喉部肌肉最好处于完全松弛状态,先撑起会厌,此时术者会感觉到患者喉部肌肉逐渐松弛,即使前联合暴露不完全,只需加压喉前组织,大多时候,声门能够得以暴露,普通支撑喉镜如果不能暴露术野,此时可使用多功能支撑喉镜,通过调节上下活动镜鞘,在同等力量下比其他喉镜能往前联合方向多暴露6 mm左右^[5],多功能支撑喉镜下进行喉手术较常规支撑喉镜对于DLE患者

有诸多优点^[6-7],如:置入多功能支撑喉镜后,如果声带前联合及息肉暴露不佳,可不再用力挑起会厌,只需要调节手轮使上镜鞘,就可显露声带及息肉,若仍无法充分暴露声带,可以向下轻压喉体组织,协助暴露声带及肿块。普通支撑喉镜下声带暴露困难的患者术中容易出现多个手术并发症^[8-10],如咽侧壁黏膜软组织裂伤,舌根部裂伤致大出血、上切牙松动、骨折甚至脱落,术后出现舌麻木感,味觉差、软腭淤血等。多功能支撑喉镜则根据喉部生理解剖特点在两面镜鞘上有切牙和舌根部凹槽,保护牙齿和舌体组织,可避免上述并发症,如果患者颈项明显强直、小下颌明显,上切牙前突、颈椎出现明显改变者,术中确实不能暴露声带新生物者,为避免手术严重并发症,应改为电子喉镜下手术清除。

总之,对声门暴露困难的病例,应术前充分评估,做好相应准备,术中运用多功能支撑喉镜多能完成喉显微手术,具有手术视野充分暴露、病变组织切除彻底、术中术后并发症少等优点,值得推广。

参考文献:

- [1] 李丽娜,张延平,周凤书,等.咽喉返流与声带息肉之间的相关性研究[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(6):431-433.
- [2] Friedman M, Tanyeri H, La rosa M, et al. Clinical predictors of obstructive sleep apnea [J]. Laryngoscope, 1999,109(12):1901-1907.
- [3] 许欣,李强,孙学军,等. P 内啡肽对慢性缺氧大呼吸的影响[J]. 中华结核和呼吸杂志,1999,22(12):734-738.
- [4] 孟庆翔,高雄辉,宋江顺,等. 支撑喉镜声门区暴露困难的多因素分析[J]. 临床医学,2010,30(6):41-43.
- [5] 刘建兵,李曼,柏正群. 支撑喉内镜联合动力系统在喉微创手术中的临床疗效[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2014,28(4):74-76.
- [6] 李创伟,林歆胜,王双乐. 鼻窦内镜在喉显微手术中的应用[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2010,24(3):50-51,53.
- [7] 郭洁波,张湘民,苏振忠,等. 电视内镜在喉显微外科手术中的应用[J]. 中国内镜杂志,2003,9(6):23-25,28.
- [8] 钱林荣,骆云珍. 支撑喉镜下喉显微手术并发症及不良反应分析[J]. 临床医学,2008,28(4):26-27.
- [9] 黄章模,葛平江,陈少华,等. 支撑喉镜下声带手术口咽部并发症的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(5):412-415.
- [10] 王震,陈伟东,张岩,等. 支撑喉镜下显微手术治疗声带良性病变的疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(4):314-315.

(收稿日期:2016-12-10)