

示指的功能。本组移位再植 38 例 45 指,其中移位再植拇指 32 指,移位再植示指 13 指,成功 42 指,成功率 93.33%,与原位再植的成功率无明显差异。说明移位再植,只要血管搭配得当,精确吻合,同样可取得较高的成功率。

6. 及时发现并处理血液循环危象:悉心的术后治疗及护理亦为再植成功的重要一环。密切观察再植指的颜色、皮温、弹性及毛细血管反应,及时发现血液循环危象。动脉危象表现为患指苍白,张力减低,指端刺口不出血;静脉循环危象为患指青紫,张力高,指端刺口出紫血。及时发现处理得当者,往往可使部分患者化险为夷。本组 75 指发生术后循环危象,均先行解痉处理,7 指缓解,68 指行探查术,其中动脉顽固性痉挛 9 指,剥离部分血管外膜,局部利多卡因温盐水外敷,成活 5 指(55.55%);血栓形成 59 指,切除栓塞血管重新吻合 41 指,成活 15 指(36.56%),失败 26 指(63.41%)⁶³;血管移植 18 指,成活 6 指(33.33%),失败 12 指(66.66%)。

参考文献

- 1 程国良,刘亚平,潘达德,等.第八届全国显微外科学术会议暨国际显微外科学研讨会纪要.中华显微外科杂志,2007,30(1):4-7
- 2 侯春林.我国对世界显微外科发展的贡献.中华显微外科杂志,2007,30(4):246-249
- 3 田万成,潘风雨,卢全中,等.逆行法断指再植体会.中华显微外科杂志,2008,31(6):456-458
- 4 李锦永,丁任,胡洪良,等.418 例断指再植的经验与教训.中华显微外科杂志,1994,17(1):24-26
- 5 朱家恺.显微外科学可持续发展的思考.中华显微外科杂志,2006,29(1):4-5
- 6 刘小林,庞水发,朱家恺.与时俱进,努力开拓我国显微外科的新局面.中华显微外科杂志,2003,26(1):4-5
- 7 李锦永,李清秀,崔永光,等.复杂性断指再植.中华显微外科杂志,1996,19(4):296-297
- 8 张涤生.显微外科的历史回顾与展望.中华显微外科杂志,2006,29(1):1-3

(收稿:2010-12-09)

(修回:2010-12-27)

支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削声带良性肿物

翟性友 董亚斌 陶学勇 侯保霞

摘要 目的 观察支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削器切削声带良性肿物的疗效。**方法** 选择 108 例临床可确诊为声带良性肿物患者,随机分为支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削器切除声带良性肿物(观察组 56 例)与支撑喉联合镜鼻内镜下显微喉器械切除声带良性肿物(对照组 52 例),术后随访并观察 6 个月评定比较两组疗效。**结果** 两组治愈率分别为 92.86% 和 50%,有效率分别为 98.21% 和 92.31%,临床治愈率差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 两种术式疗效前者较好,且手术容易操作、时间短。

关键词 良性肿物 声带 鼻内镜 支撑喉镜 微型电动器

Cutting Vocal Cord Benign Masses with Micro-electric Devices under Laryngoscope Combined Nasal Endoscope. Zhai Xingyou, Dong Yabin, Tao Xueyong, Hou Baoxia. The Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery in First Affiliated of Henan University, Henan 475001, China

Abstract Objective To observe the effect of micro-electric devices in cutting vocal cord benign masses under laryngoscope combined nasal endoscope. **Methods** 108 cases of vocal cord benign masses clinically diagnosed patients were randomly divided into laryngoscope combined nasal endoscope with micro-electric devices cutting vocal cord benign masses (study group, $n = 56$) and the laryngoscope combined nasal endoscope with micro forceps cutting vocal cord benign masses (control group, $n = 52$). Patients were followed up and assessed for 6 months after treatment. **Results** The cure rates were 92.86% and 50%, and effective rate was 98.21% and 92.31%. The clinical cure rate had significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of the former is better than the latter, and the former is more easily operate and has shorter time.

Key words Benign masses; Vocal cords; Nasal endoscope; Laryngoscope; Micro-electric devices.

声带良性肿物是影响人们发音功能的常见病与多发病,如采用间接喉镜、纤维喉镜或电子喉镜下切除肿物,术后复发率较高,主要原因是病变清除不完整与不彻底所致。笔者自2006年9月~2010年6月间,通过对56例患者在支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削器切削声带良性肿物的临床观察随访,取得了良好的疗效。现在报道如下。

资料与方法

1. 一般资料:选择确诊为声带良性肿物的住院病人共108例,均以声嘶与讲话费力为主要症状,全部行纤维喉镜或电子喉镜检查及对可疑病例予以病理证实为良性肿物(纤维或电子喉镜下活检)。按照住院号单双数随机分为鼻内镜联合支撑喉镜下微型电动切削器切削声带肿物56例(观察组),86例,双侧30例,单侧26例,其中男性39例,女性17例,年龄22~52岁,平均36.2岁,病程3个月~5年余;支撑喉镜及鼻内镜下显微喉器械切除声带良性肿物52例(对照组),85例,其中双侧33例,单侧19例,其中男性31例,女性21例,年龄20~55岁,平均37.6岁,病程2个月~6年余。两组在患者性别、年龄、职业、病程及患者体重和颈部外形致声门暴露等方面均无统计学差异。

2. 仪器和设备:①国产支撑喉镜器械及配套喉显微手术器械;②德国wolf鼻内镜及电视监控系统;③美敦力公司的XPS3000综合动力系统,skimmer弯头无齿喉刀前端口直径为2.9mm。

3. 手术方法:两组均采用气管插管静脉复合麻醉。麻醉成功后,患者取仰卧位,肩下垫枕,头置于过度后伸位,常规消毒铺巾。待患者下颌充分松弛后,用纱布保护门齿,将喉镜经口腔在麻醉插管上方向前滑,使喉镜前端位于喉室内,暴露声门后用支撑架固定喉镜。再将鼻内镜经支撑喉镜内或侧孔送至声带附近,清晰暴露声带病变部位。术者可观看电视屏进行仔细操作。观察组:将动力切割系统调整为负压吸引状态,把skimmer弯头无齿喉刀前端口与声带良性肿物轻轻接触,则肿物被吸入且很快就被切削干净,可反复操作直至声带光滑平整。对照组:对于小的声带肿物,用显微喉钳直接钳去病变组织,对于相对稍大的声带肿物,可先用侧开口显微喉钳夹持声带肿物最突起的部分,并稍向中线牵引,待看到顺声带长轴声带正常与病变组织间出现一小浅沟后,沿此沟用显微喉剪将声带肿物完全剪除,或用显微喉刀沿此沟顺声带长轴方向作穿透性切开声带肿物基底部后,切除两侧缘黏膜,摘除肿物。注意勿损伤声韧带和声带肌,术后要使声带边缘基本平整。两者术中创面均配合用1%肾上腺素棉球和地塞米松棉球交替局部压迫以减少出血和减轻水肿。

4. 术后处理:术后静脉滴注青霉素钠针400万U,每日2次,加地塞米松10mg,每日1次,以预防伤口感染和喉头水肿。30mg氨溴索针1支+地塞米松5mg+NS 20ml雾化吸入,1~2次/天,连续3~5天。一般术后5天出院,给以常规

消炎药加黄氏响声丸口服巩固疗效。禁声2~3周,多作深呼吸,禁食辛辣刺激食物,术后第4周和3、6个月复查声音并纤维喉镜下检查声带情况。

5. 疗效评价:治愈:嗓音恢复正常,声带缘平整,黏膜正常,声门闭合良好;好转:声嘶明显改善,声带缘基本平整,黏膜轻度充血,声门闭合尚可;无效:声嘶无改善,肿物有残留或病变复发,声带仍见充血肿胀,声带缘欠平整,声门闭合欠佳^[1]。

结 果

1. 治疗效果见表1及表2。

表1 两组患者总疗效比较

组别	治愈*	好转	无效	总有效率(%)
观察组	52	3	1	98.21
对照组	26	22	4	92.31

经卡方检验,*统计量 $\chi^2=3.91$, $P<0.05$,两组差异有统计学意义

表2 两组患者声带恢复情况比较(按侧计算)

组别	治愈*	好转	无效	总有效率(%)
观察组(侧)	79	5	2	97.67
对照组(侧)	32	37	16	81.18

经卡方检验,统计量 $\chi^2=12.09$,* $P<0.01$,两组差异有极显著性统计学意义

2. 手术并发症:观察组与对照组均有少数病人术后出现不同程度的声门暴露困难、术中难以发现肿物、软腭部擦伤、舌感觉障碍及牙齿松动,但两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

讨 论

声带良性肿物是耳鼻咽喉科的常见病、多发病,在局麻间接喉镜和纤维喉镜下钳除肿物,操作时病人难以配合,比较困难,造成声带的损伤或切除不彻底,严重者因为患者不能很好配合导致气管内异物发生,甚至危及生命。而近年来随着科学技术迅速发展、医疗水平的不断提高、手术器械的改进和患者对嗓音认识的高要求,现在开展的喉微创手术多数是在支撑喉镜联合鼻内镜和支撑喉镜显微镜下进行,具有视野清晰、亮度好、精确度较高的优点。笔者所在科室所用微型电动切削器可避免损伤声带,对喉体较高声门暴露不佳的也可顺利切削肿物。操作时只需把刀头前端口与肿物接触,肿物自动被负压吸进小槽内,开动机器,转头高速转动很快就把肿物切削干净,因为有小槽的保护和喉刀头前端无齿,吸切时不会损伤正常声带组织,并可在声带表面反复吸切。微翘的刀头更便于抵达前联合及声门下,吸引切割可同时进行,减

少术中出血,使手术视野保持清晰^[2]。本组 56 例术后观察 6 个月,治愈 52 例,好转 4 例,治愈率 92.86%,与对照组比较,差异有统计学意义,并发症发生率也低于对照组,或许由于个人手术操作熟练程度的原因导致对照组的临床治愈率相对较低,两组总有效率相当,无统计学差异。吸引器的作用可清除咽喉腔内分泌物及创面出血,以免影响视野,但是要注意避免直接吸声带组织,即术中应尽量少用吸引器直接吸声门组织^[3]。术中创面少量出血时可用 1%肾上腺素棉球局部压迫即可。声带良性肿物的发生多见于用嗓不当或炎症,导致局部黏膜下淤血或水肿。术后声带切缘整齐以及负压吸引的作用可以吸出黏膜下部分水肿组织,抑制术后复发起一定作用,提高了临床治愈率。按侧统计术后声带恢复情况比较更进一步说明了微型电动切削器切削声带良性肿物有其优越性。部分患者术后声音嘶哑明显改善,患者也很满意,而归结为临床好转,但声带仍有少许肿物残留,导致声带按侧统计时对照组无效例数提高。

支撑喉镜下声带手术常要求颈部充分后仰使上切牙缘、舌根、会厌、声门处在同一平面上才能充分暴露声门,完成手术,而临床上部分患者由于脖子粗短、身体健壮、舌根肥厚、咽腔狭小、会厌畸形、张口限制等原因以及近似长椭圆形的立体喉镜更使得病变部位不能充分暴露,增加了手术难度和操作时间。长时间过度压迫舌部易引起舌肌缺血、舌神经损伤致舌体麻木,严重的甚至造成舌肌萎缩可能^[4,5]。鼻内镜辅助下完成声带手术简便易行,只要将微型电动弯头无齿喉刀或显微喉钳头部稍加弯曲,必要时配合喉外按压均可顺利完成手术。支撑喉镜联合鼻内镜下微型

电动切削术适应证多,适用范围广,出血量极少及较常规手术其视野清楚,成功率高、复发率少,疗效可靠。临床遇到 5 例患者声门暴露困难和 2 例患者术中未能发现肿物,对难以完成手术的 7 例患者均在纤维喉镜下钳除肿物作为补救方法。术中难以发现的声带肿物考虑肿物相对较小或声带被气管插管压迫拉紧拉平及气囊压迫移位所致,有待进一步观察。

综上所述支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削器切削声带良性肿物疗效肯定,并发症少,操作简单、时间短、安全、效果好,提高了生活质量。支撑喉镜下声带手术较纤维喉镜、间接喉镜下易出现软腭擦伤、淤血、门齿松动、舌体麻木,一般术后半年可基本恢复正常^[4]。所以术前充分评估声门暴露程度,结合患者病情、身体状况、声带肿物大小及经济条件等采取最适合患者的治疗方案,术后给予中成药活血化瘀有利于增加远期疗效。

参考文献

- 1 张红伟,陈小梅,韩小路,等.声带息肉和小结术后复发相关因素分析.中国医刊,2003,38(5):47-48
- 2 祝威,汪欣,付涛,等.美敦力切削系统在喉微创手术中的应用体会.中国医学文摘耳鼻喉科学,2010,25(2):156
- 3 李辉,王丽华,史剑波,等.喉内窥镜支撑喉镜下手术治疗声带良性病变.临床耳鼻喉科杂志,1999,13(8):380
- 4 王玲.显微支撑喉镜下声带手术的并发症及其防治.临床耳鼻喉科杂志,2001,15(1):37
- 5 孙广滨,温武,周水森,等.全麻支撑喉镜下喉手术致舌神经损伤(附 2 例报告).中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2002,8(4):279-280

(收稿:2010-12-14)

(修回:2010-12-20)

改良中线入路右半结肠切除术临床疗效观察

任莹坤 韩广森 赵玉洲 王刚成 徐勇超

摘要 **目的** 探讨改良中线入路在右半结肠切除术中的应用及意义。**方法** 对 2008 年 5 月~2010 年 11 月 60 例采用改良的中线入路右半结肠切除(改良术式组)患者资料进行回顾性分析,并与同期 47 例传统术式患者及 71 例中线入路术式患者相比较。**结果** 改良术式组第三站淋巴清扫数平均 2.5 个,传统术式组第三站淋巴清扫平均 1.2 个,中线入路术式组第三站淋巴清扫平均 2.6 个,改良术式组清扫第三站淋巴结效果和中线入路组相当($P=0.693$),两组均高于传统术式(P 值分别为 0.044,0.038),差异具有统计学意义;改良术式组平均手术时间 46.3min,传统术式组平均手术时间 48.2min,中线入路组平均

作者单位:450003 郑州,河南省肿瘤医院普外科

通讯作者:韩广森,主任医师,电子信箱:ren402kun@yahoo.com.cn