



· 临床研究 ·

支撑喉镜下微创手术切除早期喉癌配合小剂量放疗的临床效果评估

李泽群 湖南湘西自治州人民医院耳鼻咽喉 - 头颈外科 湖南吉首 416000

摘要: 目的 在早期喉癌患者的治疗过程中应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗, 评估其临床效果。方法 收集我院自2014年3月至2015年3月期间所收治的56例早期喉癌患者, 将其依据计算机法均分为实验组与对照组, 每组患者例数为28例。在治疗对照组患者时应用传统手术治疗, 在治疗观察组患者时应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗, 将两组患者行不同疗法的临床疗效进行对比分析。结果 经对应治疗后, 实验组患者的住院时间、并发症发生率、复发率、1年生存率均显著高于对照组, 差异显著且P值均小于0.05, 统计学意义存在。结论 在早期喉癌患者的治疗过程中应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗的临床效果较为显著, 其住院时间较短、并发症发生率较低、复发率较低、1年生存率较高, 具有较高的临床推广价值。

关键词: 早期喉癌 支撑喉镜下微创手术切除 小剂量放疗 临床效果

中图分类号: R739.65 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 12-100-02

喉癌是临床上较为常见的、多发的耳鼻咽喉肿瘤疾病之一^[1], 发病率较高, 对患者的日常生活造成严重的影响。目前临床上主要采取手术治疗方式控制喉癌患者的病情发展, 同时辅以放疗以及药物治疗, 对患者进行综合性治疗, 显著改善患者的病情并提高患者的生存时间^[2]。为了进一步探究在早期喉癌患者的治疗过程中应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗的临床效果, 我院对56例早期喉癌患者进行了如下过程探究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2014年3月至2015年3月期间我所收治的早期喉癌患者中选取56例作为样本人群, 按照计算机法将所有患者均分为实验组(n=28)与对照组(n=28)。所有患者均对此次探究目的、探究过程以及相关治疗方法进行了充分了解, 均表示自愿参与本次探究并签署了知情同意书。实验组患者中男性例数为18例, 女性例数为10例, 最大年龄为75岁, 最小年龄为45岁, 平均年龄为(52.58±4.12)岁; 对照组患者中男性例数为17例, 女性例数为11例, 最大年龄为74岁, 最小年龄为44岁, 平均年龄为(53.21±5.64)岁。将两组患者的组间数据进行对比分析后发现, 患者的性别、年龄以及病情等一般资料均不存在明显性差异, P>0.05, 统计学意义并不存在。

1.2 方法

在治疗对照组患者时应用传统手术治疗, 即应用行喉裂开术对患者进行治疗: 将患者喉部甲状软骨进行常规裂开操作以致达到充分暴露喉腔的目的, 对患者喉部肿瘤情况进行仔细探查。将距离肿瘤周围0.4-0.6cm范围内的黏膜下组织进行彻底切除并按照以下顺序进行缝合: 软骨膜、两侧的舌骨下肌肉以及皮下组织、皮肤。

在治疗实验组患者时应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗: 对患者进行全身麻醉, 利用支撑喉镜对患者病灶区域进行充分暴露并利用显微镜以及低温等离子EIC7070刀头对患者的肿瘤行切除操作, 其中加长型刀头的工作长度需在20cm以上, 其在术中切割速度较快; 术后5d对患者进行小剂量放疗, 方式为直线加速器, 剂量为30-40Gy。

术后密切监测两组患者的生命体征变化, 避免出现出血不止的情况, 并在术后给予患者相应抗生素治疗, 随访时间为1年, 每月复查1次。

1.3 观察指标

观察两组患者的住院时间、并发症发生率、复发率、1年生存率。

1.4 统计学分析

本次进行研究的56例早期喉癌患者所有临床数据均应用SPSS17.0软件进行分析, 其中对两组患者的住院时间对比用(均数±标准差)的形式表示, 行t检验, 当P<0.05时表示统计学意义存在; 对两组患者的并发症发生率、复发率、1年生存率对比均用率的形式表示, 行 χ^2 检验, 当P<0.05时表示统计学意义存在。

2 结果

2.1 两组患者的住院时间、并发症发生率、复发率、1年生存率进行组间数据对比发现存在显著差异, 实验组患者明显更佳, 存在统计学意义(P<0.05), 详情见表1。

表1: 两组患者的住院时间、并发症发生率、复发率比较

组别	例数	住院时间	并发症发生率(%)	复发率(%)	1年生存率(%)
实验组	28	6.3±1.7	7.14 (2/28)	3.57 (1/28)	85.71 (24/28)
对照组	28	16.4±3.4	32.14 (9/28)	21.42(6/28)	60.71 (17/28)
t/ χ^2		14.0593	5.5434	4.0816	4.4618
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

临床在治疗早期喉癌患者时应用的主要治疗方式是手术治疗, 辅助治疗方式的放疗以及药物治疗, 尤其是联合疗法在临床上应用范围较为广泛。对喉癌患者进行手术治疗的根本目的是为了尽可能保留或者重建患者的喉部发声功能以及呼吸功能^[3], 但传统的手术方式易导致患者出现术后恢复慢、并发症较多、生活质量差等问题, 且患者在术后颈部会留有瘢痕^[4], 严重影响患者的美观, 给患者造成心理压力。因此临床上采取支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗早期喉癌患者, 临床疗效较为显著, 可以显著延长患者的生存时间, 降低患者的复发率和并发症发生几率。

支撑喉镜下微创切除手术疗法是一种低温等离子微创手术^[5], 其运用的消融系统是等离子低温消融系统, 可以对患者病灶区域的组织进行迅速消融, 从而避免患者局部黏膜组织结构发生损伤, 有效减少患者术后疼痛程度和术后水肿现象的发生。并且, 在对患者病灶组织进行消融的整个过程中还会产生较强的热效应^[6], 其临床作用是对患者周围小血管达到凝固止血的效果, 因此该手术疗法术中出血量显著少于传统手术疗法。另外, 等离子低温刀因温度较低不会对患者病灶周围组织造成严重损伤, 且等离子刀的刀头易于弯曲, 可随时调整角度, 因此手术操作易于操作、手术时间用时较短。

通过对本次探究结果分析可知, 支撑喉镜下微创手术切除术联合小剂量放疗不仅可以显著缩短患者的住院时间, 而且对降低患者的并发症发生率以及复发率、提升患者的1年生存率存在具有一定的促进作用。本次探究中, 实验组患者的住院时间、并发症发生率、复发率、1年生存率分别为(6.3±1.7)d、7.14%、3.57%、85.71%, 均显著优于对照组, 差异显著且P值均小于0.05, 统计学意义存在。

综上所述, 在早期喉癌患者的治疗过程中应用支撑喉镜下微创手术切除术与小剂量放疗联合治疗可以显著缩短患者的住院时间, 临床效果较为显著, 且对提升患者的1年生存率和降低患者的并发症发生率、复发率也有一定的临床应用价值和临床推广意义。

参考文献

[1] 沈敏, 万俐佳, 姜义道等. 支撑喉镜下微创手术切除早期喉癌配合小剂量放疗的临床效果[J]. 医学综述, 2015(11):2097-2098.

[2] 于振坤, 张庆翔, 龚单春等. 早期喉癌的治疗选择[J]. 临床

(下转第101页)



上尿路结石致高血压患者术后疗效分析

李运伟 陈丽 东平县人民医院 271500

摘要:目的 分析上尿路结石致高血压患者手术治疗后血压及血管紧张素的变化。方法 选取2014年1月至2015年12月该院泌尿外科采用不同方法(经皮肾镜碎石术、体外冲击波碎石术、输尿管镜软激光碎石术及输尿管切开取石术)治疗的上尿路结石患者110例,比较治疗前后(术前,术后1、2、3d,术后1周和术后1个月)患者血压及血管紧张素水平的变化。同时比较不同梗阻时间血压变化,分析影响患者术后血压恢复的重要因素。结果 110例患者经不同方法治疗后,其血压及血管紧张素水平较术前不同程度下降,差异有统计学意义($P<0.05$);且梗阻时间为3-6、 >6 个月患者术后1周的收缩压、舒张压均高于梗阻时间小于3个月患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 上尿路梗阻时间的长短是影响患者术后血压恢复的重要因素之一,解除肾盂输尿管结石梗阻是缓解上尿路结石所致高血压的有效方法。

关键词: 上尿路结石 高血压 术后疗效

中图分类号: R691.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)12-101-01

引言:

上尿路结石是常见的泌尿外科疾病,在临床中的发生率较高,患者临床表现主要为尿痛、镜下血尿、尿频、肾区疼痛等,严重影响患者的健康和生活。其中上尿路结石在我国西南地区是造成尿路梗阻最常见的原因之一,其具有发展为恶性高血压概率高和内科治疗效果不明显的特点^[1]。本院泌尿外科2014年1月至2015年12月采用不同方法治疗上尿路结石致高血压患者110例,术后降压效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者中男51例,女59例;年龄30-78岁,平均(51.3±12.4)岁;其中肾盂结石48例,输尿管结石62例;初诊98例,治疗后上尿路残余12例(曾行体外冲击波碎石术9例,行经皮肾镜碎石术3例);结石直径0.73-5cm,平均(1.6±0.4)cm;单发结石87例,多发结石33例;尿路梗阻时间小于3个月57例,3-6个月38例, >6 个月15例。110例患者均为患上尿路结石后在不同时间出现高血压相关症状。所有患者均否认原发性高血压家族病史。

1.2 方法 110例患者中行经皮肾镜碎石术61例,行体外冲击波碎石术12例,行输尿管镜软激光碎石术34例,行输尿管切开取石术3例。其中行经皮肾镜碎石术和输尿管镜软激光碎石术后患者留置SF双J管4-8周。术后对110例患者随访6-8个月,分别测量患者术后1、2、3d,术后1周与术后1个月血压,并抽取静脉血检测血管紧张素水平,均与术前进行比较^[2]。分别比较不同梗阻时间患者治疗前及治疗后1周时的血压,分析影响患者术后血压恢复的重要因素。

1.3 统计学分析 文中数据采用SPSS17.0软件进行处理,计数资料行t值检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后患者血压及血管紧张素水平变化对比 110例患者术后1、2、3d,术后1周和术后1个月血压及血管紧张素水平较术前均有不同程度下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。至术后第1周时患者收缩压为118155mmHg,舒张压为7098mmHg;血管紧张素为4062pg/mL。

2.2 小同梗阻时患者治疗前后血压对比 110例小同梗阻时间患者术后1周的收缩压、舒张压均低于术前,差异有统计学意义($P<0.05$);且梗阻时间为3-6、 >6 个月的患者术后1周的收缩压、舒张压均高于小于3个月的患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

上尿路结石导致高血压的可能机制有肾缺血、肾素-血管紧张素水平增高、肾髓质分泌降压物质减少而致水、钠储留和(或)外周血

管阻力增高等。其主要机制与肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)有关。血管紧张素在高血压终末器官损伤中起着重要的致病作用,血管紧张素使周围小动脉和前毛细血管平滑肌收缩致血压上升;同时,血管紧张素激活外周交感神经或中枢神经系统,使肾上腺素能以肾递质释放,促进醛固酮分泌,使远曲小管对钠及水的重吸收增加致水、钠储留,使血压升高。上尿路梗阻妨碍了正常的尿液排泄,形成肾积水^[4]。因为肾内尿液积聚,压力升高,使肾盂、肾盏扩大和肾实质萎缩,肾锥体与肾柱受压变薄直至几乎消失,最后肾脏水、钠排泄功能下降,导致水、钠储留使机体血压升高。

综上,上尿路梗阻时间的长短是影响患者术后血压恢复的重要因素之一。通过不同方法早期解除上尿路梗阻可使患者血压及血管紧张素水平不同程度地下降。本组110例患者血压术后1d开始即恢复较差需靠降压药物控制血压,可能原因为上尿路结石梗阻时间长,肾组织血管受压,致使肾缺血性进行性萎缩、破坏和肾单位破坏较多,解除梗阻后不能恢复正常的水、钠代谢。此类高血压有药物控制不理想且需长期用药的特点。患者单靠药物治疗控制相应症状,常常导致相应的不良反应,没有发现疾病的实质而延误病情,导致最后引起肾衰竭^[3]。故对于有泌尿系结石相应症状的患者出现血压升高,尤其是没有高血压家族病史的患者,需进一步完善泌尿系统相关检查,尽早解除上尿路梗阻,不提倡盲目药物治疗。由于西南地区是结石的高发地区,很多泌尿系结石患者根本无任何临床症状,若不能对患者进行及时有效的根本治疗,长时间慢性梗阻就会引起肾积水、肾衰竭、心力衰竭等一系列并发症,直接影响患者生命健康。因此,要加强宣传教育,使患者认识到上尿路梗阻性疾病也是引起高血压的危险因素之一,定期随访、复查,做到早发现、早治疗,提高患者的生活质量^[5]。

参考文献

- [1] 刘彩光.坦索罗辛对上尿路结石患者体外冲击波碎石术后辅助排石的疗效评价[J].抗感染药学,2015,05:768-770.
- [2] 王德进,王锡清,汪涛.有关双侧上尿路结石引起急性梗阻性无尿处理的几点商榷[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015(91):255-256.
- [3] 丁新飞,言峰,罗四海.微创经皮肾镜软激光碎石术治疗上尿路结石的疗效观察[J].中国医药指南,2013,31:164-165.
- [4] 史云光,段东鹏,王红霞,王鸿鹤.上尿路结石致急性肾功能衰竭的临床治疗研究[J].中国医药导报,2016,03:75-78.
- [5] 李飞,陆鲲,刘加军.上尿路结石致急性肾后性肾功能衰竭的诊治[J].海南医学院学报,2014,07:953-955.

(上接第100页)

误诊误治,2014(9):6-8.

[3] 李言冰,蔡晓军,李黎波等.小剂量顺铂化疗对早期声门型喉癌治疗的影响[J].中国生化药物杂志,2014(3):93-97.

[4] 尹显祥,张珺,张园园等.早期声门型喉癌治疗的预后分析

[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2013,20(4):193-195.

[5] 龚虹云,宋启斌,胡伟国等.首选化放疗或手术治疗喉癌疗效的系统评价[J].循证医学,2014,14(4):229-233.

[6] 邓致,罗伟,朱力等.喉癌单纯放疗失败后行喉部分切除术的预后研究[J].检验医学与临床,2016,13(15):2119-2120,2125.