

中西医结合治疗声带息肉 50 例疗效观察

刘健民¹ 柯伟平² 袁士贞² 袁建胜² 袁余丽² 渊武警广东边防总队深圳医院耳鼻喉科 广东 深圳 518029
广州中医药大学附一医院耳鼻喉科 广东 广州 510405

摘要目的 评价中西医结合治疗声带息肉的疗效。方法 对我科从 2000 年 3 月至 2001 年 2 月收治的 50 例声带息肉患者,中西医结合组在支撑喉镜下行声带息肉摘除术,术后结合内服中药及中药制剂喷喉 1 号方雾化吸入治疗;对照组不做手术,仅内服中药及中药制剂喷喉 1 号方雾化吸入治疗的 42 例声带息肉患者。结果 中西医结合组治愈 38 例(76%),有效 12 例(24%),无效 0 例;对照组治愈 5 例(11.9%),有效 27 例(64.3%),无效 10 例(23.8%)。中西医结合组总有效率 100%,对照组总有效率 76.2%,两组比较,无论治愈率还是总有效率都有显著性差异($P < 0.01$)。结论 中西医结合治疗声带息肉有一定的优越性,具有广泛的应用前景。

关键词 声带息肉;中西医结合

中图分类号 R276.174 文献标识码 B 文章编号 1000-2588(2001)07-0550-02

声带息肉是耳鼻喉科的常见病之一。从 2000 年 3 月至 2001 年 2 月,广州中医药大学附一医院耳鼻喉科采用先在支撑喉镜下摘除声带息肉,然后再内服中药并用中药制剂喷喉 1 号方喷喉的中西医结合方法治疗 50 例患者,将其与单纯中医治疗的 42 例声带息肉患者进行对照观察,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

92 例均为成人,所有病例均经纤维喉镜检查证实声带局部有大小不等、淡白色、淡红色或暗红色、表面光滑的带蒂或基底部宽广的声带息肉。中西医结合组 50 例均为住院患者,男性 16 例,女性 34 例;息肉位于左侧声带 18 例,位于右侧声带 26 例,两侧声带者 6 例;其中工人 5 例,农民 4 例,教师 12 例,干部 5 例,个体户 9 例,营业员 10 例,其他 5 例;年龄(18~58 岁),平均 2.2 岁,病程 4 个月~8 年,平均病程 2 年;有 3 例为手术后复发。对照组 42 例,男性 14 例,女性 28 例;息肉位于左侧声带 18 例,位于右侧声带 20 例,两侧声带者 4 例;其中工人 4 例,农民 3 例,教师 9 例,干部 5 例,个体户 8 例,营业员 10 例,其他 3 例;年龄 19~55 岁,平均 3.7 岁,病程 2 个月~6 年,平均病程为 20 个月;有 2 例为手术后复发。

1.2 治疗方法

1.2.1 中西医结合组 送手术室在气管内插管全麻下支撑喉镜下行声带息肉摘除术,术后予低流量吸氧 4 h,并予静脉滴注青霉素 480 万 U,地塞米松 10 mg 1 次/d,连续 3 d。若对青霉素过敏,改静脉滴注环丙沙星 100 ml 1 次/d,连续 3 d。同时给予生理盐水 20 ml 加入中药制剂喷喉 1 号方 10 ml,雾化吸入,每次 20 min,连续 1 周。内服中药以行气活血、化痰开音为主,方药以桃红四物汤合二陈汤加减。基本方为桃仁 10 g,红花 10 g,当归 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g,生地 10 g,茯苓 10 g,陈皮 10 g,半夏 10 g,甘草 10 g,用水煎服,剂/d,分 2 次温服。连服 10~20 剂。一般患者全麻术后第 3 天出院,出院后仍到门诊

雾化吸入及中药治疗

1.2.2 对照组 中医治疗方案同中西医结合组,中药制剂喷喉 1 号方雾化吸入,内服中药治疗,每日 1 剂,连服 20 剂。对照组不服任何西药。

治疗期间嘱两组患者注意声带休息,忌烟酒及辛辣刺激性食物,1 个月后复查。

1.3 疗效判断标准

治愈:声音恢复正常,检查见息肉消失,声带无充血水肿,声门闭合良好,有效:声音嘶哑减轻,检查见声带息肉缩小,声带轻度充血水肿,声门闭合欠佳;无效:声音嘶哑无改善甚至加重,检查体征无改善。

1.4 统计学分析

所有数据经 χ^2 检验。

2 结果

两组治疗结果详见表 1。

表 1 中西医结合组与中医组疗效比较

组别	例数	治愈	有效	无效	治愈率	总有效率
中西医结合组	50	38	12	0	76*	100*
对照组	42	5	27	10	11.9*	76.2*

* $P < 0.05$

中西医结合组治疗声带息肉治愈率为 76%,中医组治愈率 11.9%, $P < 0.05$ 。中西医结合组总有效率 100%,中医组总有效率 76.2%, $P < 0.05$ 。中西医结合组疗效显著高于对照组。

3 讨论

声带息肉多因用声不当、发声过度或吸烟、呼吸道病变等引起的。主要病理改变是黏膜下层水肿、充血、浆液渗出、血管扩张、毛细血管增生、血栓形成、黏液样变性、玻璃样变性、纤维化等。中医理论认为,声带息肉的产生是由于邪毒反复侵袭或声带劳伤过度致脉络受损,气滞血瘀,凝聚于喉窍,形成小结息肉。

声带息肉目前除手术外,西药尚缺乏有效的疗法,而且对于病程较长、伴有声带黏膜慢性炎症及声带肥厚者,单纯手术

收稿日期 2001-03-29

作者简介:刘健民,男,湖南衡阳人,1996 年毕业于湖南中医药大学,现于广州中医药大学硕士就读。电话:20-86591233-3840

治疗虽有一定的疗效但效果并不十分理想

声带息肉早期尤其是息肉较小或伴有声带水肿时在中医辨证理论的指导下单纯中医药治疗往往能取得较好的疗效但对于病程较长声带息肉较大或息肉基底宽广时疗效欠佳

本研究中西医结合组采用支撑喉镜下声带息肉摘除术绝大部分患者都能通过手术一次性较彻底地摘除息肉术后再予中药内服及中药制剂喷喉 1 号方雾化吸入治疗具有活血行瘀利咽消肿清肺通窍祛痰开音的功效既可以抗炎消除术后喉粘膜水肿又可以将残留的部分息肉逐步消散从而达到治愈防止息肉复发的目的本组治愈率及总有效率都显著高于纯中医对照组

中西医结合治疗声带息肉主要优点是手术将声带息肉一次性摘除结合中医药治疗可降低息肉复发的可能性是治疗

声带息肉较理想的方法但其不足之处是需要住院治疗费用较高其不适于有手术禁忌症的患者

参考文献

陈廷贵, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]北京: 中国医药科技出版社, 1991.1986.
汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]北京: 人民卫生出版社, 1998.466-7.
王士贞. 中医耳鼻咽喉口腔科学[M]北京: 人民卫生出版社, 1993.466-7.
明, 杨先安, 林世龙, 等. 影响声带息肉及声带小结术后疗效的有关因素探讨[J]贵州医药, 1998(3):205-6.
尹慧珠, 高会真, 刘桂英, 等. 声带息肉重复手术的原因分析[J]中华耳鼻咽喉科杂志, 1989(4):203-4.

颈深部脓肿合并纵膈炎及支气管瘘的治疗 1 例报告

吴 清 珠海市人民医院普外科 广东 珠海 519000 冤

关键词 脓肿 纵膈炎 支气管瘘

中图分类号 564.2 文献标识码 B 文章编号 000-2588 2001 07-0551-01

颈深部脓肿合并纵膈炎在临床上较为罕见现将我科成功治愈 1 例颈深部脓肿合并纵膈炎及气管瘘报告如下

1 临床资料

患者男性 4 岁因颈部红肿热痛伴高热呼吸困难紫绀 1 周入院患者于入院 1 周前无明显诱因出现颈部红肿热痛伴有高热最高温度 39.5 益进行性呼吸困难曾在外院接受不规则消炎治疗效果不佳入院查体体温 38.9 益血压 17.5/10 kPa 脉搏 100 次 /min 呼吸 35 次 /min 痛苦面容紫绀扁桃体咽部无红肿右颈部可见 7 cm 伊 cm 伊 cm 包块分布于右气管三角右颈动脉三角右锁骨上三角界红不明显袁质中袁波动感袁触痛明显袁心肺未见明显异常袁腹平软袁无压痛袁扪及包块袁血常规示白细胞 17.6 伊 10 伊 9 入院后立即行颈部包块穿刺袁进针 4 cm 后抽出黄色脓液袁考虑为颈深部脓肿袁定行脓肿切开引流术遥手术切开皮肤袁皮下袁阔肌袁分开颈前肌群后袁深到脓腔袁出黄色脓液约 10 ml 渊后培养结果证实为金黄色葡萄球菌感染袁切口内放置无菌纱布引流遥术后加强抗炎治疗袁但患者未能缓解袁白细胞未能降至正常袁剖面每

日都有大量脓液流出袁遂给予脓腔造影袁发现脓肿已深入纵膈遥向脓腔内注入美蓝袁发现患者痰中带有蓝色遥坚持抗炎换药 2 周后袁症状无明显改善遥决定打开后纵膈袁彻底引流脓液袁手术顺利遥经锁骨袁胸骨后袁袁入后纵膈 15 cm 袁放出脓液 30 ml 袁并一条三腔引流管置入后纵膈遥术后每日 2 次经三腔管灌注甲硝唑袁氯霉素盐水等袁并辅以全身抗感染治疗遥脓液逐渐减少袁周后脓液消失袁患者症状彻底缓解袁拔出三腔引流管遥 1 个月后整复切开的皮瓣袁气管瘘自行愈合袁患者痊愈出院遥

2 讨论

颈深部脓肿合并纵膈炎及气管瘘临床上少见治疗困难死亡率高袁主要是因为脓肿来源不明袁特别是由于脓肿位置深袁与颈部重要的大血管袁神经毗邻袁难以实施切实有效的引流遥患者常因脓肿逐渐扩大袁压迫气管而导致窒息死亡袁或因细菌进入血液导致败血症引起感染性休克而死亡遥本例成功救治的关键是及时采取了脓肿穿刺袁明确了诊断袁立即行脓肿切开引流袁配合大剂量有效抗生素控制感染袁并根据病情发展及诊断的进一步明确袁逐步扩大引流范围袁尽量不留死腔袁特别是在脓液没能控制时袁果断行脓腔造影遥手术打开后纵膈放置了一条三腔引流管袁每天向脓腔灌大量抗生素盐水袁有效保障了彻底引流袁避免了脓肿扩大造成全身感染遥

收稿日期 001-04-24

作者简介 吴 清 965-冤 安徽马鞍山人 989 年毕业于第二军医大学 治医师 电话 756-2289490