

### 3 讨论

3.1 原发灶的处理 近年来外科学提倡以微创手术取代部分传统手术,提高手术技术,减少患者创伤,改善患者的生存质量,改变肿瘤根治一定要大面积广泛手术切除患者要作出功能性牺牲的传统概念<sup>[1-3]</sup>。喉癌治疗要求达到高生存率、低复发率和恢复功能,功能性喉部分切除术的应用愈来愈广泛,其优点是切除肿瘤的同时尽可能地保存了喉的发音和功能<sup>[3]</sup>。本组 60 例喉癌仅 8 例行全喉切除(13.3%)。我们在喉切除术时力求多保存喉软骨支架,并一期修复喉腔缺损黏膜。术中仔细检查肿瘤是否侵犯甲状软骨内层和甲状软骨翼板(经冷冻切片证实),残余喉采用多种成形方法,取得满意效果。我们体会对于晚期喉癌除环后区及双声带广泛受累成形喉难度大可行喉全切除术,其余均可考虑行喉部分切除术。功能性喉部分切除术虽然有很大优点,但要严格选择适应证,既要考虑局部病变,又要注意全身状态,应防止两种错误倾向,一是切除“宁多勿少”,认为多切则彻底、效果好,将应作喉小部分切除者作了大部分切除,应作喉部分切除者作了喉全切除。二是不考虑病变部位、侵入范围、肿块形态、生长方式、肿物大小、分化程度,不留足够的安全界,手术过于姑息,导致术后局部复发。

3.2 颈淋巴结的处理 对于临床已出现颈淋巴结肿大行双侧及单侧颈淋巴结清扫,已形成共识。而对于临床未触及肿大的淋巴结(N<sub>0</sub>)的喉癌患者有 3 种意见<sup>[4-6]</sup>: (1)待出现颈转移时做后续性颈清扫术; (2)术中行上颈深淋巴结清除,病理阳性者行颈清扫术; (3)常规作选择性颈清扫术。争取在单个或较少淋巴结存在情况下予以根除。本组有 48 例颈淋巴结清扫术,术前临床 N<sub>0</sub> 患者 31 例, 8 例阳性(25.8%)。我们体会第一种意见消极等待是不可取的;第二种观点术中对上颈深淋巴结病理检查容易遗漏转移淋巴结,且颈部淋巴结转移也不全在上颈深处;第三种容易造成手术扩大化。我们认为根据病变部位、T分期、病理性质及分化程度行分区性

颈淋巴结清扫是可取的,其创伤小,对功能影响不大,且并不增加多大的经济负担。应对分区性颈淋巴结阳性病例术后辅以放疗。

3.3 并发症的原因、预防和处理 术后感染及咽瘘是常见并发症<sup>[7]</sup>。本组 60 例喉癌术后 8 例感染, 4 例咽瘘。咽瘘主要原因; (1)术者因素,如黏膜缺损过多、手术损伤及缝合张力过大、黏膜对合不整齐留有裂隙及切口设计因素等; (2)患者因素,如糖尿病、低蛋白血症、肝功能损害和坏血病均可使胶原蛋白合成率降低; (3)外界因素,如术后鼻饲流质可致营养缺乏,术前放疗、化疗、术后切口感染等。针对可能出现的原因作预防措施,可大大降低咽瘘的发生率。咽瘘发生后可行保守治疗、拉拢缝合、带蒂肌皮瓣修复等方法治疗。

3.4 复发 可分为局部复发和区域复发(颈淋巴结复发)复发常与肿瘤分期、术式、输血、放射治疗和淋巴结转移等因素有关<sup>[8-9]</sup>。本组 60 例中 8 例复发。原发灶的切缘安全界限及颈淋巴结的正确处理是预防复发的主要因素。复发的喉癌应在可能的情况下以手术治疗为主的综合治疗。

#### [参 考 文 献]

- [1] 屠规益,唐平章. N<sub>0</sub> 淋巴结的前哨淋巴结检测与选择性全颈清扫术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2001, 36(1): 74-77.
- [2] 谢容兰,韦曙平,韦茂木,等. 晚期喉癌的手术治疗[J]. 肿瘤, 2003, 23(4): 341-342.
- [3] 潘子民. 功能性喉癌外科的进展及有关问题的探讨[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1999, 34(5): 279-281.
- [4] 张彬,徐震纲,祁永发,等. 颈分区性清扫术治疗头颈部鳞状细胞癌的远期疗效[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2003, 38(2): 123-127.
- [5] 佟凯,屠规益. 声门上型喉癌颈部淋巴结转移 N<sub>1</sub> 的处理与转归[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31(5): 307-309.
- [6] 吴海涛,王薇,吴韵芳. 喉癌喉前淋巴结转移[J]. 耳鼻咽喉—头颈外科, 1997, 4(4): 195-197.
- [7] 邱连升,林泼水. 喉癌术后复发的临床因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2001, 7(3): 176-178.
- [8] 郭睿,黄德亮,李晖,等. 喉癌复发的研究进展[J]. 空军总医院学报, 2003, 19(1): 29-32.
- [9] 陈福进,曾宗渊,杨安奎,等. 复发性喉癌手术治疗的疗效分析[J]. 癌症, 1999, 18(1): 59-60.

[文章编号] 1000-2200(2006)01-0067-02

。临床医学。

## 清创外治糖尿病足 60例体会

徐丽英,奚九一

[关键词] 糖尿病足;清创术;外科治法(中医)

[中国图书资料分类号] R 587.2 [文献标识码] B

[收稿日期] 2005-01-20

[作者单位] 上海市中西医结合医院 脉管科, 200082

[作者简介] 徐丽英(1976—),女,住院医师。

糖尿病足坏疽是糖尿病的严重并发症之一,全球发病率及截肢率非常高,严重影响了糖尿病患者的生活质量。有报道美国 25% 糖尿病患者发生糖尿病足,每 15 例中 1 例需要

截肢<sup>[1]</sup>；我国糖尿病患者合并足坏疽占 2.8%~4.5%<sup>[2]</sup>。以往根据病因不同将糖尿病足分为神经性病变、缺血性病变及混合型病变，而有学者把其分为肌腱变性、感染为主的湿性坏疽——“筋疽”和以缺血性病变为主的干性坏疽——“脱疽”两种类型，后一分型为外治清创法提供了理论依据。2003年6月~2004年1月，我科共收治糖尿病足坏疽60例，采用不同的外治法（局部清创术）结合内治，效果明显，大大降低了截肢率。现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 男38例，女22例；年龄52~85岁。根据病情将以上患者分为筋疽和脱疽两组。筋疽局部血供较好，多表现为贯通性溃疡，秽臭、红肿明显，有波动感，可出现巨趾、巨趾，足背、胫后动脉搏动正常。脱疽因糖尿病引起的下肢血管狭窄、闭塞致肢端缺血坏死形成干性坏疽，发病前一般缺血症状明显，胫动脉以下血管搏动消失，静息痛明显。筋疽组36例，男25例，女11例；脱疽组24例，男13例，女11例。根据我科奚九一教授多年临床经验，将糖尿病足坏疽以坏死的范围分为5级，不同于国际上分级。I级：溃破、坏死未超过趾趾关节；II级：超过趾趾关节未及趾跖关节；III级：过趾跖未及前半趾；IV级：超过前半趾未及足跟部；V级：坏死至足跟，全足坏死。以上60例患者分级，其中筋疽组：I级10例，II级16例，III级7例，IV级2例，V级1例；脱疽组：I级4例，II级10例，III级8例，IV级2例。

1.2 治疗方法 筋疽组患者入院即降血糖，以清开灵、甲硝唑、氯唑西林等补液抗感染全身治疗同时，即刻行患足清创术。运用止血仪，切开、引流，清除坏死物质。坏死面积大，浸润深的，可行分次清创。其中一周内6例行2次清创术，1例行3次。术后一周患足肿胀消退，体温恢复正常，同时每日抗生素冲洗引流换药，并服用茵陈、苦参、黄连等中药。脱疽组患者入院后即以内服海藻、昆布、蒲黄等中药软坚清痰法治疗，待血供改善坏死分界清或皮温回升后，可行清创术。其中4例坏死未超过近节趾间关节及10例未超过趾跖关节，皮瓣充分，故行清创环切术（缝合），10例行开放性清创术。后期益气扶正治疗。

### 2 结果

筋疽组36例治疗2个月后，24例疮面缩小，肉芽清，上皮生长；10例疮面完全愈合出院；2例治疗无效，行截肢术。脱疽组14例环切术患者10例切口I期愈合半月后出院，4例切口因局部感染延期愈合，1个月后出院；10例开放性清创术后2个月，6例疮面完全愈合，4例疮面缩小肉芽生长良好。总有效率为96.7%，截肢率为3.3%，治愈率50%，有效率高，效果明显。

### 3 讨论

筋疽为感染引起的肌腱变性坏死，此“邪”为湿热，中医认为“久消气阴两虚，气虚生湿，阴虚损筋，湿郁筋损，郁而化热，筋损成疽”，此型内服茵陈、苦参、黄连等中药清热利湿，并积极的予以降血糖抗感染纠正水电解质紊乱等支持治疗，防治厌氧菌感染及气性坏疽。清创术关键是祛湿热之邪，即去除坏死及变性物质。清创多为开放性，不必缝合。术中运

用止血仪防止出血过多，止血仪的压力一般为20~30 mmHg压迫时间一般为30 min时间过长可能会引起患肢缺血。于坏死的近端行足趾或前半趾的神经阻滞麻醉后，充分暴露并清除窦道、脓腔。切开前可用探针探查，尽可能修除坏死的皮下组织，变性的肌腱，对于有弹性、光泽的肌腱向远端拉伸离断后使其自动回缩。切除水肿的肉芽、死骨等。搏动性出血可予缝扎或结扎。坏死面积过大，可分次清创，否则一次手术损伤严重，术中行疮面细菌培养。术后继续抗感染等治疗，必要时可根据细菌培养调整抗生素。每天换药用过氧化氢溶液及甲硝唑等抗生素冲洗，彻底引流。疮面内有坏死物，则行蚕食清创。后期创面肉芽生长良好者，停用过氧化氢溶液，改用甲硝唑或敏感的抗生素，并联合运用活血生新、益气扶正（静脉滴注黄芪、丹参等）治疗。

脱疽为痰湿凝阻经络，致肢体失养，干性坏疽。此“邪”乃为局部血栓形成。以服用海藻、昆布、蒲黄等以清脉软坚化痰法治疗，同时扩血管、抗凝治疗。此型患者的外治与筋疽完全不同，目的是祛除坏死趾跖骨等骨质，形成疮面促肉芽生长。此型患者不能盲目的行清创术，改善血供是非常重要的，否则局部新的血栓形成坏死向近端发展。等待坏死分界清楚或皮温回升，静息痛消失，表明血供改善，清创术的时机已成熟。清创术中因本身血管闭塞血供差，故不可应用止血仪。如坏死未超过近节趾间关节或趾跖关节，可设计皮瓣，I期缝合。一般取前后等长或前短后长的皮瓣。行神经组织麻醉，注意进针点与切口的距离，过近会影响皮瓣的张力。在坏死的近端，患趾外侧面的中央成圆弧形向远端切开皮肤至内侧中间，同样切开足底的皮肤，使两切点重合，离断皮下组织及伸屈肌腱，咬断趾骨，修整骨面，如为骨关节则修除关节面。缝合皮瓣，为减轻张力可修除部分皮下组织。术中切忌钳夹皮瓣，否则可引起坏死。生理盐水或甲硝唑液冲洗伤口后，如切开皮肤后，创面渗血较少，皮瓣不够，或有骨髓炎表现，创面过大等，则行开放性清创术。术后继扩血管、抗凝同时予抗感染治疗。缝合的疮面无紫绀、渗出、缝线反应者，则只需隔天换药，14天后拆线或间断性拆线；如有以上反应，则需每天换药，外用抗生素，必要时拆除部分缝线，引流。开放性创面，予每天换药同时外用祛腐生肌药物。如创面过大待肉芽生长良好时可行点状植皮。后期并予静脉运用抗血小板凝聚、活血生新等治疗，外用促细胞生长因子等。

“筋疽”以驱邪为先的外治法治疗，及早行清创术；而“脱疽”则需待血供改善后行外治疗。糖尿病足坏疽一旦发生，其后果严重。因此在糖尿病确诊后，积极控制血糖同时，应注意对肢体保护，冬季保暖，积极治疗足癣，穿合适的鞋袜，防止外伤，提高糖尿病患者对糖尿病足的防范意识，从而降低发病率、截肢率，提高糖尿病患者生活质量。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 李仕明. 糖尿病足与相关并发症的治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 2-3.
- [2] 秦 俐. 654-2加胰岛素、庆大霉素、甲硝唑混合液湿敷治疗糖尿病足坏疽[J]. 临床荟萃, 1999 14(3): 120-121.