

<<嗓音外科学>>

图书基本信息

书名：<<嗓音外科学>>

13位ISBN编号：9787506263757

10位ISBN编号：7506263750

出版时间：2004-3

出版时间：世界图书出版公司

作者：江德胜

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<嗓音外科学>>

### 内容概要

本书内容共分六篇三十一章，插图100余幅。

主要介绍了喉的解剖，嗓音生理，嗓音病检查，各类嗓音疾病，嗓音外科治疗。

特别是分别叙述了声带手术、喉支架手术、喉神经肌肉手术和喉癌术后发声重建术。

这些手术从适应证、禁忌证、手术步骤、术中注意事项、术后处理和并发症等方面作了系统介绍。

希望本书内容能对耳鼻咽喉科医师特别是青年学者提供有价值的参考。

## &lt;&lt;嗓音外科学&gt;&gt;

## 书籍目录

第一篇 绪论 第一章 嗓音外科学简史 第二章 嗓音外科学进展 第三章 与嗓音外科学发展有关的问题 第四章 小儿嗓音病学 第五章 老年嗓音病学 第二篇 嗓音外科的解剖生理基础知识 第一章 喉的应用解剖 第一节 喉的解剖结构 第二节 喉软骨 第三节 喉肌 第四节 喉的关节与韧带 第五节 喉的内部解剖 第六节 喉黏膜 第七节 喉的血管、淋巴和神经 第二章 嗓音生理学 第一节 发声机理 第二节 发声学说 第三篇 嗓音病检查 第一章 喉镜检查 第一节 间接喉镜 第二节 直接喉镜 第三节 支撑和悬吊喉镜 第四节 导光纤喉镜 第五节 接触式显微内镜 第二章 声带振动的检查 第一节 喉动态镜 第二节 声门图 第三章 嗓音的声学检测 第一节 嗓音计算机电声学测试(声图仪) 第二节 频谱分析仪 第四章 空气动力学检查 第一节 声门发声效率 .....

## &lt;&lt;嗓音外科学&gt;&gt;

## 章节摘录

书摘 第一章 底膜带破坏和增厚,这种增厚与血管改变使小结与息肉形成特征性的临床表现。

声带良性病变的治疗方法很多,多采用手术治疗。

目前主要有以下几种方法。

(1)间接喉镜法:适用于带蒂的声带息肉、基底不宽的声带息肉或乳头状瘤。

要求患者能充分配合,手术医师操作要熟练。

而对于舌背高抬、舌体肥厚、咽反射敏感、声门暴露不良者,手术费时且多不成功,故不宜采用。

以前表面麻醉下用间接喉镜摘除,虽然耗时少,需要设备器械简单,但常因患者配合不好,效果不甚理想。

(2)支撑喉镜法(局麻):适用于各种良性病变,视野清晰,疗效可靠,但对于某些特殊病例,如肥胖、颈短、门牙松动的老年人和儿童并不适合。

往往由于配合不佳或声门暴露不良,手术较为困难。

(3)全麻下支撑喉显微镜手术法:适用于各种良性病变或早期的声门型喉癌。

其优点是显而易见的:声带处于静止状态,能分辨细小的病变,故操作时得心应手,不仅方便且精度高,极少损伤正常的声带组织;术野清晰且放大,可用双手操作;声带Reinke层下的肌层和声韧带的损伤可以避免;术后恢复快,禁声3天后声音即可恢复清晰。

(4)纤维喉镜:局麻、痛苦小、时间短。

适于不同年龄段患者,并且多数乐于接受。

钳田时应限于较小或带蒂的病变。

对体积大,基底宽的病变,难以一次完成,需要多次方可完成故辅助以激光或微波手术更为适宜。

(5)其他治疗法:目前还有其他的治疗法,如激光治疗法、微波治疗法、射频治疗法等但这些方法均需要在支撑喉镜或纤维喉镜下方完成,这里不再赘述,详见有关章节。

另外,值得一提的是对于声带良性病变,尤其是基底较广者,除了采用显微手术尽量减少损伤创面外,术后还应积极配合中药(如金嗓散结丸等)治疗,并辅以微波、激光及射频治疗,以利于早日恢复,减少复发和并发症。

一、声带小结 声带前、中1/3的交界边缘处结节状突起,多呈左右对称,不仅影响声带的振动,并且妨碍声门闭合。

成年人和儿童均可发病,但在青春期和年过60岁的老年人却很少发生声带,结;成年人多见于以嗓音为职业的工作者,如演员、教师、广播员等。

长期习惯于过强发声,多采用硬起音且过于猛烈者,或长期在噪声环境中工作而又必须吆喝者也易发病。

歌唱演员中以唱高音者多见。

由于发声不当,特别是超过本身能力的“挤紧喉咙”歌唱。

或为歌唱方法不良、高音过度,歌唱时气息控制不当,用气流来唱高音,致使声带前、中1/3交界处频频发生撞击而造成损伤,逐渐形成小结,故又称为“歌者小结”。

儿童声带小结是以年龄为特点,多因高声喊叫,猛烈的气流冲击声带,易使声带边缘受到损伤而致小结形成,这又有“喊叫性小结”的说法。

喊叫现象男孩多于女孩,喊叫性小结男女发病之比为3:1。

3-10岁为高发年龄段,14-15岁则少见。

声带小结是儿童声音嘶哑的主要原因,多数是因过度用嗓造成的。

随着变声期的到来,如能注意嗓音保健,经过青春发育期后,小结有希望自行消失,故首先是采用保守疗法。

虽然也有主张手术治疗,但应慎重考虑其适应证。

只有在小结较大、基底较宽、声门闭合不良者,在经内科治疗3-4周仍未见好转再予考虑外科治疗。

手术应十分细致,必须在手术显微镜下操作。

声带小结显微手术的方法为:在放大8倍的手术显微镜下分清小结突起的水肿组织与正常声带游离缘

## &lt;&lt;嗓音外科学&gt;&gt;

黏膜之分界处，用喉刀切开一侧声带突起水肿组织基底部，用息肉钳将突起的水肿组织摘除。若小结较小，可先切开。

然后吸取其内容物。

术中小心操作，切勿损伤正常声带结构，造成不可逆的病理变化，以致造成严重的嗓音改变。

如采用激光手术也需严格选择适合的激光机种类，并控制由于热过程引起组织破坏的程度，小心不要气化过深。

对于声乐工作者，术后应绝对禁声1—2周，待完全恢复后再用声。

必要时还应配合中药(如金嗓散结丸等)治疗，并辅以微波、激光及射频治疗，以利于早日恢复，减少复发和并发症。

二、声带息肉 声带息肉是引起嗓音病变最常见的一种，多见于成年男性，小儿则少见，男女发病2kk为3：2。

症状主要为声音嘶哑，嘶哑程度可因息肉大小和部位不同而有轻重之分。

声带息肉可为单一发生，也偶有多发的。

发生在单侧声带中1/3靠前处居多数。

声门后1/3处则少见。

按息肉的形态不同，可将其分为有蒂与无蒂两种类型。

有蒂者声音嘶哑不严重，检查所见息肉多灰白色，形似小葡萄，其基底狭窄，可随发声、呼吸而活动于声门上下，发声时可被闭合的声带所掩盖，容易被漏诊。

无蒂者又可分为广基型、条状型和全息肉样型三类。

1. 广基型 其根基较宽，形似鱼腹状，突出于声带边缘，多位于声带前1/3的边缘处。由于体积较大影响声门闭合，声音嘶哑较为明显，且多持续，甚者可完全失音。

2. 条状型 多见于声带中1/3的边缘，呈灰白色水肿样变厚。

发声时，夹在声门中间，并见其上下振动，妨碍声带闭合，为此严重影响嗓音，嘶哑较明显。

3. 全息肉样型 也称“声带息肉样变”或“息肉样声带”，声带黏膜几乎全部为息肉，外观色泽灰白或暗红。

发声时，息肉在声门上下翻动，不仅有明显嘶哑，还可能伴有呼吸声粗或呼吸困难。

本型多见于年老体弱及嗜烟者，嗓音极为低沉而无法提高。

声带息肉的病理为黏膜和黏膜下的局限性病变，往往有上皮增生，黏膜上皮与弹性纤维之间的Reinke间隙，只有疏松的结缔组织，无腺体和淋巴管。

在用声过度或不当时，声带受超强振动后，黏膜下可出现水肿，血管扩张和增生，血浆渗出，纤维性变、弹性纤维断裂。

从病理分型，最简单的当数顾瑞(1964)提出的3种类型，即纤维型、水肿型和出血型。

反映息肉的基本病变，即是出血、水肿和纤维化。

病变初期是出血、水肿，最终演变为纤维化，少数也可能有透明性变和淀粉样变。

声带息肉的治疗一般以手术为主，对于带蒂的声带息肉及基底不太宽的息肉可在喉镜下用息肉钳摘除。

对息肉基底较宽或声带息肉样变者则应在支撑喉镜下行喉显术。

通过放大8倍的显微镜下能清楚地看见息肉与正常黏膜组织，用喉刀切开息肉基。

再用息肉钳夹持息肉，在黏膜下予以切除。

术后还应积极配合中药(如金嗓散结丸等)并辅以微波、激光及射频治疗，以利于早日恢复，减少复发和并发症。

三、声带肥厚 声带肥厚是慢性肥厚性喉炎的主要病理改变。

常因急性喉炎反复发作，或发声不当、烟酒过度所致。

是一种较难治的嗓音病，主要症状是声音嘶哑，检查可见声带肥厚、边缘圆钝声门闭合不完全，部分患者声带呈颗粒状突起或息肉样变，室带和杓会厌皱襞也可有类同黏膜增厚。

病理显示声带固有层不同程度炎性细胞浸润，间质水肿，内有大量纤维蛋白样物沉积、血管扩张，血液积聚，黏膜上皮层细胞间水肿。

## &lt;&lt;嗓音外科学&gt;&gt;

由于声带肥厚病变涉及整个声带，故治疗以中西医结合为首选，中医将本病归于“喉暗，范畴，多属虚症，有气滞、痰阻、损伤之因，均属血瘀的病因。

可以采用活血化瘀之治法，对于经3个月治疗而无效者考虑手术治疗。

具体方法为在支撑喉镜下，通过放大8-24倍的手术显微镜下，可见声带肥厚组织及扩张的小血管，用喉刀切开肥厚组织基底黏膜，用息肉钳钳除肥厚组织。

术后应辅以中药(如金嗓散结丸等)活血化瘀等治疗。

以改善声带的微循环，促进炎症消退、组织水肿吸收和创面愈合，减轻术后反应，使发声功能在短期内得以恢复。

四、声带沟与声带萎缩 声带沟即声带在外层位时，平行于声带边缘的一纵向的沟样凹陷，位于声带上、下边缘的中央，延及整个或部分声带膜部，可能引起各种不同程度的嗓音改变和发声困难。

临床上声带沟并不少见，只是由于门诊检查器械与设备的限制而多数被忽略。

近年来随着纤维喉镜、电子喉镜、喉动态镜的普及应用及嗓音医学的发展，声带沟作为引起嗓音改变的一种病理状态而逐渐被认识和重视。

声带沟的临床症状是以持续性中-重度声音嘶哑为主，可伴有发声疲劳、发声无力。

临床检查：可于吸气相见到一侧或双侧位于声带游离缘内侧平行于声带的凹陷，凹陷程度各不相同，形状可呈线状、斑状，长度可为声带膜部全长或部分，约10%伴有声带萎缩。

有的学者干脆就把声带沟视为声带萎缩病的体征之一。

发“咿”音时声带边缘呈现弓形，声门闭合不全，显露出梭形裂隙。

喉动态镜下见声带振幅及黏膜波减弱或消失，提示不同程度的声带边缘僵硬。

声门上结构可出现种种代偿。

如室带肥厚，功能亢进，发声时过度内收(超越)，导致室带发声，形成较高的音调。

镜下病理示声带沟多位于声带黏膜上皮层及固有层浅层，深度为0.2-0.4mm。

即沟的深度仅限于声带包膜层(上皮层和固有层的浅层)，不涉及移行部(固有层的中层和深层)及体部(声带肌)。

沟系上皮肥厚，底为致密的胶原纤维，外观沟是局限化凹陷，弹性减弱硬性增大，发声时声门闭合不全，导致室带发声，发声的效率降低，形成较高的音调(假声也即室带音)或较低的音调。

.....



## &lt;&lt;嗓音外科学&gt;&gt;

## 媒体关注与评论

前言 当人际活动在我们的正常生活中起着越来越重要的作用时，嗓音关系着人们的生存质量和乐趣，但嗓音病却又不时困扰着各类职业的人群。

以嗓音病为研究对象的嗓音医学是在传统耳鼻喉科的基础上发展起来，并分离为独立的边缘科学。随着科学技术的飞速发展，喉科手术向着保留、恢复或改善功能的方向时有创新内容，并逐渐形成和建立了嗓音外科学这一新的专业学科。

然而，时至今日，我国还没有一部“嗓音外科学”的专著。

不仅一般医师对嗓音外科的系统知识知之甚少，即使是耳鼻喉科专业医师亦缺少对嗓音外科实际水平和进展的了解。

本书特以相当篇幅引入了内科学、心理学、康复医学和中医学相关知识，力争把患者术前的生理状态和心理状态调整到最佳程度，而这些内容在以往各种外科学著作中很少涉及，本书则作了一次尝试性探讨。

参编者结合自身临床实践经验，并参考了国内外最新文献，在浩瀚的喉科学书海中，涉猎嗓音外科的新进展，编写成这本较全面地反映当今嗓音外科发展动态的专著。

本书内容共分六篇三十一章，插图100余幅。

主要介绍了喉的解剖，嗓音生理，嗓音病检查，各类嗓音疾病，嗓音外科治疗。

特别是分别叙述了声带手术、喉支架手术、喉神经肌肉手术和喉癌术后发声重建术。

这些手术从适应证、禁忌证、手术步骤、术中注意事项、术后处理和并发症等方面作了系统介绍。

希望本书内容能对耳鼻咽喉科医师特别是青年学者提供有价值的参考。

本书各章节均邀请国内在嗓音外科领域中学有所长并有所建树的专家编写，尽量作到内容新、方法实用，以充分保证本书的学术水平和价值。

由于本书编写时间较紧，参编作者较多，撰写风格各异，内容纵横交叉论述，部分内容可能重复。

此外，由于编者能力有限，书中疏漏和不足之处在所难免，祈求国内同道不吝赐教，提出宝贵意见。

当本书正在组稿之时，我们惊悉本书倡导者——刘永祥教授不幸仙逝，在此我们寄以深切的悼念之意。

鉴于他在本书的构思、内容的确定和部分组稿方面倾注了心血，并由他确定本书书名为“嗓音外科学”。

我们为永远铭记他对本书和对嗓音外科学发展作出的积极贡献，谨将本书作为对他的纪念。

上海世界图书出版公司负责本书工作的陆琦总编辑和强瑞春先生在本书编写、出版过程中做了大量工作，使本书得以顺利出版，在此深表谢意。

本书承杨和钧教授主审，谨致谢忱。

江德胜 余养居  
2003年初秋

## <<嗓音外科学>>

### 编辑推荐

本书内容共分六篇三十一章，插图100余幅。  
主要介绍了喉的解剖，嗓音生理，嗓音病检查，各类嗓音疾病，嗓音外科治疗。  
特别是分别叙述了声带手术、喉支架手术、喉神经肌肉手术和喉癌术后发声重建术。  
这些手术从适应证、禁忌证、手术步骤、术中注意事项、术后处理和并发症等方面作了系统介绍。  
希望本书内容能对耳鼻咽喉科医师特别是青年学者提供有价值的参考。



<<嗓音外科学>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>