

· 临床报道 ·

# 耳内镜下儿童腺样体吸切术 100 例临床分析

邹家全<sup>1</sup>, 文 忠<sup>2</sup>, 雷小青<sup>1</sup>, 胡建武<sup>1</sup>, 黄永贵<sup>1</sup>, 邱威怡<sup>1</sup>, 康 林<sup>1</sup>

(1. 湖南省醴陵市一医院 耳鼻咽喉科, 湖南 醴陵 412200; 2. 广州南方医科大学珠江医院 耳鼻咽喉科, 广东 广州 510282)

**摘 要:** 目的 介绍一种既安全、便捷又符合微创要求的儿童肥大腺样体切除术式。方法 对 100 例腺样体肥大的儿童, 在耳内镜指引下应用 40° 正反向切割吸引刀头, 经口行肥大腺样体吸引切除, 并分析其疗效。结果 100 例患儿术后症状消失者 89 例, 症状明显改善者 11 例, 有效率 100%, 术后随访无腺样体残留及并发症发生。结论 耳内镜下经口行儿童肥大腺样体吸切术, 具有安全可靠、操作简单、切除彻底、疗效显著等优点, 是一种理想的腺样体肥大切除术式。

**关 键 词:** 儿童腺样体肥大; 腺样体切除术; 耳内镜

中图分类号: R766.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)02-0131-02

腺样体肥大是诱发儿童分泌性中耳炎、慢性鼻窦炎及儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征等疾病的主要原因。切除肥大的腺样体是治疗上述疾病的有效手段。目前腺样体切除常用的术式有传统腺样体刮除术, 鼻内镜直视下腺样体吸切术及间接喉镜下刮除术等。我科自 2005 年 10 月以来, 在耳内镜经鼻指引下经口电动吸切治疗腺样体肥大患儿 100 例, 操作简便, 临床疗效满意, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

100 例患儿中, 男 62 例, 女 38 例; 年龄 3 ~ 11 岁, 平均 6.8 岁。病程 6 个月至 7 年。临床主要症状为鼻塞、流脓涕、听力下降、打鼾、反复咳嗽、发热等。术前均经鼻咽部 CT 扫描或耳内镜鼻咽部检查确诊为腺样体肥大。根据蔡晓岚等<sup>[1]</sup>腺样体肥大分度情况, 本组 II° 15 例, III° 36 例, IV° 49 例。92 例患儿伴有 II° ~ III° 扁桃体肥大, 11 例有单侧或双侧鼓室积液。

### 1.2 手术器械

采用德国 Wolf 公司生产的硬性耳内镜

(2.7 mm 0°) 及手术监视系统, 吸切器械为美国史赛克的动力切割系统及 40° 正反向吸割刀头, 国产扁桃体摘除相应手术器械。

### 1.3 手术方法

均经口气管内插管静脉复合全身麻醉, 患儿取仰卧垫肩位, 稀络合碘消毒颌面部及口腔黏膜, 用戴维斯开口器张开口腔并固定。用 1% 丁卡因肾上腺素棉片收缩鼻腔黏膜后, 吸净鼻腔、鼻咽腺样体表面分泌物, 辨清腺样体及咽鼓管圆枕后, 耳内镜先后从左右鼻腔进入达鼻咽部, 先用 40° 正开口吸割刀头从口腔进入达鼻咽部。首先吸切突入鼻腔后部及后鼻孔处的腺样体组织, 然后吸切咽鼓管圆枕周围腺样体组织, 当双侧咽鼓管圆枕、咽口、咽隐窝、后鼻孔等解剖结构显露出来后, 再改用 40° 反向开口吸割刀头吸切除鼻咽顶、后壁及咽隐窝内剩余腺样体组织。用带线的 1% 丁卡因肾上腺素棉片止血。同时, 根据病情同期行腭扁桃体切除术 65 例, 鼓膜切开置管术 9 例。

## 2 结果

全部患儿手术顺利, 切除腺样体手术时间平均约 15 min, 出血量 10 ~ 50 ml, 术后无活动性鼻咽部出血, 无任何并发症发生。术后随访 1 年以上, 89 例症状消失, 包括鼻

塞、睡眠打鼾、流脓涕、听力恢复正常、反复咳嗽等症状;11例症状明显改善,打鼾减轻、听力改善,总有效率达100%。所有病例术后复查鼻咽部无腺样体残留,无并发症。

### 3 讨论

儿童腺样体肥大可引起多种症状,如鼻塞、流涕、听力下降、睡眠打鼾、反复咳嗽、咽痛、发热等,严重者可致面容改变,是导致儿童鼾症、鼻窦炎及中耳炎的主要原因,严重影响儿童的生长发育和身心健康。因此,需要及时给予治疗,进行以腺样体切除和(或)扁桃体切除术在内的综合治疗,以便尽早解除症状,改善面容及功能。

本病的诊断主要依靠病史及临床检查,这一点正逐渐为同行所认可。本组100例具有各种典型的鼻塞、流脓涕、听力下降、睡眠打鼾、反复咳嗽、发热等症状。术前均经鼻咽部CT扫描或耳内镜检查明确为腺样体肥大。

腺样体位于鼻咽顶后壁,与后鼻孔、咽鼓管等解剖关系密切,腺样体肥大阻塞了鼻腔、咽鼓管通气引流通道,是导致儿童打鼾、OSAHS、儿童鼻窦炎、中耳炎等一系列病变的关键因素。我们在耳内镜下先用40°正向开口吸割刀头从口腔进入鼻咽部,首先吸切突入鼻腔后部及后鼻孔处的腺样体组织,然后吸切咽鼓管圆枕周围腺样体组织,当双侧咽鼓管圆枕、咽口、咽隐窝、后鼻孔等解剖结构显露出来后,再改用40°反向开口吸割刀头。吸切除鼻咽顶、后壁及咽隐窝内剩余腺样体组织。经耳内镜下运用正反吸割刀头行腺样体切除术,有诸多优点。首先,耳内镜短,术者可直接用拿镜子的拳头作为支点,固定内镜,比鼻内镜利用鼻阈顶端做支点稳定性更好;耳内镜细,即使3岁小儿,鼻腔黏膜无需太强收缩,内镜进出自由,对鼻甲黏膜刺激小,术后水肿轻微,更无鼻腔粘连等并发症发生。其次,内镜从鼻腔进入,弯切割头从口腔达鼻咽部,直视下切割腺样体,一般无需利用导尿管把软腭拉起,这样既可缩短手术时间,又不致于占据

鼻道空间,影响内镜进出。最后,先用向前开口(正向)的切割头切除突入鼻腔及圆枕附近腺样体,可明视下用切割刀切割、吸引肥大组织,不会误伤鼻甲、咽鼓管圆枕及鼻腔后段黏膜,但要注意防误吸切软腭及悬雍垂;再改向后开口(反向)切割头吸切鼻咽顶后壁及咽隐窝区域腺样体组织就更方便些,但要注意勿切割太深,损伤咽后壁肌层及椎前筋膜,否则出血较多。如有活动性出血点,可用吸引管表面套一根一次性输液管绝缘,吸引同时电凝出血点。因此,我们未出现陈建强等<sup>[2]</sup>报道的需填塞止血及输血抢救病例。

目前,腺样体切除手术方式有多种<sup>[2]</sup>,各有优缺点。传统的手术方式不能直视下手术,是否切除干净或是否损伤到两侧的咽鼓管不能立即观察到,且有引起出血不止的情况;鼻内镜下电凝切除可直视,避免损伤周围结构,但多数医院为成人鼻内镜,用在儿童的小鼻腔中遮挡视野,或根本插不进鼻腔中。所以应根据具体的条件、经验、手术习惯和技术选择适合的手术方式。Jonas等<sup>[3]</sup>比较了经典的腺样体刮出术与吸引透热消融术的疗效对比,后者所用手术时间比前者长,两者术后疗效无明显差异,都有>96%的患儿症状消失或改善,术后6个月随访,在腺样体残留大小方面有差别,后者比前者残留少。

总之,耳内镜下腺样体吸切术操作简便,腺体切割干净,无残留,视野清晰、出血少、手术时间短、无术后复发,避免了再手术的风险,值得临床进一步推广应用。

### 参考文献:

- [1] 蔡晓岚,刘洪英,范献良,等.儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合症的诊断[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(3):161-165.
- [2] 陈建国,邹建定,熊华,等.鼻内镜下低温等离子射频消融术微创治疗腺样体肥大[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2006,6(3):162-163.
- [3] Jonas NE, Sayed R, Prescott CA. Prospective, randomized, single-blind, controlled study to compare two methods of performing adenoidectomy[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2007, 71(10):1555-1562.

(修回日期:2010-03-11)