

采用不同缝合方法的悬雍垂腭咽成形术治疗 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效分析

李 阳, 李 智, 张 文, 贾艳萍

(陕西省人民医院耳鼻咽喉科, 陕西 西安 710068)

关键词: 睡眠呼吸暂停低通气综合征; 阻塞性; 悬雍垂腭咽成形术; 缝合技术; 疗效
中图分类号: R766.4 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2011)04-0302-02

悬雍垂腭咽成形术 (uvulopalatopharyngoplasty, UPPP) 是治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea hypopnea syndmmes, OSAHS) 的重要方法。解剖腭帆间隙, 切除黏膜下脂肪组织的手术理念已得到普遍认可, 如何缝合术腔, 既能扩大咽腔的有效面积、消灭死腔, 又能防止术后伤口裂开, 减少术后并发症是值得关心的问题。2006年9月~2009年9月陕西省人民医院耳鼻咽喉科在保留悬雍垂的改良 UPPP 术中采用2种不同的缝合方式治疗中度 OSAHS 患者 54 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有患者均为2006年9月~2009年9月于陕西省人民医院耳鼻咽喉科收治的中度 OSAHS 病例, 分度标准参照中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组推荐的 OSAHS 诊断和外科治疗指南^[1], 共 54 例, 其中男 46 例, 女 8 例, 年龄 31~65 岁, 平均年龄 43.5 ± 3.2 岁。根据手术方式的不同分为 A、B 两组。A 组全层缝合组, 28 例; B 组分层缝合组, 26 例; 2 组之间性别、年龄比较无统计学差异。术前全部患者行电子喉镜检查, 判定患者的阻塞平面位于腭咽平面, 术前行多导睡眠仪监测 (polysomnography, PSG), 均确定为中度 OSAHS。

1.2 方法

1.2.1 观察指标与方法 观察指标包括: ①术中手术时间。②术后 48 h 内术腔出血情况。③术后 48 h 使用线性疼痛视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS) 方法进行疼痛评估。④术前和术后 6、12 个月复查并使用张口器械进行口内测量口咽两侧壁的最大距离、软腭高度 (软硬腭交界点至软腭弓最高点的垂直距离)、悬雍垂与咽后壁之间的距离^[2,3]。⑤术后 12 个月行 PSG 复查及问卷方式调查患者主观感受, 包括症状的改善程度、有无咽痛、咽干、咽异物感、紧绷感, 评估治疗效果。

1.2.2 手术方法 54 例中全身麻醉 47 例, 表面麻醉加局部麻醉 7 例。常规双侧扁桃体摘除后, 悬雍垂根部外移 0.3 cm 处向上倒“V”形切开软腭黏膜, 最高点位于软腭游离缘上 2 cm, 分离软腭黏膜及腭帆间隙, 切除部分黏膜及脂肪组织, 完整保留悬雍垂及其黏膜。A 组缝合: 使用 3-0 可吸收线间断缝合腭舌弓黏膜与腭咽弓黏膜, 缝合时两弓进出针边距 0.7~1.0 cm 之间, 以便产生最整体的向外牵拉张力, 进针点及打结点均位于靠腭舌弓侧, 软腭、悬雍垂残缘进出针边距 0.3 cm。B 组缝合: 先用 3-0 可吸收针线间断水平褥式外翻缝合扁桃体窝和腭咽弓的肌肉, 关闭死腔, 用同样的方法缝合外层黏膜, 两弓进出针边距 0.5 cm, 打结时避免张力过大和组织堆积, 软腭前后残缘及悬雍垂残缘以 3-0 可吸收线褥式缝合。

作者简介: 李 阳, 男, 主治医师。
通讯作者: 李 阳, Email: iamdawenxi@163.com.

1.3 统计方法

使用 SPSS 13.0 统计软件包对两组患者手术前后测量数据及 PSG 结果进行配对 t 检验,组间计量资料比较采用独立 t 检验,组间计数资料以及手术疗效比较采用 χ^2 检验。

2 结果

所有患者术前术后比较,咽腔的左右径、前后径路、软腭的高度明显扩大;使用不同的缝合方法,术腔的大小在术后 6、12 个月差别不大。所有患者术后 AHI 及 SaO₂ 较术前均显著改善。但使用不同的缝合方法,手术的治愈率和显效率无明显统计学意义 ($P > 0.05$)。使用不同缝合方法的术腔缝线裂开率(术后第 7 天内大于 2 针的缝线撕裂或脱落)、咽不适感(术后 12 月伴有咽痛、咽痒、咽异物感、紧绷感等)、咽部瘢痕(术区沿缝合方向放射状条索样瘢痕)有统计学意义, A 组显著高于 B 组 ($P < 0.05$),但两组的手术时间并无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

对于阻塞平面以口咽部为主者,单独使用 UPPP 治疗,疗效肯定。改良的 UPPP 在解剖腭帆间隙,切除其内过多脂肪组织,强调鼻咽侧黏膜上翻与口咽侧黏膜缝合,扩大了口咽腔的前后径,增加了软腭的紧张度。Friedman 等^[4]曾报道了黏膜下悬雍垂腭咽成形术,强调尽可能保留黏膜的无张力缝合,目的在于消除切口裂开和严重的术后疼痛。国内报道多注重手术前后咽部形态及手术疗效的评价,只有个别对具体缝合方法的报道^[5-7]。本研究中 2 种不同的缝合方法在 UPPP 术后均有效的扩大了口咽腔面积,术后的 PSG 显示疗效是肯定的。从客观数据上讲,2 种缝合方法对中度 OSAHS 患者 UPPP 术后的咽腔形态、手术疗效影响不大。但本研究发现不同的缝合方法, UPPP 术后患者伤口裂开率、主观感受有差异。对腭咽弓与腭舌弓黏膜全层缝合的方法是文献中经常报道的方法,伤口裂开率较分层缝合明显增

加,尤其是平扁桃体中、下级水平的缝线裂开比较常见。这些裂开的伤口,造成创面的裸露,使其术后出血的比例增加,并且造成术后的咽痛、咽痒、咽部异物感、紧绷感的比率增加。用可吸收线分层缝合方法在减张的同时,有一定的止血作用^[8],本研究中采用这种方法,使术后出血、伤口裂开、术腔瘢痕及咽部不适明显降低。另外,为防止伤口裂开,笔者还采取以下措施:①术后患者一般禁饮食 3 d,既减轻体重又避免术区受到刺激。②使用抑制胃酸、唾液分泌的药物。③使用激素控制水肿和感染。④使用漱口水漱口,去除口腔异味,减轻呃逆感。

笔者认为,UPPP 术的疗效,不但要关心咽腔的形态和 PSG 的客观指标,也要重视术后患者主观感受。此 2 种缝合方式虽然在客观指标上无统计学意义,但使用可吸收线分层缝合方法在减少术后出血、瘢痕及患者咽部不适反应等方面作用明显,是值得推荐的手术方法。

参考文献:

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断和外科治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(2):95-96.
- [2] 刘文军,曹文强,葛瑞锋,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者咽腔形态学测量[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(1):55-56.
- [3] 孙中武,郭星. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征口内测量新方法[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(3):224-225.
- [4] Friedman M, Landsberg R, Tanyeri H. Submucosal uvulopalatopharyngoplasty [J]. Op Tech Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 11(1): 26-29.
- [5] 李长青,李胜玉,刘军,等. 单纯外展缝合法腭咽侧壁成形术治疗鼾症的体会(附 20 例报告)[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2003,10(3):183-185.
- [6] 修世国,叶辉,姜宪,等. U 缝合技术在悬雍垂腭咽成形术中的应用[J]. 时珍国医国药,2007,11(2):130.
- [7] 王志强,翟立杰,佟凯. 悬雍垂腭咽成形术中咽侧壁成形[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(21):998-999.
- [8] 汤继文. 手术学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2002:120-121.

(修回日期:2011-07-01)