

· 临床报道 ·

# 儿童上颌窦后鼻孔息肉 19 例临床分析

刘志印, 张 红, 任红波

(郑州市儿童医院 耳鼻咽喉科, 河南 郑州 450000)

**摘 要:** **目的** 探讨儿童上颌窦后鼻孔息肉的临床特点和治疗方法。**方法** 分析郑州市儿童医院耳鼻咽喉科收治的 19 例儿童上颌窦后鼻孔息肉患者的临床资料。所有患者均在全麻下经鼻内镜行鼻息肉切除术。**结果** 19 例均单侧发病, 鼻内镜见息肉从上颌窦口突入后鼻孔。CT 检查 19 例患侧上颌窦均充满液体或软组织影, 其中 11 例窦口扩大, 13 例伴有患侧或双侧鼻窦炎。术中见息肉发生在上颌窦口 11 例, 窦内侧壁 5 例, 内后外侧壁 2 例, 原发部位不明确 1 例。窦内有成块状息肉 2 例, 黄色黏液囊肿 1 例, 上颌窦有黄色浆液 6 例, 脓液 5 例。随访 1~2 年, 复发 3 例。**结论** 儿童上颌窦后鼻孔息肉多发生在上颌窦口和窦内各壁, 病因可能与上颌窦囊肿和炎症有关。彻底切除上颌窦内和窦口区病变、术后较长时间应用抗生素、冲洗窦腔使黏膜上皮化是治疗的关键。

**关 键 词:** 后鼻孔息肉; 上颌窦; 儿童

**中图分类号:** R765.2

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1007-1520(2012)03-0224-03

上颌窦后鼻孔息肉系原发于上颌窦突入鼻腔延伸到后鼻孔的息肉。多发生于 10 岁以下儿童<sup>[1]</sup>, 单侧发病较常见, 病因尚不清楚, 目前认为是有别于一般鼻息肉的另一种鼻息肉类型<sup>[1-3]</sup>。为探讨儿童上颌窦后鼻孔息肉临床特点、病因和治疗效果, 本文就郑州市儿童医院耳鼻咽喉科 2007 年 1 月~2009 年 12 月共收治的 19 例儿童上颌窦后鼻孔息肉患者的临床资料和治疗报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

儿童上颌窦后鼻孔息肉患者 19 例, 男 12 例, 女 7 例; 年龄 5~10 岁, 平均年龄 7.5 岁。病程 3 个月至 1 年。均为单侧发病, 其中右侧 11 例, 左侧 8 例。

### 1.2 临床特点

19 例均有单侧或双侧鼻塞, 打鼾 11 例, 头痛 5 例。所有病例均经 0.1% 肾上腺素丁卡因棉片收缩鼻腔黏膜后在前鼻镜和鼻内镜下检查, 见息肉为单个, 位于中鼻道中后部, 蒂部均

来源于钩突后部(图 1)。CT 检查 19 例均见患侧上颌窦充满液体或软组织影, 鼻腔息肉源于上颌窦口区, 延伸到后鼻孔(图 2, 3); 11 例上颌窦口扩大, 鼻腔息肉与上颌窦高密度影一体(图 3); 13 例有患侧或双侧复合鼻窦炎。

### 1.3 手术方法

19 例均在全麻下经鼻内镜行上颌窦后鼻孔息肉切除术。0.1% 肾上腺素棉片放置鼻腔 10 min 以收缩黏膜血管。切除钩突, 暴露息肉蒂部。为更清楚地探查息肉来源, 先用鼻息肉圈套器或剪刀从息肉颈部切除鼻腔息肉, 再于内镜下探查息肉蒂部附着处, 用咬钳夹持息肉蒂部摘除与蒂部相连的窦内部分, 吸出积液。用切吸器切除窦口、鼻黏膜, 扩大到上颌窦骨性开口, 用 30° 和 70° 鼻内镜从上颌窦口进入, 内镜下观察窦内有无息肉或蒂部、囊肿壁残留并切吸或摘除之。

术后所有患者均静脉滴注抗生素 5 d, 并口服抗生素 2~3 周; 定期行上颌窦腔冲洗、鼻用激素喷鼻 1~3 个月。

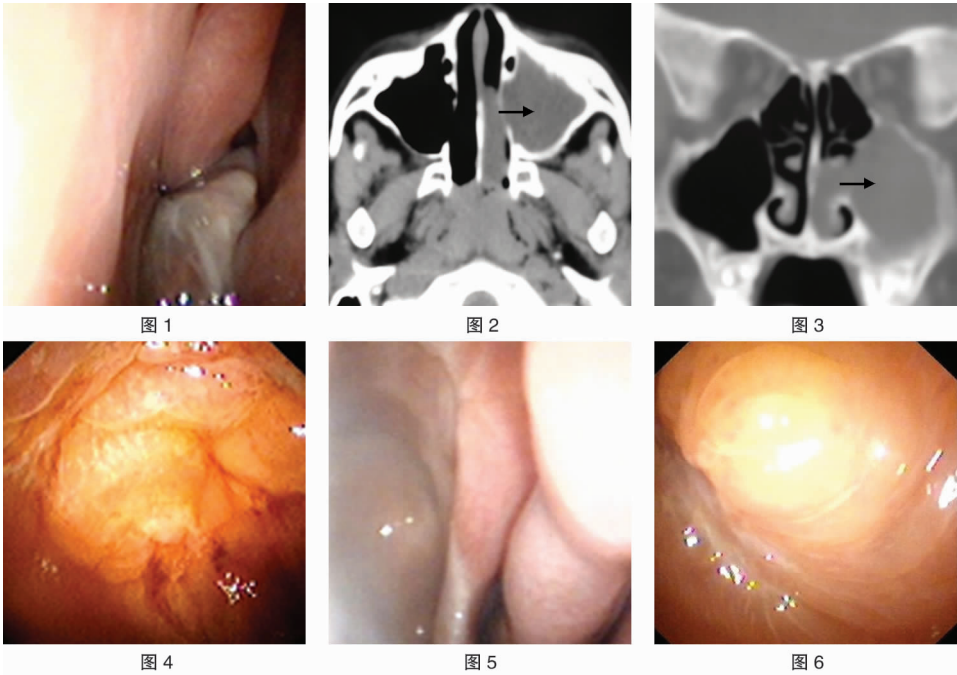
## 2 结果

19 例患者均彻底切除上颌窦内和鼻腔息肉

组织。术中所见息肉蒂部广泛或部分附着于上颌窦口11例,呈扇形或条索状附着于窦内侧壁5例,附着于上颌窦内后外侧壁2例,上颌窦内充满息肉,原发部位不明确1例。窦内有黄色黏液囊肿1例,上颌窦有黄色浆液6例、脓液5例。窦腔黏膜光滑10例,局部或广泛息肉样变8例(图4),上颌窦口黏膜息肉样变2例。

术后2个月患者门诊复查见1例薄壁囊肿从上颌窦口突出,咬除囊壁有水样液溢出,给

予定期冲洗窦腔,随访1年未见复发。术后3个月均用纤维鼻咽镜检查,见上颌窦口和上颌窦黏膜上皮化12例(图5);上颌窦仍有脓液或黏膜息肉样变7例(图6)。术后随访6个月至2年息肉复发3例,CT检查3例均合并同侧上颌窦筛窦炎症,再次手术见1例上颌窦内充满息肉和脓液;2例窦内有水样液,未见息肉,此3例患者均行筛泡切除,随访5个月至1年,无息肉复发。



**图 1** 鼻内镜检查见单个息肉位于鼻腔中鼻道钩突后部 **图 2** CT 水平位示左侧上颌窦与鼻腔新生物密度一致阴影 **图 3** CT 冠状位示左侧上颌窦与鼻腔新生物影,左侧上颌窦口扩大 **图 4** 术后1周2.7 mm 纤维鼻咽镜检查上颌窦黏膜广泛息肉样变 **图 5** 术后3个月上颌窦口黏膜上皮化 **图 6** 术后3个月上颌窦黏膜部分息肉样变

### 3 讨论

#### 3.1 后鼻孔息肉原发部位及病因探讨

后鼻孔息肉多原发于上颌窦,少数发生于蝶窦、筛窦等部位<sup>[4-5]</sup>。Berg<sup>[3]</sup>认为,上颌窦后鼻孔息肉是上颌窦囊肿增大经上颌窦口突入鼻腔囊壁黏膜增生所致。本文资料术中仅发现1例上颌窦内有完整的囊肿,2例窦内有成块状息肉;其余16例窦内并未见到实质性息肉和完整的囊肿,息肉仅以蒂部附着于窦口或近窦口各壁,但影像学检查均见上颌窦充满高

密度影,11例上颌窦口扩大。笔者推断这些特征可能是上颌窦薄壁囊肿充满窦腔从窦口突入鼻腔形成,窦内为囊肿窦外为息肉,窦内囊肿壁与窦壁粘连,囊肿破裂后,在窦内或窦口附着的囊壁发生息肉样变。笔者曾发现1例术后2个月再次以囊肿形式从上颌窦口突出的病例,证实了上述推断。Chmielik 等<sup>[1]</sup>通过细菌学和病理学检查发现儿童上颌窦后鼻孔息肉大多数为炎性息肉并与细菌感染有关,很少有嗜酸性粒细胞浸润。目前一致认为源于不同鼻窦的后鼻孔息肉的病理组织学特征无明显差异,即以炎症过程为主,与变态反应关

系不大<sup>[3-6]</sup>。Batsakis 等<sup>[7]</sup>提出,几乎全部后鼻孔息肉均源于炎性鼻窦病变。本文资料 13 例合并多鼻窦炎症,3 例复发者均合并鼻窦炎。本组病例术中发现上颌窦腔黏膜息肉样变者 8 例,窦口黏膜息肉样变 2 例。除鼻窦炎诱发鼻窦囊肿是后鼻孔息肉的主要成因外,笔者认为,上颌窦慢性炎症引起窦腔、窦口黏膜水肿、增生形成息肉可能是上颌窦后鼻孔息肉的另一病因,于沿凯等<sup>[8]</sup>也发现 4 例复发者为上颌窦黏膜广泛息肉样变病例。

3.2 儿童上颌窦后鼻孔息肉手术要点

上颌窦后鼻孔息肉多发于儿童的原因尚不清楚。鼻内镜手术为彻底处理鼻腔、上颌窦病变提供了方便,更适合儿童患者。上颌窦后鼻孔息肉的原发部位在上颌窦内或窦口,单纯行鼻腔息肉切除或原发病灶处理不彻底是术后复发的主要原因。彻底切除窦口黏膜、窦内息肉及囊肿是手术成功的关键。摘除息肉蒂部时窦内囊肿会随之破裂,应吸出积液,寻找、切除残存囊壁。儿童患者因鼻腔狭小,鼻内镜进入上颌窦观察存在死角,易致病变残留。本研究认为彻底切除钩突和鼻凹部黏膜至上颌窦骨性开口可以较容易的观察处理上颌窦病变。本组资料 2 年内复发 3 例(3/19),复发率 15.8%,复发者均并发复合鼻窦炎症。分析鼻窦迁延炎症是息肉复发的原因之一,术中应注

意处理筛窦病变,有筛泡黏膜息肉样变或筛泡积液者应切除筛泡。术后应较长时间应用抗生素、鼻喷激素,定期冲洗上颌窦腔,以期消除鼻腔、鼻窦慢性炎症使黏膜上皮化以预防复发。

参考文献:

[1] Chmieiik M, Wasiutn yski A, Malydyk J, et al. Histological analysis of nasal polyps in children[J]. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2001, 60(2): 131 - 133.

[2] Ozcan C, Zeren H, Talas DU, et al. Antrochoanal polyp: a transmission electron and light microscopic study[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2005, 262(1): 55 - 60.

[3] Berg O. Origin of the choanal polyp[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1988, 114(11): 1270 - 1271.

[4] 孟祥明. 蝶窦后鼻孔息肉的鼻内镜手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(4): 289 - 291.

[5] 陈峰, 高下, 俞晨杰, 等. 来源于后组筛窦的后鼻孔息肉的诊断和治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(14): 637 - 638.

[6] 李长青, 金春顺, 文莲姬. 上颌窦后鼻孔息肉病理学及临床特征的研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2003, 9(3): 171 - 173.

[7] Batsakis JG, Sneige N. Choanal and angiomatous polyps of the sinonasal tract[J]. Ann Otol Rhinol laryngol, 1992, 101(7): 623 - 625.

[8] 于沿凯, 孟粹达, 肖北春. 鼻内镜手术治疗后鼻孔息肉[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15(12): 682 - 684.

(修回日期:2012-03-21)

· 临床报道 ·

得宝松气液混合鼓室注射治疗  
分泌性中耳炎疗效观察

郑 林, 曾钟杰, 彭乐明, 李代强, 吴 波

(重庆市巴南区人民医院 耳鼻咽喉科, 重庆 401320)

**摘 要:** **目的** 探讨应用得宝松(复方倍他米松)气液混合鼓室注射治疗分泌性中耳炎的疗效。  
**方法** 对 67 例(70 耳)分泌性中耳炎患者采用得宝松注射液 1 ml + 空气 1 ml 注射于鼓室, 治疗 10 d 后观察, 症状消失、鼓膜形态色泽恢复者停止治疗; 好转或无效者, 进入第 2 次治疗, 仍无效者改行其他方式治疗。  
**结果** 治疗结束 1 个月后进行疗效评估, 其中治愈 56 耳, 好转 9 耳, 无效 5 耳。注射一次治愈

作者简介:郑 林,男,主治医师。  
通讯作者:曾钟杰,Email:cqzengzhongjie@126.com.

率为68.6%,两次治愈率80%,总有效率92.9%。**结论** 得宝松气液混合鼓室注射治疗分泌性中耳炎是一种有效、简单的方法。

**关键词:**得宝松(复方倍他米松);分泌性中耳炎;鼓膜穿刺;鼓室注药;气液混合

**中图分类号:**R764.9

**文献标识码:**B

**文章编号:**1007-1520(2012)03-0227-02

重庆市巴南区人民医院耳鼻咽喉科采用得宝松气液混合鼓室注射治疗分泌性中耳炎67例(70耳),取得满意疗效,现回顾总结,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

收集2010年2月~2011年4月诊治的分泌性中耳炎67例(70耳),其中男29例,女38例;年龄16~55岁,平均年龄41岁;病程2d至4个月,平均12d。左耳34例,右耳30例,双耳3例。临床表现耳闷胀感,听力减退,低调耳鸣等,检查见鼓膜内陷,呈灰白色或琥珀色改变,部分鼓室见液平或气泡,鼓膜动度差。纯音听力检查:语频0.5、1、2 kHz,平均气导听阈32 dBHL,气-骨导差均值26 dB,声导抗鼓室图类型:B型图62耳,C型图8耳。所有患者行纤维鼻咽镜检查排除鼻息肉及鼻咽部肿瘤等咽鼓管阻塞性病变。

### 1.2 治疗方法

患者取侧端坐位,2%丁卡因棉片贴于鼓膜行表面麻醉10 min,外耳道碘伏消毒。5 ml注射器抽吸得宝松注射液1 ml(上海先灵葆雅制药有限公司产品)+空气1 ml空气接7号钝头针于鼓膜紧张部前下象限,距边缘约1~1.5 mm穿刺进入鼓室,保持针尖轻微上倾,使空气位于注射器前端,首先缓慢注入空气,迫使咽鼓管开放排除积液,随后将药液全部注入鼓室,因部分药液经咽鼓管到达咽部,故患者可感觉到药液或药味。拔出注射针后干无菌棉球拭净穿刺孔溢出药液,完成治疗。治疗10 d后观察,症状消失,鼓膜形态色泽恢复者停止治疗;好转或无效者,进入第二次治疗,仍无效者改行其他方式治疗。治疗后嘱患者保持耳道干燥,多作吞咽动作,口服罗红霉素、氨溴索胶囊及强的松片,维持1周。

### 1.3 疗效评定标准

治愈:纯音测听语频0.5、1、2 kHz,听阈恢

复正常,耳闷消失,鼓膜色泽及标志恢复正常,鼓室图转为A型;好转:纯音语频听力提高15 dB以上,偶感耳鸣、耳闷,鼓膜动度尚可,鼓室图转为C型;无效:纯音语频听力无提高,耳鸣、耳闷仍存,鼓室图为B型。

## 2 结果

本组病例治疗结束1个月后进行疗效评估:治愈56耳,好转9耳,无效5耳(其无效原因可能为渗液过于黏稠,呈胶冻状,后经鼓膜切开置管等处理后好转)。注射一次治愈率为68.6%(48/70);两次治愈率80%(56/70),总有效率92.9%(65/70)。全部病例随访6个月以上,治愈者未见复发,咽鼓管功能良好。

## 3 讨论

分泌性中耳炎(secretory otitis media, SOM)病因尚未明了,其治疗也围绕在改善咽鼓管通气、清除鼓室积液、抗炎等方面。目前主要治疗方法<sup>[1]</sup>仍是抽液及鼓膜切开置管。笔者采用得宝松气液混合鼓室注射治疗67例(70耳)分泌性中耳炎患者取得良好效果,无鼓膜穿孔等并发症发生。该法特点在于:①鼓膜穿刺后不抽取积液,首先缓慢推入空气,迅速消除鼓室负压,使鼓膜凸回正常位置,积液黏附力降低,利于鼓室黏膜皱襞及隐窝等缝隙中的液体流出;同时,鼓室压力增大后利于咽鼓管开放;随后药液注入,积液得以稀释,易于从咽鼓管排除。②SOM早期由于黏膜水肿,咽鼓管纤毛功能抑制,鼓室积液会反复产生。有文献报道<sup>[2]</sup>糖皮质激素能减轻黏膜水肿、减少渗出,促进表面活性物质分泌等。因此,糖皮质激素治疗SOM的有效性在临床治疗中得以证实。笔者使用的得宝松是一种长效糖皮质激素,若药物不排除,药效可持续3周以上。本组病例一次性治愈率为68.6%,优于谭祖林等<sup>[3]</sup>报道的51.3%。有学者报道<sup>[4]</sup>用该药鼓

室灌注治疗突发性聋取得的疗效也明显优于地塞米松,分析可能与该药强长效、成份、分子大小、脂溶性等因素有关。但本组病例较少,大部分病程较短,有待继续观察。③气液混合注射法不损伤咽鼓管黏膜,顺应纤毛摆动方向,符合咽鼓管生理功能,与汪吉宝<sup>[5]</sup>倡导的SOM 治疗创新原则一致。

参考文献:

[1] 苏文玲,赵德安,洪美娜. 分泌性中耳炎鼓膜置管鼓室冲洗与否的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008, 14(3): 226 - 227.

[2] Florea A, Zwart JE, Lee CW, et al. Effect of topical dexamethasone versus rimexolone on middle ear inflammation in experimental otitis media with effusion [J]. Acta Otolaryngol, 2006, 126(9): 910 - 915.

[3] 谭祖林,张扬,徐先荣,等. 双孔鼓膜穿刺鼓室注药法治疗急性分泌性中耳炎的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010, 24(1): 16 - 18.

[4] 方文旭,蔡志福,廖智萍. 鼓室内灌注得宝松和地塞米松治疗突发性聋疗效比较[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2008, 16(4): 259 - 261.

[5] 汪吉宝. 对分泌性中耳炎临床工作的几点看法[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2001, 15(10): 435 - 436.

(修回日期:2012 - 03 - 15)

· 经验交流 ·

儿童慢性鼻-鼻窦炎的阶梯性治疗

韦树春,黄天勇,刘为纲,陈 健,邓 宝

(玉林市五官科医院 耳鼻咽喉科,广西 玉林 537000)

关 键 词:鼻窦炎;阶梯性治疗;儿童

中图分类号:R765.2

文献标识码:C

文章编号:1007 - 1520(2012)03 - 0228 - 03

儿童慢性鼻-鼻窦炎是耳鼻咽喉科的常见病和多发病,其发病机制、临床表现和治疗手段等都与成年人有较大区别。由于儿童鼻窦发育尚未完全,生理功能障碍可逆性大,儿童治疗不配合,临床医师未足够重视等,使得治疗效果有很大的差别。为了提高治疗效果和减小治疗效果的差距,玉林市五官科医院耳鼻咽喉科在2004年3月~2009年3月对216例儿童慢性鼻-鼻窦炎根据其不同时段和不同体征进行合理化、规范化的阶梯性治疗,取得较好的效果,现总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组患者216例,男126例,女90例;年龄4~15岁,平均年龄8.1岁,病程6个月至

5年。均经临床症状、鼻内镜检查、CT扫描和治疗经历等综合分析确诊为慢性鼻-鼻窦炎,按1997年海口标准,I型1期47例,2期27例,3期34例;Ⅱ型1期23例,2期31例,3期19例;Ⅲ型35例。检查中发现合并腺样体肥大和(或)慢性扁桃体炎者52例,中鼻甲息肉样变11例,鼻中隔偏曲12例,支气管哮喘8例。

1.2 治疗方法

第一阶段:216例患者均进行系统的药物治疗3个月以上,口服抗生素阿奇霉素8 mg/(k·d),鼻用糖皮质激素丙酸氟替卡松(辅舒良)喷鼻,口服黏液促排剂羧甲斯坦及免疫促进剂匹多莫德,对过敏倾向明显者加服西替利嗪。114例患者进行间断性鼻腔置换疗法;48例年龄较大且为单纯上颌窦炎的患者采用鼻内镜下将硬脑膜外麻醉导管经上颌窦自然开口导入上颌窦,先抽除窦腔脓液,然后注入0.5%甲硝唑溶液和生理盐水反复冲吸,置管可保留

作者简介:韦树春,男,主治医师。  
通讯作者:韦树春,Email:ylwsc2008@yahoo.cn.

在上颌窦和鼻腔,每天冲洗1次,7 d为1疗程;54例采取单纯口服药物和鼻腔局部喷鼻。

第二阶段:解除鼻塞和病原菌隐蔽场所,即鼻内镜手术前辅助外科干预。合并腺样体肥大和(或)慢性扁桃体炎者52例,在第一阶段治疗症状消失且3周内无复发的11例患者没有进行鼻内镜手术前辅助外科干预,其他41例患者进入第二阶段解除鼻塞和病原菌隐蔽场所的外科治疗。29例在鼻内镜下腺样体切除,12例扁桃体和腺样体同时切除。手术后都要进行与第一阶段相同的4周以上系统性药物治疗,随访3个月。

第三阶段:经上述治疗效果不明显的患者一共98例进入第三阶段内镜鼻窦手术。67例采用全身麻醉,31例12~14岁患儿采用局部麻醉加强麻醉,以Messeklinger术式,尽可能采用小孔技术,保留窦内黏膜,对中鼻甲息肉样变者作中鼻甲成形或部分切除术;9例同时行鼻中隔矫正术。手术范围只局限于鼻息肉切除、鼻窦复合体的开放。术后继续口服阿奇霉素8 mg/(k·d),鼻腔定期清理和冲洗,鼻用糖皮质激素喷鼻,口服黏液促排剂和免疫促进剂及抗过敏等治疗,随访6~12个月。

### 1.3 疗效评定

①治愈:症状消失,鼻内镜检查鼻腔无脓,窦口通畅,上呼吸道感染后流涕不超过7 d;②好转:症状明显改善,鼻内镜检查鼻腔少许积脓,窦口黏膜水肿;③无效:症状及检查体征治疗前与治疗时无改变。

## 2 结果

患者进行了第一阶段的药物保守治疗1~3个月后主观疗效评估:症状消失,3周内无复发者56例,症状好转或2周内症状复发76例,症状无改善84例。患者第二阶段主观疗效评估:症状消失、3周内无复发者18例,症状好转或2周内症状复发者9例,症状无改善者14例。3个阶段治疗统计结果:治愈136例,好转55例,无效25例,总有效率88.4%。

## 3 讨论

根据临床症状、CT扫描和发病时间应把儿

童慢性鼻-鼻窦炎分为慢性持续性鼻-鼻窦炎和复发性急性鼻-鼻窦炎两种。慢性持续性鼻-鼻窦炎指持续性脓涕、慢性鼻阻塞,可伴有咳嗽、头痛、习性改变等症状,连续药物治疗3个月症状和体征仍存在者;复发性急性鼻-鼻窦炎指药物治疗3~4周后脓涕、鼻塞、头痛等症状明显改善,但每年有3~4次急性发作。随着慢性鼻窦炎综合性治疗理念越来越受到重视,应该将儿童鼻-鼻窦炎与成人鼻-鼻窦炎区别对待,主要考虑:①儿童慢性鼻-鼻窦炎多有自愈倾向,常同时伴有全身性因素,如呼吸道变态反应、哮喘、腺样体和扁桃体肥大及慢性炎症和全身免疫功能低下等因素;②鼻窦和鼻道发育欠佳;③术后治疗的依从性差。儿童慢性-鼻窦炎的鼻内镜手术应该谨慎选择,CT扫描不透光并不能说明鼻窦炎的存在,儿童慢性鼻-鼻窦炎的诊断不能仅靠CT扫描来判定,而是根据症状、体征综合分析,因此仅凭鼻窦CT异常不能成为手术的依据。儿童、青少年和成人慢性鼻-鼻窦炎的病理机制和临床表现有很大差异,针对不同年龄阶段人群制订相应的治疗手段是必要的。根据上述理论方面的研究结果,对于I型和不伴有鼻腔鼻窦解剖结构异常的儿童慢性鼻-鼻窦炎或复发性鼻-鼻窦炎治疗策略分为3步<sup>[1]</sup>:首选药物治疗,其次对伴有腺样体肥大且有手术指征者,可行腺样体切除,最后采取内镜鼻窦手术。第一阶段系统药物治疗:时间3个月以上,包括抗生素、鼻用糖皮质激素、黏膜液促排剂、抗变态反应、鼻腔置换和鼻窦冲洗等非手术的治疗手段。抗炎、抗水肿成为治疗儿童鼻窦炎的关键环节。有资料显示大多数儿童慢性鼻-鼻窦炎对恰当的药物和保守治疗比较敏感<sup>[2]</sup>。鼻黏膜慢性炎症是一个12周以上、非常缓慢的发展和修复的过程,因此,抗炎药物和局部糖皮质激素的使用原则上不少于12周<sup>[3]</sup>。类固醇鼻喷剂的临床应用要注意:为了减少使用激素对儿童发育带来不利影响,全身用药不宜超过7 d,尽量采用鼻腔局部雾化吸入作为术后的长期治疗,可持续用药3个月以上;勿任意超推荐剂量,年龄偏小的儿童注意减量;内服、外用和吸入皮质激素同时使用时,除非非常必要,其相加剂量不宜超过其总量;症状控制后,可逐渐减量至最低剂量或隔日使用(即维持量),并注意个体

差异<sup>[4]</sup>。置换疗法是利用负压原理将药液注入窦腔,对局部进行消炎治疗取得较好的效果;第二阶段鼻内镜手术前辅助外科干预:对于10岁以下的慢性鼻-鼻窦炎患者,如果有腺样体肥大、扁桃体肥大、慢性扁桃体炎且有手术指征,可考虑先行腺样体和(或)扁桃体切除术,可避免50%~89%的患儿行鼻内镜鼻窦手术<sup>[5]</sup>。不建议对不影响鼻通气的中鼻道单发息肉进行切除,可采用局部糖皮质激素喷鼻。总之,腺样体肥大与慢性鼻-鼻窦炎均为儿童常见疾病,两者密切相关,前者是后者发病的重要原因之一,临床医生需要两者的综合和协同治疗<sup>[6]</sup>;第三阶段内镜鼻窦手术:适应证是经过充分、规范的药物和前期治疗后疗效不佳以及巨大的鼻息肉或者多发性息肉造成广泛的鼻腔和鼻窦通气引流障碍,CT扫描提示存在解剖变异且与鼻窦炎有相关性者。儿童采用内镜鼻窦手术因为创伤较小,保留了鼻腔的正常结构,不影响儿童鼻窦发育,所以是一种较好的治疗方法,目前成为儿童鼻窦炎保守治疗不佳的补救措施<sup>[7]</sup>。对于儿童慢性鼻-鼻窦炎的手术适应证应严格掌握,手术的基本原则是小范围、精细、微创,在大多数情况下只要求切除钩突和开放前筛,尽量不要开放任何鼻窦。

儿童慢性鼻-鼻窦炎应更多考虑保守治疗,只要用药合理,方法选择得当,即使药物治疗失败的患儿选择手术治疗时也应十分谨慎。注重综合治疗,重视临床循证医学调查,注重科学性和客观性,避免盲目性和过分依赖经验。

#### 参考文献:

- [1] 刘亚南,范崇盛,薛柯凡,等. 青少年慢性鼻窦炎的鼻内镜手术疗效探讨[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(4): 296-298.
- [2] Pransky SM, Low WS. Pediatric ethmoidectomy[J]. Otolaryngol Clin North Am, 1996, 29(1): 131-142.
- [3] Cerin A. The anti-inflammatory effect of erythromycin and its derivatives, with special reference to nasal polyposis and chronic sinusitis[J]. Acta Otolaryngol, 2001, 121(1): 83-92.
- [4] 项济生. 类固醇鼻喷剂的临床应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2004, 18(11): 641-642.
- [5] 史剑波,魏均民,文卫平,等. 全国慢性鼻-鼻窦炎诊治专家论坛会议纪要[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 43(4): 255-258.
- [6] 王秋萍,薛飞,李泽卿,等. 腺样体肥大儿童合并慢性鼻-鼻窦炎的临床调查及相关性分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(2): 135-138.
- [7] 李建萍,李正贤. 小儿鼻窦炎的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(2): 132-134.

(修回日期:2012-01-09)

## · 消息 ·

### 《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》稿件远程处理系统

中国耳鼻咽喉颅底外科杂志已经开通网上远程处理系统,请各位作者和专家登陆 <http://www.xyosbs.com/index.htm> 此网页。作者可进入左侧的“作者投稿查稿”进行在线投稿和查稿。各位专家请进入左侧的“专家在线审稿”,帐号和密码编辑部邀请专家审稿时会通过邮件传给各位专家,同时也可通过编辑部发的邮件直接连接进入审稿系统。有什么问题请随时联系,谢谢合作!

地址:湖南省长沙市湘雅路87号(湘雅医院内)中国耳鼻咽喉颅底外科杂志社

邮编:410008

电话(传真):0731-84327469

投稿网址:<http://www.xyosbs.com>

Email:xyent@126.com.