

· 临床报道 ·

# 70°鼻内镜下儿童腺样体切除术 825 例临床分析

郇旭辉,戴 嵩,桑月红,徐振明,訾 龙,褚艳玲,张 杰,朱宝玉,曹 鋈

(中国人民解放军第 463 医院 耳鼻咽喉科,辽宁 沈阳 110042)

**摘 要:** **目的** 研究 70°鼻内镜下儿童腺样体切除术的方法和疗效。**方法** 对 825 例腺样体肥大患者采用 70°鼻内镜下腺样体切除术,观察其疗效。**结果** 825 例腺样体肥大患者术后所有主观症状消失或明显好转,听力学检查均恢复正常,复查鼻咽侧位片或电子鼻咽镜见鼻咽部光滑,后鼻孔通畅,咽鼓管咽口无狭窄。术后随访 3~20 个月所有患者无复发,并发症少见。**结论** 70°鼻内镜下腺样体切除术是治疗腺样体肥大的有效手术方式。

**关 键 词:** 腺样体肥大;鼻内镜;腺样体切除术;并发症

中图分类号:R766.3

文献标识码:B

文章编号:1007-1520(2012)04-0312-02

儿童腺样体肥大是耳鼻咽喉科和儿科门诊的常见疾病之一,腺样体肥大是引起儿童鼾症、分泌性中耳炎、慢性鼻窦炎的主要原因,并且会因为缺氧造成儿童注意力下降、记忆力减退、认知功能受损等<sup>[1]</sup>。腺样体切除术是治疗这种疾病的唯一方法,经鼻内镜腺样体切除术已经取代了经口腺样体刮除术,解放军第 463 医院耳鼻咽喉科自 2008 年 12 月~2011 年 6 月采用 70°鼻内镜下切除小儿肥大腺样体 825 例,取得满意的疗效,现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 临床资料

本组 825 例中,男 568 例,女 257 例;年龄 3~16 岁,平均 5.6 岁。主要症状有夜间睡眠打鼾 787 例,鼻塞 656 例,听力下降 251 耳。

所有患者术前均经鼻咽侧位 X 平片或鼻咽部 CT、电子鼻咽镜检查明确诊断为腺样体肥大,其中Ⅲ°351 例,Ⅳ°474 例,具备手术适应证。听力下降患儿均经临床查体(表现为鼓膜内陷、光泽灰暗、活动较差、光锥消失)及听力检查(声导抗检查显示为 C 型或 B 型曲线,可行纯音测听患儿表现为骨气导差在 15 dB 以上的传导性听力下降)证实。

### 1.2 手术方法

所有手术均在经口气管插管全麻下进行。取后仰头高位,以 Davis 开口器开口并固定,双侧鼻腔分别经前鼻孔各导入细导尿管一根,从口咽部引出并分别固定,拉起软腭并扩大鼻腔。若患者合并有扁桃体肥大则先行扁桃体切除术。手术采用 Storz 70°鼻内镜及摄像监视系统,动力系统采用美国美敦力公司 XPS 3000 电动负压切割器。电视监视下从口咽部置入 70°鼻内镜暴露鼻咽部及腺样体,利用背向开口的 70°弯头电动切割吸引器刀头经口咽部行腺样体切吸术。如有活动性出血,以生理盐水纱球自口咽部导入鼻咽部压迫止血,必要时应用电凝止血。

### 1.3 疗效判定

判定方法:①对比术前术后患者的主观症状变化或询问家长观察到的症状变化;②结合术后 2 周复查鼻咽侧位片或电子鼻咽镜的结果;③有听力下降者结合体格检查及听力学检查。

治疗效果:①治愈:夜间睡眠打鼾消失,鼻阻消失,听力恢复正常,鼓膜像恢复正常,声导抗检查显示为 A 型曲线,行纯音测听患儿骨气导差在 15 dB 以内,复查鼻咽侧位片或电子鼻咽镜见鼻咽部光滑,后鼻孔通畅,咽鼓管咽口无水肿或狭窄;②好转:夜间睡眠打鼾明显减轻,鼻阻明显减轻,无张口呼吸,听力提高,鼓膜内陷不明显、平均听力提高 15 dB,但未达到

作者简介:郇旭辉,男,副主任医师。  
通讯作者:郇旭辉,Email:taixuhui2001@hotmail.com.

正常,为As型鼓室图;复查鼻咽侧位片或电子鼻咽镜见鼻咽部黏膜略突起,后鼻孔通畅,咽鼓管咽口无明显水肿或狭窄;③无效:夜间睡眠打鼾无明显减轻,鼻阻无明显减轻,仍张口呼吸,听力无明显提高,鼓膜内陷明显,声导抗变化不明显,复查鼻咽侧位片或电子鼻咽镜见鼻咽部水肿或增生,后鼻孔欠通畅,咽鼓管咽口水肿或充血。

## 2 结果

### 2.1 治疗结果

术后所有患者均治愈或好转。各项症状治愈率分别为:夜间睡眠打鼾96%(758/787)、鼻塞93%(613/656)、听力下降(含纯音测听及声导抗检查,下同)98%(246/251);好转率分别为:夜间睡眠打鼾4%(28/787)、鼻塞7%(43/656)、听力下降2%(5/251)。所有患者术后随访3~20个月均无复发。

### 2.2 并发症

32例患者术后出现轻、中度的悬雍垂及软腭水肿,经对症治疗后均在3d内消除;10例患者术后术野出血,2例患者经对症保守治疗、8例患者再次全麻下电凝止血后痊愈出院。所有患者术中无咽鼓管圆枕损伤,术后随访无鼻腔粘连、咽鼓管咽口狭窄、鼻咽关闭不全、闭锁或狭窄等并发症出现。

## 3 讨论

腺样体也叫咽扁桃体或增殖体,在正常生理生长期,大多数儿童不会出现任何症状,但是当腺样体组织异常增生肥大时,阻塞了上呼吸道,可致上呼吸道塌陷、阻塞甚至呼吸暂停。近年来的研究发现因为腺样体肥大引起缺氧造成儿童注意力下降、记忆力减退、认知功能受损等<sup>[1]</sup>,而腺样体切除术可以明显改善患者的活动情况、社交情况、学习情况及行为问题<sup>[2]</sup>,因此,对于腺样体肥大的患儿,应该及时行腺样体切除术。

传统的腺样体切除手术方法是经口腔行腺样体刮除术,这种方法因不能直视腺样体的形状和位置,存在盲目性,容易造成腺样体残留,导致术后效果不理想。Havas等<sup>[3]</sup>在130例经

口腔腺样体刮除术后立即行鼻内镜检查,发现39%残留阻塞性腺体。0°鼻内镜下经鼻腔腺样体切除术虽然解决了手术盲目性的问题,取得了较好的治疗效果<sup>[4]</sup>,但是,由于患儿往往鼻腔狭窄,多数情况下本身有鼻炎甚至鼻窦炎,再加上操作方面的摩擦损伤,术后治疗随诊不够,术后鼻腔粘连成为这种方法最常见的并发症<sup>[5]</sup>。而用70°鼻内镜下腺样体切除术是从口腔进入鼻内镜和切割器,在保证直视视野,避免盲目性的基础上,避免了鼻腔入路,可有效防止鼻腔粘连。

在术中及术后过程中,70°鼻内镜下经口腔腺样体切除术有几点体会:①切割前用导尿管将软腭拉起,这样可以扩大鼻咽腔和口咽腔的容积,既保证术野宽敞,有利于手术操作,又可以避免损伤软腭和悬雍垂;②术中既要注意检查并彻底清除后鼻孔及咽鼓管咽口处的腺样体组织,又要注意保护鼻中隔后端及咽鼓管圆枕,避免造成损伤;③术中既要保证彻底切除腺样体组织,避免残留,减少复发,又要注意辨认组织层次,避免切除范围过大过深,以免出现严重出血等并发症;④术中术野出血多数可通过生理盐水肾上腺素纱条压迫得到控制,个别毛细血管出血可通过电凝止血,有较好效果,但应警惕单极电凝过分烧灼可能引起的寰枢椎半脱位(Grisel综合征)<sup>[6]</sup>。

### 参考文献:

- [1] 王振霖,李源,张革化,等.腺样体肥大儿童焦虑抑郁情绪调查[J].中国临床心理学杂志,2006,14(6):601,604-605.
- [2] 邵旭辉,王晓倩,徐振明,等.量表在儿童扁桃体、增殖体疾病临床处理中的作用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(7):167-168.
- [3] Havas T, Lowinger D. Obstructive adenoid tissue: all indication for powered - shaver adenoidectomy [J]. Arch Otolaryngol Head Neck surg, 2002, 128(7): 789-791.
- [4] 胡文良,孙娟,李玲香,等.不同视野鼻内镜下腺样体切除术的疗效分析及体会[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(1):70-71.
- [5] 张帅,刘勇,唐瑶云,等.鼻内镜下儿童腺样体切除术的并发症及其预防[J].中南大学学报(医学版),2009,34(8):834-836.
- [6] Tsehopp K. Monopolar electrocautery in adenoidectomy as a possible risk factor for Grisel's syndrome[J]. Laryngoscope, 2002, 112(8): 1445-1449.

(修回日期:2012-01-17)