

· 临床报道 ·

鼻内镜下两种手术径路治疗 儿童腺样体肥大的疗效比较

谢珂

(中医药高等专科学校附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南株洲 412008)

摘要: **目的** 比较鼻内镜下经口和经鼻两种手术径路在儿童腺样体肥大切除术中的疗效。**方法** 将80例腺样体肥大患儿随机分为经口组和经鼻组各40例,对两组患儿打鼾、鼻塞、耳闭等症状改善情况、术后并发症及随访6个月复发情况进行回顾性比较分析。**结果** 两组患儿症状均全部消失或得到显著改善,经口组术后腺样体切割干净,无腺样体残留,仅2例术后出现轻微软腭损伤,随访无复发;经鼻组术后出现不同程度的软腭损伤、圆枕损伤、咽鼓管损伤、继发出血、腺样体残留或鼻腔粘连,2例再次手术。**结论** 鼻内镜下经口腺样体切除术术后并发症少、复发率低、疗效可靠,优于经鼻腺样体切除术。

关键词: 腺样体肥大;鼻内镜;手术径路

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0399-03

腺样体肥大是炎症对腺样体的反复刺激而产生的病理性增生,是儿童的常见病和多发病,常与慢性扁桃体炎并存,腺样体切除术是治疗本病所致阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征、慢性鼻窦炎及分泌性中耳炎的首选方法^[1]。2008年5月~2011年5月笔者对80例确诊为腺样体肥大患儿,在鼻内镜下采用经鼻与经口两种途径进行腺样体切除术,结果显示两种手术径路的疗效不同,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2008年5月~2011年5月住院的腺样体肥大患儿80例,临床表现为鼻塞、打鼾、耳闷等,药物保守治疗不能缓解。鼻内镜观察腺样体堵塞后鼻孔的程度与咽鼓管的关系^[2]。对不能耐受鼻内镜检查的患儿女鼻窦冠状位CT检查。将80例入选对象依入院顺序随机分为鼻内镜下经口组和经鼻组,每组各40例。其中经口组男26例,女14例;年龄

7~12岁,平均年龄(9.2±2.1)岁。腺样体Ⅱ度肥大11例,Ⅲ度肥大13例,Ⅳ度肥大16例;并发性慢性扁桃体炎18例,分泌性中耳炎7例(11耳),鼾症31例,鼻窦炎15例。经鼻组男27例,女13例;年龄6~12岁,平均年龄(8.8±2.3)岁。腺样体Ⅱ度肥大10例,Ⅲ度肥大15例,Ⅳ度肥大15例。并发性慢性扁桃体炎17例,分泌性中耳炎8例(13耳),鼾症33例,鼻窦炎17例,两组患儿在性别、年龄、并发疾病、腺样体大小分组等方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 手术方法

1.2.1 经口腺样体切割术 在气管插管静脉复合全身麻醉下进行,患儿取仰卧位,肩下垫枕,头稍过伸。以Davis's开口器充分暴露口咽部,双侧前鼻孔分别插入一根细小导尿管,一端从口腔拉出,另一端置于前鼻孔之外,用导尿管将软腭向上提起以充分暴露鼻咽腔,完全显露腺样体。经口伸入70°鼻内镜置于咽后壁,用吸引器吸除后鼻孔分泌物。仔细辨认鼻中隔后端、下鼻甲后端及咽鼓管圆枕位置后,将电动吸割器经口送入鼻咽部自外向内、自上向下切割腺样体,自咽鼓管圆枕内侧向中部切除,

作者简介:谢珂,男,主治医师。
通讯作者:谢珂,Email:shaxpear_o@163.com.

上至鼻咽顶,下至圆枕下缘,深度达圆枕与咽后壁交界处。切除肥大腺样体的同时使用双极电凝彻底止血,确认无出血后结束手术。术毕自口腔送入纱球压迫止血。本组腺样体切除时,同期行扁桃体切除术 16 例、鼓膜置管术 7 例。

1.2.2 经鼻腺样体切割术 与经口径路手术采用同样的麻醉方式及体位。1% 丁卡因加 0.1% 肾上腺素棉片收缩两侧鼻腔下鼻甲及鼻底黏膜后,在 0° 鼻内镜直视下,根据腺样体所涉范围,选择经鼻内镜同侧或对侧鼻腔,将电动微型切割器送入鼻咽腔。调整电动旋转刀叶(转速 3 000 r/min),从腺样体下缘开始切割,逐渐移向侧缘并向中央包围,迅速切割、磨碎、吸出腺样体组织,同时使用双极电凝彻底止血,确定无出血点后结束手术。术毕自鼻腔塞入纱条压迫止血。本组腺样体切除时,同期

行扁桃体切除术 15 例、鼓膜置管术 8 例。

1.2.3 术后处理 术后常规使用抗生素 3 d,使用止血药 1 d,予 1% 呋麻滴鼻液滴鼻,行扁桃体切除术患者加用复方硼砂溶液含漱。术后 2~3 d 行鼻内镜检查,清理分泌物、干痂。术后随访 6 个月。

2 结果

两组患者均顺利完成腺样体切除手术,术后随访 6 个月,经口组 37 例患者睡眠打鼾等症状完全消失,3 例显著改善,仅 2 例出现轻微的软腭损伤,经治疗后痊愈;经鼻组 29 例患者睡眠打鼾等症状完全消失,11 例显著改善,另 2 例因症状无明显改善而再次手术治疗,本组并发症较多,见表 1。

表 1 两组术后并发症发生情况(例)

组别	例数	软腭损伤	圆枕损伤	咽鼓管损伤	继发出血	腺样体残留	鼻腔粘连
经口组	40	2	0	0	0	0	0
经鼻组	40	3	1	2	5	3	7

3 讨论

儿童出生后随着年龄的增长,腺样体和扁桃体逐渐长大,4~6 岁时为增殖最旺盛的时期,因此腺样体肥大以儿童发病率最高。部分患儿由于腺样体组织异常增生肥大,堵塞了上呼吸道,出现打鼾、鼻塞、张口呼吸等症状,使患儿睡眠质量降低,大脑处于慢性持续性缺氧状态,从而严重影响其学习生活^[3]。本病目前以手术治疗为主,腺样体切除术是在 1842 年首先由 Macleop Yearsley 描述,至今已被采用 100 多年^[4]。但传统方法手术视野不清,盲目性较大,存在手术不彻底、鼻咽部黏膜粘连、出血不易控制并易损伤周围组织等缺点,而鼻内镜可弥补上述缺陷。近年来随着电动微型切割器在耳鼻咽喉头颈外科的广泛应用,为腺样体切除提供了理想的手术器械^[5]。应用鼻内镜结合切割吸引器行腺样体切除,手术可在直视下进行,视野清晰,切除范围准确彻底,不易残留,不损伤咽鼓管咽口、圆枕、咽隐窝、下鼻甲后端及鼻中隔后缘等结构,出血少^[6]。

本研究所有病例均在鼻内镜下行腺样体切除术,但采用不同的手术径路。结果显示鼻内镜下经口腺样体切除术比经鼻腺样体切除术对周围组织的损伤更少,术后未见创面继发出血,手术更彻底,随访 6 个月无 1 例复发。笔者认为鼻内镜经口腺样体切除术疗效更好可能有以下原因:①儿童鼻腔比成人狭窄,因此经鼻手术时器械对鼻黏膜损伤的机会增大;②经口径路的视野比经鼻更大更广阔,操作更方便,有利于保护咽鼓管及其他邻近结构,同样也可使腺样体切除更彻底,减少腺样体残留,降低复发率;③小儿麻醉清醒后对鼻腔清理配合较差,从而使鼻腔不能清理或清理不彻底,因此经鼻径路发生鼻腔粘连的几率增加;④经口径路可夹取纱球对鼻咽顶壁后壁持续加压,比经鼻填塞纱条止血效果更佳,减少了术后继发性出血的可能。

总之,鼻内镜下经口行腺样体切除术治疗儿童腺样体肥大疗效好、安全性高、复发少,值得推广。手术人员应不断加强内镜知识的学习,在操作时准确掌握腺样体切除的范围以提高临床疗效。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:348-349.
- [2] Cassano P, Gdardi M, Cassano M, et al. Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberoptic findings: a novel approach to therapeutic management [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2003, 67(12): 1303-1309.
- [3] 潘小华,边疆.鼻内镜下经口与经鼻行儿童腺样体切除术的比较[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2008,22(3): 248-249.
- [4] 刘燕青.鼻内镜下等离子射频治疗腺样体肥大40例[J].长江大学学报(自科版),2005,2(3):60-61.
- [5] Murray N, Fitzpatrick P, Guarisco JL. Powered partial adenoidectomy [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(7): 792-796.
- [6] 倪海峰,徐志文,陈伊宁,等.经口径路鼻内镜下儿童腺样体切除术30例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(1):34-35.

(修回日期:2012-06-01)

· 经验交流 ·

同期鼻内镜下鼻腔鼻窦手术与鼻泪囊吻合术 18 例疗效观察

陈映辉,丁文华,万华,乐林,杨歆瑶,朱湘滨,董文达,邓元平,李家俊

(株洲市331医院耳鼻咽喉科,湖南株洲 412002)

关键词:鼻内镜术;鼻泪囊吻合术;慢性泪囊炎;疗效

中图分类号:R765.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)05-0401-02

慢性泪囊炎泪道阻塞合并鼻腔鼻窦疾病时,传统方法需分次手术。在鼻内镜下手术治疗慢性泪囊炎多有报道^[1-3],鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术于1921年由 Mosher 首次开展,之后方法不断改进发展,目前在临床应用较为广泛^[4]。笔者利用鼻内镜、显示系统、动力切削系统总结2004年2月~2010年4月,对18例慢性泪囊炎泪道阻塞合并鼻腔鼻窦疾病的患者同期进行手术治疗,收到了较好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者共18例,男8例,女10例;年龄28~76岁,平均年龄55岁,其中17例慢性泪囊炎患者合并鼻窦炎8例,合并鼻窦炎鼻息肉3例,合并鼻中隔偏曲3例,同时合并鼻窦炎鼻

息肉鼻中隔偏曲3例;所有患者均有溢泪、鼻塞、脓涕多,泪道冲洗上下反流,鼻内镜检查中鼻道内大量脓性分泌物、中鼻道阻塞,鼻窦CT显示双侧上颌窦、筛窦、额窦、中鼻道密度增高;合并鼻息肉者鼻内镜检查另有灰白色息肉样物阻塞中鼻道,合并鼻中隔偏曲者鼻内镜检查见鼻中隔偏向溢泪同侧,鼻窦CT显示鼻中隔偏曲、鼻窦清晰。18例患者中外伤性鼻泪管阻塞鼻骨骨折鼻中隔骨折1例,患者外伤后溢泪、鼻塞、鼻部畸形,泪道冲洗上下反流,鼻背下塌、中隔向两侧膨隆,CT显示鼻中隔骨折、积血、鼻骨骨折及泪骨骨折。

1.2 手术方法

所有患者均在鼻内镜下先进行鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲矫正等相关手术。再在鼻内镜下行泪囊鼻腔吻合术,表面麻醉加浸润麻醉后用枪状镊定位法确定泪囊的位置,用黏膜刀或电刀在中鼻甲附着处前端偏下约1cm泪囊内侧壁作“U”形切口,将鼻黏膜瓣分离并推向中鼻道,暴露泪囊窝骨面,用电钻在暴露

作者简介:陈映辉,女,主任医师。

通讯作者:陈映辉,Email:huiyingchen@sohu.com.

的骨面上造孔,直径1.0~1.5 cm,暴露泪囊窝内侧壁,自上泪小点导入探针定位泪囊,在泪囊内侧壁上作“U”形瓣与鼻黏膜“U”形瓣对应相贴,用生理盐水冲洗泪道至洁净,用银夹固定两瓣,形成向鼻腔开放的泪囊内侧壁造孔,术毕用高分子止血棉行鼻腔填塞。术后常规予抗生素等药物治疗,术眼点抗生素眼液,定期行泪道冲洗及鼻内镜下清理鼻腔内分泌物、血痂、肉芽等,观察银夹的情况,术后3个月如泪道通畅、造孔上皮化、无肉芽即可取出银夹。

1.3 疗效判断标准

治愈:溢泪、鼻塞、涕多等症状消失,泪道冲洗通畅,造孔和术腔上皮化,无分泌物、无肉芽,鼻中隔偏曲已矫正。好转:鼻塞、涕多等症状减轻,有间断溢泪,造孔和术腔上皮化,泪道冲洗通畅。无效:溢泪、鼻塞、涕多等症状无改善泪道冲洗不通畅,造孔和术腔未上皮化。

2 结果

18例均在术后3个月取出银夹,随访2~7年。17例治愈;1例好转,有轻度间断溢泪、鼻塞涕多等其他症状缓解、冲洗泪道通畅、造孔上皮化、无肉芽,鼻内镜检查泪囊较小、造孔较大。治愈好转率达100%。

3 讨论

慢性泪囊炎为眼科常见病,以手术治疗为主。慢性泪囊炎合并鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲等疾病时,按传统的鼻外径路泪道手术,必须分次进行,先治疗鼻腔鼻窦疾病,再行鼻腔泪囊吻合术。鼻内镜下同时行鼻腔泪囊吻

合术,手术过程相对简单,视野清晰,出血少,周围组织损伤小^[5],面部无切口,避免了术后面部瘢痕形成,可同时清除鼻腔鼻窦病变,解除引起鼻泪管堵塞的鼻部因素,更好地保证手术成功,并减少了多次手术给患者造成的痛苦^[6-7]。随着内镜外科的发展,鼻内镜手术已渗透到眼科领域,鼻内镜泪囊鼻腔造口术逐渐被眼科医师所接受和认同^[1]。但术后应定期行鼻内镜检查,及时清理造孔周围及鼻腔分泌物及痂皮等,观察银夹是否移位脱落,有效地防止造孔狭窄闭锁。本组随访中1例鼻塞涕多等症状缓解、冲洗泪道通畅、造孔上皮化、无肉芽,但有轻度溢泪,可能跟泪囊大小与造孔大小不相配,影响泪囊的虹吸作用有关,还有待于进一步探索。

参考文献:

- [1] 周兵,唐忻,韩德民,等. 鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2000,7(1):19-22.
- [2] 马敬,张晓春. 鼻内窥镜下泪囊鼻腔电钻造孔术[J]. 耳鼻咽喉头颈外科杂志,2002,9(1):60.
- [3] 张淳,王家东. 鼻内窥镜下钬激光泪囊鼻腔造孔术[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2002,16(2):56.
- [4] 周兵. 鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2007,7(1):19-20.
- [5] 郝艳芳,习国平. 鼻内窥镜泪囊鼻腔吻合术临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(3):224-225.
- [6] 张锚,尚春娜,金铭鑫,等. 鼻内镜泪囊鼻腔造孔术治疗慢性泪囊炎临床分析[J]. 中国现代医师,2008,46(1):59.
- [7] 李泽卿,周文光,江满杰,等. 鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(4):278-281.

(修回日期:2012-05-11)