

· 临床报道 ·

慢性鼻-鼻窦炎鼻息肉伴 支气管哮喘的围手术期治疗

戴 嵩,贾建平,侯 乐,唱德龙

(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 探讨慢性鼻-鼻窦炎(CRS)、鼻息肉伴有支气管哮喘患者的围手术期治疗。方法 对72例伴有支气管哮喘的CRS、鼻息肉患者行鼻内镜下鼻窦功能性手术(FESS),观察不同麻醉下术中及术后哮喘发作情况并给予相应的治疗。结果 局麻下30例手术患者中5例术中出现一过性焦虑、呼吸不畅,但无哮喘发作;3例术后轻度哮喘发作;全麻下42例手术患者术中均平稳,4例术后哮喘发作,其中1例哮喘持续状态,经治疗后好转。结论 伴有哮喘的鼻-鼻窦炎、鼻息肉患者行FESS手术是必要、安全的。

关 键 词: 鼻窦炎;鼻息肉;哮喘;手术

中图分类号: R765.25

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)06-0490-03

目前支气管哮喘疾病发病率明显增加,2001年WHO发表了题为“变应性鼻炎及其对哮喘的影响”的文件,指出上下气道之间存在相关性。将其定义为整个呼吸道的慢性炎症,即鼻-鼻窦-气管炎,它们之间的联系已被证实^[1]。对慢性鼻-鼻窦炎(CRS)、鼻息肉伴有支气管哮喘患者选择何种治疗方法、手术治疗是否会诱发哮喘发作,都是困扰我们的问题。2008年6月~2010年6月解放军第463医院耳鼻咽喉科行功能性鼻内镜下鼻窦手术(FESS)共528例,其中伴有哮喘患者72例,经治疗效果满意,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组CRS、鼻息肉患者均经内科确诊伴有支气管哮喘者共72例,其中男27例,女45例,年龄18~71岁,平均年龄48.3岁。按海口标准分型^[2] I型2期5例, I型3期7例; II型1期10例, II型2期27例, II型3期15例; III型8例。哮喘病史3~50年,常年行哮喘药物治疗34例,间断行哮喘药物治疗38例;半年内有哮喘发作25例,3个月内有哮

喘发作6例,1个月前有哮喘发作2例。

1.2 治疗方法

平时使用哮喘药物治疗的患者术前仍正常使用哮喘药物,鼻腔局部黏膜水肿较轻的患者行鼻用激素治疗1周,4喷/d。息肉伴有局部黏膜肿胀较重者给予强的松30 mg口服,每日晨起1次,连服3 d。全部患者行FESS手术,其中局麻下手术30例,全麻下手术42例。局麻患者术前半小时给予阿托品0.5 mg、杜冷丁50 mg肌肉注射。术中行丁卡因20 ml、加去甲肾上腺素3 ml棉片表面麻醉,利多卡因20 ml加去甲肾上腺素5~10滴局部麻醉,常规监护心率、血氧饱和度、血压。全麻患者术前半小时阿托品0.5 mg肌肉注射,静脉复合插管麻醉给予异丙酚、芬太尼、万可松、瑞芬太尼、七氟醚等。

2 结果

全部患者均成功完成手术。局麻下手术患者有5例术中出现一过性焦虑、自觉呼吸不畅,血氧饱和度下降到85%~90%,但无哮鸣音、喘憋等,暂停手术,给予安抚吸氧后好转,继续完成手术。术后鼻腔填塞膨胀海绵,静脉给予止血抗炎治疗。3例患者术后出现哮喘发作,双肺可闻及哮鸣音,自觉有呼吸困难,吸入

作者简介:戴 嵩,男,主任医师。
通讯作者:戴 嵩,Email:daisong1962@163.com.

沙美特罗替卡松粉吸入剂每次1吸(50 μg 沙美特罗和250 μg 丙酸氟替卡松),给予多索茶碱0.2 g 静脉滴注后缓解。全麻下手术患者术中平稳,无气道压增高,无哮喘发作,术后安全拔管,苏醒后6 h 内有4例患者出现不同程度哮喘发作,其中3例按哮喘发作治疗后缓解。1例患者表现严重哮喘持续状态,血氧饱和度70%~85%,双肺哮鸣音、喘憋及呼吸困难,给予吸氧、静推甲强龙、静滴多索茶碱后症状好转,但血氧饱和度仍维持在82%~85%,持续维持治疗12 h 后喘息缓解。血氧饱和度恢复正常。

3 讨论

3.1 疾病的关联

大量的流行病学研究表明,鼻部炎症与哮喘常结伴发生。大部分哮喘患者并发鼻部炎症,其中75%以上的变应性哮喘患者及80%以上的非变应性哮喘患者合并鼻部炎症,大大高于鼻部炎症20%的总体患病率^[3]。在发病机制上,以往认为变应性鼻炎、鼻-鼻窦炎和哮喘都受过敏因素影响,表现为嗜酸性粒细胞浸润;而现在认为,其为上下气道连续的系统性慢性炎症,表现为IgE的升高和肥大细胞的活化。CRS能诱发和加重哮喘,有研究表明,30%~70%的哮喘患者经历过至少一段时间的CRS,34%的CRS患者同时患有哮喘^[4]。一项在31个国家进行的多中心研究表明,对90479例年龄在20~42岁的成年人的哮喘和CRS症状进行了分析,CRS是哮喘发生的独立前驱因素^[5]。CRS伴鼻息肉可影响哮喘的严重程度。在支气管哮喘、阿司匹林耐受不良患者中鼻息肉发病率在15%以上。

3.2 麻醉的选择

伴有哮喘的CRS、鼻息肉患者采用何种麻醉手术前需要选择,局部麻醉和全身麻醉各有优势,局麻对气道无刺激,可以减少因机械刺激、各种麻药对气道的影响而诱发哮喘,但受不确定因素影响较多,如患者心理承受能力、情绪、手术时间、病变复杂程度、局麻水平及患者对痛觉的敏感程度等。全身麻醉可以完成各种复杂的手术,避免因患者精神紧张、局部疼痛刺激等因素诱发哮喘,但气管插管的机械刺激、多种类麻醉药物的影响都是哮喘的诱发

因素。全麻下可诱发哮喘的主要原因有:①气管内插管不当,浅麻醉下插管或拔管激惹气管黏膜肌肉,插管过深刺激隆突等可引起神经节后胆碱能纤维释放乙酰胆碱而诱发支气管痉挛;②麻醉深度不够,不能有效抑制插管刺激或手术刺激引起的神经体液反射;③药物选择不当,如采用箭毒、吗啡等可激惹肥大细胞释放组胺;④分泌物对气道的刺激。麻醉期哮喘与支气管痉挛发作的临床表现主要为听诊肺部哮鸣音或呼吸音消失,气道阻力和峰压升高,血氧饱和度持续下降, PaO_2 下降而 PaCO_2 升高。痉挛缓解的表现是哮鸣音和湿罗音消失,气道压力 $<2.0\text{ kPa}$, $\text{SpO}_2>96\%$,呼吸动作平稳,心率、血压在正常范围内。

3.3 围手术期的治疗

对于CRS伴有哮喘的患者术前应详细询问病史,包括最近是否有发作,平时用药情况、发作持续时间等。术前最好行肺功能检测,重点应该观察以下3个指标:①FEV(第一秒用力呼吸容积)应达到80%以上;②FEV1.0%(G)(一秒率)应大于70%;③MVV(最大自主通气量)应大于80%。必要时可请呼吸内科医生对患者进行全面的评估。哮喘在1个月内有发作不宜手术,对伴有哮喘的CRS患者,应注意术前准备。糖皮质激素有强大的抗炎、抗免疫作用,通过与糖皮质激素受体结合可对鼻息肉生成的多个环节产生影响^[6-7]。术前1个月鼻腔局部应用鼻喷激素,2喷/次,2次/d;术前3~5 d口服强的松30 mg,1次/d,晨起顿服。综合评估患者的术前各项检查包括心理因素等。根据患者病变情况可选择局麻或全麻,如果患者各项检查结果正常,体质较好,心理状态好,按海口标准病情在I~II型2期可考虑局麻下手术。患者如较沉闷寡言、精神紧张或情绪易激动应采用全麻下手术。全麻下手术需要与麻醉师沟通交流,适当加深诱导期的麻醉深度,减轻机械插管的刺激,慎用释放组胺的肌松药。减少吸入性麻醉药物的使用,尽量使用静脉给药。对于琥珀胆碱、吗啡、硫喷妥钠等有组胺释放作用的药物应慎用。气管内注入利多卡因可诱发支气管痉挛,应避免使用。吸痰及拔管期间应保持一定的麻醉深度,以免过度刺激气道诱发哮喘。哮喘急性发作时,应保持镇静,立即予甲强龙40~80 mg 静推,根据病情可以重复2~4次,静滴

多索茶碱 0.2 g。配合吸入短效 β_2 受体激动剂类气雾剂如沙丁胺醇 2 喷,必要时可与爱全乐(异丙托溴铵气雾剂)等药同用。术后应给予密切观察,局麻患者应注意镇痛,鼻腔填塞后应指导患者经口呼吸,防止经口过度通气,保持情绪稳定是预防哮喘发作的必要条件。

本组资料显示只要做好围手术期的准备工作,无论选用何种麻醉,伴有哮喘的 CRS、鼻息肉患者行 FESS 手术都是安全的。

参考文献:

[1] Togias A. Rhinitis and asthma: evidence for respiratory system integration[J]. J Allergy Clin Immunol, 2003, 111(6): 1171-1183.

[2] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻

窦手术疗效评定标准(1997,海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998, 33(3): 134-135.

[3] Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, et al. Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity[J]. J Allergy Clin Immunol, 2000, 106(5): 201-205.

[4] Annesi-Maesano I. Epidemiological evidence of the occurrence of rhinitis and sinusitis in asthmatics[J]. Allergy, 1999, 54(57 Suppl): 7-13.

[5] Leynaert B, Neukirch C, Kony S, et al. Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004, 113(1): 86-93.

[6] 袁洪,赵绰然. 鼻-鼻窦炎鼻息肉糖皮质激素治疗抵抗机制的研究进展[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2009, 15(2): 156-160.

[7] 朱华斌,冯云海,徐颖. 布地奈德鼻腔雾化治疗鼻息肉的作用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009, 15(6): 410-413.

(修回日期:2012-06-19)

· 临床报道 ·

鼻内镜下鼻腔多结构异常的联合手术治疗

陈才盛

(黄冈市中心医院 耳鼻咽喉科,湖北 黄冈 438000)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下同期联合手术治疗鼻腔多结构异常的方法及其疗效。**方法** 同期对鼻腔多结构异常患者 87 例选择性采用鼻内镜下鼻中隔成形术、中下鼻甲成形术、钩突、筛泡切除术等联合治疗。**结果** 随访半年以上,无手术并发症,治愈 76 例(87.4%),有效 10 例(11.5%),无效 1 例(1.1%),总有效率 98.9%。**结论** 发挥鼻内镜手术微创特点,对鼻中隔、中鼻甲、下鼻甲、钩突和(或)筛泡的结构异常行同期联合手术治疗,方法可行,疗效满意。

关键词: 鼻内镜;多结构异常;联合手术

中图分类号: R765.2

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)06-0492-03

随着鼻内镜外科技术和医学影像的发展,对鼻腔鼻窦解剖、生理病理研究的深入,发现鼻腔结构异常除常见的鼻中隔偏曲外,常常伴有不同程度的中下鼻甲、钩突和(或)筛泡的异常。单一的鼻中隔偏曲手术矫正后患者症状改善往往并不满意,常需再次手术。2008 年 3 月~2011 年 3 月我科收治鼻腔多结构异常

患者 87 例,在鼻内镜下同期联合手术治疗,取得满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者 87 例,男 51 例,女 36 例;年龄 17~61 岁,平均年龄 32.3 岁。病程均在 2 年以上。临床主要症状:所有患者有不同程度鼻

作者简介:陈才盛,男,主任医师。
通讯作者:陈才盛,Email:1113279773@qq.com.

塞,伴流涕 56 例、头痛 31 例、鼻出血 18 例。术前鼻内镜、鼻窦冠状位 CT 检查证实全部病例有不同程度鼻中隔偏曲,其中“C”型弯曲 39 例,“S”型弯曲 26 例,棘和(或)嵴突 22 例。伴下鼻甲肥大、过度内伸 58 例,中鼻甲增生肥大、气化、反张 39 例,钩突气化肥大、筛泡肥大 15 例。全部病例排除合并变应性鼻炎、鼻窦炎及鼻息肉患者。

1.2 手术方法

手术在局麻下进行,全部病例先在鼻内镜下行鼻中隔成形术^[1]。取左侧 Killian 切口,完全剥离左侧鼻中隔黏膜,将鼻中隔软骨条形切开,松解,切除肥厚及弯曲部分,咬骨钳咬除弯曲筛骨垂直板,咬或凿除犁骨棘和(或)嵴突及上颌骨鼻嵴,保留不弯曲的软骨。注意矫正鼻中隔高位和后部偏曲,尽量保留鼻中隔支架结构,以防术后鼻尖低斜、鼻背下塌。下鼻甲骨增生明显患者,在下鼻甲前下缘作切口,剥离下鼻甲黏骨膜,分离出下鼻甲骨,作部分切除或合并骨折外移,复位对合下鼻甲黏膜瓣;下鼻甲过度内伸者,将下鼻甲骨骨折外移。中鼻甲骨骨质增生者,在中鼻甲前下缘作切口,剥离中鼻甲黏骨膜,剪或咬除增生的多余的中鼻甲骨骨质至合适大小,复位对合黏膜瓣;泡性中鼻甲行矢状位切除外侧部,保留中鼻甲内侧壁及气化腔内侧壁黏膜;中鼻甲反向弯曲行中鼻甲骨折塑形并内移或行部分切除;钩突、筛泡肥大者切除钩突、筛泡前壁。

1.3 疗效评定标准

根据自觉症状和鼻腔检查将疗效分为 3 类^[2]。治愈:鼻塞、流涕、头痛、鼻出血症状消失,鼻腔结构恢复正常;有效:鼻塞、头痛、流涕等症状基本消失或好转,鼻腔结构基本恢复正常;无效:鼻塞、头痛、流涕等症状未减轻,出现鼻干,鼻腔结构未完全恢复正常,术腔有粘连、干痂等。

2 结果

所有病例术后随访 6 个月至 1 年,均无鼻中隔血肿、脓肿、穿孔,鼻尖变低斜、鼻背下塌及空鼻综合征等并发症发生。治愈 76 例(87.4%);有效 10 例(11.5%);无效 1 例(1.1%)。总有效率 98.9%。

3 讨论

鼻中隔偏曲是极其常见的鼻腔结构异常,往往伴有不同程度的中鼻甲、下鼻甲、钩突和(或)筛泡的异常。后者有可能为鼻中隔偏曲本身引起的继发性改变如代偿性中下鼻甲肥大,中鼻甲反张、钩突筛泡增生肥大等,甚至引起鼻窦炎和鼻息肉等疾病^[3];也可能为先天发育异常如筛泡过度气化,中鼻甲反张等;亦或鼻腔慢性炎症所致如中下鼻甲骨质增生等,均为鼻腔结构异常。当患者同时有两种或两种以上的鼻腔结构异常称鼻腔多结构异常,常可导致进入鼻腔的气流动力学发生改变,层流减少,紊流增加,影响鼻腔的通气及调温调湿功能;影响黏膜的纤毛运动功能及引起反射性头痛,临床表现为鼻塞、流涕、头痛、鼻出血等症状突出。传统的治疗手段主要是围绕鼻中隔偏曲行不同类型的手术矫正,而因对中鼻甲、下鼻甲和钩突等多结构异常认识不足而忽视了相应的处理,部分患者上述症状改善并不满意,常需再次手术。随着微创手术在鼻科的广泛深入^[4],该类病例的手术治疗除鼻中隔手术外,还应考虑到中鼻甲、下鼻甲、钩突甚至筛泡等多种结构上的异常病变,并同期给予有效的联合手术治疗,重塑鼻腔各异常结构,适当扩大鼻腔体积,促进鼻腔气流动力学和黏膜纤毛功能恢复,改善其通气引流功能,避免再次手术。本组 87 例患者检查发现同时存在不同程度鼻腔多结构异常,都在鼻内镜下同期行上述两种或两种以上手术治疗,取得满意疗效。

鼻腔腔隙结构、功能复杂,针对鼻腔各异常结构处理都应尽可能保留结构的支架和黏膜功能^[2,4],恢复其自然形态。本组全部病例在鼻内镜下行鼻中隔成形术,均在直视下进行,视野清晰,彻底切除弯曲的骨及软骨,对高位或后位的偏曲也能满意矫正,最大限度的保留中隔的骨性支架,尽可能地维护其功能,避免了盲视下操作引起的鼻中隔穿孔、外鼻变形、术后鼻中隔黏膜摆动等并发症的发生。传统的下鼻甲手术对下鼻甲黏膜功能破坏较大,下鼻甲切除过少鼻塞改善不明显,切除过多容易出现出血、干痂,甚至空鼻综合征^[5]等。本组病例对伴下鼻甲增生明显者采取下鼻甲增生

骨质部分或局限性切除,内镜直视下准确操作,避免过多或过少,切除骨质后将黏膜复位对合;对下鼻甲过度内伸者适当骨折外移。这样尽量保留了下鼻甲固有结构及其黏膜完整和功能,适当扩大了鼻腔的空间,改善鼻塞症状,也维护了生理性鼻腔阻力。除下鼻甲外^[6],中鼻道及附近结构构成整个鼻阻力的 50% 左右,中鼻甲及附近结构异常的矫正非常有利于鼻塞改善^[7]。本案中 39 例中鼻甲病变均在内镜下进行了适当的微创成形手术,尽可能使鼻中隔与中鼻甲保留约 3 mm 间隙,中鼻甲与下鼻甲间保留约 5 mm 间隙。既尽量避免鼻窦复合体的过度损伤及术后术腔粘连,又有利鼻腔阻力有效降低,通气功能改善,嗅裂、鼻腔、鼻窦引流通畅。

术前通过清晰鼻内镜和多层鼻窦水平与冠状位 CT 扫描检查,准确判断鼻中隔弯曲部位、程度,全面详细了解中鼻甲、下鼻甲、钩突及筛泡是否伴有异常,异常的具体位置、病变类别、程度,并做详细记录,供术中参考。这为每一病例选择合适手术方式,周密制定相应两种或多种术式的组合提供了可靠依据。鼻内镜下

鼻腔多结构异常同期手术治疗将单一鼻腔手术方式进行组合,形成一套以恢复鼻腔生理功能为目的的鼻腔多结构手术,微创、安全、可靠,恢复快,方法可行,疗效满意,值得推广。

参考文献:

- [1] 王荣光. 内窥镜下鼻中隔成形术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(6): 453-453.
- [2] 李伟, 刘海燕, 张程林, 等. 鼻腔多结构异常的鼻内镜下手术治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(11): 495-496.
- [3] 陶泽璋, 张剑宁, 杨强, 等. 鼻中隔偏曲两侧窦口鼻道复合体解剖变异的差异[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2001, 36(2): 132-134.
- [4] 汪磊. 微创外科技术在耳鼻咽喉-头颈外科的应用[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(6): 408-409.
- [5] Moore E. What is the empty nose syndrome[J]. Am J Rhinol, 2000, 9(1): 27-35.
- [6] 林树春, 赵进喜, 杨建国, 等. 鼻中隔偏曲并下鼻甲肥大手术的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(2): 136-138.
- [7] Durr DG. Endoscopic septoplasty: technique and outcomes[J]. J Otolaryngol, 2003, 32(1): 6-11.

(修回日期: 2012-08-27)

· 经验交流 ·

桉柠蒎肠溶软胶囊在小儿鼻-鼻窦炎治疗中的疗效观察

许雨洲, 陈旭华, 尹治军

(焦作市五官医院 耳鼻咽喉科, 河南 焦作 454150)

关键词: 小儿鼻-鼻窦炎; 药物治疗; 治疗效果

中图分类号: R729

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)06-0494-02

鼻-鼻窦炎为临床常见病, 小儿患者因其抵抗力较低, 手术治疗禁忌证多, 病情易反复。笔者在对照组常规治疗的基础上加用切诺(桉柠蒎肠溶软胶囊)治疗小儿鼻-鼻窦炎 75 例, 取得较好效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007 年 6 月~2008 年 5 月我科收治小儿鼻-鼻窦炎门诊患者 150 例, 其中男 69 例, 女 81 例; 年龄 6~14 岁; 病程 3 个月至 2 年。其中慢性上颌窦炎 23 例, 慢性全鼻窦炎 127 例。所有患儿均经鼻窦螺旋 CT 冠状位片确诊, 并能坚持门诊治疗及随访。症状: 持续性脓涕、

鼻塞、头痛、后鼻滴漏、嗅觉迟钝及记忆力下降等,部分并发邻近器官感染伴有声嘶、咳嗽、咽痛、耳鸣、耳闷及嗅觉减退等症状。体征:前鼻孔周围皮肤潮红,鼻前庭有痂皮,鼻腔黏膜暗红充血、肿胀,中鼻道或嗅裂可见脓性分泌物。

1.2 治疗方法

将患儿随机分为实验组及对照组,每组各75例。对照组给予阿莫西林克拉维酸钾分散片(规格156.25mg):6~7岁,1片/次,3次/d;7~12岁,1.5片/次,3次/d;大于12岁,2片/次,3次/d。给药时间为20d。曲安奈德鼻喷剂喷鼻,每侧1喷,1次/d。鼻窦负压置换隔日1次,共10次。实验组在对照组的基础上加用切诺:4~10岁,0.1g/次,3次/d;大于10岁,0.3g/次,3次/d,于餐前0.5h,凉开水送服,禁用热开水;不可打开或嚼破后服用,服药期3个月。停药后随访6个月。

表1 两组疗效比较(例,%)

组别	例数	痊愈	有效	显效	无效	治愈率	总有效率	χ^2
对照组	75	19	18	26	12	25.3	49.3	6.465
实验组	75	46	8	17	4	61.3	72.0●	

注:●与对照组比较, $P=0.011$

3 讨论

儿童鼻-鼻窦炎常因主诉不明或专科症状不典型,而被误诊或漏诊。与成人不同,因考虑到手术会影响鼻部及面部的发育,常以非手术治疗为主^[2]。儿童慢性鼻-鼻窦炎主要症状是间歇性或经常性鼻塞、黏涕或黏脓涕,常在感冒后加重,且流脓涕可持续7~10d以上^[3]。儿童慢性鼻-鼻窦炎CT特征:①病变范围广:由于儿童鼻-鼻窦黏膜反应重,一旦发生鼻窦炎,多数显示为全鼻窦密度增高;②变化快:经过恰当的药物治疗后CT显示的密度增高可在1~2周内转为正常透光^[4]。因儿童鼻窦发育尚未完全,鼻窦黏膜、纤毛功能障碍可逆性大;常同时伴有相关性疾病,如呼吸道变态反应^[5]、哮喘、腺样体肥大等;儿童手术可能影响颌面骨骼发育,术后换药困难,鼻腔易粘连等,故药物治疗远较成人重要。

切诺是一种强效黏液促排药^[6],主要成分为桉油精、柠檬烯及 α -蒎烯,理化性状为脂溶性挥发油。经小肠吸收后由呼吸道排出,通过

1.3 疗效判断标准^[1]

痊愈:临床症状消失,体征消失,随访6个月无鼻窦炎复发;有效:临床症状、体征消失,感冒时有鼻窦炎复发,经治疗临床症状、体征消失,CT扫描无窦腔高密度影;显效:临床症状及体征减轻,不影响正常生活,感冒后加重;无效:临床症状及体征无改善。

1.4 统计学处理

实验数据经SPSS 10.0统计软件进行统计学处理,两组间疗效比较行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

两组疗效的比较见表1,观察组的小儿慢性鼻-鼻窦炎总有效率与对照组比较,经 χ^2 检验差异具有统计学意义($P<0.05$)。

碱化分泌物使黏液恢复至正常的pH值,降低黏液的黏滞度,促进黏膜分泌,同时促进纤毛的顺畅运动和提高纤毛的清除功能,维护上呼吸道的自净机制。切诺还具备抗菌、抗炎作用,减轻炎性肿胀,从而能减少抗生素用药周期。由于切诺用于治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎可以缩短病程、减少复发率,值得临床推广。

参考文献:

[1] 蒋卫红,谢志海,章华,等. 儿童慢性鼻-鼻窦炎伴随因素分析及治疗策略再探讨[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2009,17(1):13-16.

[2] 穆俊响,郑淑珍,丁秀萍. 儿童鼻窦炎56例诊治体会[J]. 中国耳鼻喉咽喉颅底外科杂志,2003,9(2):70.

[3] 任科南. 儿童慢性鼻窦炎216例分析[J]. 中国耳鼻喉咽喉颅底外科杂志,2003,11(6):424-425.

[4] 刘义,韩如枫,石磊. 小儿鼻窦炎临床CT改变(附100例分析)[J]. 中国社区医师(综合版),2005,7(20):13-16.

[5] 于波. 反复呼吸道感染与小儿鼻窦炎的关系探讨[J]. 广西医科大学学报,2007,24(2):313.

[6] 向海洋. 强效黏液促排药-桉柠蒎肠溶软胶囊[J]. 中南药学,2010,8(3):237-239.

(修回日期:2012-06-19)