

灼,使囊壁变性坏死;③微波治疗仪须选用弯曲的软性微波头,将头部磨成尖锐。

综上所述,本手术方法具有简便、出血少、安全、有效及复发率低等优点,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1] 刘平,徐家兔,陈凯良. 支撑喉镜下超声刀切除会厌囊肿[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2011, 17(2): 134 - 136.

[2] 何庆维,邱书奇,赵海亮,等. 电子喉镜下治疗会厌囊肿35例疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(6): 498 - 499.

[3] 王正敏,陆书昌. 现代耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2001: 1 - 50.

[4] 朱华明,鲁文莺,陈斌. 会厌囊肿术后会厌部分缺失2例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(24): 1148.

[5] 何中杨,庞淑馨,零光勤,等. 间接喉镜下射频治疗会厌囊肿39例报告[J]. 中国内镜杂志, 2006, 11(5): 544 - 545.

(修回日期:2013-08-09)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201305024

· 经验交流 ·

## 经口鼻内镜下腺样体刮除术 129 例临床分析

王建东,黄洁华,哈 菁

(青铜峡市人民医院耳鼻咽喉科,宁夏 青铜峡 751600)

关键词:腺样体肥大;鼻内镜;腺样体刮除术

中图分类号:R766.5 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2013)05-0458-02

腺样体亦称咽扁桃体,位于鼻咽顶后壁中线处,为咽淋巴环内环的组成部分。腺样体肥大多见于儿童,且常合并有慢性扁桃体炎,与分泌性中耳炎密切相关,一经确诊,应尽早施行腺样体切除术<sup>[1]</sup>。2009年3月~2012年11月我科开展了经口鼻内镜下腺样体刮除术129例,取得了满意效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组129例患者中男75例,女54例;年龄3~17岁,平均年龄6.4岁,其中3~10岁127例,11~17岁2例;病程1个月至8年。临床表现以睡眠时打鼾、张口呼吸为主者76例,鼻塞、流脓涕为主者38例,听力下降为主者15例。合并扁桃体肥大者78例。所有病例行

鼻咽侧位片测量,A/N均>0.71,均为腺样体病理性肥大(A:以腺样体最突出点至颅底骨面的垂直距离为腺样体厚度;N:以硬腭后端至翼板与颅底交点间的距离为鼻咽通气道宽度,二者比值0.5~0.6为正常,0.61~0.70为中度肥大,0.71以上为病理性肥大)<sup>[2]</sup>,15例以听力下降为主者术前均行电测听检查以确定听力下降程度及性质。

#### 1.2 手术方法

全部病例经口插管全麻,合并有扁桃体肥大且有扁桃体切除术适应证者先行扁桃体剥离术,彻底止血。Davis开口器充分暴露口咽部,用1根或2根细橡胶导尿管从单侧或双侧前鼻孔分别插入,沿鼻腔底、鼻咽而达口腔,并从口中拉出,首尾两端挽成一结,使软腭与咽后壁距离扩大<sup>[1]</sup>,用70°鼻内镜经口腔进入鼻咽腔,观察腺样体肥大程度,了解鼻中隔后缘、下鼻甲后端及咽鼓管圆枕情况,用腺样体刮匙刮除肥大的腺样体组织,保护咽鼓管圆枕免受损伤,用干棉球压迫创面及电刀电凝止血。术

作者简介:王建东,男,主治医师。  
通讯作者:王建东,Email:hajing@163.com

后常规给予抗生素及止血药,静脉滴注 3~5 d。

## 2 结果

术后随访 1~36 个月,治愈 114 例(88.4%),好转 15 例(11.6%),其中临床表现以睡眠时打鼾、张口呼吸为主者,69 例痊愈,7 例症状明显改善;以鼻塞、鼻流脓涕为主者,术后症状完全消失 30 例,明显改善 8 例;15 例以听力下降为主者,术后 2 个月随访,行电测听检查,听力恢复正常 12 例,明显改善者 3 例。随访期间未见复发及并发症出现。

## 3 讨论

由于腺样体位置深在且隐蔽,传统方法是用腺样体刮匙或腺样体切除刀,经口腔在非直视下进行,带有一定的盲目性,刮除不彻底,残留的腺样体组织易增生复发,刮除时甚至可以损伤咽鼓管圆枕,造成术后咽鼓管口粘连,进一步加重分泌性中耳炎<sup>[3]</sup>。相比传统的腺样体刮除术,鼻内镜下腺样体切除术更直观,切除更彻底<sup>[4]</sup>。在鼻内镜下可以直接观察腺样体肥大程度,了解鼻咽腔气道狭窄程度及双侧后鼻孔堵塞情况,同时可直接观察到咽鼓管咽口有无堵塞及圆枕的情况,从而确定手术切除的范围大小。用腺样体刮匙刮除肥大的腺样体组织的同时,避免损伤咽鼓管圆枕,且不能损伤鼻中隔后缘。应避免在咽鼓管咽口周围 5 mm 范围内电凝止血,以免术后瘢痕收缩造成咽鼓管功能障碍<sup>[5]</sup>。

曾有报道经鼻径路内镜下吸引切削器行腺样体切除术,虽可在直视下彻底切除,但同时

存在以下问题<sup>[6]</sup>:术中视野窄,直视与切削不能在同一解剖区域完成;鼻内镜进入术区途径长,镜头易污染;易致鼻腔黏膜损伤、出血、鼻腔粘连等。经口鼻内镜下电动吸引切削器行腺样体切除术提供了比较理想的方法,具有以下优点<sup>[5-7]</sup>:①直观、术野清晰;②切除彻底、准确,切除量适当,手术风险低;③创伤小、恢复快,并发症少。而我们采用腺样体刮匙进行经口鼻内镜下腺样体刮除术同样具有上述优点。在我科已开展的 129 例手术患者中,尚无严重并发症出现,仅有 1 例因术前及术后均未使用抗生素,术后第 3 天患者出现反复发热,经使用有效抗生素 3 d 后体温恢复正常,无继发性出血。

## 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2007:307-310.
- [2] 于敏,李玉杰,赵春红.鼻内窥镜下经口腺样体切除术 136 例[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2009,23(3):55.
- [3] 谢珂.鼻内镜下两种手术径路治疗儿童腺样体肥大的疗效比较[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(5):399-401.
- [4] 冯云海,尹善开.鼻内镜下腺样体切除术与常规腺样体刮除术的疗效比较[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(2):54-57.
- [5] 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,2006,120(1):34-35.
- [6] 艾文彬,邱元正,李少秋.鼻内镜下经口腺样体切除术[J].中国内镜杂志,2006,12(4):360-361.
- [7] 梁军,张亚梅,王晋,等.儿童腺样体肥大 120 例临床分析[J].现代诊断与治疗,2005,16(4):244.

(修回日期:2013-05-08)