

单极电刀扁桃体切除术的临床应用

华娜,李宪华,姜涛,郭颖

(大连大学附属中山医院耳鼻咽喉科,辽宁大连116001)

关键词:扁桃体切除术;单极电刀;止血
中图分类号:R766.9 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2014)02-0184-03

近年来,随着科学技术的发展,激光、低温等离子射频、超声刀等方法被应用于扁桃体切除术,在控制术中出血,缩短手术时间方面显示出一定的优势,但也各有其优缺点^[1-5],而单极电刀行扁桃体切除术在临床上报道并不多^[6-8]。为了进一步探讨单极电刀行扁桃体切除术的临床应用价值,我科自2008年3月~2009年1月对66例行扁桃体切除术患者随机进行了传统剥离法和单极电刀法行扁桃体切除术,并就两种手术方法术中出血量、手术时间、术后伪膜生长、术区疼痛反应等进行了对照观察,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2008年3月~2009年1月在我院行双侧扁桃体切除手术的患者66例,随机分为两组。传统组30例,其中男18例,女12例;年龄4~56岁,平均(26.10±11.84)岁,采用传统扁桃体剥离法。单极电刀组36例,其中男22例,女14例;年龄5~58岁,平均(25.69±12.40)岁,采用单极电刀电凝法切除扁桃体。病例选择标准:扁桃体肥大或慢性扁桃体炎患者,排除扁桃体手术禁忌证,所有病例术前出、凝血时间、血常规及血生化等检测均正常。手术均由同一术者完成。

1.2 手术方法

手术均在全身麻醉下进行,患者平卧位,头后仰,置Davis开口器,暴露术区扁桃体。传统

组采用传统剥离法行扁桃体切除术,用镰状刀切开腭舌弓及腭咽弓处黏膜,剥离子沿扁桃体被膜向下分离至下极后用圈套器将其切除。单极电刀组采用单极电刀法行扁桃体切除术,用上海沪通电子有限公司GSD-SE01-1(H)型号电刀,使用电凝模式,输出功率设置为8~12W,用电刀头在扁桃体上极腭舌弓和腭咽弓交界处切开黏膜,暴露扁桃体上极,用扁桃体钳夹住上极向内牵拉,清楚暴露扁桃体后被膜和咽缩肌之间的潜在间隙,从上至下沿扁桃体被膜层切割分离,切除整个扁桃体。两组术腔创面均采用棉球压迫及单极电刀充分止血。

1.3 出血量及手术时间的计算

采用标准的小棉球(2ml血可浸透但不滴血)和大棉球(相当于2个标准小棉球),术毕根据棉球数及吸引器里的血估算出血量。手术时间包括双侧扁桃体切除和止血所耗时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0软件进行统计分析,选用两样本的独立t检验,以P<0.01为差异具有统计学意义。

2 结果

两组患者手术时间及术中出血量比较具有统计学意义,见表1。用单极电刀行扁桃体切除术操作简单方便,视野干净清楚,速度快,边分离边止血,术中出血少。传统剥离法扁桃体切除术,术中不断渗血和出血,视野不清楚,需反复止血,手术时间相对较长。

作者简介:华娜,女,硕士,主治医师。
通信作者:李宪华,Email:lixh6210@163.com

表1 两组患者手术时间及术中出血量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	出血量(ml)
传统组	30	36.70 ± 5.02	51.27 ± 8.88
单极电刀组	36	13.20 ± 1.37	5.31 ± 1.97
<i>t</i>		27.54	37.12
<i>P</i>		0.000	0.000

手术结束时可见单极电刀切除组扁桃体窝创面光滑、平整且色泽正常,焦痂少,腭咽弓、腭舌弓及软腭等周围组织损伤少,血管波动性出血较少;而传统剥离法切除组扁桃体窝创面相对较大且粗糙,血管纹暴露较多,常见断端及血管波动性出血,出血较多,因反复止血创面焦痂较多,周围组织损伤范围较大。

所有患者术后24 h内无出血,均在手术后4 d内出院。单极电刀切除扁桃体较传统剥离法切除扁桃体术后反应轻,咽痛轻,体检观察两种方法扁桃体窝伪膜生长时间、厚度及色泽无明显差别。所有患者随访半个月至1个月,无继发性出血,扁桃体窝愈合良好。

3 讨论

传统扁桃体切除方法包括扁桃体剥离术和扁桃体挤切术,手术通常在局麻或无麻下进行,患者因咽部敏感、恐惧、疼痛等难以配合手术,给术者操作带来不便,而且周围组织损伤较大。全麻下传统扁桃体剥离术,术区视野暴露较局麻好,术者操作从容、方便。但全麻下患者肌肉松弛,血管扩张,术中出血增多,又使操作视野不清,容易导致手术动作粗暴,经常需要止血,重复动作多,手术时间延长。近些年来,激光、低温等离子射频、超声刀等方法应用于扁桃体切除术,也取得了较好效果,但器械昂贵,医院及患者经济负担相对较重,很难广泛推广。Weimert等^[9]回顾分析2 500例扁桃体切除术,认为使用电刀切除扁桃体是一种非常安全的手术方法,术中几乎不出血,且手术时间短。本组研究显示,采用传统方法切除双侧扁桃体的手术平均时间为(36.70 ± 5.02)min,平均出血量为(51.27 ± 8.88)ml;而采用单极电刀切除双侧扁桃体的平均时间仅为(19.58 ± 2.77)min,出血量平均为(5.31 ± 1.97)ml,部分患者几乎不出血。表明单极电刀切除扁桃体较传统剥离法切除扁桃体具

有速度快,出血少等优势。

本文研究结果显示单极电刀扁桃体切除术,术后术区创面清洁,周围组织反应轻,术后伪膜形成良好,术后疼痛轻;传统扁桃体剥离术,创面由于反复止血,黑色的焦痂较多,周围组织水肿较明显,术后疼痛相对重。两种术式的患者经半个月至1个月的随访,术后均无原发性及继发性出血,扁桃体窝愈合良好,表明单极电刀扁桃体切除术是一种安全可靠的技术。单极电刀扁桃体切除术要求术者技术熟练,有传统扁桃体切除术的基础。手术操作过程中要注意:①单极电刀头要套一绝缘保护套,只露出头端,防止损伤周围正常组织;②术中应注意扁桃体抓钳牵拉扁桃体,助手吸除烟雾并将腭舌弓或腭咽弓向相反方向牵拉并始终保持一定的张力,这样可加大扁桃体被膜与咽上缩肌距离,减轻热辐射对咽缩肌的损伤,同时对包埋型扁桃体也可很好暴露;③解剖层次要清晰,电刀应保持在扁桃体被膜与咽缩肌之间的间隙,紧贴扁桃体被膜从上向下操作,电刀不宜过深,熟悉扁桃体及其周围组织的解剖结构能保证手术的顺利进行及减少手术并发症;④电刀是一种热切割方法,它会造成组织的热损伤而导致部分组织胶原变性,所以术中电刀在保证切割、分离及止血的前提下输出功率应尽量小,我们采用8~12 W,效果良好。

全麻下应用单极电刀切除扁桃体较传统的剥离法,具有操作简便、视野清楚、损伤轻、术中出血少、手术时间短等优点,而且较激光、低温等离子射频、超声刀等技术手段费用低廉,值得推广。

参考文献:

[1] 蔡勋华,乔艺,倪关森,等. 扁桃体激光手术[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,35(5):252-254.

[2] Gofman VR,Kniaz'kov VB. The application of a CO(2)-laser for tonsillectomy in the patients presenting with chronic decompensated tonsillitis as an alternative to the traditional methods of surgical treatment[J]. Vestn Otorinolaringol, 2012,(3):47-49.

[3] 钟贞,肖水芳,王春燕,等. 等离子扁桃体切除术与常规剥离法扁桃体切除术之比较[J]. 临床耳鼻咽喉杂志,2006,20(9):391-395.

[4] 侯艳鹏,徐振明,郭崑. 超声刀在儿童扁桃体切除中

的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(3):211-212.

[5] 季慧,黄志纯,冯旭,等. 超声刀辅助扁桃体切除术与传统术式的对照研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(5):414-416.

[6] 孙越峰,周媛媛. 儿童单极电刀扁桃体切除术的临床应用[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(1):66-68.

[7] 梁瑜珊,黄轶,周永. 单极电刀电凝模式切除儿童扁桃体的临床研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(6):434-437.

[8] Bukhari MA, Al-Ammar AY. Monopolar electrodissection versus cold dissection tonsillectomy among children [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2007,264(6):669-673.

[9] Weimert TA, Babyak JW, Richter HJ. Electrodissection tonsillectomy [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg,1990,116(2):186-188.

(修回日期:2013-11-11)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402031

· 病案报道 ·

右下鼻甲气化并发黏液性囊肿 1 例

汤夏冰,蒋林星,杜虹,周卫东,庄强尔

(南京医科大学附属无锡市人民医院 耳鼻咽喉科,江苏 无锡 214023)

中图分类号:R765.2 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2014)02-0186-02

1 病例报告

患者,男,35 岁。因渐进性右鼻塞、流脓涕 3 年余而就诊。病史中无明显头痛、嗅觉减退、鼻出血、发热等症状。鼻内镜检查示右侧下鼻甲后端膨隆肿大如球形,色淡红,表面光滑,触之较韧,表面无溃烂及出血,鼻中隔左偏,1%麻黄碱收缩效果不佳,肿物突入后鼻孔。鼻窦 CT 示右侧下鼻甲后端肿大明显,内含密度均一的软组织影,突入后鼻孔,与周围组织界限清楚,邻近骨质部分破坏吸收,鼻中隔前端受压左偏,左侧上颌窦囊肿样物(图 1、2)。行右侧下鼻甲局部穿刺,抽出淡黄色黏液,临床诊断:①右侧下鼻甲囊肿;②鼻中隔偏曲;③左侧上颌窦囊肿。术前常规全身检查未见明显异常,全麻鼻内镜下行右侧下鼻甲囊肿切除、鼻中隔复位及左侧上颌窦囊肿切除术。术中见右侧下鼻甲后端球形膨隆,表面光滑,突入后鼻孔,将其彻底切除,解剖切除物,可见囊样结构。双侧鼻腔各填塞膨胀海绵止血,术后 48 h

取出止血海绵。术后病理示右侧下鼻甲慢性炎症伴黏液性囊肿。术后随访 6 个月,见双侧鼻腔通畅,右侧下鼻甲残留部分形态好。

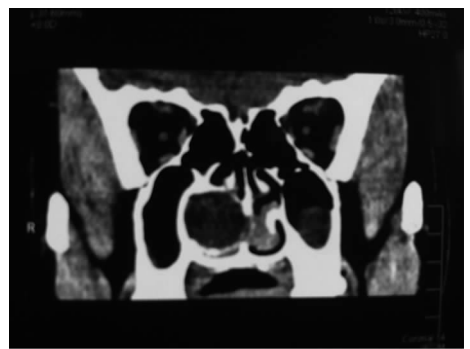


图 1 鼻窦冠状位 CT

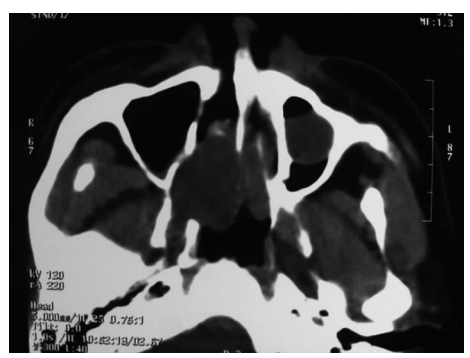


图 2 鼻窦水平位 CT