DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201502023

· 临床交流 ·

经口 70°鼻内镜辅助下腺样体切除术 67 例临床分析

郑云开, 钟朝官, 范敏芳

(清远市佛岗县人民医院耳鼻咽喉科, 广东 清远 511600)

关键词:鼻内镜;腺样体;手术疗效;安全性

中图分类号:R766.4 **文献标识码:**C **文章编号:**1007-1520(2015)02-0163-02

腺样体肥大是儿童常见病,其发病机制复杂,诱因较多,是引起小儿慢性鼻窦炎和分泌性中耳炎重要的基础因素,同时也是阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征等疾病的诱因,如不及时治疗,容易导致患儿颌面发育障碍及身体生长发育迟缓。腺样体切除术是目前耳鼻咽喉科最常见的外科手术之一,传统的经口腔腺样体刮除术由于不能直视,容易造成腺体切除不完整,术后发生出血及咽鼓管损伤等并发症。随着我国内镜技术的发展,经鼻内镜腺样体切除术、内镜辅助经口腺样体切除术先后出现并使用^[1-2]。本文总结我院2011年12月~2014年1月接受治疗的67例腺样体肥大患儿经口70°鼻内镜下电动吸切器切除手术疗效和安全性,并对资料进行回顾性分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组67例腺样体肥大患儿,其中男37例,女30例;年龄4~7岁,平均6岁;病程1~5年,平均2.4年,临床表现主要为睡眠打鼾及张口呼吸,其中15例并发慢性鼻窦炎,临床表现为长期鼻塞、流脓涕,对药物治疗效果差;10例(14耳)并发分泌性中耳炎,临床表现为耳轻度闭塞感,听力下降,声导抗测试为“B”型曲线(9耳)和“C”型曲线(5耳),纯音测听正常。患儿术前均进行鼻咽部鼻窦CT扫描和常规鼻内镜检查,结果示腺样体肥大Ⅱ~Ⅲ度,其中Ⅱ度38例,Ⅲ度29例。

1.2 手术方法

小儿鼻内镜下腺样体切除术,使用Storz直径

4.0 mm的70°鼻内镜及其冷光源,SONY监视器,Xomed的Xps 3 000动力切割系统,4 mm 40°刀头。均采用插管全身麻醉,患儿仰卧,开口器暴露患儿口咽部,双侧扁桃体切除并充分止血,将两根细导尿管从前鼻孔插入鼻咽部,从口腔拉出,将软腭拉向前方并固定导尿管。用70°鼻内镜从口腔仔细检查患儿鼻咽部,辨认咽隐窝、咽鼓管圆枕及后鼻孔等结构,在内镜直视下,使用动力切割系统从双侧腺样体边缘靠近咽鼓管圆枕处开始切割,并逐渐向中线推进,最后将腺样体的完全切除,手术结束后,使用肾上腺素纱球压迫3 min,在鼻内镜下仔细寻找出血点或明显渗血区域,并用双极电凝进行止血。67例患儿均顺利完成手术,术后使用抗生素1~2 d,术后避免剧烈活动。

1.3 疗效评定标准

以患儿术后夜间打鼾、鼻塞、鼻漏及听力等症状的恢复情况,来评定患儿腺样体切除的临床疗效。治愈:症状消失,术后复查鼻窦CT示窦腔及诸结构清晰,无黏膜肥厚及脓性分泌物;好转:症状明显改善,术后复查鼻窦CT示鼻窦黏膜仍有肥厚或有少量脓性分泌物;无效:症状无改善或加重,术后复查CT示窦腔黏膜肥厚或有息肉形成,有脓性分泌物。小儿分泌性中耳炎以症状改善情况及纯音测听气导阈值的变化为指标^[3],治愈:纯音测听气导阈值下降>20 dB并伴有症状明显改善或消失;好转:纯音测听气导阈值下降10~20 dB伴有症状改善;无效:纯音测听气导阈值下降<10 dB且症状无改善。

2 结果

术后均未出现大出血、感染等现象,鼻内镜检查见鼻咽部创面愈合良好,腺样体均被彻底切除,且没有咽鼓管损伤等并发症。术后随访半年至2年,

作者简介:郑云开,男,主治医师。
通信作者:郑云开,Email:yunkai8zheng@163.com

67 例患儿中,47 例睡眠时无打鼾和张口呼吸,20 例仍有轻度睡眠打鼾但无张口呼吸;15 例慢性鼻窦炎患儿,术后配合糠酸莫米松鼻喷剂(内舒拿)、标准桃金娘油等药物治疗,复查鼻窦 CT,治愈 10 例,好转 5 例,好转患者使用大环内酯类药物等综合治疗 4 周后基本痊愈,临床症状基本消失;10 例(14 耳)分泌性中耳炎患儿,行鼓室穿刺抽液,使用糜蛋白酶及地塞米松混合液冲洗鼓室,治愈(11 耳),耳闭塞感消失,声导抗测试为“A”型曲线(7 耳)和“As”型曲线(4 耳),纯音测听无异常;好转(3 耳),经过鼓膜切开冲洗及行鼓膜置管后 3~5 个月,听力明显改善,鼓膜切开及置管者拔管后 1~2 个月内的鼓膜全部愈合,声导抗检测均为 A 型图,纯音听力测试显示听力至少提高 15 dB。

3 讨论

腺样体为鼻咽顶后壁的黏膜下淋巴组织,它是咽淋巴环的组成部分,出生后逐渐增大,6~7 岁时腺样体最大,10 岁以后逐渐萎缩,青春期后基本消失。但是,儿童期可能由于多种诱因鼻咽炎等缘故,从而导致腺样体增生肥大。腺样体肥大是引起小儿慢性鼻窦炎和分泌性中耳炎、小儿阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征等疾病的重要因素^[4]。

传统的腺样体手术大多采用腺样体刮除和鼻内镜下后鼻孔腺样体切除,手术后容易造成腺样体残留,损伤周围组织及损伤鼻腔黏膜,如果操作不熟练,术后可出现严重并发症。在进行手术时,要确定咽鼓管圆枕的位置,保持切割头开口朝向腺样体,尽量减少咽部其他黏膜的损伤。在腺样体切除过程中术者要动作轻柔,避免损伤椎前筋膜,从而造成出血。采用经口 70°鼻内镜辅助下腺样体切除术有以下优点:①术野和鼻咽部解剖结构更清晰,能够直视

操作;②手术过程中创伤小,止血彻底有效,避免了患儿术后出现出血、鼻咽狭窄、咽鼓管咽口损伤、颅内感染等并发症;③术者能够准确操作,能彻底切除腺样体上、下极,特别是靠近后鼻孔区、圆枕处;④避免了手术时反复经鼻插入鼻内镜而引起的鼻腔黏膜损伤^[5];⑤由于术中连续切割,使术野清晰,创面光滑,手术操作简单,可明显缩短手术时间,减少手术并发症^[6]。

经口 70°鼻内镜辅助下腺样体切除手术,与传统腺样体刮除术和鼻内镜下后鼻孔切除腺样体相比,视野更清晰,经口径路不受鼻腔空间较小的限制,辅助应用电动切割器可以始终保证术野清晰,切割器能完全精确控制腺样体切除的范围及深度,避免并发症的发生,对于患儿活动性出血止血特别有效,手术时间短,一般在 20 min 内结束,是目前较理想的治疗儿童腺样体肥大的手术方式,值得在基层医院推广应用。

参考文献:

- [1] 李大建,刘新义,张恩东,等. 内镜下对传统腺样体刮除术的临床评估[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2008,22(1):882-889.
- [2] 李炳翠,许艳珍,赵志文. 儿童鼻咽腺样体肥大的 X 线及 CT 诊断价值分析[J]. 当代医学,2009,15(24):44-45.
- [3] 陈伟,谢洁. 鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎 34 例疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(17):807-808.
- [4] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:252-254.
- [5] 龚维熙,王恩彤,张宝林,等. 儿童腺样体肥大鼻内镜下切除术的疗效分析[J]. 空军总医院学报,2008,24(4):223-225.
- [6] Lo S, Rowe JJ. How we do it: transpolar suction diathermy adenoid ablation under direct vision a45 de-gree endoscope[J]. Clin Otolaryngol, 2006, 31(5):440-442.

(修回日期:2015-01-03)