

# 小儿鼾症的手术治疗

钟水军 邵琼 吴勇

(浙江省嘉兴市妇幼保健院 嘉兴 314000)

**摘要:**目的:探讨小儿鼾症的手术治疗方法及效果。方法:对鼾症患儿 32 例根据情况施行经口进路鼻内镜下腺样体吸切术与扁桃体剥离术的一种或两种。结果:32 例手术均取得良好效果,随访 6~12 个月完全消除打鼾或仅有轻微鼾声。结论:手术切除引起上气道阻塞的肥大扁桃体和(或)腺样体是儿童鼾症的有效治疗手段。经口进路鼻内镜下以电动切割器切除腺样体手术疗效肯定,术野暴露良好,操作清楚,切除部位、范围准确,易掌握,可避免损伤圆枕等周围重要结构。全麻下扁桃体剥离术较挤切术安全,并发症少。

**关键词:**小儿;鼾症;手术疗法

中图分类号:R 726

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0040-02

儿童鼾症的治疗以手术为主,较少采用正压通气治疗和保守观察。我科自 2006 年 6 月~2007 年 6 月,共收治 32 例鼾症患儿住院手术,取得良好效果。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 本组 32 例中,男 17 例,女 15 例,年龄 2.5~16 岁,6~7 岁居多,平均 8.2 岁。全部有睡眠打鼾史,20 例腺样体肥大合并扁桃体肥大或肿大,8 例单纯腺样体肥大,4 例单纯扁桃体肥大(体检扁桃体均为近Ⅲ度或Ⅲ度以上肥大)。其中 6 例有睡眠时呼吸暂停,15 例并发分泌性中耳炎(轻重不等),12 例鼻塞涕多(鼻窦 CT 提示有不同程度鼻窦炎),3 例硬腭较明显高拱。术前全部作鼻内窥镜检查,并部分作鼻窦鼻咽 CT 水平扫描。

**1.2 评价方法** 根据儿童鼾症的症状及严重程度制定评分标准,睡眠中打鼾、呼吸暂停各计 2 分;张口呼吸、易惊、不正常四肢运动、遗尿、白天嗜睡、进食困难各计 1 分;共计 10 分。张口呼吸的确定标准为整个睡眠过程中经口呼吸时间超过整个睡眠时间的 50%以上;打鼾的标准为睡眠过程中可发出连续 10min 以上的较响鼾声,以致影响他人入睡;呼吸暂停的确定标准为每停止经口或鼻呼吸的时间达 10s 计为 1 次,每小时睡眠过程中发生 5 次即可确定为呼吸暂停。根据病情分别对患儿于全麻下行扁桃体剥离术与经口进路鼻内镜下腺样体吸切术的一种或两种手术,并于术前及术后 4 周分别计分,评价其术后症状改善情况。

**1.3 手术方法** 全部手术均在气管插管全麻下进行。根据情况做扁桃体剥离术与经口进路鼻内镜下腺样体吸切术中的一种或两种手术。术中依体重静脉滴注地塞米松 4~10mg,以减轻组织水肿。患者取仰卧位,头稍后仰,以麻醉开口器开

口并固定,压舌板压舌暴露口咽。

**1.3.1 扁桃体剥离术** 有扁桃体肥大或肿大者先予剥离摘除扁桃体,冰水棉球、纱球或双极电凝止血,下咽部可暂填一纱条防止血液下流,待手术结束时取出。

**1.3.2 经口进路鼻内镜下腺样体吸切术** 两根细导尿管分别从双侧前鼻孔导入至口咽(若鼻腔较狭窄可予 1%肾上腺素或 1%麻黄素棉片收缩鼻腔黏膜)从口中引出一端,分别拉紧并钳夹两根导尿管,对称性上提软腭,良好暴露口咽至鼻咽的通道(腺样体堵塞后鼻孔较难导入导尿管者,可在导尿管内先插入一细吸引管通条增加其硬韧性,助导尿管导入口咽再退出通条)。电视监视下以 70° 直径 4mm 鼻内窥镜(wolf)经口插入,仔细检查鼻咽部,经口咽将直头或弯头电动切割器送入鼻咽腔,从腺样体下缘开始切割,逐渐移向侧缘并向中央包围,将腺样体组织切割并吸除。术中操作仔细,注意保护圆枕、鼻中隔后缘及双侧下鼻甲后端。切除腺样体后以冰水棉球、纱球压迫止血,对较顽固的出血可用双极电凝或微波止血。少部分较顽固分泌性中耳炎者置入中耳通气管。

## 2 结果

术后用药观察 2~3d 即可出院,患儿睡眠呼吸通畅、打鼾消除或明显减轻,无术后大出血。随访 6~12 个月,打鼾完全消除或基本消除,其中 30 例无明显打鼾,2 例轻度打鼾。术后有轻中度的腭垂、软腭水肿,经治疗后消除;无 1 例出现圆枕咽鼓管咽口的损伤致狭窄、闭锁,无 1 例继发性大出血。术后随访时鼻内窥镜检查见后鼻孔通畅,鼻咽部光滑,鼻咽腔宽敞,无粘连及后鼻孔狭窄,咽鼓管咽口无狭窄、闭锁。

## 3 讨论

腺样体又称咽扁桃体、增殖体,隐藏在鼻腔后端,位于鼻

退黄对症治疗外,制订临床路径,结合中医辨证施治,辅以健脾益气、调理脾胃,明显提高疗效,减少住院天数,降低住院费用,减少不良反应的发生率,符合“坚持以病人为中心的服务理念,改变不方便病人的工作秩序,改革不适应医疗需求的工作制度,立足于为病人提供优质廉价的基本医疗服务,实行病种管理,做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费,降低住院天数,合理地控制各项医疗费用,提高医疗护理质量”医疗改革的要求<sup>[1]</sup>。临床路径将诊治过程清楚地提出,让病人及家属有了更多的自主选择权,变被动接受为主动参与。因充分的知情告知,家属对临床路径知晓,这种平

等的医患关系利于思想的交流、情感的沟通,增加了透明度,也最大限度地减少了医疗纠纷的发生,增加了病人家属对医护人员满意度。中西医结合临床路径模式适应社会的要求,既能贯彻质量保证,又能持续质量改进,节约资源,能达到单病种质量管理的诊疗标准化模式,值得临床推广。

### 参考文献

[1]董叶丽.新加坡樟宜综合医院的临床路径[J].中华护理杂志,2002,37(7):560  
[2]王萍芬.中医儿科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:150  
[3]方立珍.临床路径—全新的临床服务模式[M].长沙:湖南科学技术出版社,2002:28

(收稿日期:2008-03-13)

咽顶与后壁交界处,两侧咽隐窝之间,是鼻咽顶部的淋巴组织。形状如半个剥皮桔子,桔瓣状,有 5~6 条纵形沟裂,这些沟裂易存留细菌。腺样体出生后即存在,6 岁左右最大,一般 10 岁以后逐渐萎缩,14 岁左右基本萎缩接近成人。扁桃体又称腭扁桃体,由于扁桃体对 4 岁以下儿童的局部免疫有重要作用,故目前对儿童,尤其是幼儿行扁桃体切除术尚有争议。目前国内外未见有关儿童鼾症的手术标准,所以何时行扁桃体切除术和腺样体切除术尚无统一标准。我们认为,是否行手术治疗,主要应视有无睡眠过程中呼吸暂停和持续发出响亮的鼾声,出现其中任何一种症状即可视为手术的适应证。本组 2 例 3 岁、1 例 2.5 岁患儿睡眠中憋气,不会张口呼吸,而腺样体差不多完全阻塞双侧后鼻孔,夜间无法入睡,烦躁,病程数月,如到 4 岁手术要等 1 年、1 年半,患儿生长发育、智力肯定会受到很大的影响。因现在有鼻内窥镜及电动切割器等先进设备,术中损伤少,出血少,如患儿病情较重,选择手术是利大于弊。同时要严格的体格检查和鼻内镜检查。有条件还可以行多导睡眠监测仪或睡眠监测仪等检查,尽量根据阻塞的部位和严重程度选择术式,减轻对儿童局部免疫器官的破坏。

近年来,许多报道认为,睡眠障碍可导致生长激素(GH)分泌障碍,当摘除扁桃体后,GH 值明显上升。有关机制尚不清楚,术后身体发育情况也有待进一步研究。小儿扁桃体肥大、腺样体肥大是引起睡眠呼吸障碍的最大原因,因而切除肥大的扁桃体和腺样体,阻断恶性循环,对处于生长期儿童是很有益的。睡眠呼吸障碍记分表明,有扁桃体和(或)腺样体肥大者的症状记分明显高于正常儿童,其中同时有扁桃体和腺样体肥大者的记分明显高于单纯扁桃体肥大者。可见扁桃

体和(或)腺样体肥大对儿童呼吸有很大影响。腺样体肥大是儿童常见病,是引起儿童分泌性中耳炎、鼻窦炎、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)的主要病因,长期不治还可导致颌面发育障碍及身体生长发育迟缓。因此,一经确诊应尽早施行腺样体切除术。传统的腺样体切除术已有 100 余年历史,但因不能在直视下进行,常导致腺样体上端和咽鼓管周部分残留,或因过度刮除而致咽鼓管圆枕、肌肉、后鼻孔或其他组织损伤。

术前应充分做好各项准备,尽可能作鼻内镜检查,也可根据情况做鼻窦、鼻咽 CT 水平扫描;扁桃体剥离术比挤切术对腭弓及腭垂损伤少,且不会有气管插管脱出的危险;经口进路鼻内窥镜下腺样体吸切术术中两根细导管对称性提拉软腭,经口进路,良好地暴露鼻咽部,便于手术操作及扩大手术视野,对软腭损伤也小。此法与国内不少医院经鼻腔进路手术不同,减少了对鼻腔黏膜的损伤。建议从下缘开始切割,逐渐移向侧缘并向中央包围,分层推进。这样的顺序切割面小、出血少,且始终保持切割缘清楚,不易残留腺样体。按此路线切割可首先显露和确定咽鼓管圆枕标志,减少被损伤的可能。另外要注意,在靠近咽鼓管圆枕及后鼻孔、鼻中隔后缘时,使切削凹面对着腺样体<sup>①</sup>,避免损伤咽鼓管圆枕、后鼻孔、鼻中隔后缘黏膜以及鼻咽顶后壁,避免过深引起大出血。切割完成后以冰水棉球、纱球压迫止血或双极电凝、微波彻底止血,止血效果好。

#### 参考文献

[1]李界,赵进,梅显伟.鼻内窥镜下电动切割器行腺样体切除术[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(2):105

(收稿日期:2008-04-14)

## 半夏白术天麻汤加味治疗梅尼埃病 28 例

魏斌 方向前

(江西省武宁县中医院 武宁 332300)

关键词:梅尼埃病;半夏白术天麻汤;中医药疗法

中图分类号:R 764.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0041-01

梅尼埃病是由于内淋巴水肿所致的发作性眩晕性内耳疾患<sup>①</sup>,中医称为“耳眩晕”。笔者 2002 年 10 月~2007 年 5 月收治 28 例梅尼埃病病人,应用半夏白术天麻汤加味取得较好疗效。现报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例病人,门诊病人 8 例,住院病人 20 例;其中男 23 例,女 5 例;年龄最大者 56 岁,最小者 30 岁;病程最长者 8 年,最短者 1 年。

1.2 诊断标准 采用国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中的“耳眩晕诊断依据”为标准<sup>②</sup>:(1)以旋转性眩晕为主要症状,目闭难睁伴有耳鸣及轻度耳聋,恶心呕吐,神志清楚。(2)发病突然,发作时间多为数分钟至数小时,间歇期为数月或更久。(3)发病诱因常有疲劳、思虑过度、情绪波动等。(4)鼓膜检查多无异常表现。发作期有自发性水平性或旋转性眼球震颤,或有偏倒及错指物位等表现。(5)听力检

查在发作期有轻度感音神经性聋,做甘油试验及重振试验,常呈阳性表现。(6)应与暴聋、听神经瘤、贫血、高血压、颈性眩晕等鉴别。

1.3 治疗方法 半夏白术天麻汤加味组方:法半夏 12g,白术 10g,天麻 15g,陈皮 12g,甘草 6g,生姜 3 片,大枣 3 枚,党参 15g,钩藤 10g,桃仁 10g,红花 10g,地龙 10g,水蛭 10g。每日 1 剂,水煎服,日服 2 次,7d 为 1 个疗程,连服 1~2 个疗程。

### 2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》拟定<sup>②</sup>。治愈:眩晕症状消失,听力及其他有关检查正常。好转:症状及体征明显减轻。未愈:症状及体征无明显减轻。

2.2 治疗结果 本组 28 例,治愈 18 例,好转 7 例,无效 3 例,总有效率 89.3%。

2.3 随访 对应用半夏白术天麻汤加味治愈的 18 例患者随访,停药 1 年未复发者 9 例,停药 2 年未复发(下转第 51 页)