

鼻内镜手术治疗青少年鼻息肉疗效分析(附 53 例报告)

危高生 李育广 宋小平

(中国人民解放军第 184 医院 江西鹰潭 335000)

关键词:青少年;鼻息肉;鼻内镜;手术疗法

中图分类号:R 765.25

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.052

对青少年鼻息肉的治疗,因其鼻腔、鼻窦解剖与病理生理的特殊性,与成年人有着明显的差异。鼻内镜手术可以有效清除鼻窦口复合体的病变,保证窦腔通气和引流通畅,因此为鼻息肉的诊治开辟了广阔的前景。我院 2000 年 4 月~2010 年 2 月对青少年鼻息肉采用功能性鼻内镜手术治疗 53 例,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科 2000 年 4 月~2010 年 2 月青少年鼻息肉经糖皮质激素类喷鼻剂喷鼻治疗后无效,接受功能性鼻内镜术的患者 53 例,均为双侧;男 33 例,女 20 例;年龄 8~17 岁,平均年龄 13.3 岁;所有患者完成超过 1 年的术后随访。依据病史、影像学 and 鼻内镜检查结果,对病变进行分类:双侧全组副鼻窦炎鼻息肉 10 例,双侧筛、上颌窦炎伴息肉 35 例,双侧额、筛、上颌窦炎伴息肉 8 例。

1.2 方法 (1)术前检查包括鼻内镜检查,副鼻窦冠状位 CT 扫描,以鼻内镜观察系统记录手术及随访情况,全部患者均在全麻下行手术治疗。(2)病人取仰卧位,全麻麻醉成功后,头抬高 30°,常规消毒,铺无菌巾,用生理盐水 20 mL+ 盐酸肾上腺素 8 滴收敛鼻腔 2 次。手术应用 WOLF 鼻内镜系统,应用微创切割吸引器清除息肉,并根据病情及 CT 所见酌情扩大上颌窦口、额窦口、蝶窦口,开放筛窦^[1]。(3)术终填塞物为膨胀海绵,通常术后 48 h 左右取出。术后综合治疗包括:抗生素、激素、黏膜促排剂、清理术腔及鼻腔冲洗等。记录术后 3 个月时鼻内镜观察的术腔情况。

2 结果

本组 53 例行功能性鼻内镜术,术后鼻息肉复发 6 例,其余病例均未复发。本组患者术后均在出院后 3 个月内定期行鼻内镜下清理鼻腔,术后强调综合治疗,对于窦口闭锁的患者再行二次修正手术治疗。

3 讨论

青少年鼻息肉患者在药物治疗无效或效果不佳时,采用鼻内镜手术治疗,由于解剖结构和黏膜病理状态等因素的影响,相对成人病例及远期疗效,无效病例增加,总有效率下降^[2],故青少年鼻息

肉患者更应从手术中处理的合理性、术后综合治疗、术后处理及随访的长期有效性等方面加强手术的疗效,以减少痛苦。

儿童因其鼻腔结构特殊性,术中极易出现并发症。术中须注意防止眶纸样板损伤。术前详细了解筛窦气房结构、形态和纸样板的关系,术中以中鼻道开窗作标志,可有助于判断纸样板而避免损伤。损伤纸样板的另一种情况是在切除钩突时,落刀前注意钩突是否外偏,切开时刀锋方向尽量和钩突平面平行可避免损伤钩突外侧的纸样板。若怀疑纸样板穿破,轻按同侧眼球,镜下观察损伤处组织是否同步摆动有助于辨别,一旦证实应停止该部位手术,以避免进一步侵入眶内造成更大损伤^[3]。因青少年鼻泪管骨质硬度不及成人,切钩突时须靠近中鼻甲尾端。术中切除组织应尽量用锐性,严禁撕、掰组织和骨片,防止广泛撕脱黏膜和引起脑脊液鼻漏。

长期定期随访也是手术成功的关键。术后第 1 个月每周复查 1 次,第 2 个月每 2 周复查 1 次,第 3 个月根据术腔情况决定复查时间,直至术腔上皮化。及时清理术后窦腔和术腔的分泌物、增生的肉芽和水肿、囊肿等组织,保持鼻窦口通畅引流,这对于黏膜纤毛的形态和功能的恢复有很大的促进作用^[4]。本组 6 例复发病例中,全部未行鼻内镜复查换药。因儿童术后鼻内镜复查配合较困难。检查前给予心理干预,帮助患儿更好地应对疼痛,减轻疼痛带来的心理伤害。医务人员要与患者建立一种相互信任的关系,鼓励患者说出自己的感觉,给予针对性的心理疏导,以减轻患者的疼痛感受。帮助患者调整心态,提高其对疼痛的心理准备。积极的心理干预措施可减轻应激反应的强度,提高患者对疼痛的耐受力 and 治疗的依从性,帮助患者稳定情绪,使其以最佳心态接受治疗。前鼻镜下局部麻醉及鼻内镜检查时尽量减少患者鼻腔黏膜损伤,以减轻患者疼痛。长期规律的综合药物和冲洗治疗同样重要。局部类固醇激素和鼻腔冲洗应持续 3 个月左右。

综上所述,手术技术、术后定期随访 and 综合治疗是治疗青少年鼻息肉整个过程中缺一不可的重要环节。不断提高手术技术,及时有效的复查,控制感染并及时清理鼻腔,合理规范的药物治疗,对于

鼻内镜下低温等离子刀切除腺样体临床观察

张天宇

(江西省九江市中医院 九江 332000)

关键词:腺样体肥大;鼻内镜;低温等离子刀

中图分类号:R 766.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.053

腺样体肥大是儿童常见病,是引起儿童分泌性中耳炎、鼻窦炎和儿童鼾症的主要原因,长期不治还可导致颌面发育异常,出现腺样体面容,影响儿童生长发育及听力损害,因此一经确诊应尽早施行腺样体切除术。我科自 2009 年 3 月~2010 年 2 月对腺样体肥大儿童应用鼻内镜下低温等离子刀行腺样体切除术 20 例,取得良好效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 随访资料完整的腺样体肥大患者 20 例,男 14 例,女 6 例;年龄 5~12 岁,中位年龄 7 岁;病程 6 个月~6 年;临床表现为鼻塞、多脓涕、睡眠打鼾,有的伴有耳鸣、听力减退等。其中伴有鼻窦炎 7 例,分泌性中耳炎 2 例,合并扁桃体肥大 8 例。所有病例术前均行鼻内镜及鼻咽 CT 检查,确诊为腺样体肥大。

1.2 手术方法 全麻成功后,患者取平卧位,垫肩,头后仰。术者坐于患者头端,鼻内镜显示器放置于患者右侧。开口器暴露口咽部,以导尿管沿鼻腔自口咽部牵出拉起软腭,自口腔左侧导入 70 度鼻内镜暴露鼻咽部,沿导尿管寻找定位后鼻孔,并向外侧暴露双侧圆枕。利用美国 Arthrocure 公司生产低温等离子手术系统,连接 EVac70 号刀头,设置能量级 6 级,经口腔置入等离子刀头,从腺样体下缘开始切割消融,刀头紧贴咽后壁,刀面先朝向鼻咽顶切割,随后使刀面朝向咽后壁凝固止血,如此反复,调整等离子刀方向与角度。逐渐向上翻起切除腺样体组织,仔细检查同时对创面补充止血。合并扁桃体肥大患儿同时用等离子刀沿被膜完整切除扁桃体。

1.3 结果 术后均予抗生素静脉点滴 3~5 d,以控制炎症。所有患者均一次治愈,术后无继发性出血,均无腺样体残留及咽鼓管圆枕、软腭损伤。术后随访 6 个月~1 年,鼻咽部黏膜光滑无瘢痕,所有患者

张口呼吸、打鼾症状消失,听力恢复正常。合并鼻窦炎及分泌性中耳炎者,经药物治疗均取得满意效果。

2 讨论

腺样体肥大在成人少见,其症状也不明显^[1]。腺样体肥大是儿童常见病之一,在儿童发病率为 9.9%~29.2%^[2]。腺样体肥大是儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的最主要原因,也是引起鼻窦炎及分泌性中耳炎的重要原因。治疗腺样体肥大以手术为主。传统的腺样体切除术主要应用腺样体切除刀或腺样体刮匙,在无法直视下盲目进行,往往凭术者触诊,造成残留或复发,且有可能造成咽后壁及侧壁的损伤出血。若损伤咽鼓管圆枕,则术后可致咽鼓管咽口瘢痕闭锁,导致分泌性中耳炎或原有的分泌性中耳炎经久不愈。目前用鼻内镜导入鼻咽部能使视野清晰,定位准确,与传统手术相比鼻内镜手术避免了手术的盲目性^[3]。

低温等离子射频具有在切割、消融的同时有效止血的作用,且治疗温度低(40~70℃),不同于激光、微波治疗时产生的高温,因对周边组织的热损伤最小。报告的 20 例患者因等离子手术将热损伤和局部组织创伤降到了最低,故术后伤口疼痛轻微,局部水肿不明显,术后第 1 天进食无不适感,术后均无出血,护理简单,恢复与出院较快。采用电视监视鼻内镜下对腺样体肥大患者行低温等离子消融术治疗具有视野清晰、操作方便、时间短、术中损伤小、出血少、无并发症、易被患者及家属接受等特点,而取得满意效果。

参考文献

[1]李学佩,朱丽,赵蕊.成人腺样体临床和形态学研究[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(4):264
[2]孙文海,孙彦,李娜,等.鼻内镜下直视下腺样体切除术的临床研究[J].青岛大学医学院报,2005,41(1):20
[3]胡建道,廖建春.鼻内镜下腺样体肥大手术治疗[J].中国耳鼻喉颅底外科杂志,2005,11(5):50-51

(收稿日期: 2011-07-26)

青少年鼻息肉的预后有深远的影响。

参考文献

[1]黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2000.265
[2]周兵,韩德民,刘华超,等.1000 例少年儿童鼻内镜手术远期疗效及相关临床因素探讨[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(4):255-258

[3]李源,周兵.实用鼻内镜外科学术及应用[M].北京:人民卫生出版社,2009.176
[4]仝屹峰,孙秀珍,李大伟.慢性鼻-鼻窦炎鼻息肉内镜鼻窦术后上颌窦口黏膜恢复过程观察[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(7):402-406

(收稿日期: 2011-11-24)