

· 经验交流 ·

3种扁桃体切除术在小儿 OSAHS 治疗中的应用

楚士东,洪茨灿,刘应万,马纪清

(南京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科,江苏南京 210000)

关键词:扁桃体切除术;鼾症,儿童;疗效

中图分类号:R766.4;R766.9 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2010)02-0144-02

儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS)相对于成人比较简单,多为扁桃体及腺样体肥大阻塞上气道引起,手术切除肥大的扁桃体、腺样体,可明显改善患儿睡眠障碍,疗效确切,已得到大家公认^[1]。全麻插管下行等离子刀扁桃体切除术、常规剥离法扁桃体切除术、扁桃体挤切法为目前扁桃体常用术式。笔者采用以上3种术式治疗60例小儿 OSAHS,总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2006年5月~2008年8月60例患儿均有术前睡眠时打鼾、张口呼吸、出汗、睡眠不宁等症状,部分有条件患儿,行术前PSG监测,符合OSAHS诊断标准^[2]。等离子刀扁桃体切除组20例,男11例,女9例;年龄7~14岁,中位年龄8岁。常规扁桃体剥离组20例,男10例,女10例,年龄6~14岁,中位年龄8岁。扁桃体挤切组20例,男12例,女8例;年龄5~13岁,中位年龄8岁。

1.2 手术方法

患儿均采用全麻插管,开口器固定于舌中位置,充分暴露双侧扁桃体。等离子刀组,以艾力斯钳接等离子刀DNR(美国OUSHI0703)一侧电极,轻提扁桃体上极,

脚踏开关,以等离子动力镰刀头沿腭舌弓及腭咽弓弧形切开,上极充分暴露后,更换等离子动力刀头为尖刀头,或以等离子动力剪沿扁桃体包膜外分离,直至完整切除扁桃体。常规剥离组常规切口,以扁桃体剥离器或血管钳分离扁桃体,下极圈套器绞断,完整切除扁桃体。挤切组选择合适大小挤切刀从扁桃体下极套入,按“套,抬,压,扭”步骤,动作迅速,用力切除扁桃体。

完成扁桃体切除后,等离子刀组以平行消融发射器止血,常规剥离组和挤切组切除后均以纱球压迫,缝扎,双极电凝止血。止血充分后,3组均以一号丝线将腭咽弓、部分扁桃体窝组织、腭舌弓对位缝合,缝合时轻带黏膜,不必太紧,左右侧各3针,以增加咽腔左右径宽度,减少术后出血及创面直接暴露。以此为结束时间,记录各组手术时间及手术出血量。根据术前影像及内镜检查,70°内镜置于口咽部,引导腺样体刮匙刮除阻塞后鼻孔的肥大腺样体,棉球压迫止血。

术后观察记录患儿进食半流质(分别以1,2,3d等表示)情况,按小儿OSAHS疗效标准评定各组治疗效果。

1.3 统计学处理

用SPSS 11.0统计数据分析系统进行统计分析,选用两样本的 t 检验,进食时点以非参数秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

根据疗效标准^[2-3],治疗有效率为:等离子刀组 90% (18/20),常规剥离组 85% (17/20),挤切组 80% (16/20)。

等离子刀组、常规剥离组、挤切组手术时间分别为 (13.8 ± 3.1) s, (28.9 ± 7.1) s, (18.5 ± 3.0) s,出血量分别为 (6.0 ± 2.9) ml, (30.0 ± 6.9) ml, (17.8 ± 5.1) ml,等离子刀组在手术时间、出血量上与其他两组比较, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

等离子刀组术后 1 d 进食半流质者 13 例,术后 2 d 进食半流质者 6 例;常规剥离组术后 1 d 者 7 例,2 d 者 12 例,3 d 者 1 例;挤切组术后 1 d 者 6 例,2 d 者 12 例,3 d 者 2 例,等离子刀组术后进食半流质时间更早。

3 讨论

对单纯扁桃体及腺样体肥大引起的小儿 OSAHS,采取用手术切除扁桃体、腺样体效果显著。本研究 3 组绝大多数患儿术后睡眠时打鼾、张口呼吸等症状基本消失,再一次证明完整切除扁桃体和腺样体是治疗小儿 OSAHS 最有效的方法^[4]。

就手术时间而言,等离子刀治疗组,从手术第一步完成切口到切除扁桃体,等离子刀的热凝效应贯穿始终,保证了手术视野清晰,层次分明,大大缩短了手术时间。相比常规剥离组,由于儿童扁桃体质脆,咽部黏膜血运丰富,往往在完成切口和剥离时出血较多,导致手术剥离的盲目性,加重出血,故延长了手术时间,切除后止血过程也耗时较多,挤切组采用挤切刀迅速有力的切除扁桃体。本研究中需时最短的术式 8 min,出现在挤切组。但是若扁桃体包膜与周围粘连紧密,挤切的损伤就相对较大,若同时存在一定的扁桃体残留,也必然增加手术时间。

三叉神经上颌支、舌咽神经、迷走神经等末梢神经穿过咽缩肌、咽咽肌、咽舌肌,

分布于扁桃体及其周围。因为这些神经受到损伤和刺激,术后患儿讲话进食时有疼痛、烧灼和撕裂感。所以手术动作应轻柔,对扁桃体周围组织做到尽量少损伤,减少手术后疼痛、肿胀,争取患儿术后早期进食^[5]。等离子低温 $(50^{\circ}\text{C} \sim 70^{\circ}\text{C})$ 特性,相对于电凝、电切、激光等,术后遗留的疼痛感不明显。进行剥离和挤切动作时,对周围黏膜甚至咽缩肌、腭肌的各肌层的损伤和撕扯是患儿术后进食相对较缓的原因^[6]。有一点值得注意,腭弓的对位缝合,减少了术后创面的直接暴露,也是本次研究中术后进食半流质普遍相对较早的重要因素。也说明 3 种手术方法都是目前治疗小儿 OSAHS 较理想的手术方法。

等离子刀手术费用较高,掌握熟练合理使用有一过程,而剥离法和挤切法更符合大多数医生的手术习惯,所以应该根据患者、医生和医院的实际情况,合理正确的熟练使用以上 3 种手术方法。

参考文献:

- [1] 常英展,缪东生,罗伟,等. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征治疗方法选择及疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1): 38-40.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉科分会,中华耳鼻咽喉科杂志编委会. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断依据和疗效评定标准暨悬雍垂腭咽成形术适应症(杭州)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2002,37(6): 403-404.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊疗指南方案[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(2): 83-84.
- [4] Richards W, Ferdman RM. Prolonged morbidity due to delays in the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in children[J]. Chin Pediatr (Phia), 2000, 39(2): 103-108.
- [5] Franco RA Jr, Rosenfeld RM, Raom. First place - resident clinical science award 1999. Quality of life for children with obstructive sleep apnea[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 123(pt 1): 9-16.
- [6] Temple RH, Timms MS. Paediatric coblation tonsillectomy[J]. Int. J Pediatr Otorhinolaryngol, 2001, 61(3): 195-198.

(修回日期:2010-02-01)