

· 经验交流 ·

电子喉镜下治疗会厌囊肿 35 例疗效分析

何庆维, 邱书奇, 赵海亮, 蓝建平

(深圳市第九人民医院 耳鼻咽喉科医院, 广东 深圳 518172)

关键词: 会厌囊肿; 咬除; 激光汽化; 电子喉镜

中图分类号: R739.63

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)06-0498-02

会厌囊肿是耳鼻咽喉科常见病,是由于局部黏膜腺管受阻而致黏液潴留所形成,少数由于先天畸形、外伤、炎症和其他良性肿瘤囊性变所致。其症状因囊肿大小及部位而异,小者多无自觉症状,偶在喉镜下发现。稍大者可出现咽喉部不适、声嘶、咳嗽、咽喉异物感和阻塞感等自觉症状。我院应用电子喉镜技术手术治疗会厌囊肿 35 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2009 年 1 月~2012 年 1 月深圳市龙岗中心医院耳鼻咽喉科医院门诊诊治的会厌囊肿患者 35 例,其中男 11 例,女 24 例;年龄 18~60 岁,平均 39 岁,发生于会厌谷左侧 12 例、会厌谷右侧 10 例、会厌谷中部 4 例,会厌舌面 9 例。囊肿多呈半球形或圆形,表面光滑半透明微黄色,直径 0.5~1.5 cm,35 例中有 30 例出现自觉症状,5 例在体检时喉镜下发现。

1.2 手术方法

所有手术均在门诊进行。患者术前禁食禁水 5 h,术前 30 min 皮下注射阿托品 0.5 mg,口咽和咽喉部 2% 丁卡因表面喷雾麻醉下取仰卧位,使用 Olympus 电子喉镜和录像系统,口腔

径路进行。充分暴露手术视野,应用电子喉镜活检钳咬除囊壁,组织送活检,同时采用 Nd:YAG 激光汽化和凝固止血,彻底破坏基底部囊壁,此时应根据囊肿的不同部位、大小及囊壁厚度适当调节气化功率。术后给予抗生素治疗 1 周,预防伤口感染,进半流质饮食 3 d、尽量避免频繁说话,减少咽喉部活动度,预防伤口出血;术后 10 d 复查喉镜。

2 结果

全部病例均获治愈,患者自觉症状消失,发音正常,喉镜下局部伤口愈合良好。病理切片结果为黏液性囊肿。随访 6 个月至 1 年均未发现囊肿复发。

3 讨论

电子喉镜技术进行咽喉部检查及治疗近年来已被广泛应用和报道,而且相对纤维喉镜,电子喉镜具有视野清晰并能准确定位等优点。姜俊芝等^[1]认为电子喉镜具有高清晰度、高分辨率及高逼真度的优点,其前端装有微型图像传感器,比光纤传输的纤维喉镜分辨率高,视野广且清晰,能早期发现和诊断喉部病变。电子喉镜镜体细小,弯曲度好,可根据病变部位调整方向,彻底清除病变;电脑屏幕显示有放大作用,视野清晰;手术在表麻下进行,患者痛苦小,尤其适用于患颈椎病、心血管病、颈短肥胖者。患者无需住院,费用低;术后反

作者简介:何庆维,男,主治医师。
通讯作者:何庆维,Email:goodlucklan@126.com.

应轻、并发症少、安全性高^[2]。特别是在电子喉镜下治疗会厌囊肿时采用咬除术后同时给予Nd:YAG激光气化凝固是一种安全可靠有效的手术方法^[3]。此方法操作便捷、时间较短,手术创伤范围小,止血效果好,而且不会造成深部组织的损伤或水肿^[4]。术后恢复快并且达到治愈的目的。

电子喉镜经口腔径路应用配套活检钳咬除和Nd:YAG激光气化凝固术治疗会厌囊肿虽然是一种疗效确切、安全性较高的手术方法,但也要掌握一定的手术技巧。再者不是所有的会厌囊肿患者都适合此种手术方法,如年龄偏小、咽反射特别敏感、张口有困难和囊肿相对较大的患者,必须采取其他有效的方法进行。

参考文献:

- [1] 姜俊芝,王静,郭淑霞,等. 电子喉镜在耳鼻喉科疾病诊治中的应用探讨[J]. 中华现代眼耳鼻喉科杂志,2007,4(4): 301-302.
- [2] 韩勇,王家顺,李小兰,等. 电子喉镜下声带良性增生性病变的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(2): 143-144.
- [3] 唐洪波,廖剑绚,龚永谦,等. 电子喉镜下YAG激光遮盖术治疗会厌囊肿的临床研究[J]. 西南军医,2011,13(3): 436-437.
- [4] 黄兆选,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2008: 519-520.

(修回日期:2012-07-19)

· 经验交流 ·

超声刀辅助下悬雍垂腭咽成形术的护理体会

桑月红,郇旭辉,刘其艳

(中国人民解放军第463医院耳鼻咽喉科,全军耳鼻咽喉科研究中心,辽宁 沈阳 110042)

关键词:阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征;悬雍垂腭咽成形术;超声刀;护理

中图分类号: R767.91

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)06-0499-03

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指患者睡眠时,由于上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足、睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度(SaO_2)降低,伴有打鼾、白天嗜睡等病症,是最常见的睡眠呼吸障碍形式,不仅严重影响患者的生活质量和工作效率,而且易并发心脑血管疾病,具有潜在危险性^[1]。其中口咽是最常见的阻塞部位。悬雍垂腭咽成形术(uvulopalatopharyngoplasty, UPPP)是治疗OSAHS应用最广泛的术式,疗效比较确切^[2],但是术后容易发生如气道阻塞、出血、心律失常、心肌梗死等严重并发症。现针对其护理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

50例患者中男38例,女12例;年龄24~64岁,平均年龄46岁,合并原发性高血压17例,糖尿病6例,冠心病4例。参照病情严重程度分级标准^[2],依据呼吸暂停低通气指数(AHI)和 SaO_2 ,50例患者中轻度5例,中度8例,重度37例。

1.2 治疗方法

全部患者均行超声刀辅助下悬雍垂腭咽成形术手术治疗^[3]。

2 结果

所有患者平均住院时间9~14 d,临床疗

效满意。观察其睡眠情况,术后 42 例(80%)患者打鼾、憋气、张口呼吸症状消失,能够安然睡眠,8 例(16%)患者偶有张口呼吸,打鼾明显减轻,呼吸均匀,无憋气。

所有患者无术中术后严重并发症,术中无 1 例行预防性气管切开术,术中术后无 1 例发生窒息、缺氧等;术后 5 例继发出血,压迫止血后无活动性出血;术后 2 例出现短暂腭咽关闭不全,鼻腔返流,但 1 个月后症状逐步消失。

3 护理措施

3.1 术前护理

3.1.1 入院后宣教和心理护理 大多数患者对疾病本身及手术方法认识不足,对手术过程及术后恢复存在恐惧心理,需要心理护理贯穿于患者住院全过程,向患者告知发病原因及手术治疗的基本常识,如超声刀手术过程、优势,术中术后可能出现的问题及对策等,使患者建立信心,配合医生的诊治。

3.1.2 完善术前常规检查,积极诊治影响手术的全身性疾病 协助医生及患者做好各项术前检查,如多导睡眠监测、内镜检查、影像学检查、血生化检查等,并积极配合医生治疗患者的其他全身性疾病,如高血压、糖尿病、心脏病等。

3.1.3 完善术前准备 术前 1 周保持口腔清洁,术前 1 d 给予朵贝氏液含漱 3 次/d,指导患者戒烟戒酒,术前 1 d 口腔周围备皮并进行口腔护理、头面部清洁处理。术前 12 h 禁食,术前晚要有充足睡眠,禁用镇静安眠类药物。术前 30 min 肌肉注射阿托品 0.5 mg,嘱患者解大小便,有假牙者取下,以防脱落。床边备好氧气、吸痰器、心电监护仪及必要的抢救药品,以便术后应用。对于重度患者,术前 3 d 开始给予持续性正压通气(CPAP)治疗,提高血氧饱和度,同时术前加备鼻咽或口咽通气管。

3.2 术中护理

由于 OSAHS 患者睡眠时反复憋气、低通气,引起 SaO_2 降低、 CO_2 浓度增高,而 OSAHS 患者长期缺氧、高碳酸血症,导致一系列的病理生理改变和多脏器损害,对手术和麻醉药物的耐受性明显下降。另外,患者若伴有高血压、糖尿病及心脏病等,术中引起血压升高、心

脏异常的几率增高。因此,术中应密切观察血压、心率、血氧饱和度,出现问题及时处理^[4]。

当手术结束患者进入术后苏醒室后,护士应密切观察患者的生命体征,及时发现异常症状,果断采取急救措施保障患者的安全,使患者平稳度过苏醒期,最后安返病房^[5]。

3.3 术后护理

3.3.1 体位护理 全麻患者术后 4~6 h 取平卧位,头偏向一侧,及时清除咽部分泌物,以免分泌物或呕吐物造成误吸而致窒息或并发吸入性肺炎;6 h 后鼓励病人早期下床活动;睡眠时采用侧卧位,不睡高枕头,避免颈部扭曲,对于重度术后患者加戴鼻咽通气管或口咽通气管,防止舌根后坠,并同时注意巡视,避免通气管堵塞或脱出。

3.3.2 饮食及口腔护理 术后患者常因咽部疼痛拒绝进食,应鼓励并指导患者多进高营养食物,创面无明显活动性渗血,术后 6 h 进冷流食,可提高对疼痛的耐受能力和促进创口愈合,还有利于腭咽功能恢复。术后 24 h 进食温热流食,48 h 后改为半流质,5~7 d 可进软食,2 周内禁食酸辣、油炸、带骨刺、棱角及干硬食物等,以免刺激创面或划伤创口加重疼痛。同时应加强口腔护理,术后第 2 d 开始用漱口水含漱,每次进食后含漱,保持口腔清洁。

由于术后悬雍垂及软腭功能减弱,部分患者出现进食时返流至鼻腔,特别是中重度患者更容易发生,因此应指导患者进食时取坐位,吞咽要慢,小口饮水,症状可逐渐减轻,对于 1 周内仍出现进食返流的患者,要及时报告医生,根据情况采取相应处理措施,同时积极做好患者的心理辅导。

3.3.3 术区观察与疼痛护理 积极观察伤口情况。术后 4~6 h 伤口开始生长白膜,24 h 后覆盖两侧扁桃体窝,7~10 d 白膜逐渐脱落,应及时观察白膜生长情况,如有污秽者表示可能合并感染,或有凝血块者,均应立即报告医生,采用对症处理。

术后患者会有不同程度的疼痛,应给予适当心理指导,解释疼痛的原因和发展过程,解除紧张情绪,加强患者战胜疾病的信心。同时采取有效方法控制疼痛,鼓励患者口含冰块或颈部两侧冰敷,有助于止痛,以提高患者舒适度。

3.3.4 术后并发症的预防 术后最严重的并

发症为上气道阻塞、窒息,因此术后应严密监测维持呼吸道通畅:①术后给予氧气吸入;②术后为减轻咽喉部黏膜水肿,预防肺部感染,行超声雾化吸入;③严密观察患者的面色、呼吸节律、频率及血氧饱和度的变化,有无气促、发绀等缺氧征象,注意有无呼吸暂停情况,尤其于凌晨时要加强巡视,如果患者仍憋气时间长应将其推醒。若有异常及时报告医师予以处理;创口出血也是术后早期常见的并发症。床旁备吸引器,术后除密切观察血压脉搏外,还应嘱患者尽量将分泌物吐出,观察吐出的分泌物,以便及时发现出血情况,同时应特别观察患者入睡后有无频繁的吞咽动作,若患者口吐新鲜血液或血块,吞咽动作频繁时,应尽快报告医师处理^[6]。

3.3.5 健康指导 指导患者术后进行正确的交流,术后勿用力发音以减少刺激。对于疼痛严重者可为其准备纸笔写字沟通。术后第1天开始嘱患者坚持作咀嚼及张闭口动作,利于疼痛缓解和避免术区粘连。出院前应再次嘱患者合理饮食,禁烟酒、浓茶、咖啡及辛辣刺激性食物;增加运动,进低脂、高维生素食物,适当节食控制体重,避免过度肥胖,避免服用镇静药等。同时对于中重度患者应指导患者及家属出院后如何继续正确进行CPAP治疗。

4 讨论

OSAHS是常见的睡眠呼吸障碍疾患,国外资料显示OSAHS成人患病率为2%~4%,是多种全身疾患的独立危险因素。近年来发病率有逐年增加的趋势,受到广大医务工作者及患者的高度重视。悬雍垂腭咽成形术是治疗OSAHS的主要外科手段之一,但临床经验表

明,加强围术期的准备和处理,可以提高疗效,减少并发症^[7-8]。在对悬雍垂腭咽成形术患者进行常规护理的基础上,笔者针对超声刀治疗的特点,在术前、术中及术后3个阶段,有针对性地进行心理护理、口腔及饮食护理、术区观察、疼痛处理、并发症预防、健康教育等,结果表明,严密的观察、有效及时的护理措施和正确的健康指导,减少了患者术后并发症的发生,减少患者的痛苦,加快疾病的恢复,可以更好地帮助患者改善生活质量。

参考文献:

- [1] 韩德民. 睡眠呼吸障碍外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:26.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学会,中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断和外科治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(2):95-96.
- [3] 侯艳鹏,徐振明,郭崑,等. 超声刀辅助悬雍垂腭咽成形术的疗效评价与应用价值[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2011,25(1):13-15.
- [4] 文连姬,辛丁,苏凯,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征围手术期并发症的预防及处理[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1):51-53,57.
- [5] 吴静. 小儿阻塞性睡眠呼吸暂停综合征术后麻醉苏醒期呼吸道并发症的观察和护理[J]. 护理实践与研究,2010,7(12):69-70.
- [6] 孙起芬,马雯. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征320例手术并发症的原因分析与护理对策[J]. 中国误诊学杂志,2009,32(9):7980-7981.
- [7] 李正贤,刘阳云,孙正良,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的围术期处理[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(32):7980-7981.
- [8] 李振光,肖自安. 手术治疗对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征肺动脉压力和肾上腺髓质素的影响[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(3):190-192.

(修回日期:2012-06-19)