

反流性咽喉炎的临床诊治体会

刘燕青,田兴德,强 笔,张 艳

(长江大学临床医学院附属第一医院暨荆州市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科,湖北 荆州 434000)

关键词:反流性咽喉炎;喉咽反流;抑酸剂;胃动力剂

中图分类号:R766

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2013)01-0072-03

慢性咽喉炎是咽喉部黏膜、黏膜下及其淋巴组织的慢性炎症,是耳鼻咽喉头颈外科的常见疾病,经常规治疗后,多数患者症状可缓解。少数患者症状长期存在,难以治愈,应考虑是否有咽喉反流存在的可能。据统计慢性咽喉炎患者中,4%~10%发病与咽喉反流相关^[1]。笔者综合临床症状、电子喉镜检查将疑似反流性咽喉炎患者76例随机分为2组,一组行试验性的抗酸药物联合胃动力药物配合清热解毒类咽喉炎药物治疗,另一组行传统的清热解毒类咽喉炎药物治疗,比较两组结果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

76例患者中男36例,女40例;年龄18~70岁,中位年龄38岁。病程2个月至2.5年。以下咽及胸骨柄后烧灼感为首要表现26例,咽部异物感20例,声嘶12例,干咳、频繁清嗓、夜间突发性阵咳11例,咽喉痛7例,伴暖气、反酸27例。环后黏膜和后联合黏膜充血、肿胀、肥厚46例;咽后壁黏膜增厚及淋巴滤泡增生,单侧或双侧声带慢性充血或增厚20例,声带突肉芽肿形成7例,声带突溃疡3例。

1.2 治疗方法

将76例患者随机分为治疗组46例、对照组30例。治疗组给予奥美拉唑20mg口服,1次/d;莫沙比利5mg口服,3次/d,加清热解

毒类咽喉炎药治疗,疗程8周。对照组单纯给予清热解毒类咽喉炎药治疗8周。同时嘱咐患者注意饮食调节,避免烟酒、咖啡、浓茶、碳酸饮料等刺激性食物,睡前2h禁食,睡眠时将头部稍抬高。

1.3 疗效标准^[2]

显效:咽喉部症状完全消失。有效:咽喉部症状明显改善,电子喉镜或间接喉镜镜下见咽喉部病变好转。无效:咽喉部症状及电子喉镜或间接喉镜下病变均未改善。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0统计软件分析,文中计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

试验组46例中41例显效,患者声带和杓后区黏膜充血、肿胀明显消退,干咳、频繁清嗓、夜间突发性阵咳、咽喉痛、声嘶、暖气、反酸明显改善;有效4例,患者干咳、频繁清嗓、夜间突发性阵咳、咽喉痛、声嘶、暖气、反酸改善基本消失,而声带和杓后区黏膜充血、肿胀基本消退;无效1例,患者上述症状和体征基本无改善;对照组30例中显效2例,患者声带和杓后区黏膜充血、肿胀明显消退,干咳、频繁清嗓、夜间突发性阵咳、咽喉痛、声嘶、暖气、反酸明显改善;有效7例,患者干咳、频繁清嗓、夜间突发性阵咳、咽喉痛、声嘶、暖气、反

作者简介:刘燕青,男,硕士,主治医师。
通讯作者:刘燕青,Email:liuyanqing@yangtzeu.edu.cn.

酸改善基本消失,而声带和杓后区黏膜充血、肿胀基本消退;无效21例,患者上述症状和体征基本无改善。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组反流性咽喉炎治疗效果比较(例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
试验组	46	41	4	1	97.8
对照组	30	2	7	21	30.0
合计	76	43	54	22	71.1

注:经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义

3 讨论

3.1 发病机制

咽喉部是呼吸道和消化道共用通道,因其与食管毗邻,故其接触酸性物质而导致黏膜的损伤的几率大,但是食管下端括约肌(lower esophageal sphincter, LES)及食管上括约肌(upper esophageal sphincter, UES)正常生理功能、食管泵功能对酸性物质的清除作用、咽喉黏膜屏障保护功能可以有效的避免反流性咽喉炎的发生^[3]。笔者认为胃食管反流物越过食管上端括约肌至咽喉部对咽喉部黏膜造成损伤的机制通过以下两方面解释。一种观点认为暂时性的食管下端括约肌松弛,导致食管收缩强度降低,无法使整个食管有效收缩从而导致频繁发生酸性物质反流。由于咽喉黏膜几乎缺乏对胃酸的防御结构,如重碳酸盐-黏膜屏障,即使较低频率的反流,咽喉部的黏膜仍易受损^[4]。Gill等^[5]对18例反流性咽喉炎患者与正常人喉黏膜标本进行了免疫组化和Western蛋白印迹研究,发现反流性咽喉炎患者喉黏膜间存在胃蛋白酶,而正常人不存在,此外,咽喉部黏膜对胃蛋白酶敏感度比食管黏膜更灵敏,反流的胃酸还可以激活胃蛋白酶^[6]导致咽喉部黏膜损伤。另一种观点认为食管和支气管起源于共同胚胎,都由迷走神经支配,食管胃酸过高引起迷走神经反射导致支气管收缩,从而出现反复清嗓动作、咳嗽,最后导致咽喉部黏膜损伤;或2种机制共同作用导致反流性咽喉炎的病理改变^[7]。

3.2 诊断方法

反流性咽喉炎诊断目前仍无统一的标准,

现有的诊断技术有很多,包括常规喉部检查、24 h双探针pH监测、食管压力测定、食道吞钡及食管镜或胃镜检查。Koufman等^[8]认为反流性咽喉炎的诊断主要是基于症状及咽喉部的体征,但如果对反流性咽喉炎的诊断有疑问时,24 h双探针pH监测就是诊断的金标准^[9]。但操作中对电极数量、安放位置和干扰因素等方面还未达成共识,因此目前此项检查多用于科研,临床应用受到很多因素的限制,国内尚未普及推广。笔者认为重视临床问诊及常规的喉部检查是非常必要的,尤其对难以治愈的慢性咽喉炎患者,应考虑是否存在咽喉反流的可能,注意症状出现时间,与饮食关系,有无反酸及胸骨柄后烧灼感,有无偏食甜食、油腻食物,是否服用其他药物等,经验治疗是反流性咽喉炎的最有效诊断方法^[10],同时对疑似反流性咽喉炎患者,症状发作时的痰液和(或)唾液的胃蛋白酶检测不失为一种灵敏、无创的诊断方法。

3.3 治疗体会

对于反流性咽喉炎,笔者运用抗酸药物联合胃动力药物配合清热解毒类咽喉炎药物治疗,约97.8%的患者在2~3个月内症状明显缓解,6个月左右反流性咽喉炎症状基本完全消退。较单纯给予清热解毒类咽喉炎药治疗效果显著,同时还应结合饮食疗法及改善不良的生活习惯。

参考文献:

- [1] Vaezinf, Hicks DM, Abelson TI, et al. Laryngeal signs and symptoms and gastroesophageal reflux disease: a critical assessment of cause and effect association [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2003, 1: 3331.
- [2] 张艳红,杜友红,陈鲜芳,等. 质子泵抑制剂诊断性治疗反流性咽喉炎76例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 285-286.
- [3] Lipan MJ, Reidenberg JS, Laitman JT. Anatomy of Reflux: A Growing Health Problem Affecting Structures of the Head and Neck [J]. The anatomical record, 2006, 289(6): 261-270.
- [4] 折馆伸彦,刘汝美. 喉咽性反流病:GERD的耳鼻喉表现[J]. 日本医学介绍,2002, 23(2): 51-52.
- [5] Gill GA, Johnston N, Buda A, et al. Laryngeal epithelial defenses against laryngopharyngeal reflux: investigations of E-cadherin, carbonic anhydrase isoenzyme III and pepsin [J]. Ann

otol Rhinol Laryngeal, 2005, 114: 913 - 921.

- [6] 王进,王荣光,韩东一,等. 喉咽返流[J]. 国外医学耳鼻咽喉科学分册,2005, 29: 286.
- [7] 王晓晔,韩德民,叶京英. 咽喉反流[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006, 30(5): 281 - 285.
- [8] Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery [J]. Otolaryngol Head Neck

Surg, 2002, 127: 32.

- [9] Tauber S, Manfred G, Issing WJ. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease [J]. Laryngoscope, 2002, 112(5): 879 - 886.
- [10] Kiljander TO. The role of proton pump inhibitors in the management of gastroesophageal reflux disease-related asthma and chronic cough [J]. Am J Med, 2003, 115 (Suppl 3A): 65.

(修回日期:2012-07-03)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201301021

· 经验交流 ·

全麻下单极电刀组织血管移行凝闭离断法 切除扁桃体良性病变 60 例疗效观察

倪志军,董丽婷,马文波,纪小美

(威海市中医院耳鼻咽喉科,山东威海 264200)

关键词:扁桃体良性病变;血管凝闭离断;全麻,手术

中图分类号:R766.4

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2013)01-0074-02

扁桃体良性病变包括慢性扁桃体炎、扁桃体肥大、扁桃体角化、扁桃体良性肿瘤等,是耳鼻咽喉科常见病,需手术切除,近年来,受电刀组织血管移行凝闭离断法在甲状腺术中应用的启发,将此种方法应用于全麻扁桃体切除术中。所谓血管移行凝闭离断法就是在近心端至远心端移动凝闭血管达 2 mm 以上^[1],最后在远心端离段,可安全凝闭 5 mm 以下血管,无需结扎止血。笔者应用此技术诊治扁桃体良性病变患者 60 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2009 年 7 月~2011 年 8 月需手术治疗的扁桃体良性病变患者 60 例,其中男 32 例,女 28 例;年龄 4~54 岁,平均年龄

18 岁。其中慢性扁桃体炎 48 例,扁桃体良性肿瘤 8 例,单纯扁桃体肥大 4 例。所有患者术前凝血功能正常,无手术禁忌症,住院后在全身麻醉下行扁桃体切除术。

1.2 手术方法

患者全部在气管插管全麻下进行,取仰卧位,术者戴头灯,以单极电刀加枪状镊操作,经黏膜切口沿背膜用电刀头边切割电灼边分离,此时助手一手夹持扁桃体向中线用力牵拉,一手用剥离子自扁桃体中部分离插入扁桃体周围间隙,并向外牵拉,术者先自扁桃体中部用单极电刀边切割边分离,充分暴露扁桃体周围间隙后再向上夹持扁桃体上极,自间隙内用枪状镊夹持扁桃体上极周围间隙组织血管移行凝闭切割分离,分出中上部后再向下极分离,将扁桃体上中极大部游离,自下极三角皱襞向外上采用移行凝闭法一层层凝闭离断,将下极完整切除,再夹持下极向上一层层凝闭切割扁桃体中下极外,将其完整切下。同法切除另一侧扁桃体。手术开始至结束之间的出血量,以

作者简介:倪志军,男,副主任医师。

通讯作者:倪志军,Email:NZJ11good@163.com.

吸引器吸出的血量及压迫止血的棉球的重量估计。手术时间指以扁桃体切开黏膜至扁桃体切除止血完毕,两侧以平均值为准。术后抗炎消肿,并以中药雾化吸入3 d。

2 结果

每例扁桃体切除时间为7~15 min,出血量平均<10 ml,且术后无大出血,术区创面光滑,扁桃体周围组织反应轻,术后假膜生长良好,术后5 d出院。

3 讨论

单极电刀是手术中的常规器械,可应用于扁桃体切割术,手术方式与剥离术基本相同。传统的局麻扁桃体剥离法存在患者不能耐受、恐惧、组织损伤大的缺点,而全麻扁桃体剥离法存在全麻后全身血管扩张,术中出血量多,止血时间长,术野不清的缺点。双极电凝不便于分离切割,且需要不断用盐水冲洗,否则易与组织粘连。因此如何控制出血量,减少术后出血,减轻痛苦成为近年来国内外学者研究的一大热点,一些高端设备也相继应用于扁桃体手术,如等离子消融术、超声刀扁桃体切除术等取得了一定的研究成果,但手术费用昂贵,不利于在基层推广使用,熟练掌握合理使用有一过程^[2]。近2年来笔者等应用单极电刀组织血管移行凝闭离断法完整切除扁桃体,术野清晰,术中血管移行凝闭离断无需结扎,术后无1例原发性出血,安全可靠,快速灵便,既有单极电刀的切割分离灵便的特点,又有双极电凝凝闭止血的功效,基本做到了无血手术。通常扁桃体的血管出血主要在上极、外侧及下极,特别是上下极的出血,止血费时费力,部位掩蔽,暴露不清,占用了大量手术时间,单极电刀组织血管移行凝闭离断法先分离凝闭扁桃体

周围间隙,再自扁桃体周围间隙自中部向上外一层层移行凝闭离断上极扁桃体周围组织血管,上中部分出后不急于分离下极,而自下极三角皱襞外先移行凝闭,一层层自下向上凝闭切割至扁桃体中下部,上下汇合,自中下部切除扁桃体,从而避免了上下极搏动性出血情况,血管移行凝闭牢固可靠,缩短了手术时间,减轻了患者痛苦。

本组病例手术经验:①使用单极电刀切除扁桃体病变,必须熟练掌握传统扁桃体剥离术及周围组织的解剖结构。②必须充分掌握单极电刀的功能,将其与枪状镊熟练结合在一起,既能起到单极电刀的切割凝血功能,又具有双极电凝的功效,移行凝闭离断直径<5 mm的血管安全可靠,运用于扁桃体手术中,基本做到术野清晰,组织反应轻,无残体,术后并发症少等优点。③在切割过程中夹持组织不宜过多,在2 mm以内,可以避免长时间的切割过程,产生温度过高^[3]。④术后应用地塞米松、中药雾化、可有效的减轻患者痛苦,减少创面反应。全麻下单极电刀组织血管移行凝闭离断法行扁桃体切除术操作简便,易掌握,手术器械简单,基层医院普及,手术出血少、时间短、安全性高,较双极电凝、超声刀、射频、等离子等手术方法费用低,患者易接受,值得在基层推广使用。

参考文献:

- [1] 吴高松,马小鹏,刘言言,等. 甲状腺全切除术的技术改进(附252例报告)[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2009, 38(6): 829-831.
- [2] 楚士东,洪炎灿,刘应万,等. 3种扁桃体切除术在小儿OSAHS中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(2): 144-145.
- [3] 侯艳鹏,徐振明. 超声刀在儿童扁桃体切除中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(3): 211-212.

(修回日期:2012-10-19)