

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201602015

· 临床报道 ·

鼻内镜下 3 种不同手术方式治疗儿童腺样体肥大疗效分析

魏珍星, 范崇盛, 薛柯凡, 张 扬

(郑州大学附属洛阳中心医院 耳鼻咽喉头颈外科, 河南 洛阳 471000)

摘 要: **目的** 探讨鼻内镜下 3 种不同手术方式治疗儿童腺样体肥大的临床效果。**方法** 将 2013 年 1 月 ~2014 年 12 月收治的 70 例儿童腺样体肥大的患者分为 3 组, A 组采用鼻内镜下腺样体刮匙行腺样体切除术, B 组采用鼻内镜下电动切割器行腺样体切除术, C 组采用鼻内镜下等离子低温射频消融系统对腺样体行低温射频消融切除术。比较上述 3 组患儿术中出血量与疼痛评分。**结果** 3 组患儿经治疗后临床症状完全缓解, B、C 两组术中出血量、疼痛评分均优于 A 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), C 组术中出血量、疼痛评分均优于 B 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 鼻内镜下儿童腺样体肥大的患者行低温等离子射频消融切除术较传统的腺样体刮除术及电动切割器腺样体切除术损伤小、出血少、预后好, 值得临床上广泛应用。

关 键 词: 鼻内镜; 手术; 腺样体肥大
中图分类号: R766. 5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007 - 1520(2016)02 - 0148 - 03

腺样体肥大是导致儿童期阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 (OSAHS) 最常见的原因, 可引起夜间睡眠障碍, 影响儿童面部发育和智力发育, 易导致严重鼻塞症状、鼻咽部炎症、气管炎、支气管炎、反复发作的分泌性中耳炎, 若长期得不到及时治疗, 将会影响患儿的生长发育^[1]。因此, 被确诊为腺样体肥大且有严重并发症的患儿应该尽早行腺样体切除术^[2]。了解儿童腺样体肥大不同治疗方式的临床效果, 现回顾性统计本院 2013 年 1 月 ~2014 年 12 月收治的 70 例腺样体肥大患儿相关资料, 分析鼻内镜下传统式腺样体刮匙、电动切割器腺样体切除术及等离子低温射频消融切除术 3 种不同治疗方式的临床效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

共有 70 例腺样体肥大患儿作为研究对象, 其中男 37 例 (52. 8%), 女 33 例 (47. 2%); 年龄 4 ~ 12 岁, 平均年龄 (6. 49 ± 1. 78) 岁。临床症状以鼻塞、睡眠打鼾为首要症状。所有患儿术前均行常规检查及专科检查, 其中, 专科检查包括纤维鼻咽镜以

及多导睡眠呼吸监测 (PSG) 等, 鼻内镜下鼻咽部腺样体阻塞 2/3 以上后鼻孔, 按照鼻内镜下传统式腺样体刮匙 (A 组)、电动切割器腺样体切除术 (B 组)、等离子低温射频消融切除术 (C 组) 3 种不同手术方式将研究对象分为 3 组, 3 组患者在性别、年龄方面经比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 3 组具有可比性, 详见表 1。

表 1 3 组患者基本资料对比

组别	例数	男 (例)	女 (例)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
A 组	22	12	10	6. 42 ± 1. 76
B 组	25	13	12	6. 63 ± 1. 74
C 组	23	12	11	6. 58 ± 2. 05

1.2 手术方法

患儿取仰卧位, 全身麻醉成功后开口器撑开口腔, 软质细医用橡胶导尿管经鼻腔及口腔将患儿软腭悬吊扩大咽腔, 选用 WOLF 700° 鼻内镜, 经口腔观察腺样体与咽鼓管圆枕及后鼻孔的关系^[3]。传统腺样体刮匙 (A 组), 自腺样体鼻咽边缘向口咽方向刮除腺样体组织, 在切割过程中, 保持腺样体刮匙贴紧腺体底部, 尽量一次刮除大部分, 避免多次刮除对周围组织尤其是对咽鼓管咽口的损伤。Stryker 电动切割器切除腺样体 (B 组), 采用腺样体切除刀沿腺样体边缘开始吸切, 逐渐向中线位置靠近, 在切割过程中, 保持切割刀刃朝向腺体。在切割咽鼓管

作者简介: 魏珍星, 男, 硕士, 主治医师。
通信作者: 魏珍星, Email: 18537919197@163. com

周围腺体时,电动切割器与咽鼓管的距离要保持2~3 mm,防止损伤咽鼓管的结构。C组应用美国Arthro Care低温等离子消融系统进行腺样体切除,术中注意事项同电动切割器。上述3组术中均止血彻底。

1.3 观察指标及评价标准

观察指标包括术中出血量、疼痛评分。

评价标准:术中出血量按吸引器吸出量及纱块增重量计算;疼痛评分于术后第2~4天进行,按面部表情量表计分^[4](如图1所示)。



图1 面部表情量表

1.4 统计学方法

本次研究数据采用SPSS 14.0软件包进行数据处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用t检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

3组患儿经治疗后临床症状完全缓解,术后复查除A组采用传统腺样体刮匙刮除术式的患儿部分仍有少许腺样体残留外,B、C两组患儿腺样体已完全切除干净,A组部分患儿虽有部分腺样体残留,但已不影响患儿的正常通气。B、C两组在术中出血量、疼痛评分方面均优于A组,差异具有统计学意义($P<0.05$),C组在术中出血量、疼痛评分方面均优于B组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 3组患儿术中出血量与疼痛评分情况($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术中出血量(ml)	疼痛评分(分)
A组	22	66.87±8.58	4.33±0.65
B组	25	26.81±3.53	3.81±0.81
C组	23	11.1±2.56	2.81±0.54
AB组	<i>t</i>	24.61	2.017
	<i>P</i>	0.000	0.049
AC组	<i>t</i>	24.69	6.73
	<i>P</i>	0.000	0.049
BC组	<i>t</i>	16.23	4.56
	<i>P</i>	0.000	0.000

3 讨论

腺样体是鼻咽顶后壁的淋巴组织,是咽淋巴环的重要组成部分之一^[5]。腺样体肥大是儿童睡眠呼吸暂停低通气综合征的主要原因。肥大的腺样体堵塞后鼻孔,影响鼻腔的通气 and 引流,并压迫咽鼓管鼻咽部开口,导致分泌性中耳炎发生。若影响患者的正常生理功能则应该及早手术切除^[6]。

对于腺样体的切除,目前有多种方法,普遍采用的有腺样体刮匙刮除法^[7]、鼻动力切割法和低温等离子消融法^[8]。传统的腺样体切除方法由于不能在直视下进行,易造成周围正常组织的损伤及腺样体的残留。近年来随着鼻内镜技术的广泛应用,鼻咽部手术也更加微创^[9]。我院自2008年起开展鼻内镜引导下腺样体切除术,术中采用70°鼻内镜引导,使腺样体可以完整清晰的显示在术野中,特别是突入到后鼻孔的大腺样体组织,显示更为清楚。

鼻内镜引导下的腺样体刮匙刮除法,是在鼻内镜下通过腺样体刮匙刮除腺样体。但是由于腺样体本身质地较脆,损伤后易出血,刮匙的刮除存在难以一次性彻底切除腺样体组织、术中操作不够精确等问题,因此易出现术后腺样体残留、复发并且易损伤椎前筋膜、咽鼓管圆枕及咽部黏膜等。

鼻动力切割器系统是通过高速旋转的刀头,将腺样体进行逐步的切吸,能快速、完整地切除腺样体组织并且可以避免损伤咽鼓管咽口及腺样体附近正常组织^[10]。

低温等离子消融手术是发展较快的微创技术,该技术是利用双极射频产生的能量,在温度40℃~70℃的状态下,使细胞裂解为简单的碳水化合物和氧化物,达到组织消融的目的^[11],并且消融与止血可以在术中快速转换,大大提高了手术效率并减少了正常组织损伤。近年来关于上述手术方式的相关文献报道大多集中在各自方法的优缺点上,但将3种方法相互之间比较的文献较少。

自2008年开始我院分别采用鼻动力切割和低温等离子消融进行腺样体切除手术,通过术中出血量与疼痛评分,评价总结两种方法与腺样体刮除术的优缺点,为临床选择不同的手术方法提供客观依据。结果显示腺样体刮除术由于其操作欠精细,切除欠彻底,局部损伤较大,术后患儿疼痛程度较重等因素,其评价指标较后两种手术方式在统计学方面有明显差异,虽然鼻动力切割手术切除腺样体组织

操作迅速,尤其在处理特别肥大的腺样体,但是该术式在切除腺样体过程中与低温等离子组比较,出血量明显多于后者,并且腺体切除后常需采用纱条压迫止血,甚至电凝止血,从而延长手术时间增加局部损伤。

低温等离子消融切除腺样体的优点在于:切割和止血可及时转换,活动性出血明显减少;有效减少手术区域组织的热损伤和继发的炎性反应,术后创面水肿轻微,有效缓解术后疼痛;缩短患者恢复正常饮食时间^[12]。不足之处是切割过程中腺样体组织很容易导致刀头堵塞,清理刀头延长手术时间。此外,一次性等离子刀头价格较高,限制了使用人群。

综上所述,低温等离子刀切除腺样体能明显减少出血量,且能减轻术后疼痛及缩短恢复时间,其与前两种手术方式比较是治疗儿童腺样体肥大更有效的方法。临床医师也只有在实际工作中尽量灵活采用合理的手术方式,扬长避短,更好的发挥手术对疾病的治疗作用。

参考文献:

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊疗指南草案(乌鲁木齐)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 42

(1): 83 – 84.
[2] 张亚梅,赵靖,刘卫一,等. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的诊治 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(11):654 – 657.
[3] 王亚婷,费永华. 鼻内镜下腺样体切吸术治疗儿童腺样体肥大 68 例[J]. 中国美容医学,2011,20(z5):116.
[4] 申萍,施毅. 用面部表情量表法评估疼痛 [J]. 国外医学:护理学分册,1998,17(3):161 – 165.
[5] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 咽的临床解剖//实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2007:291 – 293.
[6] 简勇. 鼻内镜下微波切除儿童腺样体肥大的临床分析 [J]. 当代医学, 2012,18(12):102 – 103.
[7] 王建东,黄洁华,哈青. 经口鼻内镜下腺样体刮除术 129 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(5):458 – 459.
[8] 阙镇如,黄钦辉,冉赛,等. 低温等离子消融术治疗 42 例儿童鼾症效果观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(3): 269 – 271.
[9] 谢珂. 鼻内镜下两种手术径路治疗儿童腺样体肥大的疗效比较 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(5):399 – 401.
[10] 魏琳琦,陶晋策. 鼻内镜下动力系统切除肥大腺样体[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(10): 466 – 467.
[11] Temple RH, Timms MS. Paediatric coblation tonsillectomy. Int. J. Pediatr[J]. Otorhinolaryngol,2001, 61(3): 195 – 198.
[12] 顾建华,宋柏龙,李艳芬. 低温等离子治疗 146 例儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征临床观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2012, 20(4): 280 – 281.

(收稿日期:2015 – 10 – 08)

· 消息 ·

更正:

本刊 2016 年第 22 卷第 1 期第 33 ~ 37 页,《大庆地区变应性鼻炎患者变应原谱分析》一文中,第二作者于青华及第五作者许金泉,由于作者笔误而错写,应为于春华、许金全,特此更正。

中国耳鼻咽喉颅底外科杂志编辑部