

## 经口径路间接喉镜直视下儿童腺样体切除术

黄 瑛, 颜昌艳, 刘 骥, 刘 毅, 李江波  
(昆明市第一人民医院耳鼻喉科, 云南 昆明 650011)

[关键词] 腺样体切除术; 间接喉镜; 儿童

[中图分类号] R766.3 [文献标识码] A [文章编号] 2095 - 610X (2014) 04 - 0147 - 02

腺样体是儿童时期重要的免疫器官, 位于鼻咽顶后壁交界处, 腺样体和扁桃体肥大是引起儿童上呼吸道阻塞的最常见原因。作为咽淋巴环内环的组成部分, 腺样体在儿童期间较易增生肥大, 从而易诱发分泌性中耳炎、鼻窦炎及鼾症, 腺样体肥大已成为儿童分泌性中耳炎、鼻窦炎及鼾症发生的重要基础因素之一<sup>[1]</sup>。患儿有睡眠打鼾, 易诱发分泌性中耳炎, 常伴有鼻窦炎, 出现鼻塞、流脓涕。长期不治还可导致颌面发育障碍 - 腺样体面容, 影响儿童的生长发育及听力损害, 一经确诊应尽早施行手术治疗<sup>[2]</sup>。

从2004年6月至2007年12月, 对78例患儿在间接喉镜引导下腺样体切除术, 伴有扁桃体Ⅱ°~Ⅲ°者, 则先行扁桃体切除术, 再行腺样体切除术, 手术后睡眠打鼾、鼻塞、流脓涕消失, 分泌性中耳炎发作明显减少, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组78例中, 男42例, 女36例; 年龄3~11岁, 平均5.5岁。腺样体肥大78例, 腺样体肥大加扁桃体肥大70例, 其中以睡眠打鼾和张口呼吸首诊者68例, 鼻塞、流涕者10例。行纤维鼻咽镜检查(图1): 全部病例表现腺样体肥大并伴有炎症, 根据腺样体堵塞后鼻孔范围,  $\leq 25\%$ 为Ⅰ°,  $26\% \sim 50\%$ 为Ⅱ°,  $51\% \sim 75\%$ 为Ⅲ°,  $76\% \sim 100\%$ 为Ⅳ°<sup>[4]</sup>。Ⅲ°及Ⅲ°以上伴有临床症状者即可诊断为腺样体肥大。并行鼻咽侧位X线片(A/N值), 1998年Brook分析了33例鼻咽侧位X光片后, 提出以腺样体与鼻咽部口径的比值(A/N)鼻咽部X线侧位摄片检查根据A/N值来



图1 纤维鼻咽镜下腺样体肥大

确定腺样体大小(分层)<sup>[4]</sup>: (1) 轻度(生理性肥大),  $A/N < 0.60$ ; (2) 中度,  $A/N$ 为 $0.61 \sim 0.70$ ; (3) 重度(病理性肥大), 本组病例腺样体为中-重度肥大。

#### 1.2 方法

患儿取平卧仰头位, 气管内插管静脉复合麻醉, 经口置Davis开口器, 暴露口咽部, 合并扁桃体肥大者, 常规切除双侧扁桃体并缝合切口, 从双侧前鼻孔导入小号导尿管至口咽部出口腔, 将导尿管两端向上提起软腭, 使软腭与咽后壁距离尽量扩大, 以充分暴露鼻咽部, 完全显露腺样体、咽鼓管咽口及圆枕, 然后自口腔置入间接喉镜, 观察鼻咽部结构, 此时可清晰地观察到腺样体的形态、大小, 咽鼓管咽口及圆枕与腺样体的关系, 一手持镜, 一手持腺样体刮匙, 在间接喉镜直视下, 将腺样体刮匙放于肥大的腺样体表面切入刮除, 用直角钳夹沙球放入鼻咽部压迫止血后, 再次自口腔置入间接喉镜, 可清晰看到手术创面及周围情况, 如仍有残余腺样体组织, 可再次在间接喉镜直视下刮除之, 对用刮匙不易刮除的残留淋巴组织, 直视下用鼻窦钳清除, 直至手术满意为止, 如有出血用加长刀头的高频电刀止血。

[作者简介] 黄瑛(1963~), 女, 湖南长沙市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事耳鼻喉科临床工作。

## 2 结果

77 例术中出血量约 30~50 mL 术后无活动性出血, 1 例腺样体残留, 局部伤口出血, 麻醉复苏中难以拔管, 后经后鼻孔填塞止血后方能拔管, 所有病例术后均给抗感染、雾化吸入、1%复方麻黄素滴鼻治疗, 所有病例均无感染、软腭、咽鼓管咽口及圆枕无损伤, 鼻腔通气明显改善, 睡眠打鼾和张口呼吸症状均消失, 70 例同时予以扁桃体切除的患儿, 术后有不同程度的悬雍垂水肿, 但均于术后 1 周消失。

## 3 讨论

腺样体肥大是儿童的常见病, 可引起临近器官的各种病变, 由于腺样体肥大而堵塞后鼻孔, 引起鼻腔通气不畅, 造成张口呼吸及睡眠时打鼾; 堵塞咽鼓管咽口, 引起咽鼓管功能障碍, 导致分泌性中耳炎; 堵塞后鼻孔, 导致慢性鼻炎、鼻窦炎<sup>[1]</sup>。发病年龄高峰在 3~6 岁学龄前儿童, 危害有: 生长发育障碍、学习障碍、行为障碍、发展为成年 OS-AHS, 及时手术治疗, 危害可完全避免。

传统腺样体手术采用局部麻醉下经口盲目腺样体刮除术, 由于手术不明视, 刮匙不能与咽后壁紧密相贴, 故存在盲目性, 可导致多种手术并发症, 如术中术后出血, 咽鼓管咽口、圆枕、软腭损伤, 鼻咽部粘连, 腺样体残留; 又由于局部麻醉麻醉效果不理想, 使患儿的心理受到严重创伤, 以致成年后仍十分惧怕疾病、医院及医生。

鼻内窥镜经鼻腔腺样体切除术<sup>[2]</sup>, 由于鼻腔到达鼻咽部的途径长且狭窄, 小孩尤其狭小, 鼻内窥镜视野受限, 尤其在鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大时操作更难, 因手术进路要先行鼻腔鼻窦手术或下鼻甲外移, 并有显见的创面出血, 视野不清及术后鼻腔肿胀粘连, 又因患儿术后鼻腔换药不能耐受, 换药困难, 增加患儿痛苦。并且需要 0、30、70、110 鼻内镜及光源、图像监视及记录系统、电动切割器等上百万的设备, 且一次性电动切割刀头需两千多元人民币一个, 全国大部分地区不能进入医保, 需病人自费, 增加了病人的经济负担。

在基层医院和经济欠发达地区医院设备投入不足, 是难以购买上述设备的, 本术式所需设备投入极低, 且不需病人自费。极大的减轻了病人和医保负担。

本术式切除腺样体具有以下优点<sup>[3]</sup>: (1) 直视

下手术, 视野清晰, 切除范围准确、彻底, 不易残留; (2) 术中可彻底止血, 减少术中术后出血; (3) 避免了损伤周围组织, 对鼻咽部黏膜及软腭损伤小; (4) 创伤小、术后反应轻、并发症少; (5) 全麻无痛手术, 不会给患儿的心理留下创伤, 成人后能正确面对疾病、医院和医生; (6) 由于间接喉镜不经过鼻腔, 不损伤鼻黏膜, 避免了鼻腔出血、鼻塞、粘连等并发症, 术后鼻腔通气及引流好, 鼻塞、流涕、张口呼吸及睡眠打鼾症状改善快; (7) 不因儿童年龄小、鼻腔狭窄、下鼻甲肥大、鼻中隔偏曲等致鼻内镜不能通过而影响手术效果; (8) 不需丁卡因肾上腺素浸润棉片行鼻腔黏膜表面麻醉, 可缩短手术时间而使麻醉时间缩短从而降低了麻醉风险; 不需因病情要先行鼻腔鼻窦手术或下鼻甲外移, 增加不必要的手术, 增加患儿的痛苦, 增加医疗费用及手术风险, 不需要术后鼻腔换药; (9) 因不需要 0、30、70、110 鼻内镜及光源、图像监视及记录系统、电动切割器、低温等离子刀, 大大降低医疗投入成本, 也大大降低了医疗费用, 减轻患者经济负担, 为看病难、看病贵贡献微薄力量, 基层医院没有鼻内镜设备也可以完成直视下儿童腺样体切除术; (10) 本方法具有出血少、安全、易学、切除的腺样体不会掉入气管引起窒息等优点。

总之, 间接喉镜直视下行腺样体切除术, 避免了手术的盲目性和多种手术并发症, 因不需要 0、30、70、110 鼻内镜及光源、图像监视及记录系统、电动切割器、低温等离子刀, 大大降低医疗投入成本, 也大大降低了医疗费用, 减轻患者经济负担, 为看病难、看病贵贡献微薄力量, 可在基层医院和经济欠发达地区医院大力推广。

### [参考文献]

- [1] 王耀洪, 朱锦州, 吴道林, 等. 儿童腺样体切除术对相关疾病转归的影响 [J]. 中国耳鼻喉头颈外科, 2006, 13(5): 335-337.
- [2] 黄选兆, 汪吉宝主编. 实用耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 348-349.
- [3] 潘晓华, 陈建平, 李原, 等. 经鼻内窥镜行儿童腺样体切除术的体会 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2002, 16(5): 247.
- [4] 蔡晓岚, 刘洪英, 范献良. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的诊断 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2003, 38(3): 161-165.
- [5] 张永杰. 鼻内镜下电动切割器腺样体切除术 [J]. 耳鼻喉科-头颈外科, 2003, 4: 226.

(2014-02-21 收稿)