

参考文献

- [1] 李沁. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症术后复发的疗效观察[J]. 白求恩军医学院学报, 2012, 10(5): 402-403.
- [2] 赵慧, 王菊红. 米非司酮治疗子宫内膜异位症的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(29): 63.
- [3] 肖茂翠, 王爱文, 孟丽. 腹腔镜手术联合吗富隆治疗子宫内膜异位症的疗效分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(32): 3574-3575.
- [4] 于广智, 王秀峰. 腹腔镜手术后联合药物治疗子宫内膜异位症的临床分析[J]. 中外医疗, 2012, 31(25): 84-85.
- [5] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 287-288.
- [6] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊断与治疗规范[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(9): 645-648.
- [7] 常义. 剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症临床诊治体会[J]. 中国医药指南, 2010, 8(3): 97-98.
- [8] 林琳, 王平. 腹壁切口子宫内膜异位症 112 例临床分析[J]. 四川大学学报: 医学版, 2009, 40(3): 568.
- [9] Classic pages in obstetrics and gynecology. Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus: Alwin Karl Mackenrodt; Archiv für Gynäkologie, vol. 48, pp. 393-421, 1895[J]. Am J Obstet Gynecol, 1979, 133(5): 555-556.
- [10] 郎景和. 子宫内膜异位症的临床病理类型及其对治疗的意义[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(11): 699-702.
- [11] 宋春蕾, 任秀东. 局部注射孕激素治疗腹壁切口子宫内膜异位症[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(10): 1180.
- [12] 李云龙. 22 例剖宫产腹壁切口子宫内膜异位症临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(10): 1310-1311.

(收稿日期: 2012-12-18)

鼻内镜下鼻窦手术同期行鼻中隔矫正术 92 例疗效分析

程琳, 何志龙(连云港市第二人民医院耳鼻咽喉-头颈外科, 连云港 222000)

【摘要】 目的 探讨鼻内窥镜下手术治疗慢性鼻-鼻窦炎伴鼻中隔偏曲的临床疗效和并发症发生情况。方法 回顾性分析 2011 年 10 月至 2012 年 8 月行功能性鼻内窥镜手术诊治的 92 例慢性鼻-鼻窦炎伴鼻中隔偏曲患者的临床治疗及术后恢复情况。结果 92 例患者均术后定期随访半年, 总有效率为 92.4%, 发生术后并发症 7 例(7.6%)。结论 功能性鼻内镜手术治疗慢性鼻-鼻窦炎同期行鼻中隔偏曲矫正是安全的, 同期手术具有疗效好、费用低等优势, 术后定期换药能提高治愈率, 减少并发症的发生。

【关键词】 鼻窦/放射摄影术; 鼻窦炎/诊断; 内窥镜检查; 体层摄影术, X 线计算机; 鼻炎/治疗; 鼻窦炎/治疗; 慢性病; 治疗结果; 功能性鼻内窥镜手术

doi:10.3969/j.issn.1009-5519.2013.03.052

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2013)03-0415-03

慢性鼻-鼻窦炎(chronic rhinosinusitis, CRS)是指鼻腔、鼻窦黏膜炎症状态持续 12 周以上, 其主要症状为脓性鼻漏、鼻塞、头部疼痛和嗅觉减退等^[1-2]。鼻中隔偏曲(deviation of nasal septum)是指鼻中隔向一侧或两侧弯曲或鼻中隔一侧或两侧局部突起, 引起鼻腔、鼻窦生理功能障碍并产生症状(如鼻塞、鼻出血、头痛等)。临幊上二者常同时存在, 是耳鼻咽喉科常见病、多发病。有研究发现, 鼻中隔偏曲与鼻窦炎的发生密切相关^[3]。随着临幊医学技术的不断发展, 功能性鼻内窥镜手术(functional endoscopic sinus surgery, FESS)已成为治疗鼻腔、鼻窦疾病最重要的手术方法^[4-5]。FESS 可精确地去除病变组织, 使鼻窦开口扩大, 保持引流通畅, 恢复鼻腔、鼻窦正常生理功能, 具有传统手术无法比拟的微创性。本科 2011 年 10 月至 2012 年 8 月应用 FESS 治疗 92 例 CRS 伴鼻中隔偏曲患者, 取得较好临幊效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 10 月至 2012 年 8 月本科门诊诊治的 CRS 伴鼻中隔偏曲患者 92 例, 其中男 58 例, 女 34 例; 年龄 12~78 岁, 平均 35.6 岁。均有反复发作的单侧或双侧鼻塞、流涕、嗅觉减退及头痛等症状, 经门诊保守治疗效果不佳。查体见单侧或双侧中鼻道脓性分泌物, 鼻中隔单侧或双侧偏曲, 伴或不伴中、下鼻甲肥大。所有患者术前均行鼻窦冠状位 CT 检查及鼻内窥镜

检查。

1.2 治疗方法 患者取仰卧位, 首先给予丁卡因加肾上腺素纱条(1% 丁卡因 15 mL 加肾上腺素 2 支)进行鼻腔黏膜表面麻醉, 反复 3 次, 2% 利多卡因 10 mL 加少许肾上腺素进行眶下、筛前、蝶腭神经, 中、下鼻甲浸润麻醉, 9 例年龄偏小患者选择全身麻醉并使用肾上腺素纱条收缩鼻腔黏膜。使用 0° 或者 30° 鼻内窥镜(德国 STROZ 公司)和常规内窥镜手术器械及电动切割吸引器。鼻中隔偏曲患者先于鼻中隔左侧皮肤黏膜交界处用小圆刀作一“L”形切口, 用剥离子吸引器剥离黏骨膜至软骨与筛骨垂直板或犁骨交界处, 分离对侧黏骨膜, 用咬骨钳咬除偏曲之骨性部分, 偏曲之软骨部分采用划痕。下鼻甲肥大患者可行切割吸引器黏膜下成形术, 并行骨折外移, 扩大鼻腔空间。中鼻甲肥大或泡状中鼻甲者可行中鼻甲外侧部分切除术, 并行骨折内移术, 用切割吸引器修整切缘。根据术前影像学资料, 所有 CRS 患者采用 Messerklinger 手术方式, 切除钩突, 开放筛泡; 由前向后行筛窦开放术, 扩大上颌窦自然窦口, 根据病情开放额窦及蝶窦, 通畅引流; 术后术腔用吸收性明胶海绵及油纱条填塞, 局部出血点可行微波处理止血。

1.3 术后处理 术后 24~48 h 取出鼻腔内填塞物, 鼻内窥镜下清洁术腔, 清除鼻腔、窦腔内积血、血痂及碎骨片, 用鼻可乐冲洗剂进行鼻腔冲洗, 每天 2 次。鼻腔局部用盐酸氮卓斯汀滴鼻改善症状, 全身使用抗生素及激素 1 周, 严重者可适当延长用药时间。术后 1 个月内每周在鼻内窥镜下处理术腔, 以后酌情 2~3 周换药 1

次,根据病情进行收缩鼻腔黏膜、吸引分泌物、清除囊泡和肉芽组织,分离粘连及冲洗术腔等处理,直至术腔黏膜完全上皮化。

1.4 疗效评判 根据1997年海口会议内镜鼻窦手术疗效评价标准^[9],根据患者症状改善、鼻内窥镜下黏膜恢复情况进行CRS疗效评定。治愈:症状消失,内镜检查见窦腔黏膜上皮化,无脓性分泌物;好转:症状明显改善,内镜检查见窦腔黏膜区域性水肿、肥厚或肉芽组织形成,少许脓性分泌物;无效:症状无改善,内镜检查见术腔粘连,窦口狭窄或闭锁,有脓性分泌物。根据赵翠英等^[7]等鼻内镜下鼻中隔矫正术后疗效评价标准进行鼻中隔偏曲疗效评定。治愈:鼻中隔无偏曲,症状消失,无并发症;好转:鼻中隔偏曲,但不影响功能,症状消失;无效:鼻中隔仍偏曲,症状无改善,且有术后并发症。

2 结 果

所有患者术后随访观察半年,治愈率为78.6%,好转率为13.8%,总有效率为92.4%。92例患者中发生比较严重的术后并发症7例,其中3例发生中鼻甲与筛窦腔粘连至术后症状改善不明显,3例因术后下鼻甲后端再次发生增生肥大以致症状发生反复,1例发生鼻中隔穿孔,术后再次行鼻中隔修补术后效果较好。其余患者中、下鼻甲及鼻窦黏膜上皮化良好,术后症状明显缓解,未发生严重并发症。

3 讨 论

鼻腔、鼻窦的通气引流依赖于正常的组织结构,特别是鼻腔外侧壁的组织结构。有研究发现,鼻腔约80%气流经由总鼻道和中鼻道,而鼻窦的纤毛系统则负责将窦腔内的分泌物输送到窦口,进而通过鼻腔纤毛系统排出。CRS的发生往往与窦口鼻道复合体的病变相关^[8]。窦口鼻道复合体是指以筛漏斗为中心的附近区域,包括筛漏斗、钩突、中鼻甲、中鼻道、半月裂、筛房、额窦口及上颌窦口等结构^[9]。当鼻腔发生各种病变时常引起患者中鼻道筛漏斗狭窄或闭锁,进而造成鼻腔、鼻窦正常生理功能受阻,通气引流障碍,鼻腔、鼻窦内分泌物蓄积,引起炎性改变,出现鼻塞、鼻漏、头痛等症状,形成CRS。

自从将鼻内窥镜技术引入鼻窦外科领域后,CRS的治疗效果发生了显著变化。由于其具有光线透亮、视野宽阔、便于操作等特点,FESS已成为目前临幊上CRS除保守治疗外的最佳治疗手段。其手术目的在于纠正窦口鼻道复合体解剖学变异,恢复鼻腔、鼻窦正常组织结构,切除不可逆病变,开放窦口,重建正常的通气和引流。其手术原则是在尽量不损伤鼻腔、鼻窦解剖结构的前提下,清除病变组织,与传统手术比较,具有组织损伤较小、保留正常鼻腔生理功能、术后复发率低等优点。本研究中术前每位患者常规用鼻内窥镜检查及鼻窦CT进行检查,了解组织结构及病变范围以及有无解剖变异等,由于术中内窥镜视野局限,操作不慎易损伤邻近组织。故要求术者既要有传统手术的基本功,又能在内镜下辨别细微结构,准确清除病变组织,开放引流,这样才能避免手术并发症的发生,提高CRS治愈率。手术操作时应以中鼻甲为标志,在中鼻甲与眶板之间操作,技术不熟练时可先用吸引器头作为探针,尤其注意辨别纸样板、筛骨顶板、中鼻甲基板等重要结构,控制手术的深度和方向,从而达到彻底清除病变、纠正病理结构、恢复鼻腔、鼻窦生理功能的目的。

国外研究表明,CRS的发生与鼻中隔偏曲的关系密切。Hatipoglu等^[10]报道,CRS患者中鼻中隔偏曲和泡状中鼻甲发生率达44.6%,且严重的鼻中隔偏曲患者鼻窦炎发病率更高。有研究发现,鼻中隔偏曲可妨碍鼻腔、鼻窦的通气引流,引起窦口鼻道复合体的病变,单独进行FESS手术而不处理鼻中隔偏曲的患者术后

极易发生鼻腔粘连,且术后换药也不易彻底^[11]。而同期行鼻中隔偏曲矫正后双侧鼻腔通气恢复均衡,减轻了患者鼻腔神经末梢的应激状态,既可作为鼻窦手术的前置手术,同时也为术后换药提供了方便,有利于患者缩短恢复时间,降低术后并发症的发生率。对于肥大、息肉样变及泡状中鼻甲,按中鼻甲的自然解剖特征和发挥功能的需要对中鼻甲进行矫正。有研究发现,CRS对于中鼻甲的处理可使手术野更开阔,对于病变组织及结构,特别是中鼻甲息肉样变者能够彻底清理,同时可以减少中鼻甲与鼻中隔或筛窦腔粘连。本组62例并发中鼻甲肥大、水肿、息肉样变者均行中鼻甲部分切除或中鼻甲成形术,术后随访6个月,中鼻甲基本恢复正常形态,原有鼻塞、流涕等CRS症状消失或基本消失。

FESS的术后转归时间为3~6个月,进行内窥镜下手术只是治疗的第一步,术后进行随访换药也很重要^[12],这直接关系到手术的治愈率,本研究术后要求患者按时随访6个月。术后鼻腔填塞物抽取后第2天进行鼻内窥镜下清理术腔,并用鼻可乐洗鼻剂进行鼻腔冲洗,每天2次,连续冲洗1个月,术后2周内及时清理、清洁鼻腔,去除位于窦腔及中鼻道等部位的干痂,清除分泌物。有研究发现,术后3~10周术腔容易出现囊泡和肉芽组织增生,以及窦口周围黏膜水肿,行中鼻甲成形的中鼻甲外侧面黏膜肿胀,易与筛窦壁对应处接近,发生粘连,影响筛窦、上颌窦的通畅引流。术后换药时应积极清除术腔内的增生组织,分离粘连的黏膜,保持鼻窦的引流通畅,随着囊泡和肉芽以及粘连不断被清除,黏膜再生和上皮化扩展病变范围减少,术后3~6个月术腔轮廓清晰,逐步完成上皮化。

总之,鼻内镜下行鼻窦手术同期行鼻中隔手术能彻底切除病变,纠正病理性结构,损伤小,并发症少,复发率低,缩短了住院时间,降低了患者费用,同时具有微创、安全、恢复快等优点,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 唐强,阮标,段炼,等.慢性鼻-鼻窦炎功能性鼻窦内镜手术426例临床治疗分析[J].昆明医学院学报,2011,32(12):101-103.
- [2] 赵荣.对慢性鼻窦炎药物治疗和手术治疗疗效比较[J].中国美容医学,2011,20(z1):279.
- [3] 韩德民.鼻内窥镜外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:140.
- [4] Iro H, Mayr S, Wällisch C, et al. Endoscopic sinus surgery: its subjective medium-term outcome in chronic rhinosinusitis[J]. Rhinology, 2004, 42(4):200-206.
- [5] 彭华,汪建,陈勇挺,等.功能性鼻内镜手术治疗真菌性鼻及鼻窦炎预后相关因素分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(9):491-493.
- [6] 李源,许庚.鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎疗效评估的探讨[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(1):44-46.
- [7] 赵翠英,刘永刚.经鼻内镜鼻中隔偏曲矫正同期行鼻窦手术的疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2011,10(5):366-367.
- [8] 陶泽璋,张剑宁,杨强,等.鼻中隔偏曲两侧窦口鼻道复合体解剖变异的差异[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(2):132-134.
- [9] 张黎明,王昭法.功能性鼻窦内镜手术回顾与总结[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(1):178-179.
- [10] Hatipoglu HG, Cetin MA, Yuksel E. Nasal septal deviation and

- concha bullosa coexistence: CT evaluation[J]. B-ENT, 2008, 4(4): 227-232.
- [11] 梅燕, 杨成章, 张小萌, 等. 内镜下鼻窦炎鼻息肉手术同期处理中下鼻甲及鼻中隔术后疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(14): 645-646.
- [12] 李源, 许庚. 慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内窥镜手术后综合处理意见[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2001, 36(3): 237-240.

(收稿日期:2012-12-24)

小儿腹股沟疝高位结扎术中麻醉方式对比

孟 聘(岳阳市长炼医院麻醉科,湖南 岳阳 414012)

【摘要】 目的 对比观察不同静脉麻醉方式在小儿腹股沟疝高位结扎术中的临床效果。方法 选择3~9岁小儿腹股沟疝高位结扎术60例,随机分为三组,即L(氯胺酮)组、PL(氯胺酮丙泊酚复合)组、PF(芬太尼丙泊酚复合)组,每组各20例。L、PL组予静脉注射氯胺酮基础麻醉,PF组予静脉注射芬太尼;L组追加氯胺酮,PL及PF组静脉靶控泵入丙泊酚维持麻醉。观察麻醉前后心率(HR)、平均动脉压(MAP)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)的变化程度及术后苏醒时间,呼吸暂停、术中及术后躁动、呕吐等不良反应发生率等。结果 L组患者麻醉后HR、MAP比麻醉前显著增高($P<0.01$);PF组患者麻醉后HR比麻醉前显著降低($P<0.01$);PL组患者麻醉后HR、MAP与麻醉前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。L组患者术后苏醒时间最长,术中及术后躁动发生多,与PL、PF组比较,差异有统计学意义($P<0.01$);PL组患者麻醉后恶心、呕吐反应显著减少($P<0.01$)。结论 小儿腹股沟疝高位结扎术中氯胺酮复合丙泊酚靶控输注是最优的麻醉方式。

【关键词】 二异丙酚; 氯胺酮; 芬太尼; 痢,腹股沟/外科学; 麻醉; 小儿腹股沟疝修补术

doi:10.3969/j.issn.1009-5519.2013.03.053

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2013)03-0417-02

小儿腹股沟疝高位结扎术是基层医院常见的小儿手术之一^[1-2],因小儿生理、心理特点,静脉麻醉是最常采用的麻醉方式,临床实践中静脉麻醉的药物配伍方式多变。本研究拟通过对观察3种常用药物配伍方式的临床效果,以寻找最佳麻醉方法。

1 资料与方法

1.1 病例选择及分组 选择拟行腹股沟疝高位结扎术的小儿患者60例,年龄3~9岁,体质量12~31 kg,性别不限。美国麻醉医师协会(ASA)分级I级,无先天性心、肺疾病史。采取分层随机法,将患儿随机分为三组,即L(氯胺酮)组、PL(氯胺酮丙泊酚复合)组、PF(芬太尼丙泊酚复合)组,每组各20例。

1.2 麻醉方法 麻醉前30 min肌内注射苯巴比妥钠30 mg和阿托品0.2 mg,入室后常规监测心率(HR)、血压(BP)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)。开放外周静脉后输注5%葡萄糖氯化钠注射液,常规面罩吸氧。L、PL组均静脉注射1.5~2.0 mg/kg氯胺酮诱导麻醉^[3-4],PF组静脉注射2~5 μg/kg芬太尼诱导麻醉,L组切皮前及术中体动时静脉注射氯胺酮1~2 mg/kg,PL、PF组均静脉靶控泵入丙泊酚^[5],诱导血浆靶浓度为4 μg/mL,根据体动及手术情况调整血浆靶浓度为2~6 μg/mL,术毕前10 min停药。均未使用肌松药,未行气管插管,SpO₂<92%及呼吸暂停(>10 s)时予辅助通气。

1.3 观察项目 记录患者年龄、性别、体质量、麻醉前后HR、平均动脉压(MAP)、SpO₂的变化程度,以及手术时间、术后苏醒时间、术中及术后呼吸暂停(>10 s)、躁动、恶心、呕吐情况等。

1.4 统计学处理 采用SPSS13.0统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用成组t检验,组内比较采用配对t检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 三组患者年龄、性别构成、体质量、手术时间等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 三组患者一般情况比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别 (男/女,n)	体质量 ($\bar{x}\pm s$,kg)	手术时间 ($\bar{x}\pm s$,min)
L组	20	4.9±1.7	15/5	18.4±3.8	45.0±5.8
PL组	20	5.1±1.8	16/4	19.6±5.2	43.5±4.7
PF组	20	5.0±2.1	16/4	18.8±4.5	44.0±5.7

2.2 三组患者麻醉前HR、MAP、SpO₂比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。L组患者麻醉后HR、MAP比麻醉前显著增高($P<0.01$),SpO₂比麻醉前降低($P<0.05$);PF组患者麻醉后HR比麻醉前显著降低($P<0.01$),MAP、SpO₂与麻醉前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);PL组HR、MAP与麻醉前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表2。

2.3 三组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),PL、PA组患者术后苏醒时间比L组明显缩短($P<0.01$),术中及术后躁动等不良反应发生少($P<0.01$);PL组麻醉后恶心、呕吐反应比L、PF

表2 三组患者麻醉前后生命体征指标变化程度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	麻醉前			麻醉后			变化程度(麻醉后-麻醉前)		
		HR (次/分)	MAP (mmHg)	SpO ₂ (%)	HR (次/分)	MAP (mmHg)	SpO ₂ (%)	HR (次/分)	MAP (mmHg)	SpO ₂ (%)
L组	20	96.8±9.1	54.5±2.2	99.4±0.7	115.5±13.6 ^a	60.2±2.0 ^a	96.0±2.0 ^a	18.7±5.2	5.7±2.1	-3.4±2.9
PL组	20	93.0±7.7	54.1±2.5	99.4±0.5	93.0±6.8	54.2±2.5	99.1±0.3	0±2.5	0.1±0.9	-0.3±0.5
PF组	20	94.9±8.7	56.0±3.4	99.4±0.5	88.2±8.0 ^b	54.8±3.9	98.6±1.7	-6.7±2.2	-1.2±1.9	-0.8±1.9

注:与同组麻醉前比较,^a $P<0.05$,^b $P<0.01$;1 mmHg=0.133 kPa。