

- 3 曹月敏, 王国佩. 乳腺外科学[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1991. 64~65.
- 4 舒仪经, 阙秀. 细针吸取细胞病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 151~153.
- 5 余小蒙, 王卫东, 张长淮, 等. 对乳腺肿物针吸细胞学诊断标准的探讨[J]. 中华病理学杂志, 2002, 31(1): 26~29.

(收稿日期: 2007-03-26 修回日期: 2007-04-25)

## 低温等离子消融术辅治鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大的疗效观察

杨正光 李冠环 温丽慧 吕忠

(广西钦州市第二人民医院耳鼻喉科, 广西钦州市 535000)

**【摘要】** 目的 探讨低温等离子消融术治疗鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大的治疗效果。方法 对 80 例鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大的患者行鼻中隔矫正术加下鼻甲等离子射频消融术, 术前及术后 3 个月随访, 用视觉模拟评分表(VAS)对鼻腔通气情况进行评估。结果 术后随访 3 个月, 有效率 100%, 一次性治愈率 98%。鼻塞 VAS 评分从术前的(77 ± 10.4)% 提高到术后的(28 ± 10.7)% , 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论 鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大患者在行鼻中隔矫正术的同时行下鼻甲射频消融术, 不仅是一种科学有效的治疗方案, 而且是微创、安全、有效的治疗方法。

**【关键词】** 等离子; 消融术; 鼻中隔偏曲; 下鼻甲肥大

**【中图分类号】** R 765.9 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2007)03-0202-02

鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大在临床上比较常见, 常规的单纯行鼻中隔矫正术的治疗, 由于下鼻甲代偿肥大, 治疗效果较差。传统的下鼻甲处理多行下鼻甲黏膜切除或下鼻甲成形术, 术后并发症较多, 且对鼻腔结构和黏膜的破坏较大。我科自 2005 年 10 月至 2006 年 10 月, 对这类患者在行常规鼻中隔矫正术的同时行下鼻甲低温等离子消融术, 取得非常满意的疗效, 现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大患者 80 例, 其中男 47 例, 女 33 例; 年龄 18~60 岁, 术前均行鼻窦 CT 扫描示鼻中隔偏曲下鼻甲肥大, 排除鼻窦炎。鼻镜检查发现鼻中隔偏曲伴下鼻甲代偿性肥大, 下鼻甲表面不平, 对 1% 麻黄素反应较差, 触诊弹性差。病情分级<sup>[1]</sup>: 下鼻甲肿大紧贴鼻中隔或鼻底为 + + +, 本组 22 例; 与鼻中隔及鼻底尚有缝隙为 + +, 本组 50 例, 轻度肿大为 + 者 8 例。均无手术禁忌证。

**1.2 手术方法** 患者取坐位或半卧位, 用 1% 地卡因加 1% 肾上腺素少许, 用棉片行鼻腔黏膜表面麻醉。可先对偏曲的鼻中隔行鼻中隔黏膜下矫正术: 2% 利多卡因行鼻中隔左侧前端浸润麻醉; 皮肤与黏膜交界约 0.3 cm 皮肤内做垂直切口, 切开皮肤、皮下及软骨膜, 分离软骨膜, 暴露软骨, 在软骨膜下向后分离, 将骨段分离出, 呈囊袋状。置鼻中隔撑开器, 用咬骨钳咬除偏曲之棘突、嵴突及偏曲区, 然后对肥大的下鼻甲行等离子消融术<sup>[2]</sup>。

**1.3 等离子消融术** 鼻中隔手术结束后, 用 1% 利多卡因行下鼻甲黏膜下浸润麻醉。根据下鼻甲肥大及黏膜的形态, 使用美国 ArthroCare 公司生产的 ENTec-Cobla-tor™ 的等离子手术治疗系统, 使用 Reflex 型离子刀, 设定主机能量 4 级。于下

鼻甲前端选择 2~3 个点, 启动工作开关, 使等离子刀进入黏膜下, 然后在黏膜下潜行至鼻甲后端, 持续 5~10 s 后退出, 止血时间 5 s, 至下鼻甲表面黏膜苍白收缩, 下鼻甲缩小, 鼻腔通气明显改善, 才关闭工作开关。创面几乎无出血。用膨胀海绵填塞双侧鼻腔, 48 h 后取出。给予口服抗生素及抗过敏药物治疗 3~5 d, 定期清理鼻腔。

**1.4 疗效评定标准** 治愈: 治疗后鼻塞消失, 鼻腔通气良好, 下鼻甲均匀缩小, 被覆黏膜正常红润; 好转: 治疗后症状和体征较术前明显改善; 无效: 治疗后症状和体征无变化。

**1.5 视觉模拟评分(VAS)** 采用国际上常用的 VAS 评分表, 对患者术前、术后鼻塞的主观感觉进行评价。将没有鼻塞定位 0 分, 完全鼻塞定位 100 分。根据患者自诉鼻塞的程度进行评分。

**1.6 统计学方法** 用统计软件 SPSS11.5 进行统计分析。运用  $t$  检验、 $\chi^2$  检验进行比较分析。

### 2 结果

全部病例经过 3~6 个月的随访观察, 治愈率 100%; 其中一次性治愈率为 90%, 二次治愈率 10%, 8 例 + + + 患者症状改善, 但仍有鼻塞, 经第 2 次消融治疗后症状消失, 术后 48 h 抽出鼻内膨胀海绵后见下鼻甲的治疗点无出血或少许渗出。所有患者鼻塞症状均改善; 无鼻腔粘连, 鼻腔黏膜红润、光滑, 下鼻甲体积明显减小。未发现下鼻甲黏膜萎缩患者, 无头痛、鼻出血等不良反应。鼻塞 VAS 评分: 术前为(77 ± 10.4)% , 术后 3 个月为(28 ± 10.7)% , 差异有统计学意义( $P = 0.0095$ )。

### 3 讨论

鼻中隔偏曲伴下鼻甲肥大在临床中非常常见, 治疗上以鼻中隔矫正手术为主。但是, 在手术矫正偏曲的鼻中隔后, 代偿性增大的下鼻甲不能自行回缩。有报道<sup>[3]</sup>单纯进行鼻中隔

偏曲矫正术而没有同时行对侧肥大下鼻甲手术者,结果有71%~80%的患者鼻塞症状无改善。故在行鼻中隔矫正术后,必须同时行对侧下鼻甲的手术,这样才不至于再次出现鼻塞,能成功地改善鼻塞和头痛等症状。治疗时间虽然比常规鼻中隔黏骨膜手术所用时间增加1~2 min,但所有患者均能耐受并很好地配合完成手术。射频术中几乎不出血。本组病例采用VAS评分表对患者术前、术后鼻塞的主观感觉进行评价,从术前的(77±10.4)%提高到术后的(28±10.7)%,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。故下鼻甲缩小的手术可作为鼻中隔矫正术的附加手术。

下鼻甲黏膜是鼻腔黏膜重要的一部分。鼻腔生理学证实,这些黏膜具有分泌、加温及加湿等功能。因此,对肥大下鼻甲的治疗原则应该是在尽可能多地保存鼻甲黏膜的前提下减少鼻甲的体积。传统的治疗方法有硬化剂注射、电凝、冷冻、黏膜部分切除及下鼻甲成形等。这些方法疗效不确切,或难以掌握切除的范围,而且对下鼻甲的黏膜损伤过大。而等离子射频消融术的特点是组织容量减少而起到治疗的目的。

低温等离子下鼻甲黏膜下消融治疗肥厚的下鼻甲有以下优点:操作简便,定点精确,治疗过程时间短,术中、术后几乎无出血,病人痛苦少,微创,完全保留了鼻甲的黏膜,有利于鼻腔正常功能恢复,这完全符合以保留功能为主的微创手术观念。而且术后无鼻腔粘连等并发症,提高了手术的疗效,手术效果更加满意。

#### 参 考 文 献

- 1 薛海涛,刘志明,王奎吉. 双极射频等离子手术系统消融治疗慢性鼻炎60例[J]. 临床耳鼻喉科杂志,2003,17(11):690~690.
- 2 陈恩凤,董庆汉,陈尧,等. 鼻中隔偏曲矫正200例[J]. 临床耳鼻喉科杂志,2006,20(19):900~901.
- 3 DA. Nunez & PJ. Bradley. A randomized Clinical of turbinectomy for compensatory turbinate hypertrophy in patients with anterior septal deviations[J]. Clin Otolaryngol,2000,25(6):495~498.

(收稿日期:2007-03-21 修回日期:2007-04-28)

## 经皮肾镜钬激光碎石术的麻醉探讨

罗远国 李洪曾 军 胡春林

(解放军第一八一医院麻醉科,广西桂林市 541002)

**【摘要】** 目的 探讨经皮肾镜钬激光碎石术较合适的麻醉方法。方法 将ASA I~II级肾结石患者80例随机分为全身麻醉组(I组)、椎管内麻醉组(II组),每组40例,记录麻醉前、手术开始及手术15 min、30 min、1 h、2 h、术毕时的生命体征、手术时间、麻醉效果、术后并发症及麻醉费用,进行统计学分析。结果 两组各时点心率(HR)、动脉压(SBP、DBP)、手术时间、麻醉效果及术后并发症比较均无统计学意义( $P>0.05$ ),II组在麻醉及俯卧位后脉搏氧饱和度( $SpO_2$ )有所下降,与I组比较有显著差异( $P<0.05$ ),但在正常范围内;术中各时点比较无统计学意义;麻醉费用I组较II组高,有显著差异。结论 椎管内麻醉用于经皮肾镜钬激光碎石术具有麻醉效果切实安全、操作简单、费用低的特点,值得临床推广应用。

**【关键词】** 经皮肾镜;钬激光;碎石;麻醉

**【中图分类号】** R 692.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2007)03-0203-02

经皮肾镜下钬激光碎石术是将微创外科手术技术应用于泌尿外科治疗肾、肾盂结石的一种新的、有效的微创手术方式。为了更好的配合手术实施,我们将两种不同的麻醉方式应用于此类手术,均取得了满意的麻醉效果,现将其观察结果报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 80例肾结石住院患者,择期行经皮肾镜钬激光碎石术。其中男性53例、女性27例,ASA I~II级,年龄19~61岁,体重43~72 kg。随机分为两组,I组为全身麻醉组,II组为椎管内麻醉组。除外肥胖、有心肺病史、不能耐受俯卧位的患者。

**1.2 方法** 两组患者术前30 min肌注苯巴比妥钠0.1 g、阿托品0.5 mg。入室后建立上肢静脉通道,DUSH2000型无创监

护仪连续监测患者心率(HR)、动脉压(SBP、DBP)、脉搏、氧饱和度( $SpO_2$ )。I组静脉推注力月西5 mg、依托咪脂0.2~0.3 mg/kg、维库溴胺0.1 mg/kg、芬太尼2~3  $\mu$ g/kg诱导插管,持续泵注异丙酚4~6 mg/(kg·h),间断推注维库溴胺、芬太尼维持麻醉。II组选择 $T_{10-12}$ 椎间隙硬膜外穿刺置管,1.76%碳酸利多卡因15~20 mL诱导,间断硬膜外推注4~6 mL维持麻醉平面,面罩给氧,必要时给予力月西0.05 mg/kg、芬太尼1  $\mu$ g/kg辅助麻醉。麻醉成功后取俯卧位,安放手术体位,C臂X光机下行腰背部定位、穿刺置肾镜,行钬激光碎石、取石术。记录麻醉前、手术开始、手术15 min、30 min、1 h、2 h、术毕时的HR、SBP、DBP、 $SpO_2$ 、手术时间、麻醉效果、术后并发症及麻醉费用。

**1.3 统计学处理** 计量数据以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组内各时点比较用配对 $t$ 检验,组间比较用 $t$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

作者简介:罗远国(1966-),男,副主任医师,主要从事临床麻醉工作。