

[6] 陈超. 持续呼吸道正压通气在新生儿呼吸系统疾病中的应用[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(2): 86-88.

2006, 24(11): 887-889.

[7] 李秋平, 胡艳群, 赵宏, 等. 双管鼻塞式 CPAP 在早产儿肺透明膜病和新生儿呼吸衰竭中应用[J]. 临床儿科杂志,

(收稿日期: 2010-12-04)

• 临床研究 •

全麻单极电刀切除扁桃体良性病变 86 例的疗效观察

叶 飞, 傅敏仪, 黄桂球(广东省中山市人民医院耳鼻咽喉头颈外科 528403)

【摘要】 目的 观察全麻下单极电刀扁桃体良性病变切除术的临床疗效。方法 全麻单极电刀切除扁桃体良性病变 86 例。结果 术中、术后均无大出血, 出血量均小于 20 mL, 腭弓、悬雍垂肿胀轻, 手术用时短。结论 全麻下单极电刀扁桃体切除术集操作简便、视野清楚、手术时间短、术中出血极少、损伤轻等优势于一体。

【关键词】 单极电刀; 扁桃体切除术; 全麻

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 07. 048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)07-0856-02

扁桃体良性病变包括慢性扁桃体炎、扁桃体肥大、扁桃体角化症等是耳鼻咽喉头颈外科常见病、多发病, 常需手术切除, 传统扁桃体剥离术常伴有术中、术后出血, 手术时间较长, 非全身麻醉下患者难配合等问题, 为了减少患者痛苦, 控制出血量, 本科于 2009 年 7 月至 2010 年 8 月间全麻下单极电刀扁桃体切除术。通过临床观察, 作者发现术中出血明显减少, 视野清晰, 手术时间较传统做法明显缩短, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2009 年 7 月至 2010 年 8 月于本科接受手术治疗的扁桃体良性病变的患者 86 例, 其中男 48 例, 女 38 例; 年龄 8~54 岁, 平均 24 岁。其中慢性扁桃体炎 54 例, 单纯扁桃体肥大 24 例; 扁桃体角化症 8 例; I 度 26 例, II 度 36 例, III 度 24 例。所有患者术前凝血功能均正常, 无手术禁忌证, 住院后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身麻醉下进行。患者仰卧垂头位, 术者位于患者头上方, 光源为德国产头灯。以戴维氏开口器打开口腔压住舌根, 显示双侧扁桃体下极。用扁桃体抓钳将扁桃体向前方牵拉, 确定扁桃体周围隙, 全程直接用单极电刀沿扁桃体与腭舌弓交界边缘切开腭舌弓黏膜, 再将扁桃体向前外牵拉, 沿腭舌弓半月皱襞, 向下切开扁桃体和腭咽弓交界的黏膜, 直接用电刀将扁桃体上极锐性分出, 用抓钳将扁桃体上极向前下牵拉, 清晰地找到扁桃体被膜与肌肉之间的间隙用电刀紧贴扁桃体被膜向下极连同三角襞边切开, 边止血、边钝性剥离。助手可吸除烟雾并将腭舌弓或腭咽弓向相反方向牵拉, 以便暴露间隙, 利于术者操作。术后用干棉球和扁桃体拉钩检查术腔有无活动性出血, 若出血可直接用电凝止血, 同样方法切除另一侧扁桃体。手术开始至结束之间的出血量, 以吸引器吸出的血量及压迫止血的棉球的重量估计。手术时间指扁桃体切开黏膜开始至扁桃体切除止血完毕两侧以平均值为准。术后常规抗炎, 并局部应用普米克令舒或地塞米松雾化吸入 3 d。

2 结 果

每侧扁桃体切除时间为 5~15 min, 出血量平均小于 20 mL, 且术后无大出血; 术区创面相对光滑, 扁桃体周围组织损伤轻, 术后伪膜形成良好。术后不需镇痛治疗; 无扁桃体残体遗留, 3~5 d 后痊愈出院。随访 3 个月无大出血, 窝底淋巴滤泡增生不明显。

3 讨 论

扁桃体分别有腭降动脉、面动脉、舌背动脉、腭升动脉和咽升动脉的扁桃体支供血, 血运丰富。传统的局麻扁桃体剥离法存在患者不能耐受、恐惧, 而且对组织损伤较大, 而全麻扁桃体剥离法存在麻醉后全身微血管扩张, 术中出血多、止血时间长、重复工作多、出血多、视野不清, 引起手术时间延长。因此, 如何控制出血量及减轻患者痛苦成为近年来国内外学者研究的一大热点, 如手术切口的改良、低温等离子技术、钬激光扁桃体切除术、超声刀扁桃体切除术和术中应用双极电刀电凝止血等^[1-5], 也取得了一定的研究成果。近年来本科使用单极电刀切除扁桃体可以有效控制扁桃体术中出血和避免术后大出血, 缩短手术时间, 减少患者痛苦, 避免残留及窝底淋巴滤泡增生。

本组病例全部选用经鼻插管全麻, 麻醉的方式较局麻优越, 特别是对儿童患者及耐受能力差或晕血患者, 可避免血块或棉球的误吸造成窒息, 也可防止晕厥。经鼻插管较经口插管好, 避免反复调整开口器, 视野暴露好, 操作方便。虽然全麻后全身微血管扩张, 但单极电刀边切开、边止血、边钝性剥离能有效止血, 且术中止血较局部麻醉更为容易和彻底, 大大减少了术后大出血的可能。

本组病例手术操作过程总结认为: (1) 使用单极电刀切除扁桃体良性病变, 必须是能够熟练掌握传统扁桃体剥离技术的医生, 熟悉扁桃体及其周围组织的解剖结构能保证手术的顺利进行及减少手术并发症。(2) 电凝是一种热切割方法, 它会造成组织的热损伤而导致部分胶原变性, Chinpaioj 等^[6]的组织学研究中曾观察到这种现象。所以术中电刀输出功率应尽量小, 控制在 15~30 W, 减少热损伤。(3) 术中可用电刀头可先钝性分离, 分开间隙后电切, 如有出血点立即电凝, 必须在扁桃体被膜间隙内切割分离, 最好将电刀切割点始终保持在被膜上更安全。(4) 术后普米克令舒或地塞米松的局部雾化应用, 可减少患者疼痛, 减少创面反应。

由于全麻下单极电刀行扁桃体切除术操作简便易掌握, 边分离边止血, 较传统扁桃体剥离术在术中止血、手术时间、术后疼痛、出血量及术后康复等方面更具有优势, 能有效提高了扁桃体良性病变手术的安全性和舒适性。在没有低温射频或激光、超声刀等先进设备的情况下应首先考虑使用单极电刀行扁桃体切除术。

参考文献

[1] 彭波. 扁桃体切除术手术切口的改进[J]. 广东医学院学报, 2003, 21(6): 542-543.
 [2] 郭柳, 孙方清, 嵇学智, 等. 低温等离子射频治疗扁桃体肥大 90 例临床分析[J]. 中华现代眼耳鼻喉杂志, 2006, 3(2): 159-160.
 [3] 王红洛, 范静平. 钬激光剥离法切除扁桃体 116 例临床分析[J]. 第二军医大学学报, 2004, 25(5): 506-533.
 [4] 高鸿明, 吴树浓, 卢坚, 等. 超声刀在儿童扁桃体切除术中

的临床应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(21): 1147-1148.
 [5] 郭丹, 黄玮. 双极电凝扁桃体切除术的探讨[J]. 医药论坛杂志, 2006, 27(10): 15-16.
 [6] Chinpairoj S, Feldman MD, Saunders JC, et al. A comparison of monopolar electrosurgery to a new multipolar electrosurgical system in a rat model[J]. Laryngoscope, 2001, 111(2): 213-217.

(收稿日期: 2010-12-07)

• 临床研究 •

新生儿黄疸 67 例临床分析

杨智萍(云南省会泽县妇幼保健院 654200)

【摘要】 目的 总结新生儿黄疸的发病原因、诊断及治疗经验, 探讨如何减少新生儿黄疸的发生, 提高治愈率的措施。**方法** 回顾分析 2003 年 9 月至 2009 年 9 月 67 例新生儿黄疸的临床资料。**结果** 65 例治愈出院, 2 例转上级医院; 住院时间 3~20 d, 平均 6.5 d, 随诊 3~5 年, 共 42 例, 其中复发 9 例。**结论** 蓝光治疗以及清蛋白、糖皮质激素, 酶诱导剂对治疗新生儿黄疸安全有效, 合理选择治疗手段是提高治愈率, 减少复发的关键。

【关键词】 新生儿黄疸; 胆红素脑病; 蓝光治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.07.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)07-0857-02

新生儿黄疸系多种原因导致的胆红素在体内积聚。为提高新生儿黄疸治愈率, 作者将本院 67 例新生儿黄疸临床资料进行回顾性分析, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本院 2003 年 9 月至 2009 年 9 月间 67 例住院病例, 其中男 31 例, 女 36 例; 足月新生儿 49 例, 早产儿 18 例; 第 1 胎 52 例, 第 2 胎 15 例; 均为新生儿。

1.2 病理性黄疸的诊断依据 (1) 出生后 24 h 内出现黄疸。(2) 血清胆红素浓度: 足月儿大于或等于 222 μmmol/L。早产儿大于或等于 257 μmmol/L 或每天上升大于 85 μmmol/L。(3) 血清结合胆红素大于 34 μmmol/L。(4) 黄疸持续时间长, 足月儿大于 2 周, 早产儿大于 4 周。(5) 黄疸退而复现。当新生儿出现上述情况之一时, 考虑为病理性黄疸。

1.3 原发疾病 新生儿呼吸道感染(含肺炎) 31 例, 新生儿窒息 16 例(其中 1 例母亲为妊娠高血压), 头颅血肿 7 例, 母乳性黄疸 7 例, 新生儿肺炎 3 例, “ABO”溶血 1 例, 过期妊娠伴宫内发育迟缓 1 例, 尿布性皮炎伴重度感染 1 例。

1.4 症状与体征 患儿除皮肤黏膜黄染及胆红素升高外均表现为原发疾病的症状体征。(1) 呼吸道感染表现为: 发热、咳嗽、吐沫、精神差、吸吮差、喂养困难、口周发绀、呼吸困难、三凹征、咽充血、双肺可闻及痰鸣音等;(2) 新生儿窒息: 患儿均伴出生窒息史, 1 min Apgar 评分在 0~7 之间, 其中 12 例重度窒息, 4 例轻度窒息;(3) 患儿头颅血肿表现为: 头顶部血肿, 有的为单一血肿, 有的为双侧头顶部血肿, 重者出现激惹、尖叫性哭声、前凶膨隆、紧张、肌张力增高、抽搐等颅压升高的表现;(4) 新生儿肝炎: 患儿乙肝表面抗原阳性, 肝脏肿大, 肝功能异常(转氨酶升高);(5) 母乳性黄疸表现为: 除皮肤黏膜黄染及胆红素升高外无其他症状及体征, 试停母乳 3 d 后胆红素明显下降;(6) 溶血: 患儿黄疸于出生后 6 h 出现, 症状为黄胆重、进展快、贫血、肝脾肿大, 第 1 胎, 母亲为 O 型血, 患儿为 B 型血;(7) 胆红

素脑病(1 例, 早产儿); 嗜睡、反应低下、吸吮无力、拥抱反射减弱、肌张力减退、呕吐、抽搐。

1.5 辅助检查 血清胆红素超过正常值足月患儿 47 例, 早产儿 12 例; 其中仅肝炎病例未结合胆红素与结合胆红素均升高, 其余病例均以未结合胆红素升高为主; 溶血病例为早产儿未结合胆红素升高明显, 总胆红素 242 μmmol/L, B 超示肝脾肿大, 母亲为 O 型血, 患儿为 B 型血; 核黄疸病例为足月新生儿, 总胆红素 357 μmmol/L, 未结合胆红素升高为主; 外周血象: 白细胞总数及中性细胞轻中度升高者 42 例, 重度升高者 1 例, 淋巴细胞升高者 10 例。

1.6 治疗 (1) 病因治疗: 积极去除病因, 注意保暖, 尽早喂奶, 提供充足热量和营养, 适当补充维生素, 避免使用与胆红素竞争葡萄糖醛酸转移酶或清蛋白结合位点的药物, 如磺胺类、氯霉素、红霉素、利福平、消炎痛、西地兰、VitK₁、K₃ 等药物, 及时纠正酸中毒。(2) 药物治疗: 酶诱导剂、苯巴比妥钠, 首剂 10~15 mg/kg 肌肉注射, 第 2 天后用维持量每天 5 mg/kg, 分 2~3 次口服, 连用 3~5 d, 黄疸严重者输注清蛋白可减少游离的未结合胆红素, 每次 1 mg/kg, 每天 1 次或隔天 1 次, 根据皮肤黄染消退的程度及胆红素下降的数值决定使用清蛋白的次数, 一般为 3~5 次; 糖皮质激素, 对于重症溶血病, 早期静脉推注地塞米松每天 0.3~0.5 mg/kg, 连用 2~3 d; 抗感染治疗: 细菌感染选用敏感抗生素(禁用菌必治, 避免损害肝功能, 加重黄疸)。病毒感染选用阿昔洛韦每天 10~15 mg/kg, 分 2~3 次静脉滴注, 持续 10~14 d, 乙肝病毒感染可用干扰素 50~100 肌肉注射, 每周 2~3 次, 连用 3~6 个月。(3) 光疗: 蓝光治疗, 患儿卧于波长为 425~475 nm 蓝光暖箱中, 用黑色眼罩保护眼睛, 避免强光时对眼的损伤, 除会阴、肛门部用尿布外, 其余均裸露, 根据病情选择间断或连续照射时间, 病情轻者选择间断照射, 光疗时间从每天 4 h 开始, 待患儿适应后逐渐增加到每天 12 h; 病情重者选择持续照射, 疗程 1~4 d。(4) 胆红素