

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402022

· 临床报道 ·

# 鼻咽通气管在保留悬雍垂改良腭咽成形术后的应用

鲁爱武,汪志伟,李海鸥,赵晓明

(珠海市人民医院耳鼻咽喉科,广东珠海 519000)

**摘要:** **目的** 探讨阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者行保留悬雍垂的改良腭咽成形术(H-UPPP)后放置鼻咽通气管缓解上气道阻塞的作用,探讨其临床应用价值。**方法** 对比观察鼻咽通气管组(I组)和普通组(II组)患者行H-UPPP术后24h内的最低血氧饱和度(LSaO<sub>2</sub>)、血流动力学、咽部疼痛不适等指标并进行评价。**结果** 鼻咽通气管组与普通组术后24h咽部疼痛比较,二者差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。术后24h血液动力学指标,包括心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)对比发现鼻咽通气管组患者的HR、SBP、DBP均低于普通组,两者差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );术后24hLSaO<sub>2</sub>鼻咽通气管组高于普通组,两者差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** H-UPPP术后留置鼻咽通气管,可有效预防呼吸道阻塞或窒息的发生,是气道安全保证的有效措施之一。

**关键词:** 鼻咽通气管;睡眠呼吸暂停低通气综合征;阻塞性;改良腭咽成形术

**中图分类号:** R766.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0167-03

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)由于患者睡眠时反复呼吸暂停、低通气,导致血氧饱和度下降、睡眠结构紊乱,可造成诸多危害。手术是其治疗手段之一,目前保留悬雍垂腭咽成形术(H-UPPP)是治疗以腭咽平面为主要阻塞部位的OSAHS的主要术式<sup>[1]</sup>。我院自2012年1月起,对H-UPPP术后患者留置鼻咽通气管,保证了患者术后的气道通畅,有效避免了术后呼吸困难以及缺氧的发生,并可起到预防鼻咽腔粘连的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

我科2012年1月~2012年12月收治53例OSAHS患者,其中男51例,女2例;年龄24~57岁,平均39.61岁。严格筛选以口咽狭窄、软腭肥厚低垂为阻塞部位的II型中、重度OSAHS患者并具有H-UPPP手术适应证<sup>[2]</sup>。

所有患者随机分为两组,鼻咽通气管组(I组)29例,其中中度20例、重度9例;普通组(II组)24例,其中中度19例、重度5例。

### 1.2 治疗方法

两组患者均经口气管插管静脉复合麻醉,

平卧垫肩。置入Davis开口器,行H-UPPP术,切除双侧扁桃体,以等离子刀或电刀解剖腭帆间隙去除其中的脂肪组织,切除部分松弛的软腭以及两侧松弛黏膜后将软腭咽面及咽弓黏膜前拉于软腭口腔面,同时缝合腭舌弓和腭咽弓,完整保留悬雍垂。

鼻咽通气管组在手术结束后拔除气管插管前,将备好的内径为6.0~7.0mm的硅胶鼻咽通气管经鼻腔插入咽部,深度达会厌上方后,鼻腔外端以胶布固定,根据患者术后咽部肿胀消退情况至少保留24h。

普通组患者待麻醉清醒拔出麻醉插管后送返病房。

### 1.3 观察指标

动态观察两组患者术后24h内最低血氧饱和度(LSaO<sub>2</sub>)及血流动力学指标,血流动力学指标包括心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)及HR与SBP的乘积(RPP)。

观察术后疼痛采用视觉评分法(VAS):采用10cm长的直线,两端分别标有无疼痛和最严重的疼痛,患者根据自己所感受的疼痛程度,在直线上某一点做一记号,以表示疼痛的强度及心理上的冲击。

### 1.4 统计学方法

所有资料均经SPSS 11.0统计软件包进行统计分析。术后各观察指标符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,各观察指标间差异比较采用 $t$ 检

作者简介:鲁爱武,男,副主任医师。  
通信作者:鲁爱武;Email:drlaw@126.com

验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

两组患者术后 24 h 内在  $LSaO_2$ 、血流动力

学指标 (HR、SBP、DBP、RPP)、术后疼痛, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组术后 24 h 内各项指标的变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	$LSaO_2$ (%)	HR (次/min)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	RPP	疼痛 VAS (分)
I 组	$95.4 \pm 1.5$	$80.6 \pm 2.9$	$124.1 \pm 13.5$	$77.3 \pm 10.3$	$9873.3 \pm 1281.7$	$2.165 \pm 1.409$
II 组	$90.8 \pm 1.4$	$94.6 \pm 1.7$	$135.3 \pm 15.6$	$90.2 \pm 9.7$	$12003.4 \pm 1571.1$	$2.851 \pm 1.945$
<i>t</i>	2.827	2.325	3.075	2.467	2.334	2.182
<i>P</i>	0.012	0.025	0.004	0.017	0.023	0.038

## 3 讨论

保留悬雍垂改良腭咽成形术 (H-UPPP) 由于保留了软腭的形态及悬雍垂的功能, 降低术后鼻咽返流、咽部干燥、异物感的发生, 可有效地减少悬雍垂腭咽成形术并发症<sup>[3]</sup>。该术式术后 24 h 内, 由于软腭及悬雍垂的肿胀, 容易出现呼吸系统并发症, 包括呼吸道阻塞、低通气等<sup>[4]</sup>, 严重威胁患者的生命。OSAHS 患者本来就存在着严重的上呼吸道解剖性狭窄或塌陷阻塞<sup>[5]</sup>, 加之长期睡眠低氧血症, 导致呼吸中枢调节紊乱, 调节功能下降, 对缺氧耐受性差, 因此术后早期保持气道通畅尤其重要。

延长保留气管插管的时间可以减少术后上呼吸道梗阻的发生率<sup>[6]</sup>, 但可能增加患者肺部感染的几率, 还可因气囊长期压迫声带引起声音嘶哑。另外, 保留气管插管对清醒患者是一种不良刺激。气管切开也可以保证患者术后的通气功能, 但气管切开术作为一种有创操作, 多数患者难于接受, 同时也增加了患者的痛苦及治疗风险<sup>[7]</sup>。

鼻咽通气管能较好地解决术后由于悬雍垂及软腭水肿引起的上气道阻塞, 可避免术后窒息的发生<sup>[8]</sup>。Klein 于 1986 年用此法治疗小儿上呼吸道阻塞, 效果良好。本研究显示 OSAHS 患者在接受 H-UPPP 24 h 后, 采用鼻咽通气管能有效解决围手术期窒息等并发症。由表 1 可知鼻咽通气管组与普通组术后 24 h 咽部疼痛比较, 两者差异具有统计学意义, 说明鼻咽通气管患者顺应性好。本研究还比较了鼻咽通气管组和普通组术后 24 h 血液动力学指标

(HR、SBP、DBP), 结果显示放置鼻咽通管道组患者的 HR、SBP、DBP 均低于普通组患者, 两者差异具有统计学意义, 说明放置鼻咽通气管组患者的血流动力学更稳定。在临床观察中, 我们还发现, 患者的悬雍垂肿胀主要发生在术后 24 h 以内, 鼻咽通气管在鼻咽部的留置同样能起到预防粘连的作用。

本研究结果提示 OSAHS 患者行 H-UPPP 后, 留置鼻咽通气管可以有效保持气道通畅, 预防呼吸道阻塞或窒息的发生, 并且患者顺应性较好, 故具有很好的安全性、有效性和可行性。对需留置鼻咽通气管的患者, 术前应告知留置鼻咽通气管的重要性及优缺点, 取得患者的配合。对伴有鼻腔狭窄的患者, 可先行相应的鼻腔手术以利于鼻咽通气管的放置<sup>[9]</sup>。术后仍需加强监护, 如有缺氧现象, 及时用面罩给氧, 多能缓解。如果采取上述措施仍无效, 则要考虑行气管切开术。

### 参考文献:

- [1] 韩德民. 保留悬雍垂腭咽成形术 (H-UPPP) [J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学, 2007, 22(5): 287-288.
- [2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断和外科治疗指南 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(2): 95-96.
- [3] 叶进, 方平, 张革化, 等. UPPP 术后并发症发生率及危险因素分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(9): 393-396.
- [4] 戴莉华, 李春燕. 口咽通气管在麻醉后苏醒期气道阻塞患者中的应用及护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(20): 50-51.
- [5] 谢允平, 何建平, 黄莹, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通

气综合征患者的多层螺旋CT表现[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(2): 107-110.

[6] 刘建辉, 童自国. 不同麻醉药物在小儿气管插管中的应用比较[J]. 西部医学, 2009, 21(3): 408-409.

[7] Goldenberg D, Ari EG, Golz A, et al. Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 123(4): 495-500.

[8] 陶学金, 郭三兰. 鼻咽通气道在颌面外科的应用研究[J]. 临床口腔学杂志, 2002, 18(6): 439-440.

[9] 胡海文, 李靖, 陈菲菲, 等. 改良悬雍垂腭咽成形术和鼻部手术治疗重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 273-281.

(修回日期: 2013-08-21)

DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.201402023

· 临床报道 ·

## 保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤 21 例分析

杨培新, 朱雪妙, 朱颖娇

(台山市人民医院 耳鼻咽喉科, 广东 台山 529200)

**摘要:** **目的** 探讨保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤的可行性。**方法** 对1998~2012年收治的21例腮腺深叶良性肿瘤行保留腮腺浅叶手术切除肿瘤, 并对手术疗效进行总结分析。**结果** 采用保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤的21例患者术后无明显面部畸形、腮腺分泌功能良好, 无Frey综合征; 1例面神经损伤1个月后恢复; 1例术后出现积液, 加压包扎后痊愈。**结论** 对于腮腺深叶良性肿瘤行保留浅叶腮腺深叶肿瘤切除术, 术后面部畸形不明显, 满足患者的美容要求, 其他并发症少, 值得临床推广应用。

**关键词:** 腮腺浅叶; 腮腺深叶; 良性肿瘤

**中图分类号:** R739.8 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0169-02

手术切除是腮腺肿瘤有效的治疗方法。解剖面神经、切除浅叶及深叶是治疗腮腺深叶良性肿瘤的标准术式。由于术中基本切除全部腮腺组织, 术后面部畸形、面瘫及Frey综合征等并发症明显增多。我科采用保留腮腺浅叶手术治疗腮腺深叶良性肿瘤, 取得良好效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

我科1998~2012年收治21例腮腺深叶良性肿瘤患者。其中男14例, 女7例; 年龄30~68岁, 平均年龄49岁; 病程3个月至6年; 左侧9例, 右侧12例。均以无痛性耳下肿物就诊, 无面部麻木感及面瘫表现。术前均行增

强CT检查, 结果提示腮腺深叶肿物, 大小1~3 cm, 边界清, 部分包膜完整, 均考虑良性肿瘤可能。

#### 1.2 手术方法

所有患者均气管插管全麻手术, 行传统“S”形切口, 术中视肿瘤大小及位置可适当控制切口范围, 充分暴露肿瘤上方腮腺浅叶组织, 分离腮腺浅叶与胸锁乳突肌, 于乳突尖前上方1~1.5 cm处茎乳孔处暴露面神经主干, 沿面神经逐渐翻起浅叶, 充分暴露深叶肿瘤, 尽量距瘤体周围0.5 cm以上处将肿瘤及部分正常腮腺组织切除, 充分止血后, 复位浅叶组织, 放置胶管负压引流, 逐层缝合伤口, 术后常规负压引流1~2 d, 加压包扎1周。

### 2 结果

术后病理诊断: 多形性腺瘤13例, Wathin瘤4例, 肌上皮瘤1例, 乳头状囊腺瘤2例, 慢

作者简介: 杨培新, 男, 副主任医师。  
通信作者: 杨培新, Email: yangpeixinzhu@126.com