

的上消化道出血是重型病毒性肝炎患者常见原因^[1],本组资料显示重型病毒性肝炎患者中门脉高压发病率达75.93%(183/241),重型病毒性肝炎发作时肝内静脉压力明显增加,增加出血的机会,食管胃底静脉破裂是重型病毒性肝炎患者发生上消化道出血的最主要的病因(63.01%,46/73)。胃黏膜病变及胃部溃疡所占比例分别为15.07%(11/73)和9.59%(9/75)。这73例上消化道出血的患者中,在出血前有顽固性呃逆者20例(27.40%),进食粗糙或饮食不易消化者28例(38.36%),提示这些均可能是上消化道出血的诱发因素。

重型病毒性肝炎的根本病因是肝细胞的大量死亡而造成肝功能衰竭,同时也易发生多器官功能衰竭,其预后严重^[2,3]。积极治疗肝功能衰竭是防治上消化道出血的根本措施,本组资料显示重型病毒性肝炎合并上消化道出血的病死率为58.90%(43/73)。因此本并发症的积极防治是降低病死率的重要举措。重型病毒性肝炎患者由于肝脏合成的凝血因子减少,因此适当输用新鲜全血(血浆)或凝血酶原复合物有利于对出血的预防。本组资料提示顽固性呃逆及饮食不当是上消化道出血的重要的潜在诱因,因此对出现顽固性呃逆的患者应当积极治疗,包括采用药物治疗如甲氧氯普胺(胃复安)、多潘立酮(吗丁啉)口服,呱醋甲酯(利他林)肌注或膈神经封闭治疗,必要时亦可在耳轮膈肌反应区进行针灸治疗,

可取得较好效果。对有门脉高压者入院后即行饮食指导等宣教措施,避免进食粗糙及不易消化的饮食。对有胃黏膜病变及胃部溃疡病史的患者应给予西咪替丁或奥美拉唑(洛赛克)进行治疗。另外,这类患者常伴有低蛋白血症,在补充人血白蛋白时应注意避免在较短的时间内补充大量白蛋白,我们的体会是将患者血清白蛋白水平提升至32g/L即应控制外源性白蛋白的输入。在补充白蛋白的同时还应注意加强利尿。在发生上消化道出血后应积极纠正低血容量,同时应当尽快清除肠道积血,适当使用抗菌素预防其他并发症如自发性细菌性腹膜炎、肝性脑病及肝肾综合征的发生,以期降低重型肝炎的病死率。

[参考文献]

- [1] 池肇春,叶维法 主编. 新编实用肝病学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1994.
 - [2] 薛建亚,万漠彬,李成忠,等. 病毒性肝炎重型并发院内自发性细菌性腹膜炎的原因分析及对策探讨[J]. 第二军医大学学报, 2002,23(9):1023-1025.
 - [3] 谢冬英,邓洪,邓友,等. 病毒性肝炎重型患者院内肺部感染的特点及防治[J]. 中华医院感染学杂志,1999,9(1):4-6.
- [收稿日期] 2003-12-11 [修回日期] 2004-04-04
[本文编辑] 曹静

• 临床研究 •

鼻内镜下下鼻甲骨切除术

Endoscopic inferior turbinate bone resection

曹鹏宇,范静平*,吴建,廖建春,杨毓梅,王海青,叶青

(第二军医大学长征医院耳鼻咽喉科,上海 200003)

[摘要] 目的:探讨鼻内镜技术用于治疗下鼻甲肥大引起的鼻塞。方法:采用鼻内镜下下鼻甲骨黏膜下切除术,对68例因下鼻甲肥大引起鼻塞的患者进行手术治疗。通过主观评分及鼻声反射评价鼻塞状况。结果:随访1~5年,术后鼻通气主观评分白天平均降低3.53分,夜间平均降低3.35分,术后6例(8.8%)继续使用类固醇激素鼻喷剂,5例(7.4%)使用减充血剂,6例(8.8%)间断地使用中医中药治疗。鼻声反射检查,术后鼻气道阻力(NAR)降低3.73 cmH₂O/(L·min),鼻腔最小截面距前鼻孔距离(DCAN)后移0.70 cm,鼻腔最小截面(NMCA)扩大0.24 cm²,鼻腔容积(NCV)增大3.39 cm³。术后不良反应小,仅2例(2.9%)有鼻腔干燥,4例(5.9%)鼻腔分泌物增加。除2例外所有患者均有程度不等的鼻通气改善。结论:鼻内镜下下鼻甲骨切除用于治疗下鼻甲肥大引起的鼻塞安全有效。

[关键词] 下鼻甲骨切除术;鼻内镜;鼻塞

[中图分类号] R 765.9

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2004)08-0911-03

下鼻甲肥大是临床上鼻阻塞的常见原因之一,相应的外科治疗方法较多,有的疗效短暂,有的并发症较多,本研究根据House^[1]提出的黏膜下下鼻甲骨切除手术方式,改进为鼻内镜下操作,取得满意疗效,现报告如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料 选择1997年1月至2001年1月,因鼻甲肥大入长征医院治疗并进行随访的患者68例,男37例,女31例;年龄22~61岁,中位年龄38.9岁。所有患者全部进

行完整的鼻通气评估,包括术前药物治疗情况、鼻腔有无中隔偏曲、鼻甲肥厚,并进行鼻声反射测试及鼻窦CT检查,手术仅在有明显下鼻甲黏膜或骨性鼻甲肥厚(增生),且对鼻收敛剂无反应或反应甚微者中进行,有中隔偏曲、慢性鼻窦炎者接受适当的联合手术,鼻瓣功能不全者不包括在本研究中。鼻声反射应用美国Eccovision型声反射鼻测量系统(声

[作者简介] 曹鹏宇(1980-),男(汉族),硕士,住院医师。

*Corresponding author. E-mail:fanjp99@sh163a.sta.net.cn

波管、校订管、鼻探头、计算机及软件)进行测量,测量在安静的房间内,室温 20~25℃,相对湿度 60%~70%,受试者取坐位,静坐 15 min 后进行测试,根据鼻前孔大小选择合适的鼻探头,使之与受试者前鼻孔紧密相接,但不使鼻尖及鼻前孔变形,左右鼻腔分别进行测试,记录鼻腔最小截面积(NMCA),鼻腔最小横截面积至前鼻孔距离(DCAN),前鼻孔向后 6 cm 内的鼻腔容积(NCV)和鼻气道阻力(NAR)。

1.2 手术方法 鼻腔先用 1%达克罗宁肾上腺素棉片收敛麻醉,于下鼻甲前端进针,行下鼻甲黏膜下注射 1%利多卡因肾上腺素局部麻醉,取下鼻甲前端鼻甲骨附着处行纵行切口长约 1 cm,切开下鼻甲黏膜直至骨膜后,用尖锐的剥离子纵形分离下鼻甲黏膜,此时将 30°鼻内镜由切口伸入,直视下分离直下鼻甲末端,术中亦可先将前端分离的鼻甲骨切除,再进一步向后边分离边切除,术中遇出血时可用肾上腺素棉片止血。

有鼻中隔偏曲者,联合鼻内镜下鼻中隔手术;有慢性鼻窦炎者,联合鼻内镜下鼻窦手术(FESS)。68 例患者中,鼻内镜下单纯下鼻甲手术 37 例;鼻内镜下鼻甲手术+鼻中隔手术 16 例;鼻内镜下鼻甲手术+FESS 9 例;鼻内镜下鼻甲手术+FESS+鼻中隔手术 6 例。

1.3 随访内容 (1)白天及夜间鼻通气情况:自觉鼻通气阻塞程度,以 1~6 分计算,1 分为鼻通气顺畅,无任何鼻塞感觉,鼻塞的程度加重,记分增加,6 分为完全鼻塞,不能经鼻呼吸,根据主观感觉,患者自己打分;(2)手术疗效主观评价;(3)术后使用类固醇鼻喷剂及减充血剂情况;(4)术后进一步外科治疗情况;(5)有无术后长期反复鼻腔出血;(6)按术前检查条件复查鼻声反射。

2 结果

随访时间 1~5 年,患者术后鼻通气有程度不等的改善,鼻通气主观评分白天平均降低 3.53 分,夜间平均降低 3.35 分,术前术后评分有显著性差异($P < 0.01$, 配对 t 检验,表 1)。对鼻通气手术疗效的主观评价,52 例(76.5%)认为显著改善,14 例(20.6%)改善,2 例(2.9%)无效。术后 6 例(8.8%)继续使用类固醇激素鼻喷剂,5 例(7.4%)使用减充血剂,6 例(8.8%)间断地使用中医中药治疗。

鼻声反射检查中,术后测得 NAR 为 (1.98 ± 0.56) cm H₂O/(L·min),较术前 (5.71 ± 1.20) cm H₂O/(L·min)降低 3.73 cmH₂O/(L·min) ($P < 0.01$);术后测得 DCAN (2.01 ± 0.07) cm,较术前 (1.31 ± 0.09) cm 后移 0.70 cm ($P < 0.01$);NMCA 术后为 (0.59 ± 0.14) cm²,较术前的 (0.35 ± 0.07) cm² 扩大 0.24 cm² ($P < 0.01$);术后测得 NCV 为 (14.71 ± 3.13) cm³,较术前 (11.32 ± 2.11) cm³ 增大 3.39 cm³ ($P < 0.01$)。

术后鼻腔不良反应轻,仅 2 例(2.9%)鼻腔干燥,4 例(5.9%)鼻腔分泌物增加。无再次手术或外科治疗病例,无术后长期反复鼻腔出血及萎缩性鼻炎发生。除 2 例外所有患者均有程度不等的鼻通气改善。

表 1 手术前后白天及夜间鼻通气主观评分情况

(n)

鼻通气状况	评分					
	1	2	3	4	5	6
术前白天鼻塞	0	0	0	5	20	43
术后白天鼻塞	23	28	11	4	2	0
术前夜间鼻塞	0	0	0	3	19	46
术后夜间鼻塞	20	26	10	7	5	0

3 讨论

鼻阻塞的原因很多,其中常见的有鼻中隔偏曲、鼻瓣机械阻塞及鼻甲肥厚[黏膜或(和)骨质增厚]。本研究重点探讨的是下鼻甲肥大引起的鼻塞,其中亦包括部分合并有鼻中隔偏曲及慢性鼻窦炎的病例,因此,手术包含了鼻内镜下鼻甲骨切除及鼻内镜下鼻中隔手术和 FESS。下鼻甲肥大的原因主要是鼻腔的一些慢性炎症,如慢性鼻炎、过敏性鼻炎或血管舒缩性鼻炎,鼻黏膜的黏膜下胶原蛋白沉淀及黏液腺增生和分泌过多而引起鼻甲肥大。对于鼻阻塞患者,下鼻甲的处理有许多不同的方式,通过破坏性方式使下鼻甲体积缩小的外科治疗方法有:电烧灼、冷冻、微波和激光等手段,这些方法虽操作简单,但远期疗效不确定,而且有鼻甲骨坏死、结痂和出血等危险性;下鼻甲骨骨折移位,虽破坏性小,但由于下鼻甲会回到原来位置,疗效仅具有暂时性^[2];下鼻甲部分切除是临床上较常使用的使下鼻甲体积缩小的手术方式,长期疗效好,鼻通气可得到明显改善,但相关的并发症亦较多,如黏连、长期结痂、鼻出血、萎缩性鼻炎等,其中又以鼻出血的报道为多,超过 10%^[2],鼻出血常需要前鼻孔填塞止血或手术结扎出血血管。下鼻甲部分切除术中,以 Mabry^[3]提出的下鼻甲下外侧黏膜骨质切除较为合理,相应的并发症亦少,在此基础上,有作者^[4,5]进行了改进,采用鼻内镜下操作,改善了照明及手术视野,确保手术的彻底和安全。下鼻甲骨黏膜下切除最先由 House^[1]提出,该术式减少了出血危险,并且保留下鼻甲黏膜,符合下鼻甲的增湿等生理功能,不易被接受的原因是操作难度较大。我们经过实践,将术式改为鼻内镜下操作,减低了手术难度,可通过鼻内镜直视下分离下鼻甲骨膜,确保鼻甲骨全部切除并且减少了术中分破下鼻甲黏膜的机会。

采用主观评分方式了解术后患者鼻通气情况显示,鼻通气主观评分明显降低,除个别病例外,鼻通气均有明显改善。鼻声反射测量法是一种客观测量鼻腔几何形态、截面积及容积的新方法,是决定鼻腔开放程度的一个重要因素,NMCA 可作为判断鼻腔开放程度的有价值的客观指标^[6]。本组资料显示术前 NAR 增高,NMCA 及 NCV 减小,术后平均 MC-SA 及 NCV 增大,而 NAR 降低,提示术后鼻腔通气功能客观上有明显改善。本组资料随访结果显示,鼻内镜下鼻甲骨切除术操作简单,鼻腔不良反应轻微,对解除因下鼻甲肥大引起的鼻塞,从主观上和客观上均显示明显有效。

[参考文献]

[1] House HP. Submucous resection of the inferior turbinal bone

- [J]. *Laryngoscope*, 1951, 61(4):637-648.
- [2] Passali D, Passali FM, Damiani V. Treatment of inferior turbinate hypertrophy; a randomized clinical trial[J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2003, 112(8):683-688.
- [3] Mabry RL. Surgery of the inferior turbinates; how much and when[J]? *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1984, 92(3):571-576.
- [4] Gendeh BS. Conventional versus endoscopic inferior turbinate reduction; technique and results[J]. *Med J Malaysia*, 2000, 55(3):357-362.
- [5] Gupta A, Mercurio E, Bielamowicz S. Endoscopic inferior turbinate reduction; an outcomes analysis[J]. *Laryngoscope*, 2001, 111(11):1957-1959.
- [6] 郑春泉, Pochon N, Lacroix JS. 鼻声反射测量法(鼻中隔矫正术前后对比)[J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*. 1995, 30(6): 343-346.
- [收稿日期] 2003-12-06 [修回日期] 2004-06-18
[本文编辑] 李丹阳

• 临床研究 •

老年室上性心动过速的射频消融治疗

Radiofrequency catheter ablation of paroxysmal supraventricular tachycardia in elderly patients

胡建强, 曹江, 秦永文, 周炳炎 (第二军医大学长海医院心血管内科, 上海 200433)

[摘要] 目的: 探讨老年患者室上性心动过速的类型构成、发病机制方面的特殊性及射频消融的治疗效果。方法: 189例老年室上性心动过速病例, 其中男性90例, 女性99例, 年龄60~84岁, 平均(67.1±5.3)岁, 行常规电生理检查及射频消融治疗。结果: 房室结折返性心动过速(AVNRT) 101例, 占52.1%, 左侧旁道参与的房室折返性心动过速(AVRT) 64例, 占33.0%, 右侧旁道参与的AVRT 20例, 占10.3%, 房性心动过速(AT) 9例, 占4.6%。除1例AT未消融成功外, 其余均消融成功, 成功率99.5%。AVNRT 2例消融后出现高度~Ⅲ度房室传导阻滞(AVB), 术后1个月复查恢复正常, 较大的腹股沟血肿1例, 经理疗后自行吸收, 并发症发生率1.5%。平均手术时间(2.4±1.0)h, X线曝光时间(16.2±11.5)min。随访3个月至7.5年, 复发6例(房室结双径2例, 左侧旁道2例, 右侧旁道及房速各1例), 复发率3.0%。结论: 老年室上性心动过速类型中, AVNRT占大部分, 可能与Koch三角区及周围纤维化等退行性变有关; 射频消融治疗老年室上性心动过速治愈率高, 复发率低, 并发症少。

[关键词] 心动过速, 室上性; 射频消融术; 老年人

[中图分类号] R 541.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2004)08-0913-02

射频消融治疗作为根治室上性心动过速的有效方法已得到临床广泛应用, 老年患者室上性心动过速也是其良好的适应证。但老年患者在室上性心动过速的类型构成及发病机制方面有其特殊性, 另外, 老年患者常伴有多种疾病, 给手术操作增加一定的困难, 为此, 我们总结了189例射频消融治疗的老年室上性心动过速病例的临床资料, 对室上性心动过速类型及射频消融的疗效作一分析。

1 资料和方法

189例室上性心动过速患者(未包括房扑、房颤), 男性90例, 女性99例, 年龄60~84岁, 平均(67.1±5.3)岁, 室上性心动过速病史0.5~40年, 伴高血压病78例, 阵发房颤19例, 糖尿病24例, 安装起搏器者2例, 病窦综合征者2例, 恶性肿瘤2例。X线片、超声心动图、腹部肝、肾B超和肝、肾功能等化验检查, 心肌肥厚、左室扩大21例, 肾功能轻度减退(肌酐110~215 μmol/L)者30例, 其他无明显异常。有122例患者术前曾用抗心律失常药物, 包括心律平、胺碘酮等, 药物控制效果不佳。

经股静脉、右颈内静脉放置电极导管至高位右心房(HRA)、希氏束(HB)、右心室心尖部(RVA)和冠状静脉窦(CS), 行电生理检查。选用Webster消融电极导管, 房室结折返性心动过速(AVNRT)在希氏束与冠状窦口连线中下

1/3处标测小A大V, A呈多向波, 非温控导管10~30 W射频能量试消融, 温控导管设定55~60 C、30 W消融, 10 s内出现交界心律为有效靶点, 巩固消融100 s; 房室折返性心动过速(AVRT)右侧旁道在三尖瓣环、左侧旁道在二尖瓣下(或二尖瓣上)标得小A大V, V波较体表心电图预激波提前, 非温控导管10~30 W射频能量试消融, 温控导管设定60 C、40 W消融, 10 s内心电图预激波消失为有效靶点, 根据情况增加能量巩固消融100~200 s; 房性心动过速(AT)采用激动顺序标测, 标到期最提前房波处, 非温控导管10~30 W射频能量试消融, 温控导管设定60 C、40 W消融, 10 s内房速终止为有效靶点, 根据情况增加能量巩固消融100~200 s。

2 结果

189例患者中电生理检查及射频消融结果见表1。房室结双径路参与室上性心动过速占52.1%(101/194), 双旁道4例, 其中2例旁道均在左侧, 1例在右侧, 1例为希氏束旁道加左前侧旁道, 左侧旁道伴发AVNRT的双径1例。成功

[作者简介] 胡建强(1966-), 男(汉族), 博士, 主治医师。
E-mail: hujianqiang@medmail.com.cn