

· 临床报道 ·

鼻内镜手术中中鼻甲的处理

常明章,周剑勇,严飞鹏,吕洁瑜,熊国平

(江门市中心医院 耳鼻咽喉科,广东 江门 529000)

摘要: **目的** 探讨功能性鼻窦手术中中鼻甲的处理方法。**方法** 分析56例92侧慢性鼻窦炎鼻息肉合并中鼻甲病变患者的临床资料,根据中鼻甲的不同的病态特点予以不同处理,并分析其术后疗效。**结果** 56例92侧患者中,34侧中鼻甲息肉样变,4侧中鼻甲肥大,20侧中鼻甲骨质增生,22侧泡性中鼻甲,12侧反向偏曲中鼻甲,术后随访6个月至1.5年,并定期门诊内窥镜复查,治愈73侧,好转17侧,无效2侧。**结论** 鼻内镜手术中,对中鼻甲的处理应根据中鼻甲的病变程度、范围和类型进行个性化处理,尽量保留中鼻甲的正常解剖结构,减少对中鼻甲的不必要的干预。

关键词: 鼻内镜;中鼻甲;慢性鼻窦炎鼻息肉

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)01-0055-03

随着鼻内镜的应用,对鼻腔鼻窦的生理功能及病理变化有了更加深刻的认识,使鼻腔鼻窦的手术方法更加科学。中鼻甲的处理在鼻腔鼻窦手术中占有重要地位,其保留或切除一直存在争议^[1]。如何能在尽量保留和恢复中鼻甲功能的基础上个性化的处理中鼻甲是鼻科工作者致力研究的课题之一。本文分析我科近2年来56例92侧慢性鼻窦炎鼻息肉合并中鼻甲病变患者的临床资料及治疗方法,并对疗效进行跟踪,认为个性化处理中鼻甲对鼻内镜鼻窦手术疗效有重要临床意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料

56例92侧慢性鼻窦炎鼻息肉合并中鼻甲病变患者中,男45例,女11例;年龄16~67岁,平均年龄38.5岁。按海口标准^[2]其中Ⅰ型2期4例,Ⅰ型3期13例;Ⅱ型2期18例,Ⅱ型3期16例;Ⅲ型5例^[2]。病程最短4个月,最长30年。

术前常规鼻内镜检查和高分辨鼻腔鼻窦CT薄层扫描,以了解中鼻甲的形态及其与钩突、中鼻道、鼻中隔和下鼻甲等结构的解剖关系。根据鼻内镜及CT检查将病变中鼻甲分为息肉样变、肥大、骨性增生、泡性中鼻甲、反向中鼻甲。泡性中鼻甲,反向中鼻甲为先天性解剖畸形,息肉样变、肥大、骨性增生为病理性改变。

1.2 治疗方法

手术在局麻或全身麻醉下完成,鼻腔用1%丁卡因30 ml加0.1%肾上腺素2 ml浸湿棉片麻醉鼻腔2次,全麻要求控制性低血压。轻度息肉样变中鼻甲可不予手术干预,待鼻窦手术后局部用类固醇激素和鼻腔冲洗等保守治疗,使其回复正常结构。其余病变结构的中鼻甲均予以手术治疗,手术均按Messerklinger术式进行,术中处理中鼻甲的先后次序视具体情况而定,影响鼻窦手术操作者先处理中鼻甲,不影响鼻窦手术操作的待鼻窦手术完毕后处理中鼻甲。病变中鼻甲的处理方法及注意事项见表1。

表 1 几种病变中鼻甲的处理方法及注意事项

病变中鼻甲类型	处理方法	注意事项
泡性中鼻甲	用小球刀在中鼻甲头端纵形切开,进入中鼻甲气房后,用下鼻甲剪将切口上、下延长,分离泡性中鼻甲外侧骨壁与黏膜,并切除外侧骨壁,吸切器稍作修整后,将外侧壁黏膜复位,也可将泡性中鼻甲外侧骨壁与黏膜一并切除	术中勿强行撕拉,以免损伤颅底或术后中鼻甲漂移
反向偏曲中鼻甲	用麦粒钳咬住弯曲部,使其从弯曲向外骨折,再以剥离子将中鼻甲根部骨折,将中鼻甲向内侧移位,若不满意,用中鼻甲剪切除弯曲部下方的黏膜及骨质	术后用明胶海绵填塞中鼻道固定中鼻甲,防止中鼻甲与鼻腔外侧壁粘连
中、重度中鼻甲息肉变或中甲肥大	仅中鼻甲头端息肉样变、肥大者先用小球刀纵行切开中鼻甲头端,后用电动吸切器黏膜下切除肥大部分。如中鼻甲整体息肉样变或肥大,可行中鼻甲黏膜下部分切除	切割器应置于黏膜下尽量少损伤黏膜表面
中鼻甲骨骨质增生	行中鼻甲黏膜下骨质切除,小球刀纵行切开其前端,用带吸引器的剥离器分离出中鼻甲头端骨质,后月牙形切除前端骨质,用吸切器黏膜下修整,中甲后端正常者一般不予处理,如下后端骨质亦增生,黏膜下行骨质部分切除,用吸切器黏膜下修整,尽量恢复中鼻甲正常形态	术后用明胶海绵填塞中鼻道嗅裂及防止中鼻甲与鼻腔粘连

术后中鼻道填塞浸有地塞米松明胶海绵(有时嗅裂也需填塞明胶海绵,防止中甲与鼻中隔粘连),后用一小段油纱条填塞中鼻道。总鼻道填塞高膨胀海绵一块,术后 24~48 h 撤出鼻腔填塞的高膨胀海绵及油纱条,次日以生理盐水冲洗鼻腔,每日 2 次,鼻腔局部用类固醇激素喷鼻,每日 2 次。术后 2 周内窥镜换药,清理鼻腔内干痂,吸净鼻腔分泌物,中鼻道之明胶海绵一般不予清理(可防止中鼻甲与鼻腔外侧壁粘连),一般患者术后冲洗鼻腔时可将之自行冲出,术后 1 个月换药中鼻道仍有明胶海绵,用吸引器吸出。

1.2 疗效评估标准

疗效评估参考 1997 海口标准^[2],治愈:症状消失,鼻内镜检查中鼻甲形态正常,中鼻道及嗅裂通畅,不影响嗅觉及鼻腔通气,无脓性分泌物;好转:症状明显改善,内窥镜检查见中鼻甲形态基本正常和(或)中鼻甲与嗅裂及鼻腔外侧壁轻度粘连,不影响嗅觉及鼻腔通气,有少量脓性分泌物;无效:症状无改善,鼻内镜检查见中鼻甲与鼻中隔和(或)鼻腔外侧鼻粘连严重,影响嗅觉及鼻腔通气,有脓性分泌物。

2 结果

术后随访 6 个月至 1.5 年,治愈

7 3 侧,好转 1 7 侧,无效 2 侧。鼻腔粘连 4 侧,2 侧中鼻甲与鼻中隔轻度粘连,对嗅觉及通气无影响,未予处理;1 侧为中鼻甲与鼻中隔严重粘连影响通气及嗅觉,经分离,放置隔膜(无菌塑料膜或外科隔离膜),2 周后恢复正常;1 侧中鼻甲与鼻腔外侧壁严重粘连影响中鼻道通气,术后换药予以分离,并填塞明胶海绵和外科隔离膜,4 周后未再次粘连。

3 讨论

鼻道窦口复合体(ostiomeatal complex, OMC)是鼻内镜鼻窦手术的核心解剖区域,中鼻甲作为其中重要组成部位对于鼻腔及鼻窦的生理功能起着非常重要的作用。中鼻甲的进化是与鼻腔的生理功能相适应的。中鼻甲为呼吸道黏液纤毛系统的重要组成部分,其黏膜表面覆盖纤毛上皮,存在丰富的腺体,其产生的大量分泌物含有溶菌酶、干扰素和分泌型 IgA 等抗体,具有分泌和输送功能,也是鼻腔分泌型抗体的主要来源。上皮中有大量的分泌细胞,可分泌各种免疫物质。中鼻甲前部又是吸入气流中灰尘、病原体和抗原物质沉积和主要攻击的部位,是保护中鼻道和各个窦口的天然屏障。病态中鼻甲是慢性鼻窦炎的一个重要病因,慢性

鼻息肉鼻窦炎也可以引起中鼻甲的病理改变,如息肉样变、肥大、骨性增生,病态中鼻甲和慢性鼻窦炎鼻息肉形成一个恶性循环,中鼻甲解剖结构的异常,影响相邻鼻窦的通气,妨碍鼻窦尤其是前组鼻窦的引流,从而引起鼻窦炎鼻息肉或加重鼻窦炎鼻息肉,中鼻甲受鼻窦炎鼻息肉的影响,特别是鼻腔分泌物长期刺激可形成息肉样变和肥大,甚至骨性增生。

对本组56例患者中鼻甲处理,我们认为在功能性鼻内镜手术中对病态中鼻甲进行恰当的、个性化的处理,在去除中鼻甲病变的基础上给予成形,并尽可能保留其解剖结构,对改善症状、恢复中鼻甲生理功能、减少术腔粘连和术后复发,提高疗效有非常重要的临床意义。如何在去除中鼻甲病变的同时又能恢复其功能是鼻内镜外科所致力解决的问题之一。我们的体会是如果中鼻甲轻度息肉样变可不予手术干预,术后药物治疗可使其恢复正常解剖形态及功能。如中鼻甲存在解剖变异和发生不可逆病理改变,应手术干预。泡性中鼻甲和中鼻甲反向偏曲机械性压迫和阻塞中鼻道,妨碍引流,是引起鼻窦炎的解剖性因素,应该手术纠正畸形,恢复其正常形态,消除对鼻腔及鼻窦的阻塞。中鼻甲息肉样变、中鼻甲肥大及中鼻甲骨质增生既是慢性鼻窦炎鼻息肉的病因又是其结果,两者形成恶性循环,此时中鼻甲的分泌、传输功能已减弱或消失,成为一个局部病灶,如不处理会直接影响术后疗效。

处理中鼻甲应该注意以下几点:①术前详尽收集临床资料,通过术前内镜检查及鼻窦CT扫描了解病态中鼻甲的类型,从而选择相应的处理方式,决定切除范围。②术中

操作要轻柔,尽量保留正常和可逆黏膜,在处理中鼻甲时,尽量选择成形术,处理病变部分,尽可能保证中鼻甲主体结构的完整性。这样消除了中鼻道的机械性阻塞,有利于各鼻窦的通气引流;遵循了功能性手术的原则;减少了术后粘连;保存了解剖标志^[3]。③在开放后筛时中鼻甲基板去除不要过多,以免中鼻甲失去支撑,活动度加大,术后发生漂移及与鼻腔外侧壁粘连。④前组筛窦气房及额隐窝要彻底开放,避免脓液对中鼻甲的刺激。⑤钩突附着处的黏膜尽量不要损伤。

总之中鼻甲处理与否及手术干预方式应根据每个病例的具体情况而定,不管何种病变状态,处理的最终目的都是为了有利于治疗疾病和维持鼻腔及鼻窦的正常生理功能。然而影响鼻窦炎鼻息肉手术疗效的因素众多,正确处理中鼻甲只是为治疗鼻窦炎鼻息肉众多步骤中的一环,科学的综合治疗包括鼻窦开放的方式、围手术期的处理等才能保证治疗的成功。

参考文献:

- [1] Kennedy DW. Middle turbinate resection: evaluating the issues-should we resect normal middle turbinates? [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1998, 124(1): 107.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 附:慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997年,海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998, 33(2): 134.
- [3] 周兵,韩德民,黄谦,等. 内镜鼻窦手术中中鼻甲的处理方法和意义[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,1997, 4(2): 67-72.

(修回日期:2010-01-23)