

· 临床报道 ·

鼻内镜下微创手术治疗嗅裂综合征

张炳辉¹, 王洪波², 王晓晖¹, 刘 鸣¹

(1. 黑龙江哈尔滨医科大学附属第二医院 耳鼻咽喉科, 黑龙江 哈尔滨 150086; 2. 黑龙江巴彦县中医院 耳鼻咽喉科, 黑龙江 巴彦 151800)

摘要: 目的 探讨鼻内镜下微创手术治疗嗅裂综合征的方法和疗效。方法 对65例嗅裂综合征患者, 利用鼻内镜下微创手术针对不同病变采取不同方法进行治疗。结果 65例中, 治愈48例(73.8%), 好转17例(26.2%), 有效率为100%。结论 鼻内镜下微创手术治疗嗅裂综合征具有疗效好、微创、术后恢复快等优点。

关键词: 鼻内镜; 外科手术; 嗅裂综合征

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)02-0133-02

嗅裂综合征主要是因为嗅裂狭窄压迫刺激筛前神经末梢, 引起鼻根、前额、眶周甚至枕部钝痛或刺痛, 是鼻源性头痛中最常见的一种。由于临床医生对此病认识不足, 因而误诊、误治、漏诊情况时有发生, 使有些患者得不到有效的治疗, 症状持续或反复发作。2003年5月~2008年4月我们采用鼻内镜下微创手术治疗嗅裂综合征65例, 治疗效果满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组65例患者, 男29例, 女36例; 年龄18~62岁, 平均34.5岁。病程3个月至18年。临床症状为单侧或双侧鼻根部、眶周、前额及枕部钝痛或刺痛, 9例伴有眼球酸胀、畏光, 23例嗅觉减退。呼吸道感染及饮酒后加重。全部病例均有嗅区狭窄或有接触性病变, 嗅区黏膜用1%丁卡因棉片表面麻醉后症状立即减轻或消失, 排除鼻腔肿瘤和炎症。所有患者均经鼻内镜、CT冠状位及轴位扫描检查均表现为嗅裂狭窄或中鼻甲、钩突、筛泡与鼻中隔相接触, 但嗅

裂无脓性分泌物。其中鼻中隔前上部偏曲18例, 中鼻甲肥大(7例泡状中鼻甲)18例, 中鼻甲反向弯曲8例, 钩突及筛泡肥大11例, 合并两项以上病变者10例。

1.2 手术方法

56例行局部麻醉, 9例行全身麻醉。鼻腔黏膜收缩及麻醉同一般鼻窦手术。手术均在鼻内镜下进行。①鼻中隔前上部偏曲者行局限性鼻中隔黏膜下切除术, 手术切口一般位于偏曲侧, 在偏曲部位前下5 mm处软骨部取弧形切口, 分离黏骨膜至弯曲后, 再切开软骨, 仔细分离对侧黏骨膜至偏曲后, 保留5 mm的鼻中隔上缘, 以免术后鞍鼻发生, 用咬骨钳切除偏曲的软骨和骨部, 复位鼻中隔。②对于中鼻甲肥大伴有骨性增生者, 在中鼻甲水平部与垂直部用鼻甲剪刀纵行剪开黏膜与骨质, 切除中鼻甲外侧部分, 将剩余的部分推向外侧; 仅中鼻甲黏膜肥大者, 用吸切钻切除中鼻甲外侧部分, 也将剩余的部分推向外侧。保护黏膜, 消除嗅裂狭窄。③对于泡状中鼻甲, 用直钳夹薄后向外侧骨折。④对于钩突和筛泡肥大, 切除肥大的钩突和筛泡。

术后在嗅裂内放入膨胀海绵, 单侧鼻腔发病者健侧鼻腔可不填塞。鼻中隔切口可不缝合。48 h后取出膨胀海绵, 抗炎及鼻

腔清理。

1.3 疗效判定标准^[1]

治愈:头部及鼻根前额疼痛症状完全消失;好转:疼痛频率和强度明显减轻;无效:疼痛症状无明显改变。

2 结果

术后随访18个月以上,65例中,治愈48例(73.8%),好转17例(26.2%),有效率为100%。鼻内镜检查术后发生中鼻甲与鼻中隔粘连5例,经鼻腔等离子消融2次治愈。无其他手术并发症发生。术后嗅裂通畅,中鼻甲形态基本正常,局部有瘢痕形成,鼻中隔位置恢复理想。23例嗅觉减退者,术后恢复正常17例,好转5例,1例无改变。9例伴有眼球酸胀、畏光者,6例恢复。

3 讨论

嗅裂综合征又称Charlin综合征、鼻睫神经痛、筛前神经综合征等^[2]。鼻睫神经起自三叉神经眼支,经眶上裂入眶后发出筛前神经和筛后神经,主要分布于鼻中隔上部,中鼻甲,额筛窦黏膜及鼻根、鼻背的皮肤。司该部位皮肤和黏膜的感觉。当鼻睫神经末梢受到机械压迫时,即可引起该神经分布区域相应的临床症状。嗅裂综合征主要是因为嗅裂狭窄、中鼻甲形态异常和鼻中隔高位偏曲压迫所致。鼻内镜下微创手术是治疗嗅裂综合征最有效的治疗方法。

近年来随着鼻内镜的推广使用和薄层CT的应用,嗅裂综合征的诊断率有了明显提高,凡具有上述症状并伴有嗅裂区域狭窄、中鼻甲和鼻中隔接触、嗅区黏膜收缩及表面麻醉后症状立即减轻或消失,即可诊断。

对于嗅裂综合征的治疗,过去多采用中

鼻甲切除,虽然也取得了一定的疗效,但缺点是创伤大、术后容易导致嗅觉减退、鼻出血等^[3]。现代鼻科理论认为,中鼻甲是鼻腔重要的解剖标志之一,并且中鼻甲作为前组鼻窦开口的门户,具有维持鼻腔、鼻窦结构和功能的重要生理功能。我们在行中鼻甲成形术时,切除了中鼻甲外侧部分,保留了中鼻甲内侧部分和黏膜,既扩大了嗅区的面积,又保留了中鼻甲的功能。本组23例嗅觉减退者22例术后分别得到了恢复和提高,并且无鼻出血等手术并发症发生。我们根据不同的病因采取不同的方法微创治疗嗅裂综合征,18例行局限性鼻中隔黏膜下切除术、26例行中鼻甲成形术、11例行肥大的钩突和筛泡切除术、10例行两项以上手术,效果显著,有效地避免了传统手术并发症。

术中注意事项:①做局限性鼻中隔黏膜下切除术时不要将修正后的软骨再植,因为再植后鼻中隔变厚,易与近期肿胀的中鼻甲粘连,使症状复发。②切除肥厚或反向弯曲的中鼻甲外侧部分时尽量多切除骨质,保留黏膜,以免术后中鼻道狭窄粘连,影响中鼻道引流。③中鼻甲向外侧骨折时,动作要轻柔,以免引起脑脊液鼻漏。④注意中鼻道与嗅裂的间隙,不要过宽,以免术后息肉形成。

参考文献:

- [1] 陈凯,林煌,秦勇.鼻内镜下中鼻甲转位成形术治疗筛前神经综合征[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(4):305-306.
- [2] 张瑜,徐赛男,冯羽.鼻内镜下中鼻甲整形术治疗筛前神经综合征疗效分析[J].温州医学院学报,2009,39(3):237-241.
- [3] 赵永宏,李晖,蔡其刚,等.经鼻内镜中鼻甲部分切除加外折术治疗鼻睫神经痛[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18(2):91-92.

(修回日期:2010-03-01)