

· 经验交流 ·

可吸收性明胶海绵在鼻腔粘连中的应用

聂 军, 张汉武, 黎 犁

(宜昌市夷陵医院 眼耳鼻喉科, 湖北 宜昌 443100)

关键词: 可吸收明胶海绵; 鼻腔粘连; 鼻内镜术; 并发症

中图分类号: R765.25

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2010)04-0306-02

鼻腔粘连是鼻内镜术后主要并发症, 鼻腔粘连导致窦口阻塞是术后复发的主要原因之一, 发生率约为 6% ~ 7%^[1]。防止和解除鼻腔粘连可使已开放的中鼻道及鼻窦获得良好的通气引流, 促使鼻腔黏膜恢复正常, 从而提高治愈率。现对我院 18 例术后鼻腔粘连的处理方法进行分析, 以期增加治疗途径, 并在术中采取有效方法减少术后鼻腔粘连的发生。

1 资料与方法

1.1 临床资料

18 例鼻腔粘连病例均为我院 2005 年 1 月 ~ 2008 年 12 月行鼻部手术后的患者, 其中男 12 例, 女 6 例; 年龄 18 ~ 67 岁, 平均年龄 40 岁。15 例为慢性鼻窦炎鼻息肉行鼻内镜手术后患者, 3 例为单纯鼻中隔黏膜下矫正术后患者。均为常规门诊复查时发现。

1.2 治疗方法

18 例鼻腔粘连病例均在局麻下或者直接分离粘连带, 然后将直接分离的可吸收性明胶海绵放置于原粘连带的位置, 隔开黏膜创面。11 例患者放置的可吸收性明胶海绵中途自行流出或者被患者打喷嚏、擤鼻涕带出而创面未愈合的, 重新放置可吸收性明胶海绵; 7 例患者在分离粘连带后 7 ~ 8 d 复诊时更换可吸收性明胶海绵, 共放置 10 ~

20 d。

2 结果

18 例鼻腔粘连患者经可吸收性明胶海绵隔离 10 ~ 20 d 后粘连分离, 原粘连创面全部愈合。随访 6 ~ 8 个月未再出现粘连。

3 讨论

鼻腔粘连的原因相当复杂, 临床一般认为除术者的手术技巧和对病变黏膜的正确取舍之外, 还包括鼻腔狭窄、解剖变异、鼻腔黏膜功能不良、术前感染、黏膜水肿、肉芽组织增生、术后中鼻甲漂移、换药不及时、术后感染和处理不当等^[2]。术后鼻腔粘连的处理是鼻内镜术后随诊的一个重要内容。

对于鼻腔粘连, 首先要彻底分离。小而薄的粘连, 可直接用剥离子或镊子分离, 对于宽而厚的粘连, 我们强调用鼻中隔黏膜刀或小圆刀锐性分离, 其目的是避免强行撕脱, 不增加新的黏膜损伤, 然后将直接分离的可吸收性明胶海绵放置于原粘连带的位置, 隔开黏膜创面以防再粘连。放置可吸收性明胶海绵时要注意: ①放置可吸收性明胶海绵厚度要适宜, 以防明胶海绵挪位或者过早脱出。②放置可吸收性明胶海绵面积要大, 远远的超过粘连的范围。③放置可吸收性明胶海绵时间要长, 要超过分离粘连的创面愈合期, 至鼻腔肿胀减轻, 而原鼻腔粘连处不再相接触。若放置的可吸收性明胶海绵因部分吸收变软过早自行流出, 或者被患者

作者简介: 聂 军, 男, 主治医师。
通讯作者: 聂 军, Email: yldentnj@163.com.

打喷嚏、擤鼻涕带出,创面未愈合,应及时重新放置可吸收性明胶海绵。

可吸收性明胶海绵隔离鼻腔粘连有以下优点:①能被人体吸收,不会产生过敏反应,不同于金箔纸、X 胶片等其他隔离材料需在治疗结束时取出,更不必担心形成异物包裹,或治疗结束时找不到隔离材料。②可吸收性明胶海绵在隔离的同时具有止血功能,而且自身能促进创面伤口愈合,不需同时加用其他辅助止血材料。③可吸收性明胶海绵不同于凡士林、高分子膨胀材料,长时间填塞不会致鼻臭或者加重鼻腔炎症,一般不需加用抗菌药物。本组病例在分离粘连期间未用抗生素。

鼻腔粘连的治疗方法有很多,有针对病因的,有多种多样的隔离材料,也有采用微波、激光等物理手段分离粘连带的,但可吸收性明胶海绵治疗鼻腔粘连具有简单、方便、价廉、有效等特点,在基层医院是一种非常实用的方法。

参考文献:

- [1] 韩德民,周兵. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001, 206-207.
- [2] 钱备,胡继云,朱玉芳. 鼻内镜术后鼻腔粘连的临床探讨[J]. 同济大学学报(医学版),2007, 28(2): 61-64.

(修回日期:2010-05-10)

· 经验交流 ·

鼻内镜下犬齿窝手术径路 治疗上颌窦良性病变

王 岩,张晓明,刘文忠

(辽宁医学院附属第三医院 耳鼻咽喉头颈外科,辽宁 锦州 121001)

关键词:鼻内镜;上颌窦;犬齿窝径路

中图分类号:R765.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2010)04-0307-02

自鼻内镜微创手术开展以来,对于上颌窦囊肿等良性病变的治疗,有很多关于鼻内镜下经上颌窦自然口清除上颌窦囊肿或真菌性病变的报道^[1],临床收到一定疗效。笔者经过多年的临床实践与观察,发现鼻内镜下单纯经上颌窦自然口手术存在一些问题,如复发、清除不彻底以及上颌窦自然口损伤影响上颌窦引流等问题。2005年开始笔者采用鼻内镜下犬齿窝手术径路,治疗上颌窦囊肿或真菌性鼻窦炎等,临床随访1年,效果良好,总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2005~2007年收住入院的上颌窦良性病变48例,其中男30例,女18例;年龄18~70岁,中位年龄40.2岁。上颌窦囊肿35例,其中多发者21例,单发者14例,35例上颌窦囊肿中伴有慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉16例,单纯上颌窦囊肿19例。真菌性上颌窦炎13例。术前均经鼻窦CT冠位扫描,明确诊断,真菌性鼻窦炎经术后病理确诊。

1.2 手术方法

设备:德国进口 Wolf 0°,30°,70°鼻内

作者简介:王 岩,女,主任医师。
通讯作者:王 岩,Email:ent1988@sohu.com.

镜和显像系统。均采用局部麻醉。患侧传统柯-陆氏小切口长1.0~1.5 cm暴露尖牙窝,凿开直径约0.8~1 cm骨窗,鼻内镜下观察上颌窦内的病变情况,较大的囊肿先放出部分液体再清除囊肿。术中注意保护正常黏膜,探察上颌窦自然开口,对不通畅者给予鼻内镜下动力刨刀自然口开放,冲洗术腔。术腔不填塞,切口缝合加压包扎。对伴有鼻窦炎鼻息肉者,同时行Meseklinger术式开放相关鼻窦。术后给予鼻腔局部氟替卡松鼻喷剂治疗及鼻腔鼻窦冲洗,1周后出院。

2 结果

全部患者术后症状消失,随访1年,鼻黏膜恢复良好,鼻窦冠状位CT检查无复发。1例伴鼻窦炎鼻息肉者上颌窦自然口闭锁,鼻内镜下再次打开并扩大自然口。无牙痛、牙麻木等并发症。术后切口麻木感7例,经1~2周逐渐缓解。

3 讨论

上颌窦良性病变为鼻科常见病,多发病。以上颌窦囊肿最为多见,其次为真菌感染^[2]。传统的手术方法采用柯-陆氏手术,具有术野范围广,患者痛苦大,术后易发生面部肿胀、牙麻牙痛以及术腔纤维化生长等缺点。随着鼻内镜微创外科的发展,为鼻科医师提供了能够最大程度保留鼻腔鼻窦生理功能的契机。但须结合病变的范围、位置及性质选择适当的手术方式,以彻底清除病灶、防止复发、减少并发症的发生^[2]。笔者经过多年的临床实践与观察,发现鼻内镜下单纯经上颌窦自然口手术处理上颌窦良性病变,对于自然口开放良好的病例存在一

些问题,如:①相对要扩大自然口,对自然口通畅者无疑是一种副损伤。②各种角度的硬性内镜不能够达到一个很理想的视野,导致残留或复发。③扩大的自然口影响上颌窦的通气功能^[3]。用鼻内镜对柯-陆氏术式进行改良,术中保留窦内黏膜,不做传统根治术下鼻道开窗,顺应鼻窦的生理学特征,并改善上颌窦的通气引流,恢复窦内微环境;同时对鼻腔结构异常及鼻窦炎性病变一期修正。犬齿窝径路视野清晰,可准确在病变基底周围切开黏骨膜,在骨面上将肿瘤及基底部完整切除^[4]。术中发现,窦内多发的囊肿最多达7个,大小不等,位于窦内各壁,小的约3 mm,这些较小的囊肿在常规CT扫描(5 mm断层)上并未显示。单纯经中鼻道自然口切除,对多发较小的囊肿易出现遗漏;并且对于上颌窦前壁及内下角的病变,有看到抓不到或死角看不到,病变清除有一定困难,延长了手术时间,费时费力。犬齿窝入路,更适合位于上颌窦内侧壁或内下角的病变,以及多发病变,在鼻内镜下充分暴露上颌窦腔,不留死角,能够彻底清除病灶,防止复发,临床上值得借鉴。

参考文献:

- [1] 谭穗平,黄志忠.鼻内镜下上颌窦囊肿摘除术的径路选择[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2002,16(1):38-39.
- [2] 王春红,李永华,刘丕楠,等.鼻内镜手术治疗上颌窦良性占位性病变[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(4):279-283.
- [3] 许成利,许庚.上颌窦自然开口的超微结构与纤毛分布观察[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(3):255-256.
- [4] 许心茂,党晓辉.鼻内镜治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤31例临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(4):282-284.

(修回日期:2010-04-20)