

· 临床报道 ·

鼻腔结构性头痛的临床特点与手术治疗

陈凯¹, 李雪芬², 林煌¹, 秦勇¹, 王利¹, 张鹏坚¹

(梅州市人民医院五官科院区 1. 耳鼻咽喉科; 2. 手术室, 广东 梅州 514031)

摘要: **目的** 探讨鼻腔结构异常致头痛的病因、临床特点与治疗。**方法** 分析 62 例结构性异常头痛患者的临床资料, 经鼻窦 CT 扫描及鼻内镜检查评估鼻腔解剖结构异常的特点, 局部麻醉试验而制定个性化方案, 通过鼻内镜手术矫正, 随访 6 ~ 12 个月进行疗效评估。**结果** 62 例患者中, 治愈 52 例, 好转 10 例, 有效率 100%, 未见不良反应及并发症。**结论** 鼻腔结构异常产生黏膜挤压是疼痛的主要原因, 通过鼻窦 CT 扫描, 鼻内镜检查, 局部麻醉试验明确诊断, 并经鼻内镜手术达到良好的效果。

关键词: 头痛; 解剖学; 鼻内镜术

中图分类号: R765.9; R765.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2011)04-0298-03

在临床工作中, 时常有因鼻腔解剖结构异常引起头痛的患者, 如鼻中隔偏曲、泡性中鼻甲、钩突肥大、中鼻甲反向偏曲等, 其往往缺乏鼻部症状而以头痛为主要症状。笔者通过鼻内镜检查, 鼻窦 CT 扫描, 局部麻醉试验确诊后行鼻内镜下手术矫正重塑, 取得了较好的效果。现将我科 2008 ~ 2010 年诊治的 62 例患者情况, 分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

62 例患者, 男 24 例, 女 38 例; 年龄 25 ~ 73 岁, 平均 42.5 岁; 病程 2 ~ 25 年, 平均 8 年。所有病例均有不同程度的前额、鼻根、眉间隐痛, 压榨感, 可放射至同侧颞部、枕部、颈部及背部, 无明显时间规律性, 但以疲劳、受凉, 天冷时明显, 部分患者疼痛明显时伴有呕吐, 非喷射状, 部分有鼻塞, 无流涕。疼痛急性发作时伴有颈背部疼痛者 6 例, 伴有恶心、呕吐 5 例。所有病例经保守治疗效果不佳或者反复发作。根据下列的标准^[1]: ①慢性头痛史, 当感冒或者

受凉时加重, 行鼻黏膜充分收缩表面麻醉后疼痛缓解或者消失。②鼻窦 CT 和鼻内镜检查证实有鼻腔解剖异常和鼻黏膜接触。③排除其他原因的头痛。④可以通过手术纠正鼻腔异常解剖结构。

鼻内镜及 CT 检查 62 例患者中钩突肥大 2 例, 筛泡肥大 8 例。鼻中隔偏曲 52 例, 52 例中形态呈 C 形 16 例, S 形 12 例, 嵴 12 例, 棘状 10 例, 混合型 2 例。52 例中单纯鼻中隔高位偏曲 32 例, 高位偏曲合并中鼻甲反向偏曲 2 例、合并泡性中鼻甲 2 例; 低位偏曲 8 例, 其中前段偏曲 2 例, 后段偏曲 6 例, 与下鼻甲相触; 合并下鼻甲肥大 4 例; 高低位均偏曲 8 例, 其中合并中鼻甲反向偏曲 2 例, 泡性中鼻甲 1 例。

疼痛强度评估根据视觉模拟评分法^[2] (Visual analogue scale, VAS) 可将疼痛程度分为: 无疼痛 (0 分); 轻度疼痛 (1 ~ 3 分); 中度疼痛 (4 ~ 6 分); 重度疼痛 (7 ~ 10 分)。本组轻度疼痛 5 例, 中度疼痛 35 例, 重度疼痛 22 例。

丁卡因麻黄碱局部试验^[3]: 所有病例在患者疼痛时经鼻内镜下作 1% 丁卡因及麻黄碱棉片放置于偏曲段或者黏膜接触处, 连续 3 次, 15 ~ 20 min 后, 患者自感疼痛减轻

作者简介: 陈凯, 男, 主任医师。
通讯作者: 陈凯, Email: chenkaik6798@vip.sina.com.

36例,消失26例。

1.2 手术方法

62例患者采用全麻插管手术48例,局麻下手术14例。根据术前鼻内镜、鼻窦CT检查制定相应的手术方法,其目的在于纠正鼻腔异常解剖结构,消除鼻部黏膜接触压迫点。

鼻中隔偏曲在鼻内镜下矫正,采用Killian切口。高位偏曲者,单纯鼻中隔高位偏曲32例、高位偏曲合并中鼻甲反向偏曲2例、合并泡性中鼻甲2例、高低位均偏曲8例:在第二条张力线前方切开软骨,切除中隔偏曲的软骨或筛骨骨性段;对于前段偏曲者,低位前段偏曲2例在第一条张力线前方切除偏曲的软骨,尽量保留平直的软骨;后段偏曲下方者(后段偏曲6例往往以棘状或嵴突为主,黏膜非常菲薄,容易穿破,分离黏膜特别小心,切除该段的偏曲),采用切除部分软骨将其骨折移位,使之较平直;对于高低位偏曲者8例,如C形、S形、棘突或者嵴状偏曲先分离好黏膜减张,内镜下暴露清晰,再切除偏曲部分,下方咬除偏曲的软骨,有4例偏曲呈翼状横跨,两端呈山峰状,予充分分离松解黏膜瓣再切除,有利于保护黏膜的完整性,低位偏曲部分用鼻中隔咬骨钳使其骨折转位,用剥离子推压平整。

泡性中鼻甲:高位偏曲合并泡性中鼻甲2例,用直钳压榨后使之缩小,或者切除外侧部分后,将中鼻甲向外转位成形。反向偏曲中鼻甲:高位偏曲合并中鼻甲反向偏曲2例、高低位均偏曲合并中鼻甲反向偏曲2例,将其向外转位成形。钩突肥大2例、筛泡肥大8例均引起头痛者(术前丁卡因麻黄碱试验阳性),将其切除,去除黏膜接触。鼻中隔低位偏曲合并下鼻甲肥大者4例,在矫正鼻中隔后,用剥离子将下鼻甲向外转位外移,收缩性差者,以德国Celon低温等离子射频消融仪作下鼻甲减容处理,扩大下鼻道空间。

同时对于鼻中隔高位偏曲、高低位偏曲、泡性中鼻甲、中鼻甲反向偏曲、筛泡钩突肥大者,需切除钩突,开放前组筛窦,咬除筛窦的内壁,使中鼻甲的外侧有一旋转空

间,用剥离子潜入中鼻甲与鼻中隔之间,用适当地力量将中鼻甲向外转位,勿用强力,使中鼻甲与鼻中隔之间形成一定的间隙,并不反弹复原。术后应用抗生素,膨胀海绵填塞,作鼻腔清理、冲洗及对症治疗。

1.3 评判标准^[3]

治愈:疼痛完全消失;有效:疼痛频率及强度明显下降;无效:疼痛频率及强度无明显改变。

2 结果

随访6~12个月,治愈52例,好转10例,治愈率为83.87%,有效率为100%。未见不良反应及并发症。鼻内镜检查嗅裂通畅,鼻中隔黏膜完整,中下鼻甲成形好,中、下鼻甲与鼻中隔之间有一定的间隙,可以通过内镜,未见粘连及脓涕。

3 讨论

鼻腔的正常结构、解剖形态、毗邻关系对鼻腔的正常功能具有重要作用。鼻腔结构的相互接触,影响鼻腔黏膜的纤毛功能及异常的神经反射,鼻中隔是鼻腔结构的核心,其结构异常影响中下鼻甲,窦口鼻道复合体;中鼻甲反向偏曲、泡性中鼻甲、筛泡钩突肥大又与鼻中隔相触;鼻中隔的高位、低位偏曲,呈“C”形、“S”形偏曲、嵴状或者棘突状偏曲,与中下鼻甲相触,均能引起头痛。

从神经分布的解剖学来看,鼻腔的感觉神经主要来自于三叉神经的第1支(眼神经)和第2支(上颌神经)^[4],筛前神经来自于三叉神经第1支,它从中鼻甲前端及对应的鼻中隔黏膜下行,上颌神经的腭前神经(腭大神经)在翼腭管内分出鼻后下神经进入鼻腔,分布于中鼻道、下鼻甲及下鼻道。如鼻中隔与鼻腔外侧壁之间结构异常,引起局部挤压,鼻黏膜相触能使局部感觉末梢释放P物质,产生疼痛反应^[5]。而且挤压引起的疼痛比鼻腔慢性炎症的疼痛更加明显。

鼻腔、鼻窦的疼痛可以使头部、颈部和肩背部肌肉长期处于收缩状态,最后形成强

直或挛缩,肌肉的血液减少,组织逐渐发生肌纤维变性,最后形成肌筋膜炎。一些病例由于下鼻道的三叉神经受到鼻中隔偏曲与下鼻甲挤压刺激疼痛,引起植物神经症状,如恶心、呕吐等。本组病例中见低位鼻中隔偏曲,如嵴状偏曲、棘突压迫下鼻甲,疼痛发作时伴有恶心、呕吐及颈部、背部疼痛压榨感。按鼻中隔的偏曲部位分为高位、低位、前段、后段偏曲;按形态分为:C形、S形、骨棘、嵴状偏曲。在认识该病的同时,作者认为诊断需做好如下几点:①认真询问病史,明确疼痛的特点、部位、时间、性质等。②患者在疼痛时以1%丁卡因麻黄碱棉片置于接触点的试验。③常规作内镜检查了解鼻中隔、中下鼻甲、筛泡、钩突的形态、毗邻关系,有无接触点。尤其对于鼻中隔后段偏曲容易漏诊,需要作内镜检查。④行鼻窦CT扫描:以了解各组鼻窦、鼻腔情况,排除颅内其他病变。

在临床上,由于鼻腔结构异常引起的头痛为主要症状,而鼻炎、鼻窦炎的症状缺乏或者不明显。部分患者到神经内科或者骨伤科就诊,认为是一种神经痛、偏头痛,急性胃肠炎,颈背部肌腱炎,肌肉劳损的疼痛,疗效不佳。8例经会诊转入我科,经认真询问病史,行CT、鼻内镜检查及局部丁卡因麻黄碱试验等而确诊。本组中,62例患者鼻腔结构异常中以鼻中隔高位偏曲导致鼻源性头痛最多有44例(高位偏曲32例,高位偏曲合并中鼻甲反向偏曲2例,合并泡性中鼻甲2例,高低位均偏曲8例),占70.96%,头痛症状强度明显。表现为不同程度的前额、鼻根、眉间隐痛,压榨感,可放射至同侧颞部、枕部、颈部及背部,无明显时间规律性,但以疲劳、受凉,天冷时明显,部分患者疼痛明显时伴有呕吐,非喷射状,部分有鼻塞,无流涕。低位后段偏曲6例、前段偏曲2例与下鼻甲相触,疼痛急性发作时伴有颈背部疼痛者6例,伴有恶心、呕吐5例,占9.68%,以后端偏曲引起胃肠症状更明显。钩突肥大、筛泡肥大与鼻中隔相贴引起头痛10例,占16.12%,表现为鼻根,前额疼痛不适,胀痛感,以疲劳、受凉,天冷时加重。

治疗鼻腔结构异常的疼痛,关键在于重塑鼻腔结构,使之正常化。将偏曲的鼻中隔个性化矫正,对于鼻中隔高位偏曲与鼻腔外侧壁相贴的区域偏曲要矫正到位,同时将中鼻甲向外转位,扩大中鼻道空间,避免黏膜接触引起头痛。对于低位偏曲在矫正鼻中隔后,将下鼻甲适当外移或者加以消融治疗,扩大下鼻道空间,消除黏膜接触。高低位偏曲者予一并处理。注意保护好鼻中隔黏膜,保留好平直的软骨;低位偏曲骨性部分用鼻中隔咬骨钳使其骨折转位后,用剥离子推压平直。将肥大的中鼻甲、泡性中鼻甲进行压榨或修整外侧部分,使之“瘦身”塑形,将肥大的钩突、筛泡引起鼻腔黏膜接触者予切除。去除接触性头痛发生的原因,并将开放筛窦,将中鼻甲向外转位,部分将下鼻甲亦向外转位成形,扩大鼻道空间,又减少了继发性鼻窦炎的发生。

目前不少学者报道了鼻源性头痛的手术治疗^[6-8],以矫正鼻中隔偏曲,中鼻甲、筛泡、钩突的处理为主。笔者通过临床探讨,认为鼻腔结构的异常一方面需手术切除调整结构异常;另一方面,需考虑重塑鼻腔结构,考虑是否会影响鼻窦引流,继发性鼻窦炎,考虑鼻甲鼻腔黏膜的功能恢复,才真正有利于鼻腔鼻窦功能的正常化,消除疾病之根。因此,笔者通过鼻内镜下切除鼻中隔的偏曲段,如嵴状偏曲,棘突,C形或S形偏曲使之矫正平直,又保护好其功能,减少气流引起的黏膜扇动。调整鼻甲的异常形态与位置,消除黏膜接触点。切除钩突,开放筛窦,扩大窦口鼻道复合体的空间,使中鼻甲旋转有一定的空间,又达到鼻腔重塑的效果。本组病例手术效果良好,只有做到诊断准确,才能制定有效的手术方案,使该病得以根治。

参考文献:

- [1] Parsons DS, Batra PS. Functional endoscopic sinus surgical outcomes for contact point headaches [J]. *Laryngoscope*, 1998, 108(5): 696-702.
- [2] Giacomini PG, Alessandrini M, Depadova A. Septoturbinal surgery in contact point headache syndrome: long-term results [J]. *Cranio*, 2003, 21(2): 130-135.

- [3] 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.
- [4] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳,主编. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2008:40.
- [5] Friedman WH, Rosenblum BN. Paranasal Sinus etiology of headaches and facial pain[J]. Otolaryngol Clin North Am, 1989, 22(6):1217-1228.
- [6] 彭洪,尹金淑,姬巍. 非炎症性鼻源性头痛[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(7):495-496.
- [7] 刘升,黄小蓉. 经鼻内镜治疗鼻内黏膜接触点头痛32例[J]. 中国眼耳鼻咽喉科杂志,2009,9(1):48.
- [8] Behin F, Behin B, Behin D, et al. Surgical management of contact point headaches[J]. Headache, 2005, 45(3):204-210.

(修回日期:2011-06-22)

· 病案报道 ·

鼻咽部稻叶异物1例

龚士砦

(湖北省郧县人民医院耳鼻咽喉科,湖北郧县 442500)

中图分类号:R765.8

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2011)04-0301-01

患儿,男,3岁。因误食异物后咽部异物感2h就诊。患儿2h前被其母亲发现进食稻叶,遂自患儿口腔内取出条形稻叶一根,见咽部无异物后未做其他处理。但患儿诉有咽部不适,似仍有异物,遂急诊入院。专科体检:咽部轻度充血,双侧扁桃体I°肿大。口腔、口咽、喉咽部未见异物,自诉未将稻叶咽下,遂未作特殊处理。第2天,患儿仍诉咽异物感,再次就诊。于是咽部给予1%丁卡因溶液表面麻醉后,再次仔细检查口咽、喉部,均未见异物。改用间接鼻咽镜检查鼻咽,发现鼻咽顶部有一绿色条状异物,用压舌板推压软腭,自鼻咽顶后壁处取

出一长约3cm,宽约3mm的稻叶。再次追问病史,患儿诉异物感消失。

鼻咽部异物较少见,本例患儿所食异物为稻叶。由于患儿父母为农民,其在收割稻子时将患儿置于稻田内自由玩耍,从而出现患儿进食稻叶现象发生。由于稻叶有向一个方向倾斜的锯齿状边缘,因此,稻叶进入咽部后,随着咽部运动,借助锯齿状边缘而运动至鼻咽顶部。由于鼻咽部较隐蔽,且鼻咽部异物发生率较小,故在检查过程中容易遗漏。因此,在诊断患者描述有锯齿状边缘的叶状异物时,应警惕鼻咽部异物的可能。

(修回日期:2011-06-30)