

吸引器头外套静脉输液管电凝吸引治疗 慢性肥厚性鼻炎的疗效观察

陈国明

(天津市蓟县人民医院耳鼻咽喉科,天津蓟县 301900)

关键词:鼻炎,肥厚性;电凝术;鼻内镜术;疗效

中图分类号: R765.21;R765.9 **文献标识码:** C **文章编号:** 1007-1520(2011)04-0313-02

慢性肥厚性鼻炎临床治疗方法很多,我科采用经鼻内镜下吸引器头外套静脉输液管电凝吸引塑形下鼻甲治疗慢性肥厚性鼻炎80例,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007~2009年天津市蓟县人民医院耳鼻咽喉科收治慢性肥厚性鼻炎患者80例,其中男53例,女27例;年龄18~65岁,平均32.6岁,病程1.5~30年。所有患者均符合慢性肥厚性鼻炎诊断标准^[1],术前均行鼻内镜及鼻窦CT检查,排除鼻窦炎及下鼻甲骨性肥大者,并不伴明显鼻中隔偏曲。

1.2 手术方法

鼻内镜下用1%丁卡因和1‰肾上腺素混合液棉片表面麻醉与收缩鼻腔黏膜,于下鼻甲全程注射1%利多卡因及适量肾上腺素液,予以局部浸润麻醉,观察下鼻甲形态。鼻内镜直视下作下鼻甲前端黏膜上、中、下垂直切口,深度不切及下鼻甲骨,并向后平行延伸至下鼻甲后端。如下鼻甲肥厚严重,可做3个2mm楔形切除,用外套静脉输液管的吸引器头深入切口,切口内吸引,并鼻腔外侧电凝吸引器头后端使切口闭

合、粘连,鼻甲缩小,达到塑形下鼻甲的目的,使下鼻甲距鼻中隔及鼻底大于5mm。术后下鼻甲用膨胀海绵填塞止血,填塞时注意保持塑形后的下鼻甲。

1.3 术后处理

术后2d抽出鼻腔填塞物,并辅以喷雾剂曲安奈德或雷诺考特喷鼻,抗生素治疗3d预防感染。术后1周给予促纤毛恢复药物2周,局部用生理盐水冲洗。出院后第1、3、6周鼻内镜复查,6周后每月复查1次,6个月后每3个月复查1次。

1.4 疗效评定标准^[2]

治愈:鼻腔通气良好,下鼻甲体积缩小,黏膜色泽正常,下鼻甲距鼻中隔及鼻底大于3mm,鼻腔无粘连、干燥及瘢痕;有效:鼻腔通气较术前明显好转,偶有鼻塞,经药物治疗可恢复正常,下鼻甲距鼻中隔及鼻底小于3mm,鼻甲稍肿胀;无效:鼻通气无改善,术后体征无变化,药物治疗无效。

2 结果

术后随访0.5~1年,治愈62例,有效18例,总有效率为100%。所有病例无术后大出血、鼻腔粘连、鼻腔干燥感,无反复结痂及鼻甲坏死。

3 讨论

慢性肥厚性鼻炎患者大多以下鼻甲前

作者简介:陈国明,男,主治医师。
通讯作者:陈国明,Email:guoming.chen@foxmail.com.

端下方游离缘及后端增生为主,少数下鼻甲骨质也出现增生肥大,手术目的是使在保护下鼻甲功能的同时将其缩小到最佳体积。下鼻甲局部硬化剂注射、微波、激光及传统下鼻甲部分切除术破坏了下鼻甲黏膜及其表面的纤毛细胞、腺体、血窦等正常结构,影响了下鼻甲的固有功能。理想的下鼻甲手术是缩小肿大或肥大的下鼻甲,恢复下鼻甲在鼻腔的正常形状,恢复正常鼻阻力,同时尽量保留下鼻甲黏膜完整,使慢性肥厚性鼻炎治疗趋于微创。笔者采用经鼻内镜下吸引器头外套静脉输液管电凝吸引治疗慢性肥厚性鼻炎,术中尽量不切除下鼻甲黏膜,保留了黏膜纤毛功能。吸引器头外套静脉输液管起到了绝缘作用,防止电凝损伤前鼻孔及鼻腔黏膜,吸引器头在伤口内吸引起到使鼻甲组织粘连缩小作用,并有止血作

用。在鼻腔外侧电凝,吸引器头热损伤小(我科通常采用电凝输出功率为30 W),不使组织炭化,利于术后恢复。行下鼻甲黏膜切口时,如发现下鼻甲走行异常,过度内伸或高拱,总鼻道仍不够宽敞,则将下鼻甲向外侧骨折移位。此术式操作简单,用时短,术中出血少,对鼻腔生理功能无影响,对黏膜损伤小,术后恢复快,符合功能性下鼻甲手术,临床值得推广。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2008:111-112.
- [2] 潘喜荣.肥厚性鼻炎289例手术方式的探讨[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2007,15(5):367-368.

(修回日期:2011-05-15)

· 经验交流 ·

鼻内镜手术治疗鼻源性头痛38例体会

修崇林¹,杨军²,薛刚³

(1. 河北省张家口市第六医院耳鼻咽喉科,河北张家口 075000;2. 河北省张家口市第二医院耳鼻咽喉科,河北张家口 075000;3. 河北北方学院附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科,河北张家口 075000)

关键词:鼻内镜;鼻源性头痛;内镜术

中图分类号:R765.5;R765.9 **文献标识码:**C **文章编号:**1007-1520(2011)04-0314-02

头痛为多科疾病的常见症状之一,鼻源性头痛则为鼻腔、鼻窦的解剖异常或疾病而引起,也是耳鼻咽喉科范围内最多见的产生头痛的原因,近年来河北省张家口市第六医院耳鼻咽喉科采用鼻内镜下手术治疗鼻源性头痛,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组38例,男21例,女17例;年龄

19~54岁;病程6个月至11年。全部病例均以头痛为主诉,且有明显的时间性和固定部位,多为前额、颞部、顶枕部或眶周钝痛,多有鼻塞、流涕、嗅觉减退,当鼻黏膜充分收缩和鼻腔表面麻醉后,疼痛明显消失或缓解。前鼻镜或鼻内镜下CT检查,患慢性鼻窦炎13例,鼻中隔偏曲19例,中鼻甲息肉样变4例,单纯鼻部解剖异常无鼻窦炎者2例。均排除鼻腔、鼻窦占位性病变。

1.2 手术方法

手术均在局麻下进行,具体方式根据患者解剖变异的不同或鼻内接触点的不同,采用不同手术方式。鼻息肉合并慢性鼻窦炎

作者简介:修崇林,女,主治医师。
通讯作者:修崇林,Email:xc1133@sina.com.

者选用 Messerkinger 术式,视病变范围分别行鼻息肉、钩突切除术,开放筛窦、扩大上颌窦及蝶窦口,如果上颌窦病变严重,必要时需行上颌窦口扩大开放加下鼻道联合开窗引流术。鼻中隔偏曲者采用 Killian 切口,黏膜下矫正术,如鼻中隔局限性棘突,可于偏曲前缘切口行偏曲部分(软)骨切除术。鼻中隔偏曲合并中鼻甲及钩突变异者,先矫正鼻中隔再分别行变异结构矫治。泡性中鼻甲及反向弯曲、骨质增生者,应行其外侧面及下部部分切除术,必要时切除部分中鼻甲骨质,要求保留的中鼻甲前缘至上颌骨额突,下缘距下鼻甲上缘约 5 mm。若中鼻甲形态正常,但与鼻中隔相贴较重者,应轻轻外折移位使其离开鼻中隔,以解除抵触点。对同时合并下鼻甲肥大者,可同时行下鼻甲部分切除术。术后用凡士林纱条仔细填塞固定塑型,24~48 h 后分次抽出,术后全身及鼻腔综合治疗,术腔处理及术后随访同常规鼻窦炎鼻息肉手术。

1.3 疗效标准

头痛完全消失的患者为痊愈;头痛严重程度、发作频率、持续时间有显著下降者为好转;无显著变化者为无效。

2 结果

所有患者均顺利完成手术,无并发症发生,随访时间 6~36 个月,痊愈 21 例(55.3%),好转 14 例(36.8%),无效 3 例(7.9%)。

3 讨论

头痛的原因十分复杂,临床分类也多种多样,鼻源性头痛主要是由于鼻腔、鼻窦的疾病或解剖异常而引发,其头痛机制为:鼻黏膜和骨膜受三叉神经感觉纤维支配,当受到寒冷、压力变化和毒素刺激、血管异常或扩张时,可发生头痛。急、慢性鼻窦炎由于窦内分泌物潴留及黏膜肿胀压迫、细菌毒素刺激神经末梢,引起鼻窦区肿痛,各种原因致窦口阻塞,鼻窦内产生负压,引起真空性

头痛,鼻中隔高位偏曲致中鼻道狭窄,前组鼻窦通气、引流受阻则引起阻塞性头痛,鼻中隔嵴突、棘突压迫中、下鼻甲,使其舒缩功能受到影响,引起反射性头痛,中鼻道、筛漏斗病变或解剖学变异,如筛泡过度发育、中鼻甲反向及钩突偏曲、气化等所致的窦口鼻道复合体区域狭窄引流受阻,致使上颌窦、额窦及前筛经筛漏斗与鼻腔换气功能受到影响,造成窦内氧浓度下降,二氧化碳蓄积,甚至产生窦内负压而致头痛。

鼻源性头痛保守治疗不能彻底消除病因,容易复发,必须采取手术治疗,国内有学者^[1]认为经鼻内镜手术治疗鼻源性头痛是非常必要的。由于鼻道窦口复合体区域在引发鼻源性头痛中起着关键作用^[2],所以鼻内镜下矫正鼻腔解剖异常,使鼻中隔居中,维持中鼻甲的形态,同时去除鼻腔、鼻窦内病变组织,开放病变窦口,使鼻窦炎消退,鼻源性头痛得以治愈。

术中应注意在切除病变组织的过程中尽量保持中鼻甲及中鼻道的形态及功能,手术尽量减少黏膜损伤,尤其是嗅区黏膜,过多去除会导致嗅觉减退。填塞凡士林纱条时避免将中鼻甲向某一方向作过分挤压,预防粘连、复发。术后定期复查清除术腔的干痂、肉芽、水肿组织及分泌物,解除术腔粘连,保持鼻腔、鼻窦的通气引流,是鼻内镜下治疗鼻源性头痛的关键。

无效病例分析原因可能是由于鼻内接触点可以在没有头痛的人群中存在,难与其他原因引起的头痛相鉴别;此外,心理因素、中枢性因素也不可忽视。在本研究中,应用鼻内镜治疗鼻源性头痛,取得了 92.1% 的有效率。无手术并发症,证明了鼻内镜手术治疗鼻源性头痛是安全有效的。

参考文献:

- [1] 范静平,王海青,吴建,等.鼻源性头痛临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(5):283-285.
- [2] 韩德民,主编.鼻内窥镜外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:8-9.

(修回日期:2011-07-01)