

· 临床报道 ·

鼻腔黏膜接触性头痛手术疗效分析

罗惠秀,王京川,王晓芹

(青岛市胶州中心医院 耳鼻咽喉科,山东 青岛 266603)

摘要: **目的** 探讨鼻腔黏膜接触性头痛患者鼻内镜手术的治疗效果。**方法** 对40例经鼻内镜、鼻窦CT检查明确鼻腔解剖结构异常并经临床确诊的鼻腔黏膜接触性头痛患者行鼻内镜手术治疗,术后进行疗效评估。**结果** 鼻内黏膜接触性头痛患者鼻腔解剖异常主要位于鼻腔中部,以鼻中隔高位偏曲多见,窦口鼻道复合体异常次之。鼻内镜手术矫正鼻腔解剖异常,术后随访6~16个月,平均8个月。痊愈32例,有效8例,有效率100%。5例伴有焦虑症的患者术后5d焦虑症减轻,给予氟哌噻吨美利曲辛片口服1个月症状消失。5例伴有颈背部肌紧张感的患者在术后7d内颈背部不适减轻,经理疗后症状消失。**结论** 鼻腔中部解剖异常为鼻腔黏膜接触性头痛的病因之一,鼻内镜手术矫正鼻腔解剖异常可使大部分头痛患者获得缓解,合并精神症状及颈部肌肉异常者得到改善。

关键词: 头痛;黏膜接触点;鼻内镜;手术治疗

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0381-03

自2004年国际头痛协会将鼻腔黏膜接触性头痛列为鼻源性头痛的病因之一,并制定了诊断标准^[1]后,耳鼻咽喉科医师提高了对此病的认识,并开展了手术去除鼻腔黏膜接触点治疗头痛,但其手术疗效存在争议。现将收治的鼻腔黏膜接触性头痛患者40例的临床资料及治疗效果进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010年1月~2011年6月收治的鼻腔黏膜接触性头痛患者40例,其中男27例,女13例;年龄18~66岁,平均年龄38岁;病情6个月至20年。患者的主要症状为头痛,部分患者伴有鼻塞,少数患者伴有恶心呕吐等植物神经症状,其中5例伴有轻度的焦虑症。疼痛部位多位于内眦、眶周、前额、颞部及头顶;疼痛性质有闷痛、胀痛、沉重压迫感、跳痛,5例头痛时间10年以上者伴有颈背部肌紧张感。头痛多在休息不佳及精神紧张时发作,受凉及感冒后加重。头痛持续时间数小时至数

天,部分患者因头痛影响工作、学习及休息。40例患者均经神经内科检查排除神经内科病变,均行鼻内镜及鼻窦冠状位CT检查,显示鼻腔黏膜接触点以鼻中隔偏曲多见(图1),窦口鼻道复合体异常次之。其中鼻中隔高位偏曲挤压中上鼻甲致中上鼻道狭窄23例,致嗅裂狭窄10例,鼻中隔棘突、嵴突与中下鼻甲相触10例,鼻中隔低位偏曲与下鼻甲相触8例,钩突肥大、筛泡过度发育10例,中鼻甲异常(泡状、反向弯曲、肥大)6例,上鼻甲异常弯曲1例,多数患者存在两种或两种以上解剖异常,并且正常与异常结构间或异常与异常结构间骨间隙狭窄黏膜相互接触挤压。

1.2 入选标准

符合2004年国际头痛协会制定的黏膜接触性头痛诊断标准^[1]:①头痛位于眼眶周围、眼眶内侧、颞部或颧弓部的间歇性头痛;②鼻内镜检查和鼻窦CT检查找到鼻腔黏膜接触点的证据,并且没有急性鼻窦炎、鼻腔肿瘤的证据;③头痛至少有以下特征之一:头痛程度随患者在直立或平躺的体位变化而变化。应用局部麻醉剂麻醉中鼻甲及嗅裂区,头痛在5min内消失或缓解(麻醉实验阳性);再次头痛发作时行生理盐水棉片放置在鼻腔黏膜接

作者简介:罗惠秀,女,硕士研究生。
通讯作者:罗惠秀,Email:luohuixiu521@163.com.

触点,头痛无缓解(对照实验阴性)。

图 1 术前鼻窦冠状位 CT,箭头示鼻中隔嵴与中鼻甲接触,无鼻窦炎、鼻息肉、鼻腔肿瘤征象

1.3 手术方法

所有患者均在鼻内镜下手术矫正鼻腔解剖异常,消除鼻腔黏膜接触点,以恢复鼻腔的正常结构及功能。鼻中隔偏曲、棘突及嵴突者,内镜下行鼻中隔偏曲矫正术解除鼻中隔与中下鼻甲黏膜的接触及中鼻道狭窄,切口不缝合,术后鼻腔放置膨胀海绵压迫。钩突肥大、筛泡过度发育者,鼻内镜下用镰状黏膜刀自中鼻甲腋的下方至下鼻甲附着处做弧形切口,剥离全钩突,用息肉钳将剥离的钩突全部切除,开放筛泡、上颌窦口,扩大窦口与鼻道空间,术后中鼻道及嗅裂放置膨胀海绵。泡状中、上鼻甲者,内镜下纵行切开鼻甲,去除泡甲外侧壁,不留残腔,使其内壁形成术后鼻甲。中鼻甲反向弯曲者,内镜下将中鼻甲黏膜下骨折变直,并向内侧移位,术后在中鼻道及嗅裂部放置小块膨胀海绵;上鼻甲反向弯曲致上鼻道狭窄或与鼻中隔相接触者,内镜下行上鼻甲部分切除。

1.4 术后处理

术后静脉滴注抗生素 5 d,止血药 1 d,术后 2 d 抽出鼻腔填塞的膨胀海绵,术后 4 d 内镜下行鼻腔清理。出院后 1 个月内每周复查清理术腔 1 次;2~6 个月内,每半个月至 1 个月复查 1 次,对术腔内的囊泡、窦口狭窄、粘连等进行处理。术后 1 年内,继续定期内镜检查。

1.5 疗效评定

痊愈:术后 1 周内头痛完全消失,随访期内头痛无复发,或因粘连出现头痛但解除粘连后头痛立即消失;有效:术后 1 周及随访期内头痛程度减轻或发作次数减少;无效:局部无粘

连又无新的致病因素,但头痛程度及发作频率主观无明显变化。

2 结果

术后随访 6~16 个月,平均随访 8 个月。鼻中隔偏曲矫正,窦口鼻道复合体区宽敞,术腔上皮化良好、黏膜光滑,中鼻甲形态正常,嗅区通气良好。痊愈 32 例,有效 8 例。有效率为 100%。5 例伴有焦虑症的患者术后 5 d 焦虑症减轻,给予氟哌噻吨美利曲辛片口服 1 个月焦虑症消失。5 例伴有颈背部肌紧张感者术后 7 d 颈背部不适减轻,理疗后症状消失。

3 讨论

鼻腔黏膜接触性头痛指鼻中隔偏曲、窦口鼻道复合体解剖异常致鼻腔黏膜间相互接触挤压而引起的头痛。2004 年国际头痛协会将鼻黏膜接触性头痛归为国际头痛分类标准-2 中^[2]。研究发现其病理基础为鼻腔解剖结构异常导致引起头痛的鼻腔黏膜接触点的存在。

近年关于鼻腔黏膜接触点与头痛的理论研究有:①神经解剖学研究。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),眼神经分支进入鼻腔分布于鼻中隔和鼻腔外侧壁前上部。上颌神经分支分布于鼻腔外侧壁后部、鼻腔顶和鼻中隔上。若鼻腔解剖结构异常,引起局部接触挤压,刺激局部神经可引起头痛。Abu-Bakra^[3]、楼正才等^[4]研究发现接触性头痛患者很少有鼻解剖骨性组织抵触,其头痛的发生主要为鼻中隔、中(上)鼻甲、钩突、筛泡等变异导致骨间隙狭窄及黏膜接触挤压刺激局部神经。本研究 40 例患者鼻腔解剖异常主要为鼻中隔偏曲、钩突肥大、筛泡气化等,窦口鼻道复合体异常次之,与楼正才的研究一致。杨海斌等^[5]发现单一结构黏膜接触,很少出现头痛,相邻结构多处黏膜水肿接触,可出现一过性头痛,经药物治疗或抵抗力增强,接触黏膜肿胀消退,常可缓解。当接触黏膜进一步纤维化增生肥厚引起头痛,此时药物多难以控制需行外科干预。本研究显示病情短及接触黏膜水肿的患者经药物治疗可暂时缓解,但由于鼻腔解剖变异的

持续存在及黏膜接触点的多点存在,头痛极易反复发作。因此鼻内镜下手术干预成为必要。②生物化学研究发现鼻黏膜中存在P物质,鼻腔慢性炎症及鼻黏膜相互接触所致的机械压力可诱发鼻黏膜的感觉末梢释放P物质,刺激分布于鼻腔及鼻窦黏膜的三叉神经引起鼻腔反射性头痛。Blumenthal^[6]认为正常黏膜P物质浓度高于鼻慢性炎症黏膜及鼻息肉中的浓度。因此鼻黏膜接触挤压比鼻慢性炎症更易引起疼痛。③鼻腔及鼻窦黏膜具有呼吸功能,窦口狭窄、通气及引流受限时窦腔不能进行正常气体交换,使窦腔处于负压状态,导致相关窦腔区域闷痛。本研究中钩突肥大、筛泡气化等窦口鼻道复合体病变影响局部纤毛功能、窦腔负压导致头痛的发生,并且鼻窦CT检查显示鼻窦无明显病变。④鼻解剖变异及黏膜接触导致鼻腔空气动力学特征异常、鼻腔紊流增加及鼻气流分布不均^[7],导致气流刺激筛板或鼻窦自然口引起头部胀闷感^[8]。手术矫正鼻腔解剖异常恢复正常的鼻腔空气动力学特征,改善头痛。

陈凯等^[9]通过鼻窦CT扫描、鼻内镜检查、丁卡因麻黄碱局部麻醉试验明确鼻腔结构性头痛的诊断,并行鼻内镜手术,结果有效率为100%。本研究40例患者鼻内镜及鼻窦CT检查明确鼻内解剖异常及鼻内黏膜接触点的存在,丁卡因实验阳性及生理盐水对照实验阴性后行鼻内镜下手术纠正鼻腔解剖异常,解除鼻腔黏膜接触点,恢复鼻中隔在鼻腔的正常位置,使中鼻道、嗅裂间隙大小合适,窦口的正常呼吸功能恢复。本组40例患者手术有效率为100%,显示术前鼻内镜、鼻窦CT检查及丁卡因实验、生理盐水对照实验对诊断及手术指征的选择的重要。

杨晓苏等^[10]研究发现鼻黏膜接触患者反复头痛、闷胀可继发抑郁、焦虑致头痛加剧及频繁发生。本组中5例合并轻度抑郁症的患者术后头痛消失,抑郁焦虑症缓解,经口服氟哌噻吨美利曲辛片1个月后抑郁焦虑症状消失。精神症状也随之缓解。因此对于长期头痛合并焦虑症、抑郁症经内科系统治疗无缓解且符合鼻腔黏膜接触性头痛诊断标准的可谨慎行手术治疗,但疗效还需大量的临床病例观察。

鼻腔鼻窦的疼痛可使头部、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,最后形成肌筋膜炎而加重头部不适。本组5例合并颈肩部肌紧张感的患者术后经理疗后缓解,表明长期头痛可致颈肩部肌肉改变,需尽早手术解除头痛。

本研究表明鼻腔黏膜接触性头痛主要为鼻腔中部解剖异常,经严格诊断及系统药物治疗无缓解及缓解后复发的患者行鼻内手术治疗有效。术前鼻内镜及鼻窦CT检查可明确鼻腔黏膜接触点,丁卡因实验阳性及生理盐水对照实验阴性对手术指征的选择及术后手术疗效评价起着重要作用。对经系统药物治疗效果不佳或反复发作的患者宜尽早手术,避免引起精神及颈肩部肌肉症状等。

参考文献:

- [1] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders[J]. Cephalalgia, 2004, 24(Suppl 1): 9-160.
- [2] Heinze A, Heinze-Kuhn K, Goble H. Classification of headache disorders[J]. Schmerz, 2007, 21(21): 263-273.
- [3] Abu-Bakra M, Jones NS. Prevalence of nasal mucosal contact points in patients with facial pain compared with patients without facial pain[J]. Laryngolotol, 2001, 115(3): 629-632.
- [4] 楼正才,楼放毅,罗利民. 鼻内接触性头痛的发病机制及诊治[J]. 解放军医学杂志,2009, 23(5): 911-912.
- [5] 杨海斌,郭永清. 鼻源性头痛[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 31(2): 97-99.
- [6] Blumenthal HJ. Headaches and sinus diseases[J]. Headache, 2001, 4(4): 883-888.
- [7] 刘迎曦,于申,孙秀珍,等. 鼻腔结构形态对鼻腔气流的影响[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005, 40(11): 846-849.
- [8] 袁晓培,马有祥,邢志敏. 鼻内镜下鼻腔成形术治疗结构性鼻炎[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 21(17): 782-784.
- [9] 陈凯,李雪芬,林煌,等. 鼻腔结构性头痛的临床特点与手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011, 17(4): 298-301.
- [10] 杨晓苏,罗新明. 慢性非器质性头痛患者抑郁和焦虑状况的研究[J]. 中华内科杂志,2004, 43(12): 939-940.

(修回日期:2012-04-06)