

· 经验交流 ·

鼻内孔扩大术治疗鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞 32 例

姚向东

(新乡市中心医院 耳鼻咽喉科, 河南 新乡 453000)

关键词: 鼻内孔扩大术; 鼻瓣膜区; 狭窄性; 鼻阻塞

中图分类号: R765.9

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)05-0403-02

在诸多阻碍鼻呼吸的因素中, 临床上常关注鼻腔、鼻中隔、鼻甲、鼻窦及鼻咽腔等各种阻塞性病变, 鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞易被忽视, 以至鼻腔手术后达不到理想的通气效果。笔者采用鼻内孔扩大术治疗鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞患者 32 例, 取得了满意的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞患者共 32 例, 其中男 18 例, 女 14 例; 年龄 20 ~ 65 岁, 平均年龄 42.5 岁。病史均在 2 年以上。主要临床表现为吸气时鼻腔阻塞, 有单侧和双侧两种, 可伴胸闷、憋气。经鼻腔鼻窦手术后, 仍遗留不同程度鼻塞。所有患者经抬高鼻尖部试验和 Cottle 征阳性明确诊断。鼻镜检查鼻中隔前端及大翼软骨有无向内突出, 可以明确阻塞部位, 本组下鼻甲前端肥大 6 例, 鼻外侧软骨凸出 14 例(左侧 7 例、双侧 7 例), 骨性梨状孔狭窄 12 例(左侧 6 例、双侧 6 例)。本组病例均排除鼻腔、鼻中隔、鼻甲、鼻窦、鼻咽腔等病变所致鼻塞。

1.2 手术方法

手术在局麻下进行, 鼻腔内用 2% 丁卡因棉片作表面麻醉后在前鼻孔边缘做弧形切口, 范围由鼻小柱下达大翼软骨下角做弧形切口后向内向后深入, 分离皮下及骨膜软组织至鼻

内孔鼻阈处, 深达骨膜, 分离黏骨膜, 暴露梨状孔。沿梨状孔下缘黏骨膜下分离, 充分暴露鼻中隔和软骨支架, 向后分离鼻底及鼻腔外侧壁黏骨膜, 越过鼻腔前中部狭窄区, 切除鼻中隔的解剖变异部分, 矫正鼻中隔, 切割钻削除上颌骨腭突游离缘过度发育或增生部分, 削薄上颌骨鼻嵴和内缘, 削低梨状孔鼻底隆起部分, 扩大骨性鼻内孔和鼻腔前中部骨性狭窄区。下鼻甲肥大时, 将鼻甲骨骨折向外侧移, 纵行分离下鼻道黏骨膜, 消除鼻腔黏骨膜张力, 将黏骨膜复位。术终鼻腔底面与鼻前庭底面基本平行, 扩大了前鼻孔鼻瓣膜区的横截面积, 通气即刻改善。术后鼻前庭内用凡士林纱条填塞, 切口间断缝合。2 ~ 3 d 抽出纱条, 5 d 拆线。对侧手术方法同前。

2 结果

术后所有患者鼻塞症状完全消失, 其余症状逐渐改善。随访 2 ~ 20 个月。近期和远期疗效均满意。不良反应及并发症有术后 24 h 内鼻唇沟软组织轻度肿胀, 手术切口相应部位有麻木感, 1 ~ 6 个月逐渐消除。

3 讨论

鼻瓣膜区即鼻内孔区域。包括鼻中隔软骨前下端、鼻外侧软骨前端和鼻腔最前部的梨状孔底部^[1]。位于鼻前庭深部、下鼻甲前端的前方。为一狭长的三角形, 面积 55 ~ 64 mm²。在此三角区的顶端有一裂隙状开口。该开口狭小, 正常角度为 10° ~ 15°, 是鼻腔中最狭小

作者简介: 姚向东, 男, 副主任医师。
通讯作者: 姚向东, Email: yxdn2011@126.com.

的关口,称为鼻瓣。此处对空气的阻力最大。因先天性发育畸形、外伤、面神经瘫痪、连接大翼软骨的扩鼻肌失去张力等原因,使鼻瓣区的角度小于 10° ,即发生鼻阻塞。抬高鼻尖部试验和 Cottle 征阳性,可作出诊断。传统治疗方法主要是通过手术扩大鼻瓣膜区横截面积来达到治疗目的^[2]。笔者采用鼻内孔扩大术治疗鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞患者 32 例体会:①鼻中隔前下端偏曲者,则应在鼻中隔黏骨膜切除时,尽量使切口靠前,以便于将偏曲的软骨及位于下方的嵴突完全切除。②如鼻外侧软骨向内突,用小拉钩将鼻尖部抬高,显露鼻外侧软骨,用小刀切开外覆的皮肤,分离皮下组织,切开骨膜,暴露软骨的两面,切除软骨的突出部分,但不要切除过多,以免两侧鼻翼外

观不对称。③梨状孔底部下缘骨嵴过高对鼻腔气流流畅影响最大,切割钻削除过高梨状孔下缘使鼻前庭底部和鼻腔底部基本平行,扩大了前鼻孔鼻瓣膜区的横截面积,通气即刻改善。笔者认为梨状孔下缘过高是使鼻瓣膜区阻力加大的重要因素,去除过高梨状孔下缘使鼻前庭底部和鼻腔底部保持同一水平,是鼻内孔扩大术解除鼻瓣膜区狭窄性鼻阻塞的重要手段。

参考文献:

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:30.
- [2] 蒋双庆.鼻瓣区阻塞性病变 30 例报告[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(11):513.

(修回日期:2012-06-15)

· 经验交流 ·

鼻底造瘘引流在鼻前庭囊肿手术中的应用

朱湘滨,董文达,万 华,乐 林,杨歆瑶,丁文华,陈映辉

(株洲市 331 医院 耳鼻咽喉科,湖南 株洲 412000)

关 键 词:鼻前庭囊肿;造瘘;引流;鼻泪管

中图分类号:R764.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)05-0404-02

鼻前庭囊肿是发生于鼻前庭皮下、上颌牙槽突骨表面上的一种良性病变,生长缓慢,早期无症状,合并感染后有疼痛,局部迅速肿大,可压迫上颌骨形成骨质缺损^[1]。临床上有经唇龈沟入路切除和揭盖法切除^[2-3]。经唇龈沟入路因视野开阔,手术操作方便,不易损伤周围组织,故临床较常用,但术后鼻底造瘘引流的重要性时常被忽视。笔者经临床观察发现鼻底造瘘引流能防止术后复发,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 1 月~2010 年 3 月株洲市 331 医

院耳鼻咽喉科收治鼻前庭囊肿患者共 47 例,其中男 19 例,女 28 例;年龄 20~55 岁,平均年龄 38 岁。囊肿直径 10~30 mm,均为单侧,且无手术史,其中并发感染者 15 例(2 例多次反复感染)。

1.2 方法

47 例随机分为两组:A 组为唇龈沟入路切除手术+鼻底造瘘引流共 28 例,其中未感染者 19 例,并发过感染者 9 例(包含 2 例多次感染者);囊肿完整切除未破的 15 例,切除后术腔与鼻底未贯通,因囊肿较大,为防止局部引流欠佳遂切开鼻底造瘘引流;囊肿切除中破溃者 13 例,包括 9 例感染过的囊肿,由于粘连严重,结构分界不清,将囊壁连同周围组织一并剝除后,碘伏烧灼术腔并予鼻底造瘘引流。B 组为常规唇龈沟切口引流共 19 例,其中未

作者简介:朱湘滨,男,主治医师。
通讯作者:董文达,Email:xiangbin612@tom.com.

曾感染者13例,并发过感染者6例。12例囊壁完整切除,缝合口腔内切口后留置橡皮膜经口内引流,局部加压。7例囊肿切除中囊壁破溃(其中6例曾并发感染)。由于囊肿与周围粘连严重,结构分界不清,将囊壁连同周围组织一并剝除后,碘伏烧灼术腔。由于囊肿小(直径约10 mm),或部分患者不同意鼻底切开,行缝合口腔内切口后留置橡皮膜口内唇龈沟引流,局部加压。

2 结果

A组术后伤口愈合良好,无前鼻畸形,随诊1年均无复发及相关并发症。B组中12例囊肿完整切除的术后伤口愈合良好,随诊1年无复发;7例囊肿分离时囊壁破溃且未行鼻底引流者,术后0.5~3个月复诊,4例(均为感染后手术者)局部再发隆起,复发率57.1%。予麻醉后鼻前庭鼻底隆起处切开一小圆形切口切除,鼻底填塞碘仿纱条,3 d后间断抽除。随诊1年无复发及相关并发症。

3 讨论

鼻前庭囊肿的发生机制尚有争论,外伤被认为是上皮增生的刺激因素^[4]。另外还有腺体潴留学说,认为系鼻腔底的黏液腺腺管阻塞,以致腺体分泌物潴留而成囊肿。还有研究认为,鼻泪管系统的发育异常在鼻前庭囊肿的发生机制中可能起主要作用^[1]。临床在手术

治疗鼻前庭囊肿时,鼻底造瘘引流和彻底切除的疗效比较还有待进一步观察。这可能取决于鼻前庭囊肿的发生机制,如起源于胚胎的鼻泪管系统,则应完整彻底切除;如为腺体潴留,则鼻底造瘘引流应能解决问题。

通过对两组病例的治疗,笔者体会如下:①囊肿应尽量完整切除,术后局部加压引流;②囊肿在近鼻腔底的位置粘连较紧密,可能与鼻腔底黏液腺腺管来源相关。采用剥离子紧贴囊肿轻划,常可完整剥离;③囊肿较大,造成局部颌骨压迫吸收骨质缺损时,外部加压难以到位,可能残留空腔积液,经鼻底造瘘置碘仿纱条引流疗效满意;④若囊肿与周围粘连分离时破溃,不能确定是否完整切除囊壁时可扩大切除,同时应行鼻底引流;⑤囊肿合并感染者,与周围粘连分离时易破溃,囊肿切除后应同时行鼻底造瘘引流防止复发。鼻底造瘘的同时,切除了鼻腔底病变的黏液腺腺管,这可能是鼻底造瘘引流较唇龈沟引流复发率低的原因所在。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:20.
- [2] 李常江,林尚泽. 鼻内镜下揭盖术治疗鼻前庭囊肿[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(1):28.
- [3] 李德宏,胡丽. 揭盖法治疗鼻前庭囊肿152例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(1):59.
- [4] Choi JH, Cho JH, Kang HJ, et al. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases[J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81(2):94-96.

(修回日期:2012-06-05)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2012年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管、中南大学主办、中南大学湘雅医院承办、国内外公开发行的医学学术性期刊,已被列入中国科技论文统计源期刊。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有基础研究、临床研究、临床报道、经验交流、技术与方法、病例报道、综述等栏目。本刊为双月刊,定价12.00元,全年72.00元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。通讯地址:湖南省长沙市湘雅路87号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部(湘雅医院内),邮编:410008,投稿网址: <http://www.xyosbs.com>, Email:xyent@126.com, 电话(传真):0731-84327469。欢迎踊跃投稿、积极订阅。