

85 例鼻源性头痛的诊断与治疗

石磊¹, 宋亚娟², 张志昱³

(张家口市崇礼县医院 1. 耳鼻咽喉科; 2. 儿科, 河北 张家口 076350; 3. 张家口市桥西区武城街牙科医院, 河北 张家口 075000)

关键词: 鼻源性头痛; 内镜检查; 局部病变及结构变异; 外科手术
中图分类号: R765.5 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2013)01-0080-02

鼻源性头痛是指鼻腔鼻窦局部病变所引起的头痛, 常伴有明显的鼻部症状, 如鼻塞、流涕、嗅觉障碍等。根据其致病因素, 可分为急、慢性鼻-鼻窦炎性头痛, 鼻腔、鼻窦新生物性头痛及鼻内黏膜接触点性头痛^[1]。约占全部头痛发病数的 5%, 2004 年 9 月~2011 年 3 月笔者共收治鼻源性头痛患者 85 例, 对其诊断与治疗报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选取 2004 年 9 月~2011 年 3 月收治的鼻源性头痛患者共 85 例, 其中男 60 例, 女 25 例; 年龄 18~54 岁, 平均年龄 45 岁。病程 6 个月至 10 年, 平均 5.6 年。主要症状为持续性或间歇性头痛, 多发生于额颞部, 少数发生于顶枕部, 单侧或双侧发病。伴或不伴有鼻塞、流涕、嗅觉改变等症状。发病诱因考虑为单纯性鼻中隔偏曲的患者 23 例; 急、慢性鼻炎伴鼻窦炎的患者 14 例; 急、慢性鼻炎伴鼻中隔偏曲的患者 15 例; 单纯性急慢性鼻窦炎的患者 20 例; 急慢性鼻窦炎伴鼻中隔偏曲的患者

11 例; 牙源性上颌窦炎 2 例。
内镜检查所见: 单纯鼻中隔偏曲 23 例; 鼻中隔偏曲伴有鼻黏膜慢性充血, 肿胀或肥厚 15 例; 鼻中隔偏曲伴有中鼻甲肥大或息肉样变 12 例; 急、慢性鼻窦炎、中鼻道变窄, 黏膜水肿或有息肉等 35 例。
全部患者均行 CT 检查; 其中 10 例行 MRI 检查及其他相关检查。

1.2 治疗

20 例患者经保守治疗后好转, 未再继续治疗。65 例患者行手术治疗, 具体见表 1。

2 结果

85 例患者中 20 例经给予口服抗生素及促排剂、外用鼻喷激素等药物保守治疗后好转, 未再继续治疗; 余 65 例行手术治疗, 均无并发症发生。术后定期复查及清理术腔。其中 56 例随访 16 个月至 6 年无复发, 3 例随访术后效果欠佳, 未继续在我院治疗, 术后半年和 1 年后失访者各 3 例。手术治愈率为 95.38% (治愈率指手术痊愈及好转病例数占总病例数的百分比)。见表 1。

表 1 65 例手术治疗方法及疗效 (例)

手术方法	例数	治愈	好转	复发
鼻中隔矫正术	20	20	0	0
鼻窦开放术 + 下鼻甲部分切除术	7	4	3	0
鼻窦开放术	10	7	2	1

作者简介: 石磊, 男, 主治医师。
通讯作者: 石磊, Email: 724874532@qq.com.

续上表

手术方法	例数	治愈	好转	复发
鼻中隔矫正术+鼻窦开放术	13	8	3	2
鼻中隔矫正术+下鼻甲部分切除术	15	7	8	0

3 讨论

头痛是临床常见主观症状,原因较多,机制复杂。鼻腔鼻窦局部病变及结构变异与头痛的发生有着密切的关系,其中以鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔偏曲引起的头痛多见。由于头痛的原因复杂,建议遇到有下述情况,应考虑为鼻源性头痛:①长期慢性头痛;②有筛窦、筛泡、中鼻甲过度气化,钩突肥大等易造成局部压迫或窦口堵塞;③感冒时头痛加重;④中鼻道和嗅裂区黏膜表面麻醉或上颌窦穿刺时头痛减轻;⑤没有其他确切病因的头痛。

炎症刺激鼻神经是导致头痛的因素之一。鼻腔一旦遭受炎症的侵袭和鼻腔自身解剖结构发生肿大变异,则容易造成鼻腔、鼻窦引流障碍、肿胀挤压,导致邻近结构受累。早期多表现为阻塞性头痛,由于窦口长期阻塞,窦腔内空气逐渐被吸收,出现所谓“真空性头痛”,真空状态下黏膜血管扩张,血清大量漏出,或因炎症渗出积脓使窦腔压力增高,又出现“张力性头痛”。高位鼻中隔偏曲和钩突、筛泡及鼻甲体积肿大则因为使鼻腔、特别是嗅缝变窄,中、下鼻甲受压,使其舒缩机能受到限制而出现反射性头痛。

鼻源性头痛一般有明确的时间性和固定部位,头痛部位为鼻根部、前额、颞部、顶枕部或眶周钝痛,无搏动性,白天较重,休息后头痛减轻,活动后加重;部分伴眼球发胀、视物易感劳累等眼部症状;多伴鼻塞、脓涕、嗅觉减退。经休息、滴鼻药、蒸气吸入或鼻腔通气引流等措施后,头痛可减轻或暂时缓解,当咳嗽、低头、弯腰、用力时,头部静脉压增高,头痛又会加重。

鼻及鼻窦CT、MRI检查是判断鼻与鼻窦病变范围、性质及危重程度的重要检查方法。CT扫描可清楚地观察鼻腔和(或)窦壁是否受损、窦腔和(或)鼻窦黏膜病变的程度及范围;MRI检查可以帮助鉴别诊断病变的性质和侵蚀范

围。鼻内镜检查是诊断病变最重要、最直观的方法。可在冷光源照明下于鼻腔或鼻窦内取病理行活检及初步治疗;甚至可以摄片,录像,有助于提高诊断率。

鼻源性头痛临床上在保守治疗无效的情况下,首选手术治疗。传统的治疗方法侧重局部病变切除,但常因破坏正常解剖结构而出现相应的并发症,且复发率高。随着内镜技术的发展和鼻腔鼻窦解剖生理的认识,鼻部手术已注重保持原有功能。窦口鼻道复合体(OMC)的生理异常和病理改变最为关键。OMC正常是鼻腔鼻窦正常通气引流的前提,所以,治疗鼻源性头痛的关键在于如何矫正异常的解剖结构^[2-3]。目前国内外对鼻及鼻窦的手术治疗由以前的大体手术逐渐过度到功能性手术,功能性鼻腔鼻窦内镜手术(FESS)已成为治疗鼻及鼻部相关疾病的最主要方法之一。鼻内镜下手术治疗鼻源性头痛,正是以对OMC的认识为基础的。术中矫正偏曲的鼻中隔,重点去除与中鼻甲相对应的异常区域,再行中鼻甲、中鼻道矫正术,恢复和保留鼻中隔、中鼻甲的正常形态结构,恢复嗅区通畅,改善OMC的通气、引流,解除引起鼻源性头痛的主要原因,从而提高鼻源性头痛的治疗效果,减少复发,降低并发症^[4]。

参考文献:

[1] 杨富灵,刘仲香. 青少年鼻源性头痛的鼻内镜手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010, 16(2): 142-143.

[2] 刘湘燕,韩德民,周兵,等. 鼻窦解剖变异与慢性鼻窦炎的关系[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998, 33(3): 149-152.

[3] 张静,薛刚,刘亚超,等. 鼻腔解剖异常致鼻源性头痛75例治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010, 16(6): 449-451.

[4] 王荣光,姜泗长,顾瑞. 8~40周胎儿窦口鼻道复合体发生学观察[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1994, 29(3): 131-133.

(修回日期:2012-08-27)