

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201304016

· 临床报道 ·

鼻内镜下改良三线减张法治疗复杂性鼻中隔偏曲

邵旭辉,戴嵩,桑月红,贾建平,宋津辉,郭 峯,訾 龙,徐振明

(全军耳鼻喉研究中心 解放军第463医院 耳鼻喉科,辽宁 沈阳 110042)

摘要: **目的** 观察鼻内镜下改良三线减张法治疗复杂性鼻中隔偏曲的临床效果。**方法** 鼻内镜下应用改良三线减张法,分别对125例复杂性鼻中隔偏曲(包括高位、后部、重度或鼻底偏曲骨质明显增厚等)患者采用相对应的处理。**结果** 本组所有患者手术均一次获得成功,切口均一期愈合;术后所有患者主观症状消失或明显好转。术后复查见大部分患者(115/125)鼻中隔外形改善良好;随访半年,无严重并发症出现。**结论** 三线减张法矫正复杂性鼻中隔偏曲,符合鼻中隔偏曲的生物力学规律,保留鼻中隔的大部分硬质支架,具有创伤小、并发症少等优点,值得临床推广应用。

关键词:鼻中隔偏曲;鼻中隔成形术;三线减张法

中图分类号:R765.31 **文献标识码:**B **文章编号:**1007-1520(2013)04-0343-03

鼻中隔偏曲是耳鼻咽喉头颈外科常见病、多发病,不仅影响鼻腔通气功能,而且还严重影响鼻腔的正常生理功能及鼻窦的引流,诱发慢性鼻窦炎等疾病,鼻内镜下鼻中隔三线减张法^[1-2]的应用有效地解决了既往手术方式过多切除鼻中隔支架的问题,但是对于高位、后部、重度或鼻底偏曲骨质明显增厚等情况(我们称之为复杂性鼻中隔偏曲),传统方法有其局限性,为此我科在三线减张法的基础上进行改良,自2008年12月~2012年5月开展鼻内镜下改良三线减张法治疗复杂性鼻中隔偏曲125例,取得满意的疗效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组125例患者中,男88例,女37例;年龄20~66岁,平均38.7岁。病程1~30年,平均3.8年,主要症状包括鼻阻120例,头痛76例,间断性鼻出血35例,嗅觉减退48例。术前经前鼻镜、鼻内镜和(或)鼻窦CT检查,记录偏曲类型^[3]:高位偏曲(中甲下缘平面以上)54例,重度偏曲(鼻窦CT测量偏曲高度>0.6cm,压迫或不压迫中、下鼻甲)75例,后部偏曲(位于鼻中隔后1/3)49例,外伤后骨软骨重叠或骨质

明显增厚伴偏曲27例。125例患者中合并鼻息肉45例,慢性鼻窦炎者78例,下鼻甲肥厚103例,泡状中鼻甲35例。

1.2 手术方法

所有手术均采用德国Storz 0°鼻内镜及手术监视系统。根据患者病变程度、全身情况及心理状态综合评定,分别采用局部麻醉(73例)或全身麻醉(52例)。患者取仰卧位,鼻中隔左侧皮肤黏膜交界处做“L”型切口,切口从上至下尽量延长,上起鼻顶,下至鼻底,鼻内镜下分离切口侧黏软骨膜,向上向后直至筛骨垂直板及梨骨上后部,向下向后至鼻中隔下端、梨骨、上颌骨鼻嵴等鼻底结构;在皮肤黏膜切口后方约1~2mm处鼻中隔软骨上平行做2个软骨切口,间隔约2mm,剥离并切除切口间软骨条,鼻内镜下同法分离对侧黏软骨膜,使黏软骨膜与鼻中隔软骨完全分离。

以鼻中隔剥离子在鼻中隔软骨与筛骨垂直板结合处、鼻中隔软骨与鼻底梨骨嵴、上颌骨鼻嵴连接处压迫、推移鼻中隔软骨,使之脱位,形成顶端连接,前、后、下三边游离的鼻中隔软骨片。

对于复杂性偏曲,根据不同情况选择不同的对应处理方法。①高位偏曲:可于鼻中隔高位偏曲处行条形切除,仅切除方形软骨的上部分及小块高位筛骨,解除该部张力,但是应注意,至少保留鼻中隔软骨前上缘6mm^[4]。②后部偏曲:应充分分离筛骨垂直板等处的黏骨

作者简介:邵旭辉,男,博士,副主任医师。
通讯作者:徐振明。

膜,然后在内镜下以咬骨钳或骨凿切除筛骨垂直板前缘的偏曲部分。③软骨重度偏曲:可行方形软骨“王”字切除^[5]。首先,用15号圆刀片距离鼻顶5~7 mm处,对鼻中隔做平行1~2 mm的条形切割,继而依次向下,每间隔5~7 mm,做一条形切割。共计3条。尔后在鼻中隔软骨中部纵行做1~2 mm的条形切割,并将上述条形切割的软骨剔除,形成一粗体的“王”字形,从而使鼻中隔软骨复位。④鼻底犁骨嵴、上颌骨鼻嵴等处骨性偏曲:此部分患者常有骨质明显增厚,分离黏软骨膜十分困难,可以先将鼻中隔软骨下端与此处离断,行下线减张,然后于“L”型切口的鼻腔底部切开处着手,先分离鼻腔底部的黏骨膜,然后经此隧道分离嵴突下方的黏骨膜,用咬骨钳或麦粒钳夹持扭转推动,使其尽可能离开原来固有的偏曲位置,缓解最突出部位的黏骨膜的张力,然后再小心地分离最突出部位的黏骨膜,待形成嵴突的犁骨部分完全暴露后,以骨凿凿除或骨钻磨除的方法进行偏曲骨质切除,直至偏曲纠正。复位两侧鼻中隔黏软骨膜,切口间断缝合1~2针,两侧鼻腔内填塞膨胀海绵。

对于并发慢性鼻窦炎、鼻息肉者,同期行鼻内镜下鼻息肉切除术及鼻窦开放术,对于下鼻甲肥厚者,同期行下鼻甲骨折外移术或下鼻甲部分切除术(含等离子消融术);合并泡状中鼻甲者同期行中鼻甲成形术等。

术后给予抗炎治疗,第2天取出鼻腔填塞物,给予复方薄荷油滴鼻液滴鼻,术后第6天拆除切口缝线;术后2周复查观察术后效果;至少保证术后半年随访1次,观察有无并发症出现。

2 结果

本组所有患者手术均一次获得成功,切口均一期愈合。术后所有患者主观症状消失或明显好转,鼻阻消失115例,好转5例;头痛消失61例,好转15例;间断性鼻出血消失28例,好转7例;嗅觉完全恢复25例,明显恢复23例。术后随访半年,无鼻中隔穿孔、鼻腔粘连、鼻中隔漂移、外鼻塌陷、畸形等并发症出现。

3 讨论

鼻中隔偏曲是耳鼻咽喉头颈外科常见病、多发病,文献报道^[6-7]发病率达16%~79%,而由于鼻中隔偏曲无法靠药物等非手术治疗取得效果,因此,鼻中隔偏曲的手术治疗一直以来受到临床关注。

鼻中隔偏曲矫正术的方法很多,经典的传统手术是鼻中隔黏膜下切除术,虽然多年的经验表明临床效果尚可,但是由于存在着鼻中隔软骨和骨质被过多切除的情况,随之而来的诸如鼻中隔穿孔、鼻尖变形、鞍鼻等并发症。传统头灯下鼻中隔黏膜下矫正术对于高位、后段及重度鼻中隔偏曲,往往力不从心,难以达到理想的临床效果^[8-9],而文献报道高位、后段及重度鼻中隔偏曲恰恰对鼻腔鼻窦正常生理功能有着更为严重的影响^[10]。

随着鼻内镜技术的应用,鼻中隔成形术得到不断发展和改进^[11]。韩德民等^[1]根据鼻中隔软骨顺应性生长的理论,充分利用鼻中隔偏曲产生的生物力学规律提出了鼻内镜下鼻中隔三线减张法,在3条受力线的区域内切除条状软骨和骨质,通过解除导致偏曲的应力关系,使鼻中隔偏曲得以自然矫正。这种手术方式最大限度保留鼻中隔软骨和骨质,降低了手术创伤和因此而产生的手术并发症的风险,符合鼻腔生理功能的需要及鼻微创原则。但是在临床实践中,对于高位、后部、重度或鼻底偏曲骨质明显增厚等复杂性鼻中隔偏曲,常规的鼻中隔三线减张法有时也会有一定的局限。为此我们针对上述复杂性鼻中隔偏曲,在三线减张法的基础上,针对不同情况,分别采用相对应的处理方法,包括高位偏曲的条形切除;后部偏曲的筛骨垂直板偏曲处切除;重度偏曲的方形软骨“王”字切除等,既保留了三线减张法的基本原理和优点,使鼻中隔骨及软骨尽量保留,又可以使临床遇到的各种类型的鼻中隔偏曲均达到最佳的临床效果。

总之,鼻内镜下三线减张法进行鼻中隔成形术,尽管鼻中隔偏曲的特点和形式各有不同,只要我们熟悉鼻部解剖,清楚鼻中隔偏曲张力的形成原理,熟练应用力学规律,并具备良好的鼻内镜手术技巧,准确操作,即使是各

种复杂性鼻中隔偏曲,我们也可以发挥其安全可靠、疗效确切、副作用小等优势,使之得到更好更广泛的应用。

参考文献:

- [1] 韩德民,王彤,臧洪瑞. 三线减张鼻中隔矫正术[J]. 中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2009,24(2):103-105.
- [2] 孙西峰,庞晓明. 鼻内镜下三线减张鼻中隔矫正手术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,18(11):619,624.
- [3] 肖世德,张素玉,朱刚,等. 鼻中隔偏曲的新概念及其问题探讨[J]. 四川医学,2006,27(2):127-129.
- [4] 樊忠,王天铎. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1997:369-372.
- [5] 颜永毅,刘青,谢佳,等. 内镜下两种鼻中隔成形术的对比观察[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2006,20(5):423-425.

- [6] Wang T, Han D, Zhang L, et al. A modified septoplasty with three high tension lines resection [J]. Acta Otolaryngol, 2010, 130(3):593-599.
- [7] Schultz-Coulon HJ. Three-layer repair of nasoseptal defects [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 132(2):213-218.
- [8] 魏孜孜,卢标清,凌毅,等. 鼻内镜下鼻中隔偏曲再次矫正术27例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(2):135-137.
- [9] 苏小磊,廖剑绚,李明. 再次鼻中隔矫正术效果评价及方法探讨[J]. 中南医学科学杂志,2011,39(1):65-67.
- [10] 游学俊,高起学,刘争,等. 鼻内窥镜在鼻中隔高位、后段偏曲矫正术中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1999,13(9):392-393.
- [11] 倪玉苏,赵霞. 传统方法和经鼻内镜下行鼻中隔偏曲矫正术152例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(4):321-323.

(修回日期:2013-02-05)

(上接第342页)

疗双侧声带麻痹的临床疗效;认为3种方法都达到恢复正常的呼吸功能的要求,发音质量膈神经替代喉返神经吻合术最好,激光杓状软骨切除术次之,喉外径路杓状软骨切除声带外移固定术最差;但以上病例并非随机分组,不同手术方式的适应证是有选择性的。总的来说,恢复正常的呼吸功能仍然是目前治疗本类疾病最重要的目标,一般认为呼吸区声门裂超过4mm,呼吸困难可以解除。

本组8例患者经过一次手术后,呼吸困难得到了完全缓解(8/9);1例不能拔管者经过再行另一侧声带横断与声带部分切除术后也顺利拔管,所有患者手术后的发音功能可以满足日常交流的需要。结果表明临床疗效良好、简单实用、并发症少,手术设备要求简单,只要临床医师具有进行该手术的技能,即可实施,尤其适宜在基层医院中开展应用。(编者注:术中尽量保留声带前1/3段,术后能较好保留发音功能)

参考文献:

- [1] 陶泽璋,汪春明,杨强. 喉外原因所致声带麻痹54例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,1996,2(1):41-42.
- [2] 成斌,晏辉. 83例成人声带麻痹病因分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(3):218-219.
- [3] woodman DG. a modification of the extralaryngeal approach to arytenoidectomy for bilateral abductor paralysis [J]. Arch Otolaryngol, 1946, 43(1):63.
- [4] 郭敏,郑中立. 双侧声带麻痹的外科治疗[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1995,30(3):140-142.
- [5] 邹凌,刘世喜. 双声带楔形切除术治疗双侧声带外展麻痹[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(15):684-685.
- [6] 汪审清,周水洪,徐盈盈. 单侧声带切断术治疗双侧声带外展麻痹[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(2):146.

(修回日期:2013-02-15)