

参考文献:

[1] 帅名霞,蒋卫红. 海绵窦的应用解剖及手术进展[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(6):504-507.

[2] Keane JR. Cavernous sinus syndrome. Analysis of 151 cases [J]. ArchNeurol,1996,53(10):967.

[3] 孙峰,周广喜. 海绵窦综合征临床分析[J]. 天津医科大学学报,2004,10(2):215-217.

[4] 边俊杰,刘大川. 眶尖综合征83例病因的临床分析[J]. 国际眼科杂志,2007,7(1):209-211.

[5] 官明,陈锐,刘亮,等. 海绵窦区肿瘤的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(5):326-329.

[6] 曾而明,李东海,李美华,等. 海绵窦区肿瘤的显微外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(1):26-30.

[7] Elzabieta H, Janusz W, Grazyna I, et al. Cavernous sinus thrombophlebitis in Nijmegen breakage syndrome [J]. Pediatr-Neurol,2002,27(1):62.

[8] 崔韬,范锋,赵性泉. 海绵窦综合征的临床及影像学分析[J]. 北京医学,2006,28(10):587-589.

[9] Alioglu Z, Akbas A, Sari A, et al. Tolosa Hunt syndrome: a case report. Clinical and magnetic resonance imaging findings [J]. J Neuroradiol,1999,26(1):68-72.

(修回日期:2013-07-09)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402025

· 经验交流 ·

鼻内镜下三线减张法治疗鼻中隔偏曲的疗效观察

古庆家,李静娴,樊建刚,冯 勇,余晓旭,何 刚
(四川省人民医院 耳鼻咽喉科,四川 成都 610072)

关键词:鼻中隔偏曲;鼻中隔成形术;三线减张
中图分类号:R765.9 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2014)02-0173-03

鼻中隔偏曲不仅影响偏曲侧鼻腔的通气功能,还影响对侧鼻腔的生理功能和鼻窦的正常引流,最终引起一系列的临床症状。因此改善鼻腔的通气引流非常重要。随着微创理论的建立及微创技术的应用,鼻中隔偏曲矫正术也得到了不断改进。我们采用鼻内镜三线减张法矫正46例鼻中隔偏曲患者,术后随访6~30个月,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者46例,男24例,女22例;年龄21~50岁。所有患者均有不同程度鼻塞,部

分患者伴有鼻出血、头痛、流清涕或脓涕、打喷嚏、睡眠打鼾、张口呼吸等症状。全部患者确诊为鼻中隔偏曲,均有前位、高位及后位偏曲,符合三线减张鼻中隔矫正术适应证。所有患者术前行鼻内镜检查和鼻窦CT扫描,以了解鼻中隔偏曲情况及是否伴有多结构异常,其中C形偏曲23例,S形偏曲9例,棘突6例,嵴突5例,多种偏曲形态并存3例。一侧下鼻甲代偿性肥大12例,8例CT显示伴有鼻息肉、鼻窦炎及鼻窦囊肿。

1.2 手术方法

用1%丁卡因加0.1%肾上腺素棉片作两侧鼻中隔鼻甲黏膜表面麻醉,1%利多卡因加0.1%肾上腺素作鼻前庭皮肤黏膜交界处浸润麻醉。在鼻前庭皮肤黏膜交界处行“(”型切口,且向鼻底延伸,切开黏膜、黏软骨膜和软骨,保留对侧黏软骨膜完整。内镜直视下分离

作者简介:古庆家,男,副主任医师。
通信作者:何 刚,Email:heganghegang@live.cn

切口侧鼻中隔黏膜、软骨膜,向上向后直至筛骨垂直板及犁骨上后部,向下向后鼻中隔软骨下端与犁骨、上颌骨鼻嵴的连接,并细心分离对侧黏软骨膜。暴露3个张力形成核心区域:①鼻中隔方形软骨尾端;②鼻中隔软骨与筛骨垂直板结合处;③鼻中隔软骨下端与犁骨、上颌骨鼻嵴或腭骨鼻嵴结合处。术中用咬骨钳咬除3条线形骨条。第1张力线:方形软骨尾侧端的垂直软骨条,约2 mm;第2张力线:鼻中隔软骨与筛骨垂直板结合处部分筛骨垂直板前缘的垂直骨条;第3张力线:偏曲的犁骨、上颌骨鼻嵴和腭骨鼻嵴以及基底部水平软骨条。形成鼻中隔方形软骨顶端连接,分离左右两面,游离前、后、下3边。若为软骨明显偏曲,可在凹面对软骨沿凹陷的方向划痕数刀;对重度高位偏曲的筛骨垂直板可用咬骨钳夹持使其骨折而不切除,然后把方形软骨复位于正中,对合双侧黏软骨膜。对于伴有鼻甲肥大者行鼻内镜下鼻甲成形术;伴有鼻窦炎、鼻息肉患者行鼻内镜下鼻腔鼻窦手术。术后双侧鼻腔填塞膨胀海绵和凡士林纱条,48~72 h抽除。术后给予常规止血、预防感染处理。

2 结果

本组46例患者均一次手术成功,切口一期愈合。2例患者术后发现其软骨部仍有一定程度的偏曲,经在其凸侧鼻腔重新填压2~3 h后回位,其余患者鼻中隔均基本回复平直。随访6~30个月,无一例发生鼻中隔穿孔、鼻中隔血肿、鼻中隔摆动及外鼻畸形等并发症。

3 讨论

鼻中隔矫正术是纠正鼻中隔偏曲的最有效手术,也是耳鼻咽喉头颈外科最常见手术之一。其主要目的是解决鼻腔通气引流,消除头痛、出血等症状,恢复正常鼻腔生理功能。随着鼻内镜的问世与发展,鼻中隔偏曲矫正由传统的鼻中隔黏膜下切除术,逐渐为鼻内镜下保留鼻中隔软骨的鼻中隔成形术所取代^[1]。虽然能够在内镜直视下手术,术野清晰,但仍存在过多切除鼻中隔支架的问题,易造成鼻中隔摆动、外鼻畸形、鼻中隔穿孔等并发症^[24]。如

何在解除导致鼻中隔偏曲的应力关系、纠正各种形式的鼻中隔偏曲的同时,保留鼻中隔软骨及正常骨结构支架,避免并发症,仍值得探索。韩德民等^[5]以鼻中隔偏曲产生的生物力学原理为根据,行鼻中隔三线减张术即切除形成张力的3条张力线处软骨和骨性结构,解除其应力,矫正鼻中隔偏曲。3条张力线分别位于鼻中隔软骨前部、方形软骨和筛骨垂直板交界处、方形软骨底部和部分上颌骨额突及犁骨交界处。

手术中应注意:①术者要非常熟悉鼻腔解剖,清楚形成鼻中隔偏曲的张力所在;②在鼻中隔切口处及两侧黏软骨膜及黏骨膜下尽量注射较多1%利多卡因(含0.1%肾上腺素)作浸润麻醉,以利于剥离及减少出血;③做黏膜切口时要一刀切至同侧黏软骨膜下并达鼻底向后部适当延长,使切口处黏膜无张力,不易撕脱;如果感觉未切透,翻过刀片使用背部切开剩余软组织,这时手感很重要,切忌切透;带吸引的剥离子边吸引边分离,多可继续操作,出血较多时,操作可以暂停;④在切除鼻中隔软骨前端的软骨条时一定要从鼻顶切到鼻底,使前后两个软骨缘切口不交叉,让第1张力线充分减张;⑤在断开鼻中隔软骨与筛骨垂直板的连接后,剥离子在对侧黏骨膜下充分游离筛骨垂直板,此处常是C型、S型或高位偏曲的受力部位,甚至有嵴突或棘突,此时张力较大,可在嵴突或棘突上下稍分离,并用下甲剪将筛骨垂直板前缘嵴突或棘突上下剪断使其减张,将上下充分分离后再分离嵴突或棘突及最偏曲处,并适当咬除筛骨垂直板前缘骨质,使第2张力线充分减张,对棘突或大的嵴突也可采取边剥离边切除和先向对侧骨折的方法,避免分离时黏膜的破损;在矫正偏曲软骨和骨的过程中,务必保持鼻中隔软骨与筛骨垂直板交界处近中隔顶部的连续性,以防术后鼻梁中段塌陷、形成鞍鼻^[6];⑥切除鼻中隔软骨下端软骨条(第3张力线)后,要充分游离上颌骨鼻嵴及腭骨鼻嵴,此处常是形成嵴突、矩状突及后位偏曲的受力部位,但此处时常粘连较紧,不要强行分离,要将粘连带用镰状刀或尖刀切断后再分离,避免黏膜破裂。在凿除偏曲的上颌骨鼻嵴时,常常有骨滋养血管明显出血,可用肾上腺素纱条压迫片刻后,用双极电凝或骨腊封

闭止血^[7]；⑦不管是哪种类型偏曲，均可先分离偏曲对侧或凹面的黏软骨膜和黏骨膜，产生一定的缓冲空间，再处理偏曲的骨质，这样可大大减少黏膜穿破撕裂及穿孔的机会。黏软骨膜和黏骨膜不需分离太多，便于操作即可，以减少创伤和出血，保持软骨有良好的血供^[8-9]。

患者鼻腔填塞时力量要均匀，避免切口处黏膜移位；同时处理鼻腔其他病变，减少住院时间。本组46例患者，鼻中隔全部矫正到位，无一例发生鼻中隔穿孔和鼻背塌陷。传统手术完全切除鼻中隔骨质手术较三线减张鼻中隔矫正术恢复快，所以三线减张法术后要保证随访质量，避免鼻腔粘连和狭窄，并进行合理用药。孙西峰等^[10]采用地塞米松明胶海绵置于粘连处分隔中鼻甲与鼻腔外侧壁，是一种简便、有效的预防鼻腔再次粘连的方法。本组患者术后1周鼻腔黏膜明显肿胀，1周后鼻腔黏膜肿胀消退，恢复正常光泽。

三线减张法矫正鼻中隔偏曲，尽可能多的保留鼻中隔骨及软骨，保持鼻中隔的稳定性，同时，鼻内镜下手术能精确分离黏软骨膜和黏骨膜，大大提高了手术的准确性，深部操作也直观易行，术中可同时进行修整中鼻甲、鼻窦开放及下鼻甲骨折外移等操作，更符合鼻生理功能的需要及微创手术的要求。

参考文献：

[1] 蒋成义,舒继红,詹晓东,等. 鼻内镜下三线减张鼻中

隔矫正术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(4):197-199.

[2] Chung BJ, Batra PS, Citardi MJ, et al. Endoscopic septoplasty: revisit of the technique, indications, and outcomes [J]. Am J Rhinol, 2007, 21(3):307-311.

[3] 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.

[4] 林树春,赵进春,杨建国,等. 鼻中隔偏曲并下鼻甲肥大手术的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(2):136-138.

[5] 韩德民,王彤,臧洪瑞. 三线减张鼻中隔矫正手术[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2009,24(2):103-105.

[6] 韦岑,黄善坚,潘安妮,等. 三线减张鼻中隔成形术48例临床分析[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2011,25(5):64-65,68.

[7] 洪晓林. 鼻内镜三线减张法矫正鼻中隔偏曲[J]. 海南医学院学报,2010,16(8):1038-1040.

[8] 张兴友,武振华,朱鹏涛,等. 内镜下三线减张法矫正鼻中隔偏曲[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,45(2):154-155.

[9] 张德章,闫玉华,汤建强,等. 三线减张技术治疗鼻中隔偏曲的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(1):49-50.

[10] 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,2011,18(11):619-624.

(修回日期:2013-08-29)