DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201502019

·临床报道·

硅胶球囊引流管置入中鼻道预防鼻内镜术后粘连复发的临床应用

汪　志[1,2],张　燚[2],杨　涛[2]

(1. 武汉大学基础医学院,湖北 武汉　430071;2. 荆州市第三人民医院 耳鼻咽喉科,湖北 荆州　434001)

摘　要:　目的　探讨慢性鼻窦炎(CRS)患者鼻内镜术后通过在中鼻道置入硅胶球囊引流管以降低鼻腔粘连、上颌窦口闭锁及狭窄等常见并发症的发生率。**方法**　将患者分为对照组和治疗组,每组各 30 例。对照组行常规 Messerklinger 术,术后中鼻道填塞膨胀海绵,3 d 后取出;治疗组行常规 Messerklinger 术,术中在中鼻甲与外侧壁间放入合适大小短硅胶管,另外自开放的上颌窦自然开口向上颌窦腔内置入长硅胶引流管,3 d 后开始用大号注射器定期向引流管内注入自配的混合冲洗液进行冲洗。术后两周取出短硅胶管及上颌窦腔内长引流管。**结果**　所有患者均随访3 个月以上,治疗组 30 例,在冲洗期间均未发生不良反应,未出现硅胶管脱落滑出现象,术后第3 个月复诊,2 例复发,上颌窦口有少许脓性分泌物,余 28 例患者均治愈,手术治愈率 93.33%;对照组 30 例,术后 3 个月复诊,8 例复发,其中发生中鼻道粘连 3 例,发生上颌窦口狭窄 5 例,手术治愈率 73.33%。两组病例术腔上皮化时间、清洁时间、手术治愈率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组上皮化时间与清洁时间均明显缩短。**结论**　硅胶球囊引流管置入中鼻道对预防中鼻道粘连,提高鼻内镜治愈率有显著疗效,安全性高,操作简单,值得临床推广。

关　键　词:鼻内镜术后;硅胶球囊引流管;上颌窦冲洗;粘连,预防

中图分类号:R765.9　　**文献标识码:**B　　**文章编号:**1007 – 1520(2015)02 – 0153 – 03

慢性鼻窦炎(CRS)是鼻科常见病、多发病,功能性鼻内镜手术是目前治疗慢性鼻窦炎的首选手术方式。鼻腔粘连是鼻内镜手术后的主要并发症,也是复发的主要原因之一,发生率 6% ~7%[1],发生原因很多,与患者本身鼻腔狭窄、术腔感染及肉芽组织增生、术中中鼻甲基板断裂导致中鼻甲外向漂移、换药不及时和处理不当等有关。我科自 2012 年以来,采用硅胶球囊引流管置入中鼻道预防鼻内镜术后粘连,取得了满意效果,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料

2012 年 3 月 ~2013 年 6 月,我科共收集了 60 例鼻窦炎患者行功能性鼻窦内镜手术(FESS)。按就诊顺序,随机分为对照组及治疗组各 30 例。两组病例性别构成、年龄分布、病程长短,经统计学分析比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组的一般资料详见表 1。

表 1　两组一般临床资料

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁)	病程(月)	临床分期(例)			
					Ⅱ1 期	Ⅱ2 期	Ⅱ3 期	Ⅲ期
治疗组	30	17/13	16 ~52	3 ~28	12	7	6	5
对照组	30	16/14	15 ~49	2 ~35	13	6	7	4

1.2　硅胶管材料

短硅胶管(长 2.5 ~3 cm,外径 0.8 cm,内径 0.6 cm),硅胶管上开有数个引流小孔,便于中鼻道渗出液通畅引流;长硅胶管(长 8.0 ~10 cm,外径 1.0 cm,内径 0.8 cm)带球囊。

1.3　方法

对照组行常规 Messerklinger 术。术后中鼻道填塞膨胀海绵,3 d 后取出;治疗组行常规 Messerklinger 术,术后在中鼻甲与外侧壁间放入合适大小短

作者简介:汪　志,男,硕士研究生,主治医师。
通信作者:杨　涛,Email:yangtao196@aliyun.com

硅胶管。在放硅胶管前，在管壁与术腔黏膜接触部位放置止血凌，以保护黏膜。其中短硅胶管上开有数个引流小孔，便于中鼻道渗出液通畅引流。另外取带有合适大小球囊的长硅胶引流管自开放的上颌窦自然开口置入上颌窦腔内，然后向球囊内注入一定量空气，待球囊直径大于开放之上颌窦口直径为止，防止引流管脱出。3 d 后开始用大号注射器向引流管内注入配有生理盐水、庆大霉素、地塞米松的混合冲洗液。冲洗时封闭对侧鼻孔，用接有吸引器的吸引管放置冲洗一侧鼻孔，边冲洗边吸引。冲洗时注意勿用力晃动引流管，以防硅胶管脱出。住院期间每天冲洗 2 次，出院后再冲洗 1 周，每天冲洗 1 次。术后 2 周取出短硅胶管及上颌窦腔内长引流管。具体操作方法见图 1 ~ 3。

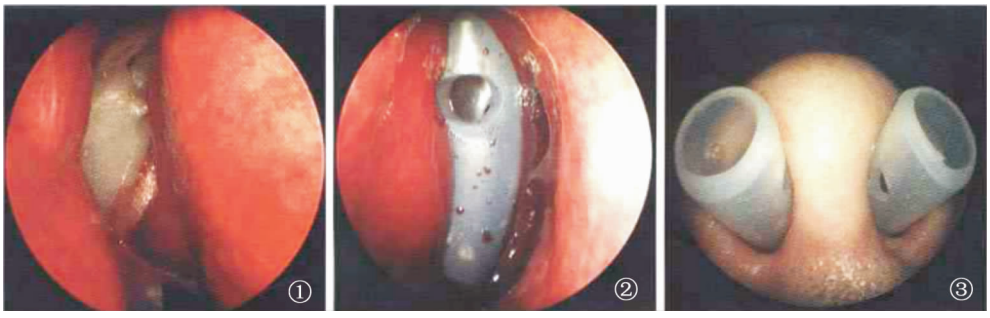

图 1　在放硅胶管前，应在管壁与术腔黏膜接触部位放入止血凌，保护黏膜　　**图 2**　短硅胶管直立放于中鼻道，上方引流口朝上额隐窝引流通道　　**图 3**　长硅胶管带球囊一端自上颌窦自然口放入上颌窦内，另一头平前鼻孔

1.4　疗效评定标准

鼻内镜下术腔黏膜转归的表面特征和判定标准参照许氏法[2]，将术腔恢复分为 3 期：①术腔清洁：黏膜渗血停止，黏膜表面纤维素渗出形成的伪膜基本消退，分泌物明显减少，痂皮明显减少或消失，整个术腔轮廓清楚；②上皮化：黏膜薄而光滑，与骨壁紧密连接，遗留的骨壁在黏膜的紧密覆盖下显示清晰的各部隆起，窦口通畅；③术后复发：出院后 12 周行鼻内镜检查，黏膜发生广泛性息肉样变和重度黏膜水肿伴大量脓性分泌物，窦内见息肉组织为复发。

参照 1997 年海口内镜鼻窦手术疗效标准[3]。治愈：症状消失，鼻内镜检查窦口开放良好，窦腔黏膜上皮化，无脓性分泌物；好转：症状明显改善，鼻内镜检查见窦腔黏膜部分区域水肿、肥厚或肉芽组织形成，有少量脓性分泌物；无效：症状无改善，内窥镜检查见术腔粘连，窦口狭窄或闭锁，息肉形成，有脓性分泌物。

1.5　统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计学软件，所有计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料采用 Person χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2　结果

两组患者均随访 3 个月以上，两组患者术后鼻腔黏膜上皮化时间、治愈率比较，差异具有统计学意义（$P < 0.05$），见表 2；两组患者术后不同随访时间术腔清洁情况比较见表 3，其中术后 2 周随访两组术腔清洁例数比较差异具有统计学意义（$P < 0.05$）。

表 2　治疗组与对照组鼻腔黏膜上皮化时间及治愈率比较

组别	例数	术腔黏膜上皮化			治愈	
		例数	百分比	平均时间（$d, \bar{x} \pm s$）	例数	百分比
治疗组	30	28	93.33	31.67 ± 9.49	28	93.33
对照组	30	22	73.33	51.14 ± 12.65	22	73.33

表 3　治疗组与对照组术后不同随访时间术腔清洁情况［例（%）］

组别	例数	1 周	2 周	3 周	4 ~ 16 周
治疗组	30	3（10.00）	22（73.33）	4（13.33）	1（3.33）
对照组	30	2（6.66）	16（53.33）	8（26.67）	4（13.33）
χ^2		0.22	4.02	2.0912	2.0912
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	> 0.05

注：术后两周清洁例数与对照组比较，差异具有统计学意义（$P < 0.05$）

3　结论

鼻内镜手术已经是治疗慢性鼻窦炎、鼻息肉的最重要的手段。然而手术不能从根本上解决鼻腔鼻窦黏膜慢性炎症,且手术操作本身又会对黏膜结构和功能造成一定的损伤和破坏。术后鼻腔粘连一直是鼻内镜术后最常见的并发症,其在很大程度上影响到鼻内镜手术的治愈率。术后黏膜功能恢复需要解决两方面的炎症问题,一是鼻腔鼻窦本身的慢性炎症问题,这是一种炎症反应过程,不完全是细菌感染引起;二是手术创伤所引起的炎性反应。经研究发现,术后术腔创面愈合是黏膜良性转归和上皮发展与病理性改变两种机制的相互竞争性生长过程,这一时期,大约需要3个月时间[4]。李源等[5]认为中鼻甲向外漂移是术后粘连的主要因素。生理的中鼻甲依靠筛窦气房间隔固定,特别是中鼻甲基板起重要作用。术腔粘连常发生在中鼻甲与鼻腔外侧壁之间,是鼻内镜手术比其他传统鼻窦手术更常见的并发症[6]。临床上用于预防鼻腔粘连的生物材料也较多,如明胶海绵、生物膜等,但效果不甚理想。我科术后采用带球囊硅胶管置于中鼻道、上颌窦开口处,可以有效隔离中鼻甲与鼻腔外侧壁,防止其与鼻腔外侧壁粘连,有效防止中鼻道粘连、狭窄。硅胶管表面光滑对黏膜刺激性小并具有一定的压力和弹性[7],可以起到止血和固定中鼻甲的作用。其中带球囊硅胶管置于上颌窦腔,一方面可以防止上颌窦口闭锁、狭窄,另一方面可有效引流上颌窦腔内炎性分泌物,并可以在术后鼻腔换药时定时向上颌窦腔内冲洗自配冲洗液,起到良好的冲洗兼抗炎的作用,因此硅胶引流管不失为预防术后鼻腔粘连的理想材料。经过我科临床验证,采用硅胶球囊引流管置入中鼻道,可明显降低术后鼻腔粘连发生率,显著提高鼻内镜手术治愈率,值得临床推广。

参考文献:

[1] 韩德民,周兵. 鼻内镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:106-216.

[2] 许庚,李源,谢民强,等. 功能性内窥镜鼻窦手术后术腔黏膜转归阶段的划分及处理原则[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(5):302-305.

[3] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(3):134.

[4] 李源,许庚. 慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜手术后综合处理意见[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(3):237-238.

[5] 李源,许庚. 鼻内窥镜手术并发症探讨[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998,,3(3):142-145.

[6] May M,Levinc HC,Mester SJ,et al. Complications of endoscopicsinus surger,analvsis of 2108 patient-incidence and prevention[J]. Laryngoscope,1994,104(9):1080-1083.

[7] 周兵,崔卫新,王丹妮,等. 鼻内窥镜手术后鼻腔填塞物的选择及效果比较[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2004,11(1):59-61.

(修回日期:2014-11-17)

· 消息 ·

版权说明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已被《中国学术期刊网络出版总库》及CNKI系列数据库收录,作者著作权使用费与本刊稿酬一次性给付。如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。