DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201503024

· 临床交流 ·

鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的临床观察

林庆洪,王龙海,张玉琴

(郑州民生耳鼻喉医院,河南 郑州 450052)

关键词:慢性鼻窦炎,鼻息肉;鼻内镜手术;临床疗效

中图分类号:R739.62;R765.41 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2015)03-0252-03

鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉效果确切,疗效明显优于传统治疗方法,日益受到临床医生及患者的重视,已经成为治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的首选治疗方式。2011年10月~2014年9月我院对160例慢性鼻窦炎鼻息肉患者实施鼻内镜手术治疗,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组160例慢性鼻窦炎鼻息肉患者中男98例,女62例;年龄17~72岁,平均年龄(36.1±5.2)岁,病程为1~15年,平均病程(5.4±3.8)年,患者均有不同程度的鼻塞、黏性或黏脓性鼻涕、抽吸性脓痰,86例患者头面部胀痛,27例患者嗅觉减退或失嗅,息肉过大者,外鼻呈“蛙鼻”畸形,息肉可突出前鼻孔。鼻内镜检查可见中鼻道、嗅裂的黏性或黏脓性分泌物,鼻黏膜充血、水肿和息肉,鼻窦CT扫描显示窦口鼻道复合体和(或)鼻窦黏膜炎性病变,鼻腔软组织影,鼻窦内密度增高,显示息肉占位等,符合2012年昆明诊断标准^[1]。其中合并鼻中隔严重偏曲69例,支气管哮喘30例,高血压36例,糖尿病18例,冠心病21例,抑郁症27例。术前视觉模拟量表(VAS)病情评分:中度(>3~7)59例,重度(>7~10)101例;所有患者术前均行CT扫描及鼻内镜检查,Lund-Mackay评分^[2]6~20分,平均(13.26±6.82)分;Lund-Kennedy评分^[3]6~12分,平均(9.12±3.11)分。所有患者均经过规范药物治疗,疗效欠佳,符合手术适应证^[1]。

1.2 术前准备

所有患者均术前7d给予克拉霉素250mg口

服,每日2次;布地奈德鼻喷雾剂喷鼻,每次每个鼻孔内喷入64μg,每日早晚各1次;生理盐水鼻腔冲洗,每日1次;变应性鼻炎或息肉水肿明显患者予以泼尼松30mg晨起顿服,可同时加服第二代抗组胺药物治疗;合并支气管哮喘者予以沙美特罗替卡松吸入剂规律吸入,必要时加用缓释型茶碱片口服,急性发作期可口服泼尼松或静脉使用甲基泼尼松龙,阿司匹林三联征患者加用孟鲁斯特口服;合并高血压者进行口服降压药治疗,使其稳定于患者可耐受水平;合并冠心病者扩张冠状动脉,营养心肌,增加心肌能量储备,改善心功能,纠正心律失常;合并糖尿病患者根据血糖水平合理使用胰岛素,控制血糖达到手术要求标准;合并抑郁症者,进行药物和心理治疗,须要全身麻醉者,停用三环类抗抑郁药物和单胺氧化酶抑制剂。所有患者术前常规行鼻窦冠状位CT扫描和鼻内镜检查,根据病变范围和部位、筛骨类型,解剖变异和病理异常情况制定手术方案。

1.3 手术方法

1.3.1 麻醉选择 根据术前病情评估、手术范围和患者心理承受能力选择局部麻醉或气管插管全身麻醉,160例患者中手术范围小、预计出血少,鼻腔解剖结构或息肉不影响鼻腔黏膜表面麻醉、局部浸润或神经阻滞麻醉者选择局部麻醉下手术,共12例;手术范围大,预计出血多,患者紧张不能配合手术或者高血压,选择气管插管全身麻醉者148例,其中采用联合控制性降压技术者96例。

1.3.2 手术方式 手术开始前常规静脉应用抗生素、激素和止血药,手术入路参照Messerklinger术式,在鼻内镜下首先进鼻息肉切除,于中鼻甲前端的鼻腔外侧壁自前上向后下呈弧形切开黏骨膜,暴露并切除钩突,根据患者的具体情况酌情扩大上颌窦口、额窦口、蝶窦口,开放筛窦及额窦,以利窦口鼻道复合体的充分引流。中、下鼻甲有息肉样变或泡性变者则行中、下鼻甲部分切除术,合并鼻中隔严重偏

作者简介:林庆洪,男,主治医师。
通信作者:林庆洪,Email:22484633@qq.com

曲者同期行鼻中隔矫正术。术毕根据手术情况鼻腔内填塞凡士林纱条、明胶海绵或鼻腔膨胀海绵。术中出血量 20~50 ml,平均(36.83±6.52)ml。

1.4 术后处理

术后除外霉菌感染患者,常规静脉应用抗生素、糖皮质激素和止血药,持续 3 d,合并霉菌感染者加用抗真菌药物,停用糖皮质激素,变应性鼻炎口服第二代抗组胺药。24~48 h 分次抽出鼻腔纱条,生理盐水冲洗鼻腔,清理鼻腔鼻窦内积血。术后第4天开始,每日 2 次生理盐水冲洗鼻腔,持续 3~6 个月;克拉霉素(或根据药敏试验选择抗生素)250 mg 口服,每日 2 次,持续 2 周;布地奈德鼻喷雾剂喷鼻,每次每个鼻孔内喷入 64 μg,每日早晚各 1 次,持续 3~6 个月;变应性鼻炎患者根据情况加用第二代抗组胺药物治疗,合并支气管哮喘者予以沙美特罗替卡松吸入剂,必要时口服缓释型茶碱片,合并其他内科疾病按照内科原则继续治疗。于术后 1 周进行首次术腔清理,清除术腔陈旧性积血、分泌物或干痂,出院后根据术腔恢复情况 2~3 周随访清理 1 次术腔,持续随访 3~6 个月。每次随访观察并记录患者鼻塞、嗅觉、分泌物、鼻腔粘连、窦口大小等情况并清理术腔分泌物,预防鼻腔粘连,直至术腔上皮化。

1.5 疗效评价^[1]

病情完全控制:症状完全消退,VAS 总评分为 0 分,Lund-Mackay 和(或)Lund-Kennedy 总评分不超过 1 分。手术后内镜检查窦口开放良好,窦腔黏膜水肿消失,无黏性或黏脓性分泌物,上皮化良好。由于内镜手术使术腔解剖结构发生变化,手术后的鼻内镜检查可不与手术前进行对照;病情部分控制:症状明显改善但未完全消退,术后 VAS 总评分减少 3 分或以上、Lund-Mackay 鼻窦病变评分术后较术前均减少 1 分或以上,或 Lund-Kennedy 总评分超过 1 分。手术后内镜检查表现为窦腔黏膜部分区域水肿、肥厚或肉芽组织形成,有少量黏性或黏脓性分泌物。手术后术腔评定单侧总分低于 3 分视为明显改善;病情未控制:症状无改善或无明显改善,各项评分与治疗前无显著差异,Lund-Mackay 与 Lund-Kennedy 总评分均无明显减少。手术后内镜检查表现为窦腔黏膜充血水肿,息肉组织形成或结缔组织增生,较广泛粘连,窦口狭窄或闭锁,有黏性或黏脓性分泌物。

2 结果

本组患者均随访 6 个月,依据疗效评价标准,本

组病情完全控制 112 例(70.00%),病情部分控制 29 例(18.12%),病情未控制 19 例(11.87%),治疗总有效率 88.12%;术后发生鼻腔粘连 6 例,继续分离粘连,用凡士林纱条分隔后治愈;上颌窦开口狭窄 3 例,在鼻内镜随访扩大窦口后治愈。随访期间复发 3 例(1.88%)。

3 讨论

慢性鼻窦炎鼻息肉是耳鼻咽喉科发病率较高的常见病和多发病,儿童和成年人发病率相近,约 5%~15%,随着空气污染的加重,其发病率呈逐年升高趋势。根据临床表现、查体、鼻内镜检查和鼻窦 CT 检查以及活组织病理检查,可明确诊断。治疗原则为手术切除病变、消除病因,术后联合应用抗组胺药和糖皮质激素预防复发。

鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉是目前公认效果确切的治疗方式,鼻内镜手术视野清晰,不仅能够彻底切除鼻息肉,同时可减少窦内黏膜的损害,恢复鼻窦黏膜纤毛清除等生理功能,重建窦口鼻道复合体的通气和引流功能。手术的关键是处理窦口鼻道复合体和建立与恢复以窦口鼻道复合体为中心的各鼻窦通气引流通道的,恢复黏膜功能。该术式能较好地保留鼻腔生理功能,组织损伤小,术后恢复快,总有效率高,复发率低等优点,明显提高患者术后生活质量^[4-5]。慢性鼻窦炎鼻息肉应用鼻内镜治疗实施中需注意:操作医师应需要具备扎实的人体鼻腔解剖结构知识,并术前通过 CT 扫描,准确观察到中鼻甲气化和反向弯曲、大筛泡及钩突偏位、鼻中隔偏曲等鼻腔解剖变异和辨识筛前、中、后各部宽度,视神经在眶后即筛、蝶侧的走行位置等。避免手术的盲目性,从而迅速、准确的切除较大息肉组织,保留患者鼻腔内黏膜的完整性,充分止血,保持术野清晰,术中扩大上颌窦口时向前后方向扩展,注意窦口下内壁黏膜的完整性,对于鼻中隔偏曲的患者术中予以矫正。鼻内镜手术成功后,术后治疗及随访应将其视为鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉整个过程的一个重要阶段。手术可清除畸形结构、增生纤维以及息肉,改善鼻腔与鼻窦之间的引流,而术后治疗及随访可以对术腔进行定期检查和及时清理,防止重新建立的引流通道再次阻塞,有效控制病变组织的生长,促进黏膜的再生和功能的恢复^[5-7],本组通过完善的术前准备,精心的术中操作和术后综合治疗及随访,总有效率高,并发症及复发

率低,疗效满意。

参考文献:

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年,昆明)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 92-94.

[2] Lund VJ, Mackay IS. Staging in rhinosinusitis [J]. Rhinology, 1993, 31(4): 183-184.

[3] Lund VJ, Kennedy DW. Staging for rhinosinusitis [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 117(3 Pt 2): 35-40.

[4] 谢允平, 何建平, 陈才军, 等. 鼻内镜下鼻窦手术 1135 例疗效

的回顾性分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 285-288.

[5] 谢丹, 梁建伟, 王兰田, 等. 鼻内镜治疗慢性鼻-鼻窦炎疗效及影响因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2013, 19(4): 317-321.

[6] Stjarn P, Mosges R, Jorissen M, et al. A randomized controlled trial of mometasonefuroate nasal spray for the treatment of nasal polyposis [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 132(2): 179-185.

[7] 韩德民. 鼻内镜外科技术新热点[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(6): 441-443.

(修回日期: 2015-04-01)

DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.201503025

· 临床交流 ·

鼻内镜下揭盖法治疗鼻前庭囊肿临床分析

慕继霞, 职良喜, 赵勇

(焦作市焦作煤业集团中央医院耳鼻咽喉科, 河南焦作 454000)

关键词: 鼻前庭囊肿; 手术治疗; 鼻内镜揭盖术;

中图分类号: R739.62 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2015)03-0254-02

我科自2008年12月~2012年10月收治鼻前庭囊肿患者44例,采用鼻内镜下揭盖术,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组鼻前庭囊肿患者44例,其中男12例,女32例;年龄27~57岁,平均35岁;病程3个月至2年。囊肿均为单侧,右侧34例,左侧10例,1例有感染史。鼻前庭囊肿最大直径3.5 cm,最小直径1 cm。本文中2例患者为偶然发现、无自觉症状,23例出现鼻塞,18例出现鼻塞继鼻内、上唇胀痛,咀嚼时明显。1例并发感染,囊肿增大迅速,局部疼痛尤甚。专科检查见鼻前庭外下方轻微隆起,囊肿较大时鼻前庭底部明显膨隆、鼻唇沟消失。术前均行

鼻部CT检查确诊。44例均行手术治疗。

1.2 手术方法

揭盖法治疗鼻前庭囊肿:所有患者均采用1%丁卡因+1%麻黄碱棉片鼻腔表面收缩麻醉,鼻前庭底部1%利多因+1%布吡卡因局部浸润麻醉,鼻内镜下用尖刀自患侧鼻前庭底部最隆起处十字形切开,吸除囊液。鼻内镜下电动切割器去除切开的鼻底皮肤及对应囊肿顶壁,充分开放囊腔,修整囊壁残缘与鼻前庭皮肤和黏膜吻合。术腔填塞凡士林纱条2~3 d取出,全身应用抗生素1周。鼻腔涂红霉素眼膏1~2周,囊腔变浅,2~6个月消失。

1.3 观察指标及评定标准

术后反应以患侧面部肿胀程度为主要指标:鼻唇沟变浅为轻度,扁平为中度,隆起重度;术后伤口疼痛采用视觉模拟量表主观症状评分(VAS)方法,让患者根据自身对症状轻重的感受在0~10之间选出相应分值,分值越高表示症状越重^[1]。0分:无疼痛;1~3分(轻度):有轻微的疼痛,患者能忍受;4~6分(中度):患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受,应给

作者简介:慕继霞,女,主治医师。
通信作者:慕继霞,Email:13523359168@126.com