

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201605016

· 临床报道 ·

鼻骨骨折合并鼻中隔脱位与骨折的内镜治疗

路 莉¹, 张少强²

(1. 商洛市丹凤县中医院耳鼻咽喉科, 陕西 丹凤 726200; 2. 西安交通大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 陕西 西安 710061)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下同期处理鼻骨骨折伴鼻中隔骨折和脱位的方法和疗效。**方法** 对22例鼻骨骨折患者行CT扫描, 确诊合并鼻中隔骨折或脱位。在处理外鼻开放性外伤和鼻骨骨折复位的同时, 一期在局麻鼻内镜下行鼻中隔骨折或脱位复位和矫正术。**结果** 所有患者均一期手术成功, 无手术并发症。术后随访3个月, 所有患者鼻外形基本满意, 鼻中隔无明显偏曲, 通气改善。**结论** 鼻内镜下同期处理鼻骨骨折合并鼻中隔骨折及脱位, 方法简单, 处理到位, 并发症少, 疗效肯定。

关键词: 鼻骨骨折; 鼻中隔骨折/脱位; 鼻内镜

中图分类号: R765.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2016)05-0403-02

鼻骨骨折在鼻外伤中最为常见, 多同时合并鼻中隔脱位和(或)骨折。其基本处理原则是在恢复鼻的解剖结构、矫正鼻外形的同时, 恢复鼻腔生理功能。但传统的治疗方法关注鼻骨骨折较多, 对于合并鼻中隔脱位和骨折的病例, 处理上有些盲从^[1-3]。笔者近年来在处理鼻骨骨折的同时, 同期在鼻内镜下处理鼻中隔脱位与骨折, 获得了满意的效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者22例, 其中男17例, 女5例; 年龄20~65岁, 平均40岁; 受伤时间30 min至4 h, 开放性鼻骨骨折19例, 闭合性鼻骨骨折3例。所有患者均经CT检查结合病史确诊为鼻骨骨折合并鼻中隔脱位或骨折(典型病例见图1), 在开放性鼻骨骨折19例患者中7例患者鼻骨呈开放性粉碎性骨折, 6例合并鼻中隔脱位, 6例两者同时存在(2例垂直板呈粉碎性骨折, 4例合并上颌骨额突骨折)。

1.2 手术方式

所有患者均在局部麻醉下实施急诊手术, 术前肌肉注射盐酸哌替啶50 mg。术中所有患者麻醉效果良好, 均可配合手术。先按照传统鼻外伤处理方法处理外鼻皮肤裂伤和鼻骨骨折复位, 再取鼻中隔

手术常规黏膜切口, 如鼻中隔前端黏膜有撕裂或破口, 则选择黏膜破口延长切开。鼻内镜下先分离左侧黏软骨-骨膜, 松解并暴露受损的软骨及骨质。手法复位脱位的鼻中隔尾端; 不能良好复位者, 水平切除条形软骨后再行复位。

鼻中隔骨折成角者, 复位钳或鼻中隔剥离器复位; 成角严重、台阶或粉碎性骨折难以恢复形态者清除受损严重的骨片后再行鼻中隔骨性支架复位或切除受损的骨性支架(图2)。尽量保留对侧黏软骨-骨膜, 保护软骨与骨性支架。合并有鼻中隔偏曲者同时进行鼻中隔矫正。手术中注意对鼻中隔黏膜撕裂要做到精确缝合, 若鼻中隔基本居中即可间断缝合鼻中隔黏膜切口。

1.3 术后处理

术后双侧鼻腔用普通PVC膨胀海绵分上下两部分填塞, 填塞时间3~5 d。常规抗生素预防感染治疗。

2 结果

所有患者术后3~5 d抽取鼻腔填塞物, 7~10 d拆线, 术后无伤口感染; 无鼻中隔血肿、脓肿及穿孔; 拆线后鼻腔生理盐水冲洗, 定期随诊, 清理鼻腔结痂, 鼻中隔黏膜愈合情况良好。术后随访3~6个月, 复查CT及鼻内镜(图3、4)。所有患者均无明显的外鼻畸形, 无鼻中隔偏曲, 无鼻腔阻塞、头痛和鼻出血症状, 无鼻腔粘连和嗅觉障碍。

作者简介: 路 莉, 女, 主治医师。

通信作者: 张少强, Email: entzhang@mail.xjtu.edu.cn

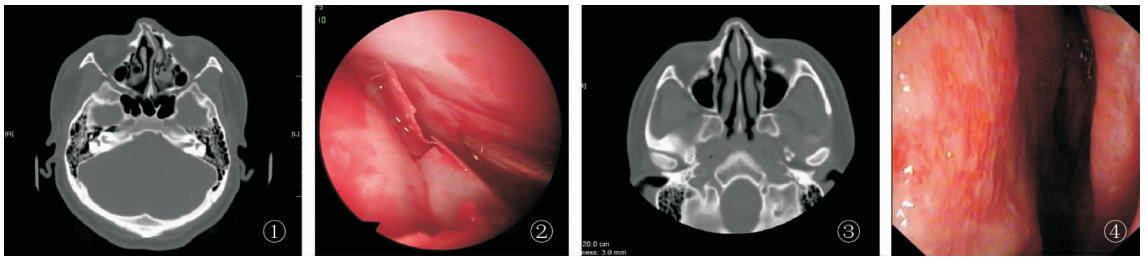


图1 术前CT示鼻骨粉碎性骨折,鼻中隔骨折成角畸形 图2 术中内镜显示鼻中隔粉碎性骨折 图3 术后复查CT示鼻骨和鼻中隔支架结构恢复良好 图4 术后复查内镜下见鼻中隔基本居中,黏膜愈合良好

3 讨论

外鼻突出于面部中央,易受外力打击或撞击发生鼻骨骨折,严重的鼻骨骨折常合并有鼻中隔骨折和(或)脱位。有时还可能合并其他面颅骨的骨折,形成颅颌面复合伤。在处理时不能仅行鼻骨复位,而忽视其他损伤。鼻骨骨折合并鼻中隔骨折或脱位的情况比较常见,传统的处理方法均以手法复位为主。术后往往出现鼻中隔偏曲、骨棘和鼻腔粘连等,影响鼻腔、鼻窦功能障碍。再次手术处理时因粘连较重,黏膜不易分离,出血较多,术后反应较重,而影响治疗效果,且增加了患者的医疗费用和痛苦。

鼻内镜下治疗外伤性鼻中隔偏曲在国内均有报道^[4-6]。笔者认为在鼻骨复位的同时一期在鼻内镜下对鼻中隔外伤进行处理,具有视野好、对损伤的判断及处理更准确的优点,能够更有效地保留鼻中隔支架,特别是青少年的软骨支架。一般给予急诊手术,可消除患者在等待消肿过程中接受手术的恐惧心理,减轻患者的思想负担,避免二期处理时瘢痕和粘连对手术造成的困难,操作更为简单快捷。采用常规鼻中隔手术径路,可充分暴露病变部位,定位

准确,既能准确的处理骨折的残端,又能对软骨进行复位和成型。手术方法简单,疗效好。局麻加肌肉注射哌替啶,患者基本可以耐受手术,且减轻了全麻带来的风险和费用,适宜在基层医院推广。

参考文献:

- [1] 郑明秀,白忠. 12例陈旧性鼻外伤中隔脱位中隔成形术[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(10):627.
- [2] 王珮华,吴晴伟,孙艺渊,等. 鼻-鼻中隔整形术治疗部分外伤性歪鼻畸形[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(7):407-409.
- [3] 明澄,杨建平,丁跃明,等. 鼻骨并鼻中隔骨折急诊期治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,12(7):448.
- [4] 孟祥明,李河清,文庆波. 鼻内镜下鼻中隔成形术治疗外伤性鼻中隔偏曲[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(3):212-214.
- [5] 李蕾,王成龙,高云海,等. 早期鼻骨骨折伴外伤性鼻中隔偏曲的鼻内镜治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(3):208-209.
- [6] Rhee SC, Kim YK, Cha JH, et al. Septal fracture in simple nasal bone fracture[J]. Plast Reconstr Surg, 2004, 113(1): 45-52.

(收稿日期:2015-11-06)