

[16] 纪尧峰,索倩,杨娜,等. Foley管在小儿食管异物中的治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2014, 20(5): 456 – 457.

[17] 刘海,梁传余. 43例食道异物再次手术的体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(3):226 – 227.

(收稿日期:2016 – 02 – 29)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201605018

· 临床报道 ·

改良贯穿缝合法在鼻中隔矫正术中的应用体会

薛志勇¹,李 萍²,刘 芳³

(1. 赣榆区人民医院 耳鼻咽喉科,江苏 连云港 222100; 2. 焦作同仁医院 口腔科,河南 焦作 454000; 3. 焦作同仁医院 耳鼻咽喉科,河南 焦作 454000)

摘 要: **目的** 探讨改良贯穿缝合法在鼻中隔矫正术中应用的临床效果。**方法** 选取内镜下行改良贯穿缝合法鼻中隔矫正术的患者66例,其中男41例,女25例;年龄17~68岁,平均年龄35.6岁。观察患者的术后症状、体征、术后鼻腔处理时疼痛等不适程度。**结果** 术后随访6个月,治愈58例(87.9%),好转8例(12.1%)。处理鼻腔时无明显疼痛等不适,无术后出血、鼻中隔穿孔、鼻腔粘连等并发症。**结论** 在鼻中隔矫正术中,采用改良贯穿缝合法代替鼻腔填塞能改善患者的术后不适,减少并发症,缩短术后愈合过程;改良手术方法简单,易于实行,具有临床应用价值。

关 键 词:鼻中隔偏曲;鼻中隔矫正术;鼻腔填塞
中图分类号:R765.9 **文献标识码:**B **文章编号:**1007 – 1520(2016)05 – 0407 – 03

鼻中隔矫正术治疗鼻中隔偏曲在临床中应用广泛,术后为了固定鼻中隔及有效止血,多采用鼻腔填塞。填塞期间患者会出现头痛、口干、吞咽困难等,且易继发鼻腔鼻窦感染、鼓室积液等并发症,严重的甚至诱发鼻心反射,出现心律失常、心肌梗死等严重并发症^[1];取出鼻腔填塞物的操作更令多数患者痛苦不堪,对治疗产生惧怕、抵触心理,也可能引起再次出血^[2],严重者会引起晕厥性休克^[3]。我科自2013年8月开始采用了贯穿缝合法代替鼻腔填塞,并在应用过程中对手术器材进行了改良,取得了满意的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我科2013年10月~2015年4月收治的随访资料完整的内镜下行鼻中隔矫正术的患者66例,其中男41例,女25例;年龄17~68岁,中位年龄

35.6岁;全部病例术前均经鼻内镜检查及鼻窦冠状位和轴位CT扫描确诊为鼻中隔偏曲,其中合并过敏性鼻炎或下鼻甲肥大者21例,有其他鼻部合并症者未列入。临床表现为不同程度鼻塞者51例,头痛者11例,反复鼻出血者4例。

1.2 手术方法

所有病例均采用鼻内镜下局限性鼻中隔黏膜下切除术。15例采用鼻腔表面麻醉及局部浸润麻醉,其余病例均采用全身麻醉。手术在0°鼻内镜下操作。鼻中隔左侧皮肤黏膜交界处“L”形切口,剥离该侧黏(软)骨膜,切除偏曲的骨及软骨,四方软骨平整者尽量予以保留;中隔平直后复位黏(软)骨膜;切口以4-0 PGA可吸收缝线(圆针)(上海浦东金环医疗用品股份有限公司)间断缝合2针,再行鼻中隔贯穿缝合。把7号注射针头靠近尖端部分折取约1 cm长,可吸收缝线从注射针尾部穿进,从针尖处穿出约4 cm反折,制成新的“缝合针”(图1)。以持针器夹持其尾部,从鼻中隔左侧底部黏膜切口后方2 mm处垂直刺入,贯穿鼻中隔,从右侧出针,线尾留在鼻中隔左侧;再从右侧底部后方进针,从此由后向前沿“W”形路线缝合,每缝一针应注意收紧

作者简介:薛志勇,男,副主任医师。
通信作者:薛志勇,Email:xiaoxuedot@sina.com

缝线;直至中隔前部的低位从右侧进针,左侧出针,与留在左侧的线尾打结。如缝合部位保留有骨质,造成穿刺困难,可用鼻内镜在对侧抵住中隔,稍加用力穿刺即可成功。

合并过敏性鼻炎或下鼻甲肥大者行下鼻甲射频消融术(德国 Sutter 低温射频治疗仪 BM-780 II 型,双极 Binner 电极)和(或)下鼻甲骨折外移术;术中如有较大出血,以射频或电凝止血。术后不填塞鼻腔,静脉使用抗生素 3 d。术后第 1 天注意检查有无鼻中隔血肿发生,术后第 3 天开始鼻腔冲洗,每日 2 次;术后第 5 天、3 周、6 周分别检查、清理鼻腔 1 次,随访 6 个月。

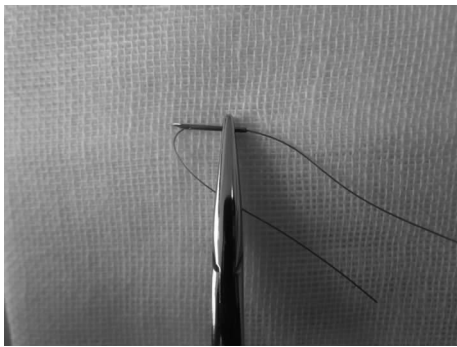


图 1 缝合针

1.3 疗效评价

住院期间连续观察患者的症状、体征、术后鼻腔处理时的不适度等。患者的自觉症状评价均采用视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS),按照 VAS 评分分为轻度 0~3 分,中度 >3~7 分,重度 >7~10 分。以纱布数量来计算出血量(经检测每块小纱布浸透后含血液约 5 ml)。术后 6 个月随访,根据患者症状改善情况及鼻中隔形态、鼻腔黏膜恢复状态进行疗效评价。评价标准^[4]:①治愈:鼻中隔矫正满意,黏膜光滑,症状消失;②好转:鼻中隔矫正满意,症状较术前减轻,鼻塞减轻,鼻出血发作频率减少;③无效:鼻中隔矫正不满意,鼻腔通气无明显改善,症状无好转。

2 结果

术后第 1 天,头痛:轻度 56 例(84.9%),中度 8 例(12.1%),重度 2 例(3.0%);睡眠困难:轻度 58 例(87.9%),中度 8 例(12.1%);出血量均 ≤15 ml;无一例出现吞咽困难、鼻中隔血肿及其他并发症;术后第 5 日检查,鼻腔黏膜光滑,无大块血

痂及伪膜存在,鼻腔清理时的疼痛评分轻度 55 例(83.3%),中度 11 例(16.7%),出血量均 ≤5 ml。

术后随访 6 个月,治愈 58 例(87.9%),好转 8 例(12.1%)。所有患者均未出现鼻中隔穿孔、鼻梁塌陷畸形、鼻中隔摆动及鼻腔粘连等并发症。

3 讨论

鼻中隔矫正术治疗鼻中隔偏曲已有多年历史,从传统的鼻中隔黏膜下切除术到各种鼻内镜下鼻中隔成形术^[5-7],手术技术不断改进,但术后为了鼻中隔塑形、避免血肿形成、减少出血等目的,鼻腔填塞仍是常规做法,由此造成了患者很大痛苦,也会引起一些不良反应。为减轻患者痛苦,减少并发症,有作者采用鼻中隔夹板、硅胶管、医用胶等用作术后鼻中隔固定^[8-10],取得了一定效果,但仍不同程度地存在使用不便、固定效果不确实、固定物对鼻黏膜的损伤、取出固定物时的二次痛苦等弊端;因此我们采用鼻中隔贯穿缝合技术来代替鼻腔填塞。此方法不仅减轻了术后疼痛等不适,减少了并发症的发生,而且由于避免了填塞物对鼻腔血管神经的压迫,减轻了对鼻腔黏膜纤毛运动的影响,所以组织损伤更少,愈合更快。本组病例在术后第 5 日检查时,鼻腔黏膜光滑,无大块血痂及伪膜存在,较之传统的填塞法所造成的黏膜损伤明显减轻。

在缝合法应用初期,我们体会到由于弯针在鼻腔内缝合时进针方向、出针位置不好控制,操作困难,往往费时过长;且易造成黏膜撕裂,留下鼻中隔穿孔的隐患。为此我们进行了改良,改弯针为直针,利用 7 号注射针头做成新的“缝合针”,进针时垂直刺入,出针位置得到了很好的控制,缩短了手术时间,也很好地解决了黏膜易撕裂的问题。在折断针头时,应使用持针器夹持牢固,避免针尖掉落;通过一次往返的折弯动作果断折断,以免出现断端毛刺或管腔变形而影响使用。缝合路线上,为了使鼻中隔组织达到完美贴合,我们采用先由前向后,到达鼻中隔后部后,再沿“W”形路线由后向前缝合,最后一针距第一针的距离 0.5~0.8 cm,在鼻腔前部打结,避免了在鼻腔深部打结的不便;术中根据鼻中隔支架的破坏程度、鼻中隔黏膜损伤情况及术中出血情况等灵活掌握缝合的部位和密度,做到完全消灭死腔,杜绝了形成鼻中隔血肿的可能。

由于使用可吸收缝线,无需拆线;术后 2~3 个月复查时缝线基本脱落,6 个月时已无任何痕迹。

术后鼻腔内无其他异物存在,无需频繁换药清理鼻腔;在术后全部诊疗过程中,只需进行2~3次简单的鼻腔清理,减少了鼻腔黏膜二次损伤的可能,减轻了患者的痛苦,加快了愈合过程。

综上所述,在鼻中隔矫正术中,采用改良贯穿缝合法代替传统鼻腔填塞能明显改善患者的术后不适,减少并发症,缩短术后愈合过程,且不增加患者经济负担,改良手术方法简单,易于实行,具有临床应用价值。

参考文献:

[1] 杨名保,赵海亮,蓝建平,等. 鼻腔填塞诱发鼻心反射3例报告并文献复习[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,26(3):120-122.

[2] 吴海峰,肖静,吴昌林. 鼻内镜术后继发鼻出血临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,21(3):249-251.

[3] 庞长安,孙佩智. 老年患者鼻内镜手术的围手术期综合治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,16(4):311-312.

[4] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 第2版. 北京:人民军医出版社,1998:602.

[5] 王荣光. 内窥镜下鼻中隔成形术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(6):453.

[6] 李佩华,胡秉德. 鼻内镜下局限性鼻中隔成形术[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,20(19):898-899.

[7] 古庆家,李静娴,樊建刚,等. 鼻内镜下三线减张法治疗鼻中隔偏曲的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(2):173-175.

[8] 张革化,李源,谢民强,等. 鼻中隔粘膜下切除术后应用夹板固定效果的临床观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2000(3):142-144.

[9] 马宝华,魏永祥. 硅胶管鼻腔填塞法及其血气分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2000,6(2):110.

[10] 陈煜,李同丽,王东. ZT医用胶在鼻中隔矫正术中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2001,15(2):86-88.

(收稿日期:2016-05-21)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》实行优质论文网上优先数字出版

为进一步提高期刊学术质量,缩短出刊周期,及时有效地传播优秀学术成果,提高作者学术成果的认可、传播和利用价值,作者可尽快发表成果,争取成果首发权,也为广大学者提供良好的文献查阅条件,我刊已加入“中国知网”学术期刊优先数字出版平台。并于2014年5月开始对优质稿件实行优先数字出版。

优先出版是数字化出版的一种创新与革命,凡已达到本刊正式出版水平的论文,在正式按期次成册印刷出版前,均可在“中国知网”学术期刊以单篇论文为单位、以PDF文档的形式在线优先发表。优先出版通常比印刷出版提前几周或几个月。作者所投本刊论文在通过外审、定稿及编辑加工后,能够第一时间在“中国知网”上发表。

如果作者同意所投本刊的论文于期刊印刷出版前在中国学术期刊(光盘版)电子杂志社主办的“中国知网”上进行优先数字出版,并许可“中国知网”在全球范围内使用该文的信息网络传播权,作者可在本刊远程投稿系统“作者投稿查稿”中下载“中国知网”优先出版授权书,签字后寄回。优先数字出版期刊的名称与印刷版期刊相同,其编辑单位是期刊编辑部。论文的网上优先数字出版由编辑部完成。