

· 临床报道 ·

鼻内镜下鼻中隔偏曲再次矫正术 27例临床分析

魏孜孜¹, 卢标清², 凌毅¹, 孙一帆²

(1. 湖南省平江县第一人民医院 耳鼻咽喉科, 湖南 平江 410400; 2. 广州中医药大学中山附属医院 耳鼻咽喉科, 广东 中山 528400)

摘要: 目的 探讨鼻内镜下鼻中隔再次矫正术的方法和要点。方法 在鼻内镜下对27例鼻中隔矫正术失败的患者进行再次鼻中隔矫正。结果 术后鼻内镜下检查27例患者均获满意矫正, 鼻中隔偏曲引起的临床症状消失或明显改善, 与术前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。随访0.5~3年, 无1例出现鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔粘连等并发症。结论 手术前全面评估、确立重点矫正部位及术式, 鼻内镜下鼻中隔再次矫正术可获得满意效果。

关键词: 鼻内镜检查; 鼻中隔; 外科手术

中图分类号: R765.3

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)02-0135-03

鼻中隔偏曲为鼻科常见病、多发病, 鼻中隔偏曲与鼻部的许多疾病有关, 如慢性鼻窦炎、鼻息肉、真菌性鼻窦炎等^[1-2]。鼻中隔矫正术是治疗鼻中隔偏曲的主要方法, 然而临床上鼻中隔矫正术失败的病例并不少见, 原有的症状未能解除或者影响鼻腔其他疾病的治疗效果时往往需要再次矫正。近年来在鼻内镜下行鼻中隔再矫正术获得满意疗效^[3-4]。2002~2009年我科成功对27例患者进行了鼻中隔偏曲再次矫正术, 现总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

收集2002年1月~2009年3月广东省中山市中医院耳鼻咽喉科及湖南省平江县第一人民医院耳鼻咽喉科住院再次行鼻中隔手术患者共27例, 其中男19例, 女8例; 年龄23~51岁, 中位年龄36岁。两次手术间隔时间为1~9年, 中位时间4年。临床表现: 鼻塞18例, 头痛9例, 反

复鼻出血5例, 鼻部胀痛6例, 合并慢性鼻窦炎、鼻息肉5例。27例患者均接受过鼻中隔黏膜下矫正术或切除术。鼻中隔偏曲情况: 高位偏曲未矫正者9例, 后段偏曲及低位偏曲10例, 一侧的矩状或棘状突偏曲6例, 前段偏曲2例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 所有病例均行前鼻镜及鼻内镜检查, 了解鼻中隔偏曲的部位、程度; 鼻窦CT扫描全面了解鼻腔鼻窦及原有软骨和骨质的残留状况。对检查结果及患者主诉症状、精神心理状况等进行综合分析, 确立重点矫正部位及手术方式, 并与患者进行充分沟通。器械准备: 0°、30°直径4 mm鼻内镜(Storz公司), 鼻动力切削系统(Hummer), 双关节咬骨钳, 0°、45°、90°耳科骨膜刀, 剥离器以及常规的鼻中隔手术器械。

1.2.2 麻醉 患者仰卧位, 以1%丁卡因10 ml加肾上腺素1 ml棉片行鼻腔黏膜表面麻醉, 棉片放置部位为鼻中隔、中下鼻道及嗅沟处, 以麻醉筛前神经、筛后神经和蝶腭神经。以1%利多卡因5~10 ml加肾上腺素3滴于中隔偏曲处两侧黏膜下浸润麻醉。对于部分过分紧张或痛觉敏感者, 术中

以哌替啶(度冷丁)注射液 25 mg 加氟哌利多注射液 5 mg(或异丙嗪注射液 25 mg)肌注,强化麻醉效果。

1.2.3 手术方法 手术要点:①再次手术区域局限于有软骨及骨质残留的偏曲部位,尽量避免在无骨质的鼻中隔区域进行操作。②手术始终在鼻内镜明视下进行,选择合适角度的耳科骨膜刀及剥离器以利于操作。

具体方法:①对前段偏曲以耳科骨膜刀于偏曲软骨残端游离缘后约 0.2 cm 处作一“L”形切口,以 45°耳显微剥离器向前及向后分离黏骨膜,暴露残端游离缘后,分离对侧黏骨膜,用 45°耳科骨膜刀切除偏曲软骨,再以多关节咬骨钳将骨质咬除修正至偏曲矫正满意,复位黏骨膜。②对鼻中隔中位和后段偏曲的患者以 90°耳科骨膜刀于残端游离缘后行鼻中隔纵行黏膜切口,切开黏软骨膜或骨膜,以耳科骨膜刀或剥离器向前及向后分离同侧偏曲部位的黏软骨膜和黏骨膜,暴露出残留软骨或骨质的边缘,切透或绕过该边缘,分离对侧的黏软骨膜和黏骨膜,切除或分次咬除偏曲的骨质。③对于孤立的矩状偏曲直接沿其长轴做水平切口,以直耳科骨膜刀切开黏骨膜,剥离充分暴露嵴突全部,然后用带黏膜保护的鼻动力切削系统自前而后磨平或用平凿凿除之。棘突者则在突起前以 45°耳科骨膜刀行“十”切口,剥离一侧黏膜骨膜,用动力切削系统磨平(或平凿凿除)突起骨质。④合并有鼻息肉、鼻窦炎、鼻甲肥大及鼻腔粘连者同期一并处理,术毕以明胶海绵或高膨胀海绵松软填塞,或不行鼻腔填塞,2 d 内取出鼻腔填塞物,术腔以外用生理盐水冲洗。

2 结果

2.1 症状、体征综合量化评分标准^[5-6]

症状:根据鼻塞、鼻胀痛、头痛、鼻出血等症状的轻重程度予量化计分:无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分);体征:根据鼻中隔偏曲程度、术腔黏膜充血水肿、鼻腔狭窄、鼻腔粘连、鼻中隔穿孔等情况予量化计分:无(0分),轻(1分),中(2分),重(3分),分别于鼻中隔再矫正术

前及再矫正术后半年评定。

2.2 再次矫正手术效果

由于手术范围小、术后鼻腔填塞压力小,27 例患者均诉术中术后鼻部疼痛、头痛等症状较首次手术大为减轻,术后恢复时间较首次手术快。术后 1 周,鼻内镜复查示鼻中隔基本居中,患者诉鼻塞、头痛和鼻出血等症状消失或明显改善。随访 0.5~3 年,疗效稳定,未出现鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔粘连、脑脊液鼻漏等现象。鼻中隔再矫正术后症状、体征综合积分较术前均有明显改善($P < 0.01$),见表 1。

表 1 再次手术前后症状、体征综合积分比较

时间	例数	症状	体征
再手术前	27	4.19±1.14	3.57±1.24
再手术后半年	27	1.63±0.78	1.37±0.87
t 值		9.6301	7.5464
P 值		<0.01	<0.01

3 讨论

鼻中隔向一侧或双侧偏曲或局部形成突起,引起鼻腔鼻窦功能障碍并产生症状,可诊断为鼻中隔偏曲。鼻中隔矫正术主要是解除由鼻中隔偏曲引起的鼻塞、头痛和鼻出血等临床症状。由于鼻中隔形状和解剖结构个体变异较大,受传统手术器械的限制及术者水平参差不齐等原因,部分患者术后矫正效果并不理想,原有的症状未能得到明显改善,鼻中隔矫正术失败临床并不少见,往往需要再次矫正。传统鼻中隔矫正术多采用鼻中隔黏膜下切除术,术中软骨切除过多,术后鼻中隔双侧黏膜组织粘连,再次手术时难于分离;同时既往头灯照明视野有限,光线较弱,而手术视野小,操作困难,难于处理后段偏曲及粘连的黏膜,易出现鼻中隔穿孔。因此,鼻中隔再次矫正术的难度较首次手术大大增加。鼻内镜的应用,使鼻内手术的照明系统更加完善,术野更加清晰,对手术的准确性及精确性都有很大的提高,可轻松完成后段及高低位鼻中隔偏曲矫正^[7-10]。配合使用不同角度的耳显微手术骨膜刮刀及剥离器,大大提高了鼻中隔再矫正

术的成功率。既往研究中鼻中隔手术效果多以术者的评价为主,不太重视患者对手术效果的真实感觉,为了克服这一弊端,在本研究中,我们将前期研究所采用的鼻部症状、体征量化评分方法^[5]与视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)^[6]相结合,以更全面客观评价手术的真实效果。结果表明:再次手术后的症状、体征综合积分较术前均有明显改善($P < 0.01$),未出现鼻中隔穿孔、鞍鼻等并发症,达到医患双方均满意的手术效果。

要较满意地完成鼻中隔的再次矫正术,我们认为以下几点是值得重视的。①术前应进行全面的检查评估:术前使用鼻内镜仔细检查鼻腔,并以剥离子探查鼻中隔;结合鼻-鼻窦影像学检查结果,全面了解鼻腔鼻窦情况及原有软骨和骨质的残留状况;结合患者的主诉症状,确定重点矫正部位和手术方式,做到术前心中有数。②手术要点:已无骨质的鼻中隔区域由黏膜-黏骨膜构成,一般不存在偏曲,对这一区域进行手术操作既没有必要,也难于分离及易造成鼻中隔穿孔;而需要再矫正的偏曲部位多位于软骨或骨质残留区。因此,我们坚持的原则是再次手术区只局限在有软骨及骨质残留区,这样,手术范围较小,对黏-黏骨膜的分离相对容易及不易鼻中隔穿孔。同时,合理应用鼻内镜和耳科器械,鼻内镜用于鼻中隔偏曲再次矫正术,照明好,视野清晰,0°、30°鼻内镜下鼻腔检查基本无盲区,可以更好地处理额镜或头灯下难以窥及的鼻中隔后段及高低位偏曲。而选择合适角度的耳科骨膜刀及剥离器,具有便于操作、可前后双向分离及较好保护黏-黏骨膜的优点。我们一般使用90°耳科骨膜刀行纵形黏膜切口,水平切口选取用0°耳科骨膜刀。③术前充分的医患沟通十分重要:由于不成功的手术已对患者心理产生了不良影响,如果再次手术仍达不到预期效果,患者会因彻底失望而怪罪迁怒于手术者。因此,再次矫正手术前的医患沟通十分重要。要对再次手术的难度及效果进行客观评估,术前与患者及家属充分沟通,对于那些精神抑郁、顾虑重重又对手术效果期望过高的患者,在未进行充分的医患

沟通前,不可贸然手术。④良好的麻醉也很关键:再次矫正术由于手术分离难度增加,术中需要医生耐心细致地对粘连部位进行分离,手术时间可能较长,只有在良好麻醉下,患者才能配合医生从容不迫地完成手术。⑤鼻中隔矫正术的一般原则在再次手术中同样要遵守,如术中尽量保证一侧黏膜的完整性以及保护鼻中隔骨性支架部分等。

鼻中隔矫正术虽然是鼻科的基本手术,但最近几年发生在耳鼻喉学界的暴力伤害医生的恶性事件均与鼻中隔手术有关,提醒我们鼻中隔手术虽小,但切不可轻视。术前的充分准备、术中合理应用鼻内镜及耳科器械,鼻中隔再次矫正术可以获得满意治疗效果,也是可以轻松完成的任务。

参考文献:

- [1] Elahi MM, Frenkiel S. Septal deviation and chronic sinus disease [J]. Am J Rhinol, 2000, 14(3): 175 - 179.
- [2] 顾兆伟,曹志伟,王温秀.鼻中隔偏曲与慢性鼻-鼻窦炎相关性分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(4):301-302.
- [3] 肖红俊,孔维佳,汪广平,等.再次鼻中隔矫正术[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(3):184-186.
- [4] 张俊杰,李殷,何平,等.鼻内镜下鼻中隔偏曲再次矫正术[J].医学临床研究,2008,25(6):1017-1019.
- [5] 卢标清,孙一帆,周小军,等.清利塞鼻洗液在内镜鼻窦手术后的应用[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2007,21(2):103-106.
- [6] Lim M, Lew-Gor S, Darby Y, et al. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis [J]. Rhinology, 2007, 45(2): 144 - 147.
- [7] 刘鹏,李士新,孙德义,等.鼻内镜下鼻中隔矫正术[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(4):300-301.
- [8] Getz AE, Hwang PH. Endoscopic septoplasty [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 16(1): 26 - 31.
- [9] 谢成彬,彭洁,唐凤翔.鼻内镜下鼻中隔高位、后段偏曲成形术 48 例临床分析[J].中国内镜杂志,2008,14(10):1047-1049.
- [10] Hwang PH, McLaughlin RB, Lanza DC, et al. Endoscopic septoplasty: indications, technique, and results [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 120(5): 678 - 682.

(修回日期:2010-02-10)