

· 临床研究 ·

79例复发性鼻窦炎修正性鼻内镜手术

江殿立, 廖俊, 王锦

(湘潭市中心医院耳鼻咽喉科, 湖南湘潭 411100)

摘要: **目的** 探讨慢性鼻窦炎鼻息肉术后复发的原因及影响修正性鼻内镜手术疗效的相关因素。**方法** 对79例(105侧)复发性鼻窦炎鼻息肉患者实施修正性鼻内镜手术,并对所有患者进行围手术期用药及术后鼻内镜定期复查。**结果** 79例(105侧)患者,术后经12个月以上随访,治愈55例(70侧),好转14例(22侧),无效10例(13侧),治疗总有效率87.34%,无严重的并发症发生。**结论** 术前CT检查、术中有效的止血及找准解剖标志是手术成功的关键。

关键词: 复发性鼻窦炎;鼻息肉;修正性鼻内窥镜手术

中图分类号: R765.9; R765.21 文献标识码: A 文章编号: 1007-1520(2011)05-0358-03

Clinical observation of revisional endoscopic sinus surgery for recurrent sinusitis (with a report of 79 cases)

JIANG Dian-li, WANG Jin, LIAO Jin

(Department of Otorhinolaryngology, Central Hospital of Xiangtan City, Xiangtan 411100, China)

Abstract: **Objective** To study the causes of recurrent sinusitis and polyps after endoscopic sinus surgery and the relative factors affecting the therapeutic effect of revisional endoscopic sinus surgery. **Methods** Revisional endoscopic sinus surgery was performed on 79 cases (105 sides) of recurrent sinusitis, and all patients received combined treatments including perioperative conservative management and nasal endoscopic examination during the follow-up period. **Results** All patients had been followed up for more than one year. Of 79 cases, 55 cases (70 sides) were cured, 14 cases (22 sides) were improved, the other 10 cases (13 sides) were ineffective, with a total effective rate of 87.34%; no serious complication occurred. **Conclusion** The operative efficacy can be greatly improved by preoperative CT scan, complete haemostasis and correct choice of anatomic landmarks during operation.

Key words: Recurrent sinusitis; Polyps; Endoscopic sinus surgery, revisional

在鼻内镜技术推广之前,基层医院的鼻息肉鼻窦炎的手术治疗主要以圈套器切除,部分辅以柯陆氏手术及下鼻道开窗术的传统手术为主。自鼻内镜技术引入鼻窦外科领域后,慢性鼻-鼻窦炎的手术疗效发生了显著变化,但仍有部分病例术后效果欠佳,形成复发性鼻窦炎^[1]。本文通过对湖南

省湘潭市中心医院耳鼻咽喉科2003年5月~2009年11月收治的79例(105侧)复发性鼻窦炎患者行修正性鼻内镜手术的回顾性分析,探讨导致鼻窦炎术后复发的因素,并探索减少复发的对策。

1 资料与方法

1.1 临床资料

79例患者均符合1997年(海口)慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型、分期标准,Ⅱ型14例,Ⅲ型65例^[2]。男55例,女24例;年龄15~81岁,平均46.9岁。病程1~35年,术后复发时间6个月至8年。其中有1次手术者21例,2次者42例,3次及以上者16例。既往首次手术方式为单纯圈套器鼻息肉切除术12例,行上颌窦根治术5例,鼻内镜手术62例(其中鼻内镜联合柯陆氏手术6例,鼻内镜鼻窦手术加鼻中隔矫正术11例,加下鼻甲部分切除术13例)。有高血压病史16例,糖尿病史7例。所有病例术前均行鼻窦CT及鼻内镜检查,息肉样变24例(其中后鼻孔息肉6例);鼻中隔有明显偏曲12例(其中已行鼻中隔矫正术者3例);钩突残留18例(27侧);中鼻甲缺失12例(17侧);下鼻甲肥大7例(11侧);鼻腔粘连12例(16侧),其中中鼻甲与鼻中隔粘连1例(2侧),中鼻甲与鼻腔外侧壁粘连3例(3侧),鼻中隔与下鼻甲粘连6例(8侧),鼻中隔与中下鼻甲均有粘连2例(3侧)。

1.2 术前准备

术前详细询问患者病史及以前手术情况,了解有无高血压、冠心病、糖尿病等病史。高血压、糖尿病患者术前控制血压、血糖至正常水平,有吸烟、饮酒史的患者嘱其术前1个月禁烟、酒。常规行鼻内镜检查及鼻窦冠状位和轴位CT扫描,明确病变范围,了解鼻腔鼻窦解剖结构及有无解剖变异,注意观察鼻窦毗邻眼眶、颅底关系及骨质有无缺损,观察和分析前次手术的残留或复发病变,制定合理的手术方案。

1.3 术前用药

术前常规口服广谱抗生素3~5d,血管收缩剂喷鼻3~5d,息肉较多者或鼻黏膜肥厚水肿较剧者术前口服泼尼松3~5d,以减轻黏膜水肿。术前半小时间常应用鲁米那、阿托品肌注,高血压患者血压控制后术前半小时间加用立止血1kU肌注,以减轻

术中出血。

1.4 手术方法

79例患者中,局麻48例,全麻31例。局麻患者先应用1%丁卡因加1‰肾上腺素棉片作鼻腔黏膜麻醉2~3次,麻醉部位应包括嗅裂、中鼻道、蝶筛隐窝中鼻甲鼻中隔间、下鼻道、总鼻道;有鼻腔粘连者先剪开粘连带后再用1%利多卡因加1‰肾上腺素行鼻丘、钩突前缘黏膜下浸润麻醉;如需开放后组鼻窦,还应行中鼻甲后端附着部外侧黏膜下浸润麻醉,以阻滞蝶腭神经。术中使用Storz公司的鼻内镜手术器械及显像系统,手术按Messerlinger术式从前向后进行,先找到残存的解剖标志,参照May等^[3]提出的6个特定的解剖标志,在0°鼻内镜下清除鼻腔及中鼻道的大部分息肉,然后切除残余的钩突,咬除筛泡,开放前组筛窦,鼻额管及额窦,吸净窦内脓性分泌物,检查中鼻甲基板;并通过中鼻甲基板开放后组筛窦和蝶窦,扩大蝶窦引流口,并清除蝶窦内病变组织。有鼻丘气房、眶下气房、蝶上气房者,均应予以清除。泡性中鼻甲应切除,保留中鼻甲的内侧面。对伴有鼻中隔偏曲和下鼻甲肥大者,同期行鼻中隔矫正术和下鼻甲(骨)部分切除术。有上颌窦真菌病者,上颌窦开放后,再行下鼻道开窗引流。

1.5 术后处理

术后全身使用广谱抗生素静滴5~7d,部分患者口服泼尼松3~5d,术后48~72h取出鼻腔填塞物,清理术腔凝血块及痂皮。出院后应用糖皮质激素(布地奈德鼻喷雾剂)喷鼻1周,鼻腔分泌物多者口服黏液促排剂(沐舒坦或桉柠蒎),有条件者每日行鼻腔冲洗,半个月复查行鼻内镜下清理,每次复查均应仔细清理窦口囊泡、脓性分泌物、术腔纤维肉芽组织增生及痂皮。坚持复查12个月以上,前3个月每半月复查1次,以后每1~2个月复查1次。

2 结果

2.1 疗效标准

根据1997年海口会议慢性鼻窦炎、鼻息肉疗效评定标准进行疗效评定^[4]。治愈:

临床症状消失,鼻内镜检查窦口开放良好,术腔黏膜上皮化,无脓性分泌物;好转:症状改善,鼻内镜下见术腔黏膜部分区域水肿、肥厚或肉芽组织形成,有少许脓性分泌物;无效:临床症状无改善,鼻内镜下见术腔粘连,窦口狭窄或闭塞,息肉形成,有脓性分泌物。

2.2 治疗结果

79 例患者,经 6 个月以上随访,治愈 55 例(69.62%),好转 14 例(17.72%),无效 10 例(12.66%),总有效率 87.34%。

术中并发眶纸板损伤 5 例;术后出现眶周淤血或肿胀 7 例,经保守治疗后 5 例出院前恢复正常,1 例术后半月复查时已恢复,1 例术后 3 个月转变为眶周炎性假瘤,经治疗 6 个月后消退。术中出血 600 ml 以上者 6 例(其中 800 ml 以上者 2 例),由于术中及时输血和补液,未出现严重后果。术中无 1 例损伤筛前动脉、筛后动脉及颅底骨质。术后出现不同程度鼻腔粘连 8 例,经分离及填塞后均以解除粘连。术后出现溢泪 2 例,均为行下鼻道开窗患者,及时拔除填塞纱条并行泪道冲洗后症状缓解。无 1 例出现术后大出血、脑脊液鼻漏、视力障碍等严重并发症。

3 讨论

慢性鼻息肉鼻窦炎患者进行手术时,为提高手术疗效,减少复发和并发症的发生,术前应全面了解病史和全身情况,有全身性疾病者,控制好全身性疾病,避免可能加重术中出血和术后感染的因素,根据手术的需要选择合适的麻醉方式。对于局麻患者,除常规的表麻和局部浸润麻醉外,还可酌情行蝶腭神经阻滞麻醉。全麻患者术中可行控制性低血压,以减轻术中出血。复发性鼻窦炎再手术时,由于前次手术时一些重要的解剖结构多已破坏,往往给术中寻找参照标志带来困难,这就要求笔者通过认真阅读术前 CT 照片和术中观察,找到残留的解剖结构作为参照。韩德民等^[5]提出 6 点再手术标志。①前弓:位于泪骨后上和中鼻甲前上附

着缘之间,是筛窦的前界和入口。②上颌窦开窗口:有时可被残余钩突或增生的息肉、黏膜瘢痕等阻塞,可通过轻压后凶或经尖牙窝穿刺定位。③眶纸板:为上颌窦开口上方及眼眶内下的薄层骨壁,镜下见表面光滑,因眶脂肪衬托而呈微黄色。④嵴:为眶底板在上颌窦开窗口和纸板之间形成的骨性隆起,后筛位于其上方,蝶窦位于其下方,嵴是判断进入后筛还是蝶窦的实用参考标志。⑤后鼻孔弓:有助于定位蝶窦前壁,当蝶筛隐窝的病变阻塞蝶窦自然口时,在后鼻孔弓以上 1~1.5 cm 近鼻中隔处即可找到蝶窦开口。⑥蝶窦顶壁和蝶窦口:从后向前手术时,需先通过后鼻孔弓和鼻中隔后部找到蝶窦开口,再以蝶窦顶壁为向导向前开放筛窦。对于解剖结构清楚的,通常以中鼻甲和上颌窦自然开口及其上界的眶底为标志^[6]。但大部分再手术患者,鼻腔解剖结构多已破坏,中鼻甲残存或完全缺失,则可依据中鼻甲根部及中鼻道前穹隆作为开放筛窦的标志及门户^[7],也可以从后鼻孔穹隆往前找到中鼻甲附着部,操作时注意矢状位开放筛房,向外避免损伤纸样板,向内避免超过中鼻甲根部而损伤筛板,确保手术在中鼻甲外侧和纸样板之间进行。对于筛窦骨质增生明显者,开放困难时还可使用电钻从中心向边缘逐步扩大开口。开放额窦时先于中鼻甲根部稍后向上定位额隐窝,如有钩突残留,则更容易找到上颌窦开口,如钩突已完整切除,则可通过下鼻甲上缘找上颌窦口,向前扩大上颌窦口时避免损伤鼻泪骨,导致术后溢泪。对蝶筛隐窝病变广泛、蝶窦开口闭塞病例,则以后鼻孔上穹隆为标志,指导开放蝶窦,并根据病情适当扩大蝶窦口。开放窦腔时必须做到操作细致,止血充分,保证视野清晰。术后坚持定期随访复查,细致的内镜清理,合理的辅助药物治疗,对减少复发,提高手术疗效同等重要,许庚等^[8]认为,80% 以上的术腔在 3~10 周内有水肿、囊泡、肉芽、息肉生长和纤维结缔组织增生、粘连等去黏膜化反应或再生病变发生,并与上皮化呈竞争性生长。笔者发现,术后的 3~6 周是形成囊泡、纤维素性粘连的高峰期,此时需及时清理囊泡、息肉和纤维肉

芽增生,解除粘连,防止阻塞性病变的进一步发展。对于鼻黏膜有变应性病变存在的病例,辅以2~3周的糖皮质激素口服及布地奈德喷鼻剂治疗,以利于术腔黏膜的良性转变。

总之,慢性鼻息肉鼻窦炎术后复发的因素与患者本身个体差异、手术条件的不同,术者对手术熟练程度和手术技巧的掌握以及术后的综合治疗有关,完善的术前准备,充分的围手术期处理,良好的解剖基础及熟练的手术操作和技巧,合理的术后用药以及严格的术后定期复查并清理,是减少复发,减少并发症的发生,提高手术疗效的关键。

参考文献:

[1] 王正敏. 耳鼻喉科学新理论与新技术[M]. 上海科技教育出版社,1997: 144-149.

[2] 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(1997年,海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998, 33(3): 134.

[3] May M, Schaitkin B, Kay SL. Revision endoscopic sinus surgery: Six friendly surgical landmarks [J]. The Laryngoscope, 1994, 104(6): 766-767.

[4] 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(1997年,海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998, 33(3): 134.

[5] 韩德民,周兵主编. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001: 219.

[6] 顾平,周书芳,钟志生. 复发性鼻窦炎鼻息肉49例再手术探讨[J]. 南通医学院学报,2004, 24(1): 104-106.

[7] 朱胜华,贺广湘,孙虹,等. 复发性鼻窦炎的原因及修正性鼻内镜手术治疗[J]. 中南大学学报(医学版),2006, 31(2): 208-211.

[8] 许庚,李源,谢民强,等. 功能性内窥镜手术后术腔粘膜转归阶段的划分及处理原则[J]. 中华耳鼻喉科杂志,1999, 34(5): 302-305.

(修回日期:2011-07-28)

(上接第357页)

参考文献:

[1] Markowitz BL, Manson PN, Sargent L, et al. Management of the medial canthal tendon in nasoethmoid orbital fractures: the importance of the central fragment in classification and treatment [J]. Plast Reconstr Surg, 1991, 87(5): 843-53.

[2] 陈东,王珮华,石润杰,等. 97例开放性鼻外伤的功能和形态重建[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,

2010, 16(5): 366-369.

[3] Chang EW, Manolidis S. Orbital floor fracture management [J]. Facial Plast Surg, 2005, 21(3): 207-13.

[4] Hartstein ME, Roper-Hall G. Update on orbital floor fractures: indications and timing for repair [J]. Facial Plast Surg, 2000, 16(2): 95-106.

[5] Fraioli RE, Branstetter BF 4th, Deleyiannis FW. Facial fractures: beyond Le Fort [J]. Otolaryngol Clin North Am, 2008, 41(1): 51-76.

(修回日期:2011-07-10)