

· 临床报道 ·

鼻中隔偏曲并下鼻甲肥大手术的疗效观察

林树春¹, 赵进喜², 杨建国¹, 王德生¹

(1. 福建医科大学附属协和医院 耳鼻咽喉科, 福建 福州 350001; 2. 固原市原州区人民医院 耳鼻咽喉科, 宁夏 固原 756000)

摘要: 目的 探讨鼻中隔偏曲并下鼻甲肥大的手术方式及效果。方法 55例以鼻塞为主诉的鼻中隔偏曲合并下鼻甲肥大患者, 随机分为联合治疗组33例, 行鼻中隔偏曲矫正+下鼻甲外移术; 鼻中隔矫正组22例, 单纯行鼻中隔偏曲矫正术。结果 所有患者术后随访1年以上, 联合手术组中25例痊愈, 8例有效, 治愈率75.8%, 好转率100.0%; 鼻中隔矫正组中7例痊愈, 11例有效, 4例无效, 治愈率31.8%, 好转率81.8%。两组差异具有统计学意义($P < 0.01$)。结论 通过鼻窦CT结合鼻内镜技术实施针对性的鼻中隔偏曲矫正+下鼻甲外移术治疗, 组织损伤小, 安全可靠, 效果肯定, 符合功能性治疗的原则, 可使鼻塞患者获得良好的治疗效果。

关键词: 鼻中隔偏曲; 下鼻甲肥大; 鼻中隔矫正术

中图分类号: R765.3

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)02-0136-03

鼻中隔偏曲合并下鼻甲肥大是临床常见的鼻部疾病之一, 鼻塞既是鼻中隔偏曲也是下鼻甲肥大的主要症状之一, 鼻中隔偏曲合并下鼻甲肥大患者的鼻塞程度常较其他鼻科疾病更为严重, 也是此类患者求诊的首要原因。2008年3月~2010年12月笔者在鼻内镜下行鼻中隔偏曲矫正+下鼻甲外移术治疗鼻中隔偏曲合并下鼻甲肥大患者, 获得满意效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

55例患者均以鼻塞为主诉, 其中男37例, 女18例; 年龄25~59岁。病程2~40年, 随机分为两组。联合治疗组33例, 男23例, 女10例, 平均年龄33.7岁; 采用鼻中隔偏曲矫正+下鼻甲外移术。鼻中隔矫正组22例, 男14例, 女8例, 平均年龄32.4岁; 采用单纯鼻中隔偏曲矫正术。所有患者皆有持续性鼻塞, 部分患者伴有头昏、头痛等症状。专科检查所有患者均有鼻中隔偏曲, 其中“S”型偏曲29例, “C”型偏曲26例。大部分病例均有较

明显的嵴突和(或)棘突, 且合并下鼻甲肥大, 下鼻甲不同程度与鼻中隔相贴, 前鼻镜检查无法窥及中鼻甲, 患者下鼻甲对血管收缩剂不敏感, 术前常规行鼻窦冠状位CT及鼻内镜检查, 排除慢性鼻窦炎, 证实鼻中隔偏曲及下鼻甲肥大。

1.2 手术方法

应用美国Stryker或浙江福澳0°、30°鼻内镜及摄像监视系统完成手术。手术采用传统的左侧弧形切口, 手术步骤基本同传统手术。在鼻内镜直视下进行, 用带吸引器的鼻中隔剥离子伸入鼻中隔软骨与黏骨膜之间, 在鼻内镜引导下边吸血液边向后方分离黏骨膜, 直至越过偏曲的鼻中隔软骨或筛骨正中板。一侧剥离后, 同法剥离对侧黏骨膜, 然后在鼻内镜下, 去除偏曲的鼻中隔软骨、筛骨正中板、犁骨及上颌骨鼻突, 所有患者均在局麻下完成手术。在此基础上联合治疗组患者再行下鼻甲外移术, 下鼻甲表面置入一棉片保护下鼻甲黏膜, 以剥离子先将位于鼻腔外侧壁的下鼻甲向鼻腔内、鼻中隔方向骨折移位, 此时可感及下鼻甲轻微的骨折音, 然后将剥离子伸入被保护的下鼻甲中隔面, 压向下鼻道方向, 使之尽量向鼻腔外侧壁移位, 检查下鼻甲与鼻中隔及鼻底的距离达3~5mm即可。术后双侧鼻腔予膨

作者简介: 林树春, 男, 主治医师。
通讯作者: 林树春, Email: xhent@sina.com.

胀海绵填塞3 d,两组患者术后均予布地奈德鼻喷剂喷鼻3个月。

1.3 疗效判定标准

采用国际通用的视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评价鼻塞疗效,即一长10 cm的评分卡,一端为0表示无鼻塞症状,另一端为10表示几乎完全鼻塞。让患者根据评分时的鼻塞情况移动游标,在0和10之间选择,与患者当前症状相符的分值为此时的VAS分值。所有患者均于6个月后判定疗效,根据治疗后第6个月的评分计算,减分率=[(治疗前-治疗后)/治疗前]×100%。减分率≥90%为痊愈,自觉症状消失,鼻腔通畅,下鼻甲较术前变小,可以充分观察到中鼻甲、钩突及中鼻道,下鼻甲与鼻中隔不相贴,可顺行看到鼻咽部;30%~90%为显效,自觉症状明显改善,下鼻甲较术前变小,可观察到中鼻甲头

端及钩突前缘;<30%为无效,自觉症状无改善,下鼻甲未变小,下鼻甲与偏曲鼻中隔仍相贴无法直接窥视中鼻甲^[1]。

1.4 统计学方法

应用SPSS 13.0软件对数据进行统计学分析,采用两组有序变量资料的秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 联合治疗组与鼻中隔矫正组疗效比较

两组患者术后随访1年以上,联合治疗组患者中25例痊愈,8例有效,治愈率75.8%,好转率100.0%;鼻中隔矫正组中7例痊愈,11例有效,4例无效,治愈率31.8%,好转率81.8%。两组比较差异具有统计学意义($Z = -3.455, P < 0.01$,表1)。

表1 联合治疗组与鼻中隔矫正组疗效比较

疗效	例数			秩和		秩次范围	平均秩次
	联合治疗组	鼻中隔矫正组	合计	联合手术组	鼻中隔矫正组		
痊愈	25	7	32	412.5	115.5	1-32	16.5
显效	8	11	19	336	462	33-51	42
无效	0	4	4	-	214	52-55	53.5
总计	33	22	55	438.5	791.5	-	-

2.2 术后并发症

联合治疗组术后3 d,拔除膨胀海绵后出现鼻中隔局部血肿1例,及时予清除血肿后行双侧鼻腔凡士林纱条填塞2 d后血肿消失,无其他并发症发生。鼻中隔矫正组术后3周复查,鼻腔局部粘连2例,予以分离,随访1年以上无复发,鼻塞无改善者4例,无其他并发症发生。

3 讨论

人体发育过程中鼻中隔偏曲作为鼻腔结构异常的原发点,可以导致双侧鼻腔空气流动不对称,在狭窄侧通气不畅的基础上,由于宽敞侧过度通气,引发相关结构增生肥厚^[2],主要是下鼻甲肥大,进一步加重了鼻腔狭窄、鼻阻力增加,由此继发咽腔负压升高、塌陷;同时也可以因为鼻腔气流量降低,咽部开大肌反射

兴奋性下降,加重咽腔塌陷和阻塞。

鼻阻力主要来源于鼻瓣和肿胀的鼻黏膜。鼻瓣位于前鼻孔后方约1~2 cm处,是上呼吸道最狭窄的部分,由下鼻甲头端、鼻中隔和鼻阈(上、下外侧软骨的重叠部分)构成,产生的阻力约为从鼻腔到肺泡的气道总阻力的50%^[3]。中鼻甲以下区域的下部鼻腔接受50%以上的气流,下鼻甲作为该区的最主要结构,对鼻腔通气起到阀门的作用,它通过体积变化来调节鼻腔气流的强弱,下鼻甲与鼻中隔之间形成的最小截面积对通气阻力的大小起决定性作用^[4]。肥大的下鼻甲通过改变患侧正常的解剖结构,改变了鼻瓣区在鼻气流生理上的重要功能,从而影响了整侧鼻腔的流体动力学。最终通过改变气流的流量与形式对该侧鼻腔的通气功能、调节气温功能及嗅觉造成不良影响^[5]。

针对鼻腔阻塞这一上气道阻塞的源头性因素,结合鼻瓣理论,Paccoi等^[6]指出,采取矫正

鼻中隔偏曲结合处理下鼻甲肥大这一相对容易的手术,纠正鼻瓣失能,扩展鼻腔有效通气容积,可有效降低鼻腔通气阻力,减轻或缓解上气道阻塞,提高生活质量。

在本组研究中,观察到鼻塞主要是在鼻中隔偏曲病变的基础上,导致双侧鼻腔不对称通气,形成更多的湍流^[7],引起鼻腔结构,主要是下鼻甲组织,包括黏膜及鼻甲骨的增生、肥厚,尤其是宽敞侧鼻腔的下鼻甲,当这些变化持续难以改变时,单纯行鼻中隔偏曲矫正术,理论上使两侧鼻腔等容,只会增加原来宽敞侧鼻腔的鼻阻力,即加重鼻塞^[8]。在鼻中隔偏曲矫正术基础上再行下鼻甲外移术,可以使下鼻甲与鼻中隔之间形成的接触阻断或最小截面积得以解除或增加,最终达到理论上的对称性通气。因下鼻甲外移仅改变下鼻甲的位置而不破坏鼻甲的正常结构,在鼻腔通气环境改善的条件下,恢复正常通气,符合功能性治疗的原则。

传统的下鼻甲肥大的手术处理,有下鼻甲切除术、下鼻甲黏膜下切除术与微波、射频、激光等手术,以及最近几年兴起的等离子低温射频消融手术,上述外科手术相对痛苦较大,容易出血,且可损伤部分下鼻甲黏膜,还有可能出现空鼻综合征^[9],微波、射频、激光及等离子低温射频消融等治疗,对黏膜有直接的和远期的损伤,容易结痂、鼻腔粘连,有迟发性出血可能,而且存在操作尺度难以判断的技术问题。笔者观察到下鼻甲组织随着年龄的增长,有缓慢萎缩退化的趋向,Park等^[10]对伴有下鼻甲肥大而未实施下鼻甲手术的鼻中隔成形术后1年以上的患者进行了研究,认为经鼻中隔成形术后下鼻甲肥大,特别是在内侧黏膜,可能发生逆转。故这些手术在难以判断肥大的下鼻甲组织是否可能恢复的情况下,笔者建议不要轻易尝试。

理想的下鼻甲手术疗效应达到:①缩小肥大的下鼻甲体积;②恢复下鼻甲在鼻腔内的正常形状;③恢复正常的鼻阻力;④尽可能多的保留下鼻甲黏膜;⑤操作简单易行^[11]。下鼻甲外移骨折术,将下鼻甲向外侧骨折移位,通过改变下鼻甲的位置改善鼻腔通气。虽然不能缩小下鼻甲的体积,且有自行复位的倾向^[11],但在考虑大多数下鼻甲组织没有完全不可逆改变的前提

下,在鼻腔对称性通气环境改善的基础上,术后应用鼻科激素等后续治疗,可以保持、巩固治疗效果,该术式操作简单,没有特殊的风险或并发症,故在鼻中隔偏曲矫正术的基础上再行此术式,能够最有效地不破坏鼻腔黏膜和保持鼻腔神经生理的完整性,最大限度地保留鼻腔功能,同时能很好地解除鼻阻塞改善通气,减少并发症,而且不需要特殊、昂贵的器械及防护措施,可以在基层医院开展、推广。

当然,合理的手术时机与恰当的手术方式不仅能有效地解除鼻阻塞、改善鼻腔的通气功能,而且也有利于鼻腔、鼻窦黏膜炎症的恢复及纤毛输送功能,同时也是笔者治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的重要措施之一。笔者认为针对鼻中隔偏曲并下鼻甲肥大患者的手术治疗,应结合鼻窦CT和鼻内镜技术,适当地采用鼻中隔偏曲矫正与下鼻甲外移的联合手术,争取得相当满意的治疗效果。

参考文献:

- [1] 韩德民,周兵. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:104-105.
- [2] 韩德民,臧洪瑞. 鼻腔扩容技术[J]. 中国医学文摘耳鼻喉科学,2009,24(4):197-198.
- [3] 韩德民,张罗. 鼻生理功能及其临床评估[J]. 首都医科大学学报,2009,30(1):44-48.
- [4] 许庚,杨钦泰,徐睿,等. 对下鼻甲手术的评价[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2003,10(4):197-198.
- [5] 郭宇峰,张宇宁,陈广,等. 单侧下鼻甲肥大鼻腔气流流体力学分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2009,23(17):773-777.
- [6] Paccio P, Di Peco V. Septal cartilage graft for nasal valve incompetence associated with deviated septum[J]. Am J Rhinol, 2007, 21(5): 622-625.
- [7] 卜国铨,顾瑞金. 鼻生理学[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1991,26(3):178-182.
- [8] 韦树春,黄天勇,刘为纲,等. 鼻内镜下低温等离子射频综合处理鼻中隔及下鼻甲病变[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(1):65-67.
- [9] 王永臻. 下鼻甲部分切除术后并发空鼻综合征16例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(9):566-567.
- [10] Park HY, Kim HS, Kang SO, et al. Effect of septoplasty on inferior turbinate hypertrophy[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 134(4): 419-423.
- [11] 王琪. 下鼻甲肥大的外科治疗[J]. 中国医学文摘耳鼻喉科学,2008,23(5):280-281.

(修回日期:2011-12-19)