

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201302020

· 临床报道 ·

慢性鼻窦炎鼻内镜术后无鼻腔填塞的临床分析

黄金忠

(广西壮族自治区南溪山医院耳鼻咽喉头颈外科,广西 桂林 541002)

摘要: **目的** 探讨在局麻下鼻内镜术后有与无填塞的优缺点。**方法** 106例I、II型慢性鼻窦炎患者行鼻内镜术后,A组(电凝止血组)52例和B组(肾上腺素棉片止血组)54例未行鼻腔填塞,对照组46例行凡士林纱条填塞。**结果** 不填塞组104例术后无严重出血,B组2例渗血较多,需要补充填塞,与对照组术后渗血量比较差异无统计学意义;术后渗血时间A组(210.12 ± 12.45)min,B组(298.23 ± 30.34)min,对照组(366.22 ± 40.12)min,各组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);术后疼痛评分A组(1.81 ± 0.39)min,B组(1.85 ± 0.52)min,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),对照组(3.76 ± 0.41)min,与A、B两组比较差异有统计学意义。**结论** 局麻下对I、II型慢性鼻窦炎行鼻内镜手术后应用电凝和肾上腺素棉片止血,可以减少鼻腔填塞造成的术后不适。

关键词: 鼻窦炎;鼻内镜术;鼻腔填塞

中图分类号: R730.49;R765.4

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2013)02-0153-03

虽然鼻内镜术后有多种填塞材料供选用,但是填塞后多数患者有不同程度的不适感,在抽取填塞物时还可能引起再损伤出血,部分填塞材料对黏膜腺体和纤毛功能造成损害,影响术后鼻黏膜功能修复,降低手术的疗效。笔者于2005年1月~2010年12月对106例I、II型(按海口标准)鼻窦炎患者采取术前抗炎治疗后手术,术中鼻腔创面使用电凝止血或肾上腺素棉片止血,术后不填塞鼻腔,效果良好,报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将106例行鼻内镜手术术后无填塞的鼻窦炎患者分为A、B两组。①术后无填塞A组(电凝止血组):52例中男32例,女20例;年龄16~56岁,平均年龄36岁。双侧病变44例,单侧8例,共96例。I型1期10例,I型2期29例,I型3期28例,II型2期24例,II型3期5例。②术后无填塞B组(肾上腺素棉片止血组):54例中男28例,女26例,年龄15~53岁(平均34岁),双侧41例,单侧13例,共95例。I型

1期16例,I型2期40例,I型3期21例,II型1期7例,II型2期11例。③对照组:术后凡士林纱条填塞组46例,其中男22例,女24例;年龄16~54岁,平均年龄35岁。双侧病变41例,单侧5例,共87例。分期:I型1期9例,I型2期30例,I型3期13例,II型2期31例,II型3期4例。

1.2 方法

患者术前均予抗生素和糖皮质激素治疗3~7d,全部患者在局麻下手术,在鼻内镜下清除鼻腔息肉,切除钩突,鼻窦有炎症者分别予开放上颌窦自然口、筛窦筛房、额隐窝和蝶窦前壁,术中使用吸割器和黏膜咬切钳清除息肉及息肉样变黏膜,减少黏膜撕脱,避免损伤蝶腭动脉和筛前动脉等血管,每侧鼻内手术出血量都在100ml以内,中、下鼻甲肥大者无填塞A组中有24例(31例)用可吸引的单极电凝将鼻甲黏膜脱水减容,术后无填塞B组中30例(36例)行下鼻甲骨折外移,手术结束时检查观察鼻腔3~5min,A组行电凝止血后,均不填塞鼻腔;B组使用0.1%肾上腺素棉片收缩鼻黏膜止血,不予填塞鼻腔;46例填塞组中有23例行中、下鼻甲部分切除,术毕用凡士林纱条填塞术腔及鼻道,术后按常规予抗生素和糖皮质激素及止血药治疗,嘱患者术后注意鼻腔渗血及唾液中有无鲜血,避免用力咳嗽及抽吸擤鼻,防止伤口震动引起再出血。

作者简介:黄金忠,男,硕士,副主任医师。
通讯作者:黄金忠,Email:hjz6820042000@163.com.

1.3 统计学处理

采用统计软件 SPSS 10.0 进行数据整理和分析,结果以计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.4 观察指标和评定方法

术后渗血时间:术后至鼻腔、口咽无血性分泌物的时间,出血量:根据口咽唾液含血量和鼻前被血浸透的小方纱重量评估。

疼痛程度:术后疼痛评估采用视觉模拟(VAS)评分,无痛为 0 分,轻度疼痛为 1~3 分,中度疼痛为 4~6 分,重度疼痛为 7~10 分。

2 结果

不填塞组中 104 例术后无严重出血,但 B 组 2 例术后当天渗血较多,需要补充填塞。随访 3 个月术腔无粘连。

术后渗血量比较, A 组出血量 (16.12 ± 9.39) ml, B 组出血量 (16.31 ± 5.63) ml, 对照组为 (16.61 ± 7.18) ml, 各组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

术后渗血时间比较, A 组 (210.12 ± 12.45) min, B 组 (298.23 ± 30.34) min, 对照组 (366.22 ± 40.12) min, 各组比较差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

术后疼痛比较, A 组为 (1.81 ± 0.39) 分, B 组为 (1.85 ± 0.52) 分, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。对照组为 (3.76 ± 0.41) 分, 与 A、B 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

功能性鼻内镜手术广泛应用于治疗慢性鼻窦炎、鼻息肉,取得良好的疗效,但是术后为了预防出血常常按传统方法填塞鼻腔 2 d, 不符合内镜微创手术的观念。Orlandi 报道^[1] 仅 11.2% 的患者需要术后填塞,大部分不填塞的患者没有严重的出血。术后是否填塞鼻腔一般根据术者的经验、手术方式、病变范围和患者术中出血情况综合考虑。

3.1 鼻内镜术后填塞鼻腔的优缺点及不填塞的优点

尽管近年来已有多种鼻腔填塞材料供选

用,可是具备对伤口愈合起促进作用的填塞物相当少。Weber 认为^[2] 鼻腔填塞物不能引起附加的再创伤,如刺激、毒性、异物或取出时再损伤,对伤口周围创造一个湿润的环境,预防伤口周围与填塞物粘连,预防瘢痕形成引起的迟发性鼻腔狭窄。目前临床常用各类填塞纱条、膨胀海绵和气囊都没达到上述要求,虽然术后填塞鼻腔可以预防术后出血、水肿和支撑稳定开放的窦口,但是部分患者填塞后仍然会渗血,尤其是同时行鼻甲部分切除的患者,本组术后填塞组渗血时间明显大于不填塞组。另外由于填塞引起头昏、反射性头痛、睡眠障碍、进食减少,严重者可诱发心脑血管意外^[3],填塞后黏膜损伤、纤毛功能下降,抽出填塞物还会再次出血^[4-5],术后填塞的不良反应该经常严重困扰患者和临床医师,因此选择和应用舒适的止血、方法是鼻内镜微创外科技术的重要环节。在局麻下行鼻内镜手术大约 2 h 后,鼻黏膜开始水肿,合并有变态反应因素的鼻窦炎患者水肿尤其明显,如果患者的凝血功能无异常,术中又无血管损伤出血,肿胀的黏膜可起到自然填塞的效果,从而控制出血,此时填塞鼻腔徒增患者的痛苦和负担,而且当填塞压力大于鼻黏膜的血流灌注压时,可导致黏膜缺血、坏死,对术后伤口愈合不利。本组无填塞患者术后渗血量与填塞组比较无差异,而且术后疼痛较轻,免除抽除填塞物时再损伤,还避免了填塞后鼻黏膜坏死、鼻中隔穿孔、过敏^[6] 和干扰夜间睡眠及填塞物脱落、易感染等填塞并发症,术后黏膜修复愈合较快,可以缩短患者的住院时间,减少患者的不适和经济负担。

3.2 术后不填塞的适应证

①初次手术的 I、II 型鼻窦炎患者,如果术中每侧鼻出血量少于 100 ml,可以选择不填塞。本组单发鼻息肉引起的鼻窦炎术中出血不足 30 ml,对鼻窦囊肿引起的阻塞性鼻窦炎手术时不损伤鼻甲,出血也较少,不用填塞。后组鼻窦炎患者中鼻甲基板不应咬除过多,可避免中鼻甲结构不稳定而需支撑性鼻腔填塞,阻塞窦口,影响引流。筛骨骨质增生明显和复发再次手术的患者常常出血较多,一般选择在全麻下手术,术后填塞是安全的措施。②术前应用有效的抗生素和糖皮质激素规范治疗的患者,脓涕较多时术前应行多次鼻腔冲

洗,减轻组织水肿和充血,有利于减少术中出血和术后渗血。③近期末使用过抗凝、抗血小板、扩血管、抗风湿或解热镇痛药的患者。合并有慢性内科疾病的患者,术前与患者充分沟通,告知填塞鼻腔的优缺点及不填塞的优点,术中尽量用电动切割器清除病变组织,避免损伤正常黏膜,术毕用肾上腺素棉片填入术腔,或用明胶海绵止血,可以不填塞鼻腔。④合并鼻中隔偏曲的患者同期手术,术中仔细操作,仅分离偏曲部的双侧黏软骨膜,应用电刀或等离子刀止血,不缝合鼻中隔切口,也可选择不填塞^[4]。

3.3 术中出血的处理

①减少和控制术中出血是提高鼻内镜手术疗效的关键,首先在术前控制鼻腔、鼻窦的炎症最为重要,炎症控制不佳时,黏膜对血管收缩剂不敏感,导致严重出血影响视野,不能精确辨别正常结构与病变组织,反复止血延长手术时间。其次是止血药物的应用,全身或鼻内使用血凝酶可以减少出血量,既保证手术顺利进行又减少术后出血等并发症。②鼻内镜手术中一般引起出血是筛前、蝶腭动脉的分支,笔者采用1%丁卡因5 ml加0.1%肾上腺素0.8 ml进行黏膜收缩麻醉,以充分收缩筛前、蝶腭动脉为主。由于药液大部分存留在棉片里,黏膜吸收的量不多,对心血管的影响不大,在表面麻醉剂中增加肾上腺素的量可以减少术中出血和延缓表面麻醉剂的吸收,得到较理想的麻醉及止血作用。B组术后使用0.1%肾上腺素棉片收缩鼻黏膜止血,不予鼻腔填塞,患者术后渗血量与填塞组比较无差异。1例53岁的患者因鼻腔分泌物刺激引起过度精神紧张,予补充填塞,另1例术前服解热镇痛药的患者渗血较多,需要补充填塞。③术中使用电凝止血,利用带吸引的细长单极电凝,可在鼻腔深部准确地边吸引边止血,保持内镜视野清晰,减少对周围正常组织的损伤,对鼻甲肥大者可使用电凝减容改善通气,电凝组的术后渗血时间为(210.12 ± 12.45) min,比其他两组明显缩短。对于上颌窦开口后上处和后组筛房的黏膜出血,先用肾上腺素棉片压迫控制

出血,然后在内镜下对出血点行短时电凝止血,电凝功率不宜超过30 W,避免盲目热凝导致眶内和颅内组织热损伤^[7];双极电凝在功率10~15 W时也可用于鼻内止血,损伤更小,但是在狭窄部位或出血汹涌时,止血较困难^[8]。

3.4 手术后注意事项

①术后密切观察渗血量,及时发现活动性出血并果断处理,避免出现严重并发症。②局部冰敷,嘱患者尽量减少用力咳嗽、打喷嚏,擤鼻,如有咳嗽、打喷嚏先兆时请张口深呼吸或用舌头尖顶住上腭,防止鼻腔活动性出血。③术后3~4 d可进行鼻腔清理,分泌物较多者可行吸引、冲洗,不宜硬行夹取创面的血痂,操作应轻柔、细致。④术后建议半流质饮食(如稀饭、牛奶、奶粉、汤面等)及半坐卧位,避免刺激性强的食物,如煎炸、辛辣食物。

参考文献:

- [1] Orlandi R, Lanza D. Is Nasal Packing Necessary Following Endoscopic Sinus Surgery? [J]. *Laryngoscope*, 2004, 114(9): 1541-1544.
- [2] Weber R, Keerl R, Hochapfel F, et al. Packing in endonasal surgery [J]. *Am J Otolaryngol*, 2001, 22(5): 306-320.
- [3] 林娜,李丽,李天佑,等. 功能性鼻内镜手术后疼痛的临床观察[J]. *临床麻醉学*, 2007, 23(5): 239-240.
- [4] 贾德静,王小路,唐建勇,等. 非填塞性鼻腔手术的效果[J]. *中国急救复苏与灾害医学*, 2010, 5(5): 147-153.
- [5] 樊韵平,陈舒琳,王静清,等. 慢性鼻-鼻窦炎在内镜手术后不填塞的可行性研究和适应证探讨[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2007, 21(2): 61-66.
- [6] Dowley AC, Strachan DR. Allergy to Merocel nasal packs causing septal perforation and inferior turbinate necrosis [J]. *J Laryngol Otol*, 2001, 115(9): 735.
- [7] 吴松林,肖章建,陈俊德,等. 经鼻内镜变频电凝治疗鼻出血与传统填塞止血的临床疗效观察[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2010, 16(1): 58-60.
- [8] 周立辉,葛前进,张鹏. 鼻内镜下双极电凝治疗92例难治性鼻出血疗效分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2010, 16(3): 217-219.

(修回日期:2012-08-27)