

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201304017

· 临床报道 ·

# 鼻内镜下鼻中隔穿孔修补15例临床分析

黄永久, 鲍学礼, 孔旭辉, 赵小军, 蔡克敏

(南通大学附属泰州市人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏泰州 225300)

**摘要:** **目的** 探讨经鼻内镜修补鼻中隔穿孔的手术方法及疗效。**方法** 鼻中隔穿孔直径小于1.0 cm者鼻内镜下颞肌筋膜植入直接封闭, 直径大于1.0 cm者鼻内镜下鼻底黏膜翻瓣或转移加筛骨垂直板和颞肌筋膜“三明治”式封闭, 术后使用己烯雌酚纱布片贴附促进黏膜生长。**结果** 直接封闭5例, 翻瓣封闭6例, 转移封闭4例, 随访3~12个月, 15例鼻中隔穿孔修补成功14例, 成功率93.3%。**结论** 鼻内镜下鼻中隔穿孔修补视野清晰, 操作精细, 大穿孔选用鼻底黏膜翻瓣或转移加筛骨垂直板和颞肌筋膜“三明治”式封闭成功率高。

**关键词:** 鼻中隔穿孔; 内镜检查; 外科手术

**中图分类号:** R765.34 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)04-0346-03

因鼻腔空间狭窄, 传统的经鼻入路鼻中隔穿孔修补手术操作较为困难, 常需行鼻翼切开、鼻前蝶形切开等, 手术创伤大, 可能影响外观。随着鼻内镜技术的发展, 内镜下穿孔修补术逐渐成为鼻中隔穿孔修补的重要手段。2006年1月~2011年12月我们在鼻内镜下采用移植物封闭、翻转和转移黏膜瓣等方法修补鼻中隔穿孔15例, 取得满意的效果, 现总结如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

15例患者中男9例, 女6例; 年龄23~46岁, 平均38.6岁。其中鼻中隔手术后穿孔8例(其中2例曾行1次穿孔修补), 外伤和鼻腔填塞后穿孔4例, 与职业有关的有害气体造成穿孔3例。临床主要表现为鼻腔干燥、结痂、反复出血、头痛、呼吸哨鸣音等。穿孔部位均在鼻中隔前中部, 呈圆形或椭圆形, 前后径和上下径均小于1.0 cm者5例, 1.0~2.0 cm者6例, 大于2.0 cm者4例。CT扫描穿孔主要位于软骨部分, 筛骨垂直板完整。

### 1.2 手术方法

#### 1.2.1 颞肌筋膜直接封闭 鼻中隔穿孔直径

小于1.0 cm者, 局麻下颞肌筋膜直接封闭。根据穿孔大小, 先取直径大于穿孔1 cm以上的颞肌筋膜, 生理盐水纱布包裹备用。穿孔前沿1.0 cm切口, 锐性分离穿孔周围黏软骨膜, 上、下、后方不少于0.5 cm, 制成一移植袋, 植入颞肌筋膜并铺平, 使筋膜与周围黏软骨膜重叠达0.5 cm左右, 5-0可吸收缝线贯穿缝合穿孔周围, 上、下、前、后各1针。缝合困难者行少量生物胶固定。

#### 1.2.2 鼻底黏膜翻瓣加筛骨垂直板和颞肌筋膜“三明治”式封闭

鼻中隔穿孔直径大于1.0 cm, 穿孔边缘黏膜上皮覆盖良好, 下方有软骨或骨性中隔者应用此法。全麻下先取颞肌筋膜备用。一侧鼻底切口, 分离黏骨膜至穿孔边缘, 越过穿孔将黏膜瓣翻转至对侧鼻腔, 同侧鼻顶切开黏膜亦分离至对侧, 同侧行常规鼻中隔矫正切口, 分离穿孔前方黏软骨膜, 再分离后方双侧黏骨膜, 取直径大于穿孔的筛骨垂直板, 前移并嵌于穿孔处。取颞肌筋膜覆盖术侧筛骨垂直板面, 筋膜前后方植入双侧黏软骨膜中, 上至鼻顶, 下覆于鼻底骨质。将翻于对侧鼻腔的黏骨膜瓣铺于对侧筛骨垂直板面, 上下瓣重合, 5-0可吸收线缝合或生物胶固定。

#### 1.2.3 鼻底黏膜瓣转移加筛骨垂直板和颞肌筋膜“三明治”式封闭

穿孔直径大于1.0 cm, 穿孔边缘瘢痕, 下方无软骨或骨性中隔者应用此法。全麻下取颞肌筋膜备用, 作鼻底切口(常为右侧), 前至穿孔前方, 上至穿孔下方, 向

作者简介: 黄永久, 男, 硕士, 副主任医师。  
通讯作者: 黄永久, Email: huangyongjiu99@yahoo.com.cn

后分离黏膜瓣至穿孔后方,于鼻底留宽约1.0 cm的蒂。去除同侧穿孔缘少许黏膜制作新鲜创面。对侧(常为左侧)行常规鼻中隔矫正切口,分离黏软骨膜,向后分离双侧黏骨膜,同上法取筛骨垂直板嵌入穿孔,同上法对侧植入颞肌筋膜。将鼻底黏膜瓣铺于该侧筛骨垂直骨面,前下方缝合固定或生物胶固定。

1.2.4 填塞固定与术腔处理 凡士林纱条制作呈带状,其内填塞碘仿纱条。注意双侧对称,避免移植物移位。72 h取出填塞物,用蘸有己烯雌酚的纱布片双侧移植物面贴附,2~3 d更换1次,直至至少一侧黏膜完整覆盖,双鼻腔滴薄荷油每日3次。

## 2 结果

### 2.1 手术结果

直接封闭5例,颞肌筋膜完全封闭穿孔。翻瓣封闭6例,其中直径1.0~2.0 cm者3例,大于2.0 cm者3例。转瓣封闭4例,直径1.0~2.0 cm者3例,前后径大于2.0 cm椭圆形穿孔1例。后二者均使用筛骨垂直板镶嵌,一侧完全黏膜瓣覆盖,一侧完整颞肌筋膜覆盖。

### 2.2 随访

所有患者随访3~12个月,直接封闭者1~2个月内双侧黏膜覆盖,翻瓣封闭者1~2周内黏膜瓣侧愈合。14例患者穿孔完全愈合,穿孔封闭成功率93.3%。1例直径大于2.0 cm穿孔患者接近鼻顶,上方穿孔翻转黏膜少,术后2周出现上方垂直板暴露,鼻顶遗留0.8 cm×0.4 cm小穿孔,因无不适未作进一步处理。

## 3 讨论

鼻中隔穿孔可影响患者鼻腔通气功能,引起一系列病理生理改变<sup>[1]</sup>,需要及时修补。鼻中隔穿孔修补不成功原因较多,手术空间狭窄,视野不清,移植物固定困难是重要因素。鼻内镜下视野清晰,各项操作精确细致,损伤小,手术成功率高。

对于直径小于1 cm的穿孔,修补相对简单,可行减张缝合或游离移植片修补。本组全部使用颞肌筋膜夹层法修补,无1例失败,需注意:①筋膜与穿孔边缘重叠必须在0.5 cm

以上,以免筋膜移位或收缩导致修补失败,最好在植入后与周围黏骨膜贯穿缝合固定;②术后保持筋膜湿润,以免干燥坏死。

对于较大的穿孔(直径大于1 cm)手术相对复杂,多主张“三明治”式修补<sup>[2]</sup>:中间选择骨或软骨作硬性支架,两侧选择黏膜瓣或结缔组织覆盖。三明治式修补的优点是:中间的骨性支架嵌插于穿孔的鼻中隔黏骨膜之间,骨板的支撑使双侧的软性移植物不会产生滑动移位,在两侧形成相对独立的生长环境,移植床面积增加了。只要一側黏膜上皮完整覆盖,修补即可成功。

骨性支架多选用自体筛骨垂直板<sup>[3]</sup>,也有报道选择异体筛骨垂直板、中鼻甲骨、耳屏软骨和人工材料等,本组全部使用自体筛骨垂直板。自体筛骨垂直板具有取材方便、大小合适、无排斥反应等优点,但术前必须进行CT扫描,确定残留垂直板大小足够修补。术中取筛骨垂直板应注意视野清晰,动作轻柔,避免黏骨膜损伤增加穿孔面积,撼动筛骨水平部导致脑脊液漏或嗅觉障碍,折断骨板无法修复等。筛骨垂直板尽可能完全封闭穿孔,如少部分不能封闭需将缺口置于黏膜瓣确能完全成活区域。

骨性支架两侧可选择黏膜等软组织覆盖,黏膜移植成活后直接覆盖穿孔,而筋膜等结缔组织用来提供移植床,促进周围黏膜长入。鼻底黏膜瓣血供丰富,成活率高,取材方便,并发症少<sup>[4]</sup>。鼻底黏膜瓣最好选择翻瓣方法,即一侧鼻底黏膜从穿孔下缘翻至对侧鼻腔,可与上方黏膜翻转瓣缝合或直接贴于穿孔上缘。如穿孔下缘缺少骨性中隔,黏膜菲薄或瘢痕较多,翻转瓣血供受影响,可选择蒂位于后下方的转移鼻底瓣,将黏膜瓣转移覆盖于穿孔表面,前方缝合固定。无论如何转瓣,均需注意以下几点:①根据穿孔面积确定黏膜瓣大小,使黏膜瓣完全覆盖穿孔,可将下鼻甲骨折内移获得操作空间;②鼻底黏膜瓣取材时较易出血,需行双极电凝止血,明视下操作;③黏膜瓣覆盖后最好缝合固定,且在无张力下缝合,如操作困难可行生物胶固定。

本组软组织覆盖穿孔选择一侧带蒂黏膜瓣,一侧颞肌筋膜。术后随访可见黏膜瓣侧1~2周完全愈合,确定修补成功,无需进一步

护理。如果双侧均用黏膜瓣损伤较大,操作复杂,故另一侧选择颞肌筋膜覆盖。颞肌筋膜取材方便,可取面积大,是优良的结缔组织修复材料。

移植物植入后的处理也是修补成功的关键步骤。一般术后适当填塞,保持移植物与鼻中隔黏骨膜的贴合,但黏膜瓣不宜过度加压,以免缺血。使用抗生素预防感染,术后移植组织保湿,促进黏膜生长。本组患者应用己烯雌酚纱布片贴附,定期更换。己烯雌酚有保湿、扩张血管、促进黏膜生长作用,是理想的贴附材料<sup>[5]</sup>,临床应用证明可促进穿孔愈合,不影响全身激素水平。

#### 参考文献:

[1] 张天振,张庆泉,姜绍红.鼻中隔穿孔患者手术前后

鼻腔通气功能的变化[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(5):344-346.

[2] Giacomini PG, Ferraro S, Di Girolamo S, et al. Large nasal septal perforation repair by closed endoscopically assisted approach [J]. Ann Plast Surg, 2011, 66(6):633-663.

[3] 陈仕虎,蒲晓兵,张俊.自体筛骨垂直板作支架修补鼻中隔大穿孔[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(7):418.

[4] Teymoortash A, Hoch S, Eivazi B, et al. Experiences with a new surgical technique for closure of large perforations of the nasal septum in 55 patients [J]. Am J Rhinol Allergy, 2011, 25(3):193-197.

[5] 孟晴虹,董频.己烯雌酚注射液在鼻中隔穿孔中的应用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(22):1022-1023.

(修回日期:2013-03-08)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201304018

· 临床报道 ·

## 鼠神经生长因子联合鼓室内注射地塞米松 治疗突发性耳聋的临床应用

刘 晖,梁分凤,成 斌

(湘潭市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南湘潭 411101)

**摘要:** **目的** 探讨常规用药联合鼠神经生长因子及鼓室内注射地塞米松治疗突发性耳聋的临床疗效。**方法** 80例耳聋患者随机分为实验组和对照组。对照组38例(40耳)常规治疗方案(扩张血管、溶栓、改善微循环、高压氧),实验组42例(45耳)在常规治疗基础上应用鼠神经生长因子肌肉注射联合鼓室内注射地塞米松。**结果** 实验组38耳有效,7耳无效,总有效率84.4%(38/45);对照组25耳有效,15耳无效,总有效率62.5%(25/40),实验组疗效显著高于对照组( $P < 0.05$ );**结论** 鼠神经生长因子肌肉注射联合鼓室内注射地塞米松对治疗突发性耳聋优于常规治疗。

**关键词:** 突发性聋;鼓室注射;地塞米松;鼠神经生长因子

**中图分类号:** R764.43 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)04-0348-03

突发性耳聋(突聋)是指突然发生的原因不明的感音神经性聋,通常在数分钟、数小时或1d之内,患者听力下降至最低点,至少相连

的频率听力下降大于30dB。突聋在任何年龄均可发病,患病高峰为50~60岁,近年来发病有年轻化趋势。多为单耳发病,双耳患病者罕见。本研究旨在结合患者病因和临床特征,探讨在常规用药的基础上联合鼠神经生长因子肌注及鼓室内注射地塞米松治疗突聋,取得了