

非鼻窦炎鼻源性头痛的诊断及治疗初步探讨

陈明¹, 张长春¹, 商胜利², 闫伟¹, 徐淑芳¹, 李玲玲¹, 李丽君³

(1. 唐山市第三医院耳鼻咽喉科, 河北唐山 063100; 2. 唐山市开滦唐家庄矿医院耳鼻咽喉科, 河北唐山 063100; 3. 唐山市古冶区医院五官科, 河北唐山 063100)

关键词:鼻源性头痛; 鼻腔结构; 表面麻醉; 鼻内镜手术
中图分类号:R765.41 **文献标识码:**C **文章编号:**1007-1520(2015)01-0071-02

头痛是临床常见症状, 病因多种多样。根据2004年国际头痛协会(HS)的分类, 鼻源性头痛包括鼻-鼻窦炎所致头痛和黏膜接触点性头痛两种, 后者是因为鼻腔、鼻窦解剖结构异常而导致的一类顽固性头痛^[1]。我科自2010年1月~2013年1月收治因鼻腔、鼻窦解剖结构异常引起的鼻源性头痛90例, 治疗效果满意, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2010年1月~2013年1月在我科就诊的不同程度头痛患者90例, 其中男42例, 女48例; 年龄18~68岁, 平均年龄36岁; 病程3个月至30年; 就医3~5次10例, 6~10次21例, 11次以上59例; 其中72例首诊其他科室转入耳鼻咽喉科, 全部患者均经头颅核磁共振等检查排除鼻窦炎、血管神经性头痛。参考苏金柱等^[2]文献将头痛分为5级, 0级: 无头痛; 1级: 轻度头痛; 2级: 影响生活及工作经常用镇痛药; 3级: 头痛不能坚持工作每天用镇痛药才能睡眠; 4级: 严重头痛并出现意识障碍、抽搐、恶心、呕吐症状。90例患者中, 1级5例, 2级39例, 3级45例, 4级1例。头痛部位: 双颞部30例, 前额25例, 整个头痛22例, 头顶18例, 枕部5例, 均在感冒或劳累后头痛加重。

1.2 诊断治疗方法

1.2.1 诊断方法 ①对不明原因头痛患者行头颅核磁共振成像检查, 排除鼻窦炎及血管神经异常所致头痛; ②以加肾上腺素的2%利多卡因反复收缩

麻醉鼻腔黏膜, 行鼻内镜检查寻找鼻腔异常接触点并在可疑异常部位增加黏膜收缩麻醉, 询问患者头痛是否减轻, 特别注意鼻中隔、中鼻甲、中鼻道等部位; ③鼻窦冠状位CT扫描检查明确诊断。本组鼻腔鼻窦异常解剖结构包括: 单纯鼻中隔偏曲15例、鼻中隔低位偏曲并下鼻甲肥大20例、鼻中隔偏曲并中鼻甲肥大和/或泡状中鼻甲10例、单纯中鼻甲肥大或泡状中鼻甲5例、单纯钩突肥大15例、钩突并筛泡肥大20例、单纯筛泡肥大5例。患者有头痛症状, 鼻腔黏膜收缩麻醉后头痛减轻, 鼻内镜和/或CT检查见鼻腔结构异常, 排除鼻窦炎等其他疾病就可确诊为非鼻窦炎鼻源性头痛。

1.2.2 治疗方法 本组90例均在鼻腔黏膜表面麻醉下, 鼻内镜监视下鼻腔手术, 矫正鼻腔异常结构, 消除接触点黏膜压迫。单纯鼻中隔偏曲接触鼻腔外侧壁者, 行鼻中隔矫正术; 鼻中隔低位偏曲接触下鼻甲并有下鼻甲肥大者, 行鼻中隔矫正术加下鼻甲骨折外移术; 鼻中隔偏曲并中鼻甲肥大和/或泡状中鼻甲者, 行鼻中隔矫正术加中鼻甲部分切除术; 单纯中鼻甲肥大或泡状中鼻甲, 接触鼻中隔或导致中鼻道狭窄者, 行中鼻甲部分切除术; 单纯钩突肥大压迫中鼻甲行钩突切除术; 钩突并筛泡肥大互相接触, 并挤压中鼻甲行钩突加筛泡切除术; 单纯筛泡肥大压迫中鼻甲行筛泡切除术。所有患者手术当天及术后2 d用抗生素, 术后24~48 h抽出鼻腔填塞凡士林纱条, 常规生理盐水鼻腔冲洗1~2次/d, 持续3~6个月, 术后7 d鼻内镜下清洁鼻腔, 根据患者不同手术情况定期处理术腔至黏膜上皮化。

1.3 疗效判定

疗效判定标准参考梁分凤等^[3]文献。治愈: 头痛完全消失, 12个月以上无复发, 鼻腔、鼻窦异常结构术后纠正, 通气引流好; 有效: 头痛缓解, 鼻腔、鼻

基金项目: 唐山市科技支撑计划项目(14130240a)。
作者简介: 陈明, 男, 副主任医师。
通信作者: 陈明, Email: chen3655821@126.com

窦异常解剖结构纠正,受凉后加重,经治疗后症状减轻;无效:头痛无变化或较术前加重,鼻腔、鼻窦异常解剖结构纠正。

2 结果

全部病例术后随访 1~2 年,治疗效果以患者主诉和鼻内镜检查为主。90 例患者中治愈 53 例,好转 34 例,无效 3 例,总有效率 96.7%;鼻中隔矫正术 15 例中治愈 10 例、好转 5 例、有效率 100%;鼻中隔矫正术加下鼻甲骨骨折外移术 20 例中治愈 10 例、好转 9 例、无效 1 例,有效率 95%;鼻中隔矫正术加中鼻甲部分切除术 10 例中治愈 6 例、好转 4 例,有效率 100%;中鼻甲部分切除术 5 例中治愈 3 例、好转 2 例,有效率 100%;单纯钩突切除术 15 例中治愈 10 例、有效 4 例、无效 1 例,有效率 93.3%;钩突加筛泡切除术 20 例中治愈 10 例、有效 9 例、无效 1 例,有效率 95%;筛泡切除术 5 例中治愈 4 例、有效 1 例,有效率 100%。

3 讨论

头痛不是一种独立的疾病,而是由多种复杂原因引起的一个临床症状,临床实践中寻找病因、正确诊断并给予有效治疗往往比较困难。鼻源性头痛临床易误诊为血管性头痛,目前有研究认为,炎症、压迫或寒冷刺激鼻腔或鼻窦黏膜,能够导致三叉神经痛,是患者发生鼻源性头痛的主要原因。鼻源性头痛也可能是由于鼻中隔偏曲、窦口鼻道复合体等解剖结构异常所致^[4]。非鼻窦炎鼻源性头痛患者缺乏明显的诊断依据,以致患者久治不愈。仔细分析

这些患者的影像资料,往往可以发现鼻腔、鼻窦的解剖结构异常。通过鼻内镜手术纠正异常的解剖结构可以使患者头痛消失或减轻^[5]。

影像技术、腔镜技术是明确头痛病因的有效手段,但头痛病因复杂多样。本文观察 90 例头痛患者,通过头颅 MRI 检查排除其他引起头痛的原因;鼻腔黏膜表面麻醉后头痛症状暂时消失或减轻,结合鼻内镜和/或 CT 检查寻找鼻腔结构异常部位,明确鼻源性头痛的诊断;根据患者的不同情况通过手术方式矫正鼻腔异常结构,结果 96.7% 患者术后头痛症状消失或减轻。我们认为排除了其他头痛原因、经鼻腔黏膜表面麻醉后头痛症状暂时消失或减轻的患者,结合鼻内镜和/或 CT 检查发现鼻腔结构异常部位,给予鼻内镜下手术纠正,是非鼻窦炎鼻源性头痛患者最有效、最简便、创伤最小的检查、诊断和治疗方法,值得临床推广。

参考文献:

[1] 张静,薛刚,刘雅超,等. 鼻腔解剖异常致鼻源性头痛 75 例治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(6):446-451.

[2] 苏金柱,李成玲,宋英鸾,等. 无鼻窦炎鼻源性头痛诊断的探讨[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2002,37(5):336-338.

[3] 梁分凤,刘晖,成斌. 鼻源性头痛 81 例诊治分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(3):258-260.

[4] 唐伟. 鼻内镜下重建鼻腔结构治疗鼻源性头痛 90 例临床疗效[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(2):170-171.

[5] 刘火旺,贺广湘,陈玉,等. 无鼻窦炎鼻源性头痛及其内镜手术治疗效果观察[J]. 中国内镜杂志,2011,17(1):70-72.

(修回日期:2014-05-27)