

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201606020

· 临床报道 ·

鼻骨骨折与鼻中隔偏曲同期手术的可行性及处理技巧

郑顺昌, 侯军才, 程琳

(漯河医专第二附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 河南漯河 462300)

摘要: **目的** 探讨鼻骨骨折及鼻中隔偏曲同期手术治疗的可行性及处理技巧。**方法** 对58例鼻骨骨折伴鼻中隔偏曲的患者同期鼻内镜下行鼻骨骨折复位术和鼻中隔成形术,其中男43例,女15例;年龄17~59岁,平均年龄28.6岁。均为闭合性鼻骨骨折。58例患者均在局麻下完成手术。**结果** 所有患者术后均随访3个月以上,58例患者中51例为优,7例为良。鼻外形矫正满意,鼻功能恢复好,无并发症发生。**结论** 鼻骨骨折伴鼻中隔偏曲可同期手术,但对并发症的防范不能忽视。

关键词: 鼻骨骨折;鼻中隔偏曲;同期手术;鼻内镜;外伤

中图分类号: R765.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2016)06-0502-02

鼻部突出于人体面部中央,受暴力作用易发生骨折,甚至可累及鼻中隔,使鼻中隔出现偏曲、脱位等^[1],从而影响患者的外观及鼻腔的通气功能,多数需要手术治疗。因为考虑鼻中隔对鼻骨有支架、支撑作用,担心鼻骨骨折复位与鼻中隔成形同时手术,有可能导致鼻梁塌陷。所以,传统的做法,都是分次进行手术,既增加了患者的痛苦又增加了医疗费用。同期进行手术,可以弥补传统手术的不足。本院自2013年3月~2015年3月鼻内镜下同期进行鼻骨骨折复位及鼻中隔成形手术58例,术后均随访3个月以上,疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组58例患者,其中男43例,女15例;年龄17~59岁,平均年龄28.6岁。均为闭合性鼻骨骨折。骨折原因:碰撞、击伤41例,车祸17例。58例患者术前均有鼻塞及不同程度的外鼻畸形(塌陷、偏斜等)。CT检查显示鼻骨骨折58例,均有鼻中隔偏曲,其中,CT显示有鼻中隔软骨脱位鼻中隔骨部骨折38例,未显示鼻中隔骨折20例。本组患者排除鼻骨骨折复位后鼻中隔偏曲自然复位的患者。

1.2 手术方法

58例患者伤后7~14d局部肿胀完全消退后经鼻内镜行鼻骨复位术及鼻中隔成形术,均在局麻下

完成手术。以地卡因棉片(1%地卡因加少许1%肾上腺素)麻醉鼻腔黏膜2次。先行鼻骨骨折复位术,0°鼻内镜下观察鼻顶部,骨折部位多有瘀血,若观察不到瘀血部位或无法窥视时,以鼻外对骨折部位的测量为准,用扁桃体剥离器(近椭圆端)进行复位,外观满意后,以少量纱条暂时填塞鼻顶部,起到支撑、固定及止血作用。以1%利多卡因做鼻中隔黏膜切口浸润麻醉,切开鼻中隔黏膜,钝性分离至鼻中隔骨与软骨交界处,将骨与软骨离断,进入鼻中隔对侧黏膜下分离,去除部分骨质,然后分离鼻中隔下部并条形去除下部的部分软骨。如果前端偏曲较重,可在鼻中隔黏膜切口稍后方约2mm处切开软骨,进入对侧分离黏膜,去除前端部分软骨,鼻中隔基本平直即可,酌情缝合鼻中隔黏膜切口。取出鼻顶纱条。将碘仿纱条卷成细圆柱状填入双侧鼻顶部,以膨胀海绵填塞两侧鼻腔,手术结束。膨胀海绵48h后抽取,碘仿纱条10d后取出。

1.3 疗效评定^[2]

优:术后偏离值<2mm,鼻腔通气良好,患者满意;良:术后偏离值<2mm,鼻腔通气尚可,患者基本满意;差:术后偏离值>2mm,鼻腔通气略差,患者不满意。

2 结果

所有患者均一次完成手术,无鼻梁塌陷及其他并发症发生。经3个月以上随访,优51例,良7例。7例良好患者均因不能耐受疼痛,复位不到位所致。

作者简介:郑顺昌,男,副主任医师。
通信作者:侯军才,Email:polpmoto@sina.com

3 讨论

3.1 同期手术的可行性及风险

基于鼻中隔对鼻梁有支撑作用的认识及鼻中隔偏曲手术有发生鼻梁塌陷(鞍鼻)、鼻孔扁平(塌鼻)、鼻尖消失^[3]等并发症的风险,因此在发生鼻骨骨折伴鼻中隔偏曲时,常常采取分期手术治疗。近年来,诸多学者提出一期同时手术的理论并取得了满意效果^[4]。本研究58例患者也获得了很好的治疗效果。但风险却不能忽视,手术中软骨切除过多,患者年龄在18岁以下而鼻未完全发育,或因鼻中隔脓肿后软骨液化等^[3]均可导致外鼻畸形,尤其是将鼻中隔软骨与骨质离断时不能过于接近鼻顶部,否则出现鞍鼻的几率非常高。郑顺昌等^[5]研究发现:鼻中隔偏曲多发生在鼻中隔后部及下部。韩德民等^[6]以鼻中隔偏曲产生的生物学原理为根据提出了三线减张鼻中隔矫正术。因为去除软骨及骨质最少,因此我们认为鼻中隔的二线(后、下)减张或三线(前、后、下)减张法,是最安全的方法。

3.2 麻醉选择

文献报道^[4,9-13]中有全麻病例,也有局麻病例,均未论优劣。据笔者观察,鼻骨复位时采用局部麻醉,患者多有明显疼痛,部分患者甚至难以忍受,影响复位效果。本组7例患者未能获最佳效果,均与局麻下疼痛不能耐受,未能调整到位有关。全麻下患者完全无痛,医生可以根据情况多次进行调整复位,直到达标。因此,笔者认为全麻是最合适的麻醉方式。

3.3 手术时机及顺序

因外伤可造成软骨错位、畸形愈合、瘢痕粘连、黏膜变薄等,造成术中黏软骨膜不易分离,易破裂,引起鼻中隔穿孔等并发症^[7]。显然,过晚手术会有诸多不利,但是,过早手术又会因鼻部肿胀,而无法判断复位是否到位。林虹^[8]报道了27例患者,伤后7~14 d手术者24例,效果良好;伤后1个月手术者3例,鼻梁有轻度凹陷。本组58例患者均在伤后7~14 d内手术,效果良好。故笔者认为手术的最好时机应在7~14 d。

既然是鼻骨骨折复位与鼻中隔成形同期手术,顺序上就会有先后。从外伤的情况分析,鼻骨受的力传导到鼻中隔致鼻中隔受伤而导致鼻中隔偏曲,同时,骨折的鼻骨对鼻中隔产生一定压力,使偏曲的鼻中隔不能自行复位。因此,笔者认为应先行鼻骨骨

折复位,这样,有部分患者在鼻骨复位后鼻中隔自然复位,而不需再行鼻中隔矫正术。本组58例患者中不包括鼻骨骨折复位后鼻中隔即恢复平直状态者。

3.4 鼻腔填塞

合理的鼻腔填塞对防止鼻梁塌陷等并发症有积极作用。鼻骨骨折复位后暂时以少量纱条填塞鼻顶部,在起到支撑、止血作用的同时,对防止鼻中隔手术过度向上分离有一定限制作用。手术结束时,我们采用圆柱状碘仿纱条填塞鼻顶部、膨胀海绵填塞鼻腔,防止鼻梁塌陷,尤其是碘仿纱条可以长时间放置,利于鼻骨的愈合。如果术中发现鼻梁发生塌陷,可以用碘仿纱条卷裹细竹签填塞鼻顶部,10 d后取出,基本上可以达到治疗鼻梁塌陷的目的。

总之,鼻骨骨折伴鼻中隔偏曲同期手术具有可行性,可减轻患者的经济负担及痛苦。但对并发症的防范不能掉以轻心。

参考文献:

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:50.
- [2] 王珮华,汪涛,王钟颖,等.歪鼻矫正术两种术式的探讨[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1):41-43.
- [3] 姜泗长,杨伟炎,顾瑞.耳鼻咽喉头颈外科手术学[M].第2版.北京:人民军医出版社,2005:331-334.
- [4] 杨立,黄红星,黄远.鼻内镜下同期行鼻骨骨折复位加鼻中隔创伤处理[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2011,18(10):558.
- [5] 郑顺昌,程琳.偏曲鼻中隔的骨与软骨连结方式的活体观察研究[J].中国社区医师,2008,10(193):102.
- [6] 韩德民,王彤,藏洪瑞.三线减张鼻中隔矫正术[J].中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2009,24(2):103-105.
- [7] 林家峰,朱明,邵军,等.外伤性重度鼻中隔偏曲手术体会[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(1):67-68.
- [8] 林虹.鼻中隔开放性整复术联合鼻骨骨折复位术治疗严重鼻外伤[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2001,7(1):50,13.
- [9] 怀德,徐敏,戴俊,等.鼻内镜下鼻中隔成形联合鼻骨复位一期治疗鼻骨骨折伴鼻中隔偏曲[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2014,22(5):339-341.
- [10] 王林,沈海炜,陈文军.鼻骨骨折伴外伤性鼻中隔偏曲的同期手术治疗[J].浙江实用医学,2011,16(6):429-430.
- [11] 黄学勤,束维龙,程学仕.鼻骨骨折合并鼻中隔骨折偏曲68例I期手术疗效分析[J].安徽医学,2014,35(10):1359-1361.
- [12] 古庆家,李静娴,冯勇,等.鼻内镜下三线减张治疗外伤性鼻中隔偏曲及同期矫正鼻骨骨折的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(11):607-608.
- [13] 李蕾,王成龙,高云海,等.早期鼻骨骨折伴外伤性鼻中隔偏曲的鼻内镜治疗[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(3):208-209.

(收稿日期:2016-04-06)