

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201703018

· 短篇论著 ·

修正性鼻内镜手术治疗复发性慢性鼻 – 鼻窦炎的临床分析

陆 雪¹, 黄美响², 肖楚志¹, 王鑫霞¹

(1. 深圳市盐田区盐港医院 耳鼻咽喉头颈外科, 广东 深圳 518083; 2. 中南大学湘雅三医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 长沙 410013)

摘 要: **目的** 探讨修正性鼻内镜手术治疗复发性慢性鼻 – 鼻窦炎的临床疗效分析。**方法** 回顾性分析 2011 年 1 月 ~ 2016 年 1 月收治的 68 例复发性慢性鼻 – 鼻窦炎患者的临床资料, 所有患者均在鼻内镜下行规范化修正性手术, 并在围手术期进行规范化的综合处理, 对患者进行术后 12 个月以上随访, 观察其对临床疗效的影响。**结果** 68 例复发性慢性鼻 – 鼻窦炎患者术后 1 年, 不伴鼻息肉 41 例, 总有效率为 90.2%, 伴鼻息肉 27 例, 总有效率为 81%, 均未发生严重眶内及颅内并发症。**结论** 鼻内镜手术疗效显著, 具有十分重要的临床意义。

关 键 词: 修正性鼻内镜手术; 复发性; 慢性鼻 – 鼻窦炎; 疗效; 临床分析
中图分类号: R765.4 文献标识码: A [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(3): 271 – 274]

Clinical analysis of revision endoscopic sinus surgery for the treatment of recurrent chronic rhinosinusitis

LU Xue¹, HUANG Mei-xiang², XIAO Chu-zhi¹, WANG Xin-xia¹

(1. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Yan'gang Hospital of Yantian District, Shenzhen City, Shenzhen 518083, China; 2. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the Third Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410013, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical efficacy of revision endoscopic sinus surgery for recurrent chronic rhinosinusitis (CRS). **Methods** Clinical data of 68 patients with recurrent CRS hospitalized in our department from Jan 2011 to Jan 2016 were analyzed retrospectively. All the patients received revision endoscopic sinus surgery and comprehensive management during perioperative period and were followed up more than 12 months. **Results** At one year after surgery, the effective rate for 41 recurrent CRS cases without nasal polyps was 90.2%, while that for 27 cases with nasal polyps was 81%. No serious orbital and intracranial complications occurred. **Conclusion** With significant curative effect, revision endoscopic sinus surgery is very important for the treatment of recurrent CRS.

Key words: Revision endoscopic sinus surgery; Recurrence; Rhinosinusitis, chronic; Curative effect; Clinical analysis
[Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2017, 23(3): 271 – 274]

慢性鼻 – 鼻窦炎 (chronic rhino scnusitis, CRS) 的患者在初次手术之后, 即使通过系统的药物治疗, 仍有部分患者的症状不能完全缓解^[1-2], 需要进行修正性鼻内镜手术。修正性鼻内镜手术指慢性鼻 – 鼻窦炎经过前次内镜鼻窦手术后, 炎症病变未能消除或者复发, 需要再次行内镜鼻窦手术。再次手术时发现 CRS 复发多见于鼻中隔高位偏曲未矫正、钩突残留、筛窦开放不全、中鼻道狭窄粘连、额隐窝狭

窄、慢性胃炎等。
本研究收集在我科行修正性鼻内镜手术治疗复发性 CRS 患者 68 例, 针对患者临床资料进行回顾性分析, 观察与分析修正性鼻内镜手术的临床疗效分析, 为修正性鼻内镜手术疗效提供相关临床依据。

1 资料与方法

1.1 病例收集

我科 2011 年 1 月 ~ 2016 年 1 月行修正性鼻内镜手术的复发性 CRS 患者 68 例患者的临床资料,

作者简介: 陆 雪, 女, 主治医师。
通信作者: 陆 雪, Email: 49194702@qq.com

均符合慢性鼻-鼻窦炎诊疗指南(2012年,昆明)^[3],男42例,女26例;年龄18~56岁,平均年龄;病程10个月至25年,平均(6.2 ± 2.3)年,本次手术为第2次者40例,第3次28例;距末次手术病程6个月至10年,平均(12.2 ± 3.2)个月;平均住院天数为(7.1 ± 1.5)d。排除以下疾病:鼻腔囊性纤维化、先天性纤毛运动障碍、免疫缺陷、变应性真细菌性鼻窦炎、合并未控制的高血压、哮喘、糖尿病、阿司匹林不耐受及其他严重全身疾病及明显精神障碍患者。

1.2 术前检查及评估

所有患者术前均经鼻腔检查、鼻内镜检查、鼻窦CT检查,以了解前次手术的范围、当前黏膜病变类型(增生性还是感染性炎症)、病变部位或范围、窦口通畅、狭窄、封闭、粘连或瘢痕形成的部位及后果、残留病灶等。包括:慢性鼻-鼻窦炎不伴息肉41例(76侧),慢性鼻-鼻窦炎伴息肉27例(38侧)。其中上颌窦窦口闭锁48例(69侧),鼻腔粘连(包括中鼻甲和鼻腔外侧壁粘连,鼻中隔与下鼻甲粘连,鼻中隔与中鼻甲粘连,鼻中隔与中鼻甲和下鼻甲均有粘连)42例(57侧),结构修正不到位(包括泡状中鼻甲、钩突残留、鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大)35例(56侧),鼻窦骨质增生24例(37侧)。同一患者可单侧或双侧同时伴两个或两个以上病变情况,所有患者均至少有1项不同程度的头昏、头痛、鼻塞、流脓涕或鼻后滴漏、嗅觉减退或丧失为主要临床症状。

1.3 术前用药

患者术前均进行2周系统药物治疗,慢性鼻-鼻窦炎伴有脓涕,术前常规应用头孢菌类抗生素5~7d,伴有鼻息肉患者术前口服强的松20~30mg每天1次,连续2周。糖皮质激素喷鼻剂喷鼻,鼻腔冲洗,连续2周。

1.4 手术方法

本研究患者根据患者年龄、全身情况、病变范围、经济状况及患者对手术耐受情况选择麻醉方式,46例行全身麻醉,22例行表局麻加强化麻醉,采用美国产林弗泰克动力系统。对上颌窦闭锁及中鼻道狭窄,彻底切除残留的钩突,及其粘连带瘢痕,重新开放中鼻道。如果中鼻道和上颌窦自然口或副口未汇合成一窗,则沿分泌物循环的踪迹寻找自然口或副口,自然口通畅在窗的前方,副口则多半在窗的后方。如果中鼻甲外飘,可切除部分前游离部,或者将中鼻甲向内牵引,以防止中鼻甲和鼻腔外侧壁再粘连。若筛窦广泛病变或瘢痕使筛顶难以判断,可先

进入蝶窦,已蝶窦顶为标志,逆向判断筛顶的位置。对蝶窦炎手术,上鼻甲下部附着在蝶窦前壁之内侧,在其内侧寻找蝶窦口,或者切除上鼻甲后部即可找到蝶窦口。避免环形扩大蝶窦口,应选择侧向扩大方式,保留扩大的蝶窦口下缘黏膜完整。向外扩大切除蝶窦前壁,或者切除窦内病变时,应注意位于蝶窦外侧壁的视神经和颈内动脉。对额隐窝和额窦:彻底切除残留的气房骨质。瘢痕处理:切除软组织瘢痕应避免环形切除,对于残留骨质形成的瘢痕,应先掀起瘢痕组织瓣,切除或刮除残留骨质,然后复位瘢痕组织瓣和修正多余的瘢痕组织瓣。根据额隐窝和额窦病变选择不同的术式。伴有鼻中隔偏曲特别是高位偏曲应先行鼻中隔矫正术,再行鼻窦手术。

1.5 术后用药与随访

术后鼻腔填塞膨胀止血海绵,48~72h内取出膨胀止血海绵,取出填塞物第2天后(行鼻中隔矫正术的患者建议术后1周)每日鼻腔生理盐水(最好配制2%盐水)冲洗、布地奈德鼻喷剂喷鼻。术后静脉使用抗生素与激素5~6d,出院后改为口服克拉霉素和强的松片1~2周,继续口服标准桃金娘油及小剂量克拉霉素3个月。对于鼻息肉病患者,需口服强的松及抗白三烯药物孟鲁司特(10mg,每天1次,至少8周)。术后1~2周内术腔首次清理,以后每隔2~4周在鼻内镜下清理鼻腔分泌物、纤维素渗出物、干痂、囊泡及纤维性粘连等,至黏膜上皮化后改为3~6个月复查1次。

1.6 疗效评定标准

68例患者术后随访1年,根据慢性鼻-鼻窦炎诊疗指南(2012年,昆明)^[3]制定的疗效评判标准,在综合评定主观的症状改善和客观的鼻内镜下鼻-鼻窦黏膜恢复状态基础上,将治疗效果分为:病情完全控制、病情部分控制和病情未控制3种。

2 结果

2.1 临床疗效评定

将完全控制和部分控制记录为有效率,68例行修正性鼻内镜手术的CRS患者中,不伴鼻息肉41例,28例完全控制,9例部分控制,4例未控制,总有效率为90.2%;伴鼻息肉27例,14例完全控制,8例部分控制,5例未控制,总有效率为81%,具体见表1。

表 1 规范化的修正性鼻内镜手术疗效 (例,%)

组别	例数	病情完全控制	病情部分控制	病情未控制	有效率
慢性鼻-鼻窦炎不伴息肉	41	28	9	4	90.2
慢性鼻-鼻窦炎伴息肉	27	14	8	5	81

2.2 术后并发症

本研究中有 4 例出现术后并发症。其中,鼻中隔血肿 1 例,鼻中隔穿孔 1 例,眶纸板损伤 2 例,表现为熊猫眼征,1 周后逐渐消散,无后遗症。无术后大出血、脑脊液鼻漏、失明、复视等严重颅内、眶内并发症。

3 讨论

慢性鼻-鼻窦炎(chronic rhinitis sinusitis, CRS)是鼻窦及鼻腔的慢性炎性,是耳鼻咽喉科的最常见慢性病,不同程度影响患者的生活质量,鼻内镜微创手术已逐渐成为治疗慢性鼻-鼻窦炎等鼻腔、鼻窦相关疾病的主要手段。通过内科药物治疗及功能性鼻内镜手术,大多数患者可以得到临床治愈,但仍有 10.0%~20.0% 的患者^[4],即使经过规范的功能性鼻内镜手术和系统的药物治疗,仍迁延不愈,需要进行修正性鼻内镜手术。

我们研究发现,如何进行修正性鼻内镜手术,对治疗复发性 CRS 十分重要,特别要遵循以下原则:①关于修正鼻窦鼻腔结构,包括鼻中隔偏曲、钩突残留、泡状中鼻甲、术腔瘢痕致结构改变等问题。陶泽璋等^[5]报道鼻内镜手术失败的原因与手术技巧、术中未同时矫正鼻中隔等相关,故伴有鼻中隔偏曲特别是高位偏曲应先行鼻中隔偏曲矫正术,再行鼻腔、鼻窦手术。由于钩突残留及泡状中鼻甲致上颌窦闭锁及中鼻道狭窄,彻底切除残留的钩突及其粘连带瘢痕,矢状去除泡状中鼻甲气房外侧壁,保留内壁,重新开放中鼻道。对筛窦内广泛病变者或瘢痕使筛顶难以判断,可先进入蝶窦,以蝶窦顶为标志,逆向判断筛顶的位置。术中随时和反复阅读 CT,将有助于准确确认残留筛房、哈勒气房和前次手术后又闭合的筛房;②关于清除病变的问题。当中鼻甲骨炎及其黏膜广泛息肉,通常是术后炎症持续发展和复发的病灶,应予切除中鼻甲,仅保留其根部作为解剖标志。手术开始时息肉阻碍视野且出血较多,需先选择动力系统切除大部分息肉,继而在鼻内镜下细致操作,并随时观阅 CT 片^[6];③关于通畅引流问题。上颌窦炎、蝶窦炎时,避免环形扩大窦口,应选择侧向扩大方式,保留扩大的窦口下缘黏膜完整,向

外扩大切除蝶窦前壁,或者切除窦内病变时,应注意位于蝶窦外侧壁的视神经和颈内动脉。额隐窝和额窦是手术失败发生率最高的部位,对额隐窝和额窦应彻底切除残留的鼻丘气房骨质,切除软组织瘢痕并避免环形切除,对于残留骨质形成的瘢痕,应先掀起瘢痕组织瓣,切除或刮除残留骨质,然后复位瘢痕组织瓣和修正多余的瘢痕组织瓣。Draf I~Ⅲ型鼻内额窦引流术为治疗额窦疾病提供了选择,手术医生可根据额窦的病变情况选择与其相适应的 Draf I~Ⅲ型鼻内额窦引流术, Draf Ⅲ型引流术更适用于修正性手术^[7];④关于保留正常黏膜的问题。如鼻息肉病,即完全依靠手术难以控制的黏膜和骨质迁延不愈的炎性病变,加上前次手术带来的纤维化增生,使病灶更为复杂,病变组织切除更为困难,且出血倾向增加,故对既往已有鼻内镜手术史患者,从初诊到术者进行修正性鼻内镜手术时,应该尽量保留正常黏膜,术中达到通畅引流即可^[8]。

总之,术前了解既往手术史、当前的主要症状、鼻窦水平位、冠状位和矢状位 CT,根据不同的病变性质、范围和严重程度,采取不同的手术范围,以及术中对鼻窦黏膜、骨质和中鼻甲的不同处理,才是修正性鼻内镜手术的真正本意。第一次手术非常重要,每次手术都应该为下次手术留下退路,始终牢记手术的原则,术前充分沟通。术后常规使用抗生素治疗, CRS 最常见的致病菌是金黄色葡萄球菌和革兰氏阴性菌,对于一些顽固性难治性鼻窦炎,修正性鼻内镜术后长期小剂量大环内脂类抗生素^[9]常常可以收到意外的效果。该研究对 68 例复发性 CRS 患者进行规范化修正性鼻内镜手术并术后随访 1 年,围绕鼻内镜手术基本理论:结构修正、病变清除、通畅引流、黏膜保留,同时纠正患者全身免疫因素如哮喘病史、变应性鼻炎病史,完善围手术期综合治疗,加强术后随访及鼻内镜检查与处理,结果显示:慢性鼻-鼻窦炎不伴鼻息肉 41 例,总有效率为 90.2%;慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉 27 例,总有效率为 81%,两组手术未能控制共 9 例可能与患者严重全身免疫因素、术后随访依从性差、未规范用药治疗、多次手术导致鼻腔鼻窦纤毛清除功能减退等有关,显示修正性鼻内镜手术对再次手术患者疗效有明显影响。本研究中有 4 例出现术后并发症,包括鼻中隔血肿、鼻中隔穿孔、眶纸板损伤等,无术后大出血、脑脊液鼻漏、失明、复视等严重颅内、眶内并发症,考虑与术者手术技巧有关,同时,也提示我们对规范化修正性鼻内镜手术需谨慎处理,术者要有十

分熟练的手术技巧与基本功。

因此,对影响修正性鼻内镜手术疗效的各个因素均应进行有效调整,修正性鼻内镜手术对于提高复发性慢性鼻-鼻窦炎术后疗效,减少再次手术的可能性,从而提高患者生活质量,具有十分重要的临床意义,值得进一步推广。

参考文献:

[1] Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 [J]. Rhinol Suppl, 2012 (23): 3.

[2] 韩德民. 正确理解难治性鼻-鼻窦炎[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 113-114.

[3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会

耳鼻咽喉头颈外科分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2013, 昆明)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 92-94.

[4] 杨驱云, 赵侃, 沈毅, 等. 修正性鼻内镜手术治疗复发性鼻-鼻窦炎的临床分析[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(11): 1198-1202.

[5] 陶泽璋, 许昱. 内镜下慢性鼻-鼻窦炎手术后的综合治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(6): 437-440.

[6] 冯正勇. 修正性鼻内镜手术治疗复发性鼻窦炎鼻息肉 41 例效果分析[J]. 临床军医杂志, 2013, 41(5): 534-535.

[7] 张迎宏, 朱丽, 周玉英. Draf 额窦鼻内引流术的疗效观察[J]. 中国微创外科杂志, 2014, 14(3): 246-248.

[8] 尹志华, 王广科, 刘宏建. 修正性鼻内镜手术疗效与影响因素[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(11): 581-584.

[9] 杨欢欢, 舒畅, 孙常领. 大环内酯类药物治疗慢性鼻-鼻窦炎的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2014, 21(2): 174-176.

(收稿日期: 2017-01-01)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》投稿基本要求

本刊接收对临床和科研有实际指导意义的专家论坛、述评、论著(临床研究、基础研究)、短篇论著(临床研究、基础研究)、临床报道、临床交流、教学园地、技术与方法、临床病例讨论、病案报道等。

1、文稿内容:应具有创新性、科学性、实用性,论点明确,资料可靠,文字、结构精炼,层次分明,数据客观准确。论著类、综述类文稿以 3500~4500 字为宜,临床报道、临床交流、技术与方法、临床病例讨论、病案报道以 2000 字左右为宜。

2、文题:应简明、具体、确切,中文一般不超过 20 个字,必要时可加副题名,文题避免使用非公知公认的缩略语、字符、代码等。

3、作者及工作单位:按序排列在文题的下方,并应标示作者的工作单位,包括单位全称、所在省市及邮政编码,联系电话及 Email。

4、摘要:论著、短篇论著及临床报道文稿均需附 500 字左右的中文和英文结构式摘要。摘要必须包括目的、方法、结果(应列出主要数据)、结论 4 部分(采用第三人称撰写)。专家论坛和述评请附陈述式中文和英文摘要,并提供专家简介和 1 寸彩色免冠工作照(JPG)。

英文摘要应包括文题、作者姓名(汉语拼音)、单位名称、所在省、市及邮政编码。

5、关键词:凡论著、短篇论著、临床报道、临床交流、综述类文稿应标注关键词。每篇文章须标 3~5 个关键词,请尽量使用美国国立图书馆编辑的最新版《Index Medicus》中医学主题词表(MeSH)内所列的主题词。

6、基金项目:基金项目指文章所产出的资助背景,项目名称按照国家有关部门规定的正式名称填写,并注明其项目编号,多项基金项目应依次列出。

7、图表要求:应按其在正文中出现的先后顺序分别进行连续编码。每个图(表)应给出相应的图(表)题,图样、数字、符号、单位应符合国家或专业相关标准。本刊采用三横线表格,要求主谓分明;要求提供 JPG 格式的图片,病理图要求提供染色方法与放大倍数。

8、投稿方式:具体投稿方式参见本刊稿约。