

鼻内窥镜下鼻丘径路额窦开放术治疗慢性额窦炎 23 例

常明章, 周剑勇, 吕洁瑜

(中山大学附属江门市中心医院耳鼻咽喉科, 广东 江门 529000)

【摘要】 目的 探讨功能性鼻窦手术中慢性额窦炎的处理方法。方法 采用鼻丘入路行额窦开放术治疗慢性额窦炎患者 23 例(39 侧), 分析其术后疗效。结果 术后随访 6 个月~1 年, 并定期门诊内窥镜复查, 治愈 35 侧, 好转 2 侧, 无效 2 侧。结论 鼻内窥镜下鼻丘径路额窦开放术是慢性额窦炎有效的治疗手段。

【关键词】 鼻内窥镜; 额窦; 鼻丘

【中图分类号】 R765.4³ **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2013)14-2130-02

鼻内镜技术的日臻完善极大的推动了鼻科学的基础及临床研究, 是鼻科学里程碑似的飞跃。鼻内窥镜的引入使人们对鼻腔、鼻窦的生理功能及病理变化有了更加深刻的认识, 使鼻腔、鼻窦的手术方法更加科学。随着影像学及手术器械的不断改进使得额窦炎手术一次治愈率有了显著的提高, 但仍有一定的复发率。经鼻内镜额窦手术是当前鼻外科领域的热点和难点。澳大利亚鼻科教授 Peter-John Wormald 在阐明鼻丘气房毗邻解剖结构对于额隐窝解剖的重要性的基础上, 赋予鼻丘气房在开放额窦手术中的核心地位^[1]。我们总结我科近两年来 23 例 39 侧鼻丘径路额窦开放术治疗的慢性额窦炎患者的临床资料及治疗效果, 并对疗效进行跟踪, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2012 年 3~10 月期间在我科诊断为慢性额窦炎的 23 例患者, 其中男性 16 例, 女性 7 例; 年龄 21~63 岁, 平均 39.3 岁。按 2008 南昌标准^[2], 其中不伴鼻息肉的鼻-鼻窦炎 9 例, 伴鼻息肉的鼻-鼻窦炎 14 例。病程最长 32 年, 最短 6 个月。术前常规鼻内窥镜检查, 并行鼻窦 CT 2 mm 薄层扫描(水平位+冠状位+矢状位)以了解钩突的附着点及鼻丘的发育情况, 判断额窦引流类型。

1.2 手术方法 手术在局麻或全身麻醉下完成, 鼻腔用 1% 地卡因 30 ml 加 0.1% 肾上腺 2 ml 浸湿棉片麻醉鼻腔两次, 全麻要求控制性低血压。鼻内镜下切除钩突的中下部, 保留钩突头端作为开放额窦的标志(如有息肉遮挡了鼻丘, 则先切除息肉), 视具体情况及术者的习惯决定开放鼻窦的先后次序。按照术前 CT 片及术中观察, 判断额窦引流位置。用咬骨钳沿着钩突上端咬除钩突上端并进一步咬除(或磨

除)部分上颌骨额突至与鼻骨接近处, 咬除鼻丘气房的前壁开放鼻丘, 复习额隐窝区三维 CT, 用探针确定额窦引流通道, 进一步咬除鼻丘气房的内壁、后壁和上壁, 清除额窦引流通道周围的阻塞气房, 暴露额窦引流通道, 使额窦开口直径大于 7 mm(清理额窦口病变时勿做黏膜的环形切除, 尽量保留开口处后壁黏膜, 看清筛前动脉骨管及额窦后下壁、内下壁及外下壁的部分黏膜, 然后开放其他有病变的窦腔)。手术结束后中鼻道填塞浸有地塞米松的明胶海绵 2~3 块, 后用一小段油纱条填塞于中鼻道。总鼻道填塞高膨胀海绵一块, 术后 24~48 h 撤出鼻腔填塞的高膨胀海绵及油纱条, 次日以生理盐水冲洗鼻腔, 2 次/d, 鼻腔局部用类固醇激素喷鼻, 2 次/d, 术后两周内窥镜换药, 清理鼻腔内干痂, 吸净鼻腔分泌物, 中鼻道之明胶海绵一般不予清理(可防止中鼻甲与鼻腔外侧壁粘连), 一般患者术后冲洗鼻腔时可将之自行冲出, 术后 1 个月换药中鼻道仍有明胶海绵, 用吸引器将之吸出。

1.3 疗效评估标准 术后随访 6 个月~1 年, 疗效根据自觉症状和鼻内镜检查进行评估, 治愈: 症状消失, 内窥镜检查见术腔上皮化好, 黏膜无水肿, 窦口通畅, 无脓性分泌物; 好转: 症状明显改善, 内窥镜检查见术腔黏膜略肿胀, 窦口基本通畅, 少量脓性分泌物; 无效: 症状无改善, 内窥镜检查见术腔粘连, 窦口狭窄或闭锁, 有大量脓性分泌物。

2 结果

治愈 35 侧, 好转 2 侧, 无效 2 侧。鼻腔粘连 2 侧, 其中一侧中鼻甲与鼻鼻腔外侧壁轻度粘连, 对鼻窦引流、鼻腔通气及嗅觉无影响, 未予处理, 其中 1 侧中鼻甲与鼻腔外侧壁严重粘连影响鼻窦引流及中鼻道通

气(为无效病例),术后换药予以分离,并填塞明胶海绵和外科隔离膜,4周后未再次粘连。另一例无效病例患者要求转上级医院治疗。

3 讨论

鼻内镜技术的引进和高分辨率CT影像技术的发展以及手术器械的不断改进,使得鼻科手术方式有了质的飞跃,慢性鼻窦炎的治愈率不断提高,但是仍有一定的患者术后复发,特别是慢性鼻窦炎的术后复发率比较高,额隐窝的局部解剖相对复杂、变异多使得经鼻内镜鼻窦手术成为当前鼻外科领域的热点和难点。

额隐窝周围气房的异常发育是慢性鼻窦炎的一个重要病因,慢性鼻窦炎也可以引起额隐窝黏膜的病理改变(息肉样变、增生),病态额隐窝和慢性鼻窦炎形成一个恶性循环,额隐窝周围气房的异常发育妨碍鼻窦的引流,从而引起鼻窦炎或加重鼻窦炎,额隐窝黏膜受炎症的影响特别是鼻腔、鼻窦分泌物长期刺激可形成额隐窝局部黏膜息肉样变,甚至形成息肉加重鼻窦炎症。去除额隐窝周围气房,通畅鼻窦引流是治疗慢性鼻窦炎的一个基本原则。

额隐窝周围气房包括鼻丘气房、额气房、眶上筛房、筛泡上气房和额泡气房等在内的额筛气房,这些气房过度发育均可引起鼻窦引流通道狭窄^[1]。其中鼻丘气房的出现率比较恒定,它的发育程度对鼻窦开口的宽窄影响较大,鼻丘气房向上、向内气化越好,鼻窦引流通道越窄。澳大利亚鼻科教授 Peter-John Wormald 在阐明鼻丘气房毗邻解剖结构对于额隐窝解剖的重要性的基础上,赋予鼻丘气房在开放鼻窦手术中的核心地位。术中以鼻丘气房为解剖标记,处理额隐窝周围结构,疏通鼻窦引流通道,为鼻窦手术提供了新的径路。

上颌骨额突参与构成鼻丘气房的前外壁,咬除或磨去鼻丘气房前壁可以直接进入鼻丘气房,在0°鼻内镜下可以清晰辨认钩突上端附着部位,咬骨钳咬除

钩突附着及鼻丘气房的内壁、后壁后即到达鼻窦开口,继续将鼻窦开口向前外开放到7 mm以上。

对23例39侧慢性鼻额窦患者的手术分析,我们认为该术式有以下优点:①由于鼻丘气房位置稳定且周围解剖风险相对较小,术中出现严重并发症的可能性减少,术中对额隐窝周围的精细解剖要求相对较低。②该术式是由前下向后上进行,切除鼻窦口的前内侧气房,因此损伤筛前动脉及筛板的机会更小。③一般情况下,内窥镜角度越大手术难度越大,本术式对于手术器械和手术技巧的要求相对低一些,多数可以在0°镜下完成,减少了角度镜的应用,使图像更加好理解,手术操作更精确更易掌握。

术中应该注意以下几点:①术前详尽收集临床资料,通过术前内窥镜检查及鼻窦CT扫描理解鼻丘气房与额隐窝的关系,明确鼻窦口引流的类型,从而做到术中精确操作;②术中操作要轻柔,尽量保留正常和可逆黏膜,在处理鼻窦口时,尽量保留鼻窦自然口后内侧的黏膜,避免鼻窦口黏膜的环形损伤,以免造成术后鼻窦开口再次狭窄。

总之,鼻丘径路鼻窦手术安全可靠,疗效稳定,技术要求相对容易,术后效果好,恢复快,并发症少,有着广阔的临床应用前景。手术的最终目的是为了维持鼻窦口的通畅引流。但是手术只是治疗慢性鼻窦炎众多步骤中的一环,科学的综合治疗(包括规范化的药物治疗、围手术期的处理等)才能保证治疗的成功。

参考文献

- [1] Wormald PJ. The axillary flap approach to the frontal recess [J]. Laryngoscope, 2002, 112(3): 494-499.
- [2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科学组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008年,南昌) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 6-7.
- [3] 张 罗,韩德民. 鼻内镜鼻窦手术[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41(12): 960-964.

(收稿日期:2012-12-17)