鼻内镜下鼻中隔矫正术58例

周 林
(兰州石化总院 耳鼻喉科,甘肃 兰州 730060)

摘 要:探讨鼻内镜下鼻中隔矫正术的疗效;对58例鼻中隔偏曲患者行鼻内镜下鼻中隔矫正术,麻醉方式取局麻;所有接受手术者都获得满意疗效,症状明显改善,鼻中隔获得彻底矫正。无鼻中隔血肿、脓肿、穿孔、鼻腔黏连、鼻梁塌陷等并发症发生。

关键词:鼻内镜;鼻中隔矫正术;鼻中隔偏曲
中图分类号:R765.3

传统的鼻中隔偏曲矫正术,因术野欠清楚,操作有一定的盲目性,鼻内镜下行鼻中隔矫正术可在直视下操作,手术精确,对于复杂的鼻中隔偏曲及鼻中隔偏曲伴鼻窦炎具有优势,因此,鼻内窥镜下鼻中隔矫正术在临床上得到越来越广泛的应用。兰州石化总院耳鼻喉科科2005年5月~2008年12月对58例鼻中隔偏曲患者施行鼻内镜下鼻中隔矫正术,疗效满意。

1 资料和方法

1.1 一般资料

经前鼻镜或鼻内镜检查确诊鼻中隔偏曲患者58例,并行鼻窦冠状位CT扫描。其中男35例,女23例,年龄20~60岁。其中C形偏曲12例,S形偏曲8例,高位偏曲19例,嵴突或棘突型15例,兼有两种或以上类型者22例。58例中25例伴有慢性鼻窦炎,8例伴有鼻息肉16例伴有下鼻甲或中鼻甲肥厚,予同期手术。临床表现有不同程度鼻塞、头痛、脓涕,2例伴有鼻出血。

病例选择标准:鼻中隔偏曲引起鼻塞经药物保守治疗3周不能缓解,鼻腔后段顽固性鼻出血,鼻源性头痛药物治疗无效,鼻窦引流导致慢性鼻窦炎。

1.2 手术方法

所有病例术前排除禁忌证,采用局部麻醉。仰卧位,以1%地卡因棉片(加入少量1‰肾上腺素)行鼻腔黏膜表面麻醉两次,1%利多卡因(加以数滴1‰肾上腺素)行鼻中隔两侧面黏骨膜下局部浸润。手术全程在德国wolf生产的0°、4 mm鼻内镜下完成。1%地卡因与1‰肾上腺素(20∶4)棉片表面麻醉鼻腔黏膜。采用中隔左侧皮肤、黏膜交界处作"L"形切口,在鼻内镜直视下,充分保障在软骨膜下和骨膜下以吸引器边吸引边剥离左侧黏-软骨膜及黏-骨膜,范围向上分离到鼻中隔上缘,向后分离至偏曲部位的后方,向下分离至鼻底部,再于原切口后方2mm处切开中隔软骨,剥离对侧黏-骨膜,范围同左。在充分剥离基础上咬骨钳钳除偏曲的筛骨垂直板和犁骨,凿除鼻底部嵴突。分离过程中也可边分离边用软骨钳和骨钳分次切除偏曲骨,直至偏曲完全矫正。术中对有望保留的骨性支架,尽可能采用咬窄骨折,居中移位法复位;棘或嵴等,则予去除;对于偏曲的中隔软骨,可将中隔软骨依其形态作切除修整削平,放入生理盐水中浸泡后再复位。切口黏膜对合平整可不必缝针,直接填塞凡士林纱条或膨胀海绵,48h后抽除敷料。对于单纯嵴突或棘突型中隔偏曲者,可在突出部位前端作切口[1],剥离突出处或突出侧黏-骨膜,凿除骨性隆起,复位黏膜,敷料压迫。伴有中甲、下甲肥大,鼻息肉、鼻窦炎患者,可同期行中甲部分切除、下甲成形术及鼻息肉摘除和鼻窦开放术[2]。

1.3 疗效判定标准

治愈:病人自觉症状消失,直径4mm鼻内窥镜下检查,鼻腔通畅,可充分观察到中鼻甲、钩突及中鼻道,下鼻甲与鼻中隔不相贴,可顺利行鼻咽部检查。好转:自觉症状明显改善,鼻内窥镜下可观察到中鼻甲头端及钩突前缘。无效:症状无明显改善,由于鼻中隔偏曲,鼻内窥镜下无法直接窥视中鼻甲。

2 结果

58例均一次性完成手术。手术时间60~90min,平均75min。偏曲的鼻中隔获得彻底的矫正,凡士林纱条或膨胀海绵填塞者,术后48h撤除;有缝线者术后5d拆除。术后随访6~12个月,无鼻

中隔血肿、脓肿、穿孔、鼻腔粘连、鼻梁塌陷等并发症的发生。

3 讨论

传统的鼻中隔矫正术通常取左侧皮肤黏膜交界处“L”型切口,广泛剥离黏骨膜瓣。鼻内镜下照明充分能清晰地看见鼻中隔高位和后段偏曲的全貌,切口可根据需要取不同部位,一般取凸出侧或凸出部位(如棘突)前切口,有利于分离和去除凸出部位,若鼻底有嵴突,则做“L”型切口。对于嵴突型等局部偏曲者,可借鼻内镜良好的光线和清晰广阔的视野,在嵴突前作切口,剥离嵴突处或嵴突侧黏骨膜瓣。采用边剥离、边去除偏曲的软骨或骨质的方法。再行黏膜复位,敷料压迫。这样将中隔手术局部化,减轻了手术创伤,简化了手术过程,符合鼻微创原则。术中创伤小,术后黏膜反应轻、恢复快。鼻内镜下,便于充分暴露高位和后段偏曲的软骨和骨,并可随着软骨膜、骨膜的不断分离而随时向内深入从而为彻底矫正偏曲提供保证。能很好地预防鼻梁塌陷和鼻中隔后段穿孔。不伴有偏曲的棘、嵴突病例,可单纯切除,从而减少创伤,有利于术后恢复。因鼻腔外侧壁黏膜损伤小,从而避免了术后鼻腔粘连形成。对鼻中隔偏曲伴有鼻甲肥大、鼻窦炎、鼻息肉患者,鼻内镜下同期行鼻中隔矫正术是重建鼻腔鼻窦通气功能的基本要求,也是治愈鼻窦炎、预防鼻息肉复发的有效措施之一。

3.1 手术适应证与禁忌证

适应证:①影响呼吸,鼻塞严重;②鼻中隔骨棘、骨嵴常致鼻出血;③高位偏曲影响鼻窦引流合并慢性鼻窦炎;④鼻中隔偏曲引起反射性头痛;⑤鼻腔鼻窦手术后鼻中隔偏曲引起粘连;⑥传统鼻中隔黏膜下矫正术后仍有严重鼻塞;⑦过敏性鼻炎伴有鼻中隔偏曲、鼻塞严重。禁忌证与一般鼻部手术相同:①有凝血机能障碍者;②严重糖尿病者;③妇女月经期;④上呼吸道急性感染期;⑤面部、鼻部有炎症尚未能控制者,高血压未控制者;⑥严重的心、肺、肝、肾功能不全者;⑦白细胞、红细胞、血小板严重低下者;⑧18岁以下鼻部发育未完全者。

3.2 手术注意事项

①术野清晰是手术成功的关键,术中要彻底止血,一般渗血用1%地卡因和1‰肾上腺素(20∶4)棉片压迫止血。②对构成鼻小柱的鼻中隔软骨与筛骨垂直板最高处,连接鼻与鼻梁平行的鼻中隔软骨均应保留,以防术后鼻尖下塌和鼻梁中部凹陷及鼻中隔软弱。③骨棘、骨嵴处黏骨膜张力较大,分离时容易造成黏膜穿破,只要完整保留一侧的黏骨膜,术后不会遗留穿孔。④软骨切除的原则是:仅切除成角畸形处,或切除后修剪掉成角畸形处再置入;筛骨垂直板和梨骨的处理仅切除明显成角畸形处,尽可能保持中隔的支撑物,以防止中隔摆动和软骨锥的塌陷。切除的中隔软骨经修整后重新置入,可以保持中隔一定的厚度和硬度,有助于预防鼻梁塌陷,大大减少了穿孔的发生。

3.3 鼻内镜下鼻中隔成形术的优缺点

鼻内镜下鼻中隔成形术与传统的鼻中隔偏曲黏膜下切除术比较,具有优势[3]:①鼻内镜下术野清晰,且无死角,为彻底矫正中隔偏曲(特别是高位、后段偏曲)提供了条件。②在鼻内镜下对筛前筛后神经和鼻后上神经内侧支支配区的黏膜麻醉部位更准确,效果更显著。③在内镜直视下操作,可以清楚地分辨粘-软骨膜、粘-骨膜和骨性支架的区别,有助于确定局部解剖层次,尤其对鼻中隔棘、嵴处黏-骨膜的分离更有把握,即使有单侧黏-骨膜破损,也能及时发现,防止撕裂口的进一步扩大,并能准确对合复位。④在鼻内镜下可以很好地识别出血部位,用射频或电凝妥善止血。在确保疗效的基础上,缩小中隔的切除范围,从而保持中隔的坚实和弹性,恢复其正常的生理功能,既符合当今功能性外科和微创外科的手术原则,又可同期进行多种手术,缩短住院日,节约费用,避免再次手术的痛苦,值得临床推广使用。本方法缺点:只能单手操作,对鼻中隔后段和高位偏曲操作空间较小[4]。术野放大可能失真,特别要注意鼻顶部软骨、骨质不可去除过多,以防止鞍鼻发生。同期手术的疗效与术者的熟练程度、手术所用时间及出血量的多少有关[5]。对内窥镜设备也有一定要求。

参考文献:

[1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:195-199.

[2] 王荣光. 内窥镜下鼻中隔成形术[J]. 中华耳鼻咽喉,2000,35:453-453.

[3] 吴树浓,孔宪胜. 生物粘合剂在鼻中隔偏曲矫正术的应用(附32例报告)[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科,2000(8):41.

[4] 杨国存,胡建文,曾一民. 鼻内镜下鼻中隔成形术临床应用观察[J]. 中国微创外科,2005(9):776-777.

[5] 周文茹,张家雄,朱玉芳,等. 鼻内镜下鼻中隔矫正术[J]. 现代医学,2005(4):86-87.