

鼻内镜下三线减张法鼻中隔成形术疗效分析

游 进¹, 刘 璟² (1. 重庆市三峡中心医院耳鼻喉科 404000; 2. 重庆市三峡医药高等专科学校 404000)

【摘要】 目的 分析 37 例鼻内镜下三线减张法鼻中隔成形术的临床疗效。方法 将 67 例鼻中隔偏曲患者分为两组, 观察组 37 例患者在局部麻醉后鼻内镜下行三线减张法鼻中隔成形术, 对照组 30 例患者局部麻醉后行鼻中隔黏膜下切除术。结果 观察组 37 例患者 1 例出现术后血肿, 对照组 30 例患者中 2 例出现术中鼻中隔穿孔, 1 例出现术后血肿, 术后随访 6~18 个月, 观察组患者双侧鼻腔通气良好, 治愈率 94.6%, 无鼻中隔穿孔、血肿、出血及外鼻畸形等并发症, 对照组 30 例患者治愈率 93.3%, 出现 5 例鼻中隔扇动。结论 三线减张法鼻中隔成形术疗效确切, 能保持鼻中隔正常活动, 减少并发症发生, 安全、微创、有效。

【关键词】 鼻内镜; 三线减张法鼻中隔成形术; 鼻中隔黏膜下切除术; 鼻中隔偏曲

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.017 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)07-0900-02

Analysis of curative effect of nasal endoscopic three minus septoplasty YOU Jin¹, LIU Jing² (1. Otorhinolaryngology Department, Chongqing Three Gorges Central Hospital, Chongqing 404000, China; 2. Chongqing Three Gorges Medical College, Chongqing 404000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the curative effect of nasal endoscopic three minus septoplasty (TMS). **Methods** A total of 67 patients with deflection of nasal septum (DNS) were randomly divided into observation group with 37 cases, receiving nasal endoscopic TMS under toponarcosis, and control group with 30 cases, receiving submucous resection of nasal septum under toponarcosis. **Results** In observation group, 1 patient emerged postoperative hematoma. In control group, 2 patients emerged intraoperative perforated nasal septum, and 1 patient emerged postoperative hematoma. During a follow-up of 6—18 months, patients in observation group were with well ventilate, recovery rate of 94.6%, and without complications as perforation of nasal septum, hematoma, bleeding, external nose deformation and so on, and patients in control group were with recovery rate of 93.3%, and 5 cases with nasoseptal flap. **Conclusion** TMS might be with certain curative effects, could keep normal activities of nasal septum, decrease complications, and with safety, small trauma and effectiveness.

【Key words】 nasal endoscope; three minus septoplasty; submucous resection of nasal septum; deviation of nasal septum

鼻中隔偏曲是耳鼻喉科常见疾病之一, 患者多有鼻塞、头痛、鼻出血等症状^[1]。目前鼻中隔手术以“鼻中隔成形术”为主, 方法多样, 包括鼻中隔黏膜下矫正术、三线减张鼻中隔成形术等, 注重对鼻中隔主要支架的保留^[2]。2008 年韩德民提出以鼻中隔偏曲产生的生物力学规律为基础的三线减张鼻中隔成形术, 解除鼻中隔软骨尾侧端的垂直软骨条、鼻中隔软骨与筛骨垂直板结合处部分筛骨垂直板前缘的垂直骨条、偏曲的犁骨和上颌骨腭突以及颧骨鼻嵴基底部水平软骨条这 3 个产生张力核心区域, 重塑鼻中隔支架, 减少鼻中隔血肿、术后出血、外鼻畸形、鼻中隔穿孔、鼻中隔扇动等并发症^[3]。本科室于 2009 年 1 月至 2012 年 1 月对收治确诊的 37 例鼻中隔偏曲患者行三线减张鼻中隔成形术治疗, 与既往开展的鼻中隔黏膜下切除术进行疗效比较, 现将治疗情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2012 年 12 月收治确诊的鼻中隔偏曲患者 67 例, 其中男 49 例, 女 18 例, 年龄 15~53 岁, 平均 27 岁。患者临床表现: 主观症状有鼻塞、头痛、鼻出血等; 客观检查: 两侧鼻腔大小不等, 鼻内镜下鼻中隔不同程度呈“C”形偏向一侧或同时呈“S”形向两侧偏曲, 部分患者伴棘(嵴)突形成, 凸面黏膜充血, 下鼻甲不同程度代偿性肥大; 鼻窦 CT 扫描示 67 例患者鼻中隔不同程度偏曲, 其中“C”形偏曲 42 例, “S”形偏曲 16 例, 伴棘(嵴)突 9 例。将 67 例患者分为观察组

和对照组, 观察组 37 例, 对照组 30 例, 两组患者性别、年龄差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 67 例患者均行鼻内镜及鼻窦 CT 检查以明确鼻中隔偏曲情况, 通过鼻内镜及鼻窦 CT 片充分熟悉了解患者鼻中隔与邻近结构关系, 确定手术部位。充分术前准备后, 观察组 37 例患者均选用局部麻醉, 仰卧位, 鼻内镜下行三线减张鼻中隔成形术。首先于鼻前庭黏膜处行向鼻底外延伸的 L 形切口, 进入黏软骨膜下后, 用吸引剥离器剥离软骨膜向上向后至偏曲后方, 暴露颧骨鼻嵴、上颌骨鼻嵴、犁骨、筛骨垂直板和鼻中隔软骨。分离骨软骨接合处, 咬骨钳垂直切除中隔软骨 2 mm 左右, 在中隔软骨与筛骨垂直板接合处用咬骨钳咬除切除偏曲的筛骨垂直板部分, 分离鼻中隔软骨与上颌骨鼻嵴、犁骨, 水平切除 3~5 mm 宽鼻中隔软骨, 再用咬骨钳去除偏曲的上颌骨鼻嵴和犁骨鼻嵴。如鼻中隔软骨明显偏曲, 则在凹面作“井”字划痕, 形成鼻中隔前后下三面游离减张。对照组 30 例患者选用局部麻醉, 仰卧位, 鼻内镜下行鼻中隔黏膜下切除术。在左侧鼻前庭与黏膜交界处做一微弧形切口, 适当向鼻腔底延长, 分离同侧及对侧黏骨膜和黏软骨膜, 切除鼻中隔软骨及鼻中隔骨部偏曲部分。术后均用含肾上腺素的生理盐水冲洗术腔, 缝合切口后两侧鼻腔用止血棉堵塞。术后止血抗炎, 填塞物 2~3 d 后取出, 清理鼻腔。随访 6~18 个月。

1.3 疗效评估 根据参考文献^[4], 以主观症状和客观检查为

依据,治愈:主诉鼻塞、头痛、鼻出血等症状消失,检查前鼻镜下创口愈合,鼻中隔前上部彻底矫正,中鼻甲前端充分暴露;好转:主诉鼻塞、头痛、鼻出血等症状消失或改善,检查前鼻镜下创口愈合,鼻中隔前上部矫正不佳或中鼻甲前端暴露不充分;无效:主诉鼻塞、头痛、鼻出血等症状无改善,检查前鼻镜下创口愈合,鼻中隔前上部未矫正或嵴突/棘突仍存在,中鼻甲前端无法暴露。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行处理,采取 χ^2 检验分析计数资料,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治愈率 术后随访 6~18 个月,观察组 37 例患者中,35 例双侧鼻腔通气良好,头痛、鼻出血等症状消失,2 例症状得到明显改善,治愈率 94.6%;对照组 30 例患者中,28 例双侧鼻腔通气良好,头痛、鼻出血等症状消失,2 例症状明显改善,治愈率 93.3%,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗情况比较

组别	总例数(n)	治愈(n)	好转(n)	治愈率(%)
观察组	37	35	2	94.6
对照组	30	28	2	93.3

2.2 并发症情况比较 观察组 37 例患者一次性完成手术,鼻中隔基本恢复平直,出现 1 例血肿;对照组 30 例患者出现 2 例术中鼻中隔穿孔,1 例血肿。术后随访 6~18 个月,观察组无鼻中隔穿孔、血肿、出血、鼻中隔扇动及外鼻畸形等并发症;对照组出现 5 例鼻中隔扇动,未见鼻中隔穿孔、外鼻畸形等并发症。两组并发症情况相比,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组并发症情况比较

组别	总例数(n)	术中并发症 发病例数(n)	术后并发症 发病例数(n)	并发症 发生率(%)
观察组	37	1	0	2.7
对照组	30	3	5	26.7

3 讨 论

鼻中隔手术是耳鼻喉科常见手术,发展至今,经历了鼻中隔次全切术、鼻中隔黏膜下切除、鼻中隔矫正,到现在的鼻中隔成形术,方式多种多样。现在的鼻中隔手术理念主张注重鼻中隔主要支架的保留^[2]。韩德民等^[3]提出的三线减张法鼻中隔成形术以鼻中隔偏曲产生的生物力学规律为基础,解除鼻中隔软骨尾侧端的垂直软骨条、鼻中隔软骨与筛骨垂直板结合处部分筛骨垂直板前缘的垂直骨条、偏曲的犁骨和上颌骨腭突以及颧骨鼻嵴基底部水平软骨条这 3 个产生张力核心区域,保留大部分鼻支架,减少鼻中隔血肿、术后出血、外鼻畸形、鼻中隔穿孔、鼻中隔扇动等并发症发生的可能。

本科室学习开展三线减张法鼻中隔成形术,并与既往开展的鼻中隔黏膜下切除术疗效进行比较,三线减张法鼻中隔成形术与鼻中隔黏膜下切除术治愈率相当,差异无统计学意义($P>0.05$),但在并发症发生情况上,三线减张法鼻中隔成形术并发症发生为 2.7%,鼻中隔黏膜下切除术并发症发生率为 26.7%,二者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。鼻中隔黏膜下切除术因鼻中隔支架切除过多,易出现术后鼻中隔扇动、鼻中隔穿孔、外鼻畸形、鼻中隔血肿等并发症。鼻中隔黏膜下切除术黏膜损伤较大,也是鼻中隔穿孔和鼻中隔血肿易出现的原因。此外,鼻中隔黏膜下切除术患者常见术后随呼吸气流出现

鼻中隔扇动^[5-6],患者自觉鼻塞症状缓解差,而三线减张法鼻中隔成形术由于保留大部分鼻支架,鼻中隔能正常活动,能完全避免患者因呼吸气流而导致的鼻中隔扇动,患者自觉鼻塞症状缓解明显,患者接受度更高。

三线减张法鼻中隔成形术是近年开展的新技术,与既往常用术式差异较大,现将三线减张法鼻中隔成形术手术体会总结如下:(1)术前准备应行鼻内镜及鼻窦冠状 CT 检查,鼻内镜及鼻窦冠状 CT 检查可明确患者鼻中隔偏曲情况,且可帮助熟悉了解患者鼻中隔与邻近组织解剖关系,确定手术部位及范围,预演手术情况。(2)术中应尽量减少不必要的黏膜损伤,避免手术造成鼻中隔穿孔。(3)做第一切口时,先切开黏膜,向后剥离 5 mm 左右再切开软骨膜,保留前段软骨膜以防止软骨暴露在切口处,有利于愈合,且可防止软骨切口对穿;同时,做第一切口时,向鼻底部适当延伸,再向上分离与前端切口会合,这样可防止极易破损的嵴突黏膜撕裂。(4)鼻中隔“C”形和“S”形偏曲患者,应咬除少许筛骨垂直板前缘,如筛骨垂直板偏曲面积较大,则可用直钳将其夹骨折,或取出压平再植回,也可用微动力系统将肥厚的偏曲骨质磨薄,可以避免因过度撼动筛骨垂直板而导致的鼻部塌陷等畸形。对鼻中隔后位偏曲或无明显前位偏曲患者,可不行软骨切口,不分离对侧黏软骨膜,不但简化手术,还可避免双侧鼻中隔黏膜破损及鼻中隔穿孔;如有上颌骨鼻嵴膨大,可将其从两侧凿平,矫正效果好,可以避免因损伤上唇动脉而引起大量出血。(5)保留鼻中隔软骨支架的大部分,保持鼻中隔生理功能,避免术后鼻中隔软弱,防止术后鼻中隔穿孔、外鼻畸形等并发症。由于术后鼻中隔支架重新塑形,鼻中隔居中及黏膜肿胀恢复时间较长^[7-8],约需 30~40 d,为避免鼻腔粘连狭窄,随访时间也应随之延长。(6)鼻中隔黏膜切口对位缝合后,再行两侧的对穿褥式缝合,可利于黏膜和塑形后的软骨支架的固定以及塑形。

总之,三线减张法鼻中隔成形术疗效满意,能保持鼻中隔正常活动,减少并发症可能,安全、微创、有效,患者满意度高,值得推广学习。

参考文献

- [1] 韩德民.鼻中隔偏曲[M].北京:高等教育出版社,2011:219-220.
- [2] 孙永东,杨羿荣,鄢斌成,等.改良鼻内镜下鼻中隔成形术及三种术式比较[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(2):139-142.
- [3] 韩德民,王彤,臧洪瑞.三线减张鼻中隔矫正手术[J].中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2009,24(2):103-105.
- [4] 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].2版.北京:人民军医出版社,1998:602.
- [5] 冯立人,王孟冬,孙宝宾.鼻中隔鼻成形术与鼻中隔黏膜下切除术的比较[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(22):1044-1046.
- [6] 向登,卢永田,何贵华,等.鼻内镜下改良鼻中隔黏膜切除术的临床应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(3):223-224.
- [7] 周建业,周卫东,庄强尔,等.鼻内镜下三线减张法矫正鼻中隔偏曲[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(7):393.
- [8] 王林,林益和.鼻内镜下鼻中隔成形及改良术式临床分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(8):459-460.