手术治疗鼻腔结构异常所致鼻源性头痛的临床分析

杨羿容, 张 恒, 鄢斌成 (四川省自贡市第一人民医院耳鼻喉-头颈外科 643000)

【摘要】 目的 探讨鼻腔解剖结构异常与头痛的关系以及诊断、手术治疗效果。方法 对78例临床表现为头痛且鼻腔解剖结构异常的患者,经鼻内窥镜检查、接触点头痛实验及CT诊断,采用鼻内镜下手术矫正或切除异常鼻腔结构。结果 本组手术治疗患者术后均随访1年以上,78例患者治愈70例,好转5例,无效3例,有效率96.15%。结论 临床头痛患者可能存在鼻腔解剖结构异常,通过鼻内镜手术治疗能取得满意疗效。

【关键词】 鼻腔解剖异常; 鼻源性头痛; 手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.12.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)12-1790-02

头痛是临床常见病,其中鼻源性头痛占相当比例,但常不为患者及临床医师重视,尤其是非鼻-鼻窦炎及鼻腔鼻窦肿瘤患者,常因无鼻部临床症状更易造成误诊误治。现对78例由鼻腔解剖结构异常引起的鼻源性头痛患者进行分析,探讨鼻腔解剖结构异常所致鼻源性头痛的诊断及治疗方法。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000年2月至2012年9月该院收治的78例头痛患者均无流涕症状,就诊后经鼻内镜及鼻窦CT检查未发现鼻窦炎及鼻腔、鼻窦占位性病变征象,但有鼻中隔偏曲等鼻腔结构异常。其中女45例,男33例,年龄35~70岁,平均46岁,病程1~40⁺年,主要表现为头痛,以钝痛为主,天冷感冒鼻阻时加重,头痛部位以额部、鼻根部、颞部为主,其中单纯额部疼痛19例,单纯颞部疼痛10例,单纯鼻根部疼痛9例,额部和颞部疼痛25例,额部和颞部、鼻根部、眉部疼痛15例。头痛位于单侧51例,双侧27例,20例伴有头昏,22例有鼻阻、鼻腔干燥,10例有反复鼻出血史。78例患者有65例在神经内科诊断为偏头痛或血管性头痛,经正规治疗半年以上疗效不佳,10例患者长期自己服用“头痛粉”治疗控制头痛症状。检查发现55例患者鼻中隔偏曲,呈棘或嵴、C型偏曲,偏曲中隔贴近下鼻甲或中鼻甲,其中5例鼻棘刺入中鼻道;12例(19侧)钩突肥大,9例筛泡肥大,25例(33侧)下鼻甲骨质肥厚或下鼻甲肥大,30例(55侧)中鼻甲结构异常,包括13例(17侧)泡状中鼻甲,8例(16侧)反向中鼻甲,9例(16侧)中鼻甲肥大。

1.2 诊断方法 鼻内镜检查鼻腔结构,对疑似鼻腔解剖结构异常所致鼻源性头痛患者在头痛发作时,用2%利多卡因加1:1000的肾上腺素棉片做鼻腔黏膜收缩及表面麻醉,5 min后取出棉片,头痛缓解者实验为阳性,再行鼻窦冠状位、轴位薄层CT检查排出鼻窦炎及鼻腔、鼻窦占位性病变,则鼻腔解剖结构异常所致鼻源性头痛。本组与刘海斌等^[1]报道的方法相近。所有病例均在术前明确诊断。

1.3 治疗方法 鼻中隔偏曲者均行鼻中隔成形术切除偏曲的软骨及筛骨垂直板、犁骨,注意高位及后端偏曲,保留居中的方形软骨;泡状中鼻甲者行中鼻甲正中劈开,切除中甲外侧部分并骨折中鼻甲后外移,如外移后窦口复合体狭窄则同时切除筛泡或(和)钩突;反向中鼻甲行中鼻甲外侧部分切除;钩突息肉样变或钩突肥大及筛泡过度气化者行钩突及前组筛窦切除、筛

泡开放切除术;中鼻甲肥大者行钩突及筛泡切除术并将中鼻甲向外骨折,单纯由黏膜增生引起肥大者用等离子射频温控消融缩小鼻甲,对CT提示中鼻甲骨增生肥厚者垂直切开鼻甲前端黏膜,暴露鼻甲骨,分离骨质两侧黏膜组织,切除部分骨质,部分患者用等离子射频温控消融缩小鼻甲并止血;下鼻甲骨质肥厚者,垂直切开下鼻甲前端黏膜,暴露下鼻甲骨,分离骨质两侧黏膜组织,切除部分骨质,并骨折外移保留的下鼻甲骨及复位黏膜瓣。对无明显下鼻甲骨骨质肥厚者行下鼻甲骨骨折外移等离子射频温控消融缩小鼻甲。术中尽可能保留鼻黏膜组织,其鼻腔通畅度以鼻腔各结构间(鼻中隔与中鼻甲、下鼻甲间,中鼻甲与上颌窦口间)4~5 mm距离为宜,与崔志春等^[2]报道标准相近。通过手术解除中、下鼻甲与鼻中隔的接触,解除窦口-鼻道复合体狭窄以利鼻腔、鼻窦通畅引流。

1.4 术后处理 术后常规高分子膨胀海绵填塞鼻腔,头孢类抗菌药物静滴3 d,48 h左右抽出鼻腔填塞物后用海水鼻腔护理器喷鼻+呋麻液鼻腔使用,术后7 d开始鼻内镜下清理鼻腔,根据鼻腔情况决定每周清理次数,直至鼻腔通畅,黏膜红润,鼻腔无纤维素性分泌物。每月1次门诊随访至1年以上,每次均行鼻内镜检查并处理异常情况(如鼻腔黏连等)。

1.5 疗效判定^[3] 临床疗效分为治愈、有效、无效,总有效率=(治愈例数+有效例数)÷总例数×100%。治愈:术后头痛症状消失,随访12个月症状无复发;有效:术后头痛症状明显减轻,随访12个月病情无反复;无效:头痛症状无明显改善。

2 结 果

本组患者手术顺利且术后短期内全部治愈。随访1年结果显示,治愈70例,好转5例,无效3例,总有效率96.15%。其中无效3例因术后未遵医嘱按时随访,致鼻腔黏连,后在局麻鼻内窥镜下行鼻腔分黏术并定期清理鼻腔至鼻腔黏膜修复,3例患者头痛缓解。

3 讨 论

根据国际头痛协会的相关指南,引起鼻源性头痛的原因主要包括鼻腔和鼻窦炎症性、鼻腔解剖结构异常^[4]。鼻腔结构异常所致的鼻源性头痛的病因主要因鼻腔解剖变异,导致鼻中隔和鼻甲黏膜接触、鼻窦窦口局部阻塞,包括鼻中隔偏曲、棘突、嵴突,钩突、筛泡和中鼻甲变异,眶下筛窦气房、Haller气房(Haller气房)等^[5]。鼻窦炎或鼻息肉、鼻及鼻窦新生物等所致的鼻源性头痛,临床诊断及治疗较易,而鼻腔解剖结构异常且无明显

显鼻部症状,往往被误诊误治^[6-7]。鼻源性头痛发病机制复杂,鼻腔和鼻窦黏膜与骨质结构的变异及炎性均可引起头痛。有学者认为鼻腔解剖结构异常与相邻结构紧密抵触,造成黏膜挤压刺激分布于鼻黏膜的三叉神经而出现反射性头痛。同时变异结构与鼻腔黏膜接触后致使鼻腔黏膜内的三叉神经元释放“P 物质”^[4-5]。“P 物质”为一种神经肽,存在于鼻腔及鼻窦黏膜的三叉神经末梢中,通过神经纤维将痛觉从鼻腔及鼻窦黏膜的各种受体传入皮层;同时“P 物质”释放入鼻腔及鼻窦黏膜的局部效应细胞,增加毛细血管的通透性,产生神经源性水肿、血管扩张、血浆渗出和分泌物增加,释放炎性介质缓激肽,刺激痛觉神经,引起头痛,同时由于血管扩张、黏膜肿胀让鼻腔结构间更紧密接触而刺激三叉神经末梢产生反射性头痛,形成恶性循环。

本组详细了解病史、鼻内窥镜检查、鼻腔表面麻醉“接触点头痛”检查及鼻窦 CT 检查,将确诊为鼻腔结构异常致鼻源性头痛患者,通过鼻内窥镜下手术矫正鼻中隔偏曲、切除过度气化筛泡及中鼻甲、肥大钩突等解除鼻腔异常解剖结构,阻断异常解剖结构对鼻黏膜机械刺激,消除窦口-鼻道复合体狭窄以利鼻窦通畅引流及气体交换,解除鼻窦负压而缓解头痛,达到根除鼻源性头痛的目的,其疗效与有关学者的研究报道相符^[8-9]。

本研究表明,采用鼻内窥镜能了解前鼻镜难以发现的鼻道窦口复合体的病变情况,如钩突肥大及筛泡肿大、鼻中隔的高位偏曲及后端偏曲等^[10];术前在患者头痛时行“接触点头痛”检查对诊断鼻源性头痛有临床价值,通过鼻腔表面麻醉,患者头痛缓解则可对鼻源性头痛作出正确诊断,对术后疗效有一个初步判断;术前鼻窦 CT 检查有利于排除鼻窦疾病,尤其是早期鼻窦肿瘤及鼻部症状不明显的真菌性鼻窦炎。

本组术前使用鼻内窥镜检查 and CT 检查相结合,确定病变位置和类型,对鼻腔解剖变异进行有效的同期处理。借助鼻内窥镜清晰视野进行手术治疗,不仅能彻底根除鼻源性头痛,还能微创切除中鼻甲变异部位、钩突、肥大的筛泡,增大鼻窦的窦口,保留正常鼻腔结构,维持鼻腔生理功能,特别适用于鼻源性头痛的诊断与治疗^[8]。

本研究有 3 例患者疗效欠佳,术后鼻内镜检查发现术区黏

连,给予局麻下鼻腔黏连带松解,并定期清理鼻腔后头痛症状基本缓解,因此本组认为术后随访及清理鼻腔也很重要。

综上所述,对于头痛尤其是经内科正规治疗长时间不愈又无鼻部症状的患者,提示鼻源性头痛,应行鼻内镜检查、“接触点头痛”实验及 CT 检查作出正确诊断,一旦确诊可考虑行鼻内窥镜下对鼻腔异常结构进行矫正或切除异常结构,达到根治病因的目的。

参考文献

- [1] 刘海斌,廖建春,彭浒,等. 中鼻甲气化致鼻源性头痛 21 例临床分析[J]. 解剖与临床,2012,17(1):22-23.
- [2] 崔志春,韩旭,李凤,等. 鼻内镜下鼻腔功能性矫正手术治疗鼻腔结构异常所致的非炎症性鼻源性头痛[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2013,21(2):107-108.
- [3] 张亚宁,郑伟红,刘领波,等. 内镜下鼻内结构重建术治疗鼻源性头痛的临床疗效观察[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(19):147-148.
- [4] 楼正才,楼放毅. 黏膜接触点头痛与鼻解剖变异的关系分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,45(1):68-69.
- [5] 廖建春. 鼻源性头痛之诊断与治疗[J]. 解剖与临床,2012,17(1):7-8.
- [6] 姚良忠,杨湘宁. 鼻内镜手术治疗鼻内接触性头痛[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,19(14):656-657.
- [7] 余俏平. 鼻内镜下鼻腔多结构异常所致头痛的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(6):456-457.
- [8] 陈刚. 鼻内镜下鼻腔结构重塑治疗鼻源性头痛的临床研究[J]. 医学信息,2014,27(1):91-92.
- [9] 王国军,白莎. 鼻内镜下重塑鼻腔结构治疗鼻腔黏膜接触点头痛的临床观察[J]. 四川医学,2012,32(1):71-73.
- [10] 张静,薛刚,刘亚超,等. 鼻腔解剖异常致鼻源性头痛 75 例治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(6):449-451.

(收稿日期:2014-12-20 修回日期:2015-02-18)

(上接第 1789 页)

- 上健康体检者空腹血糖检测结果分析[J]. 国际检验医学杂志,2013,33(14):1866-1867.
- [2] 张德丽. 采血方法对快速血糖测量值的影响[J]. 中国卫生产业,2014,24(12):616-617.
 - [3] 姚碧婉. 血糖仪与全自动生化分析仪比较分析[J]. 华夏医学,2014,22(2):114-115.
 - [4] 马玉娜. 常规生化指标在诊断慢性肝功能损害的应用价值[J]. 中国医药指南,2014,13(6):218-219.
 - [5] 刘小东,崔会欣,王微微,等. 快速血糖仪在急诊检验血糖中的应用价值分析[J]. 中国药物经济学,2012,17(3):

315-316.

- [6] 申升,刘宏飞,徐希明,等. 治疗糖尿病并发症药物的研究进展[J]. 中国药事,2012,10(8):118-119.
- [7] 王兰,王文莲,童成莲,等. 2 型糖尿病患者空腹血糖和餐后 2 小时血糖的临床意义[J]. 青海医学院学报,2007,21(2):72-74.
- [8] 彭燕,胡娟,王庆旭. 快速血糖仪与生化仪测定血糖结果比较的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2009,10(4):98-99.

(收稿日期:2014-12-18 修回日期:2015-02-17)