

下鼻甲矫形术治疗慢性鼻炎鼻塞的效果

冯 羽 陈建福

摘 要 目的:探讨慢性鼻炎导致顽固性鼻塞的手术治疗方法。方法:采用下鼻甲骨折外移术和黏膜下骨质部分切除术治疗慢性鼻炎所致顽固性鼻塞 42 例。结果:患者术后鼻腔黏膜肿胀平均时间为 5~13 d,平均 8.3 d,鼻腔分泌物恢复到术前的时间平均为 11 d,随访 5 个月~1 年,鼻塞症状完全缓解有 37 例(88.1%),部分缓解 4 例(9.5%),1 例(2.4%)术后 3 个月又出现鼻塞,2 例患者头部胀痛症状完全缓解。结论:下鼻甲骨折外移术或者黏膜下骨质部分切除术治疗慢性鼻炎导致的顽固性鼻塞疗效显著,手术方式简单,对黏膜的损伤小,基本没有出血和手术并发症,术后恢复迅速,有很好的临床应用价值。

关键词 鼻炎 鼻塞 下鼻甲成形术 下鼻甲黏膜下骨质部分切除术

鼻塞是临床常见的症状,其主要病因有急性鼻炎和鼻窦炎,慢性鼻炎和鼻窦炎,鼻腔解剖结构异常如鼻中隔偏曲、先天性鼻腔闭锁、鼻腔肿瘤等,其中慢性鼻炎导致的顽固性鼻塞最为常见,严重者可以引起头部胀痛,睡眠质量下降,严重影响患者的生活质量^[1]。自 2004 年 3 月至 2006 年 6 月,笔者采用下鼻甲骨折外移法、下鼻甲黏膜下骨质部分切除术治疗慢性鼻炎所致顽固性鼻塞 42 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择临床诊断为慢性鼻炎患者 42 例,年龄 19~35 岁,平均 27.5 岁,男 33 例,女 9 例,病程 2~11 年,全部患者均有明显持续性鼻塞,2 例患者有前额胀痛和沉重感,5 例患者有清涕;检查:下鼻甲慢性充血、肥大,麻黄素收缩能力差 18 例,收缩功能尚可 24 例。均鼻腔使用雷诺考特喷雾、中联鼻炎片服药 3 个月以上保守治疗。伴有明显鼻中隔偏曲、下鼻甲黏膜息肉样变性患者除外。

1.2 手术方法 鼻腔的卡因表麻 2 次,下鼻甲黏膜下利多卡因浸润麻醉;检查下鼻甲形态,判断是否存在下鼻甲骨质肥厚、黏膜肥厚。

1.2.1 下鼻甲骨折外移术 如果没有下鼻甲骨质肥厚,在下鼻道内放置少量棉片,使用剥离子自前端开始轻轻将下鼻甲骨折,直至后端,骨折部位应靠近下鼻甲根部附着处,并将下鼻甲上抬,然后将剥离子在下鼻甲内表面从前向后把下鼻甲推向外侧,直至下鼻甲内表面至鼻中隔的距离大于 5 mm。

1.2.2 下鼻甲黏膜下骨质部分切除术加外移术 在下鼻甲前端作纵行切口大约 3 mm,直至黏骨膜下,将剥离子紧贴下鼻甲骨内表面从前向后分离黏骨膜接近下鼻甲骨后端,再在下鼻甲骨下鼻道面分离下鼻甲骨,自前向后骨折下鼻甲骨,部分切除肥厚的下鼻甲骨,复位黏骨膜瓣,将评价总鼻道宽度 5 mm 以上为

满意。

术毕在鼻腔填塞表面涂红霉素软膏的 Merocel 膨胀海绵(XOMED 公司产品)1~1.5 条,注入生理盐水 5 mL,术后 24~48 h 取出鼻腔填塞条,术后鼻腔使用 1% 呋麻滴鼻液,第 5~7 天用细吸引管清理下鼻道和总鼻道,术后随访 5 个月~1 年。

2 结果

无患者主诉有术中鼻腔疼痛感,出血约 0.5~30 mL,平均 8 mL,患者术后鼻腔黏膜肿胀平均时间为 5~13 d,平均 8.3 d,鼻腔分泌物恢复到术前的时间平均为 11 d,随访 5 个月~1 年,鼻塞症状完全缓解为 37 例(88.1%),部分缓解 4 例(9.5%),1 例(2.4%)术后 3 个月复又出现鼻塞,2 例患者头部胀痛症状完全缓解。无术后主诉鼻腔干燥、鼻腔粘连、鼻腔黏膜萎缩。

3 讨论

3.1 下鼻甲的解剖学特点及慢性鼻炎的病理学改变

下鼻甲是附着在鼻腔外侧壁的独立骨性结构,占据鼻腔下部的大部分,是体积最大的鼻甲,由内、外层黏膜和中间的鼻甲骨组成。其黏膜是假复层纤毛柱状上皮,含有杯状细胞,可在黏膜表面形成一层黏液毯,黏液液中含有无机盐、黏蛋白、黏多糖蛋白和溶菌酶,起到保护纤毛,黏附和清除进入鼻腔的细菌、颗粒物质和毒素等作用。下鼻甲在对吸入的空气进行过滤(大于 30 μm 的粒子)加温(调节空气到 31~37°)、湿润(使吸入空气保持 95% 的湿度)和接受物理和化学刺激方面起到举足轻重的作用。黏膜下层有丰富的海绵状血管窦,通过血管的收缩和扩张,可调节鼻阻力和供应调节鼻内气温所需热量^[2-4]。

下鼻甲在鼻腔结构中有着举足轻重的地位,因此一旦出现病变将严重影响鼻腔正常的生理功能。下鼻甲在病理情况下可以表现为肿大,也可以表现为肥大。前者主要由炎症、过敏等因素刺激、黏膜肿胀、血管扩张、固有层下水肿等所致,后者为黏膜在上述病变的基础上病情进一步发展,血管周围的纤维组织增生,严重时甚至引起鼻甲骨膜或骨质的增生,而致鼻

作者单位 325000 浙江省温州市第三人民医院耳鼻喉科(冯羽),325000 温州医学院第一附属医院耳鼻喉科(陈建福)

甲肥大。无论鼻甲肿大或肥大,鼻黏膜纤毛功能均遭到不同程度的损害,同时由于变大的鼻甲占据了鼻内有限的空间,影响通气,可产生相应的临床症状。慢性鼻炎的主要病理学改变为黏膜肿胀、肥厚、息肉样变性,骨质肥厚,导致鼻腔空隙缩小,气流阻力增加。临床表现为鼻腔间隙性、交替性鼻塞和持续性鼻塞,鼻腔分泌物少,多为白色黏涕,一些严重病人可以出现头部胀痛和沉重感,睡眠质量降低,打鼾、白天昏昏沉沉、工作效率降低等。

3.2 治疗 对于黏膜肿胀引起的鼻塞,理论上可以通过使用鼻腔局部类固醇激素,如雷诺考特、内舒拿和辅舒良,口服中成药,如中联鼻炎片、鼻渊舒口服液、辛芩颗粒,辅助身体锻炼等缓解。但是,对于持续性鼻塞,尤其是严重影响生活质量的慢性鼻炎,一般必须采用手术治疗才能有效缓解患者的症状^[2-4]。

3.2.1 目前临床采用的治疗方法^[1-6] (1)下鼻甲注射硬化剂。其理论依据是通过在下鼻甲注射葡萄糖、鱼肝油酸钠等,促使黏膜下纤维组织增生,压迫下鼻甲静脉窦,导致下鼻甲缩小或者萎缩,改善鼻腔通气。本治疗简单、费用便宜、不用住院,技术含量低,起效慢,疗效不理想,现在临床基本废弃不用。(2)下鼻甲激光、射频、微波治疗。这些治疗方法将肥厚黏膜凝固、气化,破坏下鼻甲血窦,减少下鼻甲容积,改善鼻腔通气。术中出血甚少,不必鼻腔填塞,痛苦小,但黏膜破坏严重,纤毛功能受损明显,术后鼻黏膜反应大,愈合慢,部分患者出现鼻腔干燥,对下鼻甲骨性肥大者无效。(3)下鼻甲黏膜下切除术。通过 XOMED 公司的微创切割器,将切割刀头伸入到下鼻甲黏膜下,将肥厚的黏膜下组织切除,术后在下鼻甲黏膜下形成瘢痕,手术效果好,适合下鼻甲黏膜肥厚患者,但需要设备和费用很贵,对于下鼻甲骨质肥厚效果不佳。(4)下鼻甲部分切除术。是将下鼻甲骨、肥厚的黏膜一并切除,手术操作简单,手术效果良好,但因下鼻甲血管丰富,损伤黏膜范围大,术中及术后出血多,结痂多,切除程度比较难控制。容易导致术后鼻腔干燥,空鼻综合征。(5)下鼻甲矫形术。此术分成 2 类,一种为下鼻甲骨折外移术,适合于下鼻甲骨内移、骨质轻度肥厚、下鼻甲黏膜肿胀的患者,通过将下鼻甲骨折后外移,拓宽了总鼻道的通道,达到有效缓解鼻阻塞的目的。手术对黏膜和下鼻甲的损伤极小,能有效保护下鼻甲的各项生理功能。另外一类为切除并修整黏膜下骨质,并将下鼻甲外移,既可以有效缩小下鼻甲容积,改善鼻腔通气,又最大程度保留了下鼻甲的黏膜和形态的完整,由于黏膜损伤甚少,创面愈合快,术后渗血

少,患者疼痛轻微,鼻腔很少有干痂形成,手术效果满意。该术式操作简单,关键是处理好下鼻甲前端,因为下鼻甲前端是鼻内孔(鼻瓣区)的一个组成部分,占全部呼吸道总阻力的 40%~50%,这个部位的有效处理,能有效地改善鼻腔的总阻力。(6)下鼻甲低温等离子射频治疗。该术式的特点是通过射频双极电极插入下鼻甲黏膜下,在下鼻甲黏膜下形成等离子射频电场,使电解液变为低温等离子态,在电极前形成等离子体薄层,电场可使等离子体薄层中的自由带电粒子获得足够动能,打断分子键,造成靶组织细胞以分子为单位解体,在低温下形成切割和消融效果。等离子刀可以将温度精确控制在 60~70℃,既确保使胶原蛋白分子螺旋结构皱缩,又保持了细胞的活力。因此,等离子射频获得的减融效果更好,其最大的优点是在黏膜下消融,最大限度地保护了鼻黏膜。

研究表明,下鼻甲黏膜下凝固术可以显著性地降低近期和较长期的鼻气道阻力,对改善慢性鼻炎患者的主观鼻塞感觉亦极显著,表明下鼻甲黏膜下凝固术可同时改善患者的主观鼻通气感觉和客观的鼻气道阻力。一些学者认为下鼻甲黏膜下凝固术符合现代微创原则,疗效满意,操作简单,术后恢复快,可作为治疗慢性鼻炎的首选手术方法之一,但也有学者认为该术式不能精确地控制下鼻甲术后体积的大小和远期疗效有待进一步观察。下鼻甲等离子消融的手术适应证为下鼻甲骨增生不明显,以下鼻甲黏膜和黏膜下组织肥厚为主。如果黏膜下组织太薄,打孔后容易导致黏膜组织坏死,下甲骨外露,导致愈合困难。

本研究表明,下鼻甲骨折外移和下鼻甲骨折部分切除术,只要手术适应证选择适当,手术效果良好,手术方式简单,对鼻腔功能破坏较少,不失为治疗慢性鼻炎导致顽固性鼻塞的一种好方法。

4 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,1998:113.
- [2] 韩德民.下鼻甲的结构、功能和症状[J].耳鼻咽喉-头颈外科,2003,10(4):195-196.
- [3] 黄若葵,丁明虹,罗许勇,等.下鼻甲黏膜下切除 30 例失败原因分析[J].实用医学杂志,2004,20(3):310-311.
- [4] 许庚,杨钦泰,徐睿,等.对下鼻甲手术的评价[J].耳鼻咽喉-头颈外科,2003,10(4):197-198.
- [5] 姜小兵,纪维纲.射频等离子下鼻甲减容术[J].实用医学杂志,2005,21(6):566-567.
- [6] CAVALIERE M, MOTTOLA G, IEMMA M. Comparison of the effectiveness and safety of radiofrequency turbinoplasty and traditional surgical technique in treatment of inferior turbinate hypertrophy [M]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 133(6):972-978.

(收稿 2006-06-11 修回 2006-08-30)