

· 论 著 ·

保留部分钩突的鼻内镜鼻窦手术 40 例临床观察

蒋晋安¹, 张少强², 徐大道¹

(1. 西安医学院附属医院耳鼻喉科, 陕西 710077; 2. 西安交通大学第一医院耳鼻咽喉头颈外科, 陕西 710061)

摘要:目的 探索新的既能最大程度地保留鼻腔、鼻窦的生理功能和结构的完整性, 又可达到与经典鼻内镜手术相同的疗效, 减少并发症发生率的鼻内镜鼻窦手术方式。方法 选择 80 例慢性鼻窦炎患者, 随机分为两组。实验组行保留部分钩突的鼻内镜鼻窦手术, 对照组行经典的鼻内镜鼻窦手术。术后根据主观症状及复查时鼻内镜下局部状态对疗效做综合评价。结果 实验组治愈 36 例, 对照组 32 例; 实验组发生术后并发症 2 例, 对照组 11 例。结果表明钩突部分切除术与钩突切除术治愈率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后并发症发生率小于钩突切除术, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论 该术式可达到与经典鼻内镜鼻窦手术相同的疗效, 且并发症发生率低于经典鼻内镜鼻窦手术。

关键词:钩突; 保留; 鼻内镜鼻窦手术; 治愈率; 并发症

中图分类号: R765.41; R765.9

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)03-0273-02

Partial preservation of uncinat process in endoscopic sinus surgery

JIANG Jin-an¹, ZHANG Shao-qiang², XU Da-dao¹

(1. Department of Otorhinolaryngology, Affiliated Hospital of Xi'an Medical College, Shanxi 710077, China; 2. Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, the First Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shanxi 710061, China)

Abstract: Objective To explore new methods of endoscopic sinus surgery to treat chronic sinusitis, and preserve physiological function and structure of nasal cavity and paranasal sinuses. **Methods** 80 cases chronic sinusitis were divided into experimental group (40 cases) with partial uncinat process preservation and control group (40 cases) with classic endoscopic sinus surgery. To estimated the effection based on subjective symptoms and endoscopic review outcome after surgery. **Results** 36 cases of patients cured in the experimental group and 32 cases in the control group; 2 cases had post-operative complications in the experimental group and 11 cases in the control group. The results showed that partial excision of uncinat process resection the cure rate with no significant difference ($P > 0.05$), postoperative complication rate was less than the uncinat process resection ($P < 0.01$). **Conclusion** The procedure can be achieved the same efficacy with classical endoscopic sinus surgery, and the complication rate is lower than the classical endoscopic sinus surgery.

Key words: uncinat process; reservations; endoscopic sinus surgery; cure; complication

随着鼻内镜手术在我国的逐渐普及, 功能性鼻内镜手术已成为治疗鼻窦炎、鼻息肉的最有效手段^[1]。其一次手术治愈率可达 90% 左右^[2-3]。鼻内镜鼻窦手术优势在于最大程度地保留了鼻腔鼻窦的基本功能^[4]。经典的鼻内镜鼻窦手术切除了鼻腔外侧壁的天然屏障——钩突, 使全部窦腔暴露于气流直接冲击之下, 进入鼻腔的带有各种致病物质的气流可直接冲击窦腔, 同时可造成上颌窦及筛窦窦腔的窦口过分扩大, 使额窦及筛窦的分泌物流向上颌窦, 为鼻窦炎的迁延不愈埋下了隐患。近年来如何最大程度保留鼻腔、鼻窦的生理功能和结构的完整性, 已受到国内外学者越来越多的关注。探索新的手术方式, 使之更加适应鼻腔、鼻窦生理学特征与黏膜炎症转归规律, 保证疗效的长期稳定, 已成为治疗慢性鼻窦炎临床研究的主要内容。作者在临床实践工作中, 根据我国鼻内镜外科技术的发展现状, 提出了一种较为合理的手术方法。期望其能达到与经典鼻内镜鼻窦手术相同的疗效, 并能保证疗效的长期稳定, 减少术后并发症。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007 年 6~10 月本科确诊为慢性鼻窦炎患者(参考海口标准^[4]) 80 例, 其中男 59 例, 女 21 例; 年龄 21~

53 岁。I 型 2 期累及上颌窦、筛窦 49 例, 并鼻中隔偏曲 20 例; 累及双侧上颌窦 21 例, 并鼻中隔偏曲 8 例。I 型 1 期仅累及单侧上颌窦 10 例, 并鼻中隔偏曲 4 例。随机分为对照组 40 例, 实验组 40 例。全部患者钩突均无明显变异, 术前均经正规保守治疗无效。

1.2 手术方法 在鼻内镜引导下手术, 80 例患者中大多数采用表麻、局部浸润麻醉。对于 I 型 2 期累及上颌窦、筛窦, 并鼻中隔偏曲患者 5 例, 估计手术时间较长, 且患者思想过于紧张, 给予气管插管全身麻醉。实验组用浸有 1% 丁卡因 30mL + 0.1% 肾上腺素 4mL 的棉片行鼻腔黏膜表面麻醉, 并用 1% 利多卡因局部浸润阻滞麻醉筛前、筛后神经。全麻手术者仅用浸有 0.9% 氯化钠注射液 40mL + 0.1% 肾上腺素 4mL 棉片, 收缩鼻腔黏膜即可。有中鼻甲病变者先行常规处理。暴露钩突后, 予 1% 利多卡因钩突膝部及尾端浸润麻醉。将上颌窦反向咬骨钳开口侧自膝部后方下半月裂处斜行放入, 然后调整开口使与钩突膝部垂直, 向前咬除部分钩突, 用弯吸引器探查上颌窦自然口。此时大多数患者上颌窦自然口可暴露。对于暴露仍困难者可酌情用钩突刀切除钩突尾端, 以更好地暴露上颌窦自然口。用动力系统清除窦口周围增生或阻塞性病变。对完

整的开口不予扩大,对需要扩大的上颌窦自然口,可用上颌窦前切钳将其后缘开放,用上颌窦反向咬骨钳将其前缘开放,完整保留下缘,用 30°或 70°鼻内镜观察上颌窦内情况,有囊肿者给予切除。保留窦腔内增厚、水肿黏膜。在 30°鼻内镜下开放筛窦气房,窦腔内黏膜尽量予以保留。对合并鼻中隔偏曲者先进行宽敞侧鼻腔的鼻窦开放术,再进行鼻中隔偏曲矫正术,最后开放对侧鼻腔鼻窦。中鼻道开放创面可用小的膨胀海绵填塞,防止出血及术后粘连。鼻腔内用高膨胀海绵及少许凡士林纱条填塞。对照组行经典钩突切除术。

1.3 术后处理 术后静滴抗生素 1 周,术后 2d 拔出鼻腔填塞物,术后 4d 取出中鼻道处小的膨胀海绵。并予以生理盐水、糜蛋白酶、地塞米松溶液冲洗鼻腔,减少渗出,减轻术腔黏膜充血水肿。绝大多数患者均在术后 1 周出院。出院后常规剂量口服第 2 代头孢类抗生素 7d,使用黏液促排剂(桃金娘油)、糖皮质激素鼻喷剂至少 6 个月。鼻腔生理盐水冲洗每日 1 次,持续至少 6 个月。并定期回院行鼻内镜检查及术腔清理,直至术腔上皮化。术后随访 1 年以上。

1.4 疗效评定标准 根据术后 6 个月鼻内镜下术腔状态,并参考海口标准及患者的主观症状改善情况对疗效进行整体评估^[4]。主观症状主要包括鼻塞、流脓涕、头痛等。

1.5 并发症发生率评估 以并发出血、纸样板损伤、上颌窦口闭锁、额隐窝闭锁为术后并发症发生的原始数据。

1.6 统计学方法 对治愈率原始数据和术后并发症发生情况做统计学处理,行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效及并发症 实验组与对照组术后疗效及并发症比较见表 1。

表 1 两组患者术后疗效及并发症比较

疗效及并发症	对照组		实验组	
	n	%	n	%
鼻塞	3	7.5	1	2.5
流涕	2	5.0	2	5.0
头痛	3	7.5	1	2.5
出血	4	10.0	2	5.0
纸样板损伤	2	5.0	0	0
上颌窦口闭锁	0	0	0	0
额隐窝闭锁	5	12.5	0	0

2.2 治愈率与并发症发生率 以表 1 前 3 项及鼻内镜下术腔状态(参考海口标准^[5])作为治愈率的原始数据,以后 4 项作为并发症发生率的原始数据,行 χ^2 检验,两组治愈率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),实验组术后并发症发生率小于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2、3。

表 2 两组治愈率比较(n)

组别	治愈	症状好转	治愈率(%)
对照组	32	8	80
实验组	36	4	90*

*:与对照组比较, $\chi^2=1.57, P>0.05$ 。

表 3 两组并发症发生率比较(n)

组别	发生并发症	未发生并发症	发生率(%)
对照组	11	29	27.5
实验组	2	38	5.0*

*:与对照组比较, $\chi^2=7.44, P<0.01$ 。

3 讨论

20 世纪 70 年代兴起的鼻内镜鼻窦手术已将慢性鼻窦炎一次手术治愈率提高到 90%左右^[2-3]。多年来临床实验证明经典鼻内镜鼻窦手术具有照明充足、黏膜保留完整、病变切除彻底、引流充分通畅等多种优点,已成为当代手术的主体方式^[6]。但随着时间的推移,原有已恢复正常的鼻窦黏膜再次发生炎性病变,其发生病变的原因已越来越多地受到国内外学者的关注。

钩突为鼻窦防御体系的第一道门户^[7]。经典鼻内镜鼻窦手术切除钩突后破坏了这一天然屏障,破坏了鼻腔鼻窦的原有结构,使窦腔暴露于气流的直接冲击之下,进入鼻腔的含有各种致病物质的气流直接进入各个窦腔,为鼻窦的再次发生炎症埋下隐患。而且此术式因切除钩突顶端时,对正常的最前筛房、额隐窝有干扰,易导致此部位继发感染及术后粘连,存在额隐窝闭锁、筛泡水肿的可能和前颅底、纸样板损伤的危险^[8]。因此如何既能解决鼻窦的通畅引流又能最大程度保留鼻腔、鼻窦的生理功能和结构的完整性,成为目前鼻窦手术中亟待解决的问题。

钩突上游离缘和后上方筛泡前下壁之间为一弧形裂隙,即为半月裂,作者在切除部分钩突时即利用这一天然弧形裂隙,用上颌窦反向咬骨钳经钩突后方放入该裂隙中,自后向前咬除部分钩突,可避免损伤钩突后方筛泡,并能最大程度保留鼻腔结构的完整性,且简单易行,易于掌握。

本研究结果显示,实验组术后疗效及治愈率与对照组差异无统计学意义,且术后并发症发生率低于对照组,表明保留部分钩突的鼻内镜鼻窦手术既减少了术中对钩突中上段不必要的损伤,最大程度保留了鼻腔、鼻窦的生理功能和天然屏障,更加符合鼻腔的生理功能,又可获得与经典鼻内镜鼻窦手术相同疗效及更少的术后并发症。

许庚^[6]提出保留或重塑钩突的鼻内镜鼻窦手术,可完整地保留钩突。但该术式由于操作区域狭窄,对手术者的技术要求及器械要求较为严格,且增加了术后复查时清理术腔的难度,易造成术后中鼻道狭窄,术后鼻腔喷用类固醇激素时,药物不易到达窦腔,不能有效发挥其抗炎作用,可能会影响术后黏膜上皮化的进程,且其可行性尚需大量临床资料所证实。陈维斌等^[8]提出的钩突尾端切除术,由于切除尾端时易破坏上颌窦自然口下缘,而上颌窦自然口下缘为其引流最重要的途径,可影响术后引流。故作者认为术中尽量不切除钩突尾端,除非术中上颌窦自然口暴露困难。作者提出的这种手术方式有效地结合了上述两种术式,更加符合我国目前鼻内镜手术发展的现状。当然该术式也有其局限性,尚仅限于钩突无明显变异的病例,且由于钩突顶端与额隐窝及额窦开口关系密切,在不切除钩突顶端而开放额窦尚有一定困难,故仅限于(下转第 277 页)

别率及诊断率还是明显增加^[6]。

实践证明,严格意义上的精神病性症状对抗精神病药是很敏感的。近年来已有不少文献报道,SGAs 的确具有心境稳定作用,尤其是对抗抑郁药有明显增效作用^[7]。双相障碍指南已将 SGAs 列为候选的心境稳定剂^[8]。与传统抗精神病药 (FGAs) 相比,SGAs 具有较少的 EPS、TD 和肯定的疗效,这是临床医生广泛使用的主要原因。然而,SGAs 可能引起的相关代谢综合征,尤其抗精神病药引起的躁狂发作、快速循环及运动障碍等不良反应也是临床医生需要考虑的问题^[9-10]。本研究表明,目前对接受抗抑郁药治疗的患者使用频率最高的依然是第 2 代抗抑郁药——SSRIs,现在联用 SGAs 治疗的比例明显高于以往,此与文献报道结果相似^[11]。

情感稳定剂加用抗抑郁药常用于治疗双相障碍患者,这些药物的合并使用应该谨慎。国内外的治疗指南均将心境稳定剂作为一线药物使用,只有单用无效时才联用 SSRIs。本研究表明,加用标准情感稳定剂如锂盐、丙戊酸盐等的比例减少,单用标准情感稳定剂的比例只有 2.7%,表明医生对情感障碍的规范治疗程序还不熟悉。

参考文献:

[1] 中国精神科学会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3) [M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 83.
 [2] 陆峥, 蔡军, 江开达, 等. 典型和非典型抗精神病药合并碳酸锂治疗双相情感障碍躁狂发作的对照研究 [J]. 上海精

神医学, 2007, 19(3): 142.

[3] 方建忠, 梅其一, 杨小南. 非典型抗精神病药对难治性抑郁症的治疗作用 [J]. 临床精神医学杂志, 2007, 17(1): 36.
 [4] 赵后锋, 梁立柱. 奥氮平对难治性抑郁症的增效作用 [J]. 临床精神医学杂志, 2008, 18(4): 271.
 [5] 郭金宏, 曹长安, 朴胜斌, 等. 米氮平与西酞普兰治疗双相抑郁的对照研究 [J]. 临床精神医学杂志, 2007, 17(2): 99.
 [6] 胡斌, 魏波, 龚发金, 等. 精神分裂症与心境障碍诊断相互变更分析 [J]. 临床精神医学杂志, 2007, 17(1): 8.
 [7] 瞿金国, 赵靖平. 第 2 代抗精神病药在双相障碍中的长程应用 [J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(1): 49.
 [8] 沈其杰. 双相障碍防治指南 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 42.
 [9] 王大开, 李远, 谭小林. 抗精神病药治疗精神分裂症引致糖尿病的相关因素分析 [J]. 四川精神卫生, 2004, 17(1): 27.
 [10] 魏智慧, 曾倩, 王米渠, 等. 国内心境障碍的研究进展 [J]. 中华实用中西医杂志, 2006, 19(12): 1425.
 [11] 肖瑞林, 肖瑛, 孔令军, 等. 心境障碍患者临床用药合理性分析 [J]. 江西医药, 2006, 41(11): 903.

(收稿日期: 2009-07-10 修回日期: 2009-08-10)

(上接第 274 页)

病变累及上颌窦、筛窦、蝶窦的患者。由于术中不能完整地保留钩突,对鼻腔的天然结构仍有一定破坏,仍不是一种最佳的手术方式。随着鼻内镜手术及相关理论的发展,希望能有最佳的手术方式出现,并能得到大量临床应用的验证,作者也在积极地做这方面的探索。

参考文献:

[1] 张永灿, 周红. 鼻内窥镜手术治疗鼻腔鼻窦海绵状血管瘤 6 例报道 [J]. 山东医药, 2009, 49(2): 9.
 [2] Stumberger H. Endoscopic endonasal surgery-concepts in treatment of recurring rhinosinusitis. Part I. Anatomic and pathophysiology considerations [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1986, 94: 143.
 [3] 韩德民, 周兵, 刘华超. 1 000 例鼻内窥镜手术疗效分析 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31: 358.

[4] 许超, 彭燕, 孙权蓉, 等. 经鼻内镜鼻窦手术 300 例临床疗效观察 [J]. 重庆医学, 2006, 35(7): 572.
 [5] 中华医学会耳鼻咽喉科学会, 中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准 (1997 年, 海口) [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33: 134.
 [6] 许庚. 保留或重塑钩突的内镜鼻窦手术 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(1): 3.
 [7] 刘迎曦, 余申, 孙秀玲, 等. 鼻腔结构形态对鼻腔气流的影响 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2005, 40(11): 846.
 [8] 陈维斌, 黄永平, 凌群恩. 钩突尾端切除术治疗单纯性上颌窦炎 86 例 (160 侧) 报道 [J]. 中国医药导报, 2007, 42(4): 244.

(收稿日期: 2009-08-05 修回日期: 2009-08-16)

启事

《重庆医学》拟开设博士生专栏,此专栏专为各院(校)博士生服务,本刊将开设绿色通道。欢迎全国医学院校博士生投稿。本刊收稿网址: <http://cqyx.journalserv.com>, 投稿后注明: 博士生专栏文章。

《重庆医学》编辑部