

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.28.016

Draf 鼻内额窦引流术治疗 42 例额窦炎疗效观察

游进¹, 刘璟^{2△}

(1. 重庆市万州区重庆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微生物与免疫教研室 404000)

摘要:目的 探讨 Draf 鼻内额窦引流术治疗 42 例额窦炎的疗效。方法 对该院 2011 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 42 例额窦炎患者根据解剖学特征分别进行 Draf I、II a/b 型鼻内额窦引流术治疗, 术后随访半年并对治疗情况总结分析。结果 42 例患者的 CT 显示共 75 侧病变, 根据解剖特征, 分别对患者行 Draf I、II a/b 型鼻内额窦引流术治疗, 有效率为 82.67%。术后随访 6 个月, 21 例额窦口再次狭窄或闭锁。结论 Draf 鼻内额窦引流术与传统术式相比, 微创、出血少、复发少, 不影响鼻部外观, 值得推广学习。

关键词:额窦炎; 引流术; 治疗效果; 鼻内镜

中图分类号: R856.76

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2014)28-3744-02

The curative effect investigate of Draft type frontal sinus drainage used on 42 patients with prosopansitis

You Jin¹, Liu Jing^{2△}

(1. Department of Otorhinolaryngological, Chongqing Sanxia Central Hospital, Chongqing 404000, China; 2. Department of Microbiology and Immunology Chongqing Sanxia Medicine Hige Academy, Chongqing 404000, China)

Abstract: Objective To investigate the curative effect of Draf I type, II a/b-type frontal sinus drainage used on 42 patients(75 sides) with prosopansitis. **Methods** A summary analysis of 42 patients(75 sides) with prosopansitis who lined Draf I type, II a/b-type frontal sinus drainage according to dissect characteristics during January 2011 to October 2012. **Results** CT of the 42 patients shows that there are 75 sides with prosopansitis, Based on the analysis of anatomical features performed Draf I type, II a/b-type frontal sinus drainage to these patients, efficiency was 82.67%. Follow-up in half a year, restenosis and atresia again of 21 sides frontal sinus ostium was found. **Conclusion** Draf drainage has a good curative effect with small creation, few bleed and few recurrence in chronic prosopansitis.

Key words: prosopansitis; drainage; treatment outcome; nasac endoscope

鼻内镜手术在我国开展以来, 因其手术视野清晰、操作空间大而得到迅速发展, 慢性鼻窦炎也随鼻内镜手术开展而明显提高了治愈率^[1]。但慢性鼻窦炎因其区域解剖结构复杂多变, 即便在内镜下观察也受限、不易操作, 在所有鼻窦炎中最为难治^[2-4]。德国 Draf 教授在上世纪末提出经鼻内镜对额窦进行不同程度开放的 Draf I、III 型鼻内额窦引流术, 经近年来的临床实践证实有较高疗效^[5]。本文分析重庆市三峡中心医院在 2011 年 1 月至 2012 年 10 月应用 Draf I、II a/b 型鼻内额窦引流术治疗 42 例 75 侧额窦炎, 探讨 Draf I、II a/b 型鼻内额窦引流术的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2012 年 10 月来重庆市三峡中心医院接受治疗的慢性额窦炎患者 42 例(75 侧), 患者均经 CT 扫描确诊, 其中男 22 例, 女 20 例, 年龄 18~53 岁, 平均 32 岁。临床表现: 头痛、鼻塞、脓鼻涕、嗅觉减退等; 客观检查: 鼻内镜下中鼻甲等处黏性或脓性分泌物, 额窦黏膜炎性充血水肿, 额窦口不同程度狭窄, CT 检查示 42 例患者中, 9 例单侧、33 例双侧额窦口及额窦黏膜出现明显病变, 其中 31 例(41.33%)额窦开口于钩突与中鼻甲间, 44 例(58.67%)开口于钩突与眶纸板间。

1.2 方法 患者全身麻醉后, 根据 CT 检查显示的解剖特征分别给患者选择鼻内镜下 Draf I 和 II a/b 型手术治疗。Draf I 型: 0°镜下去除前筛和鼻丘气房, 保证额窦引流。Draf II a

型: 切除筛窦后, 在眶纸板和鼻甲间扩大额窦口。Draf II b 型: 切除筛窦后, 切除中鼻甲根, 扩大额窦口至鼻中隔, 用电钻向内侧磨除骨质以扩大额窦口。术中尽量清理周围病变, 开放额窦口周围。术中应尽量保护窦口黏膜, 术后橡皮指套填塞术腔 3~5 d, 止血抗炎, 治疗定期冲洗, 随访 3~6 个月。

1.3 结果判定标准 根据慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008, 南昌)^[6], 采用主观和客观标准判定手术结果。治愈: 头痛、鼻塞、脓涕等症状消失, 内镜观察黏膜光滑, 窦口开放, 无水肿充血瘀痕等表现。CT 检查黏膜无病变, 引流通畅; 好转: 头痛、鼻塞、脓涕等症状消失, 内镜观察黏膜有充血水肿或瘢痕肉芽结构。CT 检查黏膜或窦口有炎症表现; 无效: 头痛、鼻塞、脓涕无改善, 内镜观察黏膜充血水肿, 额窦口闭锁。CT 检查炎症病变明显, 窦口引流不畅。

2 结果

2.1 术中术后损伤及并发症情况 术中出现 2 例纸样板损伤, 术后出现眼睑瘀斑 5 例, 5~7 d 后自然吸收, 无视力下降, 未出现筛前动脉损伤、颅底损伤等。

2.2 Draf 鼻内额窦引流术效果 本文 42 例 75 例患者行鼻内镜下 Draf I 和 II a/b 型手术治疗后, 治愈 40 例, 好转 22 例, 总有效率(治愈率+好转率)为 82.67%。术后随访 3 个月, 19 例额窦口再次狭窄或闭锁, 术后随访 6 个月, 21 例额窦口再次狭窄或闭锁。术后、术后随访 3 个月、术后随访 6 个月, 额窦开放率分别为 82.67%、74.67%、72.00%, 随访结果差异无统计学

意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 raf 鼻内额窦引流术后及随访不同时间点
额窦开放情况[n(%),n=75]

	术后	术后 3 个月	术后 6 个月
治愈	40(53.33)	37(49.33)	35(46.67)
好转	22(29.34)	19(25.38)	19(25.33)
无效或复发	13(17.33)	19(25.33)	21(28.00)
额窦开放率	66(82.67)	56(74.67)	54(72.00)

3 讨 论

额窦位于额隐窝,与鼻丘气房、眶上气房等众多气房毗邻,解剖结构复杂多变,故手术难度较大^[7-8],且额窦炎术后复发率高。在既往研究中发现,彻底清除额隐窝气房,正确寻找并开放额窦口,保持术后引流是额窦手术的关键^[9-10]。故在进行额窦手术前应通过 CT 片了解患者额隐窝情况,掌握额隐窝解剖结构以尽量保证手术安全^[11]。同时,钩突上端附着点决定额窦引流方式,根据钩突上端附着点可明确内镜下术中定位,并可作为额窦开放的参考标志^[12-13]。本文患者中,根据 CT 检查结果,75 侧病变中 31 侧(约占 41.33%)额窦开口于钩突与中鼻甲间,44 侧(约占 58.67%)开口于钩突与眶纸板间,以此选择术式。

因额隐窝黏膜及骨质增生的情况决定术后是否继发额窦口狭窄或闭锁^[14],手术治疗的同时应尽量保护额隐窝及周围黏膜,使用咬切钳、电钻应尽量准确去除需要清除的组织,忌生硬撕扯,避免黏膜严重受损导致局部粘连或出现瘢痕收缩。Draf I 型手术适用于病变较小的案例,主要针对额隐窝,对额窦口黏膜基本不会造成损伤,手术重点是切除鼻丘气房,充分开放额窦口。如果需要在额隐窝用刮匙,应从后向前、从内向外,避免造成医源性额隐窝狭窄。Draf II a/b 型即扩大引流术,适用于复杂型额窦病变,完成筛窦切除后再切除眶纸板和鼻甲间的额窦底以扩大额窦口,由于内侧骨质向鼻中隔方向会逐渐增厚,故而常用电钻磨除,为了保护额窦口黏膜及颅底骨质,电钻应始终从后向前使用,并且至少要保护好开口周围一侧的黏膜,这样可以减少术后额窦口狭窄或闭锁的可能。手术时注意观察患者眼球变化,如出现眼球肿胀凸起,眶上缘等处指压质硬感,则应考虑眶周损伤的可能,需及时行减压术治疗。

术后的术腔填塞经观察比较后,选择的是橡皮指套填塞物,因其不易粘连周围组织,且有利于暴露骨质上皮化^[13-15],一般放置 3~5 d,同时预防性应用抗菌药物。术后每天用生理盐水冲洗鼻腔 2 次,并使用皮质类固醇激素喷撒鼻腔表面,以保证术腔恢复。

本文 42 例 75 侧患者行鼻内镜下 Draf I 和 II a/b 型手术治疗后,总有效率 82.67%,随访 3 个月有 19 侧额窦口再次狭窄或闭锁,随访 6 个月有 21 侧额窦口再次狭窄或闭锁,追溯其原因如下:(1)技术不够娴熟,手术过程中损伤黏膜较重,造成术后瘢痕再生及粘连;(2)部分患者病变较重,额窦口前后径过小,内鼻嵴发育不良,需要行 Draf III 型手术治疗。

总之,作者在重庆三峡中心医院开展 Draf 鼻内额窦引流

术治疗额窦炎经验总结如下:(1)术前 CT 检查充分熟悉患者额隐窝解剖情况,并以此选择具体术式;(2)以钩突上端附着点为额窦开放参考标志;(3)选择合适器械,应用器械时注意使用技巧;(4)注意保护额隐窝及周围黏膜;(5)术后冲洗,预防性使用抗菌药物的同时,用皮质类固醇激素促进术腔恢复。总的来说,Draf 鼻内额窦引流术与传统术式相比,微创、出血少、复发少,不影响鼻部外观,值得推广学习。鼻内额窦术要求随访 5~10 年,此手术远期效应还需长时间随访。

参考文献:

- [1] 杨洪斌,李秋梅.鼻内镜手术在额窦病变中的应用[J].山东大学耳鼻喉科学报,2012,26(3):48-49.
- [2] 张罗,周兵,韩德民.额隐窝临床解剖和额窦手术径路[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2004,11(4):262-268.
- [3] 梅海军,刘翔,邵富春.鼻内镜下额窦手术的再探讨[J].黑龙江医学,2010,34(1):23-24.
- [4] 陶应国,李雪松,陈荣.鼻内镜下手术治疗慢性额窦炎 49 例[J].中华实用诊断与治疗,2009,23(4):401-402.
- [5] 游学俊,Wolfgang D,Ulrike B. Draft 额窦炎性疾病鼻内引流术(附 132 例报告)[J].临床耳鼻咽喉头颈外科,2008,22(2):78-80.
- [6] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008 年,南昌)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科,2009,44(1):6-7.
- [7] 武晶晶,阮标,杨一兵,等.额窦炎手术治疗和额隐窝影像解剖学[J].国际耳鼻咽喉头颈外科,2012,36(3):167-170.
- [8] 黄谦,周兵,张罗,等.影像导航辅助内镜下额隐窝气房分布解剖特征研究[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2010,17(1):43-46.
- [9] 周兵,韩德民,刘华超,等.鼻内镜下额隐窝解剖特征与额窦开放手术[J].中华耳鼻咽喉科,2003,38(5):367-369.
- [10] 史剑波,赖妍妍.关注额窦,提高额窦内镜手术的疗效[J].中国眼耳鼻喉科,2012,12(2):75-77.
- [11] 周汝环,曹峰,李坤军,等.额隐窝区域 CT 影像学对鼻内镜外科的指导意义[J].安徽医学,2012,33(8):1068-1069.
- [12] Anderson P,Sindwani R. Safety and efficacy of the endoscopic modified Lothrop procedure: a systematic review and meta-analysis[J].Laryngoscope,2009,119(9):1828-1833.
- [13] 应丽娟,朱黎伟,崔佳文,等.鼻内镜下额窦引流术治疗慢性额窦炎 43 例临床分析[J].中国内镜杂志,2011,17(6):603-606.
- [14] 韩德民,周兵.鼻内镜外科学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2012:177-186.
- [15] 余洪猛,郑春泉,王德辉. Draf I ~ III 型鼻内额窦引流术[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(14):664-667.

(收稿日期:2014-06-08 修回日期:2014-07-17)