

再次鼻中隔矫正术效果评价及方法探讨

苏小磊, 廖剑绚, 李 明

(南华大学 第一附属医院 耳鼻喉科, 湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨再次手术的意义和技术方法。 **方法** 对行鼻中隔矫正术失败的 28 例患者进行失败原因分析, 根据鼻中隔偏曲的部位、软骨和骨质的残留状况以及患者年龄, 采用三种不同的手术切口(径路)进行矫正; 对 6 例鼻中隔前端偏曲, 1 例低位偏曲和 12 例高位偏曲的病人采用鼻中隔前端“U”形切口; 对 7 例鼻中隔后端偏曲的病例, 辅助鼻内镜进行偏曲部位的前方作纵向切口; 对 2 例鼻中隔前端低位偏曲的青少年患者采用唇龈沟正中横切口, 向上揭翻, 辅助鼻科电钻进行手术。 **结果** 28 例均获矫正, 鼻中隔偏曲引起的临床症状消失或明显改善, 伴发的疾病症状也获得明显改善。 **结论** 鼻中隔偏曲的再次矫正术需针对不同的临床特点, 选择正确的手术方法, 可获满意效果。

关键词: 鼻中隔; 手术; 鼻内镜

中图分类号: R765.3

文献标识码: A

文章编号: 2095-1116(2011)01-0065-03

Revision Reconstruction of Deviated Nasal Septum

SU Xiao-lei, LIAO Jian-xuan, LI Ming

(ENT, the First Affiliated Hospital of University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: Objective To explore the surgical techniques for revision reconstruction of deviated nasal septum.

Methods 28 cases which had undergone nasal septum reconstruction were evaluated rhinologically and the causes of unsuccessful septoplasty were analysed. Based on the location and extent of deviation, the status of residual cartilage and bone and age, one of three incisions were choosen during septal surgeries; for 6 cases with anterior, 1 with inferior and 12 with superior deviation, a “U” shaped incision at the left side of anterior edge of septum cartilage was used; for 7 cases with posterior, the site of the incision was located just anterior to the deviation, with the aid of endoscope techniques; for 2 cases with anteroinferior deviation, because of their young age, a sublabial incision was made to deglore the mucosa of the septum and base of nasal cavity, the otological electronic drill was then used. **Results** Nasal septum reconstruction was successful in all cases. The symptoms resulting from septal deviation disappeared or were significantly relieved. Following successful revision surgery, the treatment outcomes of concomitant nasal diseases also significantly improved. **Conclusion** Revision reconstruction of deviation septum requires different approaches depending on different clinical characteristics. A successful correction of septal deviation can not only relieve the symptoms derived from deviation, but also be of significance for treatment of concomitant nasal and/or sinusial diseases.

Key words: nasal septum; surgery; nasal endoscope

鼻中隔偏曲为鼻科常见病、多发病。李咸龙^[1]在体检人群中统计发病率为 51%, 其中有症状需要治疗者达 12%。鼻中隔矫正术是根治鼻中隔偏曲的唯一手段, 而鼻中隔矫正手术失败的病例比较多,

在原有的症状未能解除及影响鼻腔其他疾病的治疗时, 常需要再次手术治疗^[2]。再次矫正手术因术腔组织有粘连, 操作困难, 易出现鼻中隔穿孔, 再次手术的难度较首次明显增大, 成功率相对较低。自

2000 年~2009 年间,本科室针对不同的病情,采用三种不同的切口(径路),并配合鼻内镜和鼻科电钻的运用,对 28 例患者进行了鼻中隔偏曲再次矫正术,效果满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

共 28 例,男 17 例,女 11 例。年龄 19~62 岁,平均 35 岁。两次手术间隔时间为 0.5~7 年不等。单侧鼻塞 9 例,双侧鼻塞 19 例,伴头痛 8 例,反复鼻出血 5 例。合并慢性鼻炎 15 例,慢性鼻窦炎 8 例,慢性鼻窦炎鼻息肉 5 例。均接受传统的鼻中隔黏膜下矫正术,7 例曾行功能性鼻内镜鼻窦手术。鼻中隔偏曲情况:高位偏未矫正者 12 例,后段偏曲 7 例,低位偏曲 3 例,前段偏曲 6 例。合并有鼻腔粘连带 5 例。

1.2 手术方法

依鼻中隔偏曲的不同部位、原有软骨和骨质的残留状况及病人年龄,采用三种方法进行手术。

1.2.1 鼻中隔前端“U”形切口 这组患者的鼻中隔软骨的最前端保留有软骨,在鼻腔底和鼻中隔前上部分别作 L 形切口,先将有骨质的鼻腔底面的粘—骨膜分离,再分离鼻中隔前上部的粘—软骨膜,然后将两个切口在鼻中隔软骨的边缘处联合,即连成一“U”形切口,用鼻中隔黏膜刀分离或切开粘连的鼻中隔粘—软骨膜及粘—骨膜,这时容易损伤黏膜,出现黏膜穿孔,但只要保证一侧黏膜的完整性,或两侧都有破损,但位置未重叠时,就不会造成术后鼻中隔穿孔,手术可继续进行,直到满意的暴露偏曲部位,逐一加以切除。本文采用此方法对 6 例鼻中隔前端偏曲,1 例低位偏曲和 12 例高位偏曲的病人进行再次手术矫正,均获成功。

1.2.2 鼻中隔偏曲前方纵行切口+鼻内镜辅助 对于 7 例鼻中隔后段偏曲的病例,在鼻内镜下辅助完成手术,在鼻中隔偏曲部位的前方约 0.5 cm 处作一纵行切口,切口长度需较偏曲部位长,以便分离。切开粘软骨膜或骨膜,分离同侧偏曲部位的粘软骨膜和粘骨膜,直至偏曲后方,切透黏膜切口稍后方的软骨或者骨质,分离对侧的粘软骨膜和粘骨膜,切除偏曲的骨质。

1.2.3 唇龈沟横行切口 对 2 例鼻中隔前端低位偏曲的青少年患者,采用全麻,以唇系带为中心作长约 2.5 cm 唇龈沟切口,向上翻起上唇,越过犁状孔边缘,紧贴骨质将鼻底黏膜分离,在鼻中隔前端软骨

游离缘分离双侧粘软骨膜,充分暴露偏曲部位,采用鼻科电钻将偏曲骨质磨去。缝合切口,鼻底加压填塞。

对同时存在的鼻腔粘连带、下鼻甲肥大和慢性鼻窦炎及鼻息肉等均同期进行处理。

2 结 果

所有患者均获满意矫正,症状消失或明显改善,随访 2~4 年,无 1 例出现感染、鼻中隔穿孔、塌鼻、鼻腔粘连、脑脊液鼻漏等现象。

3 讨 论

鼻中隔是鼻腔重要的结构,对维持正常的鼻腔鼻窦功能有重要意义。鼻中隔矫正术的主要目的是解除由鼻中隔偏曲引起的鼻塞、头痛和鼻出血等临床症状,以及方便由于鼻中隔偏曲引起的鼻窦炎等并发症的治疗^[3]。Sachse F 等^[4]报告,鼻中隔偏曲可同时伴发其他鼻部解剖变异和鼻窦病变,尤其是鼻中隔高位偏曲与鼻窦炎的发生高度相联,这一点已成为共识。鼻中隔偏曲的存在能干扰鼻内介质的输送,与变应性鼻炎的发病有关。临床实践也证实,鼻中隔矫正后,部分变应性鼻炎的症状显著改善。另外鼻中隔后段及低位嵴突是难治性鼻出血的一个重要原因;严重的鼻中隔偏曲也是阻塞性呼吸暂停综合征发病的重要因素之一。由此可见鼻中隔矫正术对于治疗鼻腔鼻窦许多疾病甚至全身疾病有重要意义。

由于种种原因,鼻中隔矫正术失败时有发生,术后仍有偏曲未能矫正而造成症状无改善,或者影响其他鼻腔鼻窦疾病的治疗效果。鼻中隔矫正术失败的原因有:(1)主术医师的鼻中隔矫正手术经验不足。对偏曲程度较重或多个部位偏曲的患者只做了部分矫正,最常遗漏的部位是高位、后段或者低位偏曲。(2)术中出现鼻中隔黏膜损伤,害怕继续手术造成穿孔更大,而终止手术。(3)在局麻手术中,病人不能耐受手术而被迫中止手术。(4)对鼻中隔高位偏曲的危害认识不足,担心矫正高位偏曲形成塌鼻而未矫正,导致术后疗效不显著。(5)合并下鼻甲肥大,中鼻甲肥大或者鼻息肉等病变时,未同时处理,导致术野小,操作不便,观察不清,因此造成部分偏曲部位遗漏。

再次鼻中隔手术的难度较第一次手术大,出现

穿孔、术后出血等并发症可能性很大,因此再次鼻中隔矫正手术需由临床经验丰富和手术技术熟练的医师担当。结合本研究的病例,总结几点是成功开展再次鼻中隔矫正术时需注意的:(1)仔细检查鼻中隔,清楚了解鼻中隔软骨及骨质的残留边界,必要时可结合鼻内镜和鼻窦 CT 扫描,全面了解鼻腔鼻窦情况,为选择切口部位确定矫正部位和是否同时手术治疗其他有关疾病提供参考。(2)如同时合并有严重的其他鼻腔鼻窦疾病,如下鼻甲和中鼻甲肥大,钩突肥大或息肉样变,以及鼻窦炎,鼻息肉,应先行相应的手术处理,以保证再次鼻中隔矫正时,有足够大的手术视野,良好的照明,便于手术操作。(3)针对不同的偏曲情况,选择手术切口。鼻中隔前端切口适用于前、中部的偏曲病例。对于高位、后段的偏曲或棘突,宜结合鼻内镜行鼻腔内切口。对于青少年鼻底偏曲的病例,可选用唇龈沟下正中切口。(4)合理应用鼻内窥镜和鼻科电钻。鼻内镜用于鼻中隔偏曲再次矫正术,照明好,视野清晰,切口可偏后,可避开粘连的区域,较好地矫正偏曲部位的同时减少穿孔的几率^[2],尤其对后段,高位偏曲的病例更有优势^[5]。而对于鼻底部有膨大的骨嵴,采用电钻削磨,比采用平凿更为安全,可避免发生严重的鼻底出血。当偏曲骨质已暴露,一侧黏膜破损,而分离

对应粘骨膜十分困难和危险时,可采用电钻削磨偏曲骨质,这样可完全避免发生两侧黏膜对穿。(5)手术中应尽量保证一侧黏膜的完整性,万一两侧破损不能避免,也得尽量防止出现对穿,如出现对穿,需当即采用补救措施进行修复。

总之,采用合适的方法进行再次鼻中隔矫正手术能有效地解决鼻中隔偏曲造成的各种症状及治疗有鼻中隔偏曲引起的其他疾病。

参考文献:

- [1] 李威龙. 鼻中隔偏曲矫正术式及适应证的选择[J]. 云南医药, 2004, 25(3): 246-248.
- [2] 姜鹤群, 邓小明, 张翠萍. 鼻中隔再次矫正术 26 例手术技巧分析[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(3): 702-703.
- [3] Orlandi RR. A systematic analysis of septal deviation associated with rhinosinusitis[J]. Laryngoscope, 2010, 120(8): 1687-1695.
- [4] Sachse F, Stoll W. Nasal surgery in patients with systemic disorders (Suppl 1). Laryngorhinootologie, 2010, 89: S103-115.
- [5] 郑 涛, 谢先荣. 鼻内镜下矫正局限性鼻中隔偏曲 50 例[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(13): 2131-2132.

(此文编辑 蒋湘莲)