鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎

浙江医科大学附属邵逸夫医院耳鼻咽喉科 范正钢 张雷 胡孙宏

摘要 作者对42例慢性鼻窦炎经鼻内窥镜手术治疗,其中功能性鼻窦手术19例,根治性筛窦手术23例,经随访5~16个月,一期愈合29例,延期愈合4例,迁延炎症9例,临床治愈率达78.6%。并发眶骨膜损伤1例。作者对手术优缺点、疗效、并发症等作了分析。

关键词 内窥镜术;鼻窦炎/外科手术;鼻息肉/外科手术

自从1901年Hirschmann首次用改制过的膀胱镜检查鼻窦以来^[1],经过不断改进,形成了当今的鼻内窥镜手术。我科自1994年5月至1995年7月对42例慢性鼻窦炎患者行鼻内窥镜手术,取得一定效果,也还存在一些问题,为了总结经验,提高疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例 42例中男性28例,女性14例,年龄最大62岁,最小15岁,平均34岁。

本组病例术前均经X线平片、鼻内窥镜镜检查,有26例同时作CT冠状位扫描,计:全鼻窦炎13例,其中伴有多发性鼻息肉8例,单发性鼻息肉1例;筛颌窦炎17例,其中伴有多发性鼻息肉4例,单发性鼻息肉2例,钩突息肉样变2例;筛颌额窦炎4例,其中伴筛泡息肉1例;筛窦炎8例,其中伴中鼻甲息肉样变2例,钩突息肉1例,筛窦囊肿2例。

1.2 治疗方法 手术使用Storz公司生产的4mm硬性30度、70度视角镜,2.7mm硬性0度视角镜,配有微型摄像机及影像监控系统。方法参照高桥的术式进行^[2],病灶局限于前组鼻窦者施行功能性鼻窦手术(包括单纯钩突切除、前筛窦开放、上颌窦口扩大、额窦口扩大术,保留中鼻甲),共治19例,其中筛窦炎7例,筛颌窦炎10例,筛颌额窦炎

2例;病灶超过前组鼻窦的施行筛窦根治术或次全根治术,酌情开放蝶窦,共治23例,其中全鼻窦炎13例,筛颌窦炎7例,筛窦炎1例,筛颌额窦炎2例。术后半月内服抗生素及抗过敏药,立复汀喷鼻腔,每周复诊1~2次,清理术腔内明胶海绵、痂皮、粘脓涕,并用生理盐水冲洗,内窥镜下咬除残留的息肉及肉芽组织,半月后适当延长复诊间隔时间。

1.3 治疗结果 疗效判定标准:为使疗效判定更实际、贴切,参照文献^[2]将之分为3类。

1.3.1 一期愈合:3个月内术腔达到上皮化,无脓涕,无息肉及肉芽。

1.3.2 延期愈合:术后仍有脓涕,再生息肉及肉芽,经处理后症状消失,术腔内基本达到上皮化。

1.3.3 迁延炎症:术后症状减轻,但仍有部分病灶继续存在,经多次处理仍未改善,包括各种原因未能接受再处理者。

本组全部病例随访5~16个月,平均9个月。功能性鼻窦手术组19例中,一期愈合16例(84.2%),延期愈合2例(10.5%),迁延炎症1例(5.3%);根治性筛窦手术组23例中,一期愈合13例(56.5%),延期愈合2例(8.7%),迁延炎症8例(34.8%)。手术时损伤眶骨膜1例,无后遗症发生。

(下转第138页)

(对本科室唐佩英和卫木根及其他各位同仁的帮助,表示感谢。)

参 考 文 献

1. Roth YE, et al. Life Science, 1981, 29(15) : 1249
 2. Zbinden AM, et al. Anesthesiology, 1994, 80(2) : 261

3. McEwan AI, et al. Anesthesiology, 1993, 78(5) : 864
 4. Lacoumenta S, et al. Br J Anaesth, 1987, 59(6) : 713
 5. Kehler H. Acta Anaesthesiol Scand, 1984, 28(1) : 125
 6. Hlomborg S, et al. Anesthesiology, 1990, 73(5) : 840
 7. Kock M, et al. Anesth Analg, 1990, 71(6) : 625

(1995年11月20日收稿, 1996年2月13日修回)

(上接第130页)

3 讨 论

3.1 鼻内窥镜手术优点 通过对本组42例的诊治,作者体会鼻内窥镜优点明显,主要有以下几点:①内窥镜下光线明亮,并有一定的放大作用,使观察到的病变清晰。初期我们用单眼视操作,对深度觉辨判不准确,无立体感,后经配置摄录像监视系统,放大效果更好,具有清晰的三维图像,手术操作更为方便,且有利于教学;②对前组鼻窦炎及窦口鼻道复合体处病变可进行功能性鼻窦手术,最大限度地保留中鼻道的粘膜结构,保留中鼻甲,从而维护了鼻腔的生理功能;③鼻内窥镜可通过狭小的腔隙进入传统鼻镜无法观察的区域,如筛漏斗区,也能从下鼻道通过穿刺进入窦腔内观察及手术;④在手术时,可利用各种不同器械正确无误地进行操作,最大限度地减少不必要的损伤和并发症,止血便利。

3.2 疗效分析 前组19例鼻窦炎经功能性鼻窦手术后,迁延炎症仅1例,效果理想。全部病例一期愈合和延期愈合,二项合并临床治愈率为78.6%,迁延炎症为21.4%,后者绝大部分(8/9)发生在根治性筛窦手术组,分析原因有:①该组病例病变范围广泛,有5例术前曾接受过1~2次手术治疗,为复发性多发性筛窦息肉,且手术时出血较多,这些因素增加了操作难度,易遗留病灶,如后组筛房未彻底清除,蝶窦未开放,成为生长息肉的病理学基础;②对34例上颌窦炎者主要通过开大上颌窦口向内搔刮来解决窦口附近病灶,有

时难免残留不可逆病变,对这部分患者,必要时可考虑从尖齿窝凿一小口,用内窥镜进入上颌窦清除病灶,以提高疗效。

3.3 手术并发症 鼻窦内窥镜手术虽优势明显,但操作不当,也可发生严重并发症,如文献报道可有出血、脑脊液漏、失明、眶内出血、复视、眶周皮下气肿等,发生率为2~17%¹³⁻⁵。本组1例多发性筛窦息肉,术前曾进行过二次手术,筛房大部分已开放,中鼻甲缺失,术前未作CT检查,术中损伤右侧眶骨膜,有脂肪脱出,经电刀切平脂肪、明胶海绵保护,术后第1天出现眶内容物肿胀,经积极抗感染治疗1周后肿胀完全消退。作者认为,减少并发症重在预防:①术前对病人应作出全面评价,充分了解病变范围、既往的手术类型和手术次数,以正确估计手术的难度;②对每一个病人术前都应作CT检查,以提供病变范围、解剖位置及毗邻关系的资料;③手术操作应始终保持在视野范围内,摒弃传统的操作习惯,在探找上颌窦自然窦口时要紧贴下鼻甲附着缘,探针不可用力过猛,如本例损伤纸样板是在开放封闭的自然窦口时位置偏高造成的。

参 考 文 献

1. 刘 钢,等. 中华耳鼻咽喉科杂志,1992,27(2) : 89
 2. 韩德民,等. 中华耳鼻咽喉科杂志,1992,27(6) : 348
 3. Stankiewicz JA. Laryngoscope, 1989, 99(7) : 686
 4. Maniglia AJ. Laryngoscope, 1991, 101(4) : 394
 5. Rontal M, et al. Laryngoscope, 1991, 101(4) : 361

(1995年10月14日收稿, 1996年3月20日修回)