

经鼻内镜下电动吸割器行下鼻甲成形术与传统下鼻甲部分切除术的疗效比较

侯学健, 王秀敏

(江苏省昆山市中医医院耳鼻咽喉科, 江苏 昆山, 215300)

关键词: 下鼻甲; 下鼻甲成形术; 肥厚性鼻炎; 临床疗效

中图分类号: R 765 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)23-081-02 DOI: 10.7619/jcmp.201323028

慢性肥厚性鼻炎是鼻腔阻塞最常见的一个原因^[1], 其引起的原因有很多种, 包括变态反应, 血管运动性鼻炎, 或药物性鼻炎^[2-3], 表现为鼻腔黏膜、黏膜下层, 甚至骨膜和骨质肥厚, 为下鼻甲的不可逆性改变^[4]。临床表现为: 鼻塞、嗅觉减退、头胀头痛、精神萎靡、失眠、记忆力减退、打鼾等症状, 使患者生活质量严重下降。当患者肥厚的下鼻甲与鼻腔黏膜接触及血管收缩剂不能有效缓解患者鼻塞症状时, 即要选择手术治疗^[5-6]。本研究旨在探讨传统下鼻甲部分切除术与经鼻内镜下电动吸割器下鼻甲成形术治疗慢性肥厚性鼻炎的临床疗效。

1 资料与方法

选择2012年1月—2013年5月本院收治的慢性肥厚性鼻炎患者40例, 其中男21例, 女19例。年龄23~59岁, 平均(43.6±4.3)岁。入选患者均有鼻塞、多涕、嗅觉减退、头胀头痛、精神萎靡、失眠、记忆力减退、打鼾等症状。前鼻镜检查: 可见双侧下鼻甲肥大不完全阻塞, 肥厚性鼻炎伴桑葚样改变, 双侧下鼻甲息肉样改变, 变态反应性鼻炎伴肥厚性鼻炎等。CT检查: 可见鼻腔黏膜肥厚明显或伴有下鼻甲骨质增生。40例患者随机分为观察组和对照组, 每组20例。

对照组行传统下鼻甲部分切除术^[7], 观察组行经鼻内镜下电动吸割器下鼻甲成形术, 随访3个月。2组术前2~4 d使用抗生素及类固醇激素, 术前1 d剪鼻毛, 在手术前30 min注射苯巴比妥和阿托品。对照组: 患者取半坐位, 常规消毒铺巾后, 在额镜反射灯光下, 用1%的利多卡因加肾上腺素少许行鼻腔局部麻醉后, 用直血管钳从前向后钳夹下鼻甲需要切除的下端1/3, 下鼻甲剪沿直血管钳钳夹的压痕从前向后剪除下鼻甲下端, 检查双鼻腔通气良好后, 藻酸钙填塞压迫止血。

观察组: 在内镜监控系统下将电动吸切器的刀头伸入患者鼻腔, 在切割器的作用下, 将肥厚的下鼻甲黏膜吸入并切碎, 从前向后, 保留肌层。如患者的下鼻甲骨质过于肥厚, 则换用削骨钻头来打磨骨质, 原则上不超过下鼻甲的1/3, 检查患者双鼻腔通气良好后, 藻酸钙填塞压迫止血。

患者术后给予抗生素治疗, 48 h抽取鼻腔填塞的藻酸钙, 治疗7 d清理鼻腔, 术后14 d左右鼻腔黏膜逐渐脱落, 黏膜于下鼻甲下端完全包裹, 鼻甲呈淡红色, 患者通气较前改善。同时患者鼻塞及头痛症状得到缓解或消失。

2 结果

2.1 临床疗效

由表1可见, 观察组显效17例, 有效2例, 无效1例, 总有效率为95.0%; 对照组显效15例, 有效2例, 无效3例, 总有效率为85.0%。观察组总有效率明显高于对照组, 但2组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 2组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	20	17(85.0)	2(10.0)	1(5.0)	95.0
对照组	20	15(75.0)	2(10.0)	3(15.0)	85.0

2.2 2组手术前后VAS评分及纤毛传输时间

2组手术后VAS评分、纤毛传输时间均明显低于手术前, 经比较差异有显著统计学意义($P<0.05$)。观察组术后VAS评分明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 2组手术前后鼻腔分泌物pH值

由表3可见, 观察组、对照组手术后pH值均明显低于手术前, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组手术后鼻腔黏膜分泌物pH值无显著差异($P>0.05$)。

收稿日期: 2013-07-13

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11321177)

表 2 2 组手术前后 VAS 评分及纤毛传输时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分/分		纤毛传输时间/min 分	
		手术前	手术后	手术前	手术后
观察组	20	8.5 ± 1.0	1.4 ± 0.7* #	21.2 ± 7.4	15.3 ± 6.9*
对照组	20	8.7 ± 1.0	4.5 ± 2.2*	21.3 ± 8.2	15.9 ± 6.0*

与手术前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

表 3 2 组手术前后鼻腔分泌物 pH 值比较

组别	例数	pH 值	
		手术前	手术后
观察组	20	7.8 ± 0.3	7.2 ± 0.3*
对照组	20	7.8 ± 0.4	7.3 ± 0.2*

与手术前比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应

术后随访 6 个月, 2 组患者均无鼻腔干燥、头痛, 下鼻甲创缘无结痂、瘢痕、形态好, 鼻腔黏膜湿润。术后鼻腔均无粘连, 无萎缩性鼻炎的发生。

3 讨论

下鼻甲组成呼吸门户中重要的一部分, 其组成大部分为假复层纤毛柱状上皮, 纤毛的数量、形状和运动功能都直接影响下鼻甲的功能^[8], 对于慢性肥厚性鼻炎患者, 最主要解决的就是患者的鼻塞问题, 手术中保留黏膜或骨质多少直接影响到患者主观通气及鼻腔纤毛功能的改善程度, 进而决定了手术的成败。既往已有文献证实电动吸切器下鼻甲成形术是缓解因下鼻甲肥大引起鼻腔阻塞的有效方法^[9]并在减少并发症及保护肌层组织方面表现出了优越性^[10-11]。在本科的研究中发现, 经两种手术方式, 患者手术前后鼻塞症状都明显改善, 但电动吸割器下手术患者鼻塞主观症状的改善情况要明显好于传统手术方式。笔者在手术中切除肥厚下鼻甲的同时, 尤其注意对下鼻甲黏膜的保护, 术后无鼻腔干燥、嗅觉异常等并发症出现, 糖精实验结果肯定了两种手术方式都可改善鼻腔的功能, 且无明显差别。传统的治疗术式是在前鼻镜下将增生的下鼻甲及黏膜切除, 因手术时间短, 疗效确切而被广泛应用于临床治疗。但因下鼻甲组织损伤过多或鼻甲骨坏死等而留有后遗症, 吸割器在鼻内镜的指引下可精确的处理下鼻甲的全长, 将肥厚的黏膜或骨组织削薄, 在保留黏膜功能的同时将下鼻甲缩小到最佳体积, 完整切除下鼻甲后端, 而且出血少, 并发症

少, 效果显著, 克服了传统手术方式损伤过多或切除范围不够, 过多的损伤下鼻甲肌层至瘢痕性愈合等缺点, 是治疗慢性肥厚性鼻炎新型理想方法, 吸割器操作简单, 学者很容易就能掌握手术操作的技巧, 可广泛的用于临床推广。

参考文献

- [1] Mo J H, Chung Y J, Kim J H. T cell transcriptional factors in allergic rhinitis and its association with clinical features[J]. Asia Pac Allergy, 2013, 3(3): 186.
- [2] Lee H M, Park S A, Chang S W, et al. Interleukin - 18/607 gene polymorphism in allergic rhinitis[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006, 70(6): 1085.
- [3] Hol M K, Huizing E H. Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different technique[J]. Rhinology, 2000, 38(4): 157.
- [4] 黄玮, 郭丹. 慢性鼻炎、眼、耳鼻喉咽喉. 口腔科学[M]. 第 2 版. 郑州: 郑州大学出版社, 2007: 162.
- [5] 许庚, 杨钦泰, 徐睿, 等. 对下鼻甲手术的评价[J]. 耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2003, 10(4): 197.
- [6] Chen Y L, Liu C M, Huang H M. Comparison of microdebrider - assisted inferior turbinoplasty with submucosal resection in children with hypertrophic inferior turbinates[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2007, 71(6): 921.
- [7] 王荣光, 许庚. 鼻内窥镜手术图解[M]. 北京: 解放军出版社, 1998: 57.
- [8] 韩德民. 下鼻甲的结构、功能与症状[J]. 耳鼻咽喉 - 头颈外科, 2003, 10(4): 195.
- [9] Cingi C, Ure B, Cakli H, et al. Microdebrider - assisted versus radiofrequency - assisted inferior turbinoplasty: a prospective study with objective and subjective outcome measures[J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2010, 30(3): 138.
- [10] Havel M, Sroka R, Leunig A, et al. A double - blind, randomized, intra - individual controlled feasibility trial comparing the use of 1,470 and 940? nm diode laser for the treatment of hyperplastic inferior nasal turbinates[J]. Lasers Surg Med, 2011, 43(9): 881.
- [11] Posnick J C, Agnihotri N. Consequences and management of nasal airway obstruction in the dentofacial deformity patient [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 18(4): 323.