

表 3 术后 12 个月 2 组总有效率的比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
筛前神经 阻断组	50	40(80) ¹⁾	10(20)	0(0)	50(100) ¹⁾
射频热凝组	50	13(26)	18(36)	19(38)	31(62)

与射频热凝组比较,¹⁾ $P < 0.01$ 。

阻断组,术后 6 个月内,2 组症状评分差异无统计学意义,但与术前症状评分比较均差异有统计学意义。术后 12 个月随访,射频热凝组总有效率为 62%,筛前神经阻断组总有效率为 100%;但是显效率射频热凝组为 26%,筛前神经阻断组为 80%,2 组差异有统计学意义。在短期内,射频热凝组和筛前神经阻断组均有疗效,且射频热凝组由于创伤小、恢复快、术后痛苦小,患者较易接受,但远期疗效较差,大多仍需 2 次手术治疗;而筛前神经阻断组患者需住院治疗,所需时间较长,费用较多,但术后远期疗效较好,能持久根治变应性鼻炎,是患者目前治疗的最终选择。筛前神经鼻腔外侧壁部分分支阻断后,鼻镜及鼻内镜下观察鼻腔黏膜,发现与正常人无差异;但是部分鼻腔黏膜在失神经支配下显微结构是否有变化,目前这一课题正在研究中;如发现鼻腔黏膜显微结构无变化,筛前神经阻断技术可视为目前治疗变应性鼻炎最有效的方案

之一。

通过筛前神经阻断手术治疗变应性鼻炎,最终还是要以牺牲部分筛前神经为代价,仍属有创治疗,这是其不足之处。

参考文献

- [1] 张罗,韩德民. 变应性鼻炎治疗的进展 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3): 230 - 231.
- [2] 易景成,余可华,何爽. 鼻内镜下微波热凝筛前神经治疗变应性鼻炎 98 例 [J]. 中原医刊, 2005, 32(1): 21 - 21.
- [3] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 255 - 264.
- [4] 战桂敏. 翼管神经和筛前神经切断术治疗过敏性鼻炎 [J]. 广西中医学院学报, 2004, 5(1): 48 - 49.
- [5] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编委会. 变应性鼻炎诊断和疗效评定标准(1997 年, 海口) [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33(2): 134 - 134.
- [6] 卜国铨. 鼻科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 434 - 436.
- [7] 刘波. 鼻内镜下 Nd: YAG 激光治疗肥厚性鼻炎 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(6): 266 - 266.
- [8] 贵平,梁伟平,周水森. 变应性鼻炎外科治疗 [J]. 国外医学耳鼻咽喉科学分册, 2004, 28(2): 95 - 98.

(收稿日期: 2012-02-15)

难治性鼻-鼻窦炎术后综合治疗

Comprehensive treatment on refractory rhinosinusitis after surgery

林智强¹

[关键词] 鼻-鼻窦炎, 难治性; 综合治疗

Key words rhinosinusitis, refractory; comprehensive treatment

[中图分类号] R765.21

[文献标志码] B

[文章编号] 1001-1781(2013) 05-0270-03

慢性鼻-鼻窦炎(chronic rhinosinusitis, CRS) 是发病率很高的慢性疾病,通过内科综合治疗及功能性鼻内镜手术,约 90% 的患者可以得到治愈,但还有 10% ~ 15% 的患者即使通过内科阶梯治疗及鼻内镜手术后,鼻塞、流脓涕、面部不适、头痛症状仍反复发作、迁延不愈^[1]。内镜检查可见鼻腔黏膜呈明显慢性炎症改变,息肉样组织不规则增生;术后鼻窦内可见黏膜水肿、囊泡、息肉及黏液脓性分泌物。这些持续存在的临床症状以及术后复发性等

问题,近十年来倍受关注,称为难治性鼻-鼻窦炎(refractory rhinosinusitis, RRS)^[2]。笔者从 2005 - 2010 年 500 例 CRS 患者中选择符合以上标准的 40 例 RRS 患者进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

40 例 RRS 患者,男 22 例,女 18 例;年龄 23 ~ 68 岁。全部为鼻息肉并全组鼻窦炎,28 例既往有过 1 ~ 7 次手术史,23 例既往有变应性鼻炎病史。

1.2 手术方法

术前应用抗生素及激素静脉注射 3 ~ 7 d 后采

¹ 玉林市第一人民医院耳鼻咽喉科(广西玉林, 537000)
通信作者: 林智强, E-mail: 281261154@ qq. com

取插管全身麻醉下手术,根据不同的病变,有鼻息肉者先用切吸器清除,切除钩突,行筛泡、额筛隐窝清除术、后组筛窦切除术,上颌窦自然开口扩大术,扩大额窦、蝶窦自然开口,尽可能将病变组织切除干净,各窦腔开放完全,筛窦的开放尤为彻底,对病变中鼻甲大部分切除,仅留部分鼻甲骨作为标志。术后以混有布地奈德混悬液(普米克令舒)的明胶海绵填塞筛窦腔后再用止血膨胀海绵鼻腔填塞止血。

1.3 术后处理

术后予抗生素、激素及止血药物。术后48 h取出鼻腔填塞物,并清除鼻腔、鼻窦分泌物,停止出血后用生理盐水冲洗鼻腔,出院前再次检查鼻窦腔,并用混有布地奈德混悬液的明胶海绵填塞筛窦腔。出院后1个月内口服克拉霉素片,每次250 mg,1次/d;早上空腹口服甲泼尼龙片,每次24 mg,1次/d;布地奈德喷鼻剂(雷诺考特)喷鼻,每天2喷;3%高渗盐水鼻腔冲洗,1次/d。分泌物较多者加用鼻康片或鼻渊舒。1个月后视鼻内镜下术腔情况再行减量。

1.4 规范随访

术后1周开始,每周鼻内镜复查1次;进入好转期后每2周1次;至痊愈期,每4周1次。4次随访无反复后,改为2~3个月1次,如病情加重则改为每周1次。

1.5 综合治疗

每次随访都对照前后2次的内镜图像,观察创面修复、去黏膜反应、窦内分泌物、术腔粘连及窦口狭窄、闭锁情况,并据此调整相应的治疗方案,具体如下。

1.5.1 局部治疗 ①术后2个月内每周内镜复查鼻窦腔,清除鼻腔痂皮及脓性分泌物,有囊泡形成者用吸气管将囊泡刺破,有息肉形成者用咬切钳将息肉切除,中鼻甲粘连者松解粘连,必要时切除部分中鼻甲以扩大术腔,利于引流,清理后以混有布地奈德混悬液的明胶海绵填塞筛窦腔以利于窦腔黏膜水肿消退,术后2个月视术腔情况每1~4周鼻内镜复查鼻窦腔;②术后每天喷布地奈德喷鼻剂2次;③3%高渗盐水鼻腔冲洗,1次/d。

1.5.2 全身治疗 ①口服抗生素,目前最提倡使用的全身抗生素药物是大环内酯类,笔者选用克拉霉素片,每次250 mg,1次/d,连续应用12周。②激素治疗,笔者选用甲泼尼龙片,每次24 mg,早上空腹顿服,1次/d;或泼尼松片,每次30 mg,早上空腹顿服,1次/d。③伴有变应性鼻炎者服用抗过敏药4~8周,如地氯雷他定片、左西替利嗪片、孟鲁司特钠等。④黏液促排剂,常用吉诺通、盐酸氨溴索片等。

1.6 疗效评定标准

治疗前后对患者的症状及体征进行评估,有无鼻塞、头痛、流涕等症状;鼻内镜检查术腔有无黏、脓性分泌物,窦口开放情况,黏膜是否上皮化,有无水肿、息肉样变及囊泡生长情况。采用1997年海口标准,治愈及好转同属有效。治愈:患者鼻塞、头痛、流涕等症状消失;鼻内镜检查见术腔无黏、脓性分泌物,窦口开放良好,黏膜完全上皮化,无水肿、囊泡生长。好转:患者鼻塞、头痛、流涕等症状明显改善;鼻内镜检查见术腔窦口开放良好,黏膜大部分上皮化,但术腔有少量黏、脓性分泌物或少量水肿、囊泡生长。无效:患者自觉症状无明显改善,临床检查无明显变化。

2 结果

本组患者随访12个月以上,12个月内痊愈32例(80%),好转6例(15%),无效2例(5%);总有效率为95%。

3 讨论

WPOS 2007指出,CRS为鼻黏膜持续的炎症反应和感染,是多种炎症因素参与的慢性病程^[3]。RRS的难治性缘于难以确定CRS的病因学及发病机制,多种炎症和感染因素参与的慢性进程应该是疾病复杂的基础。RRS是困扰临床医师的医疗难题,因发病机制不明确,目前尚无标准的治疗方案。常见病因有局部、全身及患者因素。局部因素:受诊疗条件的限制,对鼻窦分泌物的生物学检测不全面,选择内科治疗方案不适宜,导致病程迁延、病情复杂化;手术适应证选择不合理,术中过多损伤鼻及鼻窦黏膜或黏骨膜,术后局部、全身抗生素及局部激素使用不适当。全身因素:多源于全身性炎症病变,如哮喘、变应性鼻炎、阿司匹林耐受不良、免疫缺陷、原发性纤毛运动功能障碍等。患者因素:伴多种全身疾病如糖尿病、高血压、严重胃病无法进行系统治疗;患者因多次手术,对该病信心不足,未进行系统复查及治疗等。

RRS的综合治疗方法有:①实验室检查。查全血白细胞计数、免疫球蛋白、变应原筛查、手术标本的组织学检查,鼻及鼻窦分泌物的细菌、真菌涂片及药敏试验。②针对全身因素治疗。通过全血白细胞计数、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)定量,IgG亚型分析可以对患者体液及细胞免疫作出初步评价,证实存在体液免疫缺陷,可静脉给予免疫球蛋白(400 mg/kg,1次/月,连用12个月)^[1];外周血、组织学检查有嗜酸细胞增多者可给予白三烯抑制剂(孟鲁司特);阿司匹林耐受不良者应用糖皮质激素和白三烯抑制剂治疗常无效或效果不显著,建议进行阿司匹林脱敏治疗(100 mg,2次/d,口服,连用半年)^[4]。③抗生素治疗。早期最好根据鼻窦脓性分泌物培养致病菌及药物敏感试验选用抗生

素,中后期目前最提倡使用大环内酯类;研究提示大环内酯类抗生素可能具有潜在的免疫调节作用,其控制鼻内炎症的机制是抗炎作用而不是抗菌作用^[5]。大环内酯类抗生素可能减少分泌和缩短传输时间;可能下调多种促炎性基因的表达以达到抗炎的目的;可能影响中性粒细胞和嗜酸粒细胞的脱颗粒,干扰细胞毒性物质的释放,降低细菌的毒力;可能对鼻息肉组织中嗜酸粒细胞有促凋亡作用^[6]。临床上常用的大环内酯类药物包括:14 环(红霉素、罗红霉素、克拉霉素),15 环(阿奇霉素)及 16 环(交沙霉素)。推荐使用 14 环克拉霉素,其具有半衰期长及不良反应小等优点,连续应用低剂量克拉霉素 12 周,治疗鼻内镜术后鼻窦炎症有效率达 78.6%,尤其对改善术腔黏膜水肿、息肉样变、抑制囊泡生长效果明显^[7]。④激素治疗。糖皮质激素是治疗 RRS 的一线药物,布地奈德对糖皮质激素的亲合力强,抗炎及抑制变态反应强度是地塞米松的 20~30 倍。研究表明,布地奈德吸入后与呼吸道细胞内长链脂肪酸形成无活性布地奈德复合物,当细胞内游离布地奈德数量下降时,布地奈德复合物通过脂解作用释放游离布地奈德加以补充^[7]。由于 RRS 患者鼻腔分泌物较多,鼻腔粘连、黏膜水肿、囊泡形成及患者喷鼻手法等客观因素,使用布地奈德喷鼻剂常不能喷布于术腔,仅作用于下、中鼻甲黏膜表面。为解决以上问题,笔者的经验是用混有布地奈德混悬液的明胶海绵填塞筛窦腔,明胶海绵吸收较慢,布地奈德可缓慢释放到术腔,使药物直接作用于黏膜,提高了局部有效药物的浓度,延长了药液作用时间,更充分地发挥了药物的抗炎、抗水肿作用,同时可减轻长期口服激素的不良反应,特别是伴有高血压、糖尿病及严重胃病不能口服糖皮质激素者效果尤其明显。⑤手术治疗。不合理的手术治疗仍是 RRS 的主要病因,手术的作用不在于彻底治愈,而是通过扩大窦口开

放和切除病变黏膜,减轻患者症状的严重程度并提供用药途径。笔者的经验是对于那些病程顽固、复发间歇短及伴哮喘和鼻窦炎的患者,不排除扩大手术治疗或采取根治性手术的方式,对中鼻甲息肉样变患者切除大部分中鼻甲,仅保留中鼻甲骨。手术可最大限度地改善临床症状、延长复发时限、提高患者生活质量,这也是目前 RRS 综合治疗的目标。

综上,医师要对患者强调可治愈信念,RRS 难治,但并非不可治愈;治疗过程较长,可能产生其他不良反应,但要患者坚持系统全身的综合治疗和定期复查。治疗目的是控制炎症和感染进程,减轻炎症反应,应对不同患者进行对因治疗及个体化治疗。

参考文献

- [1] 暴继敏. 难治性慢性鼻及鼻窦炎的综合治疗[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2010,25(4):185-187.
- [2] 韩德民. 难治性鼻及鼻窦炎[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2010,25(2):59-62.
- [3] FOKKENS W, LUND V, MULLOL J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007 [J]. Rhinol Suppl, 2007,20:1-136.
- [4] BREGES-GIMENO M P, SIMON R A, STEVENSON D D. Long-term treatment with aspirin desensitization in asthmatic patients with aspirin exacerbated respiratory disease [J]. J Allergy Clin Immunol,2003,111:180-186.
- [5] CERVIN A. The anti-inflammatory effect of erythromycin and its derivatives, with special reference to nasal polyposis [J]. Acta Otolaryngol,2001,121:83-92.
- [6] 黄振云,邹华. 大环内酯类药物用于治疗慢性鼻窦炎及鼻息肉的抗炎机制[J]. 国外医学耳鼻咽喉科学分册,2004,28(2):98-99.
- [7] 尹志华,董明敏. 鼻内镜术后持续性鼻窦炎状态的治疗与分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(5):227-228.

(收稿日期:2012-05-23)

北京市耳鼻咽喉科研究所 60 周年庆典公告

2013 年北京市耳鼻咽喉科研究所即将迎来建所 60 周年华诞。值此庆典之际,谨向您长期以来的关心和支持表示衷心的感谢和崇高的敬意!

在研究所长期的发展历程中,一定留下了您和大家共同奋斗和成长的足迹。在此,我们诚挚地邀请您一同见证研究所“共同打拼,追求卓越”的历史,共谱未来发展的新篇章!北京市耳鼻咽喉科研究所 60 周年庆典活动拟定于 2013 年 4 月 19 日在北京国际饭店举办,届时将开展系列学术论坛、专题讲座等主题活动。真诚期待与您相聚在北京!联系地址:北京市崇内大街后沟胡同 17 号,邮编:100005。电话:010-58265801,010-58265825。传真:010-85115988,010-65596001。Email:bjent2013@163.com。联系人:李晓檬,王楠。

北京市耳鼻咽喉科研究所庆典筹备办公室

2012 年 11 月 18 日