

• 技术与方法 •

鼻内镜下鼻中隔前端偏曲的矫正方法

Operative method for correction of the anterior nasal septum deviation

常明章¹ 周剑勇¹ 严飞鹏¹ 吕洁瑜¹ 熊国平¹

[关键词] 鼻中隔偏曲;前端;矫正

Key words nasal septum deviation;anterior; correction

[中图分类号] R765.31 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)15-0850-02

鼻中隔偏曲的处理在鼻腔、鼻窦手术中占有重要地位,恰当地对偏曲的鼻中隔进行矫正对恢复鼻腔的功能(呼吸、嗅觉)至关重要。鼻中隔前端偏曲的矫正一直是鼻中隔手术中的一个难点,成功矫正偏曲的鼻中隔前端并最大限度的改善和恢复鼻腔功能是鼻科工作者致力研究的课题之一。本研究回顾分析我科2009-03-2011-09收治的42例鼻中隔前端偏曲患者的临床资料及处理方法,认为个性化处理鼻中隔前端偏曲对恢复鼻腔的生理功能有重要的临床意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料

42例鼻中隔偏曲患者均有不同程度的鼻中隔前端偏曲,并伴有鼻塞、头痛症状,其中男27例,女15例;平均年龄36.4岁。根据鼻内镜及CT检查,软骨骨折性偏曲者27例(横行骨折6例、纵行骨折21例),鼻中隔前端脱位9例,软骨张力性偏曲6例,病程10个月~11年。术前行常规前鼻镜及鼻内镜检查,有条件者行鼻窦CT 2 mm薄层扫描(水平位+冠状位+矢状位)。

1.2 手术方法

所有患者均在全身麻醉下完成,用生理盐水20 ml加0.1%肾上腺素10滴浸润的棉片收缩鼻腔2次,共10 min左右。鼻前庭皮肤与黏膜交界处注射肾上腺素的生理盐水1~2 ml。双鼻腔收缩满意后,根据鼻中隔前端偏曲的类型进行不同的处理:软骨骨折性偏曲(横行骨折、纵行骨折),一般于左侧行鼻中隔前端“L”形切口,用尖刀或小球刀平行于鼻中隔前端游离缘后3~5 mm做皮肤切口,上起自鼻中隔软骨前端游离缘后上方,下至鼻中隔底部,并略弯向后下至鼻底。切开皮肤直达软骨膜及鼻腔底部的黏骨膜,将软骨膜向后推,分离确认

在软骨膜内层下方时,于软骨膜下方分离,分离范围视具体情况而定,一般后至筛骨垂直板后,下至鼻底,上方接近鼻背,至少要超过偏曲部位1 cm。平行于第一切口后1~2 mm切开软骨(注意不要切透),切口应向下至上颌骨鼻嵴前端,分离对侧软骨与软骨膜。对侧分离范围与左侧相同,参照韩德民等^[1]提出的三线减张术,先用小球刀将鼻中隔软骨下缘与上颌骨鼻嵴及梨骨连接处切开并分离,再锐性分离鼻中隔软骨后缘与筛骨垂直板的连接处(此处连接最上端要保留0.5~0.8 cm不分离,否则鼻中隔软骨会整体向下移位造成鼻背塌陷),至此鼻中隔软骨与鼻中隔骨性结构大部分已经分离,仅留鼻中隔软骨与筛骨垂直板上部连接0.5~0.8 cm,将鼻中隔软骨推向一边,用下鼻甲剪刀视筛骨垂直板偏曲程度距离筛顶一定距离(注意不能太高,否则易损伤筛顶)平行筛顶剪开筛骨垂直板,先矫正骨性偏曲。矫正骨性偏曲后,于骨折处横行或纵行切开鼻中隔软骨,必要时可横行或纵行切除一小条软骨,之后将鼻中隔软骨推向正中。

鼻中隔前端脱位、软骨张力性偏曲:做完第一切口后,软骨膜及骨膜下分离左侧鼻中隔,后用眼科剪锐性向前分离鼻中隔软骨前端与鼻小柱皮肤进入鼻小柱,在脚间区(两侧大翼软骨内侧脚之间)制作一个鼻小柱袋,充分暴露鼻中隔软骨前端游离缘,于游离缘切开并剥离黏软骨膜且向下暴露上颌骨鼻嵴的前端,越过鼻中隔软骨前端游离缘分离对侧鼻中隔软骨与软骨膜。三线减张法处理鼻中隔骨与软骨连接处,并矫正骨性偏曲(注意鼻中隔软骨前端的最下端与上颌骨鼻嵴最前端的链接一般不要分离,如分离,鼻中隔矫正后要将鼻中隔软骨的前下突与上颌骨鼻嵴最前端缝合固定^[2]),完成上述步骤后,鼻中隔软骨大部分被减张,将鼻中隔软骨稍作修整推向正中即可。鼻中隔矫正后将鼻中隔软骨前端纳回鼻小柱袋中,为了防止其脱出,可在鼻小柱贯穿缝合固定。

¹中山大学附属江门市中心医院耳鼻咽喉科(广东江门, 529000)

通信作者:常明章, E-mail: changmz1972@sina.com

鼻中隔矫正后复位黏膜,内镜检查双侧鼻腔观察鼻中隔矫正情况是否满意,如有不尽之处,继续矫正。手术结束后双嗅裂各填塞一小块削薄的高膨胀海绵,双总鼻道填塞高膨胀海绵 1 块,术后 24~48 h 撤出,术后 1 周内镜下换药,清理鼻腔内干痂,吸净鼻腔分泌物,并以生理盐水冲洗鼻腔,每日 1 次。

1.3 评价指标

治愈:矫正后鼻中隔居中,创口一期愈合,鼻塞、头痛症状消失,无并发症;好转:矫正后鼻中隔居中,创口一期愈合,鼻塞改善不明显、偶有头痛,无并发症;无效:矫正后鼻中隔仍有不同程度的偏曲鼻塞症状不改善,仍有头痛症状。

2 结果

所有患者术后随访 6 个月~2 年,治愈 37 例,好转 3 例,无效 2 例。无鼻中隔粘连、鼻中隔穿孔及鞍鼻等并发症发生。

3 讨论

鼻中隔偏曲是指鼻中隔形态上向一侧或两侧偏斜或局部突起,影响鼻腔生理功能,并引起一系列病理变化。鼻中隔形态异常或多或少会引起鼻腔气流的变化,从而引起鼻塞、头痛等症状,有时可能妨碍鼻窦尤其是前组鼻窦的引流,造成鼻窦炎或加重鼻窦炎^[3-4]。鼻中隔手术最早由 Cottle^[5] 报道,此后手术方式不断改进,特别是鼻内镜的使用使鼻中隔手术更趋合理、精细,减少了术后并发症。

我们根据临床经验将鼻中隔前端偏曲分为以下几种情形:①软骨骨折性偏曲:一般由外伤引起,鼻中隔软骨横行或纵行骨折致使鼻中隔软骨突向一侧鼻腔影响鼻腔功能(呼吸、嗅觉);②鼻中隔前端脱位:外伤或发育过程中致使鼻中隔前端没有置于鼻小柱正中,使鼻中隔前端突向一侧鼻腔引起鼻腔功能障碍(呼吸、嗅觉)。③软骨张力性偏曲:发育过程中或外伤引起鼻中隔骨与软骨连接处骨性偏曲致使鼻中隔软骨随之偏曲。

我们总结鼻内镜下鼻中隔前端偏曲矫正的经验:①该术式的切口较之传统切口靠前,是皮肤切口,术中不易撕裂,通过该切口可以到达鼻中隔、上颌骨鼻嵴、鼻小柱及鼻底,特别是可以向前进入脚间区(两侧大翼软骨内侧脚之间)制作鼻小柱袋;②

手术中应尽量保留绝大部分鼻中隔软骨,这样术后鼻中隔比较坚硬,不会随呼吸气流而扇动,一般不影响鼻及面部的发育,故也适合尚在生长发育期的青少年;③处理软骨骨折性偏曲时分离对侧鼻中隔软骨与黏骨膜时一般做第二切口,从第二切口进入对侧;鼻中隔前端脱位、软骨张力性偏曲应从鼻中隔软骨前端游离缘进入对侧进行对侧的分离。④术中必须注意的两个关键部位,一个是鼻中隔软骨前下部(前下突)与上颌骨鼻嵴最前端交界处,此处分离后因切除过多软骨或者没有很好地加以固定会引起鼻中隔前部与上颌骨鼻嵴最前端脱位造成鼻尖上塌陷;另一个为鼻中隔软骨与筛骨正中板交界处,此处分离鼻中隔软骨与筛骨垂直板过于靠上,会引起鼻中隔软骨与筛骨垂直板的链接分离,软骨失去骨性支架支撑,使鼻中隔软骨整体下沉,造成鼻背塌陷。

通过分析本研究结果,我们认为鼻内镜下对鼻中隔前端偏曲的矫正应进行恰当的、个性化的处理,对于鼻中隔前端偏曲应引起足够的重视,术中应对此部位的偏曲彻底矫正才能取得满意的手术效果。

总之,鼻中隔前端偏曲的处理应根据每个患者的具体情况而定,手术最终是为了有利于消除和改善鼻塞、头痛等症状,维持鼻腔及鼻窦的正常生理功能。然而,影响鼻腔通气的因素诸多,正确处理鼻中隔前端偏曲只是众多步骤中的某一个环节,需进行科学的综合治疗才能保证满意的疗效。

参考文献

- [1] 韩德民,王彤,臧洪瑞.三线减张鼻中隔矫正手术[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2009,24(2):103-105.
- [2] 曾高,马海欢,薛志强,等.鼻中隔偏曲歪鼻畸形的矫正[J].中华医学美容杂志,2011,17(4):257-259.
- [3] 陶泽璋,张剑宁,杨强,等.鼻中隔偏曲两侧窦口鼻道复合体解剖变异的差异[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(2):132-134.
- [4] 王荣光.内窥镜下鼻中隔成形术[J].中华耳鼻咽喉科杂志.2000,35(6):453-453.
- [5] COTTLE M H. Modified nasal septum operations [J]. Eye ear Nose Throat, 1950,29:480-484.

(收稿日期:2012-07-01)