鼻内镜下重建鼻内结构治疗鼻源性头痛

杨晓军,多 吉,徐文萍,曾 涛,黄 召 (甘孜州人民医院耳鼻咽喉科,四川 甘孜州 626000)

[摘 要] **目的** 探讨鼻内镜下重建鼻内结构治疗鼻源性头痛的疗效。**方法** 对 82 例鼻源性头痛患者采用鼻内镜下鼻内结构重建治疗,比较治疗前和治疗后 6 个月的 VAS 评分,统计有效率。**结果** 82 例患者治愈 69 例(84.1%),显效 8 例(9.8%),无效 5 例(6.1%),总有效率为 93.9%;黏膜接触性头痛组治疗前 VAS 评分大于鼻窦性头痛组($P<0.05$),治疗后 2 组患者 VAS 评分均低于治疗前($P<0.05$),但治疗后 2 组之间 VAS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 鼻内镜手术解除了鼻腔和鼻窦的挤压以重建鼻腔正常的解剖结构,恢复了鼻腔和鼻窦正常的功能,对鼻源性头痛有良好的治疗效果。

[关键词] 内镜检查;鼻内结构重建手术;鼻源性头痛
[中图分类号] R765 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)01-0077-02

Endoscopic intranasal structure reconstruction surgery in treating rhinogenic headache

YANG Xiao-jun, DUO Ji, XU Wen-ping, ZENG Tao, HUANG Zhao (Department of Otorhinolaryngology, Ganzizhou People's Hospital, Ganzizhou Sichuan 626000, China)

Abstract: Objective To investigate the efficacy of endoscopic intranasal structure reconstruction surgery for rhinogenous headache. **Methods** 82 cases of rhinogenous headache were given endoscopic intranasal structure reconstruction. Compared VAS scores before and 6 months after treatment, counted the effective rate. **Results** Among the 82 patients, 69 patients (84.1%) were cured, 8 cases (9.8%) were of obvious effect, 5 cases (6.1%) were invalid, and the total efficiency was 93.9%. VAS scores of the mucosal contact headache group before treatment were greater than that of the sinus headache group ($P<0.05$). Compared with VAS scores before treatment, both of the two groups had lower VAS scores after treatment ($P<0.05$), but there was no significant difference between the two groups after treatment ($P>0.05$). **Conclusion** Endoscopic surgical operation can remove the extrusion of the nasal cavity and paranasal sinuses and factors of nasal congestion, and then reconstruct normal anatomical structure of nasal cavity, thus restoring normal function of paranasal sinuses. It has good therapeutic effect on rhinogenic headache.

Keywords: endoscopy; endoscopic intranasal structure reconstruction surgery; rhinogenic headache

鼻源性头痛主要是指由于鼻腔或鼻窦的疾病或者鼻腔解剖异常导致的头痛[1]。鼻源性头痛伴有闭塞、流涕等鼻部症状时,医生多能够得出正确的诊断,但鼻部症状不明显时,往往与血管性头痛、神经性头痛不易鉴别,从而影响治疗效果,随着医学影像学及鼻内镜技术的快速发展,鼻源性头痛临床诊断率明显提高[2]。鼻内镜技术治疗鼻源性头痛也在临床广泛应用。现将我院2008 年1 月至2012 年6 月82 例鼻源性头痛患者在鼻内镜下进行鼻内结构重建治疗的情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 82 例,其中男 45 例,女 37 例,年龄 17 ~ 65 岁。发病时间 6 个月至 8 年,平均 5.2 年。82 例鼻源性头痛患者中有鼻窦性头痛 40 例,黏膜接触性头痛 42 例。82 例患者均行鼻内镜检查和鼻窦 CT 轴位、冠状位扫描,检查结果显示鼻中隔偏曲 38 例,窦口鼻道复合体(OMC)病变致鼻窦炎 21 例,鼻中隔偏曲合并 OMC 病变 15 例,两侧下鼻甲肥大 22 例。所有患者均以头痛为主要临床表现,疼痛部位多位于眶部、额部和颞部等,有 69 例患者头痛情况与鼻塞轻重程度有关系,鼻腔应用收缩剂后头痛症状缓解,18 例患者头痛发病有情绪激动、受凉等诱发因素。所有患者均排除其他原因所致的头痛和鼻窦及鼻腔的肿瘤性病变,符合国际头痛协会于2004 年制定的鼻源性头痛的诊断标准[3]。

1.2 方法

采用局部麻醉或全身麻醉,根据患者不同的病情选择不同的手术方式。鼻中隔偏曲患者行鼻中隔矫正术或成形术,并将局限棘突一侧偏曲部分的软骨或骨质剔除。OMC 病变患者将钩突和肥大的筛泡切除,如有中鼻甲的肥大或气化,可将其前外侧切除;如中鼻甲有反向弯曲,可将其骨折并向内侧移位,如不能成功移向内侧,则将其切除;如中鼻甲与鼻中隔相接触,可将其外折移位,中鼻甲离开鼻中隔约 3 mm 左右;伴有鼻窦或鼻腔内息肉或积液,将其清除,使额窦、筛窦窦口开放,上颌窦、蝶窦窦口扩大。下鼻甲肥大者行部分切除术和/或骨折外移术,术后用膨胀海绵将鼻腔填塞并固定,48 h 后抽出。术后应用抗生素预防感染,鼻腔处理同鼻窦炎手术。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401032
[收稿日期] 2013-07-20 [修回日期] 2013-08-02

1.3 疗效评价

所有患者治疗前和治疗6个月后的头痛程度进行视觉模拟评分(VAS),0分为无头痛,10分为最剧烈头痛,患者对自己的头痛情况进行自我评价,并根据疼痛程度确定分值。疗效标准[4]:治愈:VAS评分0~1分,鼻腔形态、结构及通气状况良好,鼻腔无炎性改变及异常分泌物。显效:VAS评分1~3分,鼻腔形态、结构基本正常,黏膜有轻度炎性改变。无效:VAS评分大于3分,头痛症状无缓解或加重。有效率=治愈率+显效率。

1.4 统计学方法

治疗前后统计数据采用SPSS 19.0软件分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,以$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

82例患者治愈69例(84.1%),显效8例(9.8%),无效5例(6.1%),总有效率为93.9%;黏膜接触性头痛组患者治疗前VAS评分大于鼻窦性头痛组($P<0.05$),差异有统计学意义,治疗后2组患者VAS评分均低于治疗前($P<0.05$),差异有统计学意义,但治疗后2组之间VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 2组患者治疗前后VAS评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗6个月后
黏膜接触性头痛组	42	7.526±1.985*	0.423±0.127#
鼻窦性头痛组	40	4.812±2.011	0.410±0.131#

*:与鼻窦性头痛组,$P<0.05$,#:与治疗前比较,$P<0.05$

3 讨论

引起头痛的原因很多,鼻源性头痛是最常见原因之一[5]。鼻腔结构异常是鼻源性头痛发病的主要原因,最常见的是鼻中隔偏曲,其次是窦口鼻道复合体(OMC)解剖异常[6],包括钩突肥大、中鼻甲肥大、气化或反向弯曲以及筛泡的过度气化等,这些解剖异常导致中鼻道狭窄,形成压迫而导致头痛的发生,但OMC位置较深,鼻腔镜检查容易漏诊该区域的病变,给诊断带来一定困难。鼻中隔偏曲和/或OMC解剖异常在鼻源性头痛的诊断中具有重要价值,当鼻中隔发生偏曲时,两侧鼻腔不对称,一侧较狭窄,狭窄侧鼻中隔骨棘压迫中鼻甲,可造成中鼻甲反向弯曲和窦口鼻道复合体部位狭窄,同时,较大的中鼻甲或肥大的筛泡也可对鼻中隔造成压迫,导致鼻中隔偏曲。另一侧鼻腔相对宽大,窦口鼻道复合体结构与下鼻甲受气流刺激而肥大。以上解剖形态改变使鼻腔失去正常解剖结构,成为产生鼻源性头痛的基础。

鼻源性头痛的保守治疗只能暂时缓解症状,要彻底解决患者的痛苦,手术治疗是唯一选择,鼻内镜手术的广泛应用,大大提高了鼻源性头痛的治疗效果。鼻内镜手术的优势在于切除病变组织、改善鼻腔解剖异常的同时,最大程度保留了鼻窦及鼻腔的功能,通过改善鼻中隔及OMC的异常解剖结构,切除鼻窦和鼻腔内的病变组织,将压迫和阻塞鼻腔的因素完全去除,重新构建嗅裂及OMC各个结构正常的解剖关系,使鼻腔通气顺畅、鼻窦引流通畅,从根本上缓解头痛症状。对于下鼻甲的处理,在保留黏膜的基础上,去除肥厚的海绵状组织,不要切除过多的下鼻甲以防空鼻综合征的出现[7]。本组资料显示治疗前黏膜接触性头痛组VAS评分高于鼻窦性头痛组,主要原因是黏膜接触性头痛为鼻中隔偏曲和/或OMC解剖异常,而鼻中隔偏曲和/或OMC解剖异常所致的头痛强度要高于鼻窦性头痛,但治疗后,2组患者VAS评分较治疗前明显降低,提示鼻内镜手术改善鼻腔内结构,对2种类型的鼻源性头痛都有较好的疗效,6个月后随访,总有效率达93.9%。

鼻内镜下手术视野清晰、明亮,术中操作准确,能够彻底清除病灶,恢复鼻腔解剖结构,具有重要的应用价值。但术前要仔细分析患者的鼻内镜检查资料和影像学检查资料,结合患者实际情况,制定出个性化的治疗方案,减少并发症的发生,同时,极少数患者可能手术效果不理想,尤其个别鼻腔黏膜接触性鼻源性头痛患者在解除鼻腔黏膜的接触后,症状无明显缓解[8],因此在术前对病因进行准确判断的同时,还要向患者讲明疗效不佳的可能性,并签署知情同意书,避免医疗纠纷的产生。

[参考文献]

[1] 孙轶青,彭本刚,王 欣,等. 鼻内镜下鼻内结构重建治疗鼻源性头痛[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2011,25(4):50-52.

[2] 王宝莲. 鼻内镜下修正鼻腔解剖异常治疗鼻源性头痛的临床观察[J]. 中国医药导报,2012,9(16):185-186.

[3] Headache Classification Subcomm ittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 2nd edition [J]. Cephalagia,2004,24(Suppl 1):9-160.

[4] 托尔功江,贾 军,江 华. 鼻内镜下同期施行鼻中隔矫正及中、下鼻甲手术治疗非炎症性鼻源性头痛[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,25(2):86-88.

[5] Behin F,Behin B,Behin D,et al. Surgical management of contact point headaches[J]. Headache,2005,45(3):204-210.

[6] 林家峰,王延生,朱春生,等. 窦口鼻道复合体解剖变异引起头痛的诊治探讨[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(2):112-114.

[7] 李俊义,徐华林,吕伟峰,等. 鼻内镜下重建鼻内结构治疗鼻源性头痛[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(2):88-90.

[8] 刘 争,张 旻,刘汀哲,等. 鼻源性头痛的诊断和鉴别诊断[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,26(11):481-482.

(编辑:左艳芳)