文章编号: 1000-5404(1999)11-818-03

鼻中隔粘膜下切除术切口的临床评价

镡旭民[1],蔡家庆[2],邓安春[1] ([1]第三军医大学附属新桥医院耳鼻咽喉科,重庆 400037;[2]四川省合江县人民医院政工科,合江 646200)

【提要】 目的: 对鼻中隔粘膜下切除术 5种切口的利弊及适应症进行临床评价。方法: 将 217例接受鼻中隔粘膜下切除术的患者,按切口的不同分 5组。评价各组患者鼻中隔病变、伤口出血、肿胀、痛疼及愈合情况,以评价其利弊及适应证。结果及结论: 斜 L切口创伤小,反应轻,愈合快,适合国人大多数鼻中隔偏曲的情况。

关键词 鼻中隔偏曲;鼻中隔粘膜下切除术

中图法分类号 R765.3 文献标识码 A

鼻中隔粘膜下切除术是为矫正鼻中隔偏曲而经常进行的手术。通过狭小的鼻孔进行操作,恰当的切口是取得良好暴露和顺利手术的关键。有关不同切口的利弊、适应症及选择问题,尚未见有文献讨论。本文通过笔者 14年来亲自操作的 217例鼻中隔粘膜下切除术,试对以上问题进行评价,以供同道参考。

1 资料与方法

1.1 病人分组

1984年 1月至 1998年 10月,笔者完成的 217例鼻中隔粘膜下切除术,男 165例,女 52例,平均年龄 34岁(13~ 56岁),按采用的切口不同分 5组。A组, Killian氏切口; B组, Hajek氏切口; C组,后 L切口; D组,外 L切口; E组,斜L切口,见表1。

表 1 各组患者一般情况及鼻中隔病变类型

Tab 1 General condition and type of nasal septum deviation of patients

Group	n	Sex		Mean age(y)	Type of the nasal septum deviation		
		Male	female		Anterior deformity	Spine/ridge	Blunt deviation
Group A	32	25	7	33(18~ 46)		7(22%)	25(78%)
Group B	13	12	1	26(13~ 31)	13		
Group C	28	20	8	35(17~ 51)		24(86%)	4(14%)
Group D	26	19	9	37(16~ 49)		21(81%)	5(19%)
Group E	118	89	29	34(13~ 56)		97(82%)	21(18%)

鼻中隔前部矩状软骨脱位或重度扭曲,称前软骨部重偏型。以鼻中隔尖锐的棘、嵴突为主者,称棘 嵴突型。以鼻中隔钝性偏曲和 或钝性小棘、嵴突者,称钝偏曲型。

1.2 切口及手术方法

A组: Killian氏切口,是于鼻腔粘膜与鼻前庭皮肤交界处,由上而下至鼻底,呈微弧型切开粘骨膜达软骨[1]。B组: Hajek氏切口,即在鼻中隔矩状软骨的最前端,沿软骨缘由上而下呈大弧型切开鼻中隔粘骨膜至鼻底处[1]。C组: 后 L切口,是将 Killian氏切口下端沿鼻中隔与鼻底交界处向后延伸,一般达鼻中隔偏曲的嵴突前部[2]。D组: 外 L切口,是将 Killian氏切口下端沿鼻底的鼻阈处向外方延长切开,近鼻腔外侧壁处。E组: 斜 L切口,是将 Killian氏切口下端沿鼻底向外后方向(45°角)延长切开 0.5 cm左右。然后按常规的方法分离切除偏曲的鼻中隔[1,2]。

1.3 切口观察指标

1.3.1 术中出血 术中以干棉球压迫可顺利止血手术者,记 1分。以副肾素棉球压迫方可止血者,记 2分。以吸引器不断吸引才能进行手术操作者,记 3分。

1.3.2 局部肿胀 术后 24 h取出鼻腔填塞的油纱条后,观察鼻唇部有无肿胀。以有或无记之。

1.3.3 局部痛疼 取完鼻腔填塞的油纱条后,次日换药时,用鼻镜撑开鼻孔,患者诉重疼,有明显的躲避反应及痛苦表情,记 2分。诉轻疼,仅有皱眉等痛苦表情,记 1分。无痛疼诉说及不适表情,记 0分。

1.3.4 切口愈合 切口对合良好,其间无哆裂、血痂及出血,无红肿,视为临床愈合,记录其经过天数。

1.4 统计学处理

A组 Killian氏切口是临床最常用的切口,切口最短,故 A

作者简介: 镡旭民,男,49岁,副主任医师,硕士

收稿日期: 1999-06-20;修回日期: 1999-10-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

组为对照,其余各组与之比较,数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验。

2 结果

各组患者的一般情况及鼻中隔病变的类型见表 1。A组鼻中隔病变以钝性偏曲为主。B组均为前软骨部重偏型。C、D、E组皆以棘、嵴突型病变为主。

各切口组中,术后观察指标结果见表 2。与 A组相比,B、C、D组反应均较重,差别具有统计学显著性意义。E组反应与 A组基本相同。

表 2　各组观察指标结果比较

Tab 2　Comparison of the parameter observed in each group

Group	n	Swelling in nose-lip	Bleeding in operation	Pain after operation	Healing time for insision(d)
Group A	32	1	1.2± 0.4	0.6± 0.75	5.5± 0.72
Group B	13	2	1.77± 0.6**	0.92± 0.64	6.77± 0.73**
Group C	28	1	1.64± 0.62**	1.0± 0.61**	5.96± 0.79
Group D	26	18	2.46± 0.7**	1.5± 0.64**	8.2± 1.2**
Group E	118	3	1.33± 0.54	0.78± 0.56	5.73± 0.7

* : $P<0.05$,** : $P<0.01$ *vs* group A control

3 讨论

选择鼻中隔手术的切口,应根据鼻中隔偏曲的特点、部位及患者鼻孔大小情况来综合考虑。无论何种切口,均应以充分暴露术野及最小创伤为原则。本文所描述的 5种切口,若针对不同的患者选择得当,均能满足鼻中隔粘膜下切除术暴露的需要。然而 Hajek氏切口主要适用于鼻中隔前部矩状软骨脱位及严重扭曲,影响鼻瓣区功能者。本 B组病例皆为该类型偏曲的患者。Hajek氏切口有利于暴露和切除鼻中隔前端畸型。对其他类型的偏曲不应选择之。特别对鼻中隔后部的病变,因切口过于靠前,置术野过深,不利于暴露和操作。

Killian氏切口是局限于鼻中隔的最小切口。在国外应用广泛。但国人的鼻孔多不如西方人鼻孔宽大,因此手术中对棘、嵴突型偏曲,采用该种切口常感到张力过大,暴露不满意,增加手术难度或撕裂切口。故该切口应选择鼻孔较宽大,或没有尖锐棘、嵴突,病变不复杂,呈钝性偏曲的患者。在本 A组中也均以鼻中隔钝性偏曲者居多。特别对国人女性患者,由于鼻孔相对更小,加之粘膜纤薄,若鼻中隔病变复杂,更不宜采用之。

鉴于 Killian氏切口在国人鼻中隔手术中应用的局限性,特别对复杂的或尖锐的棘、嵴突型偏曲者,常需将切口下端向后延长至棘或嵴突的前下部,做后 L切口,以减少分离鼻中隔粘骨膜的张力。然而由于鼻中隔下部两侧鼻腔纤维交错返折,分离费力,常容易造成该处切口的撕裂、出血,增加手术创伤,及延长术后愈合过程。

基于后 L切口的不足,笔者对棘、嵴突型病例曾试做外 L切口。该切口长度大、张力小、暴露好,易于手术操作。但鼻前庭底部鼻阈处切口往往较深,需达梨状孔缘以剥离鼻底部粘膜。术中出血多,术后反应重,愈合时间也长,故不宜采用之。但对修复鼻中隔穿孔,由于该切口产生的粘膜瓣较大,却具有一定的优点。

为了克服上述几种切口的不足和局限性,笔者设计了斜 L切口。E组观察结果表明,该种切口术中出血少,术后反应小,切口愈合快,术中暴露也好。能满足国人大多数鼻中隔手术的需要,利于棘、嵴突型偏曲的切除,值得选用。

关于选择在哪侧鼻腔做切口的问题。笔者以为,应根据术者习惯或左、右利来确定。术者是右利,采用左侧切口是方便的。鼻中隔切口上端应尽量向上,靠近鼻顶,以利于切除上方偏曲的软骨,重建鼻瓣区正常角度 10°~ 20°。小于此夹角会增大阻力,产生鼻通气困难[3,4]。对于鼻中隔切口,术后均无需缝合。这有利于渗液积血的引流,防止血肿及感染。

参考文献

[1] Ballenger J A. Diseases of the nose throat and ear[M]. 12th Edit, Philadelphia: Lea & Febiger, 1997. 82- 90.

[2] 王世勋,王燕梧.耳鼻咽喉科手术学[M].第 2版.天津:天津科学技术出版社,1999. 290- 292.

[3] Urqnhart A C, Bersalona F. Septoplasty: Correcting the nasal valve[J]. Laryngoscope, 1997, 107(4): 537- 539.

[4] Elwany S, Thabet H. Obstruction of the nasal valve[J]. J Laryngol Otol, 1996, 110(3): 221- 224.

(编辑　刘　鹏)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

Clinical evaluation of the incisions for submucous resection of nasal septum

CHAN Xu-min, DENG An-chun (Department of ENT, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037)

Abstract **Objective**: To compare clinically the advantages and disadvantages of 5 kinds of incisions for submucous resection of the nasal septum. **Methods**: 217 cases of submucous resection for nasal septum deviation were divided into 5 groups according to the technique of incision used. The type of septal deformity, the severity of bleeding in operation, postoperative pains and swelling and the time taken for healing of all the cases were analyzed. **Results**: Oblique L-shaped incision resulted in mild tissue damage, slight reaction and quick healing. **Conclusion**: Oblique L-shaped incision is the technique of choice for submucous resection to correct nasal septal deviation.

Key words deviation; nasal septum; submucous resection

(上接 817页)

表 1 烫伤大鼠小肠粘膜内 PGE_2、TXB_2、6-keto-$PGF_{1\alpha}$ 及 TXB_2/6-keto-$PGF_{1\alpha}$的变化

Time (h)	PGE_2 (pg/mg)	TXB_2 (pg/mg)	6-keto-$PGF_{1\alpha}$ (pg/mg)	TXB_2/$PGF_{1\alpha}$
		空肠		
0	187.5± 53.42	495.1± 148.9	261.7± 62.00	1.902± 0.561
6	105.8± 20.30☆	267.9± 111.9☆	145.9± 38.41☆	1.819± 0.459
12	150.0± 54.92	11.2± 72.51☆	122.7± 34.24☆	0.889± 0.648☆☆
24	125.1± 41.73☆	264.2± 58.86☆	120.0± 33.67☆	2.324± 0.782
48	109.8± 16.23☆	325.9± 75.64☆	106.3± 64.44☆	3.798± 0.853☆☆
72	83.56± 36.33☆☆	257.9± 86.40☆	103.6± 30.24☆☆	2.584± 0.509☆
		回肠		
0	158.4± 46.02	340.8± 172.5	202.6± 56.31	1.797± 0.865
6	98.67± 25.57☆	165.6± 77.26☆☆	97.12± 28.35☆☆	1.755± 0.874
12	117.7± 32.00	157.9± 39.50☆	120.0± 18.40☆	1.475± 0.458
24	103.0± 10.53☆	261.3± 62.18	120.4± 48.33☆	2.363± 0.428
48	122.0± 30.08	377.2± 179.1	121.1± 46.15☆	3.402± 1.058☆☆
72	68.50± 29.13☆☆	201.2± 42.47☆	87.20± 22.00☆☆	2.51± 0.648☆

☆: $P < 0.05$, ☆☆: $P < 0.01$ *vs* control

3 讨论

花生四烯酸的代谢产物在机体的病理和生理过程中具有重要作用,早在 70年代就有人提出 PGE_2减少是导致消化性溃疡发生的首要因素。应激性溃疡是烧伤病人的合并症,吴予平等[3]证明烫伤大鼠胃粘膜损伤与 PGE_2减少有关,给予消炎痛抑制前列腺素的产生可加重粘膜损伤程度。本实验结果显示大鼠烫伤后小肠粘膜内花生四烯酸代谢产物有与之类似的变化规律。应激反应发生时基础代谢率增加,前列腺素和血栓烷素分解代谢加快,故而烫伤 6 h内其含量下降,随后 PGE_2等代偿性增加,这是机体的防御性反应。应激时间延长,机体转入失代偿期,PGE_2等含量随之降低。以往的研究表明[4]大鼠烧伤 24 h后胃肠粘膜即出现较严重的损伤。TXB_2是 TXA_2代谢终产物,两者均为缩血管物质,烫伤后变化规律与 PGE_2相似,机制尚不清楚。但一般认为 TXA_2与 PGI_2的比率是影响血管收缩与舒张的主要因素[5],本实验结果显示 TXB_2与 PGI_2代谢终产物 6-keto-$PGF_{1\alpha}$的比率先降低后升高,这与烫伤后胃肠粘膜先充血水肿后缺血损伤的病理变化相吻合。张澍田等[6]将富含花生四烯酸的豆油乳用于三种模型的胃溃疡病人,结果使胃粘膜内 PGE_2含量增加,并明显改善了粘膜损伤状况。有人用 PGI_2的类似物(Beraprost)治疗大鼠烧伤后肠粘膜损伤也取得了较好的效果[7]。目前尚无烫伤后肠粘膜内花生四烯酸代谢变化的报道,根据本实验结果,我们认为 PGE_2减少和 TXA_2/PGI_2比率失衡可能是大鼠烫伤后期肠粘膜损伤的原因之一。

关键词 烫伤;肠粘膜;花生四烯酸;代谢
中图法分类号 R644 文献标识码 B

参考文献

[1] Mitchell P. Fink gastrointestinal mucosal injury in experimental models of shock, truma and sepsis [J]. Critical Care Medicine, 1991, 19(5): 627-631.
[2] 赵善政,陈明伟.微克水平蛋白染料综合比色法[J].中华医学检验杂志, 1983, 6(4): 210-214.
[3] 吴予平,李 勇,董秀云.大鼠烫伤后胃酸分泌、胃粘膜 PGE和 DNA合成的变化[J].中华外科杂志, 1984, 22(8): 464-466.
[4] 黎 鳌,杨宗城,肖光夏,等主编.实验烧伤外科学[M].重庆:重庆大学出版社, 1995. 319-332.
[5] Harlan J M, Harker L A. Hemostasis, thrombosis and thromboembolic disorders: the role of arachdonic acid metabolites in platelet-vessel wall interactions [J]. Med Clin North Am, 1981, 65(4): 855-880.
[6] 张澍田,于中麟,王宝恩,等.植物油乳治疗胃溃疡的实验与临床[J].中华消化杂志, 1997, 17(1): 23-27.
[7] Battal M N, Hata Y, Matsuka K, *et al*. Effect of a prostaglandin I_2 analogue, beraprost sodium, on burn-induced gastric mucosal injury in rats [J]. Burns, 1997, 23(3): 232-237.

(编辑 汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net