

鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎的临床疗效评价

程胜勇

新疆生产建设兵团第四师医院 新疆 伊犁 835000

摘要:目的:分析慢性鼻窦炎鼻内镜手术治疗效果。方法:将80例慢性鼻窦炎患者分成对照组和研究组,对照组实施保守治疗,研究组采取功能性鼻窦内窥手术治疗,比较效果。结果:研究组鼻窦症状评分、鼻腔功能改善效果均较高,术后并发症发生率较低,且术后生活质量评分高,均 $P<0.05$ 。结论:慢性鼻窦炎应用鼻内镜手术治疗效果确切,可改善鼻窦症状。

关键词:鼻内镜手术;慢性鼻窦炎;临床效果

慢性鼻窦炎主要指的是鼻窦黏膜组织发生的一种慢性炎症疾病,常常鼻塞、流涕为常见症状,同时便有头部胀痛感,在病情持续发展下,还会导致肺通气功能出现损伤,机体炎症介质处在高表达的状态。慢性鼻窦炎病程较长,具体发病原因较为复杂,可能是急性鼻窦炎没有得到及时彻底治疗迁延而导致,也可能是因病菌、外伤或者异物等影响而导致,由于鼻窦黏膜会持续被炎症反应进行刺激,导致鼻窦黏膜出现水肿与毛细血管增生,最终会给鼻通气功能与鼻腔纤毛功能造成严重影响,危害患者身体健康,降低生活质量。药物治疗为传统治疗方案,虽然可以对感染进行控制,但是无法彻底治疗,当停止用药后,患者容易病情反复发作,因此手术治疗逐渐成为慢性鼻窦炎的首选治疗方案。^[1]现代鼻内镜外科起源于欧洲,随着奥地利Messerklinger教授1975年出版的第一本鼻内镜外科领域的专著《鼻内镜检查》,之后开启了鼻内镜外科的大门。1972年Draf最先开展了鼻内镜手术;1977年Wigand介绍了从后向前开放鼻窦的术式;1985年和1986年Stammberger和Kennedy等先后提出并完善了功能性内镜鼻窦手术的概念,并强调鼻窦窦口鼻道复合体的病理解剖学意义,奠定了功能性内镜鼻窦手术的理论基础。功能性内镜鼻窦手术可以借助内镜可以获取到手术清晰视野,可以提高手术精细度,能够详细观察鼻窦组织结构,且手术创伤较低,可降低出血量,经过手术治疗可以准确清除患者病变组织,将鼻窦结构变化进行矫正,改善通气功能,提高生活质量。对此,下文选取慢性鼻窦炎患者,探讨鼻内镜手术疗效。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取2021年至2023年医院收治80例慢性鼻窦炎患者为对象,分组资料见表1。

表1 患者资料

| 组别 | n (例) | 男女比例 | 分期 | | |
|------------|----------|--------|-----------|-----------|----------|
| | | | I期 | II期 | III期 |
| 对照组 | 40 | 25:15 | 15 (37.5) | 19 (47.5) | 6 (15.0) |
| 研究组 | 40 | 23:17 | 13 (32.5) | 20 (50.0) | 7 (17.5) |
| χ^2/t | | 0.2083 | 0.2198 | 0.0500 | 0.0918 |
| P | | 0.6480 | 0.6392 | 0.8230 | 0.7618 |

1.2 方法

对照组实施保守治疗:包括鼻腔冲洗,鼻用糖皮质激素喷鼻,减轻窦口粘膜水肿,另外,可以口服粘液促排剂和大环内酯类的抗炎药,少量的大环内酯类的抗炎药,它可以促进慢性鼻窦炎的炎症的愈合,还可以口服中成药来改善症状。

研究组:实施功能性鼻窦内窥手术,术前需进行CT检查,观察患者鼻窦情况,当患者各项指征均满足手术要求后,则给予常规抗感染干预,开始手术治疗。患者在进入到手术室后,给予全麻,并帮助患者调整体位,通常以仰卧位为主,利用鼻内镜,对患者鼻腔内部结构进行详细观察,掌握鼻腔息肉组织位置后,在鼻内镜帮助下进行组织切除,同时切除钩突。接着需要将筛泡进行开放,切除前组筛窦,后组筛窦要求开放,同时切除筛窦板,开放蝶窦,这时上颌窦要求自然口逐渐扩大,将额隐窝进行开放,给予窦腔、窦口病原微生物进行有效清除,但是需保留可以恢复的黏膜,尽量避免对鼻腔正常结构造成破坏。^[2]当手术完成后,利用海绵进行填塞止血,术后2天将海绵取出。

1.3 观察指标

观察评估患者鼻窦改善情况,主要运用SNOT-30评分评估,并配合鼻窦Lund-MMackey评估,分值越低表示鼻窦改善效果越高。评估患者嗅觉功能和鼻腔情况,记录术后并发症发生率,并评估术后患者生活质量。

1.4 统计学分析

SPSS23.0处理分析, χ^2 、 t 检验,并用 $(n/%)$ ($\bar{x}\pm s$)

表示, $P < 0.05$, 则数据有差异。

2 结果

2.1 鼻窦症状改善情况

治疗前后患者鼻窦评分和SNOT-20评分比较见表2。

表2 对比鼻窦评分、SNOT-20评分 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n (例) | 鼻窦评分 | | SNOT-20评分 | |
|----------|----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 7.05±0.88 | 4.52±0.95 | 17.24±3.15 | 10.28±1.56 |
| 研究组 | 40 | 7.09±0.74 | 3.63±0.84 | 17.36±2.89 | 8.17±1.05 |
| <i>t</i> | | 0.2200 | 4.4388 | 0.1775 | 7.0966 |
| <i>P</i> | | 0.8264 | 0.0000 | 0.8595 | 0.0000 |

2.2 鼻腔功能改善情况

鼻腔功能指标比较见表3。

表3 比较患者嗅觉功能、鼻气道阻力、鼻腔容积 ($\bar{x} \pm s$)

| 时间 | 组别 | 嗅觉功能 (分) | 鼻气道阻力 (kpa (L·s)) | 鼻腔容积 (cm ³) | 鼻腔最小 横截面积 (cm ³) |
|-----|----------|-------------|----------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 治疗前 | 对照组 | 1.34±0.15 | 3.04±0.25 | 12.27±1.05 | 0.51±0.11 |
| | 研究组 | 1.37±0.18 | 3.11±0.34 | 12.36±1.08 | 0.53±0.12 |
| | <i>t</i> | 0.8098 | 1.0490 | 0.3779 | 0.7770 |
| | <i>P</i> | 0.4205 | 0.2974 | 0.7065 | 0.4395 |
| 治疗后 | 对照组 | 4.59±0.61 | 1.15±0.22 | 14.08±1.26 | 0.65±0.15 |
| | 研究组 | 5.87±0.52 | 0.63±0.24 | 17.22±2.46 | 0.78±0.11 |
| | <i>t</i> | 10.0996 | 10.1014 | 7.1851 | 4.4201 |
| | <i>P</i> | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |

2.3 并发症发生情况

研究组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

表4 比较并发症发生率 ($n/\%$)

| 组别 | n (例) | 鼻腔 出血 | 感染 | 上颌窦 开口狭小 | 总发 生率 |
|----------|----------|----------|----------|-------------|-----------|
| 对照组 | 40 | 1 (2.50) | 2 (5.00) | 3 (7.50) | 6 (15.00) |
| 研究组 | 40 | 1 (2.50) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (2.50) |
| χ^2 | | | | | 3.9139 |
| <i>P</i> | | | | | 0.0478 |

2.4 生活质量评估

研究组生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。

表5 比较术后生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$)

| 项目 | 对照组 (n = 40) | 研究组 (n = 40) | <i>t</i> | <i>P</i> |
|------|--------------|--------------|----------|----------|
| 躯体疼痛 | 70.25±2.26 | 73.84±3.56 | 5.3845 | 0.0000 |
| 情感职能 | 70.71±2.31 | 73.56±3.87 | 3.9993 | 0.0001 |
| 精神健康 | 71.87±2.22 | 73.51±3.63 | 2.4376 | 0.0171 |
| 生理职能 | 70.86±2.78 | 73.73±3.55 | 4.0256 | 0.0001 |
| 生理功能 | 71.78±2.31 | 73.28±3.81 | 2.1292 | 0.0364 |
| 社会功能 | 71.96±2.29 | 74.24±3.74 | 3.2882 | 0.0015 |
| 活力 | 70.28±2.12 | 73.15±3.25 | 4.6778 | 0.0000 |
| 总体质量 | 71.35±2.09 | 74.09±3.09 | 4.6454 | 0.0000 |

3 讨论

慢性鼻窦炎在临床上极为常见, 会出现头痛、鼻塞、流脓涕、记忆力减退、嗅觉减退等症状, 对患者日常生活及工作造成很大的影响。^[3]其病因十分复杂, 目前普遍认为除了自身的生理功能之外, 过敏、感染、空气污染等也是其致病因素之一。慢性鼻窦炎疾病发生与病情发展过程中, TNF- α 、IL-17属于常见炎症因子指标, TNF- α 具有活化炎症因子的作用, 可导致血管通透性明显提高, IL-17则具有促进中性粒细胞组织成熟的作用, 可以激活多个炎症介质释放, 进而导致机体炎症反应加重。据报道, 在慢性鼻窦炎病人的感知能力显著下降, 而且, 在疾病的发展过程中, 多种炎症因子会对神经上皮细胞和胶质细胞造成伤害, 同时, 炎症因子还会引起组织水肿, 造成裂区阻塞, 感知受体和气体分子的结合受到抑制, 进而影响嗅觉能力。^[4]

鼻内镜手术在治疗慢性鼻窦炎、鼻息肉方面的观念与传统的鼻窦手术相比有了根本性的变化, 其内涵是在鼻内镜的直接观察下, 将病变彻底清除, 改善并重建鼻腔、鼻窦的通气管道, 同时尽可能地保留鼻腔、鼻窦的基本结构, 以实现临床的根治, 而非传统的彻底清除粘膜的根治观念。^[5]除了在鼻腔、鼻窦手术方面的发展之外, 因为相关解剖学、影像学的进步, 鼻内镜外科技在应用领域持续延伸。现在, 它已经被成熟地应用于与鼻眼相关的外科和与颅底有关的外科, 比如鼻内镜下泪囊鼻腔造口治疗泪囊炎, 眶减压术, 视神经减压。此外, 在脑脊液漏修补方面, 因为观察准确、损伤小、避免了开颅, 简化了手术径路和操作, 它成为了脑脊液鼻漏的主要治疗手段。对于脑脊髓瘤等脑脊髓瘤的外科治疗, 采用鼻内窥镜由蝶窦入路, 不但速度快, 而且可显著减少手术时间, 并可减少副作用。

鼻内镜手术在具体操作时, 能够充分利用鼻内镜, 可以获取到清晰手术视野, 以详细了解鼻腔解剖结构, 有助于手术顺利进行, 提高手术操作精细度, 同时可以清晰显示鼻道内部结构与鼻腔结构, 进而可以在手术操作期间, 对鼻窦与鼻腔结构进行保护, 不仅可以充分切除病变组织, 还可以保障其他组织安全, 安全性较高。^[6]另外, 该手术的执行可以对鼻道窦口中的复合体堵塞物进行高效的去除, 从而使得引流得以重新进行, 从而对粘膜起到保护效果, 加速患者的术后康复过程。但是在进行鼻内镜手术时, 应该注意几点情况: (1) 在进行仪器操作的时候, 不能将正常的鼻窦粘膜和鼻腔, 特别是中鼻甲的前外侧, 不然很容易造成鼻腔闭合、粘连等不良后果。(2) 针对窦口开放来说, 并不是开放越大就越

好,具体应该按照患者实际情况决定,比如上颌窦口,若没有遭受真菌感染,则不需要进行全部扩大。(3)在术前,医生要对患者做详细的检查,以明确患者手术指征,并在术后协助患者控制原发病,减少疾病复发率。

综上,鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎疗效确切,可改善预后。

参考文献

[1]李维阁,吴宝俊.鼻内镜手术联合低温等离子刀治疗慢性鼻窦炎的效果及对患者肺通气功能、TNF- α 、IL-17的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(15):95-98.

[2]黄晨辉.鼻内镜术联合糠酸莫米松鼻喷雾剂对鼻窦炎患者炎性反应、鼻黏液纤毛清除功能的影响[J].现代诊断与治疗,2023,34(07):1001-1003.

[3]朱谦,马婕,石崧.鼻内镜手术联合糖皮质激素浸润对慢性鼻窦炎伴鼻息肉患者远期疗效及鼻功能的影响[J].贵州医药,2023,47(02):213-214.

[4]陈丽.轮廓化鼻内镜手术对慢性鼻-鼻窦炎患者鼻黏膜纤毛清除功能及血清炎性因子的影响[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(01):49-51+28.

[5]洪登日.清热通窍汤联合应用功能性鼻内镜手术与轮廓化鼻内镜手术治疗难治性鼻窦炎的临床效果[J].黑龙江中医药,2022,51(02):10-12.

[6]屈慧文,常涛,金建平.鼻内镜手术联合糖皮质激素浸润对慢性鼻窦炎-鼻息肉患者鼻通气及嗅觉功能的影响[J].吉林医学,2022,43(12):3232-3234.