

# 鼻内镜下放射性后鼻孔闭锁成形术

王挥戈 林心强

汕头大学医学院第一附属医院耳鼻喉科—头颈外科(汕头 515041)

【内容提要】 本文报道 8 例鼻内镜下放射性后鼻孔闭锁(Radio - atresia of posterior neres ,RAPN )9 次手术无任何并发症 ,7 例 1 次手术治愈 ,1 例 2 次手术治愈。全部患者随访 3 月~5 年 ,平均 1.2 年 ,成形的后鼻孔直径 0.8cm~1.2cm ,鼻腔通气良好。  
【关键词】 后鼻孔闭锁 ; 放射性 ; 鼻内镜外科 ; 成形术  
中图分类号 R765.9 文献标识 B 文章编号 :1009 - 6604(2003 )05 - 0447 - 02

近年来 ,已有不少文献报道后鼻孔闭锁的鼻内镜外科治疗<sup>[1-3]</sup> ,但鼻咽癌放疗后出现的放射性后鼻孔闭锁(Radio - atresia of posterior nares ,RAPN )及其治疗报道甚少<sup>[4]</sup>。RAPN 一旦发生 ,将严重影响鼻咽癌患者放疗后的生活质量。为探讨鼻内镜下 RAPN 成形术 ,现将我科 1997 年 8 月~2002 年 4 月鼻内镜下 RAPN 成形术 8 例报道如下。

## 临床资料与方法

### 一、一般资料

本组 8 例 ,男 3 例 ,女 5 例。年龄 36 岁~64 岁 ,平均 51 岁。均为鼻咽癌首次放疗后出现双侧后鼻孔闭锁。就诊时均表现为鼻腔不透气 ,起病时间自放疗后半程开始 ,初为鼻腔通气不良 ,随后逐渐加重 ,6 例在放疗结束时 ,2 例在放疗结束后 2 月发展为完全性鼻塞。RAPN 确诊时间为鼻咽癌放疗结束后 3 月~1 年 ,平均 5.2 月 ,其中 3 月以内 2 例 ,3 月~6 月 3 例 ,6 月~1 年 3 例。8 例 RAPN 中 ,7 例第 1 次接受手术治疗 ,1 例鼻腔进路非内窥镜下手术失败。3 例张口困难。全部病例经 CT(水平面 + 冠状面)扫描、鼻内镜检查及手术证实明确诊断 ,其闭锁部位在鼻腔后段至后鼻孔缘 ,闭锁组织主要由中、下鼻甲后段与鼻中隔后段的粘连带和中、下鼻甲后段相互之间的粘连带及这些粘连带之间的膜性软组织构成。闭锁隔膜厚度不均匀 ,厚者在 1.0cm~1.5cm ,薄者仅 0.2cm~0.3cm。术后病理报告闭锁组织为炎性水肿组织和纤维瘢痕组织。

### 二、方法

1.手术器械 带电视监视系统的 Wolf 鼻内镜手术器械 ,包括 0°、30°镜 ;各种开筛钳、组织钳及剪等 ;双极电凝止血器械。  
2.手术方法 1%丁卡因 + 0.4mg 肾上腺素混合液双侧鼻腔表面麻醉 3 次 ,再用 1%利多卡因 10ml 加微量肾上腺素行双侧鼻腔中、下鼻甲后段及蝶腭神经孔附近浸润麻醉。鼻内镜下锐性分离 ,切除中、下鼻甲与鼻中隔后段的粘连带和中、下鼻甲后段相互间的粘连带及这些粘连带之间的膜性软组织隔膜 ,开放后鼻孔 ,视其大小 ,按需切除部分或全部中、下鼻甲后段。若鼻咽部狭小 ,气流仍不畅通 ,需切除鼻咽顶后壁炎性水肿组织或纤维瘢痕组织 ,但应注意不要损伤咽鼓管咽口。成形后的后鼻孔直径应 > 1.0cm。术毕根据情况 ,或行后鼻孔填塞至少 3 周 ,或行后鼻孔“U”型橡皮通气管支撑至少 2 周 ,也可不作后鼻孔填塞。术后鼻腔护理 ,局部用类固醇激素 1 月~3 月。

## 结 果

所有患者无围手术期并发症。7 例 RAPN 1 次手术治愈 ,1 例 RAPN 初次手术后 2 月双侧后鼻孔又完全闭锁 ,鼻内镜检查发现双侧中、下鼻甲后段切除不够 ,鼻咽腔狭小 ,再次在鼻内镜下将剩余的中、下鼻甲后段全部切除 ,并同时切除鼻咽顶后壁的炎性水肿组织及部分纤维组织 ,术后鼻腔、鼻咽部行“U”型橡皮通气管支撑 2 周治愈。全部患者随访 3 月~5 年 ,平均 1.2 年 ,后鼻孔直径维持在 0.8cm~1.2cm ,鼻腔通气良好。

## 讨 论

### 一、鼻内镜下 RAPN 成形术的优点

后鼻孔闭锁分先天性和后天性。后天性多由特殊感染(结核、梅毒、麻风、白喉等)外伤、手术、放射治疗等引起<sup>[2]</sup>。我国是鼻咽癌高发区 ,放射治疗后引起的后鼻孔闭锁并非少见 ,但其治疗却报道甚少<sup>[4]</sup> ,应当引起重视 ,以提高鼻咽癌患者放射治疗后的生活质量。

后鼻孔闭锁成形术是治疗后鼻孔闭锁的有效手段 ,主要手术进路有 :1. 经鼻进路 ;2. 经腭进路 ;3. 经鼻中隔进路 ;4. 经上颌进路。经鼻及经腭进路是目前治疗先天性后鼻孔闭锁的常用进路 ,但对于近期放射治疗的患者 ,在放射野及其邻近区域内进行较大手术 ,术后局部反应重 ,伤口愈合较常人差。经腭进路损伤大 ,易发生口鼻瘘。经鼻进路较简易 ,作者 1997 年报道<sup>[4]</sup> 13 例经鼻进路非内窥镜下 YAG 激光造口术 ,尽管损伤小 ,但术中视野小而深 ,操作十分困难 ,术后后鼻孔护理也极不方便。通过本组 8 例鼻内镜下 RAPN 成形术的临床实践 ,我们认为 ,该术式与传统手术方式相比 ,具有显著的优点 :1. 术前可对 RAPN 的闭锁程度进行详细的评价 ;2. 术中创伤小 ,可在明视下准确、彻底地切除所有的粘连带和闭锁组织 ,并可根据闭锁情况 ,随意构建后鼻孔的大小和形状 ;3. 术后鼻腔、鼻咽部护理十分方便 ,可有效防治再闭锁 ,随访方便。本组 1 例先经本科医生采取经鼻进路非内窥镜下后鼻孔造口术 ,术后患者仍无法通气 ,2 周后在鼻内镜下 RAPN 成形术 ,术中发现原手术因术野的限制 ,仅仅切除了很少一部分后鼻孔闭锁组织。此病例的诊治过程说明鼻内镜下 RAPN 成形术的优越性。

### 二、RAPN 的分类及其临床意义

治疗中作者体会 ,RAPN 不仅与先天性后鼻孔闭锁在闭锁范围和闭锁组织的性质等方面有所不同 ,而且 RAPN 的闭

锁组织本身随着时间的推移其性质与构成也有所不同,这些不同有着重要的临床意义。为此,我们将 RAPN 分为下列三种类型:Ⅰ型:放疗后 3 月内确诊的患者。此型患者鼻腔、鼻咽部存在明显的放射性炎症,粘连带和隔膜组织由高度水肿的软组织构成,表面附有较多的渗出物和渗出物痂,术中易出血,术后鼻腔、鼻咽部组织水肿明显,渗出物多。Ⅱ型:放疗后 3 月~6 月内确诊的患者。此型患者鼻腔、鼻咽部仍存在一定程度的放射性炎症,粘连带和闭锁隔膜组织由炎性软组织和纤维组织混合构成,渗出物和渗出物痂较少,术中出血少,术后组织反应比Ⅰ型轻。Ⅲ型:放疗后 6 月以上确诊的患者。此型患者鼻腔、鼻咽部粘膜放射性炎症已基本消退,粘膜较干燥,粘连带和闭锁隔膜组织主要由纤维瘢痕组织构成,质较韧,术中出血微量,术后组织反应轻。

作者认为,不同类型的 RAPN 应采取不同的围手术期处理策略和措施,以提高手术质量,为患者提供更个性化的治疗。就Ⅰ型 RAPN 而言,根据上述组织病理学特征和作者的治疗经验,最好暂缓手术,采取对症的保守治疗措施,待转入Ⅱ型 RAPN 后再行鼻内镜下的手术治疗。如果患者坚决要求手术解除鼻塞症状,则围手术期要进行特殊处理:术前 5 天~7 天用大剂量类固醇激素抗炎消肿,减轻水肿,术中采取“矫枉过正”的策略,彻底切除粘连带、闭锁隔膜组织及周围明显的炎症水肿组织,往往要切除全部中、下鼻甲后段,使成形的后鼻孔尽可能大,以防术后渗出物多,组织水肿重而再次出现闭锁,术后用足够大的后鼻孔纱球填塞、支撑后鼻孔至少 3 周,取出填塞物后要加强对鼻腔护理,局部用类固醇

激素 3 个月。本组 2 例Ⅰ型 RAPN 按照这种特殊的围手术期处理要求进行手术,虽然获得成功,但作者体会到整个围手术期处理比较烦琐费时,而且其中 1 例首次手术比较仓促,围手术期未按要求进行严格的特殊处理,故手术失败,再次手术时围手术期处理得当,手术才获得成功。由此看来,确实不宜提倡Ⅰ型 RAPN 的手术治疗。就Ⅱ型 RAPN 而言,术前可以不应用类固醇激素治疗,术中除彻底切除粘连带、闭锁隔膜组织外,只需切除部分中、下鼻甲后段,成形后的后鼻孔直径在 1.2cm 左右即可,术后鼻腔、鼻咽部用“U”型橡皮通气导管支撑 2 周,取出后鼻腔护理,局部应用类固醇激素 2 个月。就Ⅲ型 RAPN 而言,术前无须特殊处理,术中一般只需彻底切除粘连带、闭锁隔膜组织及粘连带附近的少许中、下鼻甲,成形后的后鼻孔直径在 0.8cm~1.0cm 即可,创面彻底止血后,不必填塞鼻腔,但仍需鼻腔护理,局部用类固醇激素 1 个月。

参 考 文 献

1 林尚谔(综述).先天性后鼻孔闭锁.国外医学耳鼻喉科分册,1995,19:82-86.

2 李太长(综述).经鼻内镜后鼻孔造口术.国外医学耳鼻喉科分册,1996,20:84-86.

3 韩德民主编.内窥镜鼻窦外科学.北京:人民卫生出版社,2001.157-160.

4 陈少茹,王挥戈,林志雄,等.放射性后鼻孔闭锁及 YAG 激光造口术.华西医学,1997,12:385-386. ( 收稿日期:2002-11-26 )

( 修回日期:2003-02-10 )

(上接第 421 页)

表 2 LAVH 组与 TVH 组术中术后情况比较(  $\bar{x} \pm s$  )

组别	手术时间( min )	术中出血量( ml )	子宫重量( g )	术后病率	术后住院日( d )	手术成功率
LAVH 组( n = 47 )	147 ± 5	386 ± 36	194 ± 28	2( 4.3% )	5.1 ± 1.1	97.9%( 47/48 )
TVH 组( n = 27 )	86 ± 2	300 ± 50	130 ± 21	1( 3.7% )	5.5 ± 0.5	84.4%( 27/32 )
t/ $\chi^2$ 值	60.529	8.560	10.315	0.000	-1.783	5.075
P 值	0.000	0.000	0.000	1.000	0.079	0.024

讨 论

LAVH 组手术时间、术中出血量、切除的子宫重量及手术成功率与 TVH 组有显著差异(  $P = 0.000$  ,  $P = 0.024$  )。在手术成功率、适应证方面, LAVH 组明显优于 TVH 组,而术中出血量、手术时间, TVH 组明显少于 LAVH 组(  $t = 60.529$  ,  $P = 0.000$  ;  $t = 8.560$  ,  $P = 0.000$  )。而术后病率、术后住院日无显著差异(  $\chi^2 = 0.000$  ,  $P = 1.000$  ;  $t = -1.783$  ,  $P = 0.079$  )。在进行 LAVH 操作时,不要求操作步骤一成不变。对产次少、阴道暴露相对困难的患者,处理子宫血管、分离膀胱腹膜反折、切开阴道前后穹窿、缝合腹膜等手术步骤可在腹腔镜下进行。而对产次多、阴道易暴露的患者,可在腹腔镜下处理附件后转阴道操作,因为熟悉阴式子宫切除的医师,经阴道分离膀胱腹膜反折、处理子宫血管、缝合腹膜比在腹腔镜下操作快、并发症少。

本组结果表明 LAVH 手术成功率明显高于

TVH,扩大 TVH 的适应证,使部分有 TVH 禁忌证,如合并子宫内膜异位症,盆腔粘连,子宫峡部肌瘤,子宫 > 孕 12 周以及合并附件病变经阴道处理有困难者行 LAVH,是一种很可取的子宫切除式<sup>[1]</sup>。但下列情况时不考虑或慎重考虑进行 LAVH:阴道狭窄,不能进行阴道手术;严重的子宫内膜异位症;盆腔严重粘连。但 LAVH 不能完全替代 TVH 和 TAH。TVH 创伤小、恢复快,手术时间短,因此应从减小创伤、缩短手术时间、节约费用出发,能行 TVH 者,没有必要行 LAVH<sup>[2]</sup>。因此,严格掌握手术指征、适当选择病例,是提高 LAVH 和 TVH 成功率的关键。

参 考 文 献

1 刘彦主编.实用妇科腹腔镜手术学.北京:科学技术文献出版社,1999.159-163.

2 林金芳,冯继冲,丁爱华,主编.实用妇科内镜学.上海:复旦大学出版社,上海医科大学出版社,2001.278-283.

( 收稿日期:2003-05-28 )

( 修回日期:2003-08-12 )