

所述,除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎临床效果确切,通过健脾祛湿,达到缓解机体湿热内盛的状态,以促进整体症状的消除,从根本上调整身体机能,促进患者康复,且安全性高。

参考文献

[1]钟新忠,李可.加减除湿胃苓汤治疗脂溢性皮炎临床疗效观察[J].亚太传统医药,2010,6(9):31-32

[2]黄瑾.自拟清热除湿汤治疗脂溢性皮炎(湿热内盛型)疗效分析[J].四川中医,2015,34(6):132-133

[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.158

[4]邢建军,杨光艳,段逸群.除湿胃苓汤加减方联合复方甘草酸苷治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹 30 例[J].中国中西医结合皮肤性病学期

志,2011,10(6):369-370

[5]李桂香.龙胆泻肝汤加减治疗脾胃湿热型面部脂溢性皮炎疗效观察[J].内蒙古中医药,2012,31(5):12

[6]林春生.湿热内盛型脂溢性皮炎的临床中医药治疗方法及疗效评价[J].中外医疗,2017,36(4):20-22

[7]江丽莹,顾民华,陈惠娟,等.知柏地黄汤加减治疗脂溢性皮炎临床研究[J].中医学报,2015,30(6):898-900

[8]王丽,林少健.中药内服加颠倒散外敷治疗面部脂溢性皮炎脾胃湿热证 40 例疗效观察[J].四川中医,2008,26(5):103-104

[9]秦录.中西医结合治疗血热风燥型面部脂溢性皮炎 63 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(12):61-62

[10]康兰瑞,李雪冬.清热除湿汤治疗湿热内盛型脂溢性皮炎 48 例疗效观察[J].北京中医药,2011,30(12):940-941

(收稿日期: 2017-07-01)

鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床分析

孙爱东 练状 程泽星# 庄远岭

(扬州大学附属医院耳鼻咽喉科 江苏扬州 225000)

摘要:目的:分析鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床效果。方法:选取 2016 年 2 月~2017 年 2 月在我院进行鼻中隔矫正术治疗的患者 160 例,按照随机数字表法分为切除组和保留组,每组 80 例。切除组采用鼻中隔软骨切除矫正术治疗,保留组则采用鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术治疗。比较两组的手术治疗效果、手术操作时间、手术过程出血、术后拆线时间和患者鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率。结果:保留组的手术治疗效果优于切除组,差异有统计学意义, $P<0.05$;保留组的手术操作时间、手术过程出血、术后拆线时间均少于切除组,差异有统计学意义, $P<0.05$;保留组患者的鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率低于切除组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术临床效果确切,可有效缩短手术操作时间和术后拆线时间,减少手术过程出血,降低鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率,提升治疗效果。

关键词:鼻中隔矫正术;鼻内镜;鼻中隔软骨;临床效果

中图分类号:R765.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.030

鼻中隔偏曲是指鼻中隔偏离中线,向局部或一侧、双侧弯曲、突起的疾病,是一种常见的鼻功能障碍疾病,患者会出现鼻塞、头晕等各种临床症状。鼻中隔矫正术可对鼻中隔偏曲进行有效治疗。随着微创技术的不断发展,鼻内镜手术也得到了相应的发展,具有术野清晰、操作灵活和适用性强等特点和优势,鼻内镜下鼻中隔矫正术逐渐取代了传统额镜下鼻中隔矫正术,成为了治疗鼻中隔偏曲的首选术式^[1]。本研究分析了鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月~2017 年 2 月在我院进行鼻中隔矫正术治疗的患者 160 例,按照随机数字表法分为切除组和保留组,每组 80 例。保留组中男 44 例,女 36 例;年龄 21~65 岁,平均年龄(37.18±4.12)岁;骨部偏曲 26 例,混合性偏曲 10 例,软骨部偏曲 44 例。切除组中男 46 例,女 34 例;年龄 22~65 岁,平均年龄(37.65±4.92)岁;骨部偏曲 26 例,混合性偏曲 11 例,软骨部偏曲 43 例。两

组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 切除组 采用鼻中隔软骨切除鼻中隔矫正术。采用全身麻醉,鼻腔用生理盐水、肾上腺素收缩,在鼻内镜下对患者鼻中隔偏曲的情况进行观察,并在鼻中隔左侧作一切口,将鼻中隔左侧的黏软骨膜前后彻底分离,并在软骨前端将软骨切开,并将对侧黏软骨膜彻底分离,暴露鼻中隔处偏曲骨嵴,去除骨质后,用生理盐水完成对术腔的冲洗,最后对切口进行间断缝合。

1.2.2 保留组 采用鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术。收缩鼻腔的方法同切除组,于鼻中隔前端凹陷处作一切口,并将同侧中隔软骨膜和软骨连接分离,从切口处将软骨切透,进入对侧,将鼻中隔黏软骨膜彻底分离,形成鼻中隔软骨顶端连接。若软骨自身不弯曲,可将其顶端作为旋转轴,移到中间位置;若软骨自身弯曲,可不进行间断切割,在降低张力后移到中间位置。用切削钻头打磨筛骨垂直

通讯作者:程泽星, E-mail: 3227954127@qq.com

板和犁骨后,从鼻中隔内外双侧移位,用生理盐水冲洗术腔,最后,间断缝合切口。

1.3 观察指标 观察比较两组的手术治疗效果、手术操作时间、手术过程出血、术后拆线时间和患者鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率。显效:症状消失,经 X 线检查鼻中隔位置居中,鼻腔通畅,中鼻甲和下鼻甲与鼻中隔不接触;有效:症状改善,鼻内镜可见沟通前缘和中鼻甲前端,症状减轻;无效:未达到上述标准,鼻中隔偏曲纠正不良,鼻腔通气无改善,症状无明显减轻。总有效率为显效与有效百分率之和^[2]。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS16.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术治疗效果比较 保留组的手术治疗效果优于切除组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术治疗效果比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
切除组	80	19	41	20	75.00
保留组	80	36	38	6	92.50
χ^2					4.501
P					0.034

2.2 两组并发症发生率比较 保留组的鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症发生率低于切除组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较

组别	n	鼻中隔穿孔(例)	鞍鼻(例)	鼻腔黏膜反应(例)	发生率(%)
切除组	80	1	3	4	10.00
保留组	80	0	0	1	1.25
χ^2					0.000
P					1.000

2.3 两组手术操作时间、手术过程出血和术后拆线时间比较 保留组的手术操作时间、手术过程出血和术后拆线时间均少于切除组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组手术操作时间、手术过程出血和术后拆线时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术操作时间(min)	手术过程出血(ml)	术后拆线时间(d)
切除组	80	58.39±2.23	7.31±3.24	8.68±2.13
保留组	80	38.51±1.21	2.51±0.35	5.14±1.21
χ^2		8.257	9.144	10.724
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

鼻中隔矫正术是治疗鼻中隔偏曲的有效手段,可缓解鼻中隔偏曲所致的鼻窦炎、鼻塞和头痛等症状。鼻中隔偏曲多由外伤引发,症状严重者会影响鼻部美观,并引发鼻出血和呼吸困难等症状,严重影响患者生活和工作。鼻中隔软骨是鼻中隔支架中的重要结构,在矫正鼻中隔偏曲手术中,若切除太多鼻中隔软骨,会导致鼻中隔硬度不足,出现呼吸摆动现象,还可能引发鼻中隔穿孔。

鼻中隔受力部位主要包括三条张力曲线以及三个核心区域,采用鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术,可对侧黏膜下进行局限条状切除以实现有效减张,并可有效保留鼻中隔软骨,减少创伤、对黏骨膜的分离和出血,保证鼻中隔血运良好。相对于传统的鼻中隔软骨切除鼻中隔矫正术来说,鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术表现出了极大的优势。首先,手术具有微创性,可保持鼻中隔硬度和厚度,预防塌鼻、鞍鼻及鼻中隔穿孔等并发症发生,还可最大限度地保留鼻中隔支撑,预防术后鼻中隔摆动或变形的发生^[5-6]。此外,鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术采用的是动力切削系统,可保留更多骨性组织,还能对骨性偏曲彻底矫正,实现骨质有效移位。总的来说,鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术操作规范,具有较高的可行性,可有效改善鼻腔黏膜形态和生理功能^[7-8]。

综上所述,鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术临床效果确切,可有效缩短手术操作时间和术后拆线时间,减少手术过程出血,降低鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率,提升治疗效果。

参考文献

- [1] 邓忠,谭东辉,罗铭华,等.鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术 128 例临床分析[J].中国耳鼻喉颅底外科杂志,2014,20(4):354-355
- [2] 周兵,黄谦,崔顺九,等.内镜下经鼻泪前隐窝入路切除翼腭窝及颞下窝神经鞘瘤[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(10):802-806
- [3] 蒋晋安,张少强,徐大道.保留部分钩突的鼻内镜鼻窦手术 40 例临床观察[J].重庆医学,2010,39(3):273-274
- [4] 麻宁,陈付华,郭欣.鼻内镜下保留鼻中隔粘膜瓣的鼻中隔结节切除[J].四川医学,2011,32(5):717-718

(收稿日期:2017-04-20)

(上接第 18 页)患者神经功能。

参考文献

- [1] 张亮,刘亚杰,贺熊军,等.DC62E+微颗粒水平与急性脑梗死患者病情严重程度、预后及血管危险因素关系[J].中华神经医学杂志,2014,13(4):388-392
- [2] 陆吕平,张国庆,顾伯林,等.中西医结合治疗对缺血性脑卒中老年患者的 BARTHTEL 指数评分、神经功能缺损评分及血液流变学的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(1):83-85

- [1] 汪悦,邵青,瞿海斌,等.丹红注射液多元指纹图谱及多成分定量分析研究[J].中草药,2014,45(4):490-497
- [2] 田琴,田文芳,李延年.丹红注射液联合奥拉西坦治疗脑梗塞的疗效分析[J].西部医学,2016,28(2):234-237
- [3] 高江飞.丹红注射液联合血府逐瘀胶囊治疗脑梗死 50 例的疗效研究[J].医学临床研究,2016,33(10):2035-2037

(收稿日期:2017-04-22)