



鼻内镜下两种不同径路治疗真菌性上颌窦炎疗效分析

王善明 (湖南航天医院五官科 湖南长沙 410205)

摘要:目的 观察鼻内镜下两种不同径路治疗真菌性上颌窦炎疗效。方法 选取我院68例(2013年10月20日到2016年10月20日期间), 将其依据随机分组原则, 分为对照组(采用单纯鼻内镜中鼻道径路手术治疗)、观察组(采用双径路手术治疗), 各34例, 对比2组患者复发情况及治疗效果。结果 观察组患者的复发率为2.94%, 低于对照组, $P < 0.05$ 。观察组患者的治疗效果数据为(97.06%), 优于对照组, $P < 0.05$ 。结论 采用双径路手术治疗真菌性上颌窦炎患者, 具有显著的效果, 且复发率较低, 值得研究。

关键词: 鼻内镜 两种不同径路 真菌性上颌窦炎

中图分类号: R765.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)10-021-02

真菌性上颌窦炎为临床上常见的疾病, 主要是由于人体鼻腔内遭到真菌的侵犯所致的一种特异性疾病。近年来, 随着我国激素及抗生素等药物的不断发展, 从而导致真菌性上颌窦炎的发病率呈逐渐上升趋势, 若不及时采取有效的治疗, 严重影响了患者的生活质量及身心健康。目前临床上对于该疾病的手术路径讨论较多, 主要包括单纯鼻内镜中鼻道径路及双径路, 其中双径路手术治疗具有显著效果^[1]。本文当中, 对本院2013—2016年收治的真菌性上颌窦炎患者展开研究, 寻求适宜的治疗方案, 见正文描述。

1 资料、方法

1.1 资料

选取在我院治疗真菌性上颌窦炎患者(共收集68例), 所选时间属于2013.10.20日-2016.10.20日期间, 将这68例真菌性上颌窦炎患者进行分组, 分为观察组、对照组这2组, 34例为一组。

观察组——男、女性患者占比各为15、19例; 年龄范围上限值: 68岁, 下限值20岁, 年龄平均值(44.34±2.13)岁。

对照组——男、女性患者占比各为14、20例; 年龄范围上限值: 68岁, 下限值19岁, 年龄平均值(43.59±1.32)岁。

对比2组真菌性上颌窦炎患者的各项资料数据差别较小($P > 0.05$), 由于其对比性不强, 则2组可以实施对比研究。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

对患者实施全麻或局麻的方式在鼻内镜下实施手术: 对于鼻中隔偏曲者应对其于鼻内镜下实施鼻中隔偏曲矫正术; 对于中鼻甲反向弯曲者则需对其采取骨折外移固定术, 首先将中鼻甲采用剥离器向内推移, 后将其中鼻道进行开放; 对于中鼻甲肥大者应对其采取肥大中鼻甲外侧部分端进行切除; 对于泡状中鼻甲或鼻息肉者, 应将其鼻道息肉组织进行清除。

对照组。本组真菌性上颌窦炎患者采用单纯鼻内镜中鼻道径路手术治疗(将患者上颌窦窦口进行开放, 并将其窦腔内泥沙样分泌物进行清除。对患者上颌窦腔内采用碳酸氢钠(5%)及弯头吸引器进行冲洗, 共清洗3次, 术后将膨胀海绵填塞至患者下鼻道及中鼻道内, 对所有患者均未使用抗真菌药物, 术后2天即可将膨胀海绵取出, 叮嘱患者在出院后定期对鼻腔进行清理, 并对其窦腔采用碳酸氢钠进行冲洗)。

观察组真菌性上颌窦炎患者采取双径路手术治疗——于鼻镜下采用下鼻道联合路径手术, 将患者中鼻道处将钩突进行切除, 并将其上颌窦窦口进行开放, 长度为1.5cm, 若患者筛泡肥大则需将其进行切除, 将患者下鼻甲骨折进行内移, 将其下鼻道组织充分暴露出来, 作下鼻道常规穿刺点的穿刺操作, 将自穿刺口向四周进行扩大, 将开窗距离设为1.5cm/1.5cm^[2]。在实施操作时应避免对其鼻泪管造成损伤, 若患者上颌窦内侧壁骨质较硬, 可采用反张钳协助其进行开窗, 于0°及70°的内镜下采用切割器及弯头吸引器从患者中下鼻道上颌窦开窗口将窦腔内角的霉菌团块进行彻底的清除, 并将开窗口的窦腔黏膜进行保留。

1.3 观察指标

观察2组真菌性上颌窦炎患者的复发情况。

观察2组真菌性上颌窦炎患者的治疗效果(治愈: 患者经治疗后,

临床症状均完全消失, 且鼻部功能未出现异常。好转: 患者经治疗后, 临床症状得到改善, 鼻部功能基本恢复。无效: 患者经治疗后, 上述现象均未发生任何改变)。

1.4 统计学处理

用“%”的形式, 表示2组真菌性上颌窦炎患者复发率及治疗效果, 并用卡方值检验, 在用SPSS20.0软件核对后, 当2组真菌性上颌窦炎患者的各指标数据有差别时, 用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 2组对比复发率

观察组患者的复发率为2.94%, 低于对照组20.59%, 2组数据存在高度的对比性, $P < 0.05$, 如表1:

表1. 对比2组患者的复发情况(%)

组别	例数	复发例数	复发率
观察组	34	1	2.94%
对照组	34	7	20.59%

注: Δ 优于对照组, P 值小于0.05。

2.2 比较2组的治疗效果

观察组患者的治疗效果数据为(97.06%), 优于对照组64.71%, $P < 0.05$ 。如表2:

表2. 2组患者的治疗效果(%)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
观察组	34	20	13	1	97.06%
对照组	34	10	12	12	64.71%

注: Δ 优于对照组, P 值小于0.05。

3 讨论

真菌为临床上一种常见的条件致病菌, 能够长时间存在于健康人的鼻腔黏膜表面及鼻腔内, 但不会引起任何不适症状^[3]。有研究认为, 长期滥用糖皮质激素、化疗、放疗、免疫抑制剂或抗生素为导致真菌发生的重要原因, 且还可发生在肺结核、糖尿病等慢性疾病中。临床上大量资料显示, 除以上因素外, 还与鼻部病变有关, 如下鼻甲肥大、息肉变样、中鼻甲肥大、鼻中隔偏曲及鼻息肉所引起的窦口阻塞, 由于鼻部环境潮湿且低氧, PH值出现下降, 从而为真菌提供了良好的入侵机会^[4]。

临床上对于真菌性上颌窦炎患者的治疗原则是将患者病变黏膜、骨质及真菌团块进行清除, 从而使其黏膜纤毛及鼻窦通气功能得到恢复。而手术方式应根据患者病变情况进行选择, 临床上常见的手术方式为鼻内镜微创手术, 而鼻内镜主要包括两种手术径路——单纯鼻内镜中鼻道径路及鼻道联合路径^[5]。将患者鼻内镜中鼻道与上颌窦口进行开放并结合使用0°、70°内径, 能够对患者内侧壁、顶壁、上颌窦外侧壁及后壁进行观察, 但对于患者齿槽隐窝、前下壁及泪前隐窝部位仍存在盲区, 易导致患者病情出现复发的现象^[6]。从本次数据可见, 采用单纯鼻内镜中鼻道径路复发率为20.59%, 而采用鼻道联合路径复发率仅为2.94%, 其原因是由于在复查的过程中未能对其采用鼻内镜下清理鼻腔鼻窦组织所致。由此可见, 采用鼻道联合路径实施手

(下转第25页)



大的患者^[5]。而微创介入手术主要机制为阻断肌瘤血供,使肌瘤出现缺血坏死,进而被吸收或消融^[6]。有研究表明,介入手术栓塞子宫动脉仅会引起病变肌瘤的坏死,而子宫体的血运不受影响。从本研究中可明显看出,疗程结束后介入组总有效率为(91.25%),药物组为(78.57%),两组相比具有统计学意义($P < 0.05$)。术前从子宫及肌瘤平均大小来看,明显差异无统计学意义($P > 0.05$)具有可比性。术后介入组与药物组子宫及肌瘤大小均明显缩小,但介入组效果明显优于药物组,具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗中及治疗后两组均出现不同程度的恶心呕吐、少腹疼痛、乏力、阴道出血不规则等不良反应,介入组出现3例、1例、1例、1例总计6例(7.5%),药物组出现8例、12例、9例、13例总计42例(60%),两组相比具有统计学意义($P < 0.05$)。笔者认为若患者症状明显或彩超显示肿瘤体积较大,或患者迫切需要手术介入治疗且费用可以接受,可以选择介入治疗这种疗效好起效迅速的治疗方式。若患者本身症状不明显或彩超示肌瘤、腺肌瘤体积不大的情况下,又无时间及经济支持,可以选择不需住院治疗的药物治疗^[7-9]。研究结果与岳勇研究结果相近^[10]。

综上所述对于患有子宫肌瘤及腺肌瘤的患者,采用介入治疗与药物治疗均可有可观的治疗效果,其中介入治疗疗效更优,在药物治疗效果不佳或急于减轻病症的患者,可首选介入治疗。但本文研究样本量少,仍有一定的局限性,希望临床应用此资料,增加研究样本,以明确药物及介入治疗对子宫肌瘤及腺肌瘤的治疗效果。

参考文献

[1] 王瑞敏,侯懿.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].重庆医学,2014,43(7):852-853.

[2] 韩桂玲.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].中国继续医学教育,2016,8(7):132-133.

[3] 郭玉琳.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与传统开腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤疗效比较研究[J].陕西医学杂志,2016,45(7):824-826.

[4] 谢秀玲.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(19):2432-2433.

[5] 刘文博,陈玲玲,曹丽娟.外周血基质金属蛋白酶-9和血管内皮生长因子检测在子宫肌瘤早期诊断中的应用研究[J].中国实验诊断学,2015,19(6):983-984.

[6] 孙华萍.胰岛素样生长因子-I及雌激素受体在绝经后子宫肌瘤中的表达[J].中国医药指南,2013,11(12):167-168.

[7] Marsh E E, Chibber S, Wu J, et al. Epidermal growth factor-containing fibulin-like extracellular matrix protein 1 expression and regulation in uterine leiomyoma[J]. Fertil Steril, 2016, 105(4): 1070-1075.

[8] 朱智红.子宫动脉栓塞与子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤疗效对比分析[J].中国中医药科技,2015,7(2):244-246.

[9] 刘建华.中药方剂与米非司酮联合治疗子宫肌瘤效果分析[J].广东微量元素科学,2015,22(5):51-53.

[10] 岳勇.米非司酮治疗子宫肌瘤临床疗效研究[J].中国实用医药,2013,4(28):57-58.

(上接第21页)

术能够有效降低临床复发率,且具有显著效果。

通过本次研究,观察组患者的复发率为2.94%,低于对照组20.59%,2组数据存在高度的对比性, P 值 < 0.05 。观察组患者的治疗效果数据为(97.06%),优于对照组64.71%, $P < 0.05$ 。

综上所述,采用鼻道联合路径实施手术具有显著效果,且对降低临床复发率具有重要作用,值得进一步推广。

参考文献

[1] 刘雄光,周庆,苏宇宁等.两种不同的手术方式治疗真菌性鼻-鼻窦炎的[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2015,20(5):416-419.

[2] 蓝嘉芳,李玲波.两种径路治疗真菌性上颌窦炎的临床观察[J].医学信息,2014,14(11):196-197.

[3] 朱发梅,郑家法,陈祖尧等.鼻内镜下两种不同径路治疗真菌性上颌窦炎疗效分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2014,10(6):23-25.

[4] 张建耀,杨蓓蓓.双径路鼻内镜下治疗真菌性上颌窦炎[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2015,19(24):1134-1135.

[5] 何超,戴熙善,李国义等.鼻内镜下双径路治疗真菌性上颌窦炎[J].中国内镜杂志,2015,13(12):1327-1329.

[6] 李晓华,孙建设,曾斌等.鼻内镜双径路手术治疗真菌性上颌窦炎[J].南昌大学学报(医学版),2016,52(11):43-45.

(上接第22页)

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

3 讨论

经过研究可以看出,研究组的患者经过以奥马哈系统为依据实施的延续性护理之后,其自主护理能力明显高于对照组的患者,应为奥马哈系统重点就在于培养患者的自主护理能力,提高患者的自我管理意识;而经过这样的护理之后,患者的身体状况以及疾病的治疗效果都能够得到一定的改善,也就使得患者对护理工作的满意程度有所提高。总而言之,奥马哈系统在泌尿造口患者的延续护理中具有一定的

积极作用。

参考文献

[1] 苏晓萍,张丽萍,李毅宁.奥马哈系统在泌尿造口患者延续护理中的应用和效果评价[J].中华护理杂志,2016,04:389-394.

[2] 周晶,乔桂圆,李静芝,郝建波.以奥马哈系统为框架的颈椎病患者延续护理[J].广东医学,2016,10:1585-1588.

[3] 张碧群,古玉华,刘建莉.以奥马哈系统为理论依据的泌尿造口患者延续护理方案的价值[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,03:367-368.

(上接第23页)

守治疗,若保守治疗无效,需在患者生命体征稳定后及早实施手术治疗,以提升患者治疗效果。

综上,急性肠梗阻保守治疗无效后早期实施手术治疗效果更优,可及早控制患者病情,减少患者术后并发症发生,促进患者及早恢复,运用价值高。

参考文献

[1] 王志伟,高超英,张墨缘,等.结肠癌所致急性肠梗阻患者手术时机及术式的选择对疗效的影响[J].临床和实验医学杂志,

2014,13(4):325-327.

[2] 何俊,钱晨,陈国庆,等.急性肠梗阻患者不同手术时机的效果及并发症的研究[J].实用临床医药杂志,2015,19(5):57-59,63.

[3] 陆耀,陈大伟,龚庆豪,等.不同手术时机对急性肠梗阻治疗效果与安全性的影响[J].现代仪器与医疗,2016,22(5):98-99,68.

[4] 袁甫军.急性肠梗阻治疗中不同手术时机的临床疗效分析[J].基层医学论坛,2014,15(22):2903-2904.

[5] 刘海源.不同手术时机治疗急性肠梗阻临床比较[J].中国乡村医药,2014,21(15):23-24.