

# 愈鼻液冲洗对鼻内镜术后鼻腔、鼻窦黏膜恢复的影响

张晓辉, 陈爱君, 王雪萍, 蒲成栋

天水市中西医结合医院, 甘肃 天水 741020

**[摘要]** 目的: 观察中药制剂鼻腔冲洗对鼻内镜术后鼻腔、鼻窦黏膜恢复的影响。方法: 将鼻内镜手术患者 40 例随机分成 2 组各 20 例。治疗组术后采用中药制剂愈鼻液进行鼻腔冲洗, 对照组术后采用生理盐水进行鼻腔冲洗。分别于术后 14、21、30、60、90 天在鼻内镜下作 Lund-kennedy 评分评价疗效。结果: 术后 21、28、60、90 天, 治疗组 Lund-kennedy 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 愈鼻液鼻腔冲洗对术后鼻腔黏膜的恢复疗效比生理盐水更好, 值得临床推广。

**[关键词]** 慢性鼻-鼻窦炎; 愈鼻液; 鼻腔冲洗; 黏膜恢复

**[中图分类号]** R765.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0167-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.073

慢性鼻-鼻窦炎是鼻科常见病、多发病, 是鼻腔及鼻窦的非特异性炎症, 在我国城乡发病率均较高。其病因有感染因素、变态反应因素、鼻腔及鼻窦的特殊解剖结构等。目前, 对规范药物治疗无效的病例则需手术治疗, 手术方法因鼻内镜的应用而发生革命性的变化, 现多采用功能性鼻内镜手术(fess), 并配合全身及局部用药, 使得慢性鼻-鼻窦炎的治愈率有了很大的提高。但术后鼻腔、鼻窦的黏膜水肿、渗出、出血、肉芽增生、感染、粘连、黏膜纤毛功能障碍、黏膜免疫功能下降、术腔黏膜上皮化不良等因素严重影响了治愈率, 并引起一些术后并发症, 是手术失败的重要原因之一。术后规范的药物治疗、鼻腔清理换药、鼻腔冲洗和随访, 是提高治愈率、减少复发的关键。近年来, 鼻腔冲洗已被越来越多的医师认可。目前国内较多使用生理盐水或生理盐水加抗生素冲洗鼻腔<sup>[1]</sup>, 临床上有一定的疗效。临床中, 笔者应用中药制剂进行鼻腔术后冲洗治疗, 收到较好疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 病例均来源于 2012 年 6 月—2013 年 12 月在本院诊断为慢性鼻-鼻窦炎而住院手术治疗的患者。所有患者随机分为 2 组各 20 例。治疗组男 12 例, 女 8 例; 年龄 24~67 岁; 病程 7 月~10 年。对照组男 11 例, 女 9 例; 年龄 19~65 岁; 病程 8 月~9 年。2 组患者在年龄、性别、病程等方面比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《慢性鼻-鼻窦炎的诊疗指南(2008 年, 南昌)》<sup>[2]</sup>中相关标准。症状: ①主要症状: 鼻塞, 黏性或黏脓性鼻涕; ②次要症状: 头面部胀痛, 嗅觉减退或丧

失。检查: ①鼻内镜检查: 来源于中鼻道、嗅裂的黏性或黏脓性分泌物, 鼻黏膜充血、水肿或有息肉; ②影像学检查: 鼻窦 CT 扫描显示窦口鼻道复合体和(或)鼻窦黏膜炎性病变。诊断时以上述 2 种或 2 种以上相关症状为依据, 其中主要症状中的鼻塞、黏性或黏脓性鼻涕必具其一, 并结合鼻内镜检查和(或)鼻窦 CT 扫描结果作出诊断。

## 2 治疗方法

2.1 手术治疗 采用局麻或全麻方式, 所有病例均采用 Merssklinger 术式, 在鼻内镜下切除病变组织, 切除钩突, 开放病变的鼻窦, 并尽可能地保护黏膜组织; 合并鼻中隔偏曲或下鼻甲肥大者, 同期行鼻中隔矫正术, 下鼻甲骨折外移术或下鼻甲部分切除术。术后常规应用抗生素 3 天, 术后 48 h 抽出填塞的油纱条; 少量出血者可不予处理, 出血较多者, 可用麻黄素棉片止血。2 组患者均于术后第 7 天开始第一次术腔清理, 并开始应用冲洗液冲洗鼻腔。此后每周评估 1 次, 评估后进行适当术腔清理, 术后前 2 周每天冲洗 2 次, 每次 250 mL; 第 3 周开始每天冲洗 1 次, 每次 250 mL, 连续冲洗 28 天。2 组患者均于第 1 次清理鼻腔后给予丙酸倍氯米松鼻气雾剂喷鼻, 每天 2 次, 应用 12 周。

2.2 治疗组 采用自拟愈鼻液冲洗。处方: 苍耳子、辛夷花各(包煎)12 g, 黄芪、鱼腥草各 15 g, 白芷、川芎、桔梗、茯苓各 10 g, 白及、薄荷(后下)、甘草各 6 g。制备: 将上述药物加冷水 1000 mL 浸渍 30 min, 水煎 2 次, 经沉淀, 过滤取上清液 500 mL, 装瓶灭菌备用。由医护人员对患者进行相关指导, 教会其冲洗方法。具体方法: 用鼻腔冲洗器的橄榄头伸

[收稿日期] 2016-02-09

[作者简介] 张晓辉 (1973-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合耳鼻咽喉-头颈外科学。

入一侧鼻腔的前鼻孔,挤压橡皮球将药液喷入鼻腔,药液会从另一侧鼻腔流出,同法冲洗另一侧。

2.2 对照组 用生理盐水冲洗,操作方法、疗程同治疗组。

### 3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 于术后14、21、28、60、90天观察术腔是否有息肉、黏膜水肿情况、有无鼻漏、瘢痕形成、结痂等情况。上述观察项目采用鼻内镜检查量化评估Lund-kennedy评分<sup>[9]</sup>,记录2组鼻内镜检查量化评分。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0软件进行统计学分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《慢性鼻-鼻窦炎的诊断与治疗指南(2008年,南昌)》<sup>[2]</sup>中相关标准。采用鼻内镜检查量化评估Lund-Kennedy评分法,评分标准:①息肉:0=无息肉,1=有息肉仅在中鼻道,2=有息肉超出中鼻道;②水肿:0分=无,1分=轻度,2分=严重;鼻漏:0分=无,1分=清亮稀薄鼻漏,2分=黏稠、脓性鼻漏;瘢痕:0分=无,1分=轻,2分=重(仅用于手术疗效评定);结痂:0分=无,1分=轻,2分=重(仅用于手术疗效评定);每侧0~10,总分0~20。

4.2 2组手术前后鼻内镜Lund-kennedy评分比较 见表1。术前及术后14天,2组Lund-kennedy评分相当,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后21、28、60、90天,治疗组Lund-kennedy评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组手术前后鼻内镜Lund-kennedy评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	治疗组(n=20)	对照组(n=20)
术前	7.95± 2.781	8.85± 2.159
术后14天	7.70± 2.975	9.50± 2.875
术后21天	3.95± 1.605 <sup>①</sup>	5.85± 1.785
术后28天	1.95± 0.759 <sup>①</sup>	4.05± 1.761
术后60天	0.85± 0.813 <sup>①</sup>	2.55± 1.276
术后90天	0.35± 0.587 <sup>①</sup>	1.60± 0.995

与对照组比较,① $P < 0.05$

### 5 讨论

手术仅是治疗慢性鼻-鼻窦炎的一部分,要想获得好的治疗效果,手术之后的鼻腔处理及药物治疗是必要的,随着鼻内镜手术的广泛开展,术后鼻腔的护理已越来越受到人们的重视。许庚等<sup>[4-5]</sup>将黏膜的转归分为不同的阶段,指出重要的是通过治疗抑制黏膜的炎性反应,促进创面愈合和黏膜功能恢复。本临床研究中,手术后前2周2组患者Lund-kennedy

评分无差异,可能因鼻腔冲洗仅起到物理冲洗作用,而随着冲洗时间的延长,中药逐步被黏膜吸收,所以效果逐步显现出来。

慢性鼻-鼻窦炎属中医学鼻渊范畴<sup>[6]</sup>,病程较长,多为虚症,因肺脾脏气虚损,邪毒未尽,滞留鼻窍,加之手术损伤,致气机不畅,瘀血阻滞。治法以通利鼻窍、益气排脓、清热解毒为主。治疗方中苍耳子、辛夷花祛风止痛、通鼻窍,上行头面,乃治鼻渊之专药,为君药。黄芪益气固表,扶助正气;白芷消肿、排脓除涕;川芎活血祛瘀、行气;桔梗宣肺通窍、排脓疗痛,共为臣药。薄荷芳香通窍;茯苓利湿健脾;白及消肿生肌;鱼腥草清热解毒排脓,甘草清热解毒、调和诸药,共为佐使之药。现代医学研究证明,苍耳子、白芷、川芎、薄荷、鱼腥草等对革兰氏阳性和阴性细菌均有一定的杀菌和抑菌作用;黄芪具有调节人体免疫机能的功效,有一定的改善微循环的作用。诸药合用,有效抑制术腔细菌,减轻局部变态反应,增加局部黏膜免疫力,促进炎症消退。

鼻内镜术后行中药鼻腔冲洗,将鼻腔冲洗和中药结合起来,充分发挥了中药的优势,能及时清除鼻腔、鼻窦的积血、积液及纤维渗出,减少病菌的定植,保持鼻腔的湿润,促进了鼻腔、鼻窦黏膜功能的恢复。本结果说明鼻内镜术后行愈鼻液鼻腔冲洗,比单纯用生理盐水冲洗疗效更好,值得临床推广应用。

### [参考文献]

- [1] 张春林,陈新野. 鼻腔冲洗新进展[J]. 临床耳鼻咽喉科头颈外科杂志, 2010, 24(14): 667- 671.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会. 慢性鼻-鼻窦炎的诊断与治疗指南(2008年,南昌)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 6- 7.
- [3] Lund VJ, Kennedy DW. Staging for rhinosinusitis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 117(3Pt 2): 35-40.
- [4] 许庚,李源,谢民强,等. 功能性内窥镜鼻窦手术后术腔黏膜转归阶段的划分及处理原则[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1999, 34(5): 302- 305.
- [5] 许庚,史剑波. 功能性内窥镜鼻窦手术的核心技术[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(7): 529- 531.
- [6] 王士贞. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007: 127- 132.

(责任编辑:冯天保)