

· 临床报道 ·

单侧上颌窦良性占位性病变的手术治疗

王丽红

(天水市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科,甘肃天水 741000)

摘要: **目的** 探讨单侧上颌窦良性占位性病变的手术治疗方法及疗效。**方法** 109例单侧上颌窦良性占位性病变(其中单侧上颌窦囊肿57例,内翻性乳头状瘤24例,上颌窦后鼻孔息肉19例,纤维瘤6例,血管瘤3例。)均在鼻内镜下行鼻腔与上颌窦前壁联合改良Caldwell-Luc术。**结果** 109例患者全部一次治愈,随访1~5年均无复发,治愈率100%。**结论** 鼻内镜联合改良Caldwell-Luc手术治疗单侧上颌窦良性占位性病变为一种较好的术式,具有视野清楚,易于操作,病变清除彻底,创伤小,复发率低等优点。

关键词: 上颌窦疾病;鼻内镜术;Caldwell-Luc手术

中图分类号:R739.62

文献标识码:B

文章编号:1007-1520(2012)03-0210-03

单侧上颌窦良性占位性病变为耳鼻咽喉科较常见疾病,其发病率较高,复发率亦较高,治疗以手术为主,天水市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科自2003年5月~2010年10月采用鼻内镜下行鼻腔与上颌窦前壁联合改良Caldwell-Luc术治疗单侧上颌窦良性占位性病变109例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例109例,男62例,女47例,年龄15~63岁,平均年龄39岁,病程3个月至15年。其中单侧上颌窦囊肿57例(浆液囊肿38例、黏液囊肿15例、含牙囊肿4例),内翻性乳头状瘤24例,上颌窦后鼻孔息肉19例,纤维瘤6例,血管瘤3例。所有病例术前均行各项常规生化、鼻内镜检查及鼻窦冠状位和水平位CT扫描。

1.2 手术方法

57例单纯上颌窦囊肿患者局麻加强化麻醉;其余52例均为全麻下行鼻内镜联合改良Caldwell-Luc术。术中先于鼻内镜下将鼻腔内肿物及钩突切除,如肿物较小仅堵塞上颌窦口

则暂不予处理,合并其他鼻窦病变则同时处理,然后扩大上颌窦自然开口,经开口观察窦腔内肿物情况及位置,中鼻道内放置肾上腺素棉片予以止血;于同侧上4、5列牙唇龈沟作一横形约1.5~2cm长切口,沿切口分离黏膜暴露上颌窦前壁,犬齿窝穿刺并咬除周围部分骨质使前壁形成一直径为1.0~2.5cm大小的圆形骨窗(骨窗大小根据病变生长范围及性质决定,囊肿及息肉骨窗较小,其他性质肿物骨窗相应较大),在鼻内镜下将上颌窦内肿物切除干净。如为囊肿或息肉只须自根蒂部将其摘除干净即可,不能损伤窦腔内正常黏膜;如为乳头状瘤等肿物须将肿物彻底切除干净,并将根蒂部及其周围直径约1cm范围内予以电凝或等离子烧灼,以止血并防止肿物复发。经鼻腔上颌窦开口向窦腔内放置12号带气囊的硅胶导尿管,注入8~12ml生理盐水以压迫窦腔止血,缝合切口,鼻腔填塞高分子膨胀海绵,注入少量含抗生素的生理盐水使之膨胀;如上颌窦内为实质性肿物或术中出血较多则经鼻腔上颌窦内填塞碘仿纱条,缝合切口,术毕。术后摘除物均送病理检查。术后常规给予抗生素治疗3~6d,术后第2天抽出导尿管,第5天取出高分子膨胀海绵或碘仿纱条。

作者简介:王丽红,女,副主任医师。
通讯作者:王丽红,Email:wlient@yahoo.com.

2 结果

109例患者全部一次治愈,随访1~5年均无复发,治愈率100%。术中术后并发症统计:①术中出血(根据Boezaart术野出血状况评分系统分级)^[1]1级28例,2级42例,3级26例,4级11例(内翻性乳头状瘤10例,血管瘤1例),5级2例(均为血管瘤患者);术后出血较多5例(其中内翻性乳头状瘤3例,血管瘤2例),经鼻腔再次填塞及止血药物对症治疗后好转;②面部肿痛及牙痛:几乎所有患者手术后次日及第3天均有不同程度的术侧面颊部肿痛及牙痛,给予局部冷敷及消肿药物对症治疗后3~5d上述症状消失;③面部及上唇麻木感共12例(内翻性乳头状瘤5例,血管瘤3例,纤维瘤2例,上颌窦息肉1例,囊肿1例),未经处理,术后3~6个月自行消失。

3 讨论

单侧上颌窦良性占位性病变为耳鼻咽喉科较常见疾病,其发病率较高,其中尤以上颌窦囊肿及内翻性乳头状瘤为多见,还包括化脓性上颌窦炎、真菌性上颌窦炎、上颌窦后鼻孔息肉或出血坏死性息肉、上颌窦纤维瘤、血管瘤、骨瘤等。治疗以手术彻底清除病变为主,传统手术以犬齿窝径路的Caldwell-Luc手术为主,随着鼻内镜手术的开展与完善,大部分手术都可在鼻内镜下完成^[2]。由于上颌窦解剖和原发上颌窦病变的特点,用多角度内镜,包括30°和70°硬性鼻内镜,同时借助各种角度弯曲器械,上颌窦内仍有无法窥视和处理的区域。Hosemann等^[2]用多个角度的内镜和14种多角度组织钳经中鼻道开窗后,试验内镜观察区域和器械所能够到达的部位,发现经中鼻道能够观察和处理上颌窦大部分区域,而上颌窦内壁、前壁、齿槽隐窝和泪前隐窝观察处理较为困难,其中泪前隐窝是最难以观察和处理的部位,即便使用70°镜或下鼻道开窗,其作用有限,而经中鼻道无法观察和处理泪前隐窝;上颌窦发育较大时,齿槽隐窝的处理困难程度与泪前隐窝相似^[3]。因此,对累及上述区域的肿瘤,许多术者选择开放式鼻外径路,或者采用

经内镜完成的根治性手术方式。然而,单纯行鼻内镜手术或单纯行Caldwell-Luc手术治疗单侧上颌窦良性占位性病变及病变均有其局限性,术中均有难以观察和处理的部位,易引起肿物残留及病变清除不彻底,因而影响治愈率及预后,增加复发率。上颌窦自然窦口的后下部位是上颌窦自然引流的关键部位,即上颌窦引流的自然引流通道口,而Caldwell-Luc式手术无法处理窦口鼻道复合体。与Caldwell-Luc式手术相比,鼻内镜手术仅去除严重不可逆转的病变黏膜和窦口鼻道复合体处的阻塞因素^[4]。因此,鼻内镜手术有时亦可联合传统鼻窦手术,这样可以互相弥补两种术式的不足^[5]。

近年来诸多专著和学者认为,Caldwell-Luc手术仍然是耳鼻咽喉科的常用手术,只是由于鼻内镜手术的广泛开展,其被采用的频度有所减少,其适应证亦应作适当的调整。本研究采用鼻内镜与改良Caldwell-Luc手术相结合方法治疗单侧上颌窦良性肿物及病变,效果良好,治愈率高,并发症少,疗效满意,总结该方法有以下优点:①视野清楚,易于操作,可在直视下彻底清除上颌窦内的病变,因此治愈率高,复发率小。经鼻行鼻内镜上颌窦手术时,上颌窦内的几个隐窝及窦腔内侧存在盲区及手术器械不易到达、操作困难的问题,Caldwell-Luc手术行上颌窦开放则可弥补这一不足,可经中鼻道及上颌窦前壁双径路将窦腔内的病变彻底清除,且操作方便易行^[6]。经Caldwell-Luc式手术入路可彻底清除内镜下不易清理到的上颌窦内侧壁下角及上壁与外侧壁交角处的病变,对术后窦腔黏膜的恢复,减少复发意义重大。②创伤小,无鼻泪管、下鼻甲等损伤。鼻腔内只有中鼻道上颌窦自然窦口周围有创伤,不会损伤鼻泪管和下鼻甲,且采用硅胶导尿管或碘仿纱条填塞后对上颌窦口创伤小,而且有利于上颌窦口的扩张,取出后有利于窦腔的引流;上颌窦前壁的创口及骨质缺损易愈合,经软组织修复后瘢痕不明显,远期无颌面部塌陷,面部畸形、瘢痕增生等并发症。③近期虽有面部肿痛、牙痛、上唇麻木等并发症,但经治疗无远期后遗症,术中不要粗暴操作、尽量避免损伤眶下神经,可预防此类并发症的发生。

选择手术径路的原则是既能彻底清除病变

保证手术效果,又尽可能减少手术创伤以利于术后功能和外观的恢复^[7-8]。本研究对不同性质的单侧上颌窦病变遵循以上原则在术中采取的措施略有不同,如对于上颌窦囊肿和息肉,上颌窦前壁开窗的骨窗较小,直径 1.0 ~ 1.5 cm,在内镜下自根蒂部将其摘除干净即可,不损伤窦腔内正常黏膜;如为乳头状瘤等肿物则须将骨窗略增大以利于观察、操作及彻底清除肿物,结合鼻窦 CT 及术中情况将肿物彻底清除干净,因内翻性乳头状瘤等肿物其原发灶多有局部骨质增生及滋养血管,该部位处理恰当可显著提高疗效、预防复发及恶变,因此,须将该部位及其周围直径约 1 cm 范围内予以电凝或等离子烧灼,以止血并防止肿物复发^[8]。笔者认为 Caldwell-Luc 式手术仍有它一定的适应证,该术式与鼻内镜技术相结合,应用小切口、小骨窗及前壁径路在彻底清除上颌窦病变的同时,能极大地减少创伤,降低并发症。

Caldwell-Luc 径路联合鼻内镜治疗上颌窦病变,可各取所长,避之所短,彻底去除上颌窦自然口周围的阻塞因素,建立一个良好的通气引流通道,有利于上颌窦黏膜纤毛系统正常生理功能的恢复,减少术后复发^[9]。作者认为上颌窦良性肿物病变,易复发、范围广,单纯鼻内镜不能保证一次彻底清除,联合传统的 Cald-

well-Luc 式手术入路仍很有必要。

参考文献:

- [1] Boezaart AP, van der Merwe J, Coetzee A. Comparizon of sodium nitroprussicle and esmolol-induced controlled hypertention for functional endoscopic sinus suegery [J]. Can J Anaesth, 1995, 42(5 pt 1): 373 - 376.
- [2] Hosemann W, Scotti O, Bentzien S. Evaluation of telescopes and forceps for endoscopic transnasal surgery on the maxillary sinus [J]. Am J Rhinol, 2003, 17(5): 311 - 316.
- [3] 周兵,韩德民,崔顺九,等. 鼻内镜下鼻腔外侧壁切开上颌窦手术 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(10): 743 - 748.
- [4] 覃道芬,高下,戴艳红,等. 鼻内镜下鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤切除术 25 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(1): 64 - 65.
- [5] 黄选兆. Caldwell-Luc 手术的现状 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2003, 17(2): 65 - 67.
- [6] 马乙心,陈乾美,喻国栋. 鼻内镜联合 Caldwell-Luc 手术治疗上颌窦良性病变 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(5): 385 - 386.
- [7] 王袁园. 鼻内镜双径路治疗上颌窦病变 32 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2002, 8(2): 96.
- [8] 孙丽清,林信衡,蔡友峥. Caldwell-Luc 径路手术治疗上颌窦病变 38 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(5): 379 - 380.
- [9] 张敏,倪道风. Caldwell-Luc 进路联合鼻内镜治疗上颌窦病变 [J]. 中国现代药物应用, 2007, 1(3): 50 - 51.

(修回日期:2012-02-27)

· 临床报道 ·

鼻内镜下鼻中隔成形术治疗外伤性鼻中隔偏曲

孟祥明,李河清,文庆波

(焦作煤业集团中央医院 耳鼻咽喉科,河南 焦作 454000)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下鼻中隔成形术治疗外伤性鼻中隔偏曲的治疗效果。**方法** 回顾性分析 2006 年 9 月 ~ 2011 年 2 月诊治的 86 例外伤性鼻中隔偏曲患者行鼻内镜下鼻中隔成形术治疗的临床资料。**结果** 86 例患者术后均 I 期愈合,随访 6 个月至 5 年,无 1 例发生出血、穿孔、血肿、脓肿、鼻畸形等并发症,症状消失或明显改善。**结论** 外伤性鼻中隔偏曲病情复杂,手术时应根据患者的病情制定个性化方案,手术中尽可能保存鼻中隔软骨及骨质结构。

关键词: 鼻内镜;鼻中隔成形术;鼻中隔偏曲,外伤

中图分类号:R765.3

文献标识码:B

文章编号:1007-1520(2012)03-0212-03

鼻中隔偏曲是耳鼻咽喉科常见病,外伤是引起该病的主要原因之一。外伤性鼻中隔偏曲多伴有鼻骨骨折、鼻中隔骨折、黏膜撕裂等,病情复杂,手术治疗难度大,易发生术后鼻中隔血肿、鼻腔粘连、鼻梁塌陷等并发症。笔者采用鼻内镜下鼻中隔成形术治疗外伤性鼻中隔偏曲,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2006年9月~2011年2月在焦作煤业集团中央医院耳鼻咽喉科住院诊治的外伤性鼻中隔偏曲患者86例,其中男54例,女32例;年龄16~62岁,平均年龄38.1岁。病史1d至13年,经仔细询问病史均有明确鼻部受伤史。其中打架斗殴拳击伤36例,交通事故车祸21例,球场撞击伤15例,井下作业碰伤8例,摔伤6例。就诊主要症状包括鼻塞、头痛、反复间断性鼻出血等。所有患者术前均经鼻内镜及鼻腔鼻窦CT检查,评估鼻中隔偏曲及受损情况。其中筛骨垂直板和犁骨粉碎性骨折24例,软骨偏曲伴有骨质高位偏曲19例,软骨偏曲伴有骨质后位偏曲16例,单纯性鼻中隔软骨骨折12例,鼻中隔黏骨膜破裂骨折片暴露于鼻腔9例,鼻中隔软骨脱位6例。所有患者均在鼻内镜下行鼻中隔成形术,其中局麻手术61例,全麻手术25例。

1.2 手术方法

应用美国Stryker公司生产的0°鼻内镜、鼻窦手术器械、冷光源及数字高清内镜摄录系统进行鼻中隔成形术。常规行双侧鼻腔黏膜表面麻醉,用含有少量1%肾上腺素的1%利多卡因作鼻中隔切口处及双侧鼻中隔黏软骨膜下浸润注射。采用经典的Killian术,但根据患者鼻中隔的具体情况做相应调整。如后段偏曲可稍向后数毫米切口,前段偏曲则尽量向前靠近鼻阈侧切口,鼻中隔前端软骨脱位则应在鼻小柱皮肤处切口。在鼻内镜直视下用鼻中隔吸引剥离子仔细分离鼻中隔黏软骨膜,根据具体情况暴露鼻中隔软骨的部位,如有软骨断裂可直接自断裂处分离对侧黏软骨膜暴露出受损的软骨或骨质,术中尽量保留鼻中隔支撑结构。伴有鼻骨骨折者同时行鼻骨复位术,下鼻

甲代偿性肥大者同时行黏膜下下鼻甲部分切除术,伴有慢性鼻窦炎者同时行功能性鼻内镜手术。术后用塑料薄片包裹的凡士林纱条行双鼻腔填塞,填塞时应注意切口处黏膜对位,双侧受力均衡^[1]。常规给予抗生素静滴,48h后抽取鼻腔填塞物。

2 结果

86例患者术后均I期愈合,术后随访6个月至5年,无1例发生出血、穿孔、血肿、脓肿、鼻畸形等并发症,患者鼻塞、头痛及反复间断性鼻出血症状消失或明显改善。

3 讨论

外鼻突出于面部中央,易受外力损伤。鼻骨骨折是面部最常见的骨折,在90%以上的鼻骨骨折中可找到鼻中隔相关的损伤^[2]。由此可见,鼻中隔外伤临床上亦十分常见。鼻中隔外伤病情多变,轻者病情隐匿,可无鼻部肿胀、淤血等症状;重者可引起鼻出血、鼻塞、鼻黏膜撕裂、软骨脱位、中隔穿孔等并发症。伴有鼻出血者通常有黏膜破裂或可能有鼻骨、鼻中隔骨折^[3]。对急诊外伤患者接诊医师应详细询问病史,分析受伤原因,仔细检查外鼻和鼻腔状况。常规行鼻内镜检查,还应行鼻部CT检查,了解鼻中隔骨质、软骨的骨折或偏曲情况以及是否伴有鼻锥体复合骨折。Behnoud等^[4]对105例鼻外伤患者进行前瞻性研究,发现鼻骨骨折组35例中有31例外伤前存在鼻中隔偏曲,无鼻骨骨折组70例中仅有39例外伤前存在鼻中隔偏曲,认为外伤前存在的鼻中隔偏曲增加了外伤性鼻骨骨折的风险。

鼻中隔成形术是耳鼻咽喉科最常见的手术之一,鼻内镜下鼻中隔成形术治疗外伤性鼻中隔偏曲有如下优势:①鼻内镜下照明充足,可通过不同角度窥及术腔各个部位,对高位、后端偏曲也可手术治疗;②通过吸引剥离子可以边吸引边分离黏软骨膜,靠近偏曲部位操作,保证视野清晰,便于发现微小病变,减小损伤;③可根据需要灵活选择切口部位,符合微创原则;④利用数字高清电视监视系统可以使多人同时观看手术,不仅便于助手的术中配合,也

便于对年轻医师和实习生进行教学指导;⑤分离黏软骨膜时如有破裂可及时发现,并可通过仔细、精确地分离有效控制破裂穿孔的大小^[5];⑥如伴有代偿性下鼻甲肥大或慢性鼻窦炎等病变可以同期处理。

本组4例患者部分区域软骨缺损,形成的瘢痕纤维结缔组织将双侧黏软骨膜相连,分离困难,可用15号圆刀片靠近切口侧把瘢痕组织切断,保证对侧黏软骨膜完整。如发生对侧黏软骨膜破裂形成对孔时则应同期进行修补^[6]。陈旧性骨折可形成软骨-软骨或软骨-骨质重叠,分离时要注意解剖结构的辨认。构成鼻中隔支架的骨质和软骨主要有犁骨、筛骨垂直板、方状软骨等,外伤时可以形成这些结构的损伤或骨折。注重结构的保留,为鼻框架提供足够多的支撑^[7]。Lee等^[8]进行的一项鼻中隔压力模拟实验表明鼻中隔的最大压力区域在骨质、软骨结合附近和前鼻棘处。笔者临床经验也提示了这些区域容易发生骨折或偏曲,手术切除时要根据每个患者的伤情考虑骨质、软骨的取舍,尤其应该注意保留方状软骨、高位的骨质以免发生鼻梁塌陷。外伤性鼻中隔偏曲由于创面水肿和瘢痕粘连,术后容易发生出血,术毕填塞时要考虑填塞物的填塞力量,预防出血、血肿、粘连等并发症的发生。此外,有效的鼻腔填塞还可固定剩余的鼻中隔骨质和软骨,减少鼻中隔偏曲复发^[9]。笔者采用塑料薄片包裹的凡士林纱条填塞,填塞力量比高膨胀海绵等一些新型填塞材料强,创面愈合光滑,无鼻中隔血肿等并发症发生。

外伤性鼻中隔偏曲一旦确诊,应尽早积极手术。如果外伤时间短,鼻部肿胀明显,可先给予抗生素及消肿药物治疗,待消肿后再行手术治疗。但是,如果确诊伴有鼻中隔血肿,即使鼻部肿胀也应立即手术。血液坏死和聚集为鼻黏膜腐物寄生菌的生长提供了理想的培养基,只要4d就可形成感染^[10]。

总之,外伤性鼻中隔偏曲病情复杂,解剖关系不清。鼻内镜下采用鼻中隔成形术治疗时应根据患者的伤情制定个性化方案,仔细辨认解剖层次,分离黏软骨膜时要有耐心,避免黏膜破裂。切除鼻中隔骨质和软骨时要采取保守的原则,尽量少切除,多保留鼻中隔结构,预防并发症。

参考文献:

- [1] 孟祥明,文庆波,赵春雷. 塑料薄片在鼻中隔矫正术凡士林纱条填塞中的应用[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2007, 15(4): 313-314.
- [2] Rhee SC, Kim YK, Cha JH, et al. Septal fracture in simple nasal bone fracture [J]. *Plast Reconstruct Surg*, 2004, 113(1): 45-52.
- [3] Daniel M, Raghavan U. Relation between epistaxis, external nasal deformity, and septal deviation following nasal trauma [J]. *Emerg Med J*, 2005, 22(11): 778-779.
- [4] Behnoud F, Shayani Nasab M, Alizamir A. Comparison of the frequency of old septal deviation in patients with and without traumatic nasal bone fracture [J]. *Acta Med Iran*, 2010, 48(5): 304-307.
- [5] Sautter NB, Smith TL. Endoscopic septoplasty [J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2009, 42(2): 253-260.
- [6] 林家峰,朱明,邵军,等. 外伤性重度鼻中隔偏曲手术体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(1): 67-68.
- [7] Nawaiseh S, Al-Khtoum N. Endoscopic septoplasty: retrospective analysis of 60 cases [J]. *J Pak Med Assoc*, 2010, 60(10): 796-798.
- [8] Lee SJ, Liong K, Lee HP. Deformation of nasal septum during nasal trauma [J]. *Laryngoscope*, 2010, 120(10): 1931-1939.
- [9] Dubin MR, Pletcher SD. Postoperative packing after septoplasty: is it necessary [J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2009, 42(2): 279-285.
- [10] Cervera Escario J, Calderón Nájera R, Enríquez de Salamanca J, et al. Post-traumatic haematoma and abscess in the nasal septa of children [J]. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2008, 59(3): 139-141.

(修回日期:2012-02-09)