

· 临床报道 ·

上颌窦良性占位性病变手术入路的探讨

白有仁, 拓明祥, 田青, 冯蓉, 李二乐, 乔志强, 李莉, 杜红芳

(延安市人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 陕西延安 716000)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下多种手术入路治疗上颌窦良性占位性病变的方法及疗效。**方法** 采用鼻内镜下中鼻道扩大上颌窦自然开口术、鼻内镜下中-下鼻道联合上颌窦开窗术、鼻内镜下鼻腔外侧壁切开上颌窦手术、鼻内镜下上颌窦内侧壁切除术、鼻内镜下改良 Denker 术等多种入路对136例上颌窦良性占位性病变进行手术治疗。**结果** 除2例上颌窦后鼻孔息肉和1例内翻性乳头状瘤复发, 经再次手术治疗痊愈外, 其他患者均无复发。**结论** 根据上颌窦良性占位性病变的不同临床特点, 采用不同手术入路既可有效治愈上颌窦病变, 同时可最大限度地减少手术创伤。

关键词: 上颌窦; 良性病变; 手术入路; 外科治疗

中图分类号: R739.62; R765.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2011)03-0218-02

上颌窦良性占位性病变是鼻科较常见的病变之一, 传统治疗主要采用经典 Caldwell-Luc 术式和鼻侧切开术, 手术创伤大, 术后易出现面部麻木、疼痛、瘢痕等不良反应。随着鼻内镜技术的发展, 出现了很多微创手术入路, 如鼻内镜下单纯上颌窦口的开放以及联合手术入路等, 并逐渐取代了传统的上颌窦手术。现将我科2005年6月~2009年10月收治的136例上颌窦良性占位患者, 采用不同的手术入路对上颌窦病变进行切除, 均取得满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005年6月~2009年10月住院治疗的上颌窦良性占位患者136例, 均经病理检查确诊, 其中男81例, 女55例; 年龄18~73岁, 平均43岁。初诊病例129例, 复发病例7例。其中上颌窦黏膜囊肿63例, 上颌窦黏液囊肿9例, 真菌球21例, 上颌窦后鼻孔息肉8例, 上颌窦出血坏死性息肉10例, 海绵状血管瘤2例, 上颌窦内翻性乳头状瘤23例。主要症状为鼻塞、流

脓涕、鼻出血或涕中带血, 面部隆起, 头痛等。其中10例黏膜囊肿无症状, 体检时发现。

术前均行鼻内镜检查及CT或(和)MRI检查, 40例黏膜囊肿合并慢性鼻-鼻窦炎或(和)鼻中隔偏曲, 12例合并慢性鼻窦炎鼻息肉, 11例为单发的囊肿。根据病变累及范围, 对鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤按照Krouse临床分期标准, T1期: 肿瘤局限于鼻腔(不列入本组讨论范围); T2肿瘤局限于筛窦和上颌窦内侧上部, 本组15例; T3肿瘤扩展到上颌窦的外侧部或下部, 或侵入额窦和(或)蝶窦, 本组8例; T4肿瘤侵犯鼻腔鼻窦外结构^[1] 本组无。

1.2 治疗方法

所有患者均行鼻内镜手术, 根据病变范围及手术难易程度选择局部麻醉或全身麻醉, 全身麻醉者施行控制性低血压以减少出血。根据病变范围及性质选择相应的手术方式。①鼻内镜下经中鼻道扩大上颌窦自然开口66例: 病变为上颌窦囊肿及上颌窦真菌球。②鼻内镜下中下鼻道联合上颌窦开窗术26例: 对于上颌窦内侧壁下部及后外侧壁后下方的病变通过上颌窦自然开口很难将病变完全切除, 需要联合下鼻道开窗彻底切除病变, 如位于上颌窦内侧壁和后外侧壁的小囊肿(上颌窦口引流通畅, 可单纯

作者简介: 白有仁, 女, 副主任医师。
通讯作者: 拓明祥, Email: entbyr@sina.com.

行下鼻道开窗将囊肿切除)。③鼻内镜下鼻腔外侧壁切开上颌窦手术9例:此术式视野宽畅,上颌窦全貌均可窥及。④鼻内镜下上颌窦内侧壁全切除术4例:对鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤病变侵犯上颌窦内壁、下壁,特别是伴侵犯下鼻甲(T2期及部分T3期)术中应解剖鼻泪管并保留。⑤鼻内镜下改良Denker术式上颌窦病变切除术31例:在鼻内镜下将下鼻甲前端梨状孔缘弧形切开,分离并暴露梨状孔缘,骨凿凿除下鼻道对应的梨状孔缘,咬骨钳去除部分下鼻道及犬齿窝骨壁,并根据病变范围向上向外扩大骨窗,上颌窦完全暴露,视野清楚。

1.3 术后处理及随访

术后抗感染,2 d后取出鼻腔填塞物。出院后按鼻内镜术后常规定期复查,进行术腔清理,至术腔完全上皮化后每3~6个月复查1次。本组病例均随访15~67个月。

2 结果

所有患者无严重手术并发症,除2例上颌窦后鼻孔息肉分别于术后6个月和9个月复发,1例内翻性乳头状瘤于术后14个月复发外,其他患者均无复发。3例复发患者经再次手术治疗后痊愈。

3 讨论

上颌窦良性占位性病变以囊肿多见,其次为真菌感染。良性肿瘤以鼻腔内翻性乳头状瘤多见,早期病变局限于上颌窦内,不易发现,多排螺旋CT作为鼻科的常规检查,使隐匿、症状不典型的早期病变均可及时发现,CT能较好地显示鼻腔鼻窦骨质结构变异及骨质破坏情况,有利于诊断及指导手术;MRI能较好地判断病变性质,所以术前影像学检查为鼻内镜手术入路及选择最佳的手术时机提供了准确可靠的客观依据。鼻内镜下上颌窦良性占位性病变手术方式的选择主要取决于病变范围及性质,所以准确判断病变范围及性质很重要。避免过度估计病变范围及性质,扩大手术范围,给患者带来不必要的痛苦。

由于上颌窦黏液传输和清除的方向始终朝向上颌窦自然口,即便是做下鼻道开窗,其引流口较自然窦口大的多,上颌窦黏液纤毛清除的方向仍朝向自然开口^[2]。所以,上颌窦病变的手术治疗应首先考虑经中鼻道入路,这样对上颌窦的生理功能影响最小,鼻内镜下经中鼻道扩大上颌窦自然开口术适用于上颌窦后外侧壁的黏膜囊肿和上颌窦的真菌感染患者。手术时对于正常的黏膜应尽量保留并减少损伤,鼻内镜下中下鼻道联合上颌窦开窗术,对于上颌窦前内下方病变,经中鼻道不能处理时,可联合行下鼻道开窗。18例上颌窦黏膜囊肿(位于上颌窦内侧壁下部及后外侧壁后下方)及8例上颌窦后鼻孔息肉患者均在鼻内镜下经中鼻道联合下鼻道开窗术将病变切除。上颌窦后鼻孔息肉往往中鼻道自然开口已扩大,上颌窦内的息肉部分实际上多是由囊肿构成^[1],如不能彻底切除窦内囊肿,往往容易复发。本组8例上颌窦后鼻孔息肉患者6例治愈,2例分别于术后6个月和9个月复发,术中见基底位于后外侧壁与前壁交界处,考虑复发与前期切除不彻底有关,再次在鼻内镜下改良Denker术式治疗后痊愈。

经鼻内镜下鼻甲前端梨状孔缘弧形切开改良Denker术式避免了唇龈切口,面部不留瘢痕及畸形,并根据上颌窦病变范围可以将骨窗适当向上扩大,完成在鼻内同Denker术式一样的截骨范围,值得推广应用。

鼻内镜下根据上颌窦病变的范围和性质采用不同手术入路,由于视野清晰、判断病变范围相对准确、手术损伤小、复发率低,已经成为治疗上颌窦病变的优选。柯-陆氏手术作为传统术式沿用一个世纪,但由于手术创伤大,术后遗留面部及牙齿疼痛麻木等不良反应,逐渐被鼻内镜技术所取代,随着鼻内镜技术的日益成熟,新的上颌窦手术入路仍在不断探索。

参考文献:

- [1] 李源,周兵.实用鼻内科学术技术及应用[M].北京:人民卫生出版社,2009,341:276.
- [2] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学(2)[M].北京:人民卫生出版社,2008,53.

(修回日期:2011-04-26)