

· 经验交流 ·

真菌性鼻窦炎手术治疗 56 例临床分析

鄢凯初, 邹争飞

(娄底市新化县人民医院 耳鼻喉科, 湖南 新化 417600)

关键词: 真菌性鼻窦炎; 鼻内镜术; 疗效; 临床分析

中图分类号: R765.4; R765.9 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2011)05-0387-03

真菌性鼻窦炎是鼻窦受真菌侵犯而引起的病理免疫性反应, 为良性、非转移性鼻窦病。近年来, 由于广谱高效抗生素及糖皮质激素的滥用等因素, 真菌性鼻窦炎的发病率有逐年上升的趋势, 引起了耳鼻咽喉科医生的日益重视^[1]。为了提高对该病的认识, 减少临床上的误诊漏诊率, 现将湖南省新化县人民医院耳鼻咽喉科 2004 年 3 月 ~ 2008 年 7 月住院诊治的 56 例真菌性鼻窦炎患者的诊断及其治疗情况整理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组真菌性鼻窦炎患者共 56 例, 其中男 32 例, 女 24 例; 年龄 21 ~ 59 岁, 平均年龄 37 岁; 病程 3 个月至 7 年。真菌球型鼻窦炎 45 例, 伴变态反应性真菌性鼻窦炎 (AFS) 11 例。本组患者的临床症状主要为不同程度的头痛、头晕或者隐痛, 鼻塞, 伴有脓涕、涕中带有血丝, 有时擤出褐色或者灰白色团块状物, 部分患者出现颜面部肿胀及麻木感等。前鼻镜检查可见部分患者鼻腔黏膜及鼻甲呈慢性充血, 也有患者并未见明显异常。其中 21 例患者中鼻道中可见胶冻样灰褐色分泌物或者干酪样物, 1 例于上鼻道后端见灰色干酪样物。全部患者入院后均行鼻腔鼻窦高分辨率 CT 检查, 其中单纯性上颌窦炎 44 例 (单侧 38 例, 双侧

6 例), 筛窦和上颌窦同时受累者 7 例, 筛窦和蝶窦同时受累者 2 例, 单纯性蝶窦炎 3 例。51 例患者上颌窦内有不均匀的软组织密度块影, 其中 45 例存在散在的斑点状或是条索状钙化灶。部分患者有鼻中隔偏曲, 中鼻甲肥大, 泡状中鼻甲, 及上颌窦内侧壁骨质破坏吸收。伴有糖尿病史者 6 例, 有长期滥用抗生素史者 27 例, 因患有系统性红斑狼疮或风湿性关节炎而长期应用激素者 3 例, 癌症手术后化疗者 4 例。

1.2 手术方法

手术均在全麻下行鼻内镜下鼻窦手术, 采取 0°, 30°, 70° 鼻内镜, 切除钩突, 开放并扩大上颌窦自然口, 尽量避免损伤上颌窦自然口下方的黏膜, 其中 2 例因上颌窦骨质遭到破坏而行柯陆氏术式加鼻内镜术。伴中鼻甲肥大及泡状中鼻甲的患者行中鼻甲部分切除术, 伴鼻中隔偏曲患者同时行鼻中隔矫正术。9 例病变累及筛窦者行筛窦病变切除, 以恢复中鼻道正常的引流结构, 术中均彻底清除窦内真菌团块。3 例单纯蝶窦病变者, 予以中鼻后端部分切除扩大蝶窦口样组织, 但保留窦内的正常黏膜组织, 术腔填塞纱条。

1.3 术后治疗

术后 2 d 撤除鼻腔填塞, 并用生理盐水及甲硝唑行鼻窦冲洗, 每天 1 次, 持续 1 个月, 以后改为每周 1 次, 根据患者具体情况冲洗 2 ~ 3 个月。部分严重病例给予抗真菌类药物, 如酮康唑或伊曲康唑进行术后加强治疗, 并同时给予抗生素预防感染。术后每月 1 次在门诊行鼻腔清理, 维持半年。部分

作者简介: 鄢凯初, 男, 主治医师。
通讯作者: 鄢凯初, Email: yankaichu@126.com.

患者因上颌窦自然口黏膜在手术过程中损伤过多而导致了窦口狭窄,在鼻腔清理中重新扩大缩窄的上颌窦自然口。

2 结果

术后病理学检查证实均为真菌性鼻窦炎,其中 43 例为曲霉菌,9 例为黄曲霉菌,4 例为毛霉菌。56 例手术患者术后随访 2~5 年,3 例变态反应性真菌性鼻窦炎患者复发再次手术治愈外,其余患者均一次性治愈。所有患者临床症状消失,鼻内镜下观察见创面愈合完整,窦口开放良好,窦腔黏膜上皮化,无脓性分泌物。

3 讨论

真菌性鼻窦炎属于鼻窦真菌病的一种,以往报道主要发生于患有慢性鼻窦炎和鼻窦肉的特异性免疫活性患者中,属于临床少见病^[2]。在 20 世纪 80 年代初有学者提出该病与变应性支气管肺曲菌病有相似的免疫学和组织学特征^[3]。但是近年来由于一些原因导致该病发病率呈现出上升趋势,并且其发病诱因也有改变^[4]。

真菌是一种条件致病菌,在自然界中大量存在,但是其不具备角化酶,因此不能穿透完整健康的组织,只能以腐物寄生的状态存在,最适宜生活在潮湿的环境中。人体的鼻窦位置深,窦口隐蔽,引流欠佳,在机体抵抗力低下,或者患有严重消耗性疾病,如糖尿病、血液病,以及长期应用激素、抗癌药物或者广谱高效抗生素的情况下,则容易诱发真菌性鼻窦炎。本组患者中 30 例曾因其他疾病而长期服用抗生素和激素,除此之外还有糖尿病患者和癌症化疗患者,这些人群都是该病的易感人群。另外,临床上也观察到它的发病与鼻腔的解剖结构异常有密切的关系,如中鼻甲肥大、中鼻甲反向弯曲、泡状中鼻甲、鼻中隔偏曲等,都与中鼻道引流不畅而引起真菌性鼻窦炎有明确的关系。同时该病也常继发于上呼吸道感染,许多学者考虑亦与此有关^[5]。

真菌性鼻窦炎从病理学角度分为侵袭

性和非侵袭性两类,非侵袭性真菌性鼻窦炎又分为真菌球型鼻窦炎及变态反应性真菌性鼻窦炎两类;而侵袭性真菌性鼻窦炎又可分为急性爆发型、肉芽肿型及慢性侵袭性真菌性鼻窦炎等类型。在临床工作中,除变态反应性真菌性鼻窦炎外,其他各型之间都是可以相互转化。真菌性鼻窦炎发病隐匿,病变多不易被发现,由于其在临床表现上类似于慢性鼻窦炎,因此也常被误诊。其直接致病菌多为曲霉菌,也可见到黄曲霉菌、毛霉菌以及念珠菌等。该病多单侧发病,最易发生于上颌窦,当患者出现鼻塞,头痛或者眼痛以及涕中带血等症状,并对应用常规抗生素无明显反应时,则应该及时考虑该病的发生。

鼻腔鼻窦高分辨 CT 检查对于真菌性鼻窦炎的术前诊断和制定手术方案有重要的参考价值,鼻窦 CT 扫描可见鼻窦软组织肿块内有局限性或者散在分布的密度增高区,CT 检查还可明确病变发生的部位、范围以及鼻腔的解剖结构有无变异,但该病的确诊仍需病理检查或是真菌培养,并要与萎缩性鼻炎,骨髓炎,恶性肿瘤以及恶性肉芽肿相鉴别。

鼻内镜手术是目前临床上最有效的治疗真菌性鼻窦炎的治疗手段。此手术可以有效清除鼻道窦口复合体的病变,扩大上颌窦窦口,彻底清理窦内病变而保留鼻窦黏膜,并且通过鼻中隔矫正术、中鼻甲部分切除术等来保证中鼻道及窦腔内的引流通畅,可有效的除去该病的发病诱因和避免复发。与传统的柯陆式手术相比,鼻内镜手术对鼻腔鼻窦破坏小,可防止术后面部麻木、牙齿疼痛等并发症发生^[6]。但是鼻内镜手术不是一种孤立存在的治疗方式,术前 CT 检查,围手术期的治疗、营养支持治疗、患者全身状态及免疫功能的改善、手术方式的选择、术后综合治疗也是保证疗效的重要条件。尤其是术后定期的冲洗和复查尤为重要。

总之,真菌性鼻窦炎在耳鼻咽喉科中是一种相对复杂的疾病,需要临床医师认真的诊治和鉴别才能确保万无一失,并且在治疗过程中需要规范化进行操作,才能保证该病

的治疗效果。这些都需要引起临床医师的高度重视,否则会产生误诊漏诊并延误治疗的最佳时机。

参考文献:

- [1] 农辉图,李菊裳,黄光武,等. 鼻腔鼻窦真菌病的真菌学和临床诊疗研究(附51例报告)[J]. 耳鼻咽喉-头颈外科,2000,7(1):3-8.
 - [2] 鲍玲,李素梅,宋昌湘. 鼻腔与鼻窦曲霉菌病27例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1988,12(9):418-421.
 - [3] Yanagi K, Haruma S. Moriyama of the maxillary sinus and endoscopic surgery[J]. J Otolaryngol, 1992, 14(10):1602-1607.
 - [4] 王明,李利. 真菌性鼻窦炎的病因概况[J]. 临床医学,2007,20(12):145-148.
 - [5] 曾春荣,黄素静,李丰德. 真菌性鼻窦炎的诊治探讨[J]. 中国热带医学杂志,2006,6(7):20-22.
 - [6] Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhino sinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care[J]. Allergy Clin Immunol, 2004, 114(23):157-162.
- (修回日期:2010-12-30)

· 经验交流 ·

囊壁全切除法治疗难治性耳廓假性囊肿

陈 凯¹,李雪芬²,林 煌¹,秦 勇¹

(梅州市人民医院五官科院区1. 耳鼻咽喉科;2. 手术室,广东 梅州 514031)

关键词:耳疾病,囊肿;外科手术

中图分类号:R764.9;R764.1

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2011)05-0389-02

耳廓假性囊肿为耳科常见病,多见于男性青壮年,病因未明。可能与耳廓外伤、硬枕及变应反应有关。临床方法以保守治疗多见,易复发,造成耳廓增厚、变形等后遗症,疗效不佳。2008年以来,笔者采用显微镜下囊壁全切除术治疗难治性假性耳廓囊肿,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

耳廓假性囊肿患者28例,均为单耳发病,其中男26例,女2例;年龄22~72岁,平均年龄43岁。病程3个月至4年,平均8个月。发病部位在耳廓外侧面上方区域(三角窝、耳甲腔、舟状窝),直径2.5~3.5 cm。其中囊肿部位耳廓增厚,稍变形者4例,所有病例在术前均行囊肿穿刺抽

液、注药冲洗,石膏固定或者物理治疗,重复治疗3~5次。

1.2 治疗方法

采用局部浸润麻醉,患者取仰卧位,患耳朝上,垫头圈固定头位,行耳轮游离缘弧形切口,切开皮肤、皮下组织,分离至囊肿边缘,翻转皮瓣,使囊肿外观充分暴露,在莱卡F40显微镜下用尖头眼科组织剪分离囊肿的整块前壁,后壁粘连较明显,小心分离囊壁,完整取出整个囊壁,用15号刀搔刮退变的软骨组织。以抗生素及0.9%氯化钠溶液反复冲洗创面。留置小硅胶管引流,间断缝合切口,外用碘仿纱条固定,加压包扎,术后应用抗生素静脉滴注,7~10 d拆除碘仿纱条及缝线。

2 结果

28例患者术后均治愈,囊肿消失,切口无感染,4例原来增厚稍变形的耳廓形态接

近正常,24例随访3~6个月,4例随访1年,均未见复发,亦未见耳廓变形、塌陷、增厚等并发症。术后病理检查示:囊壁有大量纤维组织增生和炎性细胞,部分较薄的软骨细胞层,软骨陷窝囊和软骨细胞均较小。

3 讨论

耳廓假性囊肿临床较常见,其病因未完全明确,多数学者认为是一种软骨膜下或者软骨间的无菌性、浆液性的炎性渗出性炎症^[1],可能与局部机械性刺激、自身免疫性疾病有关^[2],本文未作免疫检查。根据张晓彤等^[3]对耳廓假性囊肿的病理观察,外壁由耳廓皮肤、皮下组织、软骨膜和新生软骨构成,底壁由耳廓软骨、软骨膜及其背后的皮肤构成,中间为渗液,囊肿位于新生软骨与耳廓软骨之间,而非软骨与软骨膜之间。

在通常情况下耳廓假性囊肿多采用穿刺抽液、局部注药、石膏加压包扎固定或者物理治疗等,其治疗的目的是抽出囊液,防止渗液,促进囊液吸收,促使组织凝固粘连,但这些方法时间长,容易复发,后期出现耳廓增厚,瘢痕粘连等。近年来,有不少学者采用手术切除,以软骨部分切除多见^[4-5]。笔者通过显微镜下彻底切除囊肿外壁及囊壁纤维素层囊壁,将外壁增厚的软骨膜、软骨组织彻底切除,清除囊肿液体,保护耳廓软骨。将囊壁彻底切除后辅以抗生素预防感染,消除了外壁软骨膜产生渗液的

来源,尤其是对难愈性的病例,达到根治性效果。本组病例一方面外用碘仿纱条加压包扎,具有局部杀菌的作用,又能使耳廓皮肤、皮下层与耳廓软骨相贴成形;同时,放置小硅胶引流管,使渗液及时排出,减少感染机会。必要时局部可注入抗生素冲洗,全身应用抗生素静脉滴注,使局部与全身同步进行。本组未出现术后感染的病例。

耳廓外侧的皮肤切口,使囊肿充分显露,在显微镜下层次清晰,可将囊壁整块切除,保护耳廓软骨,局部加压定型、引流,防止渗液潴留及抗感染。本组病例中均有经保守治疗后复发多次治疗经过,影响患者的生活工作形象,均有要求手术切除的愿望,并获得患者的知情同意,同时在随访中未见不良反应。

参考文献:

[1] 黄鹤年. 现代耳鼻咽喉头颈外科[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2003: 585.

[2] 陈乾美, 汪彪, 赵田芬, 等. 耳廓假性囊肿患者囊液及血清免疫功能检测[J]. 贵阳医学院学报, 1998, 23(6): 64-65.

[3] 张晓彤, 孙斌, 凌荧, 等. 耳廓假性囊肿病理及治疗问题探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(8): 642-643.

[4] 董景爱. 囊肿前壁软骨切除治疗复发性耳廓假性囊肿 16 例[J]. 中华耳科杂志, 2007, 5(1): 75.

[5] 程雅莉. 软骨部分切除术治疗耳廓假性囊肿[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2007, 14(1): 32.

(修回日期: 2011-05-19)