

· 经验交流 ·

鼻内镜下鼻道开窗治疗上颌窦囊肿 17 例

邵 鑫¹, 张维天², 吴 涛¹, 顾 俊³

(1. 宜兴市第二人民医院 耳鼻喉科, 江苏 宜兴 214200; 2. 上海交通大学附属第六人民医院 耳鼻喉科, 上海交通大学耳鼻喉研究所, 上海 200233; 3. 常熟市第二人民医院 耳鼻喉科, 江苏 常熟 215500)

关键词: 下鼻道开窗; 鼻内镜术; 单纯上颌窦囊肿

中图分类号: R739.62

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)06-0496-02

鼻内镜于 90 年代应用于鼻腔鼻窦手术, 具有微创、精细、患者痛苦小的优点。鼻内镜下鼻道开窗可避免损伤窦口鼻道复合体, 又体现了内镜手术的优势, 笔者运用鼻内镜经下鼻道开窗治疗上颌窦囊肿患者 17 例, 取得良好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 1 月 ~ 2010 年 12 月收治随访资料完整的单纯上颌窦囊肿患者 17 例, 其中男 11 例, 女 6 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均年龄 38.5 岁。病程 3 个月至 6 年, 均为首次单侧发病。左侧 9 例, 右侧 8 例。伴面部闷胀感 8 例, 面颊部麻木感 1 例, 鼻腔间断性流黄水样物 5 例。其中 3 例鼻中隔偏曲, 5 例下鼻甲不同程度肥大。术前均做鼻窦水平及冠状位 CT 确定囊肿位置, 排除鼻腔鼻窦的其他病变。囊肿位于底壁 8 例、前壁 3 例、内壁 5 例、外侧壁 1 例。全身及实验室检查未见手术禁忌症。

1.2 手术方法

使用杭州桐庐天松鼻内镜及其配套手术器械。全部病例均在表麻下手术, 用 1% 丁卡因和 0.05% 肾上腺素混合液棉片收缩鼻腔黏膜, 鼻中隔偏曲者先行鼻中隔黏膜下矫正术, 下鼻甲肥大者行黏膜下切除。将下鼻甲前端向内轻微骨折, 在距下鼻甲前端后 1.0 cm 处下鼻道外侧壁上切开黏膜、黏骨膜, 暴露骨质, 用下

鼻道开窗器开窗, 反咬钳扩大至 1.2 cm × 1.2 cm, 以适当的手术器械在内镜直视下摘除囊肿, 尽量避免损伤正常黏膜, 窦腔操作结束后, 翻转鼻腔黏膜置于骨窗底部, 手术侧下鼻道填塞膨胀海绵 48 h 后取出。手术时间平均 30 min, 术中出血 (55 ± 30) ml。手术后随访处理按照鼻内镜手术后的随访处理原则进行。

2 结果

本组 17 例患者术前症状全部消失, 术中术后均无严重鼻出血, 无鼻泪管损伤及严重感染发生。术后病理均为黏膜囊肿。1 例下鼻甲与鼻腔外侧壁发生粘连, 门诊表麻下分离, 明胶海绵隔离。术后 6 个月复查下鼻甲形态良好, 无粘连。开窗口明显变小甚至膜闭, 大部分病人用肾上腺素收敛后还能在 2.7 mm 内镜下检查。随访 1 年未见复发。

3 讨论

鼻内镜下鼻道开窗术最多用于单纯上颌窦囊肿, 同时鼻腔无息肉及上颌窦自然口通畅、无炎症者^[1]。本研究中患者的囊肿位于上颌窦腔的各个部位, 均在下鼻道开窗后内镜直视范围内, 囊肿大小不一, 一次性手术成功, 术后随访 1 年未见复发, 这说明鼻内镜下鼻道开窗治疗上颌窦囊肿手术成功的关键是囊肿能否在直视下完全切除, 并非囊肿的大小。因此, 采用本术式应根据术前鼻窦影像学的表现。选择合适的手术路径, 才能在术中彻底

作者简介: 邵 鑫, 男, 主治医师。
通讯作者: 邵 鑫, Email: shaoxin_6@sina.com.

切除囊肿。由于鼻内镜具有照明充分、术野清晰、可直视下操作、组织损伤小等特点,可以避免传统手术的诸多缺点^[2]。经下鼻道开窗摘除囊肿操作简便直观、安全^[1],且上颌窦内侧壁在下鼻甲附着处最薄,局部无大的血管和重要的神经穿行,因此对于绝大多数上颌窦囊肿均可完整切除。术后开窗口便于观察处理上颌窦、利于引流、治疗复发^[3]。但对于气化很好的上齿槽隐窝和泪前隐窝等病变,单一下鼻道开窗不易去除。部分牙源性上颌窦囊肿还是需行上颌窦根治术。如合并有鼻窦炎等情况,仍应采用 Messerklinger 术式。

下鼻道开窗术在鼻腔内操作,对鼻腔过分狭窄的患者并不适宜。鼻中隔明显偏曲的患者需先行鼻中隔黏膜下矫正术,若伴有下鼻甲肥大,可切除部分肥大下鼻甲,既扩大视野,又解除了术后黏膜肿胀后的鼻塞。若下鼻甲不大,可在下鼻甲前端用血管钳人为骨折向内侧移位,扩大下鼻道的前端空间。但下鼻道开窗不要离下鼻甲附着处太近,否则有损伤 Hasner 瓣之虞^[4]。下鼻道开窗口不需过大,1.2 cm × 1.2 cm 的开窗口对于术中清理病灶,术后引流、换药已经足够。小囊肿可直接钳取,较大囊肿先咬除部分,待囊液部分流出囊肿缩小后摘除,术中注意尽量不要损伤窦腔正常黏膜。

随着鼻内镜技术的发展,鼻内镜下上颌窦囊肿切除成为主要的治疗方式。改良上颌窦根治术采用双径路治疗上颌窦囊肿具有损伤小、术后反应轻等优点,纤维喉镜与鼻内镜的联合应用改善了经中鼻道上颌窦口不易完全切除囊肿的弊端,但两种术式均需切除钩突,扩大上颌窦开口,破坏了窦口鼻道复合体。有研究表明上颌窦自然口被破坏后,尽管上颌窦与鼻腔通气“管道”已经重建,但它们的引流功能并未恢复^[5],术后黏液纤毛系统并没有沿着

正常的生理途径进行传输^[6]。对上颌窦内下部的黏膜囊肿因角度因素相对要扩大自然口,对自然口通畅者无疑是一种损伤^[7]。上颌窦自然开口位于隐蔽的筛漏斗之内,应尽可能的保留其原有的功能结构单位,而不是任意扩大范围去破坏它,藉此来保留及维护鼻腔鼻窦的生理功能。反之将在术后上颌窦出现气流动力学改变和异常传输^[5,8]。鼻内镜下鼻道开窗术所有操作均经下鼻道进行,损伤小、痛苦小,易为患者接受,只需表面麻醉,术中出血少,术后反应轻,可在门诊手术不需住院治疗^[9]。

参考文献:

- [1] 贺永刚,张致鳌,李惠华. 鼻内镜下下鼻道开窗切除上颌窦囊肿 62 例[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2002, 10 (5): 250.
- [2] Barzilai G, Greenberg E, Uri N. Indications for the Caldwell - Luc approach in the endoscopic era [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 132 (2): 219 - 220.
- [3] 周兵,韩德明,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] 李源,周兵. 实用鼻内镜外科学技术及应用[M]. 北京:人民卫生出版社,2009: 115.
- [5] 许成利,许庚. 鼻内镜下上颌窦开口的形态学观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010, 24 (5): 231 - 232.
- [6] 许成利,左可军,许庚. 上颌窦自然口开放方式对上颌窦纤毛传输途径的影响[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008, 43 (4): 259 - 262.
- [7] 王岩,张晓明,刘文忠. 鼻内镜下犬齿窝手术径路治疗上颌窦良性病变[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16 (4): 307 - 308.
- [8] 熊观霞,黎建峰,詹杰民,等. 钩突对鼻腔及上颌窦气流力学的影响[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009, 44 (1): 10 - 15.
- [9] 董建明. 下鼻道开窗术切除上颌窦囊肿[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2007, 14 (5): 302.

(修回日期:2012-06-19)