

筛窦骨瘤 10 例临床分析

贾艳秋¹, 侯艳鹏², 邵旭辉², 朱宝玉², 杨 昕², 褚彦玲²

(1. 沈阳二〇一医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 沈阳 110043; 2. 解放军第四六三医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 沈阳 110042)

关 键 词:筛窦骨瘤;鼻内镜;临床特征;分析
中图分类号:R765. 4 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2015)05-0426-02

筛窦骨瘤早期症状隐匿,仅有鼻塞、流涕、头痛等类似鼻窦炎的非特异性症状,常常不引起足够重视,随着肿瘤增大压迫,出现无痛性面部肿胀、膨隆畸形、眼球突出等常见的临床典型症状^[1-2]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2012 年 1 月~2014 年 4 月于我科住院的筛窦骨瘤患者 10 例,其中男 3 例,女 7 例;年龄 27~61 岁,平均年龄 46.2 岁。症状主要有头痛、眶周胀痛不适,其中 3 例患者无明显症状,行头部 CT 检查时偶然发现。所有患者均行鼻窦 CT 检查,骨瘤直径介于 0.5~1.6 cm,位于筛窦内。10 例患者中,7 例伴发慢性鼻窦炎。

1.2 手术方法

全部患者均在全麻下经鼻内镜手术治疗,先切除钩突,完成筛窦开放,尽可能暴露肿瘤的边界,充分剥离切除,1 例肿瘤与颅底紧密相连,先剥离肿瘤内侧与纸样板相连部分,以剥离子逐渐松动肿瘤,后沿颅底仔细剥离,肿瘤游离后,完整切除肿瘤;1 例骨松质型骨瘤,与颅底及纸样板粘连紧密,以筛窦钳咬除肿瘤骨质,以吸引器逐渐骨折肿瘤骨壁,于颅底及眶纸板分离肿瘤,术中见肿瘤与纸样板及颅底之间尚有一层气房,沿此层气房解剖,彻底切除肿瘤。所有骨瘤均局限于筛窦,骨瘤大小约 0.3 cm×0.3 cm~1.5 cm×1.5 cm,手术时间 20~60 min,术中出血 5~100 ml。

2 结果

10 例患者均经鼻内镜彻底切除,2 例患者肿瘤与眶纸板融合,连同眶纸板一起切除,保留眶筋膜;1 例肿瘤与颅底融合,沿颅底仔细剥离切除肿瘤;术后并发下鼻甲与鼻中隔粘连 1 例,无其他严重并发症发生。

典型病历 CT 术前及术后影像见图 1、2。

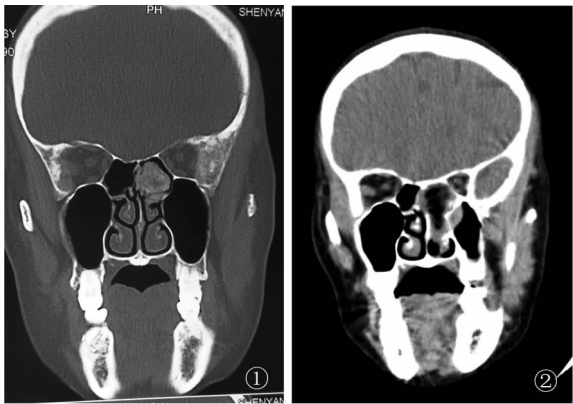


图 1 术前 CT 图像示骨瘤位于筛窦内,肿瘤内有低密度影,显示内部有血窦存在 图 2 术后 4 d 复查 CT 图像,示肿瘤彻底切除

3 讨论

鼻窦骨瘤好发于筛窦内,其分化良好,生长缓慢,大小不一,有蒂或广基,多呈圆形、卵圆形或结节状,外表光滑,覆有正常黏膜。多为单发,亦有双侧发生者^[1]。筛窦骨瘤一般发展缓慢,肿瘤局限于鼻窦内可长期无明显临床症状,常在鼻窦 CT 检查时偶尔发现,常合并鼻窦的炎症^[2]。诊断主要依靠鼻窦冠状位 CT 扫描确诊骨瘤的大小及范围,轴

作者简介:贾艳秋,女,主治医师。
通信作者:侯艳鹏,Email:hyp190@126.com

位 CT 扫描及头颅侧位片有助于准确判定骨瘤的部位及其附着处等^[3]。因筛窦骨质菲薄,易引起并发症,该病一旦确诊应尽早手术切除。局限于筛窦内的骨瘤,是鼻内镜下切除的适应证^[5],鼻内镜下切除筛窦骨瘤的优点是操作简单、手术时间短、恢复快、面部不留瘢痕^[3-4]。对于骨密质型骨瘤,找到骨瘤的界限,可以先由毗邻解剖结构不重要的部位开始剥离,撼动肿瘤,即可先由中鼻甲侧开始剥离,然后靠近纸样板侧,最后接近筛板处剥离,当肿瘤大部分游离后可以撼动,钳取肿瘤。

参考文献:

[1] 唐正一,张龙城,全超坤,等. 鼻窦骨化纤维瘤 23 例临床分析

[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(11):69-70.
[2] 徐红. 25 例额窦病变的鼻内镜手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006,12(1):69-70.
[3] 李云川,张罗,周兵,韩德民. 鼻内镜下额筛窦骨瘤切除术[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(14):628-630.
[4] Strek P, Zagolski O, Skladzien J, et al. Endoscopic management of osteomas of the paranasal sinuses experience[J]. Otolaryngol Pol,2007, 61(3):260-264.
[5] Karapantzos I, Detorakis ET, Drakonaki EE, et al. Ethmoidal osteoma with intraorbital extension: excision through a transcutaneous paranasal incision [J]. Acta ophthalmol Scand, 2005, 83(3):392-394.

(修回日期:2015-03-03)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201505024

· 临床交流 ·

纤维喉镜下摘除并结合布地奈德雾化治疗
声带息肉的临床疗效分析

何庆维,邱书奇

(深圳市耳鼻咽喉研究所 深圳市龙岗中心医院耳鼻咽喉科医院,广东 深圳 518172)

关键词:声带息肉;纤维喉镜术;布地奈德,雾化;疗效
中图分类号:R767.4 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2015)05-0427-02

声带息肉为耳鼻咽喉科常见病,是声带良性增生性病变,声音嘶哑是其最常见的临床表现。现将本院耳鼻咽喉头颈外科近 10 年采用局部麻醉纤维喉镜下摘除声带息肉并结合布地奈德雾化治疗患者的临床资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 226 例患者中男 100 例,女 126 例;年龄 16~75 岁,平均年龄 40.5 岁。声音嘶哑 1 个月至 8 年。单侧声带病变 180 例(其中右侧 100 例、左侧

80 例),双侧声带病变 46 例。病变均在声带游离缘范围内、呈半透明暗红色或黄白色圆形及椭圆形肿物。所有患者均排除心脑血管及喉部等重要疾病或咽喉部畸形。

1.2 手术方法

所有患者均在门诊内镜室完成手术。术前禁食水 6 h。术前 30 min 给予阿托品 0.5 mg 肌肉注射及鲁米那 0.1 g 肌肉注射,并做好术前解释工作,缓解患者紧张情绪。1% 丁卡因溶液喷雾麻醉口咽和喉咽,双侧鼻腔喷雾 1% 呋麻溶液及 1% 丁卡因溶液收缩鼻腔。间接喉镜下 1% 丁卡因喷雾喉腔黏膜,此时一定要让患者发“衣”声方可喷雾,重复 2~3 次。取仰卧位,采用日本产 Olympus-Ⅲ 型纤维喉镜和与之相配套的活检钳等系统设备。经较宽敞侧鼻腔插入纤维喉镜,靠近声带病变组织约 0.8~

作者简介:何庆维,男,主治医师。
通信作者:何庆维,Email:goodlucklan@126.com