

良性孤立性上颌窦病变个体化手术方式的探讨

李彦利,马 伟,刘雪冰,张 琦

(北京市仁和医院 耳鼻咽喉头颈外科,北京 102600)

关 键 词:上颌窦;鼻内镜;临床特点;个体化手术
中图分类号:R765.4 文献标识码:C [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(3):285-287]

孤立性上颌窦病变虽较常见,但相对于双侧鼻腔鼻窦病变而言,其病变种类繁多,早期隐匿,特异性炎性病变及各种良恶性肿瘤发病率更高,不同患者病变类型、大小、生物学特性及生长部位均有所不同。鼻内镜下单纯通过中鼻道上颌窦自然口入路手术,暴露上颌窦整个窦腔范围有限,很难彻底清除病灶。如何彻底切除病变同时防止术后复发及并发症的发生,是鼻科医生术中尤为关注的问题。因此,针对不同的上颌窦病变患者采取个体化手术方式,可取得良好的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2013 年 5 月~2016 年 5 月我院耳鼻咽喉头颈外科收治的单侧孤立性上颌窦病变患者的临床资料。纳入标准:通过鼻窦 CT 扫描诊断明确的单侧孤立性上颌窦病变,可伴或不伴鼻腔解剖结构异常,术前或术后病理确诊为良性病变。最终入组患者 135 例,其中男 72 例,女 63 例;年龄 8~81

岁,病程 1 个月至 10 年,主要临床表现为鼻塞、头痛、流脓涕、鼻腔异味、牙痛、面部麻木、鼻出血或涕中带血等症状中的一项或几项,部分病例无任何症状,为检查时无意发现。所有患者术前均完善鼻内镜检查及鼻窦 CT(轴位+冠状位)检查,怀疑肿瘤的 16 例患者中 15 例进一步行 MRI 检查,1 例因体内有金属物行鼻窦增强 CT 扫描,3 例术前通过病理活检已明确诊断,13 例为术中或术后才明确诊断。

1.2 方法

所有患者均在全麻鼻内镜下手术治疗,如伴有鼻中隔偏曲、泡性中鼻甲或者下鼻甲肥大影响手术入路者,先行鼻中隔偏曲矫正、中鼻甲部分切除、下鼻甲射频消融等方法。

本组患者共采用了 4 种术式:术式 1 为鼻内镜下上颌窦自然口入路(图 1、2);术式 2 为鼻内镜下上颌窦自然口入路+下鼻道开窗术;术式 3 为鼻内镜下上颌窦自然口入路+泪前隐窝入路(图 3、4);术式 4 为鼻内镜下上颌窦自然口入路+鼻腔外侧壁切除入路(图 5、6)。

135 例患者病者不同病变类型及手术方式见表 1。

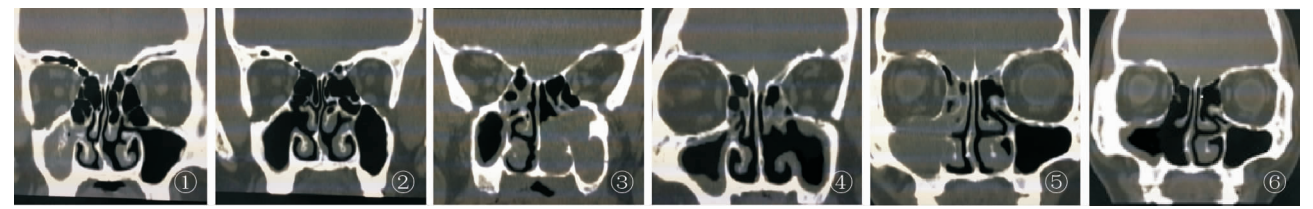


图 1 右侧霉菌性上颌窦炎术前 图 2 右侧霉菌性上颌窦炎术后 6 个月(术式 1) 图 3 左侧上颌窦内翻性乳头状瘤术前 图 4 左侧上颌窦内翻性乳头状瘤术后 6 个月(术式 3) 图 5 右侧上颌窦细胞性多形性腺瘤术前 图 6 右侧上颌窦细胞性多形性腺瘤术后 6 个月(术式 4)

作者简介:李彦利,女,硕士,主治医师。
通信作者:李彦利,Email:liyanli 2006ent@ 163. com

表 1 不同上颌窦病变的手术方式 (例)

上颌窦病变类型	例数	术式 1	术式 2	术式 3	术式 4
炎症	65				
真菌性上颌窦炎	36	36	—	—	—
牙源性上颌窦炎	10	10	—	—	—
单纯性上颌窦炎	19	19	—	—	—
囊肿	40				
潴留囊肿	32	30	2	—	—
黏液囊肿	8	7	1	—	—
上颌窦后鼻孔息肉	14	10	2	2	—
良性肿瘤	16				
内翻性乳头状瘤	13	4	1	5	3
血管瘤	2	1	—	1	—
混合瘤	1	—	—	—	1
合计	135	117	6	8	4

2 结果

135 例患者手术顺利,无手术并发症发生,术后均定期复查,随访 6 个月至 3 年。从表 1 中可以看出 65 例上颌窦炎患者,均采用单纯上颌窦自然口入路,愈后良好,均无复发。上颌窦囊肿、上颌窦后鼻孔息肉及良性肿瘤则根据病变性质、范围及根蒂部位采用单一或联合入路的手术方式。1 例 8 岁上颌窦后鼻孔息肉患者考虑年龄较小,为了尽可能保护鼻腔结构,避免影响颌面部发育,选择了单一上颌窦自然口入路,术后患者复查配合欠佳,于 2 年后复发,经再次行鼻内镜下上颌窦自然口入路+下鼻道开窗术后痊愈。1 例内翻性乳头状瘤患者 1 年后复发并恶变,取病理确诊后患者转入上级医院治疗。其余患者随访期间均无复发。

3 讨论

随着功能性鼻内镜外科手术的开展,良性上颌窦病变的治疗以鼻内镜下手术彻底清除病变为主,同时保留鼻腔鼻窦的结构和功能,具有损伤小、视野清晰、并发症少等优点,有助于术后黏膜修复与再生^[1]。

上颌窦的解剖特点是形似底在上方的锥体^[2]。窦口高易闭塞,导致上颌窦炎症、囊肿、息肉、真菌等疾病。其次,上颌窦底壁与上列第二尖牙及第一、第二磨牙根部有密切联系,这些牙齿的根部通常与窦腔仅有一层菲薄骨质相隔,有时直接埋藏于窦内黏膜之下,故牙根感染容易侵入上颌窦内,引起牙源性上颌窦炎,已有研究表明牙源性上颌窦炎患者上颌窦黏膜增厚的发生及其严重程度与牙根尖是否突入窦腔呈现明显的正相关^[3]。再者,从生理功能上

讲,上颌窦黏液传输和清除的方向始终是朝向上颌窦自然口,即便是做下鼻道开窗,其引流口较自然窦口大的多,其黏液传输和清除的方向仍朝向自然开口^[4]。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。但是上颌窦腔内还有一些经中鼻道入路难以观察和处理的区域,这些区域主要包括上颌窦内壁、前壁、齿槽隐窝和泪前隐窝等,尤其是上颌窦气化比较好的情况下^[5],单一依靠上颌窦自然口入路很难彻底清除病变。因此,对于良性孤立性上颌窦病变,我们应结合鼻内镜检查及影像学检查,依据病变的性质、基底部位、范围大小等选择个体化手术入路。以下分别针对不同手术方式进行分类分析。

3.1 手术方式 1

本研究中共计 117 例患者采用此方法。主要包含所有上颌窦炎性病变患者,大部分上颌窦囊肿、上颌窦后鼻孔息肉患者,以及病变根蒂部位位于上颌窦自然口附近或后外侧壁的本性肿瘤患者。

上颌窦炎症:此类上颌窦病变治疗的关键是开放或扩大上颌窦自然口,清除窦腔内病变,尽可能地保护保留窦腔黏膜,使其引流通畅,进而促进黏膜功能的恢复。对于真菌性鼻窦炎(非侵袭性),分为真菌球型鼻窦炎和变应性真菌鼻窦炎,本次统计病例均为真菌球型上颌窦炎,CT 扫描可见窦腔密度不均匀增高,软组织密度团块影内见点状、斑片状不规则高密度钙化影,可伴鼻窦骨质吸收破坏或(和)增生,此类病变经手术方式 1 可完成手术,部分真菌团块与上颌窦内壁粘连较紧时,可使用粗弯头吸引器强力冲洗,如仍不能清除,可使用长纱条塞入窦腔再用细弯头吸引器推动纱条松动真菌团块,再辅助强力冲洗彻底去除病变;对于牙源性上颌窦炎,患者有不同程度的反复上颌牙痛,单侧鼻塞,反复流脓涕,鼻腔有臭味,CT 显示患者鼻窦冠状位上颌窦腔内软组织密度阴影或有积液征,窦底黏膜增厚,牙周可有窦道或部分牙根突入上颌窦腔内,针对此类患者,通过手术方式 1 清除窦内病变,生理盐水抗生素冲洗窦腔,术后辅以抗生素治疗,窦腔引流通畅黏膜肿胀消除后再行口腔科二期处理病灶牙,可取得良好疗效^[6-7]。

息肉和囊肿:对于上颌窦囊肿,大多数患者无明显临床症状,CT 表现为上颌窦腔内圆形、类圆形单发或多发低密度影,边界清晰,较大的黏液囊肿窦壁呈膨胀性扩大、压迫周围骨质,可见骨壁吸收现象,窦壁弧形吸收变薄或外移。如囊肿位于上颌窦口或后外侧壁,可经中鼻道扩大上颌窦自然口入路,70°鼻内镜

下借助各种弯曲角度器械能够完整取出,如果囊肿位于前内下方,可联合下鼻道开窗术将囊肿完整切除;对于上颌窦后鼻孔息肉患者,往往中鼻道自然口已扩大,根蒂部的处理尤为重要,如不能彻底切除,复发往往不可避免,如是成人患者可联合下鼻道开窗或泪前隐窝入路切除病变,但对于儿童患者,下鼻道或泪前隐窝入路可能会影响患者颌面部发育,应尽量避免。本研究中1例复发的儿童患者即单纯采用上颌窦自然口入路,复发原因考虑可能与根蒂部处理不彻底有关。

良性肿瘤:对位于上颌窦自然口附近或后外侧壁的上颌窦良性肿瘤,也可选择扩大上颌窦自然口入路进行病变的切除。但因肿瘤早期局限于窦腔内不易发现,大多数患者发现时都已病变广泛,并伴有不同程度的上颌窦骨质受累,且上颌窦良性肿瘤以鼻腔内翻性乳头状瘤多见,因其属于交界性肿瘤,易复发及恶变等特点,故术中是否能完全清除肿瘤显得尤为重要,因此手术多应选择经中鼻道扩大上颌窦自然口入路联合泪前隐窝入路或鼻腔外侧壁切除入路^[8]。其原发灶多有局部骨质增生及滋养血管,须将骨窗略增大以利于观察、操作及彻底清除肿物,且对肿物基底部位的处理至关重要,应在肿瘤基底部骨膜平面以下去除干净全部组织,再以电钻磨除骨膜下骨质,可显著提高疗效,预防复发和恶变。

3.2 手术方式2

本研究中6例患者采用此方法。该术式主要适用于病变根蒂部远离上颌窦自然口,如位于窦前壁、底壁、内下角等处的囊肿和后鼻孔息肉,经自然开口抓不到病灶,可联合下鼻道开窗清除位于上颌窦前内下方、上颌窦底壁的病变。

3.3 手术方式3

本研究中8例患者采用此方法,5例为上颌窦内翻性乳头状瘤,1例为血管瘤,2例为上颌窦后鼻孔息肉。该术式适用于多数的上颌窦良性肿瘤、病变组织广泛易复发的上颌窦后鼻孔息肉,尤其是上颌窦前内侧壁、底壁、泪前隐窝及齿槽隐窝受累及,或病变局限的上颌窦恶性肿瘤,这是对手术方式1的丰富和补充。泪前隐窝入路先行鼻内镜下鼻腔外侧壁切开,完整保留鼻泪管和下鼻甲,开放泪前隐窝后进入上颌窦,清理病灶后复位鼻泪管-下鼻甲瓣对位缝合切口。其优点一是视野宽,充分暴露整个上颌窦腔,便于窦内病灶的观察和处理,无死角;二是保留鼻泪管和下鼻甲,恢复后的术腔更符合鼻腔结构和功能的需要,是一种微创优势明显的方法。但该术式在肿瘤复发时不易早期发现,一旦复发,上

颌窦内肿瘤已经生长较大,常需二次手术。

3.4 手术方式4

本研究中4例患者采用此方法。3例为上颌窦内翻性乳头状瘤患者,1例为细胞性多形性腺瘤患者(上颌窦内壁、顶壁及前壁骨质部分被破坏)。2011年有学者曾报道鼻内镜下鼻腔外侧壁入路可以充分暴露整个上颌窦腔,亦能很好地显露翼腭窝和颞下窝^[9]。该入路适宜于病变范围广泛的复杂上颌窦良性病变,以及局限于上颌窦腔内或累及上颌窦内壁的恶性病变,具有视野宽的优点,能彻底清除病变组织,而且术后随访换药方便,克服了上颌窦内肿瘤复发后不易早期发现的缺点,尤其适用于容易复发的上颌窦内翻性乳头状瘤。但因该术式去除了大部分的下鼻甲和鼻泪管,改变了鼻腔的结构,不利于黏膜功能的恢复,术后易出现鼻腔干燥及泪道闭塞等并发症。

综上所述,在处理上颌窦良性病变时,其原则应当是个体化选择手术入路,安全有效地切除病变,同时尽可能地保留上颌窦黏膜,以保证上颌窦黏膜上皮纤毛运动连续的生理功能,从而达到科学、精细、微创、恢复功能的目的^[9-10]。

参考文献:

- [1] 王春红,李永华,刘丕楠,等.鼻内镜手术治疗上颌窦良性占位性病变[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(4):279-283.
- [2] 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.
- [3] 孙艺渊,王珮华,范新东.牙源性上颌窦炎中窦腔黏膜增厚与牙根尖关联螺旋CT研究[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2014(1):24-27.
- [4] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008,53.
- [5] 王广科,史凌改,马崧,等.鼻内镜下泪前隐窝入路手术治疗复发性上颌窦内翻性乳头状瘤疗效观察[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(5):225-227.
- [6] 孟甜,张智勇.牙源性上颌窦炎病因和治疗的回顾性分析[J].口腔医学研究,2015,31(5):490-492.
- [7] 袁群芳,王为,向晋松.牙源性上颌窦病变19例[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,26(21):1001.
- [8] 戴琪,蔡国遇,刘全,等.经鼻内镜上颌窦前、内侧壁切除治疗Krouse III型上颌窦内翻性乳头状瘤[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2016,22(1):43-44,49.
- [9] 郭童雷.135例鼻内镜下治疗上颌窦良性病变效果研究[J].中国内镜杂志,2010,16(4):423.
- [10] 白有仁,拓明祥,田青,等.上颌窦良性占位性病变手术入路的探讨[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(3):218-219.

(收稿日期:2016-11-17)