

鼻内镜下下鼻道开窗及自上颌窦自然开口 摘除上颌窦黏膜囊肿的疗效比较

廖 勇

(湖北民族学院附属民大医院耳鼻咽喉科,湖北 恩施 445000)

摘 要: **目的** 探讨鼻内镜下下鼻道开窗及自上颌窦自然开口摘除上颌窦黏膜囊肿的疗效比较。 **方法** 在鼻内窥镜下,对70例单纯上颌窦黏膜囊肿的患者行鼻内镜下下鼻道开窗和自上颌窦自然开口摘除囊肿,比较两种手术方法的疗效。 **结果** 35例经鼻内镜下上颌窦自然开口患者术后随访1~3年,残留及复发4例,出现并发症6例。35例经鼻内镜下下鼻道开窗患者术后随访1~3年,均无残留、复发及并发症发生。 **结论** 鼻内镜下下鼻道开窗摘除上颌窦黏膜囊肿能有效减少手术后复发及并发症的发生,而且能保留上颌窦正常黏膜纤毛运动功能,最大程度的保护鼻腔、鼻窦正常生理结构及功能。

关键词: 上颌窦黏膜囊肿; 内镜鼻窦手术; 下鼻道开窗

中图分类号: R765.4

文献标识码: A

上颌窦黏膜囊肿是耳鼻咽喉科的常见病、多发病,传统上颌窦根治手术局部反应重,损伤大,术后患者痛苦大。自上世纪90年代以来,随着鼻内镜技术迅速发展,微创理念深入,传统的上颌窦根治术已经被取代,鼻内镜下自上颌窦自然开口摘除上颌窦黏膜囊肿被越来越多的应用。但因为上颌窦自身的解剖特点,鼻内镜下上颌窦开放术并不能处理上颌窦内的任意区域,特别是窦底,而且易造成病变的残留和复发,以及中鼻道粘连、空窦综合征等并发症。本科自2012年来分别使用鼻内镜下下鼻道开窗^[1]和鼻内镜下自上颌窦自然开口摘除囊肿,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集2012年3月~2015年3月本科室共收治单纯上颌窦黏膜囊肿患者70例的临床资料,其中女28例,男42例,最大年龄64岁,最小16岁;病史1~5年,所有患者均有头昏、头痛症状。检查:所有病例均经鼻窦CT扫描确诊,右侧23例,左侧18例,其中29例双侧;囊肿位于上颌窦底壁47例,前壁9例,内壁2例,后外侧壁12例。采用鼻内镜下下鼻道开窗摘除上颌窦黏膜囊肿35

例,采用鼻内镜下自上颌窦自然开口摘除囊肿35例。

1.2 手术方法 患者取仰卧位,全身麻醉,实施鼻内镜下手术治疗。经鼻内镜下下鼻道开窗摘除上颌窦内黏膜囊肿。鼻内镜下将下鼻甲骨骨折翻向内上,暴露下鼻道外侧壁,小圆刀自鼻底至下鼻道前端作“L”型黏膜瓣,剥离分离黏膜瓣暴露上颌窦内侧壁骨质。用鼻中隔剥离器或骨凿在距离下鼻甲前端1 cm处垂直凿开骨壁,进入上颌窦,0度筛窦钳及反咬钳去除骨片扩大骨孔,最终形成约1.5 cm × 1.5 cm的骨窗。通过下鼻道开窗,插入30°或45°鼻内镜,在鼻内镜直视下,上颌窦弯钳将囊肿咬除或弯头吸切器完全摘除囊壁^[2]。(手术中勿损伤鼻泪管开口处黏膜)。术后行下鼻道黏膜瓣复位,下鼻道填塞明胶海绵。典型病例见图1。

手术疗效按鼻窦内镜手术治疗鼻窦炎疗效评定标准评定^[3]。

2 结 果

所有患者均随访1~3年。经下鼻道开窗摘除上颌窦内黏膜囊肿组术后均无残留、复发及并发症发生。自上颌窦自然开口摘除上颌窦内黏膜囊肿组术后残留及复发4例,出现并发症6例。经 χ^2 检验,差异有统计学意义。见表1。

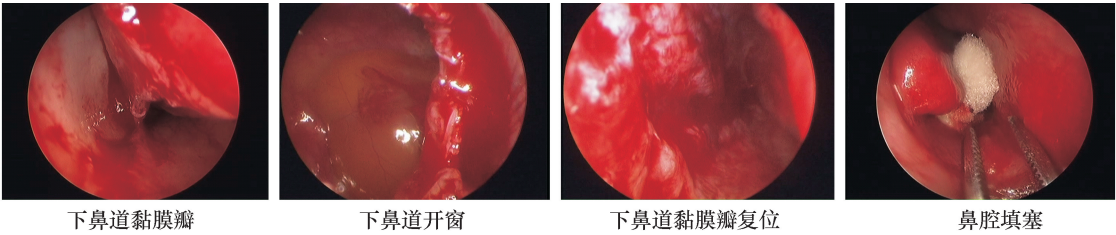


图1 鼻内镜下自上颌窦自然开口摘除上颌窦内黏膜囊肿典型病例 经中鼻道开放并扩大上颌窦自然窦口,插入45°或70°内镜,在直视下摘除囊肿,术后中鼻道填塞明胶海绵

表1 不同手术方法摘除上颌窦黏膜囊肿的疗效比较(n,%)

分组	n	治愈	无效(有残留、复发及并发症的发生)
经下鼻道开窗组	35	35(100.00)	0(0)
自上颌窦自然开口组	35	25(71.43)	10(28.57)

$\chi^2 = 11.667, P < 0.01$

3 讨 论

鼻内镜下鼻道开窗术最多用于单纯上颌窦黏膜囊肿,同时鼻腔无息肉及上颌窦自然口通畅、无炎症者。本研究中经下鼻道开窗组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,囊肿均一次性手术成功,术后随访3年未见复发,这说明鼻内镜下鼻道开窗治疗单纯上颌窦黏膜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,采用下鼻道开窗术式应根据术前鼻窦影像学的表现,选择合适的手术路径,才能在术中彻底切除囊肿。上颌窦内侧壁在下鼻道处骨质薄,局部无重要结构,手术操作安全、简便直观。术后开窗口黏膜瓣复位,恢复下鼻道结构和功能,最大程度的保护鼻腔、鼻窦正常生理结构及功能。

而本研究中自上颌窦自然开口组35例患者术后残留及复发4例,出现并发症6例,疗效一般。自上颌窦自然开口摘除上颌窦内黏膜囊肿相对要扩大自然口,对自然口通畅者无疑是一种损伤^[67]。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,反之将在术后上颌窦出现气流动力学改变和异常传输,术后容易出现局部粘连及空窦综合征。

另外,因上颌窦自身的解剖特点,鼻内镜下上颌窦开放术并不能处理上颌窦内的任意区域,特别是窦底,而且易造成病变的残留和复发^[4]。

鼻内镜下下鼻道开窗术手术操作安全、简便直观,痛苦小,损伤小、易为患者接受。而且,鼻内镜下鼻道开窗摘除上颌窦黏膜囊肿能明显减少术后复发及并发症的发生,能减少对上颌窦正常黏膜纤毛运动功能的干扰,最大程度的保护鼻腔、鼻窦正常生理结构及功能,非常值得推广。

参考文献:

[1] 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]. 中华耳鼻喉头颈外科杂志,2007,42(10):743-748.

[2] 贺勇刚. 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.

[3] 中华医学会耳鼻咽喉科分会、中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997,海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(2):134.

[4] 邵鑫,张维天,吴涛,等. 鼻内镜下鼻道开窗治疗上颌窦囊肿17例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(6):496-497.

[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] 徐洪彬. 鼻内镜下经下鼻道上颌窦开窗术切除上颌窦囊肿分析[J]. 航空航天医学杂志,2014,25(12):1694-1695.

(此文编辑:朱雯霞)