

## 26例鼻窦囊肿的鼻内窥镜手术治疗

陈 嵘, 马永忠, 傅敏仪, 黄桂球

(广东中山市人民医院耳鼻咽喉科, 广东 中山 528403)

**[摘要]** 目的:探讨鼻内窥镜手术治疗鼻窦囊肿的方法和优点。方法:分析26例鼻窦囊肿患者的囊肿部位、性质,所有病例采用鼻内窥镜手术治疗。结果:所有病例均在全麻下顺利完成手术,无并发症发生,26例患者随访1年,23例症状消失,无复发;3例复发,其中2例再次手术后无复发。另1例因无明显症状未予再次手术。结论:鼻内窥镜手术治疗鼻窦囊肿较传统手术简捷安全,创伤小,便于随诊,不遗留额面部疤痕,可作为首选手术方式。

**[关键词]** 鼻窦囊肿; 鼻内窥镜手术; 复发

**[中图分类号]** R762.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-9965(2009)04-0452-02

鼻窦囊肿在鼻科疾病中占相当部分比例,可分为黏液囊肿和黏膜潴留囊肿,通常需手术治疗。传统的手术方式采取鼻外或鼻内径路,存在术野不清或创伤大、面部遗留疤痕等缺点。随着鼻内窥镜手术的开展,越来越多的术者尝试通过鼻内镜在良好的视野下完成手术,并尽可能的减少手术损伤及术后疤痕。基于鼻内窥镜手术使鼻窦囊肿的治疗变得简便、安全,我院耳鼻喉科也陆续开展此项手术,疗效满意,现将近3年收治的26例鼻窦囊肿患者的手术治疗情况报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

2006~2008年收治的具有临床症状的鼻窦囊肿患者26例,男17例,女9例;年龄21~60岁,平均36.1岁。病程3周~4年,全部为单侧囊肿。入院主诉主要为:头部闷胀感、头痛15例;鼻塞、流涕5例;内眦部隆起2例;凸眼、复视3例;健康体检发现1例。所有患者术前均常规作鼻窦CT扫描,以了解病变的范围,排除牙源性囊肿,指导手术的选择和进行。鼻窦囊肿在CT上具有典型的影像学表现<sup>[1]</sup>,故未再行诊断性穿刺。本组病例中CT扫描显示上颌窦黏膜潴留囊肿12例,上颌窦黏液囊肿2例,筛窦囊肿5例,额窦囊肿2例,蝶窦囊肿4例,筛窦、额窦囊肿1例。

#### 1.2 手术方法

手术全部在全麻下进行。①上颌窦囊肿:70°镜下经中鼻道开放并扩大上颌窦自然口,经自然口用咬钳或辅以电动切割吸引器切除囊肿;②筛、额窦囊肿:0°镜下切除钩突,开放筛窦,充分暴露囊肿前、下壁,咬除囊肿的下壁,并尽可能扩大。其中额窦囊肿须将前筛彻底开放,充分开放额窦开口;③蝶窦囊肿:我科所收治病人均为单纯蝶窦囊肿,均采用

Wigand法,切除中鼻甲后端的1/3,暴露蝶窦前壁,直接开放蝶窦,切除囊肿。术毕鼻腔填塞膨胀止血海绵。

术后全身应用抗生素,术后第2天抽出填塞物,每日清洗鼻腔至患者出院。术后1、2周于鼻内镜下清理术腔,使引流通畅。以后每月1次观察术腔情况。

#### 1.3 治疗结果

我科收治的病人中,发生于筛窦、额窦及蝶窦的均为黏液囊肿,发生于上颌窦的多数为上颌窦黏膜潴留囊肿。患者鼻塞、流涕及眼部症状术后即基本消失,头部闷胀感、头痛症状术后明显缓解,无严重并发症发生。对26例患者随访1年,23例症状消失,经鼻内镜或鼻窦CT检查证实无复发;2例上颌窦黏膜潴留囊肿复发,其中1例因无明显症状未予再次手术,另1例再次手术后无复发;1例额窦囊肿复发伴内眦部不适,再次行鼻内镜手术后无复发。

### 2 讨论

鼻窦黏液囊肿多发生于筛窦,其次为额窦,上颌窦、蝶窦较少,病因多认为是鼻窦自然开口完全堵塞,窦内分泌物潴留后逐渐形成。黏膜潴留囊肿可发生于任何鼻窦内,但多发生于上颌窦,多因黏液腺阻塞,腺体内分泌物潴留所引起<sup>[2]</sup>。对于黏膜潴留囊肿,因囊肿常不破坏骨壁且有可能自行破裂,无症状者可暂不作处理。鼻窦囊肿传统的手术方式多采取鼻外或鼻内径路:鼻外额窦开放(额窦);鼻内/外开筛、上颌窦开筛(筛窦);鼻内/外筛窦进路(蝶窦)等;上颌窦囊肿多采用上颌窦根治术<sup>[3]</sup>。随着鼻内窥镜在手术中的运用,这些传统的手术进路或因手术视线差,视野不清,有一定的盲目性,或因术中创伤大、面部遗留疤痕,已较少采用。鼻内窥镜手术治疗鼻窦囊肿是较以往手术更为简捷安全的方法。

手术的关键在于鼻窦的通畅引流,黏液囊肿的囊壁可不必完全切除,特别是伴有骨质缺损的囊肿,术中尽量扩大造瘘口,保持引流通畅,同时也要避免损伤周围重要结构<sup>[3]</sup>。我科的1例额窦囊肿复发病例即因额窦口开放欠佳致术后引流不畅造成囊肿复发,再次手术时开放鼻丘气房,充分扩大额窦开口,术后随访无复发。上颌窦黏膜潴留囊肿则要求尽可能将囊壁切除,扩大上颌窦自然口,一是保证术后通畅引流,二是便于术后观察上颌窦内情况。上颌窦自然口通常被钩突的尾部遮蔽,术中多数要切除钩突以充分扩大上颌窦自然口。上颌窦自然口部鼻窦黏膜纤毛有清除功能,所以在扩大自然口时应避免粗暴撕扯黏膜及使用电动切割吸引器切割上颌窦自然口全周,应以咬切钳向前或向后扩大自然口,并尽量保留原自然口下方或前下方的原始黏膜,避免破坏此处的鼻黏膜黏液纤毛系统,有利于上颌窦经鼻窦道的引流。本组中1例单纯上颌窦囊肿病例中,钩突尾部不影响上颌窦自然口开放,未予切除钩突,既保留鼻腔正常生理结构,也不影响上颌窦引流。本组中2例上颌窦黏膜潴留囊肿复发病例,囊肿部分位于上颌窦内壁,手术中视野受限,可能因未能切除全部囊壁导致复发,其中1例因无明显症状未予再次手术,另1例再次手术时配合下鼻道开窗<sup>[4]</sup>,彻底切除囊肿,术

后随访无复发。另外,我科收治的另一例患者,在体检时发现上颌窦黏膜潴留囊肿,可能因为心理作用,发现囊肿后自觉头闷胀感,接受手术后自觉症状消失。鼻内窥镜手术治疗鼻窦囊肿视野清晰,对周围正常结构破坏少,创伤小,出血少,不遗留面部疤痕,便于术后随访时检视术腔,及时清理手术区域的血痂、分泌物及水肿的粘膜,可作为首选手术方式。

#### [参考文献]

- [1] 方旭华,刘玉茹,银文杰. CT对鼻窦囊肿的诊断价值[J]. 现代临床医学, 2006, 32(4): 267-268.
- [2] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.:274-276.
- [3] 韩德民. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:146-151.
- [4] 王 勇,梁武东,刘亚军,等. 不同径路上颌窦囊肿手术168例[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(20): 952-953.

[责任编辑:陈咏梅]

## 暨南大学学报编辑部 荣获“2008年高校科技期刊先进集体”称号

中国高等学校自然科学学报研究会组织开展了2008年高校科技期刊先进集体评比活动。暨南大学学报编辑部(自然科学与医学版)荣获“2008年高校科技期刊先进集体”称号。

本次活动旨在加强编辑部建设,更新高校期刊办刊理念,把握市场需求,鼓励编辑部人员开展编辑业务理论等学术研究,增强编辑、出版和经营的能力。

暨南大学学报编辑部一直严格奉行期刊办刊宗旨,认真执行编审制度,积极参加各种研究会的调研活动,不断加强与国内外同行之间的交流,全面提升了期刊的竞争力和影响力,学报影响因子逐年提高,学术影响不断增大。本次获奖既是对编辑部工作的认同和鼓励,同时也促进了编辑部工作的不断发展和进步。

(暨南大学学报编辑部)