

· 临床报道 ·

鼻腔鼻窦真菌球型的疗效分析

吴元庆, 邓毅, 徐进敬

(南京医科大学附属南京第一医院耳鼻咽喉科, 江苏南京 210006)

摘要: **目的** 探讨鼻腔鼻窦真菌球型的临床特征、诊断要点及治疗方法。**方法** 回顾2006年1月~2009年1月收治15例鼻腔鼻窦真菌球型的临床资料,其中原发上颌窦12例,原发于后组鼻窦3例。**结果** 15例中14例一次性治愈,随访0.6~2年无复发,1例后组鼻窦真菌球型于术后6个月复发,经再次手术治愈。**结论** 对回吸性血痰、持续性鼻塞、鼻腔异味、鼻根部或面颊部疼痛、单侧头痛或深部头痛应行鼻窦CT和鼻内镜检查,手术中清除病变组织和霉菌团块后,尽量扩大病变鼻窦开口,改变真菌赖以生存的环境,减少复发。

关键词: 鼻腔鼻窦;真菌球;鼻内镜术;影像学

中图分类号: R765.22

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)01-0047-03

鼻腔鼻窦真菌球型是鼻及鼻窦真菌病中最为多见的一种类型,起病隐匿,发展缓慢,早期诊断较难。近年来,随着诊断水平提高,鼻腔鼻窦真菌球型在临床有逐年增多趋势。我们回顾2006年1月~2009年1月收治的15例鼻腔鼻窦真菌球型的临床资料,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

15例鼻腔鼻窦真菌球型患者中男6例,女9例;年龄18~69岁,平均42岁,病程20d至2年。主诉鼻塞6例,回吸性血痰或涕中带血丝5例,涕中或痰中带干酪样团块4例,鼻腔异味5例,鼻根部或面颊部疼痛7例,单侧头痛或深部头痛3例。所有病例均行鼻窦CT轴位或冠状位扫描,用软组织窗及骨窗同时显示软组织病变及骨质结构。CT表现病变鼻窦充填密度不均软组织影及点状、条索状不规则高密度影,CT值80~160 Hu。鼻窦骨质改变,如上颌窦内壁吸收破坏,前壁可出现骨质增生硬化等,

部分患者伴有鼻中隔偏曲。15例均为单侧鼻窦病变,原发上颌窦12例,其中有7例累及前组筛窦;原发于后组鼻窦的3例,其中孤立蝶窦病变1例。鼻内镜检查发现鼻腔外侧壁内移3例,钩突肥大或息肉样变2例,中鼻道内见脓性分泌物或黄褐色泥糊状物5例,嗅裂区见脓性分泌物3例,鼻中隔偏曲3例;鼻腔内无异常发现2例。

1.2 手术方法

均采用全麻下行鼻内镜手术。切除钩突,如上颌窦病变为主的,扩大窦口,清除病变组织和霉菌团块,开放筛泡,生理盐水反复冲洗术腔;如病变在后组鼻窦,切除部分筛泡,经中鼻甲基板开放后组筛窦,清除病变组织和霉菌团块,咬除上鼻甲部分根部,经蝶窦自然口扩大开口,吸除窦内霉菌团块,生理盐水反复冲洗术腔。术腔内填入PVF膨胀海绵结束手术。术后24h抽去鼻腔填塞PVF膨胀海绵,生理盐水冲洗鼻腔每天2次,静脉滴注抗生素5d,未用抗真菌药物,术后随访0.6~2年,均行鼻内镜下检查。15例均行病理检查,光镜下见坏死组织中有真菌孢子及相互缠绕成团的真菌菌丝聚集,黏膜组织有较多炎性渗出物,淋巴细胞、浆细胞浸润,无肉芽组织形成。

作者简介:吴元庆,男,主治医师。

通讯作者:吴元庆,Email:njking@chinaren.com.

未行真菌培养。

1.3 典型病例

患者女性,36 岁,因左侧头痛伴左鼻腔异味 1 月入院。鼻窦 CT 检查见左上颌窦充填密度不均软组织影,伴有条索状不规则高密度影(图 1)。鼻内镜检查见左侧中鼻道黏膜肿胀,表面附有脓性分泌物。全麻鼻内镜下手术,0°镜下切除左侧钩突后即见黄褐色泥糊状物(图 2),取材送病检,清除部分后见上颌窦口已扩大,咬切钳向后咬除后凶,扩大窦口,后凶处鼻窦黏膜送病检。70°镜下见窦内有大量黄褐色泥糊状物,彻底吸除窦内病变,见窦内黏膜尚光滑,稍肿胀(图 3),开放筛泡,生理盐水反复冲洗术腔。术后半年复诊,鼻内镜检查见左侧上颌窦口宽大,窦腔黏膜光滑,无脓性分泌物或黄褐色泥糊状物(图 4)。鼻窦 CT 检查见左鼻腔、鼻道窦口复合体处宽敞,上颌窦为含气大腔(图 5)。

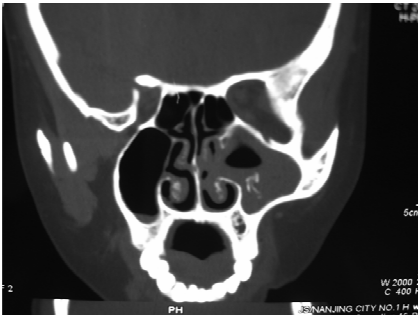


图 1 鼻窦 CT 检查见左上颌窦充填密度不均软组织影,伴有条索状不规则高密度影

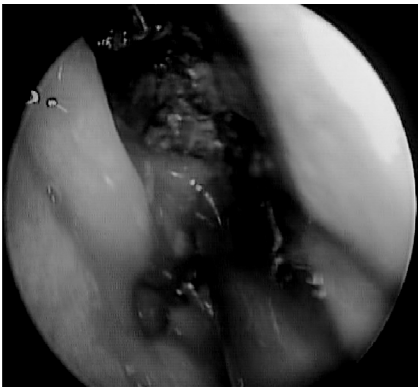


图 2 0°鼻内镜下切除左侧钩突后即见黄褐色泥糊状物

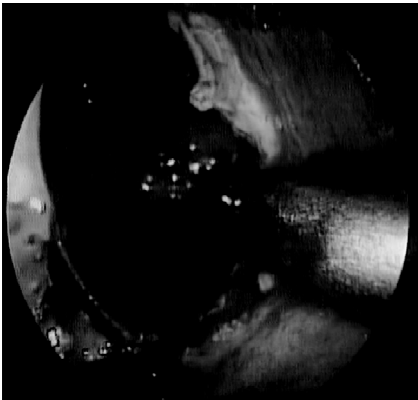


图 3 70°鼻内镜下见窦内黏膜尚光滑,稍肿胀



图 4 术后半年鼻内镜检查见左侧上颌窦口宽大,窦腔黏膜光滑,上皮化

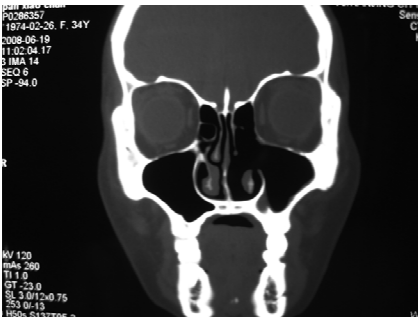


图 5 术后半年鼻窦 CT 检查见左鼻腔、鼻道窦口复合体处宽敞,上颌窦为含气大腔

2 结果

15 例中 14 例一次性治愈,临床症状消失,术腔上皮化良好,鼻腔鼻窦通气和引流通畅;1 例后组鼻窦真菌球型于术后 6 个月复发,经再次手术治愈。

3 讨论

鼻及鼻窦真菌病分为侵袭型和非侵袭型两大临床类型。依据临床过程的急缓、不同的发病机制和临床特征,前者分为急性侵袭型和慢性侵袭型;后者又分为真菌球型和变态反应型^[1],其中以真菌球型最为多见,多发生在全身免疫状态正常者,与鼻窦局部解剖结构异常关系密切。真菌以寄生形态在鼻窦内积存繁衍,较常见的致病真菌是曲霉菌,主要有烟色曲霉菌和黑色曲霉菌^[1]。病变局限窦腔内,真菌块充满窦腔时可压迫鼻窦骨壁致膨出或骨质破坏。本病不侵入鼻窦黏膜,鼻窦黏膜正常或仅产生炎症反应,而慢性侵袭型鼻-鼻窦炎早期真菌既侵入鼻窦黏膜组织和血管,病理学检查是两者重要鉴别手段。本组中因未行真菌培养,故无法判定真菌类型。

本型上颌窦好发,其次为筛窦、蝶窦,额窦很少受累。临床症状多不典型,类似慢性鼻-鼻窦炎表现。我们认为对回吸性血痰、持续性鼻塞、鼻腔异味、鼻根部或面颊部疼痛、单侧头痛或深部头痛者尽早行鼻窦CT检查,如鼻窦充填密度不均软组织影,伴点状、条索状不规则高密度影,可有局部骨质破坏和增生,此为典型表现^[2-3]。治疗矫正异常鼻腔局部解剖结构,彻底清除病变组织和全部霉菌团块后,尽量扩大病变鼻窦开

口,反复冲洗窦腔,改善鼻腔鼻窦通气和引流,改变真菌赖以生存的微环境,以减少复发。上颌窦内真菌球如为胶冻样或团块硬、充填窦腔者,经扩大自然口如发现有无法达到的死角,可加柯-陆氏手术清除病灶,最大可能保护黏膜^[4]。开放后组筛窦及蝶窦时,因窦腔不规则、毗邻结构复杂,开放不全时易留有死角,残留真菌病灶,窦腔内遗留真菌菌落生长导致手术失败。术后需定期随访,行鼻窦开口清理、冲洗,防止鼻腔粘连、窦口阻塞,减少鼻腔鼻窦真菌球型复发。鼻内镜手术是治疗鼻腔鼻窦真菌球型最佳选择,创伤小,恢复快,不需切除鼻窦黏膜,术后亦无需全身用抗真菌药物,可取得良好的治疗效果。

参考文献:

- [1] 田勇泉,孙爱华主编.耳鼻咽喉-头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2004,105-108.
- [2] Dhong HJ, Jung TY, Park TH. Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings[J]. Am J Rhinol, 2000, 14(5): 227-231.
- [3] 张荣仙,李源,曾转萍,等.真菌性鼻-鼻窦炎发病相关因素及临床特征分析[J].中华耳鼻咽喉-头颈外科杂志,2006,41(3):163-166.
- [4] 邓忠,谭东耀.鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性上颌窦炎的疗效分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(6):458-461.

(修回日期:2009-12-07)

(上接第46页)

- [3] 陈建军,孔维佳,项济生,等.湖北地区变应性鼻炎变应原年龄特征分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,22(15):683-685.
- [4] 朱玲瑛,康厚墉,唐世雄.宁波地区1268例变应性鼻炎吸入性变应原调查分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2008,16(2):148-150.
- [5] 崔佳文,赵长青.变应性鼻炎891例变应原检测分析[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2008,8(3):160-161.
- [6] 肖自安,贺湘波,伍伟景,等.阿罗格变应原皮试及特异性脱敏在变应性鼻炎诊治中的意义[J].中国

耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(3):212-215.

- [7] 郝敏麒,徐军,钟南山.粉尘螨I类变应原(Derf I)的cDNA克隆及序列分析[J].免疫学杂志,2001,17(3):213-215.
- [8] Purell-D'ambrosio F, Gangemi S, Merendino RA, et al. Prevention of new sensitizations in monosensitized subjects submitted to specific immunotherapy or not. A retrospective study [J]. Clin Exp Allergy, 2001, 31(8):1295-1302.

(修回日期:2009-12-25)