

· 临床报道 ·

鼻内镜下切除鼻腔鼻窦内翻性 乳头状瘤 51 例临床观察

杨培新, 刘 及

(广东省台山市人民医院耳鼻咽喉科, 广东 台山 529200)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的效果。**方法** 对 51 例鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤单纯在鼻内镜下或联合其他手术路径进行手术治疗, 创面用电刀烧灼处理, 术后用抗生素 3~4 d 预防感染。**结果** 51 例术后随访 1~3 年, 临床治愈 45 例; 6 例复发, 经再次鼻内镜下手术治愈。**结论** 鼻内镜下治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤创伤小, 疗效好, 治愈率高, 可作为治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的首选方法。

关键词: 鼻内镜术; 鼻腔鼻窦肿瘤; 内翻性乳头状瘤

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)04-0293-03

鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤是临床上常见的良性肿瘤, 但具有较强的局部破坏性及潜在的恶变趋势, 局部切除易复发。我科于 2001~2007 年在鼻内镜下切除鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤 51 例, 取得良好疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

51 例患者中, 男 46 例, 女 5 例; 年龄 44~69 岁, 平均 50 岁。病程 6 个月至 10 年, 均为单侧发病, 其中左侧 23 例, 右侧 28 例。主要症状为单侧的鼻塞、流涕。伴头痛 10 例, 鼻出血 33 例, 嗅觉减退 8 例。鼻腔检查可见一侧鼻腔淡红色肿物, 表面不平, 质地软, 触之易出血。所有病例术前均行鼻窦 CT 检查, 肿瘤侵犯鼻腔 25 例, 侵犯鼻腔、上颌窦 18 例, 侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦 7 例, 侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦 1 例。按 Krouse 分期法将肿瘤分为 4 级, 即 I 级 25 例: 肿瘤完全局限于鼻腔内, 局限于鼻腔的一个壁或一个区, 未累及

鼻窦及鼻外组织, 无恶变; II 级 15 例: 肿瘤侵犯窦口鼻道复合体和筛窦, 和(或)上颌窦内壁及上壁, 有(或)无鼻腔受累, 无恶变; III 级 11 例: 肿瘤侵犯上颌窦内侧壁、上壁、前壁或后壁、蝶窦或额窦、筛窦或鼻腔受累, 无恶变; IV 级 0 例: 肿瘤侵犯鼻腔鼻窦邻近的结构, 如眼眶、颅内、翼腭窝等, 已恶变。术前均行活检证实为内翻性乳头状瘤。

1.2 手术方法

所有病例均在全麻下手术。25 例 I 级及 15 例 II 级单纯经鼻内镜切除。采用从前向后, 逐渐暴露肿瘤, 在距肿瘤基底约 0.5 cm 处用电刀切开黏膜, 钳除肿瘤, 彻底切除筛窦内病变组织, 扩大上颌窦口, 彻底切除上颌窦内病变组织, 切除部分中鼻甲。如下鼻甲受侵犯, 切除部分下鼻甲, 尽量保留前端。创面及其根部用电刀烧灼处理, 术腔用医用膨胀海绵填塞 48 h 后取出。8 例 III 级联合柯-陆氏径路, 行内翻性乳头状瘤切除, 开放上颌窦, 在多角度内镜下刮除窦腔病变黏膜, 术腔用电刀烧灼, 窦腔用碘仿纱条填塞, 72 h 后逐渐取出纱条。3 例 III 级行鼻侧切开, 在多角度内镜下彻底切除病变组织, 创面电刀烧灼处理。术后静脉用头孢类抗生素 3~4 d, 并服用吉诺通或切诺,

作者简介: 杨培新, 男, 主治医师。

通讯作者: 杨培新, Email: yangpeixinzhu@126.com.

3 d后逐渐取出鼻腔填塞物后行鼻腔冲洗,每日2次。术后1周用雷诺考特喷鼻,每日2次。术后送病理检查均为内翻性乳头状瘤,未恶变。出院后定期行鼻内镜复查及清理术腔。半年内每月鼻内镜复查1次,半年后每3个月复查1次。

2 结果

随访1~3年,45例治愈,6例半年后复发。其中Krouse I级及II级复发率7.5%(3/40),III级复发率27.2%(3/11)。经再次鼻内镜下手术,随诊1年,未复发。

3 讨论

鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤病因不明,发病与人乳头状瘤病毒感染有关。病理特点为:表皮上皮过度增生,向基质内呈乳头状增生,可表现为鳞状上皮、移行上皮及纤毛柱状上皮同时存在。上皮向内翻转,形成实体性细胞巢或细胞团块,但基底膜完整^[1]。

鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤对放疗不敏感,治疗以手术为主,手术中是否彻底切除与其复发密切相关。所以手术方法的选择至关重要,传统治疗多采用鼻侧切开或柯-陆氏径路。近几年,随着鼻内镜及高分辨CT的应用,在鼻内镜下手术成为重要手术方法。对于侵犯上颌窦外侧壁或额窦或蝶窦者应联合鼻侧切开或柯-陆氏径路手术。在鼻内镜下彻底切除肿瘤,开放筛窦或(和)蝶窦,将筛窦及蝶窦内残余黏膜及创面周围组织用电刀彻底烧灼1~2次。对于局限鼻腔外侧壁和中鼻道的肿瘤可以突入上颌窦,但其窦内黏膜特别是上颌窦外侧壁、前壁、下壁较少受累,可以用鼻内镜行鼻腔微创手术,彻底切除肿瘤,复发率低^[2]。

鼻内镜下手术分辨率高,能够准确地判断肿瘤的范围,在彻底切除肿瘤的同时,能最大限度地保护鼻腔鼻窦正常的黏膜和结构,术中出血少,术后流泪、伤口麻木等并发症少,不遗留面部瘢痕。对于鼻外入路不易清理干净的额窦内侧、额隐窝病变,亦可

清晰判定,加以清除。此外,鼻内镜下可同时处理鼻腔鼻窦其他病变,如鼻中隔偏曲、鼻中隔嵴(棘)突、鼻息肉、鼻窦炎、鼻窦囊肿等,这是传统鼻外入路手术无可比拟的。

鼻内镜下手术也有一定的局限性。当病变涉及上颌窦或额窦时,尤其是上颌窦前壁、前下壁或额窦的外侧部分时,尽管应用不同角度的鼻内镜可以清晰地看到病变,但彻底切除比较困难。单纯鼻内镜下手术切除易残留病变,这与单纯鼻内镜下手术存在一定的视觉和操作盲区有关。所以根据病变范围,我们将鼻内镜和鼻外径路联合用于鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的手术切除。对8例原发于上颌窦前壁、前下壁、齿槽突或广泛侵犯上颌窦各壁的鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤患者,联合柯-陆手术入路并在多角度内镜指引下,可以比较细致的处理窦内微小病灶。对3例鼻窦广泛侵犯的病例,单纯采用鼻内镜手术操作难度大,术中出血较多,镜面易污染,术野结构不易辨清,我们先采用鼻侧切开切除大块的肿瘤组织,然后在鼻内镜高分辨率下切除筛窦、上颌窦、蝶窦的细微病变,有利于彻底切除肿瘤组织,减少复发。对于Krouse III级病变者,选用鼻内镜联合鼻外径路手术,复发率较低。因此,我们认为在鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的手术治疗中,鼻内镜手术并不能完全代替传统鼻侧切开及柯-陆手术入路,二者应有有机结合,才能取得最佳的手术疗效。

肿瘤切除不彻底是复发的根本原因之一。我们总结多年来鼻内镜手术的经验,结合传统的鼻外入路方法,根据Krouse分级,提出了如下方法。①单纯鼻内镜鼻内手术主要适用于Krouse分类I级与II级的患者。②鼻内镜下鼻内外联合入路手术适用于Krouse分类III级及选择性IV级患者。优点是对于原发于或广泛存在于上颌窦、额窦的鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的切除,可以避免盲区,彻底切除微小病灶。如果病变向额窦扩展,则采用鼻外入路。乳头状瘤广泛存在或向鼻外侵犯者,可先于鼻侧切开或面中部掀翻,切除大块肿瘤后出血减少,同时利用鼻内镜高分辨率、多视角的优势,切除额隐窝、眶纸板、颅底和蝶窦等细微处病变,

为彻底切除肿瘤提供了可能。

我们通过 51 例手术体会如下:①鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤术中出血多,影响视野。为减少术中出血,我们通过控制性低血压麻醉及双极电凝止血。②针对内翻性乳头状瘤易复发的特征,我们在肿瘤边缘约 0.2 ~ 0.5 cm 处切除肿瘤,将创面及切缘用电刀彻底烧灼 1 ~ 2 次,以便杀灭可能残留肿瘤细胞。③术中尽量保留正常黏膜及鼻腔正常结构,以减少术后并发症。④术后

定期随访,早期发现复发者,尽早再次手术,手术成功率高。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998,269.
- [2] 王得辉.鼻内翻性乳头状瘤的鼻内镜手术[J].中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2006,2(3):148-150.

(修回日期:2010-03-08)

· 临床报道 ·

“U”形气管瓣气管切开术的临床分析

翟宏祥

(江苏省兴化市人民医院耳鼻咽喉科,江苏 兴化 225700)

摘要: 目的 总结“U”形气管瓣气管切开术的经验,减少手术并发症。方法 回顾分析 2004 年 7 月 ~ 2009 年 7 月 220 例患者在气管切开手术过程中使用“U”形气管瓣的临床资料,及“U”形气管瓣气管切开术的手术方法。结果 195 例无严重并发症;25 例在术中及术后出现并发症,其中心跳呼吸骤停 1 例,套管脱落 2 例,切口渗血 20 例,皮下气肿 1 例,气管食管瘘 1 例,经处理后恢复良好。153 例顺利拔管,随访 5 个月,未出现呼吸困难;67 例因基础疾病死亡。结论 采用“U”形气管瓣气管切开术,可以减少并发症的发生,减少出血,保护甲状腺下部血管,置管容易,拔管后有利于患者恢复。

关键词: 气管“U”形瓣;气管切开术

中图分类号: R767.91

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)04-0295-02

气管切开术是急救过程中常用手术,我院 2004 年 7 月 ~ 2009 年 7 月对 220 例需行气管切开患者,在气管造口时作“U”形气管瓣,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

220 例患者中,男 132 名,女 88 名;年龄 16 ~ 82 岁,平均 34 岁。其中颅脑损伤,下呼吸道分泌物阻塞 152 例;慢性支气管炎肺气肿,呼吸衰竭 20 例;低钾血症伴呼

吸窘迫症,插管困难 1 例;心跳呼吸骤停,气管插管超过 72 h 5 例,面部多发性骨折,插管困难 1 例;有机磷中毒 20 例;脑溢血及脑干梗塞、下呼吸道分泌物潴留 20 例;喉癌晚期急性喉梗阻 1 例。

1.2 手术方法

220 例患者中 3 例颅脑损伤伴急性呼吸窘迫综合征患者行紧急气管切开术;1 例低钾血症引起呼吸窘迫,插管困难,行紧急气管切开术。其他均在麻醉插管或无插管下常规行气管切开术。局部浸润麻醉,取颈前正中竖切口,于环状软骨下缘至胸骨上窝一横指,依次切开皮肤、皮下组织,颈白线分离带状肌,暴露甲状腺,将峡部向上分离,

作者简介:翟宏祥,男,主治医师。

通讯作者:翟宏祥,Email:xhtyjwlf@126.com.

甲状腺较大时,切断峡部、缝扎。暴露气管,彻底止血。在3~4环间韧带作横切口,不超过气管环的2/5,沿切口两端向上切开第3气管环^[1],鼠齿钳牵拉,“1”号线将气管瓣缝合固定于皮下组织。吸引器吸除气管内分泌物,放入气管套拔出管芯,纱带固定气管导管于颈部。部分患者需呼吸机支持呼吸,则切开气管后放入套管,吸除分泌物。气囊充气后接呼吸机,低流量氧气吸入,切口上端缝合1~2针,用从中剪开一半的纱布,夹于套管两侧,覆盖伤口。观察呼吸情况及定期放松气囊15~20 min,防止因气囊长期压迫气管壁引起坏死。

2 结果

220例气管切开患者中,153例顺利拔管,随访5个月未出现并发症;67例因基础疾病死亡。25例在术中及术后出现并发症,其中发生心跳呼吸骤停1例,经抢救后成功复苏;发生套管脱落2例,系患者较胖,皮下脂肪较厚,呼吸机套管连接不当所致,予重新插入,调整固定纱带松紧及呼吸机连接管,未发生再次脱落;切口渗血20例,因甲状腺较大损伤血管,予重新打开切口找到出血点,缝扎止血。带状肌渗血予缝扎止血;皮下气肿1例,自行吸收;气管食管瘘1例,经鼻饲后愈合。

3 讨论

随着对呼吸道的病理、生理功能的深入研究,气管切开术范围有所扩展。传统的气

管切开术是纵行切开气管前壁后用止血钳或撑开器撑开气管切口,吸除分泌物与血液后插入气管导管^[2]。“U”形气管瓣气管切开术与传统气管切开术比较有如下优点:①气管瓣缝合于皮下对甲状腺峡部有一定保护作用,同时它对峡部产生一定压力,有利于压迫血管减少出血。②保护作用。气管套管插入后,由于患者咳嗽及医护人员吸痰会移动气管套管,增加它对周围组织的摩擦,“U”形气管瓣减少了对甲状腺峡部血管的摩擦,从而减少出血^[3]。③有利于气管套管的插入。“U”形气管瓣制成后形成了一个类似于圆形的气管造口,有利于气管套管的插入,在患者发生气管套管脱落后方便将气管套管重新插入。④有利于患者恢复,减少气管狭窄。拔管后由于重力作用,气管瓣很容易重新覆盖气管切口。由于缝线的悬吊作用,不会向气管内塌陷减少气管狭窄,有利于患者恢复。⑤对于需要再次行气管切开术的患者,皮肤切开后很容易找到气管造口,将套管插入。

参考文献:

- [1] 李春华,黄忠华,黎黎,傅璟.气管切开手术进展[J].耳鼻咽喉科杂志,2005,19(18):862-864.
- [2] 陈伟,刘贤安,周顺华.气管壁吊线在气管切开术中的应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(5):384-385.
- [3] 徐赛男,雷贤凤,王照亮,等.气管切开术并发症探讨[J].中华耳鼻咽喉科头颈外科杂志,2005,40(9):709-710.

(修回日期:2010-04-01)