

· 临床报道 ·

鼻内镜下 T3 期鼻内翻性乳头状瘤切除术

孙光明, 许学谷, 曹恒明, 刘 稳, 李培华

(徐州医学院附属医院 耳鼻咽喉科, 江苏 徐州 221002)

摘要: 目的 探讨鼻内镜下治疗 T3 期鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的疗效。方法 总结 12 例 T3 期鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤经鼻内镜手术切除的治疗效果。结果 12 例随访 7 ~ 36 个月, 仅 2 例术后复发 (16.6%), 其中 1 例累及上颌窦、筛窦与蝶窦, 1 例累及上颌窦、额窦、筛窦及蝶窦。结论 鼻内镜下行 T3 期鼻腔及鼻窦内翻性乳头状瘤切除术有良好疗效。

关键词: 鼻腔鼻窦; 鼻内镜手术; 内翻性乳头状瘤

中图分类号: R739.62; R765.9 文献标识码: B 文章编号: 1007-1520(2011)04-0293-03

鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤 (nasal cavity and sinuses inverted papilloma, NIP) 为上皮源性肿瘤, 是鼻腔鼻窦较常见的良性肿瘤, 具有易复发、易侵袭和易恶变的特点。传统治疗方法为鼻侧切开肿瘤切除术, 尤其是 T3、T4 期鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤。随着鼻内镜技术的发展和提高, 以及高分辨率 CT 对肿瘤的定位、侵犯范围的准确判断, 鼻内镜下治疗 NIP 取得了良好的治疗效果。徐州医学院附属医院耳鼻咽喉科于 2006 年 1 月 ~ 2009 年 1 月采用鼻内镜下鼻腔外侧壁切除术治疗 T3 期鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 12 例患者均依据 CT 和鼻内镜检查, 并经病理检查确诊为鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤, 其中男 9 例, 女 3 例; 年龄 28 ~ 69 岁, 平均 50 岁, 病程 2 个月至 5 年。

所有病例均出现不同程度的单侧渐进性鼻阻塞。5 例伴发涕中带血, 8 例反复鼻出血。4 例出现头痛, 6 例出现嗅觉减退。8 例伴脓涕, 外院以鼻息肉手术者 2 例。

12 例患者均为单侧发病, 左侧 7 例, 右侧 5 例。根据 Krouse^[1] 临床分期标准, 本组病例鼻窦 CT 显示鼻腔鼻窦软组织密度影, 均为 T3 期病例, 其中累及上颌窦内侧壁、

底壁和 (或) 后外侧壁及窦口鼻道复合体、筛窦 7 例; 累及窦口鼻道复合体、筛窦及额窦和上颌窦的内壁 3 例; 累及窦口鼻道复合体、筛窦及蝶窦和上颌窦的内壁 1 例; 累及全组鼻窦 1 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 12 例患者均在全麻下鼻内镜下行肿瘤切除术。用 2% 利多卡因肾上腺素 (每 20 ml 的利多卡因中加 1‰ 肾上腺素 4 ml) 棉片分 3 次表面麻醉、收缩鼻腔黏膜。充分收缩鼻腔, 先行咬除鼻腔内肿瘤组织送病检 (快速及常规病理切片), 看清肿瘤的大致范围, 应用鼻内镜系统和电动吸切器。位于鼻腔外侧壁前方 (梨状孔稍后) 纵行切开黏膜, 沿骨面剥离出鼻腔外侧壁及梨状孔骨质, 剥离下鼻甲黏膜, 显露鼻泪管, 剪断。沿梨状孔边缘凿开, 上至鼻顶, 下至鼻底, 剥离进入上颌窦腔, 沿鼻底将鼻腔外侧壁骨质凿开, 切开下鼻道黏膜, 上方向后剪开, 将鼻腔外侧壁松动游离, 经前鼻孔分块取出, 将鼻泪管在泪囊处剪断修齐, 70° 鼻内镜下清除上颌窦腔肿物及窦腔黏膜, 然后依次切除钩突, 打开筛泡及后筛, 将筛窦房隔全部去除, 并刮除筛窦黏膜 (侵犯纸样板者, 在眶骨膜外去除受累纸样板), 咬除蝶窦前壁, 开放蝶窦, 切除肿瘤及周围黏膜, 开放额窦开口, 切除额窦内肿瘤。术中寻找肿瘤起源部位, 彻底切除肿物及邻近可疑病变组织, 刮除病灶及其周围 0.5 ~ 1.0 cm 范围的黏膜, 电凝肿瘤基底及边缘, 磨除肿瘤基底部的部分骨质。

作者简介: 孙光明, 男, 副主任医师。
通讯作者: 孙光明, Email: xzsgmfy@163.com.

术毕以高膨胀海绵 3 片填塞术腔。

1.2.2 术后处理 所有患者术后均应用抗生素预防感染,术后 2 d 开始取鼻腔高膨胀海绵,3~5 d 取净。术后半月每天用生理盐水冲洗鼻腔,平均术后 1 周出院。所有患者术后常规鼻内镜清理换药,术后第 1 个月每周 1 次;第 2 个月每 2 周 1 次;第 3~6 个月,每月 1 次;第 7~12 个月,每 2 个月 1 次;以后每半年 1 次。一般术后 3~4 个月,术腔即可上皮化。鼻内镜复查时及时对术腔内新生肉芽组织、囊泡进行清理,必须清理鼻腔分泌物与坏死组织,去除干痂,冲洗鼻腔。

2 结果

术后随访 7~36 个月,平均 28 个月。2 例溢泪,3 例鼻腔干燥,余 7 例无明显手术并发症。在随访期内 2 例(16.7%)术后局部复发,分别于术后 4 个月、10 个月复发,1 例位于筛窦,另 1 例为额隐窝,其余 10 例患者均无复发,无癌变。2 例复发病例中,1 例曾行 1 次鼻内镜手术,该例患者入院时病变范围较广,累及上颌窦、蝶窦、筛窦,术后 4 个月发现肿瘤生长,经病理学检查证实为内翻性乳头状瘤,在门诊行微波灼烧后随访 2 年无复发。另 1 例累及全组鼻窦,再次行鼻内镜下 DrafIIa 术式,观察 1.5 年无复发。

3 讨论

NIP 占鼻部肿瘤的 0.4%~4.7%^[2],具有侵袭性、易复发、易恶变的临床特点。多发生于中年,男性多于女性,多为单侧发病,最常见于鼻腔外侧壁和中鼻道,尤其为筛窦和上颌窦开口及上颌窦内壁附近,呈侵袭性生长,可侵及额窦和蝶窦,少数可破坏骨质向颅内或眶内发展,双侧罕见。NIP 手术后容易复发,其复发率小于 78%^[3]。手术切除不彻底是复发的最主要原因,NIP 复发与肿瘤的多中心起源、前次手术种植、未切除肿瘤边缘化生部位的病变及细胞的不典型增生等有关^[4]。

NIP 的传统治疗方法为鼻侧切开术,该方法视野宽敞,可根据需要延长切口,以便清楚观察病变的范围,有助于彻底切除肿瘤。Buchwald 等^[5]报道,鼻侧切开术的复发

率为 29%,鼻内入路手术+柯-陆手术的复发率为 35%,鼻侧切开术加上颌骨内侧切除术的复发率为 50%,单纯经鼻手术的复发率更高,为 58%。近年来鼻内镜技术、影像技术及电动切削器的应用使鼻内镜下处理鼻腔及鼻窦内翻性乳头状瘤成为可能。许庚等^[6]经鼻内镜鼻窦手术治疗 14 例患有鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤患者,随访时间 24~60 个月,复发 1 例(7%)。Wang 等^[7]研究 6 例联合开放/鼻内镜治疗额窦内翻性乳头状瘤,随访 2~8 年,5 例无复发,1 例死于癌变。王刚等^[8]回顾性分析 40 例经鼻内镜手术治疗的鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤患者的临床资料,术后随访 24~93 个月,复发 6 例(15.0%)。随着内镜技术及器械进一步的发展,在内镜下切除鼻腔-鼻窦内翻性乳头状瘤手术范围有了很大的拓展。本文中的 12 例 T3 期鼻腔及鼻窦内翻性乳头状瘤患者,采用鼻内镜下鼻腔外侧壁切除术,仅 2 例(16.7%)复发,具有良好的疗效。

相比传统的鼻侧切开术能够大范围切除肿瘤,是减少术后复发的关键,但存在创伤较大,术中出血较多,面部遗留瘢痕等缺点。而鼻内镜下切除 NIP 则有以下优点:照明充分,可提供不同角度的视野,准确清晰判断肿瘤的起源、范围;肿瘤切除彻底,复发率低,更好地保存了鼻腔鼻窦的正常结构和功能;无面部瘢痕,对周围组织损伤小;可同期处理鼻中隔偏曲等鼻腔鼻窦病变;住院时间短,费用低^[8]。经鼻内镜手术治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤安全、有效、微创,应作为首选的治疗方法^[8]。本文中在内镜下切除 T3 期病,取得了良好的效果,未见并发症的发生。Reh 等^[9]研究表明,鼻内镜和联合鼻内镜/鼻外径路与传统的开放式手术相比,在降低复发率和减少住院方面同样有效,鼻内镜手术疗效进一步得以认可,并已成为标准的切除鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的治疗方法。

参考文献:

- [1] Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma [J]. Laryngoscope, 2000, 110(6): 965-968.
- [2] 汪吉宝,黄选兆,主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:269-270.
- [3] 袁虎.鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤复发与恶变[J].国外医学耳鼻咽喉科分册,2002,26(1):30-

- 33.
- [4] Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuse. A clinicopathological study of 315 cases [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1971, 80(2): 192 - 206.
- [5] Buchwald C, Franzmann MB, Tos M, et al. Sinonasal papillomas; a report of 82 cases in Copenhagen County, including a longitudinal epidemiological and clinical study [J]. Laryngoscope, 1995, 105(1): 72 - 78.
- [6] 许庚. 经鼻内窥镜鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤切除术 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31(4): 237 - 239.
- [7] Wang RG. Management of inverted papilloma in frontal sinus [J]. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 2008, 43(8): 586 - 590.
- [8] 王刚, 陈雷, 王荣光. 鼻内镜下鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤切除术 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(11): 506 - 508.
- [9] Reh DD, Lane AP. The role of endoscopic sinus surgery in the management of sinonasal inverted papilloma [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 17(1): 6 - 10.

(修回日期: 2011-06-20)

· 临床报道 ·

婴幼儿声带麻痹 3 例病例报道并文献复习

戴桂林, 李楚凌, 罗香林, 许德瑜

(东莞市妇幼保健院 耳鼻咽喉头颈外科, 广东 东莞 523000)

摘要: **目的** 提高婴幼儿声带麻痹的诊疗水平, 防止误诊及漏诊。**方法** 回顾性地分析 3 例声带麻痹患儿的临床表现, 辅助检查, 结合文献探讨其病因, 提出对该疾病的诊断。**结果** 3 例均诊断为声带麻痹及相关疾病。**结论** 婴幼儿声带麻痹在临床上少见, 但在临床上表现并无特异性, 诊断上应详细询问病史, 综合考虑临床表现、影像学、实验室等辅助检查。

关键词: 婴幼儿; 声带麻痹; 病因; 诊断**中图分类号:** R767.4**文献标识码:** B**文章编号:** 1007-1520(2011)04-0295-03

声带麻痹常引起声嘶、误吸、呛咳等症状, 严重者可造成呼吸困难甚至喉梗阻, 危及患者生命。临床应尽早明确病因, 积极消除原发病, 给予正确治疗。婴幼儿声带麻痹临床少见, 国内文献中鲜有报道。2008 年 8 月 ~ 2010 年 8 月东莞市妇幼保健院耳鼻咽喉头颈外科曾收治 3 例婴幼儿声带麻痹患者, 现结合有关文献对该病的临床特点、病因、诊断报道如下。

1 临床资料

病例 1: 女, 6 月, 1 月前无明显诱因患儿哭声低, 晨轻暮重, 长时间哭闹后, 哭声更小, 无喉喘鸣、无呛奶、无呼吸困难, 体格检查见: 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,

活动或哭闹时胸廓未见软组织凹陷征, 双上眼睑无下垂, 双眼裂等大, 眼球运动好, 颈部未扪及包块, 咽反射正常, 悬雍垂居中无偏斜, 口咽部未见异常, 纤维鼻咽镜见: 鼻咽部无异常, 柳叶状会厌, 发音时运动正常; 梨状窝、喉前庭、喉室无新生物, 声带无充血、水肿、新生物, 左侧声带处于中间位, 右侧声带运动正常; 新斯的明试验阳性: 注射前, 左侧声带处于中间位, 肌注 30 min 后, 喉镜下声带运动好, 小儿哭闹时声带闭合良好。颅底 CT、心脏彩超、胸腺 MRI 正常。诊断为: ①左声带麻痹, ②重症肌无力。

病例 2: 男, 2 岁, 鼻塞、黏液性鼻漏、咽痛、发热、咳嗽 2 d 后出现声嘶, 无饮水呛咳、无呼吸困难, 儿科诊断为“上呼吸道感染、急性喉炎”, 治疗 3 d 后声嘶无明显好转来我科就诊。体格检查见: 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率齐, 各瓣膜听诊

作者简介: 戴桂林, 男, 主治医师。

通讯作者: 戴桂林, Email: guilinent@yahoo.com.cn.

区未闻及病理性杂音,颈部未扪及包块,咽峡轻度充血,扁桃体 1 度肿大、无化脓,鼻咽部未见异常,纤维鼻咽喉镜见喉咽部、声带黏膜光滑,无溃疡及水肿,无新生物,右侧声带固定于旁中位,不能外展及内收;胸部 X 线、CT、MRI、彩超检查未见异常。血常规示:白细胞为 $3.2 \times 10^{12}/L$ 。淋巴细胞率 46.3%,中性粒细胞率 34%,血糖、血脂等其它化验检查结果无异常。诊断为:①右声带麻痹,②上呼吸道感染(喉、气管、支气管炎)。

病例 3:男,4 月,无明显诱因哭声嘶哑 2 周,无咳嗽、喉喘鸣、发热、呛奶、呼吸困难,当地医院诊断为“急性喉炎”,给予“头孢唑啉钠 + 地塞米松”等治疗 1 周后无明显好转,于 2009 年 5 月 13 日转入我科。体格检查:形体消瘦,营养较差,口唇无紫绀,鼻翼无煽动,活动、哺乳或哭闹气急,颈部未扪及包块,口咽部未见异常,双肺呼吸音清,未闻及干湿罗音。胸骨左缘三、四肋间可触及震颤并闻及 III ~ IV 收缩期杂音。纤维喉镜检查见:鼻咽部无异常,柳叶状会厌,发音时运动正常;梨状窝、喉前庭、喉室无新生物,声带无充血、水肿、新生物,左侧声带固定于旁中位,右侧声带运动正常。心脏多普勒彩超示“房间隔缺损 + 室间隔缺损”;胸部 X 线摄片提示:肺动脉突出,肺门血管影增粗,搏动强烈,左心房扩大,左、右心室扩大。颅底 CT、胸腺 MRI 正常。诊断:①先天性心脏病(房间隔缺损 + 室间隔缺损),②左声带麻痹。

2 结果

3 例病例分别诊断为:①左声带麻痹;重症肌无力。②右声带麻痹;上呼吸道感染。③先天性心脏病(房间隔缺损 + 室间隔缺损);左声带麻痹。

3 讨论

婴幼儿声带麻痹的病因与成人不同,一般分为先天性和后天性两大类。先天性声带麻痹是指出生时就表现有声带运动障

碍者,其半数以上与中枢神经系统、心血管系统、咽喉、食管及气管等先天发育畸形有关^[1,2],此外,产伤、颅内出血、颅内感染、脑水肿、脑积水、脊髓膜脊髓膨出等可导致先天性单侧声带麻痹^[3],少数原因不明者称为先天特发性声带麻痹。小儿后天性声带麻痹多继发于先天畸形或心、胸等部位手术以后,约占后天性声带麻痹的 70% 以上^[1]。其次为感染如脑膜炎、脑炎、脊髓灰质炎等,中枢神经系统肿瘤、21-三体综合征等可导致声带麻痹。特发性声带麻痹常发生于病毒感染之后,可能系周围神经炎所致^[4,10,12]。

重症肌无力致声带麻痹临床少见,主要累及神经肌肉接头处突触后膜乙酰胆碱受体,大多首先累及提上睑肌或和眼外肌,表现为上睑下垂或复视。首先累及面、咀嚼、喉、颈部肌肉,呼吸及四肢肌的相对较少^[5],而主要或唯一累及声带肌尤为罕见,目前国内仅见刘卫彬等^[6]报道。一般来说,如果声嘶合并重症肌无力其他症状,则误诊的可能性相对较小。但声音嘶哑为主要症状而其他重症肌无力症状相对较轻时,易导致误诊。重症肌无力是以某单一肌肉为单位的神经肌肉接头受累,选择性的骨骼肌受累是其特征之一。发音、构音、吞咽肌群中选择单一肌受累,可同时也可以不同时受累,或者受累的程度轻重不等。声嘶是声带肌的神经肌肉接头受累,并且具有重症肌无力的核心特征——症状波动和病态性疲劳、活动后加重。重症肌无力的声带麻痹,在喉镜下表现出非对称性、受累程度不等、无声带水肿等炎症改变、无赘生物的特点^[5]。长期声带麻痹环杓关节会出现强直^[7],易误诊为环杓关节炎,新斯的明试验阳性,是确诊的关键依据,喉肌电图检查有助于对声带麻痹的评估,可区别外周性神经病变或神经肌接头病变引起的声带异常。重症肌无力引起的声嘶对治疗的反应及预后良好,也是验证诊断的关键。由于近年来的研究倾向对于胸腺增生、胸腺瘤行胸腺切除治疗重症肌无力,以获得更好的疗效^[8],术后对药物的敏感性增强,比术前小得多的药量也达到很好的治疗效果。因此,声音嘶哑不仅可以是

喉科疾病,神经肌肉的病变也应列入诊断与鉴别诊断的范围。

病毒感染是导致声带麻痹的原因之一,单纯疱疹病毒引起喉返神经麻痹常常是永久性的,带状疱疹病毒引起的喉返神经麻痹常常是暂时性的、易复发的,流感病毒引起的喉返神经麻痹可以恢复^[9],在本文中患儿因上呼吸道感染导致右声带麻痹,是病毒侵犯喉返神经所致。有报道病毒感染致声带麻痹者占7.1%~9%^[10,11],病毒感染致声带麻痹可能是病毒感染雪旺氏细胞和神经纤维细胞所致^[11-13]。对有明确的上呼吸道感染病史的声带麻痹患者,早期血液检查可有白细胞计数降低,淋巴细胞分类比率上升。除了应用X线、CT及生化方法检查,排除耳鼻咽喉科占位性病变外、内科、神经科和眼科相关检查也很重要,只有在排除这些病因后才考虑为病毒感染所致,再行保守治疗。

Ortner综合征,又称心脏-声带综合征或心脏肥大-喉麻痹综合征,本征首先由Ortner于1897年描述,系指因心血管疾病引起左侧声带麻痹,出现声音嘶哑的一组综合征。本征可见于婴儿、儿童及成人,男女均可发病。各种心脏疾病引起的主动脉扩大和(或)肺动脉扩张,可压迫经过主动脉弓下方与肺动脉之间的左侧喉返神经,致使左侧声带麻痹。最常见的心脏病是二尖瓣狭窄伴有明显肺动脉扩张及左心房扩大,其他见于原发性肺动脉扩张及由左向右分流的先天性心脏病引起的肺动脉扩张,如房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、艾森曼格综合征等;也见于主动脉瘤、原发性高血压和冠心病^[14,15]。病例3的声带麻痹就是由于肺动脉扩张和左心室肥大牵拉、挤压左喉返神经致患儿声带麻痹。

婴幼儿声带麻痹的临床表现不象成人那样典型,喉鸣最常见,其次为喉梗阻、吞咽困难、发音障碍及误吸等。基于婴幼儿声带麻痹的上述特点,即病因复杂,症状不典型,且声带检查困难,临床上往往被忽视或漏诊。因此,对于小儿不明原因的声嘶、喘鸣及喉梗阻等临床表现者,应考虑到声带

麻痹的可能,及时进行声带检查,有条件者最好用儿童纤维鼻咽喉镜检查,一旦发现声带麻痹,则应进一步查明导致声带麻痹的病因,进行针对性地治疗。

参考文献:

- [1] Holinger LD, Holinger PC, Holinger PH. Etiology of bilateral vocal cord paralysis: A review of 389 cases [J]. *Ann Otorhinolaryngol*, 1976, 85(3): 428.
- [2] Cohen SR, Geller KA, Birns JW, et al. Laryngeal Paralysis in children. A longterm retrospective study [J]. *Ann Otorhinolaryngol*, 1982, 91(4): 417.
- [3] 韩德明, 编著. 嗓音医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 111.
- [4] Dedo DD, Beach WP. Pediatric vocal cord paralysis [J]. *Laryngoscope*, 1979, 89(6): 1378.
- [5] Victor M, Ropper AH. Myasthenia gravis and related disorders of the neuromuscular junction. In: Victor M, Ropper AH, eds. *Adams and Victor's principles of neurology*. 7th ed [J]. New York: McGraw - Hill Inc, 2001, 83(8): 1536 - 1539.
- [6] 刘卫彬, 夏强, 门丽娜, 等. 以声带麻痹为突出表现的重症肌无力七例[J]. *中华医学杂志*, 2006, 86(25): 1778 - 1779.
- [7] Ballenger JJ. Chronic nonspecific diseases of the larynx [M]. Philadelphia: Lea & Febiger, 1984, 482 - 484.
- [8] 范志民, 闻国强, 张振和, 等. 胸腺切除术在治疗重症肌无力中的价值[J]. *中华医学杂志*, 1998, 78(5): 363 - 365.
- [9] 韩德民, 编著. 嗓音医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 148.
- [10] 张迪华, 编著. 简明声病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 143 - 162.
- [11] 赵宁军, 祝江才, 孙臻锋, 等. 368例声带麻痹病因分析[J]. *听力学及言语疾病杂志*. 2005, 13(2): 105.
- [12] Levine J, Buchman CA, Fregien N. Influenza A virus infection of human Schwann cell in vitro [J]. *Acta Oto Laryngol*, 2003, 123(7): 4.
- [13] WU CL, Linne OC, Chiang CW. Herpes zoster laryngitis with prelaryngeal skin erythema [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2004, 113(2): 113 - 114.
- [14] 刘公汉, 孔勇刚, 杨强, 等. 42例声带麻痹临床分析[J]. *湖北医科大学学报*, 1997, 18(2): 174 - 176.
- [15] 关绍贤, 梁志方. 声带麻痹(附126例分析)[J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*, 1988, 23(4): 368.

(修回日期: 2011-07-14)