

· 临床报道 ·

# 揭盖法治疗鼻前庭囊肿 31 例临床分析

李建红<sup>1</sup>, 陈湘中<sup>1</sup>, 皮雷鸣<sup>2</sup>, 黄东海<sup>2</sup>

(1. 湘乡市人民医院 耳鼻咽喉科, 湖南 湘乡 411400; 2. 中南大学湘雅医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:** 目的 观察揭盖法治疗鼻前庭囊肿的临床效果。方法 回顾性分析收治的 31 例鼻前庭囊肿患者的临床资料, 在前鼻镜或鼻内镜下对所有患者进行揭盖法治疗, 并对其疗效进行观察。结果 31 例患者全部治愈, 无手术并发症, 随访 1 年以上, 未见复发者。结论 揭盖法治疗鼻前庭囊肿具有创伤小、愈合快、并发症少的优点, 值得广泛推广。

**关键词:** 鼻前庭囊肿; 揭盖法

中图分类号: R739.62

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)03-0206-02

鼻前庭囊肿的治疗方法主要是手术切除, 传统的手术方法是经唇龈切开剥离切除<sup>[1]</sup>, 但该术式常导致术后复发、出血、鼻前庭粘连、切口不愈、牙龈瘻形成等并发症。湘乡市人民医院耳鼻咽喉科 2006 年 1 月~2011 年 11 月收治鼻前庭囊肿患者 31 例, 全部采用揭盖法治疗, 取得良好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

31 例鼻前庭囊肿, 其中男 12 例, 女 19 例; 年龄 27~56 岁, 平均年龄 38.6 岁; 病史 5 d 至 6 年。临床表现: ①鼻前庭和鼻翼部隆起, 严重时上唇也隆起; ②持续性鼻胀或鼻塞; ③穿刺抽出淡黄色液体或脓液确诊; ④术前 X 线或 CT 检查排除牙源性肿块; 囊肿均为单侧, 右侧 18 例, 左侧 13 例; 其中 6 例合并感染, 形成脓囊肿; 无手术史者 23 例, 术后复发者 8 例。

### 1.2 手术方法

全部采用局部麻醉手术。患者取半坐卧位, 1% 丁卡因棉片表面麻醉鼻腔前部黏膜, 1% 利多卡因加少许 0.1% 肾上腺素作患侧眶下神经阻滞麻醉, 囊肿周围作浸润麻醉。于鼻内镜下或直接在前鼻镜下先看清囊肿在鼻前

庭底部的范围, 再用钩突刀在肿块内侧缘切开, 让囊液或脓液流出并吸尽, 用弯鼻剪沿囊肿膨隆边界或鼻前庭底剪除鼻前庭底壁皮肤及囊肿顶盖, 即鼻前庭底壁(揭盖), 再次用弯鼻剪或电动切割器将囊肿和鼻前庭底壁皮肤交界处修复平整, 要求囊肿顶盖约 1/3~1/2 被揭除。碘仿或凡士林纱条压迫填塞术腔。术后抗炎 2~3 d, 伴感染者抗炎 7 d, 3 d 后拔除填塞纱条。随诊观察 1~5 年。

## 2 结果

纱条拔除、炎症消退后鼻翼隆起即消退, 31 例均治愈, 未见术后出血、感染、鼻前庭变窄、鼻腔粘连、牙龈瘻等并发症。术后 1 周可见鼻前庭底壁凹陷开始变浅, 术后 3 周鼻前庭底壁填充至 1/3, 术后 8 周鼻前庭底壁基本长平。随访 1~5 年, 未见复发。

## 3 讨论

鼻前庭囊肿(nasal vestibular cyst)是发生在鼻前庭底壁皮下与上颌牙槽突骨间、下鼻甲前端的非牙源性局限性囊性肿物, 其生长缓慢, 早期无症状, 随着囊肿增大可产生局部胀痛感; 若合并感染则出现红、肿、热、痛; 体积较大、时间较长的囊肿可压迫上颌骨形成部分骨

质缺损。

目前,鼻前庭囊肿的发生机制尚存在争论,多数学者<sup>[1-2]</sup>认为其发生系鼻腔底的黏液腺管阻塞,导致腺体分泌物潴留而成。另有学者<sup>[1-2]</sup>认为系胚胎发育期上颌突、球状突和鼻外侧突相互联合处,胚性上皮残余或迷走发展而成,属于胚性裂隙囊肿。李福军等<sup>[3]</sup>认为,鼻泪管系统的发育异常在鼻前庭囊肿的发生机制中可能起主要作用。多数鼻前庭囊肿位于鼻翼的软组织下方,呈球形。若囊肿向前膨胀或进入梨状孔,可出现面部畸形。肿块向下扩展到唇龈沟或向外到面部软组织,可致鼻前庭增宽、上唇肿胀、鼻唇沟消失、鼻底上抬;若引起下鼻甲上抬或内移时可出现鼻塞。

鼻前庭囊肿的传统手术方法为经唇龈切开、剥离囊肿,以彻底切除囊壁为原则<sup>[1-2]</sup>。该术式的优点是术野清楚,病变暴露相对较好。但术中囊壁切除不干净、囊肿易复发;由于切口离囊壁相对较远,手术操作相对复杂,损伤较大,手术时间较长;术后可出现面部麻木、肿胀,进食不便;若合并感染的脓囊肿,运用该法较难将囊肿与周围组织分离,且由于术后引流不畅,感染率很高,易造成口鼻瘘等并发症。

鼻前庭囊肿囊壁由弹性纤维和许多网状血管组成,囊壁内膜多纤毛柱状上皮或立方上皮,含有丰富的杯状细胞,与鼻腔黏膜相似<sup>[3]</sup>,为切除鼻前庭囊肿顶壁、保留囊肿底壁的揭盖法提供了理论依据。手术方法是将囊肿顶盖大部分切除后,将剩余囊壁上皮与鼻腔上皮对接,使囊腔向外开放。部分医院<sup>[4-8]</sup>已采用此手术方式,取得良好效果。本组 31 例患者采用此种方法治疗,无一例复发,未出现术后并发症,获得良好的效果。笔者认为该术式具有如下优点:①手术视野清晰,特别是在鼻内镜辅

助下;②操作简单、创伤小、出血少;③手术时间短,一般 30 min 以内即可完成手术,患者痛苦少;④术腔只需填塞 1 根或半根碘纺纱条,无需进行绷带加压包扎,减轻了患者的痛苦;⑤术后反应轻,无面部肿胀、麻木感、牙体疼痛等并发症;⑥术后恢复快。手术成功的关键在于,切除囊肿顶壁的揭盖面积尽可能大,一般要求至少切除囊肿顶盖的 1/3 以上,并将创缘处理光滑,将残余囊壁和鼻前庭底壁光滑连接,填塞之纱条需压缩于囊腔内,以避免创缘粘连封闭囊壁,从而避免囊肿复发。同时术中应尽量保留鼻前庭正常皮肤,以防术后鼻前庭狭窄变形。

#### 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998, 359, 361.
- [2] 田勇泉. 耳鼻咽喉-头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007, 452.
- [3] 李福军,杨蓓蓓,王海军. 鼻前庭囊肿发生机制的探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 21(2): 82 - 83.
- [4] 李德宏,胡丽. 揭盖法治疗鼻前庭囊肿 152 例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004, 10(1): 59.
- [5] 刘刚. 鼻内镜下鼻前庭囊肿揭盖术 32 例临床分析[J]. 华西医学,2008, 23(1): 9.
- [6] 熊华,鲁杰,邹坚定,等. 鼻内镜下电动切割揭盖术治疗鼻前庭囊肿[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志,2009, 9(3): 181.
- [7] 刘栖如,赵荣. 三种方法治疗鼻前庭囊肿的疗效比较[J]. 华西医学,2010, 25(8): 1468.
- [8] Lee JY, Baek BJ, Byun JY, et al. Comparison of conventional excision via a sublabial approach and transnasal marsupialization for the treatment of nasolabial cysts: a prospective randomized study[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2009, 2(2): 85 - 89.

(修回日期:2012-03-06)

## · 消息 ·

## 版权说明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。该社著作权使用费与本刊稿酬一并支付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明。