

· 临床研究 ·

鼻-鼻窦出血坏死性息肉的临床诊治

吴昆旻, 王天友, 陈伟, 薛飞, 王志颐, 王秋萍

(南京军区南京总医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏南京 210002)

摘要: **目的** 探讨鼻-鼻窦出血坏死性息肉的诊断及治疗方法。**方法** 回顾性分析2002年8月~2011年12月收治的93例鼻-鼻窦出血坏死性息肉患者的临床资料, 结合文献并观察其临床表现、病理特点、鉴别诊断及治疗方法。**结果** 93例患者均经鼻内镜手术治愈, 且术后病理证实诊断, 随访1~9年未见复发。**结论** 鼻-鼻窦出血坏死性息肉是以鼻出血为特征的特殊类型的慢性炎症, 临床上易误诊, CT检查是诊断的有效手段, 鼻内镜手术是治疗的主要方法, 预后的关键在于术中彻底清除病灶和充分开放鼻窦。

关键词: 鼻-鼻窦; 出血坏死性息肉; 诊断; 治疗

中图分类号: R765.23

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2012)04-0279-04

Diagnosis and treatment of sinonasal hemorrhagic and necrotic polyps

WU Kun-min, WANG Tian-you, CHEN Wei, et al.

(Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Nanjing General Hospital of Nanjing Military Command, Nanjing 210002, China)

Abstract: **Objective** To investigate the diagnosis and treatment of sinonasal hemorrhagic and necrotic polyps. **Methods** Clinical data of 93 patients suffering from sinonasal hemorrhagic and necrotic polyps during the period from 2002 to 2011 was analyzed retrospectively and its clinical characteristics, histological features, differential diagnosis and treatment were discussed in combination with review of the literatures. **Results** 93 patients were cured with endoscopic sinus surgery and the pathological diagnosis was made after operation. All the patients were followed-up for 1 to 9 years postoperatively and none got recurrence. **Conclusion** Sinonasal hemorrhagic and necrotic polyp is a kind of special chronic inflammation characterized by hemorrhage and often clinically misdiagnosed. CT scanning of paranasal sinus is an effective way for diagnosis and endoscopic sinus surgery is the first choice for the treatment of this disease. To treat this disease successfully, the essential points are complete foci elimination and adequate ventilation and drainage of paranasal sinus.

Key words: Rhinosinus; Polyp, hemorrhagic, necrotic; Diagnosis; Treatment

鼻-鼻窦出血坏死性息肉是一种发病相对隐匿的良性病变, 临床发生率较低, 是以出血、坏死为特征的息肉或黏膜慢性炎症, 但其临床表现、影像学易与恶性肿瘤、真菌性鼻窦炎、内翻性乳头状瘤等混淆, 影响其诊断和治疗。笔者收集2002~2011年诊治并有完整随访资料

的鼻-鼻窦出血坏死性息肉患者93例, 结合相关文献进行总结, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

93例出血坏死性息肉患者中, 男52例, 女41例; 年龄21~69岁, 平均年龄41.6岁; 病史7~20年。其中外伤史9例, 鼻息肉手术史

基金项目: 呼吸疾病国家重点实验室开放课题(项目编号: 2007DA780154F0907)。

作者简介: 吴昆旻, 男, 主治医师。

通讯作者: 王秋萍, Email: qpwang1016@vip.sina.com.

13 例。主要临床症状是鼻塞伴鼻出血,包括鼻塞 84 例,涕血或返涕带血 61 例,鼻塞和鼻出血两者均有者 54 例,头痛 34 例,部分病例表现为脓涕(32 例)、眼球突出(12 例)、溢泪(8 例)及面颊部肿胀、麻木、胀痛(6 例)。体检发现鼻腔内暗红色或灰白色新生物 65 例,触之易出血 46 例,附血痂 19 例,其中 3 例可见后鼻孔新生物;无明显新生物而仅有鼻腔外侧壁膨出者 19 例;鼻腔无异常者 9 例。

1.2 影像学检查

93 例患者术前鼻窦 CT 检查,表现为上颌窦内充满软组织影,呈膨胀性生长,上颌窦窦壁变薄、破坏,部分突入眼眶、筛窦、鼻腔,常与外直肌、视神经分界不清,累及颞下窝、翼腭窝

者相应部位明显软组织肿块影,眼球可有受压外移(图 1,2),具有与恶性肿瘤、霉菌性鼻窦炎、内翻性乳头状瘤相似的影像学特征。65 例上颌窦骨壁变薄或缺损,伴有新生物突入鼻腔,28 例病变局限于上颌窦腔内而无鼻腔异常或仅有鼻腔外侧壁内移。

13 例怀疑为恶性肿瘤者鼻窦 MRI 检查发现窦腔见大片异常信号影,在 T1WI 上呈等信号,中间可见点片状高信号(图 3),在 T2WI 上呈混杂信号,中间可见点片状高信号(图 4)。病灶呈膨胀性生长,窦壁变薄、部分中断,病变部分突入眼眶、筛窦、鼻腔、颞下窝、翼腭窝。突入眶内者与外直肌、视神经分界不清,眼球受压可前移。

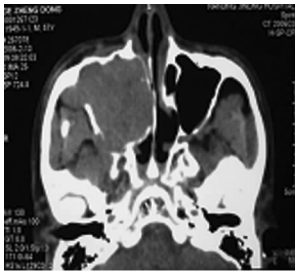


图 1



图 2

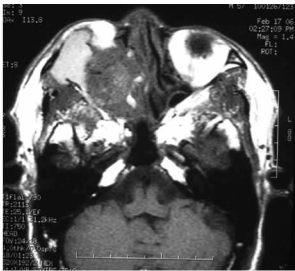


图 3



图 4

图 1 右侧上颌窦腔内软组织影,内侧壁膨胀,窦壁变薄、破坏 图 2 右侧上颌窦病变累及筛窦,眼球移位,与视神经界限不清 图 3 MRI 显示右侧鼻鼻窦腔大片异常信号影,在 T1WI 呈等信号 图 4 MRI 显示右侧鼻鼻窦腔病变 T2WI 上呈混杂信号,中间可见点片状高信号

1.3 治疗方法

所有患者均在全麻下行鼻内镜手术彻底清除鼻腔鼻窦病灶,控制性降压以减少出血。术中见上颌窦内为暗红色息肉样物或坏死组织或坏死息肉样组织,部分有凝血块、脓性物或干酪样物,窦腔呈膨胀性扩大,骨质吸收、缺失多发生于上颌窦内侧壁,其次为前壁,部分窦腔内肿物与鼻腔肿物连成一体。术中往往出血较多,病变彻底清除后出血停止。术后鼻腔填塞,适当使用抗生素及止血药物,48h 后取出鼻腔填塞物并清洁鼻腔,出院前均在鼻内镜下换药,观察窦口及窦腔情况。出院后定期行鼻内镜检查,门诊随访 1 年以上。

2 结果

13 例怀疑为恶性肿瘤者局麻下鼻腔鼻窦

新生物活检病理检查见大片炎性坏死物,未见有异形细胞或癌变。80 例患者术后病理报告均为出血坏死性息肉或慢性炎症伴出血坏死组织,未见有异形细胞或癌变。所有患者均治愈,其临床症状消失,术后恢复良好。鼻内镜检查上颌窦开口引流通畅,鼻-鼻窦未见息肉残留,随访 1~9 年,全部病例均无复发。

3 讨论

鼻-鼻窦出血坏死性息肉又称血管瘤性息肉、假性血管瘤等,因其病理表现具有多样性,临床名称尚不一致,但多数学者认为称之为出血坏死性息肉比较适宜,既反应该病不是真性肿瘤,同时表明其具有出血和慢性增生的临床特征。该疾病组织学上常表现为以血管增生、坏死为主的血管性息肉^[1],部分为水肿型、腺

体型或纤维型,间质内有较多慢性炎性细胞浸润,局部有坏死组织及陈旧性血块,是一种特殊类型的鼻-鼻窦炎。

本病发病机制尚不明确。目前多认为它与炎症和息肉有密切关系,即上颌窦黏膜因长期炎症刺激或变态反应发生息肉样变,息肉堵塞了上颌窦自然口,影响上颌窦通气引流,继发或加重了细菌感染,导致组织糜烂出血、变性坏死,息肉及坏死炎性渗出物滞留窦腔,使上颌窦骨壁受压吸收破坏,造成窦腔扩大,甚至影响周围器官。本病的病理改变是上颌窦内的积血、变性坏死、血管增生出血和纤维组织增生,上颌窦内积血如未能吸收就会机化和包裹,压迫骨质,骨质破坏吸收,窦腔膨胀性扩大,骨壁受刺激增生硬化,机化中有大量的血管因增生扩张而出血,破坏的骨壁有肉芽组织增生出血,受压的黏膜水肿息肉样变或有息肉形成,出血和黏膜病变又会加重病变,形成恶性循环,其中纤维蛋白未溶解可能是关键原因^[2]。

本病多为单侧发病,主要位于上颌窦,可累及其他鼻窦^[3]。发病年龄以青壮年为主,可有外伤和鼻部手术史,病程一般较长,数月至数年,且发病慢。因病程和病变范围不同,临床表现复杂多变。早期症状不明显或仅有鼻塞,可逐渐出现反复鼻出血或涕中带血,同时由于窦腔内息肉反复出血、感染坏死及脓性分泌物潴留,部分病例可闻及恶臭,与恶性肿瘤的临床表现类似。如病程长、病变范围大、上颌窦骨质吸收破坏,则可表现出相应症状,如头痛、面颊部肿胀麻木、眼球突出等,少数患者表现为翼内肌受累张口受限^[4]等,极似恶性肿瘤。鼻腔镜检查有时可见呈暗红色息肉样物,表面常有渗出,质脆,触之易出血。

CT检查对本病的诊断意义较大,但因其临床表现缺乏特异性,如果对本病的影像学表现认识不足,易误诊为恶性肿瘤、霉菌性鼻窦炎、内翻性乳头状瘤^[5]。由于窦腔有息肉坏死组织、血肿甚至液化成份,故CT示密度中等、多不均匀,且与周围组织界限清楚,上颌窦骨质的破坏多表现为膨胀性,压迫、变薄或吸收,且多发生于骨质薄弱的窦壁如内侧壁及筛窦房隔等,本组65例上颌窦窦壁骨壁变薄或已缺损,骨质破坏以上颌内侧壁为主。而上颌窦恶性肿瘤病程短、发展快、骨质破坏严重,侵犯筛

窦及眼眶往往有眼球突出,活动受限、肿胀明显,侵及颞下窝时表现有张口困难,并可有颈部淋巴结转移,全身状态差,晚期恶病质。CT显示其上颌窦壁多呈虫蚀样浸润性破坏,骨质破坏广泛,往往几个壁同时破坏。单纯依靠CT诊断有时很困难。MRI对鉴别恶性肿瘤与本病有一定帮助。本病常表现为窦腔内T1或T2加权高、低信号混合出现。出血坏死性息肉如有钙化,则需与真菌性鼻窦炎相鉴别。本组初诊真菌性鼻窦炎9例,主要因其在CT上窦腔中出现钙化影与窦腔骨质的改变。出血坏死性息肉的钙化呈粗大条片状,有窦腔膨大,骨质受压变薄及吸收破坏。而真菌性鼻窦炎一般无窦腔膨大,骨质增生硬化明显。出血坏死性息肉和内翻性乳头状瘤在发病部位、骨壁破坏的CT表现相似,但内翻性乳头状瘤的骨质破坏出现较早,除恶变外、窦腔无明显扩大,病变密度均匀,有较明显强化,窦壁硬化与移位不明显。

本病的最后诊断仍然依赖于病理检查。对不易鉴别的患者可行手术探查^[6],以利明确诊断和治疗,术前活检或穿刺有助于诊断,大部分活检结果提示为大片坏死物和息肉样物,但有引起出血的潜在危险,有时在活检时见到较多液体后易误诊为脓囊肿。

依靠临床表现和CT、MRI检查结果综合判断,对高度怀疑为恶性肿瘤者术前按恶性肿瘤准备,直接行上颌窦探查,术中彻底切除肿物送病检,既能确诊又可获得治愈。手术是治疗本病的唯一有效方法。随着鼻内镜外科技术的日趋成熟,鼻腔鼻窦良性肿瘤的切除日趋微创化,对仅有骨质吸收或内侧壁破坏的病例,可采用鼻内镜手术清理病变,并扩大开口以利引流,这样既能清除病变,损伤又小,对鼻腔鼻窦生理功能的恢复有积极作用。因本病多发于上颌窦内,又系良性病变,为能较好地暴露术野,快速彻底清除病变,有时可采用鼻内镜中-下鼻道联合径路开放上颌窦,术后效果满意。本组所有患者均行鼻内镜手术清除鼻腔鼻窦病灶,随访多年无复发。如病变范围广泛,破坏严重,或恶性肿瘤不能除外者,可行鼻侧切开术,能达到彻底清除病变目的。术前仔细阅读CT片是选择术式关键,应明确鼻窦与

(下转第284页)