

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201305013

· 短篇论著 ·

# 不同手术入路治疗上颌窦真菌性 鼻窦炎 94 例的临床分析

尹显祥, 张 珺, 张园园

(怀化市第一人民医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 怀化 418000)

**摘 要:** **目的** 探讨不同手术入路治疗上颌窦真菌性鼻窦炎的临床疗效。**方法** 回顾性分析 94 例上颌窦真菌性鼻窦炎患者的临床资料, 分别采用 3 种手术径路, 即柯 - 陆手术入路 31 例、鼻内镜上颌窦窦口开放入路 33 例、鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路 30 例; 比较不同术式的临床疗效。**结果** 所有患者术后均随访 12 个月。其中采用柯 - 陆手术入路患者治愈率 74. 2% (23/31), 5 例出现面部麻木, 无溢泪及鼻腔粘连等并发症; 采用鼻内镜上颌窦窦口开放入路患者治愈率 81. 8% (27/33), 7 例患者出现鼻腔粘连, 鼻内镜下直接分开后好转, 无溢泪及面部麻木等症状; 采用鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路患者治愈率 100%, 5 例患者出现鼻腔粘连, 鼻内镜下直接分开后好转, 无溢泪及面部麻木等并发症。**结论** 鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路是一种微创、安全、有效的治疗上颌窦真菌性鼻窦炎的手术方式。

**关 键 词:** 真菌病; 鼻窦炎; 鼻内镜术  
**中图分类号:** R765. 4      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1007 - 1520(2013)05 - 0433 - 04

## Different surgical approaches for treatment of fungal maxillary sinusitis in 94 cases

YIN Xian-xiang, ZHANG Jun, ZHANG Yuan-yuan

(Department of Otolaryngology, the First People's Hospital of Huaihua City, Huaihua 418000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the therapeutic effect of different surgical approaches for the treatment of fungal maxillary sinusitis. **Methods** Clinical data of 94 patients with fungal maxillary sinusitis was analyzed retrospectively. All patients were treated surgically. Three kinds of surgical approaches were adopted, including Caldwell-Luc surgery ( $n = 31$ ), endoscopic maxillary ostium surgery ( $n = 33$ ) and endoscopic maxillary ostium surgery combined with inferior meatus fenestration ( $n = 30$ ). The therapeutic effect was evaluated. **Results** All patients were followed up for 12 months postoperatively. The patients' curative ratio treated with Caldwell-Luc surgery is 74. 2% (23/31), Five had facial numbness, none got epiphora and nasal adhesion. The patients' curative ratio treated with endoscopic maxillary ostium surgery is 81. 8% (27/33), 7 had nasal adhesion, none got epiphora and facial numbness. The patients' curative ratio treated with endoscopic maxillary ostium surgery combined with inferior meatus fenestration is 100%, none recurred, and 5 had nasal adhesion. **Conclusion** Endoscopic maxillary ostium surgery combined with inferior meatus fenestration is a minimally invasive, safe and effective approach for the surgical treatment of fungal maxillary sinusitis

**Key words:** Sinusitis; Mycosis; Endoscopy

近年来,真菌性鼻窦炎的发病率有明显上升趋势,现已成为临床常见的一种特异性感染性疾病。真菌性鼻窦炎的病变多发生在上颌窦,手术治疗是首选的治疗方法。为探讨不同的手术入路治疗上颌窦真菌性鼻窦炎的临床疗效,现将我院 2002 ~ 2012 年分别采用 3 种不同手术入路治疗的 94 例真菌性上颌窦炎的临床资料进行回顾性分析,报道如下。

作者简介:尹显祥,男,副主任医师。  
通讯作者:尹显祥,Email:yxf7758@aliyun.com

1 资料与方法

1.1 临床资料

94 例患者中,男 49 例,女 45 例;年龄 23 ~ 74 岁,平均 43.6 岁。病程 1 个月至 20 年。主要症状:鼻塞 51 例,流脓涕 37 例,涕中带血或回吸性涕血 26 例,面部疼痛 11 例,鼻腔有异味 24 例,头痛 16 例,伴变态反应性鼻炎症状者 27 例。鼻部检查:下鼻甲肿大或肥大 48 例,中鼻甲肿大或肥大 37 例,钩突肥大或息肉样变 53 例,鼻中隔偏曲 55 例,鼻息肉 34 例,鼻腔有脓性分泌物 41 例,鼻腔可见豆腐渣样团块或干酪样物 29 例。影像学检查:所有患者术前均行鼻腔鼻窦 CT 扫描,受累鼻窦或鼻腔可见中等密度软组织块影,有时其中可见钙化灶或线条状、点状高密度影,上颌窦周围骨质增厚,无骨质吸收或破坏征象(图 1)。所有患者均为单侧发病,其中左侧 42 例,右侧 52 例。

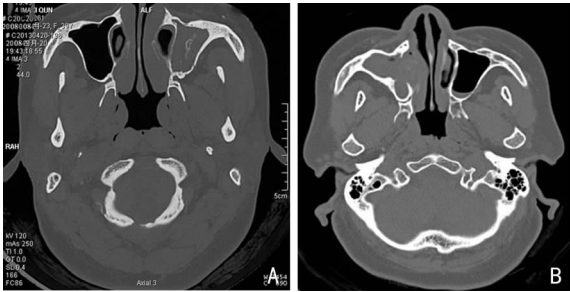


图 1 真菌性上颌窦炎 CT A:可见左侧上颌窦内钙斑片状高密度影;B:可见右侧上颌窦窦壁骨质明显增厚

1.2 治疗方法

局部麻醉下手术 54 例,全身麻醉下手术 40 例。对伴有鼻腔解剖结构异常,如鼻中隔偏曲、中鼻甲肥大者先予以处理。鼻内镜下见上颌窦内多为黑褐色干性团块物或干酪样豆渣样物,用生理盐水反复冲洗,让附着于窦壁的真菌团块松动,便于取出或冲出,分别采用 3 种手术入路如下。

1.2.1 柯 - 陆手术 开放牙龈黏膜做小切口,上颌窦前壁开小骨窗,彻底清理窦腔内病灶,凡士林纱条压迫止血,下鼻道开窗,纱条经下鼻道开窗引出(图 2A)。

1.2.2 鼻内镜上颌窦窦口开放入路 常规切除钩突,开放并扩大上颌窦自然窦口直径至 1.5 ~ 2.0 cm,30°鼻内镜下使用带角度的动力系统刀头,清除病变组织,使用生理盐水反复冲洗窦腔(图 2B)。

1.2.3 鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路 在上颌窦窦口开放的基础上加下鼻道开窗,充分暴露下鼻道,在鼻泪管后方切开黏膜并分离,用吸割器吸除黏膜后骨凿凿开下鼻道骨壁,鼻内镜和动力系统刀头同时进入上颌窦,可清楚显露窦腔各骨壁,彻底清除真菌团块及不可逆水肿黏膜(图 2C)。

1.3 术后病理结果

所有患者病理切片均采用苏木精 - 伊红染色,病理结果显示为真菌性鼻窦炎,镜下可见真菌菌团、炎性渗出物,无组织坏死物,黏膜组织呈慢性炎症表现。

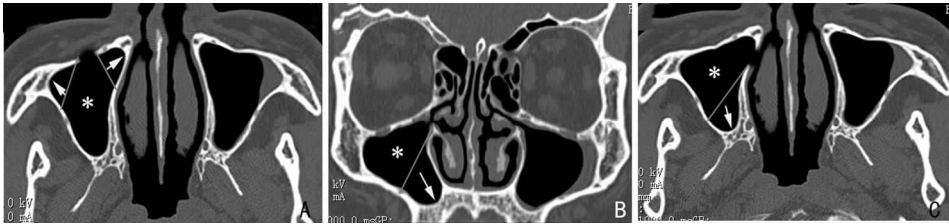


图 2 不同手术入路暴露上颌窦腔区域示意图 A:柯 - 陆手术入路暴露上颌窦腔范围;B:鼻内镜下上颌窦窦口开放入路暴露上颌窦腔范围;C:鼻内镜下下鼻道开窗入路暴露上颌窦腔范围(注:\* 所示区域为可暴露区域;↑ 所示区域为困难暴露区域)

## 2 结果

所有患者术后 10 d 清理术腔,并用生理盐水冲洗,术后 3 个月和 6 个月各复诊 1 次,共随访 12 个月。整个治疗过程中全身和局部均未用抗真菌药物。31 例采用柯-陆手术入路患者治愈率 72.4% (23/31),复发 8 例,其他患者术腔黏膜上皮化良好;5 例出现面部麻木症状,无溢泪及鼻腔粘连等并发症;33 例采用鼻内镜上颌窦窦口开放入路患者治愈率 81.8% (27/33),复发 6 例,其他患者术腔黏膜上皮化良好,7 例患者出现鼻腔粘连,鼻内镜下直接分开后好转,无溢泪、面部麻木症状;30 例采用鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路患者均无复发,治愈率 100%,5 例患者出现鼻腔粘连,鼻内镜下直接分开后好转,无溢泪、面部麻木等并发症。鼻内镜下上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路组治愈率明显优于其他两组,差异具有统计学意义 ( $\chi^2 = 8.444$ ,  $P = 0.015$ )。

## 3 讨论

真菌是一种长驻鼻腔鼻窦的微生物,为条件致病菌,一般不引起临床症状,但当机体抵抗力下降或鼻腔鼻窦解剖结构异常和病变导致鼻腔鼻窦引流障碍,或存在全身代谢性疾病或应用抗生素不当时,可继发真菌感染引起临床症状<sup>[1-2]</sup>。根据组织受侵犯的临床表现和病理检查结果,真菌性鼻窦炎分为两大类,即非侵袭型和侵袭性真菌性鼻窦炎。侵袭型又分为急性和慢性侵袭性真菌性鼻窦炎,非侵袭型又分为真菌球和变应性真菌性鼻窦炎两类<sup>[3]</sup>。

真菌性鼻窦炎诊断主要依赖临床症状、术前 CT 检查、术中所见及术后病理检查。临床症状多不典型,主要有鼻塞、流脓涕或血涕,常伴有鼻腔异味和头痛。CT 扫描对真菌性鼻窦炎诊断有重要价值<sup>[4]</sup>。在鼻窦软组织影中有密度增高且不均匀、有时可见一些大小不一、边界清晰的高密度影,多数可见窦壁骨质增生。另外,CT 显示有无窦壁骨质吸收或破坏有助于区分侵袭性和非侵袭性真菌性鼻窦炎。本组 63 例患者 CT 扫描均显示有点状钙化影

或窦壁骨质增生,但均无窦壁骨质吸收或破坏,说明本组病例是非侵袭性真菌性鼻窦炎。

彻底的手术引流、恢复鼻窦通气和黏液纤毛清除功能是真菌性鼻窦炎治疗的基础。手术原则是彻底清除鼻腔及鼻窦病变组织,充分开放鼻窦。手术方式是根据病变范围和程度而定,如传统的上颌窦根治术、扩大的上颌窦根治术及鼻内镜手术。本研究中采用的柯-陆手术入路为传统的上颌窦根治术,鼻内镜上颌窦窦口开放入路和鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路为常用的鼻内镜手术。笔者结合自身的临床经验就 3 种不同的手术入路的优缺点总结如下。

柯-陆手术入路可暴露上颌窦腔大部分区域,结合适用带角度器械能较好的处理上颌窦后外侧壁、内侧壁、顶壁、前下壁及齿槽隐窝等病变区域,但对泪前隐窝及前外侧壁区域的观察仍存在盲区(图 2A)。该术式并未开放上颌窦自然开口容易出现上颌窦术后引流不畅,导致面颊部胀痛感。另外,由于不在直视下操作,容易损伤眶下神经,造成术后面部麻木等症状<sup>[5]</sup>。本组 11 例采用柯-陆手术入路患者均为早年治疗患者,随着鼻内镜手术的发展,目前已基本取代了该手术方式。

鼻内镜上颌窦窦口开放入路结合使用带角度内镜能观察到上颌窦外侧壁、内侧壁、顶壁,但对上颌窦前下壁、泪前隐窝、齿槽隐窝等处的病变观察仍存在盲区<sup>[6]</sup>(图 2B)。尽管该入路能开放上颌窦窦口使窦腔得到充分引流,但也常有上颌窦前下壁、泪前隐窝、齿槽隐窝等处病变处理不彻底的情况,容易导致病变复发。本组 42 例采用鼻内镜上颌窦窦口开放入路患者即有 6 例复发,均为手术处理病变不彻底,真菌团块不能经窦口引流所致。

鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路结合使用带角度内镜能观察到上颌窦外侧壁、内侧壁、顶壁、前下壁、齿槽隐窝等处的病变,结合带角度刀头及吸引器能处理包括泪前隐窝在内的病变区域<sup>[7]</sup>(图 2B,图 2C)。本组 10 例采用鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗入路患者无复发,说明该术式能较彻底的清楚真菌团块,对处理真菌性上颌窦炎具有明显优势。近年来,有作者报道经鼻内镜下泪前隐窝入路能较好的暴露上颌窦内侧壁、前壁、

齿槽隐窝、泪前隐窝、颧隐窝等复杂区域,是另一种治疗上颌窦良性病变的有效手术入路<sup>[8]</sup>。

综上所述,鼻内镜上颌窦窦口开放联合下鼻道开窗治疗真菌性上颌窦炎是一种安全、微创、有效的术式,可作为治疗真菌性上颌窦炎的首选治疗方法。

参考文献:

[1] 杨秀敏,王毓新,刘铭. 100 例真菌性鼻窦炎的病原菌分析[J]. 耳鼻咽喉 - 头颈外科杂志, 2000, 15 (1): 9 - 13.

[2] Anselmo-Lima WT, Lopes RP, Valera FC, Demarco RC. Invasive fungal in rhinosinusitis in immunocompromised patients[J]. Rhinology, 2004, 42 (3): 141 - 144.

[3] Rupa V, Thomas M. Different types of fungal sinusitis occurring concurrently: implications for therapy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 270 (2): 603 - 608.

[4] Yoon JH, Na DG, Byun HS, et al. Calcification in chronic maxillary sinusitis: comparison of CT findings with histopathologic results [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1999, 20 (4): 571 - 574.

[5] Robinson S, Wormald PJ. Patterns of innervation of the anterior maxilla: a cadaver study with relevance to canine fossa puncture of the maxillary sinus [J]. Laryngoscope, 2005, 115 (10): 1785 - 1788.

[6] Hosemann W, Scotti O, Bentzien S. Evaluation of telescopes and forceps for endoscopic transnasal surgery on the maxillary sinus [J]. Am J Rhinol, 2003, 17 (5): 311 - 316.

[7] 叶星,郭光良,彭勇新. 真菌性上颌窦炎的手术进路选择[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19 (2): 104 - 105.

[8] 刘澍,薛少飞,赵玉琴,等. 鼻内镜下泪前隐窝入路治疗上颌窦良性病变[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18 (5): 370 - 373.

(修回日期:2013 - 06 - 18)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201305014

· 临床报道 ·

99 例颈部肿块的临床分析

李虹,纪旭,石胜利

(中国医科大学附属第四医院耳鼻咽喉头颈外科,辽宁 沈阳 110032)

**摘要:** **目的** 回顾性分析 99 例因单纯颈部肿块住院并经病理确诊患者(排除常规甲状腺及涎腺肿物)的临床表现及诊治过程,以提高颈部肿块的诊断准确率,为正确制定手术方案提供经验与依据。**方法** 99 例患者中 1 例经颈部 CT 血管造影(CTA)确诊为颈动脉体瘤后放弃治疗出院,2 例淋巴瘤经活检确诊后转科治疗,其余病例均采用手术切除治疗并经病理切片确诊,其中 3 例转移癌均行患侧颈廓清术,术后辅助放疗。**结果** 所有手术患者术后均随访 0.5 ~ 3 年,其中 3 例神经鞘膜瘤患者出现声嘶和脑梗塞并发症;2 例甲状舌管囊肿患者复发,再次手术;5 例恶性肿瘤患者中 1 例手术后 8 个月死亡,余均未见复发或转移。**结论** 颈部肿块病变形式多样,掌握其发病特点和规律,充分完善术前检查,可大大减少误诊,降低手术风险。

**关键词:** 颈部肿块;颈部转移癌;诊断  
**中图分类号:** R653 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007 - 1520(2013)05 - 0436 - 03

颈部肿块在临床较为常见,但由于组织来源复杂,病理类型多样,确诊比较困难。为进一步总结经验,本文回顾性分析我院 2010 ~

2012 年因颈部肿块住院手术并经病理确诊的除外常规甲状腺及涎腺肿块患者的诊治经过,现报道如下。

作者简介:李虹,女,硕士,主治医师。  
通讯作者:李虹,Email: zhaohuan\_2000@ 163. com