

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

1 资料与方法

1.1 一般资料

入选标准:单纯颈部肿块,需手术治疗或确诊患者。排除标准:可查到原发灶的颈部转移癌患者和常规甲状腺及涎腺肿块患者。99 例患者中,男 45 例,女 54 例;年龄 3 ~ 77 岁,平均 37.8 岁。病程 2 d 至 30 年,平均 20.2 个月,良性患者平均 21 个月,恶性患者平均 5.9 个月。肿块位于颈前正中者 67 例,除 1 例为异位甲状腺患者外,其余均为甲状舌管囊肿患者;另 32 例颈部肿块,包括胸锁乳突肌区 7 例,颈侧中上部 12 例,颈侧下部 2 例,下颌角区 4 例,颌下 3 例,颌下 2 例,颈前舌骨水平偏右 1 例,颈前甲状软骨中段 1 例。单发肿块 95 例,多发肿块 4 例。

1.2 肿块性质

先天性肿块 69 例 (69.7%),其中甲状舌管囊肿 66 例,鳃裂囊肿 2 例,异位甲状腺 1 例。颈部肿块 22 例 (22.2%),其中良性肿瘤 17 例 (神经鞘膜瘤 4 例,多形性腺瘤 3 例,腺淋巴瘤 2 例,神经纤维瘤 2 例,血管平滑肌瘤 1 例,颈动脉体瘤 1 例,脂肪瘤 1 例,黏液囊肿 1 例,皮脂腺囊肿 1 例,无病理分型的良性病变 1 例),恶性肿瘤 5 例 (未查到原发灶的转移癌 3 例,均为鳞癌;淋巴瘤 2 例)。炎症性肿块 8 例 (8.1%),其中淋巴结结核 2 例,非特异性炎症 6 例。

1.3 治疗方法

1 例经颈部 CT 血管造影 (CTA) 确诊为颈动脉体瘤后患者放弃治疗出院,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,病理切片确诊,其中 3 例转移癌 (未查到原发灶) 均行患侧颈廓清术,术后辅助放疗。

2 结果

所有手术患者均随访 0.5 ~ 3 年。其中 4 例神经鞘膜瘤患者中 2 例术后出现声嘶及饮水呛咳 (肿瘤贯穿迷走神经),1 例患者出现一侧下肢活动差 (考虑为术后新发脑梗塞造成),均给予对症治疗,症状减轻或明显好转。2 例甲状舌管囊肿患者复发,再次手术,至今未再复发。2 例结核患者进行系统抗结核治疗,病

情未见进展。3 例转移癌患者,1 例双颈转移者,最终因全身多发转移于术后 8 个月死亡,1 例单侧转移患者最终发现肺部原发灶并于胸科再行肺部手术,术后 1 年未见复发,另 1 例患者仍未找到原发病灶。其余患者病情均平稳,在随访期内未见复发。

3 讨论

颈部肿块种类繁多复杂,为统计方便,习惯上分为先天性、炎症性及良恶性肿瘤 3 大类。本研究的临床资料显示,其中先天性肿块 69 例,占 69.7%;良恶性肿瘤 22 例,占 22.2%;炎症性肿块 8 例,占 8.1%。所有肿块中良性者 94 例,占 94.9%;恶性者 5 例,占 5.1%。

与其他研究相比,本研究中先天性肿块比例较高,而良恶性肿瘤尤其是恶性肿瘤的比例相对较低。究其原因,一部分颈部肿块患者首诊通常选择普外科,并完成后续治疗。如确诊为淋巴瘤或颈淋巴结结核则转入相关科室治疗。只有怀疑肿块为甲状舌管囊肿、鳃裂囊肿等典型耳鼻咽喉科疾病时,才会转入耳鼻咽喉科进一步治疗。

先天性肿块中比例最高的为甲状舌管囊肿,占全部病例的 66.7%。甲状舌管囊肿是耳鼻咽喉科最常见的颈部先天性疾病,为胚胎发育期甲状腺发育过程中甲状舌管未退化或退化不全而形成,囊肿可发生于颈前正中舌盲孔至胸骨切迹之间的任何部位,以舌骨体上下最常见。囊肿表面光滑,边界清楚,可随吞咽上下运动,在囊肿与舌骨体之间有时可扪及一坚韧的条索状物。当继发感染时,形成脓肿自行破溃或切开引流可形成经久不愈的瘘管即为甲状舌管瘘。该疾病尤其需注意与异位甲状腺鉴别,术前颈部超声必不可少。确诊后需手术治疗,须将囊肿连同瘘管彻底切除,有时需切除部分舌骨体,以免复发<sup>[1]</sup>。

新生物肿块中良性肿瘤占绝大多数,且病理类型多样,以神经源性肿瘤和涎腺来源肿瘤为主。仅 5 例恶性肿瘤中,3 例为转移癌,2 例为淋巴瘤。颈部转移癌为颈部最常见的恶性肿瘤,临床上可根据颈淋巴回流途径推测原发灶部位,如颈上部癌其原发灶多来自鼻腔、鼻咽、口咽、扁桃体及腮腺等部位,颈中部癌多

来自下咽、喉部、食管上段及甲状腺等部位，颈下部癌多来自肺、消化道、乳腺等部位。也可根据转移癌的病理类型寻找原发灶，如为鳞癌则多来自鼻咽部、鼻腔、下咽、喉部等处，腺癌则多来自甲状腺及涎腺及消化道等<sup>[2]</sup>。

能找到原发灶的病例应于原发灶处活检确诊，尽量避免颈部活检，但即使经过全面、系统、反复的全身检查，仍有不少患者无法找到原发灶。本研究中 3 例转移癌均为鳞癌，行患侧颈淋巴结清扫术后辅助放疗，并对患者进行随访。

炎症性包块 8 例，占有所有病例的 8.1%。与同类文献<sup>[3-4]</sup>相比，明显较低，考虑和如下因素有关：①随着生活水平的提高，人们保健意识的增强及抗生素的应用，普通的炎症感染通过预防及系统的治疗基本可以得到缓解或治愈，真正需手术诊治的基本为疑难、非典型或难治性疾病。本组 6 例非特异性炎症患者均为经过系统抗炎治疗后无好转者；②结核发病率近年有抬高的趋势，但一般通过痰检、PPD 及血结核抗体等相关检查，基本可确诊，而活

检术存在结核杆菌播散、切口不易愈合等弊端，多不提倡采用。本研究中 2 例患者通过上述常规检查未能确诊。

综上所述，颈部肿块病变形式多样，病理类型纷杂，掌握其诊疗的一般规律，做好全面精准的术前检查，利于提高诊断的准确率，为制定正确、严密的手术方案提供依据，降低手术风险。

参考文献：

[1] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M],第7版.北京:人民卫生出版社,2008:388.

[2] 赵素萍,谢志海,肖健云.100例颈部肿块的临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(5):279-281.

[3] 廖涛,宋文光.颈部肿物诊疗的探讨[J].国际医药卫生导报,2004,10(16):129-130.

[4] 张原明,王桂香.颈部肿块78例临床分析[J].中国药物与临床,2011,11(3):330-331.

(修回日期:2013-06-05)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201305015

· 临床报道 ·

# 蝶腍动脉电凝术治疗顽固性鼻出血

戚建伟,吴元庆,曹 萍,徐进敬

(南京医科大学附属南京第一医院 耳鼻咽喉科,江苏 南京 210006)

**摘 要：** **目的** 探讨鼻内镜下蝶腍动脉电凝术在临床治疗顽固性鼻出血中的可行性。**方法** 本研究对 2009 年 9 月~2012 年 10 月期间收住院的经常规治疗无效的 6 例鼻出血患者，于全身麻醉后在鼻内镜下根据解剖标志寻找蝶腍动脉，应用双极电凝烧灼，局部黏膜复位后可吸收性小块明胶海绵或止血纱布压迫。**结果** 6 例患者均完全止血，术后随访 1~3 个月，患者均无再次出血，未诉有特殊不适，复查未见鼻腔粘连，蝶腍动脉区黏膜愈合好。**结论** 鼻内镜下蝶腍动脉电凝术治疗顽固性鼻出血疗效确切，是有效治疗顽固性鼻出血方法之一，也符合现代外科微创原则。

**关 键 词：**蝶腍动脉；筛骨嵴；鼻内镜；鼻出血；电凝术。

**中图分类号：**R765.23      **文献标识码：**B      **文章编号：**1007-1520(2013)05-0438-03

顽固性鼻出血是临床上较难处理的常见

疾病,当排除筛前或筛后动脉出血和假性动脉瘤引发的出血后,出血多来源于蝶腍动脉的分支鼻后外侧动脉及鼻后中隔动脉,传统的前鼻镜检查不易发现出血部位。顽固性鼻出血目

作者简介:戚建伟,男,副主任医师。  
通讯作者:戚建伟,Email:78220043@qq.com