

鼻内镜下治疗非侵袭性真菌性 鼻窦炎 58 例临床分析

许雨洲,尹治军,薛麦富

(焦作市五官医院 耳鼻咽喉科,河南 焦作 454150)

关键词:鼻内镜;真菌性鼻窦炎,非侵袭性
中图分类号:R765. 22 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2013)05-0447-02

真菌性鼻窦炎是由真菌在鼻腔-鼻窦所引起的一种感染性或(和)变应性疾病。可分为非侵袭性真菌性鼻窦炎和侵袭性真菌性鼻窦炎。我科 2006~2009 年收治的 58 例非侵袭性真菌性鼻窦炎进行回顾分析,探讨鼻内镜手术的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

58 例患者中男 36 例,女 22 例;年龄 20~65 岁,平均年龄 42.8 岁;病程 2 个月至 10 年。均为单侧发病,左侧 33 例,右侧 25 例。单窦发病 45 例,其中上颌窦 42 例,蝶窦 3 例;多窦发病 13 例,其中蝶、筛窦 2 例,筛、上颌窦 5 例,蝶、筛、上颌窦 6 例。临床表现:鼻塞 42 例,血涕 20 例,头痛、头昏 28 例,鼻腔异味 15 例,面部肿胀感 14 例,面部麻木感 5 例,眼胀痛 2 例,无症状(体检中发现)1 例。专科检查:鼻中隔偏曲 8 例,下鼻甲肥大 23 例,中鼻甲肥大及泡性中鼻甲 18 例,钩突肥大 7 例,中鼻道息肉 2 例,中鼻道内有干酪样物伴脓涕 16 例。术前 CT 检查显示:42 例上颌窦腔内呈现团块状高密度影,5 例上颌窦腔可见钙化斑,6 例上颌窦未见特征性影像,7 例上颌窦外侧壁可见虫蚀状破坏,蝶窦、筛窦内呈现砂粒状影。

1.2 手术方法

所有病例均在局麻加强化麻醉下行鼻内镜

鼻窦手术。其中 3 例由于病变难以清理干净,加行上颌窦根治术。单纯上颌窦病变者,鼻内镜下切除钩突,扩大上颌窦自然开口,将上颌窦内真菌球、脓性分泌物清理干净。蝶窦病变者,鼻内镜下切除中鼻甲后端,于蝶、筛隐窝将蝶窦前壁打开并扩大,彻底清理病变。多窦发病者,鼻内镜下切除钩突,打开筛泡及中鼻甲基板,开放前、后筛,扩大上颌窦自然开口,由后筛径路开放蝶窦或由蝶、筛隐窝开放蝶窦,术中尽可能扩大蝶窦前壁开口。合并有中鼻道息肉、鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大及泡性中鼻甲者同期予以矫正。术中见窦腔内有黄褐色或黑褐色干酪样坏死物,清理后见窦腔黏膜肥厚,不同程度充血、水肿,触之易出血,术中尽可能保留窦腔黏膜。术后 7 d 开始用 5% 碳酸氢钠注射液冲洗鼻窦,每天 1 次,持续 15 d。术后病理诊断:曲霉菌 46 例,毛霉菌 7 例,青霉菌 5 例。

1.3 疗效评定标准

按鼻内镜手术疗效标准(1997 年,海口),观察患者术后术腔恢复情况,并结合其鼻塞、流涕等症状改善情况评定手术疗效:①1 期治愈:术后 1~3 个月术腔上皮化;②延期愈合:术后 4~6 个月内术腔上皮化;③迁延炎症:术后窦腔内继续感染,时间超过 6 个月;④无效:炎迁延症持续 1 年或短期内(3 个月)需要再次手术。

2 结果

本组患者全部随访 1 年。52 例 1 期治愈;5 例延期治愈;1 例因术中黏膜切除较多,术后

作者简介:许雨洲,男,主治医师。
通讯作者:尹治军,Email:yin810121@163.com

粘连,窦口缩小致迁延炎症,经多次复查、对症处理 8 个月后治愈。

3 讨论

真菌性鼻窦炎发病的相关因素:①解剖变异,如鼻中隔偏曲、泡性中鼻甲、反向中鼻甲、钩突肥大、下鼻甲肥大,致使鼻腔-鼻窦内处于低氧环境;②抗生素的广泛应用甚至滥用,致使鼻腔-鼻窦菌群失调,真菌在鼻腔-鼻窦内过度生长,诱发真菌感染;③慢性消耗性疾病,如糖尿病、肿瘤致使机体抵抗力下降,高糖低氧,有利于真菌生长;④免疫缺陷患者,对细菌与真菌组成的病原体复合物不能产生相应的免疫应答;⑤免疫抑制剂、抗肿瘤药物、糖皮质激素的广泛应用。真菌是一个条件致病菌,只有当机体抵抗力下降,慢性消耗性疾病或免疫缺陷时,机体内局部低氧、高糖环境、免疫机能低下有利于真菌生存,是真菌性鼻窦炎的必须条件^[1]。

慢性非侵袭性真菌性鼻窦炎的临床表现多种多样,可表现为鼻塞、脓涕或脓血涕、头痛、头晕、面部胀痛以及牙酸痛,或无任何症状,CT 扫描时才发现^[2]。真菌性鼻窦炎的诊断主要依据术前 CT 检查、术后病理检查、免疫学检查以及微生物学检查。CT 诊断主要根据窦腔内软组织密度影,伴高密度结石影以及由真菌球周围的黏液样物质形成的环形低密度带,由机化坏死组织、真菌肉芽组织及黏液等组成的高、中、低密度相混杂的网格状影亦有特异性^[3]。临床工作中经常会遇到一些鼻窦炎、鼻息肉、鼻腔-鼻窦肿瘤等病例,术前 CT 鼻窦内呈现密度不均匀或均匀高密度影,受累鼻窦部分骨壁吸收^[4],鉴别诊断主要根据:①真菌性鼻窦炎多单窦、单侧发病,而慢性鼻窦炎往往为双侧多窦发病;②真菌性鼻窦炎多有鼻腔异味而慢性鼻窦炎则无;③术前特征性影像学。另还须依靠术后病理学、微生物学及免疫学等检查进行鉴别。

真菌性鼻窦炎最有效的治疗方法是手术治疗,手术方式可分为柯-陆氏手术和鼻内镜鼻窦手术。柯-陆氏手术因创伤大、手术范围局限、效果差、易复发等缺点而被鼻内镜手术取而代之。治疗原则是建立鼻窦宽敞的通气和引流,保留鼻窦可转归黏膜和骨壁,积极治疗

全身慢性消耗性疾病,增强机体免疫力,消除真菌赖以生存的低氧、高糖环境。手术原则是彻底清除鼻腔及鼻窦内病变组织,充分开放鼻窦,矫正解剖变异,但不宜一味求大,应根据患者全身情况、病灶侵犯的部位及范围而定^[5-6]。因此手术时仅将真菌球、脓性分泌物、息肉样变及坏死组织清除,尽量保留术腔黏膜及骨壁。黏膜完全切除或过多切除可引起炎症迁延、窦内纤维组织增生及窦腔缩小,引流口部分或完全阻塞的概率较高^[7]。甚至引起黏膜的自洁功能丧失,给真菌生长提供了一个低氧、低 pH 的生存环境。真菌性鼻窦炎的真菌并未真正侵袭黏膜,而是由真菌团块长期刺激黏膜而导致的炎性反应,当病灶被清除后,术腔黏膜将逐渐转归,恢复其原有的功能,这是真菌性鼻窦炎 1 期愈合必备的条件。术中、术后应用 5% 碳酸氢钠注射液冲洗术腔,改变鼻腔,鼻窦低 pH 环境,从而在一定程度上减缓了真菌生长繁殖速度,缩短了治疗周期。

综上所述,作者认为当前治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎最有效的方法为鼻内镜下鼻窦手术,增强机体抵抗力,消除真菌生长的低氧、高糖环境。

参考文献:

- [1] 刘艳,简雷. 真菌性鼻-鼻窦炎的诊断及治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(18): 850 - 851.
- [2] 陈朝阳,蒋玲月. 功能性鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 31 例疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(3): 221 - 222.
- [3] 胡建道,邱意. 真菌性鼻窦炎的影像学诊断分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(4): 297 - 298.
- [4] 钱进,李厚恩. 真菌性鼻窦炎 CT 的特征性表现[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(23): 1069 - 1073.
- [5] 程友,江满杰. 真菌性鼻-鼻窦炎内镜下治疗 116 例分析[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 8(4): 238 - 239.
- [6] 鄢凯初,邹争飞. 真菌性鼻窦炎手术治疗 56 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2011, 17(5): 387 - 389.
- [7] 潘小华,吴茜,许庚. 两种术式治疗非侵袭性真菌性上颌窦炎的效果[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2008, 8(6): 357 - 359.

(修回日期:2013-03-01)