

率低,疗效满意。

参考文献:

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012 年,昆明)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(2):92-94.

[2] Lund VJ, Mackay IS. Staging in rhinosinusitis[J]. Rhinology, 1993,31(4):183-184.

[3] Lund VJ, Kennedy DW. Staging for rhinosinusitis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,1997,117(3 Pt 2):35-40.

[4] 谢允平,何建平,陈才军,等. 鼻内镜下鼻窦手术 1135 例疗效的回顾性分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(4):285-288.

[5] 谢丹,梁建伟,王兰田,等. 鼻内镜治疗慢性鼻-鼻窦炎疗效及影响因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(4):317-321.

[6] Stjarme P, Mosges R, Jorissen M, et al. A randomized controlled trial of mometasone furoate nasal spray for the treatment of nasal polyposis[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg,2006,132(2):179-185.

[7] 韩德民. 鼻内镜外科技术新热点[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(6):441-443.

(修回日期:2015-04-01)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201503025

· 临床交流 ·

鼻内镜下揭盖法治疗鼻前庭囊肿临床分析

慕继霞, 职良喜, 赵 勇

(焦作市焦作煤业集团中央医院 耳鼻喉科, 河南 焦作 454000)

关键词:鼻前庭囊肿;手术治疗;鼻内镜揭盖术;

中图分类号:R739.62 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2015)03-0254-02

我科自 2008 年 12 月~2012 年 10 月收治鼻前庭囊肿患者 44 例,采用鼻内镜下揭盖术,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组鼻前庭囊肿患者 44 例,其中男 12 例,女 32 例;年龄 27~57 岁,平均 35 岁;病程 3 个月至 2 年。囊肿均为单侧,右侧 34 例,左侧 10 例,1 例有感染史。鼻前庭囊肿最大直径 3.5 cm,最小直径 1 cm。本文中 2 例患者为偶然发现、无自觉症状,23 例出现鼻塞,18 例出现鼻塞继鼻内、上唇胀痛,咀嚼时明显。1 例并发感染,囊肿增大迅速,局部疼痛尤甚。专科检查见鼻前庭外下方轻微隆起,囊肿较大时鼻前庭底部明显膨隆、鼻唇沟消失。术前均行

鼻部 CT 检查确诊。44 例均行手术治疗。

1.2 手术方法

揭盖法治疗鼻前庭囊肿:所有患者均采用 1% 丁卡因+1% 麻黄碱棉片鼻腔表面收缩麻醉,鼻前庭底部 1% 利多因+1% 布吡卡因局部浸润麻醉,鼻内镜下用尖刀自患侧鼻前庭底部最隆起处十字形切开,吸除囊液。鼻内镜下电动切割器去除切开的鼻底皮肤及对应囊肿顶壁,充分开放囊腔,修整囊壁残缘与鼻前庭皮肤和黏膜吻合。术腔填塞凡士林纱条 2~3 d 取出,全身应用抗生素 1 周。鼻腔涂红霉素眼膏 1~2 周,囊腔变浅,2~6 个月消失。

1.3 观察指标及评定标准

术后反应以患侧面部肿胀程度为主要指标:鼻唇沟变浅为轻度,扁平为中度,隆起重度;术后伤口疼痛采用视觉模拟量表主观症状评分(VAS)方法,让患者根据自身对症状轻重的感受在 0~10 之间选出相应分值,分值越高表示症状越重^[1]。0 分:无疼痛;1~3 分(轻度):有轻微的疼痛,患者能忍受;4~6 分(中度):患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受,应给

作者简介:慕继霞,女,主治医师。
通信作者:慕继霞,Email:13523359168@126.com

予临床处置;7~10(重度):患者有强烈的疼痛,疼痛剧烈或难忍。

2 结果

鼻内镜下揭盖法治疗鼻前庭囊肿,手术时间约15~20 min,术中出血量10~15 ml。术后反应轻度36例,中度7例,重度1例。术后伤口疼痛轻度28例,中度16例,重度0例。所有患者术后随访3~12个月。术后复发2例,再次入院行唇龈沟鼻前庭囊肿剥离手术,随访1年未再复发。

3 讨论

鼻前庭囊肿是发生于鼻前庭皮下、上颌骨牙槽突骨表面上的一种良性囊性病变。位于鼻前庭底部皮下梨状孔的前下方,鼻腔外侧壁、下鼻甲前端前外下方^[2]。发生原因多认为胚胎发育期上颌突、球状突与鼻腔外侧突融合时,上皮残余或迷走神经发展而来。有人认为是鼻腔鼻底黏液腺管口阻塞而引起分泌物潴留,形成囊肿^[2-3]。多发生在30~50岁,女性多见。主要表现为一侧鼻前庭、鼻翼根部等处日渐隆起,鼻前庭囊肿早期无任何症状,囊肿大者可有同侧鼻腔呼吸受阻,鼻内或上唇发胀。合并感染则囊肿迅速增大,局部疼痛明显。偶有上颌部、额部或眶内放射性疼痛。鼻部CT检查病灶多为边缘清晰的圆形、椭圆形肿块,密度相对均匀。邻近上颌骨均有不同程度受压、吸收,凹陷如浅盘。CT扫描对鼻前庭的部位、性质及累及范围能做出较正确的诊断,清晰地显示囊肿及周围组织继发改变,这对临床制定手术治疗方案有指导意义。

鼻前庭囊肿产生病理损伤的原因是其内不断有分泌物的形成与排出受阻,导致其呈膨胀性生长,合并感染时此过程加速,由于膨胀性生长、压迫、推移周围组织而出现病理表现。传统手术摘除保留鼻前庭区皮肤,去除囊壁及囊肿内壁的上皮层,这样可以消除囊壁内分泌功能,阻断囊肿的病理过程,也能有较好的治疗效果^[2,4]。经唇龈沟径路是最常用的传统鼻前庭囊肿手术方式,只要手术操作正确合理,即

可取得很好的效果,术后复发率少。不足之处是由于要求完整剥离、切除囊肿,手术操作复杂、手术创伤相对较大,术后局部反应重,可造成局部麻木感和短时间进食不便。如为囊肿感染者,术后由于引流差,伤口感染机会亦增多。鼻底部黏膜与囊肿互为近邻,加之鼻前庭囊肿内壁为上皮组织,有抗感染能力,与鼻腔黏膜上皮能互相愈合。鉴于此理论依据,采用揭盖式手术治疗鼻前庭囊肿效果理想。鼻前庭囊肿揭盖术其关键是囊肿残缘与窗状皮肤创缘吻合,即形成向鼻腔内开放的囊腔,随着伤口的痊愈及组织的修复,囊腔渐渐变浅甚至消失。由于囊壁与鼻腔黏膜相似,故术后囊壁形成鼻前庭及鼻腔黏膜的一部分,术中虽然切除囊壁即皮肤与鼻黏膜,术后观察未造成鼻腔结构改变,对鼻腔功能也无影响,患者鼻部无不适感觉。

我科采用鼻内镜共手术治疗鼻前庭囊肿44例,2例复发。其中1例考虑与囊肿既往感染相关;1例患者的囊肿较小(1 cm×1.5 cm),鼻内镜下鼻前庭底部无明显隆起,位置较深,手术切口不易定位,术腔向鼻腔开放窗口小,囊腔闭合可能为术后复发主要原因。2例均二次入院手术,术后随访1年,未再复发。笔者认为鼻前庭囊肿揭盖术,切口接近囊肿,操作简便,周围组织损伤小,避免鼻前庭皮肤撕裂可能,术后无面部麻木、肿胀、疼痛,出血少、手术时间短、恢复快、复发率低,可作为首选手术方式。

参考文献:

- [1] Lund VJ, Holmstrom M, Scadding GK. Functional endoscopic sinus surgery In the mannagement of chronic rhinosinusitis An objective assessment[J]. J Laryngol Otol, 1991, 105(10): 832-835.
- [2] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 93-95.
- [3] 耳鼻咽喉科学组. 耳鼻咽喉科学. 鼻科学[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997: 405.
- [4] Choi JH, Cho JH, Kang HJ, et al. Asolabial cysty: a retrospective analysis of 18 cases[J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81(1): 94-96.

(修回日期: 2014-06-03)