

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202424209

· 鼻-鼻窦疾病专栏 ·

外鼻肿物 34 例临床分析

史雅文, 汪李琴, 殷敏

(南京医科大学第一附属医院耳鼻咽喉科, 江苏南京 210029)

摘要: **目的** 探讨外鼻肿物的临床流行病学特点, 分析切除后缺损的修复方法及临床效果。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 月—2020 年 12 月收治的 34 例外鼻肿物, 分析肿物的发病部位、大小、病理类型、手术和修复方法等。**结果** 本组患者, 男女发病比例为 1.125:1, 男女发病率差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 外鼻恶性肿瘤中, 基底细胞癌最多 (16 例, 80%), 各年龄层均有发病, 恶性肿瘤的发病高峰年龄为 60 岁以上人群 (15 例, 75%)。术中彻底切除肿物后, 选择直接缝合 15 例, 邻近皮瓣修复 7 例, 转移鼻唇沟皮瓣修复 10 例, 植皮 2 例。术后随访 1 例接受放化疗, 2 例接受单纯化疗。28 例伤口一期愈合, 鼻外观基本对称, 鼻腔无明显通气功能障碍。1 例行二期瘢痕修复。3 例失访, 3 例死亡 (死于老龄), 2 例对外鼻形态不满意。**结论** 外鼻肿物切除彻底, 很少复发, 一般无需放化疗。在手术彻底切除肿瘤的基础上, 依据缺损部位及程度灵活应用不同的修复方法, 重建鼻部轮廓, 保持鼻部外形及结构的完整性。其中鼻唇沟皮瓣修复操作方便, 并发症少, 患者取得满意效果, 是临床常选择的治疗方案。

关键词: 外鼻肿物; 缺损; 鼻唇沟皮瓣; 修复

中图分类号: R765.1

Clinical analysis of 34 cases of external nasal mass

SHI Yawen, WANG Liqin, YIN Min

(Department of Otorhinolaryngology, the First Affiliated Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical epidemiological characteristics of external nasal mass, and analyze the repair methods and clinical effects of resected defects. **Methods** Clinical data of 34 patients with external nasal mass treated in our hospital from January 2010 to December 2020 were analyzed retrospectively. The analyzed data included location, size and pathological diagnosis of tumors, surgical and repair methods. **Results** Of all the 34 cases, the ratio of male to female was 1.125:1, and the difference was statistically insignificant ($P > 0.05$). Among the external nasal malignancies, basal cell carcinoma was the most common (16 cases, 80%), and occurred in all age groups. The peak age of malignant tumors was the elderly population over 60 years old (15 cases, 75%). After complete resection, 15 cases were sutured directly, 7 cases were repaired with adjacent flap, 10 cases were repaired with nasolabial sulcus flap, and 2 cases were grafted with skin. During postoperative follow-up, 1 case received chemoradiotherapy and 2 received chemotherapy alone. Primary wound healing was achieved in 28 cases with basically symmetrical appearance and without obvious ventilation dysfunction. Second stage scar repair was performed in one case. Three cases were lost to follow-up, three died (due to old age), and two had unsatisfactory external nasal morphology. **Conclusions** The external nasal masses rarely recur after complete resection, and chemoradiotherapy is generally not required. On the basis of complete resection of the tumor, different repair methods can be flexibly applied according to the defect site and degree to reconstruct the nasal contour and maintain the integrity of the nasal shape and structure. The nasolabial sulcus flap is a common choice of treatment because of its convenient operation, few complications and satisfactory results.

Keywords: External nasal mass; Defect; Nasolabial sulcus flap; Repair

基金项目: 北京白求恩公益基金会“白求恩·医学科学研究基金项目 2023 年第 006 号基金支持课题”(2023YWZJ006-ym)。

第一作者简介: 史雅文, 女, 硕士研究生, 主治医师。

通信作者: 殷敏, Email: simisodo@126.com

外鼻良性肿物以血管瘤、色素痣、角化棘皮瘤等多见。外鼻恶性肿瘤的临床发病率为33%^[1],约占全部鼻和鼻窦恶性肿瘤的1%,常见外鼻恶性肿瘤包括基底细胞癌和鳞状细胞癌^[2]。外鼻肿物直接可视,常常可以被早期发现。手术是主要治疗手段,并且需要通过手术进行确诊。然而由于局部解剖学特点,手术切除肿物后往往需要考虑组织缺损及其修复,以达到恢复外观和鼻功能的目的。

本文回顾性分析近10年来收治的外鼻肿物患者,总结外鼻肿物的临床特点和修复方法。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2010年1月—2020年12月在南京医科大学第一附属医院耳鼻咽喉科住院的外鼻肿物患者共34例,男18例(53%),女16例(47%),男女发病比例相近,为1.125:1。良性病变患者的男女性别比为1.33:1,恶性肿瘤患者的男女性别比为1:1,不同性别患者良恶性构成之间差异无统计学意义($\chi^2=0.049, P>0.05$)。发病年龄7~92岁,中位年龄62岁。其中发病年龄<50岁(6例,17.6%)、50~59岁(7例,20.6%)、60~69岁(10例,29.4%)、≥70岁(11例,32.4%),尽管各年龄层均有发病,但中年后发病呈升高趋势。良恶性病变间发病年龄无显著性差异,但外鼻恶性肿瘤的发病高峰年龄为老年人群(15/20)。病程1个月至20年,良性病变病程<1年5例,1~5年2例,6~10年7例;恶性病变病程<1年5例,1~5年11例,6~10年4例。良性病变病程存在较长趋势,但统计学分析无明显差异。本组3例患者外院切除病理提示基底细胞癌,切缘见癌组织累及至我科再次手术;1例患者外院切除鼻翼基底细胞癌术后1年复发再次手术;1例患者外院切除病检提示鳞状上皮轻度增生伴角化不全2个月后至我科再次手术,术后病检提示皮内痣;1例患者我院手术术后病检提示低分化鳞状细胞癌5个月后复发再次手术;其他28例首诊我科行手术治疗。病变部位在鼻翼部18例(53%),鼻背部11例(32%),鼻根部4例(12%),鼻尖部1例(3%)。肿瘤大小范围0.2 cm×0.3 cm~4.3 cm×4.3 cm,形状多不规则。恶性肿瘤中基底细胞癌最多,占80%(16/20)。其他包括自然杀伤T细胞淋巴瘤2例,低分化鳞状细胞癌

1例,腺泡状横纹肌肉瘤1例。良性病变的病理类型较多,其中皮脂腺痣4例,皮样囊肿3例,炎细胞浸润3例,血管瘤1例,脂溢性角化症1例,毛母质瘤1例,动静脉畸形1例。恶性肿瘤发病部位多见于鼻翼和鼻背。良恶性肿瘤的临床表现区别在于恶性肿瘤表面易糜烂结痂形成溃疡,易向深层扩散,鳞状细胞癌易转移至耳前、颌下淋巴结。恶性肿瘤20例中均未见淋巴结及远处转移,其中13例肿瘤局限于外鼻,5例侵蚀鼻翼软骨未侵犯鼻窦,2例侵犯鼻窦。通过术前活检确诊者4例,其余均为手术后病检确诊。

1.2 治疗方法

1.2.1 肿物切除 根据患者的一般情况、耐受程度、病灶性质、病灶面积等选择合适的麻醉方式,其中局麻11例,全麻23例。手术均距肿物边缘5 mm以上切除,并根据浸润深度切除组织,深达软骨膜或骨膜。术中送快速病检,结果恶性者取切口四周及基底组织切缘送快速病检,如某个点阳性,则向外再切除5 mm宽的组织,第2次送快速病检,直至阴性结果。

1.2.2 修复方法 在彻底切除肿瘤的基础上,根据外鼻缺损部位、大小和深度进行组织修复。常用方法有:①若缺损较小,可直接拉拢缝合。②额部皮瓣修复。对于肿物切除后缺损主要位于鼻背的,局部缺损较大者(一般>2 cm),可以通过前额皮瓣修复。额部皮肤色泽与面部相似,皮下组织薄,额瓣优点是血供确切,修复面积大,可以修复外鼻任何范围的缺损^[3]。缺点是距离远,损伤较大,额部留有明显瘢痕,对于手术切除软骨较多者常需采用额部组织扩张后二期手术改善外形和功能^[4]。额瓣远端血供主要靠颞浅动脉、眶上动脉和滑车上动脉吻合支供应,近端靠滑车上动脉供应。额鼻皮瓣“V-Y”修复,从鼻尖到鼻背中部,缺损直接在5 cm以内者可应用。先眉间设计一倒“V”型切口,沿鼻背一侧下行延长切口至鼻缺损处,设计以内眦动脉分支血管为蒂的皮瓣向缺损处旋转推进覆盖创面,眉间缺损行“V-Y”缝合。③鼻唇沟皮瓣修复^[5]。鼻尖和鼻翼缺损者,在缺损一侧沿设计线切开皮肤全程,自下往上在表情肌浅面分离,掀起皮瓣,注意保留皮下脂肪,以蒂部为轴,旋转至缺损区与外鼻皮肤缝合。④口腔修复膜内衬修复。用于术后缺损与鼻腔相通者。⑤局部游离皮片修复。对于面积比较大的缺损可选择植皮,供区多采用上臂、腹部、腹股沟、大腿内侧。

2 结果

2.1 手术修复方式和局部转归

本组患者34例均手术彻底切除肿物。根据病变部位、病变范围、深度,切除病变组织后缺损的位置、面积、深度及与周围组织的关系,进行皮瓣修复方案的设计,其中缺损区范围小和皮肤较松的区域选择直接缝合15例,直接缝合张力较大影响外形选择邻近皮瓣修复7例,靠近鼻翼选择鼻唇沟皮瓣修复10例,缺损区域较大且缺损位于皮肤较紧、较厚处选择植皮2例。切口I期愈合28例,皮瓣完全成活,切口瘢痕不明显,鼻外观基本对称,鼻腔无明显通气功能障碍。3例失访,3例死亡(死于老龄)。2例行二期瘢痕修复。1例诉局部时有渗出,2例对外鼻形态不满意。

2.2 恶性肿瘤综合治疗及随访

基底细胞癌患者16例,术后均未采取放化疗,随访至今(6个月至11年)无复发。NKT细胞淋巴瘤2例术后接受化疗,随访至今无复发。低分化鳞状细胞癌1例,因患者血糖控制不佳以及经济条件差,术后未采取放化疗,术后2个月局部皮瓣坏死肿瘤复发,患者放弃治疗。腺泡状横纹肌肉瘤1例,术后进行了放化疗综合治疗及二期瘢痕修复手术,随访至今患者疗效满意。

3 典型病例

病例1:采用鼻唇沟瓣缺损修复。患者,男,73岁,诊断为鼻翼基底细胞癌。手术沿肿瘤周边5 mm完整切除整个肿瘤,术中送切缘快速病理提示未见癌组织。右侧鼻翼区域有一大小约为1.5 cm × 1.5 cm 缺损,以同侧鼻唇沟瓣修复。术后应用抗生素预防感染,1周后拆线,术后一期愈合,皮瓣完全成活,效果满意。见图1。

病例2:采用邻近带蒂皮瓣修复。患者,女,69岁,诊断为鼻根基底细胞癌。手术沿肿瘤周边5 mm完整切除整个肿瘤,术中切缘送快速病理提示未见癌组织,鼻背区域1.0 cm × 1.5 cm 缺损。彻底切除肿物后采用邻近带蒂皮瓣修复。术腔放置引流条,术后应用抗生素预防感染、定期换药,观察皮瓣色泽、温度变化。3 d后拔出引流条,1周后拆线,皮瓣完全成活,术后1个月鼻根部较正常人无明显异常,患者对修复效果十分满意。见图2。

病例3:采用鼻唇沟皮瓣、口腔修复膜内衬修复。患者,女,63岁,诊断为左鼻翼基底细胞癌。手术沿肿瘤周边5 mm完整切除整个肿瘤,术中切缘送快速病理提示未见癌组织,彻底切除肿瘤后左侧鼻翼组织全程缺损约2.5 cm × 2.5 cm,与鼻腔相通。以口腔修复膜为衬里,同侧鼻唇沟皮瓣修复。术后应用抗生素预防感染、定期换药。1周后拆线,皮瓣完全成活,一期愈合,鼻翼外观可,鼻腔通畅,疗效满意。见图3。

病例4:采用预制前额带蒂皮瓣+右耳轮处三角形皮肤软骨复合组织瓣修复。患者,男,8岁,右侧鼻翼腺泡状横纹肌肉瘤。肿物外至鼻唇沟,上至鼻梁中段,部分越过中线达左侧鼻翼,向内突向在鼻前庭堵塞前鼻孔。一期手术切除肿瘤,取右眼睑下缘游离皮瓣覆盖外鼻缺损。术后1个月开始放化疗。18个月开始外鼻再造,首先前额预制带蒂皮瓣2 cm × 3 cm,以期修复鼻翼,左侧耳甲腔2 cm × 3 cm软骨及耳前皮肤复合组织瓣植于额部预制皮瓣背侧。其后1个月将预制额部皮瓣转移至鼻翼缺损处,1个月后断蒂。5个月取右耳轮处三角形皮肤软骨复合组织瓣约1 cm × 1 cm 修复鼻翼。术后6年随访未见复发。

4 讨论

头面颈部等皮肤暴露部位是皮肤肿瘤尤其是恶性肿瘤的好发部位,其中外鼻区域是较常见的部位,肿瘤无论是良恶性主要好发于鼻翼、鼻背和鼻尖等部位^[6]。文献报道外鼻恶性肿瘤多为原发性,近年来发病率有所上升,可能与人类乳头状瘤病毒感染和紫外线过度照射等因素有关^[7]。外鼻肿瘤大多恶性程度较低,发展缓慢,很少发生转移,通常可以早期发现。我们的资料和既往报道提示发病随着年龄的增长而升高趋势,尤其是60岁以上,老年患者出现外鼻病变时应警惕恶变可能^[8-9]。

杨宇等^[10]对187例外鼻皮肤肿瘤患者研究发现以良性肿瘤居多,多来源于皮肤附属器和表皮细胞,主要包括角化棘皮瘤、毛发上皮瘤、日光性角化病、鳞状上皮增生等。Rohrich等^[11]对1334例外鼻恶性肿瘤分析提示,表皮细胞来源的基底细胞癌和鳞状细胞癌多见,尚有囊性腺样基底细胞癌、恶性黑色素瘤及肉瘤等,且男性发病率高于女性。

基底细胞癌发生于上皮的基底层,生长缓慢,与健康皮肤边界清楚,病程长者中央有凹陷,表面痂皮



图 1 右鼻翼基底细胞癌患者 1a:术前外观及皮瓣设计;1b:术后复查 图 2 鼻根基底细胞癌患者 2a:术前外观;2b:术前设计;2c:修复;2d:术后复查 图 3 左鼻翼基底细胞癌患者 3a:术前外观;3b:局部缺损;3c:术前设计;3d:复位;3e:缝合;3f:术后复查

多干燥,伴感染者有脓血分泌物。基底细胞癌临床上有结节型、溃疡型和皮下型等,需要与皮肤溃疡、色素痣和皮肤结核等鉴别^[12]。若有色素沉着,呈棕黑色,还需与恶性黑色素瘤鉴别。发生于皮肤的黑色素瘤因多由黑痣恶变而成,多表现为原黑痣渐增大,中心或表面常有溃疡、糜烂,其恶性程度高,易转移,一旦确诊尽快手术切除。基底细胞癌多侵犯基底膜下,一般不超过皮下组织,病损恶性程度低。对基底细胞癌皮损小可选择冷冻、激光等治疗,对范围广者可结合放疗,治疗的关键在于彻底切除^[13]。

鳞状细胞癌常表现为难以愈合的溃疡,边缘不整齐,触之质地硬且易出血。外鼻原发性鳞状细胞癌浸润性强,浸润深度是术后局部复发和远处转移的独立危险因素,Brodland 等^[14]建议鳞状细胞癌病变切除深度至少应包括皮下组织。

外鼻肿物术前一般不行病理检查,常常选择手术彻底切除送病理确诊,治疗效果好^[15]。Rohrich 等^[11]报道的 1 334 例外鼻恶性肿瘤,术后复发率为 1.9%。手术切除肿瘤并不困难,切除肿瘤范围需设定肿瘤切除的安全界,安全界是指肿瘤组织外缘须切除的范围及深度,达到创缘无瘤的原则。根据以往文献报道及我们的临床经验将安全界定为肿块外缘 5 mm 宽,取切口四周及基底组织切缘送快速病检明确有无肿瘤细胞,若仍有肿瘤细胞则再向外或深部扩大切除直至无瘤。但需要根据缺损部位、大小、深度、形状等因素进行外观修复。外鼻缺损修复

的原则:缺损范围小和皮肤较松的区域(鼻背、鼻唇沟等)可选择直接缝合。鼻翼缺损是鼻缺损最常见的情况,修复原则是衬里、外被皮肤和鼻支架 3 个主要部分的重建^[16]。缺损范围大需要皮瓣移植,一般选择质地、色泽、结构及功能等相似的皮瓣;选择血运丰富的皮瓣;选择血管蒂较长、便于旋转的皮瓣;选择切取后不致造成供区外形及功能障碍的皮瓣;修复的方法应先局部后远处;尽量一期完成。临床上可供选择的局部皮瓣有鼻唇沟皮瓣、双叶皮瓣^[17]、额部皮瓣^[18]、耳廓复合组织瓣^[19]、“V-Y”推进皮瓣^[20]等。缺损范围更大或缺损位于皮肤紧厚处(鼻尖、鼻翼等),可选用游离皮瓣修复^[21],常见可选取前臂桡侧、上腹部、大腿内侧的全厚皮片。小的非全层鼻部皮肤缺损也可选用皮片移植^[22]。植皮术简单,但可能与周围皮肤色泽差异较大,创面局部凹陷外观欠佳,患者容貌或受影响。

鼻唇沟皮瓣是最常用的修复方法,文献记述公元前 600 年古印度学者 Susruta 提出并应用^[23]。鼻唇沟瓣的优点:①设计方便、操作简单,有多种转移方式及形成多种形状,可旋转 90~180°。可完成较大缺损创面修复,Varghese 等^[24]报道皮瓣大小最大可达 8.5 cm×3.5 cm。②鼻唇沟区血管网丰富,供应该区域的血供恒定,有面动脉、眶下动脉、面横动脉、内眦动脉、上唇动脉等。因此,既可以设计以面动脉为蒂的下位鼻唇沟瓣,也可以设计以眶下动脉和面横动脉为蒂的上位鼻唇沟瓣^[24]。鼻唇沟任意

皮瓣主要借助鼻唇沟区丰富的真皮下血管网成活,任何一处均可形成任意皮瓣而无须解剖血管蒂,皮瓣容易成活^[25]。③皮瓣颜色、质地与鼻部相似,术后切口痕迹隐含在鼻唇沟内,瘢痕不明显。鼻唇沟皮瓣因而在临床上广泛应用^[26],主要用于鼻翼缺损及鼻背缺损的修复,对于全层缺损亦可同时行鼻腔内外修复。

我科手术中选用鼻唇沟皮瓣修复10例,在应用过程中,我们的体会:①注意患者年龄及对外观的要求,术前做好沟通,设计皮瓣注意双侧对称,不能过于臃肿,缺损区边缘尽量平坦整齐,缝合时松紧适中注意张力避免下睑外翻。②皮瓣的蒂部尽可能靠近较大血管,根据术中需要修整皮瓣蒂部宽度,蒂宽需保障皮瓣的血流量和静脉回流。皮下蒂深面要带有少量肌肉,保障真皮下及浅筋膜动脉网,但要注意保护深部的面动脉及其分支。③术中勿用电凝或结扎止血,充分保证组织瓣血供。④以往鼻腔衬里多是用缺损区周围组织翻转成瓣而来,其缺点是组织来源有限,切取分离时对周围正常组织损伤较大。也有采用耳廓游离复合组织瓣保留的耳廓前侧皮肤组织为鼻腔衬里,耳廓软骨部分插入正常外鼻皮肤与残存的鼻软骨表面分离出的腔隙,保留约1/2耳轮缘顶部皮肤组织为鼻翼下缘。而我们在4例鼻软骨缺损患者中,选择不同大小的口腔修复膜作为衬里,术后均恢复可。⑤内外加压是皮瓣成活的关键,术后通过皮温、皮肤颜色、肿胀程度及毛细血管反应等指标观察皮瓣血运,若皮肤颜色变浅,考虑动脉血供不足,若皮肤颜色变深,提示静脉血回流受阻,综合判断,早发现早处理问题。

综上所述,外鼻肿物的种类繁多,对于表浅且面积小的病变可以选择冷冻、激光等非手术治疗,或者手术治疗。对于范围大或者是恶性肿瘤需要完整切除,并选择恰当的方法修复缺损,并尽可能进行Ⅰ期修复。除了鼻外观修复外,还需考虑鼻腔通气功能,若存在前鼻孔狭窄、鼻腔粘连等,需要Ⅱ期修复,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] Choi JH, Kim YJ, Kim H, et al. Distribution of Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial esthetic unit[J]. Arch Plast Surg, 2013,40(4):387-391.
- [2] Byrd-Miles K, Toombs EL, Peck GL. Skin cancer in individuals of African, Asian, Latin-American, and American-Indian descent: differences in incidence, clinical presentation, and survival compared to Caucasians[J]. J Drugs Dermatol, 2007,6(1):10-16.
- [3] Brodland DG. Paramedian forehead flap reconstruction for nasal defects[J]. Dermatol Surg, 2005,31(8 Pt 2):1046-1052.
- [4] Kheradmand AA, Garajei A, Motamedi MH. Nasal reconstruction: experience using tissue expansion and forehead flap[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2011,69(5):1478-1484.
- [5] 王珮华,陈静怡,孙艺渊,等. 外鼻部分缺损的鼻唇沟瓣分区修复方式[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2023,29(5):1-6.
- [6] Tyagi R, Kaur D, Kaur G, et al. Nodular cystic basal cell carcinoma of the trunk: a diagnostic dilemma in an unsuspecting youth[J]. Iran J Pathol, 2017,12(4):410-412.
- [7] Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer[J]. Br J Dermatol, 2002,146 Suppl 61:1-6.
- [8] Hughley BB, Schmalbach CE. Cutaneous head and neck malignancies in the elderly[J]. Clin Geriatr Med, 2018,34(2):245-258.
- [9] Nadimi AE, Zhou Y, Ahn J, et al. Facial basal cell carcinoma in patients younger than 40[J]. J Drugs Dermatol, 2018,17(5):525-530.
- [10] 杨宇,古庆家,余文兴,等. 187例外鼻皮肤肿瘤临床特征分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019,33(4):354-356.
- [11] Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, et al. Nasal reconstruction--beyond aesthetic subunits: a 15-year review of 1 334 cases[J]. Plast Reconstr Surg, 2004,114(6):1405-1419.
- [12] Marzuka AG, Book SE. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management[J]. Yale J Biol Med, 2015,88(2):167-179.
- [13] Vatamanesku I, Parasca SV, Parasca OM, et al. Basal cell carcinoma of the nasal pyramid excision margins: a retrospective study[J]. Rom J Morphol Embryol, 2019,60(4):1261-1268.
- [14] Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma[J]. J Am Acad Dermatol, 1992,27(2 Pt 1):241-248.
- [15] Bailey JS, Goldwasser MS. Surgical management of facial skin cancer[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2005,17(2):205-233.
- [16] Robinson JK. Segmental reconstruction of the face[J]. Dermatol Surg, 2004,30(1):67-74.
- [17] Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction[J]. Arch Dermatol, 1989,125(7):957-959.
- [18] Brodland DG. Paramedian forehead flap reconstruction for nasal defects[J]. Dermatol Surg, 2005,31(8 Pt 2):1046-1052.
- [19] Vural E. Reconstruction of the retracted nasal alar margin[J]. J Craniofac Surg, 2007,18(2):442-445.
- [20] Feinendegen DL, Langer MF, Roldan JC. Refinement of Nasal Reconstruction with a V/Y-alar-perforator Flap[J]. Plast Reconstr Surg Glob Open, 2017,5(1):e1195.
- [21] Krakowczyk L, Szymczyk C, Wierzgon J, et al. Microvascular nose reconstruction after extended tumor resection[J]. Pol Przegl Chir, 2020,92(5):1-7.

- [22] Weathers WM, Bhadkamkar M, Wolfswinkel EM, et al. Full-thickness skin grafting in nasal reconstruction [J]. *Semin Plast Surg*, 2013,27(2):90-95.
- [23] Napolitano M, Mast BA. The nasolabial flap revisited as an adjunct to floor-of-mouth reconstruction[J]. *Ann Plast Surg*, 2001, 46(3):265-268.
- [24] Varghese BT, Sebastian P, Cherian T, et al. Nasolabial flaps in oral reconstruction: an analysis of 224 cases[J]. *Br J Plast Surg*, 2001,54(6):499-503.
- [25] Iwao F. Alar reconstruction with subcutaneous pedicled nasolabial flap: difficulties, considerations, and conclusions for this procedure[J]. *Dermatol Surg*, 2005,31(10):1351-1354.
- [26] Koh KS, Hong JP. Unilateral complete cleft lip repair: orthotopic

positioning of skin flaps[J]. *Br J Plast Surg*, 2005,58(2):147-152.

(收稿日期:2024-06-06)

本文引用格式:史雅文,汪李琴,殷敏. 外鼻肿物 34 例临床分析 [J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2024,30(5):12-17. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202424209

Cite this article as:SHI Yawen, WANG Liqin, YIN Min. Clinical analysis of 34 cases of external nasal mass[J]. *Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg*, 2024,30(5):12-17. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202424209

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2025 年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管、中南大学及中南大学湘雅医院主办、国内外公开发行的医学学术性期刊,是中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有述评、专家论坛、专家笔谈、论著、临床报道、病案报道、技术与方法、综述等栏目。本刊为双月刊,定价 20.00 元,全年 120.00 元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号 42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。通讯地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部(湘雅医院内),邮编:410008,投稿网址:<http://www.xy-osbs.com>,Email:xyent@126.com,电话:0731-84327210。欢迎踊跃投稿、积极订阅。