维普资讯 http://www.cqvip.com

·个案与短篇·

鼻内窥镜手术治疗筛窦囊肿18例临床分析

王世军* 张丽琴**

我科自1994年至1998年4年间采用鼻内窥镜手术治疗筛窦囊肿18例,并进行术后3年随访,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:筛窦囊肿病人18例,其中男8例,女10例。全部为单侧,年龄29~46岁,平均年龄35.6岁。临床主要症状为头痛,眼球向外移位和内眦肿块,其它症状有复视、流泪、视力障碍,术前CT断层扫描或隆起处穿刺均可确诊。

2.手术方法:手术在局麻下进行,在鼻内窥镜导引下,用翘头钳咬除中鼻道部分筛窦骨壁,充分暴露囊肿的前下壁,先行囊肿开窗,扩大开窗口,吸除囊液,在鼻内窥镜下用剥离刀剥除囊肿壁,充分引流术腔,碘仿纱条填塞术腔,油纱条填塞鼻腔,术后48 h取出鼻腔和术腔填塞物,收缩鼻粘膜,清除血痂,保持术腔引流通畅。

二、结果

18例筛窦囊肿术后病人经鼻内窥镜检查引流通畅,其中16例术后症状消失。1例术后复视未能改善,1例流泪症状未能改善,术后3年随访无1例复发,所有患者无严重并发症。

三、讨论

筛窦囊肿多见于中青年人,常为单侧,其病因多认为筛窦自然开口完全堵塞,筛窦内分泌物积留而逐渐形成。筛窦囊肿位于鼻腔内,前鼻镜检查常不易发现阳性体征,随囊肿增大可见中鼻道或筛泡向下膨隆。CT断层扫描有利于筛窦囊肿的诊断和了解病变的范围及与眦邻结构的关系。

筛窦囊肿并不少见,以往常采用鼻侧切开术,手术损伤较大,而且面部切口遗留瘢痕影响美观。而鼻内窥镜手术不需经鼻外切口,手术损伤小,出血少,术后反应小,无面部瘢痕遗留,易于被患者接受。另外,手术在鼻内窥镜直视下进行,视野清晰,提高了操作精确度,减少了副损伤,手术并发症少,降低了复发率。

本组18例筛窦囊肿患者鼻内窥镜手术治疗,16例术后症状消失,所有患者手术均无严重并发症,术后3年随访无1例复发,鼻内窥镜手术治疗筛窦囊肿疗效良好。

(收稿日期:2002-04-01)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院耳鼻喉科
** 黑龙江省鹤岗市人民医院耳鼻喉科

手术对甲亢突眼的影响

辛国荣* 李伟安** 刘立学***

通过外科手术治疗甲状腺功能亢进,至今仍是治疗甲亢很有效的方法。但手术对突眼的影响,值得探讨。本文就突眼的特征,手术后的变化及应对措施进行讨论。

一、原发甲亢可致二种特殊的眼征

1.非浸润性突眼征,又称良性突眼,占本病中大多数。一般属双侧对称性,有时一侧突眼先于另一侧,是因交感神经兴奋眼外肌群和睑肌张力增高所致,主要为眼睑及眼外部的改变表现,球后组织改变不大。眼征有以下几种:(1)眼睑裂隙增宽,少瞬和凝视;(2)眼球不能向内侧聚合或欠佳;(3)眼向下看时,上眼睑后缩而不能跟随眼球下落;(4)眼向上看时,前额皮肤不能起皱。

2.内分泌浸润性突眼征,又称浸润性突眼或恶性突眼。本病为原发性甲亢中的特殊表现之一,发病率占甲亢的6%~10%,男性突眼多于女性,常见于40岁以上患者,发病机理尚未完全阐明,目前认为和自身免疫因素有关。近年的研究有以下几方面:(1)甲状腺刺激抗体(TSAb),突眼免疫球蛋白(O-

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院普通外科
** 佳木斯市中心医院普通外科
*** 佳木斯市卫生局医政科

维普资讯 http://www.cqvip.com

Ig)和致突眼抗体(EPAb)参与突眼发生过程。(2)垂体致突眼物质(EPS),EPS可能是正常TSH的一个组成部分,由TSH经水解而变成。(3)细胞免疫参与突眼的发病机理。

因此,恶性突眼的发病是细胞免疫和体液免疫联合作用的结果。本病起病可急可缓,呈进行性双侧或单侧突眼,与良性突眼不同,突眼度多在19~20 mm以上,左右突眼度常不等,相差约2~5 mm,有时仅一侧突眼。除具有良性眼征外,还伴有下列多种症状;眶内眶周组织充血,眼睑水肿伴有眼球胀痛、畏光、流泪、视力减退、眼肌麻痹、眼球转动受限、伴斜视、复视、严重时球结膜膨出,红肿而易感染;由于眼睑收缩,眼球突出,眼睑不能闭合,角膜常多暴露,引起角膜干燥,发生炎症,继之溃疡,并可继发感染,甚至角膜穿孔而失明。角膜受累可轻可重,轻者仅有角膜炎改变,中度者发生角膜炎与溃疡,重者角膜混浊、坏死、穿孔;少数病人由于眶内压力增高,影响了视神经的血液供应,而引起一侧或双侧视神经乳头水肿,视神经炎或球后神经炎,甚至视神经萎缩,视力丧失;部分患者可伴有局限性粘液性水肿、皮损,以经前发病较多;伴有或不伴有高代谢症候群及甲状腺慢性肿大;突眼程度与甲亢轻重不平行。少数病例突眼不显著而表现单侧或双侧眼肌麻痹。

单侧突眼,尤其无明显甲亢者,诊断时应注意除外眶内或颅内肿瘤,以及某些局部病变引起的突眼为球后出血、海绵窦或眼静脉血栓形成等。

二、治疗方法

甲状腺大部切除对于良性突眼患者,应是首选治疗方法。手术不但治愈了甲亢,而且对良性突眼征有不同程度减轻、好转。而恶性突眼者行甲状腺大部切除术后,会使突眼加重,多于术后一个月始出现,可能和甲状腺受损、抗原释放增多有关,如果发生甲减也可加重突眼。

术前明确诊断良性和恶性突眼非常重要。对于恶性突眼患者手术应慎重,采用放射性碘治疗也需慎重,伴有高代谢症候群者,用小剂量抗甲状腺药物缓慢地控制甲亢,辅以其他治疗突眼的方法是比较安全可取的措施,但有时也可导致突眼恶化,故治疗过程中必须随时观察,防止其发展。在免疫抑制剂方面,国外有学者提出大剂量糖皮质激素静脉注射比口服强的松更有效(甲基强的松龙15 mg/kg 4个周期,然后减为7.5 mg/kg 4个周期,每个周期间隔2周)。副作用与口服强的松无差异。

三、讨论

内分泌突眼由起病到病情稳定、缓解,一般病程1~2年,也有延长至5年者。病情缓解后,眼部充血、肿胀现象逐渐减轻或消失,症状改善,病人的眼部不适感减轻,但眼睛很少能恢复正常,一般仍留下某种程度的眼睑收缩、肥厚、眼球突出、眼外肌纤维化。但使突眼加重的内科治疗因素有:1、甲亢控制过快,抗甲状腺药物用量过大,又未合用甲状腺片。2、甲抗控制已过头,发生了甲减。因此,为了避免突眼加重,抗甲状腺药物不宜用量过大,及时加用适量甲状腺片。

(收稿日期:2002-04-03)

皮下脂肪层拉开法阑尾切除术

徐志纯* 李方义*

阑尾切除术是临床常见的手术,术式固定。但是,在临床工作中经常可以看到这样的情况:对于肥胖的患者,为了切开肥厚的皮下脂肪层,不得不扩大切口;而当完全切开腹壁,进腹探查时,却发现切口过于宽敞,给患者带来不必要的伤害。为解决这个问题,作者提出皮下脂肪层拉开法阑尾切除术,效果满意。现介绍这种术式的操作技巧和优点,未说明的操作部分,与普通的阑尾切除术相同。

一、资料与方法

1.切开真皮层之后,在切口中间垂直向下剪开1 cm宽脂肪层,剪尖开合2~3次即可达肌肉腱膜,然后以皮钩钝性拉开皮下脂肪层,暴露肌肉腱膜。此操作与钝性拉开腹内斜肌相似。因为剪尖是在水平方向上开合,只要不特殊施加暴力,即不必担心剪破肌肉腱膜,伤及腹内脏器。

2.进腹探查时,如切口较小,需以皮钩代替板钩、鞍钩牵开切口。关腹时,即需更换皮钩,或将皮钩消毒。

3.最小的切口长约3 cm,仅能容下一指,如果以手指探查阑尾,找到后,需要助手用皮钩牵开间隙,术者方能将阑尾钳伸入腹腔,钳住阑尾后,再退出探查手指。

4.如果阑尾炎症较重或较粗,需用一阑尾钳钳住阑尾健康部分,以另一阑尾钳,将阑尾尖端先行牵出腹腔。如果难于牵出阑尾,可轻柔摇动阑尾钳,将回盲部抬起。如果阑尾与周围肠管有轻度粘连,须先以手指钝性分开粘连。

5.如需少许扩大切口,皮下层仍可继续钝性拉开。

二、结果与讨论

该方法优点在于:

1.切口明显小于同等条件的患者,不仅利于病人恢复,且易于被患者接受。

2.极少有剪破皮下浅静脉的情况,而且牵拉的张力有止血作用,故无需皮下止血,节省操作时间,术野清洁。

3.因为皮下血管破坏少,所以脂肪液化和切口感染的危险小,切口愈合好。

(收稿日期:2002-04-01)

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院外科