DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.04.028
第25卷第4期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 4
2003年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2003

文章编号:1000-5404(2003)04-0339-02

论著

鼻内镜微创手术治疗蝶筛窦囊肿25例疗效分析

周建明,张学渊,魏运军 (第三军医大学附属西南医院耳鼻咽喉科,重庆 400038)

提 要:目的 对鼻内镜微创手术治疗蝶、筛窦囊肿疗效进行评估。方法 回顾总结25例鼻内镜下袋状化手术治疗蝶、筛窦囊肿及1~3年随访的资料。结果 25例囊肿在内镜下均暴露良好,术野清晰,术后囊腔得到充分引流,23例获得满意疗效,无严重并发症发生。结论 鼻内镜下袋状化手术是一种治疗蝶、筛窦囊肿安全、有效的方法。

关键词:鼻窦囊肿;鼻内镜;微创;袋状化手术
中图法分类号:R61;R765.4 文献标识码:A

Clinical analysis of endoscopic minimally invasive surgery for sphenoidal and ethmoidical mucoceles

ZHOU Jian-ming, ZHANG Xue-yuan, WEI Yun-jun (Department of Otorhinolaryngology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate endoscopic minimally invasive surgery in the treatment of sphenoidal and ethmoidical mucoceles. Methods A total of 25 patients diagnosed as sinus mucoceles, 10 in the sphenoid sinus and 15 in the ethmoid sinus, were subjected in this study, who underwent endoscopic marsupialization in our department from 1998 to 2000. Postoperatively, the patients were followed from 1 to 3 years. Results All 25 sphenoidal and ethmoidical mucoceles were satisfactorily approached endoscopically, and operating cavities received satisfactory marsupialization. The symptoms were improved or relieved in 23 patients. None had significant complications. Conclusion Endoscopic minimally invasive surgery is a safe and valuable way in the treatment of sphenoidical and ethmoidical mucoceles.

Key words: sinus mucocele; nasal endoscope; minimally invasive surgery; marsupialization

蝶、筛窦囊肿在临床上并非罕见,传统的手术方法多采用鼻外进路手术治疗,手术损伤较大,且有遗留面部瘢痕的缺点。近年来,由于鼻内镜技术的发展,使得应用微创手术治疗蝶、筛窦囊肿成为现实。1998年1月至2000年12月,我科收治蝶、筛窦囊肿病人25例,行鼻内镜下袋状化手术。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

25例中,男18例,女7例;年龄28~64岁,平均45岁。蝶窦囊肿10例,筛窦囊肿15例。蝶窦囊肿的主要症状是头痛(占65%),其他症状有鼻塞、视力下降、眼球突出等。筛窦囊肿主要症状是眼球突出和内眦部肿块(占70%),其他症状有复视、视力下降、头痛、鼻塞、面部麻木等。所有患者术前均行CT冠状位和水平位扫描,且术前行鼻内镜检查,术后病理检查符合鼻窦粘液囊肿诊断。

1.2 手术方法

所有手术在局麻下进行。(1)筛窦囊肿:0°镜下用钩突刀切开钩突粘膜,分离并咬除钩突,循此路咬除部分筛骨骨壁,充分暴露囊肿前、下壁。可见纤维性囊壁突出,先行囊壁开窗,再扩大窗口,去除大部分囊壁,进入囊腔,再用70°镜检查囊腔是否有残留的隔,纸样板是否有破坏,囊壁组织可游离去除,囊壁开窗尽量大,充分引流囊腔,凡士林纱条填塞术腔。(2)蝶窦囊肿:0°镜下将中鼻甲后端部分切除,以充分暴露蝶窦前壁。经蝶筛隐窝寻找蝶窦自然开口,并予以扩大。注意应尽量向内、下方扩大窦口,避免损伤凸入蝶窦外侧壁的视神经和颈内动脉。去除囊壁进入囊腔,若囊壁与窦腔粘膜粘连,可咬破囊壁,吸净囊液,勿用刮匙刮除窦内粘膜。鼻腔凡士林纱条填塞。

术后应用抗生素1周,术后2 d抽出纱条,每日清洗鼻腔,至患者出院。出院1个月内每周内镜下清理血痂使引流通畅。以后每月1次观察术腔情况。

2 结果

25例术中出血约40~80 ml,随访1~3年未发现囊肿复发。

25例在鼻内镜直视下均满意暴露术野。术后鼻内镜检查窦腔引流通畅。其中23例均获得满意疗效,见表1。

1例术后面部麻木改善不明显,1年后基本消失,1例术后头痛无明显改善,经进一步检查诊断为血管神经性头痛,对症治疗3个月后缓解。

作者简介:周建明(1964-),男,江苏省建湖市人,硕士,主治医师,主要从事激光及睡眠呼吸障碍方面的研究。电话:(023)68754662
收稿日期:2001-10-11;修回日期:2002-04-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表1 25例蝶、筛窦囊肿患者术后症状改善情况

Tab 1 Changes of the symptoms of patients with sphenoidal and ethmoidical mucoceles after endoscopic surgery

	n	Disappeard		Alleviated		No changes	
		n	%	n	%	n	%
Sphenoidal mucoceles	10	8	80	1	10	1	10
Ethmoidical mucoceles	15	9	60	5	33	1	7
Total(cases)	25	17		6		2	

3 讨论

鼻窦粘液囊肿(Mucoceles)系由窦口阻塞后,窦内粘液长期潴留使窦腔压力增高以致窦腔膨胀扩大,骨质变薄,形成囊性肿块。引起窦腔开口阻塞的原因有粘膜肿胀增厚、分泌物阻塞、慢性炎症、外伤或手术后狭窄,肿瘤阻塞等。

3.1 蝶窦囊肿的临床特点

头痛是蝶窦囊肿最常见的临床表现,本组10例中,65%出现头痛。郭丽敏等[1]报道,孤立性蝶窦占位病变头痛占70.0%。Lawson等[2]也认为,该病最主要症状为头痛占89.4%。本组蝶窦囊肿的CT扫描显示窦腔扩大,肿物呈圆形,密度均匀,边缘光滑,周围骨质可受压,但无明显浸润性破坏,鼻内镜下见鼻咽顶壁向下突出,有时嗅裂处可见肿物,经此部位穿刺可抽出囊内液体。

3.2 筛窦囊肿的临床特点

筛窦囊肿的临床表现主要是眼球突出和内眦部肿块,本组占70%。吴建等[3]认为筛窦粘液囊肿以前组为常见,多向眶内侧伸展,有的可伸入额窦内。本组15例均位于前组筛窦。CT显示窦腔呈类圆形的膨胀扩大,有环行均匀薄层囊肿,窦壁弧状变薄和外移,少数囊内密度可较高,但几乎总是均质的。筛窦骨壁受压可变薄。囊肿可向眶内扩展。

3.3 蝶、筛窦囊肿施行袋状化手术的微创原理及注意事项

Horwath早在1920年就已提倡应用袋状化手术治疗鼻窦粘液囊肿。谷京城等[4]报道15例鼻窦囊肿行袋状化手术,效果满意。本组资料提示内镜下施行袋状化手术是鼻窦粘液囊肿的理想术式。其优点是手术简捷、疗效可靠、副损伤小、出血少(本组出血量在40~80 ml)、面部无瘢痕,属微创手术[5]。

手术注意事项:①麻醉以局麻为宜,对复杂手术则应选择全麻(如心肺功能不全者、蝶窦骨壁有破坏者);②囊壁应尽量开大,以利于引流,对其余囊肿壁可用刮匙轻刮,切忌盲目扭拽,防止出现大出血、脑脊液鼻漏等并发症;③术后需坚持术腔换药及随访,防止瘢痕粘连。

蝶窦前壁与下壁交界处前面蝶腭动脉通过,蝶窦手术时扩大窦口及前壁时应扩大开口的下界至少应距后鼻孔上缘1.0 cm[6];蝶窦上壁前面有视交叉,外侧壁上方有视神经切迹,下方有颈内动脉切迹,所以,在开放蝶窦口时应避免向外、上方咬除前壁骨质。不必强求把囊肿彻底摘除,充分开放蝶窦前壁及囊壁可以达到理想效果。筛窦囊肿往往会影响手术操作空间即视野相对狭小,采用袋状化手术可以充分引流囊液,减少并发症的发生。

参考文献:

[1] 郭丽敏,赵 辉. 孤立性蝶窦占位性病变的诊断与治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1999,13(5):208-209.

[2] Lawson W, Reino A J. Isolated sphenoid sinus disease: An analysis of 132 cases[J]. Laryngoscope, 1997, 107(12 Pt 1): 1590-1595.

[3] 吴 建,孙爱华. 鼻微创手术学[M]. 北京:人民军医出版社,2001.50.

[4] 谷京城,孙旭云,张连山. 鼻窦粘液囊肿袋状化手术的疗效观察[J]. 白求恩医科大学学报,1999,25(6):784-785.

[5] 汪 磊. 微创外科技术在耳鼻咽喉-头颈外科的应用[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(6):408-409.

[6] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.109.

(编辑 薛国文)

(上接338页)

图的肌源性改变外,主要的特点为有与活动有关的肌无力及电镜下线粒体的形态学及生化功能改变。

线粒体肌病可分为原发性和继发性。原发性线粒体肌病是指由于线粒体基因的缺陷而导致的能量供应障碍,继发性线粒体肌病是指各种原因如中毒、缺血、感染等原因使线粒体功能障碍而引起的疾病[1]。该患者起病前一直在鞋厂从事加工,长期接触苯等有毒物质,家族中无类似患者,考虑中毒导致的继发性线粒体疾病的可能性大。

线粒体肌病的治疗可分为建立代谢旁路,成肌细胞移植,基因治疗[2]。由于后二者难以实施,目前以建立代谢旁路为主,如三磷酸腺苷,肌苷,辅酶A及辅酶Q10。本例患者采用该种治疗后病情稳定。

关键词:线粒体肌病;临床特征
中图法分类号:R685 文献标识码:B

参考文献:

[1] 胡维铭. 神经内科主治医生700问[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2000.853

[2] Shernatt E J, Thomas A W, Alcolado J C. Mitochondrial DNA defects: a widening clinical spectrum of disorders[J]. Clin Sci Colch, 1997, 92(3): 225-235

(编辑 王 红)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net