

鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎的临床研究

汪 东, 方 平

摘要 根据 2009 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会鼻科学组推荐的慢性鼻窦炎疗效评定方法(视觉模拟量表和鼻内镜检查计分), 回顾性分析经功能性鼻窦内窥镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 143 例患者的治疗效果。结果显示 143 例患者经功能性鼻窦内窥镜手术治疗术后 3、6 个月随访评价: 术前视觉模拟量表(VAS)评分为(5.8 ± 1.0)分, 术后 3、6 个月 VAS 评分分别为(3.9 ± 1.0)、(2.4 ± 0.9)分。术前鼻内镜检查计分(Lund-Kennedy): (7.7 ± 2.1)分, 术后 3、6 个月 Lund-Kennedy 计分分别为(3.7 ± 1.9)、(1.6 ± 1.4)分。两种量化评分均较术前低($P < 0.01$)。

关键词 鼻窦炎; 真菌性鼻窦炎; 鼻窦内窥镜; 真菌; 外科手术

中图分类号 R 765.21

文献标志码 A 文章编号 1000-1492(2014)03-0405-03

真菌性鼻窦炎是一种常见的特异性鼻窦炎, 分为侵袭性真菌鼻窦炎和非侵袭性真菌性鼻窦炎, 以非侵袭性真菌性鼻窦炎最为常见, 包括真菌球和变应性真菌性鼻窦炎。近些年非侵袭性真菌性鼻窦炎发病率逐年升高, 传统方法治疗真菌性鼻窦炎创伤大, 功能性鼻窦内窥镜手术(functional endoscopic sinus surgery, FESS)创伤小, 对鼻腔生理有一定的保护。现通过 FESS 治疗的 143 例非侵袭性真菌性鼻窦炎患者的治疗效果阐述 FESS 手术的技巧及注意事项。

1 材料与方法

1.1 临床资料 收集 2010 年 1 月~2012 年 12 月安徽医科大学第一附属医院经 FESS 治疗的非侵袭性真菌性鼻窦炎患者 143 例, 其中男 63 例, 女 80 例, 年龄 17~80 岁, 平均 48 岁, 病程 3 个月~8 年。双侧病变 11 例, 单侧病变 132 例, 132 例中左侧 69 例, 右侧 63 例。临床主要症状为鼻塞、脓涕、涕中带血、头痛。常规检查: 鼻中隔弯曲 41 例, 双下甲肥大

19 例。所有患者术前均采用鼻窦 CT 检查或 MRI 检查, 术后经病理诊断为非侵袭性真菌性鼻窦炎。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 143 例患者中 131 例在局麻下行 FESS 术, 12 例全麻下行 FESS 术。41 例鼻中隔弯曲中 12 例影响鼻腔鼻窦引流, 先行鼻中隔弯曲校正, 19 例下鼻甲肥大中 9 例下鼻甲息肉样变或影响鼻腔通气, 行下鼻甲部分切除或等离子射频消融术。手术方式的选择多采用 Messerklinger 术式, 对于上颌窦病变患者, 首先切除钩突及病变部分中鼻甲以及中鼻道息肉, 仔细寻找上颌窦自然开口, 电动切割吸引器切除上颌窦口周围病变黏膜及息肉, 扩大上颌窦开口 $> 1.5 \text{ cm} \times 1.5 \text{ cm}$, 存在上颌窦副开口予以切除, 70°镜下彻底清理上颌窦泪隐窝、颧隐窝和齿槽隐窝处真菌组织及病变的黏膜。对筛窦病变患者, 继续由前向后开放筛窦, 注意辨别眶纸板, 以免误伤眶纸板, 在清除近筛顶位置病变时, 误盲目咬钳损伤筛前动脉, 造成眶内血肿, 根据术前 CT 检查辨别筛板与筛顶连接方式, 防止损伤筛顶造成脑脊液鼻漏; 单纯额窦病变患者较为少见, 多数伴有筛窦病变, 切除筛泡, 保留筛泡前壁最上部, 以此判定额隐窝后界, 以中鼻甲作为额隐窝内侧标志, 沿钩突上端寻找额隐窝, 切除钩突上 1/3 端、过度发育的鼻丘气房及 K2 型额筛气房, 45°或 70°镜下彻底切除额隐窝处所有气房, 磨钻向前磨平额嘴, 扩大额窦开口, 彻底清理额窦内病变; 对于合并 K3 型额筛气房将额窦底推向额窦或 K4 型气房患者可采用 Draf-II 术式; 对于小筛窦患者难以清除病灶时可采用 Draf-III 术式。对于单纯蝶窦病变, 可直接经嗅裂、蝶筛隐窝进入蝶窦; 蝶窦口显露困难者, 采取 Wigand 术式, 切除中鼻甲后端, 显露蝶窦前壁, 探查蝶窦开口, 开放蝶窦, 清除蝶窦内病变, 尽量少用刮匙, 注意误伤蝶窦外侧壁及顶壁, 以防止损伤颈内动脉及视神经, 窦内真菌组织多能冲洗和吸引清除。少数患者病变鼻窦可能合并囊肿, 应一并切除。术后术腔填塞可吸收性纳西棉。

1.2.2 手术后处理 术后给予窄谱抗生素使用 3~5 d, 全身或局部无需抗真菌药物治疗。术后半个月行鼻内镜下鼻腔清理, 主要清理痂块和可吸收性

2013-09-09 接收

作者单位: 安徽医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 合肥 230022

作者简介: 汪 东, 男, 硕士研究生;

方 平, 女, 教授, 主任医师, 硕士生导师, 责任作者, E-mail: qiong_@sina.com

纳西棉; 1 个月后再行鼻腔清理, 此次清理主要清除鼻腔囊泡、肉芽及粘连组织, 对窦口阻塞患者, 需再次扩开窦口; 后每隔 1~2 个月行鼻内镜检查, 术后 1 周后给予鼻可乐(主要成分为海盐、柠檬酸钠和柠檬酸)配以温水行鼻腔冲洗。

1.3 疗效评价 根据 2009 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会鼻科学组推荐的疗效评定方法^[1]: 视觉模拟量表(VAS)评分属于主观评价(0~10 分), 鼻内镜检查计分(Lund-Kennedy)为客观评价, 包括息肉、黏膜水肿、鼻腔分泌物、鼻腔粘连、结痂, 两侧分别计分(0~20 分)。

1.4 统计学处理 结果均输入 Microsoft Excel 软件, 采用 SPSS 16.0 软件进行分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用单样本 *Z* 检验进行分析。

2 结果

本研究中 143 例患者均未出现较大手术并发症, 如脑脊液鼻漏、眶内血肿等。143 例术后 3~6 个月随访评价, 术前 VAS 评分为: (5.8 ± 1.0) 分, 术后 3、6 个月 VAS 评分分别为: (3.9 ± 1.0) 、 (2.4 ± 0.9) 分。术前 Lund-Kennedy 计分为: (7.7 ± 2.1) 分, 术后 3、6 个月 Lund-Kennedy 计分分别为 (3.7 ± 1.9) 、 (1.6 ± 1.4) 分。两种量化评分均较术前 [VAS: (5.8 ± 1.0) 分; Lund-Kennedy (7.7 ± 2.1) 分] 低 ($P < 0.01$)。

3 讨论

真菌广泛存在于自然界中, 在正常人体鼻腔中也有分布, 属于条件致病菌, 机体或局部免疫功能低下时引发真菌性鼻窦炎, 以曲霉菌最为常见, 受累鼻窦以单侧上颌窦病变最为常见, 其次是蝶窦。解剖变异或鼻腔局部病变造成鼻窦内环境发生改变适宜真菌生长, 即低氧、低 pH、低免疫功能、高糖环境, 为非侵袭性真菌性鼻窦炎的治疗和预后提供依据。

手术治疗是非侵袭性真菌性鼻窦炎首先治疗, 但是既往多数文献^[2-5]报道对手术疗效的判定无明确的量化指标, 本课题组根据 2009 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会鼻科学组推荐的慢性鼻窦炎疗效评定方法, 从主观及客观两方面对治疗结果进行判定。

非侵袭性真菌性鼻窦炎手术的目的是彻底清除真菌组织, 改善鼻窦通气引流, 窦口扩大应尽可能大, 最大限度保留正常或可以转归的黏膜。传统的非侵袭性真菌性鼻窦炎的手术治疗包括上颌窦根

治、鼻侧切开等, 改变鼻窦正常引流, 并且手术损伤大, 影响鼻腔正常生理功能; 功能性鼻窦内窥镜手术旨在清除病变的同时, 注重恢复鼻腔鼻窦的功能。通过矫正鼻腔解剖变异恢复鼻窦正常引流, 如钩突、筛泡肥大、中鼻甲反向偏曲、泡性中鼻甲; 由于筛窦气房最多, 也是鼻窦引流的中心, 功能性鼻窦内窥镜手术注重对筛窦的保护; 对于病变组织, 可以直视下判断病变程度, 注重对轻中度病变黏膜的保护, 避免骨质裸露, 利于鼻腔黏膜恢复和鼻腔正常结构的保护。对于上颌窦隐窝处和额窦内病变通过不同角度镜可以更清楚显示上颌窦及额窦病变, 利于建立鼻窦永久性引流通路。对于合并鼻息肉患者, 应尽量使用动力切割吸引器, 不仅使术野清晰, 同时避免过度咬切对正常黏膜造成损伤。

术后治疗仍是功能性鼻窦内窥镜手术治疗的重要部分, 包括药物治疗、鼻腔清理。主要目的是清洁术腔, 抑制创面去黏膜化反应, 缓解黏膜水肿, 防止继发感染, 促进和增强黏膜纤毛清除功能。张大弓等^[2]对 49 例非侵袭性真菌性鼻窦炎患者术后给予氟康唑行鼻腔冲洗, 并认为术后应局部抗真菌药物冲洗鼻腔。但是多数学者认为无需全身使用抗真菌药物^[3-5], 笔者认为对于单纯真菌球性患者, 不需给予全身或局部抗真菌治疗, 彻底清除鼻窦内真菌团块, 建立良好的鼻窦通气引流即可。对于变应性真菌性鼻窦炎患者药物治疗是不可缺少的, 给予鼻内糖皮质激素局部应用可控制症状, Mabry et al^[6]通过长时间的研究发现, 免疫治疗能改变患者临床病程, 避免再次手术。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会鼻科学组. 慢性鼻—鼻窦炎诊断和治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉外科杂志, 2009, 44(1): 1-4.
- [2] 张大弓, 王玲, 高艺玲等. 非侵袭性真菌性鼻窦炎手术治疗的探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(20): 950-60.
- [3] 薛康, 黄录琼, 杨家骏. 鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 42 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 22(17): 804-5.
- [4] 赵宁. 真菌性鼻窦炎 11 例诊疗分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 24(15): 712.
- [5] 沈永忠. 手术治疗真菌性鼻窦炎 35 例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(15): 708-9.
- [6] Mabry R L, Marple B F, Folker R J, et al. Immunotherapy for allergic fungal sinusitis: Three years' experience[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1998, 119(6): 648-51.

◇ 经验与体会 ◇

经乳晕切口双平面隆乳术的临床研究

顾玉芳 赵 宇

摘要 回顾性分析经乳晕缘切口行双平面(即乳腺下与胸大肌下)隆乳术的临床效果。运用乳晕切口完成双平面隆乳术,对于部分乳房下垂患者可以同时行乳房下垂悬吊矫正,去除乳晕多余的皮肤。部分患者随访3个月~2年,乳房外形丰满圆润,形态自然,无包膜挛缩、假体移位破裂等并发症。经乳晕缘切口可以完成双平面隆乳术,无需内窥镜指导,手术在直视下完成,操作简便。

关键词 乳晕切口; 双平面; 隆乳术

中图分类号 R 62; R 655.86

文献标志码 A 文章编号 1000-1492(2014)03-0407-03

小乳症是一种常见的女性乳房发育畸形,多见于先天发育不良或哺乳后腺体萎缩,雌激素水平低下,少数系由外伤、炎症及腺体的破坏所致^[1]。其中部分患者同时伴有乳房下垂,哺乳后的女性多见。多年来假体隆乳术已成为治疗小乳症最普遍的整形美容手术之一。Tebbetts^[2]提出了双平面设计的理念,即将假体部分置于胸大肌下,部分置于腺体后,

在保证乳房的柔软与真实度的同时降低了假体的移位、包膜挛缩的发生率。杨云霞等^[3]采用经腋窝入路内窥镜辅助双平面隆乳技术,该术式不能同时行乳房悬吊及去除多余松弛皮肤,且需要特殊的设备和器械,不利推广。因此,该研究在借鉴Tebbetts技术的基础之上,配合采用乳晕缘切口行双平面隆乳术治疗小乳症伴乳房下垂12例,观察其效果。

1 材料与方法

1.1 一般资料 收集安徽医科大学第一附属医院2001年7月~2013年6月小乳症伴乳房下垂患者12例,共24侧乳房,年龄22~41岁,平均33.5岁。其中小乳症并轻度乳房下垂3例,哺乳后乳腺萎缩并松弛9例,4例有离异史。患者身体情况良好,均有增大乳房体积的愿望且不排除手术治疗。术中采用毛面硅胶乳房假体,最小160 ml,最大240 ml,平均220 ml。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方式 全麻插管,麻醉成功后手术开始前静脉滴注抗生素药物。

1.2.2 术前设计 ①受术者处站立位,双上肢自然下垂,记号笔标出胸骨中线、胸骨旁线、腋前正中

2013-09-06 接收

作者单位: 安徽医科大学第一附属医院整形外科,合肥 230022

作者简介: 顾玉芳,女,硕士研究生;

赵宇,男,教授,主任医师,硕士生导师,责任作者,E-mail: zhaoyuzj@aliyun.com

A clinical research of endoscopic sinus surgery to treat noninvasive fungal sinusitis

Wang Dong, Fang Ping

(Dept of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022)

Abstract Evaluation methods of chronic sinusitis (Visual Analogue Score and Lund-Kennedy Score) were recommended by the 2009 Chinese Medical Association otolaryngology head and neck surgery to nasal Science Group, and retrospective analysis of the functional endoscopic sinus surgery for noninvasive fungal sinusitis treatment effect of 143 patients. VAS of preoperative was 5.8 ± 1.0 , postoperative score was 3.9 ± 1.0 , 2.4 ± 0.9 after 3 months, 6 months, respectively ($P < 0.01$). Lund-Kennedy Score of preoperative was 7.7 ± 2.1 , postoperative score was 3.7 ± 1.9 , 1.6 ± 1.4 after 3 months, 6 months respectively ($P < 0.01$).

Key words sinusitis; fungal sinusitis; functional endoscopic sinus; fungi; surgery