

经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术及患者术后生活质量评估

黎雄文, 李嘉, 张鹏坚(梅州市人民医院 耳鼻咽喉2科, 广东 梅州 514089)

【摘要】目的 观察经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术的临床效果及患者术后生活质量。**方法** 47例鼻前庭囊肿患者随机分为两组, 其中26例接受经唇龈沟切口径路囊肿切除术(传统治疗组), 21例接受经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术(改良治疗组), 比较两组手术方式在手术时间、术中出血量、术后填塞时间以及术后疼痛程度、鼻塞程度VAS评分的差别。**结果** 传统治疗组患者手术时间为 (34.2 ± 4.6) 分钟, 术中出血量为 (19.8 ± 4.9) ml, 术后疼痛程度、鼻塞程度的VAS评分分别为 (8.3 ± 0.7) 分、 (8.9 ± 0.5) 分。改良治疗组患者手术时间为 (6.4 ± 2.5) 分钟, 术中出血量为 (3.9 ± 2.1) ml, 术后疼痛程度、鼻塞程度的VAS评分分别为 (0.9 ± 0.2) 分、 (1.2 ± 0.2) 分。各参数在两组间均存在明显的统计学差异($P < 0.05$)。传统治疗组患者术后填塞时间为48小时, 改良治疗组患者术后填塞时间为0小时, 比较差异具有显著性。**结论** 经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术与传统手术方式比较具有手术简单且微创、术后无需填塞且不良反应少、围术期(术后)患者生活质量明显提高等优点, 值得临床推广应用。

【关键词】 鼻前庭囊肿; 外科手术; 内窥镜; 生活质量

Modified intranasal endoscopic excision for nasal vestibular cyst and living quality of postoperative patients

LI Xiong-wen, LI Jia, ZHANG Peng-jian (Department of E.N.T, Meizhou People's Hospital, Guangdong, Meizhou 514089, China)

Corresponding author: LI Xiong-wen, E-mail: lxw168@163.com

【Abstract】Objective To observe the clinical effect and patients' postoperative living quality of modified intranasal endoscopic excision for nasal vestibular cyst. **Method** 47 patients diagnosed with nasal vestibular cyst were allocated randomly into two groups according to the surgical technique. In the sublabial approach group (conventional group), 26 patients were excised completely using a sublabial approach, while in the modified intranasal endoscopic group (modified group), 21 patients underwent an outpatient transnasal excision under the guidance of nasal endoscopes. The operated time, blood loss, postoperative nasal packing time and visual analog scale (VAS) scores of postoperative pain and nasal obstruction were compared. **Result** The mean duration of surgery was (34.2 ± 4.6) minutes in the conventional group and (6.4 ± 2.5) minutes in the modified group. The mean estimated blood loss was (19.8 ± 4.9) ml and (3.9 ± 2.1) ml in the conventional group and modified group, respectively. The mean VAS scores of postoperative pain and nasal obstruction were (8.3 ± 0.7) and (8.9 ± 0.5) in the conventional group and (0.9 ± 0.2) and (1.2 ± 0.2) in the modified group. There were statistically significant differences between the two groups in all the studied parameters ($P < 0.05$). The postoperative nasal packing time was 48 hours in the conventional group and 0 hours in the modified group, and the difference was also significant. **Conclusion** Compared with traditional methods, the outpatient transnasal modified technique had advantages of simple manipulations, mini invasive, no packing, minimal side-effect and high postoperative living quality. We propose it be the optimal treatment for nasal vestibular cyst.

【Key words】 Nasal vestibular cyst; Surgical technique; Endoscopy; Living quality

鼻前庭囊肿是发生在鼻前庭皮下、上颌牙槽突骨表面上的一种囊性良性肿块, 传统的手术方式为

唇龈沟径路切除术, 创伤大, 术后患者较痛苦, 而且常因术中囊壁切除不彻底导致术后复发及牙龈瘻

形成。本研究通过对本院2008年1月至2013年6月收治的采用传统或改良术式的47例鼻前庭囊肿患者的治疗过程进行回顾性分析,探讨经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术的优点及临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择本院2008年1月至2013年6月收治的鼻前庭囊肿患者47例,随机分为两组,其中,26例接受传统经唇龈沟切口径路鼻前庭囊肿切除术,为传统治疗组,男性3例,女性23例,年龄22~53岁,平均年龄38岁,病程1~16年,

平均病程4.7年,囊肿均为单侧,右侧15例,左侧11例,直径1.1~3.6 cm;其中4例合并感染。21例接受经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术,为改良治疗组,男性4例,女性17例,年龄18~51岁,平均年龄37岁,病程1~19年,平均病程5.3年,囊肿均为单侧,右侧13例,左侧8例,直径1.4~3.3 cm;其中2例合并感染。患者均无手术史。全部患者均经CT确诊并证实无骨质破坏或牙源性囊肿(图1、2、3)。术前向患者介绍两种不同手术方式的详细情况并签署知情同意书。

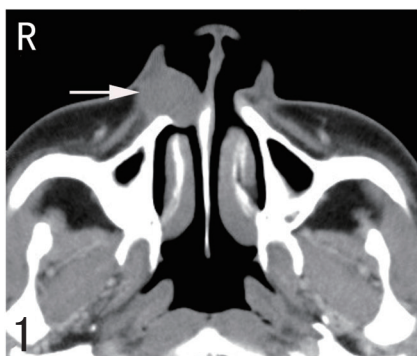


图1 平位CT显示鼻前庭囊肿

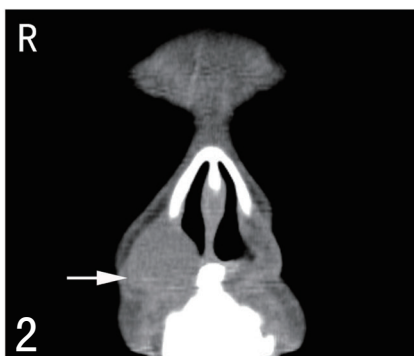


图2 冠状位CT显示鼻前庭囊肿

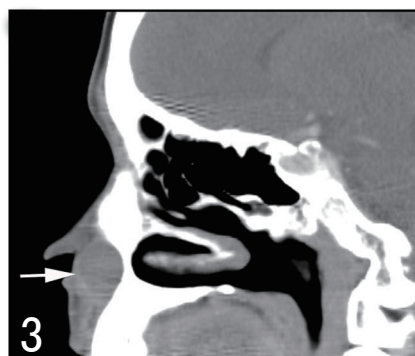


图3 矢状位CT显示鼻前庭囊肿

1.2 手术方法

1.2.1 传统治疗组 患者平卧位,常规消毒铺巾,1%利多卡因10 ml+0.1%肾上腺素3滴于患侧唇龈沟向囊肿方向与囊肿周围浸润麻醉。于囊肿一侧上唇系带的外侧0.5 cm近鼻前庭处作一横向切口,向梨状孔的方向分离软组织,在暴露囊肿的囊壁后仔细分离并将其完整切除。清洗、搔刮术腔,再间断地缝合唇龈切口,并堵塞止血,然后缝合唇龈切口,并以四头带加压上唇,以凡士林纱条填塞鼻前庭,2天后取出油纱条并解除四头带加压,5~7天后拆线,抗炎治疗3~7天。

1.2.2 改良治疗组 患者平卧位,1%丁卡因棉片表面麻醉囊肿周围后,再用1%利多卡因+0.1%肾上腺素少许局部浸润麻醉患侧鼻前庭及囊肿周围。术中先在鼻内镜的引导下用剥离器探查囊肿的范围及其与下鼻甲的关系,再用镰状刀在囊肿近鼻中隔侧沿着囊肿膨隆边界从后向前弧形切开,吸除囊(脓)液后,咬取部分囊壁留作病理检查,最后使用电动切割器沿囊腔边缘向前、外、后方向将囊

壁连同附着鼻前庭皮肤一并切除。向前或向后均可达囊肿前后径,若囊肿范围超出鼻前庭进入了固有鼻腔,则可将囊壁上方的鼻腔部分黏膜一并切除,向外可达鼻腔外侧壁,向内则不能超过鼻中隔和鼻小柱。应尽量使囊腔向鼻前庭开放,使创缘呈碗口形,并完整地保留其他囊壁,使囊肿呈袋状与鼻前庭融合为一个腔。最后,行射频烧灼囊肿切缘以达到止血目的,烧灼后的切缘只需涂抹百多邦软膏而无需进行鼻腔填塞,抗炎治疗3~7天(图4、5)。

1.3 观察指标 观察两组手术时间、术中出血量及术后填塞时间,评估两组患者的术后疼痛程度及鼻塞程度。

1.4 生活质量评估 对两组患者术后疼痛、鼻塞的最主要症状采用VAS评分进行评估。0~10 cm的标尺上0~10表示患者相应症状的严重程度,“0”代表没有此种症状,“10”代表此种症状最重。嘱患者术后1周内根据自身症状表现,在标尺上标出所得的分数,评估47例鼻前庭囊肿患者术后鼻部情况及围术期(术后)生活质量。

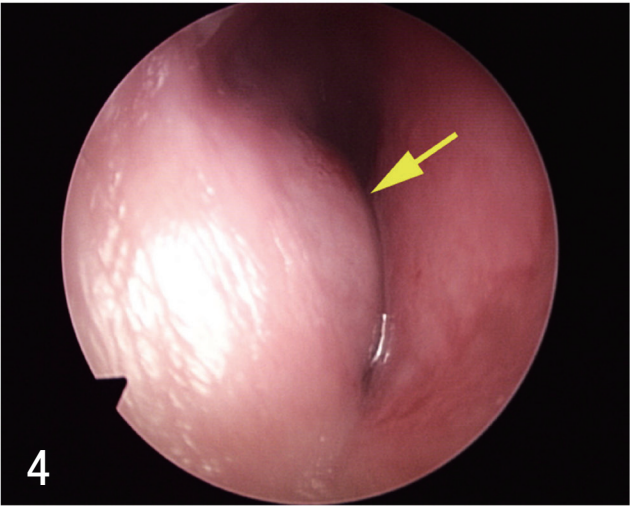


图4 A 内镜下显示鼻前庭囊肿

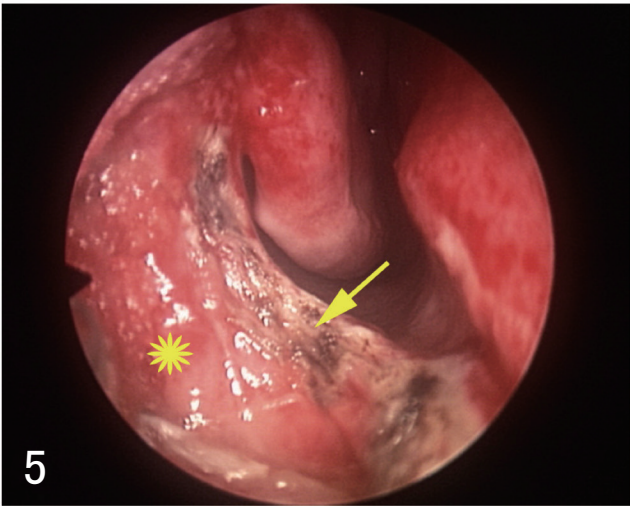


图5 内镜下部分切除术后的鼻前庭囊肿，射频处理囊肿切沿

1.5 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行数据统计分析，计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，各组均数之间比较采用 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有显著性。

2 结果

2.1 两种术式的手术参数比较 改良治疗组患者的手术时间、术中出血量均小于传统治疗组，差异具有显著性（ $t = 24.855, P < 0.001$ ； $t = 13.855, P < 0.001$ ）。两组患者的术后填塞时间具有显著差异。两组患者平均随访 3 ~ 29 个月，均无复发病例（表 1）。

表 1 传统治疗组和改良治疗组患者手术参数比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间（分钟）	出血量（ml）	填塞时间（小时）
传统治疗组	34.2±4.6	19.8±4.9	48
改良治疗组	6.4±2.5	3.9±2.1	0
t	24.855	13.855	-
P	< 0.001	< 0.001	-

2.2 两组患者的术后生活质量评分 传统治疗组患者术后 1 周内的疼痛、鼻塞 VAS 评分分别为（8.3±0.7）分、（8.9±0.5）分，改良治疗组患者术后 1 周内的疼痛、鼻塞 VAS 评分分别为（0.9±0.2）分、（1.2±0.2）。改良治疗组患者围术期（术后）的生活质量显著优于传统治疗组，差异具有显著性（ $t = 46.836, P < 0.001$ ； $t = 66.306, P < 0.05$ ）（表 2）。

表 2 传统治疗组和改良治疗组患者术后疼痛及鼻塞 VAS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	疼痛	鼻塞
传统治疗组	8.3±0.7	8.9±0.5
改良治疗组	0.9±0.2	1.2±0.2
t	46.836	66.306
P	< 0.001	< 0.001

3 讨论

鼻前庭囊肿是耳鼻喉科的常见病，由 Kanal 于 1882 年首次报道^[1]，是发生于鼻前庭底部皮下，上颌骨牙槽突浅表软组织内的一种非牙源性囊肿，生长缓慢，早期并无症状，但随着囊肿的增大可逐渐产生局部胀痛感、面部畸形等症状，合并感染时囊肿生长迅速并导致疼痛加重，但很少侵及骨质。鼻前庭囊肿的发病机制尚有争论，目前认为鼻泪管系统的异常发育可能起到主要作用^[2]。该病患者多为女性，发病年龄多在 30 ~ 50 岁，多为单侧发病，左、右两侧发病率无明显差异，但较少见双侧同时发病者，有文献报道双侧同时发病率为 10.6%^[3]，本研究的 47 例鼻前庭囊肿患者均为单侧发病。

目前在临床诊治中，鼻前庭囊肿的主要辅助诊断方法是 CT 或 MRI，它们能够非常准确和形象地反映囊肿的部位、范围和性质。本研究的病例在术前均采用 CT 明确诊断，通过软组织窗，可清楚地显示出位于鼻前庭旁中线区类圆形密度均匀的软组织阴影，可突入鼻腔、毗邻上颌骨，但均无临近骨质破坏^[4,5]。鼻前庭囊肿的治疗以手术为主，传统手术方法——经唇龈沟切口径路鼻前庭囊肿切除术，具有视野宽、暴露充分、手术方便、效果良好等优点^[6,7]，若术中囊壁切除不彻底则容易导致术后复发，并且由于切口离囊肿稍远，手术操作复杂，损伤较大，且术后需行鼻腔填塞和切口局部压迫，容易增加患者的疼痛、鼻塞等局部反应。若囊肿合

并感染,由于术后伤口引流差,感染和复发的机会增多。同时亦不能排除口腔细菌感染伤口的可能。

自1999年Su等^[8]首次报道经鼻内镜鼻前庭囊肿揭盖造袋术以来,其有效性和低损伤性逐渐引起了人们的广泛关注并不断改良^[9,10]。手术的关键是使囊肿的残缘与窗状皮肤创缘吻合,形成向鼻腔开放的囊腔,随着伤口的痊愈和组织的修复,囊腔可逐渐变浅甚至消失,囊壁则最终成为鼻前庭及鼻腔黏膜的一部分。本研究通过比较传统治疗组与改良治疗组的手术参数及围术期(术后)患者生活质量的VAS评分,证实了经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术具有以下优点:①径路直接,不需要经过口腔和牙龈,微创且能降低感染率;②手术时间短,一般数分钟即可完成;③手术操作简单,切口小,创伤轻,出血量少;④切缘应用射频烧灼止血,术后无需行鼻腔填塞,只需涂抹少许药膏,减轻患者痛苦;⑤术后患者疼痛、鼻塞等反应轻,痛苦小,康复快。改良手术并不适用于囊肿过小的情况,因过小的囊肿会使其难以在鼻前庭找到,且手术切口过小,易提前闭合而导致囊肿复发。因此,对于囊肿直径<1 cm的患者,如无明显症状,可先随诊观察,待囊肿增大再行手术;若患者强烈要求手术治疗,也可选择传统方法进行切除^[10]。

综上所述,经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除术较传统术式具有手术时间短且损伤小、术后无需填塞

且不良反应少,术后患者生活质量明显提高等优点,可以成为治疗鼻前庭囊肿的首选术式。

参考文献

- [1] el-Din K, el-Hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature[J]. J Laryngol Otol, 1999, 113(8):747-749.
- [2] 李福军, 杨蓓蓓, 王海军. 鼻前庭囊肿发生机制的探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(2): 82-83.
- [3] Shear M, Speight P. Cysts of the oral and maxillofacial regions, 4th ed[M]. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2007: 120-122.
- [4] Sumer AP, Celenk P, Sumer M, et al. Nasolabial cyst: case report with CT and MRI findings[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2010, 109(2):e92-e94.
- [5] Yerli H, Cabbarpur C, Aydin E. CT findings of a nasoalveolar cyst[J]. Br J Radiol, 2009, 82(976):e76-e78.
- [6] Spiegel JH, Dowdall J. Bilateral nasoalveolar cysts[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 133(1):156-157.
- [7] Venkatesh V Kamath, Krishnanand Satelur, Komali. Yerlagudda. Nasolabial cysts-report of four cases including two bilateral occurrences and review of literature[J]. Indian Journal of Dentistry, 2011, 2(4): 156-159.
- [8] Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst[J]. Laryngoscope, 1999, 109(7 Pt 1):1116-1118.
- [9] 熊华, 鲁杰, 邹坚定, 等. 鼻内镜下电动切割揭盖术治疗鼻前庭囊肿[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2009, 9(3): 181.
- [10] 王涛, 杨钦泰, 刘贤, 等. 经鼻内镜改良鼻前庭囊肿切除的临床研究[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 19: 375-377.
- [11] 洪斌, 李兆生, 许振跃, 等. 揭盖造袋技术在鼻前庭囊肿中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2011, 18(5): 273-274.

收稿日期: 2014-06-10