

泪道置管联合鼻内镜治疗鼻内翻性乳头状瘤的效果观察

李二乐,王东,冯蓉,安利,拓明祥
(延安市人民医院,陕西延安 716000)

【摘要】 目的 探讨泪道置管联合鼻内镜治疗鼻内翻性乳头状瘤的效果。方法 鼻内翻性乳头状瘤患者120例根据入院顺序随机分为治疗组与对照组各60例,两组均采用鼻内镜下手术治疗,治疗组在此基础上加用泪道置管治疗。结果 治疗组的手术时间与术中出血量都明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的 CD_3^+ 、 CD_4^+ 活性都有明显上升,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。 CD_8^+ 活性有一定上升,但是与对照组对比差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 泪道置管联合鼻内镜治疗鼻内翻性乳头状瘤能有效减少手术创伤,减少手术时间,同时有利于免疫功能的恢复,值得推广应用。

【关键词】 泪道置管;鼻内镜;鼻内翻性乳头状瘤;免疫功能

【中图分类号】 R739.62 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)10-067-02

鼻内翻性乳头状瘤是临床上较常见的上皮组织来源的良性肿瘤,占有鼻腔鼻窦肿瘤的2%,及时危害性不大,但是容易造成患者免疫系统损害,预后不好^[1]。发生部位主要为鼻腔外侧壁,多见于50~60岁人群^[2]。随着影像学诊断技术与鼻内镜诊疗技术的提高,主要的治疗方法是手术彻底切除肿瘤,使鼻内镜下完全切除鼻窦内翻性乳头状瘤成为可能^[3]。但是单独手术也会给患者带来很大生存风险,原因有治疗创伤大、失血多、面部遗留瘢痕。本文为此通过鼻内镜检查结合泪道置管治疗鼻内翻性乳头状瘤,取得了理想中的效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2008年9月至2010年12月在我院耳鼻喉科住院的120例确诊为鼻内翻性乳头状瘤且具有完整随访资料的患者。男70例,女50例;年龄最小21岁,最大78岁,平均48.5岁。主诉多为单侧、渐进性鼻塞、多涕或伴涕中带血。左侧发病50例,右侧70例,同时伴有鼻息肉者20例。肿瘤位于鼻腔外侧壁和中鼻道,外观为分叶状或乳头状。按照Krouse法将病变分级:Ⅰ级40例;Ⅱ级40例;Ⅲ级35例;Ⅳ级5例。根据入院顺序将上述患者分为治疗组与对照组各60例,两组性别、年龄、临床特征、发病位置、病变分级等资料比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均采用鼻内镜下手术治疗:手术前根据前鼻镜及鼻内窥镜检查,结合CT检查,明确病变部位及范围,在表面麻醉+局部麻醉下进行。收缩鼻腔后,确定中鼻甲部位确认解剖参考标

志。先用切削吸引钻切除鼻腔大块肿瘤组织。对Ⅰ级患者行肿瘤和钩突及前筛切除;对Ⅱ期病变行钩突加前后筛窦切除,扩大上颌窦口;Ⅲ期病变行钩突加前后筛窦切除;对Ⅳ级行额隐窝开放,切除病变组织。手术在 0° 、 30° 或者 70° 鼻内镜下进行,以切削吸引钻切除大块肿瘤组织,尽可能用咬切钳咬除肿瘤组织,有助于保持术野清晰。治疗组在对照组治疗的基础上加用泪道置管治疗,具体方法为术中以泪点扩张器将患侧上下泪小点扩大,在泪道探针辅助下将硬膜外导管的两端从上下泪小点导入并从下鼻道穹窿部鼻泪管开口处引出。再以组织钳咬取肿物标本,并以动力系统清除鼻腔内占位瘤体,显露鼻腔及中鼻道结构,然后按Mesklinger法依次切除钩突、开放筛窦气房,探查并显露上颌窦自然口。

1.3 观察指标 分别在治疗前抽取两组患者的外周血1 ml,用流式细胞仪检测其T淋巴细胞亚群(T cell subsets),即 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 的细胞活性。同时观察两组的手术时间、术中出血量。

1.4 统计学方法 所有统计资料均在SPSS17.5统计学软件包上进行,其中反映患者细胞免疫功能的变量经过正态性检验和方差齐性检验后,采用单样本的 t 检验及配对资料的 t 检验;手术时间和术中出血量采用 t 检验,取 $\alpha=0.05$ 为显著性检验水准。

2 结果

2.1 手术时间与术中出血量 经过观察,治疗组的手术时间与术中出血量都明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 T淋巴细胞检测结果 经过治疗后观察,治

表1 两组患者手术时间与术中出血量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(n)	手术时间(min)	出血量(ml)
治疗组	60	105.6±22.6	356.2±15.6
对照组	60	189.5±32.8	682.4±30.0
P		<0.05	<0.05

疗组的CD₃⁺、CD₄⁺活性都有明显上升,与对照组相比差异有统计学意义(P<0.05)。CD₈⁺活性有一定上升,但是与对照组对比差异无统计学意义(P>0.05),见表2。

表2 两组患者治疗前后T淋巴细胞检测结果对比(% , $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CD ₃ ⁺	CD ₄ ⁺	CD ₈ ⁺
治疗前				
治疗组	60	56.5±3.2	32.2±10.3	18.6±5.2
对照组	60	56.9±4.1	32.2±9.3	19.0±6.2
P		>0.05	>0.05	>0.05
治疗后				
治疗组	60	63.6±9.5	36.5±6.7	20.5±4.2
对照组	60	58.2±77.2	32.5±9.2	20.4±4.6
P		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

鼻内翻性乳头状瘤是临床上较常见的鼻腔鼻窦良性肿瘤,占有鼻腔鼻窦肿瘤的2%。首先在于其肿瘤生长具有局部侵蚀破坏力与远处转移能力,导致治疗后易复发。其次多为单侧鼻腔发病,好发于鼻腔外筛窦、侧壁及上颌窦^[4]。本文患者都为单侧发病,左侧发病50例,右侧70例,同时伴有鼻息肉者20例。

鼻内翻性乳头状瘤治疗以手术为主。近年来随着鼻内镜手术与影像学技术的广泛开展,内镜手术的适应证也在不断扩大,为经鼻内镜准确和侧底切除肿瘤提供了基础^[5]。首先鼻内镜分辨率高,可清楚地观察肿瘤的生长部位,从而能够避免肉眼手术发生较小瘤体组织残留的可能;同时可使得操作范围尽量可能小,较少破坏鼻腔正常结构,因为出血少、创伤少;同时术后患者康复快,患者易接受,面部不留瘢痕患者易接受^[6]。同时本文治疗组手术都在0°、30°及70°鼻内镜下进行,为此便于在直视下切除肿瘤组织,避免盲目操作,为肿瘤彻底切除创造条件^[7]。同时治疗组加用了泪道置管治疗,泪道置管一直被作为一种传统的治疗方法,但因导管材料不同,操作方法相异,疗效

不尽相同。本文所采用的5号泪道冲洗针头,取材方便;该针管径小,针管前段制成药120°钝角弯曲,与输乳管和乳头所成角度相近,使之极易通过病变输乳管开口,进入病变输乳管^[8];通过该方法,使手术在局部麻醉下,通过沿乳晕边缘,约3 cm弧形小切口,即可施行,创伤小,愈合快,符合微创原则^[9]。同时目前研究认为肿瘤细胞高表达Fas蛋白配体(Fas-L)是肿瘤患者免疫功能低下的主要原因,导致低表达T淋巴细胞亚群^[10]。本文结果显示,经过观察,治疗组的手术时间与术中出血量都明显少于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。经过治疗后观察,治疗组的CD₃⁺、CD₄⁺活性都有明显上升,与对照组相比差异有统计学意义(P<0.05)。CD₈⁺活性有一定上升,但是与对照组对比差异无统计学意义(P>0.05)。

总之,泪道置管联合鼻内镜治疗鼻内翻性乳头状瘤能有效降低手术创伤,减少手术时间,同时有利于免疫功能的恢复,值得推广应用。

参考文献

- [1] 李 健,文卫平,杨智云,等.鼻腔及鼻窦内翻性乳头状瘤临床分期中CT的作用[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,12(2):135-137.
- [2] 周 兵,张 罗,刘华超,等.复发性额隐窝内翻性乳头状瘤经鼻内镜手术[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(3):590-595.
- [3] 李 薇,李 岩,金雄杰.白桦三萜类物质的抗肿瘤作用及其对免疫功能的增强效应[J].中国免疫学杂志,2010,16(9):485-487.
- [4] 金 奇.医学分子病毒学[M].北京:科学出版社,2011:812-820.
- [5] 韩德民.中国鼻内镜外科20年发展历程的思考[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(5):721-724.
- [6] 魏永祥,韩德民.鼻内镜微创手术治疗鼻颅底肿瘤36例临床分析[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43(2):918.
- [7] 王行炜,蒋卫红,肖健云.鼻内翻性乳头状瘤鼻内镜手术术式选择[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(14):657-658.
- [8] Orvidas LJ, Lewis JE, Olsen KD, et al. Intranasal verrucous carcinoma: relationship to inverting papilloma and human papillomavirus [J]. Laryngoscope, 2009, 109(3): 371-375.
- [9] Mirza S, Bradley PJ, Acharya A, et al. Sinonasal inverted papillomas: recurrence, an d synchronous and metachronous malignancy [J]. J Laryngol otol, 2007, 121(9): 857-864.
- [10] Podb J, Smid L. Endoscopic surgery with curative intent for malignant tumors of the nose and paranasal sinuses [J]. Eur J Surg Oncol, 2007, 33(10): 1081-1086.

(收稿日期:2011-12-15)