鼻内镜鼻前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿的疗效观察

陈建生

（广东省徐闻县人民医院　徐闻 524100）

摘要：目的：观察鼻内镜鼻前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿的临床疗效。方法：选取 2017 年 4 月 ~2019 年 4 月治疗的 70 例鼻前庭囊肿患者为研究对象，随机分为对照组和观察组，每组 35 例。对照组使用唇齿沟径路切除术治疗，观察组使用鼻内镜前庭囊肿揭盖术治疗，对比两组手术相关指标、术后并发症发生情况及炎症介质水平变化。结果：观察组手术用时、住院时间及创口愈合时间均短于对照组，术中出血量低于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组白细胞介素 -8、白细胞介素 -6、C 反应蛋白及肿瘤坏死因子 -α 水平均低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；观察组术后并发症发生率低于对照组，但差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：使用鼻内镜前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿具有损伤小、恢复快等优势，机体炎症反应较轻，利于术后康复。

关键词：鼻前庭囊肿；鼻内镜前庭囊肿揭盖术；唇齿沟径路切除术

中图分类号：R765.9　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.07.026

鼻前庭囊肿是耳鼻喉科常见面部囊性疾病，好发于中年女性，常为单侧发病，病灶多位于鼻前庭底部皮下及上颌骨牙槽突浅面软组织。虽然鼻前庭囊肿发病率不高，但由于我国人口基数较大，因此鼻前庭囊肿患者人数较多[1]。患者发病后病灶逐渐隆起，可出现鼻部肿胀、疼痛、通气受阻等症状目前手术是治疗鼻前庭囊肿的有效手段，但手术方式较多，每种术式各有优缺点。传统唇齿沟径路切除术是临床中应用最广泛术式之一，具有视野清晰，囊肿清除效果好等优势，但对患者创伤大且术后需要填塞鼻腔。鼻内镜前庭囊肿揭盖术为微创手术，操作简便，对患者损伤较小[2-3]。基于此，本研究对两种术式进行比较分析，以明确鼻内镜鼻前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿的临床应用价值。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2017 年 4 月 ~2019 年 4 月于我院住院治疗的 70 例鼻前庭囊肿患者为研究对象，随机分为观察组和对照组，每组 35 例。观察组男 12 例，女 23 例；年龄 32~54 岁，平均年龄（44.68± 4.89）岁；病程 1~19 个月，平均（7.79± 4.62）个月；患侧：右侧 18 例，左侧 17 例；感染情况：未感染 25 例，已感染 10 例；病灶直径 1.0~2.5 cm，平均（1.80± 0.44）cm。对照组男 11 例，女 24 例；年龄 30~55 岁，平均年龄(44.72± 4.80）岁；病程 1~18 个月，平均（7.82± 4.28）个月；患侧：右侧 17 例，左侧 18 例；感染情况：未感染 26 例，已感染 9 例；病灶直径 1.1~2.6 cm，平均（1.85± 0.47）cm。两组患者性别、年龄、病程、患侧、感染情况、病灶大小等一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2　入组标准　（1）纳入标准：结合临床症状及穿刺、X 线检查后确诊；单侧发病；无面部手术史；患者及家属知晓本研究并签署知情同意书。（2）排除标准：合并鼻窦炎者；妊娠期及哺乳期者；手术耐受性较差者。

1.3　手术方法

1.3.1　对照组　采用唇齿沟径路切除术治疗。协助患者取仰卧位，常规消毒铺巾，局部浸润麻醉，囊肿下端作横向切口；沿梨状孔分离软组织，充分显露囊肿后完整分离，彻底冲洗术腔，根据患者病情合理使用抗生素避免感染；完成手术后逐层缝合并用纱条填塞，术后 2~3 d 取出，若病灶直径较大，应分次取出纱条。术后持续抗感染治疗 1 周。

1.3.2　观察组　采用鼻内镜前庭囊肿揭盖术治疗。协助患者取仰卧位，常规消毒铺巾，局部浸润麻醉后使用鼻腔镜观察病灶及其周围组织，定位后将囊肿切开小孔，使用吸引器将囊液吸出，完成后切除囊壁，检查彻底清除囊肿后修复创缘，手术过程中应尽量减少对前庭皮肤损伤，开放融合囊腔后电凝止血，合理使用抗生素抗感染并填塞碘仿纱条，术后 2~3 d 取出。术后持续抗感染治疗 1 周。

1.4　观察指标　（1）手术相关指标：比较两组术中出血量、手术用时、住院时间及创口愈合时间。（2）炎症介质水平：术前及术后 1 周抽取空腹静脉血 5 ml，以 3 500 r/s 转速离心分离取血清，使用酶联免疫吸附测定白细胞介素 -8（IL-8）、白细胞介素 -6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）及肿瘤坏死因子 -α（TNF-α）水平变化。（3）术后并发症：随访 1 个月，统计两组术后感染、面部麻木、面部肿胀发生情况。

1.5　统计学方法　采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，采用 t 检验，计数资料用%表示，采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异具有

统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 相较于对照组，观察组手术用时、住院时间及创口愈合时间均较短，术中出血量较低，差异具有统计学意义（$P<0.05$）。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	术中出血量（ml）	手术用时（min）	住院时间（d）	创口愈合时间（d）
对照组	35	32.55± 5.08	40.86± 6.01	6.91± 0.99	6.02± 0.56
观察组	35	7.97± 2.20	15.43± 3.30	4.25± 0.84	4.25± 0.50
t		26.268	21.942	12.121	13.948
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组治疗前后炎症介质水平比较 治疗 1 周后，观察组 TNF-α、IL-8、IL-6、CRP 水平均低于对照组，差异具有统计学意义（$P<0.05$）。见表 2。

表 2 两组治疗前后炎症介质水平比较（$\bar{x}\pm s$）

时间	组别	n	IL-8（ng/L）	IL-6（ng/L）	CRP（mg/mL）	TNF-α（ng/L）
治疗前	对照组	35	342.89± 10.61	270.39± 18.46	12.27± 1.96	366.54± 25.26
	观察组	35	345.67± 11.25	272.44± 15.53	12.69± 4.48	367.70± 22.06
	t		1.064	0.503	0.508	0.205
	P		0.291	0.617	0.613	0.839
治疗后	对照组	35	186.74± 15.78	102.79± 10.54	5.85± 1.88	904.5± 10.58
	观察组	35	151.17± 12.34	83.55± 9.89	3.62± 1.71	756.0± 10.34
	t		10.505	7.875	5.191	5.939
	P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症发生情况比较 观察组发生 1 例面部麻木，并发症发生率为 2.86%；对照组发生 2 例面部肿胀及 1 例感染，并发症发生率为 8.57%。两组并发症发生率比较，差异无统计学意义（$\chi^2=0.265$，$P=0.607$）。

3 讨论

鼻前庭囊肿属于面裂囊肿的一种，为发生于鼻及周围骨组织、软组织及骨孔的先天性囊肿。目前临床相关研究认为[4]，鼻前庭囊肿发生原因分为腺体潴留及胚胎期上皮残余。虽鼻前庭囊肿已被证实无骨质破坏性，但逐渐增大的囊肿会对周围组织造成压迫，影响患者呼吸功能，导致肿胀、麻木、疼痛感提升，严重影响患者日常生活及健康。

由于鼻前庭囊肿手术治疗方式较多，何种术式为最佳手术方式仍存在较大争议。随着临床实践不断发展，唇龈沟入路切除囊肿术不断得到完善，其有效性也得到了临床的认可，通过打开术腔能够获得清晰术野，术者能够在直视条件下完成囊肿切除，但术后易发生鼻塞、出血等并发症，且该术式增加了术后感染风险，不利于患者恢复[5-6]。鼻内镜前庭囊肿揭盖术属于微创手术，利用鼻内镜对术腔实现全面观察、准确定位，提升了手术操作精准度，切口小，利于预后愈合，术后无需缝合，在缩短手术时间及术后康复时间上具有显著优势，且操作简便，所使用工具相对较少，便于在基层医院推广。鼻内镜前庭囊肿揭盖术后并发症发生率较低，保障了较高治疗安全性。IL-8、IL-6、CRP 及 TNF-α 均为炎症介质，可反应机体炎症反应程度。本研究结果显示，观察组手术用时、住院时间及创口愈合时间均短于对照组，术中出血量低于对照组（$P<0.05$）；治疗 1 周后，观察组 IL-8、IL-6、CRP 及 TNF-α 水平均低于对照组（$P<0.05$）；观察组手术并发症发生率略低于对照组，但两组比较无统计学差异（$P>0.05$）。结果显示，观察组炎症介质水平低于对照组，究其原因主要在于，鼻内镜前庭囊肿揭盖术本身对机体创伤小，术后利于患者免疫系统功能恢复[7-8]。此外鼻内镜前庭囊肿揭盖术符合当今社会人们对高质量医疗要求，保障了患者术后面部美观性。临床实践中发现[9-10]，使用鼻内镜前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿患者耐受性更好，术后疼痛感较轻，且术后无需插线，便于护理及随访，对提升患者就医满意度具有积极影响。

综上所述，采用鼻内镜前庭囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿具有损伤小、恢复快等优势，具有较高临床应用价值。

参考文献

[1]刘津,冯云,覃继新,等.鼻内镜下低温等离子技术在鼻前庭囊肿治疗中的应用[J].中国内镜杂志,2017,23(7):6-10

[2]陈其国,李小虎,汪琼,等.鼻前庭囊肿改良式揭盖法在门诊手术治疗中的应用[J].海南医学,2018,29(20):2906-2908

[3]赵亚会,戴嵩.中国唇龈沟进路手术与鼻内镜下揭盖术治疗鼻前庭囊肿临床疗效 Meta 分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2018,25(9):512-516

[4]王文超,王湘,沈晓伟,等.三种不同术式治疗鼻前庭囊肿的疗效及安全性比较[J].中国基层医药,2019,26(8):915-918

[5]周汝环,徐明安,张雁冰,等.鼻前庭囊肿 2 种手术方式的疗效比较[J].安徽医学,2017,38(7):902-904

[6]赵艾君,谢鹏,李志伟,等.鼻前庭囊肿揭盖术与传统唇龈沟径路鼻前庭囊肿切除术治疗鼻前庭囊肿的疗效对比[J].广西医科大学学报,2016,33(5):880-882

[7]文晓蛟,吴爵,伏籽桥,等.内镜揭盖术与唇齿沟径路切除术治疗鼻前庭囊肿患者的疗效及对炎性因子的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(17):3310-3314

[8]刘春秀,王亚婷,杨美侠.不同手术方案对鼻前庭囊肿患者的治疗效果及炎性因子水平的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(3):80-84

[9]高峰,顾平,钟志生.鼻内镜下鼻前庭囊肿揭盖术临床分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2017,24(10):549-550

[10]覃焕桦,林琳,陈子松,等.鼻内镜下低温等离子射频消融术与囊肿揭盖术治疗鼻前庭囊肿的临床分析[J].河北医药,2017,39(8):1231-1233

（收稿日期：2019-09-20）