

吸除法和小儿纤维喉镜下摘除虽然创伤较小,但破坏了上颌窦自然口,与最近发现的上颌窦自然口可以保持窦腔一定浓度的一氧化氮理论相违背。另外,小儿纤维喉镜价格昂贵,在基层使用受到一定的限制。本术式的根本点是得益于内镜的发明并投入临床使用,鼻腔的解剖特点也给手术创造了条件。首先,下鼻甲为一独立的骨,不像中鼻甲骨那样与筛骨是一个整体,故下鼻甲人为骨折不会造成鼻窦管的骨性损伤,也不会造成眶壁骨折;其次,大部分人下鼻道较宽敞,鼻泪管开口于下鼻道外侧壁前部,距鼻腔底约 16 mm,距前鼻孔约 30 mm,距下鼻甲前端约 15 mm,而造口高度一般在 10 mm 左右,故一般不会损伤到鼻泪管开口,方法可行。本术式的优点是观察凭借不同角度内镜观察窦腔内的不同角落,故视野清晰而广阔。而且,利用不同弯曲度弯头剥离器和侧头吸引器分离囊壁并游离之,最后用大弯头额窦钳、上颌窦钳、侧头吸引器,基本上可探及窦腔每一角落,完全取出窦腔内的囊壁,对于囊壁粘连较紧的地方,还可以配合弯头小刮匙,在直视下或有目的小范围刮去囊壁上残存囊壁,减少损伤和术中出血,方法简单、经济、实用。我们虽未在上颌窦其他类型病变的手术中应用过,但在清理上颌窦其他类型病变(如息肉、霉菌感染等)方面也可用作参考^[7]。

采用本术式应注意几点:不适用于小儿,不适用于前鼻

孔及鼻腔过于狭窄者,对曾行过下鼻道开窗(上颌窦根治术等)者也不适用,因为该部分人群此处有瘢痕组织增生。另外,该法操作应精细,开窗口不能太靠上,也不能太靠前,否则易损伤鼻泪管下鼻道开口及到上唇动脉的鼻内分支而引起鼻出血。

【参 考 文 献】

- [1] 辛玉芬. 下鼻道开窗术治疗慢性上颌窦炎 32 例[J]. 生物医学, 2006, 6(1): 47-48.
- [2] 刘 昉, 范献良. 鼻窦窥镜上颌窦鼻内开窗上颌窦囊肿切除[J]. 山东大学基础医学院学报, 2004, 18(3): 163-164.
- [3] 孙 彦, 黄沂传. 上颌窦根治术[M]// 孙 彦, 李 娜, 杨松凯. 耳鼻咽喉头颈外科手术技巧. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 149-156.
- [4] 张国顺, 郭自奇. “吸除法”上颌窦囊肿取出术[J]. 医学信息·手术学分册, 2007, 20(12): 1071-1072.
- [5] 李小群, 王春蕾, 郭汝岚. 三种径路手术方式治疗慢性鼻窦炎疗效比较[J]. 临床医学, 2007, 27(1): 66-67.
- [6] 王志刚, 张 楠. 小儿纤维喉镜在上颌窦囊肿摘除术中的应用[J]. 河南外科学杂志, 2007, 13(5): 47-48.
- [7] 熊 建, 蔡作成. 鼻内窥镜联合下鼻道开窗治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(12): 63.

[文章编号] 1000-2200(2009)03-0242-02

· 临床医学 ·

微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折 65 例

李红良, 张朝奎

[关键词] 下颌骨骨折; 骨折固定术, 内; 钛板

[中国图书资料分类法分类号] R 782.4; R 687.32

[文献标识码] B

下颌骨位置突出, 是颌面部最容易损伤并发生骨折的部位, 下颌骨骨折发生率约占面部骨折的 2/3, 手术是治疗下颌骨骨折的常用方法之一。2003~2006 年, 我科应用微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折 65 例, 取得良好疗效, 现作总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 57 例, 女 8 例; 年龄 18~56 岁。导致下颌骨骨折的原因主要有工伤事故、交通事故、跌打等。单发性骨折 44 例, 多发性骨折 21 例(其中粉碎性骨折 9 例)。

1.2 固定材料 根据不同骨折部位, 选用不同长度(2 孔、4 孔、6 孔)和形状(线形、L 型、Y 型、T 型)的微型钛板及钛钉行坚固内固定。

1.3 手术方法 术前根据病情, 可选择的检查包括颌骨正侧位片、曲面断层 X 线片、CT 摄片等, 明确骨折部位及错位情况, 以确定手术方式。根据患者的病情和要求, 选择局部麻醉或者经鼻腔气管内插管全麻。下颌骨正中、颊孔区及体

部骨折采用前庭沟小切口, 下颌骨角部骨折采用下颌磨牙和翼下颌皱襞外侧切口。切开黏骨膜, 暴露骨折端, 清除淤血块及游离的碎骨片, 直视下确定达到解剖复位或者咬合关系正常后, 选择数目、长度合适的钛板, 在主要张力带和应力线放置钛板, 以克服下颌运动中的强力和扭力^[1]。塑形使钛板与下颌骨表面贴合, 螺钉固定, 复查咬合关系有无改变, 冲洗创口, 缝合并加压包扎。对于多发性骨折及下颌角区移位明显的骨折患者, 钛板固定术后, 辅以 2 周时间颌间弹性牵引或颏兜外固定, 以减少咬合不良的发生。术后常规使用抗生素, 1 周折线, 嘱患者做小幅度开闭运动。

2 结果

本组 65 例中, 有 2 例伤口感染, 经换药后二期愈合, 其余均一期愈合。术后 3 个月至一年复查, 无螺钉松脱、钛板移位、愈合不良等。61 例面部外形恢复良好, 咬合关系、张口度及开口型均恢复正常, 临床效果满意。4 例伴有咬合不良或轻度张口受限, 经调颌及张口锻炼后, 基本恢复。

3 讨论

下颌骨骨折的治疗方法很多, 微型钛板坚固内固定技术具有独特的优点, 操作安全简便, 固定准确可靠, 组织相容性好, 无需二次取出, 利于患者早日摄取营养和张口锻炼等, 近年来, 坚固内固定技术治疗下颌骨骨折已被广泛应用于临床。

[收稿日期] 2007-10-12

[作者单位] 淮北矿工总医院 口腔科, 安徽 淮北 235000

[作者简介] 李红良(1967-), 男, 主治医师。

内镜下鼻咽血管纤维瘤切除术前选择性供血动脉栓塞 6 例临床分析

张根山¹, 徐恒光², 张旭¹, 倪敬中¹, 段中宁²

[摘要] 目的: 探讨鼻咽血管纤维瘤内镜下切除前选择性供血动脉栓塞临床价值。方法: 6 例鼻咽血管纤维瘤, 术前采用真丝线段和明胶海绵在 DSA 下行瘤体栓塞, 2 天后在鼻内镜下手术切除。结果: 6 例均 1 次栓塞成功。在内镜下手术切除肿瘤, 术中出血量 50 ~ 300 ml, 术野清楚, 术后 CT 检查提示肿瘤切除彻底。结论: 鼻咽血管纤维瘤术前栓塞可明显减少术中出血量, 具有广泛的应用前景。

[关键词] 鼻咽肿瘤; 栓塞, 治疗性; 内镜术; 血管纤维瘤

[中国图书资料分类法分类号] R 739.63; R 459.9 [文献标识码] A

Selective transcatheter arterial embolization before resection of nasopharyngeal angiofibroma: report of 6 cases

ZHANG Gen-shang¹, XU Hen-guang², ZHANG Xu¹, NI Jing-zhong¹, DUAN Zhong-ning²

(1. Department of Intervention Therapy, 2. Department of Otorhinolaryngology; Lianyungang First People's Hospital, Lianyungang Jiangsu 222002, China)

[Abstract] Objective: To assess the clinical value of selective transcatheter arterial embolization (TAE) in nasopharyngeal angiofibroma before operation. Methods: Six cases of nasopharyngeal angiofibroma were embolized with silk particles and gelatin sponge under digital subtraction angiography (DSA), and surgical resection was performed under endoscope 2 days later. Results: All the cases were successfully embolized at one time. The mean amount of haemorrhage during operation was 50 - 300 ml. Computed Tomography showed that the nasopharyngeal angiofibroma was completely removed in all the cases. Conclusions: Selective transcatheter arterial embolization before resection of nasopharyngeal angiofibroma can reduce the mean amount of haemorrhage during operation, which promises an extensive prospect in wider application.

[Key words] nasopharyngeal neoplasms; embolization, therapeutic; endoscopy; angiofibroma

[收稿日期] 2008-04-25

[作者单位] 江苏省连云港市第一人民医院 1. 介入科, 2. 耳鼻喉科, 222002

[作者简介] 张根山(1968 -), 男, 副主任医师。

鼻咽血管纤维瘤(nasopharyngeal angiofibroma, NA)是一种主要由增生的血管和纤维组织构成的血运极为丰富的良性肿瘤,常发生在 16 ~ 25 岁男青年,因其位置特殊及术中易大出血,如何控制术中出

随着患者对生活质量要求的提高,切口趋向美观化、隐蔽及减少手术创伤的治疗方法,更容易使患者接受和配合。口外进路暴露清楚,操作容易,但是在手术中有损伤面神经下颌缘支的可能,术后皮肤上留有瘢痕,影响美观。口内进路层次少,符合美学要求,术中可同时观察咬骀关系。Vincent 等^[2]的研究发现,对下颌骨体部、角部、升支部的口外和口内进入的固定方式的并发症进行比较,发现两者没有显著差异。只有手术中由口内进入改成口外进入时,可导致并发症的增多。颞孔区口内进路中,对于颞神经阻挡而显露受限时,可将颞神经游离 1 cm 长,但注意其前面的神经分支,以防永久性的下唇麻木^[3]。也可选择 Y 型钛板,以避免颞神经。对于多发性骨折、升支骨折或移位明显的骨折,除口内切口外,仍须在面部隐蔽位置作附加切口。以往对下颌角部骨折多采用口外进路,一是考虑口内进路视野小,操作困难;二是考虑下颌角部是受力较大部位,担心使用一块钛板力量不足。通过本组手术观察,笔者认为重要的是钛板的放置位置,钛板应放置在外斜嵴恰好位于侧颊向舌侧的移行处,即

Champy 线上,当咬骀时可有效地对抗牙槽嵴的张力,足够保持骨断端的稳定。下颌骨多发性骨折或移位明显的骨折,由于咀嚼肌的牵拉作用,单纯内固定仍存在着骨折断端再移位的可能,致咬骀关系紊乱,因此术后辅以颌间牵引固定很有必要,可克服各自单一使用的缺点^[4]。

[参 考 文 献]

- [1] 刘彦普,雷德林. 下颌骨骨折的坚固内固定治疗[J]. 实用口腔医学杂志, 2000, 16(5): 412 - 414.
- [2] Vincent ST, Robert HM, Roger ST, et al. Transoral versus extraoral reduction of mandible fractures. A comparison of complication rates and other factors[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 28(2): 215 - 219.
- [3] 李新民, 黄立勋, 黄建华. 口内途径坚强内固定术治疗下颌骨骨折 29 例报告[J]. 临床口腔医学杂志, 2004, 20(6): 347 - 348.
- [4] 段瑞, 李永生, 张晓林. 坚固内固定术后颌间牵引对颌骨骨折复位效果影响的临床研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2003, 19(2): 98 - 99.