

• 临床研究 •

急诊鼻内镜蝶窦囊肿开放术对改善视力障碍的意义

Nasal endoscope in emergent treatment of sphenoid cyst to improve vision disorders

刘 锋,周水森,张速勤,温 武,郑宏良,沈小华

(第二军医大学长海医院耳鼻咽喉科,上海 200433)

[摘要] **目的:**提高对蝶窦囊肿可致视力障碍的诊断水平和急诊内镜手术对预防和改善视力障碍意义的认识。**方法:**回顾性分析4例伴有视力下降的蝶窦囊肿的诊断过程。在鼻内镜下行急诊蝶窦囊肿开放引流术进行治疗。**结果:**4例患者头痛基本消失,视力有不同程度的提高。**结论:**不明原因视力障碍应考虑到由蝶窦囊肿引起的可能性,应尽早明确诊断。行急诊内镜手术可使视力障碍得到改善。

[关键词] 蝶窦;囊肿;鼻内镜;视力障碍;急诊

[中图分类号] R 765.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2005)03-0345-02

蝶窦囊肿发病率较低,国外文献报道蝶窦囊肿占鼻窦囊肿的1%,占蝶窦病变的15%~29%。由于蝶窦位置深在,其早期病变局限于蝶窦内,常无症状或症状不典型,因此临床上蝶窦囊肿易被忽视和漏诊^[1]。以视力或眼部症状为主症的蝶窦囊肿,容易被误诊为眼科或神经科疾病而延误诊治,导致术后视力难以恢复。耳鼻咽喉科医生应提高对此病的认识,一旦确诊,应急诊行鼻内镜手术以挽救患者的视力。

1 资料和方法

1.1 临床资料 从1995年3月到2002年12月,共收治蝶窦囊肿患者13例,其中有4例出现视力下降,这4例中有2例同时伴有复视和单侧上睑下垂。4例患者中,男3例,女1例;年龄15~58岁,平均(39.3±4.5)岁。病史1周至5个月,平均2.4个月。所有患者中均有头痛病史,1例有慢性鼻窦炎病史。CT或MRI检查显示蝶窦均有占位,其中3例蝶窦周围骨壁有破坏迹象,2例可以判断病变的侧别。2例患者由本科门诊收入,2例分别误诊为颅内动脉瘤和视神经炎、垂体瘤,由神经外科转入。

1.2 典型病例 例1,男,54岁。因头痛、左视力下降、复视伴左上睑下垂4个月,在当地医院疑为颅内动脉瘤,给以对症治疗无效,转我院神经外科。住院期间行颅脑CT检查,示左蝶窦囊肿。后转入我科,行急诊局麻下经鼻腔鼻内镜蝶窦囊肿开窗引流术,术后症状明显改善。

例2,男,15岁。因头痛、呕吐伴双眼视力下降1周,在当地医院急诊就诊,考虑“视神经炎”给予对症处理,头痛无好转,双眼视力进行性恶化,头颅CT示鞍区占位,以“垂体瘤”欲行手术治疗转入我院。7d后,经我科会诊后以蝶窦囊肿在急诊局麻下、经鼻腔鼻内镜蝶窦囊肿开窗引流术,术后患者症状缓解,头痛消失,视力有所提高。

1.3 手术方法 所有手术均在局麻下进行。用0°、30°鼻内镜和吸引器沿着鼻道寻找蝶窦自然开口,如暴露困难,术中可外移或切除部分中鼻甲,在上鼻甲后端附近、后鼻孔上缘1.0~1.5cm处用激光或直接咬开蝶窦前骨壁,细针穿刺抽出囊液后,切开囊壁,清理囊内容,扩大蝶窦前壁至1.5cm×1.2cm。如蝶窦上壁骨质有破坏,或蝶窦囊肿内压

力很大,可以先开一小口减压,次日再行蝶窦开口扩大引流术。术中注意:(1)寻找蝶窦开口时,尽量保持术野的清晰;(2)除了处理蝶窦前壁,其余各壁可不必处理,特别是上、外壁。该手术的目的不是切除整个囊肿,特别是影像学提示有骨壁破坏者,而是建立一个不要封闭、能持续引流的通道。

2 结果和讨论

4例患者术中顺利,术后无并发症发生。头痛均逐步消失,视力和眼部症状都有不同程度的改善。例1左眼视力由术前光感恢复到术后0.1,复视消失、左上睑下垂由术前睑裂3mm转变为6个月后的8mm。例2术前右眼失明、左眼眼前指数1m,术后5d右眼仍失明,但左眼视力恢复到0.2。随访半年以上,蝶窦前壁开口通畅,无黏、脓性分泌物,术前的症状无复发。

蝶窦位置深在,与脑垂体、海绵窦、眶尖、视神经等重要结构相毗邻,当蝶窦囊肿逐步增大后,依侵犯的范围可出现头痛、视力改变和其他颅神经受累症状^[2]。由于其早期病变局限于蝶窦内,常无症状或症状不典型,因此临床上蝶窦囊肿最易被忽视或漏诊。头痛、视力下降或眼部其他症状常首诊于神经内科、眼科,因而即使蝶窦囊肿增大到引起剧烈头痛、视力急剧恶化之机,由于患者缺乏鼻部症状,亦难于想到是该病引起而请本科会诊。往往经头颅CT或MRI检查后,方真相大白,由于诊治拖延,对视力所造成的危害,已难以完全恢复。例1、例2中就有这样的教训。

蝶窦囊肿临床表现为非特异性,体检又不易发现,所以诊断此病主要依赖影像学特别是CT和MRI检查。尽早诊断的关键是首诊医生要想到该病,而不要受定向思维的束缚延误最佳的治疗时机。蝶窦囊肿在CT和MRI上一般表现为窦腔呈膨胀性扩大,边缘光滑,囊内密度较为均一(图1A),如有骨质破坏,也能清楚的表现(图1B)。

蝶窦囊肿一旦诊断明确,应尽早进行手术治疗,如有视力问题,则应行急诊减压、引流手术,手术进行的越早,预后越好。因为视神经相当脆弱,对压力非常敏感,最好在没有任何

出现视力障碍前治疗,一般出现视力问题后,完全恢复视力的可能性甚小,故应引起所有诊治此病的医生极大重视。急诊手术不要拖延。该手术的治疗原则是,通过手术开放囊肿,在囊肿和鼻腔之间建立一宽敞的通道,防止囊肿的复发。一旦复发,应再次手术。

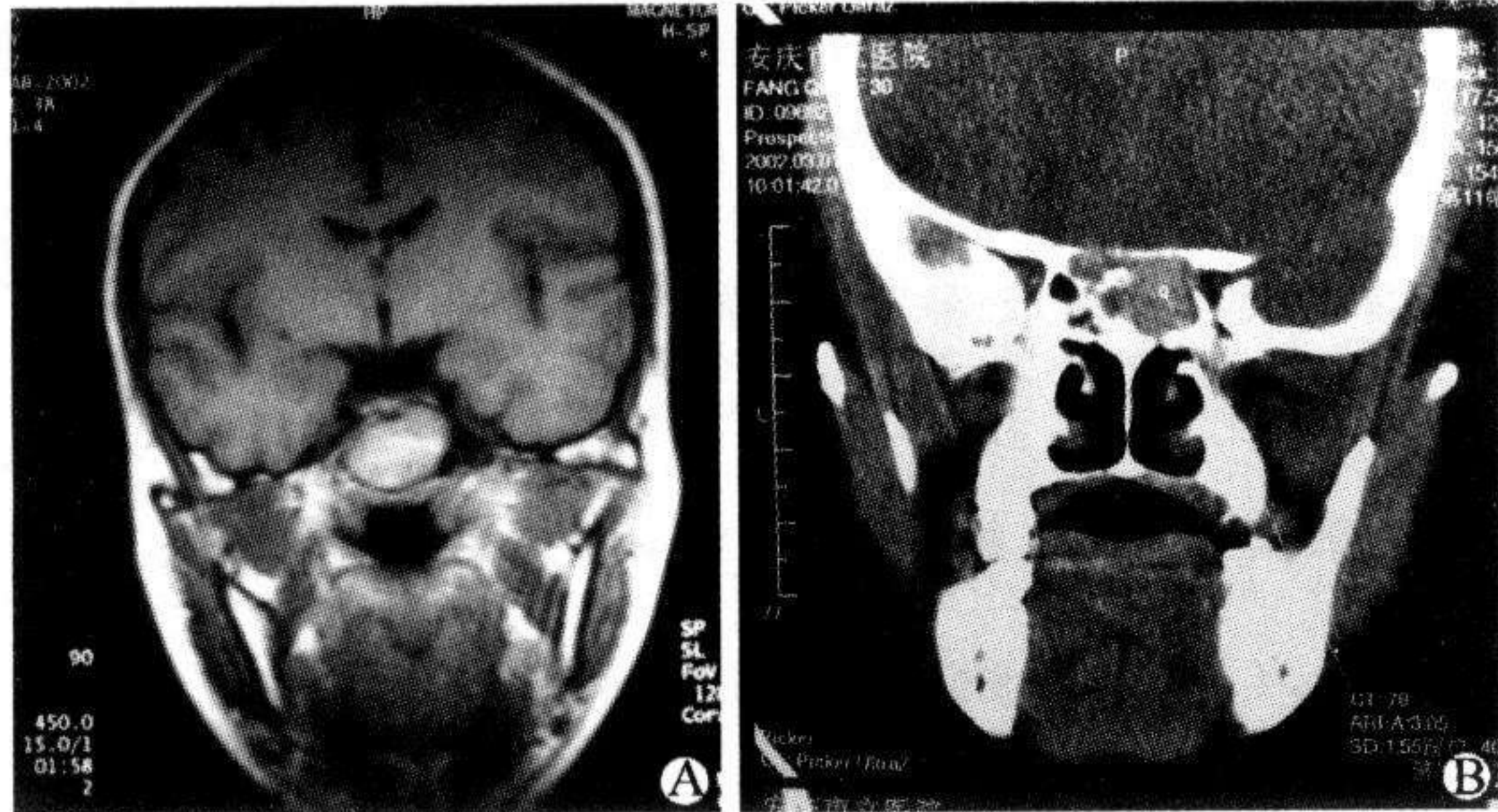


图1 蝶窦囊肿 MRI 表现(A)和 CT 表现(B)

A:蝶窦囊肿在 MRI 上表现为窦腔呈膨胀性扩大,边缘光滑,病变内密度较为均一; B:蝶窦囊肿在 CT 上表现为窦腔呈膨胀性扩大,有骨质破坏

蝶窦囊肿手术在未使用鼻内镜前,有经鼻腔进路,鼻内、外筛窦进路,鼻中隔进路及经腭进路等多种方式,但术中出血多,暴露困难,破坏性大,易发生并发症。而在鼻内镜下经鼻腔开放蝶窦,由于此方法手术距离短、创伤小、出血少、术野清晰,比较安全,加之大多可在局麻下完成手术,所以对蝶窦囊肿的手术,内镜方法在临床上已取代其他的方法。因为鼻内镜下开放蝶窦是一简单、有效、安全的方法,所以对引起视力障碍的蝶窦囊肿患者更应作为急诊处理,任何拖延对患者都是不利的。

[参考文献]

[1] 王杰,戴春富,刘思良,等. 蝶窦囊肿诊治 47 例分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2000,14(9):411-412.
[2] 古庆家,秦学玲,梁传余. 18 例孤立性蝶窦囊肿的诊断和治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(5):316-317.

[收稿日期] 2004-07-06 [修回日期] 2004-10-30
[本文编辑] 曹静

· 临床研究 ·

尿液抗幽门螺杆菌抗体检测的临床意义

Clinical significance of detecting antibody against *Helicobacter pylori* in urine

龚燕芳,屠振兴,许国铭,李兆中

(第二军医大学长海医院消化内科,上海 200433)

[摘要] 目的:评估尿液抗幽门螺杆菌(Hp)抗体检测对 Hp 感染的诊断及根治后疗效判断的应用价值。方法:应用 ELISA 法检测 215 例消化内科门诊患者的尿液抗 Hp 抗体,并以¹³C 呼气试验(¹³C-UBT)为“金标准”进行双盲对比。结果:215 例患者尿 Hp 抗体阳性 99 例,总阳性率为 46.0%;¹³C-UBT 阳性 96 例,阳性率为 44.7%。尿 Hp 抗体结果与¹³C-UBT 相符 180 例,符合率 83.7%;不符 35 例,其中 19 例尿 Hp 抗体阳性而¹³C-UBT 阴性,16 例尿 Hp 抗体阴性而¹³C-UBT 阳性。以¹³C-UBT 为标准,尿液抗体检测的敏感性为 85.7%,特异性为 93.6%,阳性预测率 78.5%,阴性预测率 89.3%,准确性为 84.5%。Hp 根治后 1 个月¹³C-UBT 转阴率为 76.7%,尿液抗 Hp 抗体转阴率为 50.0%。结论:尿液抗 Hp 抗体检测是一种方便、价格低廉、非侵入性诊断 Hp 感染的方法,适合对 Hp 感染患者的筛选、普查和儿童患者,在一定程度上可监测疗效。

[关键词] 幽门螺杆菌;抗体;尿液;诊断

[中图分类号] R 573 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2005)03-0346-02

众所周知,幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染和胃病的关系密切,尤其是与胃癌的发生有一定关系,因此对消化不良患者进行 Hp 感染的筛选工作显得日趋重要。Hp 感染的诊断方法有侵入性和非侵入性方法两大类。诊断方法的选择应该依据临床条件、检测方法的敏感性和特异性、检查费用和商品化检测试剂盒的优劣进行。目前,侵入性诊断为内镜活检;非侵入性方法主要是血清抗体检测和尿素呼气试验(UBT)。最近开展了一些新的检测方法,如唾液及尿液抗体测定^[1~5]、粪便抗原测定^[6~8]等。如果筛选工作可以应用尿液来做,不仅方便标本的收集,也有利于进行普查。目前国内已研制出尿液抗 Hp 抗体检测试剂盒,为了探讨其临床应用价值,我们应用该试剂盒测定尿液抗 Hp 抗体,并以 UBT 作为标准进行双盲比较,结果报告如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料 收集 2003 年 3~6 月因返酸、嗝气、上腹部不适、消化不良等症状来长海医院消化内科门诊求诊的患者,共 215 例,男 112 例,女 103 例,年龄 8~71 岁,平均 56±12 岁。复查患者 35 例,均在药物治疗后 1 个月复查。
1.2 ¹³C-UBT 检测方法参考我们以前的报道^[9],即先收集一试管呼气样本,然后口服 50 mg ¹³C 尿素片剂,30 min 后再收集一管呼气样本,应用质谱仪测定样本中¹²C/¹³C 比值,以¹²C/¹³C >4 为阳性。

[基金项目] 国家自然科学基金(39670648).
[作者简介] 龚燕芳(1963-),女(汉族),主管技师.
E-mail:gong_yf@eastady.com

1.3 ELISA法检测尿液Hp抗体 应用上海阿尔法生物技术有限公司提供的Hp抗体检测试剂盒检测。简述如下:收集的尿液置4℃保存,在已包被纯化Hp全菌抗原的96孔板孔内加入100 μl尿液置37℃孵育60 min,洗涤5次后加入100 μl羊抗人IgG-HRP,继续置37℃孵育30 min,洗涤5次后加入显色液A和B各50 μl,置37℃避光孵育15 min,加终止液1滴,测 D_{450} 。每份标本设双孔,同时设空白对照1孔、阳性和阴性对照各2孔。阳性判断临界值=0.1+阴性对照平均 D_{450} 。

1.4 统计学处理 双盲法测定获得的结果,以 ^{13}C -UBT作为标准,分析尿液抗Hp抗体的敏感性、特异性、准确性。

2 结果

2.1 尿Hp抗体检测的稳定性 尿液置于4℃,对同一份标本,每日检测其抗体浓度,在2周内,其 D_{450} 降低不超过0.1,稳定性良好。

2.2 尿Hp抗体检测的临床意义 215例患者尿Hp抗体阳性99例,总阳性率为46.0%; ^{13}C -UBT阳性96例,阳性率为44.7%。尿Hp抗体结果与 ^{13}C -UBT相符180例,符合率为83.7%;不符35例,其中19例尿Hp抗体阳性而 ^{13}C -UBT阴性,16例尿Hp抗体阴性而 ^{13}C -UBT阳性。以 ^{13}C -UBT为标准,尿液抗体检测的敏感性为85.7%,特异性为93.6%,阳性预测率为78.5%,阴性预测率为89.3%,准确性为84.5%。

2.3 对Hp根治的评估 60例确诊为Hp感染患者经药物治疗后1个月症状缓解或减轻,再次做尿Hp抗体检测,30例转阴,1个月后的转阴率为50.0%,同时做 ^{13}C -UBT,46例转阴,转阴率为76.7%。两者相符44例,符合率为73.3%,不符16例,均为尿Hp抗体阳性而 ^{13}C -UBT阴性。

3 讨论

一个理想的Hp感染检测方法应该既能临床使用又能进行流行病学调查。文献曾报道Hp感染与慢性荨麻疹、冠心病、高脂血症、支气管扩张等疾病关系的普查结果,为这些疾病的病理生理改变提供新的见解。这些研究都采用血清抗Hp抗体检测,需要采血,分离血清。若能采用尿液进行检测,不仅能广泛用于临床筛选Hp感染,更能方便进行普查。1993年Alemohammad等^[2]首次报道306例尿液抗Hp抗体检测的敏感性和特异性分别为95.9%和90%,证实它的有用性。以后相继有文献报道尿液抗Hp抗体检测的敏感性为96.7%~99.0%,特异性为87.1%~100%。Miwa等^[4]应用URINELISA试剂盒检测132例患者尿和血清抗Hp抗体,均以 ^{13}C -UBT作为金标准,结果显示尿抗Hp抗体试验的敏感性、特异性、阳性预测率、阴性预测率和准确性分别为86.3%、91.5%、92.7%、84.4%和88.6%。各种血清抗Hp抗体检测试剂盒检测的敏感性和特异性分别为85.3%~98.6%,73.6%~91.4%,两者基本相符。本研究结果与Miwa接近,提示尿液抗体测定可以与血清抗体测定相媲美,在临床上用于Hp感染的诊断。

本研究显示尿液抗体检测结果与 ^{13}C -UBT结果符合率为83.7%,有良好的相关性。19例尿液抗体阳性而 ^{13}C -UBT阴性者可能有3种情况:(1)本组2例患者在检查时已口服抗生素而未告知,致使 ^{13}C -UBT阴性;(2)因细菌数量少致呼气试验假阴性;(3)尿液中其他成分的干扰引起抗体假阳性。16例尿液抗体阴性而 ^{13}C -UBT阳性者有两种情况:(1)本组有3例尿液抗体浓度可疑阳性被定为阴性;(2)因其他分泌尿素酶细菌存在造成呼气试验假阳性。

为观察尿液抗体对Hp感染根治后疗效的评估价值,我们对60例行抗Hp感染治疗后的患者进行检测。治疗后1个月 ^{13}C -UBT转阴率为76.7%,与我们以前报道的76.1%的转阴率一致^[9]。尿液抗体转阴率为50.0%,虽然低于 ^{13}C -UBT,然而血清抗体滴度降低通常发生在Hp根治后3~6个月^[10],鉴于尿液收集方便,对患者无任何创伤,故仍有一定的监测疗效价值。

总之,尿液抗Hp抗体检测方便,目前又有商品化试剂盒推出,可以在临床上应用,更适用于Hp感染筛选、普查及儿童的检查,在一定程度上可监测疗效。

[参考文献]

- [1] Vakil N, Vaira D. Non-invasive tests for the diagnosis of *H. pylori* infection[J]. *Rev Gastroenterol Disord*, 2004, 4(1): 1-6.
- [2] Alemohammad MM, Foley TJ, Cohen H. Detection of immunoglobulin G antibodies to *Helicobacter pylori* in urine by an enzyme immunoassay method[J]. *J Clin Microbiol*, 1993, 31(8): 2174-2177.
- [3] Shimizu T, Yarita Y, Haruna H, et al. Urine-based enzyme-linked immunosorbent assay for the detection of *Helicobacter pylori* antibodies in children[J]. *J Paediatr Child Health*, 2003, 39(8): 606-610.
- [4] Miwa H, Hirose M, Kikuchi S, et al. How useful is the detection kit for antibody to *Helicobacter pylori* in urine (URINELISA) in clinical practice [J]? *Am J Gastroenterol*, 1999, 94(12): 3460-3463.
- [5] 路又可, 朱人敏, 王琳, 等. 尿液、唾液与血清抗幽门螺杆菌抗体检测的比较[J]. *中华消化杂志*, 2002, 22(6): 377-378.
- [6] Wu IC, Ke HL, Lo YC, et al. Evaluation of a newly developed office-based stool test for detecting *Helicobacter pylori*: an extensive pilot study [J]. *Hepatogastroenterology*, 2003, 50(54): 1761-1765.
- [7] Adachi K, Kawamura A, Ono M, et al. Comparative evaluation of urine-based and other minimally invasive methods for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection [J]. *J Gastroenterol*, 2002, 37(9): 703-708.
- [8] 鄢盛恺, 林其燧, 宋耀虹, 等. 酶免疫法检测粪便幽门螺杆菌抗原[J]. *中华检验医学杂志*, 2000, 23(3): 150-152.
- [9] 屠振兴, 龚燕芳, 李兆申, 等. ^{13}C -尿素呼气试验及其临床应用 [J]. *第二军医大学学报*, 2001, 22(12): 1196-1197.
- [10] Goossens H, Glupczynski Y, Burette A, et al. Evaluation of a commercially available complement fixation test for diagnosis of *Helicobacter pylori* infection and for follow-up after antimicrobial therapy [J]. *J Clin Microbiol*, 1992, 30(12): 3230-3233.

[收稿日期] 2004-07-12

[修回日期] 2004-12-17

[本文编辑] 曹静