

慢性上颌窦炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/307/2021\\_2022\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E4\\_B8\\_8A\\_E9\\_c22\\_307624.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E4_B8_8A_E9_c22_307624.htm) 名称慢性上颌窦炎所属科室耳鼻喉科病因

- 1.全身抵抗力减弱 贫血、低蛋白血症、低免疫球蛋白血症、糖尿病及营养不良等，上颌窦被细菌感染后不易治愈，常发展为慢性上颌窦炎。有不少上颌窦炎查不出急性期病史，开始即为慢性。
- 2.窦口引流阻塞 上颌窦自然开口位置在中鼻道内变异很多，轻易阻塞，如钩突、中鼻甲肥大、泡性中鼻甲、鼻中隔高位弯曲和鼻息肉等，可妨碍上颌窦开口，影响其通气、引流和粘膜纤毛清除功能，可导致慢性发炎。
- 3.筛窦慢性感染 前组筛窦的下部气房延伸到上颌窦的内上角，骨壁甚薄，感染很易蔓延到上颌窦。另外，筛窦炎的脓性分泌物经中鼻道流入上颌窦内，也是常见原因之一。
- 4.鼻变态反应 因上颌窦粘膜水肿，纤毛消除功能障碍，可能导致窦口通气及引流不畅，而发生慢性炎症，即过敏与炎症混合存在。
- 5.齿源性感染。病理慢性上颌窦炎病期长短不一，病理变化也不一致，可分息肉、乳头、滤泡、腺体各和纤维五型。各种炎型常互相混合或变化，现分述如下：
  - 1.息肉型 亦称肥厚型和水肿型，常与变态反应有关。粘膜呈不同程度的水肿，内有淋巴细胞、浆细胞和嗜酸性白细胞浸润，重者呈息肉性变化和囊性变，久这滑壁发生疏松变化。
  - 2.乳头状增生型 粘膜由假复层柱状上皮变为复层鳞状上皮，表层增厚突起呈乳头状，与病毒感染和细菌侵入有关。
  - 3.滤泡型 粘膜有大量淋巴细胞聚集，呈滤泡状。
  - 4.腺体型 有粘液腺和浆液腺增生，腺管阻塞也形成囊肿。
  - 5.纤维型 亦称硬化型或萎缩型。常有小动脉内膜炎和动脉四周炎，使动脉阻塞

，粘膜供血不足，腺体退化，分泌减少、变稠，甚至可引起粘膜萎缩、纤毛消失和结痂形成。临床表现主要为患侧或双侧鼻窦、前鼻滴涕或后鼻滴涕，有时鼻分泌物随头部姿势改变而流出，患者自诉痰多且臭，分泌物为粘液脓性或脓性。患者常有头昏或脓性。患者常有头昏头痛，记忆力减退，思想不能集中。但有一部分患者忘记了自己的症状，及至鼻部检查才发现有慢性上颌窦炎。诊断1.询问病史 注重既往急性鼻炎、急性鼻窦炎的情况和治疗经过，询问有无鼻变态反应史。 2.鼻镜检查 注重中鼻甲有无肥大或息肉，中鼻道有无阻塞及脓性分泌物，鼻中隔有无偏曲。再用1%麻黄素棉片收缩鼻粘膜，然后做头位试验，使患侧上颌窦居上，数分钟后观察患侧中鼻道有无脓液流出。 3.X线摄片 取鼻颏位（water位），观察两侧上颌窦的密度，与眼眶密度相对比，大于眼眶密度者表示阴影模糊，应怀疑粘膜增厚或窦内有脓性分泌物，应进一步检查。 4.上颌窦造影 在上颌窦冲洗后，将碘油2ml注入窦内，变换头位，再行X线摄片，观察粘膜有无增厚和息肉，以及窦内肿瘤、囊肿和窦腔其他情况，粘膜厚度在3mm以上者为增厚。 5.粘膜清除功能试验 在碘油造影后第4天再行摄片检查，粘膜清除功能正常者碘油应已排空，若仍有碘油潴留在上颌窦内，表示粘膜失去清除功能。 6.上颌窦口阻力测定 上颌窦穿侧，向窦内注水，当液体平稳流出时，测量测压管的水柱压力。若经冲洗注药3~4次后窦口阻力仍在6kPa，需行手术治疗。 7.上颌窦内窥镜检查 该项检查是诊断上颌窦病变的最新方法，，由Messerklinger等人于70年代应用于临床，可在冷光源照明下于窦内取病理活检，或者摄片、录象，可克服检查的盲目性，提高诊断率。并发症一.上颌

鼻窦冲洗术常见并发症：1.昏厥 是神经精神因素引起反射性血管运动中枢功能紊乱，导致大脑贫血而发生的一时性意识丧失。过度精神紧张、疼痛、体弱、饥饿、疲惫、室内水蒸气过多、空气不流通等，易发生。作者认为医护人员语言行为粗暴，使患者失去信任，亦有一定关系。故穿刺前应向患者具体解释，并不时询问病人感觉。昏厥的早期症状为乏力、胸闷、恶心、耳鸣、黑朦、眩晕、端坐不稳，但来不及向医生诉说即昏倒并失去意识。检查可见患者面色苍白，有汗，呼吸表浅，脉搏缓慢，血压略低，重者对刺激无反应并有瞳孔散大。此过程很短，约数秒至数分钟，患者意识逐渐恢复。让患者取卧位或头低位，保持呼吸通畅，针刺人中穴，吸入氧气，饮热水一杯，不宜再行穿刺。2.虚脱 为急性全身血管张力减低和心力衰竭的表现。易发生在慢性消耗性疾病、应激反应不足及肾上腺皮质激素分泌低下者，疼痛和精神紧张为其诱因。症状比昏厥严重，表现为皮肤苍白，紫绀，脉搏微弱而频数，呼吸表浅，血压降低，体温降低，意识朦胧，不能很快恢复。虚脱一般是可逆的，但若不能及时抢救，可有生命危险。对长期卧床患者施行上颌窦穿刺时，需做好充分预备，如输液，纠正电解质紊乱，并给予激素，穿刺时宜取卧位，对已发生虚脱者应注重血压、脉搏和呼吸，可即时静脉注射10%葡萄糖液40~60ml。3.空气栓塞 此并发症较少，但有致命危险。因穿刺时针头刺入上颌窦粘膜的静脉内，冲洗后又向窦内用力注入空气，以排空窦内遗留的液体所致。空气经面静脉、颈内静脉而至右心，或气泡向上进入脑部延髓，栓塞呼吸中枢而死亡。患者在注气中可感到术侧颈部有气泡声，随即面色发绀、倾倒，意识丧失，迅速呼吸心

跳停止而死亡。抢救时应迅速使患者取头低位，卧于左侧，以避免更多气泡进入脑内、左心系统和冠状动脉，行人工呼吸，给氧气吸入，无效时需行心脏按摩和心脏穿刺吸出心脏中气体。

4.表面麻醉剂过敏反应 发生率不高，但可致命。表现为中枢神经系统由上而下先兴奋后麻痹。如抽搐、痉挛，呼吸由不规则而变为停止，血压下降，意识由兴奋变为丧失，瞳孔由小变大。抢救宜用抗痉挛剂、人工呼吸及心脏起搏器等。

二.上颌窦造瘘术常见并发症：1.鼻泪管损伤 手术后患侧长期流泪不止。因造瘘位置过于靠前所致，故近年来有人主张把造瘘位置改在下鼻道中部。2.鼻出血 是因造瘘位置过于偏后，损伤了腭大动脉的鼻支，或过于偏前，损伤了上唇动脉鼻支所致。3.下鼻甲鼻中隔粘连 下鼻甲与鼻腔侧壁粘连，因手术后处理不当所致。

三.上颌窦根治术的常见并发症：1.术后出血 据国内统计，发生率为2.4%~7%。多在术后24小时内发生。上颌窦前壁窗口边缘或对孔边缘处小动脉出血，可因下鼻甲损伤所致，可用压迫法止血；以后发生的出血为继发性出血，常为窦内遗留粘膜感染所致，若出血较多，可自原切口探查上颌窦，去除出血粘膜，再行填塞，出血即止。2.面部肿胀 此症属于手术后反应，多因用大量高浓度局部麻醉剂颊部粘膜下注射、拉钩过于用力及手术时间过长所致。治疗方法为及早抽出鼻窦内填塞物，面部予以热敷，应用抗生素预防感染。3.上唇和上列牙齿麻木 多因手术切口损伤眶下神经，或因切口接近中线，损伤上颌切牙神经所致，须数月或一年才能恢复。

治疗一.上颌窦穿刺冲洗术

(Antro-puncture and irrigation) 上颌窦穿刺冲洗，既可用于诊断，又可用于治疗。早在1887年由Mikulicz创用。1.适应症

有脓鼻涕史，X线鼻窦摄片显示上颌窦区混浊者。对亚急性和慢性上颌窦炎，可冲洗排出蓄脓，促进粘膜纤毛恢复功能，并通过穿刺针向窦腔内注入药物，通过穿刺造孔，插入各种视角的上颌窦内窥镜，可进行活检、摄象和录象等。

2.禁忌症 7岁以下儿童忌用，因窦腔未发育成熟，小儿不合作。血友病、白血病等血液病患者应为禁忌。

3.操作方法

(1)经自然孔冲洗法 粘膜表面麻醉，用弯尖的上颌窦冲洗管插入中鼻道，约达前后深度之一半，将尖端转向外下方，再缓慢前拉，经过钩突前进入自然开孔。该孔直径为5~7cm，长8~10mm，插入后用盐水冲洗。鼻中隔高位偏曲、中鼻甲肥大和筛泡、钩突肥大者，难以用该法冲洗。

(2)经中鼻道上颌窦内壁膜部穿刺冲洗 依前法将上颌窦冲洗管尖端朝向下鼻甲上缘的外侧壁，触之有柔软感，然后刺入窦腔内进行冲洗。此法优点是不损伤鼻泪管，不损伤腭大动脉分支，因而不会引起出血。该处造孔不易封闭。

(3)经下鼻道穿刺冲洗 行下鼻道前方粘膜麻醉，亦可用1%普鲁卡因粘膜下浸润麻醉。患者最好取坐位，术者一手固定患者头部，一手持穿刺针，置针于下鼻道近下鼻甲附着处，距下鼻甲前端后方约1cm，以45°角朝眼外眦方向穿刺，当穿入窦腔时有忽然无阻力感觉，如未穿透骨壁，可将穿刺点后移，可将穿刺点后移，或作旋转钻进。穿入窦腔后，抽出针芯，令患者低头，双手捧托弯盘，肘部抬高以防冲洗液流入袖内。接上针筒，试抽，如能抽出空气或脓液，表示已刺入窦腔内，可注盐水冲洗。此时患者需张口呼吸。此时患者需张口呼吸，至洗出液澄清为止。然后根据病情，排除余液，注入适当抗生素液或甲硝唑液。冲洗完毕拔出穿刺针，用1%麻黄素

棉片填塞于下鼻道内止血，10分钟后取出。此法优点是成功率高，能确保针尖在上颌窦腔内。缺点是不能完全无痛，有损伤鼻泪管引起并发症之可能，对儿童不适用。（4）经尖牙窝穿刺法 患者仰卧，消毒唇龈沟上方，注入含肾上腺素的1%利多卡因5ml，深达骨膜。然后将上颌窦穿刺针在眶下缘1cm处刺入上颌窦内。穿刺成功后令患者坐起，进行冲洗。此法的优点是患者轻易接受，适用于儿童患者，患者不会因精神紧张而发生昏厥。缺点是上颌窦前壁骨质较下鼻道侧壁厚，穿刺需用较大力量，有时需用骨凿。（5）塑料管窦内留置冲洗 用较粗穿刺针穿透窦腔，用合适的细聚乙烯管或硅胶管长10~15cm，经针孔插入窦腔内，将其外端用胶布固定在上唇或鼻翼上。优点是免去多次穿刺的痛苦，可每日多次冲洗，缩短治疗时间，并可根据需要随时采取窦内分泌物行细胞学、细菌学研究。

4.冲洗用药液 为提高疗效，根据情况可在生理盐水中加入下列各类药物：（1）血管收缩剂 可使粘膜血管收缩消肿，有利于通气引流，其中以0.5%阿拉明（间羟胺）效果最好，继发性血管扩张作用轻，而且对粘膜纤毛无抑制作用。（2）抗生素 各种抗生素皆可使用。因病菌对各种抗生素有不同的抗药性，使用前需行分泌物细菌培养和药敏试验，若无条件做药敏试验，可以加入高效广谱抗生素。因慢性上颌窦炎，非凡是牙源性者，多为厌氧菌感染，冲洗液中必须加甲硝唑和氯霉素方能达到治疗目的。（3）肾上腺皮质激素 选用水溶液为宜，如醋酸氢化可的松，不宜用酒精溶液，以免对粘膜有刺激作用。此类药物可使粘膜消肿，并协助抗生素发挥消炎作用。（4）酶类药物 能使窦内粘稠脓质液化，有利于排出窦外。经验证实，抗生素与酶

类药物合用并无禁忌。常用酶类药有链球菌液酶500  
~ 5000U/ml，链球菌导酶1000U/ml，去氧核糖核酸酶50000  
~ 100000U/ml。 5.上颌窦穿刺术失误 据国内资料，321例穿刺  
术失误率为4.1%。 穿刺到上颌窦以外，如眶内、颊部软组  
织、翼腭窝内、下鼻道粘膜下。 刺入上颌窦内侧壁或外侧  
壁的粘膜下。均因技术不熟练或用力太大所致。穿刺后需用  
空针抽吸，如抽不出空气，应考虑刺失误，不可勉强注水冲  
洗，以免引起并发症。 6.常见并发症（1）昏厥是神经精神  
因素引起反射性血管运动中枢功能紊乱，导致大脑贫血而发  
生的一时性意识丧失。过度精神紧张、疼痛、体弱、饥饿、  
疲惫、室内水蒸气过多、空气不流通等，易发生。作者认为  
医护人员语言行为粗暴，使患者失去信任，亦有一定关系。  
故穿刺前应向患者具体解释，并不时询问病人感觉。昏厥的  
早期症状为乏力、胸闷、恶心、耳鸣、黑朦、眩晕、端坐不  
稳，但来不及向医生诉说即昏倒并失去意识。检查可见患者  
面色苍白，有汗，呼吸表浅，脉搏缓慢，血压略低，重者对  
刺激无反应并有瞳孔散大。此过程很短，约数秒至数分钟，  
患者意识逐渐恢复。让患者取卧位或头低位，保持呼吸通畅  
，针刺人中穴，吸入氧气，饮热水一杯，不宜再行穿刺。  
（2）虚脱为急性全身血管张力减低和心力衰竭的表现。易  
发生在慢性消耗性疾病、应激反应不足及肾上腺皮质激素分泌  
低下者，疼痛和精神紧张为其诱因。症状比昏厥严重，表现为  
皮肤苍白，紫绀，脉搏微弱而频数，呼吸表浅，血压降低，  
体温降低，意识朦胧，不能很快恢复。虚脱一般是可逆的，  
但若不能及时抢救，可有生命危险。对长期卧床患者施行上  
颌窦穿刺时，需做好充分预备，如输液，纠正电解质紊乱，

并给予激素，穿刺时宜取卧位，对已发生虚脱者应注重血压、脉搏和呼吸，可即时静脉注射10%葡萄糖液40~60ml。（3）空气栓塞此并发症较少，但有致命危险。因穿刺时针头刺入上颌窦粘膜的静脉内，冲洗后又向窦内用力注入空气，以排空窦内遗留的液体所致。空气经面静脉、颈内静脉而至右心，或气泡向上进入脑部延髓，栓塞呼吸中枢而死亡。患者在注气中可感到术侧颈部有气泡声，随即面色发绀、倾倒，意识丧失，迅速呼吸心跳停止而死亡。抢救时应迅速使患者取头低位，卧于左侧，以避免更多气泡进入脑内、左心系统和冠状动脉，行人工呼吸，给氧气吸入，无效时需行心脏按摩和心脏穿刺吸出心脏中气体。（4）表面麻醉剂过敏反应发生率不高，但可致命。表现为中枢神经系统由上而下先兴奋后麻痹。如抽搐、痉挛，呼吸由不规则而变为停止，血压下降，意识由兴奋变为丧失，瞳孔由小变大。抢救宜用抗痉挛剂、人工呼吸及心脏起搏器等。

## 二.上颌窦造瘘术

（intranasal-antrostomy）此法又名上颌窦开窗术，由Mikulitz于1886年创用。操作方法与经下鼻道上颌窦穿行刺冲洗术相似，不同之点是在下鼻道造一窗孔，以供随时插入导管进行冲洗，并有窦内通气，恢复纤毛输送功能等优点。造瘘目的不是为了引流。通过该窗孔可以插入上颌窦内窥镜观察病变。

1.操作方法 首先在下鼻道行1%地卡因（含肾上腺素）表现麻醉，再在距下鼻甲2cm处的下鼻道外侧壁行1%普鲁卡因浸润麻醉，然后用骨凿在该处凿一粘膜骨瓣，蒂在后方，将此粘膜骨瓣转入窦内，以防窗孔封闭。必要时可用骨锉在上、下、前方将窗孔扩大，也可切除下鼻甲遮盖窗孔的部分，以防阻塞窗孔。

2.治疗失败原因 同上颌窦穿刺冲洗术。

## 三.经唇

龈沟下鼻道上颌窦造瘘术（Transa-labial fold antrostomy）该法由许炜昕创用于1965年。先行下鼻道及下鼻甲表面麻醉，再对唇龈窝、鼻旁软组织及尖牙窝行1%普鲁卡因浸润麻醉，于牙齿和颊部之间填塞一块纱布以吸收渗血。在牙龈游离缘上方5~6mm处，自第一尖牙至中线做一水平切口，切开粘膜和骨膜，注重勿损伤上唇龈系带。分离组织，暴露梨状嵴，将切口向上拉到下鼻甲附着点以上粘骨膜处。该处在鼻底以上约1.5cm，可在该处行下鼻道开窗。用剥离器分离下鼻道骨壁粘膜至距梨状嵴约3cm处，上自下鼻甲附着点，下至鼻底部，缓慢推进。用剥离器将下鼻道粘骨膜向内侧牵引，用骨凿于下鼻甲之下凿进上颌窦，必要时还可将梨状嵴一并咬除，至看清上颌窦前内角为止。上颌窦前壁无需破坏。窗口应尽量扩大，以减少封闭的可能。通过窗口可以看到窦内情况，并对窦内粘膜进行处理。分离上颌窦粘膜，沿窗口下缘到达上颌窦底部，去除骨壁至鼻腔底部。该处比上颌窦底部平均高出5mm。上颌窦鼻腔的骨嵴必须完全凿去，以便引流通畅。将上颌窦粘膜瓣翻向鼻腔，覆盖骨面，将蒂置于窗口前缘，压迫固定，上颌窦填塞碘仿纱条5日，用丝线缝合切口，6日拆线。

四.上颌窦根治术 本手术最早于1893年由Weorge Galter Caldwell和1893年Henry Paul Luc所完成，故名Caldwell-Luc手术（柯-陆手术）。1.适应术（1）慢性化脓性上颌窦炎，经连续穿刺冲洗一个月，或窦内注药治疗半个月，仍有脓性分泌物者。（2）经病理证实上颌窦内有结核性炎症或霉菌感染者。（3）经影像学检查证实上颌窦内有息肉、囊肿或良性肿瘤者。（4）上颌窦内异物。（5）牙源性上颌窦炎及上颌窦口腔漏管。（6）经上颌窦施行其他手

术，如后鼻孔探查，蝶窦、蝶鞍探查，翼管神经切断，颌内动脉结扎，眶减压，眶击出性骨折复位，腮腺移植治疗萎缩性鼻炎，上颌窦癌放疗前引流，翼腭窝异物取出，鼻腔侧壁内移及筛窦开放术等。

2.手术操作（1）麻醉 局部浸润麻醉合并鼻腔、窦腔粘膜麻醉。局部主要麻醉眶下神经、齿槽神经及蝶腭神经节。（2）切口 于上唇和唇龈粘膜交界处自尖牙嵴向外达第二尖牙做横切口，深达骨壁，剥离骨膜，露出尖牙窝骨面。（3）凿开前壁 用圆凿或电钻头凿开尖牙窝内侧部分，即上颌窦前壁，然后用咬骨钳扩大成1~1.5cm直径的骨孔，若发生出血可用骨蜡止血，或于出血处两旁用骨凿各凿一次施行压迫止血。（4）取出病变组织 古典的柯-陆手术是将窦内粘膜完全剥除，以期彻底根治。但事实上术后窦腔常被新生的纤维组织所布满，仍易感染而发炎，疗效不够满足。随着对粘膜生理学和病理学的进一步熟悉，人们对粘膜的处理采用了保留的方法，例如对牙源性上颌窦炎只清除下壁接近牙根的粘膜，而对其他处粘膜则予以保留。近年来有人主张只去除感染破坏严重、不可逆转的粘膜，而对可逆转粘膜尽量予以保留。至于识别可逆性与不可逆性病变，用肉眼观察比较困难，必须于术前经上颌窦内窥镜下取粘膜行病理检查方能确定。不可逆病变有粘膜坏死、脓肿、肉芽、囊肿及息肉等。（5）凿开对孔通入下鼻道 在上颌窦内侧壁前下部，用圆凿将骨壁凿成对孔，用咬骨钳向前下方扩大，使其前后径不小于1.5cm，上下径不小于1.0cm，并使对孔下缘与鼻腔底部处于同一平面。用尖刀沿对边缘向窦内下鼻道粘膜行上、前、后切开，做面粘膜瓣，并使转向窦内底部，以便再生粘膜覆盖窦腔。假如下鼻甲前端肥大，妨碍此项操

作，或阻塞对孔的通畅，则可切除下鼻甲前端。（6）填塞与缝合 检查鼻腔及上颌窦是否达到手术要求，如无渗血可不用填塞，如有渗血则需用碘仿纱条填塞窦腔，将其另一端自对孔引至下鼻道，以便次日取出。唇龈沟粘膜切口可用丝线缝合，面颊部加压包扎，以减轻肿胀和瘀血。

### 3.手术改进 上颌窦根治术成败的要害在于能否长期保持对孔通畅。据国内资料，能达到此目的约占60%，其他40%皆因对孔封闭引起再感染而告失败。所以手术改进主要是防止对孔再封闭和促进窦内粘膜再生。具体方法如下：

（1）对孔置环术 在手术填塞窦腔以前，将塑料环卡在对孔处，以防止愈合过程中发生狭窄或封闭。为防止塑料环滑脱，可将其边缘制成两沟状，既可长期使用，又不影响手术后冲洗。

（2）上颌窦鼻腔吻合术 1964年由张曦易所创用，其方法是在手术中取去窦内粘膜时，保留内侧壁粘膜，将下鼻道对孔鼻腔粘膜分成上、下、后三方分别翻入窦内，与窦内粘膜缝合，吻合口纵横径如能保持1cm以上，就能达到长期保持对孔通畅目的。

（3）口衔式自拉露钩 1953年由作者制成。此器械之目的是代替专司拉钩的助手，在繁忙工作中起到节约人力的作用。另外还可避免拉力过大和预防术后面颊部肿胀。咬肌的力量为45kg，而拉钩所需力量不足4.5kg，故用口衔式自拉露钩患者不会疲惫。此器械适用于下颌关节功能障碍、下列牙齿脱落或松动的患者。

（4）扩大自然口的上颌窦根治术 1993年萧壁君等在行上颌窦根治术时，采取扩大该窦自然孔的方法，以促进窦内引流，获得了较传统手术更好的效果。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)