

血管运动性鼻炎 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__E8_A1_80_E7_AE_A1_E8_BF_90_E5_c22_307629.htm 名称血管运动性鼻炎

所属科室耳鼻喉科病理鼻粘膜含有大量腺体、丰富的血管床和来源诸多的神经支配，构成一精细、敏感和活跃的终末器官，行使其呼吸道门户的各种生理功能。它依靠神经mdash.内分泌等活动，维持着鼻腔与内外环境的平衡。这种平衡表面依靠于来自下丘脑的两条径路：一是通过脑下垂体借助于内分泌链对鼻粘膜功能实施体液调节，一是通过自主神经系统直接实施于神经调节。上述径路之一若发生功能改变，即可引起鼻粘膜血管、腺体功能失调、反应性增强，这就是血管运动性鼻炎发病的主要病理生理基础。（一）自主神经功能紊乱正常情况下，交感神经兴奋时，其末梢释放去甲肾上腺素和神经***y，通过在血管壁上的相应受体以维持鼻粘膜血管张力。刺激副交感神经时，其末梢释放乙酰胆碱，通过在血管壁和腺体上的M受体以引起血管扩张和腺体分泌。晚近研究又发现，在鼻粘膜副交感神经中存有血管活性肠***

（VIP）免疫反应阳性纤维。刺激翼管神经（主含副交感神经）时，该VIP免疫反应阳性纤维释放VIP，后者可引起血管扩张，而且这种血管扩张不能被阿托品阻断。Uddman（1987）认为，副交感神经兴奋引起的腺体分泌是乙酰胆碱所致，而血管扩张则源于非胆碱样血管扩张因子mdash.VIP。反复的交感性刺激（过劳、烦躁、焦虑、精神紧张等），可消耗过多的神经递质合成酶和已合成并贮备在神经末梢的递质，使beta.受体的数目相应减少，可引起交感性张力减低。某些

抗高血压药、非选择性 α_1 -肾上腺素能受体减少。雌二醇还能增强肥大细胞非免疫性组织胺释放作用。（三）组织胺等炎性介质的非免疫性释放引起组织胺等介质非免疫性释放的因素有多种，如化学性（麻醉药、水杨酸制剂）、物理性（骤变的温度、湿度、气候、尘埃）、神经性（情绪变化）等。组织胺非免疫性释放的具体机制尚不清楚，但不管准确机制如何，均受细胞内cAMP水平调节。只要能引起细胞内cAMP水平下降，就可使肥大细胞释放介质。鼻粘膜组织学改变表现为杯状细胞增多，血管扩张，腺体增生和组织水肿，与变应性鼻炎不同的是组织中很少有粒细胞浸润，小血管内皮细胞连接完整。临床表现根据发病因素，Goldman（1987）将血管运动性鼻炎分成三种临床类型，这种分型对于诊断和治疗有一定意义。（一）物理性反应型一些患者常针对某些物理性刺激产生特异性鼻部反应。如每于接触冷空气、忽然的气温变化、潮湿等，即产生发作性喷嚏，并伴有较多水样鼻涕。患者常可明确陈述发病诱因。该型也可能属反向过强性鼻炎。（二）精神性反应型精神紧张、惧怕或怨恨、沮丧等反复刺激，引起患者鼻部反应。现代神经生活内容的变化和节奏的加快与传统观念之间的矛盾，使此类患者人数增加。（三）特发性反应型此型患者往往找不到任何可疑的诱发因素，占血管运动性鼻炎病例的大多数。患者常有水样鼻涕，鼻粘膜水肿，时有粘膜息肉或鼻息肉。内分泌功能失调可能是其诱因之一。根据临床特点又可分为两种类型：1.鼻塞型该型症状以鼻塞为主，多为间歇性。一些患者晨起时的鼻塞严重，白天减轻或消失。也有的患者每晚加重，常伴有随体位变化的交替性鼻塞。如鼻粘膜发生息肉样变或鼻息肉，

可有不同程度的持续性鼻塞。时有喷嚏，但程度较轻。喷嚏过后鼻可获短暂缓解。患者往往对气候和环境温度的变化异常敏感。

2.鼻溢型 水样鼻涕增多为其主要症状，多伴有发作性喷嚏。发病常为连续数天，天天换洗数条手帕或耗用大量手纸。鼻内发痒，但很少有结膜受累、眼痒等症状。症状持续数天或数周后可自行减轻或消失，经过一定间歇期后在一定诱因作用下又可发病。本型以20~40岁女性多见，且精神类型多不稳定。其他症状尚有因粘膜持续肿胀充血、水肿引起的嗅觉减退、头昏等症状。鼻镜检查 鼻粘膜色泽无恒定改变。有由充血产生的暗红色，或由容量血管扩张产生的浅蓝色，或由粘膜水肿产生的苍白色。有的一侧鼻粘膜充血暗红，另一侧却苍白水肿。鼻甲肿大者一般对麻黄素收缩反应尚好，但病程长者或反复使用者，则收缩反应差。病程长者可表现出粘膜水肿和息肉样变。后鼻镜可见到增大、水肿的下鼻甲后端。鉴别诊断几乎每个人都会有偶然的鼻部症状，因此区别正常鼻和病鼻有时比较困难。但只要具体询问病史，仔细检查，认真分析诱发因素，鼻部症状天天累计超过1小时，病程长达一个月以上者，在排除下列疾病后，可诊断为血管运动性鼻炎。

1.变应性鼻炎 变应原皮肤试验阳性，鼻分泌物中有嗜酸细胞和嗜碱细胞。季节性鼻炎发作呈季节性。

2.感染性鼻炎 有急性鼻炎和慢性鼻炎之分。鼻分泌物常为粘液性或粘液脓性，分泌物中多为嗜中性粒细胞。

3.非常变态反应性嗜酸细胞增多性鼻炎 鼻分泌物中有大量嗜酸细胞，但无其他变态反应依据。

4.阿斯匹林不耐受三联症 虽然鼻分泌物中可有多量嗜酸细胞，但患者有水杨酸制剂或其他解热镇痛药过敏史和哮喘史，鼻内有鼻息肉。

5.过强反向性鼻

炎由鼻内感觉神经轴突反向过强引起，以突发性喷嚏为主要症状，发作忽然，消失也快。治疗由于本病诱发因素多，发病机制错综复杂，治疗中应采取综合措施。（一）避免或去除诱发因素改善工作条件和环境，把握生活节奏，稳定情绪，不要过度疲惫与紧张。对患者实施必要的心理治疗或暗示性语言，有时也会收到明显效果。由内分泌因素引起者，应视情况请内分泌科医师协助治疗。（二）药物治疗应视病情变化，适时选择药物。

- 1.鼻减充血剂 对以鼻塞为主要症状者可选用。但在应用时要注意药物性鼻炎的发生。可采取间断性或交替性给药。三磷酸腺苷钠（ATP）每次40mg，每日3次，对缓解鼻塞有显著疗效。最近有人证实ATP可能为另一种拟交感药。
- 2.抗组织胺药 不少非免疫性因素可引起肥大细胞释放组织胺，故抗组胺药对不少病例仍有较好疗效，对鼻痒和喷嚏症状明显者，可首先选用。
- 3.抗胆碱药 适用于以鼻溢为主要症状的患者。溴化异丙托品（ipratropium bromide）气雾剂，每鼻孔80plusmn.1.91mm。近端为骨管段长3.64plusmn.2.69mm。全段横径皆较细，约0.42plusmn.0.09mm，绝大部分走行于骨管内，少数走行于沟内，术中应注重勿错认为岩浅大神经。面神经管裂孔与前方的棘孔和后方的弓状隆起的距离约1cm，并在一条直线上。面神经管裂孔处有银白色致密结缔组织膜和硬脑膜粘连，为手术重要解剖标志。手术方式与Spiller-Frazier三叉神经感觉根切断术相同，可采用颞骨颅中窝进路。手术野较大。患者取半坐位，以便降低颅内压并减少手术区出血。用气管内乙醚麻醉或普鲁卡因局部强化麻醉。距耳屏前3cm由颧弓之上向颞后纵行切开皮肤7cm，分开颞肌及骨膜，用乳突牵开器

将其左右拉开，用电钻及咬骨钳将颞骨鳞部切除直径4~5cm的圆形窗孔，下方尽量低达颅底部，由外向内分离颅底硬脑膜，首先见到弓形隆突，再循硬脑膜中动脉找到棘孔。岩浅大神经适位于弓状隆突与棘孔之间，走行方向大致与岩骨长轴平行，距此两标志各约1cm。其后外段进入岩骨内抵膝状神经节；其前内段走行于三叉神经半月节下入破裂孔。此时用剥离子由弓状隆突稍向前内分离即可见红色的神经纤维。岩浅大神经与硬脑膜之间常有纤维组织粘连，分离操作务必小心，切勿强撕，以免损伤膝状节造成面瘫。确定岩浅大神经后，最好在其沟内原位切断或电灼，不宜挑起牵拉，以免发生面瘫。Gardner和Nosik（1951）主张切去神经干2~4mm，以防再生而导致症状复发。若遇特深沟型病例，可用微型电极从沟的裂缝中插入，电灼破坏神经干。注重勿靠近面神经管裂孔，以免损伤面神经。若有渗血可用电灼止血，然后分层缝合切口，术后用抗生素预防感染。（2）翼管神经切断术 翼管神经内含进入鼻腔的副交感神经纤维。Malcomson（1959）首次提出经鼻中隔进路切断翼管神经。此后又有各种术工陆续报道，皆称有良好疗效，但对远期疗效评价不一。该手术可使喷嚏、鼻水样涕得到控制，但对鼻塞的改善较差。术后眼干不适是其常见并发症。翼管神经含有来自岩浅大神经副交感神经的节前纤维和来自岩深神经交感神经的节后纤维，两种神经纤维在破裂孔处汇合，向前行于翼管中，改称为翼管神经。此神经由后向前穿出翼管达翼腭窝内侧，在其深部之上方，加入蝶腭神经节，由此发出副交感神经的节后纤维和交感神经的节后纤维，经上颌神经的颧支，通过交通支加入到泪神经，供泪腺分泌。翼管神经外口呈漏斗状

，位于蝶骨体的外下方，翼突内板的顶端，圆孔的内下，蝶窦自然孔的外下方。圆孔与翼管外口之间有骨嵴相隔。作者发现，若自前鼻孔沿中鼻道插入一圆头探针，朝向后鼻孔外上方约1cm处，摸到漏斗凹陷即翼管外孔，为手术定位的标志。蝶腭孔与中鼻甲后端的关系：在100例中，蝶腭孔在中鼻甲后后方者占95%；在中鼻甲后上方者占5%。 经上颌窦进路分以下四种方式：Golding-Wood法 按柯—陆上颌窦根治术切口，造成前壁骨窗，切开后壁粘膜，使成方形粘膜瓣，翻向下方，去除后壁骨质，注重勿损伤其下的骨膜。充分止血后，用钝器分离骨膜即进入翼腭窝，剥离脂肪组织，找到颌内动脉并用银夹阻断，仔细向深部剥离，不可损伤小静脉，以防出血。暴露蝶骨体前面，找到圆孔。该孔有上颌神经通过，触之患者即感疼痛。再从圆孔向下方寻找，在1cm以内有一漏斗形凹陷，即翼管神经孔。用小刀切断自翼管口出来的组织，断端用电刀烧灼，或用骨蜡封堵翼管口。以后各步骤与柯—陆手术做对孔，并缝合切口。此法特点是不需解剖翼腭窝内窝物，可以节省时间。Legent法 先经上颌窦开放筛窦（de Lima手术），找到筛—上颌窦小房下坎内侧段和上颌窦内侧壁平面。用上述方法切断翼管神经。此法最适用于治疗复发性鼻息肉。卜国铉法 先经上颌窦开放筛窦，自鼻孔沿中鼻道插入圆头探针，在后鼻孔外上方约1cm处摸到漏斗状凹陷，即翼管孔，其外上方有一纵行小骨嵴，越过此嵴，向外侧探查患者感到剧痛处（乃触及圆孔内的上颌神经所致），这种现象可作为翼管孔定位的参考。翼管孔至前鼻孔的深度6~7cm，探针插入翼管口后，可自上颌窦前壁的窗口看到，为翼管孔定位的可靠标志。清除筛窦气房及

筛骨和“L”形切口。长臂在隆突之上，自后向前；短臂在鼻咽腔后壁与外壁之间，由上向下，剥离粘骨膜，显露翼突内板，至其上缘及其与枕基相交处，该处后外侧即破裂孔及其中走行的颈内动脉，切勿损伤。翼管位于翼突内板上缘的疏松骨质内2~3mm处，呈象牙样骨管，磨开此管，找到神经，用钩挑起切断，并电灼其中枢断端，然后粘膜复位，缝合腭部切口。

非手术性翼管神经切断术翼管神经冷冻法系由Poch vinals和Poch Brato于1977年首创。尹居中（1983）用BYD-1型冷冻器，冷冻头用上颌窦穿刺针改制而成，长80mm，内径1mm，外加硅胶套管隔温。按上述方法将冷冻头自前鼻孔插入翼管孔，降温至-196℃，历时20~30秒，在管口冻成1.5~2.0cm直径大的冰球，快速复温后取出冷冻头，即可达到切断翼管神经之目的。此法同时也破坏了蝶腭神经节。术后可有反应性头痛、眼痛，1~2日内即消退。翼管神经电灼术始于Portmann（1982）和Kirtane（1984）。王忠植等（1987）在鼻腔表面麻醉下以长针头经蝶腭孔至翼管孔行高频电灼术，在408例中有效率占80%。翼管内注药法 该类药物有破坏神经组织的作用，如95%酒精和复方奎宁等。宋昌湘、李德胜等（1984）曾应用此法治愈大量患者。作者认为，翼管上壁可有骨质天然缺损，注射药量必须限于0.5ml以内，以免引起脑膜刺激。

（3）筛前神经切断术 筛前神经为三叉神经眼支的终末分支，其中含有来自睫状神经节的副交感纤维，随筛前神经分布于鼻腔前部。鼻腔前部又是鼻浆液腺分布的高密度区。据此卜国铉（1989）提出同时切断筛前神经和翼管神经可更好地控制血管运动性鼻炎症状。三叉神经第一支为眼神经，自三叉神经节发出后，进入海绵窦分为3支

，即额神经、泪神经和鼻睫神经。鼻睫神经向前行经眶上裂进入眶内，分出筛前神经和筛后神经。来自动眼神经核（Edinger-Westphal核），发出的副交感神经纤维在眶内眼球之后，于睫状神经节更换神经元，与筛前神经合并，构成既有感觉纤维又含副交感纤维的混合神经。筛后神经则仅有感觉纤维而无副交感纤维。筛前神经在眶内向前内方向走行，在上斜肌与内直肌之间，与筛前动脉和静脉合为一束，穿过筛前孔进入前组筛窦气房内，在筛窦上壁横行进入颅前窝，位于硬脑膜外，至筛骨鸡冠前部旁侧，穿过一小裂孔向下进入鼻腔。在鼻腔前上部分为内侧支和外侧支，前者供给鼻腔和额窦粘膜，后者供给鼻根及鼻背的皮肤。筛前神经的鼻内侧支又分为供给鼻中隔的一支和供给鼻腔外侧壁的一支。鼻中隔内的筛前神经副交感纤维有时可进入筛骨垂直板内，然后再穿出，供给鼻中隔前上部的大量浆液腺体。筛前神经眶内段横切面可见由4条神经纤维束构成，用El-Badawi乙酰胆碱酯酶染色法呈棕黄色，可显示出副交感神经纤维。

眶内进路于局部麻醉下，自眶内侧缘做弧形切口，切断内眦韧带，在骨膜下沿眶内侧壁向深处剥离，距眶缘约2cm处找到筛前孔，可见筛前神经与筛前动脉共同包绕在纤维束内，将该神经游离切断，创口分两层缝合。此法简单易行，但术后可能遗留瘢痕。

鼻内电灼术 将鼻中隔上方自前向后行表面麻醉。在筛前神经鼻中隔支（位于鼻中隔前上方，靠近鼻背，与眶下缘平面相齐处）用电灼术或电凝固术切断。一次只作一侧。术后可发生喷嚏和水样鼻涕，数小时后反应消失。若有症状复发，可于对侧行同样处理。此法的远期有效率约为86.6%。电灼部位不准确可影响疗效。

筛窦进路 在鼻内

窥镜配合下行鼻内筛窦开放术，去除前组筛窦气房，用鼻内窥镜观察，可见筛前神经和筛前动脉在筛窦顶壁横向伴行，筛窦顶壁很薄呈淡蓝色，可用电灼器切断，勿损伤顶壁，以免损伤硬脑膜。此法适用于兼患鼻息肉的患者。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