

慢性蝶窦炎 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_E8_9D_B6_E7_c22_307643.htm 名称慢性蝶窦炎所属科室耳鼻喉科病因与慢性筛窦炎相同。病理据58例鼻内窥镜检查，单发的蝶窦炎占34%，与后组筛窦炎并存者占14%，与前组鼻窦炎并存者占19%，全鼻窦炎者占33%。临床表现本病患者有一部分无任何主诉症状或症状不显著。仔细询问可有如下列症状：1.头痛 常位于眼球之后，以头顶、枕部为甚，夜间或饮酒后加剧。2.反射性神经痛 可有面痛、牙痛、乳突、颈部、肩背等处神经痛。3.嗅觉障碍 常为原因不明的嗅觉丧失。4.头晕 步履不稳，左右摇摆，但无定向偏斜，与耳性眩晕不同。5.后鼻滴涕 可在低头时或头位变动时有脓性分泌物自后鼻孔流至咽部，吐出后症状暂时缓解。检查传统检查方法是在鼻腔表面麻醉后，将长鼻镜伸入鼻腔，向外推开中鼻甲，有时可见蝶窦口有脓性分泌物，嗅裂亦有脓液，蝶筛隐窝粘膜充血，咽后壁粘膜充血增厚，可见后鼻孔处有脓液。但因照明度较差，不易观察。纤维光导鼻内窥镜检查，可见上鼻道和蝶筛隐窝处粘膜水肿，息肉样变，并有脓性分泌物，蝶窦口处可能有息肉阻塞，收缩后可见粘膜充血和脓性分泌物。因为此法可见度高，病变不难发现。并发症常见手术并发症 上述各种蝶窦手术，假如按常规要领操作，不会发生并发症预防手术并发症的要害问题是不要在蝶窦内钳取病变组织。因为蝶变上壁为硬脑膜和脑下垂体，蝶窦侧壁与视神经、颈内动脉、海绵窦和上颌神经关系密切。神经血管附着于蝶窦侧壁颅腔内，在骨壁上形成压迹，并突入蝶窦腔内形成隆起。有时隆起处骨壁菲薄甚至缺如，假如术中钳取侧壁

病变组织，势必酿成灾难性的后果。据许彥、王继群（1994）发表的50例测量资料，视神经管隆起骨壁缺损占2%，颈内动脉隆起骨壁缺损占4%。视神经管位蝶窦侧壁的最上方，自后向前走行。颈内动脉管位于视神经管的下方，自前向后下方呈曲线走行，术中最易受损。翼管在蝶窦下壁外侧，四周骨壁较厚，因而术中不易损伤翼管神经。

1.脑脊液鼻漏 蝶窦顶壁靠近后组筛房处骨板菲薄，若术中损伤硬脑膜可有脑脊液流出，脑脊液清彻透明，若混有血液，则滴在布上可见浸润处中心为红色血块，其四周为无色润圈，化验表明蛋白含量在20mg/L以下，葡萄糖含量在30mg以上。治疗方法是在鼻内窥镜下找到瘘孔，并用小块肌肉和筋膜填塞。蝶窦可用碘仿纱条填塞。患者回病房后取半坐位，禁擤鼻，限制水分摄入量，选用轻易通过血脑屏障的广谱抗生素预防感染。碘仿纱条可在术后1~2周抽出。以后需密切观察有无脑膜炎脑脓肿的征兆，并应予以及时处理。

2.视神经损伤 视神经位于蝶窦顶壁与外侧壁交角处，即外侧壁最上部。手术器械触及视神经时，患者可有闪光感，应马上停止手术并检查视力。蝶窦腔不需填塞，以免视神经受压。术后注射氟美松5mg/kg，共3日。检查视力，若视力继续下降，可争取行视神经管减压术。

3.颈内动脉破裂 蝶窦手术中，忽然出现喷射状大出血，必定是颈内动脉破裂，应立即用碘仿纱条填塞压迫蝶窦侧壁，停止手术，将病人送回病房输血，两周后将碘仿纱条慢慢抽出。若仍出血，需另行压迫填塞或用可脱性气囊经动脉导管在透视下栓塞破裂的颈内动脉。

治疗一.保守疗法 负压置换术效果尚好，可在1%麻黄素液中加入适量抗生素、皮质类固醇、酶制剂等。

二.手术疗法 1.蝶窦冲洗法 适用于慢性蝶窦炎，

经保守疗法效果不佳，检查发现蝶窦口有堵塞，引流不畅，症状显著者。（1）鼻腔粘膜以1%地卡因（加0.1%肾上腺素）行表面麻醉，然后将长鼻镜置于中鼻甲与鼻中隔之间，把鼻中甲推向外侧，扩宽嗅裂。（2）用有刻度、前端稍有弯度的导管，经鼻腔嗅裂斜向上插入抵达筛板，由前向后移动，直达蝶窦前壁。当导管恰好在中鼻甲下缘的中心与中鼻甲相交叉时，导管即可进入蝶窦的开口。选用30度视角的内窥镜引导，可以在明视下将导管插入蝶窦口内。（3）将注射器吸满无菌生理盐水，连接导管先行抽吸，确定有脓液后，嘱患者低头，捧住弯盘，再予冲洗。蝶窦盲目穿刺冲洗有危险性，不宜使用。

2.蝶窦开口扩大术

适用于用上法冲洗蝶窦有困难者。（1）局部麻醉同上。将中鼻甲推向外侧，暴露蝶窦前壁，必要时切除中鼻甲后部以扩大视野。（2）将筛窦钩状刀伸入蝶窦口内，使该口外侧骨壁破碎，然后放入转头蝶窦咬骨钳，扩大蝶窦开口，取出碎骨片，若辨明窦内确有息肉可以取出，但需注重勿损伤蝶窦外侧壁和上壁，以免发生危险。

3.蝶窦前壁凿开术

适用于慢性蝶窦炎，以上述疗法无效，或并发球后视神经炎及颅内感染时。有下列几种手术进路：（1）鼻中隔进路 鼻中隔双侧表面麻醉，按鼻中隔粘骨膜下切除术，行一侧粘膜切口。剥离粘骨膜扩大范围，直达蝶窦前壁。切开鼻中隔软骨并剥离对侧粘骨膜，向后上方达蝶窦前壁。切除鼻中隔方形软骨及筛骨垂直板，显露蝶窦喙部，向两旁剥离蝶窦前壁粘膜，使前壁得到充分暴露。用骨凿和咬骨钳去除蝶窦前壁，进入蝶窦，使蝶窦得到足够的开放和引流。手术结束时将双侧鼻中隔粘骨膜对拢，填塞双侧鼻腔，次日抽出填塞物。（2）鼻内筛窦进路 适用于慢

性蝶筛窦炎。方法同鼻内筛窦切除术。在开放前组和后组筛窦气房之后，继续向后探查即可发现蝶窦前壁。蝶窦前壁可分成两部，即筛房部（外侧被筛房遮住的一部分）及鼻腔部（露在鼻腔的内侧部分）。筛房部与鼻腔部的面积比例约为5：3，打开蝶窦前壁并无困难。（3）鼻外筛窦进路适用于霉菌性多发性鼻窦炎，需要广泛探查，以及疑有颅内或眶内感染者。对于一般单发性蝶窦炎，无此必要。（4）上颌窦进路适用于慢性蝶筛窦炎兼有慢性上颌窦炎的患者（见De Lima手术治疗慢性筛窦炎）。（5）功能性鼻窥镜筛窦进路 此项新技术已在国内开展，因照明度和可见度比传统方法提高，手术成功率也大为改进（见慢性筛窦炎的手术治疗）。

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