

慢性筛窦炎 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_E7_AD_9B_E7_c22_307646.htm 名称慢性筛窦炎所属科室耳鼻喉科病因粘膜病变有息肉、肥厚和萎缩三种，骨壁病变有下列三种：1.增生性骨病变 因粘膜下层充血刺激，骨壁发生增生性骨炎，使筛房骨壁变硬。2.萎缩性骨病变 因筛房骨壁受息肉和肥厚粘膜长期压迫，供血不足，而导致骨壁变薄或消失。3.溃疡性骨病变 因粘膜发生血栓性小静脉炎，向骨壁扩散，而致筛房骨壁坏死，各筛房可融合成为一个大的空腔，腔内有脓液。若感染严重，可发生眶内或颅内并发症。临床表现慢性筛窦炎很少单独发生，症状也不典型，以神经痛、精神抑郁、注意力不集中等症状较多见。当窦口阻塞时，可有鼻根或眼眶胀闷感及鼻塞，嗅觉障碍，鼻后孔流涕。检查临床检查可见息肉阻塞中鼻道，中鼻甲和鼻中隔结节部肥厚，嗅裂，中鼻道有脓性分泌物。1.X线鼻额位可见筛窦阴影模糊和病变范围。2.CT冠状面扫描可见筛窦粘膜增厚及筛顶有无骨质破坏，轴位扫描可见病变前后范围及纸样板有无缺损或骨质破坏。3.试验穿刺 先用含1deg.，可提示筛窦切除术的最适范围。筛窦解剖变异甚多，上述数据仅供参考。四.经上颌窦筛窦切除术 该手术是一种以上颌窦和筛窦为主的多鼻窦手术。其优点是可以一次手术治疗多发性鼻窦炎，面部不遗留瘢痕，手术并发症少，比鼻内筛窦切除术安全。缺点是前组筛窦气房不易彻底切除。1.适应症 经鼻窦X线摄片或上颌窦穿刺证实为慢性筛窦炎或息肉，且伴有慢性化脓性上颌窦炎者。2.手术操作 首先常规完成上颌窦根治术。彻底止血后，在该窦后内上角稍偏外侧凿开内壁进入筛窦

，用刮匙或圆头咬钳逐步清除筛窦内病变，并向外侧用刮匙扩大寻找纸样板，以作为手术标志。继续向后刮除可达蝶窦前壁，必要时还可探查。前组筛窦气房及鼻额管开口四周病变，可以经鼻内清除之。

五.外鼻掀翻法双侧颌筛窦根治术

此法系1959年由Maniglia首先介绍。可在一次手术中开放双侧筛窦和施行上颌窦根治术，有手术野扩大、视野清楚、病变清除彻底、减少手术次数和面部不遗留瘢痕的优点。

1.手术操作

- (1) 麻醉 同柯陆手术麻醉。
- (2) 切口 沿上唇龈沟自中线向两侧切至第三磨牙，长约6cm。
- (3) 暴露梨状孔并切开其粘膜，将骨膜向上分离，外侧达上颌骨前后壁的移行部，向上接近眶下孔，内侧暴露梨状孔边缘，在中线处剥离大翼软骨内脚。在梨状孔边缘，从鼻底部切开鼻腔粘膜，沿梨状孔边缘向上剪开达鼻骨下缘。
- (4) 切开鼻中隔全层 自大翼软骨下方与鼻棘分离处插入下鼻甲剪，向上剪断鼻中隔全层，达筛骨垂直板，要求一次剪齐。
- (5) 暴露鼻腔顶部并清理鼻腔 用拉钩将鼻唇和颊部软组织连同鼻中隔上部向上拉起，整个梨状孔即可全部暴露。用咬骨钳咬除部分上颌骨额突，鼻腔顶前部与中、下鼻甲即清楚可见，若鼻腔内有鼻息肉或中鼻甲息肉性变，应予去除。
- (6) 开放筛窦 用筛窦刮匙在鼻丘或筛泡处压迫筛房，由前向后，自上而下，刮除所有筛房，并用吸引器吸去血液，清除碎骨片。对无息肉样变的中鼻甲可以保留，或将其压向内上方，作为解剖标志。按鼻内筛窦开放术的要领完成后组筛窦开放术。
- (7) 清理上颌窦 凿开手术野内暴露出来的犬牙窝，按常规凿开上颌窦前壁，根据窦腔粘膜病变程度行部分或全部剥离去除，并行内侧壁对孔凿开。后组筛窦气房，可经上颌窦内上角后方予以

凿开和清除，与鼻内筛窦开放术相配合，以达到不遗留残余感染灶之目的。（8）手术完成后，复位鼻颊部软组织。梨状孔处粘膜不需缝合。鼻中隔切口需复位对正，用鼻腔纱条行两侧固定，不需缝合，只在唇龈沟切口处缝合数针即可。加压包扎、术后处理，同柯陆手术。第6日拆线。

六.功能性内窥镜下筛窦切除术

此手术是1978年由Messerklinger总结前人经验并加以理论化而创用的鼻科新技术，以后由Kennedy Stammberger等加以改进推广。该手术目的是把传统的根治性手术（破坏性手术）改进为功能性手术（重建性手术），从而彻底治愈鼻窦炎并恢复其原有功能。按照鼻腔呼吸气流的特点，气流进入鼻腔后首先冲击中鼻甲、中鼻道和前组筛窦，因此该区最受到感染和变应原的攻击。现代理论认为筛窦发病率最高，而且也是其他各窦发病的源点。功能性内窥镜鼻窦手术的重点是筛窦手术。过去认为不可逆的上颌窦、额窦和蝶窦炎症，若行手术清除前组筛窦病灶，恢复其正常鼻窦通气与引流功能，其他各鼻窦炎症也可逐渐消退，不需另行手术。

1. 术前预备

（1）器械预备 选用0、30、70、90、120度视角鼻内窥镜，不但照明度强，而且视野无盲区，多种弯曲度的筛窦钳数把，直形和变形吸引器各1把，鼻中隔手术器械1套，鼻圈套器1把，鼻刀1把，注射器和长针头（5号）各一个，鼻镊1把，剪刀1把，鼻镜1个，电凝固止血器1台，电视及录象系统1台。

（2）病人预备 询问有无鼻内手术史，对有鼻息肉手术史者应予重视，对有服醋柳酸制剂者应延期手术。

全身系统检查 包括血尿常规化验及心电图检查。

眼部检查 注重视力、视野、眼压、眼肌力能和眼球突出度。

鼻部处理 剪鼻毛，行负压置换术，用抗生素药液滴鼻。

备血500ml，对二次手术者需多备血。鼻窦X线摄片及CT片，注重筛窦顶及纸样板情况。手术前数日开始鼻分泌物细菌培养及药物敏感试验。鼻窦炎的致病菌中常有厌氧菌，故厌氧菌培养甚为必要，若为阳性，应在术前二日内服甲硝唑200mg，每日3次。做好病人及其家属的解释工作，应客观分析与估计手术效果和可能发生的并发症，尤其在手术将涉及前颅底、蝶窦和眶周时，更需说明有一定的危险性，不宜忽略签署手术同意书。手术前半小时肌注鲁米那0.1g。

2.手术体位与麻醉 (1) 体位 取平卧位或30°仰卧位。(2) 麻醉 若用局部麻醉，行双侧鼻窦手术，可用2%地卡因25ml，加0.1%肾上腺素2~3ml，混匀，放入棉片浸透，再取出轻度挤压至不滴药液为度，分两次麻醉鼻腔粘膜，每次间隔5分钟。中鼻甲和鼻丘处需用5号长针头另行粘膜下浸润麻醉，药物可用1%利多卡因5ml加0.1%肾上腺素2~3滴。若用气管插管全身麻醉，局部粘膜也需用肾上腺素棉片处理，以减少术中出血量。

3.手术者位置和职责 术者位于病人右侧；第一助手位于术者身旁，负责器械、敷料、麻药等直接与手术有关的工作；第二助手位于病人左侧，负责治理录象监视系统，按术者指示进行摄影和录象；巡视护士一名，负责输液、输血、注射，提供术者要求的各种手术用品。

4.手术操作 (1) 面部消毒 使用75%酒精行面部消毒，鼻孔内可用红汞消毒。硫柳汞能损伤粘膜，不宜使用。铺手术巾时不要遮盖患者眼部，以便术中随时检查患者视力与眼外肌。(2) 切口 若中鼻道无息肉，可采用中鼻道前方相当于中鼻甲前缘的纵切口，或在其前下缘做半月形切口。若中鼻道有息肉或中鼻甲有息肉性变，应在中鼻甲内侧面与息肉间切开，使用激光刀可以

避免出血，用0度窥镜引导操作。（3）用鼻中隔剥离器分离中鼻道粘膜，显露筛泡，用剥离器轻压或用直钳打开筛泡。对骨壁很厚者可以凿开。为了充分开扩进路，可将中鼻甲推向鼻中隔。筛泡的大小可由术前影像学检查提供参考。（4）清理中组筛房筛窦顶在内窥镜下呈淡黄色。在该处操作应非凡小心，通常采用30度或70度镜配合刮匙，不用息肉钳。（5）清理前组筛房和眶上筛房使用70度镜配合大开口息肉钳，清理前组筛房和眶上筛房，上达额窦底，外达纸样板，与中筛区纸样板相连续，前达上颌骨额突。有时可见沿颅底走行的筛前动脉，应注重勿使损伤。在清理前组筛房时，注重勿损伤泪囊和鼻泪管。（6）清理后组筛房使用4mm的0度广角镜配合大开口直钳，在进入最后组筛房时改用开口直钳，清除全部后组筛房，上达筛顶，外达纸样板，后达蝶窦前壁，内至中鼻甲，使整个筛窦成为一个空腔。（7）开放并探查额窦使用70度镜配合刮匙或吸引器，在额窦底部探查，找到额窦开口后再用刮匙沿窦口周边予以扩大。在额隐窝与前组筛顶之间有一骨隆起，为重要标志，其前方为额窦底和额窦开口，其后方为筛顶，即前颅底，不能在此骨隆起之后操作。扩大额窦开口的范围不应小于0.5cm，以便充分引流并防止术后窦口闭塞。除非窦有息肉或新生物，一般不处理额窦内粘膜。（8）开放并探查上颌窦在70或90度镜引导下，使用反向咬骨钳扩大上颌窦开口约1.0cm，并用不同角度之内窥镜观察窦内情况，若发现息肉或囊肿，应予清除；若仍有粘膜肥厚，可不必处理；若窦内脓性分泌物较多，可在下鼻道造孔，使该窦有两个开口，以便促进通气引流。本法也称联合造孔法。（9）开放并探查蝶窦也清理后组筛房之后，若

蝶窦开口位置较低，可用刮匙沿其四周扩大之；若位置较高，可用锐利筛窦钳压开蝶窦前壁，用探针判明其位置，再用咬骨钳扩大之。蝶窦前壁至前鼻孔的距离为7.5~7.8cm，很少有小于7.2cm者，可作为寻找窦前壁的参考。据许庚观察100例成人颅骨，有蝶上筛房者约占20%，不可误认为蝶窦，以免发生并发症。术前鼻窦冠状面CT扫描，可用作手术中参考，术中若遇疑点，还可用0度镜观察或抽出窥镜进行大体观察。全部手术完成之后，用盐水冲洗筛窦，检查腔内有无残余的病变粘膜和碎骨片并予清除，刮除筛房间的骨质，锉平各个开放的窦口。若有活动性出血，需用双极电凝固止血。最后用明胶海绵或凡士林纱条轻轻填塞术腔。

5 手术后处理

- (1) 手术后局麻患者取半坐位，注重后鼻孔有无血液流出，应嘱患者将血吐到弯盘内，少量渗血可不作处理，若出血量大，应重新进行填塞。全麻患者醒前应注重呼吸道通畅，经常吸出口咽部分泌物和血液，醒后第二日可以下床，具体处理方法同局麻病人。
- (2) 静脉点滴5%或10%葡萄糖，每500ml加先锋霉素4~6g，进半流质食物。
- (3) 常规检查眼部，包括眼睑、球结膜、眼肌、眼压、视力、视野、眼球突出度等，并与术前相比较。一般术后会出现眼睑轻度充血和水肿，这是因为眶周静脉回流受阻之故，抽出纱条后会逐渐消退。若有球结膜充血、眼球运动障碍、视力减退、眼球突出，则提示眶内受累，应立即抽出纱条并予及时处理。
- (4) 抽出纱条的常规时间为术后1~2日，注重有无脑脊液鼻漏。若有脑脊液漏则禁止患者擤鼻，并用足量抗生素预防颅内感染。每日用含抗生系的生理盐水冲洗术腔，连续5~7天。
- (5) 清理术腔 此项工作是关系手术成败的长期处理，需要在内窥镜

下进行，分为三个阶段。 术后近期（7~10天）每日吸净术腔内的血块，用息肉钳清理残留的病变组织，并用1%的麻黄素棉片收缩鼻粘膜，注重前筛顶各个窦口及中鼻道前端，假如术腔闭塞不能引流，手术即告失败。术后可能产生新的肉芽或结痂，也应予以清除干净，并用盐水冲洗。痂皮可于2~3周内消退。 术后3个月内，每隔1~2周来院复查一次，可按上述方法收缩、清理、冲洗术腔，注重有无二次感染、息肉再生、窦口缩窄、中鼻道粘连等，并应予以及时处理，以便术腔纤毛生成功能得以恢复。 术后半年内，每1~2个月来院复查一次，处理方法同前，以便巩固手术效果。一般前鼻镜检查可见中鼻甲恢复正常形态，中鼻道光滑通畅。内窥镜检查假如发现窦口闭塞或发生粘连，应行第二次手术，但是由于鼻腔解剖标志已被破坏，第二次手术难度较大，最好由原手术者进行操作。 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