

创伤性鼻中隔穿孔_耳鼻喉科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_88_9B_E4_BC_A4_E6_80_A7_E9_c22_609231.htm

创伤性鼻中隔穿孔多由外伤或鼻中隔矫正手术后遗症引起的，其临床表现与大小部位有关，多有少量鼻出血或涕中带血等症状。病因病理 1. 外伤：如弹片或枪弹伤、刺伤、切伤等。 2. 手术后遗症：如鼻中隔矫正术时不慎引起对穿；冷冻、激光、电灼等掌握不当以至软骨坏死；化学腐蚀剂烧灼过度亦能引起。 3. 血肿感染：鼻部撞击、挫伤后常致鼻中隔血肿，若有继发感染可形成脓肿，致软骨大片坏死而穿孔。临床表现与穿孔的大小部位有关，穿孔大者，鼻粘膜干燥，甚至呈萎缩状态，穿孔边缘易有痂皮或脓痂附着，经常发生少量鼻出血或涕中带血，其他还可有鼻阻塞、嗅觉减退、头痛等。位于前部的小穿孔，症状一般较轻，呼吸时可出现吹哨音，剧烈活动时更为明显。而位于鼻中隔后部的穿孔多无明显症状。治疗预防 创伤性鼻中隔穿孔，如属中小穿孔，粘膜组织缺损少，而全身及局部情况允许时，可随即进行清创减张缝合，或以邻近粘骨膜瓣移位进行缝合修补。若穿孔较大，粘膜缺损又多，虽早期可勉强缝合修补，但最后多难以愈合，宜缓期进行为妥。对鼻中隔穿孔的修补手术，因术野狭小，操作不便，又无统一标准术式，故有一定难度。手术应根据穿孔的大小、部位的前后、粘膜状态等，灵活而慎重的设计和选择手术方式，一般公认同时联合应用数种方法，穿孔愈合的效果最好。国内有些地方创用鼻小柱揭翻进路鼻中隔穿孔骨膜嵌植修补法，步骤如下： 1. 体位与麻醉：若用全麻，取仰卧位；若局麻

则半坐位，用加有稀释肾上腺素的1%利多卡因作两侧眶下神经阻滞及鼻小柱与前鼻孔缘的浸润注射；用1%达克罗宁棉片作表面鼻腔麻醉。2.切口：在鼻小柱根部横切达皮下，两端沿前鼻孔内缘向两侧如海鸥展翅般延伸至前鼻孔外缘，使该切口基本上隐藏于前鼻孔内。3.揭翻鼻小柱：在切口内锐性分离皮下组织沿大翼软骨内侧脚前缘向上揭翻鼻小柱，连同部分鼻尖与鼻孔前缘的皮肤一并上翻钩起，使两侧大翼软骨的圆顶亦显露少许。4.剥离鼻中隔：在两侧大翼软骨的内侧脚之间剥离鼻中隔软骨及骨质，必须细致地保持两侧软骨膜少受损伤，在鼻孔区注射勿使穿孔扩大。整个剥离面积要够大，上方达到中隔软骨与筛骨垂直板的顶部，下方要包括鼻底粘骨膜。5.粘骨膜减张错位缝合：在两侧鼻底外侧处及一侧鼻顶处作粘骨膜减张切口，在鼻孔处两侧粘骨膜的孔各自作外侧缝合，由于两侧减张程度不一，故缝合口自然错位而不在同一水平。6.自体骨膜瓣嵌植：在胫骨前内面切取骨膜一片，因其直径收缩率大于50%，故切取面积的直径应为鼻孔直径的一半，夹植于穿孔水平并与一侧软骨膜在上部缝合一针以免夹植的位置不清。7.鼻腔堵塞：两侧鼻腔各用橡皮指套内装多层堵塞，松紧适当。8.缝合切创：注意鼻小柱皮瓣正确复位。9.术后处理：术后48h撤除堵塞，术后第6天切创拆线；第6~8天修补创拆线（若张力不大可以第6天拆线）。本术式修补鼻中隔穿孔的特点：进路相对宽敞，减张相对充分，缝合相对牢固，失败率相对减低，术式相对新颖。

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