

慢性鼻窦炎应用鼻内窥镜手术治疗的效果分析

李朝彦

福泉市牛场中心卫生院 贵州福泉 550500

【摘要】目的 探讨慢性鼻窦炎应用鼻内窥镜手术治疗的效果。**方法** 选取本院 2024 年 3 月至 2025 年 2 月 84 例慢性鼻窦炎患者，随机分组，传统组与微创组各 42 例。传统组采用传统手术治疗，微创组采用鼻内窥镜手术治疗。对比 2 组的临床指标（手术时间、出血量、黏膜恢复时间）、嗅觉障碍、疼痛、临床疗效。**结果** 微创组的手术时间、出血量、黏膜恢复时间少于传统组， $P < 0.05$ ；微创组术后 3 个月的 UPSIT 评分高于传统组，术后 24 小时 VAS 评分低于传统组， $P < 0.05$ ；微创组的总有效率高于传统组， $P < 0.05$ 。微创组治疗后的心功能各项指标优于传统组， $P < 0.05$ ；微创组治疗后的发作频率、持续时间少于传统组， $P < 0.05$ ；微创组总有效率高于传统组， $P < 0.05$ 。**结论** 慢性鼻窦炎应用鼻内窥镜手术治疗的效果显著，可改善临床指标及嗅觉功能，减轻术后疼痛，值得推行。

【关键词】 慢性鼻窦炎；鼻内窥镜手术；治疗效果；嗅觉障碍；疼痛

【中图分类号】 R765.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2025) 05-043-02

慢性鼻窦炎是一种常见的鼻科疾病，主要表现为鼻塞、流涕、头痛、嗅觉减退等症状，严重影响患者的生活质量和身心健康^[1]。其发病机制复杂，多由鼻腔解剖结构异常、细菌感染、变态反应等多种因素共同作用所致。随着病情的迁延不愈，不仅会引发一系列局部症状，还可能导致眶内、颅内等严重并发症^[2]。传统手术虽有一定疗效，但存在视野局限、创伤大、术后恢复慢等问题，容易损伤鼻腔正常结构和功能，影响预后。近年来，鼻内窥镜手术凭借其清晰的视野、精准的操作、微创等优势，在慢性鼻窦炎的治疗中得到广泛应用^[3]。本研究对比鼻内窥镜手术与传统手术的治疗效果，旨在为临床提供更科学的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2024 年 3 月至 2025 年 2 月 84 例慢性鼻窦炎患者，随机分组，传统组与微创组各 42 例。传统组：男 22 例，女 20 例；年龄 18~64 (37.26±4.63) 岁；病程 1~10 年 (5.15±1.54) 年。微创组：男 23 例，女 19 例；年龄 18~64 (37.31±4.60) 岁；病程 1~10 年 (5.18±1.52) 年。2 组一般资料比较， $P>0.05$ 。

1.2 纳入标准

纳入标准：（1）符合慢性鼻窦炎诊断；（2）年龄 18~64 岁；（3）符合手术指征。

排除标准：（1）重要脏器功能障碍；（2）鼻息肉恶变；（3）鼻腔鼻窦手术史；（4）癌症或其他严重慢性病；（5）精神病；（6）血液病；（7）凝血功能障碍。

1.3 方法

传统组：采用传统手术治疗。全麻后，根据病变部位和范围，行上颌窦根治术、鼻内筛窦切除术等传统术式，尽可能清除病变组织，开放鼻窦自然开口，改善鼻窦通气引流。术中注意保护鼻腔黏膜，术后常规填塞鼻腔，给予抗感染、止血等对症治疗。

微创组：采用鼻内窥镜手术治疗。全麻，在鼻内窥镜（德国 Storz 鼻内窥镜系统）引导下，全面观察鼻腔、鼻窦解剖结构和病变情况。使用电动切割吸引器等器械，精准切除钩突，开放筛窦、上颌窦、额窦等病变鼻窦，彻底清除病变组织，同时尽量保留正常黏膜和解剖结构。术后以膨胀海绵填塞鼻腔，48~72 小时后取出，给予抗感染、鼻腔冲洗等治疗。

1.4 观察指标

（1）临床指标：手术时间、出血量、黏膜恢复时间。鼻黏膜恢复标准为黏膜色泽正常，无水肿、渗液，窦口通畅。

（2）嗅觉障碍与疼痛：术前及术后 3 个月，采用 UPSIT 量表进行的嗅觉功能评估，总分 40 分，得分越高越好。疼痛评分：采用 VAS 进行术后 24 小时疼痛评估，0 分为无痛，10 分为剧痛。

（3）临床疗效：①治愈：症状消失，鼻内镜检查窦口开放良好，黏膜上皮化；②好转：症状改善，鼻内镜检查窦口部分开放，黏膜轻度水肿；③无效：症状无改善或加重，鼻内镜检查窦口闭塞，黏膜肿胀、息肉样变；总有效率=（治愈+好转）/N×100%。

1.5 统计学方法

应用 SPSS26.0 软件，以 ($\bar{x} \pm s$) 表述计量资料，行 t 检验；以 % 表述计数资料，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有差异。

2 结果

2.1 临床指标对比

微创组的手术时间、出血量、黏膜恢复时间少于传统组， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1：临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	出血量 (ml)	黏膜恢复时间 (d)
传统组	42	85.61±12.36	120.52±25.65	28.31±5.52
微创组	42	62.43±9.80	65.35±15.27	18.85±3.88
t 值		10.462	12.315	9.452
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 嗅觉障碍评分与疼痛评分对比

微创组术后 3 个月的 UPSIT 评分高于传统组，术后 24 小时的 VAS 评分低于传统组， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2：嗅觉障碍评分与疼痛评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	UPSIT 评分		术后 24 小时
		术前	术后 3 个月	VAS 评分
传统组	42	12.33±3.25	22.24±4.79*	5.32±1.28
微创组	42	12.28±3.21	27.95±5.53*	3.79±0.87*
t 值		0.175	6.237	4.312
P 值		0.844	<0.001	<0.001

注：与本组术前比较，* $P < 0.05$ 。

2.3 临床疗效

微创组总有效率高于传统组， $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3: 临床疗效对比 [n (%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
传统组	42	16	17	9	33 (78.57)
微创组	42	22	18	2	40 (95.24)
χ^2 值					4.634
P 值					0.036

3 讨论

慢性鼻窦炎的治疗关键在于清除病变组织，恢复鼻窦正常的通气引流功能，同时尽可能保留鼻腔鼻窦的正常结构和功能。传统手术由于视野受限，难以精准定位和切除病变组织，容易造成不必要的组织损伤，增加术中出血量，延长手术时间和术后恢复周期。此外，传统手术对鼻腔黏膜的破坏较大，影响黏膜的正常生理功能，不利于术后嗅觉功能的恢复，且术后疼痛较为明显。

鼻内窥镜手术借助高清的成像系统，能够清晰显示鼻腔鼻窦的解剖结构和病变部位，使手术操作更加精准。本研究中，微创组临床指标优于传统组，这得益于鼻内窥镜手术可以在直视下精准切除病变组织，减少对正常组织的损伤，有效缩短手术时间，降低术中出血量，促进鼻黏膜的快速恢复。同时，鼻内窥镜手术能够最大程度保留鼻腔鼻窦的正常黏膜和解剖结构，有助于维持鼻腔的正常生理功能，为嗅觉功能的

恢复创造良好条件。本研究中，术后 3 个月微创组嗅觉障碍评分高于传统组，充分证明了鼻内窥镜手术在改善嗅觉功能方面的优势。微创组术后 24 小时疼痛评分低于传统组，这是因为鼻内窥镜手术创伤小，对鼻腔神经和组织的刺激较小，从而减轻了术后疼痛程度。微创组临床总有效率高于传统组，进一步表明鼻内窥镜手术能够更彻底地清除病变组织，开放鼻窦自然开口，改善鼻窦通气引流，达到更好的疗效。

综上，慢性鼻窦炎应用鼻内窥镜手术治疗的效果显著，可改善临床指标及嗅觉功能，减轻术后疼痛，值得推行。

参考文献

[1] 周航, 李桂平, 彭会友. 鼻内窥镜微创手术联合糖皮质激素在慢性鼻窦炎并鼻息肉临床治疗中的应用效果及对并发症发生率的影响分析 [J]. 系统医学, 2024, 9(14):68-71.

[2] 张秀明, 陈沛, 何文. 内窥镜手术治疗老年慢性鼻窦炎鼻息肉患者的连续性护理作用观察 [C]//《解剖科学进展》杂志第一届临床医学研究选题、科研设计统计与报告撰写规范培训班 (一) 论文集. 2024:1-6.

[3] 颜剑峰, 郑小敏, 何建平, 等. 鼻内窥镜治疗老年慢性鼻窦炎患者的效果观察 [J]. 中国医疗器械信息, 2023, 29(6):4-6, 158.

(上接第 41 页)

醇的同分异构体，利尿作用显著，并且能够有效降低患者颅内压，防止严重并发症发生^[6]。但是该药容易出现有机磷农药，水电解质紊乱等不良反应。大黄联合芒硝导泻治疗能够十分有效清除患者体内有机磷农药。大黄具有泻下攻积、逐瘀通经等显著功效，芒硝具有泻下通便，润燥软坚等功效。两药共用能够促进患者排便，从而将毒物彻底排除，并且两种药物毒副作用低，能够降低不良反应发生率。本次研究结果表明：观察组 24 例重症有机磷农药中毒患者的临床治疗效果显著高于对照组 24 例重症有机磷农药中毒患者；观察组 24 例重症有机磷农药中毒患者首次排便时间、胆碱酯酶活性恢复时间均显著短于对照组 24 例重症有机磷农药中毒患者；观察组 24 例重症有机磷农药中毒患者的不良反应发生率显著低于对照组； $P < 0.05$ ，具有统计学意义。根据研究结果可知大黄联合芒硝导泻治疗效果理想。但是在重症有机磷农药中毒急诊急救中要重视临床护理干预，注意观察患者病情变化。

综上所述，常规治疗+大黄联合芒硝导泻治疗在重症有机

磷农药中毒的急诊急救中应用效果显著，安全性较高值得临床应用推广。

参考文献

[1] 林永春, 张玉雄, 张炎安. 重症有机磷农药中毒者 126 例急诊救治临床分析 [J]. 临床合理用药杂志, 2023, 16(24):74-75.

[2] 崔继忠. 重症有机磷农药中毒患者的急诊急救治疗及预后分析 [J]. 中国继续医学教育, 2022, 14(22):87-88.

[3] 耿亮. 血液灌流联合血液透析治疗急性重度有机磷农药中毒对疗效及预后的影响 [J]. 中国实用医药, 2024, 19(14):160-161.

[4] 刘莹莹, 王沙沙, 于双双, 刘玉霞, 夏娟娟, 张雪梅. 重症有机磷农药中毒患者的急诊急救对策及护理措施研究 [J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(19):140-142.

[5] 范新, 牛庆学, 李伟荣. 院前急救对危急重症有机磷农药中毒者的抢救效果分析 [J]. 医学综述, 2024, 30(14):2901-2903.

[6] 钟姝涵. 重症有机磷农药中毒者的急诊与急救方法探讨 [J]. 当代医学, 2024, 30(20):85-86.

(上接第 42 页)

作步骤与 CT 诊断方式基本一样，但不会产生辐射，且主要检查对象为患者体内所游离的水分子，根据水液表现出的 T1WI 和 T2WI 信号可准确判断病灶，能更为直观、清晰地显示病灶情况，极大地减少了误诊和漏诊的情况^[5-6]。在本次研究中，观察组灶诊断直径为 $7.21 \pm 1.27\text{cm}$ 。显著高于大于对照组的 $5.51 \pm 1.17\text{cm}$ ，比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，提示 MRI 诊断能更为清晰地显示病灶情况，与上述研究结论一致。观察组急性脑梗塞检出率为 94.29%，显著高于对照组的 74.29%，比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，提示 MRI 诊断能提高急性脑梗塞的检出率，与上述研究结论一致。综上所述，在急性脑梗塞的早期诊断中，MRI 的应用效果更好，值得推广应用。

参考文献

[1] 薛丹丹. CT 与 MRI 早期诊断急性脑梗塞的临床价值对比分析 [J]. 饮食保健, 2022, 9(52):286.

[2] 邹新华, 张长江. CT、MRI 对急性脑梗塞患者早期诊断意义比较研究 [J]. 饮食保健, 2023, 10(45):8-9.

[3] 杨兴丹. CT、MRI 对急性脑梗塞患者早期诊断意义比较 [J]. 饮食保健, 2021, 8(43):259.

[4] 濮进华, 赵美伟, 董诗庄. CT、MRI 对急性脑梗塞的早期诊断价值分析与研究 [J]. 影像技术, 2025, 37(5):10-11.

[5] 依尔夏提·阿不迪克然木. 比较 CT 和 MRI 对急性脑梗塞的早期诊断临床价值 [J]. 心理医生, 2023, 29(25):161-162.

[6] 徐建. 比较 CT 和 MRI 对急性脑梗塞的早期诊断临床价值 [J]. 影像研究与医学应用, 2024, 8(15):34-36.