



明明白白看病·医患对话丛书

178

医患对话

鼻出血

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室
组织编写



R765.23

2

学普及出版社

图书在版编目(CIP)数据

医患对话. 鼻出血/王宝山等编著. —北京: 科学普及出版社, 2003. 10

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05853-0

I. 医... II. 王... III. 鼻出血-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 090231 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

*

开本: 787 毫米×1092 毫米 1/32 印张: 1 字数: 22 千字

2003 年 11 月第 1 版 2003 年 11 月第 1 次印刷

印数: 1~5000 册 定价: 3.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

编委会

策 划 许 英 林 培 责任编辑 高 纺 云
责任校对 赵 丽 英 责任印制 王 沛



鼻出血是怎么回事？



鼻出血又称鼻衄，不是一种独立存在的疾病，而是许多全身和鼻部及鼻部邻近结构疾病所共有的一个症状。这些邻近结构包括鼻窦、鼻咽、颅底、颅内、咽鼓管及颈部，这些部位出血可经鼻腔流出体外，表现为鼻衄。出血可为间歇性或持续性，多为间歇性。可为单侧鼻腔出血，亦可为双侧出血，一般多为单侧出血。有时实为单侧出血，但表现为双侧鼻腔流血，原因是出血侧鼻腔被血块、棉球或纱布堵塞，鼻腔充满积血后，绕过鼻中隔后端转入对侧鼻腔流出。出血量多少不一，与破裂血管的粗细、是动脉或是静脉出血有关。少则仅鼻涕中带血，多则数百毫升不等，严重时出现失血性休克，反复出血可引起失血性贫血。儿童鼻出血绝大部分发生在鼻中隔前下方近前鼻孔处，青少年出血亦多发于此处，老年人鼻出血多发生在鼻腔后部。临床上约有1/3病例找不到明确出血原因，谓之“特发性鼻出血”，实际上不可能没有病因，只是难于找到而已。



● 鼻在人体的位置、主要结构是怎样的

为了了解鼻出血的病因、出血部位及采取正确止血方法，概括性地介绍一下鼻部及其邻近结构的解剖及生理功能。鼻腔包括两大部分，即鼻前庭和固有鼻腔。前鼻孔到鼻阈（鼻腔最狭窄部位）范围谓之鼻前庭，内面被覆皮肤，有鼻毛，富于皮脂腺和汗腺，容易因挖鼻外伤发生感染，但不易出血。鼻阈以内为鼻腔，表被黏膜。鼻腔为一前后径最长、上下径次之、左右径最短的形状不规则腔隙。两侧鼻腔内壁为鼻中隔。鼻中隔支架（图1）由两块骨片和一片软骨连接在一起组成，

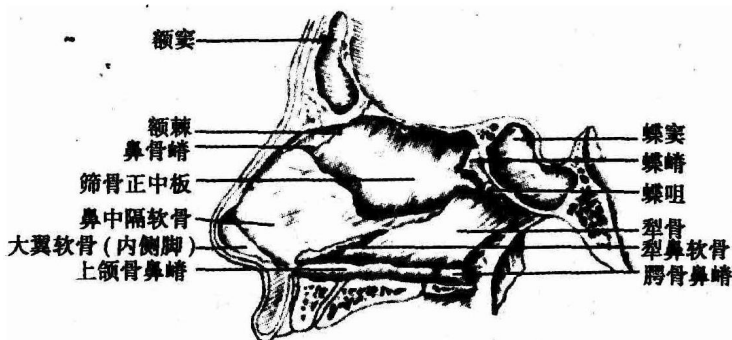


图 1 鼻中隔支架

表面被覆黏膜，其前下方靠近鼻阈处黏膜内血循丰富，该部有由四个小动脉汇集在一起形成的血管网，称黎特尔区，亦称易出血区。鼻腔外侧壁（图2）附着有3个上下互相平行排列类似于贝壳形状的长条形结构，分别称之为上、中、下鼻甲。鼻甲支架为长片状鼻甲骨，外覆黏膜，黏膜下含有丰富的海绵状血管，以下鼻甲为最。3个鼻甲与鼻腔外侧壁之间的夹角分别称之为上、中、下鼻道。下鼻道前上方有鼻泪管开口，所以鼻衄时鼻腔填塞油纱条后眼内有血，为鼻腔血液逆流所致。中鼻道有上颌窦，前组筛窦和额窦开口。上鼻道有后组筛



窦开口,上鼻道后上方有蝶窦开口。鼻腔顶部为狭窄的筛骨水平板,与前颅窝仅一板之隔,上有许多细小孔隙称筛孔,颅内嗅神经分成许多细小嗅丝穿过筛孔进入鼻腔,分布于上鼻甲、中鼻甲的内侧面及其相对的鼻中隔面,以前者为主,故这个区域称嗅区、嗅沟或嗅裂。鼻腔底壁与口咽腔仅一板之隔。鼻腔前、后部有前、后鼻孔,后鼻孔大于前鼻孔。鼻腔后方及后上方为鼻咽腔,鼻咽腔两侧下部有咽鼓管开口,位于后鼻孔后方两侧。

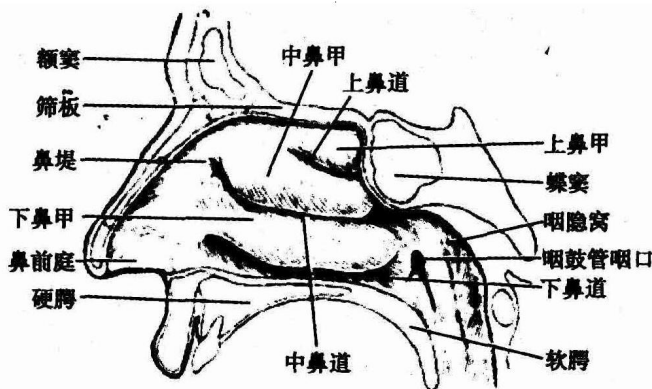


图 2 鼻腔外侧壁

▲ 鼻窦

又称副鼻窦,是颅面骨内含气的空腔,邻近鼻腔,内覆黏膜,都有开口通于鼻腔,鼻腔与鼻窦黏膜在窦口处互相延续与连接,故鼻腔炎症可经窦口向窦腔内扩散。窦口堵塞时窦腔内容易感染与化脓。鼻窦共分4对,每组左右各一,分别是上颌窦、额窦、筛窦和蝶窦(图3)。如若按照各组鼻窦在颅面骨内位置的深浅,又分为两大组,前组鼻窦有上颌窦、额窦和前组筛窦,后组鼻窦有后组筛窦和蝶窦,亦即将筛窦以中鼻甲附着鼻外侧壁部为界分为前、后两组。前组鼻窦的前壁均



在面部,后组鼻窦位于颅面深部。其中除筛窦为蜂窝状结构外,其他窦均为单一空腔。上颌窦位置最低,易受其他窦炎性分泌物影响,窦口位于窦腔较高部位引流不好,加之窦腔又最大,故相比而言较其他窦易发生感染。额、筛、蝶窦都邻近颅板,故颅底、颅腔外伤性出血时可经窦腔、鼻腔流出。

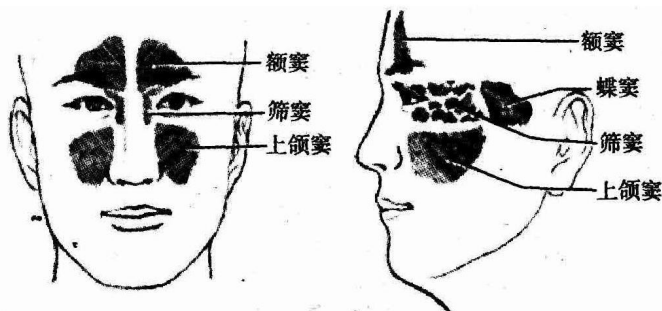


图 3 鼻窦面部投影

鼻腔上部动脉来源于眼动脉分支,属于颈内动脉系统,鼻腔下部动脉主要来源于颌内动脉(又称上颌动脉),属颈外动脉系统(图4)。需手术结扎动脉时应观察出血在鼻腔的方位,由此判定是哪支血管出血,才能取得可靠疗效,后面讲述。

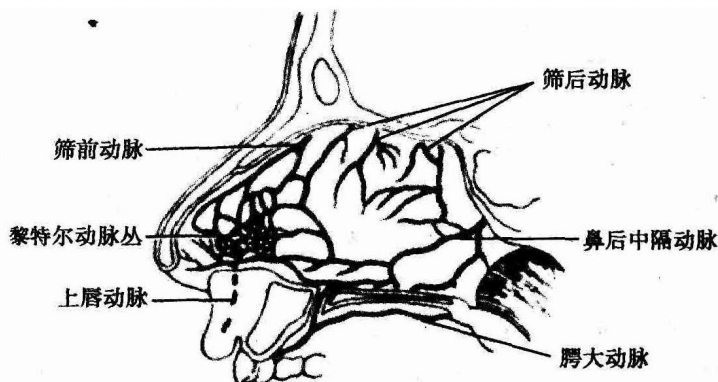


图 4 鼻中隔动脉



▲ 鼻腔生理功能

△保护功能。鼻前庭的鼻毛能过滤灰尘中粗大颗粒,使之不能进入下呼吸道;鼻腔黏膜表面有许多细小的纤毛和一层黏液层,黏液粘附灰尘中细小的颗粒,经纤毛的蠕动作用将黏液排出后鼻孔,咳出或咽下,以保持下呼吸道洁净;鼻腔黏膜下丰富的血管可以调节进入鼻腔气体的温度,大量分泌液有助于改善空气的湿度,使之适应于下呼吸道的需求;带刺激性气体进入鼻腔引起喷嚏,以便及时避开不良环境。

△呼吸功能。鼻腔是空气进入呼吸道的门户。当鼻阻塞时也可经口呼吸,因口、咽的保护功能较弱,长期经口呼吸引起的问题较多。鼻阈是鼻腔最狭窄区,吸入的空气在此处遭受一定的阻力,这种阻力有助于吸气时形成胸腔负压,使肺泡扩张和增大气体交换面积,同时也使呼吸时气体在肺泡内停留时间延长,保证交换时氧气的吸收。

△嗅觉功能。气流中含气味的颗粒溶解于嗅腺分泌液中,刺激冲动经嗅丝、嗅神经、嗅球传到嗅觉中枢而产生嗅觉。

△共鸣功能。喉发出的声音在鼻腔产生共鸣效应,使之悦耳。鼻阻塞时产生闭塞性鼻音,闭合不全时(如腭裂)产生开放性鼻音。

▲ 鼻窦的生理功能是什么

鼻窦生理功能历来有争论,有下列诸学说。

△增加呼吸区黏膜面积:鼻窦黏膜是鼻腔黏膜的延续,黏膜面积增大,增强对吸入空气的调温、调湿作用。但每次吸气鼻窦空气进入量较少,故其调温、调湿作用较小。

△对声音的共鸣作用。鼻窦为一共鸣器,与琴弦末端装置的空心木匣相似,对喉部的发音可起共鸣作用,使其悦耳。



△减轻头颅重量及增加头部在水中的浮力。颅骨因有鼻窦空腔的存在,故较实骨为轻,不仅使头部运动灵活,也易于保持身体平衡。鼻窦空腔的存在,增加了头在水中的浮力,人在水中头部易于露出水面。也有人认为上述两种作用意义不大。

△保护重要器官作用。鼻窦可以缓冲外来压力的冲击,使脑部和眼眶组织减轻震荡。

△保温绝热作用。鼻窦如同绝缘体,既可防止热散失,又可隔绝热对重要组织的不利影响。如上颌窦可防止鼻腔热量散失,其他鼻窦可防眶内组织及颅内脑组织不受鼻内温度影响。因颅脑组织大部与鼻窦存在一定距离,故其隔热效应十分有限。

● 鼻出血是怎样得的

▲ 鼻腔非特异性炎症

是指鼻腔的普通炎性疾病,如干燥性鼻炎、萎缩性鼻炎、急性鼻炎和鼻窦炎等。干燥性鼻炎主要表现为鼻腔黏膜干燥,血管脆性增加,容易破裂出血;萎缩性鼻炎鼻黏膜及其附件均萎缩,严重干燥,甚至结痂,加之痂下积脓黏膜糜烂,都能引起出血;急性鼻炎时黏膜肿胀,血管扩张,易致破裂;鼻窦感染时黏膜糜烂也可导致出血。

▲ 鼻腔、鼻咽、鼻窦肿物

恶性肿瘤早期表面感染、糜烂、溃疡时仅表现为鼻涕中带血,其后随破坏的深入引起出血,晚期侵蚀破坏了大血管可引发致命性出血;如果病人年龄在40岁以上,鼻涕中带血持续2周以上,应引起警惕,去医院检查以排除恶性病变;容易出血的良性肿物多与肿物含血管丰富有关,如鼻腔毛细血管瘤,反复出血可能是早期的惟一症状。鼻咽血管纤维瘤主



要包含两种组织成分:丰富的血管和纤维组织,这种血管缺乏弹力层,弹性差,破裂后不易收缩,常发生反复的大出血。多发生在10~25岁的男性青少年,故有人称之为“男性青春期出血性鼻咽部血管纤维瘤”。鼻息肉是鼻腔好发病之一,本身是不含血管的,但有一种特殊类型含血管较多,称之为“血管性息肉”、“出血性息肉”或“血管瘤性鼻息肉”,大量生长时影响鼻腔鼻窦引流,易感染、易出血。

▲ 鼻中隔病变

多数人鼻中隔是比较垂直的,但绝对垂直是不存在的,因此稍微偏斜而没有症状是不诊断为鼻中隔偏曲的。偏曲的类型有多种,如“C”型、“S”型、“棘突”型(图5)、“嵴凸”型等,偏曲的凸起侧越接近于通气道的中心,所谓“风口”上,就越会接受更多气流的刺激,局部干燥,尤其在“棘突”或“嵴凸”的峰部,黏膜受压而变薄,血管相对表浅,更易出血。鼻中隔较大穿孔可引起鼻部干燥。鼻中隔糜烂、溃疡都可导致鼻出血。

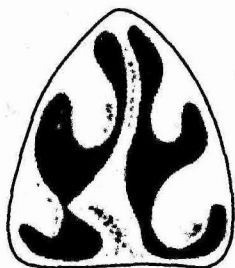


图5 鼻中隔偏曲(棘突型)

▲ 颅面外伤

因有外伤史,病因明确。包括硬物打(撞)击伤、爆炸崩伤、尖锐物体刺伤等。出血量与受伤的部位及破裂血管的大



小有关。多数在受伤同时出血。若伤及鼻窦、鼻咽、颅内、颅底、咽鼓管周围和颈部血管,都可经鼻腔流出。有一种特殊情况可延迟第一次出血时间,即颈内动脉颅内段出血,具体部位在前颅凹底,附近有海绵窦和视神经交叉,首先在局部形成假性动脉瘤(血肿),压迫本已很薄的蝶窦骨壁,使骨质吸收变薄,终至穿孔,当再出血时血液经蝶窦开口流出鼻腔,也可经咽鼓管流出,这个过程需时不等,可从数日至数十年,多数在1个月左右。由于受伤时间较久,许多病人忘记了述说外伤史,或不懂得将鼻出血与颅面外伤相联系,但专科医生应想到追问以前的外伤史。如若病人反复大量流出鲜红色血液,每次出血量高达100毫升以上,出血呈搏动性,止血无效,多半自止,尤其是伴有视力障碍者,又有过头外伤史,应做包括颅及蝶窦CT等检查,以便除外颈内动脉颅内段出血,以免引发致命性后果。有挖鼻习惯者,有可能损伤黎特尔区血管或局部感染而出血。

▲ 鼻腔异物

多发生在尚不懂事的幼儿,多发生于一侧鼻腔。小儿在玩耍时误将手中小玩物,如豆类、小球珠类、棉团、纸卷、麦芒等塞入鼻中,久之腐败,黏膜感染糜烂,发生鼻涕中带血或鼻出血。这种情况的另外两个症状是单侧鼻腔不通气和呼出的气体带有臭味。

▲ 过敏性鼻炎

有人统计过敏性鼻炎鼻出血率占55%。过敏性鼻炎主要症状是阵发性鼻痒,连续打喷嚏和同时流清水样鼻涕。鼻衄可能与打喷嚏时颅静脉压升高及血管不断喷张有关,也可能与部分人合并鼻窦感染有关。



▲ 鼻窦气压伤

如潜水、飞机升降时都有剧烈的气压变化。如飞机上升时机内空气越来越稀薄,鼻腔内气压下降,鼻窦内气体经窦口逸出,以维持窦内外的气压平衡;飞机下降时鼻腔气压越来越高,鼻腔气体经窦口进入鼻窦。若窦口附近存有松弛或肿胀的组织,则形成单向活瓣,即空气能出不能进,飞机下降时空气不能进入鼻窦,鼻窦内形成负压,鼻窦黏膜充血肿胀,渗出或出血。





哪些全身性疾病能引起鼻出血？



▲ 心脏及循环系统疾病

发病率高,尤其是老年病人,是全身因素中最重要的病因。

△高血压。如原发性高血压,动脉硬化性高血压,肾性高血压,子痫及妊娠引起的高血压等。在情绪剧烈波动,大量饮酒,用力过猛,气压急剧改变等因素影响下,血压剧烈波动,容易引起较严重鼻出血。较大的动脉出血之前常有鼻内涌动感,出血多发生在深夜或清晨,血呈鲜红色,来势甚猛,有时可见搏动,但多数突然自止。出血时鼻腔充满鲜血,加之出血部位多位于鼻腔后部,此时很难判定出血的具体部位。

△动脉硬化。多与高血压并发。血管壁弹性减退,脆性增加,收缩能力差,加上高血压,往往出血剧烈,难以止血。

△静脉压增高。如充血性心力衰竭、肺气肿、肺水肿、肺



心病、二尖瓣狭窄及胸腔、纵隔、颈部巨大肿块压迫较大静脉等,使身体上部特别是头部静脉压升高,静脉怒张破裂出血。

▲ 急性高热性传染病

如上感、流感、猩红热、百日咳、伤寒、出血热、腮腺炎及斑疹伤寒等。多数前驱症状类似急性鼻炎,鼻黏膜充血,肿胀,水样分泌物,加之高热使毛细血管发生中毒性损害,破裂出血,出血多发生在黎特尔区。百日咳出血与剧烈咳嗽也有一定关系。

▲ 出血性疾病

各型白血病、再生障碍性贫血、血友病、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、真性或继发性红细胞增多症及恶性贫血等,均易发生鼻出血;用过量抗凝药物也可鼻出血或身体其他部位出血。

▲ 维生素缺乏

维生素C、维生素B₂、维生素P缺乏可使血管壁细胞胶原蛋白减少,血管壁脆性增加;维生素K缺乏凝血酶元时间延长,均易出血。

▲ 肝、肾等慢性疾病和风湿热

肝功能损害常致凝血障碍;肾炎发展至尿毒症,可使血小板减少、贫血、高血压和血管壁损害;风湿热易致出血,原因尚不十分清楚。

▲ 中毒

磷、汞、砷、苯等可破坏造血系统;长期服用水杨酸类药物可致血内凝血酶元减少。

▲ 遗传性出血性毛细血管扩张症

属遗传性疾病,常有家族史。常于鼻中隔前下方、指尖、舌尖、鼻尖等部位有小动脉及小静脉扩张现象,易致鼻内出血。



▲ 内分泌失调

如女性青春发育期的月经和月经前期鼻出血,绝经期或妊娠最后3个月好发鼻出血,都与雌激素减少引起血管扩张,脆性增加有关。

● 在院外发生鼻出血时,病人及家属应采取哪些措施来控制和减少鼻出血量

▲ 鼻出血尤其是严重出血

惊慌和紧张是病人和其亲属常见的表现,其实不必要,这种情绪对病人有害无益,因为在短时间内发生鼻出血而致命者是罕见的,在送医院前尽量采取措施以控制或减少出血量是当务之急。众所周知,精神紧张可促使体内肾上腺素量增加,因此保持镇静十分重要,家属的表现对病人影响很大,要多做劝慰安抚工作。必要时给服镇静剂。

▲ 保持头高位

可减少头部血流,以取坐位为好。若病人出现面色苍白、头晕、口渴、乏力,表明失血量已达500~1 000毫升。若有出汗、血压下降、脉速细弱,表明有休克征象,若收缩压低于80毫米汞柱提示血容量已损失1/4,应保持平卧低头位,平卧可以改善头部血供,低头避免血液下流呛入呼吸道,也便于估计经鼻、口流出的血液量。

▲ 头、颈、面部冷敷

减少鼻部血流量。

▲ 试行按压法止血

如果是黎特尔区出血,可起暂时止血作用。方法是:以拇、食二指捏紧前鼻孔上方鼻翼处5分钟,再慢慢松开手指,指尖应尽量顶紧鼻翼与面颊交界处,目的是使被捏部位尽量靠后,否则只捏住鼻前庭是没有作用的。



● 医生接诊后止血的同时还应注意哪些事项

▲ 确定出血部位

为采取正式止血方法提供依据。

△病人就诊时出血已停止,鼻腔有凝血块的部位有可能就是出血部位,小心清除血块,观察该部黏膜是否有糜烂、溃疡、渗血、肿物、稍微凸起的小血管断端等,必要时可以用棉签轻轻涂擦该部,观察是否有渗血或出血。如无血块应按照由前向后、由下向上的顺序寻找上述表现。用浸有1%的地卡因和1%~2%麻黄素液棉片收敛麻醉鼻腔黏膜后再用鼻内窥镜检查,找到出血部位的可能性更大。

△就诊时病人正在出血而量又不多,可用上述棉片填入鼻腔5~10分钟后再行检查,此时血已止住,鼻腔通气道增宽,检查更方便。

△就诊时正在出血,且较凶猛,应迅速用吸引器管吸引鼻腔内血液,同时观察出血源的大致方向,而后即行填塞止血,检查应适可而止,以防止出血过多。

△鼻腔找不到出血部位,且反复出血,还应检查鼻窦、鼻咽部,必要时可行CT扫描。

▲ 估计出血总量

目的是判断全身情况如何,是否需要及时补血、补液和纠正电解质紊乱等。由于精神紧张或缺乏判断能力,病人及其家属往往夸大出血量,医生应仔细询问。当病人出现头晕、乏力、口渴、面色苍白、出汗甚至脉搏快无力、血压下降时,表明出血量已达500~1 000毫升,已有休克表现。在估计出血量时应提示以下几点注意。

△高血压病人在鼻出血后血压下降,表示出血较多,切不可认为血压已恢复正常。



△此时查红细胞记数和血红蛋白定量,对急性鼻出血无参考价值,由于血液浓缩,该数值不一定有显著变化,补足失去的液量后再查才有意义。

△病人呈休克状态时常不再出血,不可认为出血已愈。

△医生应询问在出血时病人是否有吞咽动作,以便将咽入胃中的血量大致计算在内。如咽下后不久即呕出,此时血色可能仍为鲜红色,亦即时间尚短,来不及与胃酸作用变成柏油色,故不要误认为又发生出血。

▲ 判断出血原因

多半在止血后进行,但在准备止血器械的短时间内,可以简单询问既往病史和目前的全身情况,病人及其家属还应主动配合回忆和叙说。

