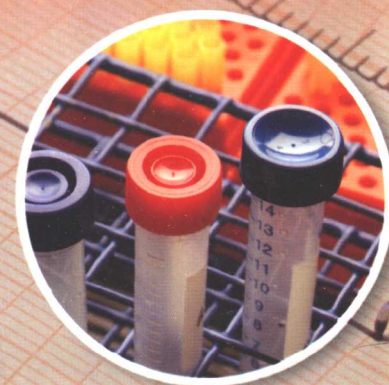
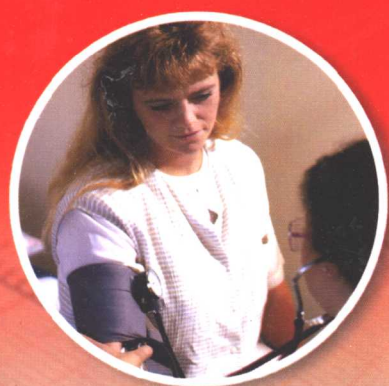


最新

# 诊疗失误与 防范处理实务全书



**ZUIXIN ZHENLIAO SHIWU  
YU FANGFAN CHULI  
SHIWU QUANSHU**

# 最新诊疗失误与防范 处理实务全书

---

于文景 主编

---

(第三册)

金版电子出版公司

## 目 录

<b>第一篇 诊疗失误及其防范总论</b> .....	(1)
<b>第一章 诊疗失误概述</b> .....	(3)
第一节 诊疗失误的基本概念 .....	(3)
第二节 诊疗失误的认定及责任 .....	(5)
第三节 诊疗失误的分类 .....	(8)
<b>第二章 诊疗失误的原因分析</b> .....	(12)
第一节 误诊的病人原因 .....	(12)
第二节 误诊的医生原因 .....	(17)
<b>第三章 诊疗失误的后果及其评价</b> .....	(27)
第一节 诊疗失误率的计算 .....	(27)
第二节 诊疗失误造成的不良后果 .....	(28)
第三节 诊疗失误与医疗事故 .....	(32)
第四节 对诊疗失误的客观评价 .....	(34)
<b>第四章 临床诊疗失误及其防范</b> .....	(37)
第一节 临床诊疗失误过程分析 .....	(37)
第二节 临床诊疗失误的防范方法 .....	(48)
<b>第二篇 内科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(57)
<b>第一章 呼吸系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(59)
<b>第二章 消化系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(91)
<b>第三章 循环系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(129)
<b>第四章 泌尿系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(163)
<b>第五章 神经系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(245)
<b>第六章 内分泌系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(277)
<b>第七章 血液系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(312)
<b>第八章 内科诊疗失误典型病例分析</b> .....	(367)
<b>第三篇 外科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(395)

第一章	普通外科诊疗失误与防范处理	(397)
第二章	心胸外科诊疗失误及防范处理	(485)
第三章	神经外科诊疗失误与防范处理	(505)
第四章	泌尿外科诊疗失误与防范处理	(526)
第五章	骨外科诊疗失误与防范处理	(545)
第六章	烧伤外科诊疗失误与防范处理	(664)
第七章	美容外科诊疗失误与防范处理	(682)
第八章	外科麻醉失误与防范处理	(704)
第一节	麻醉失误概述	(704)
第二节	麻醉失误的原因分析	(706)
第三节	麻醉失误的理论研究	(711)
第四节	麻醉失误导致的不良后果	(729)
第五节	麻醉失误的防范处理	(734)
第九章	外科手术一般并发症的防范处理	(758)
第十章	外科手术严重感染性并发症的防范处理	(815)
第十一章	外科手术异物遗留的防范处理	(832)
第十二章	外科诊疗失误典型病例分析	(836)
第四篇	儿科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(849)
第一章	儿科常见病诊疗失误与防范处理	(851)
第二章	新生儿疾病诊疗失误与防范处理	(915)
第三章	儿科诊疗失误典型病例分析	(943)
第五篇	妇产科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(969)
第一章	妇科常见疾病诊疗失误与防范处理	(971)
第二章	产科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1051)
第三章	妇产科诊疗失误典型病例分析	(1147)
第六篇	五官科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(1155)
第一章	五官科常见症状诊疗失误与防范处理	(1157)
第二章	眼科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1178)
第三章	耳鼻喉科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1218)
第四章	口腔科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1319)
第五章	口腔科诊疗失误典型病例分析	(1346)

<b>第七篇 皮肤、性病科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1379)
<b>第一章 皮肤科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1381)
<b>第二章 性病科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1393)
<b>第三章 皮肤、性病科诊疗处理常规</b> .....	(1401)
<b>第四章 皮肤、性病科诊疗技术操作</b> .....	(1451)
<b>第八篇 传染科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1463)
<b>第一章 传染科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1465)
<b>第二章 传染科诊疗失误典型病例分析</b> .....	(1527)
<b>第九篇 中医诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1535)
<b>第一章 中医内科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1537)
<b>第二章 中医外科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1554)
<b>第三章 中医骨科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1564)
<b>第四章 中医五官科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1596)
<b>第五章 中医儿科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1610)
<b>第六章 中医妇科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1618)
<b>第七章 中医皮肤科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1641)
<b>第八章 中医针灸科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1647)
<b>第一节 针灸临床操作禁忌</b> .....	(1647)
<b>第二节 针刺损伤及其救治处理</b> .....	(1656)
<b>第十篇 临床用药、护理与病历书写失误的防范处理</b> .....	(1677)
<b>第一章 临床用药失误的防范处理</b> .....	(1679)
<b>第二章 临床护理失误的防范处理</b> .....	(1693)
<b>第一节 护理差错事故与鉴定</b> .....	(1693)
<b>第二节 护理失误典型病例分析与处理</b> .....	(1703)
<b>第三节 护理缺陷及其防范处理</b> .....	(1709)
<b>第三章 病历书写失误的防范处理</b> .....	(1718)
<b>第一节 常见病历书写错误</b> .....	(1718)
<b>第二节 转出与转入记录书写错误</b> .....	(1721)
<b>第三节 申请会诊和会诊记录书写错误</b> .....	(1726)

## 目 录

---

第四节	手术与麻醉记录书写错误 .....	(1732)
第五节	病程记录书写错误 .....	(1735)
<b>第十一篇</b>	<b>临床诊疗常用诊断标准及处理原则 .....</b>	<b>(1769)</b>
第一章	常见传染病诊断标准及处理原则 .....	(1771)
第二章	常见皮肤病、性病诊断标准及处理原则 .....	(2162)
第三章	常见中毒诊断标准及处理原则 .....	(2221)

## 第六篇

# 五官科诊疗失误与防范 处理及典型病例分析





# 第一章 五官科常见症状诊疗失误与防范处理

## 一、急性听力下降

急性听力下降是指瞬间发生的听力障碍,是耳鼻咽喉科常见的临床症状之一,它与鼻出血、眩晕、咽异感症一样包含有多种致病因素,较常见的有炎症、肿瘤、外伤、变态反应、咽鼓管功能障碍等,最常见的疾病是突发性聋、分泌性中耳炎、卡他性中耳炎等,其他如梅尼埃病、听神经瘤、Cogan 综合征等,亦可表现为急性听力下降。

急性听力下降的类型有:感音神经性听力损失,和传导性听力损失,少数亦可表现为混合性急性听力损失,故临床上遇到急性听力下降的患者,首先要作出定性诊断和定位诊断,然后再针对病因进行治疗。

### 诊断要点

1. 音叉试验可判断听力下降的性质如传导性或感音神经性。
2. 电测听检查可判断听力损失的程度。
3. 声导抗检查可判定中耳情况,耳咽管功能及鼓室压图的类型,并可通过镫骨肌反射判断病变的部位。
4. ABR 检查对感音神经性急性听力损失患者,判断其耳蜗性聋或蜗后聋有重要参考价值。
5. CT、MRI 检查对占位性病变的诊断有特异性。

### 治疗要点

1. 对突发性耳聋引起的急性听力下降要积极扩血管、抗凝、营养神经,给以能量合剂,并辅以必要的高压氧结合治疗效果较好。
2. 对分泌性中耳炎引起的急性听力下降应行鼓膜穿刺抽液或鼓膜置管治疗。
3. 对卡他性中耳炎引起的急性听力下降应积极改善咽鼓管功能状态,并给以抗感染等治疗。
4. 对因听神经瘤引起的急性听力下降,应行手术治疗。

5. 对梅尼埃病引起的急性听力下降,应脱水,减轻膜迷路积水、对症、支持等结合治疗。

#### 常见诊疗失误的原因分析与防范处理

急性听力下降作为一种症状,原因颇多,可以是单一病因,也可由多种病因引起。特别是在一些疾病的早期,常以急性听力下降为主诉,以致造成临床表现不典型或症状相互掩盖,往往就容易相互误诊。常见的情况有以下几种:

1. 临床上有将听神经瘤误诊为突发性聋的报道,因听神经瘤约 1% 可以急性听力下降为首发症状,如不提高警惕,易误诊误治,故对可疑病人,应常规做 ABR 检查,如发现 V 波延迟等改变,提示有蜗后病变的可能,进而通过 CT 或 MRI 检查可能发现听神经瘤。此外对“突发性聋”治疗无效,甚至进行性加重者,亦应高度警惕听神经瘤的可能。

2. 临床上有时将分泌性中耳炎误诊为突发性聋。因分泌性中耳炎患者约 10% 左右可表现为晨起急性听力下降。如不对鼓膜情况做仔细检查,常易误诊误治。我们的经验是,对中度急性听力下降患者,首先要考虑分泌性中耳炎的可能,通过鼓膜穿刺抽液,或声导抗仪测试多不难诊断。

3. 临床上有 4% 的梅尼埃病可表现为急性听力下降,而被误诊误治为突发性聋,只注意前者耳聋是波动性,且有特征性缓解期表现等,多不难与突发性聋相鉴别。

4. 有时一些全身性疾病可以急性听力下降为首发症状,而首诊于耳鼻咽喉科。如不做详细的全身体格检查和必要的常规辅助检查,常易造成误诊。如不做胸透及 CT 检查,有可能将肺癌桥小脑角转移瘤,误诊为突发性聋。不拍颈椎片,不做眼底检查及血液流变学检查等,有可能将椎底动脉供血不足误诊为突发性聋等。

5. 对急性听力下降患者的治疗,有时因用脉络宁、东菱精纯克栓酶,尿激酶等引起严重脑出血,临床医生应提高警惕,尤其对突发性聋患者的治疗,使用扩血管药或酶制剂等要小心谨慎,一定要掌握用药原则和剂量及疗程,不可过量或长期使用,以防不测。如能在用药前做凝血酶原及出凝血时间以及纤维蛋白原浓度等检查,或可指导临床用药,并在用药间歇重复检查,发现异常要及时停药,才可避免上述意外情况的发生。

#### 病案 1 梅尼埃病误诊为突发性聋

女性患者,40 岁,主因眩晕、耳鸣、耳聋 1 周,曾在保健站输液治疗(不详)后眩晕消失。来诊时仅诉右耳鸣、耳聋,电测听检查,右耳 AC 在 0.5Hz ~ 4kHz 范围,平均为 70dBHL,遂诊断为右突发性聋。收住院行扩血管、抗凝、神经营养、能量合剂及高压氧结合治疗 10 天,耳聋症状时好时坏。进一步追问既往病史,患者 1 年前曾有两次类似发作,有发作性眩晕,伴波动性耳鸣、耳聋,持续时间为 2 小时和半天。当时经内科对症治疗缓解至今再发,后经甘油试验检查,结果在 250Hz、500Hz、1kHz 三个频率范围均提高 15dBHL,语言识别率提高 12%,均提示膜迷路积水。最后诊断为梅尼埃病。按梅尼埃病治疗半月后症状缓解,随访两年无复发。

### 原因分析

1. 对疾病的发生、发展的全过程没有联系起来考虑,甚至割裂现病史与治疗经过,仅凭当时的主诉和电测听检查,就下临床诊断,难免片面。诊断是一个对疾病的认识过程,是一个透过现象看本质的过程,是一个从感性认识上升到理性认识的过程,不可能通过一时一事的主诉或检查就能完全准确地判定疾病的性质。

2. 对既往病史与现病史的关系亦没有认真询问,仔细考虑。因梅尼埃病首次发病,一般临床不做诊断。往往曾有类似发作既往史,多能提示诊断,而本例既往有类似发作史,却没有仔细询问,也是造成误诊的原因之一。

3. 患者当时主诉仅为耳聋,并没有眩晕、耳鸣,临床表现当时并不典型。加之未提供前期症状和治疗经过,也是造成误诊的客观因素。

### 本病案特点

梅尼埃病是一种特发的内耳病,基本病理改变为膜迷路积水。临床表现为反复发作的旋转性眩晕,感音神经性听力损失,耳鸣和耳胀满感。发作缓解期无眩晕。

1997年全国统一诊断标准如下:

1. 反复发作的旋转性眩晕,持续20分钟至数小时,至少发作2次以上。常伴恶心、呕吐、平衡障碍。无意识丧失。可伴水平或水平旋转型眼震。

2. 至少一次纯音测听为感音神经性听力损失。早期低频听力下降,听力波动,随病情进展听力损失逐渐加重。可出现重振现象。

具备下述3项即可判定为听力损失:

(1)0.25、0.5、1kHz听阈均值较1、2、3kHz听阈均值高15dB或15dB以上;

(2)0.25、0.5、1、2、3kHz患耳听阈均值较健耳高20dB或20dB以上;

(3)0.25、0.5、1、2、3kHz平均阈值大于25dB HL。

3. 耳鸣。间歇性或持续性,眩晕发作前后多有变化。

4. 可有耳胀满感。

5. 排除其他疾病引起的眩晕,如位置性眩晕、前庭神经炎、药物中毒性眩晕、突发性聋伴眩晕、椎基底动脉供血不足和颅内占位性病变等引起的眩晕。

本例现病史和既往史有类似症状,均有耳鸣,耳聋和眩晕的典型三联征,且在住院后经甘油试验检查证实,符合上述梅尼埃病的临床表现。本病易与突发性聋伴眩晕相混淆。须对二者进行鉴别诊断(表6-1-1)。

### 预防

1. 首先需要对象病史的全过程有个系统的了解。包括发病经过、当时症状,治疗经过和现有症状,都要全面掌握,综合分析,才不致于将疾病不同时期的表现误认为疾病本身而以偏概全,妄作推判。

2. 对既往史和现病史要用辩证的观点分析其相互关系。尤其是对首诊时可疑梅尼埃病者,如能追问出既往类似发作史,多不难明确诊断。

表 6-1-1 梅尼埃病与突发性聋的鉴别诊断要点

鉴别要点	梅尼埃病	突发性聋
原因	内耳膜迷路积水	原因不明
症状	眩晕、耳鸣、耳聋	耳聋、耳鸣、可伴眩晕
特点	波动性耳鸣、耳聋、特征性缓解期	耳聋为突然发生,固定,无波动
电测听	发作期:感音性中、重度聋	感音性中、重度聋
甘油试验	阳性	阴性
诊断	根据典型症状及既往发作史以及客观 辅助检查	根据突发的感音性聋(中、重度)并排除 其他疾病
治疗	脱水、镇静、对症,眩晕严重持续不减 者可手术	扩血管、抗凝、能量合剂、神经营养、 维生素、高压氧等
预后	绝大多数治疗有效,但易复发	2/3 的病人治疗有效,一般不复发

### 3. 对梅尼埃病与突发性聋的鉴别诊断要心中有数。

#### 病案 2 听神经瘤误诊为突发性聋

女性患者,57岁,因右耳听力骤降1周来诊,电测听检查右耳AC在0.5Hz~4kHz范围平均为90dBHL,遂诊断为突发性聋。收住院行扩血管、抗凝、神经营养药、能量合剂及高压氧结合治疗2周,不见显效。

后追问病史得知右耳聋耳鸣已10余年,逐渐加重,入院前因生气后右耳听力骤降,故诊断为突聋。入院后做短增量敏感指数(SISI)检查,右耳为50%(<70%);用改良Carbart法行音衰试验,右耳音衰值为40dB(>20dB);于第18天做ABR检查,右耳I~V波间期为6.21ms(>4.4ms),右耳V波潜伏期为7.71ms(>5.5ms),右耳V波潜伏期为6.60ms,两耳V波绝对期差为1.11ms(>0.4ms)。声阻抗检查;双耳鼓室压图均为A型曲线,右耳镫骨肌反射未引出,左耳反射正常;右耳纯音听阈在250、500、1000、2000、4000Hz范围的平均听阈为90dBHL,左耳正常。以上检查结果与参考值对照均提示蜗后病变,后经CT增强扫描确诊为右侧听神经瘤。

#### 原因分析

1. 本例误诊的主要原因是既往病史询问不仔细,没有联系现病史去综合分析。以致割裂病史,仅以疾病一部分的临床表现作诊断,就难免片面,而易误诊。本例即仅以近1周内耳聋骤降为依据,没有及时追问既往10年耳聋病史。就很容易将听神经瘤误诊为突发性聋。

2. 门诊诊断缺乏CT、ABR等客观性检查资料,仅凭主诉和电测听结果难免作出主观推断不符合客观实际的诊断。

#### 本病案特点

听神经瘤起源于听神经鞘,是颅内神经瘤中最常见的一种,约占颅内神经瘤的90%以上。高发年龄为30~49岁,约占总数的60%,性别无明显差异。肿瘤多为单侧发生,个别也有双侧发生者。

听神经瘤的病程较长,自发病到住院治疗平均时间为3.6~4.9年。本例为10年。临床表现有眩晕,单侧耳鸣及耳聋,其中98.3%~100%的病人均伴有耳聋。从早期症状到出现其他症状常需数年。

按照听神经瘤的大小可将之分为四期。第一期:肿瘤直径<1cm,仅有听神经受损的表现。第二期,肿瘤直径一般不超过2cm,除听神经症状外可出现邻近颅神经症状。如三叉神经和面神经症状,小脑功能受影响,但无颅内压增高。第三期,肿瘤直径在2~4cm之间,除上述症状外有后组颅神经及脑干功能的影响。小脑症状更为明显,并有不同程度的颅内压增高。第四期,肿瘤直径超过4cm,病情发展已到晚期,症状已扩展至全脑,阻塞性脑积水表现严重,脑干受损亦很明显,有时还会出现对侧颅神经症状。

根据听力障碍病史,典型的病程进展,听神经瘤的诊断不难确定。但这时瘤体多已偏大,手术全切除及面神经功能的保留已经困难,手术的危险性亦加大。故对听神经瘤的诊断关键在于早期诊断,如在一、二期时就能确诊,这对本病的治疗效果将会有很大帮助。

听神经瘤已日益成为吸引耳神经科医师的疾病。Sandifort(1777)首次报道该病。Charles Bell(1830)最早详细报告了一例听神经瘤的进行性发展的临床表现为抽搐性三叉神经痛,进展性耳聋、头晕,最后因明显的脑干压迫症状,和颅内压增高而死亡。死后尸解发现小脑桥角有一鸽蛋大小的肿瘤,并扩展到内听道,并侵犯V和Ⅵ颅神经。近年来由于高分辨CT扫描、磁共振(MRI)及脑干听诱发电位(ABR)等检查手段的不断改进,使听神经瘤的早期诊断成为可能。韩东一等(1995)报告31例听神经瘤患者,ABR检查100%可获阳性结果(主要为波V潜伏期延迟出现),其中有3例临床表现为突发性聋,占9.67%(3/31)。方耀云等(1997)报告104例听神经瘤,首发症状表现为突发性听力减退者占23%,故易误诊,本例即误诊为突发性聋。临床上对ABR检查可疑病例应进一步做CT或MRI检查可望最终确诊。目前,随着耳显微外科技术的发展,听神经瘤手术死亡率已从过去的10%~15%下降至1%。

### 预防

我们的体会是,对突发性聋的诊断均应排除听神经瘤,尤其对治疗无效者和既往有耳聋病史者,需检查ABR声导抗等,有条件的应常规做CT或MRI检查,多可避免上述漏诊和误诊。

### 病案3 桥小脑角转移瘤误诊为突发性聋

男性患者,50岁。于1995年1月25日首诊于我院耳鼻咽喉科,主诉为无明显原因左耳听力骤降3天,伴耳鸣及轻度头晕,无头痛及呕吐。专科检查:左外耳道及鼓膜未见异常。音叉试验:左耳为感音神经性聋。电测听检查左耳0.25、0.5、1、2、4kHz的气、骨导平均为60dBHL。经上级医院耳鼻咽喉科专家会诊后诊断为“左侧突发性聋”,建议用脉络宁、脑活素治疗。用药一周后不见效,之后出现头痛、呕吐症状,再请我院神经内科会诊,并做CT检查,报告左侧顶叶脑梗塞。于1995年2月6日收住我院内科,检查右侧膝腱反射(++),巴彬斯基征(+),血沉为25mm/h,余未见异常。继续用维脑

路通、复方丹参、能量合剂等治疗 10 余天仍未见效。于 1995 年 2 月 16 日行造影剂增强的 CT 检查报告:①左侧桥小脑角占位病变,有 5cm × 4cm 密度不均匀,边界不清的阴影,四叠体受压、脑室移位,周围脑组织水肿带明显;②左侧顶叶脑梗塞。请上级医院神经外科会诊后拟行手术治疗。术前拍胸片发现右侧肺占位性病变。患者于 1995 年 3 月 25 日突然死亡。尸体解剖病理报告为:右肺鳞状细胞癌左侧桥小脑角转移瘤。

### 原因分析

1. 本例临床表现不典型,首诊无原发病灶的表现,而仅有颅内转移症状。造成误导作用,是误诊的客观原因之一。
2. 常规检查不够,如血、尿、便常规,胸透等检查,往往是临床诊断的必备依据之一。而本例在诊断为突发性聋之前,并未做胸透检查,以致将主病漏诊。
3. 诊断程序不当,临床上对突发性聋的诊断,需建立在排除了其他器质性或功能性疾病的前提下作出。而本例首诊拟诊为突发性聋,并未做 X 线 CT 等检查,以排外器质性疾病。

### 本病案特点

颅内转移瘤原发肿瘤有肺癌最多见,典型病例首先出现原发癌的症状,然后再出现颅内症状。但也有不少病例先出现脑部症状,手术与病理证实为转移瘤,而后才找到原发癌。本文病例临床表现即不典型。从初诊到死亡前后不过 2 个月时间。首诊从“突发性聋”误诊于耳鼻咽喉科,后又漏诊于神经内科,应该引起警惕。本例误诊的深刻教训是对患者没有及时作常规的胸部 X 线检查,加之缺乏对肿瘤的警惕性,致使患者失去治疗时机。我们体会,临床上对可疑的突发性听力减退患者有必要时做造影剂增强的或空气对比的 CT 检查(本例符合小脑转移瘤 CT 特点),有条件的医院可做 MRI 检查,以免漏诊。

### 预防

1. 对疾病的诊断要综合分析局部症状与全身病因的相互关系,不能停留在表面现象上。一定要透过现象看本质,对耳聋要进一步深入分析研究。
2. 辅助检查不能忽视常规检查,如胸透等。一些肿瘤病人往往是在常规检查中被发现的。此外 CT、MRI 检查对原发病灶或转移病灶的定位分析有重要参考价值。应该了解小脑转移瘤的 CT 特征。

## 二、鼻出血

鼻出血是临床上常见的症状,既是鼻腔疾病常见症状之一,也是某些全身性疾病或鼻腔邻近结构病变的症状之一,有时也可将其作为一种独立的疾病。引起鼻出血的病因很多,一般可分为局部与全身病因,局部病因可见于鼻与鼻窦外伤、炎症、中隔病变。鼻、鼻窦或鼻咽部肿瘤等;全身病因则见于发热性传染病、心血管疾病、血液病、营养障

碍、肝肾疾病、中毒、内分泌失调、遗传因素等。

鼻腔有诸多血管供应与丰富血管吻合,鼻粘膜直接与外界接触,对各种刺激首当其冲,外鼻突于面部,鼻腔上连颅底,旁及鼻窦及眼眶,后通鼻咽部,头面部或颅底外伤,鼻周部肿瘤均可使血管损伤易致鼻出血。由于鼻出血病因不同,表现形式也不尽相同。多为单侧出血也可双侧;可表现为间歇反复出血,也可持续性出血,出血量多少不一,轻者鼻涕中带血,重者可大量出血而发生失血性休克,反复出血可致贫血。多数出血可自止或将鼻捏紧后自止。出血部位大多在中隔前下方的易出血区即黎特区动脉与克氏静脉丛,儿童患者几乎全部发生在该部位,青年患者也以该部位为多见。少数严重出血发生在鼻腔后部,中老年患者多见于鼻腔后部的鼻-鼻咽静脉丛出血,也有发现鼻中隔后部动脉出血之情况。

#### 诊断要点

1. 通过病史询问,明确何侧鼻腔出血,出血时情况,出血速度与出血量,过去出血史,有无自觉病因以及目前有无其他不适感觉等。
2. 局部检查明确出血部位,可见鼻腔前段出血、鼻腔后段出血、鼻道出血等。
3. 全身检查包括血压测量、血常规、出血时间及凝血时间测定、血小板计数,以及与有关科室共同会诊,协助查找病因。
4. 对鼻出血剧烈者,应分秒必争,不宜从容进行检查,此时应判断有无失血性休克,同时立即采取止血措施。

#### 治疗要点

1. 一般处理 病人取坐位或半卧位,怀疑有休克者,应取平卧低头位,对病人精神紧张时,必要时给予镇静剂。
2. 对慢性复发性小量鼻出血患者,查明出血点后,可采取局部鼻腔填塞法、烧灼法、中隔粘膜下剥离法、瘢痕形成法、鼻内窥镜下电灼术等。
3. 对突发性严重鼻出血患者,则可采用前鼻孔鼻腔填塞法、后鼻孔填塞法及血管阻断术等处理。
4. 对颅底骨折引起颈内动脉破裂所致严重鼻出血患者,首先行前后鼻腔填塞,然后选择假性动脉瘤孤立术、蝶窦内肌肉填塞止血法、可脱性气囊栓塞术等处理。
5. 全身治疗,包括应用止血敏、凝血酶、6-氨基己酸、立止血以及维生素 C、K<sub>4</sub>、P 等。
6. 对贫血或休克患者应纠正贫血和抗休克治疗,必要时输入新鲜血液治疗。

#### 常见诊疗失误的原因分析与防范处理

鼻出血作为临床上常见症状,多见于局部病因,尤其常见于鼻腔前段出血,如黎氏区、克氏区出血等,而容易忽视鼻邻近结构及全身之病因。

1. 对鼻出血患者除了进行局部鼻腔处置外,应该明确查出血部位。
2. 作必要的辅助检查,包括血常规,出、凝血时间,血小板计数;鼻腔鼻窦 X 摄片;

肝、肾功能检查等,找寻出血之病因。

3. 与有关科室共同协助商讨检查及处理方案,以清除致病因素。

4. 对突发性严重鼻出血,与头颅外伤有关,应怀疑颈内动脉破裂或外伤性海绵窦瘘,除鼻部处置外,应立即进行蝶窦内肌肉填塞止血法或 X 线监视下可脱性气囊栓塞术等处理。

### 病案 1 再生障碍性贫血误诊为单纯鼻出血

女性患儿,5岁,反复鼻出血4月余,曾诊断为“单纯鼻出血、左鼻腔黎氏区出血”,每次鼻腔填塞后出血停止,未引起患者家属及医生的重视。第二年突然左侧鼻出血不止速来急诊,即行左侧鼻腔填塞止血,并入院观察。既往无外伤史及传染病史。查体:一般情况良好,营养稍差,面色微黄,全身淋巴结不大,肝脾不大,左鼻腔已填塞,仍有少许渗血,右鼻无出血点。血化验检查:血红蛋白 90g/L,红细胞  $2.8 \times 10^{12}/L$ ,白细胞  $4.1 \times 10^9/L$ ,中性细胞 35%,淋巴细胞 60%,单核细胞 5%,出凝血时间各 3 分钟,血小板计数  $24 \times 10^9/L$ 。拟诊为“血小板减少症”,随小量多次输新鲜血液,每次 100ml,抗感染及给予大量止血剂,取出鼻腔纱条后,鼻腔无出血。经小儿科会诊后转移治疗,骨髓穿刺发现骨髓中有核细胞减少,确诊为再生障碍性贫血。

#### 原因分析

1. 本例误诊原因主要是忽视了局部与全身的关系,没有透过现象看到疾病的本质。对症状性鼻出血的原因,深入分析不够,没有及时做血液学检查,以致造成主病漏诊,误诊为并发症的情况。

2. 理论知识不够全面,对长期鼻出血的患者,没有联系血液病等全身疾病做鉴别诊断。仅从局部症状出发,作表面处理,难免进一步延误诊治。

#### 本病案特点

再生障碍性贫血,由于凝血机制发生障碍,临床上常易导致鼻出血,且反复发作,迁延不愈。个别病人临床表现不典型,可以鼻出血首诊于耳鼻咽喉科。这类病人局部所见:鼻腔粘膜多苍白,出血部位多不固定,可表现为鼻腔弥漫性渗血。且对症治疗常不能治愈,临床经过缓慢渐进,待全身症状表现严重时方引起临床医生警惕。通过内科、儿科及血液科检查,最终可获确诊。

小儿鼻出血是比较复杂的问题,患儿多不能主诉及合作,需由父母陪看人员提供并协助。本病例患儿曾诊断为单纯鼻出血,鼻腔黎氏区出血,鼻腔填塞止血经历数次,未引起医患双方的高度重视。以后再次出血,化验血常规时才发现血液系统有疾患,最后经骨髓穿刺才确诊为再生障碍性贫血。

#### 预防

本病案提示我们临床工作者不能只顾及鼻部局部表现,而要注意全身情况。除了查清出血部位外,还要找寻出血之根本原因。血液常规化验,血小板形态及功能之全面检查可作为临床诊断鼻出血的必不可少的一个重要项目。



### 病案2 外伤性假性颈内动脉瘤误诊为外伤性鼻出血

男性患者,38岁,1月余前头面部曾受火药枪弹伤,伤后无大量鼻出血,无意识障碍及肢体活动受限。头颅X片证实头面部多处金属异物,最近1周以来反复次鼻出血,出血均能自行停止。查体:血压15/11kPa,右上睑肿胀、下垂,球结膜充血,右眼有复视,视力右0.1,左1.2,鼻腔有血迹,未见出血点及新生物,鼻咽部无异常。初步诊断为外伤性鼻出血,给予止血对症处置,但先后两次大出血,行头颅及颅底CT片示:左额部皮下有小片金属异物,右中颅窝底部、蝶窦、右颞下窝数个点状金属异物影,颅内未见出血灶,考虑到外伤性颈内动脉瘤形成,拟行数字血管减影检查时,病人突然呛咳,于口腔及鼻腔内大量出血,出血量约为1000余ml,抢救无效死亡。尸检结果:蝶窦与动脉壁粘连形成交通,其内充满血性液体,表面有包膜,并波及筛窦,右侧为重。

#### 原因分析

本例误诊主要是对外伤引起鼻出血的严重程度估计不足,以致漏诊假性动脉瘤。

#### 本病案特点

头颅外伤后鼻出血可以为轻度或重度鼻出血,若为轻度鼻出血,可能为鼻中隔粘膜或鼻甲粘膜损伤后引起的出血,一般出血量少,出血可自行停止。若为严重鼻出血,则可能为头颅外伤后颅底骨折时发生颈内动脉破裂,而在颅底形成假性动脉瘤。当假性动脉瘤侵蚀蝶窦顶壁外侧进入蝶窦而致非常严重的鼻出血,可伴有患侧视力下降或失明,可因失血过多,而危及生命。本病例被误诊为外伤性鼻出血,未引起医师之重视,因此对外伤性严重鼻出血患者应及早进行血管造影,确定有无外伤性假性动脉瘤,并尽早进行处置。

#### 预防

对外伤后数日反复有鼻出血的患者,应提高警惕,通过头颅CT或血管造影检查,多不难发现假性动脉瘤的诊断。

一旦确诊为假性动脉瘤,应积极采取手术治疗,或结扎近心端大血管,可能挽救患者生命。

### 病案3 右下鼻道毛细血管瘤误诊为单纯鼻出血

男性患儿,8岁,因右鼻经常出血半年余曾入院治疗,诊断为:“单纯鼻出血”,给予止血及对症处置,最近3天来右鼻突然流血,采用各种止血法,效果不佳,12小时后自行停止,忽入院观察,化验血红蛋白为55g/L,红细胞为 $2.7 \times 10^{12}/L$ ,其余无异常。查体:营养差,慢性病容,鼻粘膜稍红肿,左侧下鼻甲稍大,右侧中隔有血迹,其下鼻道有血涕,未见出血点。后于纤维鼻咽镜下发现右下鼻甲后端有一花生米大小之血管瘤,表面鲜红,有渗血,给予电灼后,控制了出血。最后诊断为右下鼻道毛细血管瘤,继发性贫血。

#### 原因分析

本例误诊原因主要是专科检查不够深入细致。加之病人首诊时鼻出血严重,无法看清鼻腔后部隐蔽之病灶,早期容易漏诊。