

实用 临床 医学

任占军 温海涛 那静涛 著

“国家一级出版社”



中国纺织出版社

“全国百佳图书出版单位”

实用临床医学

任占军 温海涛 那静涛 著

 中国纺织出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床医学 / 任占军, 温海涛, 那静涛著. -- 北京: 中国纺织出版社, 2019.1

ISBN 978-7-5180-3589-2

I. ①实… II. ①任… ②温… ③那… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 104211 号

责任编辑: 汤 浩

责任印制: 储志伟

中国纺织出版社出版发行

地 址: 北京市朝阳区百子湾东里 A407 号楼

邮政编码: 100124

销售电话: 010-67004422

传真: 010-87155801

<http://www.c-textilep.com>

E-mail: faxing@c-textilep.com

北京虎彩文化传播有限公司印刷 各地新华书店经销

2019 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

开 本: 787 × 1092

1/16

印张: 12.25

字 数: 300 千字

定价: 80.00 元

凡购买本书, 如有缺页、倒页、脱页, 由本社图书营销中心调换

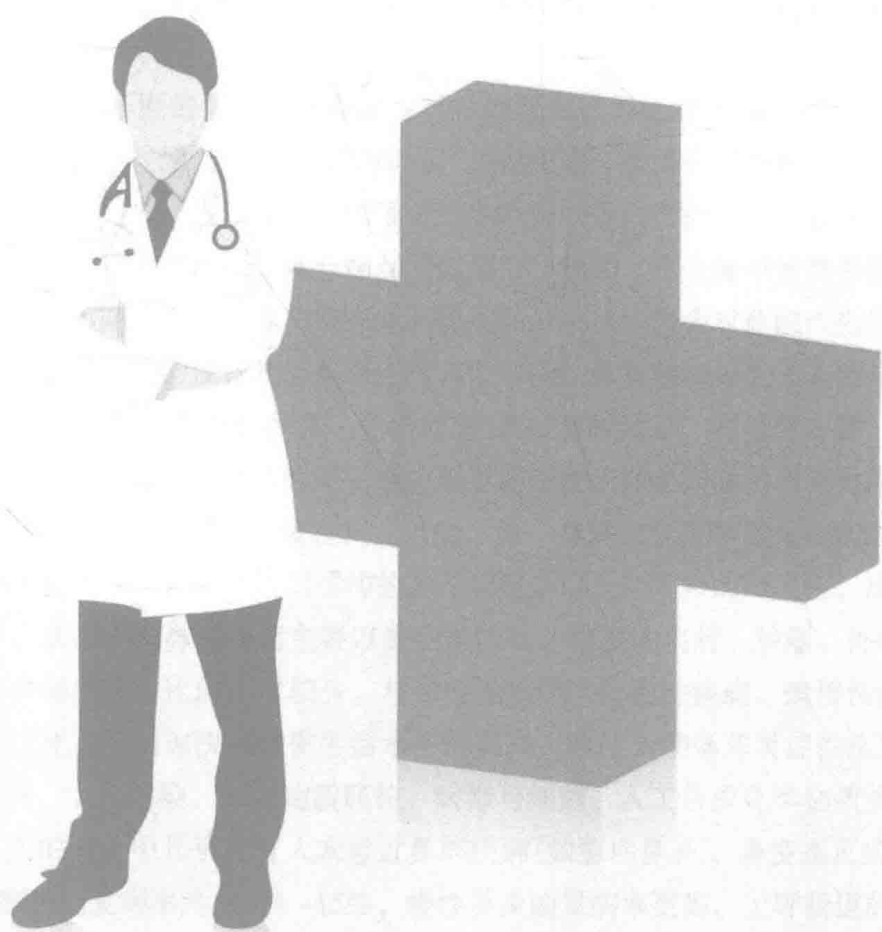
contents

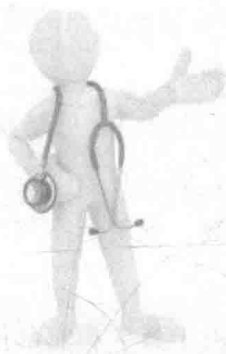
目录

第一篇 耳鼻喉	1
第一章 鼻科学及颅面疾病	3
第二章 喉科学	19
第三章 耳科学	45
第二篇 精神内科	61
第一章 神经系统检查	63
第二章 电生理检查	71
第三章 急性感染性多发性神经炎	75
第四章 末梢神经炎	79
第五章 面神经炎	83
第六章 脊神经根炎	87
第七章 急性播散性脑脊髓炎	89
第八章 视神经脊髓炎	91
第九章 阿尔茨海默病	93
第十章 缺血性脑血管病	99

第十一章	出血性脑血管病	107
第十二章	高血压脑病	113
第十三章	蛛网膜炎	115
第十四章	重症肌无力	119
第十五章	多发性肌炎和皮肤炎	125
第十六章	肌强直性肌病	129
第三篇 循环系统		133
第一章	循环系统总论	135
第二章	心力衰竭	141
第三章	窦性心律失常	147
第四章	房室交界区性心律失常	151
第五章	房性心律失常	157
第六章	动脉粥样硬化	163
第七章	冠状动脉粥样硬化性心脏病	171

第一篇 耳鼻喉





第一章 鼻科学及颅面疾病

第一节 概述

鼻位于颅面正中部，是人体的感觉器官，是呼吸的门户，承担着重要的生理功能。人类采用科学方法对鼻-鼻窦进行的研究始于15世纪初期，玻利维亚人 Carpi G B 首次对额窦进行了解剖学观察，在以后的300年时间里，Ingressia G (意大利)、Casserio G F (意大利)、Zuckerandi E (奥地利)、Haller A (法国)、Onodi A (匈牙利)、Killian G (德国)等科学家从各个角度对鼻-鼻窦进行了解剖学研究。18世纪中期，第一本《鼻和鼻窦解剖学》出版，作者是匈牙利人 Mihalkovics V G, 由此奠定了鼻科学的发展基础。随着1871年达尔文《人类起源和性选择》论文的发表，人们对鼻-鼻窦的组织发生学、比较解剖学也有了较深的了解。这些知识的原始积累一直成为当代鼻科学(特别是鼻外科)的重要指引。

与解剖学研究有所不同的是，鼻-鼻窦生理学的研究进展比较缓慢。19世纪末确定了鼻的三大功能：呼吸、嗅觉、空气滤过与加温加湿作用，20世纪进一步阐明了鼻腔阻力、气体流动、鼻肺反射、纤毛输送系统、免疫反应以及对下呼吸道的影响等一系列功能，但是直到今天我们仍然不能准确、全面地描述上述功能的作用原理与相互间的调节。例如，三个鼻甲各自在鼻腔内的位置、形状、组织学结构都是不同的，其生理功能究竟有何不同，一旦缺失会对鼻腔产生什么影响？人类的鼻窦除了减轻头部重量和协助发音外，是否还有其他功能？鼻黏膜特异性和非特异性保护功能是如何进行自身调节的？哪些因素(神经因素、化学因素)通过何种途径，参与着血管、腺体的活动和炎症细胞的趋化等。对鼻-鼻窦生理学研究滞后的主要原因是由于缺乏精确的研究手段；例如，直到今天，人们还不能对嗅觉进行准确的定量检测。因此，鼻-鼻窦的生理学对人类来说还是一个谜。

鼻，解剖学发育的巨大差别、组织结构的多样和复杂以及对外界的开放性，决定了它成为全身最高的发病部位。临床中的鼻部疾病主要以炎症性疾病、出血性疾病、肿瘤、外伤四个类别为主。先天性疾病和特种感染所占比例相对较少。与传染性疾病、代谢性疾病、遗传性疾病所不同的是，社会工业化、现代化进程的加快和物质生活水平的提高，非但未使鼻部炎症性疾病的发病率下降，反而促其逐年上升。空气污染、有害物质颗粒、病毒与细菌、人工合成化学物质成为鼻部被攻击的主要致病因素。人的一生中几乎没有人未患过鼻部疾病(如急性鼻炎)，鼻变态反应的发病率可高达15%~35%，鼻窦炎的发病率约为8%~15%，慢性鼻炎的发病率更高。上呼吸道的炎症性疾病通常对下呼吸道产生影响。

鼻腔血运丰富,出血性疾病也比较多见,除局部原因以外,血液性疾病、风湿热、高血压、传染性疾病、白血病等也时常发生鼻出血,老年人鼻出血常常是脑出血的前兆,都需要了解和鉴别。因此,在临床诊疗鼻出血的时候要注意考虑全身因素的影响。

鼻腔鼻窦恶性肿瘤发生率逐年上升,特点是局部破坏迅速但远处转移相对较少,对鼻窦肿瘤大范围的切除手术常常导致颜面部畸形和多器官功能障碍,而且存活率不高。随着放疗、化疗、介入、生物学治疗等周边学科技术以及鼻外科手术技术的提高,保留形态与功能的区域局限性手术取代大面积切除手术已逐渐成为趋势。

鼻-鼻窦-颅面的传统外科维持了120多年的历史,由于鼻-鼻窦部位深在、术野狭窄、缺少照明等原因,使手术的精细程度和疗效都受到很大影响,20世纪70年代初期,鼻内镜和各种先进设备的出现,使传统的鼻外科手术方式发生了巨大变革,主要体现在以下五个方面:①在良好照明和电视监视下手术精细程度大大增加,避免了许多盲目操作带来的副损伤;②用微创性手术取代了破坏性手术,强调结构与功能重建;③由于鼻科手术的特征是手术腔的开放性,因此更加强调手术后长时间药物治疗、冲洗和局部处理;④利用解剖学优势,向周边区域延伸,诞生了经鼻内镜鼻窦外科和鼻颅底外科两个分支,即经鼻内进路手术治疗眶尖、眶周、眶内、颅底、颅内的某些疾病,而这些疾病往往都是眼科与脑外科传统手术难以接近和到达的部位,为此成为当代最具代表性的鼻-鼻窦-颅面微创技术;⑤鼻内镜微创外科的出现,带动一系列相关基础研究的进展,手术解剖学、形态学、影像诊断学,以及以黏膜炎症发生、发展、调控为主要目标的病理生理学机制的研究,丰富了鼻科学基础理论,推动了鼻科学的整体发展。

无论是外科治疗还是药物治疗,维护和改善鼻-鼻窦形态与功能是临床治疗的总体原则,鼻腔冲洗(0.9%~2.8%盐水)不仅仅是治疗的重要内容,已经逐渐成为人类鼻腔保健的重要方式。某些对黏膜形态与功能有严重影响的药物应禁止使用(如盐酸萘甲唑啉-滴鼻净),麻黄素类减充血剂的浓度和连续使用的时间也应限制,也不推荐使用鼻甲黏膜下注射长效激素或腐蚀性强的药物。当代鼻黏膜炎性疾病治疗的主体药物是局部糖皮质激素。近些年一些局部治疗方法,如射频、微波、激光、电灼技术应用广泛,对鼻腔止血有肯定的疗效,但在治疗鼻甲增生时可造成大面积黏膜损伤,因此建议使用低温等离子黏膜下消融技术,同时不提倡使用各种类型的神经切断术治疗鼻黏膜炎性疾病。

总之,对鼻病的治疗已经逐渐摆脱破坏性手段,而更加注重的是维护和改善其功能。

第二节 鼻的症状学

鼻病可有各种症状,但有时发生某一鼻部症状,不一定是鼻病。如因环境温度突变、灰尘或异味刺激,或情绪波动,可诱发暂时性鼻塞、流涕或喷嚏,属机体一种正常生理反应。只有症状每天发作、每周超过4天才能视为病理表现。鼻部疾病可引起临近区域和全身症状,鼻临近部位或其他系统疾病也可出现鼻部症状。应仔细询问病史,分析症状特点以获得可靠诊断依据。

一、鼻塞

鼻塞(nasal obstruction)即经鼻通气不畅,有单侧、双侧之分。视原因不同可表现为持续性、间歇性、交替性或进行性加重。持续性鼻塞常见于鼻内结构异常,如先天性后鼻孔闭锁、鼻中隔偏曲、过度气化的中鼻甲、增厚内移的上颌骨额突以及先天性梨状孔狭窄等。幼儿单侧持续性鼻塞并伴有呼气臭味、脓血涕者多为鼻腔异物引起。间歇性或发作性、交替性鼻塞多见于鼻黏膜炎性或血管神经性反应,如感染、变态反应、自主神经紊乱、药物作用、内分泌失调等,此类鼻塞多为双侧。单侧鼻塞进行性加重与鼻内或临近部位新生物有关,如鼻息肉、鼻及鼻窦肿瘤、鼻咽部肿瘤等;若为双侧常由慢性炎症引起的黏膜增生性病变所致。

对于主诉鼻塞的病人,应详细询问鼻塞是单侧还是双侧,程度(轻度——仅在有意识吸气时感到呼吸不畅;中度——感觉明显有时需张口呼吸配合,鼻音较重;重度——完全需张口呼吸)表现特点及病程时间、伴随症状、近日用药史等。长期鼻塞由于影响正常的经鼻呼吸,可引起各种不良后果,如婴幼儿的营养不良、颌面发育畸形、咽鼓管功能不良导致的听力下降。长期经口呼吸导致慢性咽喉炎、睡眠时导致鼻源性鼾症,严重者发生睡眠呼吸紊乱综合征(sleep breath-disordered syndrome),使病人产生头晕、困乏、记忆力下降等症状,久之影响心肺功能。

二、鼻溢

鼻溢(rhinorrhea)是指由于鼻分泌物过多而自前鼻孔或后鼻孔流出。病理情况下鼻溢液大多来自鼻黏膜腺体的分泌和血管渗出,此即鼻分泌物(鼻涕)。另有少数情况为鼻部浆液性囊肿破裂流出的内容物,以及经鼻-颅交界处先天或外伤性瘘孔流出的脑脊液,称为鼻溢液。鼻溢液性质有以下四种:

1. 水样鼻溢:鼻溢液稀薄如水并略有黏性,多为鼻黏膜血管渗出液与腺体分泌物的混合液,常见于变态反应性鼻炎、血管运动性鼻炎和急性鼻炎早期。若颅脑外伤或剧烈活动后出现鼻溢液,则清亮、透明呈水样,无黏性,久置后不自行凝结应考虑脑脊液鼻漏。此时应对鼻溢液行葡萄糖定量分析,若在 1.7mmol/L 以上可定为脑脊液。若液体呈淡黄色透明,呈单侧间歇性流出,见于鼻窦囊肿破裂。

2. 黏液性鼻溢:主要为黏膜腺体分泌物。呈半透明状,因含有多量黏蛋白(mucin)故较为黏稠,常见于慢性鼻炎、慢性鼻-鼻窦炎,后者常经后鼻孔流下。

3. 黏液脓性鼻溢:为黏液和脓的混合液,由细菌感染引起。呈黄白色,较浑浊。见于慢性鼻-鼻窦炎或急性鼻炎恢复期。随着病情好转,脓性成分减少,黏液成分增多。若鼻溢液为黄绿色,混浊且有臭味,常见于牙源性上颌窦炎、鼻腔异物。

4. 血性鼻溢:鼻溢液混有血液,若仅有数日后即消失,常为鼻黏膜的急性炎症。若涕中带血超过两周,可见于鼻腔异物、鼻真菌感染、鼻-鼻窦或鼻咽部肿瘤,此种情况多为单侧。

对主诉鼻溢病人,应询问发生时间及诱因,鼻溢液量,发作次数及病程时间,鼻溢液性质及伴随症状,依此进行必要的检查。

三、喷嚏

喷嚏(sneezing)本为正常的鼻内保护性反射,系鼻内三叉神经末梢受到如粉尘、异味、冷气等刺激时,通过神经反射,先发生明显的吸气相,然后产生强大、突发气流将刺激物喷出。如果喷嚏每日发生、每次连续3~5个甚至更多,病程连续4天以上,则应视为异常。可见于急性鼻炎、变态反应性鼻炎、血管运动性鼻炎,并伴有鼻塞、涕多等症状。此外,较为罕见的顽固性发作性喷嚏(intractable paroxysmal sneezing)可见于年轻患者,且以女性居多,多由焦虑、压抑等精神障碍引起,此类喷嚏多无明显吸气相。遇有喷嚏为主诉的病人,应询问喷嚏发作的时间、频率、程度、发作诱因、伴有的其他鼻部症状,以及月经前期、妊娠期有关鼻的症状。

四、鼻出血

鼻出血(epistaxis)系指血液经鼻流出。鼻出血多从出血侧的前鼻孔流出。当出血量大或出血部位临近鼻腔后部时,可向后流至后鼻孔,或经对侧鼻腔流出,或经鼻咽部流至口腔吐出或咽下。少数情况下也可经鼻泪管由泪小点处流出,多发生在鼻填塞不完全时。鼻出血可表现为涕中带血、滴血、流血、血流如柱。出血程度一般与出血原因和部位有关。鼻出血既可为鼻腔局部疾病所致,如外伤、黏膜炎症、糜烂、肿瘤,也可全身疾病在鼻部的表现,如肝功能异常、血液病、高血压病、动脉硬化等。头外伤后若伴有视力急剧减退的严重鼻出血,可来自蝶骨骨折导致颅内假性动脉瘤破裂。由偏食等不良饮食习惯导致的营养摄入不全,常是儿童鼻出血的原因。

对主诉鼻出血病人,应询问其首先出血侧,判断出血部位,寻找出血点,估计出血量。询问伴发症状,既往鼻病史,饮食习惯和全身相关疾病。若成人反复单侧出血应考虑鼻、鼻咽部新生物。女性病人应注意与月经周期的关系。中、老年人鼻出血应考虑高血压、动脉硬化、肺心病等。应注意病人全身状态、有无贫血、休克等急症。

五、鼻源性头痛

由鼻病引起的头痛称为鼻源性头痛(rhinogenic headache),一般有两类:感染性和非感染性。感染性鼻源性头痛往往伴有鼻-鼻窦的急性感染,且疼痛有一定部位和时间。如疼痛位于前额部、眼眶内上方或全头痛,见于急性额窦炎。如上午轻、下午重,见于急性上颌窦炎;早晨重、下午缓解、晚间消失,见于急性额窦炎。非感染性鼻源性头痛见于变应性鼻炎、萎缩性鼻炎、鼻中隔偏曲、鼻及鼻窦肿瘤等。对头痛为主诉的病人,判断其头痛是否为鼻源性,主要是根据疼痛部位、发生时间、鼻部症状以及必要的鼻科检查。以黏膜表面麻醉剂分别麻醉中鼻甲后端的外方和中鼻甲前端的前方,若头疼很快减轻,甚至消失,是诊断鼻源性头痛的又一依据。因上述两个麻醉点分别为支配鼻部感觉的三叉神经第二支的蝶腭神经节和第一支的鼻睫神经。

六、嗅觉障碍

嗅觉障碍(olfactory dysfunction)在临床上以嗅觉减退(hyposmia)和嗅觉丧失(anosmia)较为常见,而嗅觉过敏(hyperosmia)、嗅觉倒错(parosmia)和幻嗅(olfactory hallucination)则较为少见。嗅觉

减退或丧失易发生在鼻塞为主诉的疾病,如鼻甲肥大、鼻息肉、鼻内肿瘤等,因这类疾病使含有气味的气流不能到达嗅区黏膜,而引起所谓呼吸性嗅觉减退或丧失。但某些变应性鼻炎、慢性鼻窦炎病人,虽经减充血剂治疗使鼻气道通畅,仍有渐进性嗅觉减退,这可能与嗅神经鞘膜水肿有关。上呼吸道感染、萎缩性鼻炎、嗅神经炎、化学气体损伤、颅底骨折、颅内疾病、阿尔茨海默病(Alzheimer's Disease)等疾病可使嗅神经末梢、嗅神经、嗅中枢萎缩、失用而产生所谓感觉性嗅觉减退或丧失。

嗅觉过敏是指病人对气味的敏感性增强,轻微的气味即感觉极为强烈。嗅觉过敏一般是暂时性的,往往发生于嗅神经炎恢复期、鼻部炎症、妊娠、月经期和更年期等,颅内压增高也可有嗅觉过敏。嗅觉倒错是指病人感受到的气味与正常人相反。幻嗅则是病人的嗅幻觉,闻到恶臭或奇香,常见于癫痫、精神分裂症等。

对于主诉嗅觉障碍的病人,应注意询问嗅觉障碍发生的时间、诱因,是突发性抑或渐进性,发生前病史、伴有的鼻腔局部症状和全身症状。

七、共鸣障碍

上呼吸道参加发音共鸣作用,如有解剖或病理性变异,可产生共鸣障碍(resonance dysfunction),表现为鼻塞性鼻音(rhinolalia clausa)和开放性鼻音(rhinolalia aperta)。前者系喉音不能有效地进入鼻腔影响共鸣,发生于鼻炎、鼻内阻塞性疾病。后者则为喉音进入与口腔开放的鼻腔使共鸣减弱,见于腭裂、腭麻痹、腭关闭不全。

第三节 鼻腔炎症性疾病

鼻腔直接与外界相通,易受有害因素的攻击,因此在鼻科临床中,鼻腔炎症性疾病是最为常见的一类疾病。这类疾病发病因素复杂,可分为生物性(病原微生物)、药物性、代谢性、医源性等,有的病因至今不明。急性鼻炎即通常所说的伤风感冒,发病率非常高,是本节主要介绍的疾病,各个年龄组均可发生,尤以幼儿最为好发。慢性鼻炎也是很常见的疾病,常被忽视,但可影响生活质量。

一、急性鼻炎

急性鼻炎(acute rhinitis)俗称“伤风”“感冒”。但感冒有别于流感,故又称为普通感冒。系由病毒感染引起的急性鼻黏膜炎症,常波及鼻窦或咽喉部,传染性强。多发于冬秋季以及季节交替之时。

【病因】

各种上呼吸道病毒均可引起本病,最常见的有鼻病毒、腺病毒、冠状病毒、流感病毒和副流感病毒等。主要传播途径是飞沫直接吸入,其次被污染的食品或物体也可从鼻腔或咽部进入体内而致

病。在病毒感染的基础上,可继发细菌感染。由于各种病毒的致病特点不一样,因此发病常无一定规律,而且临床表现的程度也有所不同。

常见诱因有:

1. 全身因素:受凉、疲劳、营养不良、维生素缺乏,各种全身慢性疾病等均可导致机体免疫功能下降,诱发病。

2. 局部因素:鼻腔及邻近部位的慢性病变,如鼻中隔偏曲、慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉、腺样体肥大和慢性扁桃体炎等,均可影响鼻腔功能和通气引流,鼻腔黏膜纤毛运动发生障碍,病原体易于局部存留。

【病理】

病变初期,血管收缩,局部缺血,分泌减少。继之血管扩张,分泌增加,造成黏膜水肿。而黏膜水肿使得鼻腔黏膜纤毛运动功能发生障碍,病原体易于存留,出现炎性反应,初为单核白细胞以及少量吞噬细胞,继而多形白细胞逐渐增多。分泌物也由初期的水样,变成黏液性,如果合并细菌感染,逐渐变成脓性。

【临床表现】

潜伏期1~4天,不同的病毒潜伏期有所不同。鼻病毒的潜伏期较短,腺病毒、副流感病毒较长。早期症状多为鼻腔和鼻咽部出现鼻痒、刺激感、异物感或烧灼感(急性鼻交感刺激综合征),自觉鼻腔干燥。有时还会出现结膜的搔痒刺激感(如腺病毒感染时)。然后出现疲劳、头痛、畏寒、食欲不振等全身症状。继之出现逐渐加重的鼻塞,夜间较为明显,打喷嚏、头痛。鼻涕增多,初为水样,后变为黏脓性。说话有闭塞性鼻音。儿童还可以发生鼻出血。此时全身症状最重。一般在1~2周内,各种症状渐减轻,消失。如果为合并细菌感染,则出现脓涕,病情延期不愈。

检查可见:初期鼻黏膜广泛充血、干燥,以后鼻黏膜肿胀,总鼻道或鼻底有水样、黏液样或黏脓性分泌物,咽部黏膜也常有充血。

【诊断】

依照患者病史及鼻部检查,确诊不难,但应注意是否为急性传染病的前驱症状,即与症状性急性鼻炎相鉴别。

【鉴别诊断】

许多急性传染病如流感、麻疹等,常有症状性急性鼻炎的表现。鉴别诊断主要根据病史以及全身情况。

1. 流感:全身症状很重,常有高热、全身不适,易发生衰竭。

2. 麻疹:同时有眼红、流泪、全身发疹等伴随症状。

【并发症】

急性鼻炎可因感染直接蔓延,或因不适当的擤鼻,使感染向邻近器官扩散,产生多种并发症:

① 急性鼻窦炎,其中以筛窦炎和上颌窦炎多见;② 中耳炎;③ 鼻咽炎、咽炎、喉炎、气管及支气管炎、肺炎;④ 泪囊炎、结膜炎,但较为少见。

【治疗】

病毒感染尚无简单有效的治疗方法。但呼吸道病毒感染常有自限性,因此病毒感染引起的急性

鼻炎，主要是对症及预防并发症。应多饮热水，清淡饮食，注意休息。

1. 抗病毒药物：早期应用，常用的有：病毒唑，吗啉胍，金刚烷胺等。

2. 减轻发热、头痛等全身症状，可用：① 复方阿司匹林1~2片，3次/日；阿司匹林0.3~0.5g，3次/日。② 清热解毒冲剂1~2包，3次/日；板兰根冲剂1~2包，3次/日。

3. 局部治疗：① 血管收缩剂滴鼻，如1%麻黄素液或0.05%羟甲唑啉，0.05%~0.1%丁苯唑啉滴鼻液以利鼻腔通气引流。后者作用时间较长，可达7~8小时。小儿宜用0.5%麻黄素液。使用减充血滴鼻液的时间不宜超过10天，以免形成药物性鼻炎。② α -干扰素(α -interferon)鼻部应用虽可减少鼻病毒的复制，但并不能影响病程，其作用有限。

二、慢性鼻炎

慢性鼻炎(chronic rhinitis)是鼻黏膜及黏膜下层的慢性炎症。主要特点是鼻腔黏膜肿胀，分泌物增加。病程持续数月以上或反复发作，迁延不愈，常无明确的致病微生物感染。一般分为慢性单纯性鼻炎(chronic simple rhinitis)和慢性肥厚性鼻炎(chronic hypertrophic rhinitis)两种类型。二者病因基本相同，后者多由前者发展而来，组织病理学上没有绝对的界限，常有过渡型存在，但临床表现以及治疗方法有所不同。慢性鼻炎患者常伴有不同程度的鼻窦炎。

【病因】

致病因素主要有：全身因素、局部因素和职业及环境因素等方面。

1. 全身因素：

(1) 慢性鼻炎可以是一些全身疾病的局部表现，如贫血、结核、糖尿病、风湿病以及慢性心、肝、肾疾病等，均可引起鼻黏膜长期瘀血或反射性充血。

(2) 营养不良，维生素A、C缺乏，烟酒过度等，可使鼻黏膜血管舒缩功能发生障碍，或黏膜肥厚，腺体萎缩。

(3) 内分泌失调，如甲状腺功能低下可引起鼻黏膜水肿；青春期、月经期和妊娠期鼻黏膜即可发生充血、肿胀，少数可引起鼻黏膜肥厚。

(4) 免疫功能障碍：全身免疫功能障碍可以是先天性的，如 γ -球蛋白缺乏；也可以是后天性的，如艾滋病、器官移植或肿瘤病人长期使用免疫抑制剂。局部免疫功能障碍如缺乏分泌性IgA等都可以造成上呼吸道反复感染。

2. 局部因素：

(1) 急性鼻炎的反复发作或治疗不彻底，变为慢性鼻炎。

(2) 鼻腔或鼻窦慢性炎症，可使鼻黏膜长期受到脓性分泌物的刺激，促使慢性鼻炎发生。

(3) 鼻中隔偏曲、鼻腔狭窄、异物、肿瘤妨碍鼻腔通气引流，使得病原体容易局部存留，以致易反复发生炎症。

(4) 长期滴用血管收缩剂，引起黏膜血管舒缩功能障碍，长期血管扩张，组织间隙水肿、黏膜肿胀、纤维结缔组织增生或鳞状上皮化生，严重影响纤毛系统的形态和功能，最终导致药物性鼻炎。

(5) 黏膜纤毛功能、结构异常或出现分泌功能障碍也容易发生慢性鼻炎。

3. 职业和环境因素：职业或生活环境中长期吸入各种粉尘，如煤、岩石、水泥、面粉、石灰等可损伤鼻黏膜纤毛功能；各种化学物质及刺激性气体(如二氧化硫、甲醛及酒精等)均可引起慢性鼻炎；环境温度和湿度的急剧变化也可导致本病。

(一)慢性单纯性鼻炎

慢性单纯性鼻炎(chronic simple rhinitis)是一种以鼻黏膜肿胀、分泌物增多为主要症状的慢性炎症。

【病理】

鼻腔、鼻窦的组织病理学检查有其特殊之处：① 年龄因素的影响：新生儿没有淋巴细胞；随着年龄的增长，肥大细胞逐渐减少。② 鼻腔、鼻窦不同的部位有着不同的组织结构，神经、血管、腺体的密度各不相同。

由于神经血管功能紊乱，鼻黏膜深层动、静脉慢性扩张，鼻甲出现肿胀。但浅层血管没有明显扩张，因此鼻黏膜充血不明显。血管和腺体周围有淋巴细胞与浆细胞浸润，黏液腺功能活跃，分泌物增多，但黏膜组织无明显增生。

【临床表现】

鼻塞、鼻涕增多为主要症状，还可伴有嗅觉减退、闭塞性鼻音、鼻根部不适，头痛等症状。

鼻塞的特点是间歇性和交替性。

间歇性：白天、温暖、劳动和运动时鼻塞减轻，睡眠、寒冷、静坐时加重。运动时，全身自主神经兴奋，鼻黏膜血管收缩，鼻塞减轻。

交替性：平卧时鼻塞较重，侧卧时居上侧通气较好，下侧较重。可能与平卧时颈内静脉压升高有关。侧卧后，下侧鼻腔出现鼻塞，可能与肩臂的自主神经反射有关。鼻分泌物主要为黏膜腺体的分泌物，因含有多量黏蛋白(mucin)多为黏液性，继发感染后可为黏脓性或脓性。鼻涕可向后经后鼻孔流到咽喉部，引起咽喉部不适，出现多“痰”及咳嗽。在小儿，鼻涕长期刺激可引起鼻前庭炎、湿疹等。

检查可见双侧下鼻甲肿胀，不能看清鼻腔内的其他结构。鼻黏膜呈淡红色，没有明显的充血。下鼻甲表面光滑、湿润，黏膜柔软而富有弹性，用探针轻压呈凹陷状，移开后立即恢复。鼻黏膜对血管收缩剂敏感，滴用后下鼻甲肿胀迅速消退。鼻底、下鼻道或总鼻道内有黏稠的黏液性鼻涕聚集，总鼻道内还常有黏液丝牵挂。

【诊断】

依照患者病史及鼻部检查，确诊不难，但应注意与其他类型的慢性鼻炎相鉴别。

【治疗】

1. 消除致病因素是关键。积极治疗全身疾病；矫正鼻腔畸形，如鼻中隔偏曲、结构性鼻炎等；加强身体锻炼，提高机体免疫力；注意培养良好的心理卫生习惯，避免过度疲劳。有免疫缺陷或长期使用免疫抑制剂者，尽量避免出入人群密集场所，并注意戴口罩。

2. 局部治疗：

(1) 血管收缩剂滴鼻：0.5%~1%麻黄素液，或0.05%羟甲唑啉，每日1~2次，或者只在有明显鼻塞症状时使用。注意：此类药物长期使用可引起药物性鼻炎，因此一般不宜超过7天；儿童最好

不用或短期使用浓度较低的此类药物；盐酸奈唑啉(滴鼻净)应禁止使用。

(2)局部糖皮质激素鼻喷剂：最常使用的鼻内抗炎一线药物。

(3)微波或超短波可以改善鼻腔的血液循环，改善症状。

(二)慢性肥厚性鼻炎

慢性肥厚性鼻炎(chronic hypertrophic rhinitis)是以黏膜、黏膜下，甚至骨质限局性或弥漫性增生肥厚为特点的鼻腔慢性炎症。

【病理】

早期表现为黏膜固有层动、静脉扩张，静脉及淋巴管周围有淋巴细胞及浆细胞浸润。静脉和淋巴管回流受阻，通透性增高，出现黏膜固有层水肿，继而纤维组织增生，黏膜肥厚病变累及骨膜可发生下鼻甲骨质增生肥大。病变持续发展，纤维组织增生压迫血管，引起血液循环障碍，形成限局性水肿，息肉样病变。黏膜上皮纤毛脱落，变成假复层立方上皮。鼻腔不同的地方，黏膜增厚的程度不同，通常下鼻甲最重，中鼻甲前端和鼻中隔也可出现类似变化。

【临床表现】

主要有以下症状：

- 1.鼻塞较重，多为持续性。出现闭塞性鼻音，嗅觉减退。鼻涕不多，为黏液性或黏脓性。
- 2.若下鼻甲后端肥大压迫咽鼓管咽口，可有耳鸣、听力减退。若下鼻甲前端肥大，可阻塞鼻泪管开口，引起溢泪。
- 3.长期张口呼吸以及鼻腔分泌物的刺激，易引起慢性咽喉炎。
- 4.头痛、头昏、失眠、精神萎靡等。如果中鼻甲肥大压迫鼻中隔，可刺激筛前神经(三叉神经的分支)，引起三叉神经痛。用1%地卡因麻醉嗅裂黏膜后，疼痛可缓解，称为“筛前神经综合征”(Charlin syndrome)。需要行中隔纠正术或中鼻甲部分切除术。

鼻腔检查可见鼻黏膜增生，肥厚，呈暗红或淡紫红色。下鼻甲肿大，堵塞鼻腔，表面不平，呈结节状或桑椹状。触诊有硬实感，不易出现凹陷，或出现凹陷不易恢复。对1%麻黄素的收缩反应差。鼻底或下鼻道内可见黏涕或黏脓涕。

【诊断】

根据症状、鼻镜检查以及鼻黏膜对麻黄素等药物反应不良，诊断多无困难。但应注意与结构性鼻炎(structural rhinitis)相鉴别。结构性鼻炎即鼻腔存在一种或几种鼻腔结构的形态或解剖异常，如鼻中隔偏曲、中鼻甲反向弯曲及下鼻甲内展等结构异常，引起鼻腔通气及功能异常。临床常可看到鼻中隔一侧明显偏曲，另一侧下鼻甲出现代偿性肥大；下鼻甲萎缩，常可见中鼻甲代偿性肥大等情况。因此，对于慢性鼻炎的诊断和治疗，应仔细检查，正确判定引起症状的主要病变部位，才能获得较好的治疗效果。

【治疗】

用于治疗慢性单纯性鼻炎的方法均可用于治疗早期的肥厚性鼻炎。

- 1.下鼻甲黏膜下硬化剂注射：适用于早期肥厚性鼻炎，常用药物有50%葡萄糖、80%甘油、5%鱼肝油酸钠或5%石炭酸甘油等。表面麻醉后，将注射针自下鼻甲前端向后刺入黏膜下，接近下鼻甲后端时，回抽无血后推注药液，边推药边缓慢退出，注射量1ml左右。1次/周，3次为一疗程。

注意全身慢性疾病,如动脉硬化、高血压、严重的心脏病患者,不能采用此方法。

2. 下鼻甲激光、电凝、射频消融术:局部麻醉后,用针形电极自下鼻甲前端刺入,沿黏膜下刺达后端,打开高频电凝开关,边退针边凝固。肥厚严重处,持续凝固时间稍长。依此法可用YAG激光行黏膜下照射也可用CO₂激光直接凝固、气化肥厚的黏膜还可利用射频消融的方法缩小下鼻甲。

3. 手术治疗:对于药物及其他治疗无效者,可行手术治疗。手术现多在鼻内镜或显微镜下进行,大大提高了手术的安全性和准确性。

(1) 下鼻甲的处理:原则是去除部分下鼻甲组织,改善通气,但是切忌切除过多的下鼻甲(切除部分一般不要超过下鼻甲的1/3),如切除过多有可能发生继发性萎缩性鼻炎,出现空鼻综合征(empty nose syndrome)。可以用刀、剪、圈套器直接去除部分下鼻甲黏膜组织,也可以用吸切钻进行黏膜下切除术,如合并有下鼻甲骨质增生、肥大,可同时切除肥大的骨质。还可以先将下鼻甲向内骨折移位,用吸切器切除肥大的下鼻甲下面和外侧面,注意不要损伤下鼻甲的内侧面,以免形成鼻腔黏连,复位下鼻甲。

(2) 中鼻甲部分切除术:如果中鼻甲肥大影响呼吸、嗅觉、鼻窦引流或头痛,应切除部分中鼻甲。

三、药物性鼻炎

全身或局部使用药物引起鼻塞的症状时,称为药物性鼻炎(rhinitis medicamentosa, drug-induced rhinitis)。尤其是后者引起的更为常见,故也称“中毒性鼻炎”。不少患者不经专科医生检查诊治,自行购药治疗,以致滥用滴鼻药造成药物性鼻炎。

【病因】

全身用药引起鼻塞的药物主要有:①抗高血压药物:如 α -肾上腺素受体阻滞剂(利血平、甲基多巴胺等);②抗交感神经药物;③抗乙酰胆碱酯酶药物:如新斯的明、硫酸甲基噻嗪、羟苯乙胺等可引起鼻黏膜干燥;④避孕药物或使用雌激素替代疗法可引起鼻塞。局部用药主要是长期使用减充血剂,奈甲唑林类(滴鼻净)最为常见。临床上药物性鼻炎主要指的是局部用药引起的鼻炎。主要原因是鼻腔黏膜血管长时间收缩会造成血管壁缺氧,出现反跳性血管扩张,造成黏膜水肿,从而出现鼻塞的症状。

【病理】

使用血管收缩剂后鼻黏膜小动脉立即收缩,如长期使用此类药物,血管长期收缩可导致小血管壁缺氧,引起反应性血管扩张,腺体分泌增加,鼻黏膜上皮纤毛功能障碍,甚至脱落。黏膜下毛细血管通透性增加,血浆渗出水肿,日久可有淋巴细胞浸润。上述病理改变可于停药后逐渐恢复。镜下可见鼻腔黏膜纤毛脱落,排列紊乱;上皮下层毛细血管增生,血管扩张;有大量炎性细胞浸润。

【临床表现】

长期使用血管收缩剂滴鼻后,药物的疗效越来越差,鼻腔通畅的时间越来越短,鼻塞的症状越来越重。因此,患者常自行增加滴药的次数,从而发生恶性循环,称之为多用减效现象。连续滴药超过10天后症状明显出现。表现为双侧持续性鼻塞、嗅觉减退、鼻腔分泌物增加,并由清涕转为脓涕,常伴有头痛、头晕等症状。检查可见鼻腔黏膜多为急性充血状并且干燥、肿胀;对麻黄碱的收