

167888

耳鼻咽喉口腔科学

(试用教材)



温州医学院

1973年9月

前 言

遵照伟大领袖毛主席关于“学制要缩短，教育要革命”，“教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导。通过《全国教育工作会议纪要》的学习和贯彻，在院党委的领导下，初步总结了我院二年制试点班的教学经验和学习兄弟院校编写教材的先进经验，为适应我院目前教学的需要，编写了这套三年制试用教材。

本教材共分15册：《医用理化基础》、《医用英语》、《正常人体学》（上、下册）、《病原生物学》、《病理学》、《药理学》、《新医疗法》、《诊断学》、《内科学》、《儿科学》、《外科学》、《皮肤科学》、《妇产科学》、《五官科学》、《眼科学》等。

毛主席教导我们：“一个正确的认识，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。”编写新教材是一项严肃的政治任务，由于我们实践经验不足，特别是毛主席的哲学著作学得不够，加上编写时间匆促，这套教材难免存在不少缺点和错误。我们恳切地希望工农兵学员、教职员工、医务工作者和所有阅读的同志们批评、指正。

彻底改革旧的教材是一场深刻的思想革命，我们决心在教学实践中深入调查研究，边教边改，不断总结，不断提高，为更好地编写出适合工农兵需要的无产阶级新教材而努力。

一九七二年五月

目 录

第一篇 常见耳鼻咽喉疾病

第一章 鼻的常见疾病	(1)
第一节 鼻的应用解剖与生理	(1)
第二节 鼻的检查法	(3)
第三节 慢性鼻炎	(4)
第四节 过敏性鼻炎	(5)
第五节 萎缩性鼻炎	(6)
第六节 副鼻窦炎	(7)
第七节 鼻息肉	(11)
第八节 鼻蛆	(11)
第九节 鼻外伤	(14)
第二章 咽的常见疾病	(15)
第一节 咽的应用解剖与生理	(15)
第二节 咽部检查方法	(17)
第三节 急性扁桃体炎	(19)
第四节 扁桃体周围脓肿	(21)
第五节 咽后脓肿	(23)
第六节 慢性扁桃体炎	(25)
第七节 慢性咽炎	(27)
第八节 鼻咽癌	(28)
第三章 喉的常见疾病	(31)
第一节 喉的应用解剖及生理	(31)
第二节 喉部检查法	(33)
第三节 急性喉炎	(35)
第四节 小儿急性喉炎	(36)
第五节 慢性喉炎	(37)
第六节 喉阻塞	(39)
第七节 咽及食管异物	(45)

第八节 呼吸道异物	(46)
第九节 喉外伤	(48)
第四章 耳的常见疾病	(50)
第一节 耳的应用解剖与生理	(50)
第二节 耳的检查法	(56)
第三节 外听道炎	(61)
第四节 卡他性中耳炎	(63)
第五节 急性化脓性中耳炎	(66)
第六节 慢性化脓性中耳炎	(67)
第七节 中耳乳突并发症	(70)
第八节 内耳性眩晕	(75)
第九节 耳聋与聋哑症	(77)
第五章 耳鼻咽喉科疾病局部常用药物	(80)

第二篇 常见口腔科疾病

第一章 口腔解剖生理概要	(82)
第一节 牙齿和牙周组织	(82)
第二节 唇腭舌口底部	(84)
第二章 牙齿和牙周组织常见病	(87)
第一节 牙齿和牙周组织常见病	(87)
第二节 龋齿	(87)
第三节 牙髓炎	(88)
第四节 根尖周围炎	(90)
第五节 牙周病	(90)
第三章 颌面部炎症及损伤	(93)
第一节 智齿冠周炎	(93)
第二节 颌面部间隙感染	(93)
第三节 颌面部损伤	(96)
一、口腔颌面部损伤的特点	
二、急救原则	
三、清创术	
四、颌骨骨折	
第四章 麻醉与拔牙	(100)
第一节 麻醉方法	(100)
第二节 拔牙术	(105)
附：口腔科常用药物	(109)

第一篇 常见耳鼻咽喉疾病

第一章 鼻的常见疾病

第一节 鼻的应用解剖与生理

鼻的解剖

(一) 外鼻形如三角形锥体，尖端为鼻根，与两侧颜面交界部为鼻缘，悬端为鼻尖，连接鼻根及鼻尖为鼻梁。锥体底部有二孔为前鼻孔，锥体下端两侧膨隆部为鼻翼，两前鼻孔中间部分称为中隔小柱。

鼻骨左右各一，上缘与额骨相接，外缘与上颌骨额突相连接，下缘为梨状孔上缘，与侧鼻软骨相接合。

外鼻静脉与海绵窦的关系：鼻外部静脉经面静脉、内眦静脉与颅内海绵窦相连，面部静脉内壁无瓣，血液可以上下流通，故鼻外部和面上部的感染，如处理不当（挤压疖肿等），就可侵入颅腔，发生海绵窦栓塞或其他颅内并发症，而危及生命。

(二) 鼻腔

一、鼻前庭：位于前鼻孔之内，是鼻腔前端的一部分，表面复盖皮肤、鼻毛、汗腺和皮脂腺，损伤后易发生疖肿。由于皮肤与下方的组织紧密相连，所以发生疖肿时疼痛剧烈。

二、鼻腔外侧壁：鼻腔外侧壁有三个鼻甲，上鼻甲在三个鼻甲中是最小的，位于鼻腔后上方，前鼻镜检查时不能看到；中鼻甲、下鼻甲突入鼻腔，将鼻腔分隔成上、中、下三个鼻道；上鼻道在上鼻甲与中鼻甲之间，中鼻道在中鼻甲与下鼻甲之间，下鼻道在下鼻甲与鼻底部之间。在鼻中隔与三鼻甲及三鼻道之间的空腔称为总鼻道。总鼻道之上部，在上、中鼻甲及鼻中隔之间的空隙，称为嗅裂，是嗅神经末梢分布之处。此外鼻泪管通至下鼻道。

三、鼻中隔的构造：分鼻腔为左右两侧，其上后部及下部为骨部，有筛骨垂直板，犁骨、上颌骨腭突的中隔嵴及腭骨嵴等。中隔前中部上下骨的中间为软骨部，有方形软骨及其前端中隔小柱，中隔前端下方粘膜内有丰富血管丛叫立氏区或叫克氏区。

四、鼻中隔弯曲的形态改变：鼻中隔偏曲为鼻中隔偏出于中线之谓。鼻中隔向一侧或两侧偏曲，其一小部分发生畸形，呈尖锐突起者叫棘突或称距状突。呈半圆形或条形突起者叫嵴突。有时二者可同时发生，鼻中隔偏曲甚为常见，垂直者少数，一般鼻中隔常显有不同程度之偏曲，只要功能无妨碍，就无需治疗。

(三)副鼻窦:副鼻窦是鼻部周围骨壁间的含气空腔,籍窦孔或小管与鼻腔相通。内衬有粘膜,粘膜上有纤毛,向鼻窦开口处活动,可将窦内之分泌物或脓液扫至开口处排出。鼻窦内粘膜与鼻腔粘膜连续,因此鼻粘膜炎症常可引发鼻窦炎,鼻窦炎时脓液经常流向鼻腔刺激鼻粘膜,也可有不同程度鼻粘膜炎症。左右副鼻窦共四对,即上颌窦、筛窦(分前后组),额窦,蝶窦,均开口于鼻腔外侧壁。因其开口部位不同,分为前组及后组副鼻窦,上颌窦,筛窦(前组),额窦均分别开口于中鼻道,称为前组副鼻窦。筛窦(后组)、蝶窦均分别开口于上鼻道,称后组副鼻窦,其分泌物由嗅裂引流。将副鼻窦结构分述如下:

一、上颌窦:是鼻窦中最大者。

(一)前壁:在中央处骨质最薄,并略向内凹陷,名尖牙窝(旧名犬齿窝)。上颌窦手术从此进入,窝上方有眶下神经出口之小孔,名眶下孔。

(二)后壁:骨壁厚,与翼腭窝毗邻。

(三)内壁:即鼻腔的外侧壁。

(四)底壁:相当于齿槽突,靠近双尖牙及第一磨牙,底壁与这些牙的牙根之间,只隔一层很薄的骨板,有时骨板缺损,齿根暴露于上颌窦粘膜下,因此处齿根的感染,很容易引起上颌窦炎。

(五)上壁:即眼眶底部,壁薄,眶下神经穿过此壁内的骨管出眶下孔。

二、筛窦:由10个左右大小和形状不一的气房所组成。分前后两组,前组开口于中鼻道,后组开口于上鼻道,两组互不相通。

(一)上界:是颅前窝的一部分,其内侧是筛板,骨壁薄。

(二)后界:与蝶窦前壁的外上侧相连接,其外上方与视神经孔隔一层薄骨壁。

(三)外界:即眼眶的内壁,很薄,名纸样板。

(四)内界:有上中鼻甲等结构。

(五)下界:终于筛骨泡,并与上颌窦之内上角相接。

三、额窦:形状、大小、发育很不一致。一般两侧发育很少对称。

(一)前壁:最厚,含有骨髓。

(二)后壁:对颅前窝,骨质薄弱,窦内粘膜的静脉常通过此骨板,直接与硬脑膜静脉相连,故额窦炎症,有发生颅内感染的危险。

(三)内壁:即两侧额窦间之中隔。

(四)底壁:主要为眼眶之上壁,此壁很薄,特别是眶内上角部分,急性额窦炎时,此处有明显压痛。底壁最低部朝向鼻腔,有鼻额管通入中鼻道。

四、蝶窦:在鼻腔的后上方。

(一)上壁:前部与左右视神经及视神经交叉相近,其后上部则与海绵窦及脑垂体相近,故蝶窦炎可为球后视神经炎的原因。

(二)下壁:是鼻咽部的顶壁。

(三)外壁:为颅中窝的一部分,与海绵窦,颈内动脉,滑车神经,三叉神经,外展神经相毗邻。

(四)内壁:即为两蝶窦间的中隔。

(五)前壁:外侧部分与后组筛窦相连,内上部有开口通至蝶筛隐窝。

鼻的生理

鼻功能主要为呼吸、嗅觉及共鸣。

一、呼吸：鼻为呼吸道最上部的器官，具有保护下呼吸道的生理作用。外界空气经鼻腔后，始能适合人体生理要求。否则日久，可引起呼吸道疾病。由于鼻腔结构的特殊，气流出入不是采直行的路径，这就增加了空气与鼻粘膜接触的机会，有利于下列作用的进行。

（一）温暖调节作用：不论外界气温如何，空气经鼻腔后，常可调节成近似正常体温。因中甲、下甲、中隔粘膜血管丰富，随血液循环来调节吸入空气之温度。

（二）湿润作用：靠鼻粘膜分泌的粘液，及经过鼻泪管流进鼻腔的泪液的蒸发，使吸入空气保持适当的湿度。

（三）清洁作用：吸入空气中含有的灰尘、异物等，大者经鼻毛滤过，小者（包括细菌），由鼻腔粘膜分泌之粘液粘住，再由鼻粘膜上纤毛上皮的纤毛运动，将分泌物或异物等向后鼻孔、鼻咽腔排出，使吸入空气变为清洁。其他吸入鼻腔的空气中如含有害物质或气体时，嗅神经纤维受刺激后，就发生喷嚏，将有害物质喷出。

二、嗅觉：鼻为司嗅觉的器官，当含嗅味的气体分子进入鼻腔嗅区后，溶解于嗅区上皮分泌物中，使嗅神经末梢受刺激，产生神经冲动，传到嗅球，然后再传到大脑嗅中枢产生嗅觉，这是一种重要生理功能。嗅觉辨别香臭外，还可以帮助味觉，增加胃纳，当接触到恶味或刺激性气体时知道回避，对人体有保护作用。

三、共鸣：鼻腔、鼻窦、鼻咽是重要共鸣器官，虽不能发音，但能使声音变洪亮、悦耳。鼻腔等堵塞时，这种作用减弱或丧失（变闭鼻音）。

第二节 鼻的检查法

（一）额镜的使用方法：因耳、鼻、咽、喉等器官视野小，又深在，故需特殊设备才能明视。利用反光检查法，将额镜光线反射至检查部位，光源以100瓦灯泡为最合适，灯位置置于患者任何一侧头后略高处，光线正对额镜中央小孔。检查者一只眼视线经过额镜中央孔观察，另一只眼作矫正，两眼同视一物，称双眼单视法。

（二）鼻腔的正常形态与鼻镜的施用方法：用额镜反光将光线集中在鼻部，左手持鼻镜轻轻放入鼻前庭部，慢慢张开镜叶，避免压在中隔面，引起疼痛及出血。取出鼻镜时，切勿先闭合而后取出，以免夹住鼻毛，发生剧痛。鼻腔检查应按一定次序，以免遗漏，一般由鼻下部向上部检查，由鼻前部向后检查，由内壁向外壁检查。如鼻粘膜肿胀可用1%麻黄素棉片收缩鼻甲，然后再观察鼻中隔、鼻甲、鼻道各个重要部位。正常鼻粘膜呈淡红色，湿润，光滑，鼻甲粘膜柔软而有弹性，鼻底及鼻道无分泌物潴留。

（三）鼻前庭与鼻腔检查法：

鼻前庭检查法：将患者头稍向后仰，将额镜光线对准病员鼻尖部，用左手食指、中指按住病员额部，右手拇指将鼻尖推向后上方，将头左右轻移，即可暴露鼻前庭。检查时应注意鼻中隔小柱、前鼻孔、鼻前庭、鼻阈等部有无疖肿、糜烂、溃疡、皲裂、干燥、结痂，鼻毛多少等（小儿常用此法）。

鼻腔检查法：以左手横持鼻镜，手掌向内固定，以右手扶持病员下颌以固定头部，在额镜照明下将鼻镜放入鼻前庭为限，不得超过鼻阈（鼻前庭与鼻腔交界处）以免损伤鼻粘膜发生疼痛。然后张开鼻镜，分开鼻毛，扩大前鼻孔略向上提起，观察鼻腔内情况。鼻镜放入鼻前庭后，先于头正直位观察下鼻甲、鼻底部，鼻中隔前下部（易出血区）。再令患者头逐渐后仰，观察中鼻甲，中鼻道，嗅裂等部。如下鼻甲肿胀不能见中鼻甲时，可用1%麻呋合剂收缩3—5分钟，使下甲缩小，便于检查。检查时注意中、下鼻甲有无肿胀，增生，萎缩，粘膜色泽是否正常（正常为粉红色，急性炎症为鲜红色，慢性炎症为暗红色，变态反应性为灰白或紫灰色）。鼻中隔有无偏曲、穿孔，出血点，溃疡。中、下鼻道、嗅裂，总鼻道有无溢液，新生物及异物等。

（四）嗅觉检查：一般采用10%醋酸液，75%酒精和水三种。各装入三个同样有色瓶中，试验时塞住一侧鼻孔；以另一侧鼻孔分别嗅各种液体的气味，能分辨出其名称为正常，不能嗅出者为减退。

第三节 慢性鼻炎

慢性鼻炎系鼻粘膜的慢性炎症，可分为单纯性鼻炎及肥厚性鼻炎两种。

病因：原因很多，为患急性鼻炎反复发作的结果，或患急性鼻炎未彻底治愈，生活环境不卫生，或长期灰尘，有害气体，干燥空气，高温等刺激，患慢性副鼻窦炎分泌物刺激，鼻中隔偏曲，长期大量烟酒嗜好，鼻腔、鼻咽腔用药不当，或用药时间过久，身体衰弱，营养不良等疾病的影响。

一、单纯性鼻炎：病理：主要病变是鼻粘膜慢性充血，血管扩张，各鼻甲之海绵血管丛更明显舒张，各种腺体分泌增加。

临床表现：主要症状为间歇性鼻塞及粘液性分泌增多，夜间明显，嗅觉减退，常有头重、头痛。因鼻塞行口呼吸，觉咽喉部干燥不适，痰多等。

检查：鼻粘膜慢性充血肿胀，表面光滑湿润。下鼻甲与鼻中隔相接触，下鼻甲前端加弹性好，对血管收缩剂收缩好，这表示粘膜无肥厚性病变。

治疗：要及时处理，常能恢复。一般改善鼻腔通气，用血管收缩剂如1%麻呋合剂，0.1%鼻眼净，（此药不能长期应用，以免引起药物性鼻炎）。分泌多时可用5%蛋白银液、0.5%氯霉素液等滴鼻。注意营养，锻炼身体，内服维生素A、D、B₂等。避免烟酒刺激，治疗慢性副鼻窦炎，行鼻中隔矫正术等处理。

二、肥厚性鼻炎：为鼻粘膜不断受到慢性炎症刺激、常为单纯性鼻炎之后期现象。原因与单纯性相同、在鼻中隔偏曲时鼻腔宽大侧下鼻甲也常现代偿性肥大。

病理：属一种慢性炎症性变化。主要病变在下鼻甲，粘膜上皮渐呈扁平而变为立方形，表皮细胞多脱落，粘膜静脉及淋巴管周围发生淋巴球及浆细胞浸润，静脉血及淋巴液循环因而受阻，以致血管舒张，粘膜下发生水肿，纤维组织增生，粘膜变肥厚，久之动脉管壁受压，血液供应减少，粘膜渐呈苍白、水肿、甚至呈息肉化。

临床表现：一般症状与单纯性鼻炎相同。其特点为鼻塞呈持续性，嗅觉减退，分泌物积留或向后流。较重者肥厚之下甲后端可压迫咽鼓管咽口，碍障通气及引流，故常有耳鸣，耳

痒。因鼻塞行张口呼吸，讲话带鼻音，有时头胀、头痛。因鼻分泌物刺激咽喉部感不适，干咳等症。

检查：下鼻甲显著肥厚，中鼻甲有时也肥厚、水肿、呈暗红色或灰白色、有些下鼻甲前端表面呈凹凸不平，加压弹性差，对血管收缩剂收缩差。后鼻孔检查见下鼻甲后端呈暗红色桑椹样。

治疗：一般治疗与单纯性同，主要消除病因。对组织已增生病变者，难能恢复至正常。对血管收缩剂效力差者，可给下鼻甲封闭，如80%普鲁卡因甘油，50%葡萄糖加10%氯化钠等量，5%鱼肝油酸钠，20%磺胺噻唑钠等封闭，严重者可用药物烧灼或电灼，使下鼻甲粘膜纤维化后缩小。上述方法无效时，可行下鼻甲部分切除术。

预防：增强身体抵抗力，经常体育锻炼，避免感冒。

中草药疗法：宜清肺热，散风邪。

方例：苍耳子散：

苍耳子二钱 辛夷二钱 白芷二钱 薄荷一钱，以上四味为主

另酌加 黄芩三钱 银花二钱 桔梗一钱 甘草一钱

头痛可酌加蝉退二钱 勾藤三钱

针灸：取迎香、合谷、风池、足三里、印堂（隔日一次）

第四节 过敏性鼻炎

病因：患者本身是有遗传因素的过敏体质，当接触到过敏原时发病。表现在鼻粘膜上的过敏反应，就是过敏性鼻炎。常见过敏原多为吸入性的，如屋内灰尘，羽毛，皮毛，霉菌，食物，气候冷热，阳光，药物等均可成为过敏原。

病理：主要病理变化为鼻粘膜毛细血管舒张，渗透性增加，粘膜水肿，腺体活动加强，鼻粘液增加，粘膜有嗜酸性白细胞浸润，鼻液中含有大量嗜酸性白细胞。若长期多次发作，粘膜增厚，在水肿晚期可形成息肉或息肉样变。

临床表现：多为突然发病，当病人接触到过敏原时，即感到鼻内发痒，灼热，连续喷嚏，鼻内流出大量澄清分泌物；继而出现鼻塞，其他有头痛，流泪等症。

诊断：较易，有喷嚏发作，大量水样分泌物，鼻塞三个主症。检查鼻粘膜呈水肿，灰白色，水样分泌多，涂片检查，有嗜酸性白细胞增多，结合屡次发作病史或其他过敏病史。

治疗：一、找出致病过敏原，避免接触。

二、给予抗过敏药物，如扑尔敏，苯海拉明，非那根、安其敏等。

三、使鼻呼吸通畅，鼻内滴入1%麻呋合剂。（忌常用）内服阿托品0.3mg2—3/日，钙剂如葡萄糖酸钙或乳酸钙0.5 3/日（减少血管渗透性）或内服维生素C100mg3/日等。

四、封闭疗法：0.5%普鲁卡因20.0加2.5%去氢氢化可的松IC.C.作下鼻甲粘膜下注射或鼻丘封闭，隔三天一次，三次一疗程。

五、针灸：同慢性鼻炎，上迎香，合谷，印堂等。

六、手术疗法：经以上治疗鼻部病变未见消退者，可施行鼻甲电灼术，鼻息肉摘除术或鼻甲部份截除术。

七、中医药疗法：本病中医认为属肺气虚寒，寒邪凝集，治宜温补肺脏，疏泄风寒。可用(一)麻黄汤煎服(加减)

麻黄二钱 细辛二钱 辛夷花二钱 薤白二钱 苍耳子二钱，水煎服。

(二)牡丹皮三钱，水煎服，连服10天为一疗程(在发作期开始服用)

第五节 萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎呈一种以鼻粘膜和鼻甲骨萎缩为其特点的慢性病。原因不明，女性多于男性，常于青春期后发生。一般认为由于鼻粘膜有动脉内膜炎的改变，血液循环受到障碍，致局部营养不良，而渐趋萎缩；其他认为与内分泌紊乱，维生素A、D、B₂缺乏，各种粉尘或有害化学气体刺激，慢性付鼻窦炎长期脓液刺激，特殊细菌感染等有关。

病理：在早期鼻粘膜仅呈慢性炎症变化，渐显萎缩，带细毛之柱状上皮细胞变为无细毛之鳞状上皮，血管壁增厚，其周围有淋巴细胞浸润，因此血液循环不良，各种腺体，神经亦纤维性变，粘膜下结缔组织增生，鼻甲骨亦有纤维性变，渐被吸收，故鼻甲骨缩小，因鼻粘膜萎缩，腺体分泌减少，且粘膜表皮细胞之细毛消失，故分泌物常停滞鼻腔，渐成脓痂。其他萎缩性病变也可蔓延至咽、喉、气管等处。

临床表现：鼻内干燥，结痂，脓痂堆积过多发生鼻塞，如将脓痂除去后呼吸又觉太通畅。鼻内臭鼻干菌繁殖及脓液中蛋白质腐败分解发生恶臭。因脓痂堵塞或嗅区粘膜及嗅神经末梢萎缩，故嗅觉减退或消失，而不自觉鼻内有臭。其他症状有时有少量鼻衄，头痛，咽喉部干燥，咳嗽，声嘶等。

检查：鼻甲萎缩变小，鼻腔变宽，粘膜干燥无光泽，呈灰白色或淡红色。表面有一层黄绿色厚脓痂，如卷筒样堆积，勉强掐时能掐出大块脓痂，有时带有少量血液，严重者外鼻扁平，宽呈鞍鼻。

治疗：因原因不明，尚难治疗，多数为对症疗法，仅能改善病情，使臭气及脓痂减少。鼻粘膜干燥，鼻甲萎缩无变化。

一、全身治疗：应增进身体健康，注意营养，补充维生素A、D、B₂及血管扩张剂如烟草酸等内服。

二、局部治疗：用淡温盐水或2%苏打水洗鼻腔，可清除脓痂。鼻腔内用复方薄荷石蜡油或流动石蜡油滴鼻，如脓涕多时可用稀释链霉素，氯霉素等滴鼻；其他可用2%碘甘油涂抹鼻粘膜连续二周，促使鼻粘膜残留腺体的活动性。如干燥重者可用无刺激软膏或1—2%黄降汞软膏堵塞或涂抹鼻腔。

三、组织疗法：用胎盘组织埋藏法或组织液注射有一定疗效。

四、中医药疗法：该病中医认为多由肺气虚失其清肃，燥火上灼，热毒蕴聚，内膜受损而成。

简易方：(一)天稻散：丝瓜藤，取近根粗藤焙干研细末，每服二钱，一日二次。

(二)鱼腥草半斤，茺白子一斤，煎汁去渣，加白糖收膏，服一汤匙，一日二次，鼻内有臭者常服有效(亦可加黄芩三钱，知母三钱)。

四种慢性鼻炎列表鉴别

区别 \ 分类		单纯性鼻炎	肥厚性鼻炎	萎缩性鼻炎	过敏性鼻炎
病理	主要改变	粘膜充血肿胀 腺体分泌增加	粘膜及骨质增生肥厚	由于闭塞性动脉内膜炎，造成粘膜及骨质全面萎缩。	鼻粘膜水肿，并有嗜酸性白细胞浸润。
体征	粘膜及鼻甲表现	下鼻甲充血，表面光滑，对血管收缩剂收缩好。	下鼻甲或中鼻甲表面增生或呈息肉样变，血管收缩剂只能部份收缩或不能收缩	粘膜及鼻甲全面萎缩，以下鼻甲萎缩为主。	下鼻甲粘膜苍白、水肿，可呈息肉化或息肉。
症状	鼻阻 塞	交替性 间歇性	持 续 性	轻 重 不 等	有鼻塞、喷嚏
	鼻腔分泌物	粘 液 性	粘 液 脓 性	鼻腔有大块卷筒样脓痂，干燥，有恶臭。	鼻液甚多，有多量澄清分泌物
状	嗅 觉	无明显改变有时减退	有 减 退	减退或丧失	鼻塞时减退

第六节 副鼻窦炎

急性鼻副窦炎

病因：因鼻腔粘膜与鼻窦粘膜连续，如急性鼻炎时可引起急性副鼻窦炎。此外鼻腔疾病妨碍副鼻窦通气与引流，如鼻中隔偏曲，鼻腔肿瘤，异物，手术后鼻腔填塞过久，牙疾，游泳，不正确之跳水等引起。常见致病菌有溶血性链球菌，肺炎球菌，葡萄球菌，流行性感菌杆菌等。

病理：依感染程度而异，一般窦腔粘膜充血、水肿、增厚、有淋巴球及多形核细胞浸润，少数可发生骨髓炎或骨髓炎，或在变态反应基础上继发感染。

临床表现：开始有急性鼻炎症状，如全身发热，不适，鼻内干燥、鼻塞、喷嚏、流水样分泌，嗅觉减退，2—3日后鼻涕变粘稠或粘脓性分泌，量渐减少，一周左右可痊愈。如病程超过两周以上，仍有多量脓液，头痛、头胀、发热畏寒等症，应考虑有急性副鼻窦炎。兹将各副鼻窦的特殊临床表现分述如下：

急性上颌窦炎：在鼻窦炎中为最常见。开始有鼻塞，流脓涕，出现寒颤高热及不适，患侧面部胀痛，重者有剧烈头痛（额、筛等部）。如齿源性者伴同侧上颌牙痛，咀嚼加剧、鼻液臭，尖牙窝部压痛明显。鼻镜检查中、下、甲红肿，同侧中道有脓流出。X光摄片显示上颌窦粘膜增厚，阴影模糊或有积液（液平面）。

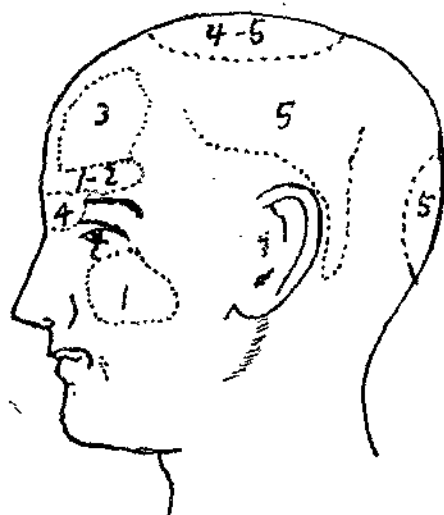


图1.1-1

鼻副鼻窦炎所引起之头痛部位

1. 急性上颌窦炎
2. 急性额窦炎
3. 慢性额窦炎
4. 慢性筛窦炎
5. 慢性蝶窦炎

急性筛窦炎：筛窦是鼻窦中最易发炎的窦，常与急性上颌窦炎，额窦炎同时发生。除鼻塞流涕外，尚有嗅觉减退，在眉间及内眦部有胀痛，全身不适、体温上升。后组筛窦炎时眼球后部，头顶部或颞部痛，眼球运动障碍。若自然开口部引流不畅或堵塞时，炎症可波及眼眶，发生眼眶蜂窝织炎；也可能产生颅内并发症。在解剖学上后筛窦与视神经管邻接，故筛窦炎时可能引起视神经炎，发生视力障碍或失明。鼻镜检查：如前筛窦感染时在中鼻道有脓，后筛感染时在嗅裂（来自上鼻道）有脓。

急性额窦炎：其临床特征为定期头痛，位于前额部，时间多半在晨起以后，并逐渐加重，至下午以后渐告消散，次日又同样发作。较重病例前额及上睑红肿，额窦前壁有叩击痛，额窦底部有明显压痛。如症状严重时脓液可穿过窦底，形成眼眶内上方脓肿。如额窦内壁破损，进入颅前窝，可引起颅内并发症。鼻镜检查可见中鼻甲前端及中鼻道充血水肿。如将水肿地方加以收缩，就可看到脓液从中鼻道前上方流出；如窦口粘膜水肿，阻塞引流，就看不到脓液。

急性蝶窦炎：常与后筛窦炎并发，很少单独发炎，症状有时不明显，易被忽视。常于头顶部，枕部颞部及眼球后部有胀痛。患者感精神不振，倦怠或贪睡，从后鼻孔时有分泌物滴入咽部。后鼻镜检查：在上鼻道及蝶筛隐窝处显示充血，水肿，并有分泌物往往形成一条长线，悬向鼻咽顶部及二侧。

诊断：患急性鼻炎后，仍有鼻塞、流涕、头痛等症，应考虑并发急性副鼻窦炎可能，根据症状及检查所得，鼻窦X光摄片及穿刺冲洗，分泌物细菌培养，透照法等，不难作出各副鼻窦的鉴别诊断。

治疗：治疗急性副鼻窦炎之原则，首先宜促使鼻窦的自然开口引流通畅。其他控制感染，采取措施如下：

- （一）利用血管收缩剂使鼻粘膜收缩，常用药物如1%麻呋合剂。
- （二）物理治疗：局部热敷，可促进血液循环以控制炎症，如头痛，发热显著者不宜用。
- （三）化学疗法及抗菌素疗法：在急性副鼻窦炎时，用内服或注射法效果显著。

(四) 上颌窦穿刺术：用上述治疗二周后，症状仍未好转，可行上颌窦冲洗。

(五) 如齿源性上颌窦炎者，应迅速治疗牙疾，如传染已超过窦壁而侵入眼眶或颅内者。用抗菌素无好转时，应施行手术疗法。

(六) 针灸：合谷，迎香(强)。头痛加：太阳、印堂、攒竹。

(七) 中医药疗法：

中医称副鼻窦炎为“鼻渊”，为肺失清肃或胆经之热上升或头额长久受寒所致。初起之诱因，多为风寒侵袭，内热不清，郁久化热所致。方例：如1.川芎一钱 白芷五分 辛夷三钱 细辛五分 荆芥二钱 薄荷钱半，水煎服。

2.藜胆丸 藜香(连枝叶)八两 研细末加猪胆汁八枚合成丸，每日服2—3钱。

3.鱼腥草四钱煎服。

4.苍耳子，忍冬藤，野菊花各五钱煎服，连服7日。

慢性副鼻炎

原因：由于急性副鼻窦炎未及时治疗或未彻底治愈，细菌毒力强，身体抵抗力差，鼻腔有变态反应性病变，以及发生各种鼻阻塞疾病如鼻息肉、鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、鼻腔肿瘤等均可妨碍鼻窦通气及排液。也有因上列牙齿疾病而发生者。

副鼻窦炎可一个窦发炎，也可两个以上的窦发炎，称多副鼻窦炎。若一侧或两侧窦全部发炎，称全副鼻窦炎。临床上常见以上颌窦炎为最多，其次为筛窦炎。

病理：副鼻窦之粘膜呈慢性炎症病变，粘膜肥厚、水肿、息肉样变。此外窦内有蓄脓现象。

症状：常见症状鼻液增多，长期流粘脓或纯脓性鼻涕，有时有臭，有些患者常诉“痰多”。其他有一侧或二侧鼻阻塞，嗅觉减退。如并有变态反应病变者，则具有其特有症状。

全身症状：常有头痛与头胀、失眠、记忆力减退，注意力不能集中等神经衰弱症状。

并发症：常见并发症如球后视神经炎而引起视力减退，慢性气管炎及支气管扩张症，慢性咽喉炎等。

诊断：根据长期流脓涕病史，鼻腔检查中鼻道及嗅裂有溢脓。如鼻腔内未发现脓液，可先用血管收缩剂，收缩后行低位试验数分钟，再检查鼻腔如见脓液流出即可诊断。其他可行上颌窦穿刺冲洗法，鼻窦透照法，X光摄片等与临床症状结合，有助于诊断。如因变态反应性疾病引起，在鼻液中含有大量嗜酸性白血球，检查鼻粘膜呈苍白、水肿，粘液性分泌多，可见鼻息肉或鼻甲息肉样变。

治疗：全身治疗：要注意全身情况，加强锻炼，增强抵抗力，避免烟酒刺激及口腔卫生等。一般治疗与急性副鼻窦炎同，但用化学疗法及抗菌素治疗，效果不甚显著。如有变态反应性病变者，以根治变态反应为主，引流及消炎为辅。

中草药治疗：

方例：1.苍耳子散。

2.鹅不食草 微炒、研细，取1克一日三次内服。

局部治疗：

1.用1%麻呋合剂滴鼻，改进鼻腔通气及鼻窦引流通畅。

2. 普霍兹氏阴压置换法，将鼻腔、副鼻窦内空气吸出，使成负压，滴入鼻腔的药物，才能进入副鼻窦内。

3. 上颌窦穿刺冲洗法：如上颌窦蓄脓，可行上颌窦穿洗，洗出脓液后，窦内注入敏感抗菌素药物。

4. 物理疗法：局部热敷，红外线照射等。

5. 针灸：取合谷，列缺，迎香，印堂等穴。

6. 手术治疗：手术目的使鼻窦能引流通畅，但术时应保护鼻腔及鼻窦之正常粘膜，以免造成对生理功能的损害。施行术式如下：如鼻甲部分切除术，鼻息肉摘除术，鼻甲折断移位术，鼻中隔粘膜下部份截除术，上颌窦，筛窦手术等。如上颌窦炎由龋齿所引起，则应将龋齿拔除。

附上颌窦穿刺法

用浸有1%地卡因或2%可卡因液的卷棉子，插在下鼻道前端，紧靠窦壁及下鼻甲附丽处，该处窦壁薄，血管少，经过5分钟麻醉后，取出棉签，用已消毒好之17号穿刺针，一手固定头部，一手持针，针进入下鼻道，离下鼻甲前端1厘米深处最合适，对眼外眦部方向刺入上颌窦内，有脱空感，抽出针芯，将患者头低下偏健侧，双手托盆，张口呼吸，用温盐水或呋喃西林液徐徐注入，脓液从中道流出，至洗液澄清为止，可注入抗菌素液，最后拔出穿刺针，用消毒棉球堵塞下鼻道，止住出血。穿洗后病历上应记录脓之性质，数量，臭味，有否注入药液。如脓液多者，嘱5—7天穿洗一次。

穿刺手术简单，也需注意困难，意外及并发症。确定针已进入上颌窦，始可注入洗液。穿刺时不能用力太猛，因为针尖有穿入外侧壁或眼眶的危险，引起眼眶及面颊部感染。如刺入太深，针尖抵住骨壁，洗液不能注入，应将针拔出少许；有时针仅穿过骨壁，尚未穿过窦壁粘膜（水肿、肥厚），洗液注入时必遇阻碍，可将针再轻轻刺入。少数患者下鼻道上部骨壁菲薄如膜，如手术者不自觉继续用力穿刺，可损伤鼻窦其他骨壁。有时窦壁甚坚厚，不易刺入，可将针稍向后移而穿入。其他穿洗时要注意有无痛，面部肿胀，头晕、面色苍白等，有此情况出现，应停止穿洗。洗时窦内不能注入空气，避免发生致命的空气栓塞。如针穿入面部组织，可发生皮下水肿或气肿。穿过上颌窦顶部可发生眼眶蜂窝织炎，眼眶脓肿等。穿过上颌窦后壁，可使翼腭凹软组织发生感染，如炎症向上蔓延，可发生脑膜炎等并发症。

〔附〕副鼻窦恶性肿瘤

副鼻窦恶性肿瘤，多发生于上颌窦，其次筛窦，额窦及蝶窦少见，以鳞状上皮癌，淋巴瘤，腺癌占多数，发生年龄常见于40岁以上。

症状：一侧鼻衄或鼻涕带脓血性；同侧鼻塞，鼻外部，上颌部或腭部隆起，眼球移位突出，时有头痛。如上颌窦癌时引起同侧上列牙痛及面部麻木感，至后期常有颈部淋巴结转移。

诊断：病之初期，难确定诊断，X光摄片可观察肿瘤周围组织破坏情况；如一次摄片无特殊变化，应稍隔时日继续摄片观察；如鼻腔内有息肉样组织或内眦部有肿块应行活检，必要时可行上颌窦探查术。

治疗：如病理切片诊断系恶性肿瘤，应劝其速行放疗，化疗，中草药治疗或结合手术治疗。

第七节 鼻 息 肉

鼻息肉是鼻腔或副鼻窦内的一团慢性水肿性粘膜，借着小蒂由上挂下、具有特殊滑润光亮的外形。

病因：鼻息肉有肿瘤之形状，无肿瘤之实质，发生原因一般认为有过敏体质者的鼻腔或副鼻窦粘膜的慢性炎症结果或为变态反应性产物。好发于筛窦，其次为上颌窦，此外鼻腔外侧壁如中鼻甲缘，中鼻道的筛泡，钩突等均可发生。

病理：鼻粘膜受慢性炎症长期刺激，发生炎症性增生，渐有圆细胞浸润，血流因而阻滞，血清向组织中渗透、致结缔组织水肿，初属息肉样变，久之此种水肿组织坠下而成息肉。

症状：常见症状如鼻塞视息肉大小，数目多少，生长部位而程度不同。单个长蒂息肉，可随呼吸而移动，挂于后鼻孔之息肉，则有呼气性阻塞。如鼻内塞满息肉，鼻腔可完全阻塞，时间长久则鼻变形呈“蛙腹鼻”。其他常并发副鼻窦炎分泌多，呈水样或粘脓性，嗅觉减退或消失，头痛，头晕，耳鸣，听力减退等症。老年人鼻息肉要注意恶变。

诊断：鼻腔检查可见一个或多个表面光滑灰白色或淡红色，半透明的肿块，触诊质柔软，无痛，有移动性，不易出血，常借小蒂自鼻腔侧壁挂下。来自筛窦者常为多发性，往往挂向后鼻孔。有变态反应病史者，鼻分泌涂片可见很多嗜酸性细胞。

鉴别：与慢性肥厚性鼻炎鉴别：肥厚的中、下鼻甲基底宽阔，质硬，无移动性，有触痛，易出血，经过慢。

与恶性肿瘤鉴别：生长快，质脆，表面粗糙，触之极易出血，活动性差，年龄多发在40岁以上。

治疗：行鼻息肉摘除术及原因治疗，积极治疗变态反应性鼻炎及慢性副鼻窦炎，可防止和减少鼻息肉的再发，如多次复发可行筛窦开放术。

第八节 鼻 衄

鼻出血又称鼻衄，是全身疾患或局部病变的常见症状。轻者为鼻涕带血，重者流血不止，甚至进入休克状态，特别对大量出血者，更须积极进行抢救处理。

鼻衄原因复杂，在临床上宜分为全身性和局部性两种。

(一) 局部性原因：

一、鼻部外伤：如鼻骨骨折，颅底骨折，手术或挖鼻所致的出血。

二、鼻腔急慢性炎症：如急慢性鼻炎，副鼻窦炎，慢性萎缩性鼻炎，其他如鼻白喉、鼻异物等均可引起出血。

三、鼻中隔血管曲张，该区常有曲张血管丛存在，其位置浅，粘膜较薄，易受外界刺激，如喷嚏、掐鼻等使血管破裂出血（占90%）。

四、鼻中隔疾病：如鼻中隔嵴突，棘突或偏曲，在偏曲侧常因受气流冲击使鼻粘膜干燥，糜烂，出血。

五、鼻腔长良性或恶性肿瘤，如血管瘤，鼻腔或鼻咽纤维瘤，恶性肿瘤等均有反复或大量出血。

（二）全身性原因：

一、急性传染病：如流感、伤寒、麻疹、疟疾等由于高热及血管神经系统发生紊乱而致鼻衄。

二、血液疾病及维生素缺乏症：如白血病、血友病、出血性紫癜、维生素C、K缺乏症，再生障碍性贫血等。

三、血液循环系统疾病：如动脉硬化、高血压、肾炎（老年）等。

四、肝病所致肝功能损害而使凝血障碍，肝硬变及心脏病患者因静脉压增高而发生鼻衄。

五、内分泌影响：少数妇女在月经期以鼻衄代替正常月经，称代偿性月经，妊娠时鼻粘膜郁血，可能出现鼻衄。

临床表现：由于鼻中隔前下部立氏区的血管丰富而浅表，易受外伤及干燥空气刺激，致使血管破裂而出血，约90%以上在此部，故称鼻中隔出血区。

鼻出血往往为一侧性，但有时可绕过鼻咽部从另一侧流出，而误认为两侧性，少量鼻出血能自止，对身体影响不大，如反复，大量奔流而出，一部分血难免咽入胃内再呕血，如大量出血不止，可出现面色苍白，头晕，出汗，脉搏细速，全身无力，血压下降，甚至引起休克，造成死亡。

治疗：治疗原则，首先止血，再找原因，对少量出血，不需治疗也能自止，对大量出血采取以下措施。

一、安慰病人，消除恐惧心理，按失血情况取坐位，半卧位或平卧位，嘱不要将血咽下，如烦躁不安给镇静剂，出现休克现象，宜及时处理，保暖，输血，输液等。

二、迅速瞭解病史及进行必要的体检，体温，脉搏，呼吸，血压，血常规等。

三、详细检查咽、鼻、鼻咽部，取出鼻腔填塞物，用1%麻呋合剂收缩鼻腔，5~10分钟后仔细观察出血点。

四、局部止血法：

（一）指压法：在鼻中隔前下方有出血点，可用手指在一侧或两侧鼻翼部加压数分钟，使流血减少或停止，再准备止血。

（二）血管收缩药止血法：以1%麻呋合剂或0.1%肾上腺素棉片填入出血侧鼻腔，待止血后，再找出血点。

（三）烧灼止血法：在出血点部用硝酸银、酚酸、三氯醋酸等药烧灼或用电灼。

（四）前鼻孔填塞法：以上处理仍不能止血时，则行前鼻孔填塞法，用1-2%可卡因麻醉鼻腔粘膜后，用消毒凡士林、石蜡油或碘仿纱条填入鼻腔，原则上应在24—48小时后取出填塞物，以免滞留过久，诱发感染。

（五）后鼻孔填塞法：如前鼻孔已填塞，仍有大量血液由咽后壁流下或由另一侧鼻腔流出，这说明鼻咽部或鼻腔后部有出血，宜立即采用后鼻孔填塞法，将上述之纱条卷成略大于拇指头大的圆锥形纱球，用丝线缝好，球两端各留20厘米较粗丝线，利用导尿管，经要填塞侧的鼻腔，鼻咽腔，用镊子将导尿管尖端夹住，由咽后壁取出口外，将线之一端缚于导尿管

尖端上，将导尿管另一端向外牵出，同时将纱布球推送入鼻咽部，拉紧丝线将后鼻孔栓塞，再经前鼻孔填塞纱条，最后将鼻腔内之丝线用一纱布卷缚于前鼻孔外，将后鼻孔端之丝线固定于口外，24—36小时后取出或更换。（图1,1—2）

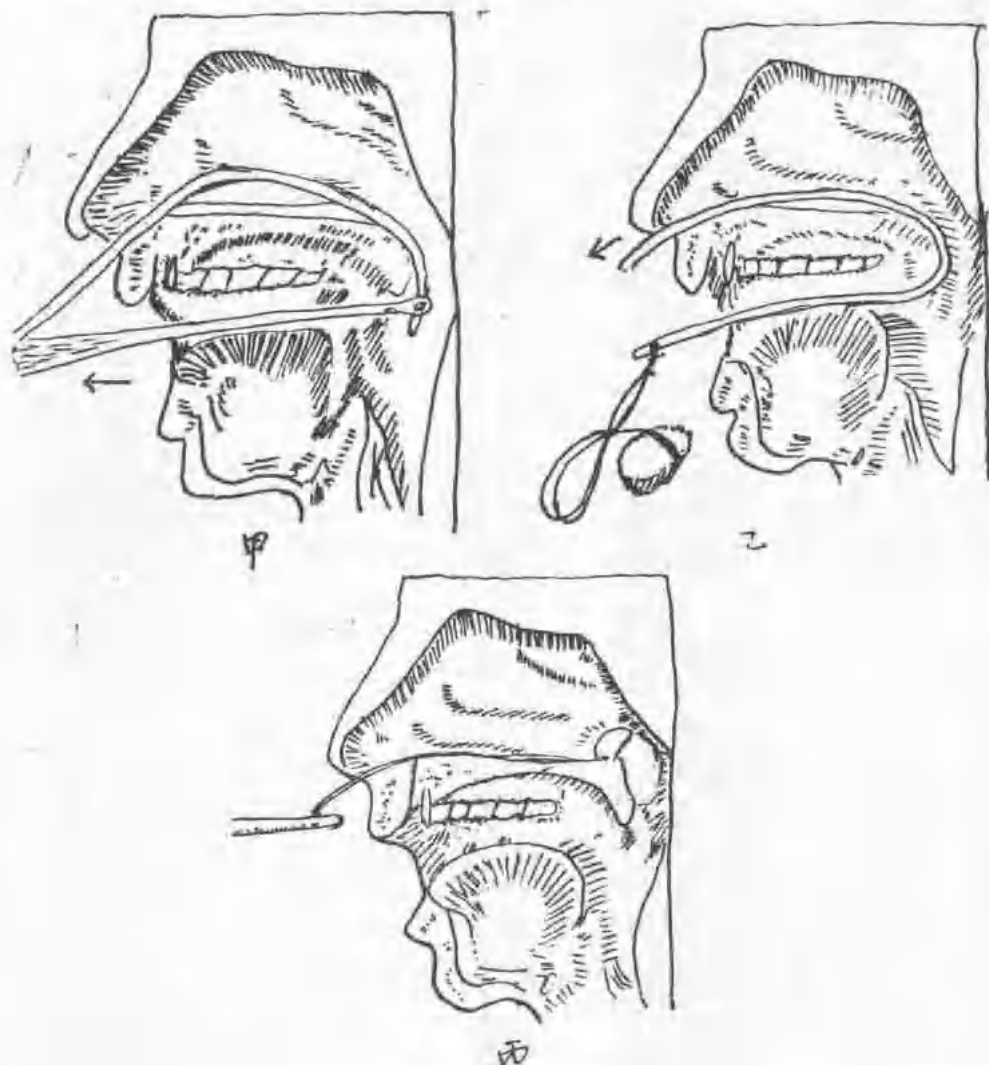


图1,1—2鼻后孔栓塞止血法

甲、用橡皮导尿管由鼻腔插入咽部。 乙、系凡士林纱布块于橡皮管内端
丙、凡士林纱布块已填塞后鼻孔

尚可采用鼻中隔划痕或鼻中隔粘膜剥离术，形成瘢痕，而止血，极个别情况，以上措施无效时可考虑颈外动脉、上唇动脉或筛前动脉结扎术。

五、全身治疗：使病人安静平卧，鼻部冷敷，给予止血药如维生素C、K，仙鹤草素，凝血质，安络血，抗血纤溶芳酸等。如出血过多有休克现象者，应给输液，输血。预防感染给以抗菌素治疗；烦躁不安可给适当镇静剂，以减少出血机会。止血后并非终点，为了防止再出血，必须进一步找原因或请有关科室会诊。