

ERBIYANHOU

耳鼻咽喉诊断学

科学出版社

耳鼻咽喉诊断学

李宝实 审阅

主 编

谭惠风 石义生

编者 (以笔划为序)

马世琳 石义生 刘永铨 余延龄

陆家熹 陈佩君 陈以华 张克随

何凌汉 周定蓉 晏美初 徐怀诚

程耀茨 顾 瑞 谭惠风 康家琼

科学技术文献出版社重庆分社

前 言

本书为临床医学参考书，分两大篇，共四十八章。第一篇为症状诊断学，从耳鼻咽喉科症状出发，结合病史、体征和有关检查等，予以分析，提出可能的疾病，进而讨论建立诊断的依据。由于有时症状和体征相同，而诊断则异，故鉴别诊断颇为重要，在这方面，本书予以应有的重视。第二篇为疾病诊断学，系以疾病为中心而编写的，以作者们的临床实践为主，依照临床诊断的实践过程，由浅入深，故有一般基础和与其它临床各科有关的知识，也有专业性较强的内容。

对国内外的最新成就和有关资料，本书作了选择性的介绍，并力求避免不切实际或烦琐的内容。

近十年来，免疫学的发展非常迅速，内容丰富，文献浩瀚。由于它与耳鼻咽喉疾病关系颇为密切，故在扁桃体病灶、变态反应与耳鼻咽喉疾病的关系章节中，对若干主要问题，均以新的理论予以阐述。

近年来，耳神经学的进展也很迅速，新的检查和诊断方法，层出不穷，质量较高。在重听、平衡障碍、耳鸣、前庭功能检查等方面更是如此，其中有些项目虽然目前国内尚未开展，但本书也作了简介，以供专业人员参考。

颈部包块常为耳鼻咽喉恶性肿瘤，尤其是鼻咽癌所引起。作为本科的专业医师，除本科疾病引起的颈部包块外，对其它临床各科疾病所引起的颈部包块，也应有足够的认识，如此，才能作出正确的结论。因此，在颈部包块章节中，对诊断、鉴别诊断均作了较全面的介绍。

本书除本科专业医师外，可供一般临床各科医师及基层医务人员参考。

本书在编写过程中，得到李宝实教授的殷切关怀和热情指导，谨此深表衷心的感谢。

学院金文泉讲师，协助绘图，一并致谢。

本书撰稿人多，格调不一，在所难免。缺点和错误之处，希读者批评指正。

编 者

1980年6月

重庆医学院

目 录

第一篇 症状诊断学

第 一 章	鼻畸形·····	(1)
第一节	先天性鼻畸形·····	(1)
	先天性缺鼻畸形·····	(1)
	双鼻畸形·····	(1)
	管形鼻·····	(1)
	钮形鼻·····	(1)
	鞍鼻·····	(1)
	鼻裂畸形·····	(1)
	驼峰鼻·····	(1)
	先天性鼻赘·····	(1)
	先天性皮样囊肿及瘘管·····	(1)
	先天性鼻尖畸形·····	(2)
	鼻翼萎缩·····	(2)
	鼻脑膜—脑突出·····	(2)
	鼻窦发育畸形·····	(2)
	先天性后鼻孔闭锁·····	(2)
第二节	后天性鼻畸形·····	(2)
	歪鼻·····	(2)
	鞍鼻·····	(2)
	前鼻孔狭窄和闭锁·····	(3)
	鼻翼缺损·····	(3)
	鼻小柱缺损·····	(3)
第 二 章	鼻阻塞·····	(3)
第 三 章	鼻出血·····	(6)
第 四 章	嗅觉障碍·····	(10)
第一节	嗅觉障碍的分类法·····	(10)
第二节	嗅觉障碍的检查法·····	(11)
第三节	嗅觉障碍的诊断·····	(12)
第 五 章	吞咽疼痛·····	(13)
第 六 章	吞咽困难·····	(19)
第 七 章	咽异感症·····	(23)
第 八 章	舌—咽麻痹·····	(27)
第 九 章	扁桃体病灶·····	(30)
第 十 章	声嘶·····	(37)
第十一章	呼吸困难·····	(41)

第十二章	听力检查法	(44)
第一节	语言检查法	(45)
第二节	秒表检查法	(45)
第三节	音叉检查法	(45)
第四节	听力计检查法	(46)
第五节	婴幼儿听力检查法	(52)
第六节	非器质性听力减退检查法	(53)
第七节	中枢听觉系统听功能检查	(55)
第十三章	前庭功能检查法	(56)
第一节	自发性前庭反应检查法	(56)
	肢体平衡失调的体征及检查法	(57)
	与眼球运动有关的体征的检查法	(58)
第二节	眼震电图	(62)
第三节	冷热试验	(65)
第四节	旋转试验	(68)
第五节	视动和眼跟随运动检查	(70)
第六节	直流电试验	(71)
第七节	迷路瘘管试验	(71)
第八节	耳石器功能检查	(72)
第十四章	耳廓畸形	(72)
第十五章	外耳道狭窄及闭锁	(74)
第十六章	咽鼓管机能障碍	(77)
第一节	咽鼓管的应用解剖和生理	(77)
第二节	咽鼓管机能检查	(78)
第三节	咽鼓管阻塞	(81)
第四节	咽鼓管异常开放症	(83)
第十七章	鼓膜穿孔	(84)
第一节	鼓膜穿孔的确定	(84)
第二节	鼓膜穿孔部位、大小和形态	(84)
第三节	鼓膜穿孔的病因	(85)
第四节	鼓膜穿孔的鉴别诊断	(86)
第十八章	耳痛	(86)
第十九章	耳溢液	(89)
第二十章	耳聋	(91)
第一节	传音性聋的诊断	(91)
第二节	感音神经性聋的诊断	(92)
第三节	混合性聋的诊断	(92)
第四节	先天性聋的诊断	(93)
第五节	遗传性聋的诊断	(94)
第六节	感染引起的感音神经性聋	(96)

第七节	药物中毒性聋的诊断	(97)
第八节	创伤性感音神经性聋的诊断	(98)
第九节	老年性聋的诊断	(99)
第十节	突发性聋的诊断	(99)
第十一节	其他器质性感音性聋的诊断	(100)
第十二节	精神性聋的诊断	(101)
第十三节	伪聋的诊断	(101)
第十四节	聋哑症的诊断	(101)
第二十一章	耳鸣	(102)
第二十二章	眩晕	(106)
第一节	病史采取	(107)
第二节	神经系统检查	(108)
第三节	X线检查	(109)
第四节	内淋巴液分析	(109)
第五节	眩晕的鉴别诊断	(109)
第二十三章	迷路和迷路后疾患的诊断	(110)
第一节	迷路疾患	(110)
第二节	迷路后疾患	(112)
第二十四章	面瘫	(114)
第一节	面神经解剖与生理	(114)
第二节	面瘫的病因和病理	(116)
第三节	面瘫的临床表现	(117)
第四节	面瘫的诊断	(119)
第二十五章	耳鼻咽喉 X线检查及诊断	(121)
第一节	鼻腔及鼻咽腔的疾患	(121)
第二节	鼻窦疾患	(122)
第三节	耳部疾患	(125)
第四节	咽的X线检查及诊断	(127)
第五节	喉的X线检查及诊断	(127)
第二十六章	头痛	(128)
第二十七章	血痰	(134)
第二十八章	颈部包块	(140)
第二十九章	单侧延髓综合征	(149)
第三十章	耳鼻咽喉疾病与全身疾病的关系	(152)
第三十一章	与耳鼻咽喉科有关的综合征	(157)

第二篇 疾病诊断学

第一章	急、慢性鼻炎	(174)
第一节	急性鼻炎的诊断	(174)
第二节	慢性鼻炎的诊断	(175)

第二章	急、慢性鼻窦炎	(176)
第一节	急性鼻窦炎	(176)
第二节	慢性鼻窦炎	(179)
第三节	鼻窦积脓的诊断	(181)
第四节	多发性鼻窦炎的诊断	(182)
第五节	透照法	(182)
第三章	小儿鼻窦炎	(183)
第四章	白喉	(185)
第五章	舌部疾病	(187)
第六章	唾液腺疾病	(191)
第一节	唾液腺的变化	(191)
第二节	唾液性状的变化	(192)
第三节	唾液腺的肿胀	(192)
第四节	唾液腺疼痛	(192)
第五节	唾液腺的硬度	(193)
第六节	皮肤及粘膜的变化	(193)
第七节	唾液腺与周围组织的关系	(193)
第八节	唾液腺疾病的诊断	(193)
第九节	唾液腺疾病与其他疾病的关系	(196)
第七章	外耳疾病	(197)
第一节	耳廓疾病	(197)
第二节	外耳道疾病	(199)
第八章	中耳疾病	(201)
第一节	急性非化脓性中耳炎	(201)
第二节	慢性非化脓性中耳炎	(202)
第三节	分泌性中耳炎	(203)
第四节	急性化脓性中耳炎	(205)
第五节	慢性化脓性中耳炎的诊断	(208)
第九章	化脓性中耳炎及乳突炎的并发症	(216)
第一节	化脓性中耳乳突炎颅外并发症	(216)
	耳源性耳前骨膜下脓肿	(216)
	耳后骨膜下脓肿	(217)
	耳源性颈深部脓肿	(217)
	颞骨岩部炎	(217)
	迷路炎	(218)
第二节	化脓性中耳乳突炎颅内并发症	(221)
	耳源性硬脑膜外脓肿	(221)
	耳源性硬脑膜下脓肿	(222)
	耳源性脑膜炎	(222)
	乙状窦血栓性静脉炎	(223)

	耳源性脑脓肿·····	(225)
	脑疝·····	(230)
	耳源性脑积水·····	(232)
	脑脊液耳漏·····	(232)
第 十 章	耳鼻咽喉粘膜溃疡·····	(234)
第十一章	颊部、咽壁与咽间隙化脓性感染·····	(237)
第一节	颊部炎症·····	(237)
第二节	咽壁化脓性感染·····	(239)
	咽旁脓肿·····	(239)
	颈部食管周围炎及脓肿·····	(242)
	急性化脓性颈淋巴结炎·····	(243)
	甲状舌管囊肿及瘻管脓肿·····	(243)
	颈侧囊肿及颈侧瘻管脓肿·····	(243)
第三节	咽后间隙化脓性感染—咽后脓肿·····	(243)
第十二章	耳鼻咽喉萎缩性疾病·····	(246)
第一节	萎缩性鼻炎的诊断·····	(246)
第二节	萎缩性咽炎的诊断·····	(248)
第三节	萎缩性喉炎的诊断·····	(248)
第十三章	变态反应与耳鼻咽喉科的关系·····	(249)
第一节	花粉症·····	(250)
第二节	变态反应性鼻炎·····	(250)
第三节	鼻息肉·····	(252)
第四节	扁桃体与变态反应·····	(252)
第五节	慢性中耳炎·····	(252)
第六节	美尼尔氏病·····	(253)
第七节	恶性肉芽肿·····	(253)
第八节	药物过敏·····	(254)
第九节	贝氏麻痹·····	(254)
第十节	波动性听力减退·····	(254)
第十一节	声嘶·····	(254)
第十二节	(Sjögren) 综 合 征·····	(254)
第十四章	内分泌疾病与耳鼻咽喉科的关系·····	(254)
	垂体·····	(254)
	甲状腺·····	(255)
	甲状旁腺·····	(256)
	肾上腺·····	(256)
	性腺·····	(256)
第十五章	耳鼻咽喉良性肿瘤·····	(258)
第一节	外耳良性肿瘤·····	(258)
	外耳道乳头状瘤·····	(258)

	外耳道骨瘤.....	(258)
	血管瘤.....	(258)
	囊肿.....	(258)
	色素痣.....	(259)
	纤维瘤.....	(259)
	耵聍腺瘤.....	(259)
	胆脂瘤.....	(259)
	疤痕疙瘩.....	(259)
第二节	中耳良性肿瘤.....	(260)
	骨瘤.....	(260)
	神经鞘膜瘤.....	(260)
第三节	颞骨巨细胞瘤.....	(260)
第四节	颞骨黄色瘤及嗜酸性细胞肉芽肿.....	(260)
第五节	面神经鞘膜瘤及面神经纤维瘤.....	(261)
第六节	听神经瘤.....	(262)
第七节	鼻中隔良性肿瘤.....	(263)
	出血性息肉.....	(263)
	血管瘤.....	(263)
	乳头状瘤.....	(263)
	腺瘤.....	(263)
	软骨瘤.....	(263)
	骨瘤.....	(263)
	平滑肌瘤.....	(263)
	纤维瘤.....	(263)
	神经瘤.....	(263)
第八节	鼻腔及鼻窦良性肿瘤.....	(264)
	乳头状瘤.....	(264)
	圆柱瘤.....	(264)
	血管瘤.....	(264)
	淋巴管瘤.....	(265)
	纤维瘤.....	(265)
	骨瘤.....	(265)
	软骨瘤.....	(265)
	浆细胞瘤.....	(265)
	脑膜瘤.....	(265)
	成釉细胞瘤.....	(265)
	囊肿.....	(266)
第九节	咽部良性肿瘤.....	(267)
	鼻咽纤维血管瘤.....	(267)
	畸胎瘤.....	(267)

	神经纤维瘤及神经鞘瘤·····	(267)
	混合瘤·····	(268)
	血管瘤·····	(268)
	浆细胞瘤·····	(268)
	颅咽管瘤·····	(268)
	脊索瘤·····	(268)
	鼻咽顶囊肿·····	(269)
第十节	喉良性肿瘤·····	(269)
	乳头状瘤·····	(269)
	软骨瘤·····	(269)
	淀粉样变·····	(269)
	血管瘤·····	(269)
	喉浆细胞瘤·····	(270)
	囊肿·····	(270)
第十六章	耳鼻咽喉恶性肿瘤·····	(270)
第一节	耳部恶性肿瘤·····	(270)
	外耳恶性肿瘤·····	(270)
	中耳癌·····	(270)
第二节	鼻及鼻窦恶性肿瘤·····	(271)
	外鼻癌·····	(271)
	鼻腔恶性肿瘤·····	(271)
	筛窦恶性肿瘤·····	(271)
	上颌窦恶性肿瘤·····	(272)
第三节	咽部恶性肿瘤·····	(273)
	扁桃体恶性肿瘤·····	(273)
	鼻咽癌·····	(274)
第四节	喉部恶性肿瘤·····	(276)
第十七章	头部外伤后听觉及前庭功能障碍·····	(279)

第一篇 症状诊断学

第一章 鼻 畸 形

各面突形成鼻的过程中,由于某种原因停止演化或发育过度,均可形成先天性鼻部畸形。畸形也可因外伤,破坏性病变等后天性因素引起。

第一节 先天性鼻畸形

一、先天性缺鼻畸形(congenital arhinia)

系胚胎期鼻额突和嗅凹停止发育所致。如一侧不发育则半为缺鼻畸形(hemiarhinia)

二、双鼻畸形(doubling of nose)

系左右内侧鼻突不全融合或完全不融合所致。畸形程度轻重不一,轻者仅于鼻尖处一分为二,重者则出现双鼻伴有四个鼻孔。一般双鼻的外侧鼻腔具有鼻甲结构并与鼻咽部通连,内侧两鼻腔则为盲腔。

三、管形鼻(tubular nose)

系嗅凹停止发育而鼻额突继续演化所致。很少见。于鼻的正常发生部位,出现象鼻样组织,因外观颇似管状,故名为管形鼻。

四、钮形鼻(button like nose)

系局部生长缺乏的畸形,其外观与全缺鼻相似,仅于面部中央平坦处可见块状组织,中部相当于前鼻孔处稍有凹陷,状如钮扣,但无孔隙。

五、鞍鼻(saddle nose)

先天性鞍鼻,系鼻骨或鼻中隔软骨发育不良所致。因鼻梁低凹,状似马鞍,故名。常有家族遗传影响。

患本病时,除鼻梁塌陷外,常感鼻塞及

鼻腔干燥不适。

按照鼻梁程度,可分为三度。Ⅰ度:鼻梁轻度凹陷。因鼻腔粘膜正常,故鼻塞,鼻腔干燥多不明显。先天性鞍鼻多属此型。Ⅱ度:鼻梁明显塌陷,前鼻孔微朝上仰。Ⅲ度:鼻梁塌陷极为明显,前鼻孔朝向前方,鼻尖朝上。

六、鼻裂畸形(cleft nose)

外形不一,轻者仅于鼻背或鼻尖出现纵形裂纹,重者可将鼻裂而为二,并常伴发唇裂。

七、驼峰鼻(hump nose)

系鼻骨或软骨过度发育所致,也可因鼻部外伤后,引起鼻骨或软骨过度增生,招致鼻背隆起,因状如驼峰,故名。

八、先天性鼻赘(congenital appendage of the nose)

系鼻在发育过程中,原始胚胎组织遗留所致。胚胎期,鼻外突的遗留组织可成筒状赘体,挂于鼻根外侧,一般称之为鼻侧喙(lateral proboscis)畸形。

九、先天性皮样囊肿及瘘管(congenital dermoid cyst and fistula)

形成本病的原因,意见尚未一致,有人认为鼻在发育过程中,鼻梁皮肤下遗留胚胎上皮组织,其后成为囊肿。也有人认为囊肿系来自颅底深部而非鼻局部发育异常。

囊肿可见于鼻梁中线任何部位,但骨部比软骨部多见。囊肿可穿过鼻骨或软骨进入鼻腔,状若葫芦。文献报导,偶有通向颅内脑垂体者。囊肿具有窦道而通至表面者则称为瘘管。瘘管内有皮脂样物质,平时可从瘘管自行溢出,挤压时,量益增多。瘘管感染后,如不及时处理,可引起蜂窝组织炎和骨

髓炎等。

十、先天性鼻尖畸形

鼻尖畸形单独出现者较少见，一般多与先天性鼻赘、鼻裂、钩鼻、皮样囊肿等一起存在。鼻尖畸形可分为高尖鼻、低尖鼻和宽尖鼻。构成鼻尖的两侧大翼软骨因有变异，影响鼻尖发育，遂引起上述形态不同的畸形。

十一、鼻翼塌陷 (collapse of the nasal alae)

系鼻大翼软骨外侧脚发育不良，局部组织柔软无力所致。鼻翼因无良好支架，致空气进出不畅。吸气时，因鼻翼塌陷，几致前鼻孔闭锁，故可引起呼吸困难。

十二、鼻脑膜—脑突出 (nasal-Meningo-encephalocele)

系指脑膜及脑组织突出颅外，于鼻部软组织下出现包块。本病约占全身性脑脊膜突出的10%。胚胎发育期间，如脑组织过度生长，有时可突出于尚未融合的骨缝之外，直达鼻根或内眦部。也有少数病例，自颅底突出后，直接到达鼻咽或鼻腔。

十三、鼻窦发育畸形

鼻窦发育畸形的原因有先天性和后天性两种，前者系胚胎期发育障碍所致，并常伴有颌面畸形(如缺鼻畸形)，后者系松质骨吸收不良所引起，与炎症、外伤、内分泌紊乱、气候、营养有关。先天性者一般并无临床症状，系属生理性变异，后天性者有时可出现相应的伴随症状(如外伤)。鼻窦发育畸形的具体表现为窦腔发育过大、过小或未发育等三种类型。鼻窦X线摄片均能显示鼻窦的确切发育情况。

十四、先天性后鼻孔闭锁 (congenital atresia of choana)

本病系颊鼻膜遗留所致。胚胎六周时，一般颊鼻膜即自行破裂，形成原始的后鼻孔。如颊鼻膜未破裂，即成为闭锁的间隔，导致后鼻孔闭锁。

后鼻孔闭锁，可为单侧性，也可为双侧

性。单侧性者症状较轻，双侧性者出生后，患儿即有呼吸困难，并不能吮奶，严重者，如不及时抢救，可窒息而死亡。

闭锁组织，差异颇大，有的为纯膜性，有的为纯骨性，也有骨和膜兼而有之者。厚度也常不一致，薄者如纸，厚者可达数毫米。闭锁部位，也有差异，一般以软硬腭交接处较为多见。后鼻孔闭锁单独出现者也有之，与其它部位畸形(如外耳道闭锁、颌面骨形成不全综合症、虹膜缺损、法乐氏四联症、肠道异位或多指畸形等)同时存在者并不罕见。

诊断本症时可选用下述方法：

(一)导尿管或探针检查法：根据年龄可用粗细不同的导尿管或探针从前鼻孔进入鼻腔，以后徐徐向后鼻孔方向推进。根据通过情况即可明确后鼻孔有无闭锁。

(二)用美蓝或红汞液滴入鼻腔，嘱受检者头后仰张口，观察有无上述药物从鼻咽部流入口腔。

(三)将碘油注入鼻腔后，进行X线造影，如此则可明确病变的部位及其深度。

(四)病人如为较大儿童或成人，可行鼻咽镜检查，观察后鼻孔闭锁情况。

(五)如不能进行上述鼻咽镜检查时，可行纤维鼻咽镜或纤维喉镜检查，也可明确病变的部位及有关情况。

第二节 后天性鼻畸形

一、歪鼻 为一种鼻部较常见的畸形。可分为先天性歪鼻和后天性歪鼻两种。前者系鼻骨或鼻软骨两侧发育不对称或重度鼻中隔偏曲，引起鼻梁向一侧偏移所致。后者多系鼻部外伤所引起。

歪曲的部位可高可低，高者可位于鼻梁上部及鼻根部，低者可位于鼻梁下部和鼻尖部。鼻外伤严重时，可引起鼻部上自鼻根下至鼻尖的歪曲。

二、鞍鼻 后天性鞍鼻多系鼻骨，软骨

骨折、鼻中隔脓肿、萎缩性鼻炎、手术后遗症(鼻中隔软骨切除过高或过前)、麻风、梅毒侵及鼻中隔所引起。根据鼻外形,诊断颇易。

三、前鼻孔狭窄和闭锁 可分为先天性和后天性两种。前者少见,系胚胎期鼻孔内上皮栓块未被吸收,成为膜性或骨性间隙所致。后者多见,多系外伤、烧伤、天花、梅毒所引起。病变使瘢痕组织增生,形成前鼻孔狭窄或闭锁。

四、鼻翼缺损 多系外伤或感染所引起。

五、鼻小柱缺损 多系外伤、烧伤、感染所引起。由于鼻小柱缺损程度不同,鼻尖塌陷也有所异。鼻小柱部分缺损时,一般多限于小柱浅部,鼻尖塌陷多不十分明显,但全部缺损时,常累及鼻中隔,严重时,由于瘢痕组织可将左右两侧鼻翼与鼻尖粘在一起,引起明显的畸形。

(谭惠风)

第二章 鼻 阻 塞

鼻是人体与外界环境直接接触的一部份,位于呼吸道的上端开口处,为空气进出的门户,与人体健康有密切的关系。因此,鼻腔通道任何部位的机械性阻塞或鼻粘膜生理功能上的变化,阻碍了气流的进出或丧失了粘膜对空气的摩擦感,即发生鼻阻塞的感觉。

鼻阻塞或称鼻呼吸困难是鼻及鼻窦疾病最常见的症状,可能是主诉,也可能是伴随症状,某些全身疾病也可发生鼻阻塞。引起鼻阻塞的原因很多,但根据鼻阻塞发生的情况和前后伴随症状,常可推断出一个诊断。

【病因】

一、鼻部先天性及后天性畸形:先天性缺鼻、鼻翼塌陷、鼻窦发育畸形、前鼻孔狭窄和闭锁、先天性后鼻孔闭锁。

二、鼻中隔疾病:鼻中隔偏曲、鼻中隔脓肿。

三、异物:鼻腔异物、鼻石。

四、外伤:鼻及鼻窦外伤、鼻骨骨折,鼻中隔血肿等。

五、炎症:急、慢性鼻炎及鼻窦炎、萎缩性鼻炎。

六、鼻息肉及变态反应性鼻炎。

七、肿瘤:鼻腔及鼻窦的良性或恶性肿瘤,鼻咽部肿瘤等。

八、其它:鼻白喉、鼻结核、鼻腔周围

邻近器官的病变,如增殖体肥大等。

【症状】

鼻阻塞是鼻腔及鼻窦疾病常见的症状,儿童及成人均可患之。

一、鼻阻塞有下列表现:

(一)张口呼吸:由于鼻阻塞,逐步形成口呼吸,极易引起咽部和下呼吸道的急、慢性炎症和干燥,夜间睡眠时常有鼾声。

(二)发音障碍:由于鼻部丧失了发音上的共鸣作用,可发生“开放性鼻音”或“闭塞性鼻音”。

(三)增殖体面容:幼儿鼻阻塞常可使上腭高拱,切牙突出,上唇短厚,表情滞呆,鼻中隔偏曲等。

(四)耳部的影响:可以引起耳鸣、中耳炎、咽鼓管阻塞等。

(五)眼部症状:易于引起眼结膜炎、泪囊炎等。

(六)精神症状:比较突出的为头痛、失眠、恶梦、烦躁、智力迟钝等。

(七)嗅觉及味觉减退。

二、长期鼻阻塞后,将对下呼吸道及全身产生不良的影响,

(一)鼻阻塞与呼吸运动

鼻呼吸时,因在下呼吸道内产生较长时间的负压,使肺部换气较好,这就保证了比用口呼吸时能更好地吸收空气中的氧。鼻阻

塞时，由于表浅呼吸以及降低氧的输送，使肺部换气较差。

白岩氏曾行鼻阻塞者胸膜内压力的测定，证明与健康者用鼻深度呼吸时，胸廓及横膈运动减少，而鼻阻塞者的肺活量明显地减少。

(二)鼻阻塞与心血管的关系

有些作者认为鼻阻塞可促使动脉压升高，实验证明可使动脉压轻度上升约10~15毫米汞柱；也有认为鼻阻塞能使心血管负担加重，对血管硬化及心功能不良者有不良的影响。

(三)鼻阻塞对小儿发育的影响

长期鼻阻塞，特别对幼儿，常使这些儿童受到身体发育上的障碍，如上颌部牙齿排列不整齐，颜面骨骼不规则的发育，或致上腭高拱畸形，出现“增殖体面容”，而且易致下呼吸道及肺部的感染，造成幼儿发育和健康的损害。

(四)鼻阻塞对疲劳的影响

鼻阻塞对疲劳的影响可能是由于鼻阻塞后而常用口呼吸，气体交换量不够，血中酸硷平衡失调，硷储备减少，因而患者常感注意力无法集中，记忆力减退，疲乏易倦，头痛头闷及失眠等；也有人认为长期鼻阻塞，肺功能改变，呼吸肌慢性疲劳，也可能产生上述症状。

【诊断】

鼻阻塞对不同年龄常有不同的意义，现按不同年龄对鼻阻塞的诊断可分为：

一、婴儿鼻阻塞：婴儿鼻阻塞较为复杂，鼻阻塞后必须张口呼吸，故可发生哺乳困难，甚而拒食，因此，对婴儿鼻阻塞需加以重视。

1.鼻后孔先天性闭锁畸形：可于出生后即出现鼻阻塞，如两侧性完全闭锁者，在出生时即可有窒息死亡的危险，因为三周岁以下的新生儿尚不会经口呼吸，故鼻腔完全堵塞时可致窒息死亡。此病较为少见。其诊断方法可用1号导尿管由鼻腔插入，如后鼻孔

闭锁则不能通入鼻咽腔。

2.急性鼻炎：初生婴儿如在几天内发生鼻阻塞，并伴喷嚏、流涕、体温升高、流泪等，即可能为急性鼻炎。

3.鼻白喉：极为少见，原发于鼻腔者，全身症状轻微，鼻腔分泌物臭，前鼻孔及上唇皮肤上皮脱落，常有鼻出血。鼻镜检查时，鼻腔内可见白膜，颈淋巴结肿大。

二、儿童鼻阻塞

1.增殖体肥大：婴儿三、四个月时就可有肥大而致鼻阻塞，个别患者可维持增殖体肥大直至20岁后尚无萎缩，一般至5~6岁儿童最为显著，患儿有“增殖体面容”，此外，增殖体肥大常可导致咽鼓管阻塞而有传音性聋及中耳炎，如增殖体急性炎症，则可致急性中耳炎等。

2.急性鼻炎：与成人时期大致相同，如体温增高，鼻流脓涕或自后鼻孔吸入吐出等。脓涕如被吞入可致有消化道症状。

3.急性传染病：如系麻疹，在初期即有鼻炎与鼻阻塞的症状，此时除注意眼结膜及呼吸道的卡他性症状外，应检查颊粘膜有无麻疹粘膜斑。如为鼻白喉，除鼻阻塞外，尚有血脓性分泌物，进一步细菌培养及涂片即可明确诊断。

4.鼻腔异物：3~4岁小儿最为常见，有异物史，往往在一侧性鼻涕腥臭且带血丝就诊时发现。故一侧性鼻阻塞带血性臭脓涕者，应考虑此病，须耐心检查鼻腔，吸净鼻腔内之分泌物，再喷入麻黄素液以收缩鼻腔粘膜，在充足的光线下检查鼻腔，异物一般多在总鼻道或鼻底部。

5.鼻窦炎：鼻腔脓涕多，头痛、鼻阻塞及消化不良等。

6.鼻息肉：在较大的儿童也可发生。常限于一侧且单个者较多，易于垂向鼻咽部，故鼻阻塞为逐渐加重，由一侧开始，待至鼻部时即两侧鼻阻塞，后鼻镜检查即可确立诊断。

三、成人鼻阻塞

(一)暂时性鼻阻塞

1.急性鼻炎：是暂时性鼻阻塞的主要原因，初起时鼻后部干燥，不久喷嚏频频，分泌物由清水样渐渐变为粘液状，后成为粘脓状，并有头痛，四肢酸痛、发热等全身症状，鼻粘膜急性充血，病程短，一周左右即可痊愈。

2.急性鼻窦炎：常为急性鼻炎的并发症，除鼻阻塞、流脓涕外，并有头痛、发热，局部有压痛及叩痛。检查见鼻腔粘膜急性充血肿胀，中鼻道或嗅沟有黄白色脓液。

3.变态反应性鼻炎：典型病例在发作时鼻内奇痒，喷嚏重重，随时鼻阻塞，大量清水涕或粘涕，短则数小时，多者数天即可自行停止，常为反复发作。鼻腔检查鼻粘膜及鼻甲水肿，呈苍白色。

4.中隔血肿或脓肿：鼻中隔血肿常因鼻外伤及中隔手术所致，血肿感染后易变成脓肿，如不及时处理，可致鼻中隔软骨广泛坏死，而形成鼻外部畸形。诊断可用穿刺吸引法即可明确。

(二)进行性鼻阻塞

1.鼻腔良性肿瘤：是进行性鼻阻塞的主要原因之一。一侧性鼻阻塞逐渐加重，常见的有鼻腔血管瘤及纤维瘤，前者常有鼻出血史，检查时见血管瘤呈紫红色，质较软，触之易出血，多见于鼻中隔；后者呈苍白或红色，表面光滑而质较硬。

2.鼻腔及鼻窦恶性肿瘤：多发生于中年以上的患者，恶性肿瘤发生在鼻腔，迟早皆有鼻阻塞症状。鼻窦恶性肿瘤以原发于上颌窦及筛窦最为多见；原发于上颌窦的肿瘤，其鼻阻塞常是晚期症状，有时鼻腔内虽未见肿瘤，而是在上颌窦内的肿瘤使鼻侧壁推向鼻腔而致鼻阻塞，故有时很难确诊，凡不能解释的牙痛、头痛、眼眶痛、鼻涕带血、面部麻木等现象，可能为早期上颌窦恶性肿瘤。发生在鼻腔内或筛窦内的恶性肿瘤比较早期就有一侧性鼻阻塞，检查鼻腔时可见肿瘤呈红色，似菜花状，表面溃疡或坏死，触

之易出血，病理检查及X线鼻窦摄片常可确立诊断。

3.鼻息肉：是造成鼻阻塞的一个普通原因。鼻息肉引起的鼻阻塞发展缓慢，且为进行性的。检查鼻腔可见息肉，如鼻息肉之蒂细长，向后坠入鼻后孔，即可出现单相活瓣性鼻阻塞，鼻咽部检查可见到后鼻孔有息肉存在。

4.鼻咽部纤维血管瘤及鼻咽癌：鼻咽纤维血管瘤为一良性肿瘤，又称之为男性青春期出血性鼻咽纤维瘤，常有大量出血史，屡次而反复的发生，故常表现有贫血现象，检查时可见鼻咽部肿瘤呈圆形或椭圆形，表面光滑、淡红或深红色之肿块，触之易出血。而鼻咽癌则为恶性肿瘤，其引起的鼻阻塞常是进行性的，早期症状是多种多样的。当发现有一种以上的耳鼻症状或头痛，特别是伴有颈侧上方有淋巴结肿块者，应详细检查鼻咽部，可发现斑块状溃疡、结节、粘膜下隆起或菜花状新生物，病理活检常可明确诊断。

5.其它：如鼻硬结症、鼻结核、鼻石、恶性肉芽肿等，常为进展异常缓慢的鼻阻塞，常伴有带血的臭脓涕，需血液检查及病理检查才能明确诊断。

(三)持续性或固定性鼻阻塞

这一类鼻阻塞常是一种演变非常缓慢的疾病之症状，或是一种病变以后的症状。

1.慢性鼻炎：特别是慢性肥厚性鼻炎，鼻阻塞严重，呈持续性，晚间睡眠时常被迫张口呼吸，晨起时每感口干，咽喉不适，局部滴用麻黄素液等血管收敛剂，其作用不大，鼻腔检查可见鼻甲肥厚，甚而可呈桑椹状。

2.萎缩性鼻炎：这种鼻阻塞的感觉，常常不完全是由于鼻腔结痂而致机械性阻塞，实际上去除痂皮后，患者鼻阻塞仍然存在，此因粘膜萎缩，神经感觉迟钝，虽有空气通过，但不能觉察，故仍感鼻阻塞。患者除感鼻阻塞外，鼻干、结痂、带血丝，有时鼻腔

分泌物带恶臭，而病人嗅觉丧失，检查鼻腔可见黄绿色或褐色痂皮。

3.鼻中隔偏曲：鼻中隔偏曲所造成的鼻阻塞常是固定而只限于一侧。有时病人并不

随时感到鼻阻塞，仅在睡眠或侧卧时才有鼻阻塞感觉，有时常伴有鼻出血或一侧性头痛，检查鼻腔即可明确诊断。

(陆家熹)

第三章 鼻 出 血

鼻出血 (epistaxis) 又称鼻衄，是鼻科常见的急症之一。它不是一独立的疾病，可能是诊断，也可能是许多疾病的一种伴随症状。由于局部病变或全身疾病所引起的鼻出血的病例，往往还有其他局部或全身症状与体征。

鼻出血可发生于任何年龄，但婴幼儿少见。因两岁以前，鼻中隔易出血区，尚无特殊血管结构；三岁以后，血管从逐渐形成；10岁时鼻中隔血管始有曲张的表现。特发性鼻出血以小儿和青年多见，主要是鼻中隔前部出血，50岁以上老年患者以鼻腔后部出血为多，常为心血管系统疾病、高血压、动脉硬化等所引起，常不易控制。

季节与鼻出血的关系。北京春秋较多，江南则以8~10月份稍高，高原地区气候干燥，鼻粘膜易干燥结痂，与鼻出血有一定关系。

【机理】

鼻腔粘膜内有丰富的毛细血管和腺体，而这些毛细血管的位置又比较表浅，鼻中隔尤为明显。所以由于外伤或局部病变，均易

引起鼻出血。鼻出血虽可发生于鼻腔任何部位，但与血管的分布有密切关系，了解鼻腔血管的分布对处理鼻出血颇有帮助。鼻腔及鼻窦的血管主要由两侧颈内动脉分支—眼动脉分出的筛前和筛后动脉和颈外动脉分支的蝶腭动脉所供应 (图1—3—1)。严重鼻出血，多为筛前与蝶腭动脉所致，以蝶腭动脉分支较为多见。下鼻道后部，沿下甲后端有一鼻咽静脉丛 (Woodruff's plexus) 亦为鼻部易出血处。此外，各鼻甲及鼻侧壁的血管如有破裂，也均可发生出血。

鼻腔除筛前、筛后动脉的中隔支与蝶腭动脉的鼻后中隔动脉外，其他如腭大、上唇动脉鼻中隔支亦供应之。这些血管的末梢支在鼻中隔粘膜之前下方吻合最为丰富，形成一个网状的毛细血管丛。此丛共分三层，深层分布于骨膜，中层分布于腺周围，浅层分布于粘膜下方，此处为鼻出血的好发部位。在此区内由于空气中的尘埃、细菌或化学气体的刺激常引起炎症，加之营养障碍，在粘膜表面较易形成溃疡。而血管丰富分布如网状，如稍有外伤也易出血。作者及国内文献统计：43.3~49.7%的鼻出血发生于鼻中隔前下方，此出血区易被发现，稍加压力即易制止。此外，鼻腔其他部分如中鼻甲前端或上方也易出血。此处供血主要来自筛前动脉，中鼻甲下方或后方，鼻腔后2/3的出血较少。由于血向后流，出血处不易发现。

【病因】

鼻出血是一个复杂的临床问

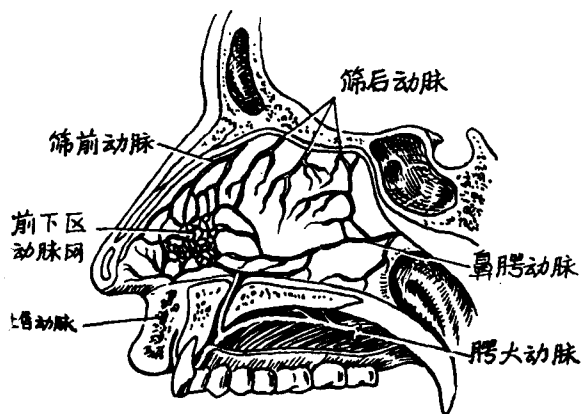


图1—3—1 鼻中隔动脉分布

题。一方面需要镇静地紧急处理,另一方面还应当仔细地判断出血部位及原因。小儿除挖鼻,异物及鼻外伤引起的出血外,气候变化、情绪激动、感冒、喷嚏、疲劳,甚至擤鼻等都是鼻出血的诱因。临床医师除对鼻出血的局部原因外,对鼻出血的全身原因亦必须有一全面的认识。

一、局部病因

(一)鼻外伤:鼻部钝挫伤、撕裂伤、异物刺入;鼻外部打击伤(拳击、打球等);颅底骨折,鼻窦穿破性外伤;手术损伤(上颌窦、鼻甲手术,上颌窦穿刺等);鼻腔异物。

(二)鼻腔疾患:急性鼻炎、鼻窦炎、鼻前庭湿疹,干燥性鼻炎,萎缩性鼻炎,鼻中隔弯曲,距状突,鼻中隔粘膜糜烂,出血性坏死性鼻息肉,干酪性鼻炎,鼻腔特殊性传染病如鼻梅毒,鼻结核,狼疮、麻风和鼻白喉。

(三)鼻腔、鼻窦和鼻咽部肿瘤

(1)良性肿瘤:鼻腔血管瘤,鼻中隔毛细血管瘤,上颌窦血管瘤,鼻咽血管纤维瘤等。

(2)恶性肿瘤:鼻腔鼻窦鳞状上皮癌,鼻咽癌,腺癌,恶性肉芽肿等。

二、全身性疾病

(一)心脏及循环系统疾病

(1)动脉压过高:高血压,动脉硬化,气压剧变(高空飞行,登山及潜水),肾性高血压。

(2)静脉压增高:肺气肿、慢性支气管炎,肺源性心脏病,二尖瓣狭窄,颈部和胸腔及纵隔淋巴结肿大。

(二)血液病:血小板减少性紫癜,再生障碍性贫血,过敏性紫癜,白血病,真性或继发性红细胞增多症,血友病及绿色瘤。

(三)急性发热性传染病:高热、尿毒症、败血症、猩红热、伤寒、斑疹伤寒、流行性感、麻疹、疟疾,黑热病,回归热、流行性出血热等。

(四)维生素C、K、P或钙缺乏:

(五)化学物质及药物中毒如磷、汞、砷、苯中毒及水杨酸类药物。

(六)其他:糖尿病,肝脾肾疾患,肝硬化,风湿热,遗传性出血性毛细血管扩张症,内分泌失调如倒经、妊娠、闭经。

【症状及检查】

鼻出血的原因甚多,故详细采取病史是病因诊断不可缺少的组成部分。

一、首先考虑年龄、性别和病史,明确最近期内有否感冒史。若是小儿鼻出血,应疑有鼻腔异物。若为青年,鼻部外伤,遭受打击,钝挫伤,撕裂伤,或鼻骨骨折应予考虑。如无外伤病史,对青年或中年妇女,应询问是否经常在月经期间出现鼻出血。若是中年以上患者,特别是肥胖者应检查血压;若经常鼻阻塞伴鼻出血,应考虑有鼻腔恶性肿瘤的可能;若有高热或经常伴有齿龈出血,应明确鼻出血是否由于急性发热性传染病或血液病所引起,应行血液及全身检查。

二、鼻出血有一侧性和两侧性。鼻腔左右侧出血率相差无几,双侧同时出血者不多,出血极少时易被忽略。有时出血量极大,部份血液经鼻孔涌出,部份血液则经口腔吐出,有时也可往下流而咽入胃内,此时,如张口检查,即可明确。询问病史时,首先应问清何侧鼻腔出血?或何侧鼻腔首先出血?出血时的情况,出血量和过去有无经常出血史等。

三、严重鼻出血,是患者急诊就医的原因。检查时,若头部过度后仰,血液即经后鼻孔流入胃内。呕出时易被误认为胃出血。若血液向后流,经另一侧鼻孔喷出,出血虽自一侧,但亦可自两鼻孔流出,故检查时必须嘱病人端坐,头略向前倾,使血液向外流出,用1%麻黄素棉片压迫止血区后再行检查,如此即可查明出血为一侧性或两侧性。若有血液病,反复鼻出血或大出血后,可见鼻粘膜因贫血而呈现淡红。因高血压或鼻外伤而发生的鼻出血,可见血液涌出。若检查时出血已止,鼻腔内发现凝血块,或在鼻前庭内有血痂时,可将凝块或血痂清除后,可