

高等医药院校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

耳鼻咽喉头颈外科学 实用教程

● 第2版

主 编 农辉图 唐安洲
副主编 徐志文 苏纪平

高等医药院校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

耳鼻咽喉头颈外科学 实用教程

第2版

主 编 农辉图 唐安洲

副主编 徐志文 苏纪平

编 者 (以姓氏笔画为序)

尹时华 兰新海 刘 磊 农东晓

农晓琳 农辉图 苏纪平 李杰恩

吴鸿泉 宋 斌 张 哲 陈 平

陈伊宁 周 永 徐志文 唐安洲

黄光武 温文胜 谢利红 蔡红武

谭颂华

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

耳鼻咽喉头颈外科学实用教程/农辉图等主编. —2版.
—北京:人民卫生出版社, 2011.3

ISBN 978-7-117-14024-9

I. ①耳… II. ①农… III. ①耳鼻咽喉科学:外科学—高等学校—教材②头—外科学—高等学校—教材③颈—外科学—高等学校—教材 IV. ①R762②R65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 013283 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

耳鼻咽喉头颈外科学实用教程

第 2 版

主 编: 农辉图 唐安洲

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17 插页: 2

字 数: 411 千字

版 次: 2002 年 4 月第 1 版 2011 年 3 月第 2 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14024-9/R·14025

定 价: 32.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

教材是教学内容和教学方法的知识载体,是改进教学方法,提高教学质量的重要工具。原我科编写的《耳鼻咽喉科学实用教程》一书第1版于2002年由人民卫生出版社出版以来,沿用于教学达6年余,深受广大师生欢迎,曾获广西壮族自治区教育厅2003年普通本科高等院校优秀教材一等奖。鉴于教学的迫切需求,科室决定修订再版。

原教程用于教学几年间,迎来耳鼻咽喉头颈外科快速转变和全面发展的新时代。2005年学术期刊更名为《中华耳鼻咽喉头颈外科学杂志》;2007年学术组织正式更名为“中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会”;全国大部分医院耳鼻咽喉科都陆续更名为耳鼻咽喉头颈外科;高校教科书也都相继更名,本书亦顺应时势,更名为《耳鼻咽喉头颈外科学实用教程》。

本教程在第1版的基础上,参考了田勇泉主编的《耳鼻咽喉头颈外科学(第7版)》进行修订编写,供高等医药院校基础、临床、预防、口腔医学类专业应用,是《耳鼻咽喉头颈外科学(第7版)》的配套教材。

《耳鼻咽喉头颈外科学实用教程》坚持遵循全国高等医药院校五年制临床医学专业教材修订的原则和要求,力求体现“三基”(基础理论、基本知识、基本操作)、“三特”(特定的对象、特定的要求、特定的限制)和“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)的要求。注重反映本学科新进展,既求全面系统,又要突出重点,以“三炎一聋一癌”(中耳炎、扁桃体炎、鼻-鼻窦炎、耳聋、鼻咽癌)为重点,力求精简扼要的原则。本书在第1版的基础上,篇章的先后次序和内容作了重大修改,增加了气管食管学、颈科学及耳鼻咽喉头颈外科治疗等篇,删除耳鼻咽喉生理学及专科常用药物内容。将原正文里的应用解剖学和检查操作编入实习指导篇中,文图并进,便捷实用,具有更好的指导性。

本教程内容力求新颖,能反映现代医学的新理论与新技术的发展,保证教材的科学性、先进性、启发性和指导性。做到概念准确、结构严谨、文图并茂、科学实用。有科学性才有权权威性,有科学性就有实用性,有实用性才能启发学生的理解力和分析力,培养学生的创造性思维,增强学生发现问题及解决问题的能力,必将受到广大高校师生的欢迎。

广西医科大学校长黄光武教授对新版教程的改编再版,给予热情支持与鼓励;亦获得广西医科大学教材科的大力支持;更承蒙广西医科大学印刷厂为本书的文图编辑排版等,付出诸多的艰辛操劳。尽管我科公务繁忙,但全科上下通力协作,积极投入改编工程,谨此表诚挚谢忱!

虽然我科有编写本书第1版的经历,加之学术水平高强,专业技术力量雄厚,但因公务繁忙,时间紧迫,编者水平所限,书中疏漏之处在所难免,恳请广大读者不吝赐教和指正。

农辉图 唐安洲 徐志文 苏纪平

2010年12月

绪论.....	1
---------	---

第一篇 鼻 科 学

第一章 鼻的症状学.....	3
第一节 鼻塞.....	3
第二节 鼻音.....	3
第三节 鼻漏.....	3
第四节 嗅觉障碍.....	4
第五节 鼻源性头痛.....	5
第六节 鼻出血.....	5
第二章 鼻外伤.....	6
第一节 鼻骨骨折.....	6
第二节 鼻窦骨折.....	7
第三节 脑脊液鼻漏.....	8
第三章 外鼻及鼻腔炎症性疾病	10
第一节 鼻疖	10
第二节 鼻前庭炎	11
第三节 急性鼻炎	11
第四节 慢性鼻炎	12
第五节 萎缩性鼻炎	14
第四章 变应性鼻炎	16
第五章 鼻息肉	21
第六章 鼻中隔偏曲	23
第七章 鼻出血	25
第八章 鼻窦炎症性疾病	27
第一节 急性鼻窦炎	27
第二节 慢性鼻窦炎	29
第九章 鼻腔鼻窦真菌病	37
第十章 鼻颅底肿瘤	40
第一节 良性肿瘤	40

第二节	鼻腔鼻窦恶性肿瘤	42
第三节	恶性肉芽肿	45
第十一章	前颅底概论	47
第十二章	鼻内镜外科技术	48
第一节	基本原理	48
第二节	应用范围	48
第三节	鼻内镜设备和手术器械	48
第四节	鼻内镜鼻窦手术	49
第五节	内镜下鼻腔手术	51
第六节	鼻内镜手术并发症	51

第二篇 咽 科 学

第一章	咽的症状学	53
第一节	咽痛	53
第二节	咽异常感觉	53
第三节	吞咽困难	53
第四节	饮食反流	54
第五节	声音异常	54
第二章	咽部异物及炎症性疾病	55
第一节	咽部异物	55
第二节	急性咽炎	56
第三节	慢性咽炎	57
第四节	急性扁桃体炎	58
第五节	扁桃体周围脓肿	60
第六节	慢性扁桃体炎	61
第七节	腺样体炎与腺样体肥大	63
第三章	咽肿瘤	65
第一节	鼻咽癌	65
第二节	喉咽癌	68
第三节	唾液腺肿瘤	69
第四章	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	73
第一节	病因	73
第二节	病理生理	74
第三节	临床表现	74
第四节	诊断	75
第五节	治疗	76

第三篇 喉 科 学

第一章 喉的症状学	77
第一节 声嘶	77
第二节 吸气性呼吸困难	78
第三节 喉喘鸣	78
第四节 喉痛	79
第五节 咯血	79
第六节 吞咽困难	79
第二章 喉的急性炎性疾病	80
第一节 急性会厌炎	80
第二节 急性喉炎	81
第三章 喉的慢性炎性疾病	83
第一节 慢性喉炎	83
第二节 声带小结	85
第三节 声带息肉	86
第四章 喉阻塞	88
第五章 喉肿瘤	91
第一节 喉乳头状瘤	91
第二节 喉癌	92
第六章 气管插管术及气管切开术	96
第一节 气管插管术	96
第二节 气管切开术	97
第三节 环甲膜切开术	100
第七章 临床嗓音学和言语障碍	102
第一节 音声障碍	102
第二节 功能性失声	104
第三节 言语障碍	104

第四篇 气管食管学

第一章 气管、支气管、食管症状学	107
第一节 气管、支气管的症状学	107
第二节 食管的症状学	108
第二章 气管、支气管异物	109
第一节 病因	109
第二节 病理	109

第三节	临床表现	110
第四节	检查与诊断	111
第五节	治疗	112
第三章	呼吸功能失常与下呼吸道分泌物滞留	114
第一节	病因	114
第二节	临床表现	114
第三节	治疗	114
第四章	食管异物	116
第一节	病因	116
第二节	临床表现	116
第三节	诊断	118
第四节	治疗	118

第五篇 耳 科 学

第一章	耳症状学	121
第一节	耳痛	121
第二节	耳漏	121
第三节	耳聋	122
第四节	耳鸣	122
第五节	眩晕	122
第二章	耳部外伤及外耳道疾病	124
第一节	鼓膜外伤	124
第二节	颞骨骨折	124
第三节	外耳道真菌病	126
第四节	耵聍栓塞	126
第三章	中耳炎性疾病	128
第一节	大疱性鼓膜炎	128
第二节	分泌性中耳炎	128
第三节	急性化脓性中耳炎	131
第四节	慢性化脓性中耳炎	133
第四章	化脓性中耳炎及乳突炎的并发症	137
第一节	颅外并发症	137
第二节	颅内并发症	138
第五章	梅尼埃病	141
第六章	耳聋及其防治	144
第一节	传导性聋	144
第二节	感音神经性聋	145

第三节 混合性聋·····	147
第七章 周围性面瘫·····	148
第八章 耳肿瘤·····	150
第一节 外耳道乳头状瘤·····	150
第二节 中耳癌·····	150
第三节 听神经瘤·····	151
第四节 侧颅底肿瘤·····	152

第六篇 颈 科 学

第一章 颈部症状学·····	153
第一节 颈部肿块·····	153
第二节 颈痛·····	153
第三节 颈部瘰道·····	153
第四节 颈僵硬·····	153
第二章 颈部先天性疾病·····	154
第一节 甲状舌管囊肿及瘻管·····	154
第二节 鳃裂囊肿及瘻管·····	155
第三章 颈部炎症性疾病·····	156
第一节 颈部急、慢性淋巴结炎·····	156
第二节 颈部淋巴结结核·····	156
第三节 艾滋病性颈部淋巴结肿大·····	157
第四章 颈部血管性疾病·····	158
第五章 颈部肿块及颈淋巴结清扫术·····	159
第一节 颈部肿块·····	159
第二节 颈淋巴结清扫术·····	163
第三节 头颈部缺损的重建与修复·····	169

第七篇 耳鼻咽喉头颈外科学实习指导

第一章 耳鼻咽喉头颈应用解剖·····	173
第一节 鼻及鼻窦应用解剖·····	173
第二节 咽的应用解剖·····	181
第三节 喉的应用解剖·····	185
第四节 气管与食管的应用解剖·····	190
第五节 耳的应用解剖·····	193
第六节 颈部的应用解剖·····	198
第二章 耳鼻咽喉头颈检查·····	203

第一节	检查设备及受检者体位	203
第二节	鼻及鼻窦检查法	205
第三节	咽的检查	208
第四节	喉的检查	210
第五节	耳的检查	215
第六节	咽鼓管检查	218
第七节	听觉检查	220
第八节	前庭功能检查	226
第九节	耳部影像学检查	228
第十节	颈部检查	231

第八篇 耳鼻咽喉头颈外科治疗学

第一章	耳鼻咽喉头颈外科诊疗工作台简介	233
第二章	耳鼻咽喉头颈外科临床用药	235
第一节	耳鼻咽喉头颈外科临床用药原则与特点	235
第二节	耳鼻咽喉、气管及食管表面麻醉剂	236
第三章	耳鼻咽喉头颈外科一般治疗	238
第一节	鼻科治疗	238
第二节	咽喉治疗	241
第三节	耳科治疗	242
第四章	耳鼻咽喉头颈外科特殊治疗	243
第一节	耳鼻咽喉头颈外科疾病的激光治疗	243
第二节	耳鼻咽喉头颈外科疾病的低温冷冻治疗	244
第三节	耳鼻咽喉头颈外科疾病的微波治疗	245

第九篇 耳鼻咽喉头颈外科学教学大纲

第一节	耳鼻咽喉头颈外科学理论课教学大纲(五年制)	247
第二节	耳鼻咽喉头颈外科学见习课教学大纲(五年制)	259
第三节	耳鼻咽喉头颈外科学教学进度表(五年制)	261

耳鼻咽喉头颈外科学(otorhinolaryngology-head and neck surgery)是研究耳、鼻、咽、喉、气管、食管及颅底、颈部和上纵隔诸器官的解剖、生理和疾病现象的一门科学,是与基础医学及临床各学科密切相关的一门现代临床医学二级学科。本学科是由耳鼻咽喉科学(otorhinolaryngology)逐步延伸发展而来的一门临床医学独立学科。了解国内外耳鼻咽喉头颈外科学的学科发展历程,对学习掌握本学科的理论知识与诊疗技能具有重要的意义。20世纪60年代以来,国外伴随耳鼻咽喉科向头颈外科延伸,耳鼻咽喉科学的三级学科,如头颈外科、颅底外科、听觉言语疾病科的相继出现。北美、欧洲和亚洲的不少国家,耳鼻咽喉科学正式更名为耳鼻咽喉头颈外科,其学术组织与刊物亦先后更名为“耳鼻咽喉头颈外科学会”与“耳鼻咽喉头颈外科杂志”,这标志着世界耳鼻咽喉科开始进入耳鼻咽喉头颈外科的新时代。

国内20世纪90年代以来,为拓宽学科领域与世界接轨,创建一流学科的发展理念,一直是专业同道艰苦卓绝的奋斗目标。2005年学术期刊更名为《中华耳鼻咽喉头颈外科学杂志》;2007年学术组织正式更名为“中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会”。目前,全国多数县以上的综合性医院中均设有耳鼻咽喉科,部分大型综合医院的耳鼻咽喉科亦陆续更名为耳鼻咽喉头颈外科,高校教科书亦相继更名,这标志着我国耳鼻咽喉头颈外科亦正进入快速发展的新时代。

随着专业领域的不断拓展,促进了基础、应用基础与临床研究取得众多重要的进展:①客观测听技术的应用研究;②声损伤、遗传性聋、药物性聋发病机制及其分子基础,自身免疫内耳病、必需元素代谢障碍与感音神经性聋、听毛细胞再生与离体耳蜗毛细胞离子通道研究;③前庭系生理与病理研究;④变应性鼻炎发病机制研究;⑤鼻咽癌、喉癌发生发展的分子机制与基因治疗探讨;⑥人工耳蜗技术恢复重度或极度耳聋患者部分听觉功能的研究;⑦鼻内镜外科技术及其延伸领域的相关研究;⑧阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的诊断与治疗的研究;⑨头颈肿瘤的功能性手术研究;如喉癌保留喉功能的各种手术,颈段气管、食管癌的切除与功能重建等手术;⑩颅底、侧颅底手术的基础与临床研究等。随着学科领域的较大拓展,现代耳鼻咽喉科学的范畴几乎包含了头颈外科的全部内涵。

耳鼻咽喉头颈外科学与其他临床学科相比,具有下列特点:①感觉器官集中:耳鼻咽喉诸器官与听觉、平衡觉、嗅觉及味觉密切关联;②检查器械特殊:由于耳鼻咽喉部位隐蔽,管腔弯曲狭小,需要特殊的器械方能看清腔内结构形态;③临床的紧急性:如鼻出血、喉阻塞、耳源性颅内并发症、气道异物等,病情危及生命,刻不容缓,必须及时正确处置,方能转危为安。

耳鼻咽喉头颈外科学之所以成为独立学科,由于本专业诸器官部位深在体腔,腔道弯曲狭小,其诊断与治疗必须借助专科特殊设备与器械,掌握专科操作技能,才能看清其腔内结

构形态;耳鼻咽喉头颈外科的突出特点表现为耳鼻咽喉及其相关头颈区域的局部与全身整体的相对独立与有机联系。耳鼻咽喉头颈外科的相对独立在于耳鼻咽喉及其相关头颈区域诸器官有密切联系:①解剖相互沟通:耳鼻咽喉、气管与食管及其相邻头颈区域各具相同或相似的黏膜结构,彼此通过直接或间接方式相互沟通,相互移行;②生理相互关联:如咽喉的吞咽与发音功能是在相互关联、相互配合、协调一致的前提下才能顺利实现;③病理相互影响:如耳聋影响准确发音与言语交流,急性鼻炎可并发中耳炎、咽炎、喉炎;④治疗相互辅佐:如咽鼓管吹张要经鼻腔、后鼻孔填塞要经口咽才能完成;⑤诊断上相互参考:如前庭眩晕疾病的诊断常需听力检查结果以助鉴别。

耳鼻咽喉头颈外科学与临床医学的有机联系在于耳鼻咽喉及其相关头颈区域的诸器官相邻,远隔组织器官的交通与关联,而且其解剖、生理与病理上与神经系统、消化系统、呼吸系统以及全身其他系统的关系甚为密切。如鼻窦炎可导致支气管扩张;变应性鼻炎与支气管哮喘为同一气道同一种病;胆脂瘤型中耳炎可导致耳源性脑脓肿;鼻出血可能是血液病在鼻部的表现;全身性疾病也可能与耳鼻咽喉头颈诸器官有关,如心脏病、肾炎、关节炎、风湿热的病灶有可能在扁桃体上等。学习耳鼻咽喉头颈外科学要有整体观念,注意从整体看局部,再从局部顾及整体,由一点考虑全面,再由全面联系各点,使学习专科知识与学习临床各科知识有机结合,耳鼻咽喉头颈外科的症状可能是全身性疾病在局部的表现,总之,学习耳鼻咽喉头颈外科学要树立局部与整体相结合的观念。

耳鼻咽喉科将全面发展到耳鼻咽喉头颈外科新阶段,耳鼻咽喉头颈外科还将分设普通耳鼻咽喉科、头颈外科、变态反应科、听力科和听觉言语疾病科等三级学科。科学技术在发展,学科领域在拓展,耳鼻咽喉头颈外科正处在快速转变与全面发展的进程之中,必然面临诸多挑战,只有与相关学科相互尊重,取长补短,互助合作,才能推动学科的不断进步,才能以更大范围、更高层次、更精技术为广大患者造福。随着国家经济建设的迅速发展,人民健康意识不断增强,广大患者正期待着为其服务,只有坚持科学求实的理性思维和不断创新的敬业精神,面对发展,共同奋斗,才能迎接我国耳鼻咽喉头颈外科发展的新时代。

(农辉图 唐安洲 徐志文 苏纪平)

第一篇 鼻科学

第一章 鼻的症状学

第一节 鼻 塞

鼻塞(nasal obstruction)为鼻及鼻窦疾病的常见症状。也可见于某些全身疾病。鼻塞可表现为:

1. 持续性鼻塞 新生儿鼻塞考虑先天性后鼻孔闭锁;儿童持续性鼻塞多为增殖体肥大所致,单侧多见于异物或肿瘤;成人鼻塞多为鼻息肉、肥厚性鼻炎、鼻窦炎、常年变态反应性鼻炎、鼻中隔偏曲等;单侧者多为鼻肿瘤,若伴有鼻出血或血染鼻涕者,应警惕恶性肿瘤的可能。

2. 交替性鼻塞 急性鼻炎及慢性单纯性鼻炎多为交替性鼻塞。

3. 间歇性鼻塞 鼻塞时轻时重,多见于血管舒缩性鼻炎,伴有喷嚏,大量清涕,应考虑变态反应性鼻炎。

全身因素所致的鼻塞也不少见。如内分泌紊乱,全身血管功能失调,以及服用降压药等都可以引起鼻塞。

第二节 鼻 音

病理性鼻音(rhinolalia)可分为两种:

1. 闭合性鼻音 鼻塞时所发的声音不能进入鼻腔缺乏共鸣作用,而产生发音沉闷而不悦耳、缺乏 n、ng 音的现象。

2. 开放性鼻音 当患腭裂、软腭麻痹、咽腭闭合不全者,发音时软腭不能关闭咽腔而有漏气,不能产生鼻腔共鸣,以致口齿不清,如将“公共”读成“轰哄”,因而语言费解。

第三节 鼻 漏

鼻漏(rhinorrhea)又称鼻液溢,系指鼻内有分泌物(鼻涕)外溢。是鼻部疾病的常见症状

之一。通常可分为：

1. 水性鼻漏 分泌物稀薄、透明如清水样，多见于急性鼻炎早期、变应性鼻炎发作期。前者分泌物中含有脱落上皮细胞、黏蛋白、少数红细胞；后者则含有嗜酸性粒细胞和少量黏蛋白。脑脊液鼻漏亦呈水样，但流量很大，无黏性，含葡萄糖在30%以上。

2. 黏液性鼻漏 分泌物较黏稠、呈半透明状，含多量黏蛋白；常见于慢性鼻炎和寒冷季节。

3. 黏脓性鼻漏 见于急性鼻炎恢复期、慢性鼻炎及鼻窦炎、变应性鼻炎并发继发性感染。

4. 脓性鼻漏 分泌物为黄绿色、不透明，黏性差，并有臭味，由大量多型核白细胞死亡后释放氧化酶、过氧化酶和细菌等物质所构成。见于较严重的鼻窦炎、骨髓炎、鼻异物等。脓性分泌物呈干酪样者见于干酪性鼻炎和鼻窦炎。

5. 血性鼻漏 鼻分泌物中带有血液，呈红色或铁锈色，是少量出血的表现，见于鼻肿瘤、鼻外伤及异物、结石和炎症等情况。

6. 脑脊液鼻漏(cerebrospinal rhinorrhea)见于先天性筛板、蝶窦骨质缺损和颅前窝、颅中窝窝底骨折或手术外伤。鼻内镜手术损伤中鼻甲附着处的骨质(如筛顶)容易引起脑脊液鼻漏。

第四节 嗅觉障碍

一、嗅觉减退(hyposmia)或消失(anosmia)

可分为呼吸性和感觉性两种：

1. 呼吸性嗅觉减退或消失 又可分为阻塞性和非阻塞性两种。前者由于鼻塞，使携带嗅素的气流受阻，达不到嗅区所致；如鼻甲肥大、鼻孔闭锁、鼻息肉、鼻肿瘤等。后者是鼻腔虽无阻塞但呼吸气流方向改变，不经嗅区所致；如腭部缺损、鼻中隔穿孔、气管切开或全喉切除术后等。此类情况在体格检查时容易找到原因，若清除致病原因，多能恢复。

2. 感觉性嗅觉减退或消失 又可分为末梢性和中枢性两种。前者包括嗅黏膜嗅区神经末梢病变，如萎缩性鼻炎、中毒性嗅神经炎、有害气体损伤、老年性退变等。此类患者多有嗅觉同一反应，即用很强烈的气味可引起嗅觉，但患者不能分辨，认为是同一种气味。中枢性又称颅内型，多为颅底骨折、嗅沟脑膜瘤、基底脑膜炎、脑脓肿、脑血管疾患等所致。此类患者多无嗅觉同一反应。

二、嗅觉过敏(hyperosmia)

轻微气味即感到极为强烈，甚至引起头痛、呕吐，多为嗅神经炎，嗅神经退化的早期现象，或神经症的早期表现。

三、嗅觉倒错(parosmia)

甲嗅素被嗅为乙嗅素，香气被认为恶臭，无臭味被认为有臭味等，多属神经症或精神错乱。

第五节 鼻源性头痛

鼻科疾病常有头痛症状,但患头痛者不一定皆由鼻病引起。鼻源性头痛的特点:①一般都具有鼻病的症状,如鼻塞、鼻漏等;②多为深部钝痛或隐痛、无搏动性,白天较重,卧床休息时减轻;③头痛常有一定的部位和时间,如急性额窦炎晨起即额部头痛、逐渐加重,午后转轻;而急性上颌窦炎则晨起轻,午后眶下部疼痛加重;④在低头弯腰、引起鼻黏膜充血时则头痛加重;⑤鼻黏膜使用血管收缩剂和表面麻醉剂后,头痛可以减轻。

第六节 鼻 出 血

鼻出血(epistaxis)的病因可分局部和全身两种。

局部原因有:

1. 外伤 机械性外伤和手术等医源性损伤。
2. 肿瘤 各种良、恶性肿瘤均可引起鼻出血。
3. 鼻中隔穿孔。
4. 炎症 各种鼻炎和鼻腔特殊感染,如结核、白喉、梅毒等。

全身原因有:循环系统疾病、风湿热、血液疾病、急性传染病、尿毒症、维生素缺乏、内分泌失调、遗传性毛细血管扩张症等。

临床上有部分患者找不到鼻出血的确切病因,而鼻出血控制后不再出血,此类鼻出血称为特发性鼻出血。

鼻出血的程度因疾病不同而异。轻者仅涕中带血,重者可危及生命(如颈内动脉破裂形成的假性动脉瘤或颈内动脉-海绵窦瘘等)。

(李杰恩)

第二章 鼻 外 伤

第一节 鼻 骨 骨 折

外鼻突出于面部中央,鼻骨上端窄而厚,下端宽而薄,又缺乏支持,故受暴力作用易发生鼻骨骨折(fracture of nasal bone),临床上鼻骨骨折多数发生在鼻骨下 2/3 处,严重者常伴有鼻中隔骨折、软骨脱位、面部明显畸形等。临床可见单纯鼻骨骨折,或合并其他颌面骨和颅底骨的骨折,如鼻根内眦部受伤使鼻骨、筛骨、眶壁骨折,出现所谓“鼻额筛眶复合体骨折”。

一、临床表现

局部疼痛、肿胀、鼻出血、鼻及鼻骨周围畸形(鼻梁变宽、鞍鼻)等属常见的症状和体征。依照所受暴力的方向、强度等不同,可有不同的表现。当鼻黏膜、骨膜和鼻泪器黏膜撕裂伤时,空气经此创口进入眼睑或颊部皮下,发生皮下气肿。因外伤所致的鼻中隔偏曲、脱位等将导致鼻塞等症状。

二、诊断

结合病史、临床检查所见,多可做出诊断。鼻骨正侧位 X 线平片或 CT 有助判断鼻骨骨折的位置。

三、治疗

应尽早治疗,并预防感染,以免日后遗留面部畸形。

1. 骨折复位 鼻骨骨折应在外伤后的 2~3 小时内处理,此时组织尚未肿胀。鼻骨复位术宜在 10 天内进行,一般不宜超过 14 天,以免发生畸形愈合。对闭合性骨折的不同类型采取不同的方法。无错位性骨折无需复位;错位性骨折,可以鼻腔表面麻醉(必要时做筛前神经麻醉)后行鼻内或鼻外法复位,注意进入鼻腔用于鼻骨复位的器械不能超过两侧内眦的连线,以免损伤筛板(图 1-2-1)。对开放性鼻骨骨折,应采取一期完成清创缝合与鼻骨骨折的复位等。鼻中隔损伤出现偏曲、脱位等情况时,应做开放复位。对鼻骨粉碎性骨折,应视具体情况做缝合固定(如局部钻孔、贯穿缝合、金属板固定等)、石膏模板外固定(图 1-2-2)、鼻腔内填塞等。鼻额筛眶复合体骨折多合并其他严重的颅脑损伤,以开放复位为宜。使用多个金属板分别对鼻骨及其周围断离的骨进行缝合固定。

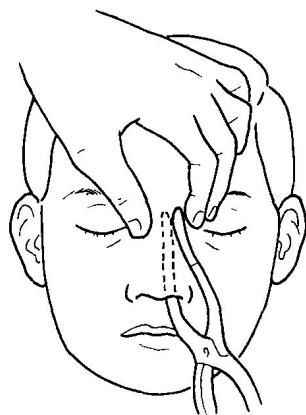


图 1-2-1 鼻骨骨折修复



图 1-2-2 鼻骨粉碎性骨折石膏模板外固定法

2. 对已形成鼻中隔血肿和脓肿的要尽早彻底清理。

(李杰恩)

第二节 鼻窦骨折

分为额窦骨折及筛窦骨折。

一、额窦骨折

1. 病理 额窦骨折(fracture of frontal sinus)常与鼻额筛眶复合体骨折同时存在,分为三种,即前壁骨折、后壁骨折及鼻额管骨折,每种又分为线型骨折、凹陷型骨折及粉碎型骨折三种。

2. 临床表现 额窦骨折多合并颅脑外伤,故临床表现有脑部症状及额窦局部症状两大类。局部症状包括鼻出血、额部肿胀或凹陷,眶上缘后移、眼球下移,如合并鼻额筛眶复合体骨折尚伴有泪器损伤和视力障碍。

3. 诊断 结合病史、症状和体征以及局部检查多可诊断,一般不做开放性骨折深部探查。鼻额位及侧位 X 线片及 CT 有助于确定骨折部位。

4. 治疗 因额窦骨折常合并颅脑外伤,故常需急诊处理。

前后壁线型骨折处理原则是收敛鼻黏膜,保持鼻额管通畅,同时做清创缝合,前后壁粉碎型或凹陷型骨折需做眶上缘切口将前壁骨折复位,后壁骨折常需去除,同时处理相关的脑外科病变。(如硬膜外血肿),额鼻管损伤因可渐产生额窦黏液囊肿,故处理原则是:重建鼻额管通畅,如额窦底放置 T 形扩张管至鼻腔,尽可能保留额窦腔黏膜,避免窦口闭合。

二、筛窦骨折

筛窦结构复杂,因骨质菲薄又毗邻前颅底及视神经管,故筛窦骨折(fracture of ethmoidal sinus)易伴发脑脊液鼻漏及视神经损伤。如累及筛前动脉,则伴有鼻出血或眶后血肿。

1. 临床表现 筛窦骨折多合并颅骨损伤,临床表现复杂,应重视脑脊液鼻漏、视力严重减退。