

○ 重庆市沙坪坝区科学技术委员会科普资助项目

我的 耳鼻咽喉 怎么了??

WO DE
ER BI YAN HOU
ZENME LE

杨玉成 主编



西南师范大学出版社
国家一级出版社 全国百佳图书出版单位



我的 耳鼻咽喉

WO DE
ER BI YAN HOU
ZENME LE 怎么了?

杨玉成 主编

 西南师范大学出版社
国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

COL 中文在线

图书在版编目(CIP)数据

我的耳鼻咽喉怎么了? / 杨玉成主编. — 重庆:
西南师范大学出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5621-9416-3

I. ①我… II. ①杨… III. ①耳鼻咽喉病-防治
IV. ①R76

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第130971号

我的耳鼻咽喉怎么了?

杨玉成 主编

责任编辑: 翟腾飞

装帧设计: 闰江文化

排 版: 重庆大雅数码印刷有限公司·王兴

出版发行: 西南师范大学出版社

网 址: www.xscbs.com

地 址: 重庆市北碚区天生路2号

邮 编: 400715

电 话: 023-68868624

经 销: 全国新华书店

印 刷: 重庆市正前方彩色印刷有限公司

幅面尺寸: 158mm×228mm

印 张: 14

字 数: 182千字

版 次: 2018年9月 第1版

印 次: 2018年9月 第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-5621-9416-3

定 价: 36.00元

主编简介

杨玉成，男，医学博士，主任医师，教授，硕士研究生导师，重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科副主任，重庆市中青年医学高端后备人才。

现任中华医学会变态反应学分会鼻眼过敏性疾病学组(筹)委员，中国医促会过敏科学分会委员，中国中西医结合学会耳鼻咽喉科专委会鼻炎鼻窦炎专家委员会委员，重庆市医学会耳鼻咽喉科专业委员会委员，重庆市医师协会耳鼻咽喉科医师分会委员，中国医促会华佗工程耳鼻咽喉重庆协作组副组长，重庆市中青年医学高端后备人才耳鼻咽喉科鼻内镜工作室负责人。多家杂志编委及审稿人。

2011—2012年在比利时根特(Ghent)大学进行博士后研究；2014年在德国格赖夫斯瓦尔德(Greifswald)大学作为高级访问学者研修1年。主持或参与国家“十五”科技攻关项目、国家自然科学基金及省部级、厅局级科研课题10余项；发表中、英文学术论文40余篇；参编专著及教材3部；获重庆市科技进步奖2项，重庆市卫生局科技进步奖1项。

从事耳鼻咽喉临床、教学、科研、健康宣教20年，诊治各种耳鼻咽喉头颈部常见病、多发病、疑难病，擅长鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉、鼻腔鼻窦肿瘤、鼻-颅底疾病、鼻眼相关疾病、外鼻畸形等疾病诊治及各种鼻内镜手术、鼻整体成形术等。

编委会

顾 问：洪苏玲

审 稿：胡国华

主 编：杨玉成

副主编：黄江菊

参 编：余 林 朱 江 钟时勋 康厚墉 曾 泉
柯 霞 李 穗 刘 杰 左汶奇 沈 暘
钱 怡 王晓强 傅 然 江黎珠 雷 艳
杨 一 王 玲 胥正艳 马国庭 吴显文
杨嘉仪

编写秘书：刘 杰 柯 霞

绘 图：杨 博 赵然师 李汴川

目 录

C O N T E N T S



一、耳鼻咽喉的结构

- (一) 你了解鼻子的相关结构吗 /003
- (二) 你了解耳朵的相关结构吗 /007
- (三) 你了解咽喉的相关结构吗 /010
- (四) 你了解气管和食管的相关结构吗 /014



二、耳鼻咽喉的功能

- (一) 耳鼻的主要功能有哪些 /019
- (二) 咽喉的主要功能有哪些 /025



三、耳鼻咽喉常见症状及原因

- (一) 鼻子的常见症状有哪些 /033
- (二) 耳朵的常见症状有哪些 /042
- (三) 咽喉及颈部的常见症状有哪些 /075



四、耳鼻喉常见疾病及防治

- (一) 你了解过敏性鼻炎吗 /091
- (二) 你了解药物性鼻炎吗 /100
- (三) 你了解鼻中隔偏曲吗 /103
- (四) 你了解鼻 - 鼻窦炎吗 /107
- (五) 你了解鼻咽癌吗 /120
- (六) 你了解喉癌吗 /124
- (七) 你了解声带息肉吗 /137
- (八) 你了解慢性扁桃体炎吗 /142
- (九) 你了解慢性咽喉炎吗 /150
- (十) 你了解中耳炎吗 /158
- (十一) 你了解突发性耳聋吗 /165
- (十二) 你了解胃食管反流病吗 /168
- (十三) 你了解耳鼻咽喉异物吗 /171



五、耳鼻喉保健

- (一) 耳朵如何保健 /177
- (二) 鼻子如何保健 /197
- (三) 咽喉及颈部如何保健 /207

参考文献 /212

序 言

P R E F A C E

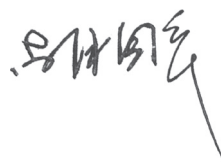
耳鼻咽喉学是一门涉及感觉器官和感觉功能最多的学科。耳鼻咽喉的一些症状或不适，如声音嘶哑、耳鸣、鼻阻塞等，会严重困扰人们的日常生活。随着人们对生活质量的要求越来越高，人们对耳鼻咽喉相关症状、不适或疾病也越来越重视。

本书主编杨玉成教授从事耳鼻咽喉科临床、教学、科研工作 20 余年，繁忙的工作之余，热心于科普知识宣传，先后在电视、网络上多次开展健康知识讲座。他组织本科室专业医务人员，结合临床工作实践和人们的知识需求，历时近 2 年，精心编写，终成此书，与读者见面。

《我的耳鼻咽喉怎么了？》从书名来看就非常通俗化，内容以自问自答、图文并茂的形式，对耳鼻咽喉知识进行科普宣教。《我的耳鼻咽喉怎么了？》作为医学知识科普读物，不仅抓住了人们日常生活中最关心的问题，还用最浅显易懂的方式来解释各种医学知识和现象。一方面普及了有关耳鼻咽喉的一些常识性知识，如耳鼻咽喉的结构、功能；另一方面，还针对一些耳鼻咽喉知识误区和盲区进行科普宣教，如“耳鸣是因为肾虚吗”“打鼾代表‘睡得香’吗”等进行了解释。

《我的耳鼻喉怎么了?》由三级甲等教学医院重庆医科大学附属第一医院的医生编写,编者均具有耳鼻喉专业医学知识及临床诊治经验,保证了内容的科学性、实用性。通过阅读此书,有助于增加人们耳鼻喉头颈外科方面的知识,有助于提升人们的自我保健能力,有助于增强医患沟通、医患协作,共同保障人们的健康。

在2018年8月19日中国首届医师节到来之际,本书作为首届中国医师节特别献礼,特推荐给广大人民群众和广大医务工作者。



主任医师、教授、博士研究生导师
重庆医科大学附属第一医院耳鼻喉科主任
中国医师协会耳鼻喉科医师分会副会长
重庆市医师协会耳鼻喉科医师分会会长
重庆市医学会耳鼻喉科专业委员会主任委员
2018年6月

前言

FORWORD

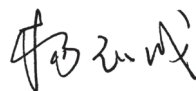
随着经济社会的发展和“健康中国”战略的实施，健康越来越受到人们的重视。人们以往只关心影响生命的疾病，到现在开始关心影响生活质量的疾病。然而，面对网络、电视上纷繁复杂的医学健康信息，人们眼花缭乱，难辨真假，迫切需要科学、实用的健康科普读物正本清源。

耳鼻咽喉涉及听力、嗅觉、言语、吞咽等多种生理功能，与人们的生活质量密切相关。为了科学普及耳鼻咽喉相关知识，提升广大人民群众的自我保健能力和知识水平，我们编写了《我的耳鼻咽喉怎么了？》这本书。本书围绕人们日常生活中遇到的常见问题，以自问自答、图文并茂的形式，详细并通俗易懂地讲解有关耳鼻咽喉的健康知识，包括耳鼻咽喉的结构、耳鼻咽喉的功能、耳鼻咽喉常见症状及原因、耳鼻咽喉常见疾病及防治、耳鼻咽喉保健。

本书的编者均为耳鼻咽喉科的临床医生，大部分具有博士学位及中高级职称，具有丰富的临床诊治经验。本书内容突出了科学性及实用性，既可供广大人民群众了解耳鼻咽喉医学知识，也可供医学院校学生、广大医务工作者工作参考。

由于编者均为临床医生，平时临床工作繁忙，多利用下班休息时间编写，时间仓促、编写能力有限，错漏之处在所难免，恳请各位读者批评指正。

本书获得重庆市沙坪坝区科学技术委员会的资助，在西南师范大学出版社的大力支持下完成。感谢重庆医科大学有关领导的支持，感谢重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科各位同仁的大力支持，感谢研究生杨博、赵然师的医学绘图，感谢我的研究生团队的支持，感谢育才中学杨嘉仪通读指正，感谢家人的默默支持！正是大家的努力，本书才得以最终付梓，在此十分感谢大家！



于山城重庆

2018年6月



耳鼻咽喉的结构



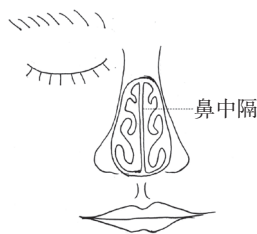
(一)

你了解鼻子的相关结构吗



1. 鼻子的结构是怎样的？

鼻子位于面部中央，如一顶漂亮的三棱形房子，两个鼻孔就是两扇大门。表面看这个房子小巧，里面的空间大着呢，是个豪华的套房。房子共有两个走廊并排而列，中间由一堵墙分隔，直至末端相通。这两个走廊即我们平日所说的鼻道，中间的墙在医学上叫鼻中隔。走廊的外侧壁上均可见3个凸出的部分，犹如镶嵌的3个石雕，从上至下排列，在医学上分别称为上鼻甲、中鼻甲、下鼻甲，每个鼻甲下面各有一个凹槽通道，分别称为上鼻道、中鼻道、下鼻道。在鼻腔周围的骨头里，还有4组豪华房间，医学上称它们为鼻窦，它们均有开口（即窦口）通向鼻腔，鼻窦房间中产生的垃圾可经相应通道排出，空气也可进出鼻窦。





2. 什么是鼻中隔？

鼻子的外形似一个三角锥，外鼻如同一幢房子的屋顶一样，两个鼻孔好似大门，从这里进去就是鼻腔。鼻腔中间的隔板就是鼻中隔，将鼻腔一分为二，成为两个相似的左右鼻腔。除非外伤或者炎症等引起鼻中隔穿孔，否则两个鼻腔是互不相通的。鼻中隔虽然位居两个鼻腔之间，但由于生长发育或外伤的缘故，绝大多数中隔都不太平直，总有一点向一侧或者两侧弯曲，如果过分偏曲，可以引起一侧鼻腔阻塞，严重时会引起头晕、头痛、鼻腔出血，这在医学上称为鼻中隔偏曲，严重的偏曲常常需要手术治疗。

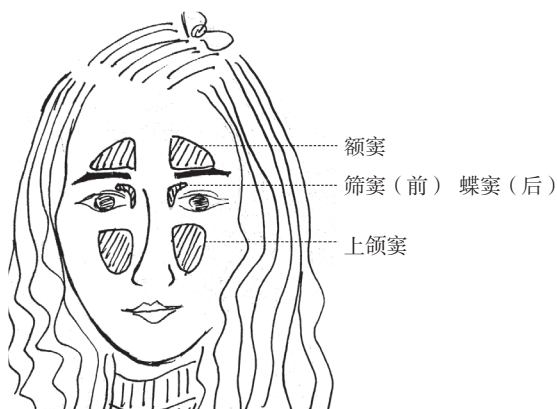


3. 什么是鼻窦？

鼻窦是鼻子一个非常重要的组成部分，因隐藏在头颅骨质内部，无法被直接观察和触摸到，故而大家对它不够了解。实质上，鼻窦是鼻腔周围多个含气的骨质腔，过去也被称为鼻旁窦、副鼻窦，共有4对，依其所处的颅骨命名，分别为额窦、上颌窦、筛窦和蝶窦。

上颌窦是鼻窦中体积最大的，位于鼻腔两旁、眼眶下面的上颌骨骨头内。当上颌窦存在炎症等病变时，按压鼻子旁眼眶下的颅骨时会感到压痛。额窦在额骨内，就是我们所说的额头，组成额头的这块骨头左右侧各有一个空腔，即为额窦。筛窦位于鼻腔上部的两侧，即双眼之间、鼻根部内，由许多小的骨性腔隙组成。蝶窦的位置最深，位于蝶骨内，位于整个颅骨的正中间。

四组鼻窦均以小的开口，即窦口，与鼻腔相通，鼻腔和鼻窦内部具有相同的黏膜组织。当我们呼吸时，气流不仅仅只通过鼻腔，还会通过鼻窦，鼻窦和鼻腔黏膜有



鼻窦

湿润和温暖所吸入空气的作用。当出现感染、过敏等情况时，除了鼻腔黏膜会发生炎症，鼻窦黏膜也会发生炎症，即出现我们所说的鼻炎、鼻窦炎，并分泌一些分泌物——我们所说的鼻涕。鼻腔黏膜肿胀使鼻腔通气道变窄，我们会感觉到鼻子不通气，即鼻塞。当鼻窦内部分泌物不断增多甚至堵满整个鼻窦而且无法流出到鼻腔时，我们会感到头部闷胀或闷痛。

4. 外鼻是如何构成的？

鼻由三部分构成：外鼻、鼻腔、鼻窦。外鼻是指我们可以从外观上看到的、呈三角形的部分，主要由皮肤、软骨和骨构成。皮肤自然是我们能看到的最表面那层，皮肤下面有一层皮下组织，再下面就是鼻骨和鼻软骨。从鼻外观上看，由上到下依次是鼻根（两眼中间部分）、鼻梁、鼻尖。鼻梁两边的叫鼻背；鼻尖两边的叫鼻翼，也就是呈半圆形拱起的那部分；鼻尖和人中之间的那个小

柱一样的部分叫鼻小柱。鼻根和鼻梁由鼻骨组成，而鼻尖、鼻翼、鼻小柱由软骨组成。

鼻子位于面部中央，是面部最高点，面部受到撞击时常常最先着力。鼻软骨有弹性，不易发生骨折；而鼻骨的骨密度和硬度都比其他部位偏低，因而容易发生骨折，所以鼻外伤多发生鼻骨骨折，引起鼻梁凹陷畸形或左右歪斜。





(二)

你了解耳朵的相关结构吗

1. 耳朵由哪几部分组成？

我们平常见到的头颅两侧的扇子样结构仅仅是耳朵的一部分，医学上称为耳郭。其实耳朵由三部分组成：外耳、中耳和内耳。外耳即我们肉眼可见部分，包括耳郭及外耳道。耳郭略凹的形状是为了更好地收集声波，通过外耳道传递进中耳。中耳包括鼓室、乳突、咽鼓管，好比声音的加工厂，鼓膜即为这个工厂的门。厂内容纳有加工器械，即鼓室内的三块听小骨，分别为锤骨、砧骨、镫骨。它们的有序连接，将声音以振动的形式传到内耳。内耳的形态类似于蜗牛，因结构复杂称为“迷路”，包括前庭、半规管、耳蜗。这个蜗牛的骨性外壳内还有膜包裹，内有液体，称为淋巴液。外耳收集声音传至中耳，中耳将声音放大后以振动的形式传到内耳，带动内耳迷路淋巴液的振动，最后转换成电信号，由听神经传至大脑听觉中枢，产生听觉。可见人的耳朵是一部非常精密复

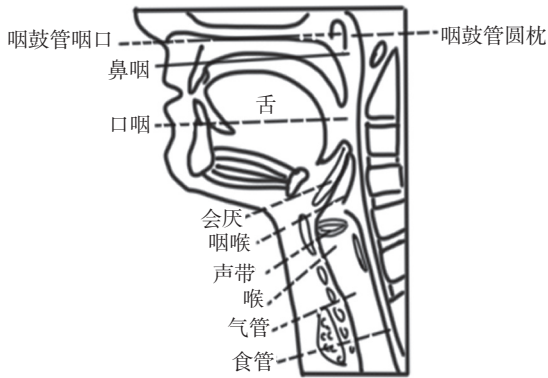
杂的仪器,任何一个环节产生故障都可能影响听力。当听力异常时,我们要检查评估外耳、中耳、内耳、听觉中枢有无异常。

2. 咽鼓管在哪儿？

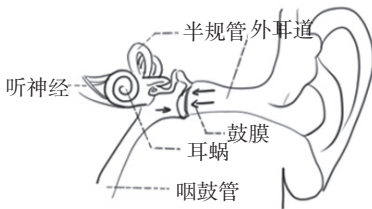
咽鼓管是中耳结构的一部分,是中耳腔与鼻咽部的通道,主要功能是平衡中耳腔内的压力。咽鼓管呈弓状弯曲,整个管道长35 ~ 39 mm,由软

骨部与骨部两部分组成。它的外1/3为骨部,内2/3为软骨部。骨部是管外侧较短的部分,其鼓室端开口于鼓室的前壁;软骨部经咽鼓管咽口,开

口于鼻咽部的侧壁。软骨部平时闭合,仅在吞咽或打哈欠时开放,以平衡中耳和外耳的气压,有利于鼓膜的正常振动。



喉的侧面图



压力不平衡



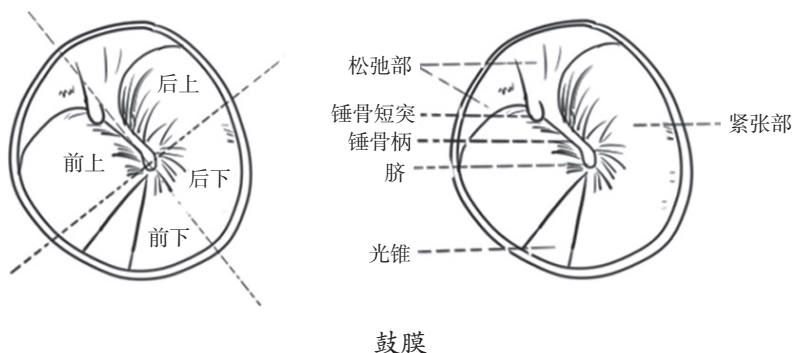
压力平衡

耳朵压力

各种原因引起的咽鼓管功能障碍，可影响中耳腔的功能，如鼻腔、鼻窦或咽部感染容易沿咽鼓管侵入鼓室，引起中耳炎。因此有中耳病变的患者，一定要检查鼻腔、鼻咽部有无异常。

3. 什么是鼓膜?

鼓膜也称耳膜，为一弹性灰白色半透明薄膜，位于外耳道与鼓室之间。鼓膜距外耳道口 2.5 ~ 3.5 cm，呈椭圆形，其外形如漏斗，斜置于外耳道内，与外耳道底呈 $45^\circ \sim 50^\circ$ 角，因此外耳道的后上壁较前下壁短。鼓膜主要功能是接收经外耳道传来的声波振动，同时可以防止外耳道的液体或空气进入鼓室腔。由于鼓膜为半透明膜状结构，因此中耳鼓室某些病变可以透过鼓膜反映出来，如鼓室积液时，可以透过鼓膜看到液平线，鼓室负压可吸附鼓膜引起鼓膜内陷，中耳化脓还可引起鼓膜穿孔。





(三)

你了解咽喉的相关结构吗



1. 咽的结构是怎样的？

咽是一个上宽下窄、前后扁平略呈漏斗形的肌性管道，是呼吸道和消化道上段的共同通道，具有呼吸通气功能和吞咽功能，同时也是一个重要的发音共振器，对发音起辅助共鸣作用。咽上附颅底，下连食管，有前壁、后壁及侧壁，其前壁不完整，向前分别与鼻腔、口腔及喉腔相通。以软腭平面、会厌上缘为界，咽腔从上到下依次分为鼻咽、口咽和喉咽三个部分，鼻咽与鼻腔相通；口咽通向口腔；喉咽又称下咽，向前通向喉腔，向下通向食管。空气经鼻通过鼻咽、口咽、喉咽进入喉腔气管，而食物经口通过口咽、喉咽进入食管。

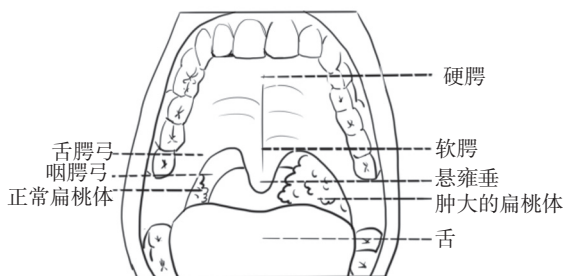


2. 什么是扁桃体？

扁桃体是由淋巴组织构成的淋巴上皮器官，是人体末梢免疫器官，可产生淋巴细胞和抗体，对从血液、淋巴或其他组织侵入

机体的有害物质具有积极的免疫防御功能。

我们通常说的扁桃体是指口咽部可见的腭扁桃体。实际上，咽部扁桃体除了腭扁桃体，还有鼻咽部的咽扁

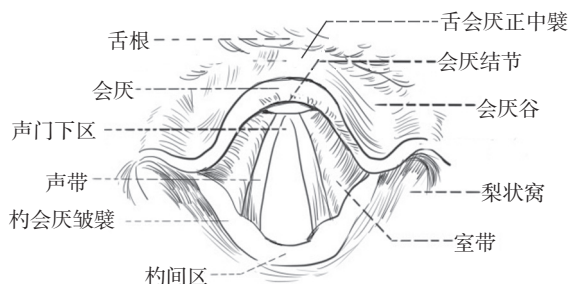


桃体（又称腺样体或增殖体）、咽鼓管扁桃体、舌扁桃体等。扁桃体若过度增生，体积增大可造成阻塞，影响呼吸通气 and 吞咽，如咽扁桃体肥大可引起鼻子堵塞、打呼噜，还可影响咽鼓管通气引流，引起中耳炎及听力下降。

腭扁桃体内侧面由上皮被覆，这些上皮陷入扁桃体实质内形成一些囊管状结构，肉眼可见其表面不光滑，有很多凹陷，称为扁桃体隐窝，细菌易在此存留繁殖，成为感染病灶，可引起扁桃体反复发炎，甚至引起全身性疾病，如风湿性关节炎、风湿热、心脏病、肾炎等。

3. 什么是会厌?

会厌是喉腔上端的一个薄片状结构，位于舌根后方，呈帽舌状，内由软骨作基础，外被以黏



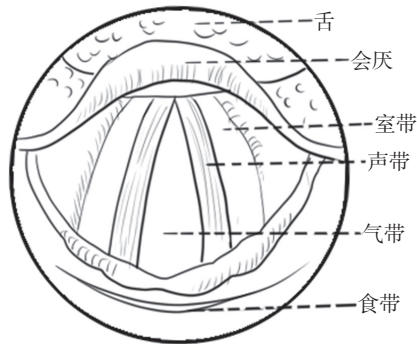
膜。会厌在喉腔和喉咽之间，是个重要的分流盖子，在呼吸、讲话、吞咽过程中发挥重要作用：吞咽时它自动盖住喉入口避免食物掉入喉腔气管引起呛咳；呼吸讲话时它自动打开喉腔，遮盖喉咽，利于通气。如果会厌发生炎症肿胀，可妨碍吞咽和呼吸，重者可引起窒息，危及生命。

4. 喉腔的结构是怎样的？

喉腔是由喉软骨围成的一个通气发音腔，上与喉咽和口咽相通，下通气管，与肺相连。成年男性颈前突起的“喉结”里面就是喉腔。因为喉软骨表面有韧带、喉肌牵拉，喉体可随吞咽上下活动。喉腔里面重要的结构是声带，气流冲击声带引起振动可产生声音；声带关闭可帮助屏气用力。若声带活动障碍或声带上长了息肉、肿瘤就会引起声音嘶哑，甚至呼吸困难。

5. 什么是声带？

声带是发声器官的主要组成部分，位于喉腔中部，是声带肌、声带韧带和黏膜3部分组成的琴弦状条状结构，左右对称。两侧声带通过内收、外展、振动等随着人的发音、呼吸而运动，发音时声带闭合，呼吸时声门



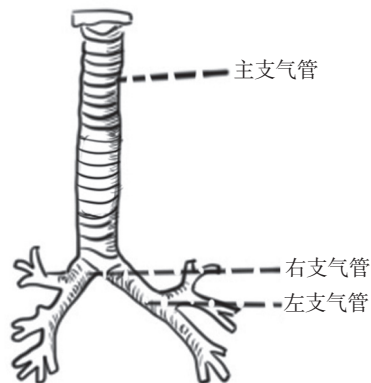
张开。支配声带活动的神经发生故障可引起声带不动而麻痹；过度用嗓发音或慢性喉炎可造成声带水肿增厚，甚至形成声带息肉；长期抽烟容易引起声带发生癌变。这些都可影响发音，表现为声音嘶哑。

(四)

你了解气管和食管的相关结构吗

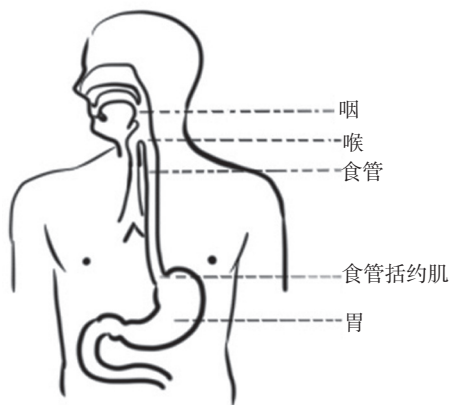
1. 什么是气管？

气管是由软骨、肌肉、结缔组织和黏膜构成的通气管状结构，具有一定的伸缩性，仰头时可拉长，低头时可缩短。气管上接喉腔，下通支气管、肺，气管背面是吞咽用的食管。气管管腔衬以黏膜，表面覆盖纤毛上皮，黏膜分泌的黏液可黏附吸入空气中的灰尘颗粒，纤毛不断向咽部摆动将黏液和灰尘排出，以净化吸入的气体，排出的黏液即为我们所熟悉的“痰液”。如果喉腔阻塞引起呼吸困难，可行气管切开术，通过气管直接与外界通气，缓解窒息，抢救生命。



2. 什么是食管?

食管是连接下咽（又称喉咽）和胃之间的肌性管道，是消化道的重要组成部分，是食物通过颈部、胸腔顺利达到胃部的管道。食管主要由平滑肌组成，食团经口到达下咽后，再通过食管的蠕动，顺利送入胃内。胃内的空气可经



食管向外排出，即为打嗝；胃酸也可反流至食管甚至咽部，即为反酸。食物，如骨头、果核可嵌顿到食管引起食管异物，造成吞咽困难。

3. 气管、食管与会厌有何关系，为什么不能一边吞咽一边讲话?

古人曰：“食莫语。”意思是说：吃饭时不要说话。人的咽喉是食物和空气的共同通道，气管与食管上方，均与咽部有接属关系，气体和食物各行其道，有条不紊，要归功于会厌软骨。会厌软骨犹如铁路上的自动开关道岔。人们吞咽食物时，随着吞咽动作会厌软骨向后倾斜，盖住气管使食物顺利进入食管。吞咽动作完成后会厌软骨又恢复直立状态，盖住食管口以便进行呼吸。倘若吃饭时谈笑风生就会使会厌软骨“工作失调”，因不能完全

盖住气管导致食物通过缝隙进入，从而产生“呛咳”。临床上，在鼻饲插胃管或行胃镜检查时，常需患者配合做咽下动作，以防误入气管，引起呛憋，危及生命。日常生活中，饮食时忌大喊大笑，也是防止饮食误入气管造成窒息。

二

耳鼻咽喉的功能



(一)

耳鼻的主要功能有哪些

1. 嗅觉源自鼻腔，嗅觉具体是如何产生的呢？

嗅觉是人正常的生理功能，对人们的生活有着重要作用，可以影响心情、心理，同时也有重要的警示作用。例如：春暖花开之时，微风吹过闻到阵阵花香；下班回家后闻到香喷喷的饭菜；处于污染环境中会因闻及臭味而想要离开；闻及刺激性气味可以发觉环境中的有害气体存在；等等。

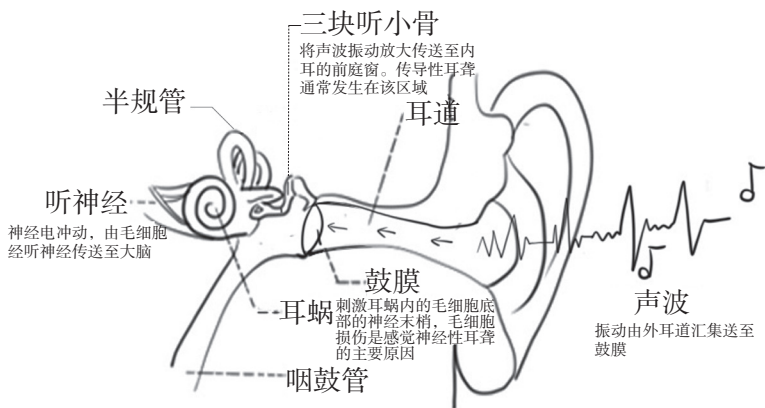


众所周知嗅觉与鼻密切相关，然而嗅觉到底是如何产生的呢？嗅觉主要由一类特殊的细胞感应，即嗅觉细胞。由于此类细胞主要分布于鼻腔内特定的部位，因此嗅觉是由鼻腔感应的。在日常生活中，嗅觉的产生源于空气中一组不同种类的分子刺激鼻黏膜

上的嗅觉感受器后所产生的反应，这些分子通过与鼻腔黏膜上的嗅觉受体结合进而启动嗅觉反应。

2. 耳朵的功能有哪些？

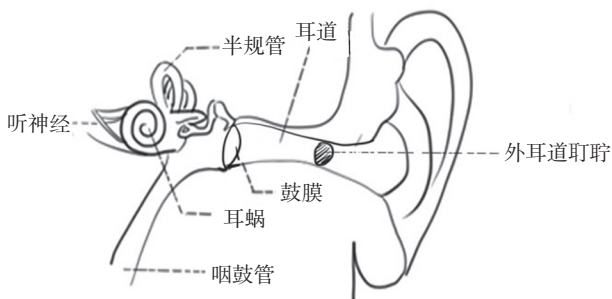
人耳的功能除了产生听觉，还控制着人的平衡。听觉的产生：外耳收集声波，传至鼓膜并引起鼓膜振动，鼓膜再振动三块听小骨，将声波传到内耳，通过内耳耳蜗将机械能转化成神经冲动，神经冲动沿听神经传到大脑听觉中枢产生听觉。此外，耳朵的平衡功能也非常重要：内耳中的前庭和半规管内有位置感受器，当人运动时，随着人体位、加速度的改变，内耳中的淋巴液也产生改变，可刺激位置感受器产生神经冲动并通过前庭神经传至大脑中枢，再由大脑中枢发出信号，协调机体的肢体关节运动，帮助机体保持平衡。若位置感受器受到异常刺激，则会引起机体平衡故障，可表现为眩晕、走路不稳，同时可伴心慌、恶心、呕吐等。所以，如果出现眩晕，也需要到耳鼻咽喉科就诊。



听觉的产生示意图

3. 耵聍有什么作用？

耵聍俗称耳屎，是由外耳道软骨部皮肤的耵聍腺产生的黏稠分泌物与外耳道脱落上皮以及皮脂腺分泌的皮脂混合形成的蜡状物。耵聍不仅具有保护外耳道皮肤和黏附外物的作用，还可保护鼓膜，避免猛烈声波直冲耳道损坏鼓膜。此外，耵聍味苦，油质，可驱逐飞入耳内的小虫，阻挡飞入的灰尘，抑制外耳道内的真菌和细菌等。平时借助咀嚼、张口等运动，耵聍多自行排出，故不需要强行挖出或掏出耵聍。



4. 听觉源自耳朵，听觉具体是如何产生的呢？

听觉是仅次于视觉的重要感觉通道，它在人的生活中起着重要的作用。声波如何产生听觉？除了空气传导之外，还有没有其他方式引起听觉的产生？这些一直是人们感兴趣的问题。

简单来说，外界声波通过介质传到外耳道，再传到鼓膜。鼓膜振动，并通过听小骨放大之后传到内耳，刺激耳蜗内的毛细胞（也称听觉感受器）产生神经冲动。神经冲动沿着听神经传到大脑皮层的听觉中枢，形成听觉。

听觉的产生和耳的结构密切相关，想要详细地了解听觉的产生就必须熟悉耳的解剖结构。外界声源首先通过空气等介质传播到耳朵附近，耳郭将声波收集，通过外耳道的传导，从而引起鼓膜的振动。鼓膜振动又通过与之相邻的听小骨（包括锤骨、砧骨和镫骨）而传达到前庭窗（卵圆窗），使前庭窗膜内移，引起前庭阶中外淋巴振动，从而蜗管中的内淋巴、基底膜、螺旋器等也发生相反的振动。封闭的蜗窗膜也随着振动而振动，其方向与前庭膜方向相反，起着缓冲压力的作用。基底膜的振动使螺旋器与盖膜相连的毛细胞发生弯曲变形，产生与声波相应频率的电位变化（称为微音器效应），进而引起听神经产生冲动，经听觉传导道传到神经中枢引起听觉。

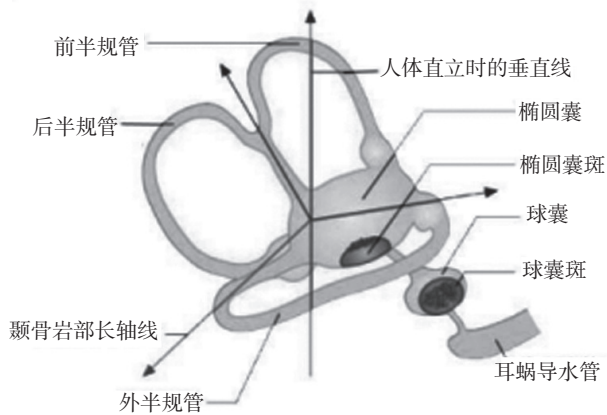
此外，声音通过头骨、颌骨的振动，引起颞骨骨质中的耳蜗内淋巴发生振动，也能传到听觉神经，引起听觉。这种声音传导方式叫作骨传导。对于声音的空气传导，我们或多或少还都有些感性认识，但是对骨传导，则有些不知所云了。我们可以举个简单的例子：用双手捂住耳朵，自言自语，无论多么小的声音，我们都能听见自己说什么，这就是骨传导作用的结果。

在一般情况下，听觉的适宜刺激是频率为 16 ~ 20000 Hz 的声波，也叫可听声。不过，不同年龄的人，其听觉范围也不相同。例如：小孩子能听到高达 30000 ~ 40000 Hz 的声波，50 岁以上的人只能听到 13000 Hz 以内的声波。一般人对 16 Hz 以下和 20000 Hz 以上的声波是难以听到的。当声强超过 140 dB 时，声波引起的不再是听觉，而是压痛觉。



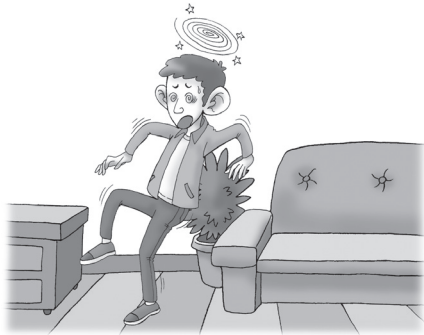
5. 晕车是什么原因造成的？

为什么有些人会晕车？我们先了解一下位于耳部的人体平衡感受器官，它包括：三对半规管、前庭的椭圆囊和球囊。半规管内有壶腹嵴，椭圆囊、球囊内有囊斑（又称耳石器），它们都是前庭末梢感受器，可感受各种特定运动状态的刺激。半规管感受角加（减）速度运动刺激，而椭圆囊、球囊的囊斑感受水平或垂直的直线加（减）速度变化。当我们乘坐的交通工具发生旋转或转弯时（如汽车转弯、飞机做圆周运动），角加速度作用于两侧内耳相应的半规管，当一侧半规管壶腹内毛细胞受刺激弯曲形变产生正电位时，对侧毛细胞则弯曲形变产生相反的电位（负电），这些神经末梢的兴奋或抑制性电信号通过神经传向前庭中枢并感知此运动状态；同样当乘坐交通工具发生直线加（减）速度变化，如汽车启动、加减速、刹车，船舶晃动、颠簸，电梯和飞机升降时，这些刺激使前庭椭圆囊和球囊的囊斑毛细胞产生形变放电，向中枢传递并感知。这些前庭电信号的产生、传递在一定限度和时间内人们不会产生不良反应，但每个人对这些刺激的强度和时间的耐受性有一个限度，这个限度就是致晕阈值，如果刺激超过了这个限度就要出现运动病症状，表现为头晕、头痛、呕吐等症状。每个人耐受性差别又很大，这除了与遗传因素有关外，还受视觉、个体体质、精神状态以及客观环境（如空气异味）等因素影响，所以在相同的客观条件下，只有部分人出现运动病症状。容易晕车的人群致晕阈值较小，也可以理解为前庭容易兴奋。



6. 眩晕与耳朵有关系吗？

眩晕是一种主观上的异常感觉，感觉自身与周围物体的位置关系不平衡，发作时的典型表现是感觉到天旋地转，可伴有耳鸣、听力下降等耳部症状，也可出现恶心、呕吐、冒冷汗等神经失



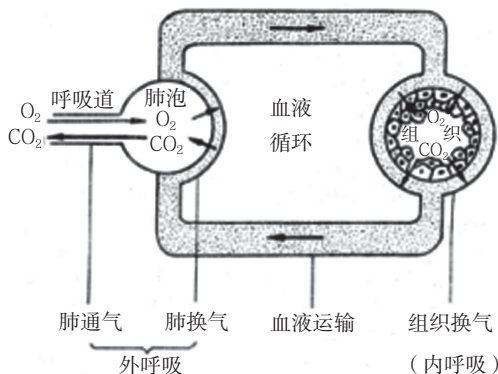
调症状。大多数人误认为眩晕主要由颅内病变引起，这是一种错误的观念。其实 70% 的眩晕是由耳部疾病引起的，这种耳源性眩晕医学上又称为周围性眩晕或前庭性眩晕。

(二)

咽喉的主要功能有哪些

1. 呼吸是怎样的一个过程?

一个活着的生命，无论人、动物还是植物都必须不断从外界环境中摄取新陈代谢所需要的氧气（ O_2 ），排出新陈代谢所产生的二氧化碳（ CO_2 ）。这种机体与外界环境之间的气



体交换过程，称为呼吸。呼吸是维持机体新陈代谢和细胞功能活动正常进行所必需的基本生理过程之一，一旦呼吸停止，意味着生命也将结束。呼吸是怎样的一个过程呢？在人体，呼吸由三个相互衔接并且同时进行的环节组成，包括肺通气、肺换气、血液

与组织之间的气体交换。呼吸过程有赖于呼吸系统和血液循环系统共同完成，协调配合。在肺泡完成动静脉血的气体交换，满足机体细胞对氧气的需要。

2. 吞咽是怎样的一个过程？

咽是生命的供气管，但是人活着并不只需要空气，还需要营养、矿物质、水分等。任何食物都需要经过口、咽及食道，最后才抵达胃部。吞咽是一个复杂的过程，要完成这一个过程，不是某一个器官独立完成的，需要在大脑的统一指挥下，借助于咽部的肌肉及邻近器官、组织的帮助，密切配合共同完成。食物经口咽被送进食道，在这运输繁忙的十字路口，却只用了不到1秒的时间，令人难以置信。

当食物通过口腔进入咽部时，咽受食物刺激立即引起反射，



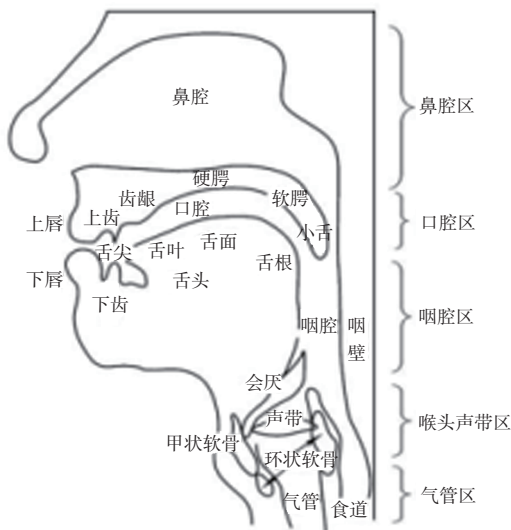
使软腭向上举起，口咽部与鼻咽部之间的通道关闭，以至于食物不会反流进入鼻腔；然后再立即关闭喉的入口。因食管位于气管后部，所以食物必须经过喉的入口上方才能进入食道。正因为食物与空气在这个地方分道扬镳，所以这里才像一个十字路口。在这个过程中，喉入口关闭是比较复杂的，当食物进入喉咽部时，

引起反射性的喉头上举，这个上举动作是由许多肌肉参与的。然后关闭声门，暂停呼吸，在喉腔上方有一个像树叶一样的软骨片，称为会厌，像一个自动化的瓶盖，在声门关闭时，立即将喉的入口盖好，这时候，食物顺利地上面经过，进入食道，并且不会掉入气管，此刻，呼吸会有短暂的中断，如果在此时忽然将“瓶盖”打开（会厌抬起），食物掉入喉腔或者气管中（如进食时说话、打闹均易发生），就会引起剧烈咳嗽。这是机体的一种保护性反应，通过咳嗽将异物咳出，否则会造成喉内或气管异物，严重者引起呼吸困难。食物进入喉咽部后，两侧梨状窝立即开放、扩大，将食物送入食道中。

3. 我是如何讲话的？

我们讲话通常需要几个步骤、几个器官来参与。首先，需要肺部吸进足够量气体。在吐气的过程中，气流冲击发音器官，也就是声带，声带会随着气流有规律地振动，声学部分还源于下颌、唇、舌、软腭等结构的的活动；声音经过喉腔、咽腔、鼻腔、胸腔等共鸣，最终从我们的嘴发出来形成言语。这是一个复杂的过程，需要言语器官的严密配合、协调一致，任何一个环节出问题言语即难以形成。



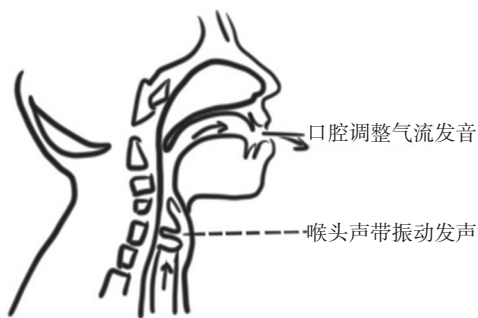


发音器官纵侧面示意图



4. “未见其人，先闻其音”，声音是如何产生的？

相信大家都知道中国古典乐器：笛子。武侠剧里那些仙气飘飘的古典美女，指尖婉转，吐气成曲，迷倒了万千少男。那么接下来，我便以竹笛为例为大家推及讲解，人是怎样发声的。



喉头发声

首先，声音是怎样发出来的呢？众所周知，古典美人对着竹笛的一个气孔吹气，便发出美妙的声音。人的咽喉也是类似的，经由呼吸器官的呼吸作用产生气流，气流再经由气管，引起声带振动便能发出声音。声音有三个主要因素，分别是音强、音调、

音色。接下来，分别为大家讲解：

(1) 音强，也就是声音的响度。吹笛人吹气的力气大、气流压力大，则笛音响；吹笛人吹气的力气小、气流压力小，则笛音小。同样的道理，人声门下所用气流压力高，则声带振动幅度大，声音就大，也就是音强大；反之亦然。

(2) 音调。竹笛分为C调、F调、G调和A调等，不同调的笛子长短厚度不一样。同样，在一定范围内，声带长度、厚度和紧张度发生变化，音调就会不同。

(3) 音色。不同材质的竹笛音色、音质均有不同，比如白竹、苦竹、紫竹的发音就有很大的区别。人的声音也一样，每个人都有自己声音的个性，因人而异。

其次，对于吹笛这件事，哪怕是同一根竹笛，不会吹的人吹起来是噪声，而会的人吹起来圆润、婉转。为什么呢？因为，吹笛人懂得通过口型、力度变化，让声音得到共鸣，所以和谐、圆润。人的发音也是类似的，鼻腔、口腔、口咽、胸腔、喉部等都被我们称为“共鸣器官”，通过这些部位的共鸣，使单调难听的喉原音，成为和谐、圆润、丰满的声音。

最后，为什么人可以说出那么复杂的语言？同样，用竹笛举例。吹笛人通过指法的变化，便能使笛子发出不同的音调，吹奏成曲。人的唇、牙齿、舌头、腭等部分的变化，使口腔、咽腔形状和容积变化，和指法变换是一个道理，以此能吐出不同的发音，吐出不同的字。

三

耳鼻喉常见症状及
原因



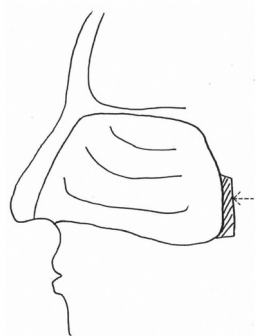
(一)

鼻子的常见症状有哪些

1. 为什么会鼻塞?

鼻腔是重要的呼吸器官,它具有通气、过滤、清洁、加温、加湿、嗅觉等作用,正常情况下鼻腔是通畅的。

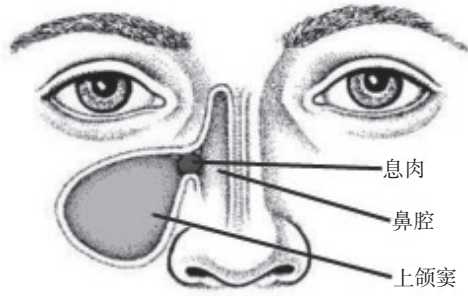
鼻塞是指鼻腔通气功能障碍,它是鼻部最常见的症状之一。偶尔鼻塞属于正常现象,大家不必过分担心,但频繁鼻塞不仅影响工作、睡眠,严重者还可有焦虑或头痛等症状,给人们的生活质量带来极大的影响。鼻塞是什么原因导致的呢?引起鼻塞的原因有很多,归纳起来有如下几点:



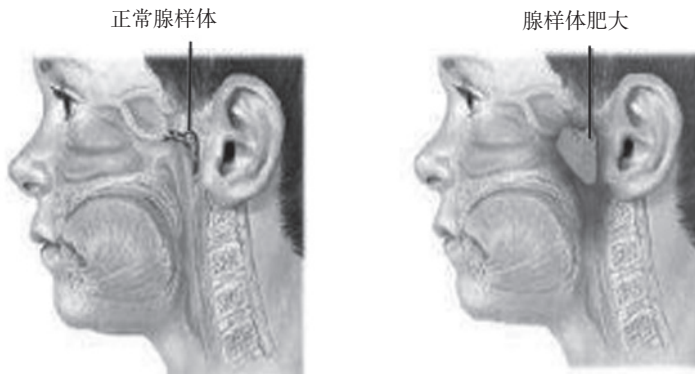
后鼻孔闭锁

(1) 鼻部畸形可引起鼻塞。先天或后天原因造成鼻孔鼻腔狭小、闭锁,影响鼻的自然通气就会出现鼻塞,如后鼻孔闭锁、术后鼻腔粘连等。

(2) 鼻腔、鼻窦的局部炎症可导致鼻塞。鼻腔、鼻窦各种慢性炎症，如急性鼻炎（感冒）、慢性鼻炎、过敏性鼻炎、鼻窦炎等，均可引起鼻黏膜充血肿胀或水肿，有时伴有鼻甲肿大，加上炎症时分泌物增多，使鼻腔变窄，影响鼻的自然通气而出现鼻塞，而萎缩性鼻炎，鼻腔虽然宽大，但因有干痂，也会影响鼻的通气。



(3) 鼻腔、鼻咽部新生物可引起鼻塞。例如：鼻息肉、腺样体肥大以及鼻腔鼻窦、鼻咽部良 / 恶性肿瘤等，由于新生物堵塞鼻腔或鼻咽部引起鼻塞。



(4) 鼻部骨质结构畸形可引起鼻塞。例如鼻中隔偏曲、鼻部外伤、鼻骨骨折等。其中鼻中隔偏曲最为常见，鼻中隔偏曲可引起单侧或双侧鼻塞，偏曲部位如压迫鼻甲还可出现头痛症状，个别患者有反复鼻出血病史。

(5) 鼻腔异物也可引起鼻塞。多见于儿童，异物占据鼻内空间并刺激分泌物产生，造成鼻塞、脓涕等症状。

(6) 其他原因。例如内分泌功能紊乱、全身血管舒缩失调等均可引起鼻塞。

由此可见，鼻塞原因有很多，其中大部分都是病理性的，如果您及家人经常出现鼻塞症状，需及时前往耳鼻咽喉科门诊就诊，查找原因并及时治疗，最终保持鼻腔的顺畅呼吸，享受生活。

2. 鼻塞是病吗？

鼻塞是很多常见疾病的主要症状，如鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔偏曲、腺样体肥大和鼻部创伤；也可见于某些全身疾病，因此需要引起重视。当频繁出现鼻塞症状时，要及时就诊。



3. 鼻塞需要治疗吗？

鼻塞的治疗方法可分为药物治疗和手术治疗。对于大多数鼻科炎症性疾病（如慢性鼻炎、过敏性鼻炎等）引起的鼻塞，药物治疗是首选治疗方式，如鼻用糖皮质激素喷雾剂。部分因结构异常（如腺样体肥大）的鼻塞初始可采用药物治疗，如果效果不佳可转诊进行外科手术治疗。对于多数结构性原因（如鼻中隔偏曲、鼻息肉、后鼻孔闭锁等）所致的鼻塞，药物治疗可能疗效欠佳，手术治疗是首选治疗方式。鼻腔恶性肿瘤所致鼻塞通常需要放疗、手术的综合治疗。

4. 鼻塞一定是感冒吗？

“感冒”一词是指轻度上呼吸道感染，根据程度不同，可以表现为鼻黏膜充血、鼻塞、流涕，同时可合并打喷嚏、咽喉痛、咳嗽、低热、头痛等。随着感冒的缓解，鼻塞可逐渐缓解。因此，鼻塞可为感冒的症状之一，但鼻塞不一定全是感冒，尤其是持续性鼻塞时要警惕鼻部疾病。

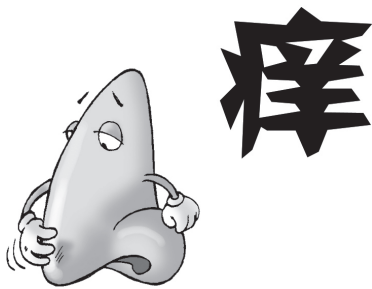


5. 为什么会经常鼻痒，鼻痒是否需要治疗，能够根治吗？

鼻子发痒的情况在日常生活 中较常见，几乎每个人都遇到过这种情况。偶尔鼻子发痒是很正常的现象，但是有的人会经常鼻子发痒，这是什么原因呢？

首先，鼻子痒很可能是过敏性鼻炎，这是鼻科的常见病。当接触花粉等过敏原后，鼻子会出现一系列的症状，如鼻痒、鼻塞、流清水涕、打喷嚏等。如属于此种情况，建议尽量避免接触引起过敏的物质，可局部药物治疗（如鼻用类固醇激素、鼻用抗过敏药物）或全身抗过敏治疗。鼻腔冲洗可以很好地缓解鼻塞症状及预防过敏性鼻炎的发病。

其次，北方的春天，多风、干燥，人体的水分容易通过出汗、呼吸而大量丢失，再加上天气变化反复无常易上火，很多人的鼻



孔出现干痒，甚至出血。

最后，鼻部皮肤的炎症也会出现鼻痒的症状，如鼻前庭湿疹。患者也可伴有其他症状，如局部渗液或皮疹等。鼻前庭湿疹属于过敏性皮肤病，常由多种原因引起，其中慢性鼻炎和急、慢性鼻-鼻窦炎的脓性分泌物的经常刺激、浸渍是鼻前庭湿疹的主要原因，搔抓、摩擦、局部药物刺激亦可诱发本病。内在因素如慢性消化系统疾病、胃肠功能紊乱、新陈代谢障碍和内分泌失调等均可产生或加重湿疹病情。

对于鼻痒，我们需要找到病因，对因治疗，往往能取得良好的疗效。

6. 爱打喷嚏、鼻子痒是病吗？

不少人都有过鼻子发痒并引起打喷嚏的症状，有些甚至合并眼睛发痒、耳朵发痒的症状。引起鼻子发痒并打喷嚏的原因有多种，比如风寒感冒、花粉及尘螨过敏等。如果频繁发作或周期性发作打喷嚏、鼻子痒，应警惕过敏性鼻炎。

7. 反复回抽涕带血是病吗？

回抽涕是指鼻涕回吸经口吐出。回抽涕带血常为鼻咽部恶性肿瘤的首发症状，也可见于真菌性鼻窦炎等鼻腔、鼻窦炎症性疾病，须重视。生活中若是持续出现回抽涕带血，建议进行电子鼻咽镜或鼻腔、鼻窦 CT 检查。



8. 为什么我会闻不到气味？

嗅觉是人的重要感觉之一，它具有十分重要的作用，敏锐的嗅觉能够让我们早期发现危险，提醒我们采取防护措施，避免有害气体进入机体造成损害。嗅觉的产生是由于外界气味分子进入鼻腔，刺激嗅觉感受器产生神经冲动，再通过嗅神经传递到大脑最终产生嗅觉。嗅觉的个体差异很大，因为影响嗅觉的因素很多，例如空气的温度、湿度都可以改变嗅觉的灵敏性。人如果长时间接触某一种气味，就会产生适应性，“如入芝兰之室，久而不闻其香。”嗅觉也会受到精神因素的影响，如果注意力不集中，同样可能影响嗅觉。



为什么有些人会出现嗅觉减退或丧失呢？首先，任何因素导致的鼻腔阻塞都会影响到嗅觉，当鼻腔阻塞时，气味无法到达嗅区，嗅觉感受器不能与气味接触，当然就会闻不到气味，这称为阻塞性嗅觉减退。其次，当进入鼻腔内的呼吸气流方向发生改变，如鼻中隔大穿孔，气流无法与嗅区接触，嗅黏膜无法正常工作也可导致嗅觉减退或丧失。最后，嗅觉的总指挥在大脑，是由大脑

的嗅神经中枢控制的，脑部外伤、肿瘤（如嗅神经母细胞瘤）等造成的嗅觉中枢损伤或压迫嗅神经导致信息无法传递到大脑嗅觉中枢也会出现嗅觉减退或丧失，这种情况下即使嗅黏膜是正常的，仍不能闻到气味。任何因素导致的鼻腔黏膜干燥也会导致嗅觉的下降甚至丧失。

9. 嗅觉下降是病吗，需要治疗吗？

嗅觉在我们感受食物的香气和味道中发挥了重要作用。嗅觉也可使我们感觉到环境中的香味。与嗅觉受损相关的其他危险包括无法觉察到变质食物、烟雾和气体泄漏的气味等。嗅觉下降指部分或全部嗅觉功能下降、丧失或异常，这并不是特定的疾病，而是多种疾病可能伴发的症状。引起嗅觉下降的原因较多，如鼻部阻塞、上呼吸道感染、头部创伤、面部创伤以及中枢性嗅觉损伤，应进一步检查明确，以期获得及时有效的治疗。

10. 鼻炎会引起嗅觉下降吗，嗅觉下降的原因有哪些？

鼻和鼻窦疾病是嗅觉功能障碍和 / 或嗅觉丧失最常见的原因。这些疾病可以通过黏膜炎症以及明显的鼻道阻塞使嗅觉功能下降，嗅觉下降的原因主要有三种。（1）呼吸性嗅觉减退和失嗅：指鼻腔阻塞使携带嗅素的气流无法接触嗅区黏膜所致。常见于鼻腔粘连、鼻息肉或肿瘤、鼻中隔偏曲等。（2）感觉性嗅觉减退和失嗅：指因嗅黏膜、嗅神经及其末梢的病变或受病变侵犯使不能感受嗅素所致，如萎缩性鼻炎、过敏性鼻炎、病毒感染、化学损伤等。

(3) 嗅觉瘖症：指因嗅觉中枢及嗅球受刺激或变性所致，如癫痫、神经衰弱、精神病态、精神分裂症等。



11. 鼻科疾病经过正规治疗后，嗅觉会完全恢复吗？

嗅觉能否恢复，取决于具体病因。对于过敏性鼻炎、非过敏性鼻炎、鼻-鼻窦炎和鼻息肉等疾病所致的嗅觉异常，需要治疗原发疾病，如有阻塞需解除阻塞，如有感染，则还需要抗感染治疗。这些病例可能由炎症产物所致嗅觉感受器损伤引起，治疗鼻科疾病可改善鼻腔通气引流，部分患者随着鼻腔通气引流的改善，嗅觉可较前有所恢复。嗅觉的康复与患者年龄、最初嗅觉丧失的严重程度以及首次测试时嗅觉丧失的持续时间有关。



12. 为什么会经常鼻出血？

鼻出血是鼻部疾病的常见症状，听起来很简单，但是实际上可导致鼻出血的病因非常多。鼻部含有非常多的毛细血管，且血管位置较表浅，多种因素都可导致鼻部的毛细血管破裂出血。当鼻子出现感染、过敏时，鼻部毛细血管破裂，会出现鼻出血。当鼻腔结构异常，如鼻中隔偏曲，偏曲的凸面那一侧的黏膜较薄，故经常容易出血。若鼻子受到外伤（如车祸、鼻部手术等）、经常抠鼻子、用力擤鼻涕、鼻腔存在异物等，都容易导致血管破裂而出现鼻出血。青年人较为多见。其次，更严重些的，某些鼻部的肿瘤亦可引起经常性的鼻出血。良性肿瘤有血管瘤、乳头状瘤等，恶性肿瘤有鳞癌、肉瘤、淋巴瘤等。

除了以上这些局部原因以外，很多全身性的疾病也会引起经常性的鼻出血。当存在高血压、动脉硬化等疾病时，鼻部血管压

力升高，容易经常出血，老年人较多见。当存在白血病，血友病，慢性肝脏、肾脏损害等疾病时，全身凝血功能受损，容易反复出现鼻出血症状，且不易止血。此种情况亦常见于曾患冠心病、脑梗死等长期服用抗凝药、抗血小板药物的人群。当存在营养障碍及维生素缺乏时，如维生素 C、P、K 等缺乏，可使血管变脆，并且影响凝血过程，更易经常出现鼻出血。此外，少见的还有中毒，如磷、汞、砷等中毒可破坏造血系统引起鼻出血。某些传染病也可导致鼻出血，如流感、麻疹、伤寒等，因发高烧致鼻黏膜干燥，易出血。

13. 长期反复鼻出血需要治疗吗？

多种疾病与鼻出血相关，所以如果反复出现鼻出血，应该及时去医院就诊，以便明确出血的真正原因，了解自己的身体状况，以防延误治疗时机。

14. 突发鼻出血就诊前需要怎么做？

(1) 忌惊慌。(2) 忌仰卧：鼻出血时不要仰卧。因为仰卧时血会从咽后壁流入食道及胃，不久就会从胃再呕出，这就掩盖了鼻出血的真相。最好取坐位或半坐位，注意保持呼吸道通畅，防止血液经后鼻孔流入口腔，注意把流入口腔的血液尽量吐出，防止血液咽下后刺激胃肠道引起恶心、呕吐或误吸入呼吸道而引起窒息。(3) 忌用纸卷、棉花乱塞。这不但起不到止血作用，不干净的纸卷及棉花反而会会引起炎症，且容易损伤鼻腔黏膜。(4) 紧压鼻翼。可用拇指和食指的第二指节紧紧压住双侧鼻翼，另外可用冷毛巾敷在额头上以助止血。完成上述步骤后应及时就医。

(二)

耳朵的常见症状有哪些



1. 听力下降是病吗，需要治疗吗？

听力下降是一种常见的病症。然而，很多人出现听力下降后并未引起重视。听力下降对日常生活质量影响很大，需早期重视、治疗，否则错过最佳治疗时机，听力很难得到恢复，甚至发展为听力完全丧失。医学上，把听力下降统称为耳聋。耳聋并不只是指完全听不见，而是根据听力下降程度分为轻、中、中重、重、极重度耳聋。

什么情况会造成听力下降呢？任何外耳、中耳、内耳的病变以及听觉传递通路的异常都可引起听力下降，主要有以下几种原因：（1）耳部的各种急慢性炎症、肿瘤，均能引起听力下降，如外耳道炎、中耳炎等；（2）先天性疾病、遗传性聋，如外耳道闭锁、小耳畸形等；（3）异物、耳屎等阻塞外耳道；（4）外伤导致耳部相关结构受损或听神经受损；（5）药物毒性作用，如链霉素、庆大霉素等均可导致内耳损伤；（6）体内某些元素代谢异常；（7）老年性耳聋，随着年龄老化听觉系统退行性

变导致听力下降；(8)急性或慢性强噪声刺激损伤听觉器官；(9)全身性疾病，如高血压、糖尿病、慢性肾炎或肾衰竭、系统性红斑狼疮、高脂血症、白血病等均可导致内耳损伤；(10)精神心理创伤、挫折等。

出现听力下降该怎么办？首先，要引起足够的重视，早期发现、早期诊疗；针对不同病因，对症、及时、正确的治疗及用药非常关键。其次，如果听力下降经过治疗后无法恢复，可佩戴助听器或行人工耳蜗植入手术等。对于听力下降的患病儿童，听觉言语训练对于今后的生活也至关重要。

除了以上这些治疗，预防也至关重要。特别是孕期、产期的妇幼保健，对胎儿、婴幼儿进行相关检查，力求对听力障碍进行早期预警与防治；降低环境噪声，规范职业防护措施；避免使用可能损害听力的药物，若必须使用，应严格掌握剂量，并加强听力监测。



2. 耳聋分类与程度分级是怎样的？

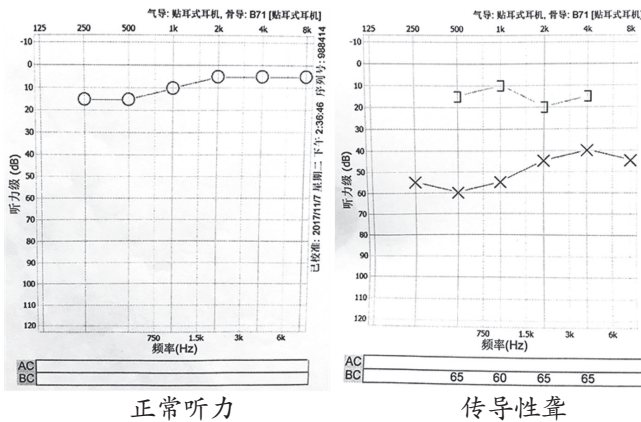
(1) 耳聋分类，临床医生最常采用的分类方法是根据病变部位来划分，将耳聋分为三类：

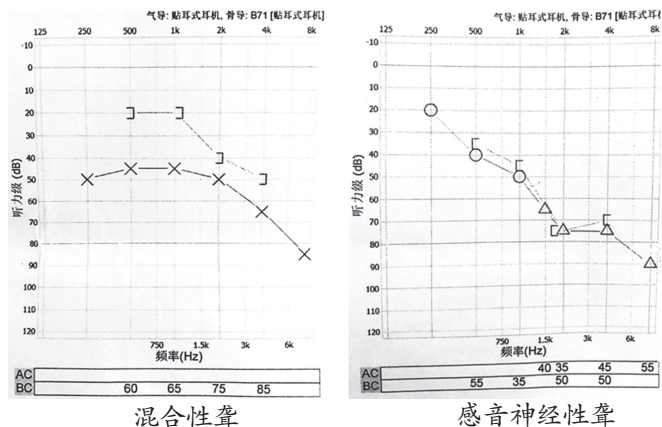
① 传导性聋：在声音传导径路上任何结构与功能障碍，包括外耳、中耳以及骨迷路的病变所致的听力损失。该型听力损失特点表现为骨导正常或接近正常，气导听阈提高，气骨导间有间距，称为气骨导间距(A-B gap)，但此间距一般不大于60 dB。若A-B gap > 60 dB 则有可能为听骨链缺损或断裂。有很多先天性和后天性的阻塞性病变和炎症性病变可致传导性聋。例如耳郭畸形，外耳道堵塞、狭窄或闭锁，咽鼓管阻塞，中耳炎所致鼓膜穿孔、积液甚至听骨链病变，胆脂瘤形成等，都可以使耳的传导系统受到影响，导致传导性聋。

②感音神经性聋：因内耳、听神经及听觉中枢病变所致声波感受与分析径路障碍导致的听力损失，该分类还可以根据病变部位细分为三类：感音性聋（耳蜗病变）、神经性聋（联系耳蜗与听觉中枢之间的传导通路病变）、中枢性聋（听觉中枢病变）。该型听力损失的特点表现为气骨导曲线呈一致性下降，一般高频听力损失较重，故听力曲线呈渐降型或骤降型；严重的感音神经性聋曲线呈岛状，少数感音神经性聋亦可以低频听力损失为主要表现。耳蜗的病变一般称为感音性聋，蜗后病变则称为神经性聋，但临床上有时不易区分，故统称感音神经性聋。其常见的疾病有突发性耳聋、听神经病、耳毒性聋、自身免疫性疾病、老年性聋、梅尼埃病等其他损伤内耳或耳蜗神经的疾病。

③混合性聋：耳传音与感音系统同时受累所致，兼有传导性聋和感音神经性聋。该型听力损失特点表现为骨导与气导曲线均下降，但气骨导曲线之间仍有不小于 10 dB 的间距（A-B gap > 10 dB）。

此外，还可以按发病时间分为先天性聋与后天性聋，根据语言发育与否也可以划分为语前聋与语后聋。





(2) 耳聋的程度分级。一般认为语言频率（0.5 kHz、1 kHz、2 kHz、4 kHz）平均听阈在 25 dB 以上，即有听力障碍，听力损失在 70 dB 以内者称重听，在 70 dB 以上者为聋，临床上习惯统称为聋。

按世界卫生组织（WHO）1980 年耳聋分级标准，将平均语言频率纯音听阈分为 5 级。

耳聋程度的分级

听力分级	平均阈值 (dB)	粗略判断	对儿童语言发育影响
正常听力	10 ~ 25	正常	—
轻度听力损失	26 ~ 40	聆听轻柔说话感觉到困难 安静环境没有问题	—
中度听力损失	41 ~ 55	一般谈话交流有困难 特别是在嘈杂环境中	部分音发不准，最常见 z/c/s 等高频段的辅音（声母）
中重度听力损失	56 ~ 70	只可听到近距离声音或较大声响	语言发展不理想
重度听力损失	71 ~ 90	完全听不到普通交流	语言不能自然发展
极重度听力损失	> 90	可以听到巨响或感到声音振动	聋哑人



3. 耳聋与听力残疾是一回事吗？

耳聋与听力残疾并非一回事，二者是既有区别又有密切联系的两个概念。耳聋是指任何原因、任何时间段出现的听力损失超过 25 dB 的情况，包括单耳或双耳发病，听力损失的时间长短不限。还有一种情况是指一耳或双耳的全频率或者部分频率甚至单个频率听力损失超过 25 dB 都可以称为耳聋。而听力残疾的标准要明显高于耳聋。根据我国对于听力残疾标准的规定，它是指由于各种原因导致双耳听力永久性丧失或听觉障碍，听不到或听不真周围环境的声音，从而难同一般人进行正常的语言交流活动。听力残疾分为四级：

听力残疾一级：听觉系统的结构和功能方面极重度损伤，较好耳平均听力损失 ≥ 91 dB，在无助听设备帮助下，不能依靠听觉进行言语交流，在理解和交流等活动上极度受限，在参与社会生活方面存在极严重障碍；

听力残疾二级：听觉系统的结构和功能重度损伤，较好耳平均听力损失在 81~90 dB 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上重度受限，在参与社会生活方面存在严重障碍；

听力残疾三级：听觉系统的结构和功能中重度损伤，较好耳平均听力损失在 61~80 dB 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上中度受限，在参与社会生活方面存在中度障碍；

听力残疾四级：听觉系统的结构和功能中度损伤，较好耳平均听力损失在 41~60 dB 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上轻度受限，在参与社会生活方面存在轻度障碍。

根据我国第二次全国残疾人抽样调查（2006 年）主要数据显示，全国有听力语言障碍的残疾人 2004 万，占全国 8296 万残

疾人总数的 24.16%。每年出生的新生儿中，重度听力障碍者占 1‰ ~ 3‰。由于药物、遗传、感染、疾病、环境、噪声污染、意外事故等原因，每年新增聋儿 3 万余名。据估计，不同程度听力障碍者在人群中的比例，45 ~ 64 岁为 14%，65 ~ 75 岁为 30%，75 岁以上者高于 50%。而耳聋的人数远远超过听力残疾人数，达到 3 亿左右，但其中绝大部分患者的听力可以经治疗痊愈，或者听力损失程度不重，需要听力康复器具。



4. 我为什么会出现听力下降，可以治愈吗？

人类的听觉器官是高度进化后功能强大的器官，发育成熟的听觉器官功能最为强大。但是随着年龄增长，听觉器官会发生不可逆转的退化，表现为超高频（8000 Hz 以上）、高频（4000 ~ 8000 Hz）部分听觉感知能力最先下降。这种现象为生理性的，多见于 65 岁以上的老年人，双耳对称性以高频为主的听力下降，也称老年性聋。并且随着年龄增长，听力下降更为明显，从高频逐渐过渡到中低频，最后全部频率范围的听觉感知能力下降。当听力损失达到 40 dB 以后，需要使用助听器等听觉辅助设备才能精确感知声音，进行对话言语交流。

以上现象是人类不可避免的生理性听力损失，个别老人即便到了 80 ~ 90 岁仍然听力保存很好，这主要跟个体的良好生活饮食习惯、基因遗传有关。对于不少患者而言，由于听觉系统（外耳、中耳、内耳、耳蜗神经、各级听觉中枢等）结构与功能受损，出现了听力下降，这称之为病理性听力损失。最常见的两大类听力损失病因为各型中耳炎失治与噪声性损害。

听力下降绝大多数经积极治疗都能治愈，包括各种原因引起的外耳道、鼓膜-听骨链系统受损引起的传导性耳聋，例如急慢性中耳炎、耳道耵聍栓塞等，可以通过手术或者药物治疗方法即可恢复正常听力。对于感音神经性听力损失，部分患者经积极治疗也可以恢复到病前，但前提条件是一定要及时就医，采用最佳的治疗方案才可达到上述目的，如突发性聋。但也有不少感音神经性听力损失患者尽管及时就医也难以恢复正常，例如听神经瘤、药物性聋或者老年性聋患者，即便及时使用最佳的药物治疗方案也不能治愈。对于这部分患者，需要及早发现听力损失情况，避免进一步的听力损失至关重要。举例来讲，有的患者因为长时间打电话导致高频听力受损，但是及早检查听力可以发现这一现象，纠正不良习惯后，听力可以得到最大限度的保存与恢复。

5. 听力下降该怎么办？

当发现自己听声音变弱或者感到费力，个别字词辨音不准时，这说明自己已经有听力下降的趋势了。这时候一定要早日就医，采取正确的办法来帮助自己及时发现听力损失的原因与程度。

首先，需要求助耳科专科医师或者听力师，向他们咨询听力问题并请他们帮助检查耳朵，看看是否有异常。医生一般会询问患者一些相关问题，例如既往有无掏挖耳朵，有无耳道



异物或游泳、跳水、潜泳，有无耳流脓、耳痛、耳鸣、耳闷胀感，有无鼻塞、流脓鼻涕，有无长时间玩手机、长时间噪声接触史以及工作或生活环境中的噪声情况，有无使用链霉素、利尿药等耳毒性药物史等。大部分影响听力的诱因都是可以逆转的，所以不要害怕寻求专业人士的意见。特别注意不要试着自我诊断，或者让不具备医疗资格的朋友、家人掏你的耳朵。

其次，需要到正规的医院看耳科医师或听力师，进行听力测试。耳科专家(耳鼻咽喉科医生)或听力师可以进行更全面的耳朵检查，例如进行电子耳镜、听力测试等专业检查。整个过程相当迅速且无痛，但是对判断听觉问题是否为永久性至关重要。通过这些检查，医生或听力师就可以判断患者听力损失的类型与严重程度。结合详细的耳科检查与病史采集，一般可以确定导致听力损失的原因。

最后，了解诊断和治疗方案，一定要让医生清楚解释诊断结果，并了解最佳治疗方案。如果是感音神经性听力损失，通常由耳鼻咽喉科专家进行专业的治疗。如果是传导性听力损失，例如因为感冒引起的急性分泌性中耳炎，可能会短时间导致听力下降，经积极治疗原发疾病后，听力一般能够很快恢复到正常。



6. 什么是噪声性聋?

噪声性耳聋是由于听觉长期遭受噪声影响而发生缓慢的进行性的听觉损伤，损伤部位主要是内耳。噪声性耳聋的主要症状为进行性听力减退及耳鸣。早期表现为听觉疲劳，听力损失主要集中在 4000 Hz 频率附近，对普通说话声无明显影响，仅在听力检测中发现。早期听力损失离开噪声环境后可以逐渐恢复（医学上称为暂时性阈移），以后听力损害逐渐向高低频发展，久之则难

以恢复，最终导致永久性感音神经性聋（医学上称为永久性阈移），严重者可全聋。耳鸣与耳聋可同时发生，亦可单独发生，常为高音性耳鸣。开始接触噪声时，听觉稍显迟钝，若离开噪声数分钟后听力恢复，此种现象称为听觉适应。若在持久、强烈噪声作用下，听觉明显迟钝，经数小时后听力才恢复，称为听觉疲劳。若进一步接受噪声刺激，则导致听力损伤，不易自行恢复。

噪声超过 85 ~ 90 dB 强度时，会对耳蜗造成损害，与下列因素有关：

（1）噪声强度：噪声性耳聋的发病频率随噪声强度的增加而增加。

（2）噪声频谱特性：在强度相同的条件下，高频噪声对听力损害比低频重，窄频带噪声或纯音对听力的损害比宽频带噪声大。

（3）噪声类型：脉冲噪声比稳态噪声危害大。

（4）接触时间和方式：持续接触比间歇接触损伤大；接触噪声期限越长，听力损伤越重；距离噪声源越近，听力越易受损。

（5）个体易感性：年高体弱者、曾经患过感音性神经性耳聋者，易受噪声损伤。有专家认为，鼓膜穿孔伴听骨链中断者，噪声损害相对较轻。



7. 什么是爆震性耳聋？

爆震性耳聋又名爆炸性耳聋，是由强烈的脉冲噪声或压力波对听觉器官的急性伤害造成的。爆震性噪声常伴有压力波，往往会造成听觉器官的急性损伤，可出现鼓膜充血、出血或穿孔，中耳听骨骨折，内耳组织、螺旋器、毛细胞的损伤，盖膜移位，基

底膜撕裂，导致不同程度的听力损失，甚至全聋。爆震对中耳和内耳的损伤程度并不是平行的，与脉冲声的峰值声压级、持续时间和重复暴露的次数有关。一般峰值声压级大时，容易损伤中耳；峰值声压级不大，但持续时间长，或重复暴露次数多，容易损伤内耳。



爆震性耳聋多表现为双耳非对称性急性损伤，在听力下降的同时，常伴有耳鸣、耳痛、头晕等症状。有鼓膜撕裂者可有耳道流血，一般为少量，可自然停止。若继发感染，可导致中耳炎。

8. 为何要特别重视婴幼儿听力下降的防治？

6岁以前是儿童学习语言的关键期，错过这个阶段再学习语言就几乎不可能了。如果6岁前患儿听力下降甚至全聋，就可能导导致患儿因为听不到或听不清言语声及环境声，从而失去模仿与学习讲话的机会，成为永久性聋哑残疾患者。

患儿双耳听力损失 25 dB 以下，一般无语言障碍，不影响正常的言语交往。双耳平均听力损失 26 ~ 40 dB，对一般的说话声听取没有困难，但在嘈杂环境下会感到听话困难，较小的声音信息如耳语声不易听到，高频下降更明显。双耳中度以上听力损失的聋儿能听到声音但不一定能听懂语言，导致不同程度的语言发

育迟缓，影响幼儿的语言学习，如口齿不清，高频音声母发音缺失，家人此时往往怀疑小孩“大舌头”“舌系带过长”等。具体来讲，双耳平均听力损失 41 ~ 55 dB 时，对普通音量的说话声感到听辨困难，如发生在婴幼儿期可导致吐词不清。平均听力损失 56 ~ 70 dB 时，对大声说话听辨困难，不易理解，如发生在婴幼儿期可导致语言明显迟缓，且发音异常。双耳平均听力损失 71 ~ 90 dB 时，对较大的声音可有声感，但不能分辨言语声，可导致语言障碍。双耳平均听力损失 90 dB 以上时，语言障碍明显，不能通过听说进行正常的社会交往。

要使聋儿能听到声音很容易，即使有较少残留听力的聋儿，使用助听器放大也能听到声音，但要使其达到能听懂语言并不容易。人们的说话声音属于复合音，由低频、中频、高频构成。有听力障碍的儿童或聋人对声音的感受则不同。多数感音神经性耳聋患者，只能感受、传递低频的声音，而不能感受中频、高频的声音。



9. 哪些药物可以引起听力下降？

临床不少药物使用不当或者过量均可引起听力下降。其中以耳毒性药物最为常见，毒副作用主要损害第八对脑神经（前庭蜗神经），中毒症状为眩晕、平衡失调、耳鸣、耳聋等。这些药物可以导致暂时性或者永久性听力下降、平衡功能障碍。常见的耳毒性药物包括以下五大类：

（1）解热镇痛药：阿司匹林、水杨酸钠。其受损部位为耳蜗底，故初期表现为高频听力丧失，并引起耳鸣、眩晕、平衡失调，

耳部症状可在停药后 24 ~ 48 h 消退。

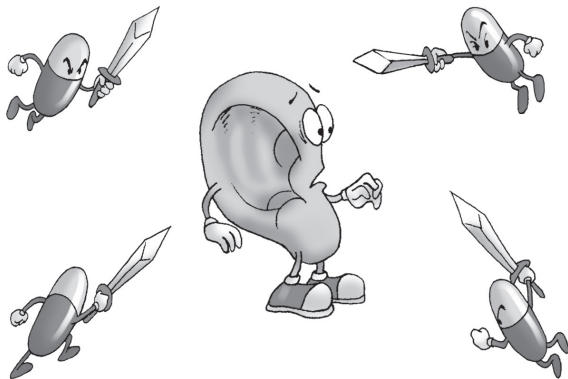
(2) 抗生素：氨基糖苷类抗生素危害最大，是导致药物性耳聋最常见的抗生素，包括庆大霉素、链霉素、新霉素、小诺霉素等。其次，大环内酯类抗生素有乳糖酸红霉素。其他抗生素有氯霉素、盐酸万古霉素等。

(3) 利尿剂：依他尼酸最易引起暂时性或永久性耳聋，对肾功能不全者更易导致耳聋。

(4) 抗恶性肿瘤药：氮芥、顺铂等可引发听力障碍，出现不可逆的高频听力丧失，且与用量和用药时间呈正相关。

(5) 抗疟药：奎宁、氯喹的主要损害部位在螺旋神经节而非感受上皮，引起耳鸣、耳聋，表现为低频区听力减退。

了解这些耳毒性药物和它们可能造成的危害是对自己很好的



保护。在使用这些药物时需要了解以下常识，可以避免或者减少药物性耳聋的发生。

(1) 氨基糖苷类药物是一类毒性较强的药物，不宜用作轻、中度感染和门诊一线用药。

(2) 本类药可通过胎盘进入胎儿循环，从而引起先天性耳聋，孕妇应避免用药。

(3) 老年患者肾功能减退，应采取较小治疗量。

(4) 对新生儿和婴幼儿应慎用，因为药物在其内耳停留时间更长。

(5) 疗程不宜超过 2 周，应用时应监测听力、尿常规及肾功能、前庭功能，有条件的应监测血药浓度。

(6) 出现耳源性毒性反应，应立即停药，可应用血管扩张剂、能量合剂、多种维生素和钙剂等治疗。



10. 什么是老年性耳聋？

老年性耳聋是一种随年龄的增长，双耳发生慢性进行性耳聋的老年性疾病，重者可致全聋。老年性耳聋发生的年龄和耳聋进展速度因人而异，通常发生在 65 ~ 75 岁的老年人中，发病率高达 60% 左右。截至 2017 末，全国 60 岁以上的人有 2.4 亿，其中 30% 以上的老人有听力障碍，50% ~ 70% 的 80 岁左右的老人高频听力损失严重。从上述数据可以推测，老年人将是使用助听器的庞大群体。因此，使人们了解老年性耳聋，帮助老年人认识佩戴助听器的作用显得尤为重要。老年性耳聋有哪些症状及特点呢？

(1) 60 岁以上出现原因不明的双侧对称性听力下降，以高频听力下降为主。听力下降为缓慢逐渐加重，开始时常不被注意。随着高频听力的不断下降，对语言的分辨能力下降，开始出现“听不清”，常需别人重复；以后随着语言频率的逐渐损失，则要求说话者提高声音与之交谈。

(2) 常有听觉重振现象，即小声听不到，大声又太吵。

(3) 语言分辨率与纯音听力不成比例。多数情况下纯音听力减退不及语言听力严重，即许多老年人纯音听力基本正常，但不能理解讲话内容。在嘈杂的环境中，老年人对语言的理解能力更差。

(4) 部分老年性耳聋的患者可伴有耳鸣，常为高频声。

(5) 老年性耳聋并没有药物可以恢复其听力，这是人体衰老的现象，当遇到听力下降的情况时应积极治疗，在情况稳定后需尽早使用助听器来提高听力。

11. 什么是助听器?

助听器是帮助听力残疾者改善听觉障碍，进而提高与他人会话交际能力的工具、设备、装置和仪器。它包括传声器（话筒）、放大器和受话器（耳机）三个主要部分。传声器为声电换能器，将外界声信号转变为电信号，声信号输入放大器后使声压放大到1万乃至几万倍，再经受话器输出。现在市面上可供老年人选择的常见助听器，从外形来看可分为三种：

(1) 盒式助听器。这是最早生产的助听器，佩戴于身体上，看起来像一个小收音机。优点是价格便宜，方便易得；缺点是体积大、质量大、干扰大。随着物质生活水平的提高，此类助听器将逐渐被淘汰。



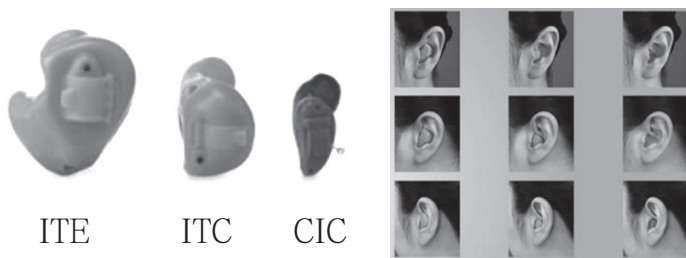
盒式助听器



经典耳背式助听器

(2) 耳背式助听器。它依赖一个弯曲成半圆形的硬塑料耳钩挂在耳后,不同听力损失程度的患者,大多可以使用耳背式助听器。

(3) 定制式助听器。依据个人的耳形及听力损失情况而定制,佩戴十分隐蔽,也称为隐形助听器,但其输出功率不是很高,适用于轻度、中度、中重度耳聋患者使用。根据其大小以及隐蔽程度可以进一步分为耳内式(ITE)、耳道式(ITC)、深耳道式(CIC)、隐形助听器(IIC)。



常见三种类型的定制式助听器及佩戴效果图



眼镜式助听器



佩戴软带 Baha 的小耳畸形患儿



骨锚式助听器 (Baha)

此外，还有骨导式助听器（眼镜式、软带骨锚式等）与植入式助听器（例如 Baha，即骨锚式助听器，部分器件植入人体颅骨）。骨导式助听器适用于反复耳流脓但不能耐受手术的患者，以及乳突手术后耳道术腔巨大或者耳道极为狭窄与闭锁的患者，例如先天性耳道无发育的小耳畸形患者。

12. 什么是人工耳蜗?

人工耳蜗是一种电子装置，由体外言语处理器将声音转换为一定编码形式的电信号，通过植入体内的电极系统直接兴奋听神经来恢复、提高及重建聋人的听觉功能。近 20 多年来，随着高科技的发展，人工耳蜗研究进展很



体外机

植入体

诺尔康 CS-10A 型人工耳蜗设备

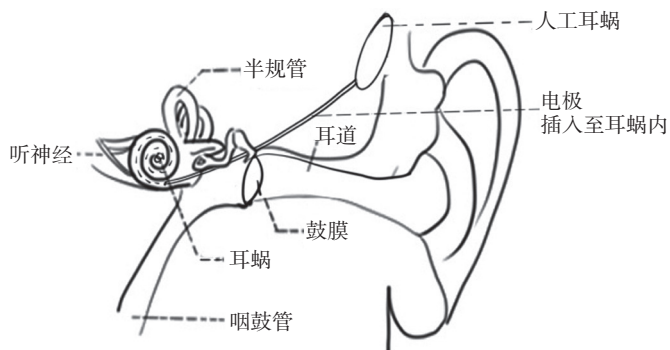
快，已经从实验研究进入临床应用。现在全世界已把人工耳蜗作为治疗重度聋至全聋的常规方法。人工耳蜗是目前运用最成功的生物医学工程装置。1972 年美国 House-3M 单通道人工耳蜗成为第一代商品化装置。从 1972 年至 20 世纪 80 年代中期共有 1000 多名使用者。1982 澳大利亚 Nucleus 22 型人工耳蜗通过美国食品药品监督管理局（FDA）认可，成为全世界最先使用的多通道耳蜗装置。现在世界上主要的耳蜗公司是澳大利亚的 Cochlear、奥地利的 Med-El 和美国的 AB 公司。我国在此领域也取得了突破，代

代表性的两家公司为浙江诺尔康神经电子科技股份有限公司与上海力声特医学科技有限公司。未来人工耳蜗的发展方向将是全植入与高性能化、微型化等。

多道人工耳蜗植入在我国开展始于 1995 年, 这项技术已经较为成熟。随着人工耳蜗植入工作的开展, 病例数量的增加, 适应证范围的扩大, 一些特殊适应证的耳聋病例的人工耳蜗植入的疗效和安全性也得到了证实, 使人工耳蜗植入的适应证进一步扩大。例如: 术前完全没有残余听力患者的人工耳蜗植入; 内耳畸形和耳蜗骨化病例的人工耳蜗植入; 合并慢性中耳炎患者的人工耳蜗植入; 小龄耳聋患者的人工耳蜗植入; 高龄耳聋患者的人工耳蜗植入。人工耳蜗设备发展以及植入技术的进步已使全世界数十万人告别了无声世界。截至 2016 年底, 我国已有几万聋人使用了人工耳蜗, 其中超过 2/3 是儿童, 这得益于国家对贫困家庭 0 ~ 6 岁聋儿进行一侧免费人工耳蜗植入项目的推动。

人类获得正常的语言不仅需要正常的听力, 还需要听觉语言中枢的正常发育, 这就是为什么成人语前聋患者即使植入了人工耳蜗, 他们可以听到声音, 却不能听懂语言及讲话。研究表明人类的听觉语言中枢在 5 岁左右就发育完成, 成人语前聋患者, 他们在语言发育前就发生了耳聋, 失去了听觉语言中枢正常发育的机会, 他们的听觉语言中枢失去了可塑性, 因此这些患者即使接受了人工耳蜗植入, 他们仅仅能够听到声音, 无法获得正常的语言。对于语前聋患者的最佳植入年龄是 5 岁之前。

对于成人语后聋患者, 他们的耳聋原因可能是突发性耳聋、药物性耳聋或先天性内耳畸形基础上的遗传性迟发性耳聋(大前庭导水管综合征)等。这些成年耳聋患者在耳聋之前, 他们曾经



人工耳蜗植入示意图

有正常的听力，并且获得了正常的语言，其听觉语言中枢得到了充分的发育，因此称这些耳聋患者为成人语后聋患者。成人语后聋是最佳的人工耳蜗植入适应证之一，这类耳聋患者听觉语言中枢在耳聋之前得到了正常的发育，他们在接受了人工耳蜗植入后，重新获得了听力，能够唤起他们过去对语言的记忆，因此这类患者能够在较短时间内恢复语言能力。对于成人语后聋患者来说，一个重要的问题是耳聋后尽早植入人工耳蜗，会很快唤起他们过去对语言的记忆，获得更好的语言效果。如果耳聋时间很长，患者对过去语言的记忆会淡忘，导致人工耳蜗植入效果的下降。

目前老年耳聋患者的人工耳蜗植入问题越来越受到关注，老年耳聋患者多数为语后聋患者，他们耳聋的原因除上述原因外，更多的是由于老年性的渐进性的听力减退，直至使用助听器无效。随着社会经济的发展，人口寿命的延长，老年人的生活质量也更多地受到社会、家庭的关注。恢复老年人的听觉语言能力，能增进他们的语言交流能力，改善他们的心理状态，使老年人获得自信，大大提高他们的生活质量。老年耳聋患者在接受人工耳蜗植入后，能够获得很好的听力语言效果。事实上这项工作在美国和欧洲早

已开展，例如在美国爱荷华大学（University of Iowa）医院人工耳蜗中心，相当一部分人工耳蜗植入者是老年耳聋患者，这些老年人工耳蜗植入者的生活自理能力、交流能力得到了大大的提高。

13. 什么是耳鸣，耳鸣的原因是什么？

在日常生活中很多人都说自己有过耳鸣，可能这种耳鸣声像电流声，一晃而过，也可能像一只讨厌的蚊子在耳边一直不停地“嗡嗡”叫，也可能像只蝉在不停地骚扰你，也有可能像其他很多无法描述



的声音组合在一起演奏一场“交响乐”。那么，什么是耳鸣呢？耳鸣是在没有外界的声音刺激下，我们耳朵能听到的声音。耳鸣可能只在你生命中存在过几秒，也有可能伴随你很长一段时间，当然“运气好”的话它会像一个终身伴侣一般陪伴你一生不离不弃。耳鸣是发生于听觉系统的一种错觉，多是疾病的一种症状，若原因不明也可是一种疾病，如特发性耳鸣。

耳鸣的原因很多。大部分耳部疾病都可引起耳鸣，如中耳炎、梅尼埃病、听神经瘤等。噪声环境、精神紧张/压力、疲劳及不健康的生活（饮酒、咖啡）均可产生耳鸣。此外还有很多疾病可引起耳鸣，例如：感冒、鼻炎/鼻窦炎、鼻咽癌、偏头痛、睡眠

呼吸暂停低通气综合征、外伤等。更年期女性因体内荷尔蒙分泌的异常亦会产生耳鸣。长期耳鸣给人们生活带来极大的困扰：

(1) 影响心情。长期耳鸣可以使人产生心慌意乱、担忧、焦虑等不良情绪。部分患者因耳鸣治疗效果不显著甚至抑郁、自杀。

(2) 影响听力。大声响的耳鸣可以干扰患者所听内容，影响听力。患者常处于休息欠佳而致头昏、精力不集中的恶性循环，听觉敏感度下降。

(3) 影响睡眠。耳鸣尤其在夜深人静时较为明显，深夜持续耳鸣使人焦躁不安、辗转难眠。

(4) 影响人际关系、家庭和睦。长期耳鸣使人情绪低落、焦虑抑郁，加之工作效率低下，影响人际关系。如不被家庭成员理解则影响家庭和睦。

耳鸣是扰人的，但要正确认识 and 对待耳鸣。耳鸣本身不会导致耳聋，耳鸣是机体健康状况的报警器。耳鸣发生时说明机体某些功能已受影响，重要的是检查评估耳鸣的原因，不一定要完全消除耳鸣。因此，耳鸣发生后，要检查评估引起耳鸣的原因，特别是一些重要疾病，如中耳炎、梅尼埃病、听神经瘤、鼻咽癌、高血压、糖尿病、中枢神经系统疾病、失眠、激素紊乱等。排除重要疾病引起的耳鸣后，我们在进行改善微循环、营养神经、掩蔽和习服等治疗外，还要进行调整心情、调整作息规律、调整睡眠等生活行为治疗。

另外需要注意一种情况——更年期综合征，又称围绝经期综合征，指妇女绝经前后出现性激素波动或减少所致的一系列以自主神经系统功能紊乱为主，伴有神经、心理症状的一组症候群。血管舒缩症状是最突出的特征，表现为潮热、潮红，有些患者亦

有胸闷、心悸、气促等表现。有些还伴发烦躁、失眠、焦虑、全身多处不适等症状。更年期综合征在耳鼻咽喉科的主要表现有耳鸣、咽部异物感等，相关专科检查均为阴性。因此，更年期女性若出现耳鸣、咽部异物感等症状时，应当警惕是否患有更年期综合征，详细了解病史以及检查性激素水平有助于诊断和治疗。



14. 耳鸣是没休息好吗？

有些人发现自己熬夜后突发耳鸣，或者因学习工作压力大、休息欠佳出现耳鸣。耳鸣仅代表没休息好吗？一方面，耳鸣与精神、心理等因素相关，即睡眠欠佳、熬夜、工作压力大等均可引起耳鸣，另一方面，耳鸣是耳及全身其他系统疾病的一种表现。

我们的耳朵主要分为外耳、中耳、内耳三大部分，每一个部分出现问题都可能会引起耳鸣。举例来说，像外耳道炎、外耳道异物、中耳炎、突发性耳聋、梅尼埃病、听神经瘤等都可导致耳鸣。而全身其他系统疾病，如甲状腺功能低下、糖尿病、高血压、贫血等都可能伴有耳鸣的发生。



15. 耳鸣可以治愈吗？

耳鸣只是疾病的一种表现，目前来说，依靠现有的医学检测技术手段，虽然我们还不能完全找出每一种耳鸣产生的原因，但针对能找到病因的耳鸣还是有办法治愈的。例如外耳道异物导致耳鸣的患者，我们将异物取出后患者耳鸣完全消失。有些中耳炎的患者，通过手术耳鸣也可完全缓解。因为耳鸣也与心理、精神因素相关，通过调整生活方式、改善心理状态，部分耳鸣也会好转。

当然还有一部分耳鸣，就现有医学手段无法找到病因，即便找到病因，也可能无法在短时间内通过药物或者其他的治疗方法完全缓解，但是依靠患者和医生的共同努力去治疗，很多耳鸣可以变得不那么恼人，不那么让人心烦意乱。



16. 耳鸣是因为肾虚吗？

平常老百姓一听说耳鸣，脑子里第一反应，是不是肾虚导致的？我国传统中医认为肾虚可致耳鸣，确实有一小部分耳鸣和肾虚有关，并且通过针对性的中医药配伍治疗也可缓解这部分耳鸣，但其实绝大多数耳鸣都不是肾虚引起的。在中医看来，耳鸣除肾虚以外，还可分为风邪侵袭、肝火上扰、痰火郁结、气滞血瘀、气血亏虚等多种类型。所以耳鸣并不全是因为肾虚造成的。



17. 耳鸣该如何治疗？

耳鸣这么烦人，到底该怎么治疗呢？首先建议到正规的耳鼻咽喉科就诊。医生会根据每个人的不同耳鸣情况及其他症状，完善相关检查，找出耳鸣的原因，尽量排查引起耳鸣的较严重的疾病，例如听神经瘤、脑血管畸形等。如能查找到病因，可以根据病因治疗耳鸣。如病因无法找到或者找到病因但不能在短时间内完全缓解耳鸣，这时我们一定要做好打一场持久战的心理准备。树立信心特别重要，要相信耳鸣是可以治好的，听从医生的建议，配合医生的治疗，这个过程需要多次就诊及按时复诊。谈到耳鸣的具体治疗方法，除前面的病因治疗外，目前国际、国内常见的

治疗方法有：药物治疗、佩戴助听器、声音治疗、音乐疗法、认知行为疗法、习服疗法、人工耳蜗植入、重复经颅磁刺激疗法、物理治疗、中医治疗、高压氧治疗、改变生活方式、膳食补充锌制剂等。



18. 坐飞机时为什么会出现耳闷塞感？

飞机在起飞和降落过程中由于压力的急剧变化，咽鼓管来不及开放，常常会出现耳闷塞感。那么大家肯定要问，什么是咽鼓管呢？为什么会出现这种现象？咽鼓管为沟通鼓室与鼻咽部的通道，在一般情况下，咽鼓管

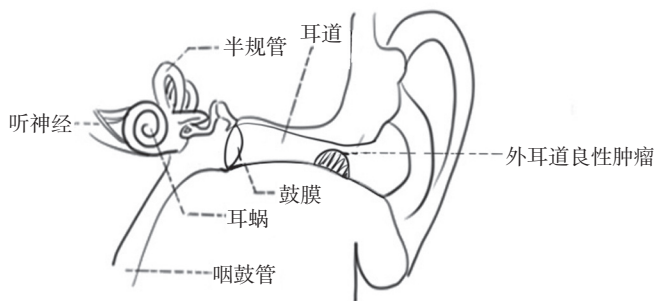


处于关闭状态，当张口、吞咽、打哈欠、歌唱及用力擤鼻时做瞬间开放以调节鼓室气压。飞机上升时，外界气压急速下降，鼓室处于相对高压态，鼓室内正压使鼓膜外凸，此时会出现轻微的耳闷塞感。飞机骤降，当外界气压急剧增加时，鼓室内就相对地形成负压状态，鼓膜内陷，咽鼓管软骨部因呈单向活瓣作用，咽口受到周围较高气压影响不易开放，以致外界气体不易进入鼓室，导致中耳负压增加，此时常常感觉到耳闷塞感明显，并常常伴有耳痛、耳鸣等症状，若症状严重者还会出现鼓室内积液、听力下降。因此，飞机下降时可以通过做张口、吞咽、咀嚼等动作来缓解耳闷塞感。

19. 哪些疾病可导致耳闷塞感?

耳闷塞感主要表现为耳部堵塞感(像塞了棉花和进水的感觉),部分病人常伴随耳鸣、眩晕、听力下降等。外耳、中耳、内耳、颞颌关节、精神情绪等疾病均可能导致耳闷塞感。那么常见的原因有哪些呢?

(1) 外耳道疾病:这是最常见的原因。①外耳道耵聍(俗称耳屎),部分患者由于耵聍腺分泌旺盛,耵聍产生过多堵塞外耳道引起耳闷塞感及耳鸣,冲洗后症状消失。②外耳道炎症性疾病:如真菌性外耳道炎和急性外耳道炎,其引起外耳道充血肿胀及分泌物增多导致耳闷塞感。③外耳道良、恶性肿瘤:这类疾病除了耳闷塞感外,还有耳流血、流脓及耳痛症状。如外耳道胆脂瘤,它是良性病变,常常是由于外耳道狭窄或者耵聍腺分泌过度旺盛,上皮细胞分泌物不能及时排出,外耳道自洁平衡被打破,形成胆脂瘤;外耳道癌比较少见,早期患者可仅表现为耳闷塞感,后期患者可出现耳流血、张口困难、面瘫等较为严重的症状。④其他疾病:如外耳道湿疹,除了耳闷塞感外,常常伴有外耳道瘙痒感。



(2) 中耳疾病：咽鼓管具有调节鼓室内气压，使之与外界气压保持平衡的功能，此功能障碍，常引起耳闷不适感，这是引起耳闷塞感的最常见原因。常见的疾病有咽鼓管功能不良、咽鼓管异常开放症、分泌性中耳炎等；其他中耳疾病如粘连性中耳炎、慢性中耳炎、外伤性鼓膜穿孔、耳气压伤、耳硬化症均可出现耳闷症状。

(3) 内耳疾病：内耳相关疾病，也是临床上导致耳闷的较为常见的原因。常见的有突发性耳聋、梅尼埃病、老年性耳聋等内耳疾病。

①突发性耳聋是指突然发生的听力下降，具体原因不明，是内耳疾病中引起耳闷症状的一个最主要且最常见的原因。大多数患者表现为无明显诱因地出现耳闷塞感，部分伴有耳鸣，其中低频下降型及全聋型更为多见。

②梅尼埃病也是引起耳闷的较为常见的内耳疾病之一。梅尼埃病的发病机制仍没有明确，目前考虑为内耳膜迷路积水所致。梅尼埃病引起的耳闷症状常发生在眩晕、听力下降、耳鸣症状之前或之后，发病数小时或数天后耳闷塞感缓解。

③老年性耳聋。老年患者常伴发高血压、糖尿病、高脂血症等基础疾病，导致供应耳蜗的内听动脉粥样硬化、管腔狭窄，耳蜗血供障碍，从而继发内耳功能的紊乱，引起听力下降，一般以高频听力下降为主，部分老年人以耳闷为首发症状。因此，临床上部分以耳闷为主诉的老年患者，经过详细的病史询问，及客观的听力检查，排除了咽鼓管功能障碍、中耳疾病，可考虑老年性耳聋。

(4) 鼻咽部疾病。鼻咽部与咽鼓管咽口相邻，当鼻咽部病变

堵塞了咽鼓管咽口引起咽鼓管通气功能不好时，亦会出现耳闷塞感，严重者因耳部引流不畅出现分泌性中耳炎。代表性疾病有鼻咽癌、腺样体肥大。



20. 耳闷塞感如何治疗？

耳闷塞感是咽鼓管不通畅的表现，多种疾病均可引起，要不同疾病不同处理。

(1) 外耳道疾病。此类疾病引起的耳闷塞感，如为耵聍栓塞，可局部使用碳酸氢钠滴耳液浸泡后到耳鼻咽喉科门诊冲洗，冲洗后闷塞感消失；如为外耳道肿瘤，需手术切除；如为外耳道炎性疾病，因分泌物堵塞外耳道引起耳闷塞感，可予抗炎对症治疗缓解耳闷；如为外耳道湿疹，需给予抗过敏药物及水杨酸醇滴耳液治疗，同时改掉挖耳的不良习惯，保持外耳道的干燥，如有中耳炎须积极治疗。

(2) 中耳疾病。此类疾病引起的耳闷塞感，如为分泌性中耳炎须寻找原因（如鼻咽部肿瘤、腺样体肥大及鼻窦炎、鼻息肉等），通过手术治疗鼻咽部疾病，同时行鼓室置管可有效缓解耳闷塞感；急慢性化脓性中耳炎，需给予足量抗生素治疗，部分慢性化脓性中耳炎可考虑手术治疗；鼓室硬化症、耳硬化症及鼓膜穿孔者，可行手术治疗。

(3) 内耳疾病。此类疾病引起的耳闷塞感，如为突发性耳聋可予改善循环、口服激素（无激素使用禁忌证）、鼓室注射糖皮质激素等方法治疗，耳闷塞感大多缓解。梅尼埃病根据临床分期的不同予改善循环、脱水治疗、鼓室注射地塞米松等处理后可改善。

(4) 颌关节综合征。耳闷塞感间断出现，伴随咬合疼痛、张口受限，咀嚼时明显，一般为颞下颌关节功能紊乱引起，可进行口腔颌面外科相关检查。通过矫正咬合关系、局部封闭及物理治疗可取得一定疗效。

🧐 21. 为什么我的嘴巴突然歪了、眼睛不能闭合了？

请不要惊慌失措，一定要及时来耳鼻咽喉科就诊，考虑是周围性面瘫（面神经麻痹）所致，需要寻找面瘫原因进一步治疗。



周围性面瘫

中枢性面瘫

面瘫

面瘫又称面神经麻痹，是以面部表情肌群运动功能

障碍为主要特征的一种疾病，它是一种常见病、多发病，不受年龄限制。一般表现为口角歪斜、鼓腮漏气、流口水、不能闭眼（闭眼露白）等症状。按发病的部位分为周围性面瘫和中枢性面瘫。两者的区别在于，周围性面瘫患者患侧眼睑闭合障碍和额纹消失，而中枢性面瘫患者眼睑闭合及额纹均正常（鉴别点如上图）。

🧐 22. 面瘫是什么原因导致的？

多种因素均可导致面瘫，肿瘤性疾病或炎症、感染性疾病、颅内肿瘤性病变、颞骨内病变、内耳病变、中耳胆脂瘤等侵犯面神经均可表现出面瘫。如感染性疾病耳带状疱疹感染侵犯面神经引起面瘫。

23. 耳朵痒是什么原因？

耳朵痒最常见于外耳道炎。真菌性外耳道炎表现为外耳道流脓，伴臭味，有明显的瘙痒感及耳痛等表现，可以局部使用硼酸醇滴耳液抗真菌治疗。外耳道或耳郭湿疹，常见于过敏体质者或继发于中耳炎，表现为双耳郭及外耳道瘙痒感，伴有少量分泌物，可以给予口服抗组胺药，局部渗出较多时给予硼酸粉清洗后再使用氧化锌软膏涂于患处。饮食要清淡，多食水果、蔬菜、豆类及高纤维素类食物，避免易致敏和刺激性食物，如鱼、虾、辣椒、浓茶、咖啡、酒类等。

24. 什么是眩晕？

眩晕是指身体对空间定位障碍而产生的一种运动性或者位置性错觉，感觉自身或者外界事物发生旋转性的运动，患者主观体会就是看东西天旋地转。眩晕分为前庭周围性眩晕、前庭中枢性眩晕和非前庭性眩晕。

25. 眩晕可由哪些疾病引起？

眩晕是一种症状而非一种疾病，很多疾病可伴有眩晕症状，如：耳部疾病（梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕、迷路炎等）、中枢神经系统疾病（多发性硬化症、基底动脉循环障碍、脑缺血等）、心血管系统疾病（病态窦房结综合征、动脉粥样硬化、高血脂等）、血液系统疾病（白血病、恶性贫血等）、颈椎病等。

眩晕发作时除了对症止晕，重要的是要明确病因。老年人经

常出现短时间眩晕发作，伴恶心、呕吐、视物黑蒙或复视等症状，可能与短暂性脑缺血有关。发作时意识清楚的眩晕大多数与耳鼻咽喉科疾病有关。若您及家人出现眩晕症状，且发作时意识清楚，可先前往耳鼻咽喉科就诊，明确诊断后给予积极治疗。

26. 眩晕和头晕的区别？

眩晕主要表现为发作性的视物旋转（俗称天旋地转），持续时间较短，发作剧烈，与头部运动有关，常常伴有耳鸣、耳聋等耳部症状，另外还有全身冷汗、恶心、呕吐等自主神经功能紊乱等表现。

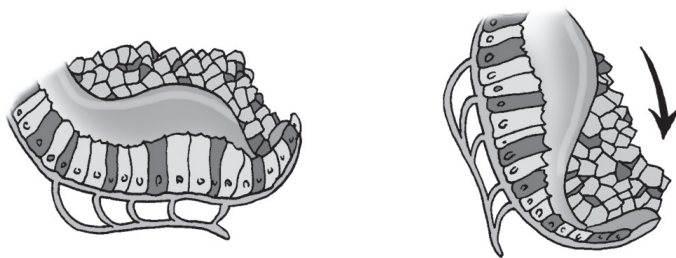
头晕，患者常常描述为头昏、头重脚轻、头内麻木感、头紧箍、头沉重压迫感、眼前发黑，严重者可以出现言语障碍和肢体活动受限等症状，常常为中枢性疾病所致，如后循环缺血、脑梗死等，持续时间长，发作程度没有眩晕剧烈，常常没有耳鸣、耳聋、恶心、呕吐等症状。

27. 哪些与耳鼻咽喉相关的疾病会引起眩晕？

（1）良性阵发性位置性眩晕，俗称耳石症，是最常见的外周性眩晕疾病，临床表现以反复发作的、由头位相对重力方向变化所诱发的、以短暂眩晕和眼球震颤为特征的周围性前庭疾病。

（2）梅尼埃病，以反复发作性的眩晕、耳鸣、波动性听力下降，耳闷塞感为主要表现，发病率在外周性眩晕疾病中居于第二位。

（3）前庭性偏头痛：血管性头痛的一种典型表现，可有家族遗传史，反复发作性前庭症状、偏头痛病史。



耳石本位于前庭的球囊及椭圆囊顶部 因退化或猛烈撞击耳石跌入半规管引起眩晕

耳石位移图解

(4) 前庭阵发性或血管性眩晕：其主要表现为反复发作的短暂性眩晕，常伴姿态不稳、耳鸣等表现，其发病与血管压迫前庭蜗神经有关。

(5) 前庭神经炎：考虑与病毒感染有关，常继发于上呼吸道感染，表现为持续性眩晕，不伴有耳鸣、耳聋。眩晕一般持续时间为2~3周。

(6) 突发性耳聋伴眩晕，部分全聋型或平坦型病例可伴有眩晕，眩晕常常持续数天后逐步好转。因此，突发性眩晕伴有听力下降者应警惕突发性耳聋。

(7) 迷路炎、迷路瘘，患者常常有慢性化脓性中耳炎或中耳胆脂瘤病史。迷路炎患者主要表现为眩晕，伴有畏寒、发热，听力下降等表现。迷路瘘，中耳炎或中耳胆脂瘤病变破坏半规管后表现为咳嗽，按压耳屏、耳道后出现眩晕，有以上表现者需警惕迷路瘘。

(8) 迷路震荡：指颅脑闭合伤时无颞骨骨折的迷路损伤，有时可伴有迷路窗破裂。主要表现为感音神经性耳聋、耳鸣、眼震及平衡障碍，当有耳石沉积于后半规管壶腹嵴的嵴顶时，可有典型的良性阵发性位置性眩晕，常伴有脑震荡症状及精神症状。

(9) 耳带状疱疹：疱疹病毒侵犯前庭神经后表现为持续性的眩晕。

(10) 前半规管裂综合征：该病主要的临床表现为传导性聋和声音或压力诱发的眩晕，眼震方向与前半规管平面一致，颞骨薄层 CT 显示前半规管顶部骨质部分缺损。



28. 什么是梅尼埃病？

梅尼埃病，曾称“美尼尔病”，是引起周围性眩晕常见的疾病之一，发病高峰为 40 ~ 60 岁，男女发病率约 1 : 1.3，女性发病率稍高。一般单耳发病，病程后期可以出现双耳发病。本病的发病特点是反复发作性的眩晕、耳鸣、波动性听力下降，耳闷塞感。随着社会压力的增大、饮食习惯的改变以及对该疾病的认识程度的提高，梅尼埃病的发病率近年呈增加的趋势，目前发病率为 10/100000 ~ 157/100000，严重影响患者的生活质量、工作能力及身心健康。但梅尼埃病的具体发病机制尚不清楚，考虑可能与特发性膜迷路积水有关。



29. 梅尼埃病该如何治疗？

梅尼埃病需要综合治疗，减少或控制眩晕发作，保存听力，减轻耳鸣及耳闷胀感。具体治疗包括以下几个方面：

(1) 发作期的治疗：发作期以控制眩晕，缓解症状为主。给予异丙嗪、苯海拉明、地西泮等前庭抑制剂；氟桂利嗪、银杏达莫等改善微循环；利尿药和脱水药（甘露醇、呋塞米、氢氯噻嗪）治疗。除了药物治疗外，患者应尽量卧床休息，低盐低脂高蛋白饮食。

(2) 间隙期的治疗：减少、控制或预防眩晕发作，同时最大限度地保护患者现存的内耳功能。

① 生活方式：规律作息，避免不良情绪、压力等诱发因素。减少盐分摄入，避免咖啡因制品、烟草和酒精类制品的摄入。

② 药物治疗：敏使朗可以改善内耳血供，达到控制眩晕发作的目的。鼓室注射糖皮质激素（一般为地塞米松），安全、经济，且能够有效地控制眩晕发作，不会影响患者听力。对于单侧发病，年龄小于65岁，眩晕发作频繁、剧烈，保守治疗无效的三期及以上的梅尼埃病患者，可考虑鼓室注射庆大霉素（建议采用低浓度、长间隔的方式），但应知道这存在发生听力损失的风险。

（3）手术治疗：包括内淋巴囊手术、三个半规管阻塞术、前庭神经切断术、迷路切除术等。适用于眩晕发作频繁、剧烈，6个月非手术治疗无效的患者。

（4）前庭和听力康复治疗。前庭康复训练是一种物理治疗方法，适用于稳定、无波动性前庭功能损伤的梅尼埃病患者，可缓解头晕，改善平衡功能，提高生活质量。听力康复：对于病情稳定的三期及四期梅尼埃病患者，可根据听力损失情况酌情考虑验配助听器或植入人工耳蜗。

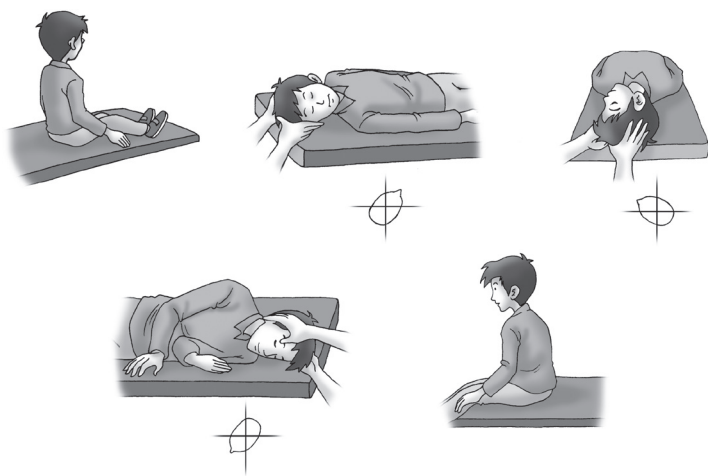


30. 什么是耳石症？

耳石症，即良性阵发性位置性眩晕，被认为由脱落的耳石颗粒在半规管管腔内移动或黏附于壶腹嵴嵴顶导致半规管对重力的敏感性异常所引起。临床上患者突然出现发作性眩晕、视物旋转，通常持续不超过1分钟，常由患者改变头位所诱发，比如躺下、床上翻身、弯腰屈身或仰视，多见于下述活动：起床、仰头取物、沐浴时洗头、系鞋带等。可同时伴有自主神经症状，如恶心、呕吐、出冷汗等。其他常见症状包括：头晕、头重脚轻、漂浮感或平衡障碍。

31. 耳石症该如何治疗？

耳石症治疗应该首选耳石复位治疗法，该方法原理是顺着半规管的方向利用重力和惯性将耳石移出半规管。此方法简单方便，效果显著。对于少数复位效果不佳或者复位后有残余症状者，配合药物治疗或者前庭习服训练可到达理想效果。特殊情况下亦可考虑手术治疗。



Epley 管石复位法

32. 所有的眩晕都能够通过耳石复位治疗吗？

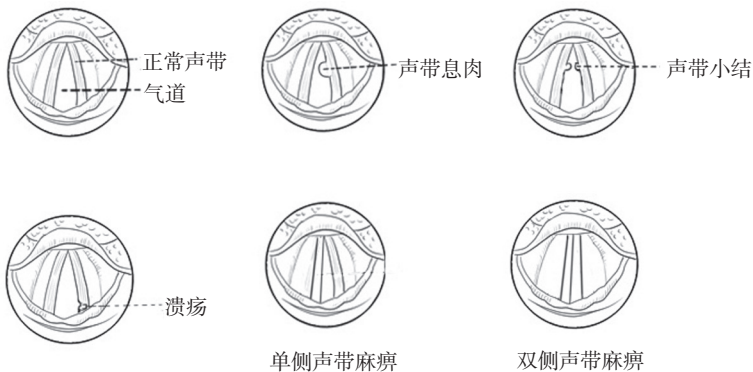
耳石复位治疗是针对诊断明确的耳石症的主要治疗方法。对于其他原因导致的眩晕无效。导致眩晕的疾病非常多，耳石症只是其中常见的一种，其他的包括梅尼埃病、前庭神经炎、迷路炎、突发性耳聋、前庭性偏头痛、后循环缺血、颅内肿瘤等。因此，出现眩晕的患者应该及时到医院进行相关检查，争取尽早明确病因，有利于医生选择最合适的治疗方案。

(三)

咽喉及颈部的常见症状有哪些

1. 声音嘶哑是病吗？

正常人说话通常不会出现声音嘶哑。大家都有经验，感冒后或者熬夜之后会出现短暂的声音嘶哑。这通常能够通过休息得到缓解。如果出现了持续性声音嘶哑，通常需要到医院就诊，以明确是否存在声带的病变。





2. 声音嘶哑是因为过度用嗓吗?

声音嘶哑的原因很多，并不是都和过度用嗓有关。一般与慢性喉炎、声带小结、声带息肉等病变和错误用嗓相关；而另外一些疾病比如声带白斑、喉癌等疾病导致的声音嘶哑则与过度用嗓没有关系。



3. 什么情况下声音嘶哑要重视?

一般感冒、熬夜之后出现短暂的声音嘶哑，可通过休息得到缓解，不用特别治疗。对于持续的、长期出现的声音嘶哑，如果还伴有其他一些症状，比如吞咽不适、咽痛等，则需要重视起来，到正规的医院进行就诊。



4. 哪些疾病会导致声音嘶哑?

声带及其周围组织的病变以及支配声带的神经发生病变均可导致声音嘶哑。具体来说，声带及其周围组织的病变可以分为良性病变、恶性病变、功能性病变。良性病变包括：先天性病变如先天性喉蹼等；炎症性病变如急慢性喉炎等；良性肿瘤性病变如声带息肉、声带小结等。恶性病变包括：喉癌、声带白斑等。功能性病变包括各种类型的发音障碍：肌紧张性发音障碍、功能性发音障碍、痉挛性发音障碍等。支配声带的神经发生病变：支配声带的神经主要是喉返神经和喉上神经，这2条神经及其周边的病变，以及更高级的中枢的病变都可以影响声带发音，比如最常见的甲状腺疾病等。所以，与声音嘶哑相关的疾病非常复杂，就诊后通常需要进行一系列的检查才能明确。

5. 药物治疗可以缓解声音嘶哑吗？

通常对于一部分良性的疾病如急性喉炎，可以通过药物治疗得到缓解。最有效的治疗是建立在明确疾病诊断的基础上的。药物治疗并非最主要的治疗方法。

6. 吞咽梗阻是病吗？

吞咽梗阻是食物受阻于咽部、食管引起的感觉，即感到吞咽费力、吞咽时间延长。病因不同、部位不同、相对应的吞咽困难的表现也不同。轻者吞咽固体食物不畅，重者饮水困难。就诊时，需要排除外咽部、食管、胸骨后病变。



7. 出现吞咽梗阻时应警惕患什么病？

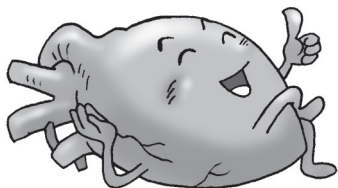
多种疾病均可表现为吞咽梗阻，最应引起重视的是肿瘤性疾病，如喉癌、下咽癌、食管癌。首先可通过电子鼻-咽喉镜明确病变是否位于喉，如喉部排除肿瘤则需进一步完善CT、核磁共振、食管镜明确病变位置。

8. 打鼾是病吗，需要治疗吗？

偶尔发生或感冒后的打鼾是无须太在意的，如果几乎每晚都打鼾、鼾声响亮或者伴有鼾声中断则需引起重视。夜间憋醒、白天嗜睡更是需要警惕是否存在阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（OSAHS），需要去医院的睡眠中心进行多导睡眠监测诊断。

经过多导睡眠监测诊断，睡眠呼吸暂停低通气指数大于 15 或者在 5 到 15 之间且伴有睡眠相关高血压、心律失常、糖尿病、日间嗜睡等症状的需要尽早治疗；睡眠呼吸暂停低通气指数小于 5 或者在 5 到 15 之间但不伴有睡眠相关症状的则暂无须治疗。目前主张对于打鼾的儿童和中青年进行积极干预治疗，而对老年患者的治疗指征可以放严格一些。具体还是要听从专业睡眠医师的建议。

睡眠中缺氧—————▶血压节律性改变



正常人群：夜间心脏得到很好的休息，血压比白天下降 5%~20%



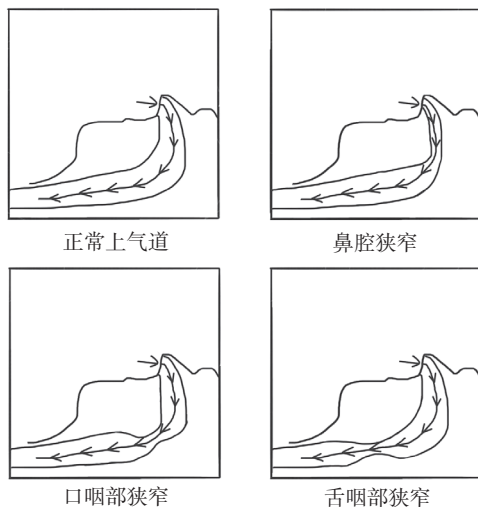
OSAHS 患者：夜间心脏为应对缺氧，必须像白天一样运作，推高血压

9. 打鼾代表“睡得香”吗，为什么会“打鼾”呢？

打鼾，在医学上被称为阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。睡眠时上气道狭窄、软组织松弛，舌根后坠或松弛等，在吸气时胸腔负压的作用下，软腭、舌坠入咽腔，紧贴咽后壁，造成上气道阻塞并产生



振动发出声响，这是引起打鼾的直接原因，其往往伴随有阻塞性睡眠呼吸暂停和低通气，以及机体不同程度的缺氧，于是大脑皮层被动的唤醒，促使气道肌肉张力恢复，重新打开气道。所以其正常的睡眠节律会被打乱，睡眠深度变浅，甚至始终处于浅睡眠的状态，表面上看睡眠时间够长，“睡得够香”，但实际上睡眠质量很差，白天仍有注意力差、嗜睡表现。



上气道阻塞示意图

表面上看睡眠时间够长，“睡得够香”，但实际上睡眠质量很差，白天仍有注意力差、嗜睡表现。



10. 打鼾的治疗方法有哪些？

目前对于成人和儿童打鼾的处理原则有较大差别。儿童打鼾的原因相对比较单纯，多因扁桃体肥大和腺样体增生，所以国内外治疗方案首选手术切除扁桃体和腺样体，效果也能达到90%以上。成人的病因较为复杂，需要专业医生根据临床症状、检查结果以及患者的自身情况制定个体化的治疗方案。体育锻炼减重、选择佩戴家用无创呼吸机、鼻腔扩容手术、咽部舌根手术、体位调节的枕头、口腔矫治器以及氧疗等都是个体化治疗时可以考虑的。



11. 儿童打鼾的原因多见于哪些疾病？

儿童打鼾的原因相对成人单纯很多，绝大多数是因过度肥大的扁桃体和增生的腺样体堵住鼻咽腔和口咽腔，出现鼻塞、张口呼吸（夜间会加重），导致睡眠打鼾。堵塞严重时鼾声比较明显。出生后，扁桃体腺样体随着年龄的增长而缓慢长大，3到5岁时开始加速增殖，青春期以后大部分人逐渐萎缩。这也是为何3到5岁为新发小儿鼾症的高峰期。



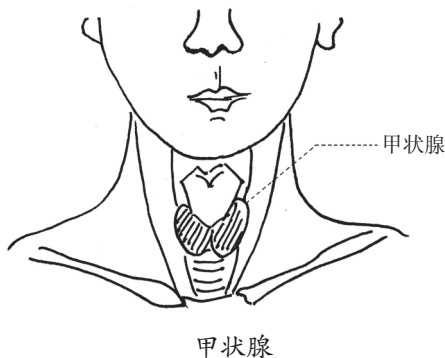
腺样体面容

12. 发现颈部包块该怎么办？

颈部包块，也称为颈部肿块，是指颈部出现了异常肿大的淋巴结或颈部出现异常的包块。颈部在人体上属于肿块的多发区域，如果发现了颈部包块，通过其位置及表现，我们可以对它大概做出一个判断。颈部包块与颈部常见疾病的关系大致如下：

如颌下、颌下或颈侧出现肿块，呈扁圆形，质中等，表面光滑，可活动，时大时小，轻度压痛（同时在口腔、咽、喉等处往往有炎症），常为慢性淋巴结炎；如伴有红、肿、热、痛等表现，则常为急性淋巴结炎。一般原发病灶消失后，急慢性淋巴结炎也会随之消失。

如肿块的位置在颈前下方气管两边，且多为单个、边界清楚、表面光滑、可以随吞咽上下活动的，那它多半是甲状腺腺瘤。当摸到一侧甲状腺增大、变硬、表面高低不平、附近还摸到肿大淋巴结时就要警惕甲状腺癌的可能性，此时需要到医院去行超声检查，必要的话还需要通过细针穿刺来确诊。



当在颈部正中、喉结上方，摸到光滑、质软且多为圆形的肿块，其可以在伸舌时随之上移（尤其是出生后即发现者），多考虑为甲状腺舌管囊肿，需要手术治疗。

如肿块位于耳垂下部，且为界限清楚、结节状、质韧、无压痛的肿块，常为腮腺肿瘤，亦可能为腺淋巴瘤或混合瘤，需要手术治疗。

当然，以上只是初步的判断，要想得到明确的诊断及治疗，还是要到医院做系统的检查。一般颈部肿块的患者，到医院后还需要进一步完善血液生化、B超、CT与MRI（核磁共振）、内镜（电子鼻咽喉镜、支气管镜、胃镜等）等各种检查；必要时还要行局部肿物的活检，如果是甲状腺肿块，必要时则行细针穿刺活检。

平时我们应当加强对于颈部肿块的防范，应注意：

（1）可自己触摸颈部，特别是颈部的两侧，如有怀疑应尽早到医院检查，争取早发现、早治疗。

（2）注意头颈部器官的不舒服的表现，如有耳闷、耳鸣、吞咽不适、异物感等症状时不要忽视，早做检查。

（3）如有恶性肿瘤家族史，更应该定期体检，及时防范。



13. 出现颈部包块有哪些原因？

颈部包块较为常见，但由于头颈部器官众多，解剖结构复杂，往往让患者不知该怎样去自我判断和诊治。这里我们就跟大家来谈谈哪些原因可出现颈部包块。一般来说，根据包块的性质不同，可将其分为炎症性病变、先天性疾病与肿瘤三大类。

炎症性病变中的急性炎症包块比较好判断，一般都有“红、肿、热、痛”这样一些急性期的表现，比如我们在临床上常见的急性淋巴结炎、颈部脓肿等，所以我们常说，能让人感觉到痛的颈部肿块，往往是情况比较好的，即炎症性的。不过也有例外，如肿瘤伴发炎症，也会让人感到疼痛。而慢性炎症和特异性炎症，比如颈部淋巴结结核，往往其急性期表现并不典型，部分人会有低热、

盗汗等结核病的症状。

先天性疾病主要包括甲状腺舌管囊肿，瘻、鳃裂囊肿，淋巴管瘤，颈下皮样囊肿和血管瘤等。多数包块在儿童或青少年期就能发现，且多表现为囊肿性疾病，比如好发部位在颈前正中的甲状腺舌管囊肿、颈侧部的鳃裂囊肿和囊状淋巴管瘤，这些多数都表现为质地较软的囊性肿块，可缓慢增大，少数也可较小，不明显，在成人后因突然增大而发现。

肿瘤在颈部包块中最为多见，按性质分为良性肿瘤和恶性肿瘤。良性肿瘤主要有：神经源性肿瘤、血管源性肿瘤及甲状腺、涎腺等器官来源的肿瘤。神经性肿瘤多见于颌下区和颈根部，一般无症状，缓慢生长，后期增大会有相应神经的压迫症状；血管源性肿瘤一般位置较深，如颈动脉体瘤、颈静脉球体瘤等，动脉性肿瘤常可于表面触摸到血管搏动。甲状腺肿瘤多位于颈前正中气管两侧，腮腺肿瘤多位于耳前、下、后部，颌下腺肿瘤位于下颌下，这些腺体的肿瘤以良性多见。恶性肿瘤又可分为原发于颈部的与其他器官转移来的，以转移性肿瘤多见（主要是转移淋巴结）。原发恶性肿瘤常见的是颈部恶性淋巴瘤、甲状腺癌、涎腺恶性肿瘤等疾病。恶性淋巴瘤多表现为多个肿块的融合，质地比较硬，活动度差而固定，有时表现与颈部淋巴结结核相似，通过影像学可予以鉴别。转移性的肿瘤多来源于头颈部，少部分来源于肺、胃、食道等胸腹部器官，多位于颈侧部。一般来说，来源于耳鼻咽喉部的转移癌多位于颈部上半部分，而甲状腺以及远处器官转移来的癌多位于颈部的下半部分。

总的来说，对于颈部包块的诊断应该从病程、包块部位及性质等各个方面综合判断。在这里我们要告诉大家的是，颈部包块

存在“三个七、四个 80%”的规律，即病程在七天的多为炎症性包块；病程在七周到七月的，多考虑是恶性肿瘤的可能；病程达到七年的，多数情况下应考虑先天性疾病，不过甲状腺乳头状癌是个例外，它可以在颈部存在多年，易被误诊。颈部包块里有 80% 的是恶性肿瘤；恶性肿瘤中 80% 是转移性肿瘤；这些转移过来的恶性肿瘤里，80% 从头面部转移而来，也就是耳、鼻、咽、喉、口腔或头皮等部位；在这些头面部转移而来的恶性肿瘤中，80% 是鼻咽癌转移来的。我们要对自己的颈部多些“关照”，一旦触及颈部包块，一定要尽早到医院耳鼻咽喉科就诊治疗，以免耽误病情。



14. 甲状腺包块该手术治疗吗？

随着超声技术的不断进步和人们健康意识及体检普及率的不断提高，甲状腺包块的检出率不断升高。多数甲状腺包块为偶然发现，并无明显临床症状。那是否只要发现甲状腺包块就要手术治疗呢？答案当然是否定的。甲状腺包块是否该手术治疗，不仅取决于包块的大小及伴随症状，更关键的是要看包块良恶性的判定。

甲状腺包块是头颈部常见疾病，女性多见。症状为颈前肿块，随吞咽活动，部分病人还会出现声音嘶哑、吞咽困难和呼吸困难。甲状腺包块种类多，根据性质分为良性和恶性。甲状腺良性包块很常见，其中甲状腺瘤约占 50%。一般无明显症状，当瘤体较大时，会因为压迫气管、食管、神经而导致呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑等症状，当肿瘤合并出血而迅速增大时会产生局部胀痛。

其他的良性包块还包括：结节性甲状腺肿、炎性结节、毒性结节性甲状腺肿、甲状腺囊肿等。一般良性包块可以保守治疗或观察，其手术适应证为：存在包块相关的局部压迫、声音改变、吞咽困难和刺激咳嗽症状；有既往体外放射史，包块进行性增大，超声结果提示有可疑的恶变倾向；此外，结节过大者，如直径大于4 cm，不管良恶性一般均建议手术治疗。

甲状腺恶性包块包括：甲状腺癌、甲状腺淋巴瘤及甲状腺转移癌等，其中以甲状腺癌最为常见。一旦明确或高度怀疑甲状腺癌时建议手术治疗，但部分甲状腺癌，如甲状腺微小癌可以考虑暂不手术，密切观察。具体是否该手术治疗需要完善相关辅助检查后综合评估。

甲状腺癌可以分为4类：（1）乳头状癌。约占成人甲状腺癌总数的70%，儿童甲状腺癌常常都是乳头状癌。乳头状癌常见于中青年女性，以21～40岁的妇女最多见。该类型分化好，生长缓慢，恶性程度低。该病有多中心性发生倾向，且可能较早出现颈部淋巴结转移，需争取早期发现和积极治疗，预后相对较好。（2）滤泡状癌。约占15%，多见于50岁左右的妇女。此型发展较快，属中度恶性，且有侵犯血管倾向。颈淋巴结转移仅占10%，因此预后不如乳头状癌。（3）未分化癌。约占5%～10%，多见于老年人，发展迅速，高度恶性，且约50%早期便有颈部淋巴结转移，或者侵犯喉返神经、气管或食管，常经血运向远处转移。预后很差，平均存活3～6个月，1年存活率仅5%～10%。（4）髓样癌。少见。发生于滤泡旁细胞（C细胞），可分泌降钙素。其生物学特性与未分化癌不同。恶性程度中等，可有颈淋巴结转移和血运转移。



15. 甲状腺切除术后需要长期吃药吗？

甲状腺是人体最大的内分泌腺体，其主要功能是合成甲状腺激素，调节机体代谢。部分甲状腺疾病需要手术治疗，切除部分甚至全部甲状腺腺体，手术后是否服用甲状腺素片（如优甲乐）是由疾病性质、手术切除甲状腺范围、剩余甲状腺体积和恢复情况所决定的。因此不是所有的甲状腺术后都需要长期服用甲状腺素维持治疗。

需要术后长期服用药物的情况如下：（1）良性甲状腺疾病患者由于手术切除了 2/3 以上的甲状腺并出现甲状腺功能减退，引起甲状腺素的分泌大量减少，一定要通过口服甲状腺素维持治疗；（2）分化型甲状腺癌（乳头状甲状腺癌和滤泡状甲状腺癌）术后的患者，一般此类患者都会切除甲状腺（全部切除或者保留少部分甲状腺）。切除后甲状腺整体的数量和质量就会明显降低，甲状腺功能进而降低，人体就会缺乏甲状腺激素。为了保证人体每天的需要，就必须每天额外补充人工合成的甲状腺激素，以弥补人体甲状腺激素生产的缺乏。



16. 甲状腺疾病术后声音嘶哑了怎么办？

甲状腺疾病若有需要手术治疗的病人，医生往往会在术前让病人做一个喉镜检查以明确声带情况。部分病人甲状腺手术术后，声音出现了嘶哑的情况，这都是为什么呢？其实，都是喉返神经“惹的祸”。

喉返神经左右各一，由迷走神经发出，左侧绕主动脉弓，右侧绕锁骨下动脉，在环甲关节的地方入喉，支配声带的运动。一旦喉返神经受到损伤，声带就运动不好，出现声带麻痹，声门关闭不严，从而导致声音嘶哑。甲状腺术后的声音嘶哑临床上可区分为永久性和暂时性。暂时性喉返神经损伤常常是由于术中喉返神经受到钳夹、过分牵拉、喉返神经解剖过度致神经缺血水肿等原因所致。暂时性喉返神经损伤可在医生指导下，给予神经营养及消肿治疗，一般可在术后3~6个月内恢复。而永久性的喉返神经损伤需二期手术减压或重建，一般最佳修复期不应超过术后3个月。



17. 腮腺肿块手术后嘴巴歪了、眼睛闭不上是怎么回事？

腮腺肿块是耳鼻咽喉头颈外科诊治的常见疾病之一，手术治疗是主要治疗方式，良性肿瘤一般采取腮腺浅叶切除术，恶性肿瘤则需要做腮腺全切除术。术后有些病人会发现，嘴巴怎么歪了？眼睛用力闭也闭不上，这是为什么呢？

我们需要知道，面神经穿行于腮腺组织内，然后分为5个分支支配面部肌肉运动。在腮腺手术中，面神经很容易受到牵拉或者误切、误扎而损伤，从而影响面部表情运动，如出现嘴巴歪斜，鼓腮漏气、闭眼障碍等。面神经及其分支损伤也分为暂时性与永久性，暂时性可以通过治疗恢复，永久性只能考虑神经重建或早期减压。

四

耳鼻喉常见疾病及
防治



(一)

你了解过敏性鼻炎吗

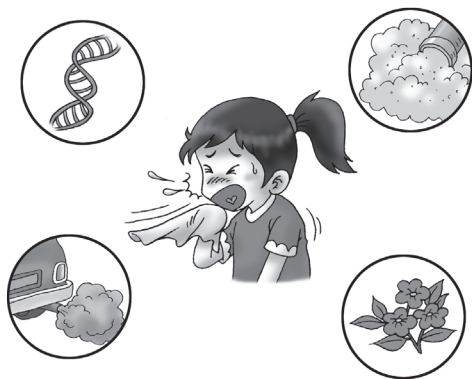
1. 什么是过敏性鼻炎？

过敏性鼻炎也称为变应性鼻炎，是发生在鼻黏膜的变态反应性疾病，以鼻痒、打喷嚏、流清涕为主要表现，以鼻黏膜苍白、水肿为主要体征，它在普通人群中的患病率为10%~25%。临床上可分为常年性过敏性鼻炎和季节性过敏性鼻炎。过敏性鼻炎好发于过敏体质的人，有一定的遗传倾向。虽然过敏性鼻炎不会致命，但它影响人们的生活质量，并且是哮喘发病的危险因素之一，可诱发、加重哮喘。

2. 为什么会得过敏性鼻炎，哪些人易患过敏性鼻炎？

过敏性鼻炎是由于易感个体接触到过敏原后，发生在鼻黏膜的变态反应性疾病。过敏性鼻炎的发生与遗传因素、个人体质以及生活的环境有关。目前认为过敏性鼻炎是环境因素和遗传因素共同作用引起的一种炎症性疾病。

过敏性鼻炎有一定的遗传倾向，若家族中有人患有过敏性疾病，如：过敏性鼻炎、过敏性哮喘、湿疹、药物食物过敏等，那么患过敏性鼻炎的概率就会增加。若出现鼻痒、打喷嚏、流清涕等症状，建议到耳鼻咽喉科就诊，并行过敏原皮肤点刺试验或特异性免疫球蛋白 E（IgE）检测进一步明确诊断。



❓ 3. 自己如何判断是过敏性鼻炎还是普通感冒？

普通感冒和过敏性鼻炎都会出现鼻塞、流清涕、打喷嚏等症状，但两者是有区别的，自己可以根据以下问题初步判断，最终还是需要医生确诊。

（1）你有发烧吗？

感冒：可能会出现发烧；

过敏性鼻炎：不会引起发烧。

（2）你有眼睛、耳朵及鼻子痒吗？

感冒：一般没有；

过敏性鼻炎：通常会有。

(3) 你的症状是否持续 7 ~ 10 天或以上?

感冒: 通常不会超过 7 ~ 10 天;

过敏性鼻炎: 症状可持续数周或数月、数年。

(4) 你的症状有季节性吗?

感冒: 没有季节性;

过敏性鼻炎: 每年同一时间会出现鼻炎症状。

(5) 是否伴有乏力、肌肉痛、头痛、咽痛、胃肠道不适等全身症状?

感冒: 通常有;

过敏性鼻炎: 一般没有。



4. 过敏性鼻炎会传染吗?

过敏性鼻炎是由于易感个体接触到过敏原后, 发生的鼻痒、打喷嚏、流清涕等症状, 是过敏性疾病, 不是传染病, 因此不会传染给他人。



5. 过敏性鼻炎容易伴发哪些疾病?

(1) 过敏性鼻炎与哮喘。呼吸道包括鼻腔—咽腔—喉腔—气管—支气管—肺。支气管哮喘是一种常见病, 常常反复发作、经久不愈, 病情严重者可危及生命。过敏性支气管哮喘的发病机制是外界或人体内存在的某些过敏原引起支气管高度敏感性, 导致支气管发生广泛的可逆性痉挛、狭窄。过敏原主要是吸入性过敏原, 如花粉、尘螨、柳絮等。过敏体质的人首次吸入这些过敏原后机体可产生相应抗体, 当再次吸入相同过敏原时, 过敏原与机体内

特异性抗体结合发生过敏反应，即表现为发作性带有哮鸣音的呼吸困难。

过敏性鼻炎与哮喘发病机制相似，根据“同一气道，同一疾病”的观点，二者具有极大的相关性。临床研究显示，过敏性鼻炎患者的哮喘发病率高达40%，同时80%哮喘患者合并有过敏性鼻炎，过敏性鼻炎经过治疗后，哮喘发作频率以及严重程度也会降低。故过敏性鼻炎与哮喘是两个看似独立但又有着密切关联的气道炎症性疾病。有过敏性鼻炎的病人要检查有无哮喘，有哮喘的病人要评估有无过敏性鼻炎；在治疗上也要二者兼顾，协同治疗。

(2) 过敏性鼻炎与过敏性皮炎、过敏性结膜炎。过敏是一种全身性疾病，有过敏性体质的人容易患各种过敏性疾病。过敏性鼻炎患者常常伴发过敏性皮炎、过敏性结膜炎等。过敏性鼻炎是鼻腔黏膜的炎症反应，表现为打喷嚏、流清涕、鼻痒。过敏性皮炎表现为皮炎、荨麻疹、湿疹等，有皮肤红肿、瘙痒、风团等体征。过敏性结膜炎临床表现为眼痒、流眼泪等，检查可见结膜红肿。

有过敏性鼻炎的患者一定要评估有无全身其他过敏性疾病，如过敏性结膜炎、过敏性皮炎等，在治疗上也要协同兼顾，具有全身整体理念。



6. 过敏性鼻炎能否根治，哪些药物可以治疗过敏性鼻炎？

目前，过敏性鼻炎尚无法完全根治，但通过规范化的综合防治，可以达到并维持临床控制。因此，我们建议患者一旦患病应及时就医，在专科医生指导下进行规范的治疗，并建立良好的生活方式，

使症状得到有效控制，从而提高生活质量。

治疗过敏性鼻炎的常用药物包括口服或鼻用糖皮质激素、抗组胺药、白三烯受体拮抗剂等，各类药物的作用机理不同，在不同环节控制过敏性鼻炎的症状。对过敏性鼻炎患者，建议在专科医生的指导下进行个体化治疗，根据具体病情选用不同药物单用或联合治疗。最近临床研究发现，鼻腔冲洗也是过敏性鼻炎的有效治疗方式之一，通过冲洗不仅可冲掉鼻腔黏膜表面过敏原，也可减少鼻腔黏膜的水肿。

7. 得了过敏性鼻炎，该到医院做哪些检查？

患过敏性鼻炎，须完善相关检查及进一步评估，明确诊断，选择合适的治疗方法。

第一，需完善过敏原皮肤点刺试验 / 血清过敏原特异性 IgE 检测。目的是查找和明确过敏原，避免以后接触。对于成年人未曾服用过抗过敏药物、不合并皮肤病等其他疾病者，首选过敏原皮肤点刺试验，该检查方便易行、出结果快。对于合并严重皮肤病、近期服用过抗过敏药物的成年人，首选血清过敏原特异性 IgE 检测。对于小儿，如过敏原皮肤点刺检查难以施行，可选择血清过敏原特异性 IgE 检测。



第二，需完善电子鼻咽镜检查。目的是评估鼻腔、咽腔、喉腔有无因长期炎症刺激形成息肉、囊肿等。

第三，需完善肺功能及支气管激发 / 舒张实验。目的是评估下气道炎症，有无合并哮喘。过敏性鼻炎与哮喘常常伴发。



8. 如何避免接触过敏原，预防或减少过敏性鼻炎的发作？

避免接触过敏原是过敏性鼻炎治疗和预防的重要部分。过敏体质的患者，建议做相应的防护措施。

(1) 避免接触尘螨过敏原：寝具，如床垫、枕头、棉被、被单等应选用低致敏性的合成材料制品，用热水勤洗勤换，定期在阳光下暴晒，以避免尘螨滋生；勿使用地毯或软垫，建议使用瓷砖或木质地板；勿存放旧报纸及杂志，书柜及陈列柜应常关闭。

(2) 避免接触花粉过敏原：花粉飘洒季节，户外花粉值高，应该尽量减少外出；避免在草地上活动；在花圃田地工作时戴上防尘面罩；室内避免放置鲜花。

(3) 避免接触霉菌过敏原：清除有霉味的地毯和衣物；保持室内干爽及通风；切勿把潮湿衣物放入柜内存放。

(4) 避免接触皮毛过敏原：对动物皮毛过敏的患者应避免饲养宠物和接触动物过敏原。

(5) 防护口罩、鼻腔冲洗及过敏原阻隔剂：防护口罩可减少外界过敏原进入鼻腔；鼻腔冲洗可减少鼻腔内的过敏原；鼻腔喷用过敏原阻隔剂可减少过敏原接触鼻黏膜。

9. 儿童可以使用鼻用糖皮质激素吗？

糖皮质激素具有抗炎、抗变态反应的作用，可有效缓解鼻塞、流涕和喷嚏等症状。临床研究表明，鼻用类固醇皮质激素全身吸收少，具有良好安全性，且数周使用推荐剂量的鼻用类固醇皮质激素对儿童生长发育无明显影响，但具体使用的种类及使用方式应遵从医嘱。儿童使用鼻用糖皮质激素推荐的最小年龄为3岁。

10. 过敏性鼻炎为何需要冲洗鼻腔？

鼻腔冲洗能够清除鼻腔内残留的过敏原，减轻鼻黏膜水肿，从而改善过敏性鼻炎患者的鼻部症状，提高生活质量，降低气道炎症。鼻腔冲洗与鼻用激素联合使用可取得更好的效果。冲洗液和冲洗方法应遵从医嘱。



鼻腔冲洗

11. 过敏性鼻炎的治疗方法有哪些？

过敏性鼻炎的主要治疗方法包括：环境控制、药物治疗、免疫治疗、手术治疗、健康教育等，各种治疗方法相互联系，医生会根据具体病情确定防治方案。

12. 过敏性鼻炎能否手术治疗？

过敏性鼻炎以药物治疗为主，当患者合并有鼻中隔偏曲、鼻息肉或下鼻甲肥大等情况影响鼻腔通气时，可通过手术治疗改善

患者鼻腔通气,有利于过敏性鼻炎的治疗和缓解症状。此外也可进行翼管神经切断术、高能超声聚焦刀(HIFU)等减敏方法控制过敏性鼻炎。

13. 脱敏治疗是什么?

脱敏治疗,又称过敏原特异性免疫治疗,主要通过患者反复接触过敏原,剂量由小到大,浓度由低到高,从而提高患者对该种过敏原的耐受性,当再次接触此种过敏原时,过敏现象得以减轻或不再产生过敏现象。脱敏治疗是“对因”治疗,疗效维持时间长,能改变过敏体质,可预防并减少过敏性疾病的发展,在过敏性鼻炎治疗体系中占据重要地位。目前脱敏治疗是过敏性鼻炎的一线治疗方案,常采用皮下注射和舌下含服两种方式。

14. 脱敏治疗有哪些不良反应?

脱敏治疗虽然是过敏性鼻炎的一线治疗方案,但也存在不良反应,包括局部不良反应和全身不良反应。局部不良反应如注射部位的瘙痒、红肿、皮肤硬结,全身不良反应如荨麻疹、哮喘发作、腹痛/呕吐,最严重的情况可能出现过敏性休克。因此脱敏治疗前要做好医患沟通,治疗过程中要严密观察有无不良反应。

15. 哪些情况适宜脱敏治疗?

目前我国过敏性鼻炎脱敏治疗的适应证为:(1)诊断明确、对尘螨过敏的过敏性鼻炎患者,其症状由接触过敏原诱发,且无法避免接触过敏原;(2)致敏过敏原数量为包括尘螨在内的2~3种,

最好是单一尘螨过敏原过敏患者。尤适用于：（1）抗组胺药物和中等剂量以上局部糖皮质激素治疗不能有效控制症状者；（2）药物治疗引起不能接受的不良反应者；（3）对长期使用抗过敏药物（如糖皮质激素）有顾虑或不能坚持长期持续用药者。目前脱敏治疗为过敏性鼻炎的一线治疗方案，适用于5~60岁主要由尘螨导致的过敏性鼻炎患者。

16. 脱敏治疗需多长时间？

一般脱敏治疗需要3年左右时间。

17. 脱敏治疗中应注意什么问题？

根据医务人员建议的时间规律进行脱敏治疗，不要擅自中断或者更改治疗时间；皮下脱敏治疗患者每次注射完后需要观察半小时，观察期间不要离开诊室；儿童接受治疗时必须要有家长陪同；离开诊室之前告知医务人员，并做评估及记录；注射之前注意休息，不要过度疲劳；注射当天不要剧烈运动或大量饮酒，以免诱发不良反应；脱敏治疗期间有任何不适要及时与医务人员联系。

18. 过敏原检查中皮肤点刺试验与血清过敏原特异性IgE检测的优点？

皮肤点刺试验为过敏原体内实验，在临床应用过程中更具有操作方便、省时、价格便宜的优点；血清过敏原特异性IgE检测适用于任何年龄的患者，且不受皮肤条件的限制，也无须提前停用抗组胺药和其他一些对皮试有影响的药物。



(二)

你了解药物性鼻炎吗



1. 什么是药物性鼻炎？

药物性鼻炎是一类特殊类型的慢性鼻炎，主要是因鼻腔局部用药不当或长期全身用药引起的鼻腔黏膜功能严重受损而导致的鼻炎。其主要症状为双侧持续性鼻塞，可有鼻内干燥不适。严重者可出现萎缩性鼻炎、鼻息肉、鼻窦炎及中耳炎等并发症。



2. 引起药物性鼻炎的原因有哪些？

药物性鼻炎的产生最主要的原因因为鼻腔局部药物的乱用，严重损害鼻腔黏膜功能。最常见的原因因为血管收缩剂在鼻部过量、无规律使用。比如患者因鼻阻塞、呼吸不畅，长期使用滴鼻药如麻黄素、鼻通、滴鼻净类药物。这些药物最初效果良好，鼻阻塞缓解明显，但随着黏膜功能的逐渐减退及药物耐受，药物剂量逐渐加大，效果越来越差，最终造成药物性鼻炎。

还有些全身性用药可引起鼻阻不适等鼻炎表现。如：

(1) 雾化吸入药物：因咽喉炎、哮喘长期应用缓解症状的气雾剂，造成鼻-肺反射综合征，出现鼻咽堵塞、憋气的表现。

(2) 抗高血压药物：长期服用利血平、胍屈嗪、胍乙啶、哌唑嗪类药物，以及治疗高血脂、动脉硬化的药物，部分患者可出现鼻塞不适。

(3) 心血管类药物：长期使用普萘洛尔类药物及心血管扩张剂，造成鼻-心反射综合征，可表现为鼻塞胸闷、心慌气短、心律不齐。

(4) 性激素药物：因性功能减退或某些病变长期应用此类药物，可出现鼻塞、髋关节疼痛等症状。

(5) 其他减肥药物、抗抑郁药物、阿司匹林及止痛药等长期使用，也可出现鼻塞等症状。



3. 哪些信号提示得了药物性鼻炎？

有长期应用鼻血管收缩剂或血管收缩药物的病史，连续应用10天以上；自觉使用滴鼻剂的效果越来越差，所需用量越来越大、滴鼻次数越来越多；双侧持续性鼻塞，可伴有鼻内干燥不适、张口呼吸等。这些病史及症状提示您可能患上了药物性鼻炎。



4. 药物性鼻炎有哪些危害？

药物性鼻炎除了鼻塞、张口呼吸、打鼾、头痛等不适外，还可出现萎缩性鼻炎、鼻息肉、鼻窦炎及中耳炎等并发症。鼻腔使

用血管收缩剂还可产生全身副作用，引起高血压、蛛网膜下腔出血、脑出血、脑血管痉挛等，也可出现鼻、咽、喉的过敏反应。

5. 得了药物性鼻炎怎么办？

得了药物性鼻炎，首先应立即停用血管收缩剂类滴鼻药或更换全身用药。鼻腔局部使用生理盐水或海水洗（喷）鼻，查找并治疗原发病。若药物性鼻炎药物治疗效果差，鼻甲肥大，鼻阻影响生活质量，可考虑鼻内镜下等离子微创治疗。

6. 怎样预防药物性鼻炎？

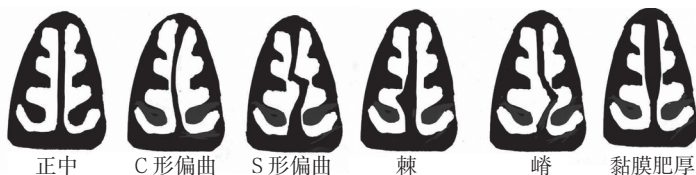
- (1) 注意鼻腔局部的用药原则以及用药时间。
- (2) 加强劳动防护，避免或减少接触有害气体、粉尘。
- (3) 平时注意加强体质锻炼，患急性鼻炎时，应注意休息，积极治疗。
- (4) 慢性单纯性鼻炎可短期使用麻黄素滴鼻，注意掌握滴鼻方法和滴鼻时间。
- (5) 勿长期使用鼻腔减充血剂，如麻黄素、滴鼻净等，一般不超过7天，最长不超过10天。
- (6) 滴鼻药要在医生的指导下选用，不要自行购买及使用。

(三)

你了解鼻中隔偏曲吗

1. 什么是鼻中隔偏曲？

鼻中隔相当于两侧鼻腔中间的“墙”，由软骨和骨质共同构成，将鼻腔分为左右二腔。鼻中隔偏曲是指鼻中隔向一侧或两侧弯曲，或鼻中隔一侧或两侧局部突起，引起一侧鼻腔相对狭窄，导致鼻腔、鼻窦生理功能障碍并产生症状（如鼻塞、鼻出血、外鼻畸形等）。事实上约 90% 的人鼻中隔都有不同程度的偏曲，大部分人没有症状，称为生理性鼻中隔偏曲，一般在体检时发现，不需要特殊治疗。如果患者出现鼻阻塞、反复鼻出血、头痛等症状，应该去医院耳鼻喉科就诊，检查是否存在病理性鼻中隔偏曲。





2. 鼻中隔偏曲对生活有什么影响？

鼻中隔偏曲可以引起鼻塞、鼻出血、头痛等症状，影响人们的工作、学习和生活。如果患者反复出现鼻出血会引起失血性贫血，从而出现相应症状。此外，鼻中隔偏曲可导致鼻部狭窄、鼻窦通气引流障碍、呼吸不畅，引起鼻窦炎、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征等疾病，若机体严重缺氧还可诱发高血压、冠心病、脑梗、心绞痛、中风等严重器质性疾病。部分患者还可出现头痛，表现为偏头痛样症状，鼻腔阻塞加重时头痛也加重。



3. 患鼻中隔偏曲无症状时需要治疗吗？

大部分人都会有轻微的鼻中隔偏曲，若无症状可以密切观察，定期检查。若出现鼻塞、鼻出血、头痛等症状应及时就诊。



4. 鼻中隔偏曲的治疗方式有哪些？

如果鼻中隔偏曲出现鼻塞、鼻出血、头痛、脓涕等症状，应尽早治疗。治疗方式有：（1）药物治疗。可暂时缓解患者症状。（2）手术治疗。手术矫正是目前治疗鼻中隔偏曲最有效的方法，目前多采用鼻内镜下鼻中隔成形术。手术在矫正畸形的同时尽量保留或维持软骨以及骨性支架的支撑作用，恢复鼻中隔应有的生物力学支撑性，避免后续性鼻背塌陷等并发症的发生。若同时合并有外鼻畸形，可考虑同期行鼻腔外鼻整体成形术。

5. 鼻中隔偏曲什么情况下才考虑手术治疗？

鼻中隔偏曲如果没有明显症状可以不用治疗，如果出现了下列症状或影响面部美观则应考虑手术治疗，这些症状包括：（1）持续性鼻塞；（2）反射性头痛；（3）诱发慢性鼻-鼻窦炎，出现脓涕、嗅觉减退等症状；（4）反复鼻出血；（5）外鼻畸形影响美观。



6. 多少岁可以做鼻中隔偏曲手术？

鼻中隔偏曲如果需要手术治疗的话，一般建议患者 18 岁以后手术，若患者未满 18 岁但鼻中隔偏曲诱发鼻窦炎、反复鼻出血、明显头痛等情况，明显影响学习生活，且药物治疗效果欠佳的话，可以适当提前手术，但应尽量减少损伤。小于 14 岁的小儿，鼻中隔骨质和软骨尚未发育成熟，不建议行鼻中隔手术。



7. 鼻中隔偏曲手术治疗后会再次偏曲吗？

鼻中隔偏曲手术治疗后一般不会再次偏曲，但在鼻外伤、鼻腔鼻窦巨大息肉或肿瘤压迫等情况下可能导致再次偏曲。



8. 鼻中隔偏曲手术治疗后鼻子会塌陷吗？

目前鼻中隔偏曲手术多采用鼻内镜下鼻中隔成形术，该手术是一种损伤小、安全、可靠、非常成熟的微创手术，术后一般不会出现外鼻塌陷，极少数鼻中隔高位偏曲的患者为了彻底矫正偏曲的骨质可能会出现外鼻塌陷，但发生概率非常低。

(四)

你了解鼻 - 鼻窦炎吗

1. 什么是鼻 - 鼻窦炎?

鼻窦炎多与鼻炎同时存在，故称之为鼻 - 鼻窦炎，是指鼻腔、鼻窦的炎症。鼻腔和鼻窦表面所覆盖的黏膜组织是相延续的，所以当鼻窦黏膜因感染、过敏等因素出现炎症性改变时，鼻腔黏膜也常被波及。但是鼻腔黏膜的炎症不一定波及鼻窦，故鼻炎不一定有鼻窦炎。真菌或细菌的感染、过敏反应、鼻部的解剖结构异常等均是导致鼻 - 鼻窦炎的常见原因。

2. 急慢性鼻 - 鼻窦炎有哪些不适表现?

按照病程持续时间长短，鼻 - 鼻窦炎可分为急性和慢性。急性鼻 - 鼻窦炎病程不超过 3 个月，常表现为鼻塞、脓涕、头痛，同时还伴有畏寒、发热等全身不适，类似于我们常说的“感冒”；慢性鼻 - 鼻窦炎病程超过 3 个月，多表现为鼻塞、黏脓性鼻涕、头部闷胀感、闷痛和嗅觉减退，少有全身不适。当同时伴有过敏时，还会出现喷嚏、眼痒、咽喉痒等不适。

3. 如何判断自己是否得了鼻 - 鼻窦炎？

鼻窦包括额窦、上颌窦、筛窦和蝶窦，这些鼻窦黏膜发炎统称为鼻 - 鼻窦炎（鼻窦炎）。鼻窦炎是一种非特异性炎症，主要表现为鼻塞、流脓涕、头痛、嗅觉下降等。若出现上述症状应当及时到耳鼻咽喉科就医，明确诊断。

4. 如何初步判断自己得的是鼻炎还是鼻窦炎？

鼻腔是前后鼻孔之间的一个通气道，鼻腔内的黏膜炎症就是鼻炎；而鼻窦则是鼻腔周围，颅骨与面骨内的含气空腔，每个鼻窦都有一个开口通向鼻腔，鼻腔的黏膜炎症蔓延至鼻窦的黏膜就成了鼻窦炎。鼻炎多表现为鼻阻、鼻痒、鼻干、喷嚏和流清涕等；鼻窦炎除了鼻炎的症状，可有头痛、黏脓涕、嗅觉下降等。要明确诊断还需进一步行鼻内镜检查或 CT 检查等。

5. 为什么咳嗽久治不愈与慢性鼻 - 鼻窦炎有关？

鼻窦通过狭窄的开口与鼻腔相通。若炎症使开口阻塞，封闭的鼻窦腔内会慢慢积脓，脓鼻涕向后倒流至咽喉和气管，可产生异物感，我们身体会反射性咳嗽，把鼻涕咳出来，表现为“咳嗽”。若鼻窦



炎经久不愈而长期刺激，可继发慢性炎症，造成支气管炎或痉挛，甚至咳喘；同时也影响鼻黏膜的形态功能，加重鼻窦的炎症，形成恶性循环。因此，咳嗽久治不愈要想到是慢性鼻-鼻窦炎的可能。

6. 鼻窦炎可以引起慢性咽喉炎吗？

鼻窦炎的主要症状有流脓涕、鼻塞、头痛、嗅觉下降等，鼻塞、流脓涕为主要症状之一。若鼻塞导致长期张口呼吸或脓液流至咽喉部刺激局部黏膜可引起炎症反应，所以鼻窦炎也可引起慢性咽喉炎。对于慢性咽喉炎治疗效果欠佳的患者，医生会检查患者是否有鼻窦炎，针对病因进行治疗。

7. 慢性鼻-鼻窦炎反复发作有哪些危害？

慢性鼻-鼻窦炎的病程较长，经常会出现鼻阻、流脓涕、头痛、嗅觉下降、记忆力减退等症状，给生活和工作带来诸多不便。反复发作可诱发其他鼻部疾病，如鼻息肉、鼻甲肥大等；炎症向周围扩散，可导致周围组织的感染，如导致咽鼓管功能下降，产生耳闷塞感、分泌性中耳炎；长期对咽部刺激会引起扁桃体炎、慢性咽喉炎、刺激性咳嗽，合并过敏者还可诱发哮喘发作；甚至可能波及眶内视神经，导致视力下降或失明；若炎症感染持续加重，脓液侵蚀骨质，还可诱发颅内感染。

8. 鼻窦炎引起的头痛有什么特点？

鼻窦炎引起的头疼通常是因为窦内黏膜肿胀及窦内压力增加

所致。因此，疼痛不仅限于鼻窦处，常反射至头部其他各处，一般多为钝性的、不明显的疼痛、胀痛，或为头部沉重感，如头胀、头昏等。鼻窦炎引起的头痛常有下列特点：（1）头痛常伴鼻塞、流脓涕与嗅觉减退等鼻部症状；（2）头痛多有时间性或固定部位，如白天重，夜间轻，而且多为单侧性，若为两侧亦必有一侧较重，头痛部位依据受累鼻窦而相对较固定；（3）休息、鼻腔通气改善后头痛可减轻，咳嗽、用力及低头弯腰时头痛可加重；另外，吸烟、饮酒、情绪激动时亦可加重头痛。

此外急性鼻窦炎的头痛特点与鼻窦炎的位置有关，不同部位的急性鼻窦炎头痛表现不一。急性上颌窦炎常会出现患侧面颊部、前额部疼痛，在站立或午后头痛加重，平卧位时头痛可减轻。急性额窦炎引起的头痛特点较为明显，初期可表现为全头痛，之后逐渐局限于前额部，并有明显的时间规律，晨起后开始头痛，近中午时头痛达高峰，程度十分剧烈。随着脓性分泌物排出，午后头痛减轻，至晚间完全消除，次日又重新出现。急性筛窦炎头痛程度一般较轻，位置多在两眼之间及眶内上角，有反射痛。急性蝶窦炎的疼痛位于眼球深部，可反射至头顶中央和后枕部，严重者可伴有头昏和眩晕，常以午前重，脓液排出后头痛即减轻。



9. 为什么鼻窦炎会引起耳朵不适？

人体的中耳腔与鼻咽部借咽鼓管相通。咽鼓管有两个开口，一为鼓室口，开口于中耳腔；另一为咽口，开口于鼻咽部的外侧壁。正常人在做吞咽、打哈欠等动作时，借助肌肉的作用，咽口开放，以调节中耳腔内空气的压力，保持鼓膜内外压力的平衡。当患者

急性鼻窦炎或慢性鼻窦炎急性发作时，鼻腔的脓性分泌物会流入鼻咽部直接刺激咽鼓管的黏膜使其肿胀，病菌亦可能经咽鼓管的开口传入中耳腔。如果擤鼻不当，常会使鼻腔分泌物直接侵入中耳腔，造成急性中耳炎的发生，出现耳痛、听力下降、耳鸣等症状。若在急性期治疗不当，中耳炎长久不愈，则会迁延为慢性化脓性中耳炎，出现耳流脓、听力下降等症状。

当急性鼻窦炎伴发急性中耳炎时，多先有鼻塞、流涕、头痛、发热等症状，继而发生耳痛。鼓膜穿破后疼痛减轻，耳流脓症状随之出现。慢性化脓性中耳炎常随鼻部病变的轻重而变化。鼻病急性发作时，耳内流脓量增多；而鼻部的症状消退，耳流脓则减少或停止。因而，对起因于鼻窦炎的中耳炎患者，除积极治疗中耳的炎症外，还需要注重对鼻病的治疗。

10. 慢性鼻 - 鼻窦炎的治疗方法有哪些？

慢性鼻 - 鼻窦炎的治疗主要包括以下两方面：（1）药物治疗。①抗炎药物：包括糖皮质激素、大环内脂类药物，如糠酸莫米松鼻喷雾剂、罗红霉素胶囊等；②抗菌药物：慢性鼻 - 鼻窦炎合并急性感

染时可选用抗菌药物进行治疗，如头孢类抗生素；③黏液促排剂：可改善分泌物性状使其易于排出，如桉柠蒎肠溶胶囊等；④抗过敏药：患者合并过敏性鼻炎或哮喘时可应用抗过敏药物，如氯雷



他定片、孟鲁司特钠咀嚼片等；⑤其他：如中药、减充血剂、鼻腔冲洗等。（2）手术治疗：对于药物治疗效果欠佳、出现眶内或颅内并发症、合并鼻息肉或鼻中隔偏曲等情况时可考虑手术治疗。



11. 急性鼻 - 鼻窦炎可以手术治疗吗？

急性鼻 - 鼻窦炎是鼻窦、鼻腔黏膜的一种急性化脓性炎症，常继发于急性鼻炎，多由上呼吸道感染引起，细菌与病毒感染可同时并发。患者常常有畏寒、发热、鼻塞、流脓涕、嗅觉障碍、头痛等表现。急性鼻 - 鼻窦炎以药物治疗为主，不首选手术治疗，但是当药物控制不满意或出现眼部或头颅等急性并发症时，可行鼻内镜手术，局部引流，改善或缓解症状。



12. 患慢性鼻 - 鼻窦炎用鼻用激素合适吗？

鼻用局部糖皮质激素具有强大的抗感染、抗水肿效应，通过鼻部局部吸收，全身副反应小，无论病因是感染性的还是变态反应性的，对于慢性鼻 - 鼻窦炎，鼻用激素均为一线用药，主张积极使用。目前临床上常用的鼻用局部糖皮质激素包括布地奈德、丙酸氟替卡松、糠酸莫米松、曲安奈德等喷雾剂。



13. 长期使用鼻用类固醇激素会有不良反应吗？

鼻用类固醇（糖皮质）激素是目前治疗各种鼻炎、鼻窦炎的重要药物，它具有抗炎、抗过敏和减轻水肿等作用，能够促使病变的鼻腔黏膜逐渐恢复至正常。

但是临床上不少人对应用糖皮质激素有顾虑，认为糖皮质激素的副作用大，易发胖等，因此不乐意接受糖皮质激素治疗。其实，大家所认识或者所了解的有关激素的知识大多数可能基于全身糖皮质激素的应用（注射或口服），而鼻用喷雾激素类药物是局部用药，其剂量相对全身用药来说是非常少的，而且主要是局部起作用，真正全身被利用的药物很少，有的鼻用糖皮质激素全身利用度不到0.1%。因此，鼻用糖皮质激素喷雾对全身基本上无明显影响。

当然并不是说鼻用糖皮质激素没有任何副作用，有少数病人使用后可能出现鼻腔干燥和鼻出血等局部不良反应，极少数病人在长期使用鼻用糖皮质激素后有出现鼻中隔穿孔的风险。对此，前者可应用一些鼻用的油剂减轻或缓解副作用，后者多半与喷雾方法不正确有关。建议在医生的指导下应用。



14. 为什么鼻用激素要早上使用？

研究表明，人体自身激素的分泌主要集中在每晚下半夜，在凌晨4点达高峰，依靠自身生物反馈调节。当体内激素消耗到很低水平时才会激发下丘脑活动，分泌促皮质激素，促皮质激素再作用于相应的靶器官分泌各自的激素。早晨喷激素类药物与体内激素分泌时间相对一致，这样即使长期反复使用对自身激素分泌也不至于产生抑制，从而大大减少副作用。

当然对鼻塞特别严重的患者，晚上可加喷一次，特别是一些合并有哮喘的孩子，易在夜间发作，因夜间体内自身激素水平最低，这时喷入或吸入激素对预防哮喘发作有一定作用。



15. 慢性鼻 - 鼻窦炎手术治疗可以根治吗？

慢性鼻 - 鼻窦炎是鼻腔、鼻窦黏膜的慢性炎症性疾病，各种原因（慢性炎症、过敏、解剖畸形）导致的鼻腔、鼻窦引流障碍，分泌物潴留，长期炎症刺激又加剧黏膜炎性反应，产生恶性循环。那手术治疗可以根治吗？答案是否定的。手术的目的是尽量纠正解剖畸形，开放狭窄或畸形窦口，清除鼻腔、窦腔内病变，从而改善鼻腔和鼻窦通气、引流，为炎症的消退创造有利条件，更利于药物疗效的发挥。但环境中的细菌、病毒等可再次侵袭，污染颗粒等沉积、术后创面的瘢痕化、自身体质等因素不能通过手术解决或消除，因此慢性鼻 - 鼻窦炎很难或无法得到根治，手术并不是“一劳永逸”的。但是在医生的指导下术后规律用药、定期检查，慢性鼻 - 鼻窦炎可得到很好的控制，治愈率可达 90% 以上。



16. 什么情况下慢性鼻 - 鼻窦炎需要手术治疗？

慢性鼻 - 鼻窦炎有手术适应证，什么情况下慢性鼻 - 鼻窦炎需要手术治疗呢？（1）规范的药物保守治疗后，鼻部症状仍无明显改善；（2）合并鼻息肉，且鼻息肉影响鼻腔、鼻窦通气引流；（3）存在鼻腔、鼻窦解剖畸形，明显影响鼻腔、鼻窦通气引流；（4）如果出现了颅内或眶内并发症，如眶周水肿、眼球移位、脑膜炎等表现，应及时手术。



17. 慢性鼻 - 鼻窦炎术后复发是因为手术不彻底吗？

了解慢性鼻 - 鼻窦炎的原因及手术治疗后，很多朋友会有疑

问，做完手术为什么还会复发？复发是不是因为手术不彻底？这是许多朋友，特别是慢性鼻窦炎患者特别关心的一个问题。慢性鼻窦炎产生的原因很多，慢性鼻-鼻窦炎术后复发的影响因素也有很多：

第一，体质因素。很多过敏体质的患者合并哮喘、过敏性鼻炎或阿司匹林不耐受，这些患者即使通过规范化的治疗，术中精细操作，术后鼻窦炎、鼻息肉复发比例仍是非常高的。

第二，手术因素。手术的目的是尽量纠正解剖畸形，清除病变，开放窦口以通畅引流，手术疗效在一定程度上与操作者有直接的联系，但是手术本身也是损伤性的过程，而且鼻窦周围毗邻眼眶、颅脑等结构，解剖精细，术中又要尽量保护黏膜、清除病变、重建解剖结构，这就给操作者带来一定的难度。

第三，术后因素。术后因素主要在于患者的依从性，是否定期复查与规律用药。因为手术后一段时间创面还未完全愈合，术腔仍存在血凝块及分泌物等，而且不能很快引流、排出，残留于术腔容易阻塞引流，造成鼻腔粘连、狭窄、结痂、感染等情况发生，这就需要患者定期随访以及药物治疗。因此即使手术非常完美，但患者依从性差不重视术后随访和治疗的话，鼻窦炎也可能会复发。

因此术后复发不仅仅与手术不彻底有关，也与患者自身体质、术后随访复查、用药等因素相关。只有去正规医院就诊，术后保持良好的随访及用药习惯，才能在很大程度上减少慢性鼻-鼻窦炎的复发。



18. 慢性鼻-鼻窦炎手术后需要随访多长时间？

术后创面不能立即修复，血凝块、分泌物等需要定期清理，

术后黏膜消肿、创面上皮化修复等情况因个体差异，恢复时间不尽相同，因此术后需长期随访，评定疗效，制定个体化的治疗方案。术腔黏膜上皮化最快在2~12周不等，因此随访时间一般不少于3个月，根据术腔恢复情况确定下一次随访时间。伴有过敏性鼻炎、哮喘等的慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉的患者需要更长时间的随访，甚至终生。



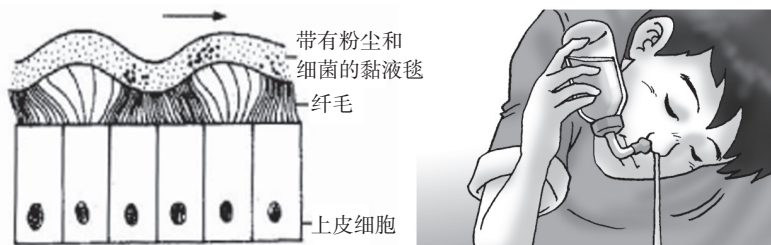
19. 进行鼻内镜手术后有面部伤口吗？

鼻内镜手术是利用鼻腔这个天然通道腔隙，在鼻内镜直视下或在可视摄像系统观察下，借助各种手术器械在鼻腔、鼻窦深部开展的外科微创手术。其优点是损伤小、安全、可靠，最大限度地保留正常的解剖结构和黏膜，维持鼻腔、鼻窦基本的生理功能。鼻内镜手术伤口位于鼻腔内，面部一般没有伤口，所以对鼻面部外形、美观没有影响。



20. 医生为什么让患有慢性鼻-鼻窦炎的病人冲洗鼻腔，对治疗有什么好处？

正常人的鼻腔、鼻窦黏膜连续，黏膜表面有类似“扫帚”清扫作用一样的可运动的纤毛；上皮分泌的黏性分泌物，内含许多化学性保护物质，能抵御外侵，而且可随纤毛运动而移动，将污物排出，我们称之为“黏液毯”。正常情况下灰尘、微生物等会沉积在黏膜表面，黏膜因这些结构起到自净、抵御作用，为我们的鼻腔创造一个整洁、健康的环境。



慢性鼻-鼻窦炎患者的鼻腔、鼻窦黏膜水肿，分泌物多且黏滞度高，纤毛在这些因素下运动变缓，清除能力下降，灰尘、细菌、病毒等易蓄积，加重上皮损伤，形成一个恶性循环。

鼻腔冲洗能冲洗出鼻腔内碎屑、渗出物等，促进污物排出，清洁鼻腔，从而减轻鼻腔黏膜水肿、稀释黏液、改善纤毛运动功能；还可以促进鼻喷药物更好地吸收。同样鼻窦炎术后的患者鼻腔内的血凝块、坏死物、渗出物等较黏稠，不易排出，在鼻腔冲洗的机械作用下将其排出体外，可为创面的恢复创造有利条件。

因此鼻腔冲洗既是治疗慢性鼻-鼻窦炎的有效手段，也是鼻内镜手术后常用的辅助治疗方法。

21. 儿童鼻窦炎如何预防和治疗？

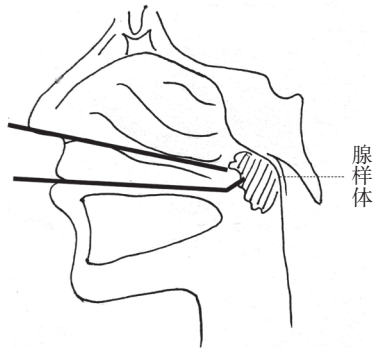
儿童鼻窦炎是儿童较为常见的疾病。上颌窦和筛窦发育较早，故常先受感染，额窦和蝶窦一般在2~3岁后才开始发育，故受累较迟。儿童鼻窦炎可分为急性鼻窦炎与慢性鼻窦炎，急性者常以上呼吸道感染的并发症出现，症状和体征比上呼吸道感染更为严重和持续；慢性者常伴有邻近器官的病变，如中耳炎、腺样体肥大、哮喘或支气管炎等。

预防儿童鼻窦炎的关键在于增强儿童抵抗力，避免感冒。具

体来说，家长应做到：注意调理儿童饮食，增进食欲，补充微量元素，保证营养，以增强体质；室内要注意开窗通风，注意气候变化，及时增减儿童衣服，防止感冒和急性鼻炎的发生；可每日用热毛巾敷儿童鼻子，在鼻翼处穴位按摩，疏通经络，以增强鼻腔黏膜的适应能力及抗病能力；儿童不要将异物塞入鼻腔，采用正确的擤鼻方法，不要用手挖鼻，不要在不清洁的水中游泳和跳水，以防止病菌侵入鼻窦。

儿童鼻窦炎的治疗可分三个步骤进行：

第一阶段：系统药物治疗，包括抗生素、局部鼻用类固醇激素，剂量和时间要足够。鼻用类固醇激素对缩短病程、延长再次发作时间的效果是肯定的。若怀疑是过敏体质，则可通过过敏原皮肤点刺试验，对过敏反应做出诊断，并给予抗过敏治疗。

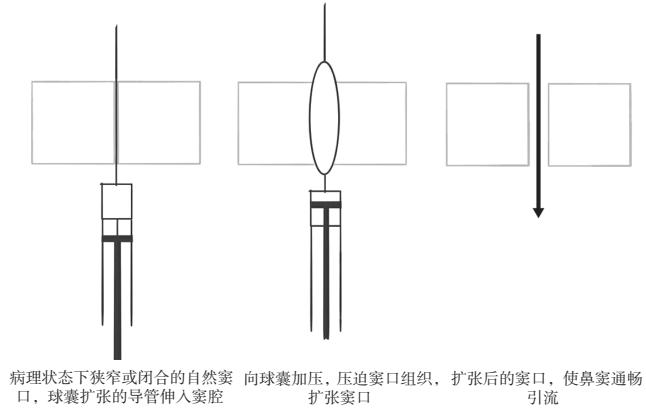


腺样体切除术

第二阶段：辅助性手术解除鼻阻塞和病原菌隐蔽场所。系统药物治疗无效时，方可考虑辅助性手术治疗，如腺样体切除并配合药物对治疗儿童（特别是10岁以下）慢性鼻窦炎是有效的，可避免鼻内镜手术。

第三阶段：鼻内镜手术。手术对9岁以下儿童的颅面发育影响较大，故应选择功能性内镜鼻窦手术方式，手术范围应尽量小，创伤尽量小，应尽最大可能保留鼻腔、鼻窦黏膜，骨膜和骨质。手术适应证为已经尝试过充分的药物和前期治疗后但效果不佳、

明确的鼻息肉阻塞了鼻腔通气或多发性息肉、严重的鼻腔鼻窦解剖结构异常，实施手术的范围和方式与成人应有所区别，最好使用儿童专用的精细微小手术器械，尽量减少创伤，例如鼻窦球囊扩张术。



球囊扩张示意图

(五)

你了解鼻咽癌吗

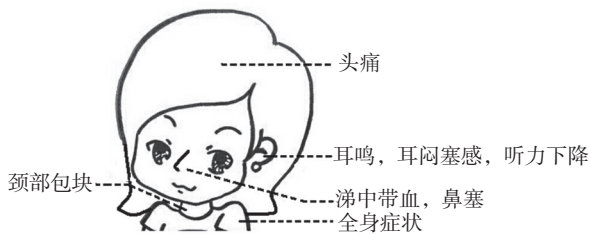
1. 什么是鼻咽癌，主要临床表现有哪些？

鼻咽癌是生长于鼻咽部的恶性肿瘤，发病率为耳鼻咽喉恶性肿瘤之首。其发生与遗传因素、环境因素以及EB病毒（一种疱疹病毒）感染有关。我国广东、广西、湖南、福建和江西等地区发病率较高。我国以非角化型鳞癌最常见。

鼻咽癌常见

临床表现包括：

鼻塞、鼻涕中带血丝或者回吸涕带血（往里吸鼻涕再吐出来的痰



鼻咽癌的临床表现

里面带血)；耳朵听到高调鸣叫声，耳朵发闷或听力下降；不明原因头痛，脸上有麻木感或者有小虫子在脸上爬行的感觉；看东西出现重影，嘴巴张不开等。简称为七大症状：鼻塞、血涕、耳

鸣耳聋、头痛、面麻、复视、张口困难，有些患者可发现颈部包块。放射治疗是鼻咽癌的首选治疗方法。

2. 出现哪些情况要警惕鼻咽癌？

出现下列临床症状的患者需警惕，可能患鼻咽癌：（1）短暂或持续的鼻塞、涕血或回吸涕带血；（2）单侧耳鸣、听力减退；（3）头痛；（4）面部麻木或复视；（5）颈部淋巴结肿大等。鼻咽癌家族成员患鼻咽癌的风险较正常人群显著增高，尤其是一级家属的危险性很高，因此有家族史的患者更要警惕。

3. 鼻咽癌发病与基因有关系吗？

中国的南方地区（尤其是广东、广西）人群鼻咽癌发病率较高。高发地区的居民迁居到低发地区后，其鼻咽癌的发病率亦较当地人明显要高。此外，鼻咽癌有一定的家族聚集现象。在我国广东省，1000多例鼻咽癌患者病例资料显示约20%有癌家族史，其中一半为鼻咽癌，且肿瘤患者大多数集中在一级亲属中，二、三级亲属较少。说明有鼻咽癌家族史者，其近亲家属患鼻咽癌的危险性明显高于无癌家族史者。但也并不是说有鼻咽癌家族史的亲属或后代一定患癌症，所以不必过度紧张，注意早期筛查、定期随访体检就行了。



4. 鼻咽癌是绝症吗，可以治愈吗？

鼻咽癌一般对放疗敏感，尽管得了鼻咽癌非常不幸，但不是绝症，治疗效果非常好。早期鼻咽癌治愈率达到90%~95%，中期也达到了79%~80%，即使是晚期患者，治愈率也达到了60%~70%，治疗后有转移的患者，部分患者的治愈率都达到了30%。随着放射治疗技术的进步和综合治疗的进展，鼻咽癌的治疗疗效较前明显增高，且治疗后的副作用较前明显减少，治疗后患者的生活质量也不断提高。所以，患了鼻咽癌一定要树立信心，要积极应对，选用正确的治疗方法，绝大多数患者可以获得比较好的效果。



5. 鼻咽癌的治疗方式有哪些？

肿瘤综合治疗强调的是合理应用现有的肿瘤治疗手段，根据癌症的期别、患者的年龄和身体情况好坏制定有效的治疗方案。鼻咽癌对放射治疗敏感，决定了鼻咽癌以放射治疗作为第一选择，也就是首选治疗手段。总体治疗原则是根据患者病变早晚制定治疗方案。早期鼻咽癌单纯放射治疗就能完全控制；中晚期鼻咽癌应该是放射治疗联合化学治疗，有条件的患者还可以选择增加分子靶向药物治疗；诊断时发现远处脏器转移患者应该以化学治疗为主，化疗后根据情况行放射治疗。此外，各种病期的鼻咽癌患者都可以做免疫治疗，但免疫治疗主要清除少量的、散在的肿瘤细胞，对于晚期的、体积大的鼻咽癌治疗效果有限，所以常将免疫治疗与放化疗联合应用，增加抗肿瘤效果。手术在鼻咽癌中只起辅助和挽救作用。



6. 鼻咽癌可以手术治疗吗？

鼻咽癌生长在鼻咽腔，鼻咽腔位于头部中央，周围有重要的结构包绕着，这些结构支配看东西、说话、吃饭、听力等非常重要的功能。对于鼻咽癌患者来说，如果采取手术治疗，会因为手术空间小，不容易切除干净，达不到根治效果；需要切除的组织太多，无法很好地修复，手术后患者的生活质量非常差，进食、语言功能可能会受到严重影响等。所幸鼻咽癌对放射治疗敏感，放射治疗能够根治大部分鼻咽癌。因此，鼻咽癌不首选手术治疗，而首选放射治疗。

但对于以下三种情况需要外科手术治疗：（1）在接受根治性放射治疗后，有颈部淋巴结残留，再经过2~3月观察，肿大淋巴结依然存在，就需要进行残留淋巴结清扫术；（2）放疗结束时，鼻咽部原发肿瘤有残留，而且残留肿瘤非常局限，没有深部组织受侵，在鼻咽黏膜上也比较局限，也可以考虑肿瘤切除手术或者内镜下手术切除；（3）经过根治性治疗后，在随访期间出现复发，而且复发病变比较早，或者是颈部淋巴结复发，也可以考虑手术治疗。

(六)

你了解喉癌吗



1. 什么是喉癌？

很多人都听说过喉癌。什么是喉癌呢？喉癌就是原发于喉部或继发转移至喉部的恶性肿瘤。喉位于颈部中央，就在喉结位置，上接咽部，下接气管，是呼吸的重要通道，也是发声器官。喉腔左右各有一个带状物称作声带，当我们说话时气流通过声门，通过声带的开启与振动发出声音。解剖学上喉腔分为3个区域，即声门上区（声带以上的喉部，包括会厌、室带及喉室等）、声门区（声带）、声门下区（声带下到气管起始部之间）。因此，喉癌根据发生部位可分为声门上型、声门型及声门下型3种类型。



2. 喉癌有哪些表现？

喉是呼吸和发声的器官，喉癌因发生部位的不同，对应的症状也不同。一般来说，喉癌的主要症状是声音嘶哑和呼吸困难，

部分患者可有一些伴随症状，如咽痛、咳嗽、痰中带血等；如癌肿过大堵塞气道，会造成不同程度的呼吸困难；喉癌晚期，肿瘤越长越大，有可能在颈部触及包块，也可能出现其他部位的转移。

3. 怀疑喉癌时要做哪些检查？

当有声音嘶哑、呼吸不畅、咽喉异物感、颈部肿块等症状，持续存在并且逐渐加重时，建议做电子喉镜检查，若发现喉部有新生物，可以取活体做病理检查确诊。必要时行 CT、核磁共振、食管钡餐等检查了解肿瘤范围以及与周围组织的关系。

4. 吸烟与喉癌发病有关吗？

科学地讲，喉癌发生的真正原因尚不完全清楚。但吸烟，包括被动吸烟（即我们常说的二手烟），都能够明显增加患喉癌的风险。在医院发现的喉癌患者几乎均有长期吸烟史。每天吸烟次数越



多和烟龄越长的人患喉癌的概率就越大。据统计，吸烟者患喉癌的危险是不吸烟者的 3 ~ 39 倍，重度吸烟者喉癌死亡率是不吸烟者的 20 倍。戒烟者的危险度有下降。因此吸烟与喉癌的发病密切相关，建议戒烟。



5. 喉癌是绝症吗，可以治愈吗？

喉癌并非绝症，与其他癌症相比喉癌治愈率较高。喉癌的治愈率与治疗时的肿瘤分期、治疗方案均有关系。早期喉癌的治愈率较高，可达到90%，且可保留发音功能。需要强调的是治疗方案和手段一定要正确，否则会延误病情导致预后较差。最常见的例子是不少喉癌患者不愿接受手术或放疗，而是服用长达数月的中药，结果耽误了有效和恰当的治疗，肿瘤生长增大，失去了保留喉和根治的机会。因此，早期诊断、早期治疗是提高治愈率的关键。



6. 喉癌可以遗传吗？

喉癌并不会直接遗传，它只是具有“遗传易感性”。简单来讲，遗传易感性就是由遗传决定的，个体容易患某种或某类疾病的倾向性。比如抽烟明显增加喉癌的风险，但并不是所有抽烟的人都要得喉癌。现已发现一些癌基因和抑癌基因与喉癌有关。相信在未来，医学能通过分析每个人的基因来预测容易得喉癌的危险人群，有针对性地预防，可能会收到事半功倍的效果。但目前还是建议大家养成良好的生活习惯，尽量避免致癌因素，有喉癌家族史的患者更要引起重视。



7. 为什么长期吸烟可发生喉癌？

吸烟是喉癌的重要诱发因素，这还要从烟雾的化学成分来说明。香烟燃烧时烟雾中含有尼古丁、煤焦油和其产生的苯并芘等

多种物质，这些都是致癌物。一个正常细胞转变成癌细胞的过程相当漫长，一旦发生则不容易逆转。烟龄越长、吸烟量越大，喉癌的发病率越高。因此建议尽早戒烟以降低喉癌的发生率。若长期吸烟以后戒烟，虽然能降低患喉癌的可能性，但仍然高于非吸烟者，因此，在青年时就应该避免吸烟。



8. 喉癌喉全切除术手术后还可以说话吗？

喉全切除术手术后，患者没有喉，就丧失了用喉说话和经鼻呼吸的功能。但目前已有多种重建说话功能的方法应用于临床，以恢复无喉者的语言功能。这些方法大致可分为：手术发音、咽食管发音和佩戴人工喉 3 大类。

(1) 手术发音。在全喉切除后同期进行气管、食管瘘手术，将食道黏膜牵出，与对应部位的气管黏膜缝合，形成人造声门，发音时手指密封颈前部瘘口，使空气进入咽部从口腔、鼻腔排除，发出声音；或喉全切除术后二期在表面麻醉下进行造瘘，于颈前气管造瘘口后壁处穿刺入食管腔，插入硅胶管，大约三周时间形成瘘管后，安放人造发音钮。

(2) 咽食管发音。这是一种不需借助工具或手术而恢复发音的方法。效果较好的常用练习方法为：在吸气时利用食管内负压，并通过舌向后方运动，将空气压入食管，利用食管储存一定量空气，借助胸内压力，如同打嗝一样，将空气从食管内逼出，冲击下咽食管交界处，再经过共鸣腔、语言器官形成食管语言。这种咽食管发音法需患者经过一段时间的专门训练，逐渐掌握自如。因此，必须使患者增强信心，促使其积极练习。成功率在 90% 以上。最

快者几天即可掌握要领，发出简单言语。一般通过2~3周训练，绝大多数患者都能掌握。有的可达到相当理想的程度。

本法优点为：音色较好，接近人喉发出的声音。无电子喉、机械人工喉不悦耳的怪声；不需任何设备、工具，张口就能说话，所以十分方便。缺点为声时短，每次发音说话的字数较少，连贯性较差，一句话常须停顿几次。

(3) 佩戴人工喉。机械人工喉：薄膜一端接气管造口，另一端经一侧口角插入口腔后部，将呼出的气流引出，冲击薄膜使之振动而发音。电子人工喉：用简单的电子装置发出持续的蜂鸣音，将此装置贴于无喉者的颈部或颈上部，使声音从口腔传出，即可构成语音。电子人工喉的优点为使用方便，不需特殊训练即可说话，而且声时长，连贯性强，可做长篇发言。在电话中声音反而更为清晰。缺点是语音和人喉的发音有较大差别，听来有“怪音”之感，不甚悦耳。



9. 喉癌如不进行治疗会如何发展？

早期诊断、早期治疗是提高喉癌治愈率的关键。若不行治疗，喉癌会逐渐进展，侵犯周围组织、血管，如阻塞喉腔引起呼吸困难、窒息，阻塞下咽引起吞咽困难，甚至发生远处转移，如骨转移、肺转移，引起恶病质，使得预后差，生存期减少。



10. 喉癌的治疗方法有哪些，各自的优点是什么？

喉癌作为喉部的恶性肿瘤，其治疗原则也是综合治疗，有效治疗方法至今仍为外科手术与放射治疗。化学药物治疗单独应用

无根治效果。中药到目前为止尚无十分肯定的疗效。治疗手段的选择要根据喉癌的病理类型和分期，不同的分期治疗原则不同。

早期喉癌：包括激光手术、放疗和部分喉切除。近年来激光手术微创治疗喉癌，越来越受到重视，其适应证为声门型喉癌（Tis-T1N0M0）和局限的会厌、室带癌。CO₂激光止血作用好，术后水肿轻，不必做气管切开和放置鼻胃管，避免了颈部手术疤痕，且术后患者生活质量较高，发音质量好。激光应用于早期喉癌，省时又较经济，符合现代“微创”外科原则，越来越得到重视，适应证有逐步扩大的趋势。激光治疗与单纯放疗相比，节约了时间和费用，免除了放疗的损伤和并发症，发音质量与放疗后患者无明显差异。激光手术适用于早期声门型和声门上型肿瘤，肿瘤治愈效果与传统手术类似。但声门上型喉癌由于颈部转移可能性大，颈部可能仍然要手术。

中晚期喉癌：切除范围广、手术难度大，有的难以保留说话功能，甚至会影响呼吸、吞咽，预后也相对较差；对于有些无法行手术切除的患者，或者因病变广泛需要术前控制的患者，可行放疗治疗控制病情。

从治疗后生活质量来说，放疗和手术治疗各有优缺点：放疗控制癌症后发声效果佳，但治疗所需时间长，2~3个月，可能出现并发症，如喉黏膜水肿、喉局部炎症和甲状腺功能低下等；激光手术微创，但适应证局限；喉切除手术创伤大，手术后发音效果差别较大，有的近乎正常，有的则会失去发音功能。



11. 喉癌术后会不会复发？

理论上讲除极少数疾病不会复发以外，绝大多数疾病都有复

发的可能，喉癌也不例外，所以不论手术治疗或放疗，都有一定比例的复发率。喉癌术后复发影响因素很多，例如转移、喉癌隐匿性肿瘤未切除干净、术后未行放疗、术后患者继续抽烟等。因此，喉癌术后一定要规范地定期复诊。



12. 喉癌均可以手术治愈吗？

手术能够治疗绝大多数喉癌，特别是早、中期喉癌。早期喉癌放疗后复发者再选择手术切除，5年生存率也可提高到80%~95%。对于晚期喉癌，若肿瘤侵犯到重要血管、组织，甚至出现远处转移，肿瘤无法彻底切除，失去了根治的机会则不宜手术，可行姑息治疗。



13. 应如何预防喉癌发生？

喉癌不会传染，家人和朋友不必担心。但如何预防喉癌的发生呢？喉癌的发生与吸烟、饮酒、接触致癌物质等有关。喉癌具体的预防措施如下：

(1) 禁烟。吸烟与喉癌的发生关系密切。烟中的尼古丁、煤焦油和其产生的苯并芘都是致癌物。烟龄越长，喉癌的发病率越高。一个正常细胞转变成癌细胞的过程相当漫长，一旦发生则不容易逆转。所以建议大家不要吸烟或尽早戒烟。

(2) 不酗酒。饮酒者患喉癌的危险性比非饮酒者高1.5~4.4倍，吸烟和饮酒在致癌方面有协同作用。

(3) 远离化学致癌物质。与喉癌相关的化学致癌物质有二氧化硫、铬、砷等。我国东北地区喉癌发病率明显高于其他地区，一

个重要的原因可能是烧煤取暖造成的室内污染。因此，保持房间内新鲜空气流通、避免接触有害气体，可有助于预防喉癌的发生。

(4) 重视癌前病变。喉白斑等喉癌的癌前病变与形成喉癌有密切关系，必须积极防治。



14. 放疗是如何治疗喉癌的？放疗的副作用有哪些？

放疗主要是利用射线照射抑制肿瘤细胞的分裂和生长，最终达到消灭肿瘤的目的。射线在杀死肿瘤细胞的同时，照射范围内的正常组织细胞也会受到损伤，会出现一些副作用，如咽喉疼痛、吞咽疼痛加重、咽喉干燥、放疗区皮肤色素沉着或溃烂等。放疗科医生会相应处理这些症状，在治疗结束后多数症状可逐渐缓解，所以不要因这些暂时的放疗反应而放弃放疗，放疗过程中及放疗结束后要定期复诊。



15. 喉癌放疗适应证？

放疗适应证：（1）部分早期病变，特别是声门型 I 期病变，可首先选择放射治疗；（2）喉癌侵及范围较广时，为配合手术根治可行手术前或手术后的放疗；（3）因故不能手术治疗者可采用姑息放疗，解除痛苦，延长生命。



16. 放疗需要多长时间？什么时候才知道放疗是否有效？

单独根治性放疗需要 6 ~ 7 周时间完成。术前放疗一般需要 4 ~ 5 周时间。术后放疗时间要看肿瘤残存情况，如果残存肿瘤大，

需要根治性放疗同样的时间；如果仅残存少量癌细胞，放疗时间同术前放疗。

放疗完全结束后肿瘤细胞的坏死还将持续一段时间，所以一般在放疗结束后要按计划复查电子喉镜和 CT 等判断疗效。如肿瘤复发及时发现，还可通过做手术挽救。



17. 喉癌手术并发症有哪些？

喉癌手术并发症的发生与手术范围、放疗与否、手术医生经验、患者身体状况、个体差异等因素有关。其常见的并发症有：

(1) 感染。有颈部伤口感染和喉的感染。有术前放疗、营养不良及糖尿病的患者容易发生。感染的处理是切开引流，清除坏死组织以及异物。一般经过一段时间换药，感染创面会自行愈合。

(2) 伤口皮肤坏死。多由以下原因造成：伤口缘张力过大；切口设计不当，引起远端血运不足；高剂量放疗；其他如血肿、感染等因素。皮肤坏死的处理，根据轻重可进行清创换药、植皮、各种皮瓣和肌皮瓣修复。

(3) 咽瘘。这是喉手术后较严重的并发症，因为咽瘘造成的生理损伤最重，患者不能经口进食，要长期依赖鼻胃管进食。唾液和分泌物易向下流入气管，造成肺炎。咽瘘还可引起颈部大血管暴露，不愈合，造成颈部血管破裂、大出血死亡的危险。咽瘘发生可能与以下因素有关：肿瘤范围大，黏膜切除范围广，缝合后有张力；患者营养状况差；术前放疗咽瘘多出现于手术后 3 周以内，迟发性的咽瘘要考虑肿瘤复发所致。最初表现为咽部周围皮肤发红，继而有波动感，打开颈部伤口后见到唾液。轻度咽瘘，

一般引流换药后可愈合。严重伴感染坏死的咽瘘，需通畅引流和清理伤口。不愈合的咽瘘可考虑手术修复，时机因人而异，咽瘘发生后1~6个月不等。咽瘘修复视情况选用颈部皮瓣或胸大肌皮瓣修复。

(4) 气管造瘘口狭窄。发生于全喉或近全喉切除术后，主要因为造瘘时气管黏膜与颈部皮肤吻合不严或吻合处张力过大，引起瘢痕生长；术后环行瘢痕收缩，与个体瘢痕体质有关。轻度的狭窄可采用逐渐增加管腔直径的方法，大多需要采用手术扩大造瘘口的方法。

(5) 喉狭窄。发生在部分喉切除的患者，发生原因：早期喉狭窄是由于声门创面肉芽组织形成，可数月后自然消退；晚期喉狭窄，患者多有放疗和喉感染史，引起软骨坏死和黏膜缺损，喉腔瘢痕或缺乏足够的喉软骨支架。预防与处理：早期肉芽引起的狭窄可用激素治疗预防瘢痕形成；喉狭窄也可行激光手术或放置喉支架或喉模扩张；复杂的喉狭窄修复很困难，应十分慎重。

(6) 进食呛咳。喉软骨切除后，因喉上神经切除或损伤，声带关闭不良等原因，均可导致食物误入气管引起呛咳，严重可导致吸入性肺炎。预防与处理：早期的误吸可保守治疗，锻炼克服。进食前深吸一口气，用手指盖气管套管口以便能憋住气，进食小团软食。头偏向非手术侧，软食较液体更易吞咽。不能恢复进食的患者只能行外科手术治疗。



18. 喉癌患者治疗结束回家后，应注意些什么？

(1) 复查：复查的时间一般为出院后 2 年内每隔 3 个月复查一次，2 年以后每间隔半年复查一次，5 年以后每间隔一年复查一次。复查的内容主要有颈部触诊、喉镜检查、颈胸部 CT 扫描和腹部 B 超等。当然，如有异常情况，比如出现颈部肿块、脖子肿胀不减轻反而加重、声音嘶哑加重、呼吸困难、咳血、口腔臭味等，应随时去医院检查。

(2) 护理：喉全切除或喉部分切除术后暂时未能拔除气管套管的患者，应注意气管痿口套管的护理。

(3) 心理健康：要保持心理上平衡，避免闭门独自在家，要积极参加工作和社会活动。一方面体现了现代医学治疗的目的，即治好疾病的同时，保证患者生活质量；另一方面转移了心理压力，有利于康复。此外，找心理医生治疗也很有帮助。

(4) 语音康复：喉全切除患者应尽早恢复发音功能。

(5) 喉癌复发的挽救治疗：要是能及时发现喉癌复发，仍有治愈的机会，但是与第一次治疗相比，总的治愈概率减小。主要依靠手术挽救治疗，并辅助以放疗。手术切除的范围较大，保留喉的可能性小，多数要做喉全切除术，甚至切除下咽、食管和气管。若留下大的缺损还必须进行同期手术修复，如利用自己的空肠、胃或肌皮瓣修复。如复发后发现太晚，累及颈部大的动脉血管，出现肺和骨转移，则失去了根治的机会，只能姑息治疗。



19. 喉切除术后有哪些生理改变，如何适应和锻炼？

(1) 喉全切除术：一些晚期无远处转移的喉癌，目前最佳的治疗方法仍为喉全切除术。除了不能用喉发声及不具备语言功能外，喉全切除术后患者要由颈部气管造口呼吸，口腔和鼻腔没有气流，也会失去大部分嗅觉功能，即闻不到气味，影响食欲和消化功能。患者可服用帮助消化的药物，吃一些刺激味觉的食物。此外，由于缺少声门的关闭功能，不能屏住气，爬高和抬携重物吃力；大便易干燥，可吃通便的药物或食物。

(2) 喉部分切除术：包括约 10 种不同的手术术式，医生根据肿瘤的部位和范围来决定喉组织保留的多少，从简单的声带切除到喉次全切除，造成的生理改变严重程度也不同。一般来讲有以下一些改变：

① 发音。手术后发音效果差别较大，主要由喉部分切除手术术式决定。好的近乎正常，差的要在耳边才能听见。但大部分患者术后语言可达到应用水平，在社会上无交流困难。另外，术后讲话有一个恢复和适应过程，一开始由于喉内炎性水肿和戴气管套管，发音量小，清晰度不够。应尽早积极锻炼说话，3 个月左右一般可达到应有的发音效果。

② 呼吸。由于喉内手术后水肿，绝大多数患者手术的同时要做气管切开，术后通过放入的气管套管呼吸一段时间，鼻腔暂时没有气流。这种状态持续数天到数月不等，医生根据堵住气管套管后患者是否能正常呼吸 48 小时以上，决定拔除气管套管的时机。气管套管拔除后留下的颈前伤口一般可自行愈合，少数人需要缝

合来关闭伤口。需要说明的是,并不是所有患者都能取掉气管套管,术后堵住气管套管后无法正常呼吸、长期进食呛咳是其主要原因。

③进食。喉部分切除术后,由于喉腔结构发生变化可能会出现不同程度的误吸、呛咳,会厌切除术后尤为明显。但随着时间的推移,机体功能代偿后患者能够逐渐适应,症状逐渐消失。患者开始宜进较黏稠的食物,少量多餐,逐步适应。



(七)

你了解声带息肉吗

1. 什么是声带息肉，它有哪些症状表现？

声带息肉是发生在声带固有浅层的良性增生性病变，多发生于慢性咽喉炎患者。长期过度用嗓，声带运动过于频繁，也是造成声带息肉的因素之一。因声门闭合不全，其主要症状表现为声音嘶哑。因声带息肉大小、形态和部位的不同，音质的变化、嘶哑的程度也不同。轻者为间歇性声嘶，发声易疲劳，音色粗糙，发高音困难；重者沙哑，甚至失声。巨大的息肉位于两侧声带之间者，可完全失声，甚至可导致呼吸困难和喘鸣。若息肉垂于声门下腔者常因刺激伴有咳嗽。喉镜检查常在声带游离缘前中点见有表面光滑、半透明、带蒂如水滴状新生物。有时在一侧或双侧声带游离缘见呈基底较宽的梭形息肉样变，亦有遍及整个声带呈弥漫性肿胀的息肉样变。息肉多呈灰白或淡红色，偶有紫红色，大小如绿豆、黄豆不等。声带息肉一般单侧多见，亦可两侧同时发生。



正常声带



声带息肉



声带小结



声带麻痹

❓ 2. 声带息肉是肿瘤吗，会癌变吗？

声带息肉是一种良性增生性病变，不是肿瘤，一般不会发生癌变。

❓ 3. 声带息肉是什么原因引起的？

声带息肉发生的原因很多，如用声过度或用声不当、上呼吸道感染、内分泌紊乱、接触刺激性物质等，这些因素可引起声带血管扩张、通透性增加导致局部水肿，局部水肿在声带振动时又加重创伤而形成息肉。

❓ 4. 声带息肉为什么会致声音嘶哑？

发音时气流经过声门，双侧声带闭合振动而发出声音。声带就像吉他的琴弦，如果弦上有垃圾或者生锈了，所发出的声音就会出现变化，出现嘶哑、说话费力、唱歌无法发出高音、说话容易疲劳等不适。当长声带息肉时，因为声门闭合不全，声带息肉就像是琴弦上多出来的锈，会影响声带的发声，出现声音嘶哑。

❓ 5. 哪些人容易得声带息肉？

得声带息肉的高危人群是用嗓较多的人，比如教师、销售人员、歌手等职业人群，特别是长期不正确用嗓者。

6. 声带息肉手术后声音嘶哑会完全恢复吗？

声带息肉也有大小轻重之分。对于较小的带蒂声带息肉，手术效果立竿见影，术后声音可以完全恢复。但对于较大的广基型声带息肉，手术效果稍微较差，术后声音恢复时间较长，部分患者声音可以完全恢复，但也有少数患者，特别是若随着其他一些疾病和不良习惯，比如慢性咽喉炎、反流性咽喉炎、长期用嗓等，术后效果较差，可能会出现音质、音色的改变。

7. 声带息肉的治疗方式有哪些？

声带息肉的治疗包括手术治疗和保守治疗。手术治疗能够切除病变组织并进行病理化验，能够明确病变的性质。在大多数情况下，手术治疗是主要的治疗手段。声带息肉也可以保守治疗。保守治疗的方法有激素、维生素、超声雾化等药物治疗，以及嗓音训练。对手术治疗的患者，也需要配合适当的药物治疗以及嗓音训练，才能够取得更好的治疗效果。

8. 声带息肉一定要手术吗？

声带息肉的治疗包括手术治疗和保守治疗。手术治疗在大多数情况下是第一选择，但如果患者不愿意进行手术治疗或者息肉较小，也可以选择保守治疗。在某些情况下，保守治疗同样能够达到满意的效果，改善声音的嘶哑程度。



9. 药物保守治疗可以治愈声带息肉吗？

单纯运用药物治疗仅仅对于一些水肿型的、较小的息肉有效，如果患者声音嘶哑的时间较长，息肉已经进入不可逆的病变进程，药物治疗的效果就十分有限了。



10. 声带息肉术后会复发吗？

声带息肉是增生性病变，手术后也存在一定的复发概率。复发者一般有一些特点，比如：仍然不正确用声或过度用声；合并反流性咽喉炎或慢性喉炎等其他疾病。



11. 应如何预防声带息肉的发生？

要预防声带息肉的发生，嗓子的日常保健很重要。

(1) 饮食。建议平时少吃辛辣的食物。

(2) 吸烟饮酒。香烟对嗓子的损害是公认的了，它不但刺激声带后咽喉部的黏膜，还可能引发肿瘤。酒精对咽喉部的刺激也非常明显，不要认为只有高度的白酒才会有影响，任何酒类对咽喉部都有一定的刺激和损伤作用。如果要做好嗓子的保健工作，建议大家戒烟、戒酒。

(3) 熬夜。您有没有过熬夜之后第二天嗓子就哑了的经历？都说熬夜伤身，熬夜同样也伤嗓子。熬夜不但影响我们的激素水平，影响我们的睡眠节律，也让嗓子无法得到应有的休息，还常常使免疫力降低引发感冒，所以尽量不要熬夜。

(4) 感冒。感冒之后会出现咽喉部疼痛、声音嘶哑、咳嗽等不适。感冒常常会引起咽喉部反复发炎,影响说话的声音和质量,久而久之会影响我们的嗓子。咳嗽是用最大的气流冲击我们的声带,很容易引起声带的水肿,从而影响发音的质量,不利于声带的保健。

(5) 胃病。为什么胃病会影响嗓子呢?因为嗓子和我们进食的通道——食管的人口是邻居,如果长期胃病,比如反流性食管炎,胃酸涌入食道,甚至涌入咽喉部,就会损伤到我们的声带,也会造成我们的咽部出现咽痛、咽干等不适。所以如果有胃病,平时要认真治疗。

(6) 说话的方式。有些人的工作需要大声说话、长时间说话,比如教师、车间工人、工地工人等,这些人的嗓子常常出现各种问题。在平时或工作中,尽量避免在嘈杂的环境里说话,如果实在无法避免,也可以想一些办法,比如教师上课用个话筒,工地车间里交流用小喇叭或者对讲机、扩音器,尽量少用自己的嗓子发出很大的声音。我们提倡合理发声。合理发声首先是学会正确讲话,使咽部肌肉运动协调,避免咽喉部肌肉痉挛。其次,避免过度用嗓,降低声带闭合频率,声带闭合频率下降,则声带息肉的发生率亦降低。



(八)

你了解慢性扁桃体炎吗



1. 慢性扁桃体炎有哪些主要临床表现？

慢性扁桃体炎的主要临床表现有反复发作的咽痛、口臭、扁桃体肿大。(1) 反复发作的咽痛：每遇感冒、受凉、劳累、睡眠欠佳或烟酒刺激后咽痛发作，并有咽部不适及堵塞感。(2) 口臭：由于扁桃体内细菌的繁殖生长及残留于扁桃体内的脓性栓塞物，常可致口臭。(3) 扁桃体肿大：多见于儿童，肥大的扁桃体可使吞咽困难、说话含糊不清、呼吸不畅或睡眠时打鼾。



2. 慢性扁桃体炎是如何诊断的？

慢性扁桃体炎主要依据病史、局部检查及实验室检查来诊断。(1) 病史：反复急性扁桃体炎发作史，为本病的主要诊断依据，发作时咽痛明显，发作间隙可有咽异物感、咽干、咽痒、刺激性咳嗽、口臭等症状。儿童过度肥大的扁桃体可引起呼吸、吞咽、语言障碍。

若伴有腺样体肥大可引起鼻塞、鼾声及其他中耳炎症状。由于经常咽下分泌物及隐窝中的细菌毒素，可致消化不良、头痛、乏力、低热等症状。（2）体征：扁桃体大小不定，扁桃体及腭舌弓慢性充血；扁桃体表面不平，有瘢痕或黄白点状物，挤压时可见黄色干酪样物溢出，常可出现下颌角淋巴结肿大。（3）辅助检查：扁桃体激发试验、血清抗链球菌溶血素“O”试验、抗链激酶和抗透明质酸酶滴度的动态观察等，对诊断有一定的参考意义。

3. 慢性扁桃体炎有哪些危害？

慢性扁桃体炎对人体的危害主要表现在以下几个方面：慢性扁桃体炎反复急性发作，影响工作和学习；慢性扁桃体炎蔓延可以引起邻近器官的感染，如中耳炎、鼻窦炎、喉炎、气管炎、支气管炎等；慢性扁桃体炎是人体常见的感染病灶之一，与急性肾炎、风湿性关节炎、风湿热、心脏病、长期低热等关系密切。



4. 如何预防慢性扁桃体炎急性发作？

慢性扁桃体炎急性发作的诱因很多，多继发于上呼吸道感染，在季节更替、气温变化、身体衰弱、内分泌紊乱或生活和劳动环境不良情况下容易发病，故应注意锻炼身体，增强体质，保障良好睡眠，提高机体的抵抗能力。



5. 肾小球肾炎一定是由慢性扁桃体炎引起的吗？

不一定，虽然临床上很多肾小球肾炎都与扁桃体炎有关，但也有少部分人切除扁桃体后肾小球肾炎未得到好转，甚至加重。



6. 慢性扁桃体炎除了对肾脏有影响，还对哪些器官有影响？

慢性扁桃体炎对心脏、骨关节、虹膜等都可能有影响，这其实是一种变态反应，或者称免疫反应。



7. 慢性扁桃体炎的病因？

反复发作急性扁桃体炎使抵抗力降低，细菌易在扁桃体窝内繁殖，诱致本病的发生和发展；也可继发于某些急性传染病后，如流感、麻疹、猩红热、白喉等；肥大型扁桃体炎常与体质有关，可以家族性方式出现。



8. 小儿慢性腭扁桃体炎会引起腺样体肥大吗？

可能会，腺样体肥大系腺样体因炎症的反复刺激而发生病理性增生，慢性扁桃体炎反复发作，炎症蔓延可引起邻近器官的感染，炎症的反复刺激可使腺样体增生性与病理性肥大。腺样体肥大多见于儿童，常与慢性扁桃体炎、扁桃体肥大合并存在。

9. 慢性扁桃体炎与鼾症有关系吗？

有一定关系，慢性扁桃体炎病理上可分为3型：增生型（肥大型）、纤维型（萎缩型）、隐窝型。增生型慢性扁桃体炎可引起口咽部狭窄。慢性扁桃体炎炎症蔓延可引起邻近器官的感染，如鼻炎、鼻窦炎，喉炎、气管炎、支气管炎等，这些炎症均可引起气道不同程度的狭窄；气道不同程度的狭窄是鼾症的病因之一。

10. 为什么慢性扁桃体炎反复发作，难以治愈？

一旦患上了慢性扁桃体炎，无论是成人还是儿童，都容易发生感冒，而一感冒，就容易使原本存在的慢性扁桃体炎急性复发，出现咽喉肿痛、扁桃体脓点等情况。慢性扁桃体炎之所以容易产生感冒，主要是由于扁桃体慢性炎症属于一种病灶，可使身体的免疫功能有所减退，因此就容易感冒；也正是由于这个病灶的存在，感冒后，这个病灶处的炎症就容易复发为急性炎症。

慢性扁桃体炎之所以难以治愈，主要是由于扁桃体内有很多、很深的陷窝，细菌隐藏于深处，全身性用药的药力难以达到，局部用药的药力也难以达到这些陷窝之内的深处，从而细菌、病灶得以长期存在。在其急性复发时，虽然西药效果很好，但仍然难以将其完全消灭。这也是慢性扁桃体炎容易反复发作的原因。因此，对于初次发作的急性扁桃体炎，必须给予足剂量、足疗程的治疗，全身用药与局部用药同时进行，以彻底治愈，预防其形成慢性扁桃体炎，这非常关键。



11. 为什么说扁桃体是人体抵抗呼吸道疾病的第一道防线？

近年来的研究表明，扁桃体内有淋巴组织、浆细胞和参与细胞免疫的 T 细胞、B 细胞；能产生各种免疫球蛋白和特殊抗体；还能分泌干扰素，抑制细菌生长。所以它是人体一个重要的防御器官，参与人体免疫功能网络，其免疫力在 3 ~ 5 岁的儿童身上表现最为活跃，因此对 5 岁以下儿童，切除扁桃体要慎重。



12. 目前慢性扁桃体炎保守治疗的手段有哪些？

局部涂药，隐窝灌洗，冷冻及激光疗法，啄治法等；用链球菌过敏原制成的疫苗进行脱敏治疗；应用增强免疫力的药物；应用长效青霉素、阿奇霉素等。



13. 慢性扁桃体炎可以吃抗生素吗？

慢性扁桃体炎非急性期不建议使用抗生素，急性发作且有感染征兆时方可使用针对性的抗生素。



14. 慢性扁桃体炎必须手术治疗么？

慢性扁桃体炎并非必须手术治疗，只有对那些不可逆性炎症性病变更才考虑实施扁桃体切除术，如反复急性发作或多次并发扁桃体周围脓肿，扁桃体过度肥大影响呼吸、言语、吞咽等。

15. 扁桃体切除传统手术方式和低温等离子消融术哪个好?

低温等离子消融术较好，其工作温度超低，消融深度可以精确控制，手术过程对周围组织的损伤很小、出血少、手术时间快、术后恢复快。传统剥离术比较容易出血，疼痛较重。建议选择低温等离子消融微创手术，但费用较高。

16. 慢性扁桃体炎如何选择手术时机?

(1) 年龄最好在5岁以上，因为5岁以前是扁桃体免疫功能最为活跃的时期。(2) 扁桃体急性炎症控制稳定以后。(3) 病灶性扁桃体炎并发症控制稳定以后。(4) 全身情况良好，可耐受手术。

17. 慢性扁桃体炎在什么情况下不宜手术?

(1) 慢性扁桃体炎急性发作期或伴发其他急性病，有上呼吸道感染或传染病。(2) 有造血系统疾病或凝血机制障碍；(3) 高血压、糖尿病、心脏病等内科疾病未控制良好；(4) 女性月经期、妊娠期；(5) 有干燥性或萎缩性咽炎的患者如不十分必要可不做手术，因术后咽炎症状可能加重；(6) 精神心理疾病未控制稳定的患者。



18. 已经有肾小球肾炎了，扁桃体可以切除吗？

如果怀疑肾小球肾炎与扁桃体炎有关系的话，可以切除扁桃体，但最好是在肾小球肾炎非活动期，肾功能基本正常时进行。



19. 小孩子可以切扁桃体吗？

当扁桃体弊大于利时可以行扁桃体切除术，一般临床上建议5岁以上可以行切除术。在人成长的过程中，正常情况下扁桃体会逐渐萎缩失用。



20. 扁桃体切除术后需要注意什么？

扁桃体切除术后是关键时期，如发生扁桃体术区出血则不仅出血汹涌且不易止血，严重者可因失血过多而休克。术后注意事项也是多方面的，饮食及口腔护理最为重要。（1）饮食：许多临床医生主张采用长达2周的软食。酸性食物（柑橘、西红柿）可引起疼痛。术后72小时内摄入充足的液体对于预防脱水是很重要的，保持手术部位湿润也可减轻疼痛。应在进食前20~30分钟服用止痛药，以减少吞咽造成的疼痛。（2）活动：大多数患者可在2周内恢复轻微活动，2周以后，出血的可能性极小。（3）术后应用抗生素：一些医生在术后给予抗生素，尤其是对于有活动性或慢性感染的患者。（4）疼痛管理：预期会出现严重咽痛，但它可能会到术后1~2日才开始发作。耳朵痛也可能发生，耳朵痛可通过嚼口香糖来缓解。在术后第1周，我们推荐可自行使用液体止痛药来缓解疼痛。非甾体类抗炎药物有助于缓解疼痛，但是

在是否导致出血方面存在争议。冷敷，放置冰颈圈、碎冰，也有助于减轻咽痛。

21. 扁桃体术后康复需要多久？

一般来说，扁桃体术后术区会形成一层假膜，假膜脱落需要2周左右时间，一般2周之后基本脱离危险期，完全恢复的时间因人而异。

22. 扁桃体切除术后什么时候复查？

患者通常在出院后4周内复查，但具体时间取决于术后病程和症状，但若出现发热、出血等情况应当及时就诊。如果扁桃体已送病理检查，则应获得结果并进行评估。


23. 扁桃体切除术后什么时候才能上班？

医生通常告知患者可在扁桃体切除术后2~3周重返工作岗位；不过，具体时间应当根据患者术后恢复情况以及工作性质决定。



(九)

你了解慢性咽喉炎吗



1. 咽部异物感一定是慢性咽喉炎吗？

咽部异物感不一定是慢性咽喉炎。咽部神经极其丰富，咽部异物感是多种疾病的表现，病变有可能在咽喉部，也有可能在邻近器官、远处器官，如慢性咽喉炎、咽喉部肿瘤、咽喉部结核、咽喉部囊肿、咽喉部血管瘤、胸腔疾病、更年期综合征、自主神经功能紊乱、严重的缺铁性贫血、咽球综合征、胃食管反流病等。神经精神因素也可导致咽部异物感。



2. 慢性咽喉炎需要做哪些检查？

若考虑有急性咽喉炎发作时，可抽血行血常规、C反应蛋白、降钙素原等检查；常规行电子鼻咽喉镜检查，了解有无增生物或新生物等；如果考虑可能有过敏性原因，还应做过敏原皮肤点刺试验或抽血查过敏原；必要时行胃食管镜检查查看有无胃食管炎症病变，如咽喉反流。

3. 慢性咽喉炎可以吃中药吗？

可以的。临床上很多慢性咽喉炎可给予中成药对症调理治疗。

4. 慢性咽喉炎需要服用抗生素吗？

不一定，要根据症状、体征及检查结果综合判断，如果是急性发作、感染指标有增高，考虑可能有细菌感染才有服用抗生素的必要。

5. 怎样预防慢性咽喉炎？

加强锻炼、防止受凉、避免劳累、规律作息、勿用嗓过度、避免接触过敏原、远离空气污染环境、改善心境等。

6. 为什么会得慢性咽喉炎？

慢性咽喉炎作为一种慢性炎症，其主要病因有：（1）急性咽喉炎反复发作；（2）鼻窦炎、鼻炎的脓性分泌物刺激黏膜，鼻腔阻塞张口呼吸，使黏膜过度干燥；（3）烟酒过度；（4）职业因素，如教师、演员、售货员用嗓过度；（5）全身因素：各种慢性疾病，如胃食管反流等。

7. 过敏性鼻炎会不会引起咽喉炎？

过敏性鼻炎会引起咽喉炎，原因如下：过敏性鼻炎又称变应性鼻炎，是鼻腔黏膜的过敏性疾病，主要症状为鼻塞、流清涕、

鼻痒和打喷嚏。严重鼻塞可导致张口呼吸，鼻涕可流至咽喉部刺激局部黏膜，这些因素均可引发咽喉炎。此外部分过敏性鼻炎患者合并有过敏性咽喉炎，所以过敏性鼻炎患者更容易患咽喉炎。



8. 慢性咽喉炎是不是早上刷牙时都会恶心干呕？

不一定，早上刷牙恶心干呕的原因较多：（1）咽喉自然的反射造成，这个主要就是因为有异物进入咽喉后，咽喉不舒服，就会有非常强烈的恶心反应；（2）慢性咽喉炎造成，主要是因为患者咽喉处的黏膜长时间受炎症的刺激，在咽喉壁处就会留有大量的黏液，在刷牙的时候受到刺激后，就会有恶心干呕的表现。（3）刷牙方式错误的话，也会引起刷牙时的恶心和呕吐。如果你用了过冷的水，刷牙太用力，或者是牙刷过大或者是过小，都会感觉到恶心干呕。



9. 慢性咽喉炎为什么会引起咳嗽？

慢性咽喉炎的病人总会觉得咽喉部有燥痒感，因此常想以干咳廓清咽喉部，于是导致刺激性干咳。这种刺激性干咳在讲话时更明显，但经“润嗓子”之后，即于饮水后症状可缓解。



10. 慢性咽喉炎需与哪些疾病鉴别？

早期食管癌患者在出现吞咽困难之前，常仅有咽喉部不适或胸骨后压迫感，较易与慢性咽喉炎混淆，此外还应当与茎突综合征、咽异物感症、咽喉结核、肿瘤等相鉴别。对中年以上的患者，

若以往无明显咽炎史，在出现咽部不适时，应做详细检查。

11. 慢性咽喉炎为什么要注意有无胃食管反流？

胃食管反流是指由于局部或全身原因引起下段食管括约肌功能不全，胃内容物反流至食管的一种常见表现。胃内容物因胃酸的分泌而略显酸性，长期反流可以刺激咽喉部黏膜，引起慢性咽喉炎，表现为咽喉部异物感、梗阻感、烧灼感等。胃食管反流是慢性咽喉炎的致病因素之一，因此有慢性咽喉炎不适的患者，一定要注意有无反酸、打嗝、上腹胀痛感等胃食管症状。

12. 慢性咽喉炎应该挂什么科室的号？

慢性咽喉炎应该挂耳鼻咽喉科的号就诊。

13. 得慢性咽喉炎的人多吗，一般什么人比较容易患慢性咽喉炎？

慢性咽喉炎发病率较高，多见于长期吸烟或酗酒者；长期与有害粉尘、化学气体接触者。一些特定职业如教师、售货员、售票员、演员等用嗓过多者也是慢性咽喉炎好发的人群。因全身性疾病所致的慢性咽喉炎患者亦不少见，如糖尿病、内分泌疾病、呼吸系统疾病、胃肠道疾病等。



14. 慢性咽喉炎的主要症状是什么？

主要症状是咽喉部不适，有异物感，分泌物不易咳出，有痒、烧灼感，还可有微痛感。部分患者会有咳嗽及恶心的症状。



15. 针对慢性咽喉炎有什么日常生活建议？

慢性咽喉炎与多种因素有关，治愈较困难。（1）进行适当体育锻炼、保持健康规律的作息、清淡饮食、保持口腔清洁；（2）避免接触粉尘、有害气体、刺激性食物；（3）避免长期过度用嗓；（4）饮食宜清淡，如橘子、橄榄、鸭梨及新鲜蔬菜等，少食肥甘腻味及油炸食物；（5）积极治疗可能引发慢性咽喉炎的局部相关疾病：如鼻腔、鼻窦、鼻咽部的慢性炎症，鼻中隔偏曲等。

咽喉养生指南

清洁

注意口腔卫生，坚持刷牙及饭后漱口的好习惯

锻炼

坚持参加户外活动，提高抵抗力

饮食

清淡饮食，多喝水，多食用富含维生素的食物

用嗓

避免长时间说话、高声说话及唱歌，合理用嗓



16. 用于缓解慢性咽喉炎的含片可以长期使用吗？

长期含服润喉的含片会抑制口腔与咽喉正常菌群的生长，造成菌群失调而引发其他疾病。若需要使用润喉片，一定要在专业医生指导下，掌握剂量和疗程。

17. 患上慢性咽喉炎会增加哪些疾病的发生率？

咽喉对人们的健康非常重要，是呼吸、饮食必经之路，咽部淋巴组织有着强大的免疫功能，可防御入口的细菌、病毒等，对人们的健康非常重要。慢性咽喉炎会导致咽喉部黏膜出现病理性变化，咽淋巴组织免疫功能降低甚至丧失功能，使病菌长驱直入进入体内，造成咽喉部的感染炎症波及其他系统，并发慢性气管炎及支气管炎、肾炎、心脏病等；炎性分泌物长期被吞咽入胃食管中，可引起消化不良、食管炎、胃炎、肠炎；毒素吸收可造成头晕、头痛、疲乏、精力减退、消瘦、低热等全身反应。

18. 慢性咽炎可出现痰中带血吗？

有可能。咽部黏膜长期炎症刺激，使得局部黏膜慢性充血，小血管曲张。若用力咳嗽或清嗓子可引起咽部黏膜出血，造成分泌物中带血，即痰中带血。

19. 慢性咽喉炎会引起吞咽功能障碍和误吸吗？

有可能。慢性咽喉炎急性发作引起咽、喉的炎性肿胀和咽部疼痛，可造成吞咽梗阻感。上呼吸道慢性感染是发生误吸的重要原因之一，喉腔黏膜长期受到炎性刺激，影响喉的呼吸、发声和吞咽保护功能，误吸少量分泌物或食物，就容易引起肺部感染，而肺部感染又可以增加误吸发生率，因而形成恶性循环。

20. 慢性咽喉炎与咽喉部肿瘤的发生有关系吗？

慢性咽喉炎与咽喉部肿瘤没有直接联系，慢性咽喉炎一般不会演变为咽喉肿瘤，但引起慢性咽喉炎的病因如吸烟、营养不良、

病毒感染等因素可能与咽喉部肿瘤的发生有关。另外慢性咽喉炎的症状与咽喉部癌有一些相似的症状，因此有咽喉炎的症状，应该去医院检查排除肿瘤可能。



21. 教师应如何有效预防慢性咽喉炎？

教师患慢性咽喉炎的病因除共同因素（病毒、细菌感染，粉尘，化学气体刺激外），还有其独特的职业因素。因此针对教师来说，预防措施有：（1）学会科学发音（可到正规医院进行发音培训）；（2）保持心情舒畅；（3）加强锻炼增强体质，减少上呼吸道感染机会；（4）注意环境卫生，减少不良刺激；（5）科学饮食，忌食辛辣及烟酒；（6）中药泡茶喝及对症选食水果等，如胖大海茶、威灵仙茶，雪梨、乌梅等。少食肥甘腻味及油炸食物，避免接触刺激性食物。



22. 慢性咽喉炎能根治吗？

慢性咽喉炎的诱发因素比较多，容易反复发作，很难根治。慢性单纯性咽喉炎在控制各种致病因素、保持良好生活习惯及应用各种治疗后可以缓解直至治愈，否则可能迁延成为慢性肥厚性咽喉炎；慢性肥厚性咽喉炎及慢性萎缩性或慢性干燥性咽喉炎的治疗效果欠佳，症状易反复；慢性过敏性咽喉炎脱离致敏原后症状可缓解至消失；慢性反流性咽喉炎控制胃食管反流后，症状可以明显缓解直至治愈。



23. 慢性咽喉炎怎么治疗？

治疗上以预防发作以及控制症状为主。

(1) 去除病因：戒烟酒，积极治疗引起慢性咽喉炎的原发病（急性咽喉炎、鼻和鼻咽部慢性炎症、反流性胃食管疾病、改善工作及生活环境）。

(2) 改变生活方式：进行适当体育锻炼、正常作息、清淡饮食、保持良好的心理状态以通过增强自身整体免疫功能状态来提高咽部黏膜局部功能状态。

(3) 局部治疗：复方硼砂、呋喃西林溶液等含漱，保持口腔、咽部的清洁，局部涂抹药物等。对于咽后壁明显增生的淋巴滤泡，必要时可用化学药物或电凝固法、冷冻或激光治疗等。此外，超声雾化疗法、局部紫外线照射及透热疗法，对肥厚性咽喉炎也有一定辅助作用。

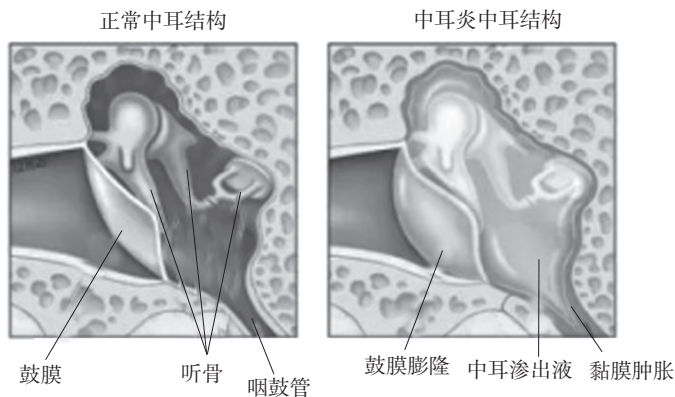
(4) 药物治疗：口服药物如西吡氯铵含片、中成药等，对于慢性过敏性咽喉炎应当避免接触各种可能的过敏原，应用抗组胺类药物或肥大细胞稳定剂，局部或短期内全身应用糖皮质激素及免疫调节剂等。对于慢性反流性咽喉炎可用胃酸抑制剂及胃黏膜保护剂配合治疗，同时积极治疗胃部疾患，此外应当避免食用促进胃酸分泌的食物，如巧克力、辛辣刺激的食物等，减少咽喉部反流情况以减少对咽部黏膜的刺激；睡前3~4小时控制进食进水量。

(+)

你了解中耳炎吗

1. 什么是中耳炎?

中耳炎是指发生在中耳腔室的炎症，要了解中耳炎首先我们应该知道什么是中耳。中耳是指鼓室、咽鼓管、鼓窦、乳突4部分，鼓室是从鼓膜到耳蜗之间的一个腔，腔里有连接鼓膜和耳蜗的听小骨传递声音；在鼓室和咽部有一个连通管道，医学上叫作咽鼓管，负责调节鼓室内的气压；鼓窦和乳突均为临近鼓室的腔。中耳炎



就是指这些地方发生的炎症，可导致听力下降、外耳道流脓液或黄色液体，有些患者还伴有眩晕或耳鸣等表现。

2. 中耳炎有哪些种类？

中耳炎在临床上可分为：

- (1) 分泌性中耳炎。
- (2) 化脓性中耳炎：急性化脓性中耳炎、慢性化脓性中耳炎。
- (3) 中耳胆脂瘤。
- (4) 特殊类型中耳炎：结核性中耳炎、AIDS 中耳炎、梅毒性中耳炎、真菌性中耳炎、坏死性中耳炎、放射性中耳炎、气压性中耳炎等。

3. 什么是分泌性中耳炎？

分泌性中耳炎有时又称非化脓性中耳炎、渗出性中耳炎、卡他性中耳炎等，主要是由咽鼓管功能不良引起的，分急性、亚急性和慢性，以鼓室积液、传导性听力下降为主要表现，成人、儿童均可发病。成人的分泌性中耳炎需要排除鼻咽部占位，儿童不明原因的分泌性中耳炎要重视有无腺样体肥大。

4. 分泌性中耳炎有哪些表现？

(1) 听力减退：听力下降，但听到自己说话的声音变大；头往前倾或者偏向没有中耳炎的一侧时，听力可暂时改善。积液黏稠时，听力不会因为低头而改变。儿童常对声音反应迟钝，注意

力不集中，如一耳患病，另一耳听力正常，可长期不被觉察，而在于体检时才被发现。

(2) 耳痛：急性者可有隐隐耳痛，常为患者的第一症状，可为持续性，亦可为抽痛；慢性者耳痛不明显。多表现为耳朵闷、堵，在外耳道口按压前方小软骨后可暂时减轻。

(3) 耳鸣：可能听到“劈啪”声、嗡嗡声及流水声等，当头部运动或打哈欠、擤鼻涕时，耳朵里有气体从水里冒出来的声音，即所谓的气过水声。

(4) 患耳周围皮肤有发“木”感，心理上有烦闷感。



5. 分泌性中耳炎是如何产生的？

引起分泌性中耳炎的病因主要有咽鼓管功能不良、感染、自身免疫力下降等。正常情况下，咽鼓管是中耳与外界连通的唯一通道，气流进出可以调节鼓室气压，比如飞机起飞时由于外界气压减小，乘客会感到耳朵里闷，咽口水之后有所缓解，这就是因为咽口水时鼓室通过开放的咽鼓管和咽部进行了气体交换，鼓室压力被调节到和外界一致，所以不适感减轻了。咽鼓管开放不良、咽鼓管在咽部的开口被堵塞等情况下咽鼓管不能正常开放，中耳腔逐渐形成负压，咽鼓管黏膜水肿、血管通透性增加，液体从血管中漏出聚集到中耳腔形成积液，引起中耳炎。

感染流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、 β -溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等也可能引起分泌性中耳炎。研究表明分泌性中耳炎的发生与免疫反应也有一定的关系。

6. 为什么分泌性中耳炎与鼻相关？

可引起咽鼓管阻塞的疾病均可引起分泌性中耳炎，鼻子与耳朵之间通过咽鼓管相通，因而鼻-鼻咽部疾病（如鼻咽部占位、腺样体肥大、慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲、鼻咽部瘢痕等）都可以导致咽鼓管阻塞引起分泌性中耳炎。

7. 分泌性中耳炎有哪些治疗方式？

急性分泌性中耳炎可用糖皮质激素控制炎症，咽鼓管吹张改善咽鼓管通气，鼓膜穿刺抽出鼓室积液。慢性分泌性中耳炎反复发作可以手术将鼓膜切开，将鼓室积液吸完以后在切口放置通气管，改善中耳的通气，引流积液；如果鼓膜穿刺、置管效果都不明显，可以施行咽鼓管球囊扩张术改善咽鼓管通气或采用中耳手术清理鼓室病变。

8. 为什么分泌性中耳炎有时要做鼻科手术？

鼻咽或鼻-鼻窦疾病，如腺样体肥大、慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲、鼻咽部瘢痕等都可以导致咽鼓管阻塞引起分泌性中耳炎，因此，分泌性中耳炎患者如果合并有以上疾病可考虑做鼻科手术治疗。

9. 什么是化脓性中耳炎？

化脓性中耳炎是指化脓性细菌感染引起的中耳黏膜化脓性病变，病变主要在鼓室。



10. 化脓性中耳炎有什么表现？

急性化脓性中耳炎表现为畏寒、发热、耳痛、听力下降、耳郭后下方有压痛或红肿，鼓膜穿孔以后有脓液从外耳道流出，即俗称的“灌耳心”。慢性化脓性中耳炎表现为鼓膜穿孔、外耳道间断或长期有脓液流出、听力下降，部分患者有耳鸣，甚至出现面瘫、眩晕等症状。



11. 化脓性中耳炎有哪些危害？

化脓性中耳炎如果经久不愈，炎症可以通过骨壁和（或）血液向周围蔓延，除了影响听力以外，还可能引起颅内和颅外并发症。颅内并发症包括乙状窦血栓性静脉炎、硬脑膜外脓肿、硬脑膜下脓肿、耳源性脑膜炎、耳源性脑脓肿、耳源性脑积水等，颅外并发症包括迷路炎、岩锥炎、周围性面瘫、耳后骨膜下脓肿和瘻管、颈部脓肿等。因此，化脓性中耳炎患者如果出现头痛、发热、流脓突然停止或者增加、眩晕、面瘫、神志改变、表情淡漠、恶心呕吐、耳后或颈部脓肿时，应该考虑发生并发症的可能，应该及时就医。



12. 化脓性中耳炎有哪些治疗方式？

化脓性中耳炎急性期常用抗生素抗感染，穿孔前可用2%苯酚甘油滴耳，如果鼓膜膨出明显或者穿孔太小、脓液引流不通畅，可以将鼓膜切开让脓液流出；如果鼓膜已经穿孔，每天用过氧化氢清洗外耳道3次以上，吸干，再侧卧，病耳向上，滴入3~4

滴氧氟沙星或硼酸醇滴耳液，浸泡 10 分钟后倒出；如果脓液减少，用 3% 硼酸甘油或 3% 硼酸乙醇滴耳。以上保守治疗手段无效则可考虑手术治疗。

13. 化脓性中耳炎什么情况下需手术治疗？

化脓性中耳炎经药物治疗无效可以选择手术治疗。化脓性中耳炎的手术分为两类：以清除中耳病灶为主的乳突根治术和以重建中耳传音结构的鼓室成形术（鼓膜修补术）、听骨链重建术。两类手术可以同时做，但如果病变范围太大、估计中耳传音结构不能恢复，则仅做乳突根治术清除炎症；如果中耳炎症残留已被吸收、仅仅鼓膜穿孔没愈合，则只做鼓室成形术修补鼓膜；如果在清除中耳病灶的基础上有条件重建中耳传音结构则可以两者并施。

14. 鼓膜穿孔的原因有哪些？

鼓膜是分隔外耳道和中耳的一层薄膜，具有收集声音和阻断病原体进入中耳的功能。由于鼓膜极薄，极易受外伤或疾病影响而穿孔，如掌掴、挖耳、颞骨骨折、昆虫进入耳朵、化脓性中耳炎、胆脂瘤等都可能导致鼓膜穿孔。

15. 鼓膜穿孔需修补吗？

外伤导致鼓膜穿孔后，如果没有发生感染，保持外耳道清洁、干燥，禁止游泳，洗头时用消毒后的棉球塞住外耳道口，一段时间后小的鼓膜穿孔大多数可以愈合；如果外伤性鼓膜穿孔 3 个月

没愈合或中耳炎患者在耳朵停止流液 2 ~ 3 个月后鼓膜穿孔没愈合，也可考虑做手术修补。



16. 鼓膜穿孔如不治疗会有哪些危害？

鼓膜穿孔除了引起听力下降以外，还可能导致病原体容易通过破损的鼓膜进入中耳，引发或加重化脓性中耳炎。



17. 鼓膜修补后听力可以恢复正常吗？

鼓膜修补虽不一定能将听力完全恢复到正常，但能明显改善听力。



18. 鼓膜穿孔后生活中应注意什么？

鼓膜穿孔后，应该避免水通过穿孔的鼓膜进入中耳，加重中耳的炎症，因此，在沐浴、洗头时可以将消毒后的棉球放在外耳道口避免耳内进水，但注意棉球不能放太深，以免不能自行取出。另外要尽量减少或避免上呼吸道感染，以免诱发中耳炎。

(十 一)

你了解突发性耳聋吗

1. 什么是突发性耳聋?

突发性耳聋是指 72 小时内突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失，至少在相邻的两个频率听力下降 >20 dB。它是耳鼻咽喉科的一种急症，多为单侧耳聋，发病前多无先兆，少数患者则

突发性耳聋需警惕



**最佳治疗时间为
72 小时内**

先有轻度感冒、疲劳或情绪激动史。耳聋发生突然，患者的听力一般在数分钟或数小时内下降至最低点。部分患者可伴发耳鸣、眩晕，耳闷堵感、压迫感或麻木感。



2. 突发性耳聋是什么原因引起的？

突发性耳聋具体原因不明，可能与病毒感染、微循环障碍等有关，精神紧张、压力大、情绪波动、生活不规律、睡眠障碍等可能是其诱因。



3. 突发性耳聋该如何治疗？

突发性耳聋的治疗主要包括以下几个方面：（1）糖皮质激素：具有抗炎、抗病毒和免疫抑制的作用，可缓解血管内皮水肿，增加内耳血液供应，是目前突发性聋的重要治疗方式之一，包括全身及局部用药；（2）溶栓和抗凝药物及改善循环类药物：常见药物有巴曲酶、银杏叶提取物、前列地尔等；（3）神经营养类药物：常用的神经营养类药物有三磷酸腺苷（ATP）和维生素类等；（4）其他：高压氧、中医等治疗。



4. 突发性耳聋需要住院吗？

轻者可以不住院，严重者、基础疾病多、发病时间长、老年患者建议住院治疗。



5. 突发性耳聋治疗后听力可以恢复正常吗？

突发性耳聋有自愈倾向，一部分患者可自行得到不同程度的恢复。治疗前听力损失严重、伴有眩晕等是预后不佳因素。治疗开始的时间对预后也有影响，一般在7～10天内开始治疗者，效

果较好。低中频下降型预后较好，中高频及全聋型突发性耳聋预后较差。

6. 突发性耳聋药物治疗听力改善欠佳，会一直听不到吗？

药物治疗无效的患者，待听力稳定后可选择佩戴助听器改善听力，少部分听力差者可选择人工耳蜗植入。

7. 如何预防突发性耳聋的发生？

由于突发性耳聋病因尚不明确，并无针对性的预防措施。作为一般性的预防，日常生活中可注意以下几点：

- (1) 加强锻炼，增强体质，避免感冒，预防病毒感染。
- (2) 勿过度劳累，注意劳逸结合，保持身心愉悦。
- (3) 保持均衡饮食，多吃新鲜蔬果。减少烟、酒、咖啡、碳酸饮料等带来的刺激。
- (4) 控制高血压、高血脂及糖尿病等全身慢性疾病。
- (5) 对于已经患突发性耳聋并且治疗后患耳仍然不具有实用听力水平的患者，除上述建议外，还建议特别应该保护健侧耳：
①避免接触噪声；②避免耳毒性药物；③避免耳外伤和耳部的感染。

(十二)

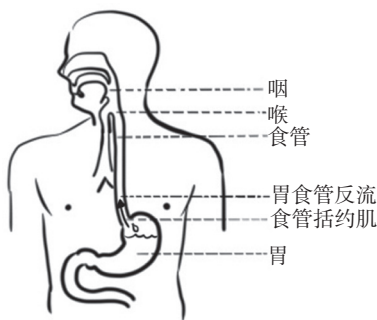
你了解胃食管反流病吗



1. 什么是胃食管反流病?

胃食管反流是指因为某种原因致胃、十二指肠内容物反流入食管或进一步冲入气道、耳鼻咽喉、口腔等部位所引发的系列疾病。

正常人也会出现偶尔或暂时的胃食管反流现象，例如饱餐后会打饱嗝、反胃，婴儿喝奶后溢奶等，但这都不属于疾病。正常情况下食管下端的食管括约肌起着“闸门”的作用，阻止胃里的东西反流入食管，当这道“闸门”



出故障时，胃里的东西往上反流进入食管就容易多了，由此产生各种异常病态反应或损伤，就形成了胃食管反流病。一般人中有10% ~ 20%存在胃食管反流现象，其中只有一部分会发展成胃食管反流病。



2. 出现哪些信号有可能是得了胃食管反流病？

(1) 胃灼热：即胸骨后有温热、烧灼感，这是得胃食管反流病的病人都存在的感觉，通常发生在饭后1~2小时。吃得过饱、进食了辛辣刺激食物或饭后上身前屈、卧位、用力屏气等都会使这种胃灼热的感觉加重。胃灼热的同时病人还可能感觉口中有酸、苦味。

(2) 胸痛：表现为前胸痛，可延伸到背、左肩臂、颈和下颌。一般发生在饭后1小时左右，当身体前屈、弯腰、下蹲、平卧或咳嗽时更容易发生。直立后或行走、喝水等能使其马上缓解。胸痛与胃灼热、反酸、腹胀这些信号往往同时存在。

(3) 咽喉部异物感、梗阻感、喉接触性肉芽肿：反流物可直接刺激咽喉部，出现咽喉部异物感、梗阻感，常被误诊为“咽喉炎”，常规治疗效果差。因此，比较顽固的慢性咽喉炎也需考虑与胃食管反流有关，另外，反流物反复刺激喉部，致声带后方长出新生物，医学叫“喉接触性肉芽肿”，这种新生物也与其有关。

(4) 咳嗽、哮喘：部分胃食管反流的病人可合并有咳嗽、支气管哮喘的症状，咳嗽多于夜间平卧时发生，表现为呛咳。咳嗽、支气管哮喘，可能是反流物被误吸入气管，刺激气管黏膜而诱发的。另外，反流物中含有细菌，吸入气管也可能导致支气管炎与肺炎的发生，引起咳嗽。有些慢性气管炎、哮喘或肺炎总治不好，又找不到其他原因的病人，要考虑是否有得了胃食管反流病的可能。



3. 胃食管反流病怎么治疗？

胃食管反流病的治疗分药物治疗和手术治疗，以药物治疗为主。治疗药物有4类，其作用分别是：减少胃食管反流；降低反流物的酸度，以减少对食道的损伤；增加食管的蠕动，加快反流物的清除；保护食管黏膜。药物治疗无效的顽固性胃食管反流病可以采取手术治疗或内镜下介入治疗方法。



4. 怎样预防胃食管反流病？

(1) 不穿紧身衣裤，腰带不要系得过紧。(2) 肥胖者需减肥。(3) 饭后短时间内不要平卧、弯腰、下蹲、屏气等。(4) 不要吃过油的食物，少吃巧克力，不喝咖啡，避免吃过热、过冷和刺激性较大的食物。(5) 戒烟禁酒。(6) 睡前2小时不吃东西。(7) 保持大便通畅。(8) 睡觉时将床头垫高与床面保持 20° ，仅将枕头抬高无效，一定要将上半身抬高。(9) 保持精神愉快，心态平和，不动肝火。

(十三)

你了解耳鼻咽喉异物吗

1. 被鱼刺卡到了喝醋有效吗？

醋酸溶解钙质使骨软化需要较长时间的接触，喝醋时醋流过咽喉部及食道，仅作短暂停留，不足以使鱼刺变软，还刺激肠胃，所以被鱼刺卡到喝醋是没有用处的。

2. 被鱼刺卡到了吃饭可以吞下去吗？

被鱼刺卡到时，采用吞饭、馒头、蔬菜等方法试图带下鱼刺的做法是很危险的。吞咽时咽喉部肌肉及食管肌肉运动产生的压力可能将鱼刺推入深部组织或将咽喉部鱼刺带入食管，期间可能出现划伤，甚至导致鱼刺越陷越深，食管中段毗邻主动脉弓，若异物受压刺破大血管，将会危及生命。鱼刺多卡于咽部，可在间接喉镜、电子喉镜等器械辅助下轻松取出，被异物卡住了要及时就医，把危险的种子扼杀在摇篮里。



3. 小儿呼吸道异物有哪些表现？

小儿呼吸道异物的临床表现与异物的大小、停留部位、时间有关。其产生的症状可分为四期：（1）异物进入期。患儿会出现剧烈的呛咳，持续数秒至数分钟不等；可以出现憋气、满脸通红甚至口唇发绀、窒息；有时伴呕吐或咳吐出异物碎块。大多数异物较小，进入气管后，随之被吸入支气管，所以异物进入期的时间较短，数秒至数十分钟不等。异物深入，呛咳、憋气。（2）安静期。异物停留在气管或支气管内，一段时间可无症状或仅有轻微咳嗽及喘鸣。（3）刺激与炎症期。咳喘、痰多。（4）并发症期。发热、咳嗽及咳脓痰、呼吸困难等。严重者发生气胸、纵隔或皮下气肿。

异物停留在喉、气管或支气管内表现的症状各有其特点：

（1）喉异物。当异物呛入呼吸道时会出现痉挛性高调咳嗽、憋气。随后异物多停留在声门、声门下，较大异物可以直接导致窒息，较小异物可出现吸气性呼吸困难、吸气性三凹征、声嘶等。（2）气管异物。刺激性呛咳、憋气、呼吸困难。较小的异物（如花生衣、瓜子、塑料膜等）贴附气管壁，症状可以暂时缓解，或随气流在气管内上下活动，出现阵发性咳嗽；较大异物会引起窒息。（3）支气管异物。异物较小，容易落入一侧支气管。停留时间久或是植物性异物易合并细菌感染，发展为肺炎。异物堵塞一侧支气管，一般呼吸困难并不明显，以呼吸声增粗，呼吸稍加快或活动时气促为主。双侧支气管异物则可出现明显吸气性三凹征的严重呼吸困难或窒息。

4. 小儿呼吸道异物该如何处理？

取出异物是唯一的治疗方法。因此发现小儿误吸入异物，应及时就医，尽早行异物取出术，以防止窒息及其他并发症的发生。

5. 儿童为何更容易出现外耳道异物？

首先，儿童的外耳道与成人不同。儿童外耳道的特点是外耳道成S形弯曲，且比成人狭窄，外耳道壁尚未完全骨化，相对较软。

其次，儿童好奇心强，在玩耍时容易把豆子、草根、纸屑等塞进耳朵里；有时在小儿睡眠时还会有小虫爬入耳朵里。

因此要经常教育孩子不要把小东西向耳朵里乱塞，以预防外耳道异物的发生。

6. 处理儿童外耳道异物应注意什么？

首先消除儿童的恐惧心理，让儿童及家长配合才能取出异物。

对于圆形或坚硬的异物，不能用镊子或钳子夹取，以免将异物推入深部，应用钩针绕到异物的后方缓慢勾出。对于活动而不膨胀的小异物，可用生理盐水将异物冲出，但外耳道、鼓膜有损伤或穿孔时禁止冲洗。植物性异物可在直视下用异物钩或耳刮匙取出，不宜用水冲洗。活动的昆虫类可先滴入油剂、酒精或乙醚将其杀死或麻醉后用镊、钩或冲洗取出。

不合作的儿童或异物嵌顿很紧难以取出者，可予以短暂的全身麻醉后取出。不能强行取出，以免损伤外耳道及鼓膜。

特别提醒，一旦发现或怀疑小儿有外耳道异物，家长不要乱

掏或用水冲，应及时到医院就诊。如无条件及时就诊，而异物又较小或位置较浅时，如小儿合作，可嘱小儿头部歪向有异物的一侧，单脚跳，让异物自己掉出来。如果是昆虫类异物，可先试着用手电光引诱昆虫自行爬出耳朵；如果不行，可向耳中滴入植物油，再用棉签蘸出或钩出虫体。



7. 虫子进到耳朵里了怎么办？

人的外耳道是一端开口的管道，深部由鼓膜封闭，长 2.5 ~ 3 cm，由于外耳道有一定的弯曲度，许多小虫容易飞进耳朵里，但常常不易自行爬出。当小虫在外耳道内爬行、挣扎甚至啃咬时，由于外耳道里的皮肤比较娇嫩，神经丰富，会让人觉得耳朵奇痒难忍，甚至会给人们带来难以忍受的轰隆耳鸣声和疼痛感。当小虫触及耳道深处的鼓膜时，还可能会引起头晕、恶心、呕吐等症状。这种情况下千万不可用掏耳勺乱掏，容易导致小虫受到刺激后挣扎或向深部钻，这样更容易造成损伤。在家里当小飞虫飞进耳朵里时，正确的方法是侧卧使患耳向上，然后向耳道内滴入数滴食用油，目的是使小虫迅速淹死或杀死，使其动弹不得，可以避免少受些痛苦，然后从容地去医院耳鼻喉科就诊，让医生取出。

五

耳鼻咽喉保健





(一) 耳朵如何保健

1. 经常去 KTV 唱歌好吗？

人的听觉功能是听辨声音的，但过强的声音容易造成听力损害。比如尖锐的叫喊或指甲刮黑板等高频声音，或者将电视的音量放太大，都会让人觉得耳朵不舒服，长期刺激可造成听力损害。KTV 的环境嘈杂，音乐频率高、音量大，长期处于这种环境中会逐渐损伤听力，甚至造成感音神经性耳聋。据统计，每年全世界新增因噪声导致听力损伤的青少年多达 500 万人，常见的娱乐性噪声来源于手机、KTV、蹦迪等。因此，要保护耳朵就要避免过于频繁、长时间待在 KTV，以及尽量少用入耳式耳机。

2. 长期处于噪声环境中会引起听力下降吗，如何预防？

长期处于噪声环境会造成听力减退，进而导致听觉器官的器质性损害。反复暴露在噪声下，耳蜗内的毛细胞就会逐渐退化。人耳蜗上感受声音的毛细胞一旦受损，就会造成语言识辨力下降，

也就是说，听得见别人在说话，却听不懂具体说什么内容。毛细血管的数量在一个人出生时就已经定了，损伤一个就少一个，根本不可逆。噪声损伤人耳听觉的程度主要跟其强度与接触时间有关。短时间接触 115 dB 的噪声会造成严重耳聋；而在 80 dB 以上的噪声环境中生活造成的耳聋患者可达 50%。一般来说，在噪声大于 80 dB 的情况下必须佩戴“听力保护装置”。身处噪声环境短期内不会有太明显的不适，如果时间较长的话必然会对耳朵造成伤害，很有可能导致噪声性耳聋。因此在日常的生活中要尽量减少与噪声接触的时间。噪声还会引起头痛、头昏、失眠、高血压、心电图改变，也可影响胃的蠕动和分泌。预防噪声性聋需注意以下几点：

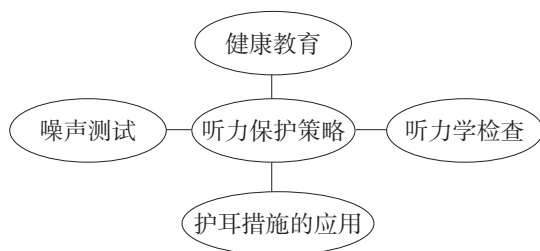
(1) 控制噪声强度，减少或削弱噪声来源，这是最重要最根本的措施。

(2) 减少噪声接触时间。

(3) 耳部隔音，戴耳塞、耳罩、隔音帽等防声器材。一般在 80 dB 噪声环境长期工作即应配用简便耳塞，90 dB 以上时必须使用防护工具。用棉花塞紧外耳道口，再涂抹凡士林，其隔音值可达 30 dB。

(4) 卫生监督，就业前应检查听力，患有感音神经性耳聋和噪声敏感者，应避免在强噪声环境中工作。

(5) 发现耳部不适，争取早期治疗。





3. 长期戴耳塞会影响听力吗？

长期戴耳塞会影响听力，主要见于以下原因。

(1) 耳塞长期堵塞耳道，导致耳道内产生的耵聍、油性分泌物等堆积，其反复刺激耳道产生慢性炎症，从而累及鼓膜中耳结构，增加中耳炎罹患的可能性，可直接导致听力下降。

(2) 耳道长期堵塞还可能导致患者因辨别耳外周围环境声音的能力下降，但是自己说话声音、呼吸音、头颈部大血管搏动音、吃饭咀嚼音、哈欠音、饮水音等自体声音反而变大，加重精神负担，引起情绪不佳、耳鸣、失眠等，从而间接导致听力受损。

(3) 长期佩戴耳塞的人会因为外界声音变小而养成大声说话的习惯，即便不戴耳罩或耳塞也会习惯高声言语。长时间戴耳塞隔绝外界高强度声音，导致自身内耳对于声音的敏感度以及耐受强噪声的能力下降，从而更易在外界较强噪声影响下导致听力下降。

部分特殊工作的人群，例如在高强度噪声下工作或者必须戴防护面罩工作的人群，需要特别注意长期戴耳塞可能导致的听力下降。减少佩戴时间，并在佩戴过程中尽量避免咀嚼、用力擤鼻涕、大声说话等不当行为，可以避免听力损失或降低听力下降的程度。



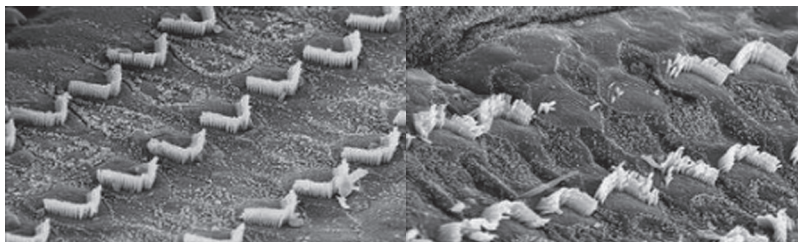
4. 长期带耳塞听歌可引起听力下降吗？

戴耳塞听音乐，成为现在年轻人的一种习惯。随着科技的不断进步，越来越多的人出门就戴着耳塞听歌，一听就是好几个小时。从最初的广播、收音机，逐渐变成复读机、随身听、MP3、MP4，

一直发展到现在的手机。无论是大街上、公交车站台、还是公交车上，甚至连睡觉都可以看到他们戴着耳塞，享受美妙的音乐世界。可是这其中存在较大的健康隐患，长期戴耳塞会伤害到我们的耳朵，甚至导致耳鸣和听力下降。

听力受损的过程一般都是悄无声息的，因为人的听觉范围非常大，一般的损伤暂时不影响与别人的沟通交流，再加上常规体检中并没有详细的听力检查，所以很难引起人们的警惕。但是再过十年、二十年，他们就会过早地跨入听力下降的人群里，在步入老年之前就可能拥有一个“衰老的耳朵”。

反复暴露在噪声下，耳蜗内的毛细胞就会逐渐退化，而人耳蜗上感受声音的毛细胞一旦受损，就会造成语言识别力下降。



年轻人的毛细胞排列

老年人的毛细胞排列

在地铁、公交车这种环境里，音量大小不是由听力而是由噪声决定。尤其是地铁，本身就是一个相对封闭的环境，会对人的耳朵产生一定的压力，再戴着耳机紧紧地压在耳朵里，高强度的声音不断地撞击鼓膜，就会造成毛细胞的损伤。当人耳听到的音量超过 85 dB 时，时间较长可造成听觉疲劳；当音量高达 110 dB 以上时，足以使人体内耳的毛细胞死亡。耳机的音量输出一般在 86 dB 左右，有些高频范围能达到 120 dB。声音过大、每次听的时间过长就会影响听觉神经，造成

兴奋性毒性，自主神经功能也会紊乱，除了耳鸣，严重的还会导致厌食、失眠等症状。

即使当时没有出现听力损伤，长期戴耳塞听歌的人也可能在四五十岁的时候就开始出现听力下降的情况。此外，长期戴耳塞听歌会导致听小骨和耳内的肌肉疲劳损伤，调节功能有所降低。长期持续下去，听力损伤难以避免。



5. 听力下降患者在什么情况下需要验配助听器？

从理论上讲，任何一位听力损失患者均可成为助听器的使用者。但是，很多外耳、中耳疾病可以通过药物或手术治疗恢复正常听力。一些感音神经性听力损失患者，如突发性耳聋，及时药物治疗也可恢复听力。还有部分神经性、中枢性以及波动性听力损失患者不适合使用助听器。简单归纳一下，下列情况需及时就医：

- (1) 传导性听力损失（外耳、中耳病症）；
- (2) 3个月以内发生的突发性、进行性听力下降；
- (3) 波动性听力下降；
- (4) 不明原因的单侧或双侧明显不对称的听力损失；
- (5) 听力下降伴有耳痛、耳漏、耳鸣、眩晕或头痛；
- (6) 外耳道耵聍栓塞、异物或外耳畸形。

如出现以上情况，需经耳科医生确诊疾病原因，首先进行病因治疗，若患者不愿意长期接受药物治疗或手术治疗，或者治疗后听力基本稳定，方可验配助听器。



6. 助听器可以像购买眼镜一样直接购买吗？

不可以。眼镜需要验配是家喻户晓的常识，而助听器需要验配却不太为人所知。在 20 世纪 80 年代以前，我国的助听器销售主要通过百货商店、药店等，由店员像一般日常商品一样“卖给”顾客。这些店员缺乏基本的听力学常识，只是凭借经验销售（而不是选配）盒式、耳背式助听器。这样，听力障碍患者常常因为买不到适合自己的助听器，而认为助听器无效或“杂音”太大。许多人通过他人在大城市或国外购买助听器，其结果往往也是闲置不用。

要知道，助听器不是简单的声音放大装置，它有音调、音量、声输出等许多调制环节，因此验配助听器不是商业行为而是一种严格的医学行为。每个人的听力都是存在个体差异的，验配助听器时验配师不仅需要考虑患者耳聋的性质、程度、环境及个人需要情况，还要考虑助听器本身的性质指标，试配并反复感受验配效果，最后选择最适合的助听器，并按照患者的不同需要有针对性地调整助听器频率。听力损失不同，助听器所给予的增益也就不同。

随着助听器在国内的普及，助听器行业也迅速地发展起来。目前，助听器的销售在国内十分普遍，助听器的验配也逐渐开始系统化、正规化、专业化。患者一定要到正规医院或专业的助听器验配中心进行验配，才可以选配到适合自己的助听器。



7. 老年性耳聋需要尽早验配助听器吗？验配与使用期间有哪些常见误区？

助听器的作用就是最大限度地利用老年人的残余听力来帮助他们回到有声世界。佩戴助听器有利于提高老年性耳聋患者的晚年生活质量，所以一旦发现双耳听力损失超过 40 dB 并且无法通过药物、手术等手段治疗恢复时，应该尽早验配使用助听器。常见误区如下：

(1) 随便买一个好的助听器就可以了。这是不对的，助听器一定要验配。佩戴助听器是改善耳聋老年人听力的重要手段，但是戴助听器就像人们戴眼镜，只有适合自己听力的助听器才会起到帮助听的效果，不适合的佩戴只能是有害无益。助听器声音过大不但听不清，而且会损伤残余听力，使听力损失程度加重。只要助听器验配合适，就不会导致听力继续下降，除非是自然衰老的退行性变化和疾病引起的听力下降。

(2) 有很多人自认为自己的听力还可以，不愿意接受助听器的帮助，其实这样是不对的。一般听力损失超过 40 dB 的患者都需要配助听器，助听器可以帮助患者延缓听力衰退的现象，保持原来的言语识别能力。科学证明：耳聋对老年人的身心健康极为不利，容易导致孤僻、性情古怪及提前患老年性痴呆等。极重度聋的病人佩戴助听器，虽然不能使其听清楚，但能够加强其音感，有助于他们理解别人语言的意思，从一定程度上还可以保护听觉功能。

(3) 助听器验配后就可长期使用。这是不对的，除了验配，还需要经常调试。助听器并不是一个简单的商品，是不能随意购

买和使用的，必须经过严格的验配才可以佩戴。验配助听器前，必须由专业医生进行全面的检查，根据本人的听力损失程度，选择适合的助听器。助听器验配也不是一劳永逸的，需要验配师根据患者的听力情况经常进行调试。

（4）双耳听力不好，验配单耳就可以了。这也是不对的，建议双耳验配。有70%单耳佩戴了助听器的患者后期效果都不满意，尤其是在环境噪声比较大，或人多嘈杂的环境。有研究证明双耳佩戴助听器有许多好处，能增强听觉平衡和定位能力、提高增益和信噪比、提高语言识别率等。双耳佩戴助听器比单耳更有方向感，可以增加声音的立体感，使声音清晰而饱满。

（5）单通道和多通道助听器效果一样。这是不对的。数字式助听器的声音不但清晰，而且能够很好地保护患者的残余听力。数字式助听器基本都是采用宽动态范围压缩放大线路，这种线路可以提高感音神经性耳聋患者的动态范围，保证助听器可以适合各种声学环境。它的放大原理是：小声放大倍数大，大声放大倍数小，把有用的信号压缩到听障患者变窄的动态范围内，由于听力损失曲线的多样性，单通道压缩的助听器很难准确地匹配患者各频率点听力损失，多通道压缩比单通道压缩更具有针对性。

（6）助听器佩戴后感觉与正常一样。这也是不对的。顾名思义，助听器就是一种听力辅助装置，是一台机器，不管它有多么好的功能也不可能代替人的一对好耳朵。因此，要对助听器有一个合理的期望值。刚戴上助听器的时候，特别是以前从未配过的，都有一个适应期，以正常的心态度过适应期后，助听器的好处就越来越明显了。

随着社会的发展，经济水平的不断提高，帮助老年人提高生活质量已经是一种趋势。针对患有老年性耳聋的患者，佩戴助听器是改善耳聋老年人听力的重要手段。因此，帮助老年人正确认识老年性耳聋，了解助听器验配的相关知识有利于老年人最大限度地利用残余听力，回到有声世界。

8. 耳聋能不能办残疾证？

首先，我们应该了解耳聋是什么？耳聋即听力损失、听力障碍。无论何种原因导致的听力下降，均需行纯音测听+声阻抗检查，通过听力图，判断听力损失的程度，听力障碍分级标准和听力残疾评定标准请参照本书第三部分内容。

除了常规听力检查结果，还需行多频稳态、耳声发射及听性脑干反应（ABR）等客观听力检查，进一步评估听力情况。评定残疾需经鉴定部门鉴定后才能办理。因此，耳聋需经过检查及鉴定部门鉴定后，才能办理残疾证。

9. 人工耳蜗植入术的最佳年龄？

人工耳蜗植入术有其适应证：

（1）语前聋：年龄 12 月～6 岁，双侧重度或极重度感音神经性聋，无手术禁忌证，患者或家属有正确认识，合理期望值，有听觉言语康复的条件。

（2）语后聋：各年龄段患者，双侧重度或极重度感音神经性聋，佩戴助听器无效或效果差，无手术禁忌证，患者或家属有正确认识，合理期望值。

因此，人工耳蜗植入术的最佳年龄为语前聋 12 月 ~ 6 岁，语后聋者各年龄段均可，但需满足上述条件。



10. 人工耳蜗植入术需要做一侧还是两侧？

人工耳蜗一般单侧可解决日常交流，满足生活需要。但两侧植入有以下优点：（1）改善声源定位功能和言语理解能力；（2）获得更自然的声音感受，促进听觉言语和音乐欣赏能力的发展。因此，如条件许可，可双侧同时植入或顺序植入人工耳蜗。



11. 耳屎需要彻底清除吗？

耳屎是外耳道耵聍腺的分泌物，医学上称作耵聍。外耳道内耵聍可借咀嚼、张口等下颌运动以薄片形式自行排出。而且，耵聍也并非是一无是处的废物，其对外耳道皮肤有一定的保护作用，可防止霉菌等有害菌种感染，并粘住进入耳道的灰尘等。

因此，耳屎不需要彻底清除。如果耳屎集结成块堵塞外耳道产生耳闷塞感、听力下降或伴发炎症，建议到医院就诊，由医生正确处理。



12. 如何正确使用滴耳剂？

滴耳剂多种多样，要根据病情及医嘱正确选用。在具体应用时，头偏向对侧，滴入滴耳剂 3 ~ 5 滴，保持 5 分钟左右，头恢复正位。

13. 发现新生儿耳朵畸形该怎么办？

耳朵畸形除了在外貌上影响患者，还可能影响听力，听不清别人讲话自然也学不会清楚地讲话。导致新生儿外耳畸形的原因很多，药物、感染、遗传等都有可能。对于外耳畸形的新生儿，首先应该做相关听力的检查评估患儿听力情况，完善 CT 检查，看是否有中耳、内耳畸形。另外，外耳畸形还有可能合并有面裂、心脏畸形、肾畸形等其他畸形，所以完善心脏彩超、泌尿系统彩超等全身检查评估也是有必要的。

14. 小耳畸形最佳手术时机？

小耳畸形手术的目的是为了改善听力和外观。如果患者听力基本正常，不影响学说话，外貌上的异常也没有给患儿造成心理阴影，一般建议 5~6 岁以后做手术；如果小耳畸形对患儿的心理造成了影响，手术时间可适当提前。

15. 听力下降时应该做哪些检查？

当我们出现耳鸣或者感觉听力下降时，需要进行听力检查。听力检查的目的是测定听力正常与否，如果有听力损失则应确定听力损失的部位、程度及性质，即听力损失的定位、定量及定性测试。听力检查方法众多，简单来说可分为主观测听法和客观测听法两大类。

主观测听法包括语音检查法、音叉试验、纯音听阈检查法、阈上功能检查法、言语测听等。其中最重要、最基础的是纯音听

力测试，纯音听阈检查反映的是从外耳到听觉中枢整个听觉传导通路的情况，可以帮助我们了解听力损失的程度、性质和部位。这个测试需要在专门的隔声室内进行。

音叉试验是耳科门诊最常用的听力检查方法之一，由于所用器械简单，检查方法易行，在听力检查方法众多的今天，仍为一简单实用的初步检查方法。

言语交流不但依赖于听见声音，而且必须能够理解语言。纯音听阈检查只能说明耳朵对各种频率纯音的听敏度，不能全面反映其听功能状态，言语测听作为听功能检查法的组成部分，不仅可弥补纯音听阈检查法的不足，而且有助于耳聋病变位置的诊断。

客观测听法无须受试者的行为配合，结果客观、可靠。临床上常用的客观测听法有声导抗测试、耳声发射测试、听性脑干反应（ABR）测试以及多频稳态听觉诱发反应测试。

声导抗测试主要用于中耳功能状态的评估，如咽鼓管功能、鼓膜动度、鼓室压力等。

耳声发射测试可在一定意义上反映耳蜗尤其是外毛细胞的功能状态，检测简便、省时、无创，常用于新生儿听力筛查。

听性脑干反应测试是目前最为成熟的听觉电生理测试方法，反映了从外耳至低级脑干听觉通路的完整功能。当我们听到声音后，听神经受到刺激就会产生神经生物电反应，这个反应又会沿听神经上传到脑干和更高的听中枢（如大脑听皮层）并产生不同的生物电反应，这些脑干之间的生物电反应被贴在人头皮上的电极记录，医生根据记录到的电反应来具体分析问题。这个检查为了避免强大的脑电波和其他生物电干扰，测试需在睡眠或安静状态下进行。测试的房间也要适当地进行电屏蔽和声屏蔽。

通过上面的介绍，我们可以发现整个听觉通路的各个阶段都是有相应的听力学检查，所以任何一个检查都不是孤立存在的，必须要结合在一起综合分析才能发现问题所在。



16. 为什么新生儿出生时要做听力筛查？

听力障碍是最常见的出生缺陷。据报道，正常新生儿中，先天性听力障碍发病率为 0.1% ~ 0.3%。婴儿出生后，多数的畸形经过医生的常规检查都能发现，而听力障碍则很难通过一般的常规检查发现。我们知道，听力正常的孩子一般在 4 ~ 9 个月开始牙牙学语，而严重听力障碍的孩子由于缺乏语言刺激和环境，最终导致聋哑。有研究发现，影响语言能力的唯一相关因素是听力障碍发现时间的早晚，不是听力损失程度。如果能够早发现、早诊断、早干预，在各种残疾中听力残疾的预后是最好的。

目前最常用的新生儿听力筛查技术是耳声发射和自动听性脑干反应。这两种方法都非常简便、快速、无创，不会对孩子的耳朵造成任何伤害。耳声发射测试时只需要向孩子耳朵里面塞上一个非常柔软的小耳塞，机器就自动收集耳蜗对声音刺激产生的反应。自动听性脑干反应测试则通过在额头以及耳后等部位贴上电极片记录大脑对声音刺激产生的脑电波，以此确定孩子听力正常与否。检查需要在安静环境下完成，孩子保持睡眠状态。孩子吵闹、吸奶、鼻塞致呼吸不畅以及外界环境嘈杂都会对结果造成干扰。孩子出生后 2 ~ 3 天即可进行初筛。



17. 听力筛查没有通过，该怎么办？

初次筛查没有通过的孩子，很多爸爸妈妈都非常紧张，会问医生“我的孩子是不是听力有问题？”其实，绝大部分初筛没有通过的孩子经过 42 天的复筛，检查都是能通过的。刚出生的孩子外耳道里面留存有羊水、胎脂、胎粪等，或者孩子检查时未能保持一个安静的状态，这些因素都有可能导导致初筛不通过。复筛时，当这些干扰因素被排除掉后，就会发现之前是虚惊一场。

如果孩子复筛还是没有通过，则需要 3 个月内进一步进行更详细的听力学诊断检查了。



18. 为什么眩晕时要做听力学检查？

很多人眩晕发作就诊时，往往被医生叫去做听力学检查。大家就会产生疑问“我明明是头晕，为什么要去做听力学检查呢？”前面讲过，人的内耳包含前庭器官和耳蜗，前庭主管人体平衡，耳蜗主管听力。因此两者常受到同一疾病的损害。比如常见的梅尼埃病、突发性耳聋等疾病，眩晕与听力损失都是同时出现的。因此对于眩晕的诊断，进行听力学检查是非常必要的。



19. 眩晕检查项目里面的前庭功能检查是什么？

前庭系统是人体维持平衡的最主要的器官，而前庭功能检查是确立前庭功能状态的基本方法，也是医生诊断眩晕的重要手段之一。常见的包括眼震视图检查、前庭诱发肌源电位（VEMP）检查等。

眼震视图检查项目有：自发性眼震试验、扫视试验、平稳跟踪试验、视动性眼震试验、凝视性眼震试验、位置试验与变位试验（诊断耳石症的金标准）、冷热试验（冷热水或冷热气）、摇头试验、瘘管试验等多种试验。通过这些检查来判断病损部位是中枢性的还是外周性的，如果是外周性的，可进一步确诊是哪一侧。因此，前庭功能检查是眩晕诊疗的首选检查。进行此项检查前需注意以下几点：24~48 h内禁服任何中枢兴奋剂或抑制剂，不饮用任何酒精性饮料；检查前不应做重体力劳动、较剧烈的体育活动；检查前保证良好睡眠；检查前2 h内空腹。

前庭诱发肌源电位是一种强声刺激在紧张的胸锁乳突肌表面或者眼外肌上记录到的短潜伏期诱发电位。此项检查可以对内耳的球囊功能及前庭神经功能进行评估。



20. 新生儿听力差该多大去检查？

新生儿听力筛查是通过耳声发射、自动听性脑干反应和声导抗等电生理学检测，在新生儿出生后自然睡眠或安静的状态下进行的客观、快速和无创的检查。

新生儿听力筛查时间：

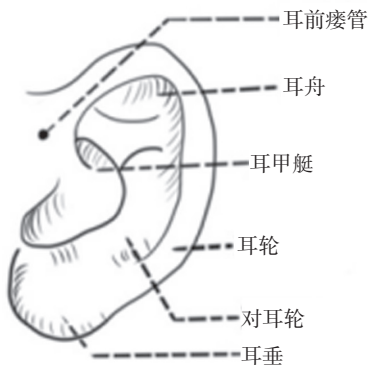
（1）初步筛查过程（初筛）：新生儿出生后3~5天住院期间的听力筛查。

（2）第2次筛查过程（复筛）：出生42天内的婴儿初筛没“通过”或初筛“可疑”，甚至初筛已经“通过”，但属于听力损失高危儿，如重症监护病房患儿，需要进行听力复筛。

未通过复筛的婴幼儿，都应在3月龄接受听力学和医学评估，在6月龄内确定是否存在先天性或永久性听力损失，以便实施干预。测试时间：出生后3个月～6个月。

21. 耳朵前面有一个小洞是怎么回事？

有些人耳朵前面有一个针眼大小的小洞，医学上叫作先天性耳前瘘管。这种病与遗传有关，是由于在胚胎发育期形成耳郭的组织发育不全所引起。耳前瘘管一般开口于耳前，轻的仅在耳前有一凹痕；重者瘘管可以有广泛的分支，形成多个盲管，甚至可以绕到耳后而造成耳后感染。



先天性耳前瘘管常分泌一种像白色乳酪一样的分泌物，带臭味。一般不易察觉，如有继发感染，可引起局部皮肤红肿、疼痛，甚至形成脓肿。如果反复感染破溃，可使瘘口周围的皮肤形成明显的瘢痕，影响美观。

22. 耳朵前方“小洞”发炎了怎么办？

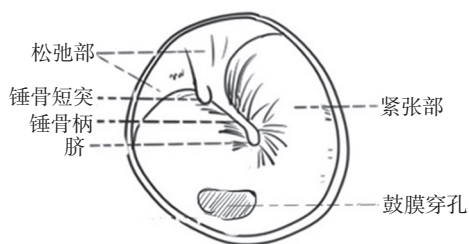
“小洞”即先天性耳前瘘管，发炎后应及时使用抗生素软膏局部涂抹，口服抗生素类消炎药治疗。如果已经发生化脓，形成脓腔，应该及时到耳鼻咽喉科就诊，行脓肿的切开引流，并配合

药物治疗。耳前瘻管局部发炎化脓容易反复，需要在急性感染控制后通过手术彻底切除瘻管组织才能根治。

23. 鼓膜穿孔了能够游泳吗？

鼓膜是中耳外壁，有传导声波的作用，也有防止外物进入中耳的作用，所以鼓膜完整的情况下感染物不能经外耳道进入中耳。

在鼓膜穿孔时，外界病菌（包括细菌、病毒等）可经穿孔进入中耳，引起中耳感染。在鼓膜穿孔时游泳，池水或河水



经鼓膜穿孔处进入中耳腔，其中的病原微生物就可能诱发化脓性中耳炎。因此有鼓膜穿孔时不能游泳，也应避免其他污水入耳。

24. 自己掏耳朵有害吗？

在日常生活中，不少人都有掏耳朵的习惯，认为掏耳朵是在给耳朵做清洁。医学研究表明，过度掏耳朵是有害的。首先，经常掏耳朵，容易损伤外耳道皮肤，细菌易进入伤口引起感染；来回搔刮可把细菌挤入毛囊、皮脂腺管，引发炎症、流水，严重者发生外耳道疔肿。其次，由于经常刺激外耳道皮肤，使皮肤淤血，造成耳屎分泌增多，堆积严重。最后，经常掏耳朵刺激鼓膜发生慢性炎症，鼓膜发红、变厚，外耳道也会流出少量脓液。



25. 怎样检查小儿耳朵有无耳屎？

外耳道软骨部皮肤具有耵聍腺，其淡黄色黏稠的分泌物称为耵聍，俗称耳屎，具有杀菌、抑制真菌生长及保护外耳道皮肤、黏附灰尘与小虫的作用。由于发育原因，应向下牵扯小儿耳郭才可暴露外耳道。将光源照进外耳道检查，如果外耳道通畅，或者少许分泌物附着，能看到鼓膜的全貌，就没有耳屎。如外耳道内分泌物较多，看不到鼓膜，或者完全堵塞了外耳道，表明有耳屎栓塞，须及时到医院就诊。



26. 婴幼儿“耳屎多”是病吗？

不是。婴幼儿耳屎多是因为新陈代谢快，加上咀嚼的幅度比成年人小，所以通过外耳道排出的少，因此，这并不是病。婴幼儿皮肤、鼓膜比成年人的脆弱，而且配合能力差，如果耳屎较多，家长不要轻易去取，建议去医院请专科医生处理。



27. 为何耳郭易于冻伤？

相比其他部位，耳郭暴露于空气中，皮下组织少，血管浅，寒冷的时候血管收缩，耳郭容易因缺血缺氧而被冻伤。因此在寒冷的环境中要注意耳郭的保暖，避免冻伤。



29. 冬季晨练如何防止耳郭冻伤？

冬季早晨气温低，出门运动时建议带耳罩、帽子或者围巾保暖，避免耳郭冻伤。耳郭冻伤后，用手轻轻按摩耳郭可以促进局部血液

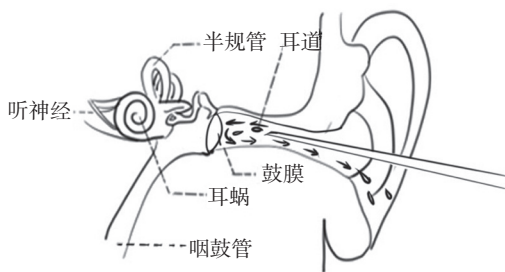
循环。但不论冻伤轻重如何，千万不可立即到热的室内去烤火或用热水袋、热毛巾等突然加热，以免引起血管痉挛，而造成局部坏死；也不可用力揉搓，否则易引起局部血液循环障碍发生耳郭假性囊肿或耳郭软骨膜炎。如果冻伤比较严重，须立即到医院就诊。

30. 鼓膜穿刺疼吗？

鼓膜穿刺是耳鼻咽喉科的常规治疗操作之一，主要用于分泌性中耳炎的诊断和治疗，也可以用于鼓室内注射药物。这个操作可以在局部麻醉下进行，也可以不麻醉直接进行。由于鼓膜菲薄，上面分布的血管神经少，医生穿刺部位更是选择的最安全的部位，因此穿刺过程中只会有一过性轻微刺痛感，一般不会造成出血，因此不用担心和害怕。穿刺过程中患者应该放松心情保持不动，这样更利于医生的操作，也能防止因为头部移动导致的意外损害。

31. 外耳道冲洗怎么做，会疼吗？

外耳道冲洗是耳鼻咽喉科门诊常规操作之一，主要用于清洗外耳道异物或者耵聍。方法是利用导管或者冲洗针用清洁温水直接沿外耳道壁冲入外耳道内，利用水流的冲击力将里面的异物或者耵聍冲洗脱落，随着水流通过外耳道口流出。如果外耳道或者鼓膜已经有一定病变或者损伤，水流冲击时可能会有轻度的



不舒适感。在常规情况下，整个操作不会造成任何的疼痛感，亦不会损伤到耳朵。


32. 什么是咽鼓管吹张？

咽鼓管是连通咽部和中耳鼓室的一个潜在通道。大多数情况下是闭合状态，只在吞咽或者打哈欠等情况下一过性开放用于调节中耳鼓室内的气压。当咽鼓管由于各种原因不能正常开放后，中耳鼓室内会形成负压让人产生耳闷堵感，久之诱发分泌性中耳炎。咽鼓管吹张的原理就是利用人为的外力将咽鼓管打通，让中耳鼓室内的气压恢复到正常状态，从而达到缓解症状、治疗疾病的目的。方法包括橡皮球吹张法、自行捏鼻鼓气吹张法、导管吹张法等。




33. 耳郭假性囊肿怎么治疗？

耳郭假性囊肿亦称浆液性耳软骨膜炎，成年男性多见，主要表现为耳郭腹侧面无痛性囊肿。对于早期的囊肿，可尝试局部物理治疗，如冷冻、射频、微波等，通过让局部形成坏死、粘连控制渗出。对于已经形成的明显囊肿，应及时到耳鼻咽喉科门诊进行囊肿穿刺抽液，并可用石膏加压包扎，起到压迫局部作用，防止复发。对于反复发作、保守治疗效果不佳的患者，应进行手术治疗，方能获得满意的治疗效果。



(二)

鼻子如何保健



1. 怎样正确地擤鼻涕？

日常生活中，我们常常会擤鼻涕，尤其是感冒后鼻阻、流鼻涕时，那么该怎样正确地擤鼻涕呢？

首先，了解鼻腔与周围结构的关系，鼻腔经鼻泪管与眼睛相连，经咽鼓管与中耳腔相连，经鼻窦开口与鼻腔相通，不正确地擤鼻涕，会导致结膜炎、中耳炎、鼻窦炎等。

那么正确的擤鼻涕方法是：用手指压住一侧鼻孔，稍用力向外擤，对侧鼻孔的鼻涕即被擤出，用同法，再擤另一侧；或者将手帕、卫生纸放在鼻孔前，用手轻轻扶放在鼻两侧，用力将鼻涕向外擤出也可，但擤鼻涕时用力不宜过大；还可将头稍微仰起，使鼻涕向后流，再轻轻吸鼻，使鼻涕经后鼻孔排出，再经口咽部咯出也是可以的。



保持嘴巴闭紧



用手指轻压一边的鼻孔，气由另一边鼻孔呼出，擤出鼻涕，然后换边



擤完鼻涕后记得清洁双手

过于用力擤鼻涕时，可能会将部分鼻涕挤入鼻窦引起鼻窦炎，也可能使鼻涕挤入鼻泪管引起眼结膜感染，甚至挤入咽鼓管引起中耳炎，因此切勿用力过猛。轻轻地擤鼻涕是保护鼻子和耳朵的一条重要原则。

另外提醒注意：擤鼻涕时，若感到有气进入耳内，听到耳内有进气声音，并感到耳内发胀、发堵，甚至疼痛时，应到医院进行详细检查以确定是否引发了中耳炎。



2. 经常拔鼻毛、挖鼻孔有什么害处？

空气中常带有很多灰尘、病毒、细菌，鼻子就像一个空气净化器，帮我们把外界的空气净化后吸入肺中。而长在鼻前庭的鼻毛是第一道关卡，就相当于一排排密集的保护林，当空气从鼻毛中穿过，较大的灰尘微粒或者微生物就会被阻挡，因此，每次大扫除后会发现鼻孔是黑的。同时鼻腔还可以湿润和温暖吸入的空气，尤其是在冬天冷空气干燥的时候，鼻腔将吸入的空气加湿变暖，不会让人因为吸入冷空气而感觉到不舒服。所以经常拔鼻毛，

会导致防护过滤功能减弱，使吸入的空气含有细菌、病毒等，容易引起呼吸道的感染，也会使鼻腔更干燥，不舒服。同时拔鼻毛会使鼻毛逐渐减少，还会破坏毛囊结构，引起毛囊发炎甚至鼻疖等。

挖鼻孔就相当于自毁门户。首先，挖鼻孔会导致鼻毛脱落。其次，通常挖鼻孔手指接触的地方多为鼻前庭，挖鼻就相当于反复摩擦鼻前庭内衬皮肤，容易引起鼻前庭皮肤损伤，造成出血并将细菌引入伤口；并且，指甲坚硬，指甲缝更是藏污纳垢的地方，如果损伤了鼻中隔的黏膜，引起破溃出血，相当于人为地将细菌种植在伤口上，细菌扩散，伤口溃烂引起鼻中隔穿孔等。

拔鼻毛、挖鼻孔看似是小事，也有可能惹来大的麻烦。所以，在日常生活中要尽量戒掉挖鼻孔、拔鼻毛的坏习惯。



3. 什么是“危险三角区”？

“危险三角区”是指鼻下、口周一特殊区域，通常指的是两侧口角至鼻根连线所形成的三角形区域，这个区域发生炎症容易进入颅内，而危及生命。当面部发生炎症，尤其在这三角区域内有感染时，易在面部静脉内形成血栓，影响正常静脉血回流，并且逆流至眼上静脉，经眶上而通向颅内蝶鞍两侧的海绵窦，将面部炎症传播到颅内，产生海绵窦化脓性血栓性静脉炎严重并发症，常危及生命。



4. 为什么危险三角区的疖 / 疔不能挤？

口腔颌面部的血管丰富，由深、浅两个静脉网构成，互相吻合，但没有静脉瓣，血液既可以向心回流，也可离心反流。因此，

面部“危险三角区”发生感染(如疔、疖等)后,若随意搔抓、挤压、挑破、热敷及意外损伤等,都可导致炎症迅速扩散。严重时引起颅内海绵窦化脓性血栓性静脉炎,



危险三角区
此处感染容易
致颅内感染

可危及生命。因此,颌面部特别是危险三角区的疔/疖不能挤。



5. 如何正确使用滴鼻药水?

滴鼻前首先要将鼻涕轻轻擤干净(注意:不能用力擤鼻),如鼻腔内有痂皮或黏稠脓涕,可先用温水清洗干净,这样滴药时药液就会与鼻腔黏膜充分接触,而不会因为分泌物稀释药液降低药效。

其次,滴药时要采取鼻低于口、咽的体位,如仰卧在床上,使肩膀与床沿平齐,头悬于床沿下,这样鼻腔就低于口咽部了,滴药时就不会使药液流到口咽而感到口干、口苦。但是,必须注意高血压及颈椎病的患者不能采取这样的体位,可以改为半卧位,给右侧鼻腔滴药时,头向右肩倒,给左侧滴药时头向左倒。选择好体位后,左手食指轻轻推鼻尖部,使鼻孔充分暴露,右手持滴瓶,距鼻孔2~3 cm,将药液滴入鼻腔,每个鼻孔2~3滴。轻按鼻翼,使药液均匀地接触全鼻腔黏膜,并进入鼻道。这样做也不会因为药瓶碰到鼻孔而污染药液。

最后,滴完药后还要在床上静卧3~5分钟,并轻压双侧鼻翼3~4次,使药液停留在鼻腔与鼻腔黏膜接触的时间长一些,

然后再慢慢坐起,以免头悬时间过长而引起头晕。滴鼻液用量应按照说明书或医嘱,一般每日3次,每次每侧2~3滴为宜。



6. 哪些滴鼻药水不能随便用?

某些药物可以经鼻腔局部给药,包括滴鼻液及鼻喷剂。市面上主要有八大类滴鼻药。(1)血管收缩剂类:如麻黄素滴鼻液、盐酸羟甲唑啉等,能迅速收缩鼻黏膜血管,改善鼻塞的症状。用药后10分钟内鼻塞开始缓解,作用维持2~12小时。主要用于以鼻塞为主要症状的急、慢性鼻炎,血管运动性鼻炎和过敏性鼻炎。疗程不超过1周。但有高血压、闭角性青光眼、冠心病、甲亢的患者和孕妇要慎用。(2)糖皮质激素类:如二丙酸倍氯米松、丙酸氟替卡松、布地耐德、糠酸莫米松等,这类药采用特别设计制成微粒的喷雾器,压力喷雾,每次可定量喷出数十微克,用量小,并充分渗透到鼻腔黏膜,有抗炎、抗过敏、减少分泌的作用。适用于以打喷嚏、流鼻涕为主要症状的常年性、季节性过敏性鼻炎和血管运动性鼻炎、鼻窦炎等。(3)H₁受体拮抗剂:如立复汀、苯海拉明等,它可拮抗变态反应中释放出组胺的作用,消除过敏性鼻炎的症状。(4)肥大细胞稳定剂:如色苷酸二钠,它可稳定肥大细胞膜,使之不易脱颗粒,从而阻断过敏性鼻炎

的发作。(5) 黏膜润滑类：如复方鱼肝油滴鼻液、薄荷油滴鼻液、石蜡油滴鼻液等，这些药可起润滑黏膜作用，适用于萎缩性鼻炎、干燥性鼻炎等。(6) 中药：如滴通鼻炎水、鼻炎滴剂等，这些药多是根据中医祛风清热、宣肺通窍的理论制成的中药制剂，适宜慢性鼻炎、过敏性鼻炎、鼻窦炎等。(7) 退热药：如安乃近滴鼻液，适宜婴幼儿的退热。(8) 清洁消毒剂：如链霉素滴鼻液、弱蛋白银滴鼻液，这些药多用于一些带异味的慢性鼻炎、萎缩性鼻炎的治疗。

以上滴鼻药水都不能随便使用。如何正确使用滴鼻液？首先要注意以下几点：(1) 在专科医生推荐下根据病情选用滴鼻液；(2) 用药前仔细阅读说明书，按照要求用药，有高血压、闭角性青光眼、冠心病、甲亢患者慎用血管收缩剂类滴鼻液，婴幼儿尽量不用滴鼻液；(3) 各种滴鼻液都不宜过量和过勤，不宜长期使用，以免导致药物性鼻炎。



7. 鼻骨骨折该手术治疗吗？

鼻骨为两块长方形骨板，上厚下薄，上窄下宽，鼻骨向上与额骨鼻突相连接，两侧与上颌骨额突相连，鼻骨下端在眶下缘水平向下与侧鼻软骨相连。鼻骨受暴力作用易发生骨折，可分为闭合性骨折和开放性骨折。无错位的单纯闭合性鼻骨骨折，鼻腔给予止血后可不做其他处理。有错位的闭合性鼻骨骨折应在外伤后数小时内尽早处理，此时组织尚未肿胀，或等局部肿胀消退后再做处理，但一般不宜超过 10 天，以免发生畸形愈合。处理方法为鼻内或鼻外法复位。开放性鼻骨骨折，应争取尽早完成清创缝合与鼻骨骨折复位。某些复杂性鼻骨骨折可手术切开复位。



8. 涕中带血该怎么办？

鼻涕中带血是鼻腔疾病常见的症状之一，可为从前面擤鼻涕中鼻涕带血，也可为向后鼻孔回吸涕中带血（回涕带血）。涕中带血常见的病因，一般来说有以下几种：

（1）鼻腔一般性炎症：急性鼻炎、萎缩性鼻炎、鼻窦炎等鼻腔及鼻窦非特异性炎症为鼻涕中带血的常见原因。一般伤风感冒，由于鼻黏膜充血肿胀，加上继发感染，擤鼻时出现血鼻涕，系因毛细血管破裂所致，随着鼻炎的治愈和鼻通气功能的改善而自行消失。

（2）鼻腔某些特异性炎症：如结核、梅毒可引起鼻腔小血管扩张或鼻黏膜糜烂，造成鼻涕中带血。

（3）鼻腔鼻窦肿瘤：鼻腔鼻窦良恶性肿瘤，特别是恶性肿瘤，肿瘤本身可以出血或因肿瘤造成鼻腔阻塞性炎症继发黏膜出血。

（4）鼻咽癌：鼻咽癌为我国多发肿瘤之一，在头颈部恶性肿瘤中，该病发病率占首位，且发病年龄大多在40岁至60岁之间，男性多于女性。其主要表现为：回吸涕中带血或擤出带血鼻涕，这主要是肿瘤表面破溃引起出血，出血量一般不多，以早晨起床时多见。由于出血少，时有时无，常被患者忽视。

（5）全身病因：营养障碍或维生素C缺乏、心血管疾病及血液病，凝血功能障碍或血管脆性改变的全身疾病，均可引起鼻涕中带血。如白血病，出血性紫癜，再生障碍性贫血，高血压，肺源性心脏病，维生素C、B₂、P、K缺乏，风湿热，肝、脾、肾等慢性疾病、急性传染病等。

如果您或者您的家人出现了长期反复的涕中带血，排除感冒与鼻炎后，建议及时前往耳鼻咽喉科就诊，查找原因，及时治疗。



9. 嗅觉下降是病吗，该做哪些检查？

嗅觉是鼻腔的重要生理功能。多种疾病可导致嗅觉下降或嗅觉障碍，如：

(1) 阻塞性嗅觉下降：鼻塞使气流不能上达嗅区，如颅前窝骨折、鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉和鼻肿瘤等。

(2) 神经性嗅觉下降：药物、污染气体损伤嗅区黏膜和嗅神经，可引起嗅觉退变；此外，肿瘤如嗅沟脑膜瘤常侵犯嗅神经及其纤维，引起嗅觉下降。

(3) 癔症性嗅觉下降和幻嗅：多为精神性疾病的表现。

(4) 嗅觉过敏：轻微的气味闻起来却十分强烈，可由嗅神经炎或神经官能症引起。

(5) 恶嗅：闻到其他人不能感受的臭味，常见于鼻窦炎、鼻腔异物或者神经病变的病人。

嗅觉下降或异常，首先应该尽早到医院做专科检查，检查鼻腔有无阻塞性疾病。如果经一段时间治疗和观察，病情仍无改善或嗅觉进一步减退，应做进一步检查，包括鼻窦 CT，以排除其他可能的原因，如鼻窦炎、早期鼻息肉、嗅神经肿瘤，然后根据病因进行治疗。嗅上皮具有分化和再生的潜能，一般发病时间较短的，只要解决了鼻腔堵塞的病因，随着时间的推移，损害的上皮细胞能逐渐修复，嗅觉也可随之得以改善。但发病时间较长的，嗅觉

上皮的损害易变得不可逆转，这时即使鼻腔畅通，也不能感受到不同的气味。

经常吸入有害气体也是现代人嗅觉下降的重要原因。汽车尾气中的二氧化硫、氮化物，以及装修房子后室内残余的甲醛等，可损害鼻黏膜，使人嗅觉下降，还可以引起气管炎、哮喘、肺炎、肺气肿等疾病。因此要尽量避免接触有害气体。长期使用滴鼻液，如倍他米松、新霉素等，也能伤害嗅神经而导致失嗅，所以要慎用滴鼻液。及时治疗鼻腔、鼻窦的病变和其他疾病，也是一种预防方法。



10. 鼻腔减充血剂可以长期使用吗？

鼻腔减充血剂主要有麻黄素、羟甲唑啉、萘甲唑啉等，用于滴鼻或喷鼻，可快速、有效改善鼻腔堵塞，但一般仅能维持1~2小时。由于起效快、便于购买，所以常被使用，但是过多使用会使鼻黏膜功能萎缩，产生药物性鼻炎。所以减充血剂要慎用，最长不要超过7天！



11. 鼻腔的物理治疗方法有哪些？

鼻腔物理治疗历史悠久，随着现代科技的发展，物理治疗的种类和方法越来越多，应用范围愈加广泛，无不良反应和痛苦，是一种无创的生理学治疗方法。

常用的物理疗法有透热疗法、超短波电疗法、红外线疗法、紫外线疗法、超声波疗法、离子导入法、频谱疗法和高强度聚焦超声波治疗等。这些物理疗法通过物理因子的作用，能促进局部

组织血液循环、白细胞增加，提高组织的抵抗力，加强杀菌作用，促进炎症和水肿的吸收和消退，或者降低鼻腔神经血管敏感性，从而达到治疗鼻部炎症的目的。



12. 鼻内镜鼻腔鼻窦疾病术后该怎样康复？

鼻内镜手术对于鼻腔鼻窦疾病具有创伤小、恢复快的优势，但疾病的治愈依赖于围手术期系统、规范化的治疗，包括术前治疗、手术和术后综合性治疗，其中术后的综合性治疗与成功的手术具有同等重要的地位，术后随访和鼻内镜下换药具有特殊意义。

鼻内镜换药是鼻内镜术后随访期的重要内容，主要任务是清理鼻腔底部和上颌窦、筛窦积聚的分泌物、假膜、血痂，同时要注意防止创面粘连，避免因不及时处理而形成纤维瘢痕粘连，造成已扩大的上颌窦口、额隐窝和筛窦的堵塞或闭锁。根据需要，鼻腔冲洗、局部应用鼻喷激素、黏液稀化剂，可以促进术区恢复。



13. 什么是上颌窦穿刺术？什么情况下该接受上颌窦穿刺？

上颌窦穿刺术是指经鼻腔外侧骨壁用穿刺针穿入上颌窦腔内，进行抽吸、冲洗的方法。多用于诊断、治疗急性或急性复发性上颌窦炎，也可用于上颌窦病变组织活检，还可用于慢性上颌窦炎的治疗，具有诊断和治疗的双重价值。

适用于8岁以上儿童及成人，原发性高血压、血液病及急性炎症期病人禁忌穿刺。穿刺冲洗过程中，若患者发生晕厥等意外情况，应立即停止操作，视患者情况给予对症处理。



(三)

咽喉及颈部如何保健

1. 合理用嗓是不能讲话吗？

合理用嗓并不是不能说话，而是指正确地用嗓。所谓正确的用嗓方法，就是既要有正常的音量和音响、清晰度好、别人能够清楚明白，能够表达说话者的语言、情绪、音乐等信息，能够与他人进行正常的沟通；又能够不损伤声带，不引起声带发生任何病变。因此合理用嗓要注意气息发声，不能长期过度用嗓，也不要费力大声说话。

2. 吃碘可以预防“大脖子病”吗？

回答这个问题前，我们先来了解，什么是“大脖子病”？其实，它是结节性甲状腺肿的俗称。它可以分为两类：一种是地方性甲状腺肿，又叫碘缺乏病，造成这种病出现的原因是缺碘，还有一种是散发性甲状腺肿。建议在日常生活中应该使用加碘盐，可以

预防大多数结节性甲状腺肿。除了碘盐，还可以适当增加含碘食物，比如海产品，对于预防“大脖子病”也有效果。



3. 为什么要做鼻咽镜检查？

我们的鼻咽部各器官腔隙小、位置较深、结构复杂，医生不容易直接肉眼看清楚，因此需要借助内镜进行检查。随着科技发展，目前临床应用的有硬管镜、纤维镜、电子镜等。鼻咽纤维或电子镜管径小，可弯曲，像一个小摄像头一样能够探入鼻咽腔内部，直接放大观察表面黏膜情况，当发现异常时，还可通过镜体中空的通道，钳取病变组织，进一步做病理学检查明确良恶性。



4. 做鼻咽镜检查前需要注意什么？

鼻咽镜常规检查是一个简单的操作，只需要放轻松，一般不需要禁食禁饮。需要做组织活检或手术的患者，建议禁食3小时以上。



5. 做鼻咽镜检查痛吗，需要麻醉吗？

这个检查可以经鼻或经口进行，必要时可在检查前对鼻腔和口咽腔喷少量麻药，可减轻鼻部疼痛感和咽喉部恶心感。在医务人员的指导下，绝大部分人都可以轻松地配合完成。

6. 麻药用了会有什么不适吗，症状多久可以消失？

少量的表面麻醉剂，仅会让你的咽喉部有一点异物感，无特殊不适感。麻醉后暂时不能饮水进食，麻醉时间一般持续半小时左右。

7. 鼻咽喉不舒服需要经常做鼻咽喉镜检查吗？

鼻咽喉镜检查基本无创，耗时短，建议根据病情，在医生的建议下进行鼻咽喉镜检查。

8. 电子喉镜下能做哪些工作？

电子喉镜全称电子鼻咽喉镜，较纤维喉镜其可提供高清晰度画质，屏幕显示更易观察，镜体轻巧、纤细。对于鼻腔、鼻咽腔及喉腔能更接近病变部位，上呼吸道微细病变清晰可见，实现更快速诊断。无论用于检查或治疗，病人都反应轻、痛苦极小。

对于上呼吸道如鼻腔、鼻咽部及咽喉部的黏膜病变，如鼻窦炎、鼻息肉、鼻咽肿瘤、声带息肉、囊肿、声带麻痹、喉部乳头状瘤、喉部恶性肿瘤等病变能够较易诊断，对于声带息肉、囊肿、喉部乳头状瘤能实现门诊治疗。除此之外，鼻咽、口咽及咽喉部的新生物活组织病理检查，在电子喉镜下也能轻易完成。对于咽喉部异物也能轻易取出。



9. 局部麻醉电子喉镜下声带息肉 / 囊肿 / 咽喉部乳头状瘤切除术的注意事项?

局部麻醉电子喉镜下声带息肉 / 囊肿 / 咽喉部乳头状瘤切除术有以下注意事项。

(1) 用餐要求。餐后 3 小时以上方可接受局麻，或前夜进餐后次晨空腹手术，一般宜在上午九点前完成，不宜保持空腹至上午十点后施行局麻手术。

(2) 禁忌证。一般情况下，患慢性支气管炎、哮喘、高血压病血压未控制不宜在局麻下进行手术。

(3) 术后两周禁声，术后第一周绝对禁声；忌辛辣刺激食物及烟酒，餐后漱口，保持口腔清洁，避免受凉感冒，如不慎感冒宜尽早服药，以免继发咳嗽，影响声带及后期音质恢复；避免长时间说话及高声尖叫。

咽喉部乳头状瘤及囊肿切除术注意事项可参照声带病变术后的注意事项。



10. 雾化治疗可适用于哪些疾病?

雾化治疗是上呼吸道和气管疾病局部用药的治疗方法，将治疗用药置于雾化吸入器中，采用高速氧气气流，使药液形成气雾，从呼吸道吸入，药物均匀分布在病变表面，起到洁净气道、湿化气道、局部治疗（解痉、消炎、祛痰）以及全身治疗的目的。吸入药物多为抗炎、消肿、化痰及促进黏液稀化和排泄的药物。鼻腔、鼻咽及咽喉部的炎症性疾病均可采用雾化吸入治疗，如鼻炎、咽炎、

喉炎、扁桃体炎、会厌炎等。根据病情轻重及恢复状况，吸入次数可每日1至3次，3至6天1个疗程。



11. 什么是鼻咽部活组织检查？有什么注意事项？

鼻咽部活组织检查为确诊鼻咽部病变特别是鼻咽部恶性肿瘤常用的方法。

临床拟诊鼻咽病变，尤其疑似鼻咽癌时，均应做活组织检查。但对于鼻咽部纤维血管瘤、颅底肿瘤，一般不宜活检，以免发生严重并发症。此外，黑色素瘤临床易诊断，活检易扩散，也不宜活检。

从鼻咽部取得组织的方法有多种，包括间接鼻咽镜活检、直接鼻咽镜活检及经鼻腔盲目活检。目前鼻咽部活检多在鼻内镜直视下完成，通常在局部麻醉下进行，操作宜轻柔，避免暴力拉扯。对于表面黏膜覆盖的黏膜下病变，应设法切开黏膜，咬取深层病变组织，以提高活检阳性率。对于放疗后、局部充满坏死组织或干痂病例，活检前用温生理盐水局部冲洗、清理后再行活检。

参考文献

1. 孔维佳, 周梁. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:687-688.
2. 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
3. 江德胜. 千万别让药物毁了你的听力 [J]. 中医健康养生, 2016,(9):66.
4. 郝昕, 冀飞, 洪梦迪, 韩东一, 人工耳蜗技术报告 “I”: 历史与现状 [J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2006,(01): 34-38.
5. 李学佩. 耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003: 102-104.
6. 孔维佳. 耳鼻咽喉疾病 1000 问 [M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2012.
7. 张小伯, 祁永发. 耳鼻咽喉: 头颈外科主治医生 500 问 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000.
8. 张亚梅. 实用小儿耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
9. 韩德民, Robert T.Sataloff. 嗓音医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
10. 韩德民. 睡眠呼吸障碍疾病外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
11. 韩德民. 临床听力学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
12. 胡国华, 周善璧. 感官系统疾病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

我的 耳鼻咽喉 怎么了?



责任编辑：翟腾飞

装帧设计： 闰江文化



门户网站



天猫旗舰店



微信公众号

上架建议：健康·生活

ISBN 978-7-5621-9416-3



9 787562 119416 3 >

定价：36.00元