



# 冬天

## 耳鼻喉科 常見疾病

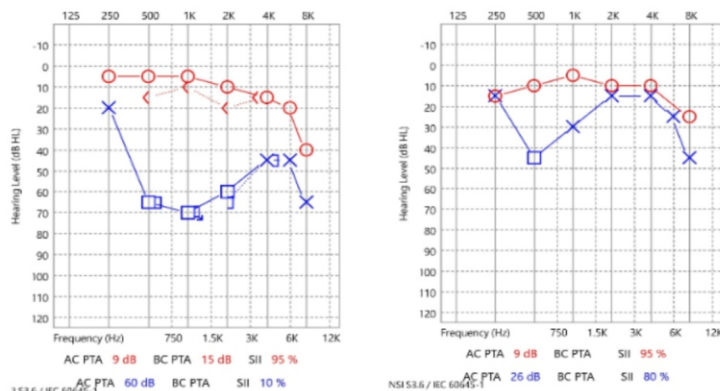
『冬』季呼吸系統危機

| 劉嘉鈞醫師  
阮綜合醫院耳鼻喉科主治醫師

隨著時序逐漸邁入秋冬，氣溫緩步下降之際，因為耳鼻喉相關問題求診的病人也明顯增加，在這耳鼻喉科醫師所謂的“旺季”之時，簡單整理了一些常發生的耳鼻喉科疾病及症狀，以下將依耳、鼻、喉、頭頸各部位分述：

### 突發性耳聾

“醫生啊，我兩天前開始覺得左耳聽不大清楚，還有一些轟轟聲，現在手機都要拿右耳來聽耶”。此診斷為耳鼻喉科的急症之一，需讓病人儘快接受治療以拯救受損聽力。診斷三要素簡記333原則：三天內(非長期性)、純音聽力檢查發現連續三個音頻、大於三十分貝聽閾值的感音性神經聽力減退。突發性耳聾是一種好發在秋冬時分、病因不明的耳部疾病，發病年齡從20歲到80歲都有。可能原因包括：1.病毒感染的血液及血管問題、3.耳蝸膜破裂、4.自體免疫疾病、5.腫瘤。治療上可安排患者住院，使其精神上得到舒緩、釋放壓力達到充分的休息，同時進行各項基本住院生化檢查與找出可能造成的病因。1.高劑量口服或靜脈注射類固醇(Prednisolone)，同時給予靜脈注射可增加內耳血液循環的血漿擴張劑(Rheomacrodex)、口服神經活化和血液循環改善藥物，以利聽覺神經細胞的復原和活化。2.中耳腔內注射類固醇(Dexamethasone)對於一些接受例行治療無效或是高劑量類固醇治療存在高風



左耳突發性耳聾經高劑量類固醇治療一週後有明顯恢復。  
(左圖)治療前 (右圖)治療後

險的病人是可採用的治療方式。3.另類治療方法：例如高壓氧治療、針灸治療、傳統藥草治療、幹細胞治療等等，仍在研究探索中。預後的部分也可簡記為333原則：1/3自發性復原，1/3部分聽力復原，1/3聽力沒有恢復，而聽力自然復原的病人約佔32%到65%。導致預後較差的可能因素包括：延遲接受治療(大於28天以上)、合併有暈眩症狀、老年人與初診斷時即嚴重聽力損失等等。若對於治療效果不佳則應加強聽力復健，包括諮詢各種聽力保存方法(例如：助聽器配戴、使用聽覺輔具、植入人工電子耳)，對於另一側好耳的聽力保健尤其重要，避免暴露於噪音或壓力性創傷(例如：深潛)，一旦好耳發生聽損、耳鳴、耳痛或耳漏，須及早向耳鼻喉科醫師求診。

## 眩暈

隨著時序進入秋冬，尤其當日夜溫差變化大，也是眩暈症好發的季節，病人主訴天搖地動站不穩，甚至暈到吐，嚴重時甚至無法工作且影響到生活品質。造成眩暈的原因很多種，然而梅尼爾氏症與椎底動脈血流不足是在秋冬容易發作的問題。

梅尼爾氏症發作時會合併出現眩暈、耳鳴、聽力障礙三種情形，肇因於內耳分泌淋巴液產生太多或排泄吸收過慢時，造成的內耳淋巴液水腫。病人會反覆發作眩暈，幾乎兩三個月就會發作一次，發作伴隨有耳脹的感覺以及聽力變差，當眩暈過後，又會回復正常，經過一段時間聽力會慢慢退化。除了急性期靜脈注射止暈藥物外，平時搭配利尿劑來降低病人內淋巴的水分，病人此時也不宜食用過鹹的飲食。若出現姿勢性眩暈，則可以施以前庭訓練。為避免眩暈復發，最好不要熬夜、長期勞累或是緊張。

椎底動脈是在人的頸部後方、進入腦內的血管，負責平衡系統的血流供應。在有高血壓、高血脂、糖尿病的老年人身上，血管本來就比較失去彈性以及狹窄，在氣溫驟降的時候引發血管收縮，嚴重時可能導致小腦中風，除了暈眩、嘔吐的症狀以外，病人可能出現頭痛、步態不穩、聽力下降等症狀。

治療眩暈的藥物必須根據其病因對症下藥，除了常用的止暈藥物外，還包含神經穩定修復、促進微循環、增加血管通透性、神經抑制、增加內淋巴水腫排泄、減少神經發炎或抗自由基等各種類。然而患者仍須遵從醫囑，規律耐心服藥，並注意飲食、作息、保暖，以免反覆發作造成更嚴重的病症。

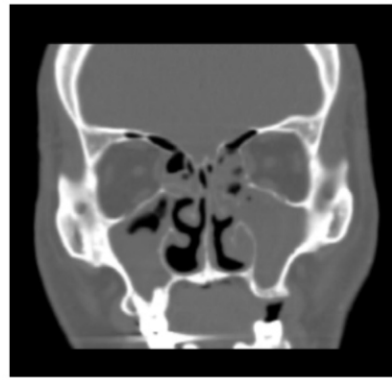
## 流鼻血

秋冬季節轉換之際，因流鼻血到門診或急診的病人明顯增加，年齡分佈上又以小孩與老年人居多，導致流鼻血的原因也不盡相同。自發性的佔絕大多數，續發性的部分則要覺察病人是否有系統性疾病的問題。局部續發性的流鼻血，最常見的是醫源性引起，像是鼻道成型手術或是鼻竇內視鏡術後傷口出血等。系統續發性的問題包括詢問病人是否有控制不良的高血壓、是否正服用抗凝血藥物、是否正接受洗腎抑或肝膽方面的共病存在；遺傳類疾病像是血友病、類血友病(von Willebrand disease, vWD)、遺傳性血管擴張症(Hereditary hemorrhagic telangiectasia, HHT)等等的可能。當遇到流鼻血時，應請病人保持坐姿、頭部微往前，用手捏著鼻部軟骨處、施以加壓及冰敷，大部分的流血會因此停止；若仍流血不止，則繼續壓迫並趕緊到耳鼻喉科門診或急診求治。臨床上必須先確定病人呼吸道不受出血影響，局部治療後判斷出血位置，位於鼻道前方的出血多數可

藉由鼻道填塞壓迫止血抑或化學灼燒得到控制。當病人鼻道填塞後仍有大量鼻血，甚至由口中嘔出時，需懷疑鼻道後方出血的可能，處理上可能需以鼻竇內視鏡結紮蝶顎動脈(Sphenopalatine artery)或是篩動脈(Esthmoid artery)。在以上處理方式仍無法達到止血的情況下，即必須會診放射科醫師協助進行血管栓塞術(Endovascular embolization)。

### 慢性鼻炎及鼻竇炎

“我這鼻子常常一遇到冷就鼻塞、流鼻水、打噴嚏，老毛病了啊...”。慢性鼻炎包括過敏性以及非過敏性鼻炎，慢性鼻炎患者容易受到氣候變化，空氣污染或情緒刺激的影響，而產生鼻塞、流鼻水、陣發性噴嚏、鼻、眼、咽喉搔癢感、甚至頭痛等病狀。尤其是冬季早上起床、晚上睡前或外出騎乘交通工具時，病人症狀感受會特別明顯。這些典型的慢性鼻炎症狀，可透過詳細的病史詢問獲得診斷。在治療上，一般可藉口服抗組織胺以及鼻噴劑緩解大部分病人的症狀。若藥物治療無效症狀仍嚴重者，其他像是減敏治療，抑或鼻腔冷凍治療、下鼻甲成形手術，都是可以考慮的治療方式。冬天也是急性鼻竇炎好發的季節，其中病毒感染造成的急性鼻竇炎比細菌引發的常見。鼻竇炎臨床上的表現非常多樣化，病人主要症狀包括鼻塞、流膿鼻涕、鼻涕倒流、顏面部疼痛腫脹或壓力感、及嗅覺減退等。次要症狀包括咳嗽、頭痛、發燒、口臭、咽炎、疲倦、牙齒痛、耳部疼痛或腫脹充塞感等。小兒罹患鼻竇炎時，常會以經久不癒的咳嗽及流鼻涕表現，家長應特別留意。急性鼻竇炎因為多數由病毒感染引起，約五成患者可自行痊癒。治療上若症狀持續時間大於十天，急性細菌性鼻竇炎的機率就很高，可以考慮用上抗生素治療，一般建議持續用藥10到14天。另外，鼻噴劑類固醇、去充血劑、化痰劑的使用以及關於鼻沖洗衛教也是治療上不可



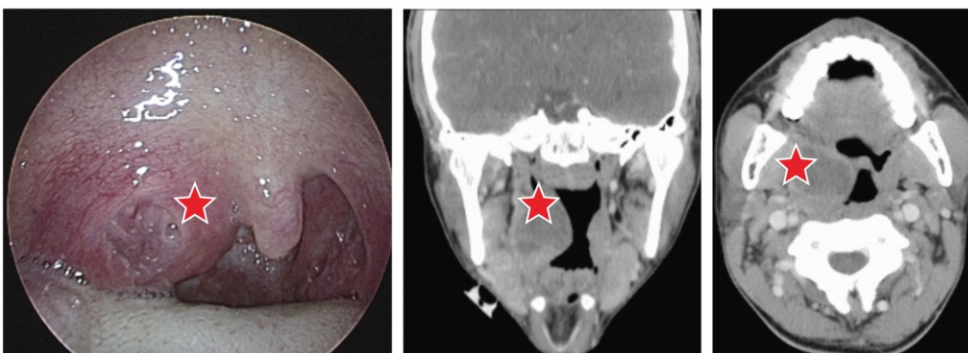
Non-contrast Paranasal CT 可見病人雙側上頰竇、篩竇都有粘膜軟組織增生的情形。

或缺的一環。縱使在現今抗生素發達的時代，若急性期未好好接受治療，一些眼眶周圍眼球併發症(例如：眼眶蜂窩組織炎、淚囊炎、視力衰退)或是顱內併發症(例如：腦膜炎、硬腦膜外膿瘍，海綿狀竇栓塞)，仍有可能發生，不可掉以輕心。

### 扁桃腺周圍膿瘍

扁桃腺發炎喉嚨痛若以為只是小感染而輕忽，小心有可能惡化成扁桃腺周圍膿瘍。二十三歲的翁先生，原本以為是單純感冒而不以為意，直到口水吞嚥困難、喘不過氣緊急前往急診求診，經檢查發現不僅右側扁桃腺化膿嚴重，咽喉旁更腫脹如雞蛋大小壓迫呼吸道，經進一步影像檢查確診為扁桃腺周圍膿瘍。秋冬季節轉換之際，有較多民眾以為罹患感冒，但”上呼吸道感染”、”咽喉炎”、”扁桃腺炎”、或”扁桃腺周圍膿瘍”這些疾病症狀類似，常容易讓人混淆而延遲治療。病人常見症狀包括：單側喉嚨痛、吞嚥困難、同側耳朵疼痛、張口困難、講話含糊不清(Hot potato voice)、發燒、呼吸困難等。治療時需先排除大範圍深頸部感染，再依據病人膿瘍範圍大小的不同，選擇以長針進行膿瘍吸出或是全身麻醉下開刀引流膿瘍，並輔以靜脈輸注抗生素。另外可叮囑病人多喝水補充水分電解質(搭配止痛喉嚨噴劑)、保持口腔清潔(避免含酒精成份漱口水)、避

免刺激性食物及充分休息將可早日康復。



左圖星號處可見向內側膨出的扁桃腺，並且將懸壺垂往健側推移。中圖及右圖星號處可見在電腦斷層底下呈低訊號的膿瘍範圍。

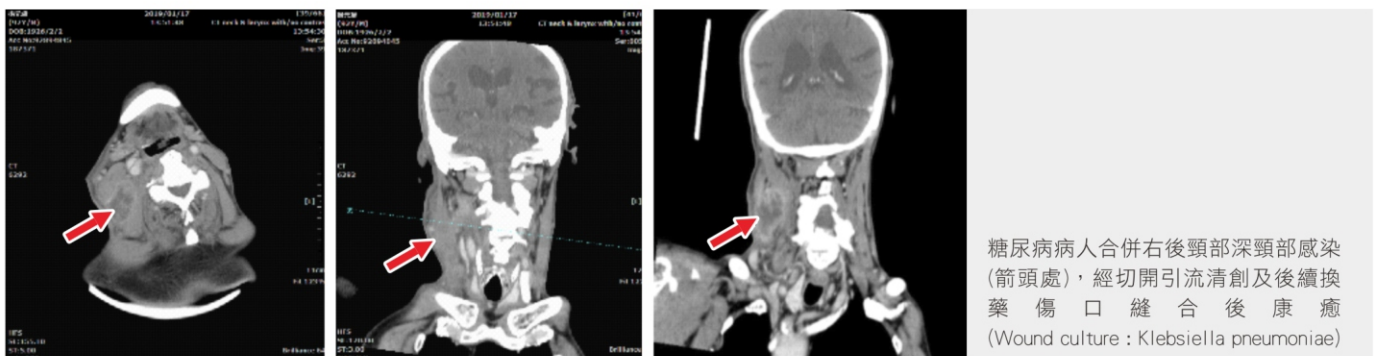
## 深頸部感染

深頸部感染亦好發在秋冬季節，臨床症狀以頸部或咽喉疼痛、吞嚥困難、頸部腫脹、發燒為主，有些人會有張口困難之情形，嚴重時會壓迫頸部呼吸道造成呼吸困難。頸部的深層有許多潛在的空間，這些空間各自包含了不同的構造和器官，平時為許多筋膜給區隔。脖子附近若有細菌造成的感染源，像是牙齒、扁桃腺、咽部、唾液腺、中耳或鼻竇，這些細菌可能突破這些隔間，進入頸部深層的空間，加上有的空間之間彼此相連，最長的範圍可由顱底一路延伸到尾椎骨，成為一些深層感染絕佳的擴散路徑。雖然隨著抗生素的進步，這類嚴重的感染比以前少了許多，不過在年長者、糖尿病、心肝腎不好或免疫力較差的族群上，有較高的機會發生。深頸部感染的範圍一旦擴散至縱膈腔，若再加上病人本身罹患有糖尿病或免疫相關疾病時，死亡率可高達 50%，其他嚴重的併發症包括敗血症、壞死性筋膜炎、血栓性靜脈炎、顱神經病變、吸入性肺炎等，不可不慎。

成因上兒童以上呼吸道感染為主(急性扁桃腺炎、咽炎、鼻竇炎)，成人則是以齒源性感染為主要原因。此外，誤吞異物(如：魚刺、尖銳異物)造成食道損傷，插

管、食道胃內視鏡檢查和支氣管鏡檢查等也都有可能造成醫源性深頸部感染。成人患者大多合併患有糖尿病(常是感染就醫後意外發現)、免疫力低下者等；其中以糖尿病病患約佔50%為最多。診斷上除了臨床症狀、病史以外，頸部X光攝影和纖維內視鏡檢查可初步評估病人呼吸道是否通暢。此外，最重要的是頸部電腦斷層影像檢查，可以幫助判斷感染或膿瘍的位置與影響範圍、是否同時存在頭頸部惡性腫瘤、呼吸道受壓迫或偏移的程度，作為手術以及麻醉前的重要參考。

治療上以抗生素為主，不過因為經常是多重菌種感染，故通常合併兩種以上的廣效性抗生素使用，症狀不嚴重時可在頭頸部超音波導引下先以細針抽吸膿瘍。不過當膿瘍影響的範圍太大、抗生素治療48小時後症狀無改善、發炎腫脹壓迫呼吸道、出現敗血症徵候時，就要考慮積極的手術介入治療。手術包括切開引流膿瘍手術、清創手術，必要時需做氣管切開手術以確保暢通的呼吸道。此外，口腔衛生及蛀牙的處理、糖尿病病人血糖控制、傷口照顧、高營養高卡路里飲食、心肺功能的維護、均能有效提高疾病預後。



邀稿 | 何宇苓



劉嘉鈞醫師

阮綜合醫院耳鼻喉科主治醫師  
高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部總醫師  
高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部住院醫師  
高雄榮民總醫院不分科住院醫師  
陽明大學醫學系畢業