

فهرست

فصل اول: بیماری‌های سیستم تنفسی

۴۲	هلپر تانسیون شربانی رده	۲	آناتومی سیستم تنفسی فوقانی
۴۵	بیماری قلبی ریوی	۴	بررسی و شناخت بینی
۴۵	بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی	۵	بیماری‌های سیستم فوقانی تنفس
۴۶	برونشیت مزمن	۵	سرماخوردگی
۴۶	آسم	۶	رینیت
۵۰	برونشکتازی	۷	رینیت آذربایجانی
۵۲	آمفیزم	۷	رینیت واژموتور
۵۹	فیروز کیستیک	۷	رینیت عیکروی
۶۱	آسمولی رده	۷	التهاب سینوسی
۶۵	بیماری‌های شغلی رده	۸	سبزیزد خاد و مزمن
۶۶	سارکولیدوز	۹	شکستگی بینی
۶۷	تومورهای ریوی	۱۱	خونریزی از بینی
۷۰	تروما به قفسه سینه	۱۱	بیماری‌های حلق و حنجره
۷۰	شکستگی دندنهای	۱۲	فارازیت
۷۱	قفسه سینه شاپور	۱۳	التهاب لوزهای
۷۲	کوفنگی رده	۱۴	التهاب لوزه سوم
۷۲	هموتوراکس	۱۴	لارنژیت
۷۲	پنوموتوراکس	۱۵	آپنه انسدادی هنگام خواب
۷۲	پنوموتوراکس ساده	۱۸	جسم خارجی
۷۳	پنوموتوراکس ترومایک	۱۹	تومورهای لارنژ
۷۳	پنوموتوراکس فشاری	۲۰	آناتومی و فیزیولوژی قسمت تحتانی سیستم تنفسی
۷۴	تلوبوند قلبی	۲۱	بررسی و ارزیابی تشخیصی
۷۴	آمفیزم زیر جلدی	۲۶	اواع های پوکی
		۲۹	چراچی‌های قفسه سینه
		۲۹	معبارهای ارزیابی کار رده
		۳۲	آلکتازی
۷۶	آناتومی	۳۴	عفونت‌های سیستم تنفسی تحتانی
۸۰	سیستم هدایتی قلب	۳۴	تراکوبرونیتیت خاد
۸۴	آرترو اسکلروز	۳۴	پنومونی یا پنوموتیت
۸۵	اواع آذین صدری	۳۸	سندروم نفس فوق خاد
۸۵	آذین پایدار	۳۸	سل ریوی
۸۵	آذین نایپایدار	۴۱	پلورزی
۸۵	آذین متغیر با آذین پرینزمال	۴۲	آمیم
۸۵	آذین شبانه	۴۲	آبسه رده

فصل دوم: بیماری‌های سیستم قلب و عروق

۷۶	آناتومی	۳۴	عفونت‌های سیستم تنفسی تحتانی
۸۰	سیستم هدایتی قلب	۳۴	تراکوبرونیتیت خاد
۸۴	آرترو اسکلروز	۳۴	پنومونی یا پنوموتیت
۸۵	اواع آذین صدری	۳۸	سندروم نفس فوق خاد
۸۵	آذین پایدار	۳۸	سل ریوی
۸۵	آذین نایپایدار	۴۱	پلورزی
۸۵	آذین متغیر با آذین پرینزمال	۴۲	آمیم
۸۵	آذین شبانه	۴۲	آبسه رده

۱۲۶	آورتیت	۸۶	آنژین وضعیتی
۱۲۷	بیماری ناکلابسو	۸۶	آنژین سرکش یامقلمون به درمان
۱۲۷	آورتیت سفیسی	۸۸	انفارکتوس میوکارد
۱۲۷	آوریسمهای آورت	۹۱	انفارکتوس حاد میوکارد
۱۲۸	آوریسم دیسکات آورت	۹۲	روش‌های تهاجمی شریان کرونری
۱۲۸	آوریسم آورت سینه‌ای	۹۳	آرنکتوسی
۱۲۹	آوریسم آورت شکمی	۹۵	بای پس قلبی روی
۱۳۰	پارگی آوریسم دیستال آورت	۹۶	نارسالی فلی
۱۳۰	آمبولی شریانی حاد	۹۸	هیبریدوفی
۱۳۰	آمبولی سرخرگی	۹۹	ادم حاد ربه
۱۳۱	تروموز سرخرگی	۱۰۱	بیماری‌های داخلی قلب
۱۳۱	بیماری‌های وردی	۱۰۱	آندوکاردیت
۱۳۱	تروموز وردی‌های عمقی	۱۰۱	آندوکاردیت روماتیسمی
۱۳۲	نارسالی مزمن سیاهرگی (سندرم بعد از قلبیت)	۱۰۴	آندوکاردیت علوانی
۱۳۴	وارس وردی	۱۰۳	آندوکاردیت باکتریال تحت حاد
۱۳۴	لنفاژیت	۱۰۴	آندوکاردیت ناشی از درجه‌های مصنوعی
۱۳۵	سالویت	۱۰۶	عبوکاردیت
		۱۰۷	پریکاردیت
		۱۰۸	پریکاردیت فشارنده مزمن
	فصل سوم: بیماری‌های سیستم کلیه و مجاري ادراری	۱۰۸	بیماری‌های درجه‌ی اکتسالی قلب
۱۳۸	آنلومی و فیزیولوژی سیستم ادراری	۱۱۰	تنگی درجه‌ی هیترال
۱۳۹	عملکرد کلیه	۱۱۱	نارسالی میترال
۱۴۲	آزمایشات تشخیصی	۱۱۲	نگی آورت
۱۴۵	بررسی‌های رادیولوژیک سیستم ادراری	۱۱۲	نارسالی درجه‌ی آورت
۱۵۰	نافهنجاری‌های مادرزادی کلیه	۱۱۴	ضایعات تری کوسپید
۱۵۱	کلیه‌پایی کیستیک	۱۱۳	تنگی تری کوسپید
۱۵۱	غلوتنت‌های کلیه و مجاري ادرار	۱۱۳	نارسالی تری کوسپید
۱۵۲	غلوتنت‌های مجاري ادراري فوقانی	۱۱۶	کاردیومویاتی
۱۵۲	پبلونفریت	۱۱۷	شریان‌ها و آرتریول‌ها
۱۵۳	غلوتنت‌های مجاري ادراري	۱۱۸	نارسالی گردش خون در اندامها
۱۵۳	عوامل مستعد کننده غلوتنت‌های دستگاه ادراری	۱۱۹	تست‌های تشخیصی بیماری‌های عروقی
۱۵۴	غلوتنت مجاري ادراري تحتانی	۱۱۹	بیماری‌های شریانی
۱۵۴	سیستیت	۱۱۹	وارس وردی
۱۵۵	سیستیت بینلینی	۱۱۹	تروموز وردی‌های عمقی
۱۵۶	سل کلیه و مجاري ادراري	۱۲۴	فشارخون بالا
۱۵۶	سندرم تقویتیک	۱۲۵	بیماری پرگر
۱۵۸	گلومرولونفروزیت	۱۲۶	بیماری رینود
			بیماری‌های آورت

۲۰۸	سکته‌های ایسکیبک	۱۵۹	گلورولوپریت حد
۲۱۰	سکته‌های هموزاییک	۱۶۱	گلورولوپریت مزمن
۲۱۲	آسیب دیدگی‌های سر	۱۶۲	غرواسکلروز
۲۱۴	خونریزی‌های داخلی جمجمه‌ای	۱۶۳	ستگه‌های مجرای ادراری
۲۱۵	آسیب دیدگی‌های طناب تخاعی	۱۶۶	تومورهای کلیه
۲۱۷	منژیت	۱۶۸	ایجاد آمبولی شریان کلیوی
۲۱۸	آبسه مغزی	۱۶۸	کفسر منهنه
۲۱۹	انسفالیت	۱۷۱	انحراف مسیر ادراری
۲۱۹	فرآیندهای خودابیمنی	۱۷۱	انحراف مسیر ادرار از طریق پوست
۲۲۰	اسکلروزهای چند گله	۱۷۳	انحراف مسیر ادراری با استفاده از روده (برظرفیت)
۲۲۱	میاستنی گراوس	۱۷۷	سایر پروسیجهای انحراف ادراری
۲۲۲	سندروم گیلن بازه	۱۷۷	بن اختیاری ادرار
۲۲۴	اختلالات اعصاب جمجمه‌ای	۱۷۷	تنوع بن اختیاری ادرار
۲۲۵	نورالزی عصب سه قلو (تیک دردناک)	۱۷۸	منهنه نوروژیک
۲۲۵	فلج هل	۱۷۸	منهنه لیپساستیک
۲۲۶	نوروباتیک محيطی	۱۷۵	منهنه شل
۲۲۶	اختلالات انکولوزیک عصبی	۱۷۵	احتیاطس ادرار
۲۲۶	کلوما	۱۷۹	برگرداندن عادت منهنه
۲۲۷	متاستزهای مغزی	۱۷۹	ذلرسایی کلیوی
۲۲۸	لومورهای داخل ماده تخاعی	۱۸۰	آسیب حد کلیه
۲۳۰	اختلالات دزترائیو	۱۸۳	بیماری کلیوی مرحمله نهایی یا بیماری کلیوی مزمن
۲۳۰	بیماری پارکینسون		
۲۳۱	بیماری هانتینگتون		
۲۳۲	بیماری آزیمیر		
۲۳۲	تصلب آمیونوغلیک جلیبی	۱۹۰	آناتومی و فیزیولوژی سیستم عصبی
۲۳۳	دستروپیهای عضلانی	۱۹۲	سیستم عصبی مرکزی
۲۳۴	بیماری دزترائیو دیسک	۱۹۲	اختلالات و بیماری‌های سیستم عصبی
۲۳۵	ذنقهای بین مهره‌ای گردشی	۲۰۰	تفپیر در وضعیت هوشیاری
۲۳۵	بیرونزدگی دیسک کمر	۲۰۳	اقراش فشار داخل جمجمه
۲۳۶	سندروم پس از پولیو	۲۰۴	اختلالات تشنج
۲۳۸	منبع و مأخذ	۲۰۵	صرع معلوم و پایدار
		۲۰۶	سردرد

فصل چهارم: بیماری‌های سیستم اعصاب

۱۹۰	آناتومی و فیزیولوژی سیستم عصبی
۱۹۲	سیستم عصبی مرکزی
۱۹۲	اختلالات و بیماری‌های سیستم عصبی
۲۰۰	تفپیر در وضعیت هوشیاری
۲۰۳	اقراش فشار داخل جمجمه
۲۰۴	اختلالات تشنج
۲۰۵	صرع معلوم و پایدار
۲۰۶	سردرد

۱

بیماری‌های سیستم تنفسی



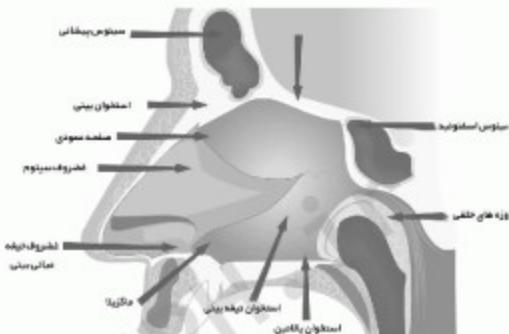
آناتومی سیستم تنفسی فوقانی

بینی

شامل دو قسمت داخلی و خارجی است. بینی خارجی از قسمت‌های زیر تشکیل شده است:

- هل بینی
- سوراخ‌های بینی
- نوک بینی
- مسیر عبور هوا

• تیغه میانی بینی در یک سوم فوقانی لستخوانی و دو سوم تحتانی غضروفی



۱-۱ آناتومی بینی

تیغه میانی

تیغه میانی بینی سپتوم نامیده شده و داخل بینی را به دو حفره هوا تقسیم می‌کند. در قسمت فوقانی بین دو لبرو یا فرونتال و در پایین به استخوان ماذریلاری اتصال دارد. روی بینی عسله و پوست قرار دارد.

حفره داخلی بینی

از دو بخش چپ و راست و سپتوم تشکیل شده است و راه هوایی ایجاد می‌کند که این راه از قسمت فوقانی توسط سوراخ کوان به نازوفارنکس متصل می‌شود در داخل حفره بینی شاخک‌های فوقانی و میانی و تحتانی قرار دارند. فضای بین شاخک‌ها را مانتوس می‌نامند.

حفره بینی دارای دو نوع مخاط است:

- مخاط تنفسی
- مخاط بوبیابی

اگر قسمت‌های بینی توسط مخاط تنفسی پوشیده شده است فقط در قسمت فوقانی ۱ سانتی‌متر شاخک فوقانی مخاط بوبیابی وجود دارد (ازرد مایل به قهوه‌ای).

مخاط تنفسی

شاخک‌ها موجب می‌شوند که هوا با مخاط بینی افزایش باید (تماس هوا با جریان خون) زیرا بینی عروق موبینه زیادی دارد. در سرتاسر غشاء موکوسی بینی سلول‌های متراشده موکوس زیر آپی تلیوم قرار دارند و باعث مرطوب شدن هوا می‌شوند. در ۲۴ ساعت ۱۰۰۰ سی‌سی مایع از طریق بینی تبخیر می‌شود. قسمت‌های دیگری به این ترشحات کمک می‌کنند: سینوس‌های پارانازال (اطراف سر و صورت) و مجرای لشکر ترشحات خود را داخل مثانوس بینی می‌ریزند.

سینوس‌های سر و صورت

- سینوس‌های سر و صورت به دو دسته قدرامی و خلفی تقسیم می‌شوند:
- سینوس‌های قدرامی، ترشحات موکوسی را به مثانوس می‌رانند.
 - سینوس‌های خلفی، ترشحات موکوسی را به مثانوس فوقانی می‌رانند.

مجرای اشکی

ترشحات موکوسی را به مثانوس خلفی می‌ریزند. هوا با هر درجه حرارتی وارد حفره بینی شود به ۳۶-۳۷ می‌رسد و رطوبت آن به همان نسبت افزایش می‌باید (۷۰-۸۰%). به واسطه موهای جلوی بینی هوا فیلتره می‌شود. ترشحات مخاط بینی به واسطه وجود لبزوزوم می‌تواند میکروب‌ها را از بین ببرد. اگر هوای سرد و خشکی وارد حفره بینی شود بینی تا حدی رطوبت و حرارت را تأمین می‌کند ولی مخاط هم دچار صدمه می‌شوند.

مخاط بویابی

سلول‌های عصبی از طریق سوراخ غربالی به چشمچه راه می‌یابند. مرکز بویابی قشر مغز و تalamus می‌یابند. نورون‌های وارد شده به چشمچه از ناحیه فرونтал با قشر مغز ارتباط برقرار می‌نمایند. موقعی که ذرات بویابی در هوا به مقداری بررسد که بتواند مخاط را تحریک نماید، پیام عصبی به مرکز بویابی رفته و فرد بوها را تشخیص می‌دهد. حفره بینی توسط عروق خونی منشعب از کاروتید خارجی و داخلی خونرسانی می‌شود. انشعابات کاروتید از طریق ماقزلاری، افتالمیک، فالکیوال وارد بینی می‌شوند و انشعابات آن‌ها در بینی یک سوم انتهایی سه‌توم یک شبکه عروقی یا مویرگی به نام کیسل باخ به وجود می‌آوردند که شایع‌ترین محل خونریزی بینی می‌یابند. ناخنک زدن بینی - خدمات و ترومها باعث خونریزی می‌شوند.

اعصاب داخل بینی

اعصاب حسی، از شاخه حسی، عصب پنجم^۱ منشعب می‌شود. اعصاب بویابی، از سلول‌های عصب بویابی تشکیل شده و باعث ایجاد حس بویابی می‌شود. اعصاب اتونوم؛ سمهایاتیک، باعث تنفسی عروق و پاراسمیاتیک، باعث گشادی دیواره عروق می‌شود.

در تحریکات سمهایاتیک، انتباخت در بینی، تنفسی عروق و در تحریکات پاراسمیاتیک، اختناق، التهاب و تورم بینی و گشادی عروق ایجاد می‌شود.

سینوس‌های پارانزال^۱

سینوس‌های قدامی سطحی ترند و عبارتند از:

پک چفت سینوس فرونتال که در خدام استخوان فرونتال نزدیک محل اتصال لبروها به استخوان بینی و ماگزیلاری قرار دارد.

پک چفت ماگزیلار که در دو طرف تیغه بینی، بین بینی و چشم که حاوی حفره هوا هستند، ۵-۴ عدد قدامی و ۵-۴ عدد خلفی قرار دارد.

سینوس‌های خلفی که در خدام استخوان خلفی‌اند و شامل اتمونیدال خلفی و اسفنوئیدال می‌باشند که در خدام استخوان اسفنوئید نزدیک زین‌ترکی^۲ (محل قوارگیری هیووفرزا) قرار دارد.

سینوس

حفره‌های حاوی هوا هستند ماگزیلاری بزرگ‌ترین سینوس سر و صورت و حجم آن حدود ۳ سانتی‌متر مکعب می‌باشد.

حجم سینوس‌ها خصوصاً فرونتال و ماگزیلاری در طول رشد باز می‌شوند و حفره ایجاد می‌کنند. ولی سینوس‌های اتمونید در پیچگی ایجاد می‌شوند و ممکن است اصل‌سینوس تشکیل نشود.

اعمال فیزیولوژیک

- باعث رشد استخوان‌های سر و صورت و سبکی استخوان‌های سر و صورت می‌شوند.
- تأمین رطوبت سیستم تنفسی فوقانی و ترشحات را بر عهده دارند.
- تأثیر در رژیونال صدا دارند.
- چون دارای مخاط تنفسی می‌باشند لذا در عمل فیلتره و گرم کردن هوای تنفسی نیز نقش دارند.

بررسی و شناخت بینی

علام مریوط به اختلالات انسداد بینی:

- قرمی مخاط بینی (تغییر رنگ)، (التهاب حاد)
- رنگ پریده (رنیت آرژیک)
- خوتویزی به صورت موضعی یا سیستمیک
- تغییرات مخاط، خشکی، تورم و انسداد
- انحراف بینی؛٪ ۳۰-۴۰ که در همه افراد وجود دارد و بیش از ٪ ۷۰ اختلال محسوب می‌شود و ممکن است باعث انسداد بینی شود
- آبریزش بینی و عطسه

مشاهده

سوراخ‌های بینی برای بررسی انحراف مشاهده می‌شوند که در صورت انحراف شدید سوراخ‌ها باهم برابر نیستند و برای مشاهده تمام موارد گفته شده و همچنین خایعاتی مثل پولیپ بینی به دقت مورد معاینه قرار می‌گیرد.

تست ب ای، تشخیص، اتسداد بینی،

ابسالانگ فلزی جلوی بینی بیمار در زمان تنفس قرار داده می‌شود و اکثر نسداد وجود داشته باشد در آن طرف مه گرفتگی دیده نمی‌شود.

گاهی در داخل بینی ضایعات خاصی از قبیل تورم شاخک‌ها و پولیس‌ها قابل تشخیص می‌باشد.

ج

حساسیت به لمس بر روی استخوان و سینوس می‌تواند دلیل بر التهاب، عفونت و شکستگی‌ها باشد. ممکن است در لمس جمجمه، شکستگی، صدای خش، خش، مقاصل^۲ شنیده شود.

بیماری‌های سیستم فوقانی، تنفس

مباحثہ دیگر

شایع ترین بیماری سیستم فوقانی تنفسی است. به دلایل شناخته و ناشناخته ایدجاد می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها انفولانزا و یا بارا انفولانزا است. ممکن است منشأ عفونی داشته باشد (مثل عفونت‌های استریتوکوکی پنوموکوکی که باعث سرماخوردگی شوند) راه انتشار آن هوا است (با هر سوچ بیش از ۵۰۰۰ عامل میکروی از دهان خارج می‌شود) شیوع آن در بعضی اقسام خصوصاً آغاز فصل سرما بیشتر است. به طور کلی اوایل مهر با شروع مدارس شیوع آن بیشتر می‌باشد. دوره کمون بیماری، ۱-۳ روز می‌باشد.



۱-۲- علائم سوراخوردنی و آنقولانزا

1. Nasal Obstruction
 2. Crepitus
 3. Cold

علائم

بسته به اینکه عامل بیماری کدام قسمت را درگیر می‌کند متفاوت می‌باشد. ممکن است به ندرت فقط علائم را در آن ارگان خاص بینیم، علائم پیشتر شبیه رینیت می‌باشد مثل آبریزش از بینی، سوزش، خارش، درد گلو، احساس اختلال در بلع، اگر سینوس درگیر شود علائم سینوس و اگر ریده‌ها درگیر شوند علائم ریده‌ها را خواهیم داشت. سردده، درد عضلانی، خستگی، تب، بی‌اشتها، بی‌قراری از علائم بیماری می‌باشند.

درمان

درمان خاصی برای آن وجود ندارد. درمان تسکینی و علامتی می‌باشد. استفاده از بعضی از فرم‌های مسکن، دکونوئستانت (آترالین) - ممکن است به صورت موضعی یا پخور و یا داروی استنشاقی با تزریقی استفاده شود) و آنتی‌هیستامین‌ها ممکن است سودمند باشند. استفاده از آنتی‌بیوتیک باعث می‌شود سیستم دفاعی بدن ضعیف شده و بیماری‌های دیگری علاوه بر عوارض ناشی از آنتی‌بیوتیک ایجاد شود.

مراقبت پرستاری

استراحت دادن بیمار، ایزوله کردن در صورت وجود ترشحات حلق و ریه، استفاده کافی از مایعات، استفاده از بین در صورت گلودرد و التهاب و در صورت بهبودی مایعات گرم برای بیمار مؤثر می‌باشد. عوارض شامل: اوئیت، لازئیت، فارازئیت، برونوشیت، سینوژیت و پنوموژی می‌باشد. در واقع هدف از درمان این است که فرد دچار عوارض نشود.

رینیت*

التهاب غشا بینی و شاخک‌ها را گویند؛ که می‌تواند علامت یک بیماری باشد و یا به عنوان یک اختلال محسوب شود. رینیت را بر اساس انواع عوامل ایجاد‌کننده می‌توانیم به انواع حاد یا مزمن، میکروبی یا ویرال (حاد) یا رینیت الرژیک^۱ (تب پونجه)^۲ و یا رینیت ازووموتور^۳، عصبی تقسیم کنیم. علائم شبیه سرماخوردگی می‌باشد. تورم مخاطه، آبریزش، سوزش و تغییر رنگ مخاط و سردده هم، ممکن است وجود داشته باشد.

رینیت



۱-۳-۱ رینیت یا التهاب غشاء بینی

1. Dgsphagia
2. Rhinitis
3. Allergic Rhinitis
4. Hay fever
5. Vasomotor Rhinitis

رینیت آرژیک

در فصول خاصی از سال اتفاق می‌افتد بهخصوص در اوایل بهار، علت این نوع رینیت را باید بررسی نماییم، مواد محرک مثل اندویه‌جات، پشم و پر حیوانات و خاک هم می‌توانند باعث بروز آن شوند. نوع آرژن باید بررسی و شناخته شود ممکن است از طریق بررسی کمپلکس‌های آنتی‌زن و آنتی‌بادی مشخص گردد.

روش‌های پیشگیری

در صورت شناسایی عامل آرژن آن را از فرد دور نماییم که بدین منظور:

(۱) در فصول گرده‌گنلاری از ماسک فیلتر دار و مرطوب‌دار استفاده شود.

(۲) باید در تلاقی استراحت شرایطی ایجاد شود که پشم و پر وجود نداشته باشد. ملحفه‌ها هر شب عوض شود، و مددجو هر شب دوش گرفته و بینی و حلق خود را بشوید. مواد حساسیت‌زا را در رژیم غذایی و محیط حذف نموده و نهایتاً در این افراد از آنتی‌هیستامین استفاده گردد و در صورت عدم پاسخ از کورتون استفاده می‌شود (کاهش التهاب به صورت موقت).

رینیت واژوموتور

به علت تحریکات سیستم عصبی بهخصوص سمهاتیک و یا حتی پاراسمهماتیک اتفاق می‌افتد. (پاراسمهماتیک بیشتر مطرّح است چون باعث گشادی عروق می‌شود) علائم مانند رینیت آرژیک یا حاد می‌باشد. برای تشخیص باید شرح حال دقیقی از بیمار گرفته شود زیرا ممکن است رینیت واژوموتور به علت اختلالات عصبی ایجاد شود. درمان شبیه رینیت آرژیک است. آنتی‌هیستامین، دکونئستانت و آرامبخش‌ها مؤثر می‌باشند. مددجو باید دور از دسترس قرار گیرد.

رینیت میکروبی^۱

آنتی‌بیوتیک تجویز می‌گردد و بیمار از نظر عوارض بررسی می‌گردد و مانند سرماخوردگی ممکن است عوارضی داشته باشد. عامل انسدادی از عوامل مؤثر در مزمن شدن بیماری می‌باشد. انحرافات با درصد بالا، تورم غشاء موكوسی بینی، پولیپ، تومورهای بینی با ایجاد انسداد باعث مزمن شدن بیماری می‌شوند که باید انسداد را برطرف نمود (درمان جراحی).

التهاب سینوسی^۲

التهاب غشاء موكوسی سینوس را گویند. معمولاً التهاب باعث ایجاد علائم سینوزیت در فرد می‌شود. عوامل اولیه ایجاد کننده سینوزیت شامل عوامل: میکروبی، ویروسی، انسدادی، انحراف بینی، پولیپ، تومور و تورم غشاء می‌باشند. اگر در مسیری که ترشحات سینوسی تخلیه می‌شوند عامل انسدادی وجود داشته باشد سینوس را باید تخلیه نمود.