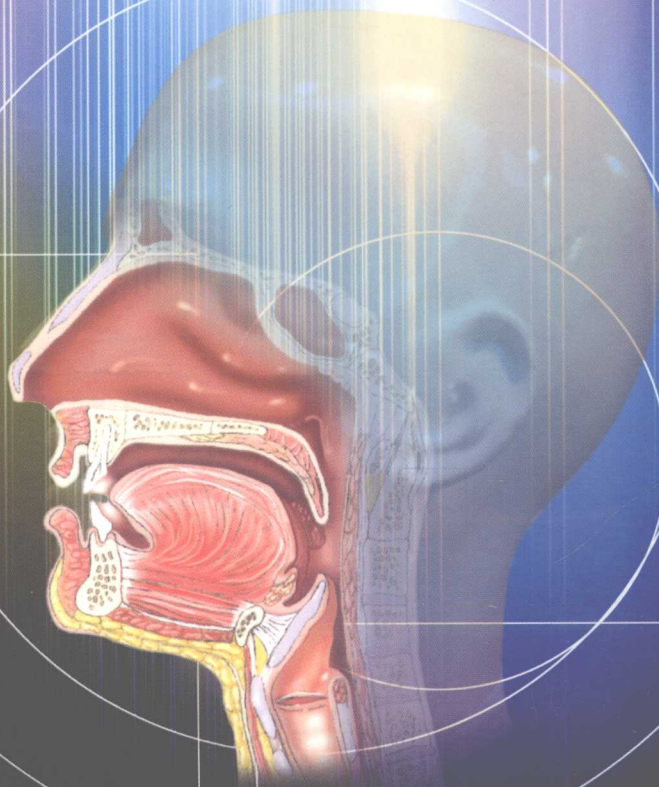


ERBI YANHOU TOUJING WAIKE JIZHEN

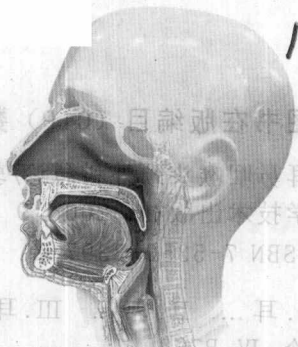
耳鼻咽喉头颈 外科急诊

郭玉德 主编



湖北科学技术出版社

R782.059.7



耳鼻咽喉头颈

外科急诊

江苏工业学院图书馆

藏 编 郭玉章
主 编 何 章

孙开宝 段传新

武汉生

编著者

孔勇刚 彭 荣

田长敏 姜 峰

扬泳茹

主 编

主 编

电 话: 87673468

430070

430034

字 250千 页 8 印 2

2002年9月第1次印刷

元 18.00 价 安

湖北科学技术出版社

社址: 武汉市武昌区中北路100号

图书在版编目 (CIP) 数据

耳鼻咽喉头颈外科急诊/郭玉德主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2005. 9

ISBN 7-5352-3397-X

I. 耳 ... II. 郭 ... III. 耳鼻咽喉科学: 外科学-急诊 IV. R762

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第048073号

耳鼻咽喉头颈外科急诊

© 郭玉德 主编

责任编辑: 武又文

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 87679468

地 址: 武汉市雄楚大街268号
湖北出版文化城B座12-13层

邮编: 430070

印刷: 武汉中远印务有限公司

邮编: 430034

850毫米×1168毫米 32开 8.875印张 8插页 220千字
2005年9月第1版 2005年9月第1次印刷

印数: 0 001-3 000

定价: 19.00元

ISBN 7-5352-3397-X/R·805

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

内 容 提 要

本书分八章,结合临床并按专业特点分别包括第一章急诊医师必备基础、第二章急诊常见症状(27节)、第三章耳病急诊(内列21种急症)、第四章鼻窦疾病急诊(内列8种急症)、第五章口腔疾病(内列5种急症)、第六章咽病急诊(内列9种急症)、第七章喉、气管疾病急诊(内列12种急症)和第八章食管及其他疾病急诊(内含4种急症)、附录。为帮助应诊医师正确认识并掌握各症处理技术,对各病的病因、发病机制、急症特点及诊治原则等均作了介绍。书中还附有临床检查正常值和常用静脉滴注药物配伍禁忌表以及一些急症典型的彩色照片和黑白照片,相信定有非常高的参考价值。

本书内容简要、实用性强,是深受临床医生欢迎和具实际指导意义的专业参考书。

前 言

自《耳鼻咽喉科急诊》(1974年,湖北人民出版社)出版以来,至今已经历30多年,在此期间许多同道都从中学到了许多有益的东西,初步明确哪些是属于耳鼻咽喉科急诊诊治范围,并为临床各科室之间抢救病人密切协作创造了和谐气氛。2004年本人参加了在厦门举办的全国小儿耳鼻咽喉科和咽喉疾病全国学术经验交流会,有些与会代表又一次提出此书对他们的启蒙作用,给在基层开展专业工作的人员增添了很多理论和实践知识,并获得了很大帮助,结合长期以来广大读者来信函或电话的迫切要求,并得到了湖北科学技术出版社的大力支持,本人在原有内容的基础上又补充了一些与当代密切相关的一些急诊内容和处理原则与方法,书后又附有相当有趣而典型的病例彩色照片以及当代国外医学期刊和杂志中经常刊登而不易理解的综合征等。我相信,这些补充材料会给广大临床工作者带来好处。

编者 郭玉德

2005年5月于武昌

目 录

第一章 急诊医师必备基础	(1)
1. 休克及处理	(1)
2. 出血及处理	(8)
3. 皮下气肿及处理	(12)
4. 血肿	(13)
5. 气胸、纵隔障气肿	(13)
6. 气栓	(14)
第二章 急诊常见症状	(15)
1. 鼻出血	(15)
2. 鼻骨骨折	(16)
3. 喉咙痛	(18)
4. 吞咽痛	(19)
5. 唾液腺肿胀、疼痛	(20)
6. 鼾症、睡眠暂停呼吸综合征	(23)
7. 扁周脓肿	(25)
8. 声音嘶哑	(25)
9. 喘鸣	(26)
10. 上呼吸道性呼吸障碍	(28)
11. 喉痛	(29)
12. 呼吸困难	(30)
13. 咯血	(30)
14. 吞咽困难	(31)

15. 咽部异物感	(32)
16. 扁桃体手术适应证	(34)
17. 血管神经性水肿(Quinckes edema)	(36)
(1) 18. 咽后壁脓肿	(38)
(1) 19. 传染性单核细胞增多症	(39)
(8) 20. 急性声门下喉炎	(39)
(21) 21. 颈部痛	(41)
(31) 22. 颈部肿胀	(42)
(31) 23. 颊部肿胀	(43)
(41) 24. 面部痛	(44)
(21) 25. 颈部肿瘤	(47)
(21) 26. 眼球突出	(49)
(21) 27. 眼睑肿胀	(50)
(81) 28. 视力和眼球运动障碍	(51)
(21) 29. 耳痛	(51)
(02) 30. 耳出血	(56)
(32) 31. 急性耳聋	(59)
(22) 32. 眩晕——平衡障碍	(61)
(22) 33. 面瘫	(62)
第三章 耳科急诊	(65)
(82) 1. 耳廓损伤	(65)
(02) 2. 耳廓炎	(66)
(02) 3. 耳廓血肿	(69)
(02) 4. 耳廓软骨膜炎	(70)
(12) 5. 耳廓烧伤	(72)

6. 耳廓冻伤	(73)
7. 外耳瘙痒	(73)
8. 外耳道异物	(74)
9. 耳疖	(77)
10. 弥漫性外耳道炎	(80)
11. 鼓膜破裂	(81)
12. 鼓膜炎	(82)
13. 颞骨骨折(锥体骨折)	(84)
14. 急性中耳炎	(85)
15. 急性乳突炎	(89)
16. 渗出性中耳炎	(92)
17. 迷路炎	(93)
18. 耳源性颅内并发症	(96)
19. 美尼埃氏病(耳性眩晕)	(103)
20. 突发性耳聋	(107)
21. 激素依赖性感音神经性耳聋	(109)
22. 耳蜗型美尼埃病	(111)
23. 迟发性迷路水肿	(112)
第四章 鼻 - 鼻窦疾病急诊	(114)
1. 鼻损伤	(116)
2. 鼻腔异物	(119)
3. 鼻疖	(121)
4. 鼻前庭囊肿	(122)
5. 鼻中隔血肿和脓肿	(123)
6. 急性鼻窦炎	(125)

7. 鼻出血或鼻衄	(127)
8. 急发视力障碍伴鼻窦囊肿	(136)
第五章 口腔急诊	(138)
1. 复发性阿佛它口腔炎	(138)
2. 口腔痛	(139)
3. 口底蜂窝组织炎	(141)
4. 涎腺肿胀	(142)
5. 张口困难	(145)
第六章 咽部急诊	(147)
1. 咽部损伤	(147)
2. 咽部异物	(149)
3. 咽部灼伤	(150)
4. 咽后壁脓肿	(151)
5. 急性扁桃体炎	(155)
6. 扁桃体周围炎和脓肿	(157)
7. 咽白喉	(161)
8. 出血性悬雍垂炎	(163)
9. 咽出血	(163)
第七章 喉、气管疾病急诊	(169)
1. 先天性喉喘鸣	(169)
2. 喉外伤	(171)
3. 喉丹毒	(174)
4. 急性声门下喉炎	(174)
5. 急性会厌炎	(177)
6. 喉蜂窝织炎	(179)

7. 喉软骨 - 软骨膜炎	(180)
8. 喉水肿	(181)
9. 喉白喉	(184)
10. 急性喉、气管、支气管炎	(184)
11. 喉、气管、支气管异物	(186)
12. 急性喉梗阻	(191)
13. 气管切开术	(193)
第八章 食管疾病及其他疾病急诊	(206)
1. 食管异物	(206)
2. 食管灼伤	(209)
3. 手足口病	(211)
4. 耳鼻咽喉科领域性传播疾病 STD	(213)
参考文献	(225)
附录一	(226)
附录二	(229)
附录三	(266)
附录四	(273)

第一章 急诊医师必备基础

1. 休克及处理

缘由循环衰竭引起全身各组织器官缺氧所导致的结果,机体各系统功能严重受损而表现出极度紊乱,因此称之为休克(shock),并非为病因病理定义。起因众多,轻重程度不等,严重者可致死。有关分类,提法很多,目的都是为了方便诊断和治疗。

分类有:

- (1) 低容量性(出血、脱水、外伤所致);
- (2) 心脏性(心衰、肺栓塞所致);
- (3) 过敏性(药物、血清等引起);
- (4) 神经性(脑损伤、麻醉、脑循环衰竭);
- (5) 细菌性(严重感染、所谓败血症);
- (6) 激素或内分泌性(胰岛素、副肾皮质激素等异常)休克等。

总之,上述6类中低容量性和神经性休克在耳鼻咽喉、头颈外科中占有极其重要地位。颅内恶性肿瘤、脓性感染都有可能损伤大血管,而小儿手术呕吐、脱水等均可导致低容量休克,另外,某些小手术,由于局麻药物中毒,引发神经性休克。

低容量性休克临床表现一目了然,要求立即抢救,刻不容缓,在抢救过程中首先应进行止血,哪怕是小血管损伤不断流血,也不能放过。局麻药物所致之神经性休克,多半因药量过多引起。个体对局麻药物的感受性差异很大,即使常规药量也难免发病。然而这种情况比较罕见。应注意药量应用适度,且勿过量,药液浓度一定要标记明确,不能拿错、用错,注射前先要试一下,绝不能刺入

血管,特别是用于表面麻醉的各类药物,切忌误入血管,推入血管后随即可致病人突然死亡,这种恶果文献中已有记载。进行表面局麻喷雾时也不能过量,鼻、咽、喉气管都是同样,进行扁桃体摘除术时,如果注射利多卡因等药量过多,将致使扁周血管丰富的血管网迅速吸收,刺激中枢神经系统出现兴奋症状,患者烦躁不安,躁动惊厥,随之产生心血管系统功能障碍,情况显得十分紧张。细菌性休克,常为革兰氏阴性杆菌所致,系因久用抗生素,如青霉素、大环内酯以及林可霉素(Lincomycin)等继发的病症。

休克的病理生理:

抢救休克在于对症、及时,因此要求接诊医师必须熟悉有关休克的病理生理变化和发病机制。现就缺氧条件下所产生的变化进行简要叙述。葡萄糖和肝糖原在厌氧状态下分解成丙酮酸盐和乳酸盐,继在需氧条件下分解成二氧化碳和水。厌(无)氧过程糖分解的能量来自三磷酸腺苷(ATP),需氧过程中一部分能量与三磷酸腺苷的合成相关,另外,丙酮酸盐和乳酸盐用于合成肝糖原。如果缺氧,则导致乳酸盐蓄积和肝糖原急剧减少,ATP产生不足,为此在末梢循环为补充ATP而促使蛋白质代偿性分解增多;肝脏氨基酸代谢也受到影响,肝功减低,脂肪分解增大,酮盐和丙酮酸盐等之中间代谢产物进入血液循环的浓度相应增高,脂肪酸过剩。机体各组织器官全面处于ATP缺乏状态之下,机体丧失维持功能的动力。同时,酶类极度缺乏,导致代谢处于几乎停顿状态,胞膜选择性透性丧失,结果产生酸中毒,酶的分泌遭到破坏并进一步导致细胞死亡。

休克时各组织器官病理生理改变概况:

(1)心脏 在休克初期 β -受体受刺激,心跳加快,收缩增强。休克晚期,则导致静脉回流减少,心脏在缺氧代谢过程中能量减低,乳酸增多,继之出现心衰。

(2)末梢循环系统 休克之初,细小动脉显示收缩,导致血管

阻力升高,毛细血管血流通过增大,静脉回流相应增多。维持当时的相应血压和血流排出量。一方面出现组织器官缺血状态,因各组织器官结构不同,缺氧缺血情况也各不相同,其中消化道和肾脏显得最为明显,脑、心脏较轻。这种现象被称之为保护性再分配。随同休克状态的进展,将使毛细血管 α -受体刺激而收缩,导致组织出现青紫或紫绀,间质积液而水肿。另一方面,血球凝聚,血液滞度增大,结果造成末梢循环更加严重受损。

(3) 肾副交感神经系统 在此期间分泌出儿茶酚胺 (Catecholamine), 促使糖分解, 丙酮酸盐增多, 末梢循环血流锐减, 将继续增大组织损伤。

(4) 副肾皮质-脑下垂体系统 ACTH、抗利尿素、睾丸酮刺激素 (ADH、ASH) 三者均见增多。特在肾脏血流减少的同时产生血管紧张素 (angiotensin), 睾丸酮大量排出, 因此导致钠、水潴溜, 大量排 K^+ , 以保持血流量。

(5) 肾脏 血流量减少, 肾小球滤过作用明显减低, 抗利尿素和睾丸酮进一步增大体内积水, 排出高浓度 Na^+/K^+ 比值低的尿液, 尿量减少。由于休克进行性加剧和贫血, 细尿管均遭不断损害, 因而排出 Na^+/k^+ 浓比低 (稀释) 的尿液。

(6) 肝 在休克初期受副肾皮质激素的反应影响致使肝糖原分解而出现高血糖现象, 休克进一步恶化, 则糖原分解明显减少, 反而又出现低血糖反应, 同时由于酮体和丙酮酸盐增多, 释放氨基酸和合成蛋白的功能均相形减低, 结果血中非蛋白氮水平显见增高。

(7) 肠道 肠系膜血流减少, 有时导致坏死。这时腹腔交感神经丛受刺激处于兴奋状态并放出儿茶酚胺。

(8) 肺 由于毛细血管失常而导致肺扩张活动受阻。呼吸活动频浅, 气道分泌物干涸, 出现肺萎缩。

(9) 脑 产生脑水肿, 血管几乎丧失舒缩力, 继血中儿茶酚胺

增多所致。脑缺氧加重脑水肿,这时则出现寒战、盗汗、脉频、呼吸频浅并瞳孔散大。(10)网状内皮系统 受血中丙酮酸盐增多的影响网状内皮系统功能减低,导致机体抵抗力明显减低。

休克的诊断和治疗:

不依原因为转移,均具有共同的病理经过。然而以病情为主,必须及时进行急救,控制休克的发生发展,改善机体不利状态,按所述各项原则加以合理处理,要发挥集中优势兵力大协作的精神,进行临床全面检查。参考下面检诊和治疗重点。

(1) 确认休克程度(表 1)

表 1 休克程度一览表

检查及症状	正常	轻度	中度	重度
神态	正常	烦躁	昏迷不清	昏睡
颜面	正常	苍白,冷汗	苍白、变淡	轻度苍白
四肢	正常	冷感	湿冷	紫绀、冰冷
瞳孔反射	大小正常	大小正常	大小正常	散大、慢
脉跳	快	快	快	无反应
	60~100 次/分	110~120 次/分	120~150 次/分	<80
收缩压	120~140 mmHg	正常偏低	40~50 mmHg	<80mmHg
脉压差	40~70	30~40	20~30	<20
松绑试验	<1".25~	<1".25~	>1".5	不见再充
(毛细血管)	1".5	1".5		血
中心静脉压	3~8cm	3~8cm	低	极低
心源性休克加重				

续表

检查及症状	程度			
	正常	轻度	中度	重度
目测出血量 (循环血量之%)		20% ~ 50%	30% ~ 50%	> 35%
尿量 ml/10'	6 ~ 15	6 ~ 8	4 ~ 6	< 3

(2) 治疗 急救措施应包括以下各项,首先要保证气、血流两道,其中保持气道通畅为首要,继而再会同各相关科室同道全力协作,根据具体病情研究对策,挽救生命(图1)。

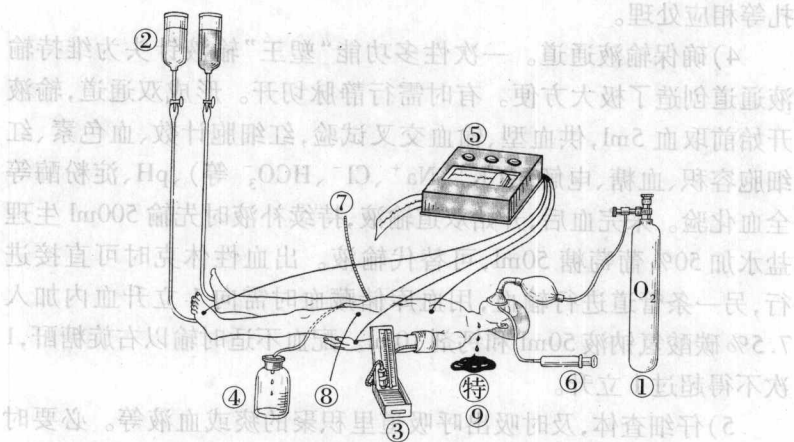


图1 抢救休克措施

①氧气瓶 ②输液通道 ③血压监护

④导尿,供化验 ⑤心电图 ⑥鼻胃管 ⑦测定中心静脉导管

⑧监测 PaCO_2 、 PaO_2 ⑨大出血止血处 ①、②最重要,急救关键

1) 立即进行体检,救急时急需查明瞳孔和脉搏,仔细监测脉跳次数、血压,并评估毛细血管退色试验结果(松绑试验相似)。

2) 确保呼吸道通畅并给氧。明确有否呼吸道阻塞表现。如有舌下坠时立即抬起下颌骨(下巴)以改善呼吸。在无上气道出血条件下即行面罩输氧并进行人工呼吸。如遇鼻、咽、口腔出血时,须迅速吸出积血,继行气管插管;急行气管切开时,切后置放气管套管或插管。局麻药物中毒引起中枢神经兴奋出现的痉挛状态,则出现呼吸困难并增大组织缺氧程度,及时进行静脉滴注或推入巴比土类镇静剂可获得恢复呼吸和机体活动,用药剂量要掌握适度,绝不能过量。恢复呼吸后继续面罩给氧。胆碱琥珀酸盐(SCC)针剂虽具解痉作用,但必须人工呼吸装置辅助。

3) 遇有出血时,须及时彻底进行止血。大血管破损需先行结扎等相应处理。

4) 确保输液通道。一次性多功能“塑王”输液针头为维持输液通道创造了极大方便。有时需行静脉切开。形成双通道,输液开始前取血 5ml,供血型、输血交叉试验,红细胞计数、血色素、红细胞容积、血糖、电解质(K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、 HCO_3^- 等)、pH、淀粉酶等全血化验。采完血后,开始双道输液,持续补液时先输 500ml 生理盐水加 50% 葡萄糖 50ml,可替代输液。出血性休克时可直接进行,另一条管道进行输血,用血库储藏血时需向 1 立升血内加入 7.5% 碳酸氢钠液 50ml 和钙剂 10ml。配血不适时输以右旋糖酐,1 次不得超过 1 立升。

5) 仔细查体,及时吸出呼吸道里积聚的痰或血液等。必要时需进行肺灌洗术,即用 10~20ml 生理盐水注入气管内并吸出,进行 2~3 次。

6) 放置膀胱导尿管,检查尿液,同时查测尿量、尿液比重、 Na^+ 、 K^+ 、沉淀物。尿量 1 小时少于 15ml 时,则给予 20% 甘露醇 100ml,静脉点滴 120 分钟之内。如在滴后 10 分钟内未见排尿时,

应考虑肾脏功能受损,应控制输液。

7) 心电图监护,包括血压、脉搏、心率。

8) 上鼻胃管,吸净胃内容物。

9) 监测中心静脉压,放入导管。

10) 检测 PaCO_2 、 PaO_2 、 pH 。 PaCO_2 和 PaO_2 不正常表示肺萎缩、肺水肿,应进行加压人工呼吸。 pH 值偏低时,给予碳酸氢钠液 (7.5%) 60 ~ 100ml,以维持 pH 7.35 以上。最好输注平衡液。

急救结束后对膀胱、心脏、中心静脉压、血液酸碱度等应及时请各科同道会诊,协同进一步处理。常用的药物有:毛地黄制剂,仅用于心源性心衰休克,禁用其他种类强心剂。血管收缩剂,用于神经性休克初期。不能用于失血性休克。释放大剂量茶酚胺时,需急行补液,保持血容量,血压不见上升时,加用正肾上腺素等静脉点滴。

血管扩张剂,不能补充血容量,为了改善循环建议异丙基肾上腺素 (Isoproterenol) (0.4 ~ 1ml 加入 Hartman 液 500ml 中,静脉点滴。另外,用 α -阻断剂酚苄明 (Phenoxybenzamine) 舒缓细小动脉、支气管痉挛,对静脉收缩有效。1mg/kg 体重,历 1 小时静滴。氯丙嗪更好些。

副肾皮质激素对控制过敏性休克,菌毒性血液治疗绝不可少。大量投入可产生心搏出量和末梢血管阻抗恢复正常。氢化考的松 50 ~ 100mg/kg/日已足够,如输入 1000mg 时,以后每 4 小时按 10mg/kg,继续滴入。使用 2 ~ 3 天不会引起肾功不全。

[注]

(1) 各种细小动脉均分布有 α -受体和 β -受体,感受神经和肾上腺素刺激, α -受体兴奋时致使血管收缩, β -受体受刺激时,则使血管舒张。

(2) 毛细血管变白又名返红试验是指以拇指压迫额部或小指腹侧时使之变白(缺血),松压后立即变红(充血)反应,记录其由