

外借

耳鼻咽喉科急诊

郭玉德 编

9

湖北人民出版社

手 主 科 鼻 耳

本书是耳鼻喉科急诊手册

由郭玉德同志编写

湖北人民出版社出版

去

耳鼻喉科急诊

郭玉德编

湖北人民出版社出版

湖北省新华书店发行

江汉印刷厂印刷

*

1974年3月第1版第1次印刷

印数：1—5,000

统一书号：14106·92 定价：.28元

编 者 的 话

遵照毛主席关于“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业”的教导，为了适应临床实际工作的需要，根据我们长期工作的实践和参考有关资料，编写了这本《耳鼻咽喉科急诊》，以供广大基层医务人员学习和参考。书中在叙述各种疾病时，偏重于病症的鉴别和实际处理的方法，并附有若干幅线条图。在编写过程中，得到院内外有关同志的热情支持和帮助，在此表示谢意。

由于我们临床经验不足，编写水平有限，书中定有不少缺点错误，恳请同志们批评指正。

编 者

一九七三年十月

毛主席语录

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

目 录

第一章 耳病急诊

1. 耳廓损伤	3
2. 耳廓血肿	4
3. 耳廓软骨膜炎	5
4. 外耳道损伤	6
5. 外耳道异物	6
6. 耳疖	8
7. 弥漫性外耳道炎	10
8. 鼓膜破裂	11
9. 颞骨骨折(锥体骨折)	11
10. 急性中耳炎	12
11. 急性乳突炎	16
12. 迷路炎	17
13. 耳源性颅内并发症	20
14. 美尼尔氏病(耳性眩晕)	27
15. 突发性耳聋	29

第二章 鼻病急诊

1. 鼻损伤	33
2. 鼻腔异物	35
3. 鼻疖	36

4. 鼻出血	37
5. 鼻中隔血肿和脓肿	45
6. 急性鼻窦炎	46

第三章 咽病急诊

1. 咽部损伤	49
2. 咽部异物	50
3. 咽部灼伤	51
4. 咽后壁脓肿	53
5. 急性扁桃体炎	55
6. 扁桃体周围炎和脓肿	57
7. 咽白喉	62
8. 出血性悬雍垂炎	64
9. 咽出血	64

第四章 喉、气管疾病急诊

1. 先天性喉蝉鸣	69
2. 喉外伤	70
3. 喉丹毒	72
4. 急性声门下喉炎	73
5. 喉蜂窝组织炎	75
6. 喉软骨——软骨膜炎	76
7. 喉水肿	78
8. 喉白喉	80
9. 急性喉、气管、支气管炎	81
10. 喉、气管、支气管异物	83
11. 急性喉梗阻	88

第五章 食管疾病急诊

1. 食管异物.....	102
2. 食管灼伤.....	105
附录:	108
一 临床检验正常值	
二 常用静脉滴注药物配伍禁忌表	

第一章 耳病急诊

按照耳的解剖位置、结构特点和它的生理功能的各不相同，可把它分成外耳、中耳和内耳三部分。

外耳包括耳廓和外耳道，借鼓膜与中耳相邻。

外耳道是一条弯曲的管道，长约 2.5~3.5 厘米，它由软骨部和骨部所组成，软骨部占耳道全长的外三分之一，骨部占内三分之二，两者交接处很窄并形成钝角，常是外耳道异物嵌存的地方。偶因摘取异物处理不当，很容易将异物推到这里，这样，就会给治疗上带来很大的麻烦。

外耳道骨部的上壁，同时也是中颅窝骨板的一部分。在外耳道骨部后壁深部骨质中有面神经通过。前壁接邻颞颌关节，关节受损时容易伴耳道的前壁骨折。

外耳道皮肤附有耵聍腺等，常因分泌过多，时间长了会积成栓子堵塞耳道。

中耳象个立着放的“火柴盒”一样，有六个壁，两个窗，里面有人体最小的骨骼（三个听骨）、肌肉、韧带、神经、咽鼓管鼓口和相当一毫升的空间。中耳的上壁又称鼓室盖，邻于中颅窝，为一薄层骨板所隔，它的上面为大脑颞叶；外壁为鼓膜和外耳道骨部上壁的一部分；下壁隔骨板为颈静脉球；内壁，也就是内耳的外壁，它的后上方有卵圆窗，后下方有圆窗，两窗之间的骨壁明显突出的叫鼓岬；后壁经鼓窦入口与乳突相接，面神经经过内壁、后壁从茎乳孔走出颅腔；前壁有通向咽鼓管的鼓口。鼓窦和乳突是中耳的附属结构，乳

突的后方邻后颅窝，是小脑所在地，而后颅窝和蛛网膜下腔同是内耳的相邻部分。

内耳，藏在颞骨岩部，因它的结构复杂，管道屈曲，故又叫迷路。内有听神经末梢感受装置。该装置虽与外界完全相隔，但经过耳蜗导水管与蛛网膜下腔相通。

外耳和中耳都是声音的传导装置。音波经耳廓收集，通过外耳道到达鼓膜，鼓膜相应地振动后再传递到由锤骨、砧骨和镫骨组成的听骨链和镫骨足板韧带、卵圆窗，最终才传进内耳。在正常条件下，鼓膜的气压与外耳道和中耳内的气压都是相等的。咽鼓管不仅在调节气压平衡中起很重要作用，而且在中耳炎发病来源上也占极其重要的地位。

外耳和中耳的血液供给，主要是靠颈外动脉。颈内动脉也经过颞骨内，它发出的分支供应鼓室一部分。由于这种解剖关系存在，常在耳严重损伤时伴有大量出血。耳部的静脉血，均回流于颅内的静脉窦和颈内静脉。位于乳突内侧面乙状窦沟里的同名静脉窦，汇集脑和脑膜的静脉血而入颈内静脉。

在中耳炎伴有乳突炎的情况下，常因骨质破坏而引起乙状窦周围炎或血栓性静脉炎。两者都可能成为耳源性脓毒血症的病源灶。

外耳和中耳的感觉，概由下列各神经所支配，即：(1)来自颈神经丛的分支，并支配枕部；(2)来自迷走神经分支；(3)来自舌咽神经；(4)来自三叉神经的第二、三支。

由于耳部的神经与附近和全身的其他各组织器官都有密切的联系，所以在这些相邻的或远隔的各组织器官感染疾病时（如枕神经痛、扁桃体周围脓肿、口齿疾患、内脏疾病等），皆可引起反射性耳部疼痛。

面神经从脑干出来后，通过面神经管沿途经过内听道、中耳内壁的卵圆窗上方和外耳道后骨壁出自茎乳孔，紧贴腮腺，分出三支，分布于面部。因此，在耳外伤和某些病变出现面神经麻痹或瘫痪时，则应想到病情的严重性。

我们在处理耳鼻咽喉科急症时不仅要抓住要点，而且要机动灵活，除客观地收集患者主诉外，还应根据各方面检查所得的结果，进行仔细的、全面的归纳、综合与分析，然后针对具体情况，进行适当处理，这样才可能保证我们的急诊处理工作不出或少出差错和事故。

1. 耳廓损伤

耳廓露于颅外，易遭割伤、刺伤和挫伤，有时耳廓可全部脱落，有时部分撕脱。

检诊时除需查明耳廓的新鲜创面外，还应仔细检查有没有耳廓以外的地方受损伤，如外耳道、鼓膜、颞骨锥体以及邻近的颞颌关节等。

处理：在无菌条件下进行扩创、缝合、包扎，有皮肤破损者，应给予抗破伤风血清（T. A. T.）1500~3000单位肌肉注射，注射前要做过敏试验。创面以无菌盐水清拭，涂2%红汞液或2.5%碘酒。遇有软组织和耳廓软骨撕裂时，则应以细丝线或尼龙细线缝合伤口，边缘错位的应适当剪平修齐，软骨部分只要求创面对齐，不需缝合，以免引致软骨膜炎或软骨坏死。缝后无菌包扎。全身应根据具体情况酌予磺胺类和抗菌素控制感染。剧痛者，可给镇痛剂。

通常伤后48小时内如能及时处理，则伤口就能较好的愈合。

2. 耳廓血肿

血液或血清积于耳廓软骨和软骨膜之间，叫耳廓血肿。

血肿经常由于耳廓钝挫伤或打扑伤后形成，也见于耳廓骤然受压（如拳击或车辆撞击等）和长期受压（如久病卧床不起翻身困难者）所形成。

形成血肿时，患者诉有耳廓轻度肿痛。检查时在耳廓舟状窝和耳甲腔处看到有肿胀，色稍暗红或淡蓝，有时和皮肤颜色相同（图1甲），皮肤发亮，触之微热痛，有波动感。用电筒透照，显示发暗。



图1 甲、箭头示左耳廓血肿及穿刺点

乙、血肿抽空后，耳廓加压包扎

处理：如血肿很小，则不需要特殊处理，局部只涂以碘酒即可，但要无菌包扎，让血肿自行吸收痊愈。血肿比较大，则应在无菌条件下用接有粗针头的注射器进行穿刺抽血，排空后，耳廓的前后两面均应衬以小纱垫或棉垫，压紧包扎（图1乙）。全身宜酌情对症处理，可应用抗菌素控制感染。施用止血剂。

3. 耳廓软骨膜炎

此病较常见。炎变过程中有浆液或脓液积于软骨与软骨膜之间，处理不当可致软骨坏死，最后遗留耳廓畸形。耳廓软骨膜炎，多因耳廓灼伤、烫伤、虫咬伤、手术损伤、耳疖、血肿和裂伤以及偶尔见于耳针疗法时所用耳针消毒不严格继发感染所致。严重的耳廓冻伤也可引起发生本病。病原菌主要为绿脓杆菌，较顽固难治。

来诊患者，常主诉耳廓剧痛，灼烧感。检查时可以看到耳廓有红肿，范围大的，整个耳廓均现红肿，耳垂因无软骨不受波及。脓肿形成后，触之有波动感(图2)。软骨坏死自溶后，耳廓变软塌陷。脓肿往往自行破溃，露出坏死软骨。肿胀处早期可穿刺抽出血水或脓血，培养多为绿脓杆菌。



处理：发病初期可行针刺或封闭疗法。针穴有耳门、翳风、合谷、颊车。以0.25%盐酸普鲁卡因液8~10毫升或加入青霉素20万单位进行耳周封闭。同时局部冷敷，或用3%硼酸水或2%醋酸铅液湿敷包扎。内服大剂量磺胺类与等量苏打同服，或考虑并用抗菌素（青、链霉素，按常规用法）。如用药三日不见显著效果，或对上述药物过敏时，则酌情改用抗敌素、庆大霉素等。脓肿已经形成时，宜在局部麻醉或针麻下即行切开排脓，清除所见的坏死软骨，置放10%醋酸铅或0.5%抗敌素液等引流条，伤口要进行无菌包扎。

总之，对耳廓软骨膜炎应采取最积极的办法进行治疗，一

俟脓肿形成或软骨坏死,就会转成慢性疾患,造成不良后果。

4. 外耳道损伤

有的人有一种不良习惯,喜用发夹、火柴棍、竹签等物挖耳,稍不注意,就会损伤外耳道皮肤,引起感染而发生急性外耳道炎。在严重的下颌骨创伤时,外耳道前壁有时出现骨折。这时患者常诉张口疼痛和咀嚼剧痛。耳痛或耳屏前方明显疼痛,有碍关节活动,张口困难。外耳道皮肤同时受损时,则有耳流血液。

检查时可发现局部肿胀,耳道管径变窄,压痛明显,有时看到裂伤面,颞颌关节明显肿胀,或伴皮下瘀血。

处理:仅属外耳道皮肤轻微损伤者,可涂用紫药水或红汞水以防感染。耳道内宜塞酒精棉球或棉栓。单独喷撒磺胺类粉剂亦可。

若伤情较重,范围较大,鼓膜完整时,则宜用无菌干纱条填塞外耳道,固定颞颌关节,妥善包扎。内服磺胺类,或应用抗菌素以防感染。应进米汤、豆浆、藕粉等流质饮食。

5. 外耳道异物

根据病史和主诉,容易确诊。较小的异物,可采用特制的耳灌洗器加以灌洗,也可用150~200毫升的注射器代替,冲力大,小异物易与冲洗液一起流出。最好用接近体温的外用生理盐水和高锰酸钾液做灌洗液。水温偏高或过低均可引起迷路刺激反应。应用盛水弯盘,嘱患者自行撑持,紧贴耳垂下皮肤,防止洗液漏出,弄脏衣服。灌洗时用左手拉耳廓,成人向后上,小儿则向下,以便扯直耳道,右手持注射器。最好在注射器前端套以1.5~2.0厘米的乳胶细管,可避免损及

外耳道皮肤。水流方向应保持沿外耳道后上壁。液化的耵聍也可用同法处理。洗后拭干耳道,耳道口塞以干消毒棉球(图3甲、乙)。

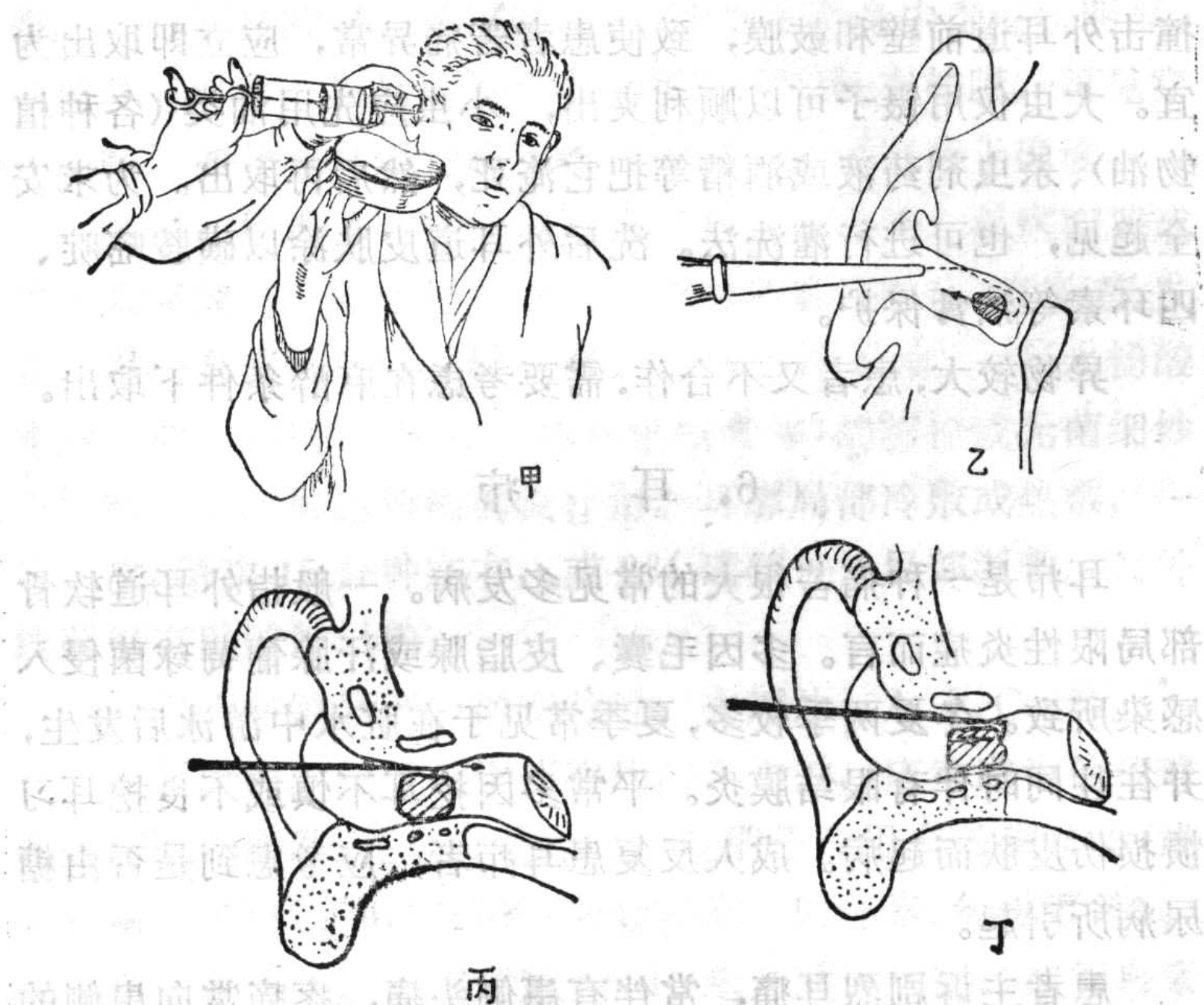


图3 甲、乙、外耳道异物灌洗法
丙、丁、外耳道异物摘除法

慢性化脓性中耳炎患者,进行灌洗时容易引起急性发作,应特别注意。

对已膨胀的豆谷类异物,宜先用5%硼酸酒精滴耳,一日三至四次,每次8~10滴,使它脱水后体积缩小,便于取出。

用镊子挟取异物比较危险,用异物钩摘取比较安全(图3丙、丁)。要注意避免外耳道皮肤损伤。外耳道皮肤损伤后

容易引起感染而发炎，结果将加剧异物嵌紧，给取出异物造成更大困难。

活动性异物(如飞蛾、蚊、蝇、蚁等)，在耳道爬行飞跳，撞击外耳道前壁和鼓膜，致使患者苦痛异常，应立即取出为宜。大虫仅用镊子可以顺利夹出，小虫应先用油类(各种植物油)、杀虫剂药液或酒精等把它淹死，然后再取出。为求安全起见，也可进行灌洗法。洗后外耳道皮肤涂以磺胺嘧啶、四环素等油膏保护。

异物较大，患者又不合作，需要考虑在麻醉条件下取出。

6. 耳 疖

耳疖是一种痛苦很大的常见多发病。一般指外耳道软骨部局限性炎症而言。多因毛囊、皮脂腺或汗腺葡萄球菌侵入感染所致。冬夏两季较多，夏季常见于在脏水中游泳后发生，并往往同时伴有眼结膜炎。平常多因挖耳不慎或不良挖耳习惯损伤皮肤而起病。成人反复患耳疖者，应考虑到是否由糖尿病所引起。

患者主诉剧烈耳痛，常伴有患侧头痛，疼痛常向患侧的颈、面、牙齿放散。张口或咀嚼时疼痛更加剧烈，影响进食和讲话。乳幼儿则以哭叫、拒食、患耳不让触摸，表示耳痛。疖较大的，堵塞耳道，致听力暂时减退。

检查时除发现外耳道内有疖肿存在外，还应牢记下列特征：①耳廓牵引痛非常明显；②耳屏按压痛显著；③耳下和耳前淋巴结肿大。

鉴别中可通过耳廓扯痛明显，听力轻度减退，鼓膜正常和微有低烧等现象，较易排除急性中耳炎。外耳湿疹极少呈局限性，外耳道外生骨疣则无疼痛。腮腺脓肿波及耳道或穿

破溢脓，均应结合详问病史和其它阳性体征予以鉴别诊断。

耳疖并发耳周蜂窝组织炎时，应与急性乳突炎进行鉴别，后者多继上呼吸道感染起病。自发性耳痛，以乳突部为著，听力明显减退，体温达 38°C 以上，全身中毒症状明显，早期耳流血水，以后则变为粘液脓，耳镜检查鼓膜，可见穿孔溢脓，如伴有耳后骨膜下脓肿形成，则更有利于确诊。

处理：根据具体病情进行局部和全身治疗。起病初期或脓疖未穿破前，可通过耳道内栓药和外敷药液控制炎症发展。用浸有药物（3% 硼酸酒精、2~5% 酚甘油、8% 水杨酸硼酸甘油、5% 磺胺嘧啶及四环素软膏等）的棉栓或无菌细纱条填塞耳道，可达镇痛消炎作用。耳廓局部冷敷或热敷，一日二次，每次 15 分钟左右，或 2% 硼酸甘油局部湿敷。红外线照射有助脓肿早熟。

内服止痛镇静剂，如安乃近、去痛片、A.P.C. 等。

反复患病，一般化学药物治疗无效的，应考虑为葡萄球菌耐药菌种所致。在全身治疗时，应酌予改用有效磺胺类（或高效磺胺类）或广谱抗菌素（如金霉素、四环素、氯霉素等）。

盐酸普鲁卡因青霉素液 8~10 毫升局部封闭，或行自家血疗法，即抽肘静脉新鲜血液 5~10 毫升，肌肉注射，每日一次，连续进行一周左右。若加青霉素混合肌肉注射时，血量减少到 2~5 毫升。

中药治疗“耳痛”，是以清热解毒、泻火为主，用五味消毒饮加减（龙胆草 3 钱、栀子 4 钱、菊花 3 钱、双花 5 钱、紫花地丁 5 钱、蒲公英 3 钱）。肿得厉害的加蚤休；脓出仍肿的加天花粉。用黄连上清丸、牛黄解毒丸，效果都较好。

疖肿已熟，应行切开排脓，除去脓栓，为防止再发和外耳道变窄，局部继续填以药棉栓，至少每日更换一次。药棉

栓不宜填塞过紧，以免妨碍引流和引起压迫疼痛。

超短波疗法和红外线局部照射有积极治疗效果。

急诊处理时应注意患者全身状态，对其所存在的慢性消耗病，如结核、维生素缺乏病、糖尿病等要采取有效措施，加以矫治。

7. 弥漫性外耳道炎

指外耳道整个皮肤和皮下组织发炎而言，骨部一般较严重。

病因与耳疖基本相同。此外，常见于化脓性中耳炎，脓性分泌物刺激，或并发于麻疹、猩红热等上呼吸道感染。灼伤等所致的也比较常见。

起病初期，自觉耳痒，耳部灼热感，耳痛不剧烈，体温正常或偏高，继之耳闭塞和耳流大量臭脓。检查时发现耳廓牵扯痛和耳屏压痛均较耳疖轻微，耳道软骨部皮肤呈肿胀不平，充血、糜烂、被有稀水样脓液，内混大量脱落上皮。外耳道深部病情严重的，则疼痛极似耳疖，且见耳道皮肤高度红肿，伴头痛、发烧，耳周淋巴结肿大、压痛，乳突及腮腺皮肤常因炎症波及而出现浮肿。少数病例，可因炎症蔓延至鼓室、腮腺、颞骨、颞颌关节以及外耳道骨膜和骨质而形成死骨，使病程拖延不愈。

鉴别中，应通过收集病史和局部所见的耳廓、外耳道、头面部以及身体其它部位湿疹特征排除外耳湿疹，并结合长期耳流脓和乳突X线拍片所见，可排除乳突炎。

处理：原则上同耳疖。疼痛剧烈的，予以针刺或药物止痛。强调早期大量应用有效磺胺类或抗菌素。保持局部清洁干燥很重要。理疗或外耳道内局部填塞浸药棉栓、纱条等均