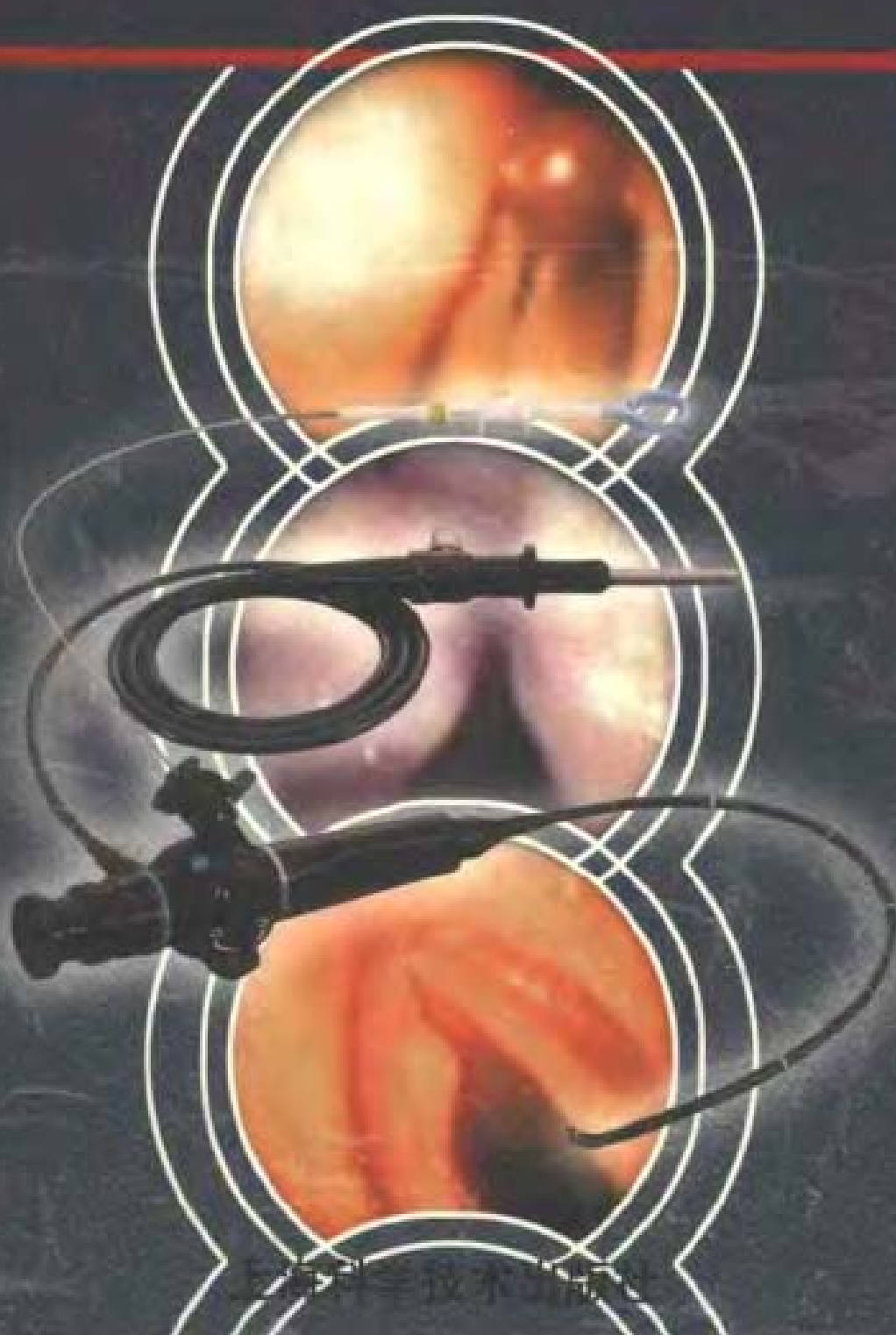


电视纤维内窥镜

鼻、咽、喉图谱

刘桂英 著



上海科学技术出版社

108922

电视纤维内窥镜 鼻、咽、喉图谱

刘桂英 著

上海科学技术出版社

C0195215



内 容 简 介

在耳鼻咽喉科专业书籍中,各类插图大多为手绘,没有真实的解剖或病变照片。医生要准确掌握各种异常及病变,很大程度上依赖于个人的摸索及经验。

本图谱收集了大量病种、病变的真实照片(约530幅),将为耳鼻咽喉科专业人员、从事嗓音医学工作者和从事耳鼻咽喉纤维内窥镜临床医师提供宝贵的临床资料。

电视纤维内窥镜

鼻、咽、喉 图 谱

刘 桂 英 著

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所经销 太仓市印刷厂有限公司印刷

开本 787/1092 1/16 印张 7.5 插页 4

1999年3月第1版 1999年3月第1次印刷

印数 1—2 000

ISBN 7-5323-4977-2/R·1264

定价:118.00元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向承印厂联系调换

序

耳鼻咽喉为人体内深藏狭窄而又黑暗之腔洞，检查极为不易，治疗更为困难，为初学者视为畏途。自纤维内窥镜问世之后，由于设计之精良，导光系统之清晰，术者不但可以洞察腔内之一切，而且由于该器有放大作用，使医者观察时分外清楚，如与电视机配合使用，可以使第三人（包括病人在内）也可以看到腔内的一切变化，便于教学，使诊断、治疗进入一个新的境界，实为近二三十年来医学上一大革新。

刘桂英医师工作于上海市第一人民医院，自1985年起，在李继孝医师的指导和鼓励下，从事纤维内窥镜的研究，进行对鼻、咽、喉疾病的检查、诊断和治疗。积十数年的钻研，积5000余例之经验，将所检得之病例摄制成精美之图片，以喉科疾病为重点，兼及鼻及鼻咽和口咽等领域，选出其中530幅精品，编印成册，以飧读者，国内可称首创，国外亦为少有。

本书首篇对纤维内窥镜的构造用途、使用、保养、操作、适应症和禁忌症等，均作了详细介绍，使读者可以不学自会，无师自通，顺利地进入到操作自如的境界。在其后的图片中，先对鼻、咽、喉的正常图形作出介绍，然后深入对各种疾病变化，分门别类，一一详细介绍，使读者如身临其境，增加无数经验，无数见识，在临床前可以熟读之，在临床中可以参考之，在检查后可以比较之，在诊断中将得到无穷益处。至少可以说，对一个初学者读后可增加十年工龄，就是对一个有相当经验的老医师，也何尝不是如此。所以我认为这是一册好书，从医者应该读一读，为耳鼻喉科医师更是应该必读，因之，乐为之序。

吳學恩

1996年

前 言

电视纤维内窥镜技术是一门新技术，近十年来在我国有了较迅速的发展，并已逐渐广泛应用于耳鼻咽喉科临床医疗工作中。

上海市第一人民医院耳鼻咽喉科在1985年率先开展该项新技术，至今已完成5000余例病例的临床检查、诊断、治疗，大大提高了耳鼻咽喉科疾病的早期诊断及早期治疗。

从喉科专业来看，检查疾病的常用主要方法是使用间接喉镜或直接喉镜。在整个检查过程中，担任检查的医生根据自己所看到的病灶情况来分析和判断。对于一些少见的特殊病例，或者一些病灶暴露不充分、在动态下较难见到的隐蔽病灶，以及利用直接喉镜检查有困难的病例，都只能凭临床经验和技巧状况来作出诊断，极易造成漏诊和误诊。究其原因也都是由于喉部疾病部位的限制和检查时视野有限所致。耳鼻咽喉科医生在学习、提高业务水平过程中，很大程度是依靠各人自己长期的观察、积累和经验，缺少规范的范本。目前在耳鼻咽喉科专业的所用教材中，喉部疾病的插图大都采用手工绘制，没有真实的照片、图像，国内外也还没有一本喉科的真实照片图谱。专业人员和临床医生在学习中只能根据手绘的插图病种来进行抽象的理解，缺乏对病变的直观认识。

近年来，嗓音医学也有较迅速的发展，电视纤维内窥镜技术在耳鼻咽喉科应用中迅速普及，编辑一本喉部疾病为主的图谱已迫在眉睫，更具有积极意义。

电视纤维内窥镜技术应用，使喉部各种疾病的病灶在动态下真实、直观地显示在电视屏幕上。5000余例病例，为鼻、咽、喉各种病变提供了翔实的图象资料。已故老专家李继孝主任生前看到所摄的喉部病变的照片，认为此图谱是在新技术条件下为耳鼻咽喉专业工作作出的新贡献。

通过十余年来努力从事电视纤维内窥镜临床工作，我收集了大量丰富的病种资料，经过汇总、筛选、整理，并通过病理证实，汇编成530幅彩图，并以电视纤维咽喉镜检查的顺序过程为特点，从鼻、咽、喉正常解剖到异常病变，重点以喉部的病变为主。

彩图内容有：咽鼓管开口异常、鼻咽部霉菌症、鼻咽癌、喉癌、喉畸形、喉白斑病、喉角化症、喉淀粉样病、喉结核病、喉部纤维瘤、声带囊肿、声带息肉及各种形态的分类等等。还有国内尚未报导，国外也很少报导的沟状声带等典型图象资料。解决了历来耳鼻咽喉科各种专业书籍中，没有真实解剖病变图的难题，给初学医务专业工作者在学习上带来一定的方便，本图谱收集的大量病种及病变真实图象资料，既能供大家学习，也将为全国各地医疗单位，各耳鼻咽喉科专业人员，从事嗓音医学工作者，以及从事耳鼻咽喉科纤维内窥镜技术工作的临床医生提供宝贵的资料。同时为全国各医学院校、教学科研提供了丰富的资料。由于本人水平有限，以及有些病种尚未能收集到，因此本书在编写过程中可能存在缺点和不足之处，望能谅解。

本书在编写过程中，图片摄影由本院鲍培忠医生协助完成。本书的出版得到奥林巴斯光学株式会社、卡尔·史托斯内窥镜中国有限公司、上海医用光学仪器厂等帮助，在此表示衷心感谢！

上海市第一人民医院耳鼻咽喉科

刘桂英

作者简介



刘桂英，女，1943年生，大专毕业。现任上海市第一人民医院耳鼻咽喉科副主任医生。

1985年，上海市第一人民医院耳鼻咽喉科率先开展电视纤维内窥镜及动态喉镜临床工作，日前已完成6000余例临床病例的研究，使电视纤维内窥镜技术不仅在咽喉部疾病的诊断治疗中得到充分的应用，而且在鼻腔、鼻窦及鼻咽部疾病诊断治疗中也得到充分的发挥。尤其是对鼻咽癌、喉癌的早期诊断，以及声带白斑病癌前期，病变的预防及诊断有很深的研究，同时在应用电视纤维内窥镜技术，摘除声带小结、声带息肉手术方面有丰富的经验。

并在国内首次提出了电视纤维动态喉镜对声带病变检查的声带粘膜波运动的十种类型分类，为动态喉镜临床理论打下基础。科研成果参加1995年上海市卫生系统科技成果展览，1996年荣获上海市卫生局科技进步二等奖，1997年荣获国家科委颁发科技成果荣誉证书。

目 录

序	1
前言	1
目录	1
电视纤维内窥镜简介	1
一、鼻腔部分	11
鼻前庭 图 1 ~ 4	12
下鼻甲、鼻总道 图 5 ~ 12	12
中鼻甲、中鼻道、嗅沟 图 13 ~ 16	14
上鼻甲、鼻腔顶部 图 17 ~ 18	14
鼻息肉 图 19 ~ 30	15
中鼻道、副鼻窦开口 图 31 ~ 36	17
中鼻甲、中鼻道后端 图 37 ~ 38	18
鼻中隔偏曲 图 39 ~ 41	18
萎缩性鼻炎 图 42	18
鼻腔恶性肿瘤 图 43 ~ 46	19
咽鼓管口积脓涕 图 47	19
咽鼓管导管吹张 图 48	19
后鼻孔 图 49 ~ 53	20
二、鼻咽部分	21
正常鼻咽顶部 图 54 ~ 56	22
咽隐窝、咽鼓管隆突、鼻中隔后缘 图 57	22
咽隐窝、咽鼓管开口、鼻中隔后缘偏曲 图 58	22
咽鼓管隆突、咽鼓管开口、咽隐窝 图 59 ~ 61	22
咽鼓管隆突肿胀肥大 图 62 ~ 63	23
咽鼓管开口分隔状 图 64	23

正常鼻咽部、口咽腔未开放 图 65	23
正常鼻咽部、口咽腔正开放 图 66	24
增殖体 图 67	24
增殖体肥大 图 68 ~ 69	24
鼻咽部淋巴增生 图 70	24
鼻咽部囊肿 图 71 ~ 75	24
鼻咽部霉菌感染 图 76	25
鼻咽部纤维血管瘤 图 77 ~ 79	25
鼻咽癌 图 80 ~ 108	26
鼻咽部恶性淋巴瘤 图 109 ~ 110	31
 三、口咽部分	 32
鼻咽、口咽交界 图 111 ~ 112	33
正常软腭、悬雍垂、咽后壁 图 113	33
软腭血管瘤 图 114 ~ 117	33
软腭囊肿 图 118	34
口咽腔狭窄 图 119 ~ 120	34
悬雍垂肥大 图 121	34
咽后壁淋巴滤泡增生 图 122	34
正常舌根、会厌谷 图 123	35
舌根淋巴增生 图 124 ~ 126	35
舌根部乳头状瘤 图 127 ~ 128	35
舌根部恶性肿瘤 图 129 ~ 131	36
会厌谷淋巴增生 图 132 ~ 133	36
 四、咽喉部分	 37
一字形会厌 图 134 ~ 135	38
三角形会厌 图 136	38
卷曲形小会厌 图 137 ~ 142	38
平坦形小会厌 图 143	39
小会厌上抬差 图 144 ~ 145	39
月牙形小会厌上抬差 图 146	40

宽长会厌上抬差, 声门难暴露	图 147 ~ 148	40
会厌肿胀上抬差	图 149	40
会厌疤痕收缩	图 150	40
会厌软骨软弱	图 151 ~ 152	40
急性会厌炎	图 153 ~ 159	41
会厌癌	图 160	42
正常梨状窝	图 161 ~ 168	42
左侧梨状窝异物——鱼刺	图 169	43
正常梨状窝环后区	图 170	44
梨状窝环后区癌	图 171 ~ 174	44

五、喉部分		45
正常全景声门图	图 175	46
正常声门、喉前庭	图 176	46
正常声带	图 177 ~ 179	46
正常喉室	图 180 ~ 185	46
喉挫伤	图 186 ~ 187	47
正常前联合声门下	图 188 ~ 190	48
声带麻痹, 声门偏斜	图 191	48
声带麻痹, 杓状软骨不对称	图 192 ~ 194	48
声带闭合不全呈梭形三角缝	图 195	49
声带闭合不全呈长三角缝	图 196	49
声带闭合不全呈梭形缝	图 197 ~ 199	49
声带萎缩	图 200 ~ 203	50
单侧沟状声带	图 204 ~ 207	50
双侧沟状声带	图 208 ~ 211	51
先天性喉蹼	图 212 ~ 215	52
先天性室带粘连	图 216	52
声带粘连	图 217 ~ 224	53
声带、室带疤痕粘连	图 225	54
后天性声门闭锁	图 226	54
声带粘连手术分离图	图 227	54

正常杓会厌皱襞、杓状软骨、环后区 图 228	54
喉水肿 图 229	55
环后区血管瘤 图 230 ~ 231	55
急性喉炎 图 232	55
儿童急性喉炎 图 233	55
慢性单纯性喉炎 图 234 ~ 235	55
肥厚性喉炎 图 236 ~ 247	56
萎缩性喉炎 图 248 ~ 249	58
喉厚皮病 图 250	58
喉乳头状瘤 图 251 ~ 253	58
喉淀粉样病 图 254 ~ 258	59
喉肉芽肿 图 259 ~ 260	60
喉化学烧灼伤 图 261 ~ 262	60
喉结核 图 263 ~ 276	60
喉纤维瘤 图 277 ~ 278	63
喉软骨瘤 图 279 ~ 281	63
舌根囊肿 图 282	63
会厌囊肿 图 283 ~ 285	64
室带囊肿 图 286 ~ 288	64
声带囊肿 图 289 ~ 298	65
杓状软骨囊肿 图 299 ~ 301	66
喉脓肿 图 302	67
声带白斑病 图 303 ~ 309	67
声带角化症 图 310 ~ 319	68
声带小结 图 320 ~ 333	70
声带鱼腹状息肉 图 334 ~ 339	72
声带丘状息肉 图 340 ~ 346	73
声带广基圆柱状息肉 图 347 ~ 350	74
声带山头状息肉 图 351 ~ 355	75
声带球状息肉 图 356 ~ 377	76
声带椭圆状息肉 图 378 ~ 382	79
声带带蒂单个息肉 图 383 ~ 387	80

声带带带多发性息肉 图 388 ~ 391	81
声带乳头状息肉 图 392	82
声带广基水肿状息肉 图 393 ~ 404	82
声带息肉手术图 图 405 ~ 423	84
喉室息肉 图 424	87
六、喉 癌	88
喉鳞癌(声门型) 图 425 ~ 446	89
喉鳞癌(声门下型) 图 447 ~ 448	92
喉鳞癌(声门上型) 图 449 ~ 469	93
喉乳头状瘤癌变(声门型) 图 470 ~ 472	96
喉乳头状瘤癌变(声门下型) 图 473	97
喉乳头状瘤(声门型) 图 474	97
喉乳头状瘤(声门下型) 图 475	97
喉恶性纤维组织细胞瘤(声门上型) 图 476 ~ 478	97
喉癌喉切除	
正常咽气管吻合口 图 479 ~ 503	98
喉癌喉切除	
咽气管吻合口狭窄 图 504 ~ 512	102
喉癌喉切除	
咽气管吻合口修整图 图 513 ~ 518	103
喉癌喉切除	
环状软骨舌骨会厌固定术后新声门 (简称 CHEP 术式) 图 519 ~ 523	104
喉癌喉切除	
气管环状软骨舌骨会厌固定术后新声门 (简称 TCHEP 术式) 图 524 ~ 526	105
喉癌喉切除	
环状软骨舌骨固定术后新声门 (简称 CIIP 术式) 图 527 ~ 530	106

人同时观察，有利于示范、教学、会诊。

用途:

电视纤维内窥镜适应作鼻腔、咽喉腔部位、特别是声带部位的病变观察，可进行活检、采样、细胞学检查、示教、摄影等。

耳鼻咽喉科病变部位是一些较为隐蔽的腔洞，一般不容易检查，检查鼻咽部需要间接鼻咽镜，检查咽喉部需要间接咽喉镜，有的需要直接喉镜。但对一些不适宜检查的患者，如年老、年幼、颈项粗胖、舌体胖厚、颈胸椎畸形、张口困难等，上述检查往往难以成功。纤维内窥镜的特点，镜管细软，镜管前端可随意弯曲，有利于检查间接喉镜或直接喉镜无法看到的部位。应用纤维内窥镜作鼻腔及鼻咽部的检查，能帮助诊断鼻腔及鼻咽部各种疾病。如诊断和鉴别诊断临床上难以诊断的鼻出血、坏死出血性上颌窦炎、上颌窦囊肿、鼻咽部纤维血管瘤，鼻腔或鼻咽部恶性淋巴瘤、鼻咽癌等等。

利用电视纤维内窥镜作咽喉部检查，能充分暴露临床上咽喉镜难以暴露的部位，如会厌喉面、声带前端、前联合、声门下、喉室、环后区、梨状窝等部位。通过电视屏幕的放大，这些隐蔽处的微小病变更容易发现。同时，在电视屏幕显示下，能及时准确地给病灶作活检及细胞学检查，从而提高了对发病初期的病变、小病灶的诊断率。

电视纤维内窥镜在喉癌的早期诊断及喉手术后效果评定，有其积极意义。尤其对喉切除、咽-气管吻合术后新喉口的观察，在间接喉镜下不容易看清楚咽-气管吻合口，通过电视纤维内窥镜能清晰地显示在电视机屏幕上。对一些拔气管套管有困难的患者，它能帮助查明拔管困难的原因，如发现人工杓区粘膜肥大，或咽-气管吻合口两侧粘膜瓣肥大等。解决的办法，有切除或修整肥大的粘膜瓣，使新喉口通畅，既解决了拔管困难，又减轻了病员的痛苦，提高了患者生存的质量。因此电视纤维内窥镜在喉癌手术前检查、议定手术方案、提高手术质量及喉癌手术后定期观察、随访，有很重要的意义。

在电视纤维内窥镜下，还能对一些声带小结、声带息肉进行手术摘除。

电视纤维内窥镜连接上动态光源（频闪光源），就可以进行动态喉镜的检查。人眼观察物体或图像约有0.2秒的视觉暂留，如果每幅图象停留时间小于0.2秒，人眼就无法分辨。人发音时声带振动很快，其振动频率约每秒钟80次（男最低音）

至1024次以上（女最高音），这样高的频率，人眼就无法分辨。在间接咽喉镜下只能看到一开一合的声带运动，声带粘膜波的细微运动就无法看到，但在有规律

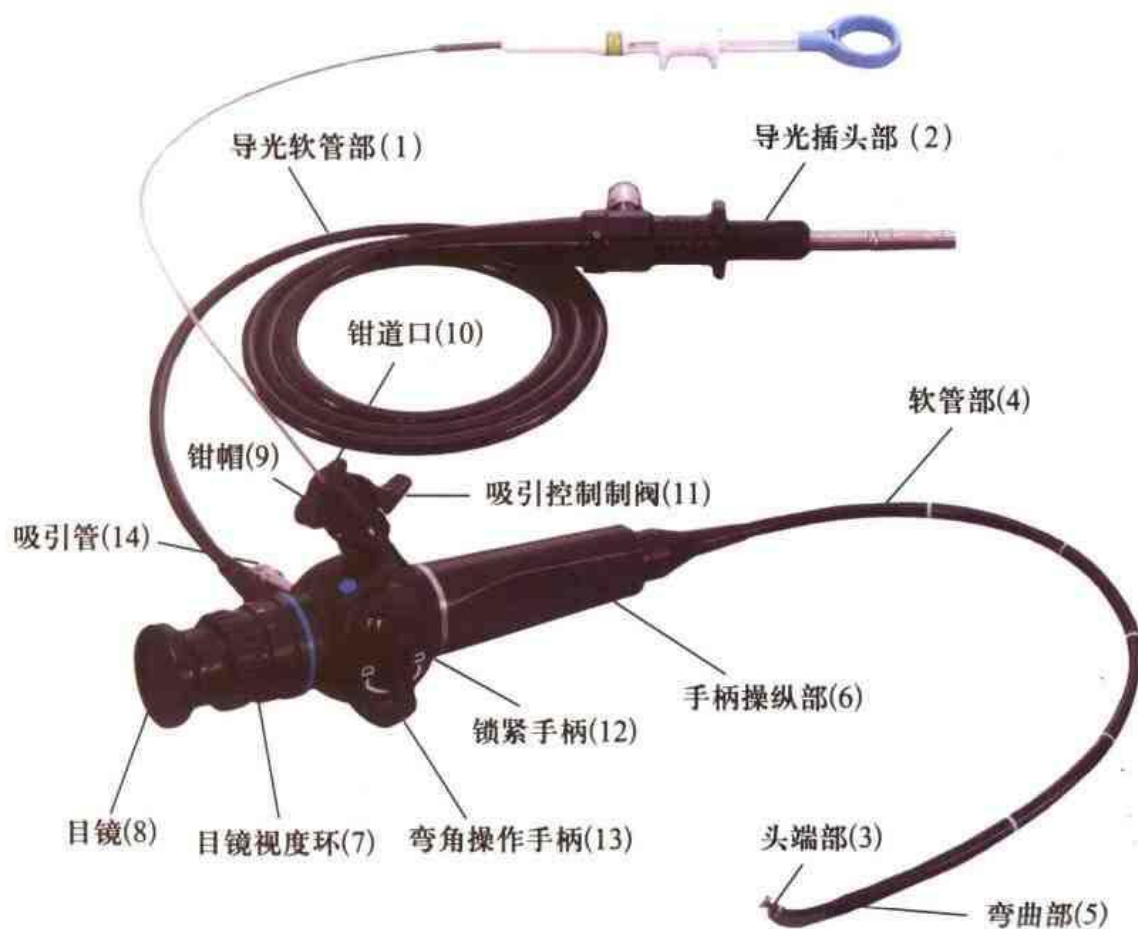


史托斯动态喉镜

的一明一暗闪光动态镜下，就能观察到细微的声带运动波。当闪光频率与声带运动频率一致，就能看到声带运动的静象；当闪光频率与声带运动频率不一致时（声带移动一定相位时被照亮一次），这样的连续运动，就能观察到声带的慢运动象，

便于仔细观察声带病变。以往如要观察放大的声带振动象是较为困难的，只能作一般直视下动态喉镜的检查，如果声带暴露困难或病员合作不好，声带的振动象就更难看清楚。而在电视动态喉镜下能检查到放大后的声带振动象及声带粘膜波的运动变化。不同的声带病变，声带的粘膜波运动也不同，我们通过动态喉镜的临床应用，将声带粘膜波运动形态总结归为十大类型。

- 1、声带粘膜波运动正常；
- 2、声带粘膜波运动正常，伴中前份粘液积聚；
- 3、声带粘膜波运动差；
- 4、声带粘膜波振幅大；
- 5、声带粘膜波振幅大，伴飘动感；
- 6、声带粘膜波局限性减弱（减差）；
- 7、声带粘膜波局限性扑动状（翻滚状）；
- 8、声带粘膜波局限性跳跃状；



奥林巴斯纤维咽喉镜

9、声带粘膜波局限性中断、僵硬；

10、声带粘膜波全部消失、僵硬。

从声带粘膜波运动观察判断声带病变性质、程度、治疗及愈后有很重要的意义。

声带病变常发生在声带膜部中点边缘上皮下游隙（Reinke）间隙，此间隙极易受外伤，继而组织液（水肿）或血液（血肿）积聚。例如感冒声带充血期仍用嗓过度、或者经常挤紧喉咙高频率发音，都容易造成此间隙损伤，不及时治疗易产生声带小结、声带息肉等病变。

动态喉镜有助于了解（Reinke）间隙病变轻重，以及有无可恢复性，提示如何进一步治疗（采用保守治疗还是手术治疗），我们在采用动态喉镜检查声带息肉性变、声带肥厚病例中，发现部分病例动态喉镜检查的结果与声带息肉病例动态喉镜检查结果相似：粘膜波明显消失，边缘粘膜波呈扑动状或者翻滚状运动，提示了有明显息肉趋势变化，保守治疗已不可能恢复，我们将这类病例给予全麻支撑喉镜下手术，取得了满意的效果。而另一些声带粘膜波检查基本正常或略有减弱者，提示我们这一类病例（Reinke）间隙病变轻，给予积极治疗后能够恢复正常，如采用气雾、音频电疗、中西药物治疗，症状体征均好转。

声带息肉根据病变范围、基底情况、息肉大小，动态喉镜检查一般表现为：该区域粘膜波消失，或者声带病变区域粘膜波呈扑动状或翻滚状运动。带蒂声带小息肉动态喉镜检查，该区域粘膜波呈跳跃状活动。

声带白斑病病例中动态喉镜检查结果，多数呈现局限性声带粘膜波运动消失。如果粘膜波消失、中断伴僵硬，应考虑有恶性病变可能。因此我们认为声带白斑病、癌前期病变，必须在动态喉镜下密切观察，并加强随访。

对声带癌进行动态喉镜检查，根据病变范围及程度不同，有两种不同表现，一种表现为粘膜波呈局限性中断伴僵硬，另一种表现为粘膜波全部消失伴僵硬。

声带萎缩、沟状声带、声带麻痹等疾病，动态喉镜检查一般表现为声带粘膜波振幅大或振幅大伴飘动感等。

正常声带动态喉镜检查，声带粘膜波运动为正常。也有部分粘膜波虽然基本正常，但伴中前三分之一声带表面有对称性粘液积聚。这就提示我们需引起注意，这一现象往往是声带病变早期表现，必须要引起重视，注意嗓音保健。发现问题及时治疗，避免声带病变的发展。因此，动态喉镜对声带疾病的预防、声带肿瘤

的早期诊断，具有很重要的价值。

特点:

纤维内窥镜的镜管细长，镜管上设有两个导光纤照明窗，能对全视场提供稳定、均匀的照度。通过角度钮（操作钮）可以弯曲内腔镜。纤维内窥镜的粗细、长度一般根据型号不同而有所区别，粗细一般为4~6毫米，长度一般在300~585毫米之间，镜管前端可随意弯曲，前端弯曲度向上130~180度，向下90~130度。视场角70~80度，镜管弯曲度及视场角也是根据不同型号而决定。

纤维内窥镜操作部用单手持握，手指可控制吸引以及角度钮，用来掌握镜管头端部的自由弯曲。在纤维内窥镜上设有吸引控制阀可以进行吸引；装上注液器可以进行注射药液等操作；配备的钳道管可插入钳子进行活检和手术。目镜部分可以连接摄象机，即可在电视屏幕上观察到放大的图象。

纤维内窥镜的使用与保养

纤维内窥镜的消毒:

先用清水将纤维内窥镜头端部、弯曲部、软管部清洗干净，然后把头端部浸入清水中，开启吸引器，将附着于纤维内窥镜钳道管内的分泌物吸出，经反复多次吸引后，再将纤维内窥镜头端部、弯曲部、软管部浸入1%洗必泰或2%戊二醛溶液内，浸泡消毒15~20分钟，并用浸有1%洗必泰或2%戊二醛溶液纱布擦拭多次，然后用凉开水清洗，同时将附着于钳道管内的洗必泰或戊二醛溶液吸出，最后将纤维内窥镜放于消毒巾上，用消毒干纱布擦干。再以浸有75%酒精的纱布擦拭消毒纤维内窥镜的插入部分。消毒时应特别注意，勿让操作手柄部，尤其是目镜部沾上水。如目镜、物镜面表面有水雾时，应用脱脂棉花绕于木质卷棉棒上，形成棉团蘸上酒精、乙醚轻轻揩拭镜面，然后晾干。活检钳、细胞刷、吸引控制阀，可以浸泡于1%洗必泰或2%戊二醛溶液内，并用刷子轻轻刷洗，以去掉粘液等污物。活检钳的头部须特别仔细清洁，清洗完毕后，涂以硅油。

纤维内窥镜使用前准备:

1、在检查前，必须向患者说明检查的情况与时间长短，以消除患者的恐惧心理，进行配合，便于检查顺利进行。