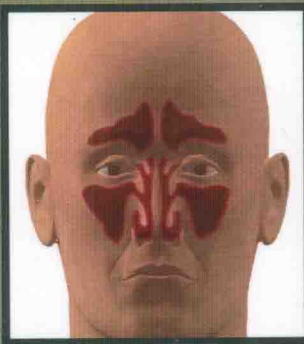
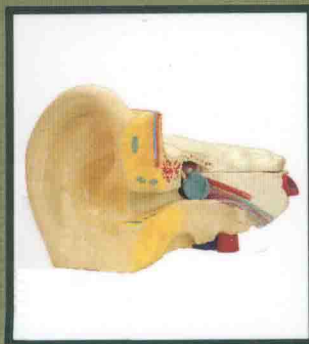


曹永华 © 著

耳鼻咽喉科 急症诊断与治疗研究

ERBIYANHOUKE JIZHENGZHENDUAN YU ZHILIAO YANJIU

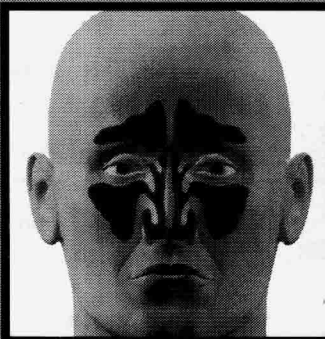
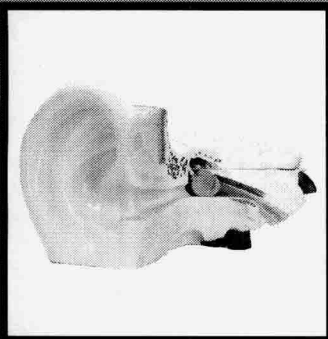


吉林大學出版社

曹永华 © 著

耳鼻咽喉科 急症诊断与治疗研究

ERBIYANHOUKE JIZHENGZHENDUAN YU ZHI LIAO YANJIU



吉林大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉科急症诊断与治疗研究 / 曹永华著. -- 长春: 吉林大学出版社, 2012. 8

ISBN 978-7-5601-9037-2

I. ①耳… II. ①曹… III. ①耳鼻咽喉病—急性病—诊疗 IV. ①R760.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 211451 号

书 名:耳鼻咽喉科急症诊断与治疗研究
作 者:曹永华 著

责任编辑:孟亚黎

吉林大学出版社出版、发行

开本:787×1092 毫米 1/16

印张:11.5 字数:206 千字

ISBN 978-7-5601-9037-2

封面设计:马静静

北京市登峰印刷厂 印刷

2012 年 8 月第 1 版

2012 年 8 月第 1 次印刷

定价:28.00 元

版权所有 翻印必究

社址:长春市明德路 501 号 邮编:130021

发行部电话:0431—89580026/28/29

网址:<http://www.jlup.com.cn>

E-mail:jlup@mail.jlu.edu.cn

前 言

近年来,随着现代医学的发展,耳鼻咽喉科在临床精细划分和向边缘学科发展的过程中,诊疗技术和手段发生很大的变化。从传统的药物保守治疗到手术疗法,从西医为主的外科诊治到利用现代器械、中西结合的辩证治疗,诊治耳鼻咽喉科的各种疾病,其效果显而易见。

考虑到本书的专业性和临床医师的查找方便,重点突出本书对耳鼻咽喉科的常见疾病的急症诊断和治疗手法,对一些病情的合理用药也做出了一定的剂量规定,选用药物治疗耳鼻咽喉科疾病,多数人可以在门诊治疗,痛苦少,费用低,但是容易发生不良的反应,诱发身体疾病。因此,对待病情一定要诊断准确,需要对症下药,绝不可滥用。

本书涵盖了耳鼻咽喉科的大部分疾病,主要有门诊治疗常用操作技术、耳部疾病、鼻部疾病、咽部疾病、喉部疾病、气管和食管部疾病,包括疾病的急诊治疗方法。本书在前人的基础上对该科常见疾病的急诊处理做出了具有实用价值的总结,相对来说还是比较全面系统的,这也是本书的一大特点。耳鼻咽喉为腔道器官,解剖复杂,这对本科疾病的处理带来困难,同时给该科医护人员提出更高的专业要求,相信本书一定会给他们专业发展及临床实践提供可靠的帮助。

在本书写作过程中,参考了国内外大量的文献资料,对一些学者和前人的医疗经验和著作做出了借鉴,在此对学者和专家表示深深的谢意。同时本书的写作还得到国内专家及同仁的关心和指导,在此表示衷心的感谢。对支持本书出版的出版社相关人员表示由衷的谢意。

由于本书的写作时间比较短促,再加上作者水平有限,书中难免有不足之处,欢迎各位专家学者及广大读者批评指正。

作 者

2012年7月

目 录

第一章 耳鼻咽喉科急症检查.....	1
第一节 耳鼻咽喉常规检查.....	1
第二节 耳鼻咽喉特殊检查.....	9
第三节 听力检查	14
第四节 影像学的检查	19
第二章 耳鼻咽喉科急症症状	24
第一节 耳部急症症状	24
第二节 鼻部急症症状	27
第三节 咽部急症症状	31
第四节 喉部急症症状	32
第三章 耳科急症	37
第一节 外耳外伤	37
第二节 耳廓化脓性软骨膜炎	40
第三节 鼓膜外伤	42
第四节 颞骨骨折	44
第五节 外耳道异物	46
第六节 外耳道疖	48
第七节 急性外耳道炎	50
第八节 坏死性外耳道炎	51
第九节 大疱性鼓膜炎	53
第十节 急性化脓性中耳炎	55
第十一节 急性乳突炎	57
第十二节 儿童急性化脓性中耳炎及乳突炎	60
第十三节 气压损伤性中耳炎	61
第十四节 突发性耳聋	64

第四章 鼻科急症	67
第一节 鼻骨骨折	67
第二节 鼻窦骨折	69
第三节 外伤性脑脊液鼻漏	72
第四节 鼻腔及鼻窦异物	75
第五节 鼻疖	76
第六节 鼻出血	77
第七节 急性鼻炎	81
第八节 急性鼻窦炎	82
第九节 婴幼儿急性上颌骨骨髓炎	85
第五章 咽科急症	87
第一节 咽部机械伤	87
第二节 咽部烧伤	88
第三节 咽部异物	90
第四节 急性鼻咽炎	91
第五节 急性咽炎	92
第六节 疱疹性咽炎	94
第七节 急性扁桃体炎	95
第八节 扁桃体周脓肿	98
第九节 咽后脓肿	100
第十节 咽旁脓肿	102
第十一节 脓性颌下炎	104
第十二节 睡眠呼吸暂停综合征	105
第六章 喉科急症	108
第一节 闭合性喉外伤	108
第二节 开放性喉外伤	110
第三节 喉烫伤及烧灼伤	112
第四节 喉部异物	114
第五节 急性会厌炎	116
第六节 急性喉炎	118
第七节 小儿急性喉炎	119
第八节 急性喉气管支气管炎	121

第九节 喉痉挛·····	126
第十节 喉晕厥·····	128
第十一节 癔症性失声·····	128
第七章 气管、食管急症 ·····	130
第一节 气管损伤·····	130
第二节 气管、支气管异物·····	132
第三节 气管、支气管白喉·····	136
第四节 自发性食管破裂伤·····	138
第五节 食管腐蚀伤·····	139
第六节 食管异物·····	142
第七节 食管穿孔·····	146
第八章 门诊治疗技术研究 ·····	148
第一节 咽鼓管吹张术·····	148
第二节 鼓膜穿刺术·····	150
第三节 鼓膜切开术·····	152
第四节 鼻窦变压置换疗法·····	154
第五节 上颌窦穿刺冲洗术·····	155
第六节 咽喉药物雾化吸入法·····	157
第七节 耳鼻咽喉科肿瘤活组织检查技术·····	157
第八节 外耳道耵聍冲洗·····	159
第九章 耳鼻咽喉科急症手术 ·····	160
第一节 前鼻孔填塞止血法·····	160
第二节 后鼻孔填塞止血法·····	161
第三节 气管切开术·····	162
第四节 外耳道异物取出术·····	165
第五节 鼻腔异物取出术·····	166
第六节 咽部异物取出术·····	166
第七节 气管、支气管异物取出术·····	167
第八节 食管异物取出术·····	169
附 录 ·····	172
参考文献 ·····	176

泽呈黄、琥珀、灰蓝色,透过鼓膜可见液平或气泡。

第二,鼓膜的位置。鼓室内有病变,鼓膜的位置发生了改变则正常标志消失。如鼓室有急性炎症,因鼓膜充血,锤骨柄、锤骨短突和前后皱襞等标志不清。当鼓室内有积液,鼓膜呈外凸。若咽鼓管堵塞,鼓室气压减低,鼓膜内陷,锤骨柄向后移呈横位,锤骨短突和前后皱襞变得更为明显,光锥不完整。

第三,鼓膜穿孔。要注意穿孔的位置、大小及穿孔的病理变化。如外伤性穿孔,多呈裂缝状、锐角状不规则。如鼓膜中央性小穿孔,并有搏动现象,提示为急性化脓性中耳炎,引流不畅。如中央性小穿孔见于慢性化脓性中耳炎者,多提示病情较轻。若鼓膜中央性大穿孔或鼓膜大部消失,穿孔内有脓液、肉芽组织和腐烂的听骨等情形,提示鼓室有比较严重的慢性病变。若鼓膜有边缘性穿孔,特别是穿孔位于鼓膜松弛部,穿孔内有臭脓和胆脂瘤时,提示鼓室隐窝有严重的病变。

(三)咽鼓管功能检查法

咽鼓管功能障碍与许多中耳疾病的发生、发展及预后有关,因此,咽鼓管功能检查也是耳科检查法中的重要内容之一。检查咽鼓管功能的方法很多,因鼓膜是否有穿孔而采用不同的检查方法。鼓膜完整者可用吞咽试验法、咽鼓管吹张法、咽鼓管纤维内镜检查法;鼓膜穿孔者可用鼓室滴药法、荧光素试验法、鼓室内镜检查法。

(四)听功能检查法

临床听功能检查法分为主观测听和客观测听两大类:主观测听法包括语音检查法、音叉试验、纯音听阈及阈上功能测试、言语测听等;客观测听法有声导抗测试、电反应测听、耳声发射测试等。以下介绍两种临床上最常用的测听方法。

1. 音叉试验

音叉试验是门诊最常用的听力检查法之一,可确定听力减退的性质。

(1)林纳试验(Rinne Test, RT)

此实验又称气骨导比较试验,这个试验借比较空气传导和骨传导时间的长短,来区别耳聋的类型。试验的方法是将振动的音叉臂置于受检者外耳道口约1cm处,以检查气导,至受检者不能听到声音后,立即移动音叉,使音叉柄部接触乳突部或鼓窦区以检查骨导,如果此时受检者仍能听到声音,则表示骨导大于气导($BC > AC$),称为林纳试验阴性(-)。重新振动音叉,检查骨导,至受检者不能听到声音后立即移动音叉检查气导,若此时受检者仍能听到声音,则表示气导大于骨导($AC > BC$),称为林纳试验阳性(+)。若气导与骨导相等($AC = BC$),以“(±)”表示。正常听力者,气导大于骨导1~2倍,传导性耳聋为骨导大于气导,感音神经性耳聋

则气导大于骨导,但气导、骨导时间均较正常耳缩短。

(2) 韦伯试验(Weber Test, WT)

此试验又称骨导偏向试验。这个试验是借比较两耳的骨传导时间来区别耳聋的类型。把振动音叉的柄部放在受检者颅骨的中线上,询问受检者哪一侧听到声音。正常人两耳听到音叉声音是相等的。传导性耳聋,声音偏向患侧或耳聋较重侧;感音神经性耳聋,声音偏向健侧或耳聋较轻侧。

(3) 施瓦巴赫试验(Schwabach Test, ST)

此试验又称骨导比较试验。这个试验借比较受检者和正常人骨导时间的长短来区别耳聋的类型。把振动音叉的柄部放在受检者的乳突部或鼓窦区,至听不到声音时,立即移至检查者的鼓窦区(检查者的听力必须正常),如此时检查者仍能听到,则提示受检者的骨导比正常人缩短,反之则为延长。正常听力者,受检者与检查者骨导时间相等。

(4) 盖莱试验(Gelle Test, GT)

这个试验主要用于检查其镫骨底板是否活动。将鼓气耳镜置于外耳道内,当橡皮球向外耳道内交替加、减压力的同时,将振动音叉的叉柄底部置于鼓窦区。若镫骨活动正常,受检者感觉到的音叉声音随音叉声强弱变化而不断波动,为阳性(+),反之为阴性(-)。耳硬化或听骨链固定者为阴性。

2. 声导抗测试法

外耳道压力变化产生鼓膜张力变化,对声能传导能力发生改变,利用这一特性,能够记录鼓膜反射回外耳道的声能大小。通过计算机分析结果,反映中耳传音系统和脑干听觉通路功能。这一方法称声导抗测试,是临床上最常用的客观听力测试的方法之一。声导抗是声导纳和声阻抗的总称。声阻抗是声波克服介质分子位移所遇到的阻力,是作用于单位面积的声压与容积速度的比;声导纳是被介质接纳传递的声能,是声阻抗的倒数。声强不变,介质的声阻抗越大,声导纳就越小。介质的声导抗取决于它的摩擦(阻力)、质量(惯性)和劲度(弹性)。中耳传音系统的质量(鼓膜和听骨的质量)比较恒定,听骨链被肌肉韧带悬挂,摩擦阻力很小。劲度取决于鼓膜、听骨链、中耳垫等的弹性,易受各种因素的影响,变化较大,是决定中耳导抗的主要部分,因此声导抗仪主要通过测量鼓膜和听骨链的劲度以反映出整个中耳传音系统的声导抗状态。

中耳导抗仪(临床习惯称为声阻抗仪)是根据等效容积原理工作,由导抗桥和刺激信号两大部分组成。导抗桥有3个小管,被耳塞引入密封的外耳道内:上管发出220 Hz或226 Hz 85 dB的探测音,以观察鼓膜在压力变化时的导抗动态变化,

并以强度为 40~125 dB,刺激频率为 250 Hz、500 Hz、1 000 Hz、2 000 Hz、4 000 Hz 的纯音,白噪声及窄频噪声,测试同侧或对侧的镫骨肌声反射;下管将鼓膜反射到外耳道的声能引入微音器,转换成电讯号,放大后输入电桥并由平衡计显示;中管与气泵相连使外耳道气压由 +2 kPa 连续向 -4 kPa 或 -6 kPa 变化。

(1) 鼓室导抗图

随着外耳道压力由正压向负压的连续过程,鼓膜先被压向内,逐渐恢复到正常位置,再向外突出,由此产生的声顺动态变化,以压力声顺函数曲线形式记录下来,称鼓室功能曲线。曲线形状、声顺峰在压力轴的对应位置(峰压点)、峰的高度(曲线幅度)以及曲线的坡度、光滑度较客观地反映鼓室内病变的情况。

(2) 静态声顺值

鼓膜在自然状态和被正压压紧时的等效容积毫升数(声顺值)之差,代表中耳传音系统的活动度。正常人因个体差异此值变化较大,应结合镫骨肌声反射与纯音测听综合分析。

比较捏鼻鼓气法或捏鼻吞咽法前后的鼓室导抗图,若峰压点有明显移动,说明咽鼓管功能正常,否则为功能不良。

(3) 镫骨肌声反射

声刺激在内耳转化为听神经冲动后,由神经传至脑干耳蜗腹侧核,经同侧或交叉后从对侧上橄榄核传向两侧面神经核,再经面神经引起所支配的镫骨肌收缩,随后鼓膜松弛,鼓膜顺应性的变化由声导抗仪记录,称镫骨肌声反射。正常人左右耳分别可引出交叉(对侧)与不交叉(同侧)两种反射。镫骨肌声反射的用途较广,目前主要用在估计听敏度、鉴别传导性耳聋与感音性耳聋及鉴别耳蜗性耳聋和蜗后性耳聋等方面,并可用于识别非器质性耳聋,对周围性面瘫做定位诊断和预后估计,对重症肌无力做辅助诊断及疗效评估等。

二、鼻的检查法

(一) 外鼻的检查

主要观察外鼻是否有畸形、缺损、皮肤变色、肿胀、鼻前孔狭窄、鼻小柱过宽、鼻翼塌陷、损害或触痛等。外伤患者还应注意眼球及视力情况。

(二) 鼻腔的检查

1. 鼻前庭检查

受检者头稍向后仰,检查者以拇指将鼻尖抬起并左右活动,注意观察鼻前庭部

位皮肤是否有红肿、糜烂、溃疡、结痂、皲裂、疖肿、肿块及鼻毛脱落等。对于鼻孔狭窄、鼻翼塌陷等患者也可使用前鼻镜检查法。如前鼻孔有痂皮堵塞时,可用3%过氧化氢溶液将其软化后除去,再行检查。

2. 前鼻镜检查法

前鼻镜的用法:检查者左手执前鼻镜,拇指置于两叶的交叉点上,一柄置于掌内,另一柄由其余四指扶持。将闭合的前鼻镜两叶与鼻底平行轻缓地伸入鼻前庭,两叶前端勿超过鼻阈以防损伤鼻黏膜。轻轻张开前鼻镜两叶,以扩大前鼻孔,取出前鼻镜时勿使两叶完全合拢,以免夹住鼻毛而增加受检者的痛苦(如图 1-1-1)。

检查鼻腔时,需注意观察鼻黏膜的颜色、是否有充血、水肿和干燥;鼻甲的大小、形态;鼻中隔有无偏曲或骨嵴、棘突、穿孔,黏膜有无糜烂、溃疡、出血点等;鼻腔内有无分泌物及分泌物的性质、位置,有无异物、新生物等。正常鼻黏膜呈淡红色、湿润、光滑、鼻甲黏膜柔软而有弹性,鼻底和各鼻道无分泌物潴留。

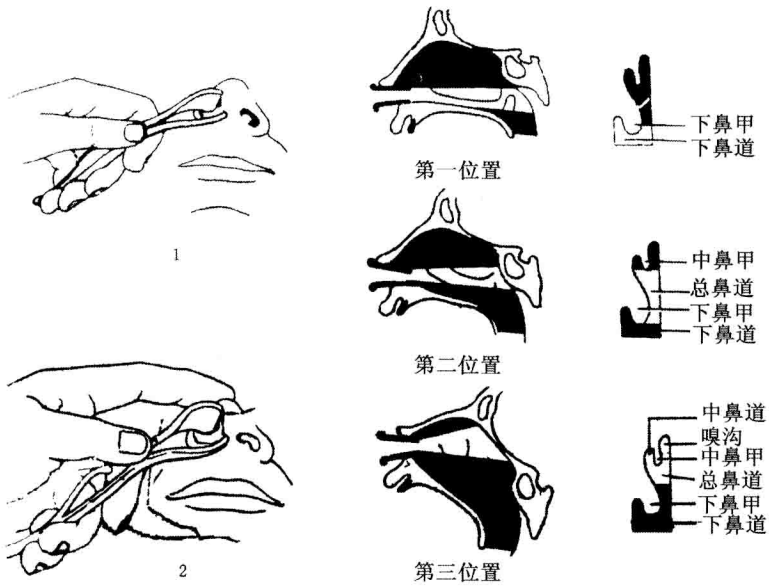


图 1-1-1 前鼻镜的使用方法和前鼻镜检查的三种位置

(三) 鼻窦检查法

1. 鼻窦表面

第一,与外鼻检查同时进行,重点观察面颊部内眦部、鼻根部,看皮肤有无红

肿、隆起、凹陷,有无眼球移位等表现。第二,用手指触摸或压迫局部时病人的反应。第三,呼吸气流有无特殊的臭味(如牙源性鼻窦炎等)。

2. 体位引流法

此法重点检查上颌窦,首先拭净鼻腔分泌物,然后鼻腔喷 1% 麻黄素或取 0.1% 肾上腺素棉片放入中鼻道及嗅裂,收缩鼻腔,使鼻窦口通畅。

各窦体位:让病人坐位,按各窦的解剖位置调整头位,使窦口朝下,利用重力作用达到引流目的。第一,引流上颌窦时使头前倾 90°并向对侧偏斜,受检侧在上方。第二,引流前筛窦时头稍后仰,引流后筛窦时头稍前俯。第三,引流额窦时头直立,引起蝶窦时低头。15min 后检查鼻腔,判断分泌物来源。

3. 嗅觉检查法

检查过程中闻病人气味,如肿瘤腐败味、萎缩性鼻炎的奇臭味或鼻窦蓄脓恶臭味等。

4. 上颌窦穿刺法

注意事项:

第一,压鼻窦表面时注意动作要从轻柔开始,在急性炎症或外伤时轻触摸病人就有明显疼痛感觉,如无反应时再稍用力,但决不可用力太大以免因压力过大而引起疼痛,引起误会。尤其外伤触摸时用力过大会增加面部骨折移位。

第二,体位引流如时间不够 15min,则鼻窦分泌物可能未出来。如时间过长,则分泌物出来后可能离开窦口流到其他处,不好判断来源。

第三,体位引流成功关键:首先应判断鼻窦可能有脓;头位摆好,鼻窦口应朝下;窦口无堵塞,如窦口有鼻肉,肿物,黏膜水肿等会影响引流;重点是上颌窦,其他窦效果不明显。

第四,体位引流无分泌物流出但闻到有臭味时要注意检查病人牙齿,因为齿源性鼻窦炎有明显臭脓气味。

(四)鼻内镜检查法

鼻内镜以多角度、视野广的特点,可完成对鼻腔内各个部分的检查。鼻内镜检查主要观察鼻腔及鼻咽各壁黏膜的形态,是否有充血、水肿、干燥、萎缩、溃疡、出血点或血管扩张;分泌物的来源、性质、色泽、黏稠度;新生物的形态、生长特征、范围、原发部位;各鼻窦开口及附近的状况,有无窦口积脓、炎性肿胀、息肉或新生物生长。遇有可疑新生物时可及时取活检。

(五)鼻功能检查法

1. 通气功能检查

其目的主要是判定鼻气道阻力大小、鼻气道狭窄部位、鼻气道有效通气横截面积等,对判定病情、指导治疗方案均有重要作用。除常规前、后鼻镜和鼻内镜检查外,还可借助鼻测压计和鼻声反射测量计等仪器进行检查。

2. 嗅觉功能检查法

用 5 个褐色、形状相同小瓶分装各种常见气味的液体,如醋、蒜、煤油、酒精、香精等。检查者手持小瓶嘱受检者用手指按闭一侧鼻孔,另一侧鼻孔嗅之,并说明各瓶的气味;然后再以同法测试对侧。能嗅出全部气味者为嗅觉存在,只辨出 2 种以下者为嗅觉减退。此法常用于一般门诊或大批体检。

三、咽的检查法

(一)外表望诊

检查时嘱受检者取出义齿,摆正头位,处于松弛状态。然后观察受检者的神态表情。根据某些特征性表现,有助于尽快准确地做出诊断。

(二)口咽部检查

受检者正坐张口,平静呼吸。检查者用压舌板掀起唇颊,观察牙、牙龈、硬腭、舌及口底有无出血、溃疡及肿块,然后手持压舌板,轻轻压下舌前 2/3,观察口咽部形态;黏膜的色泽,有无充血、分泌物、假膜、溃疡、新生物等;软腭是否对称及其活动情况;咽后壁有无淋巴滤泡及咽侧索有无红肿;扁桃体的大小及前后腭弓的情况,若用拉钩将前腭弓拉开,则能更好看清扁桃体真实情况;用压舌板挤压前腭弓,检查隐窝内有无干酪样物或脓液溢出。

检查时注意压舌板的近端不可下压,以防将舌尖压于齿上,引起疼痛。对反射敏感者,可用 1%丁卡因溶液喷雾 1~2 次。

(三)咽部触诊

受检者正坐,头微前倾,检查者立于受检者右侧,右手戴手套或指套,用食指自右口角伸入咽部检查。触诊适用于咽部肿块的诊断,确定病变的部位、大小、表面特征、硬度、活动度,检查有无波动,波动、压痛及与颈部的关系。触诊还可用于诊断茎突过长及确定小儿腺样体大小。但遇有咽部脓肿可疑者,触诊应慎用,以免脓肿破裂、误吸而窒息的危险。

(四) 颈部扪诊

由于咽部与颈部的关系密切,颈部淋巴结肿大常提示某些咽部疾病的存在,故应仔细检查颈部。检查时患者正坐,两臂下垂,头略低。检查者立于受检者身后,用两手指尖按顺序进行触诊,应两侧同时进行,以便对照。先从颈下及颌下区淋巴结开始,然后沿胸锁乳突肌前缘至胸骨处,分别检查颈深淋巴结上群、中群和颈前淋巴结,最后检查颈后三角及锁骨上淋巴结。检查的内容包括有无肿胀和肿块,肿块的大小、硬度、活动度、有无压痛、肿块与周围有无黏连、是否有搏动感等。

四、喉的检查法

(一) 喉的外部检查法

喉的外部检查主要是视诊和触诊。观察喉的外部有无畸形、大小是否正常,位置是否在颈前正中,两侧是否对称。注意喉部有无肿胀、触痛、畸形以及颈部有无肿大的淋巴结或皮下气肿等。触诊时可用拇指、食指按住喉体向两侧推移,扪及正常喉关节的摩擦和移动感觉。如病变累及喉内关节,这种感觉往往消失。

(二) 间接喉镜检查法

嘱受检者正坐,上身稍前倾,头稍后仰,张口,将舌伸出,平静呼吸。检查者用纱布包裹舌前部1/3,以左手拇指(在上方)和中指(在下方)捏住舌前部并拉向前下方,食指推开上唇抵住上列牙齿,以求固定。再用右手持加温而不烫的间接喉镜由受检者左侧口角伸入咽部,镜面朝向前下方,镜背紧贴悬雍垂前面,将软腭推向上方,观察镜中影像。先调整镜面角度和位置以观察舌根、舌扁桃体、会厌谷、会厌舌面及游离缘、喉咽后壁、喉咽侧壁、梨状窝等处,然后嘱受检者发“衣”声,使会厌上举,观察会厌喉面、杓状会厌襞(披裂)、杓间区、室带、声带及其闭合情况。要注意的是,间接喉镜内的影像与实际喉头的位置前后正好颠倒,而左右不变。若咽反射过于敏感,可先用1%丁卡因溶液喷雾咽部,数分钟后再进行检查。

正常情况下,喉及喉咽左右对称,梨状窝无积液,黏膜呈淡红色,声带呈白色条状。检查时应注意观察喉的黏膜色泽,有无充血、水肿、肥厚、溃疡、瘢痕、新生物或异物等,同时观察声带及杓状软骨活动情况。

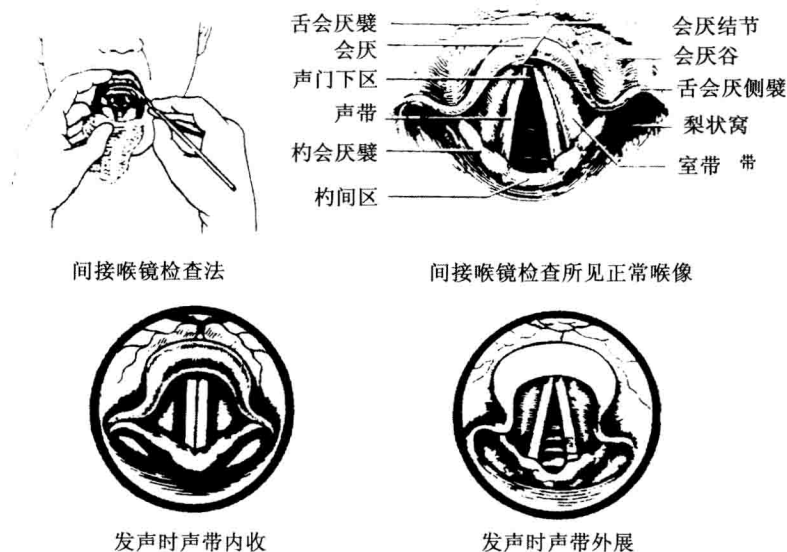


图 1-1-2 间接喉镜检查法

第二节 耳鼻咽喉特殊检查

一、间接鼻咽镜检查(后鼻镜检查)

鼻咽腔由于特殊的解剖关系不能直接观察,必须借助于特制的鼻咽镜将鼻咽部的结构映入视野中来观察。

(一)适应证

鼻咽部的良性、恶性肿瘤,如鼻咽纤维血管瘤,鼻咽癌等;鼻腔堵塞,如小儿常见腺样体肥大堵塞后鼻孔,慢性鼻炎者观察其下鼻甲后端肥大,后鼻孔息肉等;鼻中隔后缘疾病,如鼻中隔后结节肥大等;急、慢性鼻窦炎,如观察后鼻孔之脓性分泌物,尤其后组筛窦之脓性分泌物;急、慢性鼻咽炎,如观察鼻咽部黏膜肿胀充血,肥厚,淋巴组织增生,黏膜糜烂等;鼻畸形,如观察后鼻孔狭窄、瘢痕、闭锁。

(二)操作及注意事项

体位:病人正坐在椅子上,头稍前倾,平静而自然地呼吸,医师左手持压舌板,伸入病人口腔中压住舌前 2/3,右手持后鼻镜(直径小于 1cm 带长柄的小圆镜)伸入口咽部于软腭与咽后壁之间,镜面向上,医师在小镜中观察鼻咽部的结构。

半张口,用鼻平静地呼吸:病人必须以此种状态与医师合作。这是检查成功的关键。因为张口过大、过小都会影响检查,不用鼻子呼吸则悬雍垂容易贴近咽后壁,使鼻咽腔不得暴露。只有半张口同时用鼻呼吸两者并举才能较好地暴露鼻咽腔,才能完成检查(如图 1-2-1)。

加温镜面:在置入后鼻镜之前,首先要把后鼻镜镜面在酒精灯上稍加温,以免咽部蒸汽使镜面遮雾而影响视线。

不断变动镜面角度:医师在置镜面于软腭与咽后壁之间时动作要轻柔,避免触及咽后壁或舌根,以免引起恶心,影响病人配合,不能完成检查。又因镜面小,鼻咽腔大,把镜置于一个位置上不动,只能看到鼻咽部一个局部,不能看到鼻咽部全貌。所以必须不断调整鼻咽镜的角度才能看清鼻咽部全部图像。包括鼻咽顶,两侧咽鼓管口,圆枕,咽隐窝,软腭背面,后鼻孔及鼻中隔后缘等。

按顺序检查:必须按顺序仔细观察鼻咽的每一个解剖部位。鼻咽腔虽然不大,但结构并不简单,任何粗心就可能漏掉病灶。初学者易犯的错误只求能看到鼻咽顶就算完成检查,常忽略两侧及鼻后孔,尤其咽鼓管口,咽隐窝,鼻中隔后缘等细小部位。

丁卡因及软腭拉钩之应用:有的病人咽部高度敏感,不能很好配合,可在口咽部喷一点 1%丁卡因,待 3~5min 后不再恶心时再检查。如仍不能成功,则用特制的软腭拉钩勾起软腭或用细导尿管插入前鼻孔自口腔中拉出其前端,后端在前鼻孔之外,将前后两端系紧固定,这样因软腭被拉向前方,能较好地暴露鼻咽部。

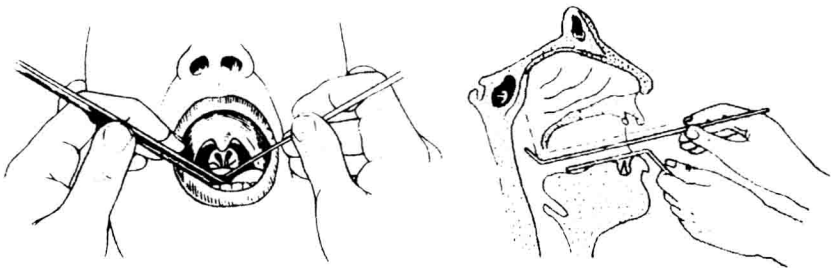


图 1-2-1 后鼻镜检查

二、纤维鼻咽镜检查法

纤维鼻咽镜是一种软性的光导纤维镜,纤细能弯曲,不但应用方便而且病人无恶心等不良反应。它的适应证同上,操作及注意事项有:

体位:常用仰卧位,但也可用坐位。

麻醉:检查前用1%麻黄素喷鼻以收缩鼻腔,然后用1%丁卡因喷鼻腔。

将纤维鼻咽镜自一侧鼻孔伸入到鼻咽部,此镜光线很好,只要仔细检查鼻咽部每一个解剖部位就不会漏掉每一个细小的病变。尤其鼻咽侧壁、咽隐窝等在间接鼻咽镜下不易看到的部位,纤维鼻咽镜都能看清,并可取活检及拍片,摄影等。

三、直接喉镜检查

直接喉镜检查器械及方法完全不同于间接喉镜,通过直接喉镜,医师的视线能直接达到喉部而不是间接的反射图像,因此得到的结果更真实。

(一)适应证

适应于间接喉镜检查的病变都适用于直接喉镜检查;间接喉镜下不易看清的部位,如梨状窝,婴儿型会厌或小儿不能配合以及在间接喉镜下不能查明的病变;取咽、喉部活检及声带息肉摘除;取咽、喉部异物;引导放入气管镜。

(二)禁忌证

检查时要求病人口腔和喉腔必须处在一条直线上,因此体位的要求会对病人造成一定的痛苦。

有颈椎病者,张口困难者,严重的心脏病,高血压病等不能检查。

(三)麻醉

直接喉镜检查有一定痛苦,必须给适当麻醉,通常成人给黏膜表面麻醉,常用1%~2%丁卡因,4%可卡因,2%利多卡因。在麻药中加少量1:1000肾上腺素有止血和减慢麻药吸收速度,延长麻醉时间。

操作:用喷雾器先喷少许麻药于病人咽中,观察3~5min看是否有麻药反应,如有过敏立即停药。一般口咽部喷2次,拉出舌头后下咽和喉再喷2~3次。

注意先喷舌根部,会厌舌面,然后拉起会厌喷会厌喉面及声门上和声门下。每次喷药间隔1~2min。

喷药过程中不断观察病人反应,解释喷药后咽部麻木感,消除病人紧张心理,决不能在麻醉过程中离开病人,以免出现过敏反应时不能及时处理或抢救。