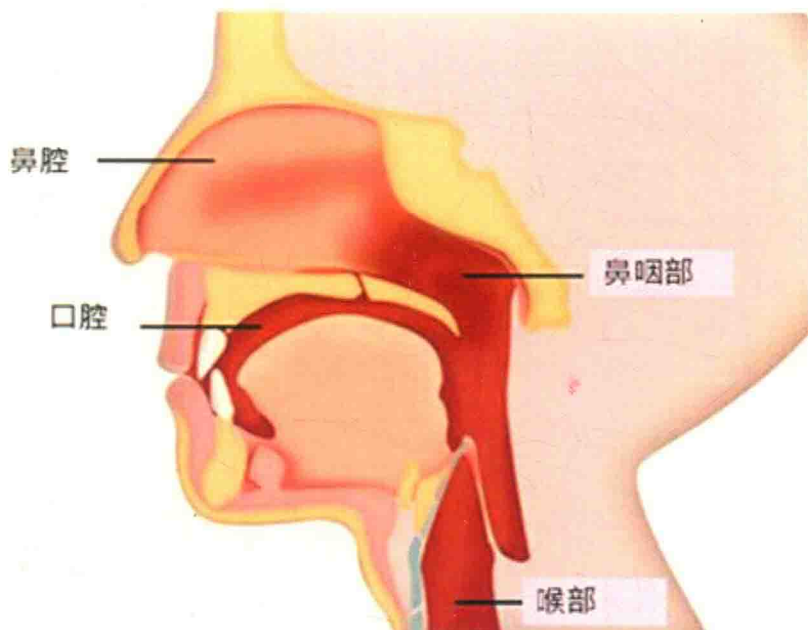


耳鼻喉常见疾病诊疗

慈文学◎主编



长江出版传媒
湖北科学技术出版社

耳鼻喉常见疾病诊疗

慈文学 著

长江出版传媒
湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻喉常见疾病诊疗 / 慈文学著. — 武汉 : 湖北科学技术出版社, 2017.4

ISBN 978-7-5352-8545-4

I. ①耳… II. ①慈… III. ①耳鼻咽喉病-常见病-诊疗 IV. ①R76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 071791 号

书 名: 耳鼻喉常见疾病诊疗

责任编辑: 刘 玲 赵 汶

出版发行: 湖北科学技术出版社

地 址: 湖北武汉市楚雄大街 268 号
(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 郑州华之旗数码快印有限公司

开 本: 880 mm×1230 mm 1/32 印张: 5

版 次: 2018 年 5 月第 1 版

定 价: 40.00 元

封面设计: 王 梅 张晓雅

电话: 027-87679468

邮编: 430070

邮编: 450000

字数: 160 千字

印次: 2018 年 5 月第 1 次

版权所有 翻印必究

目 录

第一章 耳鼻咽喉检查法	1
第一节 检查设备	1
第二节 鼻部检查法	4
第三节 咽部检查法	7
第四节 喉部检查法	10
第五节 颈部检查法	14
第六节 气管、支气管与食管检查法	16
第七节 耳部检查法	18
第二章 鼻部疾病	33
第一节 鼻前庭炎与鼻疖	33
第二节 急性鼻炎	35
第三节 慢性鼻炎	37
第四节 萎缩性鼻炎	39
第五节 变应性鼻炎	40
第六节 鼻息肉	44
第七节 急性鼻-鼻窦炎	46
第八节 慢性鼻-鼻窦炎	48
第九节 鼻中隔偏曲	50
第十节 鼻出血	51
第十一节 鼻外伤	54
第十二节 鼻真菌病	56
第十三节 鼻囊肿	58
第十四节 鼻-前颅底肿瘤	60
第十五节 内镜在鼻腔、鼻窦外科手术中的应用	64
第十六节 鼻眼及鼻颅底外科简介	65
第三章 咽部疾病	68
第一节 急性咽炎	68

第二节	慢性咽炎	69
第三节	急性扁桃体炎	70
第四节	慢性扁桃体炎	72
第五节	扁桃体周脓肿	75
第六节	咽后脓肿与咽旁脓肿	76
第七节	腺样体肥大	78
第八节	咽部肿瘤	79
第九节	咽异感症	82
第十节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	83
第四章	喉部疾病	86
第一节	喉创伤	86
第二节	急性会厌炎	89
第三节	小儿急性喉炎	90
第四节	急性喉气管支气管炎	91
第五节	慢性喉炎	95
第六节	喉息肉	97
第七节	声带小结	98
第八节	喉的神经性疾病	99
第九节	喉肿瘤	101
第十节	喉阻塞	106
第十一节	气管插管术及气管切开术	109
第五章	耳部疾病	113
第一节	耳外伤	113
第二节	耳郭假性囊肿	116
第三节	外耳道耵聍栓塞	117
第四节	外耳道疖与外耳道炎	118
第五节	外耳道真菌病	120
第六节	分泌性中耳炎	121
第七节	急性化脓性中耳炎	127
第八节	慢性化脓性中耳炎	130
第九节	中耳胆脂瘤	134

第十节 化脓性中耳炎并发症	136
第十一节 耳源性眩晕疾病	142
第十二节 突发性聋	151

第一章 耳鼻咽喉检查法

第一节 检查设备

由于耳鼻咽喉及相关头颈部区域诸器官在解剖学上具有腔小洞深、不易直视观察的特点,临床上常需使用专门的检查器械和良好的照明才能进行检查,以下为常用的、简单的检查器械(图 1-1)。

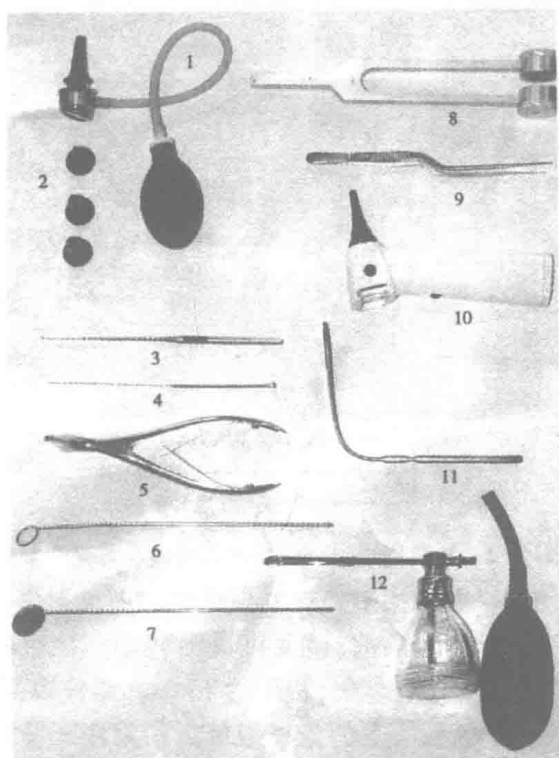


图 1-1 耳鼻咽喉科常用检查器械

- 1—鼓气耳镜 2—耳镜 3—需钩 4—卷棉子 5—前鼻镜
6—后鼻镜 7—间接喉镜 8—音叉 9—枪状镊 10—电耳镜
11—角形压舌板 12—喷壶

随着各种内镜如鼻内镜、耳内镜、纤维和电子耳鼻咽喉镜、动态喉镜等在临床的广泛应用,大大改善了检查的广度和深度,以及精确度和清晰度,同时可以具备图像显示、处理和保存的功能,有利于教学和科研。

1.检查室的设置与设备 室内宜稍暗,应备有光源,多为 100W 的白炽灯,检查椅(目前一般配备带有自动升降、旋转的自动机械检查椅)、检查器械、消毒器械和用后器械盛具、污物桶,以及一次性用品、敷料(如纱布、油纱、止血栓子、止血海绵、明胶海绵、棉球、棉片、棉签、注射器)、药品(1%麻黄碱液或 1%丁卡因等)等。目前诊疗综合工作台已成为常用的耳鼻咽喉科装备,配有带臂光源、自动升降旋转座椅、药物喷枪、负压吸引器、加热风机、内镜图像显示系统、纤维喉镜、阅片灯、储物盒或抽屉、试剂摆放台、计算机、打印机等,十分便于临床专科诊疗(图 1-2)。

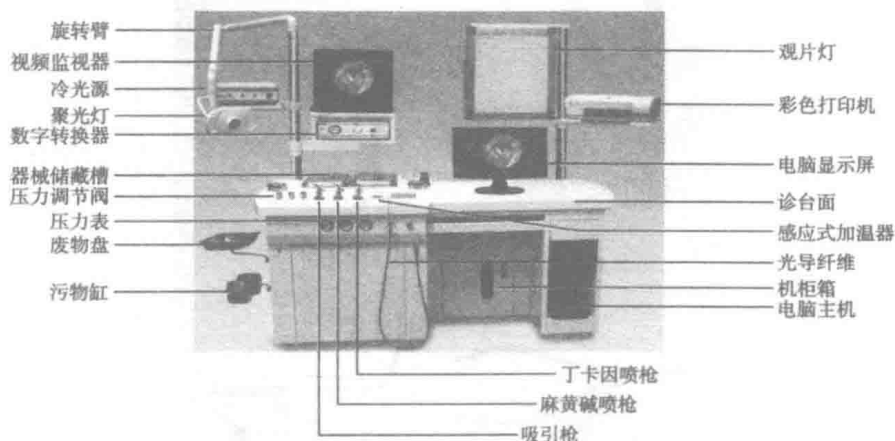


图 1-2 耳鼻咽喉科诊疗综合工作台及其基本结构

2.额镜的使用 额镜为中央有一小孔的凹面反射聚光镜,其焦距为 25cm,借额带固定于头部额前,镜面可灵活转动。检查时,光源一般置于额镜同侧,略高于受检者耳部,相距约 15cm。调整镜面使之贴近左眼或右眼,并使投射于额镜面上的光线经反射后聚集于受检部位,保持瞳孔、额镜中央孔和受检部位处于同一条直线上。两眼同时睁开进行检查(图 1-3,图 1-4)。

3.检查体位 一般受检者与检查者相对而坐,受检者上身稍前倾(图 1-5)。检查不合作的儿童时,须由其家属或医务人员抱持,采用双

腿夹住双下肢、右手固定额头部于胸前,左手环抱两臂,将其全身固定(图 1-6)。

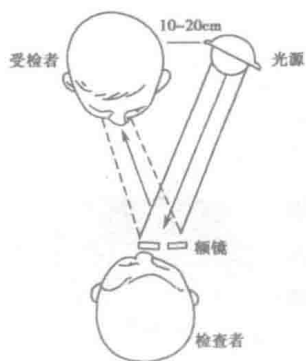


图 1-3 对光

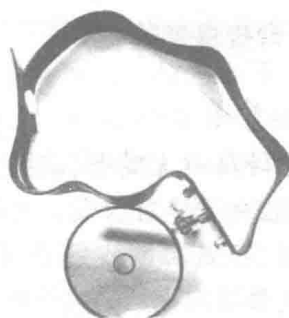


图 1-4 额镜



(1)



(2)

图 1-5 耳鼻咽喉常规检查患者体位
(1)错误;(2)正确



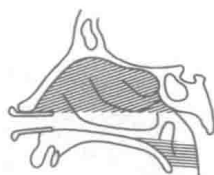
图 1-6 小儿受检时的体位

第二节 鼻部检查法

一、常规鼻部检查

(一) 外鼻

观察外鼻有无畸形、缺损、肿胀、新生物,皮肤有无异常改变。再以示指和拇指触诊,检查鼻部皮肤有无触痛、增厚、变硬,鼻骨有无塌陷或骨擦感等。



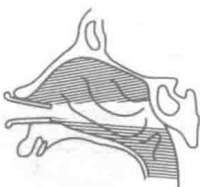
第一位置



下鼻甲
下鼻道

(二) 鼻腔

1.鼻前庭检查 嘱受检者头稍后仰,用拇指将其鼻尖抬起,观察鼻前庭皮肤有无红肿、糜烂、溃疡、皲裂、结痂、肿块和鼻毛脱落等。

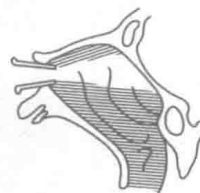


第二位置



中鼻甲
总鼻道
下鼻甲
下鼻道

2.前鼻镜检查 通常以左手持鼻镜,右手扶持受检者面颊部,以调整头位。将鼻镜两叶合拢,使之与鼻底平行,缓缓置入鼻前庭,但不能超越鼻阈,以免引起疼痛或鼻腔黏膜损伤。然后将前鼻镜两叶上下张开以扩张鼻孔。



第三位置



中鼻道
嗅沟
中鼻甲
总鼻道
下鼻甲
下鼻道

图 1-7 前鼻镜检查的 3 种位置

循 3 个头位连续进行由底向高依次检查整体鼻腔:先使受检者头稍低(第一位置),观察鼻腔底部、下鼻甲、下鼻道及鼻中隔前下部;再使头后仰至 30° (第二位置),检查鼻中隔中段、中鼻甲、中鼻道和嗅裂中后部;最后使头进一步后仰至 60° (第三位置),查看鼻中隔上部、中鼻甲前端、鼻丘、嗅裂与中鼻道的前部(图 1-7)。

3.后鼻镜检查 详见鼻咽部检查。

(三) 鼻窦

1.一般检查 检查尖牙窝、内眦及眶内上角皮肤有无红肿、压痛,局

部有无弹性或硬性膨隆,有无眼球移位或运动障碍,有无视力障碍等。

2.前鼻镜检查 主要观察中鼻道、嗅裂或后鼻孔处有无脓涕存留,中鼻甲黏膜有无红肿、息肉样变,中鼻道有无息肉或其他新生物。

临床上疑有鼻窦炎者,在鼻镜检查中未发现鼻道内有异常分泌物,可行体位引流术。方法如下:先用1%麻黄碱液充分收缩中鼻道与嗅裂附近黏膜,使鼻窦口通畅。疑为上颌窦炎者,取头前倾90°,患侧居上;疑为额窦炎,取正坐位,头位直立;疑为前组筛窦炎时,头位稍向后倾;疑为后组筛窦炎,头位稍向前倾;疑为蝶窦炎,取低头位。检查时应保持原位10min,然后检查鼻腔,观察有无分泌物排出。亦可取坐位,下肢自然分开,屈身,头垂抵膝,10min后坐正检查,观察中鼻道、嗅裂处有无脓性分泌物出现。

3.上颌窦穿刺冲洗术 可用于上颌窦内病变的活检和分泌物的冲洗,是诊断及治疗上颌窦疾病的常用方法之一。主要方法是:用1%丁卡因棉片行下鼻道前段黏膜表面麻醉,将穿刺针伸入下鼻道内的下鼻甲附着缘下,在距下鼻甲前端约1.5cm处,针尖朝向眼外眦方向,稍用力旋转即可将针头穿通上颌窦内侧壁。感到阻力消失时,拔出针芯,用空针如可抽出空气表明已进入窦腔内。此时可进行冲洗直至将脓液洗净,还可注入抗生素溶液或甲硝唑溶液。拔出穿刺针后将棉片填压于鼻底部。

二、鼻内镜检查法

鼻内镜可直接进入鼻腔的深部,在近于直视下观察鼻腔和鼻窦口、甚至窦腔的情况,同时还可将图像通过显示器显示和放大,极大地提高了检查质量。此外,经下鼻道上颌窦穿孔术可以将鼻内镜引入上颌窦内,直接观察到窦内各壁和自然开口,也可在鼻内镜下钳取活体组织进行病理检查、发现鼻出血的出血部位并进行止血。

1.硬质鼻内镜检查法 一套完整的鼻内镜包括0°、30°、70°、90°及120°等多种视角镜(图1-8),并配有图像显示和视频处理系统,可显示和记录检查的结果及内容。受检者可取坐位或仰卧位,使用1%丁卡因加少量肾上腺素棉片鼻腔黏膜表面麻醉后,

按顺序进行检查,使用0°镜可观察鼻腔大部分解剖部位,如下鼻甲、下鼻道、鼻中隔、中鼻甲、中鼻道、钩突、筛泡、后鼻孔、咽鼓管咽口等。

使用 30° 镜或 70° 镜,可更好地观察中鼻道、额窦、前组筛窦、上颌窦的开口以及蝶筛隐窝和后组筛窦的开口。使用 90° 镜有利于观察嗅裂、上鼻甲及上鼻道。

检查时要注意观察中鼻道和影响中鼻道通气引流的相关解剖因素,视野范围内鼻黏膜形态以及有无诸如脓性分泌物、糜烂、息肉、囊肿及肿瘤等病变。硬质鼻内镜还可完成对鼻窦的检查,如可经下鼻道钻孔检查上颌窦。硬质鼻内镜还是目前被广泛使用的鼻腔鼻窦手术设备。

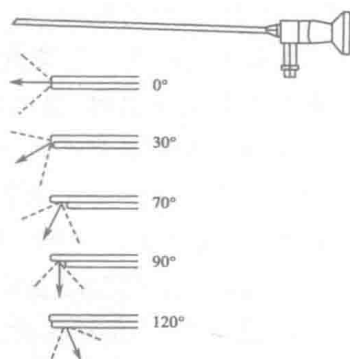


图 1-8 鼻内镜

2. 软管鼻内镜检查 也可参照硬质鼻内镜的方法对鼻腔的各解剖部位进行检查。

三、鼻功能检查法

1. 鼻通气功能检查法 主要是判定鼻通气程度、鼻气道阻力大小、鼻气道狭窄部位、鼻气道有效横截面积等, 依此判定病情和决定治疗方案。

主要的检查方法有两种。①鼻测压计法: 即测定呼吸时气流在鼻腔的阻力。正常成人的鼻腔阻力是 $196 \sim 294 \text{ Pa} (2 \sim 3 \text{ cmH}_2\text{O}) / (\text{L} \cdot \text{s})$ 。当有鼻腔阻塞性疾病时, 鼻阻力升高; 空鼻症时, 鼻阻力明显减少。②声反射鼻量计法: 定量判断鼻腔、鼻咽腔容积、最小横截面积, 以此来客观评估鼻腔和鼻咽部疾病的病变程度、性质和疗效。

2. 鼻自洁功能检查法 主要是检查鼻黏液纤毛传输系统以判断鼻的自洁功能。常用方法是糖精试验, 通过观察糖精从鼻腔排到咽部的时间, 了解鼻黏膜纤毛传输系统对鼻的自洁功能状况。成人正常值为 $3.85 \sim 13.2 \text{ mm/s}$, 平均为 7.82 mm/s 。

3. 嗅觉功能检查法 包括嗅瓶试验、嗅阈检查和嗅觉诱发电位。嗅瓶试验是最常用的定性法, 一般用醋、香油、煤油、香精等 5 种不同气味的溶液作为嗅觉检查剂, 以水作对照剂, 分别装入颜色、大小、式样完全相同的有色小瓶内备用。检查时令受检者闭目, 以手指堵塞一侧鼻孔,

将上述小瓶盖打开,分别置于另一侧鼻孔下,令其嗅之,再以同法施于对侧。全部嗅出者为嗅觉良好,仅能嗅出 2 种以下者为嗅觉减退,全部不能嗅出者为嗅觉丧失。

嗅觉诱发电位是通过气味剂或电脉冲对嗅黏膜刺激后,再经过计算机叠加技术在特定位置记录到电位。嗅觉诱发电位作为客观而灵敏的电生理指标,用于辅助诊断嗅觉系统及其相关疾病。

四、鼻部影像学检查

1.X 线检查 常用的摄片体位有鼻颏位(Water 位)和鼻额位(Caldwell 位)。通过观察窦腔和窦壁 X 线片上透光度的变化,判断某些鼻窦有无炎症、肿瘤、囊肿、异物、骨折等疾患。

2.CT 和 MRI 检查 如常规 X 线检查不能明确诊断,可用 CT 扫描或磁共振检查。CT 扫描是鼻腔鼻窦疾病诊断和鼻内镜手术前最常用和首选的影像学检查方法,可清晰显示病变及相关解剖学结构,常采用冠状位和轴位拍摄。MRI 不受骨影干扰,对软组织辨识度高于 CT,可以准确判断鼻及鼻窦与颅内或眶内有相关联病变时,病变的位置、大小及侵犯范围,更有利于观察病变与周围软组织、淋巴结等的解剖关系。

第三节 咽部检查法

咽部检查包括口咽部、鼻咽部及咽喉部的检查。检查前需先了解病史,还要注意是否有相关的面部体征,如面部畸形、痛苦表情、张口受限、张口呼吸等。

一、口咽部

受检者端坐,张口平静呼吸。检查者用压舌板置于舌前 2/3 处,将舌压向口底,观察腭舌弓、腭咽弓、腭扁桃体及咽侧索、咽后壁等。嘱受检者发“啊”音,观察软腭的位置和运动是否对称活动。

观察口咽黏膜有无充血、溃疡或新生物;软腭有无下塌或裂开;腭垂是否过长、分叉;双侧扁桃体及腭舌弓、腭咽弓有无充血、水肿、溃疡、新生物;检查扁桃体时还须注意表面有无瘢痕,隐窝口是否有脓栓或干酪

样物;咽后壁有无淋巴滤泡增生、肿胀和隆起;咽反射是否敏感、迟钝或消失。

口咽部指诊是临床上常用的检查方法,尤其是对咽部肿块的触诊,通过触诊了解口咽部肿物的范围、大小、质地、活动度、有无触痛、与毗邻的关系,也可用于辅助判断有无茎突过长以及咽异常感觉的定位等。方法是:受检者端坐位,检查者右手戴手套立于患者右侧,用示指沿受检者口角右侧伸入咽部。

二、鼻咽部

常用间接鼻咽镜检查。嘱受检者端坐,张口用鼻平静呼吸。如遇咽反射敏感者,可先用1%丁卡因口咽腔喷雾黏膜表面麻醉后再进行检查。检查者左手持压舌板压住舌前2/3处,右手持鼻咽镜伸至软腭与咽后壁之间,避免触及咽后壁或舌根,以免引起恶心。借助于额镜照明,逐渐转动镜面,通过反光镜面观察软腭背面、鼻中隔后缘、后鼻孔、咽鼓管咽口、圆枕、咽隐窝、鼻咽顶后壁及腺样体(图1-9)。咽隐窝是鼻咽癌的好发部位,鼻咽癌早期特征之一就是咽隐窝饱满。

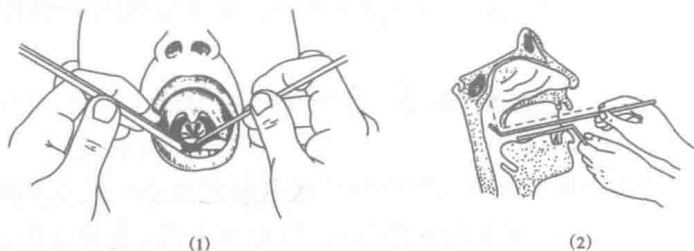


图1-9 间接鼻咽镜检查法

(1)正面观;(2)侧面观

纤维或电子鼻咽镜检查现已在临床上普遍使用,是将鼻腔黏膜表面麻醉和收缩后,在内镜下完成鼻咽部的检查。该法具有更为全面、细致和精确的优点,且可减少对受检者配合的要求。

鼻咽部的检查需注意黏膜有无充血、粗糙、出血、溃疡、隆起及新生物等。

鼻咽部指诊主要用于儿童。方法是:受检者端坐,头稍前倾,若为儿

童,应由助手抱好固定,用右手示指迅速探入鼻咽部触诊鼻中隔后缘、后鼻孔、鼻咽腔,注意有无腺样体肥大或其他鼻咽肿物及其与周围的关系,撤出时注意手指有无脓液和血迹(图 1-10)。目前较少采用,改为电子鼻咽镜检查。

三、咽喉部

见喉部检查法。

四、咽部内镜检查法

鼻咽部内镜检查包括以下两种。①硬性内镜检查法:分为经鼻和经口两种,先用 1% 丁卡因口咽腔喷雾黏膜表面麻醉后,将内镜管经鼻或者经口放入鼻咽部,转动内镜以观察鼻咽部。②纤维内镜检查法:检查前清理鼻腔分泌物,用 1% 丁卡因口咽腔喷雾黏膜表面麻醉,患者取坐位或卧位,检查者左手持操纵杆,右手将镜体远端经前鼻孔送入鼻腔底部,到达鼻咽部,拨动操纵杆以便观察鼻咽的各壁,对可疑病变的部位钳取标本进行病理学检查。



图 1-10 鼻咽指诊图

五、多导睡眠描记术

多导睡眠描记术(Polysomnography, PSG)是在全夜睡眠中,连续并同步地记录和监测口鼻气流、血氧饱和度、心电图、胸腹呼吸运动、脑电图、眼动电图、颞下肌群肌电图、胫前肌肌电图、体位、鼾声、睡眠时间等 10 余项指标,根据监测的结果分析睡眠结构、脑电反应、肌电反应、呼吸功能和心血管功能等,为阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的诊断提供“金标准”。

根据多导睡眠描记术的结果,符合以下条件者可以诊断为阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征:①在 7h 睡眠中,呼吸暂停反复发作 30 次以上,每次 10s 以上,或呼吸暂停低通气指数(apnea-hypopnea index, AHI;指全夜睡眠期平均每小时呼吸暂停和低通气总次数) >5 ;②低通气是指呼吸气流减少 50% 以上的时间 $>10s$,并有动脉血氧饱和度下降 $\geq 4\%$ 。

六、咽部影像学检查

X线检查最常用的是鼻咽侧位片,主要用于腺样体肥大的检查,根据鼻咽顶后壁黏膜增厚的程度及气道的宽窄,判断有无腺样体的肥大。CT及MRI检查适合于鼻咽部的占位性病变,可提示病变范围及与周围结构的关系。

第四节 喉部检查法

喉部检查包括喉的外部检查、间接喉镜检查、直接喉镜检查、纤维喉镜及电子喉镜检查、显微喉镜检查、动态喉镜检查等及喉的影像学检查等多种检查方法。进行各项检查同样首先需采集病史,据病情采用不同的检查方法。

一、喉的外部检查法

包括视诊及触诊,观察局部皮肤有无损伤、瘀血、喉结的大小、位置是否居中等。外喉的触诊注意甲状软骨、环状软骨、舌骨、环甲膜等标志,有无皮下气肿、触痛、畸形,正常的喉软骨摩擦音等。考虑喉恶性肿瘤时,尚需注意颈部淋巴结的肿大情况。

二、间接喉镜检查法

间接喉镜检查法是喉部最常用和最简单的方法。检查体位:受检者端坐,上身稍前倾,头稍后仰,受检者张口伸舌,全身放松,检查者以消毒纱布包裹受检者舌前部,左手拇、中指挟持并向前牵拉舌体,右手持间接喉镜,镜面稍加热,在检查者手背试温后,将间接喉镜经左侧口角放入口咽部。检查顺序:镜面朝前下方,镜背将腭垂和软腭推向后上方,嘱患者发“衣”音,使会厌上举,依次检查舌面、舌根、会厌、会厌谷、侧室带和声带、梨状窝、环后区等部位,也可大致观察声门下区及上段的气管软骨环,注意这些部位的黏膜有无充血、水肿、增厚、溃疡、瘢痕、异物、新生物等。嘱受检者发“衣”音和吸气时,观察双声带内收和外展以及杓状软骨活动的情况。对咽反射敏感者,可使用1%丁卡因黏膜表面麻醉后再

进行检查(图 1-11)。

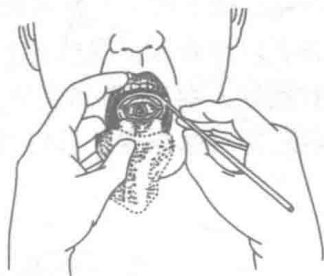


图 1-11 间接喉镜检查示意图

三、直接喉镜检查法

直接喉镜检查除了可进行喉腔和咽喉的直视检查外,还可施行手术或其他部治疗。采用支撑喉镜可以增加操作的稳定性和减轻检查者的体力,显微喉镜可以更为精确地观察和处理病变。

1.适应证 ①喉腔检查:因会厌短而后倾不能暴露喉腔、或不合作的小儿,无法用间接喉镜查清病变者;②喉腔手术:喉部活检、摘除息肉和小肿瘤、取出异物、切除瘢痕组织、扩张喉腔等;③导入支气管镜:做小儿支气管镜时,一般先用直接喉镜暴露声门后再插入支气管镜;④气管内插管:用于抢救喉阻塞患者和做麻醉插管;⑤做气管内吸引:用于清除呼吸道积液及给氧。

2.禁忌证 无绝对的禁忌证。如有严重的全身性疾病,可推迟手术;对必须做检查者,应与相关科室共同做好术前准备和术中、术后的抢救。对喉阻塞者,应做好气管切开术的准备。有严重颈椎病变者,不宜施行硬管直接喉镜检查。

3.检查前准备 应详细询问病史,做好口腔、牙齿、咽部、间接喉镜检查 and 全身检查。向受检者说明检查过程,以解除顾虑,取得配合。检查前 4~6h 禁饮食。备好适当大小的喉镜、喉钳、光源、吸引器、气管切开术设备,必要时备好支气管镜和气管钳。成人术前可根据需要使用巴比妥类镇静药和阿托品,但对小儿和有呼吸困难的患者则不宜使用。

4.麻醉 1%丁卡因黏膜表面麻醉。对颈部短粗、检查时间可能较长及不合作儿童,可使用全麻。