



临床应用医学

岳文江等◎主编

 吉林科学技术出版社

第1版 (1991)

第2版 (2004)

第3版 (2011)

第4版 (2018)

第5版 (2021)

临床应用医学

岳文江等◎主编

学用应用医学

临床应用医学

主编 岳文江

副主编 王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

编委 王树强、王树强、王树强

吉林科学技术出版社

长春市人民大街4645号

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

临床应用医学 / 岳文江, 姚冬杰, 任宪辉主编. --
长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 5
ISBN 978-7-5578-2545-4

I. ①临… II. ①岳… ②姚… ③任… III. ①临床医
学 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2017) 第120026号

临床应用医学

LINCHUANG YINGYONG YIXUE

主 编 岳文江等
出 版 人 李 梁
责任编辑 隋云平 端金香
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 540千字
印 张 28
印 数 1—1000册
版 次 2017年5月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-2545-4
定 价 98.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

《临床应用医学》编辑委员会

主 编 岳文江 姚冬杰 任宪辉

副主编 杨亚璋 苗春兴 王九妹

编 委 (按姓氏笔画排序)

于生龙 马丹薇 马德爽 王禹锬 王振东

王 莹 王程圆 乔 霜 史春静 李 龙

李雅楠 李艳艳 吕士红 刘婵娟 何 花

武晓萌 张 琦 陈 兵 周 雯 姜英梅

郭 玲 董文杰 陶英歌 薛久巍 魏 威

前 言

随着临床实践的不断发展，现代医学理论也需要不断跟进，便于更好地服务于一线教学和临床工作。本着服务、指导、总结、完善的原则，我们组织部分医护人员共同编写了这本《临床应用医学》，以备广大医护人员在工作中参考，也适用于教学一线的教师和学生。

《临床应用医学》在编写过程中更加注重知识的综合，更加注重当今医学前沿知识的利用。本书分为医疗、护理和药学等几个部分，每个方面又包含了各科室对常见病症的治疗和护理方面内容，皆是各位编者多年实践经验积累和总结的结果。同时，还认真吸纳了其他医学书籍中的观点和经验，作为本书的补充。

《临床应用医学》有明显的特点：医疗和护理并蓄，科室病症比较全面，术语表达准确，数据应用合理，不乏前沿观点和例证。具有很强的实用性和参考价值。

本书在编写过程中得到了有关领导和专家学者的大力支持和指导，在此表示衷心感谢。但是，由于时间和经验的限制，书中难免出现不足之处，敬请读者批评指正。

2017年1月

本书编辑委员会

诊疗部分

目 录

诊疗部分

耳鼻喉科

第一章 耳鼻喉科常见疾病治疗.....岳文江 (1)

第二章 耳鼻喉疾病的诊断与治疗.....王振东 (26)

皮肤科

第三章 常见皮肤病性病诊断与治疗.....王九妹 (36)

胸外科

第四章 胸外科疾病临床诊疗.....苗春兴 (51)

口腔科

第五章 口腔科综合治疗技术的应用.....王禹锟 (61)

第六章 牙的应用解剖和牙体硬组织病.....董文杰 (86)

内分泌科

第七章 内分泌系统疾病诊疗.....史春静 (110)

消化科

第八章 消化系统疾病治疗.....吕士红 (121)

眼科

第九章 常见眼科疾病治疗技术.....姜英梅 (132)

血液科

第十章 血液科疾病诊治.....薛久巍 (148)

麻醉科

第十一章 麻醉基础学概论.....张 琦 (159)

泌尿科

第十二章 常见泌尿外科手术及围手术期处理.....于生龙 (169)

第十三章 男性泌尿生殖系统和肾上腺疾病.....马德爽 (180)

第十四章 泌尿男性外科诊疗.....杨亚璋 (191)

肾内科

第十五章 肾脏系统疾病诊治.....何 花 (206)

病理科

第十六章 病理技术.....郭 玲 (216)

护理部分

内科	
第一章 内科疾病病人的护理	周 雯(231)
肾内科	
第二章 肾内科疾病治疗及病人护理	李雅楠(242)
体检科	
第三章 医院体检护理	王程圆(253)
儿科	
第四章 新生患儿的护理	乔 霜(264)
眼科	
第五章 眼科疾病及病人护理	李艳艳(275)
胸外科	
第六章 胸外疾病的护理技术	马丹薇(290)
临床内科	
第七章 临床内科病人的护理	王 莹(300)
胃肠科	
第八章 胃镜检查及相关疾病治疗的护理配合	陈 兵(311)
消化科	
第九章 消化内镜检查治疗及病人护理	陶英歌(322)

检验部分

第一章 临床检验技术应用	任宪辉(337)
第二章 临床检验医学应用	刘婵娟(363)

药理部分

第一章 临床西药及药理运用	姚冬杰(377)
第二章 全身麻醉和循环系统疾病的合理用药	武晓萌(401)
第三章 抗菌抗病毒药物及临床疾病用药	李 龙(411)
第四章 临床疾病及合理用药	魏 威(422)

第一章 耳鼻喉科常见疾病治疗

耳、鼻、咽喉作为人体的重要器官，具有听觉、平衡、嗅觉、发声、呼吸、吞咽等人体必需的生理功能。耳鼻咽喉与人体健康密不可分，还与人体的免疫防御系统密切相关。临床上，耳鼻喉科的常见疾病非常多，有

的也比较复杂。作为医生，不仅要做好前期诊断，更要注重治疗。在治疗方面，除了必要的药物治疗外，有的有必要进行手术治疗。跨学科联合还有比较高难的手术，这些手术对医生的技术要求非常高。

第一节 耳部常见疾病及治疗

一、耳部的应用解剖及生理

耳朵是人体的重要组成部分之一，在人体的社会活动中扮演着重要的角色，因此要注意保护耳朵，预防耳朵发生各种疾病。对于医生来说，更要掌握耳朵的基本生理和应用解剖，掌握耳朵自身的结构和变化，弄清耳朵发生各种疾病的原因，用现代的科技诊断和治疗手段解决各种疾病对耳朵的伤害。

(一) 耳部的应用解剖。从耳部的解剖来看，耳是位听器官，由外耳、中耳和内耳三部分组成。外耳和中耳：接收和传导声波；内耳：感受位置觉和听觉。外耳道的骨部、中耳、内耳和内耳道都位于颞骨内，下面作以简要分析。

1. 颞骨。颞骨左右成对，位于颅骨两侧的中下1/3部，构成颅骨底部和侧壁的一部分。它与四块颅骨相接：其上方与顶骨、前方与蝶骨及颧骨、后方与枕骨相接，参与组成颅中窝与颅后窝。颞骨为一复合骨块，由鼓部、乳突部、岩部和鳞部所组成，另有茎突附着于鼓部后下侧。(1) 鳞部。鳞部又称颞鳞，位于颞骨的前上部，形似鱼鳞，分内、外二面及三个缘。外面光滑略外凸，构成颞窝的一部分，有颞肌附着，并有纵行的颞中动脉沟。该沟下端之前下是颞突及其前、中、后根。颞突前根呈结节状，又称关节结节。关节结节后侧之椭圆形深窝，称为下颌窝，由颞骨鳞部和岩部构成。中根又称关节后突，介于下颌窝与外耳门之间。后根从颞突上缘经过外耳门上方向后移行于弓状线，称为颞线，颞肌下缘即止于此，有时呈嵴状，称乳突上嵴。颞线之下，骨性外耳道口后上方有一小棘状突起，名道上棘。鳞部内面稍凹，系大脑颞叶所在区，有脑压迹及脑膜中动脉沟。鳞部上缘锐薄，与顶骨下缘相接。前缘呈锯齿状，上薄下厚，与蝶骨大翼相接，形成蝶鳞缝。下缘内侧与岩骨前缘外侧部融合，形成岩鳞裂；下界与鼓部前上缘相连，形成鼓鳞裂。(2) 乳突部。乳突部位于鳞部的后下方，呈一锥状突起，故名乳突。其上方与鳞部以颞线为界，前下与鼓部融合形成鼓乳裂，内侧与岩部相连。可分为内、

外两面及上、后两缘。在乳突外侧面，道上棘后方，外耳道后壁向上延伸与颞线相交所成之三角形区域，称道上三角区；此处骨面含有许多为小血管穿通的小孔，故又名筛区，是乳突手术时指示鼓室位置的重要标志。乳突外侧面粗糙，其外下方有胸锁乳突肌、头夹肌和头最长肌附着；其近后缘处常有一贯穿骨内外的乳突孔，有乳突导血管通过此孔使颅外静脉与乙状窦沟通，枕动脉亦有小支经此孔供给硬脑膜。乳突尖内侧有一深沟，称乳突切迹或二腹肌沟，二腹肌后腹附着于此；沟的前端为茎乳孔。该切迹的内侧有一浅沟伴行，名枕动脉沟，有枕动脉经过。进行乳突部手术时，当乳突腔内气房全部去除后，在乳突腔的尖部可见一与二腹肌沟相对应的呈弧形隆起的骨嵴，称为二腹肌嵴。此嵴的前内端与面神经管垂直段相交。设想建立一个将此弧形骨嵴分为内外各半的矢状切面而向前延伸的平面，该平面与骨部外耳道后壁相交成一直线，此线即为面神经管垂直部的投影。牢记此点，有助于面神经的定位。手术时，磨去该交线以外的外耳道骨段较安全。乳突在新生儿并未发育，尔后才逐渐气化。婴儿期气化继续进行，岩尖部的气化可持续至成人的早期。待乳突发育完毕，即呈一短钝的、尖端向下的锥状突起。两岁以内的婴幼儿，乳突仅具雏形，其茎乳孔处无乳突作为屏障，故当两岁以内婴幼儿患化脓性中耳炎继发耳后骨膜下脓肿时，切勿贸然采用成人的耳后切口（即垂直向下切口）施行手术，而应将切口下段向后斜行，以免损伤面神经。乳突内侧面为颅后窝的前下方，有一弯曲的深沟，称乙状沟，乙状窦位于其中。乙状窦骨板的厚薄及其位置稍前或稍后，常因乳突气房发育的程度不同而各异。乳突气房发育良好者，乙状窦骨板较薄且位置偏后，其与外耳道后壁之间的距离较大；乳突气房发育较差者，则乙状窦骨板坚实，位置前移，其与外耳道后壁的距离较小，或甚为接近。后者在乳突手术时易损伤乙状窦而引起严重出血，妨碍手术进行；或可发生气栓，导致生命危险。在顶切迹与乳突尖之间可引一条假想直线，称“乙状窦颅外标线”，它标志着

乙状窦在颅内的走向。顶切迹和乳突尖又分别为乙状窦上膝和下膝的颅外标志。乙状窦的管径一般右侧大于左侧。乳突上缘与顶骨的乳突角相接,后缘与枕骨相连。正常乳突部的骨质中有许多含气小腔,称乳突气房,乳突按其气化程度,可分为四型:气化型、板障型和硬化型,以及上述任何两型或三型并存的混合型。位于上部的气房最大,称为鼓室,与鼓室相通,是乳突手术的重要标志。有时在浅、深气房之间存在一薄层骨板,乃鳞部在发育过程中过度向乳突方向伸展所致,称Korner隔。(3)鼓部。鼓部位于鳞部之下、岩部之外、乳突部之前,为一扁曲的“U”形骨板,它构成骨性外耳道的前壁、下壁和部分后壁。其前上方以鳞鼓裂和鳞部相接,后方以鼓乳裂和乳突部毗邻,内侧以岩鼓裂和岩部接连。鼓部的前下方形成下颌窝的后壁。鼓部在新生儿时仅为一个上部缺如的环形骨质,称鼓环。在成人,鼓部内端有一窄小沟槽,称鼓沟,鼓膜边缘的纤维软骨环嵌附于沟内。鼓部缺口居上,名鼓切迹,此处无鼓沟和纤维软骨环。(4)岩部。岩部形似一横卧的三棱锥体,故又名岩锥,位于颅底,嵌于枕骨和蝶骨之间,内藏听觉和平衡器官,有一底、一尖、三个面和三个缘。底向外,与鳞部和乳突部相融合;尖端粗糙、朝向内前而微向上,嵌于蝶骨大翼后缘和枕骨底部之间,构成破裂孔的后外界,颈动脉管内口开口于此。(5)茎突。茎突起于颞骨鼓部的下面,伸向前下方,呈细长形,长短不一,平均长约25mm;远端有茎突咽肌、茎突舌肌、茎突舌骨肌、茎突舌骨韧带和茎突下颌韧带附着。在茎突与乳突之间有茎乳孔,为面神经管的下口,面神经由此出颅骨。婴儿时期乳突尚未发育,茎乳孔的位置甚浅,此时施行乳突手术若作耳后切口者,不宜过于向下延伸,以免损伤面神经。

2. 外耳。外耳包括耳廓、外耳道和鼓膜三部分。耳廓由弹性软骨板及周围的皮肤构成;外耳道是一条弯曲的管道,从外耳道口开始,到鼓膜止。外耳道表面覆以很薄的皮肤。皮肤中有一种变异的汗腺,叫耵聍腺,与皮脂腺共同开口于毛囊。耵聍腺细胞的分泌物与脱落的上皮混合形成耵聍(耳屎);鼓膜位于外耳道底部,为一卵圆形半透明的薄膜,将外耳与中耳隔开。鼓膜外面覆以复层扁平上皮,与外耳道的表皮相延续,内面覆以单层扁平上皮,中间为结缔组织。

3. 中耳。中耳包括鼓室、鼓室、乳突和咽骨管。(1)鼓室。位于鼓膜和内耳之间,为一不规则的腔,分为六个壁,可与咽鼓管、乳突小房等处相通。鼓室内含有重要结构,包括听骨链、听韧带、听骨肌、以及血管和神经等。听骨链:由三块听小骨组成,从外到内依次为锤骨、砧骨和镫骨,它们互相关节连成一串,专门传导声音。镫骨形似马镫,它的底部叫镫骨底板,正好嵌在内耳的前庭窗内。声波经过外耳道,振动鼓膜,推动听骨链,最后通过镫骨底板,经前庭窗传到内耳。三个听骨中任

哪一个如果被炎症腐蚀破坏,都会造成声音传导中断,引起传导性耳聋。(2)鼓室(乳突室)。位于鼓室的后方,是鼓室和乳突小房之间的交通要道。(3)乳突(乳突小房)。为颞骨乳突内的许多含气小腔隙,大小不等,形态不一,但互相连通,少数人乳突气化不良(板障型乳突),甚至基本上没有气化(硬化型乳突)乳突小房腔内覆盖粘膜,且与乳突室和鼓室的粘膜相连续。故中耳炎症可经乳突室侵犯乳突小房而引起乳突炎。(4)咽鼓管。是鼓室与鼻咽腔间的连管道,长3.5~4.0cm。管壁分前2/3的软骨部和后1/3的骨部。管的两端膨大,中间窄小,叫咽鼓管峡。咽鼓管向后外方向开口于鼓室前壁处叫做咽鼓管鼓口,在鼻咽的开口是咽鼓管咽口。鼓口始终保持畅通无阻,而咽口像是一个单向阀门,平时它是关闭着的,只允许中耳内的液体或空气逸出,而不允许鼻咽的分泌物和细菌进入鼓室。只有当张嘴、唱歌、咀嚼、打呵欠,特别是做吞咽动作时,由于咽肌的收缩,咽鼓管咽口才会瞬间开放,这时外界空气即可进入鼓室,使鼓室内、外压力就达到平衡。咽鼓管闭塞将会影响中耳的正常功能咽部炎症可经此管蔓延至中耳。婴幼儿的咽鼓管接近水平位,且较成人短而宽。因此,婴幼儿的咽部感染易经此管侵入鼓室,引起中耳炎。

4. 内耳。内耳位于颞骨岩部中,形态不规则,构造极复杂,管道盘旋,形同迷宫,故称迷路。迷路由骨迷路和膜迷路构成。骨迷路系颞骨岩部内不规则的腔隙和道,膜迷路悬于骨迷路内。骨迷路和膜迷路之间的间隙内流动着外淋巴液。膜迷路是一个盲管系统,含有内淋巴液,它不和外界直接交通,也不与外淋巴液相通。外淋巴液通入脑的蛛网膜下腔,与脑脊液是相通。壶腹嵴、椭圆囊斑和球囊斑都是位觉斑。球囊和椭圆囊存在于前庭内,在球囊的前内侧壁和椭圆囊内侧壁,各有一圆斑状粘膜增厚区,分别称为球囊斑和椭圆囊斑,两个囊斑能感受直线变速运动以及头部静止时的位置。壶腹嵴:膜性半规管在壶腹的一部分粘膜增厚,突向腔内形成横行的嵴状隆起。功能:感受头部旋转变速运动。

(二) 生理

1. 听觉生理。声音通过空气传导和骨传导入内耳,以空气传导为主。

2. 平衡生理。人体维持平衡,依靠前庭系、视觉系、本体感觉三个系统的协调作用来维持身体平衡。其中,前庭系统最重要,前庭主要感知头位及其变化。(1)半规管。正负角加速度,维持动态平衡;(2)椭圆囊斑和球囊斑。直线加减速度,维持静态平衡;(3)前庭神经核。传导神经冲动,并与其它传导束密切联系。

二、鼓膜外伤

鼓膜外伤多因间接或直接的外力损伤所致。可分为器械伤、医源性损伤、戳伤或烧伤及气压伤(如掌击耳部、爆破、炮震、高台跳水等),还可由颞骨纵行骨折、

异物等引起。

(一) 临床表现。鼓膜破裂后,可突感耳痛、听力立即减退伴耳鸣,外耳道少量出血和耳内闷塞感。单纯的鼓膜破裂,听力损失较轻。爆震伤除引起鼓膜破裂外,还可由于镫骨强烈运动而致内耳受损,出现眩晕、恶心及混合性聋。

(二) 检查。鼓膜多呈不规则形或裂隙状穿孔,外耳道可有血迹或血痂,穿孔边缘可见少量血迹。若出血量多或有水样液流出,提示有颞骨骨折或颅底骨折所致脑脊液耳漏。耳聋属传导性或混合性。

(三) 治疗和预防

1. 治疗。清除外耳道内存留的异物、泥土、血凝块等,用酒精消毒外耳道急耳廓,外耳道口可用消毒棉球堵塞。避免感冒,切勿用力擤鼻涕,以防来自鼻咽的感染。禁用外耳道冲洗或滴药。穿孔愈合前,禁游泳或任何水液入耳。绝大多数的外伤性穿孔可于3~4周内自愈。较大而不能自愈的穿孔可行鼓膜修补术。

2. 预防。(1) 应用抗生素类药物。严防感染,禁用外耳道冲洗或滴药,外耳道口可用消毒棉球堵塞。避免感冒,切勿用力擤鼻涕,以防来自鼻咽的感染。穿孔愈合前,禁游泳或任何水液入耳。绝大多数的外伤性穿孔可于3~4周内自行愈合。较大而经久不愈的穿孔可行鼓膜修补术。(2) 及时进行检查。鼓膜破裂后,可突感耳痛、听力减退、耳鸣,少量出血和耳内闷塞感。爆震伤除引起鼓膜破裂外,还可由于镫骨强烈运动而致内耳受损,出现眩晕、恶心或混合性聋。检查时,可见鼓膜多呈裂隙状穿孔,穿孔边缘有少量血迹,外耳道有时可见血迹或血痂。若有水样液流出,示有颅底骨折所致脑脊液耳漏。

(3) 加强卫生宣教。禁用火柴杆、发卡等锐器挖耳。取外耳道异物或取耵聍时要细心、适度,避免伤及鼓膜。遇及爆破情况(如炸山、打炮、放鞭炮等),可用棉花或手指塞耳,如戴防护耳塞效果更佳。

三、耳廓化脓性软骨膜炎

耳廓化脓性软骨膜炎是耳廓损伤后在软骨和软骨膜间有脓液形成,可引起较严重的疼痛,并导致软骨坏死及耳廓畸形。应及早诊治。

(一) 病因与发病机制。一般认为,造成耳廓化脓性软骨膜炎的原因有以下几个方面:先天性因素,包括家族性多毛症、过早发育症、男性两性畸形和原发性多毛症四种,原发性多毛症是由于毛囊对内源性雄激素过敏或外周二氢睾酮增加引起的;大脑与下丘脑病变,如脑炎、多发性硬化症和颅骨内板增生引起的多毛症;垂体性多毛症,如肢端肥大症、糖尿病、嗜碱细胞瘤(继发性皮质醇增多症)都可能引起多毛症;青年型甲状腺功能减退引起的多毛症;肾上腺性腺征候群和皮质醇增多症引起的多毛症;绝经期或有多囊卵巢或有卵泡膜增生症和患卵巢肿瘤等妇女也会得多毛症;妇女因为用了外源

性药物(如雄激素、苯妥因纳、合成孕激素、可的松)、妊娠、有精神性厌食、精神紧张或受到局部刺激等引起的多毛症。在诸多原因中,以肾上腺瘤、卵巢肿瘤、多囊卵巢、卵泡膜增生症以及原发性多毛症最为多见。

(二) 临床表现。先有耳廓肿痛感,继而红肿热痛加重,范围增大,疼痛。检查时,可见耳廓红肿、明显触痛,脓肿形成后有波动感,有的破溃出脓。炎症期后,软骨坏死,耳廓失去支架,挛缩形成菜花状畸形。

(三) 疾病治疗

1. 局部及全身使用抗生素。首选庆大霉素或多粘菌素。尚未形成脓肿时,应用大量对致病菌感染的抗生素,以控制感染。用4%~5%醋酸铝液或优苏溶液(漂白粉硼酸溶液)湿敷,可促进局部炎症消退。

2. 早期局部热敷。包括超短波透热、氦氖激光或紫外线照射,也可用4%醋酸铝湿敷或涂布10%鱼肝脂软膏。

3. 切开引流。脓肿形成后,应早期切开引流,彻底刮除坏死软骨及肉芽。用庆大霉素或多粘菌素B冲洗脓腔,置硅胶管,术后每天冲洗至无脓时除管。如果形成脓肿,宜在全身麻醉下,沿耳轮内侧的舟状窝作半圆形切开,充分暴露脓腔,清除脓液,刮除肉芽组织,切除坏死软骨。如能保存耳廓部位的软骨,可避免后耳廓畸形,术中用敏感的抗生素溶液彻底冲洗术腔,术毕创面撒布多粘菌素B等粉剂,将皮肤粘回创面,对好切口,不予缝合,以防术后出血形成血肿或日后机化收缩。然后,置放多层纱布及适当加压包扎,若坏死软骨已剔净,术后换药即无脓液流出,逐渐愈合;若仍继续红肿,多需再次手术。

4. 整形手术。遗留畸形者可实施整形。如果是浆液性软骨膜炎,在无菌操作下穿刺抽液,抽液后注入硬化剂等。为防积液复发,局部应加压包扎;亦可在抽液后用液氮作冷冻治疗,大多冷冻1~2次即可痊愈,也可配合磁疗、超短波透热理疗。对于化脓性软骨膜炎,全身应用足量有效抗生素,以控制感染。早期可理疗,脓肿形成后应切开引流,彻底清除脓液、肉芽组织和坏死软骨。如果遗留严重畸形并有碍外貌时,可作整形修复术。

四、急性中耳炎

(一) 分泌性中耳炎。分泌性中耳炎是以中耳积液及听力下降为主要特征的中耳非化脓性疾病。小儿发病率较成人高,是引起小儿听力下降的重要原因之一。本病可分为急性和慢性两种。

1. 病因。病因尚未完全明确。目前认为,该病主要与咽鼓管功能障碍、感染和免疫反应等有关。在正常情况下,咽鼓管作为连接鼓室和咽部的唯一通道,它的主要功能有四个方面:一是保持中耳内外压力平衡的作用:调节鼓膜两侧气压平衡的功能由咽鼓管完成;二是引流中耳分泌物的作用:鼓室粘膜及咽鼓管粘膜之杯状细胞与粘液腺;三是防止逆行性感染的作用:软骨部粘膜表面皱襞,具有活瓣作用;四是阻声和消声作用:咽鼓管

的闭合状态阻隔说话、呼吸、心搏等自体声响的声波。(1)咽鼓管功能障碍。一般认为,这是本病的基本病因。一是机械性阻塞:如小儿腺样体肥大、肥厚性鼻炎、鼻咽部肿瘤或淋巴组织增生、长期的鼻咽部堵塞等。二是功能障碍:司咽鼓管开闭的肌肉收缩无力;咽鼓管软骨弹性较差。(2)感染。主要致病菌为流感嗜血杆菌和肺炎链球菌。分泌性中耳炎可能是中耳的一种轻型的或低毒性的细菌感染。特别是迁延为慢性的过程中可能起一定的作用。(3)免疫反应。小儿免疫系统尚未完全发育成熟,这可能也是小儿分泌性中耳发病率较高的原因之一。可溶性免疫复合物对中耳粘膜的损害(III 变态反应)可能是慢性分泌性中耳炎的致病原因之一。

2. 病理。咽鼓管功能不良时,外界空气不能进入中耳,中耳内原有的气体逐渐被粘膜吸收,腔内形成负压,引起中耳粘膜静脉扩张、淤血、血管通透性增强,鼓室内出现渗出液。如负压不能得到解除,中耳粘膜可发生一系列病理变化,表现为上皮增厚,细胞化生,杯状细胞增多,分泌增加,上皮病理腺体组织形成,分泌物早期为浆液性,后期为粘液性。

3. 临床表现。主要为听力下降,可随体位变化而变化,轻微的耳痛、耳鸣、耳闭塞感,摇头可听见水声。鼓膜标志不清,呈琥珀色或色泽发暗,可见气液平或气泡,鼓膜活动度降低,严重者可见鼓膜极度内陷。除周边部分外,鼓膜与鼓岬相连。婴幼儿则表现为对周围声音反应差、抓耳、睡眠易醒、易激惹。

4. 检查。(1)鼓膜检查。松弛部或全鼓膜内陷,表现光锥缩短、变形或消失,锤骨柄向后、向上移位,锤骨短突明显外突。鼓室积液是鼓膜失去正常光泽,呈淡黄、橙红色或琥珀色。慢性者可呈灰蓝或乳白色,紧张部有扩张的微血管。若液体为浆液性且未充满鼓室时,可透过鼓膜见到液平面。(2)听力检查。音叉试验及纯音听阈测试结果为传导性聋。听力损失程度不一。一般以低频为主,积液排出后听力即改善。声导抗图对诊断有重要价值,平坦型(B型)为分泌性中耳炎的典型曲线;高负压型(C型)示咽鼓管功能不良,部分有鼓室积液。

5. 诊断。根据病史及临床表现,结合听力检查结果,即可作出诊断。必要时,可于无菌操作下行诊断性鼓膜穿刺术。

6. 鉴别诊断。(1)鼻咽肿瘤。对于一侧分泌性中耳炎成年病人,应常规行鼻咽部检查。(2)脑脊液耳漏。根据外伤史、鼓室液体检查及颞骨CT相鉴别。

7. 治疗。(1)药物的治疗。一是抗生素与抗病毒治疗:由于SOM患者中耳渗出液中存在致病细菌、病毒和沙眼衣原体,抗生素治疗对中耳积液消退有积极意义,减轻鼻腔、鼻咽部炎症有利于咽鼓管功能的改善。疾病早期,鼻内局部应用和口服抗病毒药物,可减轻病毒感染所导致咽鼓管功能不良,从而减轻或阻断中耳炎的发生。

SOM反复发作或迁延不愈多与衣原体感染有关,对四环素类、大环内脂类较敏感。阿奇霉素和多西环素被推荐作为治疗沙眼衣原体一线用药,红霉素、氧氟沙星和左氧氟沙星推荐选用于中耳炎、鼻炎。二是变态反应治疗:变态反应是SOM致病因素之一。咽鼓管与呼吸道上皮相连,吸入变应原后,可能引起变态反应,变应性鼻炎黏膜肿胀使咽鼓管功能受损。变态反应的治疗包括抗组胺药物、糖皮质激素和免疫治疗等。(3)中西医结合治疗。一是中药基本方剂:黄芪15g、党参15g、葛根15g、升麻10g、黄柏15g、白芍药15g、蔓荆子15g、甘草15g。1剂/d,水煎200ml,2次/d,口服100ml/次,7剂为1个疗程,共1~2个疗程,对恶寒、发热、鼻塞、流涕者加银花、连翘、薄荷、芦根,若分泌物黄色稠浊而量多者加黄芩、栀子,若伴头痛,蔓荆子加量。(2)西医治疗。鼻及鼻咽部有炎症者全身应用抗生素,口服激素强的松、黏促排剂吉诺通,同时鼻腔应用减充血药物(如达芬霖喷鼻或1%麻黄碱生理盐水滴鼻),药物治疗7~10d。鼓室有积液者行鼓膜穿刺术,抽净鼓室腔内液体并注入强的松龙,液体粘稠者注入 α -糜蛋白酶和地塞米松,1周后未愈者再次同样方法治疗。故该方在SOM的治疗中,特别是对无法行咽鼓管吹张,咽鼓管功能难以恢复者,辅以合适的西医治疗,可恢复咽鼓管通气,消除中耳负压,可提高治疗SOM的疗效。(2)手术治疗。一是鼻内镜腺样体切除术治疗:腺样体肥大一直被认为是引起SOM的重要原因,腺样体肥大引起儿童SOM的机制是:咽鼓管的机械性阻塞或功能障碍,增生肥大的腺样体压迫、阻塞咽鼓管咽口,导致咽鼓管和中耳腔引流障碍;增生肥大的慢性腺样体是局部长期存在的感染灶,可引起咽鼓管的逆行感染;鼻腔和鼻咽部的通气障碍致使咽鼓管逆流,破坏咽鼓管正常生理功能;腺样体可以释放炎性递质,如前列腺素、组胺等。它们能增加血管的通透性,引起咽鼓管和中耳黏膜水肿。采用鼻内镜,进行腺样体切除术。常规气管插管经静脉复合全身麻醉,鼻内镜下1%麻黄碱棉片(含1%地卡因)收缩双侧下鼻甲并骨折外移扩大手术进路,吸引器吸净鼻腔及中鼻道脓性分泌物,辨认腺样体、咽鼓管圆枕、咽隐窝、咽壁管咽口及咽鼓管腭、咽壁等解剖结构,直视下以电动负压切割器切除腺样体,以浸有上述药液的纱布条压迫止血。活动性出血点以电凝止血。鼻腔填塞膨胀海绵各1片,24h后取出。如患儿因下鼻甲后端肥大,行下鼻甲后端部分切除,鼻腔填塞止血,48h后抽出。并发双侧扁桃体肥大者,同期行双侧扁桃体切除术,所有患儿均未行鼓膜切开置管术。术后常规用生理盐水冲洗鼻腔3~4周,口服抗生素2周,鼻腔局部应用糖皮质激素4~6周。此法创伤小、恢复快、显效快,腺样体切除术后听力迅速改善,几乎所有的患儿在术后抽出膨胀海绵后听力就明显提高。二是鼓膜穿刺加超声雾化:治疗方法:常规消毒外耳道,用1%丁卡因

棉片贴敷鼓膜行表面麻醉, 10min 后取出棉片, 用 1ml 空针连接 5 号长细针于鼓膜前下方或后下方刺入中耳腔, 将中耳腔液体抽出后, 外耳道用消毒棉球填塞, 嘱患者 1 周内外耳道不能进水及药物。术后立即行超声雾化治疗 (用庆大霉素 8 万 U, 地塞米松 5mg 加生理盐水 50ml 配制的混合液), 1 次 / 日, 30min / 次, 7d 为 1 疗程。同时口服抗生素 7d, 给予 1% 盐酸麻黄碱滴鼻。如 1 个疗程没有痊愈, 再行 1 个疗程。三是耳内镜下中耳置管: 患者取平卧侧头位, 用鼓膜麻醉剂行外耳道及鼓膜麻醉。根据患者外耳道直径的大小不同, 选择不同型号的耳内镜, 在内耳镜下, 于鼓膜前下或后下象限行鼓膜穿刺。其中, 稀薄液直接抽出, 粘稠液、胶冻样物则先行地塞米松 5mg 加 α -糜蛋白酶 5mg 混合液冲洗鼓室, 然后行鼓膜切开, 切口长 3mm, 置入哑铃状硅胶通气管。鼓室置管一般保留 3 ~ 15 个月, 患者术后均诉耳阻塞感、耳聋、耳鸣症状缓解。四是鼻内镜下鼓膜切开: 外耳道常规消毒, 1% 丁卡因鼓膜表面麻醉 5min, 导入鼻内镜后, 用鼓膜切开刀, 弧形切开鼓膜紧张部前下象限, 切口长约 2.5 ~ 3mm, 用吸引器吸净鼓室内分泌物, 然后用注射器抽取 5mg 地塞米松, 4000U 糜蛋白酶, 0.6g 洁霉素混合液约 2ml, 由切口注入鼓室, 经外耳道气囊加压, 待口内有药液溢出为止。隔日 1 次, 从原切口注药加压, 1 周为 1 疗程, 同时积极治疗原发病, 直至痊愈。一般 1 ~ 2 周痊愈。五是激光造孔治疗: 治疗方法, 常规消毒外耳道, 监视器下激光扫描仪于鼓膜紧张部前下或后下定位。设定造孔直径 2 ~ 3mm, 启动激光治疗仪在扫描仪引导下造孔, 造孔后如发现中耳分泌物较多则用吸引器吸引。造孔后常规全身应用抗生素、激素及改善咽鼓管功能的药物如沐舒坦等, 对于比较顽固经多次穿刺治疗未愈的患者, 可经造孔处滴入抗生素及激素以利治疗。六是鼓室和乳突探查手术: SOM 长期反复不愈, 可行鼓室和乳突探查术, 去除妨碍中耳通气及引流的粘连带和积液中的囊性纤维组织, 插入硅胶小管自外耳道引出, 用以替代失去功能的咽鼓管。此法操作复杂, 且硅胶管易于阻塞。(3) 波照射治疗。多功能微波治疗仪, 输出功率为 10 ~ 15W, 将耳辐射器置入患耳外耳道内 (注意勿损伤鼓膜), 以患耳温热感为宜, 辐射每次持续 10min, 2 次 / d, 同时行鼓膜按摩并耳咽管吹张治疗及口服抗生素、糖皮质激素治疗并 1% 氯麻滴鼻液治疗, 3 次为一疗程。

(4) 鼻内窥镜下咽鼓管吹张术治疗。方法如下: 电视监视鼻内镜下, 常规行 2% 麻黄素加 1% 丁卡因棉片鼻腔黏膜表面麻醉 2 ~ 3 次, 所有患者咽鼓管吹张术前, 均行鼻内镜检查, 排除鼻息肉、慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲、下鼻甲后端肥大及其他良恶性肿瘤。儿童应排除腺样体肥大、慢性扁桃体炎等。根据患者年龄及咽鼓管咽口大小不同, 选择不同型号的导管治疗。在充分麻醉及鼻腔黏膜收缩完好的情况下, 在电视监视鼻内镜引导下,

将欧氏管沿下鼻道插到鼻咽部, 放置于咽鼓管咽口处, 用接有吸引器的欧氏管将咽鼓管周围的分泌物吸净, 再导入咽鼓管内将中耳内积液吸出, 更换干净的欧氏管后再导入咽鼓管, 欧氏管一端接小橡皮球, 按压小橡皮球吹张, 取腰麻用细塑料管沿欧氏管腔导入咽鼓管, 外接注射器注入 α -糜蛋白酶 500U 与地塞米松 5mg 混合液 1ml。3d 后复查, 必要时再行吹张, 同时给予呋喃西林麻黄素滴鼻液点鼻, 全身应用抗生素和激素。

(二) 急性化脓性中耳炎。急性化脓性中耳炎是由细菌感染引起的中耳黏膜的化脓性炎症, 病变主要位于鼓室, 好发于儿童, 冬春季多见。临床上, 以耳痛、鼓膜充血、穿孔、耳道流脓为主要特点。

1. 病因。主要致病菌为肺炎球菌、流感嗜血杆菌、溶血性链球菌、葡萄球菌等, 常见致病途径有 3 种。(1) 咽鼓管途径。一是急性上呼吸道感染: 细菌 $\rightarrow$ 咽鼓管 $\rightarrow$ 中耳感染。二是急性传染病: 如猩红热、麻疹、百日咳等, 致机体抵抗力下降, 细菌经咽鼓管到达中耳, 急性化脓性中耳炎也可在上述传染病的局部表现。此型病变常深达中耳骨质, 造成严重的坏死性病变。三是跳水、游泳、咽鼓管吹张、擤鼻、鼻腔治疗 $\rightarrow$ 细菌 $\rightarrow$ 咽鼓管 $\rightarrow$ 中耳感染。四是解剖因素: 婴幼儿时, 咽鼓管呈水平短、内径宽, 咽部感染更易经此途径引起中耳感染。(2) 外耳道鼓膜途径。一是鼓膜外伤性穿孔, 不正规的鼓膜穿刺, 中耳感染, 鼓膜置管。(3) 血源性感染。临床极少见, 如败血症。

2. 症状。(1) 全身症状。如畏寒、发热、倦怠。儿童全身症状较重, 哭闹不安, 常伴呕吐、腹泻等消化道症状。一旦鼓膜穿孔, 鼓室脓液外溢, 压力下降后全身症状很快减轻。(2) 耳痛。耳深部跳痛或刺痛, 向患侧头部或牙放射, 鼓膜穿孔后耳痛顿减。(3) 听力减退及耳鸣。开始为耳内闷胀, 渐至听力下降, 可伴有耳鸣, 极少有眩晕。穿孔后, 听力反而有所恢复。(4) 耳漏。鼓膜穿孔后, 耳内有液体流出, 呈现血水样、粘液脓或脓性。

3. 检查方法。(1) 耳镜检查。鼓膜穿孔前鼓膜松弛部充血, 锤骨柄及紧张部周边可见放射状扩张的血管。继而鼓膜弥漫性充血、肿胀, 向外膨出, 正常标志难以辨识。穿孔一般较小, 鼓膜有搏动亮点, 或见脓液从该处涌出。(2) 乳突部检查。有轻微压痛, 鼓窦区较明显。(3) 听力检查。传导性聋。(4) 血象检查。白细胞总数增多, 多核白细胞增加。穿孔后, 血象渐趋正常。

4. 鉴别诊断。(1) 外耳道炎、疖肿。耳内疼痛, 压耳屏或牵拉耳廓疼痛, 外耳道或耳道内肿胀, 局限性红肿隆起。(2) 大疱性鼓膜炎。多发生于流感及耳带状疱疹, 耳痛剧烈, 无耳流脓, 听力一般不下降。耳镜检查, 可见鼓膜有局限性大疱形成。首要症状为外耳道剧痛, 伴有听力损失, 但发病初期多被疼痛遮盖。大疱破裂后, 有稀薄血性分泌物自外耳道内流出, 同时耳痛也减轻。

部分患者可有耳鸣或眩晕。

5. 治疗。治疗原则是：控制感染，通畅引流，去除病因。方法是：（1）全身治疗。抗感染，对症治疗。（2）局部治疗。一是，穿孔前用 1%FEC 滴鼻（保持咽鼓管引流和鼻腔通气通畅）。用 2% 石碳酸甘油滴耳。二是，穿孔后用 3% 双氧水清洗外耳道。用抗生素滴耳液滴耳。对于鼓膜红肿外凸不穿孔者，实施鼓膜切开排脓。（3）病因治疗。鼻及咽部急性感染灶。

（三）慢性化脓性中耳炎。慢性化脓性中耳炎是中耳粘膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症。病变不仅局限于鼓室，还常侵犯鼓窦、乳突和咽鼓管。临床上，以反复耳内流脓、鼓膜穿孔和听力下降为特点。可引起颅内、颅外并发症，严重者危及生命。

1. 病因。（1）常见致病菌为变形杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌等，其中革兰氏 G- 杆菌较多，可有两种以上细菌混和感染。（2）如果急性化脓性中耳炎未获恰当而彻底的治疗，病程迁延长达 8 周以上，即为慢性。（3）全身或局部抵抗力下降，如营养不良、全身慢性疾病等。婴幼儿免疫功能低下，患急性中耳炎时较易演变为慢性。（4）鼻、咽部存在慢性疾病，咽鼓管长期阻塞或功能不良。

2. 病理及临床表现。按病理及临床表现，分为三型，各型间一般无阶段性联系，骨疡型和胆脂瘤型可合并存在。（1）单纯型。临床最多见。病变主要局限于中耳鼓室粘膜，一般无肉芽或息肉形成。如果治疗及时、引流通畅，炎症可控制，乳突无明显病变。病理变化为：鼓室粘膜充血、增厚，杯状细胞分泌及腺体分泌活跃。临床特点：耳间歇性流脓，量多少不等。上呼吸道感染时，流脓发作或脓量增多；脓液呈粘液性或粘脓性，一般不臭，鼓膜穿孔位于紧张部，多呈中央性穿孔，大小不一。一般有轻度传导性聋。（2）骨疡型。病变超出粘膜组织，不仅可有听小骨坏死，并有鼓室之骨壁、鼓环或鼓窦骨质破坏，有称坏死型或肉芽型。粘膜组织广泛破坏，听骨、鼓环、鼓窦及乳突小房均发生出血、坏死。鼓膜穿孔处可见听骨坏死缺损，鼓室内有肉芽或息肉。外耳道或鼓室脓不多，常带臭味，重者影响听力，有时伴头痛和眩晕。临床特点：耳持续性流粘稠脓，常有臭味，如有肉芽或息肉出血，则脓内混有血丝或耳内出血。鼓膜紧张部大穿孔或边缘性穿孔，即穿孔的边缘有一部分已达鼓沟，该处无残余鼓膜。通过穿孔，可见鼓室内有肉芽或息肉；长蒂的息肉从穿孔脱出，可堵塞于外耳道内，妨碍引流。乳突 X 线片，有边缘模糊不清的透光区。颞骨 CT 扫描，可见上鼓室、鼓窦及乳突内有软组织阴影。此型中耳炎可发生各种并发症。（3）胆脂瘤型。胆脂瘤是由于鼓膜、外耳道的复层鳞状上皮在中耳腔生长堆积成团块，非真性肿瘤。其外层由纤维组织包围，内含脱落坏死上皮、角化物和胆固醇结晶，故称为胆脂瘤。胆脂瘤对周围骨

质的直接压迫，或由于其基质及基质之下的炎性肉芽组织产生的多种酶和前列腺素等物质的作用，致使周围骨质脱钙、骨壁破坏。炎症可由骨质破坏处向周围扩散，导致颅内、外并发症。临床特点：耳内长期流脓，脓量多少不等，有特殊恶臭。如果是后天性原发性胆脂瘤，早期无耳流脓史，一般有较严重的传导性聋。但是，由于中耳胆脂瘤可在中断的小听骨间形成假性连接，听力损失反而不严重；晚期病变波及耳蜗，可引起混合性耳聋。鼓膜松弛部或紧张部后上方有边缘性穿孔，从穿孔处可见鼓室内有灰白色鳞屑状或豆渣样无定形物质，奇臭。乳突 X 线或颞骨 CT 扫描见上鼓室、鼓窦或乳突有骨质破坏区，边缘多浓密、整齐。

3. 治疗。治疗原则为：消除病因、控制感染、清除病灶、通畅引流、尽可能恢复听功能。单纯型以保守治疗为主，骨疡型和胆脂瘤型则以手术治疗为主。（1）保守治疗。一是病因治疗：积极治疗上呼吸道病灶性疾病，如慢性扁桃体炎、慢性化脓性鼻窦炎等。二是药物治疗：近年来，临床治疗注意了中耳脓液的细菌培养，发现主要致病菌为变形杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等，厌氧菌感染亦渐受重视。慢性化脓性中耳炎往往是需氧菌和厌氧菌的混合感染，治疗时应予以注意。局部用药有抗菌消炎剂（如 0.25%~0.5% 氯霉素溶液、10% 磺胺嘧啶溶液、5% 氯霉素甘油、1% 黄连素溶液、3% 洁霉素液、4% 硼酸酒精等）、抗生素与激素混合类（如复方氯霉素液、多粘菌素与氢化可的松混合剂等）、粉剂（如 1%~2% 碘硼酸粉合剂、1:4 的氯霉素硼酸合剂、三磺粉等）、干耳剂（如 4% 硼酸醇、1% 氯霉素硼酸甘油酯等）。局部用药时应注意以下几点：用氨基甙类抗生素滴耳剂可引起内耳中毒，应忌用；耳内脓液较多时，应先以 3% 双氧水清洁外耳道，无脓后再滴药；局部用药同样可产生耐药性，故必要时应更换；滴用水剂、酊剂和油剂，以置换法最好。滴药时，患耳朝上。滴入药液后，用手指按压耳屏数次，促使药液经鼓膜穿孔流入中耳。三是其他疗法。吸引法：用 16~18 号钝头弯针接吸引器，在直视下进行抽吸，如脓液较粘稠，可滴入耳内抗生素稀释液后再抽吸，直至耳内脓液彻底清除为止。高负压疗法：适应症以单纯型慢性化脓性中耳炎和上鼓室胆脂瘤为主。治疗中负压最高安全限度为 80.0kPa (600mmHg)。（2）局部治疗。一是单纯型：彻底清除中耳分泌物使引流通畅非常重要，临床上以局部用药为主。流脓停止、耳内完全干燥后穿孔可自愈，或者行手术。二是骨疡型：引流通畅者以局部用药为主，定期复查。中鼓室肉芽可用 10%~20% 硝酸银烧灼，或刮匙刮除，或用圈套器摘除。引流不通畅者或疑有并发症者须行乳突手术。三是胆脂瘤型：应及早施行乳突手术，清除病灶。

五、外耳湿疹

外耳湿疹是指发生在耳廓、外耳道及其周围皮肤的

多形性皮疹。多因受药物或其他过敏物质刺激所致，以小儿多见。近年来，由于生活节奏加快，生活规律缺乏，年轻人患该病的几率呈上升趋势。耳部湿疹多以急性湿疹为主。患者患病部位开始炎症反应不明显，主诉耳部极痒，反复搔抓或刺激继而湿疹形成，有黄水样分泌物；慢性湿疹除瘙痒外，外耳皮肤可增厚致外耳道狭窄、表皮脱屑、皲裂、结痂，鼓膜受累者可有轻度传导性耳聋及耳鸣，严重影响人们的正常生活。

(一) 病因。湿疹的病因和发病机制尚不清楚。多数人认为，该病与变态反应有关，还可能和精神因素、神经机能障碍、内分泌功能失调、代谢障碍、消化不良等因素有关。引起变态反应的因素可为食物（如牛奶、鱼虾、海鲜等）、吸入物（如花粉、动物的皮毛、油漆、化学气体等）、接触物（如漆树、药物、化妆品、织物、肥皂、化学物质等）及内在因素等。潮湿和高温常是诱因。

(二) 临床表现。不同的阶段湿疹表现不同。外耳道湿疹可以反复发作。按病程不同分为急性、亚急性和慢性三种。

1. 急性湿疹。其特点是：发病急，常呈对称分布，以头面、四肢和外阴部好发。在病程发展中，红斑、丘疹、水疱、脓疱、糜烂、结痂等各型皮疹可循序出现，但常有2~3种皮疹同时并存或在某一阶段以某型皮疹为主，常因剧烈瘙痒而经常搔抓，使病情加重。

2. 亚急性湿疹。急性湿疹炎症，症状减轻后，皮疹以丘疹、鳞屑、结痂为主，但搔抓后仍出现糜烂。

3. 慢性湿疹。多因急性、亚急性湿疹反复发作演变造成，亦可开始即呈现慢性炎症，患处皮肤浸润增厚，变成暗红色及色素沉着。持久不愈时，皮损纹变粗大，表现干燥而易发生皲裂，常见于小腿、手、足、肘窝、外阴、肛门等处。

(三) 治疗。目前，临床常用治疗方法有口服药物、局部外用药物、静脉用药、肌肉注射给药等。

1. 病因治疗。(1) 尽可能追寻病因，去除过敏原，避免再刺激，去除病灶。(2) 注意患处皮肤卫生，尽量保持耳道内干燥，不要抓挠外耳道，不要用水清洗；不使用刺激性止痒药物。(3) 禁食酒类、辛辣刺激性食物，避免鱼虾等易于致敏和不易消化的食物，注意观察饮食与发病的关系。(4) 劳逸结合，避免过度疲劳和精神过度紧张。

2. 外用药物。局部多外用糖皮质激素类皮质类固醇激素、组胺拮抗剂、钙剂、维生素等药物治疗。(1) 扶严宁乳膏。由硝酸益康唑和硝酸曲安奈德混合的复合物，其中，硝酸益康唑属咪唑类衍生物，具有广谱抗真菌作用，同时对革兰阳性菌有较好的抑菌作用，其效力与新霉素相同。曲安奈德是中强性的氟化糖皮质激素，具有抗炎、止痒、抗过敏作用。二者配合使用有很好的作用，还可应用与硝酸益康唑敏感的微生物继发性感染的皮肤病，

避免了单纯应用激素产生的副作用，短期效果理想。(2) 艾洛松乳膏。为合成糖皮质激素，具有抗炎、抗过敏等作用，每日使用一次，适用于对皮质类固醇治疗有效的皮肤病。治疗局部无色素沉着，副作用较少，治疗不易复发。

(3) 利福平软膏。是强效抗生素类，低浓度有广谱抗菌作用，也可与适量地塞米松一起使用，可增加血管张力，降低其通透性，有止痒脱敏、减少渗出等特点，对慢性中耳炎也有一定的治疗效果。(4) 醋酸氯霉素。医用冰乙酸加蒸馏水配成2%浓度，取6ml与1支氯霉素注射液(2ml注射液内含0.25g氯霉素)相混合、摇匀，配制成为乳白色乳剂。该乳剂为水泡油型乳剂，具有洗剂和软膏剂的特性，用于病损处清洁、消毒，有减少渗出的作用，对急性外耳湿疹，短期效果较好。(5) 冰硼散。由玄明粉、硼砂、朱砂粉、冰片组成，具有清热解毒、消肿止痛、祛腐生肌的作用，在治疗期间，有发现并发中耳炎的患者应同步治疗，须先彻底清除外耳道脓液方可使用。(6) 麦饭石粉。将麦饭石磨成细粉装入小纸袋，高压灭菌后备用。先将患耳用3%双氧水及生理盐水洗净痂皮及渗出物后，用适量的麦饭石粉加生理盐水调成糊状，涂抹患处。如耳廓部出现湿疹，可用干敷料包扎。使用方法：2~3d/次，5~7次为一疗程。麦饭石含有十几种以上的人体必须的矿物质和微量元素，能维持营养平衡，并可促进生长发育，清除人体内外生态环境污染而积蓄的有害物质，具有洗涤细胞的功效，能调节新陈代谢促进血液循环和内分泌活动，使受损细胞再生。患者使用时不适感较少。

(7) 黄连解毒汤。将黄连解毒汤膏涂布在特制的小纱条上，120℃灭菌30min即得黄连解毒汤油纱条。该法由黄连、黄柏、黄芩、栀子组成，具有清热解毒的作用。

3. 口服药。口服抗过敏药物，如扑尔敏、氯雷他定、西替利嗪等；维生素C及激素；如继发感染，应口服抗生素。用于减轻炎症反应及瘙痒症状，需要在医生的指导下使用。氯雷他定(开瑞坦)为新型三环类第三代抗组织胺药，为一种长效、高效的H受体拮抗剂，能够竞争性抑制组胺H1受体，还能有效的抑制肥大细胞脱颗粒和嗜酸性细胞的趋化性，降低P选择素的表达能力，防止白细胞介素的产生，减弱前列腺素和白三烯作用能力，调节细胞间黏附分子的表达，从而快速的改善临床上的各种症状，抗组织胺的作用强持续时间更久，可以快速改善病情，降低复发率，而且不通过血脑屏障，不会产生明显的中枢抑制作用。因此无嗜睡作用，不影响人的生活、学习和生存质量，可用于治疗1岁以上的儿童变应性疾病。结合外用盐酸洛美沙星乳膏涂抹，对杀灭浅表层皮肤真菌、细菌有着较好的临床效果。

4. 物理疗法。(1) 耳廓背部小静脉三棱针斜刺放血法。找准双侧耳廓背部小静脉，局部常规消毒，用小三棱针斜刺，血液流出，用干棉球擦拭，待血流停止后，再压迫1~2min即可。每隔三日放血一次，6次为一个

疗程。巩固疗效直至痊愈,若并发局部感染,可用抗生素治疗。(2)耳穴压豆法。取指甲大小的胶布数块,几粒小绿豆。用比火柴头稍大一些的探棒在耳部相关穴位探压,发现压痛点或者水肿压之不起处,即为治疗穴位。再将小绿豆贴在小胶布上,贴在穴位点。可让患者每天自己按压3~5遍,每遍以按压至耳朵发热为度。贴一次可以作用一周(一疗程)。(3)激光疗法。使用Cc-2d-30W激光治疗机,采用功率30W,波长10.6 μ m,照射光斑为4cm $\times$ 4cm。散焦照射湿疹部位,距离50~90cm,照射部位有温热感为度,每次12min,6次为一疗程。治疗期间,要停用一切药物。用CO激光低能量散焦照射,可使组织血管扩张,血液循环加快,新陈代谢增加,营养状况改善。需注意掌握好时间,距离避免发生灼伤。

(4)应预防外耳湿疹复发,生活上应尽量避免精神紧张、过度劳累,平时保持大便通畅、睡眠充足。应注意:尽可能查找病因,隔绝致敏原,避免再刺激;应在专科医生指导下应用皮质类固醇激素,治疗期间,以素食为主,忌食海产品和牛奶、鸡蛋等。建议以健脾除湿的药膳为主,避免食用一些刺激性食物(如葱、姜、蒜、浓茶、咖啡、酒类)。这些都有助于减少外耳湿疹的复发。

六、外耳道炎及疳

外耳道炎可分为两类,一类为局限性外耳道炎,有称外耳道疳;另一类为外耳道皮肤弥漫性炎症,又称弥漫性外耳道炎。

(一)病因和发病机制

1.外耳道疳。外耳道疳是外耳道皮肤毛囊或皮脂腺的局限性化脓性炎症。常见的致病菌为葡萄球菌。发病诱因有挖耳或外伤等所致的外耳道皮肤擦伤,中耳炎的脓液反复刺激,污水浸渍、糜烂继发感染特别是在有外耳道异物、耵聍栓塞时更易发生。糖尿病、恶病质及抵抗力低下易患疳肿,且易复发。

2.弥漫性外耳道炎。外耳道皮肤外伤或局部抵抗力降低时易发病,如挖耳、游泳进水、化脓性中耳炎长期脓液的刺激等。此外,有变应体质和糖尿病者,易反复发作。常见致病菌为金黄色葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌和变形杆菌等。

(二)临床表现

1.外耳道疳。出现外耳道疳时,耳痛剧烈,张口咀嚼时加重,并可放射至同侧头部。多感全身不适、体温或可微升。当肿胀严重堵塞外耳道时,可有耳鸣及吸力减退。检查时,有耳廓牵引痛及耳屏压痛,外耳道软骨部皮肤有局限性红肿。红肿成熟破溃后,外耳道内积脓流出耳外,此时耳痛减轻。外耳道后壁疳肿严重者可使耳后沟及乳突区红肿,应注意与急性乳突炎鉴别。急性乳突炎者多有急性或慢性化脓性中耳炎病史,发热较明显,无耳廓牵拉痛,而有乳突部压痛;有鼓膜穿孔或鼓膜明显充血,脓液较多;X线乳突摄片,提示乳突气房

混浊或有骨质破坏。

2.弥漫性外耳道炎。急性者表现为耳痛,可流出分泌物。检查时,有耳廓牵拉痛及耳屏压痛,外耳道皮肤弥漫性红肿,外耳道壁上可积聚分泌物,外耳道腔变窄,耳周淋巴结肿痛。慢性者耳发痒,少量渗出物。外耳道皮肤增厚、皲裂、脱屑,分泌物积存,甚至可造成外耳道狭窄。

3.坏死性外耳道炎(恶性外耳道炎)。呈现弥漫性,外耳道骨髓炎和进行性坏死、面神经麻痹,多见于老年人和糖尿病人。

(三)疾病治疗

1.全身治疗。应用抗生素或磺胺类药,以控制感染。耳痛时,可用镇痛剂。

2.局部治疗。(1)疳肿未成熟前,可局部热敷,红外线照射可促进炎症消退或疳肿成熟。耳道内可填10%鱼石脂油纱条或红霉素软膏,每日更换1次。(2)疳肿形成后,可切开排脓,切口方向应与外耳道纵轴平行,以防外耳道狭窄。排脓后,应经常清除脓液,并滴4%硼酸酒精,保持外耳道清洁,以防复发。

七、耳硬化症

耳硬化症是以内耳骨迷路包裹之密质骨出现灶性疏松,呈海绵状变性为特征的颞骨岩部病变。病变多发生在前庭窗区域,当病变缓慢侵及镫骨环韧带和镫骨足板时,镫骨的活动性受限,产生慢性进行性听力减退。

(一)病因。耳硬化症的病因还不十分清楚。有研究认为,造成该病的主要原因有代谢和免疫性病因、血管性疾病、感染或创伤因素以及颞骨的解剖和组织学异常等。

(二)临床症状

1.耳聋。为渐进性听力减退,多为双侧性,可先后发生,同时伴有耳鸣症状。绝大多数患者的听力下降始于10~30岁之间,最常见于20岁之后。45岁之后发病者罕见。由于患者症状常呈隐匿性,因此多数患者难以准确描述耳聋开始的时间。部分患者耳聋程度在特定状态下(如妊娠、分娩等诱因)症状加重。多数情况下,耳聋达到一定程度后症状不再加重,但少数情况下可发展至全聋。

2.耳鸣。通常与耳聋同时存在,其性质可为持续性或间歇性。呈波动性“轰轰声”者多为病灶新生骨内血管增生所致。通常情况下,部分病例手术后耳鸣症状减轻或消失。但多数情况下,期望通过手术解除耳鸣的想法是危险的。

3.韦氏误听。“韦氏误听”产生的原因在于:再嘈杂环境中正常人讲话声音提高,而患者则较少受到嘈杂环境的影响,因此,出现在一般环境中听觉困难,而在嘈杂的环境中听力反而提高的现象。实践中证明,韦氏误听的比例在耳硬化症病人中相当常见,多数病人会表

现出具有特征性的轻声细语态。其原因在于患者为传导性聋，骨导增强导致患者讲话的声音更易于传导入自己的内耳，从而引起自听过响。

(三) 病史和体检。在大多数情况下，局部检查并无特殊发现。鼓膜完整标志清晰活动度良好，咽鼓管畅通。部分患者外耳道皮肤菲薄盯聆甚少。在极少数病例，鼓膜后下区可见 Schwartze 征。

1. 音叉试验。临床上，音叉试验对判断耳聋的性质具有重要的意义和价值，可以在门诊迅速的测知耳聋的性质和大致的程度，结合病史迅速作出初步的临床诊断。通常使用的音叉测试方法包括林纳、韦伯和盖来试验三项检查。尤其是林纳试验的价值和意义最为重要，通常林纳试验阳性是手术的重要指征之一。

2. 纯音测听。是诊断耳硬化症必不可少的检查方法，不但可以确定耳聋的性质，还可以精确的判断耳硬化症的病变程度，卡哈切迹的出现对诊断具有重要意义，即 500Hz、1000Hz、2000Hz 和 4000Hz 的骨导听阈分别提高 5dB、10dB、15dB 和 5dB，此切迹在手术后消失。通常情况下，典型的临床耳硬化症患者的听力多为传导性听力损失，亦有部分伴有不同程度的耳蜗功能损害，从而表现为混合型听力损失。

3. 声导抗测试。在声导抗测试中，镫骨性耳硬化症多表现为 A 型鼓室声导抗图，中耳阻抗值高，镫骨肌声反射阴性。

4. 影像学检查。可以作为耳硬化症诊断的方法之一，但由于其缺乏特异性以及诊断的不确定性，即使在现今最先进的螺旋 CT 技术的出现，也未将其罗列为必须的检

查手段之一。在有条件的医院，可以进行术前的耳蜗影像学检查，以帮助耳硬化症的诊断，同时更重要的是了解中耳的发育情况和面神经的位置，为手术提供参考。

(四) 治疗方法

1. 手术治疗。耳硬化症目前以手术治疗为主，但并非所有的耳硬化症患者都能通过手术提高听力。(1) 人工镫骨手术中应用激光技术，可行镫骨底板开窗术、处理镫骨肌腱与镫骨上结构。随着激光技术在人工镫骨手术中的应用，镫骨手术术后的效果明显提高。目前 CO₂ 激光辅助人工镫骨技术已经成为欧美国家镫骨手术的主流。各种手术术式在治疗耳硬化症方面均有较好的疗效，可明显改善术后听力，其中足板小孔开窗术在改善听力及减少术后高频听力损失和眩晕方面具有明显优势，是治疗耳硬化症较理想的术式。(2) 当患者耳蜗功能尚可时，应首选镫骨手术，当镫骨手术无效时，则考虑人工耳蜗植入。

2. 非手术治疗。(1) 氟化钠。耳硬化症的发生与地区饮用水中的含氟量相关，故氟化钠可以用于该病的治疗。耳硬化症是一种局部骨组织代谢异常的疾病，有作者在研究后认为，氟化钠可以有效地抑制其代谢过程中相关的酶类，从而达到治疗的效果。此外，二磷酸盐类药物也能用于该病的治疗，它能作用于破骨细胞从而降低破骨细胞的活性，达到治疗目的。(2) 助听器。对于不适合进行镫骨手术治疗的患者均可尝试佩戴助听器，除了传统助听器以外，植入式助听器(如骨锚式助听器、振动声桥)也可以帮助耳硬化症患者达到一定的实用听力，便于进行日常交流。

第二节 鼻部常见疾病

一、鼻的应用解剖及生理

(一) 鼻的解剖。鼻腔左右各一，其冠状切面呈三角形，矢状切面上内侧壁及外侧壁均呈四边形。一般所指鼻腔系指固有鼻腔，后者经鼻阈(鼻翼内侧弧形的隆起，limen nasi)与鼻前庭(nasal vestibule)交通。鼻前庭前界为前鼻孔，后界为鼻内孔。该处有皮肤覆盖，其特征是皮肤长有鼻毛，并富含皮脂腺和汗腺，故易发生疖肿，而且由于皮肤与软骨紧密连接，一旦发生疖肿，疼痛剧烈。固有鼻腔前界为鼻内孔，后界为后鼻孔，有内、外、顶、底四壁。

1. 顶壁。呈穹隆状。前段倾斜上升，为鼻骨和额骨鼻突构成；后段倾斜向下，即蝶窦前壁；中段水平，即为分隔颅前窝的筛骨水平板，属颅前窝底的一部分，板上多孔(筛孔)，故又名筛板，容嗅区粘膜的嗅丝通过抵达颅内。筛板菲薄而脆，前颅底骨折等外伤或在该部位施行鼻腔手术(如中鼻甲切除及鼻内镜手术)时较易

损伤，严重时可导致脑脊液鼻漏。

2. 底壁。即硬腭的鼻腔面，与口腔相隔。前 3/4 由上颌骨腭突、后 1/4 由腭骨水平部构成。

3. 内侧壁。即鼻中隔，由鼻中隔软骨、筛骨垂直板和犁骨组成。软骨膜和骨膜外覆有粘膜。组成鼻中隔的骨和软骨发育不均衡，可引起鼻中隔偏曲，是临床常见的疾病。鼻中隔最前下部的粘膜下血管密集，分别由颈内动脉系统和颈外动脉系统的分支汇聚成血管丛。该区即利特尔区，是鼻出血的好发部位。

4. 后鼻孔。主要由蝶骨体(上)、蝶骨翼突内侧板(外)、腭骨水平部后缘(底)、犁骨后缘(内，即左右后鼻孔分界)围绕而成。双侧后鼻孔经鼻咽部交通。

(二) 鼻的生理学。鼻腔、鼻窦及其被覆上皮的结构赋予鼻腔特殊功能，如通气、过滤、清洁、加温、加湿、共鸣、反射、嗅觉。鼻窦也具有鼻腔的某些生理功能，如细胞分泌、共鸣作用等。此外，鼻窦的存在有助于减