

R76

HJC

0-7

014857

94500

耳鼻咽喉科病案100例

黄嘉裳 主编

萧轶之 何永照 审 阅
钱士良 李继孝



011857 /R76HJC

2-2/100

人民卫生出版社

耳鼻咽喉科病案100例

黄嘉棠 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

四川新华印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 32开本 10印张 5插页 218千字
1983年10月第1版 1983年10月第1版第1次印刷
印数：00,001—90,106

统一书号：14048·4407 定价：1.15元

〔科技新书目51—74〕

编写组成员名单：

(以姓氏笔划为序)

刘运章	上海第二医学院附属新华医院
孙经林	上海市红光医院
吴保同	上海市闸北区中心医院
何宗德	上海中医学院附属曙光医院
汪馥堂	上海市北站医院
萧世义	上海铁路中心医院
张钟祥	上海市江湾医院
张振舜	黑龙江双鸭山矿务局职工医院
邹宜昌	第二军医大学
周君琪	上海市虹口区中心医院
胡雨田	第二军医大学第二附属医院
黄嘉裳	上海市静安区中心医院

序 言

我们医务工作者，通过前人经过实践而写出的书本，学到了理论知识，还必须亲自参加临床实践，接触大量的病人，才能逐步认识疾病发生和发展的规律，从而对疾病作出正确的诊断，进行适当、有效的治疗。我国有句俗话：“熟读王叔和，不如临症多”。这话阐明了实践对认识事物的重要性。当然，任何人不可能事事都经过亲自实践，取得直接经验。临床工作服务的对象是人，不容许为自己取得经验而在病人身上反复实践。因此，借鉴他人的直接经验以提高自己的认识，仍是提高医疗技术水平的重要途径之一。

医务工作者采用书刊、集会等形式，进行“横向联系”，相互交流、学习，目前已受到普遍重视。黄嘉裳医师主编的这本病案集，以“记实”的体裁，报道了工作中的成功经验和失败教训，对任何程度的读者都富有教益。

我们看到过许多书刊论著，多是作者介绍自己的成功经验。诚然，这种文章不无教育意义。但失败和错误的教训，往往给人以更深刻的教育。这本病案集收集了许多误诊、漏诊和意外病例，可给读者以前车之鉴，免于重犯同样错误，减少病人的痛苦。其意义不仅是“医书”交流，也是“医德”教育。

黄嘉裳医师等作者，嘱我在卷首题词，读本书后有感，草草应付，如有不当，望乞指正。

李 宝 实

1981年冬于上海

前 言

本书蒐集了上海、南京、合肥和长沙等地近30所医院耳鼻咽喉科提供的有参考价值的病例百余例，经加工、分析、整理，定名为《耳鼻咽喉科病案100例》，以供耳鼻咽喉科临床医师和教学人员参考。

书中叙述的既有一般常见病，也有罕见的和病情复杂的疾病；有成功的经验，也有失败的教训。目的是使读者吸取这些经验教训，在工作中防患于未然，从而提高临床诊疗质量。

本书按疾病的性质分为畸形、外伤、出血、异物、炎症、肿瘤、并发症与意外、其他等八类。根据理论与实践相结合，普及与提高相结合，基础与临床相结合的原则，针对每个病例存在的主要问题，作了扼要的讨论分析。

在编写过程中，蒙李宝实教授为本书赐序，萧弑之、何永照、钱士良、李继孝等教授、主任审阅指正，许多同志协助绘图和抄写等工作，在此谨致谢意。

本书供稿人较多，各作者写作习惯、风格均不尽相同，编者虽几番整理，仍难统一，尤其限于编者水平，书中必然存在缺点和错误，敬希读者批评指正。

编 者

1981年12月

目 录

一、畸形

第一鳃器畸形伴不全面瘫	1
先天性耳前瘻管并发乳突部脓肿	3
先天性听骨链畸形误诊为耳硬化症	5
先天性耳畸形.....	7
内耳不育症.....	10
先天性双侧后鼻孔闭锁	14
茎突综合征的误诊	18
先天性单侧肺不育	19

二、外伤

耳郭软骨骨化	23
复发性脑脊液耳漏	24
外伤性额窦炎并发额窦瘻管.....	25
筷子插入鼻腔引起颅脑伤.....	27
鼻及面颌部外伤并发大脑中动脉栓塞	30
冷冻后会厌软骨缺损	32
颈部闭合性外伤引起气管断裂.....	33

三、出血

顽固性鼻出血	36
颈外动脉结扎术治疗鼻出血.....	45
上颌窦血管瘤引起反复鼻出血.....	51
扁桃体手术后出血	57
会厌囊肿切除并发大出血	61

颈深部感染并发颈内动脉假性动脉瘤破裂死亡	62
蛛网膜下腔出血误诊为胆脂瘤型中耳炎伴	
颅内并发症	65
四、异物（附结石）	
医源性异物	67
鼻腔罕见异物	69
眼部炸伤，异物进入鼻腔	69
上颌窦、鼻腔空心结石	71
筛窦异物	73
咽喉、气管罕见异物	75
咽、食管巨形异物	79
呼吸道异物的误诊	80
呼吸道异物误诊为其他疾病	80
其他疾病误诊为呼吸道异物	88
食管异物的误诊	96
食管异物误诊为颈椎半脱位	96
幼儿食管异物误诊为喉炎与缺钙性喉软骨病	97
食管特殊异物的处理	98
婴儿食管异物	98
食管义齿异物	101
开胸取出食管异物	104
颈深部异物的处理	105
五、炎症	
Hunt综合征	107
耳源性破伤风	110
外耳道胆脂瘤并发颈侧瘻管	114
耳部手术的绿脓杆菌感染	116

乙状窦周围脓肿引起脓毒性休克.....	118
耳源性小脑脓肿的误诊.....	120
前鼻孔部分闭锁术治疗萎缩性鼻炎.....	123
干酪性鼻炎、上颌窦炎误诊为癌肿.....	124
婴幼儿上颌骨骨髓炎并发鼻中隔脓肿.....	125
额窦炎性假瘤及脓囊肿.....	126
鼻脑毛霉菌病.....	130
急性白血病性咽峡炎误诊为扁桃体周围脓肿.....	134
婴幼儿扁桃体周围脓肿.....	136
咽后脓肿合并颈椎骨髓炎及病理性脱位.....	137
急性会厌炎.....	140
急性喉气管支气管炎.....	147
急性纤维蛋白性喉气管支气管炎.....	148
食管粘膜表层剥脱症.....	151
颈淋巴结结核性窦道误诊为鳃源性瘘管.....	154
容易被误诊的颈动脉炎.....	156

六、肿瘤

耳鼻咽喉的少见肿瘤.....	160
良性肿瘤.....	160
耳郭皮角症.....	160
外耳道汗腺瘤.....	162
耳鼻骨化纤维瘤.....	163
乳突部神经纤维瘤.....	166
面神经神经鞘膜瘤.....	170
鼻腔及鼻窦血管纤维瘤.....	172
上颌窦血管瘤性息肉.....	174
筛窦、上颌窦海绵状血管瘤.....	178

鼻窦粘液囊肿经鼻内手术引流	189
舌根部血管瘤	185
气管内血管外皮细胞瘤	187
恶性肿瘤	189
外耳道胚胎型横纹肌肉瘤	189
鼻、鼻窦胚胎型横纹肌肉瘤	191
鼻中隔腺癌	193
双侧上颌窦癌	194
上颌窦恶性纤维组织细胞瘤	196
鼻咽癌以吞咽困难为最早症状	198
鼻咽部未分化肉瘤	199
总气管原发腺癌	201
食管白斑癌变	203
耳鼻咽喉肿瘤的误诊	204
鼻腔与鼻窦内翻性乳头状瘤误诊为鼻息肉	204
骨纤维结构不良症误诊为乳头状瘤恶变	208
额筛窦脑膜瘤的误诊	210
鼻咽癌误诊为后鼻孔息肉	212
鼻咽癌误诊为渗出性中耳炎	213
颈部炎性肿块误诊为鼻咽癌的转移	214
环后癌的误诊	216
会厌喉面癌的误诊	219
会厌癌误诊而窒息死亡	220
喉癌的误诊	221
食管癌的误诊与漏诊	225
胃癌误诊为美尼尔综合征	227
恶性肉芽肿和 Wegener 肉芽肿	228

鼻部恶性肉芽肿228

Wegener 氏肉芽肿230

七、并发症与意外

放疗并发症235

放射性颞骨坏死235

鼻咽癌放疗后并发后鼻孔闭锁241

鼻咽癌放疗后并发颈内动脉破溃出血致死244

麻醉并发症 和 意外246

丁卡因过敏反应与毒性反应246

耳针并发耳郭化脓性软骨膜炎249

针麻扁桃体切除手术中意外折针251

针麻食管镜检查并发颈深部感染252

全麻鼻咽部手术后拔管突然窒息死亡254

手术并发症和 意外256

乳突根治术并发迷路感染256

乳突手术腔颞肌瓣填塞术并发颞骨坏死及小脑脓肿257

镫骨切除术的罕见并发症——底板下沉259

鼻息肉切除术后休克致死260

术后性上颌囊肿262

扁桃体挤切术并发反射性喉痉挛264

扁桃体切除术后并发颈部皮下气肿266

扁桃体切除术并发应激性溃疡267

气管代喉手术后吻合处断裂269

纤维胃镜检查并发食管穿孔271

气管切开术的并发症与意外273

气管内巨型肉芽形成致窒息死亡274

纵隔气肿和气胸278

3511/2119/28/35766/50

大出血死亡	279
误伤食管	282
吸痰橡皮管折断	283
声门下异物造成拔管困难	284
长期使用带囊气管套管辅助呼吸引起气管坏死和穿孔	286
外管腐蚀	289

八、其他

突发性聋——蜗窗膜破裂	291
球囊刺开术治疗美尼尔病	292
锤骨柄前庭窗连接术	294
儿童官能性眩晕	295
脑脊液鼻漏 误诊为变态反应性鼻炎	296
节律性腭咽喉膈肌阵挛综合征	298
舌根异位 甲状腺	301
颈内静脉扩张症	305
复发性多软骨炎误诊为耳郭软骨膜炎	307

一、畸 形

第一鳃器畸形伴不全面瘫

患儿男性，2岁半，出生后发现右耳较大，前下方裂开，啼哭时口角向左歪斜，家长要求手术治疗裂口，于1978年4月17日入院。患儿为第1胎，足月顺产，母乳喂养，出生后2个月，曾切除左侧颊部乳头状皮赘。父母健康，母在怀孕期间未患特殊疾病及服药。家族史无特殊。

检查：发育营养佳，智力正常，面部右侧颊部肌肉较松弛。左侧颊部有一手术疤痕，啼哭时口角向左侧歪斜，右侧鼻唇沟变浅。皱眉、抬额、闭眼，两侧对称。全身无其它异常。

专科检查：右耳郭较左侧稍大（ $1/4$ ），耳轮脚处有针头大小瘰口两处，可挤压出黄白色乳样液。屏间切迹增宽约1.8厘米。近耳垂一侧有一圆珠状突起；在其下方有一个三角形沟向下颌角延伸，长约5厘米，深0.5厘米，底边在屏间切迹，顶角相当于下颌角处，啼哭时较明显。外耳道被一纵隔分开，纵隔偏向前侧，鼓膜无法窥见。左耳及鼻咽部无特殊，听力无改变（表声），实验室检查正常。X线摄片见两侧乳突气房发育良好，两侧下颌骨对称，无畸形。临床诊断：第一鳃器畸形伴不全面瘫（右）。

4月18日，在氯胺酮基麻加局麻下，先行右耳道隔膜切除。见纵隔自外耳道口向内伸展至狭窄部为止，不与鼓膜粘连。切除后鼓膜标志清晰，未见穿孔。耳道填以凡士林纱

条。在屏间切迹至下颌角处作菱形切口，发现屏间及外耳道口处软骨部份缺损，皮下组织菲薄。暴露腮腺包膜，未见瘻管、囊肿或索条状组织。将屏间之圆珠状突起部分连同软骨一并切除。缝合两侧皮肤，使屏间切迹缩小，下颌部沟槽变浅。术后5日拆线，伤口一期愈合出院。

讨 论

外耳的变异和畸形，是根据胚胎期发育受到限制的时期和所涉及鳃器的部位而定。外耳道起源于第一鳃沟，向深部扩展成漏斗状，为原始外耳道。胎儿第2个月时，一个致密的表皮细胞柱从原始外耳道向内生长，在第7个月时细胞柱开始变成管形，与原始外耳道融合，构成一个完整的外耳道。若在胎儿后期发育停止，以后将形成外耳道不同程度的闭锁，并有呈膜状横膈者。耳郭由第一鳃沟周围第一、第二鳃弓的6个结节发育形成。第一、第二鳃弓在胚胎第6周出现，然后在第3个月融合成耳郭。因是几个分离的生长中心衍生而来，所以临床上变异很大。在发育过程中第一鳃沟是沿着从下颌中点稍下方起，向后上至外耳道口的一条线进行融合的。由于某种原因而融合不良，原始上皮细胞的残余，即埋藏于胎头的腹侧，形成囊肿或瘻管。其下方瘻管口多在下颌角附近，其上端开口多在外耳道软骨部与骨部交接处。面神经为第二鳃弓的神经，在严重的外耳与中耳畸形时，面神经的颞骨段常有异常径路，也可能较细小和发育不全，并伴有面瘫。

本例外耳部畸形表现：①耳郭较左侧大（1/4）；②耳轮脚有两处耳前瘻管；③有纵形隔膜将耳道一分为二，其纵隔伸展至狭窄部为止，不与鼓膜粘连；④屏间切迹增宽，并向前方出现沟槽状明显凹陷。其部位相当下颌角至外耳道

口，伴有外耳道口软骨缺损，考虑为第一鳃沟所形成的另一种畸形表现。同侧伴有不全面瘫，表现为颊支、下颌缘支运动障碍，可能为外耳畸形影响面神经发育不全之故。

(郑晋光 陈永珍)

先天性耳前瘻管并发乳突部脓肿

先天性耳前瘻管较多见，其发病率在非洲和亚洲人高达5~10% (Aird)，欧洲人为0.9% (Ewing)。但并发耳后乳突部脓肿者则较罕见。其特征为瘻管口炎症不明显，而在乳突部出现肿胀，常误诊为疖肿或急性乳突炎并发脓肿，单纯切开引流，切口长期不愈，或脓肿反复发作，进而误作乳突手术。

患者男，23岁，1980年1月门诊，主诉左耳后肿痛3日。10年前左耳后曾红肿疼痛，经切开引流而愈。5年后同一部位又类似发作，再切开引流治愈。近2年来发作频繁，先后切开引流达17次之多。

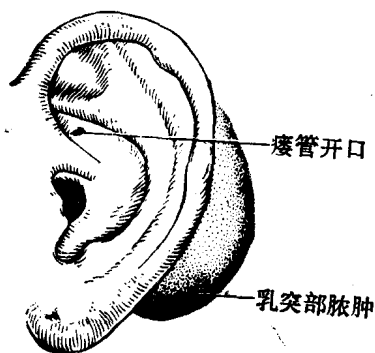


图1 先天性耳前瘻管
并发乳突部脓肿

专科检查：左耳耳轮脚根部、耳甲腔上方、近外耳道口顶部有一直径2毫米小孔，无分泌物，皮肤色泽正常，但有压痛。外耳道及鼓膜正常。耳后乳突部稍肿，皮肤有疤痕。乳突X线摄片示两侧乳突气化型，无骨质缺损(图1)。

入院后在青霉素、链霉素控制下，局麻手术。从瘻管

口注入美蓝少许，用粗针在耳后肿胀处抽出蓝色脓液 2 毫升（细菌培养阴性）。于耳轮脚与耳屏间近瘘口处，循耳郭上缘、沿耳后沟外侧 5 毫米，向下至耳垂平面，弧形切开皮肤及皮下组织，将耳郭前翻，发现瘘管经由耳郭内侧通入乳突部，形成脓腔。切除瘘管及疤痕组织，缝合切口，橡皮条引流。术后每日红霉素 1 克静脉滴注，口服地塞米松 0.75 毫克，每日 3 次，连续 7 天，伤口一期愈合出院。

讨 论

先天性耳前瘘管的成因，多数学者同意 His (1885) 的耳结节融合不全假说。耳郭由第一和第二鳃弓上的 6 个结节发育而来。第一鳃弓后缘和第二鳃弓前缘各有 3 个结节，在发育过程中，结节间的组织增生，互相融合，联成前后两条皱襞，两皱襞的上端又互相融合。若融合不全，向下凹陷即成瘘管。瘘口常在耳前区、耳轮前、耳轮脚、耳轮后，耳轮耳垂交界处或耳垂中央出现（图 2），但以耳轮前最多见。

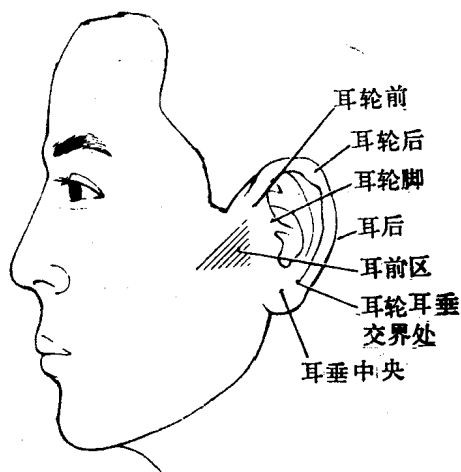


图 2 先天性耳前瘘管开口常见的部位（仿Congdon）

耳前瘻管为盲管，深浅长短不一，可具分支，长者伸入外耳道深部或向后到乳突表面，但不进入中耳腔。管腔内衬复层鳞状上皮和毛囊、汗腺、皮脂腺等组织。有发生鳞状上皮细胞癌的报道 (Sykes, 1972)。

本病有遗传倾向，属显性遗传，可越过1~2代而出现。单卵双胞胎中仅一人出现本病。同一家庭成员，瘻管不但位于同侧，而且部位亦同。Minkowitz (1964) 认为本病无性链遗传，两性都可显现和遗传。

先天性耳前瘻管可与鳃瘻和感觉神经性聋同时出现，但这三种缺陷有各自的显性基因。此外，本病尚可伴发其他先天性畸形，如副耳、耳部分缺失或耳发育不全等。

(汪馥堂 徐骏杰 钱益民)

先天性听骨链畸形误诊为耳硬化症

中耳先天性听骨链畸形是由于胚胎早期鳃弓发育异常所造成的，临床少见，术前常不易确诊。由于先天性听骨链畸形的临床表现与耳硬化症十分相似，作者曾先后发生4例术前误诊，说明对外耳及鼓膜均正常的传音性聋，可能为先天性听骨链畸形的认识很不足，若不作全面、细致的分析，甚易误诊。误诊病例病史摘要见表1。

表1中4例先天性听骨链畸形患者，入院时均被误诊为耳硬化症。但两者有若干不同处，其鉴别要点如表2所示。

听骨链畸形多数是单耳发病，对侧耳听力正常，因而在幼年期并不影响学习和言语，在成年前很少发觉自己存在单侧性重听的缺陷，其临床表现和诊断依据如下：①单侧性传音性聋；②一般无耳鸣症状；③重听从幼年开始，为非进行性；④气导听阈损失50分贝左右，听力曲线呈水平型；⑤骨

表1 先天性听骨链畸形误诊病例摘要

病例	年龄	入院诊断	症状及检查	所见畸形情况	手术名称及效果
1	24	耳硬化症	左耳听力下降8年,无耳鸣,气骨导差值为55-25=30分贝	砧长脚,镫骨头颈部均为纤维组织替代,镫骨肌腱缺失	锤柄前庭窗连接术,术后听力提高20分贝
2	27	耳硬化症	左耳聋10年,无耳鸣,气骨导差值为77-23=54分贝	锤柄及砧长脚部分缺失,镫骨上部结构全失,缺鼓膜张肌腱	锤柄前庭窗连接术,术后听力提高,音叉Rinne试验转为阳性
3	39	耳硬化症	右耳重听20年,无耳鸣,气骨导差值为53-8=45分贝	砧长脚完全缺失,镫骨短而狭细	鼓膜镫骨连接术,术后听力不变(推测鼓膜与镫头未接合)
4	17	耳硬化症	左耳听力障碍5年,无耳鸣,气骨导差值为48-7=41分贝	砧长脚缺失,镫骨上部结构畸形,看不到镫骨肌腱	锤柄前庭窗连接术,术后听力无提高(钢丝系于锤柄最下端与前庭窗之间的倾斜度偏大)

表2 先天性听骨链畸形与耳硬化症的鉴别

	先天性听骨链畸形	耳硬化症
发病年龄	童年期	青年期
单耳或双侧	多为单耳	多为双耳
耳聋	非进行性	进行性
耳鸣	无	有
家族病史	无	有
气导曲线	各频率均匀性下降50分贝左右	按病程而不同
耳蜗病变	极少	可有

导听阈正常,无谷形切迹(伴镫骨固定者例外)。

本病须与以下疾患作鉴别:耳硬化症,非化脓性中耳炎,