

耳鼻咽喉科急症与急救

殷明德 编

耳鼻咽喉科急症与急救

殷明德 编 著

江苏科学技术出版社

耳鼻咽喉科急症与急救

殷明德 著

出版：江苏科学技术出版社

发行：江苏省新华书店

印刷：南京人民印刷厂

开本787×1092毫米 1/32 印张15.5 插页2 字数345,000

1983年11月第1版 1983年11月第1次印刷

印数1—10,800册

书号14196·139 定价1.80元

责任编辑 徐欣

LA56

前 言

耳鼻咽喉器官解剖关系较为复杂，上承颅脑，下通气道、食管，咽喉两旁还有重要神经干和大血管通过，一旦发生器官的危、重、急症，如呼吸道梗阻、气道异物、大出血、耳原性或鼻源性颅内并发症，临床处理往往困难，病死率亦高。但是，如能抓住主要矛盾，采取正确、果断的救治措施，既能把病者从痛苦和死亡线上解救出来，也可以避免接踵而至的后遗症。

随着耳鼻咽喉科学的发展，专科医师在急症的临床工作中不仅须运用精湛的诊断技术，而且须施展娴熟的手术技能。为了和同道们一起提高专科急症的诊疗水平，笔者在近年来以理论联系实际的方法，总结了自己的临床经验，并参考了国内外有关文献资料编写成本书，希望能对专科医师解决急症的实际问题有所帮助。

这里需要说明一下本书编写过程中涉及的几个问题。首先，全书的结构安排，冲破了以往以解剖定位划分章节的藩篱，而以急症的共同本质和内部联系即按病因、病理或症状的类别专题分章。各章在叙述方法上，力求详略得当，主次分明，对急症的诊断和治疗方法作了详尽的介绍。其次，原来仅用于解除上呼吸道梗阻的专科手术即气管切开术，现在已经有了广泛的适应症，为此编写了“呼吸机能不全和气管切开术”一章。

本书在编写过程中承郎振荣、朱玉喜、陶承龙等同志协助摄制照片，承吕翰森等同志协助绘制插图，特在此一并致谢。

殷 明 德

1982年12月于南京

目 录

第一章 症状鉴别诊断和急救处理	1
第一节 呼吸困难	1
第二节 吞咽困难	7
第三节 咯血	11
第四节 头痛	16
第五节 眩晕	19
第六节 耳痛	24
第七节 急性咽喉痛	26
第二章 耳鼻咽喉急性炎症性疾病	28
第一节 上呼吸道急性炎症性疾病	28
一、普通感冒	33
二、流行性感冒	36
三、急性鼻窦炎	37
四、鼻疳	41
五、急性咽炎	43
六、急性扁桃体炎	46
七、溃疡膜性咽峡炎(奋森氏咽峡炎)	48
八、急性单纯性喉炎	49
九、上呼吸道白喉	50
第二节 耳急性炎症性疾病	56
一、外耳道疳	56
二、急性弥漫性外耳道炎	58
三、耳郭软骨膜炎	59
四、耳带状疱疹	61
五、急性中耳炎	62
六、慢性化脓性中耳炎急性发作	72
七、耳源性破伤风	73

第三章 颈深部感染76

第一节 扁桃体周围脓肿78

第二节 咽旁脓肿82

第三节 咽后脓肿86

一、急性咽后脓肿86

二、慢性咽后脓肿89

第四节 脓性颌下炎89

第五节 纵隔炎94

第六节 颈淋巴结脓肿95

第七节 咽喉感染合并颈内静脉血栓形成95

第四章 化脓性中耳炎及鼻窦炎的并发症97

第一节 化脓性中耳炎的并发症97

一、耳后骨膜下脓肿102

二、二腹肌下脓肿102

三、耳源性面瘫103

四、岩部炎105

五、迷路炎106

六、硬膜外脓肿108

七、脑膜炎109

八、硬膜下脓肿111

九、脑脓肿112

十、侧窦血栓性静脉炎117

第二节 鼻窦炎的并发症120

一、眶蜂窝织炎和脓肿120

二、骨髓炎121

三、颅内并发症123

第五章 耳鼻咽喉创伤124

第一节 鼻骨骨折133

第二节 鼻窦骨折138

一、额窦骨折139

二、上颌窦骨折139

三、鼻筛骨折	140
四、眶底骨折	144
五、蝶窦骨折	148
第三节 颌面部骨折和颅底骨折	148
一、颧骨骨折	149
二、上颌骨骨折	151
三、下颌骨骨折	155
四、颅底骨折	158
第四节 咽喉创伤	160
第五节 耳的创伤	170
一、外耳创伤	170
二、鼓膜破裂	171
三、听小骨创伤	173
四、内耳创伤	175
五、爆震性聋	176
六、颞骨骨折	176
第六节 鼻窦和中耳气压伤	179
一、鼻窦气压伤	179
二、中耳气压伤	180
第七节 耳鼻咽喉食管灼伤	182
一、外耳和外鼻灼伤	183
二、咽喉灼伤	184
三、食管烫伤	191
四、食管化学灼伤	192
第八节 耳鼻咽喉战伤	200
一、耳部伤	200
二、鼻、鼻腔和鼻窦伤	203
三、咽部伤	212
四、喉部伤	213
第六章 耳鼻咽喉出血	219
第一节 鼻出血	219

第二节	鼻窦出血	230
第三节	咽部出血	231
一、	鼻咽青年血管纤维瘤	231
二、	腺样体切除术后出血	232
三、	扁桃体切除术后出血	233
第四节	咽部自发性大出血	241
第五节	喉内手术出血	243
第六节	耳内出血	244
第七节	血质不调引起的出血	247
一、	出血性紫癜	247
二、	血友病	248
第八节	弥漫性血管内凝血	249
第七章	耳鼻咽喉科异物	251
第一节	外耳道异物	252
第二节	鼻腔异物	256
第三节	咽部异物	259
第四节	气道和食管异物	262
一、	气道异物	280
二、	食管异物	307
第八章	呼吸机能不全和气管切开术	318
第一节	呼吸机能不全	318
附	长期鼻气管插管术	325
第二节	气道梗阻	326
第三节	小儿急性气道梗阻	331
一、	先天性喉异常	332
二、	急性非特异性喉炎	334
三、	急性特异性喉炎	340
四、	喉创伤	341
五、	吸入性异物	343
六、	声门下狭窄	345
七、	大血管压迫气管	346

八、自发性纵隔气肿	347
九、其他疾病	349
第四节 环甲膜切开术和气管切开术	353
一、环甲膜切开术	353
二、气管切开术	356
三、紧急气管切开术及其他急救手术	400
第九章 变应性急症	407
第一节 喉变应性水肿	407
第二节 过敏症和过敏性休克	411
第三节 哮喘持续状态	419
第十章 突发性聋和眩晕	421
第一节 突发性聋	421
第二节 迷路窗膜破裂	430
第三节 美尼尔氏病	433
第十一章 耳鼻咽喉科急症麻醉	447
第一节 颌面部急症的麻醉	447
一、下颌骨骨折	451
二、上颌骨和毗邻面骨的骨折	454
三、颧骨凹陷或骨折	455
第二节 颈部创伤的麻醉	455
刎颈	457
第三节 口腔和颈部感染的麻醉	459
第四节 扁桃体切除术后继发性出血的麻醉	462
第五节 气道和食管异物取出术的麻醉	464
一、喉和声门下异物	466
二、气管支气管异物	467
三、食管异物	472
第六节 局部麻醉剂中毒反应	474
附 录	
一、急救用药一览表	485
二、常用急救设备	488

第一章 症状鉴别诊断和急救处理

医生在临床上面临的首要任务是明确诊断。这对急症病人来说,显得尤为急迫,否则就不能进行有效的抢救。

不论是不是急症病人,都要对其主要症状和体征进行分析。例如,病人的主诉是呼吸困难,若单纯从呼吸系统疾病考虑,显然是不够全面的,有时甚至造成误诊。因为呼吸困难的原因除呼吸系统疾病外,还有心脏病、中毒或由血液病(如严重贫血)或神经系统疾病(如脊髓灰质炎、急性感染性多神经炎等)所引起,所以首先要考虑某一症状和体征的各种可能原因,然后根据病人具体情况和特征,对各种原因逐一鉴别和排除,从而缩小诊断范围,再结合实验室和X线检查以及其他必要的辅助检查,以达到明确诊断的目的。

第一节 呼 吸 困 难

呼吸困难(dyspnea)的原因很多,要明确诊断,须依据完整的病史和临床检查。大多数呼吸困难病例有呼吸系统疾病或心脏病,因此须特别注意。急性喉梗阻或喉源性呼吸困难见第八章第二节。

【原因】

1. 喉或气管

(1)感染 喉白喉、急性喉炎(肺炎球菌、链球菌)、脓性颌下炎(angina ludovici)。

(2) 变态反应 急性喉水肿。

(3) 异物。

(4) 神经病 急性外展肌麻痹(喉)、脊髓灰质炎、蝉鸣性喉痉挛、脑溢血。

(5) 颈部肿瘤 瘤性淋巴结、甲状腺癌、甲状腺腺瘤或甲状腺囊肿内出血、咽后壁脓肿。

(6) 纵隔肿瘤 支气管转移癌、肉瘤、何杰金氏病、主动脉瘤、皮囊瘤等。

2. 支气管和细支气管

(1) 急性支气管炎。

(2) 慢性“支气管痉挛”常见于慢性支气管炎，可由于分泌增多、粘膜肿胀或支气管痉挛引起细支气管阻塞。

(3) 异物、腺瘤或支气管癌(其余肺部机能不全时)。

(4) 支气管狭窄(通常为结核后遗症)。

(5) 支气管肺炎。

3. 肺

(1) 非感染性 肺气肿、肺栓塞、肺不张、肺脓肿、肺水肿、肺大块萎陷、肺切除术、结节病(肉样瘤病)、囊变性纤维瘤病(fibrocystic disease)、胶原瘤、肺尘病、原发性纤维性变肺炎(primary fibrosing alveolitis)。

(2) 感染性 肺炎、结核、霉菌病、血吸虫病。

4. 胸膜 胸膜积液、自发性气胸、血胸、纵隔气肿等。

5. 心血管 心力衰竭、心包炎。

6. 腹部 严重腹胀、肥胖。

7. 代谢和内分泌 严重贫血、酸中毒、尿中毒、缺氧、一氧化碳中毒、甲状腺毒症、经绝期。

8. 精神性 瘵病、焦虑状态。

【诊断要点】

1. 呼吸困难发作情况

(1) 急性或发作性呼吸困难 存在突发性呼吸困难的原因, 如气胸、肺梗塞, 或吸入异物阻塞呼吸道, 或喉痉挛、喉水肿、急性气喘。

儿童的呼吸困难病例必须经常考虑到喉白喉, 虽然病儿咽部可无伪膜, 但有重病容和中毒症状, 颈淋巴结显著肿大。吸入异物常引起急性呼吸困难, 发生于其他方面完全健康的儿童, 异物通过喉部后症状缓解。呼吸道异物引起的晚期并发症容易误诊, 必须十分注意。儿童急性上呼吸道感染并发急性喉炎和支气管炎, 病情可以很重, 特别是气喘性炎症(蝉鸣性喉炎, *laryngitis stridulosa*), 不仅有喉水肿, 而且有喉痉挛。手足搐搦(伴发于活动性佝偻病和痉挛素质)可引起喉痉挛。发绀、喘鸣、喉上下运动、颈胸部软组织吸气性凹陷, 是喉或大气道梗阻的特殊病征。梗阻愈靠近喉部, 喉运动愈剧烈。对急性上呼吸道梗阻应采取紧急诊疗措施, 必要时进行经口内腔镜检查、插管术或气管切开术。持续的窒息引起颈静脉极度充血, 使气管切开术施行困难而且危险。儿童急性呼吸困难的其他原因是支气管性气喘和肺炎。干酪性坏死的结核性淋巴结破入支气管亦可使儿童发生急性呼吸困难。

成人急性喉梗阻可由于喉水肿(感染性和变应性)引起。变应性喉水肿的原因是血清、药物或食物过敏。喉、气管或气管隆凸肿瘤可引起突发性严重梗阻, 伴有显著喘鸣和呼吸窘迫。还要经常考虑到甲状腺囊肿或腺瘤内出血, 特别是女性患者。肺炎双球菌性肺炎可为急性呼吸困难的原因, 发烧、胸痛、刺激性咳嗽和铁锈色痰提示正确的诊断。在严重肺气

肿的基础上，即使是肺部轻度感染也将引起严重呼吸困难和发绀，支气管痉挛使病情加重，并可伴发右心衰竭。

急性肺梗塞时突然发生严重气急，通常有局限性胸痛和咯鲜红色血。对心脏病以及因疾病或手术卧床不起的病人突然发生严重气急时要想到急性肺梗塞的可能，应注意检查患者小腿有无压痛。

支气管性气喘是急性阵发性呼吸困难周期性发作最常见的原因。发作时，有哮鸣性呼吸困难伴显著的呼气窘迫，病人取前倾坐位，试图将空气挤出胸腔，严重发作时显著发绀。一般诊断不难，只是头几次发作，特别是成人，才存在诊断问题。急性支气管炎可有显著喘鸣和呼气困难，应该同支气管性气喘鉴别。气喘患者常可引出变应性疾病（湿疹、花粉症、鼻漏）的个人史和家族史。在中年病人，必须注意不要把气喘同急性左心室衰竭（阵发性心原性呼吸困难）相混淆。急性左心室衰竭亦可伴有严重支气管痉挛，常在夜间发病，活动后气急加重。病人不仅坐起，而且通常把两腿挂下，这是重要的诊断线索。病人无既往气喘史，肺底部罗音、奔马律和咳出粉红色浆液（肺水肿）有助于诊断。

成人急性发作性呼吸困难的其他原因为上纵隔阻塞和瘵病性换气过度。前者见于晚期支气管癌，它有很多体征，如颈部与胸壁浅静脉怒张（提示上腔静脉受压迫），或肺实变或萎陷；后者以女性较多见，检查时无器质性病发现。

自发性气胸为急性呼吸困难另一原因。通常表现为在用力时发生胸痛和气急，但亦可在安静时发生。一侧肺单纯萎陷者，在安静时只引起一过性呼吸困难，但胸膜腔高压使病人感到极度痛苦，纵隔可显著移位。在这种情况下，穿刺是紧急诊断和急救措施，应尽快进行。

突发性肺大块萎缩 (massive collapse of lung) 可引起急性呼吸困难, 常有发烧和胸痛, 可误诊为肺炎, 但纵隔移位, 无空气吸入和支气管性呼吸可排除肺炎双球菌肺炎。常有在全麻下手术的历史, 尤其是上腹部手术。现代手术后疗法已使其发生率大为降低。肺大块萎陷亦可发生于呼吸道感染, 特别是支气管炎, 还可突然发生于支气管癌。

大疱性囊肿 (bullous cyst) 急性膨胀可引起致命的呼吸窘迫, 通常开始误诊为张力性气胸, 但 X 线摄片中凸的肺缘应引起怀疑。如最近做过胸腔穿刺后发生急性呼吸困难, 则提示胸膜腔急性出血, 这种情况极为严重。血胸可发生于胸外伤, 亦有自行发生者, 但很少见。

(2) 经常性呼吸困难 如气喘(持续)状态 (status asthmaticus)、肺气肿、肺纤维变性、尿毒症和晚期心力衰竭的端坐呼吸等。

(3) 白天呼吸困难 如劳动、贫血或早期心力衰竭引起的呼吸困难。

2. 呼吸困难性质

(1) 吸气性呼吸困难 多见于上呼吸道梗阻, 吸气费力而延长, 伴有喘鸣和颈胸部软组织吸气性凹陷。

(2) 呼气性呼吸困难 多见于支气管狭窄时, 如支气管性气喘。呼气费力而延长, 并有哮鸣音。

(3) 混合性呼吸困难 多因肺部呼吸面积减少所致, 呼气与吸气均困难, 常见于肺炎、肺水肿、胸膜炎等。

3. 加重病情因素 对发作性呼吸困难者, 特别要向病人了解引起发作的原因, 如焦虑, 劳累或与变应原接触。

端坐呼吸和心原性气喘是左心衰竭的特征, 一般在夜间躺着时发生, 因为血液从下肢和脾区转移到胸腔, 增加由右心

室输送到肺的血量，从而加重衰竭的左心的负担。

4. 伴随症状 如异物、支气管癌、气喘、肺炎和结核引起的咳嗽；结核、支气管扩张、肿瘤和栓塞引起的咯血；神经官能症和甲状腺毒症的心悸、震颤和出汗；尿毒症的口渴和头痛；心力衰竭和贫血的下肢肿胀。

5. 各种临床检查

(1) 实验室检查 包括血红蛋白(贫血)，白细胞及其分类(感染)，血糖和二氧化碳结合力(糖尿病酮中毒、酸中毒)，非蛋白氮和肌酐(尿毒症)等。

(2) 胸部X线检查 所有咳嗽和呼吸困难病人均应进行X线检查。必要时行X线断层摄影术。支气管造影术对诊断支气管扩张特别有价值。

(3) 痰检查 检查致病菌(不要忘记结核杆菌)、恶性细胞和霉菌。

(4) 呼吸机能检查 测定1秒钟的用力呼气量(FEV_1)，应该在这个时间内迅速顺利排出肺活量的70~80%。有梗阻性呼吸道疾病(气喘、支气管炎和肺气肿)时， FEV_1 通常小于肺活量的70%。然后，测定呼气梗阻的程度。呼气性梗阻，在气喘是可逆性的，可逐日检查治疗效果；在肺气肿是不可逆性的。

(5) 纤维支气管镜检查 可在X线检查有阳性发现之前早期发现支气管癌。

(6) 锁骨上淋巴结活组织检查 可帮助鉴别结核、癌、淋巴瘤和传染性单核细胞增多症。诊断困难的病例，可能需要胸膜或肺活组织检查。

【急救处理】

1. 安静休息，取半坐位。

2. 呼吸困难有缺氧者，应给予氧气吸入。
3. 发绀垂危病人禁忌用吗啡作为对症处理。
4. 上呼吸道机械性梗阻或下呼吸道分泌性梗阻，应及时作气管切开术。
5. 呼吸肌麻痹应进行辅助呼吸。
6. 呼吸中枢抑制引起的呼吸困难，如巴比士酸盐中毒，应注射呼吸中枢兴奋剂：如25%尼可刹米(可拉明) 1~2 毫升(0.25~0.5克)皮下、肌内或静脉注射；盐酸山梗菜碱(洛贝林) 1 毫升(3 毫克)静脉注射，1 毫升(10毫克)皮下或肌内注射；10%戊四氮 1~2 毫升肌内、皮下或静脉注射；0.5%美解眠(贝美格)10毫升(50毫克)，用 5 %葡萄糖溶液稀释后静脉滴注。
7. 病因治疗 例如：①咽后壁脓肿应切开排脓。②急性喉炎、急性喉气管支气管炎、急性会厌炎等，使用足量广谱抗生素、肾上腺皮质激素、蒸气吸入。③喉、气管、支气管异物，在喉镜和支气管镜检查下取除异物。④喉白喉应注射白喉抗毒素。

第二节 吞 咽 困 难

吞咽过程分为口、咽和食管三个阶段，它们是密切联系的。消化道第一部分由三个括约肌和二个插入的节段（指口腔和咽腔、食管）组成：口或第一括约肌；口腔和咽腔；第二或咽-食管括约肌(pharyngo-oesophageal sphincter)；食管；和第三或贲门-食管括约肌 (cardio-oesophageal sphincter)。吞 咽只是在开始阶段（口阶段）是随意动作。咽部吞咽机理更为复杂，它基本上是不随意过程。支配咽、

环咽肌和食管的运动神经主要来自迷走神经分支，舌咽神经主要司咽部感觉。食物进入食管后，液体下流到贲门-食管括约肌，而固体食物由食管蠕动波向下推送，约需5秒钟通过食管全长。

吞咽困难(dysphagia)的程度可分为堵塞感、吞咽费力和吞咽不能。吞咽困难的原因可在口腔、咽腔、食管、纵隔或神经系统。真正吞咽困难的原因多半在食管内发现。

【原因】

1. 食管机械性梗阻

(1) 先天性食管畸形 食管狭窄、食管闭锁、食管蹼、气管-食管瘘等。

(2) 异物。

(3) 肿瘤 食管鳞状上皮细胞癌、良性肿瘤、侵入食管下端的胃癌、贲门癌、环状后癌。

(4) 食管外压迫 主动脉瘤、纵隔肿瘤、胸骨后甲状腺肿、胸腺肿大、右锁骨下动脉压迫(dysphagia lusoria)等。

(5) 其他 食管憩室、食管炎、食管溃疡病、膈疝、口腔干燥(xerostomia)等。

2. 神经障碍 白喉、瘰病、延髓麻痹、重症肌无力、贲门痉挛、贲门失弛缓症(achalasia of the cardia)、破伤风、狂犬病、急性昏睡性脑炎、急性脊髓前角灰质炎、小脑后下动脉血栓形成、特发性食管扩张(oeophagectasia)和肥大、肉毒中毒、皮肤炎、硬皮病、缺铁性吞咽困难(sideropenic dysphagea, Plummer-Vinson syndrome)。

3. 口、咽机械性缺损 腭裂、咽瘢痕狭窄、舌运动障碍(舌炎所致急剧肿胀、蜂螫伤、或脓性颌下炎、癌浸润等)，流行性腮腺炎，扁桃体周围脓肿，颈椎结核，咽后壁脓肿，咽下部癌。