

医 师 查 房 丛 书

耳鼻咽喉科 查房手册

主 编 卜行宽
江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE

医 师 查 房 丛 书

耳鼻咽喉科 查房手册

主 编 卜行宽

副主编 迟放鲁 徐其昌 邢光前

主编助理 王登元

江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉科查房手册/卜行宽主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2004. 8

(医师查房丛书)

ISBN 7-5345-4303-7

I. 耳... II. 卜... III. 耳鼻咽喉病-诊疗-手册

IV. R76-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 084152 号

医师查房丛书

耳鼻咽喉科查房手册

主 编 卜行宽

责任编辑 顾志伟

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 盐城印刷总厂有限责任公司

开 本 850 mm×1168 mm 1/32
印 张 14.375
插 页 4
字 数 350 000
版 次 2004 年 8 月第 1 版
印 次 2004 年 8 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4303-7/R·810

定 价 35.00 元(精)

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

序 言

查房是临床医师诊疗过程中的一个重要环节,它不仅是分析、诊断疾病,确定病人治疗措施的过程,同时也是上级医师传授知识以及下级医师学习的重要课堂。但是随着各种先进诊断手段的发展以及众所周知的原因,这个环节已在一定程度上似乎被淡化了,这是一个不好的现象,须加以纠正,老一辈专家对此责无旁贷。

对年轻住院医师来说,根据外科各种常见疾病发生、发展的规律,规范病史询问、体格检查,以及诊断、鉴别诊断和治疗措施制订的过程,有助于锻炼他们的临床思维能力,继而为进一步提高打下良好的基础。“医师查房丛书”基于这样的指导思想,针对临床常见病,突出了日常查房过程中需要注意的主要问题,从整体上,动态地反映了临床工作的全过程,它不仅是各级医师临床工作的实用工具,同时也是年轻医师学习、培养正确临床思维习惯,以及不断提高的良好参考书。

丁义涛、卜行宽、朱承华等教授长期致力于临床实践工作,积累了丰富的经验,他们一直把对年轻医师的培养作为自己的一项重要任务,在他们的主持下,由江苏科学技术出版社支持,经过多位专家的共同努力,该丛书终于得以面世。今有幸拜读,觉得该丛书内容丰富,结构严谨,且较好地结合了相关方面的现代研究成果,故将其推荐给年轻医师们,希望该丛书能对他们有所裨益。

吴孟超

前 言

查房是医院管床医师与有关医护人员定时巡视住院病人的一种制度,其英语为 the doctor's round of visits,也可以简称为 rounds。

查房的目的在于:① 了解、分析和讨论每一位住院病人的病情,明确诊断,制订诊疗计划;② 动态观察病情变化,检查诊疗计划的执行情况并作适当修正;③ 根据病人健康的恢复程度,确定其出院及出院后的治疗和随访等事项;④ 对病人进行健康教育和思想工作;⑤ 理论结合实际地培养医务人员。多年的实践证明:查房制度执行的好坏与医院管理水平相关;查房质量的高低与医疗水平相关。

查房有“大”、“小”之分。“小查房”指主管医师每日早、晚两次对所管病人的巡视。传统的“大查房”是一组医师护士在病区内依次巡查,上级医师在床边听取汇报、提问、讲解和做指示,下级医师报病历、回答问题、听和记。这种做法的优点是现场教学,有真实感,缺点是易造成上级医师“一言堂”,灌输式教学,不利于调动青年医师的积极性。同时,容易将病人仅仅作为某种疾病的“载体”,少谈“人”,大谈“病”,看似在床边,实际上脱离具体治疗目标,病人真正得益不多。此外,由于时间限制(尤其是手术科室),容易“走马看花”或“前紧后松”,抓不住重点,缺乏深入讨论。

国外近 20 年来改床边“大查房”为会议室内大组讨论,但仍称查房(rounds)。一般每周 1~2 次,每次 40 分钟左右,均在早上上

班前进行,罕有迟到或缺席者。其方法由以主任医师为核心转为以青年医师为核心,大多为住院总医师以幻灯或投影报告疑难病例,出示病理切片和影像学图像,复习文献,论证诊断依据,提出具体治疗方案,然后进行讨论。青年医师和资深医师都踊跃发言。这种做法的优点是从“病”到“人”,聚焦于对该病人的诊断依据和个性化的治疗上,不但使参会者受到启迪,而且使病人确实受惠。另外,给青年医师提供了理论结合实际的极好机会。目前,我国的“大查房”大多数还停留在传统的模式上。如能作些变革,突出以个案病人治疗目标为中心,展开启发式讨论,则对人才培养和提高医疗质量都是大有好处的。

处在现代医学快速发展的形势下,耳鼻咽喉科同内、外、妇、儿等兄弟科室一样面临着严峻的挑战。如何跟上时代的步伐,运用现代专业知识和技能更好地为病人服务,成为临床医师共同关心和迫切需要解决的问题。我荣幸地受江苏科学技术出版社的委托,组织国内知名教授、专家编写本书,奉献给本专业的医师们,用作查房时处理各种疾病的参考。

本书在编写过程中,力求做到简明、扼要、实用,只列入住院治疗的病。每一种病包括概述、入院评估、病情分析、治疗计划、术后处理和住院小结六部分,重点在查什么和怎么查,并尽量结合循证医学的内容。

希望读者通过本书能拓宽临床思维能力,全面、辨证、动态地分析病情,及时、正确地处理病人,不断提高医疗质量。

虽然本书的作者们已尽了很大努力,但不足之处仍恐难免,尚祈读者指正,以便改进。

卜行宽

于南京医科大学第一附属医院

目 录

第一篇 耳 科

第一章	先天性耳畸形	3
	先天性外耳畸形	3
	先天性中耳畸形	10
	先天性内耳畸形	16
第二章	耳外伤	23
	外耳损伤	23
	耳郭化脓性软骨膜炎	27
	颞骨骨折	30
	脑脊液耳漏	33
第三章	中耳炎症性疾病	38
	分泌性中耳炎	38
	慢性化脓性中耳炎	41
第四章	化脓性中耳炎的并发症	48
	耳后骨膜下脓肿	48
	颈部脓肿	49
	迷路炎	51
	硬脑膜外脓肿	53
	乙状窦血栓性静脉炎	55
	脑膜炎	57
	脑脓肿	59
第五章	听力损失	63
	耳硬化症	68

	突发性听力损失	71
	自身免疫性听力损失	76
	人工耳蜗植入	84
第六章	面神经疾病	88
	周围性面瘫	88
	半面痉挛	96
第七章	耳源性眩晕	100
	梅尼埃病	101
	良性阵发性位置性眩晕	107
	前庭神经炎	111
	外淋巴瘘	113
第八章	耳肿瘤	117
	外耳肿瘤	117
	中耳癌	121
	听神经瘤	125
	颈静脉球体瘤	132

第二篇 鼻 科

第九章	鼻部先天性疾病	139
	鼻部脑膜-脑膨出	139
	先天性后鼻孔闭锁	141
第十章	鼻外伤	144
	鼻窦骨折	144
	鼻腔及鼻窦异物	146
	脑脊液鼻漏	148
第十一章	鼻腔疾病	152
	鼻中隔偏曲	152
	鼻中隔穿孔	154

	鼻息肉和鼻息肉病	157
	鼻前孔狭窄或闭锁	161
	鼻后孔狭窄或闭锁	162
第十二章	鼻窦疾病	165
	慢性鼻窦炎	165
	孤立性蝶窦炎	168
	鼻窦黏液囊肿	170
	上颌窦黏膜下囊肿	174
	鼻前庭囊肿	176
	正中囊肿	178
	球颌囊肿	178
	牙源性囊肿	179
	皮样囊肿	182
	气囊肿	183
	上颌窦根治术后囊肿	184
	鼻窦真菌病	185
第十三章	鼻出血性疾病	189
	原发性鼻出血	189
第十四章	鼻-鼻窦肿瘤	194
	鼻-鼻窦血管瘤	194
	鼻-鼻窦内翻性乳头状瘤	196
	鼻部恶性肉芽肿	200
	上颌窦癌	203
	上颌窦肉瘤	209
	筛窦恶性肿瘤	211
	额窦恶性肿瘤	214
	蝶窦恶性肿瘤	217
第十五章	鼻内窥镜外科	221

慢性鼻窦炎及鼻息肉	221
脑脊液鼻漏	228

第三篇 咽 科

第十六章 扁桃体及腺样体疾病	233
慢性腭扁桃体炎	233
腺样体肥大	237
第十七章 咽部脓肿	241
咽后脓肿	241
咽旁脓肿	243
脓性颌下炎	245
第十八章 咽肿瘤	248
鼻咽纤维血管瘤	248
鼻咽癌	252
脊索瘤	257
腭扁桃体恶性肿瘤	259
下咽癌	263
咽旁间隙肿瘤	270
第十九章 睡眠呼吸暂停	274
阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	274

第四篇 喉 科

第二十章 喉先天性疾病	291
喉蹼	291
喉喘鸣	294
第二十一章 喉外伤	298
喉闭合性损伤	298
喉开放性损伤	301

	喉理化性损伤	304
	喉插管损伤	307
第二十二章	喉炎症性疾病	310
	急性会厌炎	310
	小儿急性喉炎	312
	声带小结及声带息肉	315
第二十三章	喉肿瘤	318
	会厌囊肿	318
	喉乳头状瘤	320
	喉血管瘤	324
	喉淀粉样变	326
	喉癌	328
第二十四章	喉阻塞	338
	喉异物	339
	急性喉水肿	341
	喉痉挛	344
	喉返神经麻痹	346
	喉瘢痕狭窄	351
 第五篇 气管及食管		
第二十五章	气管及支气管异物	359
	气管异物取出术	359
	支气管异物取出术	364
第二十六章	气管切开手术	373
	气管切开术	373
第二十七章	食管异物	383
	食管异物取出术	383
第二十八章	食管腐蚀伤	393

食管腐蚀伤	393
食管瘢痕狭窄	399

第六篇 颈 部 外 科

第二十九章	颈部先天性囊肿和瘻管	407
	甲状舌管囊肿及瘻	407
	鳃裂瘻和囊肿	410
第三十章	颈淋巴结结核	415
	颈淋巴结结核	415
第三十一章	头颈部恶性肿瘤	420
	头颈部恶性淋巴瘤	420
	颈淋巴结转移癌	425
	侵犯上呼吸道和上消化道的分化型甲状腺癌	431
第三十二章	涎腺肿瘤	438
	涎腺肿瘤	438

第一篇

目 科

第一章 先天性耳畸形

耳的发生从胚胎第三周末开始,一般到第三十四周完成发育;而乳突发育完全则要延至出生后5周岁左右。耳部在较为漫长的胚胎、胎儿发育过程中,多种因素(包括遗传、化学、物理、生物等)可引起发育的障碍或异常,造成先天性耳畸形。外、中耳胚胎原基与内耳原基不同,故外、中耳畸形多不与内耳畸形并发,但也有少数病人外、中、内耳均有畸形。

先天性外耳畸形

先天性外耳畸形(congenital malformation of the external ear)与鳃器发育障碍有关,临床上常见的先天性外耳畸形主要表现为先天性耳前瘻管、小耳畸形和外耳道狭窄或闭锁。

【入院评估】

(一) 病史询问要点

患儿出生时,即表现耳郭(又叫耳廓)和(或)外耳道形态先天性异常,注意询问家族成员中是否有类似疾病史,以了解是否为遗传性病因。外耳道闭锁可表现为有规律的常染色体显性或隐性遗传。询问妊娠期间是否有病原微生物(疱疹病毒、风疹病毒、巨细胞病毒、梅毒螺旋体等)感染、应用耳毒性药物(反应停、地西泮类、氨基糖苷类等)、内分泌及酶系统异常(糖尿病、妊娠早期代谢紊乱等)、放射线或化学毒物接触、高危妊娠、胎儿宫内缺氧等病史,以了解是否为非遗传性病因。

另外,应注意患儿是否存在其他组织、器官畸形或功能障碍。

(二) 体格检查要点

体格检查应着重检查耳局部情况,包括:耳郭畸形类型、程度,外耳道狭窄程度或是否完全闭锁,是膜性或是骨性闭锁(依赖影像学检查),以及是否伴发中耳畸形及其类型、程度,为进一步选择治疗方案提供依据。

1. 先天性耳前瘻管 可双侧或单侧,单侧者以左侧多见。瘻管开口多位于耳轮脚前或前上方,少数位于耳甲腔、外耳道或耳周其他部位。挤压时常有少量稀薄黏液或乳白色皮脂样物从瘻口溢出。如有继发感染,引起耳前红肿、

疼痛。如不及时治疗,可形成局部脓肿,并可反复发作。长期感染病人的耳前瘻管附近皮肤可发生溃烂、瘢痕或创面经久不愈。

2. 先天性耳郭畸形 耳郭畸形可单独存在,但常合并耳道及中耳畸形,或构成先天性综合征。耳郭畸形变异程度较大,可由无任何影响的轻微外形变化至严重畸形,或耳郭完全缺如。

3. 先天性外耳道畸形 第一鳃沟发育异常将造成先天性外耳道畸形,畸形的变化决定于胚胎发育障碍的程度或停止发育的时间。先天性外耳道畸形多合并耳郭及中耳畸形,而且外耳畸形的程度在一定程度上可以反映中耳畸形的程度;但先天性中耳畸形可单独存在,故不能以外耳结构正常作为排除中耳畸形的依据。先天性外耳道畸形轻者可表现为外耳道狭窄或膜性闭锁,重者则可呈完全性骨性闭锁或无外耳道。

注意耳邻近部位、器官以及全身检查,了解是否伴有其他部位(器官或系统)的先天性异常、畸形及功能障碍,即为某一先天性综合征性疾病的病变之一。先天性小耳畸形或外耳道闭锁常合并有颅、面、下颌面骨、下颌以及肢端面骨的成骨不全,在这些成骨不全中,颅面骨成骨不全(Crouzon 病)及下颌骨面骨成骨不全(Treacher-Collin 或 Franceschetti 综合征)与本病关系密切。

(三) 分析门诊资料

综合临床病史(包括病因学)资料、体检结果,决定继续检查项目或指标,以及选择适当的临床矫治方案。

轻度的耳郭畸形,病人如无特殊要求,无需治疗。畸形明显或要求矫治者,可依据畸形情况选择适当的手术矫治方法。内耳功能良好、中耳畸形较轻的外耳道狭窄或闭锁者,可选择适当的径路行外耳道成形术、鼓室成形术或听骨链重建术或配戴助听器等治疗。对较为复杂的畸形,尤其合并颅、颌面畸形者,必要时与整形外科、口腔颌面外科等进行会诊讨论,制订联合手术整治方案。

(四) 继续检查项目

1. 遗传学检查 部分先天性遗传性外耳畸形患儿有第十八染色体缺失,其多合并有其他缺陷,对此类患儿应该用铺带技术检查染色体,如证实有染色体异常,双亲也应该做染色体检查,如任何一方有异常,于再次妊娠时做羊膜穿刺进行染色体检查,如有异常应终止妊娠,以防止再生畸形儿。

2. 影像学检查 颞骨 X 线平片和断层,特别是颞骨 CT 和(或)MRI 扫描,可获得耳道及中耳和内耳全部结构发育状态的判断资料,对决定选择适当的畸形矫治方法(尤其是外耳道闭锁、合并中耳畸形者)有极其重要价值。

注意了解面神经走行及其面神经管完整性、听骨链结构及其畸形情况、乳突腔及鼓室发育情况、迷路(耳蜗及前庭)发育情况等。

采用高分辨 CT、三维 CT 扫描可详细了解外耳道闭锁的形式和范围、中耳腔大小、听小骨的形态、迷路窗及内耳结构、面神经的行程等。读片时,首先要评价内耳情况,因为骨迷路畸形皆表示有严重的感音神经性聋,因而是手术的禁忌证。另外,某些内耳异常与外淋巴积水有关,或与蛛网膜下隙(腔)有瘘管相通,手术有发生镫骨井喷的危险。

CT 扫描可清楚地显示垂直外耳道畸形,即在相当于正常外耳道的位置呈外耳道闭锁状,而自鼓室有骨性管道下行达于颞骨下缘,管道内多充以软组织,但也有少数垂直外耳道腔内含气,并可下行达于下颌角的外耳孔。

应确定脑板、侧窦板及颞颥关节的位置,了解手术空间的大小。明确有无先天性胆脂瘤或耳道深部胆脂瘤。中耳腔可含有黏液、未分化的间质组织及胆脂瘤。中耳可被薄骨隔分成两个或更多的分隔间,造成手术困难及迷失方向。听骨链结构可看到锤骨、砧骨,后者可被突出的骨质固定于中耳腔。从矢状位可以清晰地显示闭锁骨板的厚度及性质。

镫骨的形态对重建听力很重要,只要其存在,多可利用。面神经可以发育不全,个别病人可以完全未发育,骨管可以缺损,自膝神经节(geniculate ganglion,又称膝状神经节)开始走行可以向前下移位,在前庭窗(卵圆窗)的上方或下方越过中耳,或为镫骨弓分成两束,垂直段变短,自锥隆起段以下沿耳道后壁向外向前行,于接近缺失的鼓环处在耳道底部进入一骨管,在下颌关节附近出颞骨,甚至可进入关节腔,水平段面神经管移位可遮盖前庭窗及镫骨,面神经畸形发生频率很高,是影响切除闭锁骨板、检查鼓室的一个重要障碍,尤其是切除闭锁骨板的后下部分时危险性最大。

3. 听觉功能 一旦确定单侧外耳道闭锁,应在出生后 3 日内对未闭锁耳行耳声发射(OAE)或自动听性脑干诱发电位(AABR)检查,以早期确定该未闭锁耳的听觉功能。如为双侧外耳道闭锁,应最晚在 6 个月内行骨导 ABR 检测。因常规手术要等到乳突充分发育后(大约 5 周岁后)才能进行,如果耳蜗功能好的患儿,尤其是双侧外耳道闭锁者在出生后 3~6 个月配戴骨导助听器,并进行听觉训练,可保持正常的语言和智力发育。

术前听觉功能检查时,患儿多已能合作进行纯音测听,故可了解听损性质、程度,从而进一步判断中耳和内耳发育情况及其功能状态,了解畸形对耳生理功能影响,为手术方式的选择提供依据。

4. 全身相关系统检查 应对患儿进行全身系统检查,了解其他组织、器