



五官科常见病 疑难病的诊断与治疗

Wuguanke changjianbing
Yinanbing
de zhenduan yu zhiliao

主 编 于海江 王世军 刘建实 许加成



黑龙江科学技术出版社

**五官科常见病·
疑难病的诊断与治疗**

主 编 于海江 王世军
刘建实 许加成

**黑龙江科学技术出版社
中国·哈尔滨**

图书在版编目(CIP)数据

五官科常见病·疑难病的诊断与治疗/于海江,王世军,刘建实,许加成主编. —哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2005.7

ISBN 7-5388-4904-1

I. 五... I. ①于... ②王... ③刘... ④许... II. ①耳鼻喉病—诊疗②眼病—诊疗③口腔颌面部疾病—诊疗 IV. R76

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第090960号

责任编辑 李欣育

封面设计 洪 冰

五官科常见病·疑难病的诊断与治疗

WuGuanKeChangJianBing · YiNanBingDeZhenDuanYuZhiLiao

主 编 于海江 王世军 刘建实 许加成

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街41号)

电话(0451)53642106 电传 53642143(发行部)

印 刷 佳木斯大学印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 850×1168

印 张 13

字 数 338 000

版 次 2005年9月第1版·2005年9月第一次印刷

印 数 1—1 000

书 号 ISBN 7-5388-4904-1/R·1222

定 价 22.00 元

.....

序

随着医学科技的飞速发展，医学科学不断由新的发现概念，新的理

目 录

第一编 耳鼻咽喉科疾病

第一章 鼻部疾病	(1)
第一节 鼻源性并发症	(1)
第二节 鼻源性眶内并发症	(1)
第三节 鼻源性颅内并发症	(4)
第四节 真菌性鼻—鼻窦炎	(8)
第五节 变应性鼻炎	(11)
第六节 鼻息肉	(14)
第七节 鼻中隔偏曲	(15)
第八节 鼻出血	(17)
第九节 急性化脓性鼻窦炎	(21)
第十节 慢性化脓性鼻窦炎	(25)
第二章 咽部疾病	(29)
第一节 急性咽炎	(29)
第二节 慢性咽炎	(30)
第三节 萎缩性咽炎	(32)
第四节 急性坏死性咽炎	(32)
第五节 咽结膜热	(33)
第六节 咽囊炎	(35)
第七节 咽角化症	(36)
第八节 急性扁桃体炎	(37)
第九节 慢性扁桃体炎	(40)
第十节 急性腺样体炎	(42)

第十一节	腺样体肥大	(43)
第十二节	扁桃体周围脓肿	(44)
第十三节	咽后脓肿	(46)
第十四节	咽旁脓肿	(48)
第十五节	咽麻痹	(49)
第十六节	咽痉挛	(50)
第十七节	咽感觉减退或缺失	(50)
第十八节	咽感觉异常	(51)
第十九节	舌咽神经痛	(52)
第二十节	鼻咽血管纤维瘤	(53)
第二十一节	鼻咽癌	(54)
第二十二节	口咽良性肿瘤	(56)
第二十三节	扁桃体恶性肿瘤	(57)
第二十四节	喉咽肿瘤	(57)
第二十五节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(58)
第二十六节	矫正器治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 ..	(61)
第三章	喉的急性炎症性疾病	(75)
第一节	急性会厌炎	(75)
第二节	急性喉炎	(77)
第三节	小儿急性喉炎	(79)
第四节	小儿急性喉气管支气管炎	(80)
第五节	喉关节 炎	(81)
第四章	喉的慢性炎症性疾病	(83)
第一节	慢性喉炎	(83)
第二节	声带小结	(85)
第三节	喉息肉	(86)
第五章	喉的神经及精神性疾病	(87)
第一节	喉感觉神经性疾病	(87)
第二节	喉运动神经性疾病	(88)

第三节	小儿喉痉挛	(90)
第四节	癔病性失音	(91)
第六章	喉肿瘤	(93)
第一节	喉良性肿瘤	(93)
第二节	喉癌	(94)
第七章	喉的其他疾病	(11)
第一节	喉异物	(101)
第二节	喉水肿	(102)
第三节	喉囊肿	(103)
第四节	喉角化症及喉白斑病	(105)
第五节	喉淀粉样变	(106)
第六节	喉狭窄	(106)
第七节	喉阻塞	(107)
第八章	中耳疾病	(111)
第一节	大疱性鼓膜炎	(111)
第二节	分泌性中耳炎	(112)
第三节	急性化脓性中耳炎	(117)
第四节	急性乳突炎	(119)
第五节	儿童急性化脓性中耳炎及乳突炎	(121)
第六节	慢性化脓性中耳炎	(122)
第七节	耳硬化症	(128)
第八节	梅尼埃症	(131)

第二编口腔科疾病

第一章	牙体硬组织病	(138)
第一节	龋病	(138)
第二节	非龋性牙体硬组织病	(159)
第三节	牙痛	(169)

第二章 牙髓病	(178)
第一节 牙髓病的病因及分类.....	(178)
第二节 牙髓炎.....	(182)
第三节 牙髓坏死、坏疽	(187)
第四节 牙髓退变和特发性吸收.....	(190)
第五节 牙髓病治疗.....	(192)
第三章 根尖周病	(205)
第一节 根尖周病的病因.....	(205)
第二节 急性根尖周病.....	(208)
第三节 慢性根尖周炎.....	(211)
第四节 根尖周病的治疗.....	(214)
第四章 牙周病	(262)
第一节 牙周病病因学.....	(262)
第二节 牙周病的主要病状和病理.....	(270)
第三节 牙龈炎.....	(275)
第四节 牙龈增生.....	(280)
第五节 成人牙周炎.....	(281)
第六节 青少年牙周炎.....	(284)
第七节 快速进展性牙周炎.....	(286)
第八节 牙周病的治疗技术.....	(287)
第五章 乳牙牙髓尖周病	(314)
第一节 乳牙的应用解剖生理特点.....	(314)
第二节 乳牙牙髓病的特点.....	(315)
第三节 乳牙尖周病的特点.....	(316)
第四节 乳牙牙髓尖周病的治疗技术.....	(317)
第六章 年轻恒牙牙髓尖周病	(323)
第一节 年轻恒牙牙髓尖周病的临床特点.....	(323)
第二节 年轻恒牙活髓保存治疗的生物学基础.....	(324)
第三节 年轻恒牙活髓保存的治疗技术.....	(330)

第四节	牙本质桥·····	(332)
第五节	根尖诱导成形术·····	(333)
第七章	儿童时期的拔牙·····	(337)
第八章	颌面外科手术治·····	(341)
第一节	牙及牙槽外科技术·····	(341)
第二节	口腔颌面部间隙感染切开引流技术·····	(359)
第三节	唇组织缺损的修复术式·····	(365)
第四节	唇裂整复手技巧·····	(370)
第五节	腭裂修复手术技巧·····	(376)
第六节	美容外科技术·····	(384)
第七节	正颌外科技术·····	(394)

第一编 耳鼻咽喉科疾病

第一章 鼻部疾病

第一节 鼻源性并发症

鼻和鼻窦炎症脓涕向后流入咽部可引起咽和扁桃体炎症。其致病菌可直接蔓延,或经淋巴循环侵入下呼吸道引起喉炎、气管炎和支气管炎,免疫功能低下者还可引起肺炎。患有不动纤毛综合征(immobile cilia syndrome)者的鼻腔、鼻窦、气管和支气管的黏膜纤毛上皮细胞缺乏活动能力,丧失清除细菌的功能,故反复发作的鼻炎、鼻窦炎常常引起中耳炎、气管炎和支气管炎。

鼻和鼻窦炎症引起的眶内和颅内并发症,自抗生素问世和广泛应用以来,发生率已显著减少。尤其是鼻源性颅内并发症远较耳源性颅内并发症少见。但由于鼻源性眶内和颅内并发症的后果十分严重,本章做重点介绍。

第二节 鼻源性眶内并发症

鼻窦与眼眶密切的解剖关系是鼻窦炎引起眶内感染的基础与途径。鼻窦感染引发眶内并发症的机制是:①感染窦内细菌和脓液通过解剖途径累及眶内;②鼻窦外伤或手术损伤相邻眶壁;③机体免疫力

降低。

按疾病发生和演变的过程,鼻源性眶内并发症有5种类型:①眶内炎性水肿;②眶壁骨膜下脓肿;③眶内蜂窝织炎;④眶内脓肿;⑤球后视神经炎。此外,眶内并发症亦可由海绵窦血栓性静脉炎进而发展为颅内并发症(脑膜炎)。

【临床表现】

(1) 眶内炎性水肿(orbital inflammatory edema)又称眶骨壁骨炎和骨膜炎,是最轻和发生最早的鼻源性眶内并发症。首起症状是眼睑水肿和轻压痛。筛窦炎引起者水肿始于内眦,上颌窦炎引起者始于下睑,额窦炎引起者则始于上睑。无眼球运动受限、眼球突出、移位及视力减退等症状。

(2) 眶壁骨膜下脓肿(subperiosteal orbital abscess)发生在与鼻窦相邻之眶壁。鼻窦感染骨壁,先引起骨壁血栓性静脉炎,继而引起骨膜炎和死骨,进而形成骨膜下脓肿。前组鼻窦炎引起者可表现为眼睑充血、肿胀和压痛。筛窦炎引起者上述症状以内眦为重,上颌窦炎引起者以下睑为重,额窦炎引起者则以上睑为重。后组鼻窦炎引起者则以表现深部眶组织炎症的症状为主,如视力减退、眼球突出和眼球运动障碍等,眼睑症状多不明显。因蝶窦炎引起者可波及视神经孔和眶上裂,引起眶尖综合征(orbital apex syndrome)。且眶周皮肤感觉障碍、上睑下垂、眼球固定(眼肌麻痹所致)、复视甚至失明等症状。

眼球移位是常有之症状,其移位方向和程度视感染的来源、脓肿的部位和大小而定。筛窦炎引起者眼球向外移位,上颌窦炎引起者眼球向上移位,额窦炎引起者则眼球向外下移位。

本并发症一般有较重的全身症状。若及时治疗,可使之局限在骨膜下而治愈,或穿透眶隔膜自眼睑溃破、脓液引流而治愈。若病人抵抗力低下或未及时治疗,脓肿可穿破骨膜扩展至眶内引起眶内蜂窝织炎,后果严重。

(3) 眶内蜂窝织炎(orbital cellulitis)和眶内脓肿(orbital abscess)是最严重的鼻源性眶内并发症。局部表现为眼球明显突出、

眼球运动受限、视力锐减、球结膜水肿和眶深部剧痛,全身症状较重,可出现高热和白细胞增多。若炎症侵入眼球,则发生全眼球炎,视力丧失,炎症若沿眶内静脉向后发展则可引起海绵窦血栓性静脉炎和脑膜炎。

(4)球后视神经炎(retrobulbar neuritis) 蝶窦或后组筛窦的炎性病变(如鼻窦炎、黏液囊肿或脓囊肿)可引起球后段或管段视神经炎。蝶窦和后组筛窦外侧壁参与构成眶尖内侧壁和视神经管的内侧壁,此壁菲薄、甚至缺如,是蝶窦或后组筛窦炎性病变累及视神经、使之水肿的解剖学基础。临床表现为视力下降、甚至失明。鼻窦炎除个别外,一般不引起眶尖综合征。若是黏胶液囊肿或脓囊肿,则可能引起眶尖综合征。

【诊断】 根据慢性或急性发作的鼻窦炎病史、症状和体征(包括鼻窦影像学检查)以及眼部症状和体征,不难做出诊断。应注意小儿急性筛窦炎所致的眶内并发症须与急性泪囊炎鉴别。球后视神经炎临床表现为单纯视力下降或失明,常先求诊于眼科,鼻窦炎常被忽视。因此,无明确原因、反复发作、或常规药物治疗无效的球后视神经炎,应考虑是鼻源性球后视神经炎,及时的鼻窦CT扫描有助于诊断。

【治疗】

(1)眶骨壁骨炎和骨膜炎的治疗,主要侧重于积极治疗急性鼻窦炎。足量抗生素及加强鼻窦通气引流,多数能治愈。必要时可辅以上颌窦穿刺冲洗术。急性鼻窦炎的迅速缓解可使本并发症随之消退。

(2)眶壁骨膜下脓肿一经形成,则应先切开引流,同时加强全身抗生素治疗和促进鼻窦通气引流,待感染控制后再行鼻窦手术。

(3)眶内蜂窝织炎和眶内脓肿的治疗,应及时施行鼻窦手术,同时广泛切开眶骨膜以利引流。同时要加强全身抗生素治疗。

(4)鼻源性球后视神经炎的治疗,应及早施行筛窦和蝶窦开放术,术后不填塞鼻腔以利引流。重症者须同时行视神经减压术。手术前后全身应用抗生素、糖皮质激素和神经营养药物,以控制感染和减

轻视神经水肿,促进视神经恢复。

应注意,上述眶内并发症可相互转化,应以眼球突出和视力下降的程度作为估计病情轻重的依据。

第三节 鼻源性颅内并发症

鼻腔和鼻窦与颅底密切的解剖学关系是发生鼻源性颅内并发症的基础:①骨壁:鼻腔顶壁(筛板)、筛窦顶壁和额窦后壁均是前颅底骨壁结构,这些结构可有先天缺损,鼻腔和鼻窦黏膜与硬脑膜相贴。②血管:额窦黏膜的静脉与硬脑膜和蛛网膜的静脉相通,额骨板障静脉汇入上矢状窦,蝶骨板障静脉汇入海绵窦。③神经:嗅神经鞘膜是硬脑膜的延续,鞘膜下间隙与硬脑膜下间隙存在潜在交通。因此,鼻腔和鼻窦感染可经上述解剖学关系进入颅内。

鼻源性颅内并发症的机制是:①感染窦内细菌和脓液通过解剖途径累及颅内;②鼻腔与鼻窦的外伤、手术损伤或异物损伤累及颅内;③机体免疫力降低。

额窦和筛窦炎引起者居首,蝶窦炎引起者次之,上颌窦炎引起者少见。

按鼻源性感染途径和病情程度的不同,鼻源性颅内并发症可分为硬脑膜外脓肿、硬脑膜下脓肿、化脓性脑膜炎、脑脓肿、海绵窦血栓性静脉炎等。应注意可能有2~3种颅内并发症同时发生,亦可能合并眶内并发症一起发生,如急性额窦炎可同时引起骨髓炎、骨膜下脓肿、硬脑膜外脓肿和脑脓肿、眶骨膜下脓肿和眶内感染。

【临床表现】

(1)硬脑膜外脓肿(epidural abscess)常继发于急性额窦炎和额骨骨髓炎。除原发病症状外,头痛加重,卧位尤剧,并有呕吐、脉缓等颅内压增高表现。由额骨骨髓炎引起者,前额部出现波特隆起(Pott puffy tumour)。脑脊液检查一般无异常或仅有反应性蛋白增多。

(2)硬脑膜下脓肿(subdural abscess)为硬脑膜下腔弥漫性或包裹性积脓。常同时合并有化脓性脑膜炎或其他颅内感染。表现头痛、发热、颅内压增高及脑脊液细胞数和蛋白量增高。本病缺乏特异性症状,故须借助CT扫描或MRI确诊。

(3)化脓性脑膜炎(purulent meningitis)若因鼻颅联合外伤、鼻部手术损伤前颅底、或在感冒时游泳引起者,一般发病较急。若由鼻窦炎引起者,一般发病缓慢。症状和体征与其他原因引起的脑膜炎基本相似。

(4)脑脓肿(brain abscess)多见由额窦炎引起额叶脓肿,蝶窦炎引起颞叶脓肿者则少见。有报告个别病例引起脑下垂体脓肿。临床表现为头痛、呕吐、视盘水肿和视神经萎缩。因额叶为大脑静区,定位性体征常不显著,有时首起症状为性格改变或后天获得性复杂动作障碍,如书写不能、失读症等。脓肿位于左侧额叶前部或累及额叶小脑束时,可出现小脑症状;如眩晕、运动失调、轮替运动不能、自发性眼震和对侧迷路冷热试验反应增强等。脓肿位于额叶后段影响前中央回时,则出现对侧肢体抽搐或瘫痪。CT扫描对诊断有重要价值,表现为额叶有一周围边缘密度较高的低密度影。

(5)海绵窦血栓性静脉炎(thrombophlebitis of the cavernous sinus)本病以鼻疳引起者多见,蝶窦炎和鼻源性眶内并发症亦可引起本病。先出现脓毒血症症状,进而出现眼静脉回流受阻症状和第Ⅰ~Ⅵ脑神经麻痹症状。因两侧海绵窦互相交通,晚期可累及对侧。若合并化脓性脑膜炎者,死亡率较高。

【预防】 上呼吸道感染时切忌游泳和跳水。鼻腔和鼻窦急性感染期应避免鼻部手术。若必须手术,应禁用刮匙搔刮骨壁黏膜,以免骨壁感染发生骨髓炎。注意改善鼻腔和鼻窦通气引流。鼻窦手术和鼻窦外伤后的鼻腔和鼻窦填塞不应超过48h。脑脊液鼻漏者应及时应用足量容易透过血脑屏障的抗生素。

【治疗】 应施行感染鼻窦的手术。对引起硬脑膜外脓肿者,手术中应去除坏死的鼻窦壁直至正常范围,广泛暴露硬脑膜,使脓肿充分引

流。对硬脑膜下脓肿者须切开硬脑膜彻底排脓并冲洗。对任何颅内并发症均须给予足量的可透过血脑屏障的抗生素,并辅以积极的支持治疗。对化脓性脑膜炎者可施行腰椎穿刺放出适量脑脊液以降低颅内压。对海绵窦血栓性静脉炎者还须考虑应用抗凝剂。

第四节 真菌性鼻—鼻窦炎

真菌性鼻—鼻窦炎(fungal rhino sinusitis, FRS)是鼻科临床常见的一种特异性感染性疾病。传统观点认为,FRS多在机体长期使用抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂或接受放射治疗等情况下发生,也可在一些慢性消耗性疾病如糖尿病、烧伤致机体抵抗力下降时发生。但近年来发现,在健康个体体检中亦发现FRS,表明这些真菌也可以在机体抵御侵袭能力下降的某一局部致病。近年,FRS的发病率有上升趋势,可能与抗生素的广泛使用、环境污染有关,也可能由于体检工作普遍开展、影像学的进步使FRS发现率提高。由于引起致病的真菌种类不同,FRS的临床类型、诊断、治疗及效果均有各自的特点。临床上最常见的是曲霉菌病。鼻脑型毛霉菌病虽较少见,但病情凶险、发展迅速、死亡率较高。

【病因】较常见的致病真菌是曲霉菌(*aspergillus*),其他有念珠菌(*monilia*, Seeber)鼻孢子菌(*rhinosporidium* Seeberi)、毛霉菌(*mucoraceae*)和申克(*Schenck*)孢子丝菌(*sporotria* Schenck)等。曲霉菌是子囊菌类真菌,在自然界广泛分布。曲霉菌是条件致病菌,只在机体抵抗力下降或某一部位(如鼻窦)抵御侵袭能力降低时致病。致病的曲霉菌主要有烟色曲霉菌(*A. fumigatus*)和黑色曲霉菌(*A. nigræ*),以前者最常见。可单种曲霉菌感染,亦可两种或两种以上曲霉菌合并感染。曲霉菌感染与职业有关,较多见于鸟鸽饲养员、粮仓管理员、农民、酿造业工人。

【临床类型与病理】FRS的临床类型是以其病理学为依据的。

从病理学角度分为两大类型：非侵袭型真菌性鼻—鼻窦炎(noninvasive fungal rhino—sinusitis, NIFRS)和侵袭型真菌性鼻—鼻窦炎(invasive fungal rhino—sinusitis, IFRS)。非侵袭型者又依据其不同病理改变分为真菌球(fungus ball, FB)和变应性真菌性鼻—鼻窦炎(allergic fungal rhinosinusitis, AFRS)，侵袭型者则分为急性侵袭性真菌性鼻—鼻窦炎(acute invasive fungal rhinosinusitis, AIFRS)和慢性侵袭性真菌性鼻—鼻窦炎(chronic invasive fungal rhinosinusitis, CIFRS)。

1. NIFRS 病理学特征

真菌感染局限在鼻窦腔内，黏膜和骨壁内无真菌侵犯。

FB 鼻窦内病变大体特征如肉芽肿样、干酪样或坏死样物，呈暗褐或灰黑色团块状。鼻窦内病变不断增大可压迫窦壁骨质变薄或吸收。镜下特征是见大量真菌菌丝、孢子、退变的白细胞和上皮细胞。鼻窦黏膜水肿或增生，但无真菌侵犯。

AFRS 鼻窦内病变大体特征为一坚硬、易碎或黏稠如湿泥状物，黄绿色或棕色。镜下特征(HE 染色)表现为在无定形淡嗜酸性或淡嗜碱性变应性黏蛋白(mucin)，以及在其中分布着大量的嗜酸细胞及夏—莱(Charcort—Leyden)结晶。嗜酸细胞或散在分布，或聚集成大小不等的簇；散在者常呈破裂状，其颗粒散于黏蛋白中，但仍然围绕着核，聚集成簇者常呈核固缩和胞浆深橙色的退变状态。夏—莱结晶大小不一，呈淡橙色，横切面呈六角形，纵切面则呈角锥形或纺锤形；分布于退变的嗜酸细胞簇之间，多靠近较大的簇。病变组织 Gomori 染色(六胺银染色)可见大量真菌菌丝，或单个或成簇状分布。鼻窦黏膜表现水肿或增生，然无真菌可见。

近年，欧美学者的研究发现：92%~96%慢性鼻—鼻窦炎、鼻息肉病的鼻分泌物中真菌培养阳性，94%~96%慢性鼻—鼻窦炎的黏液索中大量嗜酸细胞聚集成簇，73%~81%慢性鼻—鼻窦炎手术后标本中能鉴别真菌。鉴于上述发现，学者们认为，以往认为 AFRS 是 IgE 介导的 I 型变态反应是错误的。提议 AFRS 改称为嗜酸性细胞性真