

东南大学出版社

耳鼻
咽喉科

SANJI「三基」训练指南

主编：黄志纯

医疗机构医务人员

医疗机构医务人员三基训练指南

耳鼻咽喉科

东南大学出版社

• 南 京 •

图书在版编目(CIP)数据

医疗机构医务人员三基训练指南.耳鼻咽喉科分册/
黄志纯主编. —南京:东南大学出版社,2005.5

ISBN 7-81089-882-5

I. 医... II. 黄... III. ①医药卫生人员—技术培训—教材②耳鼻咽喉科—医药卫生人员—技术培训—教材 IV. R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 027301 号

东南大学出版社出版发行
(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 溧阳市晨明印刷有限公司印刷
开本:850mm×1168mm 1/32 总印张:10.5 总字数:282 千字

2005 年 5 月第 1 版 2005 年 5 月第 1 次印刷

印数:1~4000 册 总定价:30.00 元(共 3 本)

(凡因印装质量问题,可直接向发行部调换。电话:025-83795801)

医疗机构医务人员三基训练指南

编委会

主任委员 唐维新

副主任委员 郑必先 李少冬 卢晓玲

委员 (以汉语拼音为序)

蔡忠新	曹金海	陈鼎荣	陈险峰
丁义涛	段金廛	范钦和	方佩英
洪志诚	胡勤刚	胡娅莉	黄峻
黄志纯	蒋忠	李照金	励建安
刘乃丰	刘沈林	刘歆农	刘彦群
陆凤翔	陆少林	潘淮宁	眭元庚
孙邦贵	谭钊安	童明庆	王德杭
王勤	王铀生	温端改	徐鑫荣
易学明	俞军	袁南荣	张金宏
张钟灵	赵淮跃	赵伟	周建农
周伟			

秘书 张金宏(兼) 俞荣华

医疗机构医务人员三基训练指南

耳鼻咽喉科

编写人员

主 编 黄志纯

副主编 高 下 邢光前 张 南

编 委 (按姓氏笔画为序)

马 俭 王登元 冯 旭 邢光前

孙宝宾 张 南 张 倩 陈志斌

高 下 顾建兴 钱晓云 黄志纯

戴艳红

序

掌握基础理论、基本知识和基本技能(简称“三基”)是医疗机构医务人员为广大患者服务的基本功,是提升医务人员业务素质,提高医疗质量,保证医疗安全最基本的条件。江苏省卫生厅曾于1993年编发《江苏省临床医生三基训练标准》(以下简称《标准》)和《江苏省各级医院临床医生三基训练复习题解》(以下简称《题解》),作为各级医院评审过程中的三基训练和三基考核的参考用书。十多年来,《标准》和《题解》对提高医务人员业务素质和医疗质量发挥了重要作用。由于医学科学技术的迅猛发展,人民群众医疗需求的日益增长,《标准》和《题解》的内容已显得滞后。为此,从今年3月起,江苏省卫生厅委托省医院管理学会组织全省临床各科专家在《标准》和《题解》基础上,重新编写这套三基训练指南,该《指南》内容上有较大扩充,尤其是充实了十多年来各科的新理论、新知识和新技能,使全书内容丰富、新颖、全面、科学,是全省医务人员必读的工具书、“三基”培训的指导书、医疗机构评审中“三基”考核的参考书,也是医务人员规范化培训、在职教育、医学院校实习生“三基”训练的参考书。相信它们会成为广大医务人员的良师益友。

《医疗机构医务人员三基训练指南》包括16个分册,即内科分册、外科分册、妇产科分册、儿科分册、眼科分册、耳鼻咽喉科分册、口腔科分册、皮肤性病科分册、传染科分册、急诊科分册、康复科分册、临床检验科分册、病理科分册、医学影像科分册、药学分册、医院管理分册。为便于各科医务人员阅读,各分册自成一册,内容上相对独立。

《医疗机构医务人员三基训练指南》的编撰出版,倾注了各分册主编和编写人员的大量心血,也得益于各医院的大力支持,在此

表示衷心感谢。由于本书编撰工作量大,时间紧,不完善之处在所难免,请读者批评指正,以便再版时进一步完善。

唐维新

2004 年 11 月

前 言

为适应临床医师三基训练的要求,受江苏省卫生厅和江苏省医院管理学会的委托,编写了《医疗机构医务人员三基训练指南——耳鼻咽喉科》一书。本书根据江苏省医院管理学会的要求,坚持规范性、基础性及概要性的原则,主要内容在参照江苏省卫生厅 1993 年下发的《江苏省临床医生三基训练标准》及《江苏省各级医院三基训练复习题解》,并根据近年来耳鼻咽喉科的发展有所增减,在具体内容上,主要参考《耳鼻咽喉科》(第五版)及本学科权威的参考书,力求在“三基”上反映本学科近年来的进展。

本书分三个部分:基础理论、基本知识和基本技能,每一部分都力求简明扼要,反映核心内容,读者若需要进一步学习,可在本指南基础上参考相关书籍。

本书在编写过程中,得到江苏省卫生厅、江苏省医院管理学会的大力支持和参加编写的各位专家的通力协作,在此表示深深的感谢!

由于编者水平有限,本书难免存在一些缺点和不足,敬请读者不吝赐教与指正。

黄志纯

2004 年 11 月

目 录

第一篇 基础理论

一、耳的应用解剖和生理	(1)
二、听力学基本理论	(1)
三、临床听力检测应用原理	(2)
四、前庭功能检查	(3)
五、鼓室成形术的基础理论	(4)
六、人工耳蜗应用原理	(4)
七、听力及前庭康复基础理论	(4)
八、鼻的应用解剖和生理	(5)
九、鼻内窥镜外科基本理论	(6)
十、咽的应用解剖和生理	(6)
十一、喉的应用解剖和生理	(7)
十二、阻塞性呼吸困难的病理生理	(8)
十三、嗓音医学基本概念	(8)
十四、气管、食管的应用解剖和生理	(9)
十五、颈部的应用解剖	(10)
十六、吞咽困难的病理生理	(10)
十七、耳鼻咽喉内窥镜的应用原理	(11)
十八、耳鼻咽喉影像诊断学	(11)
十九、耳鼻咽喉疾病常用局部药物	(12)
二十、耳鼻咽喉恶性肿瘤 TNM 分期	(12)
二十一、耳鼻咽喉恶性肿瘤的综合治疗原则	(13)
二十二、头颈部手术常用修复皮瓣	(13)
二十三、颅底外科	(13)

二十四、耳鼻咽喉免疫学基本理论	(14)
二十五、耳鼻咽喉常见致病菌	(14)
二十六、耳鼻咽喉疾病常见症状	(15)
二十七、耳鼻咽喉常见特殊性感染	(17)
二十八、地卡因中毒的预防和处理	(18)
二十九、耳鼻咽喉头颈外科历史、现状、进展与展望	(18)

第二篇 基本知识

第一章 鼻科基本知识	(20)
一、急性鼻炎	(20)
二、慢性鼻炎	(21)
三、萎缩性鼻炎	(22)
四、变应性鼻炎	(23)
五、急性鼻窦炎	(23)
六、慢性鼻窦炎	(25)
七、儿童慢性鼻窦炎	(26)
八、鼻—鼻窦真菌病	(27)
九、鼻源性并发症	(29)
十、鼻息肉	(31)
十一、鼻出血	(32)
十二、鼻外伤	(33)
十三、鼻中隔偏曲	(35)
十四、鼻囊肿	(35)
十五、鼻及鼻窦良性肿瘤	(37)
十六、鼻及鼻窦恶性肿瘤	(39)
十七、恶性肉芽肿	(40)
第二章 咽科基本知识	(42)
一、急性咽炎	(42)
二、慢性咽炎	(43)
三、急性扁桃体炎	(44)

四、慢性扁桃体炎	(45)
五、扁桃体周脓肿	(46)
六、咽后脓肿	(47)
七、咽旁脓肿	(48)
八、腺样体肥大	(49)
九、咽异感症	(50)
十、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(51)
十一、鼻咽纤维血管瘤	(52)
十二、鼻咽癌	(53)
十三、扁桃体恶性肿瘤	(54)
第三章 喉科基本知识	(55)
一、急性喉炎	(55)
二、小儿急性喉气管支气管炎	(55)
三、急性会厌炎	(57)
四、慢性喉炎	(58)
五、声带小结和声带息肉	(58)
六、喉外伤	(59)
七、喉狭窄	(60)
八、会厌囊肿	(61)
九、喉返神经麻痹	(61)
十、喉阻塞	(62)
十一、喉乳头状瘤	(64)
十二、喉癌	(65)
第四章 食管和气管基本知识	(67)
一、食管异物	(67)
二、颈段食管癌	(68)
三、食管腐蚀伤	(68)
四、气管、支气管异物	(70)
五、气管肿瘤	(71)
第五章 耳科基本知识	(72)

一、先天性耳前瘻管	(72)
二、先天性外耳及中耳畸形	(72)
三、耳廓假性囊肿	(73)
四、耳廓化脓性软骨膜炎	(74)
五、颞骨骨折	(74)
六、鼓膜外伤	(75)
七、外耳道炎	(76)
八、大疱性鼓膜炎	(77)
九、分泌性中耳炎	(77)
十、急性化脓性中耳炎	(78)
十一、慢性化脓性中耳炎	(79)
十二、周围性面瘫	(80)
十三、耳源性颅内、外并发症	(81)
十四、听神经瘤	(82)
十五、耳硬化	(83)
十六、梅尼埃病	(84)
十七、眩晕的鉴别诊断	(86)
十八、突发性耳聋	(87)
十九、听力损失的分类、感音神经性听力损失的鉴别诊断	(88)
二十、听力障碍的防治	(88)
二十一、中耳癌	(89)
第六章 头颈外科基本知识	(91)
一、甲状舌管囊肿及瘻管	(91)
二、腮裂囊肿及瘻管	(91)
三、甲状腺癌侵及气管及食管的处理	(92)
四、颈部肿块	(93)

第三篇 基本技能

一、音叉试验	(95)
二、冷热试验	(96)

三、咽鼓管功能检查法	(96)
四、咽鼓管吹张术	(97)
五、鼓膜穿刺、切开及置管术	(98)
六、鼓膜修补术	(98)
七、乳突根治术	(99)
八、面神经减压术	(100)
九、鼻功能检查法	(101)
十、鼻窦体位引流法	(102)
十一、鼻窦置换疗法	(102)
十二、鼻内窥镜检查法	(103)
十三、前、后鼻孔填塞法	(104)
十四、上颌窦穿刺术	(105)
十五、下鼻甲成形术	(106)
十六、鼻内窥镜手术	(107)
十七、柯陆氏手术	(108)
十八、鼻侧切开术	(109)
十九、颈外动脉结扎术	(110)
二十、鼻中隔黏膜下切除术	(111)
二十一、鼻骨骨折复位术	(112)
二十二、咽喉疾病蒸气或雾化吸入给药法	(113)
二十三、扁桃体周围脓肿穿刺及切开术	(113)
二十四、扁桃体切除术	(114)
二十五、腺样体切除术	(115)
二十六、悬雍垂腭咽成形术	(116)
二十七、鼻咽部活检术	(117)
二十八、纤维喉镜检查法	(117)
二十九、间接喉镜下喉部活检术	(118)
三十、直接喉镜检查及喉部活检术	(119)
三十一、气管切开术	(119)
三十二、喉垂直部分切除术	(120)

三十三、喉水平部分切除术	(121)
三十四、喉全切除术	(122)
三十五、颈清扫术	(123)
三十六、喉显微手术	(123)
三十七、食管镜检查法	(124)
三十八、支气管镜检查法	(125)
三十九、耳鼻咽喉特殊治疗法	(126)

第一篇 基础理论

一、耳的应用解剖和生理

(一) 耳的应用解剖(applied anatomy of ear)

耳包括外耳、中耳和内耳三部分,其中外耳道骨部、中耳、内耳和内耳道都包含在颞骨中。

1. 外耳包括耳廓及外耳道。外耳道长 2.5~3.5 cm,软骨部占 1/3,骨部占 2/3。

2. 中耳包括鼓室、咽鼓管、鼓窦及乳突 4 个部分。鼓室为颞骨内不规则的含气腔,分上、中、下三部分。鼓室内有听小骨、鼓室肌、韧带以及鼓索神经,借咽鼓管与鼻咽部相通。

3. 内耳又称迷路。依解剖和功能可分为前庭、耳蜗和半规管三个部分,组织学上分为骨迷路和膜迷路。膜迷路位于骨迷路内,含有听觉和位觉感受器,骨迷路由致密骨质组成。膜迷路内含内淋巴液,骨迷路和膜迷路之间充满外淋巴液,内、外淋巴液互不交通。

(二) 耳的生理(physiology of ear)

1. 外耳生理:收集声波到外耳道,对声波增压及声源定位作用。

2. 中耳生理:传声功能及声阻抗匹配作用。

3. 内耳生理:声能转换为生物电能及产生声能的作用,参与维持身体平衡。

二、听力学基本理论

听力学是研究听觉生理、病理的一门学科。人类的听觉器官极为精密,听觉产生过程也很复杂。声音传入内耳的途径有气导和骨导,以气导为主。研究听觉的生理、病理过程必须有基础学科

和边缘学科的知识,如生物物理学、电生理学、显微解剖学、超微量生物化学测定技术、电子技术及分子生物学等。听力障碍主要有传导性、感音神经性及混合性听力损失,其原因除各种引起听力损失的疾病外,噪声、耳毒性药物、年龄老化、遗传等亦是常见致聋原因。测听技术是听力学研究的重要内容之一,目前临床常用的测听技术有纯音测听、声导抗测试、电反应测听及耳声发射检测等。听力保护和听力重建也是听力学研究的内容。以药物或手术方法恢复或重建听力,主要是耳科学的任务;听力学则着重于非药物或非手术处理,例如助听器的选配、听觉训练、唇读等。

三、临床听力检测应用原理

(一) 纯音测听

通过音频振荡发生不同频率和强度的纯音,测试听觉范围内不同频率的听敏度,对听力损失的类型和病变部位作出初步诊断。

1. 传导性听力损失:骨导(BC)正常,气导(AC)下降;AC、BC 间距通常大于 20 dB;AC 下降不超过 60~65 dB。

2. 感音神经性听力损失:AC、BC 同步下降;AC、BC 间距小于 20 dB。

3. 混合性听力损失:AC、BC 均有下降,以气导下降为主;AC、BC 间距大于 20 dB。

(二) 声导抗测试

通过测量中耳传音机构的声阻抗——导纳来客观评估中耳和脑干听径路功能的方法。

1. 鼓室功能曲线:能了解中耳功能情况。鼓室压图常见的有 A 型、B 型、C 型等。

2. 静态声顺:代表中耳传音系统的活动度,正常值为 0.3~1.67 ml。

3. 镫骨肌反射:强声(听阈上 70~100 dB)刺激可引起镫骨肌反射性收缩,使鼓膜、听骨链劲度增加,减少声音向内耳传导。一侧声刺激可导致双侧镫骨肌反射性收缩。

(三) 听性脑干反应测听

听性脑干反应测听(ABR)是一种检测听觉系统与脑干功能的客观测听方法。分析指标中Ⅰ、Ⅲ、Ⅴ波最重要。评判标准:Ⅴ波反应阈(正常为30 dBnHL)及潜伏期;Ⅰ波潜伏期1.5~2 ms;中枢传导时间<4.6 ms;双耳波Ⅴ波潜伏期差<0.4 ms。

(四) 耳声发射检测

耳声发射检测(OAE)是一种产生于耳蜗、经听骨链和鼓膜逆向传导并释放到外耳道内的音频能量,能反映耳蜗外毛细胞功能,且较纯音测听更为敏感。OAE检测可用于蜗性损害的早期监测、感音神经性听力损失的定位诊断、新生儿听力筛查。耳声发射分类:自发性耳声发射(TEOAE)、诱发性耳声发射(DPOAE)。

四、前庭功能检查

前庭功能检查(examination of vestibule function)是指通过一些特殊的测试方法,了解前庭功能是否正常、前庭功能障碍的程度、病变的侧别、障碍的部位等。前庭神经系统和小脑、脊髓、眼、植物神经等有着广泛的联系。

(一) 平衡功能检查

1. 闭目直立检查法(Romberg test):平衡功能正常者无倾倒,为阴性。迷路或小脑病变者出现自发性倾倒。

2. 过指试验(past-pointing):迷路病变者双臂偏向眼震慢相侧,小脑病变时仅一侧上臂偏移。

3. 行走试验:偏差角度大于90°示双侧前庭功能有显著差异,中枢性病变者常有特殊的蹒跚步。

4. 瘘管试验:出现眼球偏斜或眼震伴眩晕感为阳性。

5. 姿势描记法:包括静态和动态姿势描记两种。

(二) 眼震检查

通过观察眼球震颤来检测前庭眼动反射(VOR)径路、视眼动反射径路和视前庭联系功能状态。前庭性眼震由交替出现的慢相和快相组成。慢相为眼球转向某一方向的缓慢运动,由前庭刺激