

临床诊断彩色图谱系列

施惠斌等 翻译 何金绶 审校

Color Atlas of

**耳鼻咽喉科学诊断
彩色图谱**

E.N.T. Diagnosis

Tony R Bull 编著

Mosby International 授权

天津科技翻译出版公司出版

0360885 R760.4-6411

Color Atlas of
E.N.T. Diagnosis

Third edition

**耳鼻咽喉科学
诊断彩色图谱**

[英] Tony R Bu11 编著

译者 施惠斌 王 谨 魏 玲

审校 何金绶

Mosby International 授权
天津科技翻译出版公司出版

著作权合同登记号：图字：02-2000-74

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉科学诊断彩色图谱/(英)布尔(Bull,T.R.)编著;施惠斌,王谨,魏玲译. —天津:天津科技翻译出版公司, 2001.1

书名原文: Color Atlas of E.N.T. Diagnosis

ISBN 7-5433-1255-7

I.耳… II.①布… ②施… ③王… ④魏… III.耳鼻咽喉病-诊断-图谱
IV.R760.4-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2000)第42745号

Copyright © Mosby, an Imprint of Mosby International Limited
Mosby is now part of Harcourt Publishers Limited
ISBN 0 7234 2152 8

All rights reserved.No reproduction,copy or transmission of this publication may be made without written permission

中文简体字版权属天津科技翻译出版公司

授权单位: Mosby International

出版: 天津科技翻译出版公司

出版人: 边金城

地址: 天津市南开区白堤路244号

邮政编码: 300192

电话: 022-23693561

传真: 022-2369476

E-mail: tsttbc@public.tpt.tj.cn

印刷: Vincenzo Bona s.r.l.,Turin

发行: 全国新华书店

版本记录: 787×1092 32开本 8印张 213千字

2001年1月第1版 2001年1月第1次印刷

印数:4000册 定价:78元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

前言

前版《耳鼻咽喉科学诊断彩色图谱》出版发行已经有8年,在这段时间内,很多耳与鼻窦疾病的放射学研究和外科手术又有了进一步发展,所以也就需要一种更新的版本,这也就是重新出版的理由。

CT扫描和磁共振成像在很多头颈耳鼻喉病理诊断上已成常规。用光导纤维仪器检查上呼吸道已标准化,用内窥镜技术检查鼻窦腔为现代鼻外科手术打开了通道,它更加精确,尤其对筛窦手术。

这本图谱的基础版式并未改变,其目的在于用一种简明文字的专业图片来帮助检查诊断。原意不是成为一本有插图的教科书,如需要对所列疾病更深入的知识,可参考更大本的教科书。

这次修订图谱,我希望能够继续提高医学生对本专业的兴趣。也给耳鼻喉科实习生、一般医务人员和事故处理者提供有用的实用知识,事故处理者经常会遇到耳鼻喉情况,也希望给信息专业者提供参考信息。

T. R. Bull

中文版前言

我公司继去年从世界一流医学出版社——英国 Mosby International 公司引进出版了临床诊断彩色图谱系列——《内科病皮肤表现诊断彩色图谱》、《全身体征诊断彩色图谱》、《儿科诊断彩色图谱》、《妇产科诊断彩色图谱》、《性传播疾病诊断彩色图谱》、《心血管病体征诊断彩色图谱》、《心脏病诊断彩色图谱》之后，今年又引进出版了该系列的《皮肤病学诊断彩色图谱》、《耳鼻咽喉科学诊断彩色图谱》、《传染病学诊断彩色图谱》、《口腔内科学诊断彩色图谱》、《新生儿学诊断彩色图谱》、《医学真菌学诊断彩色图谱》、《医学微生物学诊断彩色图谱》、《口腔颌面部疾病诊断彩色图谱》、《乳腺疾病诊断彩色图谱》。

这套图书的原作者都是目前享誉世界医学领域各学科权威人士，不仅在发病机理理论、诊断技术和治疗手段方面颇有建树，而且都有多年从事临床的丰富经验。因此，这套图书在学术上具有先进水平，在病因学、病理学、诊断学、治疗学诸方面具有权威性。本套图书所提供的大量照片都是由国外医务工作者采用高超的技术在特定环境下拍摄的，多数是在世界范围内首次发表，极其珍贵，既清晰准确，又具有典型性、规范性，在学术上很有价值。

本套图书由我公司组织国内医学领域的各科专家学者翻译、审校。为保证中文版图书印装质量，达到与原版图书同样的高质量印装水准，我公司特委托原出版公司安排在国外印装。

由于我们水平有限，且翻译制作时间紧迫，可能会有不妥或不当之处，敬请同仁赐教。

编委会

主任 边金城

成员 周兆佳 袁永 邢淑琴 蔡颢 赵丽琴
张毓青 刘庆 李小英 朱金华 刘子媛



Morrell Mackenzie 爵士

此幅严峻画像是苏格兰医生Morrell Mackenzie 爵士。他率先将耳鼻喉科作为一门专业，并且写了第一本鼻科学和喉科学标准教科书。Mackenzie 爵士1863年在伦敦创建了第一所耳鼻喉科医院（即今皇家耳鼻喉医院）。他在该院治疗的最常见疾病为喉结核。当时此病是笃定致命的，现在已少见且可治愈。

目录

前言	vii	腺样体	100
中文版前言	viii	创伤	102
		炎症	121
第一章 耳鼻咽喉检查	1	息肉	135
		鼻出血	140
耳检查	4	肿瘤	144
鼻检查	26		
咽喉检查	34	第四章 咽喉科学	153
第二章 耳科学	41		
		口咽部、口和唇	154
耳郭	42	舌	166
外耳道	58	咽峡和扁桃体	174
鼓膜和中耳	68	喉	199
显微手术	90	喉咽部和食管	220
面瘫	91	第五章 头颈外科学	225
第三章 鼻科学	93		
		涎腺	226
畸形	94	颈部肿胀	233
囊肿	96	索引 (Index)	240

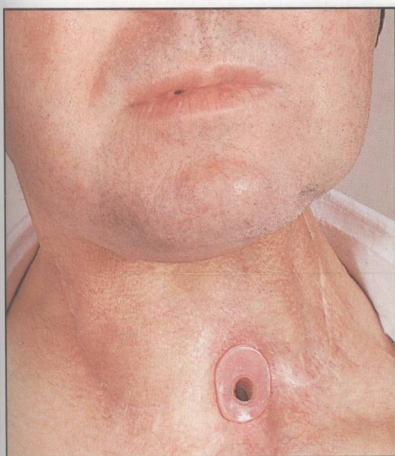


图 446 喉全切除术伴左侧颈清扫术

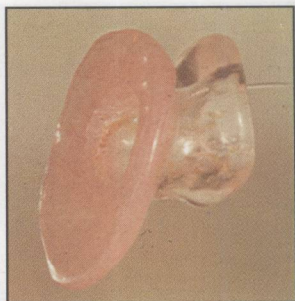


图 447 气管造口栓
有时气管造口术后出现狭窄，可使用一个较小气管造口栓。

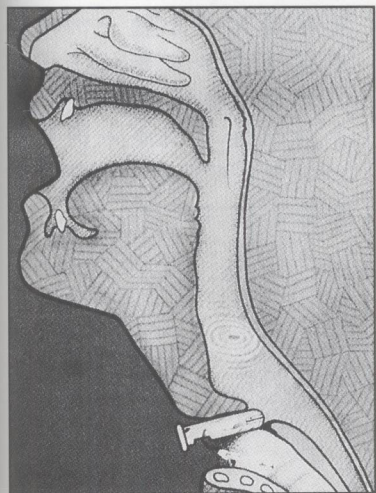


图 448 Blom-Singer 发音装置
如图解所示安置在气管造口上端食管新开口内。此发音装置可以在喉切除术时或术后，当病人不能发出连贯语言时安置。

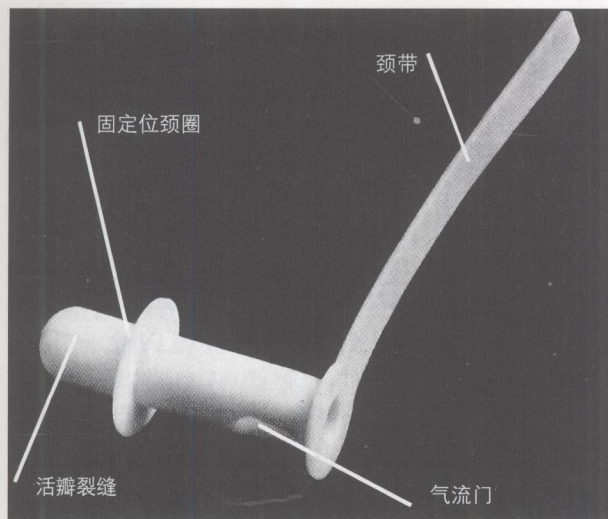


图 449 Blom-Singer 发音装置



图 450 喉切除术后标本
标本显示一个较大的喉癌
蔓延至右侧声带的上方和
下方及过中线到左侧喉部。
并显示在喉切除术时切除
的舌骨、甲状软骨、环状软
骨及上部气管环。

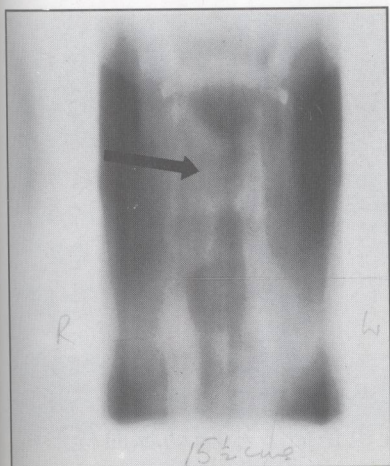


图 451、452 喉部 X 线断层片 此 X 线片有助于确定肿瘤范围。图 451(左)显示一个蔓延的喉癌图 452(右)显示一个较大的带蒂的声门上肿物，证实为纤维瘤——一种少见的喉良性肿瘤。

声音嘶哑

声音嘶哑可由于**声带麻痹**引起，左侧声带较多见。间接喉镜检查或纤维喉镜检查时发现在发音时声带不活动。虽然暂时性特发性声带麻痹是一个最常见的原因，但是胸部疾病时累及左侧喉返神经应被除外。在主动脉弓区的任何肺门淋巴结病变都可以累及神经，如继发于肺癌者。二尖瓣狭窄时左心房扩大及主动脉动脉瘤或肺动脉高压时扩大的肺动脉也可以压迫左侧喉返神经并引起声音嘶哑。

严重的外伤及甲状腺癌或外科手术偶尔也可以引起喉返神经损伤。中枢病变，或病变靠近颈静脉孔累及迷走神经，也可以引起声带麻痹，另外，声音嘶哑也是后下小脑动脉血栓形成的症状之一。

喉部正常而声音嘶哑，特别是发音如耳语，是一个功能性失声问题。**癔病性失声症**在年轻妇女中不少见，并且是由一轻的心理障碍引发的。**语言学家**的治疗有效，而不需精神病学家的治疗。难以理解的声音改变或声音嘶哑也可以是由于**癔病性发音困难**引起的。

发音外科

显微外科技术对于声音嘶哑恢复正常是有效的。声带上或声带内的微小病变可以被精确地切除或摘除。

发音外科特别应用于对已确诊的声带麻痹的治疗。声音减弱及“带较大呼吸声”是因为声门在发音时不能完全关闭。使声带内移(移向中线)或增大已固定声带的体积，能使声门完全关闭并得到正常或接近正常的声音。

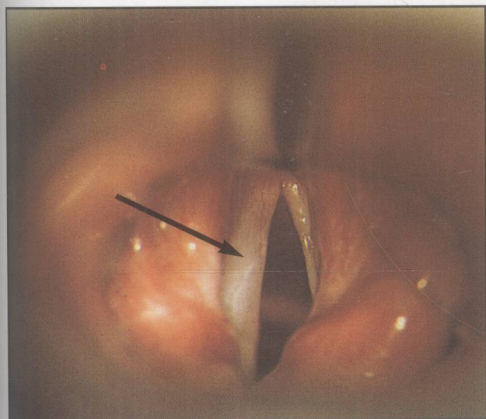


图 453 左侧声带麻痹
间接喉镜检查可见左侧声带麻痹位置接近中线(箭头处), 发音时无声带活动(见图 66)。

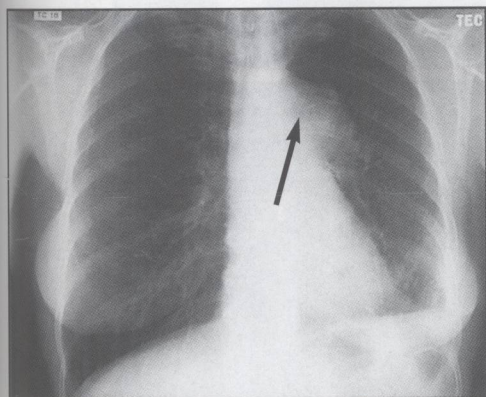


图 454 主动脉动脉瘤
的 X 线片(箭头处) 压迫左侧喉返神经引起神经麻痹及声音嘶哑。

喉显微外科

把显微镜应用到直接喉镜，极大地增加了喉部外科的范围和精确性。此技术可切除所有的喉部小的良性病变。可准确地对从可疑部位进行恶性病变的活组织检查，对邻近组织损伤最小。

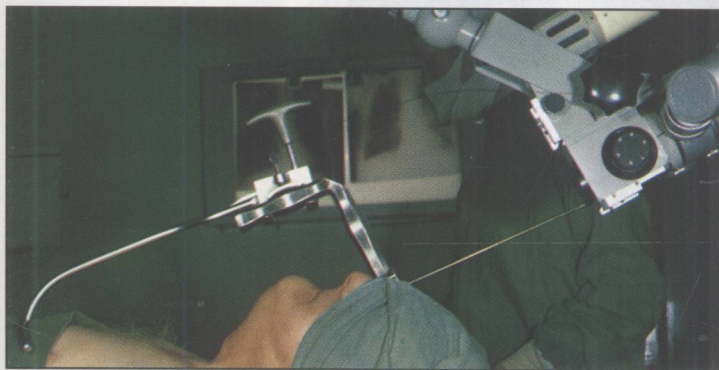
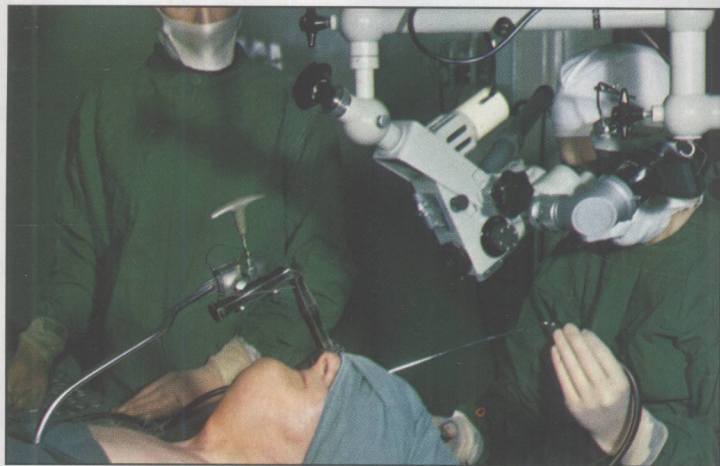


图 455、456 显微喉镜检查 支撑喉镜固定器已拧紧螺旋(图 455, 上), 使外科医生能够腾出双手操作器械。图片背景上可见 X 线片(图 456, 下); 直接喉镜检查前应常规拍摄胸部 X 线片和颈椎 X 线片。冷光源器械比灯泡的照明更明亮且更可靠, 并且光导玻璃纤维电缆的发展是在内镜检查上取得的另一个进展。

气管造口术



图 457 气管造口术后的病人(安置发音瓣)

喉阻塞可引起喘鸣，并需做气管造口术。上呼吸道某部位的急性炎症(例如，会厌炎)，异物或肿瘤阻塞气道是喘鸣最常见的病因。

由于呼吸中枢受抑制，例如：中风，巴比士酸盐中毒，头部外伤，脊髓灰质炎，破伤风引起呼吸衰竭需做气管造口术。多发性肋骨骨折或严重胸部感染也需要做气管造口术。气管造口术能够使呼吸被周期性正压呼吸机控制，并可以吸引出支气管内的分泌物。长期的声音阻塞可以发生于小儿期喉乳头状瘤，严重喉部外伤或双侧声带麻痹，需做永久性气管造口术。气管造口术插管安置一个发音瓣膜在吸气时让空气进入而呼气时关闭，藉此使气流通过喉部而发音。

紧急气管造口术是难做的手术，尤其是当全身麻醉不能插管而用局部麻醉时。经环甲膜切开气管能简单而直接地使上呼吸道梗阻减轻。

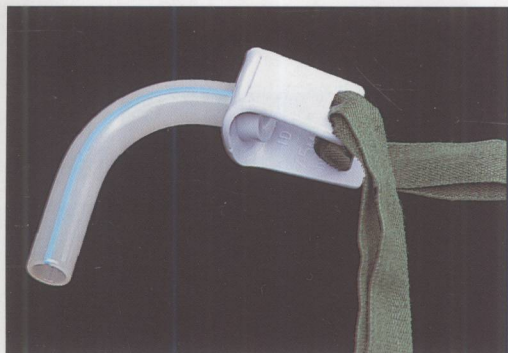


图458 气管造口术塑料插管 这些是经常使用的。

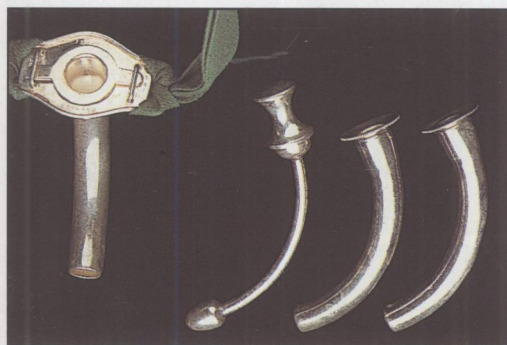


图459 气管造口术的银质插管(Negus) 经常被使用。

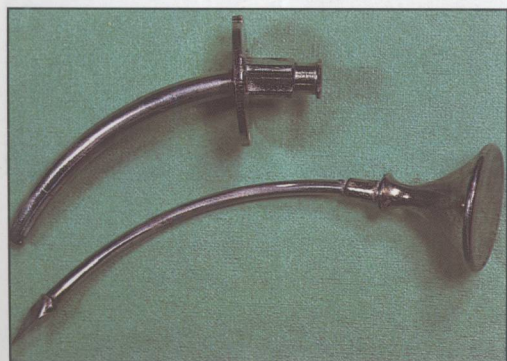


图460 带套针的环甲膜切开术套管 此器械是为急症手术设计的。插入此套管，急性梗阻解除后，再行气管造口术。

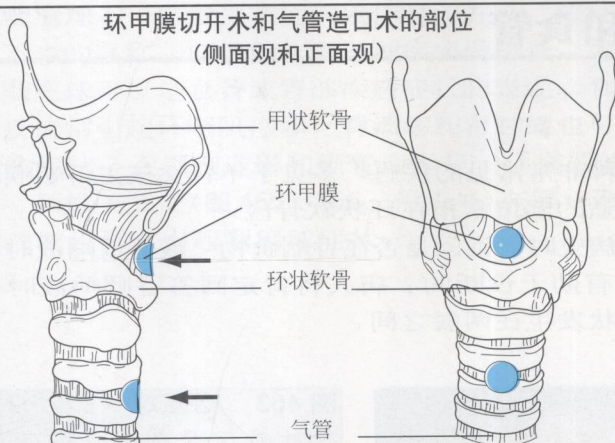


图 461 气管造口术 通常在气管软骨第二环和第三环之间造口。“高位”气管造口术易引起声门下区喉狭窄。

气道的环甲膜水平很表浅容易达到，在急性喉梗阻时经环甲膜做一个切口将使气道恢复正常。环甲膜切开是应急的且只是暂时的。此部位留置插管可导致喉声门下狭窄。

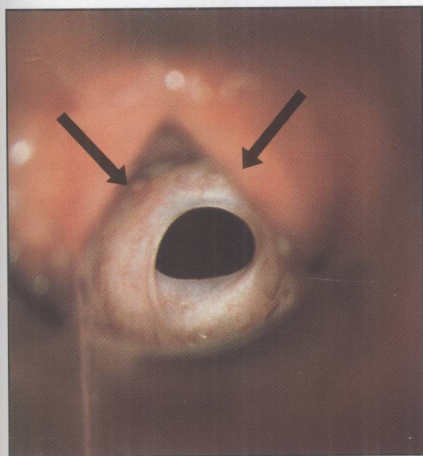


图 462 声门下狭窄 在此病人可见到声带轻度充血伴有声带下环状狭窄。此狭窄发生于外伤后，部分与交通事故时气管损伤有关，也与经气管软骨第一环做高位气管造口术有关。

扩张术对此类瘢痕形成的狭窄很少有效，切除气管狭窄区后需采用端-端吻合术或移植术。

声门下狭窄也是一个长期气管内插管的并发症。

喉咽部和食管

咽癔球

这是一种非常常见的疾病，多见于年轻女孩主诉咽喉部有异物感。不适的部位常指在环状软骨区。

当采集病史时，询问是否在吞咽食物、液体或唾液时异物感最明显是有助于诊断的；病人将肯定回答吞咽唾液时有感觉，并且症状发生在两餐之间。



图 463 咽癔球 病人指明环状软骨区是咽癔球的不适部位。

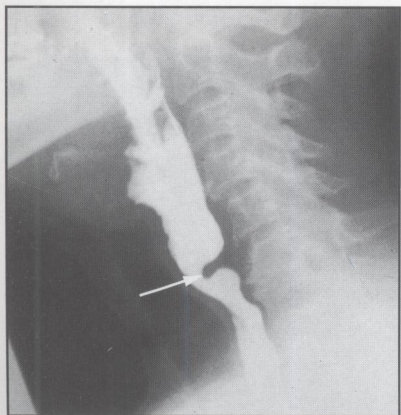


图 464 吞钡剂造影 咽癔球是一种身心疾病，在吞钡剂造影时可见环咽肌痉挛，钡剂通过时呈捏夹样。病人的过分注意使痉挛持续存在，治疗仅是做解释工作让病人放心。