



临床思维指南



耳鼻咽喉-头颈外科

误诊误治与防范

虽然对一些复杂疾病完全避免误诊误治是不可能的，但是我们倡导积极地讨论误诊误治问题，勇于吸取教训，这是提高诊疗水平的阶梯，也是对病人负责的表现。本丛书为临床医生减少失误提供了宽广的思路。

● 韩德民 主编

Erbiyānhóu-Toujīnwaike Wuzhēn Wuzhì Yǔ Fangfān

 科学技术文献出版社



临床思维指南

耳鼻咽喉-头颈外科

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉-头颈外科误诊误治与防范/韩德民主编.-北京:科学技术文献出版社,2002.5

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-3969-8

I.耳… II.韩… III.①耳鼻咽喉病-外科诊断②耳鼻咽喉科学:外科学:治疗学 IV.R762

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 000427 号

出 版 者:科学技术文献出版社

地 址:北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话:(010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话:(010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话:(010)68515381,(010)68515544-2172

网 址:<http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn

策 划 编 辑:陈玉珠

责 任 编 辑:刘新荣

责 任 校 对:唐 炜

责 任 出 版:刘金来

发 行 者:科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者:三河市富华印刷包装有限公司

版 (印) 次:2002 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

开 本:787×960 16 开

字 数:280 千

印 张:15.75

印 数:1~6000 册

定 价:24.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

耳鼻咽喉位于人体头部,解剖结构细小、毗邻结构复杂,多与颅内重要结构相联系,疾病表现形式多种多样。当某些疾病早期临床症状不典型、辅助检查还有待分析时,很难做出早期诊断;思维片面,主观臆断,临床经验不足,都是造成误诊误治的因素。

本书共 6 章 34 节 120 余则典型案例,按耳鼻咽喉科学各个亚科分别论述,各三级学科之间的交叉部分归入某一学科。每种疾病均先介绍与此病相关的理论,列举误诊案例,重点分析导致误诊误治的原因、经验教训及预防措施。通过剖析和总结以供中青年临床医师之参考。

我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干

科学技术文献出版社是国家科学技术部所属的综合性出版机构,主要出版医药卫生、农业、教学辅导,以及科技政策、科技管理、信息科学、实用技术等各类图书。

编 著 委 员 会

主 编 韩德民

副 主 编 (以姓氏笔画为序)

王 军 周 兵 赵啸天

黄志刚 韩 杰 戴海江

编 委 (以姓氏笔画为序)

于振坤 于子龙 马丽晶 王 军

王 琪 孙 燕 李永新 杨 红

曲荣坤 刘志莹 刘 铭 刘华超

刘 博 刘 辉 刘 慧 何利平

陈秀吾 陈雪清 陈学军 张 华

张永杰 林忠辉 夏 寅 周 兵

郑 军 郑雅莉 赵啸天 赵守琴

赵新月 郝新萍 俞 虹 倪 鑫

郭继周 莫玲燕 徐 文 诸小依

陶东华 黄志刚 韩 杰 廉能静

戴海江

编委会秘书 何利平 陶东华

编 著 单 位 首都医科大学附属北京同仁医院

北京市耳鼻咽喉科研究所

前 言

随着医学科学的不断发展,许多过去的疑难杂症已有了可靠的治疗方法。新的检测方法、诊断技术和治疗手段为准确诊断和治疗相关疾病提供了便利。即便如此,临床医生尚难于对包罗万象的、错综复杂的临床现象及时做出客观准确的判定。许多疾病的真正病因尚不得而知,以及学识及临床经验的限制,凡此种种,误诊误治现象仍为常见。本书通过汇集耳鼻咽喉-头颈外科医师在临床工作中遇到的误诊误治案例,经过剖析和总结,使“前车之覆”成为“后人之鉴”。

医学作为实践科学,有它自己独特的发展史,同时也受到时间、空间和发展阶段条件的限制。任何时代都有当时难以诊断和治疗的“不治之症”。同一时代,由于地域的差别、客观环境的差异也可能造成误诊误治。我国幅员辽阔,各地医疗技术参差不齐,有些疾病在某些条件较差的医院无法确诊,而在条件较好的医院却很容易确诊和治疗,这些因素均可能导致误诊误治。另外,耳鼻咽喉位于人体的头部,解剖结构细小,毗邻结构复杂,多与颅内重要结构相联系,疾病的表现也多种多样,这些因素也成为发生误诊误治的客观原因。应该看到,疾病的发生发展有一个过程,而临床诊断也是一个对疾病的认识过程。当某些疾病早期临床症状表现不典型、辅助检查还有待分析时,很难做出早期诊断,容易导致误诊误治。然而,某些由于医务工作者主观原因而导致的误诊误治也不容忽视。医务工作者在临床诊治疾病的过程中,病史询问不详、检查不够详实,导致临床资料收集不全;加之临床经验不足,思维片面,主观臆断;有的甚至违反诊疗检查程序等原因而造成误诊误治。本书从几个不同的侧面对临床常见疾病的误诊误治进行论述,希望能够启迪医师们临

床诊断分析思维,力求对每一例误诊病例进行全面准确的分析,融汇贯通,以达到加深印象之目的。

随着我国医疗保险制度、医药卫生体制和药品生产流通体系三大改革同步实施的不断深入,医院之间的竞争也会愈来愈激烈。医院到底凭借什么吸引病人、留住病人?试想,如果一个医院的误诊率居高不下,病人还敢来看病吗?诚然,吸引病人有许多因素,其中医疗技术水平的高低自然是病人选择医院的首考因素。因此,在医务工作者严律自身的基础上,通过有效的管理手段杜绝医源性误诊误治或降至较低水平,是本书的初衷。希望本书所列举的误诊案例也能够启迪医疗管理部门的思考。

医患关系已是一个老话题。作为医务工作者应该如何对待它?应该看到,医学的发展绝不仅仅是医学界的事情,而是医患之间彼此信任、共同努力的结果。在临床实际工作中,做出任何一次处置决定的时候,总是存在是病人需要,还是医生需要的选择。真正立足于病人利益一方,“以人为本”将永远是我们的临床医生精于内涵、努力提高技能、有效防止误诊误治或过分医疗的心理基础。本书的编写不仅希望能在医疗技术上对临床医师有所帮助,同时也希望对加强医务工作者的职业道德教育有所裨益。在医生需要,还是病人需要的原则问题上分晓事理,权衡利弊。

本书共6章34节120余则典型案例,按耳鼻咽喉科学各个亚科分别论述,各三级学科之间的交叉部分归入某一学科。每种疾病均先介绍与此病相关的理论知识,然后列举误诊案例,分析导致误诊误治的原因、经验教训及预防措施。

感谢参与组织和编写本书的全体人员。由于时间仓促,水平有限,疏漏之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

韩陆军

临床思维指南

- | | | |
|------------------|---------------|---------|
| ● 骨科疾病误诊误治与防范 | 解放军总医院 | 蔡 谕 |
| ● 普通外科疾病误诊误治与防范 | 解放军总医院 | 李 荣 |
| ● 呼吸内科疾病误诊误治与防范 | 解放军总医院 | 陈良安 |
| ● 恶性肿瘤误诊误治与防范 | 中日友好医院 | 李佩文 |
| ● 肾脏内科疾病误诊误治与防范 | 解放军总医院 | 程庆砾 |
| ● 消化内科疾病误诊误治与防范 | 北京友谊医院 | 张澍田 |
| ● 心血管内科疾病误诊误治与防范 | 上海仁济医院 | 罗 杰 |
| ● 神经内科疾病误诊误治与防范 | 天坛医院 | 王拥军 |
| ● 内分泌科疾病误诊误治与防范 | 武汉大学人民医院 | 毕会民 徐焱成 |
| ● 血液科疾病误诊误治与防范 | 解放军总医院 | 张伯龙 |
| | 空军北京医院 | 徐君东 |
| ● 传染科疾病误诊误治与防范 | 地坛医院 | 丁静秋 徐道振 |
| ● 精神科疾病误诊误治与防范 | 北京大学精神卫生研究所 | 舒 良 |
| ● 妇产科疾病误诊误治与防范 | 人民医院 | 王山米 |
| ● 儿科疾病误诊误治与防范 | 首都儿科研究所 | 卢 竞 |
| ● 耳鼻咽喉科疾病误诊误治与防范 | 同仁医院 | 韩德民 |
| ● 眼科疾病误诊误治与防范 | 同仁医院 | 刘 武 |
| ● 口腔科疾病误诊误治与防范 | 北京市口腔医院 | 王松灵 |
| ● 神经外科疾病误诊误治与防范 | 天坛医院 | 于春江 |
| ● 男科疾病误诊误治与防范 | 中山医科大学第一附属医院 | 邓春华 |
| ● 皮肤科疾病误诊误治与防范 | 中国医学科学院皮肤病研究所 | 林 麟 崔盘根 |



误治与防范

目 录

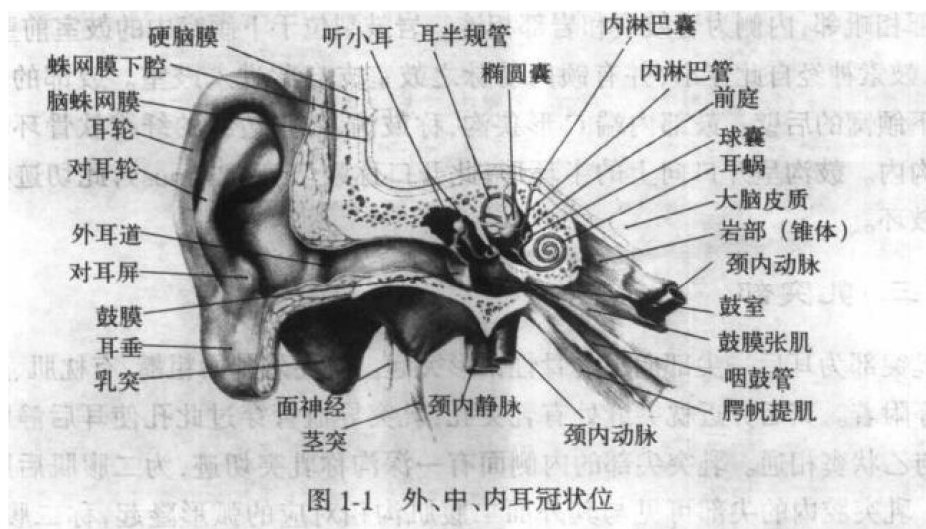
第 1 章 耳科	(1)
第一节 耳科临床解剖	(1)
第二节 外耳湿疹	(11)
第三节 中耳炎症及其并发症	(13)
第四节 鼓室硬化症	(34)
第五节 鼓膜完整的传导性聋	(35)
第六节 小儿感音神经性聋	(44)
第七节 耳肿瘤	(52)
第八节 周围性面瘫	(72)
第九节 眩晕	(78)
第 2 章 鼻科	(92)
第一节 鼻部解剖	(92)
第二节 鼻炎、鼻窦炎	(103)
第三节 鼻腔鼻窦良、恶性肿瘤	(113)
第四节 先天性脑膜脑膨出	(120)
第五节 儿童腺样体肥大	(122)
第 3 章 咽喉科、气管食管科	(126)
第一节 喉炎症性疾病	(126)
第二节 喉黏液囊肿	(130)
第三节 气管切开术及其并发症	(132)
第四节 气管异物	(136)
第五节 声带沟	(139)
第六节 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(141)
第七节 食管异物	(152)

第4章 头颈部肿瘤	(157)
第一节 概述.....	(157)
第二节 上颌窦癌.....	(166)
第三节 鼻咽癌.....	(172)
第四节 喉癌、下咽癌.....	(178)
第五节 颈部及甲状腺疾病.....	(188)
 第5章 听力学及听力康复	(197)
第一节 纯音听阈测试.....	(197)
第二节 声阻抗测试.....	(204)
第三节 脑干听觉诱发电位的测试.....	(207)
第四节 耳声发射技术与临床应用.....	(212)
第五节 助听器技术与临床应用.....	(221)
第六节 人工耳蜗植入的评估与康复.....	(227)
 第6章 耳鼻咽喉科护理常规与失误	(233)
第一节 概述.....	(233)
第二节 误操作案例分析.....	(238)

耳 科

第一节 耳科临床解剖

耳又称位-听器,为司听觉与平衡觉的外周器官,解剖上分为外、中、内耳三部分(图 1-1)。从听觉角度看,外耳、中耳为导音系,内耳为听觉和位置觉的感受器。



一、颞骨

+++++

颞骨为颅骨底部和侧壁的一部分,位于蝶骨、顶骨和枕骨之间,参与组成颅中窝和颅后窝。颞骨为一复合体块,包括鳞部、鼓部、乳突部、岩部和茎突。鼓部与鳞部于出生前融合。岩部、乳突、茎突于1岁始与鳞部逐成一体,其中岩鳞裂于2周岁时方闭合,故成为2岁之前的婴幼儿中耳感染向颅内侵犯的途径之一。

(一) 鳞部

鳞部前接蝶骨大翼,上为顶骨,后为乳突,内连岩部。形如鳞片状,其内有脑膜中动脉沟,外有颞中动脉沟,并有颞突向前延伸形成颞弓,故可把颞骨视为颞骨结构之一。颞骨后根下方为下颌窝,下颌窝后上缘为耳门位置的重要参考标志之一。颞骨后根的上缘经外耳门上方向后延长称为颞线。颞线之下,骨性外耳道的后上缘处有外耳道后上嵴(Henle 棘),此嵴的后方为一三角区域,其三角形后边为外耳道后壁向上之延长线,上为颞线,此称为外耳道后上三角区,又称筛区。此区是其深部鼓室所在位置的投影标志。

(二) 鼓部

鼓部位于颞骨鳞部之下,岩部之外,乳突之前。为一扁的“U”形骨板。它构成骨性外耳道前、下壁及小部分后壁。其前上有鳞鼓裂与鳞部相连,后方有鼓乳裂与乳突部相毗邻,内侧为岩鼓裂和岩部相连。岩鼓裂位于下颌窝中的鼓室前壁,长约2mm,鼓索神经自此穿出,并有颌内动脉之鼓室支自此进入鼓室。鼓部的前下方构成下颌窝的后壁。鼓部内端C形狭沟,称鼓沟,鼓膜边缘的纤维软骨环(鼓环)嵌于沟内。鼓沟呈开口向上的半环形,此开口称鼓切迹(Rivinus),此切迹处无鼓沟和鼓环。

(三) 乳突部

乳突部为耳后一尖部向下的骨性锥形突起。乳突外骨面粗糙,有枕肌、胸锁乳突肌等附着。其后方近枕突缝处有乳突孔,乳突导血管穿过此孔使耳后静脉或枕静脉与乙状窦相通。乳突尖部的内侧面有一深沟称乳突切迹,为二腹肌后腹的附着点。乳突腔内的尖部可见与其外面二腹肌沟相对应的弧形隆起,称二腹肌嵴。此二腹肌嵴的解剖意义在于此嵴中点的垂直切面与骨性外耳道后壁的交界线即为

面神经垂直部的投影。在此交接线的外方去除外耳道骨性后壁为安全区。

乳突内侧面形成后颅窝的一部分,为小脑所处位置。有一弯曲的乙状沟,为乙状窦所处位置。乙状沟弯曲程度及宽窄随乳突气房发育程度而异,其中乳突气房发育差者,乙状窦骨板发育坚实且位置前移,术中易导致损伤并严重出血,甚或发生气栓。

乳突在新生儿期未发育,婴幼儿期气化过程加速,2岁时已具雏形。故2岁前婴幼儿因乳突尚未发育完成,茎乳孔处面神经浅表,耳后切口易伤及之。

乳突根据气化程度分为四型:气化型、板障型、硬化型以及混合型。

当颞骨发育过程中鳞部过度向乳突方向发展,以致将乳突气房隔为内外两部分,此称Korner隔。此隔骨质致密,可使术者在乳突根治手术时误将隔内部分遗漏而根治不彻底。

(四) 岩部

岩部又称岩锥,位于颅底、枕部与蝶骨之间。为听觉和平衡终器所在处。此尖向内,底朝外的三角形锥体分为一尖、一底、三个面和三个缘。外侧之底部与鳞部和乳突部融合。尖端微向内上嵌于蝶骨大翼与枕骨底部之间,颈动脉管内口在此,并组成破裂孔的后外界。

岩部的三个面:①前面 颅中凹的后部,岩尖有三叉神经压迹,此为三叉神经半月神经节所在地。压迹后外侧有两条与岩锥长轴平行的小沟,内侧者为岩浅大神经沟,外侧者为岩浅小神经沟,在岩浅大神经沟的外端点可见面神经管裂孔。锥体的前面除这些沟外,其平面从前向后依次为内耳道顶、迷路盖、鼓室盖、弓状隆起和鼓室盖。②后面 为颅后窝的前界。此面有岩上窦、岩下窦和乙状窦。中部为内耳门,其后一裂隙为内淋巴囊裂,其中有前庭水管之颅内开口,内淋巴管自此通过。内耳门向后通入内听道,内听道长约1 cm。内听道底由一横嵴分为上下两区。上区较小,又被一垂直骨嵴分为前后两部。前为面神经管区,即面神经管入口处,面神经自此骨管称迷路段,然后向外达膝状神经节。上区之后部为前庭上区,穿过前庭神经上终末端。下区较大,也分两区,前方为蜗区,为蜗神经纤维所通过;后方是前庭下区,为前庭神经下终末端的球囊神经所通过。内耳道内含有面神经、听神经和迷路动静脉。内淋巴裂,其底有一小孔,为前庭水管外口,裂孔距内耳道口约1 cm。该裂孔的外侧与乙状窦内侧之间即为迷路后径路的手术通道。③下面 为颅底底面的一部分。此有颈动脉管外口和颈静脉窝。接近岩尖部位有腭帆提肌和咽鼓管软骨附着。

岩部上缘最长,岩上沟内有岩上窦。内端有三叉神经的半月神经节切迹。其岩部上缘与蝶骨相连形成小管,内有外展神经和岩下窦相连。故在岩尖炎时可出现三叉神经痛或外展神经麻痹。

(五) 茎突

茎突平均长度 2.5cm,与乳突间有茎乳孔,为面神经管的下口。婴幼儿期此孔位置表浅,作耳后手术切口时,不宜过于向下延伸,以免伤及面神经。

二、外耳

外耳包括耳郭及外耳道。

(一) 耳郭

耳郭于头颅侧面成 30° 夹角。其前面结构为耳轮、耳轮脚、耳郭结节、对耳轮及分叉的对耳轮脚、三角窝、舟状窝(或耳舟)、耳甲艇、耳甲腔、耳屏及对耳屏、耳屏间切迹、耳垂(图 1-2)。

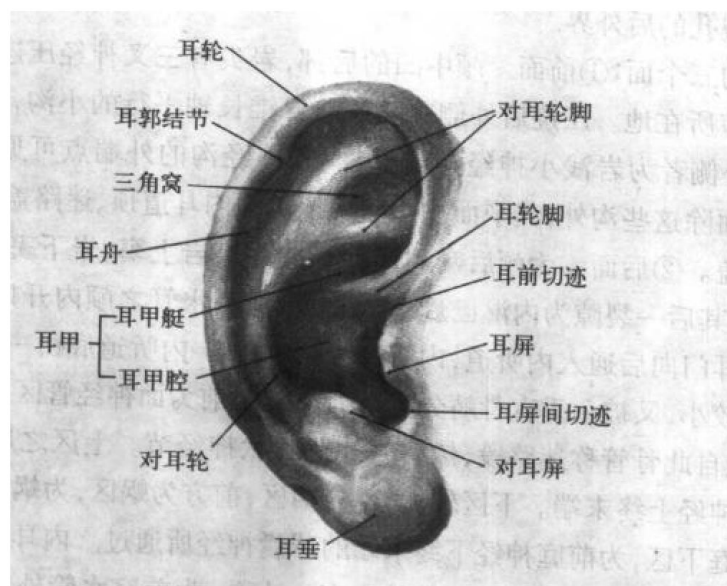


图 1-2 耳郭前面观

耳郭除耳垂为脂肪与结缔组织构成而无软骨外,其余均是软骨组织为支架的结构。耳郭前面之皮肤与软骨膜关系紧密,而皮下组织少,故外伤易形成血肿且不

易吸收,感染机化,易造成耳郭畸形。由于耳郭皮肤薄,血管浅,易发生冻伤。

(二)外耳道

外耳道(external acoustic meatus)全长2.5~3.5cm。外1/3为软骨部,内2/3为骨部。全程为“S”型,弯曲程度因人而异。因鼓膜向下倾斜,故外耳道前下壁较前上壁长6mm。外耳道有两处狭窄,一为骨与软骨交界处,另一为骨部距鼓膜0.5cm处,后者称为外耳道峡。

外耳道骨部的后上为颞骨鳞部,其深部与颅中窝仅一板之隔,故外耳道骨折可累及颅中窝。外耳道骨部后壁与乳突相邻,乳突病变可于外耳道后上壁出现膨隆或下塌。外耳道后上缘有道上嵴,为乳突手术时鼓窦的重要标志。

三、中耳

中耳包括鼓室、咽鼓管、鼓窦及乳突四部分。

(一)鼓室

鼓室是位于鼓膜与内耳外侧壁之间的腔室。向前通过咽鼓管与鼻部相通,向后经鼓窦与乳突相通。室内有听骨链。鼓室分三部分:上鼓室即鼓室上隐窝,中鼓室即鼓膜紧张部相对应部位,下鼓室即鼓膜紧张部下缘以下相对应部位。鼓室上下径15mm,前后径13mm,内外径不同,于上鼓室约6mm,下鼓室4mm,中鼓室之鼓膜脐部仅2mm,鼓室容积约1~2ml。

1. 鼓室6壁。鼓室如一盒,故有6壁

(1)外壁:由上鼓室外侧壁(即盾板)与鼓膜组成。鼓膜椭圆形,内心脐部略向内凹入。其高9mm、宽8mm、厚约0.1mm。鼓膜前下方向内侧倾斜,与外耳道底部呈45°~50°夹角。鼓膜边缘厚,前,下,后呈“U”字形纤维鼓环嵌附于鼓沟内,此部名紧张部。鼓膜上部分的鼓切迹处,鼓膜直接附丽于颞鳞部,较松弛,名松弛部。鼓膜由上皮层(与外耳道皮肤相连续)、纤维层(浅层放射状,深层环状,松弛部无此层)、黏膜层(与鼓室黏膜相连续)三层结构组成。临床上将鼓膜分为四个象限,沿锤骨柄为一直线,经鼓膜脐部作一与其垂直的另一直线,两者相交形成四个象限。

(2)内壁

①鼓岬系耳蜗基底周,其表面有鼓室神经丛。

②前庭窗,又称卵圆窗。面积约3.2mm²,位于鼓岬后上方的小凹内。此窗被

镫骨底板及其周缘的环韧带所封闭,窗内为内耳前庭。

③蜗窗,又称圆窗。面积约 2mm^2 ,位于鼓岬后下方的小凹内。其为圆窗膜(即第二鼓膜)所封闭。向内通耳蜗鼓阶。圆窗膜隐蔽在圆窗龛内而不易直视。

④面神经骨管水平部,也称面神经嵴,位于前庭窗上方。面神经围绕前庭窗后上,向后下转入外耳道后壁,此段称面神经垂直段部或乳突部,继之出茎乳孔。小儿因面神经水平部骨管不全易由急性中耳炎引致面神经麻痹。

⑤外半规管凸,位于面神经水平部向垂直部转弯处(即面神经膝部)后上方,为迷路瘻管好发部位。

⑥匙突,位于前庭窗之前稍上方,为鼓膜张肌管的出口处。

(3)前壁:上部为鼓膜张肌半管与咽鼓管半管开口;下部以极薄骨板与颈内动脉相邻。

(4)后壁:即乳突壁。面神经垂直段通过此壁,其上方为鼓室入口,上鼓室经此口向后进入鼓室。鼓室入口内侧为外半规管凸,底部为砧骨窝,相当于前庭窗高度可见锥隆起,为镫骨肌腱附着处。其下外可见鼓索神经自鼓索小管进入鼓室。相当于鼓膜后缘以后的鼓室腔称后鼓窝,内有鼓室窦和面神经隐窝。鼓室窦,即锥隐窝,在中鼓室后方,即前庭窗、圆窗与鼓室后壁之空隙。面神经隐窝,外界为鼓索神经,内为面神经垂直段,顶为砧骨窝。如以后鼓室横断面观,锥隆起外侧为面神经隐窝,内侧为鼓室窦。

(5)上壁:鼓室盖。厚 $3\sim 4\text{mm}$ 。鼓室借此与颅中窝的大脑颞叶相隔。此壁的岩鳞缝在婴幼儿时常未闭合,可成为中耳感染入颅之途径。

(6)下壁:颈静脉壁,下壁内侧一小孔有舌咽神经鼓室支通过。

2. 鼓室内容物

(1)听骨链:为人体最小而互相连接的三个小听骨组成(图 1-3)

锤骨:三个小听骨中最大者。有小头,颈,长突、短突和柄。锤骨柄夹于鼓膜的黏膜层与纤维层之间。

砧骨:形如双尖牙,有体、长脚和短脚。有人将砧骨的豆状突另立为第四块听小骨。

镫骨:形如马镫,有小头、颈、前脚、后脚和足板。颈甚短,后面有镫骨肌腱附着,足板借环韧带与前庭窗相连。

(2)听骨韧带

锤骨:上、前、外韧带。

砧骨:上、后韧带。

镫骨:环韧带。

(3)鼓室肌肉:①鼓膜张肌,位于鼓室前壁的鼓膜张肌管中,起自咽鼓管软骨部,止于锤骨柄内面。由三叉神经下颌支的鼓膜张肌神经支配。此肌收缩时,锤骨柄内移,鼓膜张力增加,保护了鼓膜和内耳。②镫骨肌,始于鼓室后壁锥隆起,止于镫骨颈后方。由面神经分支支配。此肌收缩时,镫骨向后倾,减少内耳压力。

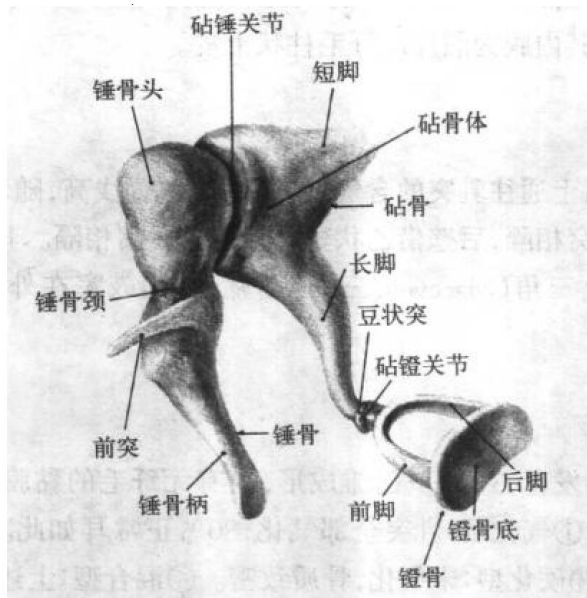


图 1-3 听小骨

3. 鼓室隔与鼓室隐窝

(1)鼓室隔:为界分上鼓室与中鼓室之隔,此隔几乎被听骨和黏膜皱襞所分隔,仅有鼓前峡(位鼓膜张肌腱后与砧骨长脚之间)和鼓后峡(砧骨长脚与鼓室后壁之间)上下贯通。

(2)鼓室隐窝

- ①鼓膜上隐窝:位于鼓膜松弛部与锤骨颈之间。
- ②锤骨前隐窝:位于锤骨头与鼓室前壁之间。
- ③砧骨上下隐窝:位于砧骨短脚上下。
- ④鼓膜前后隐窝:分别位于鼓膜与锤骨前皱襞之间。

由于上述解剖的存在,使中、下鼓室之间通道狭窄,黏膜肿胀时易被堵塞而形成各种病理改变。