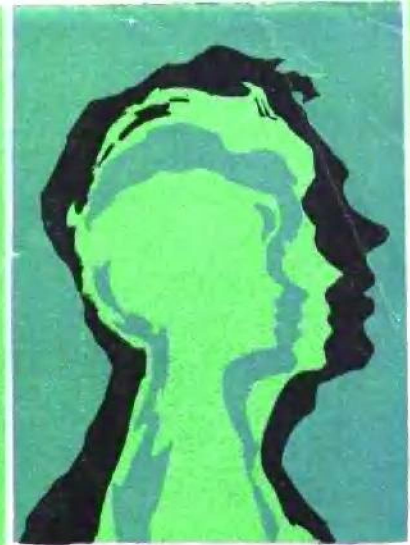




耳鼻咽喉 症状诊断

Diagnostic E.N.T.

郭养淳 许光义

福建科学技术出版社

耳鼻咽喉症状诊断

Diagnostic E. N. T.

郭养淳 编著
许光义

萧轼之 审阅

福建科学技术出版社

责任编辑：郑爱今

耳鼻咽喉症状诊断

Diagnostic E. N. T.

郭养淳 编著
许光义

萧轼之 审阅

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 17.875印张 400千字

1985年10月第1版

1985年10月第1次印刷

印数：1—4,780

书号：14211·100 定价：3.75元

序

症状为病人的主客观表现，是诊断疾病的起点。我国春秋战国时，名医扁鹊即确立了“四诊法”（望、闻、问、切），此后便成为中医诊断疾病的基本方法，近代医学也不例外。大量临床实践证明，只有对病人多问、细看、慎思，才能作出正确的诊断；少问、不问、粗看、“想必是”或“大概是”的作风，必然会导致误诊或漏诊，是对病人极不负责任的表现，也是不符合医德要求的。

福建医学院郭养淳、许光义医师的近著《耳鼻咽喉症状诊断》，正是强调了症状的诊断分析。我有幸读过初稿，获益非浅，觉得该书立意明确，抓住了重点，理论联系实际，能够解决临床中的实际问题，很适合于各级专科医生参考阅读。

作者具有丰富的临床和教学经验，已将他们的宝贵经验及近年本科的新进展融合于此书之中。本书内容新颖，写法独特，叙述条理清楚，插图勾绘简明，堪称为图文并茂的上品。作者谦称此书为“小册子”，但麻雀虽小，脏腑俱全，其作用可以鹏比，是为序。

萧轼之

1984年2月于上海第二军医大学

前 言

耳鼻咽喉是人的重要器官，易患许多常见疾病。这些常见病的诊治和预防，已成为医学教育和人民保健事业的重要组成部分。

医生接触患者时，所面临的都是症状，而不是疾病。鉴于耳鼻咽喉的解剖部位隐匿，不易观察，其生理过程复杂，难以检测，而且，在不同部位发生了障碍，却可能出现类似甚至相同的症状或全身性反应；而其它器官系统的疾病或全身性疾病，也可能引发耳鼻咽喉方面的显著症状，两方面容易混淆。这些，都给耳鼻咽喉科疾病的诊断带来一定困难。为了普及耳鼻咽喉科的基础知识，帮助有关医务人员和医学生解决在防治耳鼻咽喉科疾病和学习中的实际问题，特别是临床诊断中的难题，我们结合自己三十余年的临床经验和心得，并参考国内外各家见解，撰写了《耳鼻咽喉症状诊断》这本小册子。

本书不采用同类型书以疾病为顺序的传统写法，而是以耳鼻咽喉常见的二十种症状为中心，突出诊断要点，由浅入深，逐层阐明，反映了本科领域内的许多现代观点和新技术成就，内容较为全面，望能对读者有所裨益。

本书在编写过程中，得到我院领导和李国方教授及科室同志的热情支持和鼓励。初稿完成后，承我国耳鼻咽喉科老前辈、著名专家萧轼之教授审阅，谨此表示感谢。

耳聋一节，请教研组许光义医师修改补充。

由于笔者水平有限，书中难免有不足之处，敬祈前辈和
同道不吝赐教。

郭养淳

1984年元月于福建医学院附属协和医院

目 录

第一章 耳部

- 第一节 临床解剖生理.....(1)
- 第二节 耳 痛.....(35)
- 第三节 耳溢液.....(56)
- 第四节 耳 聋.....(71)
- 第五节 耳 鸣.....(133)
- 第六节 眩 晕.....(152)
- 第七节 面 瘫.....(194)

第二章 鼻部

- 第八节 临床解剖生理.....(211)
- 第九节 鼻阻塞.....(228)
- 第十节 鼻溢液.....(256)
- 第十一节 鼻出血.....(278)
- 第十二节 鼻息肉.....(295)
- 第十三节 嗅觉障碍.....(305)
- 第十四节 头痛与面痛.....(313)

第三章 咽部

- 第十五节 临床解剖生理.....(345)
- 第十六节 咽痛.....(354)
- 第十七节 吞咽困难.....(388)
- 第十八节 咽异感(401)

第十九节 颈部肿块.....	(409)
第四章 喉部	
第二十节 临床解剖生理.....	(444)
第二十一节 声嘶.....	(459)
第二十二节 喉阻塞.....	(490)
第二十三节 呼吸道阻塞与气管切开术.....	(514)
第二十四节 言语障碍.....	(535)
参考文献.....	(558)

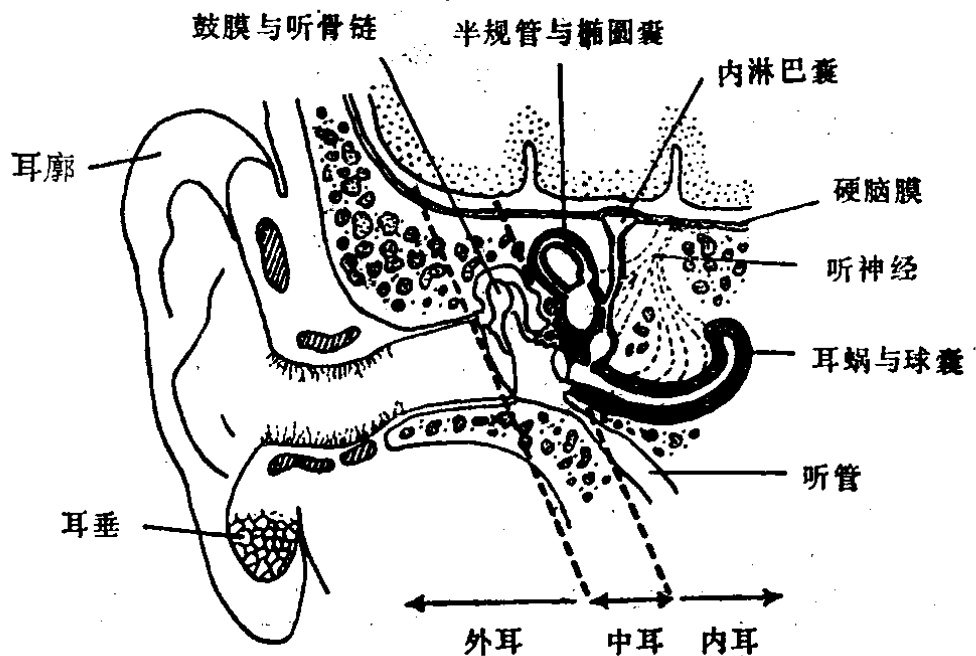
第一章 耳 部

第一节 临床解剖生理

耳是高度分化的特殊感觉器官，具有两方面的生理功能：一是集音、扩音，并将声音信号转变成为神经冲动，传入脑干，最终传达至大脑颞叶的听觉中枢。二是提供关于人体姿势和人体与环境的位置关系的信息。

【解剖】

耳由外耳、中耳和内耳三部分组成（图1—1）。



显示外耳、中耳及内耳。耳蜗已部分拉直。图中仅绘出一个半规管

图1—1 耳的组成（冠状切面）

一、外耳

包括耳廓和外耳道两部分。

(一) 耳廓

耳廓除耳垂由脂肪和结缔组织构成外，其余部分由软骨作为支架，外覆皮肤和软骨膜。耳廓内侧面较平、微凸，皮肤松弛，血运好；外侧面呈不规则凹形，皮肤紧张，血运差。

耳屏软骨与耳轮脚之间并不连接，耳科手术可利用这一天然缺口作切口，直达外耳道和乳突的骨膜而不伤及软骨（图1—2）。

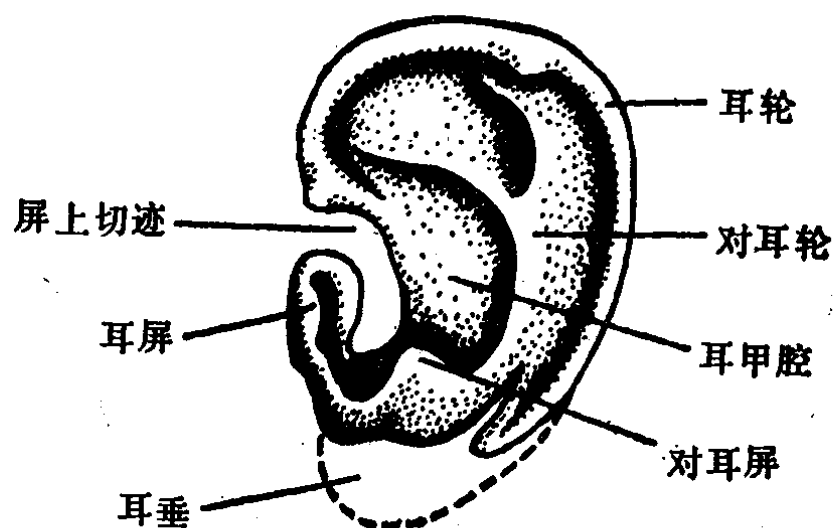


图1—2 左侧耳廓软骨

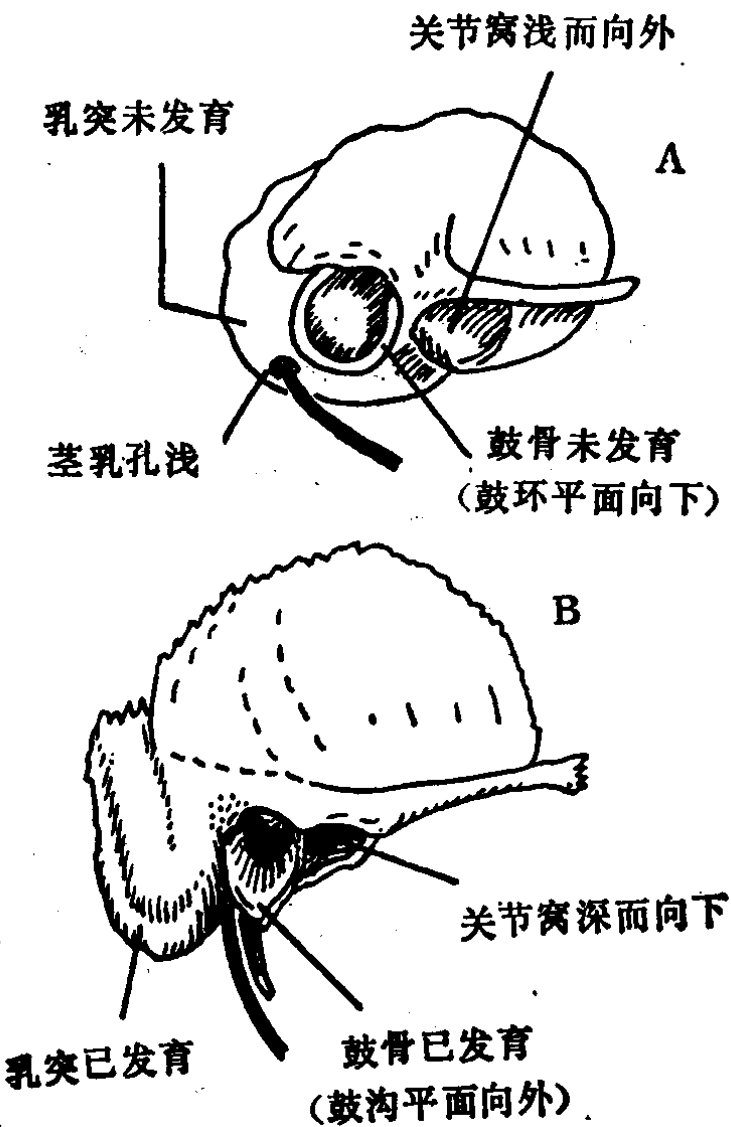
耳廓软骨与外耳道软骨相连，外耳道炎时出现耳廓牵拉痛。软骨本身无血管，全靠软骨膜渗透供养。软骨膜受伤感染时，易致软骨坏死，耳廓畸形。

(二) 外耳道

成人外耳道长约25~30毫米，略弯曲。其横断面呈卵圆形，垂直径大于水平径。外耳道的外侧段向前外而微上，中段向后向内，内侧段则向前内而微下，又因鼓膜位置倾斜，所以，外耳道前下壁较长，后上壁较短。婴幼儿的鼓膜几乎呈水平位，这种差别更显著。颞颌关节位于外耳道前方，关节活动可致耳道外段变形，故外耳炎的耳痛可因张口而加剧。

1. 软骨部：居外侧1/3，其后上部有缺口，代以结缔组织。该缺口与屏上切迹相延续，使耳廓具有活动性。耳道前下部皮肤有毛囊、皮脂腺及耵聍腺，并与软骨膜粘连很紧。耳道前下方的腮腺发生脓肿时，脓液可经前壁的软骨裂隙破入耳道。

2. 骨部：居内侧2/3，由U形的颞骨鼓部构成，其上方的缺口由颞骨鳞部骨质填补。耳道骨部的皮肤无毛或腺体，皮肤很薄，紧贴骨膜，在鳞



A、婴幼儿 B、成人
图1—3 生后颞骨的形态变化

鼓缝处附着尤紧。

外耳道的毗邻关系：前方为颞颌关节；上方为上鼓室外侧壁及中颅窝骨质；下方为腮腺及颈静脉窝；后方为乳突气房。面神经的垂直段部分位于骨部后下壁近鼓沟处，茎乳孔距骨部下壁约1厘米。新生儿外耳道仅有软骨部，其茎乳孔位置甚浅（图1—3）。

健康的外耳道皮肤上皮细胞有移行（migration）现象，即从鼓膜的中心不断向外耳道口移行，以排出角化脱屑和耵聍。上皮移行速率为每年30毫米。

二、中耳

中耳包括鼓室、鼓窦及听管，形成一个以鼓室为中心的、连续而不规则的含气空腔和通道，大部分位于颞骨内。中耳具有连续的上皮内衬，在听管及鼓室中、下部为呼吸上皮（柱状上皮，部分区域为假复层柱状纤毛上皮），其余部分为非角化的立方或扁平上皮（图1—4）。

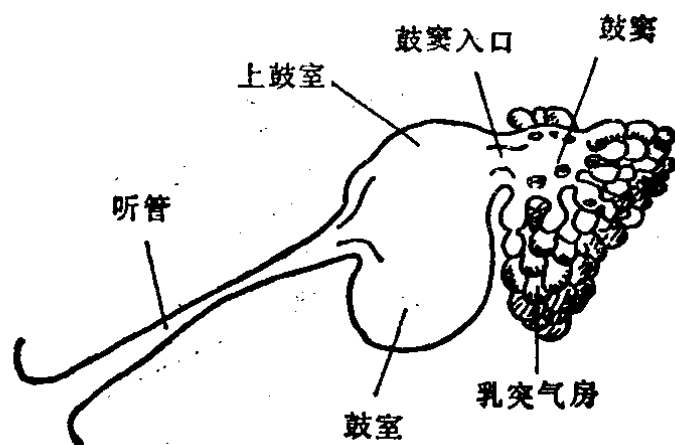


图1—4 中耳的组成

（一）听管（咽鼓管）

成人听管长约35毫米，起自鼻咽侧壁，至鼓室前壁的鼓口。外1/3段为听管骨部，位于骨性半管内；内2/3段为听管软骨部。两段相接处为峡部。听管软骨呈槽状，由肌肉和结缔组织充填成为管腔。听管的鼻咽口适在下鼻甲后端的平面。平时听管呈闭合状态，吞咽或打呵欠时，由鼻咽括约肌和腭帆张肌的联合作用而开放。这些肌肉附着于听管软骨段的膜部。

与成人相比，婴幼儿听管位置较平，相对较宽而短。

听管粘膜的纤毛运动朝向鼻咽，上皮细胞为单层柱状（鼓室端）或假复层柱状（鼻咽端）。听管骨段粘膜较薄，与骨壁附着较紧；软骨段粘膜厚而松弛，有皱褶并含有粘液腺，愈近咽端愈多。丰富的淋巴汇集于管扁桃体。

（二）鼓室腔

鼓室腔介于外耳与内耳之间，为不规则的扁平腔隙，衬有粘骨膜，含有空气和听骨链等。鼓室腔略向前外下方倾斜，其上下径与前后径较长（约15毫米），内外径较短（上鼓室6毫米，中鼓室2毫米，下鼓室4毫米）。

1. 鼓室各壁：

（1）外壁：亦称膜壁，大部分是鼓膜，小部分是骨质。鼓膜的结构可分三层：外层为复层鳞状上皮，与外耳道皮肤延续；中层为纤维层，含有放射状纤维（在外）和环状纤维（在内），锤骨柄嵌于其间；内层为鼓室粘膜。

鼓膜紧张部的周缘部分增厚，形成纤维软骨环，嵌于鼓沟处。松弛部仅有内外两层上皮组织，而无纤维结构，覆盖于鼓切迹，构成上鼓室外侧壁的一部分。整个鼓膜不但略向鼓室腔凹入，而且其位置后上部偏外，前下部偏内。鼓膜后上部与外耳道约呈 140° 角。

(2) 内壁：大部分为迷路结构，故亦称迷路壁。最明显的结构是鼓岬，它位于内壁下部，系由耳蜗底圈造成的骨性隆起。两个迷路窗分别位于鼓岬的后上方及后下方，前庭窗为镫骨底板覆盖，窗缘与底板之间有环韧带，窗内即前庭阶；蜗窗为纤维膜和粘膜所覆盖，窗内即鼓阶。二窗的平面大致互相垂直。

面神经管水平段适在前庭窗的上缘，外半规骨管的壶腹端紧邻于面神经管水平段的后上方，二者都是重要的界标（图1—5）。

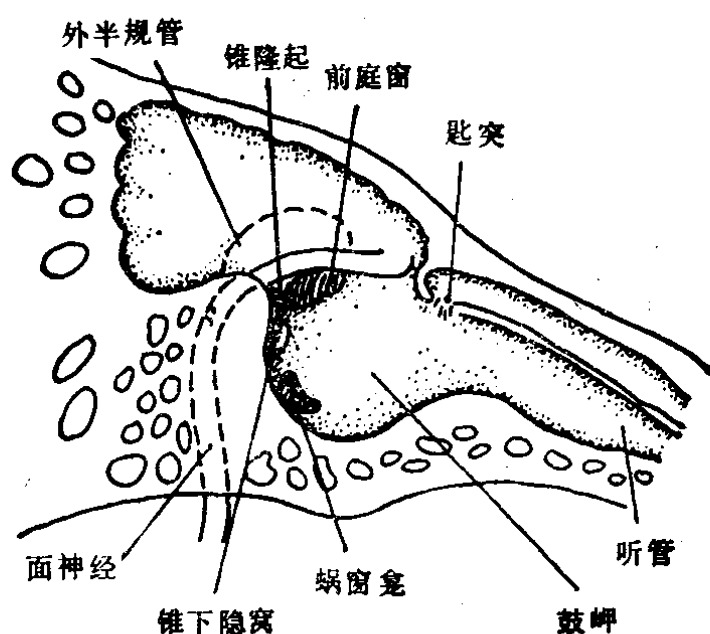


图1—5 鼓室内侧壁

(3) 前壁：亦称颈动脉壁。上宽下窄，其上部和下部分别有鼓膜张肌管及听管的开口，并有鼓索神经通过。前壁内下角以菲薄骨板与颈动脉管相邻。

(4) 后壁：亦称乳突壁。上宽下窄，上鼓室经鼓窦入口向后通入鼓窦，鼓窦入口下方的锥隆起有镫骨肌腱穿出，固定于镫骨颈。在锥隆起下方、面神经管垂直段与二窗之间的空隙即鼓室隐窝（亦称锥下隐窝），锥隆起上方与鼓环后上

部之间的裂隙即面神经隐窝（亦称锥上隐窝），两者在解剖上与面神经的关系密切。

（5）顶壁：亦称天盖。较薄，使鼓室与中颅窝相隔，并与后方的鼓窦天盖相延续。此壁上的岩鳞缝可能有先天性裂隙，或因病变破坏成为耳源性颅内感染的进路之一。

（6）底壁：亦称颈静脉壁。借一层菲薄骨板与颈静脉球相隔，偶而有骨性裂隙存在，仅隔以鼓室粘膜。

2. 鼓室的内容物：三块听骨以关节相连，并由韧带悬挂于鼓室。这种精巧结构有如弯形的杠杆，将鼓膜上的声波振动传至镫骨底板。

（1）锤骨：最大，靠前靠外，长约8~9毫米。头部呈球状，占据上鼓室前部，其后面有凸形的关节面。锤骨柄为纤细骨棒，断面椭圆形，尖端变细呈片状，牢固附着于鼓膜的纤维层内；锤骨柄与水平面的角度为 $45^{\circ}\sim 50^{\circ}$ 。锤骨柄上端外侧的短突和锤骨颈前面的前突均有韧带附着。

（2）砧骨：形似一颗二根牙，体扁平，位于上鼓室后部。其前面有凹形的关节面与锤骨头相接，为锤砧关节。砧骨短突较粗，长突较细，二者呈 100° 角。短突水平后伸，并有后韧带固定于鼓室后壁；长突伸向内下方，与锤骨柄平行，略靠后内，其尖端呈豆状，内侧面与镫骨头相接。

（3）镫骨：最小，位置最内。由头、颈、前脚、后脚及底板组成。底板扁平，覆盖前庭窗，上缘微凸，下缘微凹。前、后脚长度略等，凹面相对呈拱状；后脚邻接颈部处有镫骨肌腱附着。镫骨头的大小形状不一，头顶有凹形关节面与砧骨豆状突相接。镫骨在鼓室中的实际位置几乎呈水平位，而不是竖立位。

锤-砧与砧-镫两个关节都有菲薄的囊状韧带连接，在镫骨底板与前庭窗周缘则由环状韧带相连，实现完整的鼓膜-前庭窗连接，具有传音和扩大作用。此外，尚有若干韧带，将听骨链固定于上鼓室的前、上、后、外各壁，使之保持正确位置。其中，锤骨前韧带与砧骨后韧带一前一后，几呈一直线，是听骨链的转动轴。

(4) 鼓室肌：以横纹肌为主，含有少量非横纹肌成分。鼓膜张肌的肌管在听管上方，伸出肌腱的绕过匙突，止于锤骨颈。鼓膜张肌收缩能牵拉鼓膜向内，使之绷紧。由三叉神经的分支支配。镫骨肌位于锥隆起的骨腔内，是人体最小的肌肉。其收缩牵拉镫骨底板的前部向外。由面神经的分支支配。二肌的反射性收缩，具有保护内耳的作用。

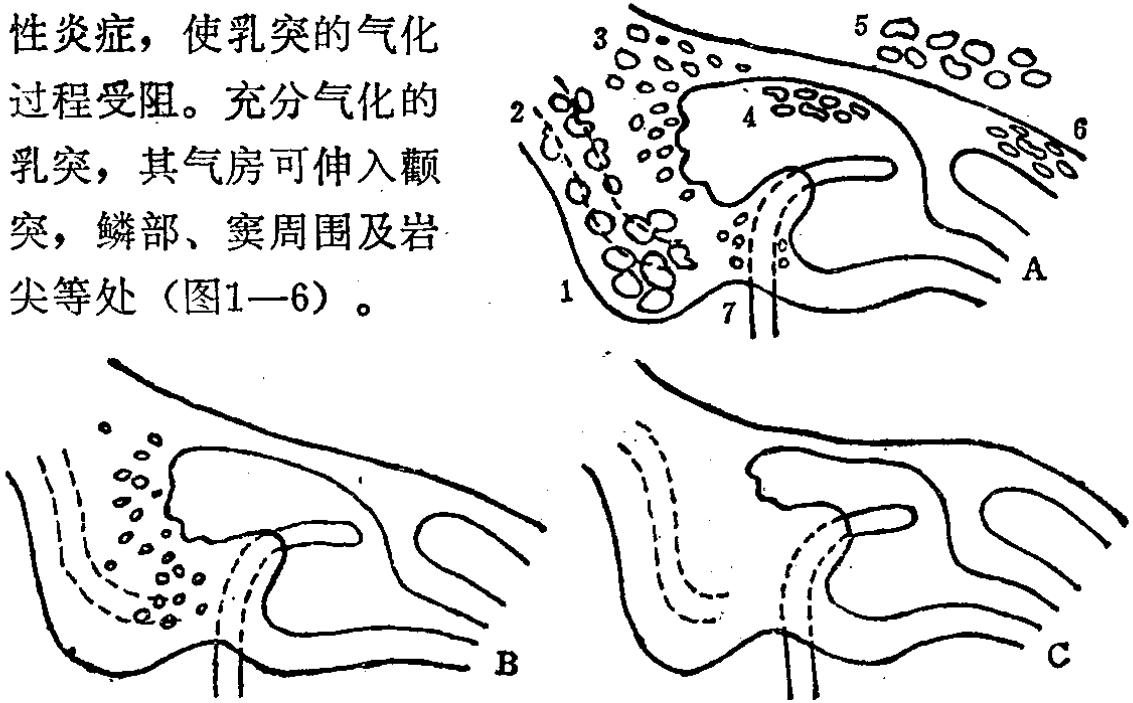
(5) 鼓索神经：为面神经分支，自面神经在茎乳孔稍上方处分出，在鼓室后壁锥隆起外方进入鼓室，经锤骨柄与砧骨长突之间穿入前壁，离开颅底加入舌咽神经，司同侧舌前2/3味觉。

(三) 鼓窦及乳突气房

鼓窦是鼓室与乳突之间的小腔，初生时即已发育完成，其大小形状常有变异；但位置较恒定，一般位于鼓室腔的后上方或略偏外。婴儿或儿童的鼓窦位置较高而浅。鼓窦是乳突手术的重要标志之一。

新生儿无乳突，2岁开始发育，8~10岁发育完成。以鼓窦为中心的乳突气房彼此相通，呈放射状排列，大部分位于鼓窦后方及下方；近鼓窦的气房较小，愈近周缘部分愈大。成人乳突骨壁可厚达15毫米，其厚薄与气化程度有关。乳突气房的大小、数量和分布变异很大，使乳突具有气化、

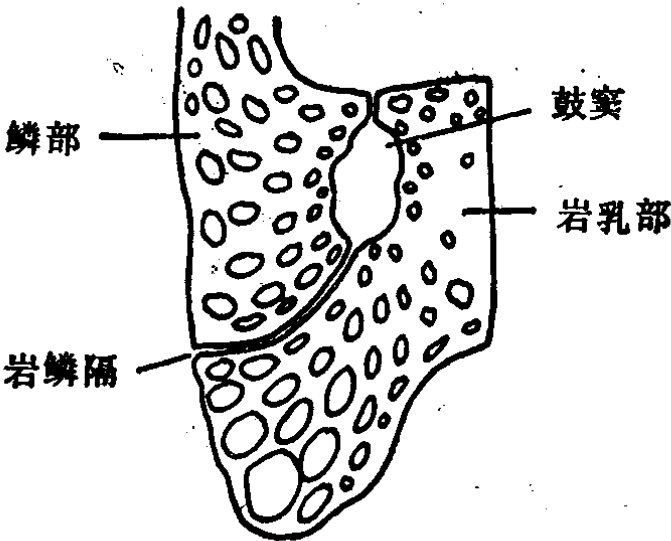
板障和硬化三种类型。后二种类型多因幼年时期呼吸道的慢性炎症，使乳突的气化过程受阻。充分气化的乳突，其气房可伸入颧突，鳞部、窦周围及岩尖等处（图1—6）。



A、气化型 气房群：1.乳突尖；2.窦周围；3.窦脑膜角或岩部；4.迷路周围；5.鳞部或天盖 6.颧弓；7.面神经周围 B、板障型 C、硬化型

图1—6 乳突的类型

与岩鳞缝相应的Korner氏隔可能持续存在，此隔介于岩部和鳞部两组气房之间，有时较厚，甚至将鼓室分隔为二。缺乏经验的手术者可能被此隔迷惑，误认为是鼓室底，而未能发现岩乳部内的深部气房（图1—7）。



颞骨的气化过程以鼓室为中心，分别向鳞及岩乳部发展

图1—7 岩鳞隔