

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

耳鼻咽喉头颈外科疾病 临床诊疗思维

主编 韩德民

主编 王德明 副主编 王德明 王德明
副主编 王德明 王德明 王德明

耳鼻咽喉头颈外科疾病 临床诊疗思维

王德明 主编

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

耳鼻咽喉头颈外科 疾病临床诊疗思维

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 / 韩德民主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2009. 9
ISBN 978-7-117-11536-0

I. 耳… II. 韩… III. ①耳鼻咽喉科学: 外科学②头部—
外科学③颈—外科学 IV. R762 R65

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第126869号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维

主 编: 韩德民
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 三河市宏达印刷有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 22.75 插页: 4
字 数: 574 千字
版 次: 2009年9月第1版 2009年9月第1版第1次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-11536-0/R·11537
定 价: 55.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 汪建平 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴复兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

前 言

耳鼻咽喉头颈外科由于“孔小洞深”、解剖复杂、病种繁多，因而是一门相对难以入门的学科。耳鼻咽喉科疾病看似“小打小闹”，实际上却可能是全身疾病的局部体现，或是多种慢性疾病的诱因。我们认为，书本上的教条可以背诵，手术技术也是熟能生巧，然而当一名耳鼻咽喉头颈外科医师的培养达到一定程度时，其诊疗水平往往取决于是否具有独立和缜密的思维能力，这种思维能力绝非一朝一夕之功。因此在培养过程中，医学生和低年资医师自身的主动性就显得尤为重要，这不仅包括主动学习书本上的知识、主动寻找实践的机会，更重要的是要学会主动去思考、分析，而不是照搬教条。我们应鼓励年轻医师有自己的想法，然后再与上级医师的判断进行比较，这样才能发现差距，锻炼独立和缜密的思维能力。

基于以上考虑，应人民卫生出版社之邀，我们抽调组织了北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科临床骨干力量撰写了《耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维》，他们对本书的立意表现了极大的支持，在百忙之中利用业余时间完成了本书的撰写。本书尝试改变刻板的教科书形式，通过生动、典型的耳鼻咽喉头颈外科病例，模拟临床诊疗过程，并不断提出疑问，引导年轻医师在阅读过程中积极主动地思考可能遇到的问题。常言道“授人以鱼不如授人以渔”，我们希望此书能够成为年轻医师成长过程中的良师益友，希望书中病例能够真正起到抛砖引玉的作用，启发年轻医师主动思考，终成良才！然而由于受到时间和篇幅的限制，本书难免会存有瑕疵，我们希望广大读者给予指正，以便今后本书再版。

主编 韩德民

首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科

2009年3月

目 录

第一章 耳科学	1
病例1 右眼不能闭合、口角歪斜1天	1
病例2 左侧闭眼不能、口角歪斜2个半月	5
病例3 右颜面部疼痛近1个月，加重伴右侧嘴歪1周	7
病例4 右侧额纹消失、口角歪斜近半年	10
病例5 外伤后右眼不能闭合、口角歪斜9天	12
病例6 右乳突根治术后13天、右眼睑闭合不全7天	15
病例7 右耳流脓、听力下降10余年，加重伴右侧闭眼不能1年	17
病例8 感冒后持续右耳闷塞2个月	20
病例9 自幼右耳听力差30年	23
病例10 右耳渐进性听力下降2年	26
病例11 双耳反复流脓伴听力下降20年，加重1周	29
病例12 左耳突然听力下降伴眩晕、耳鸣2天	34
病例13 双耳听力下降伴言语不清1年	39
病例14 出生后对声音无反应1年	44
病例15 左耳搏动性耳鸣伴听力下降1年余	48
病例16 左耳持续性耳鸣伴听力下降14个月	51
病例17 左耳听力下降伴持续性耳鸣3年	55
病例18 左耳听力下降3个月	59
病例19 左耳听力下降3个月	63
病例20 左面部紧绷感、口角歪斜2个月，加重伴左眼闭合不良1周	65
病例21 右耳流脓20余年，加重伴流脓血、耳痛、右眼闭合不良1个月	69
第二章 鼻科学	72
病例22 左鼻腔反复出血7天	72
病例23 鼻内镜术后哨鸣音3个月，鼻塞1个月	75
病例24 双侧交替性鼻塞伴流黏涕3年	80
病例25 嗅觉减退5年	83
病例26 鼻痒、喷嚏、清水样涕，伴有间断性鼻塞、嗅觉减退10年	86
病例27 双侧鼻塞伴脓涕8年	92
病例28 双侧鼻塞伴脓涕10年	96
病例29 反复双侧鼻塞、黏性涕10余年	99

病例30	右侧鼻塞、流涕伴嗅觉减退3年	105
病例31	左侧脓性涕4个月，加重伴头痛20余天	112
病例32	右侧鼻塞伴脓涕1年	116
病例33	消瘦、乏力半个月，左眼失明13天，伴左侧头痛、眼痛	119
病例34	左鼻腔清水样分泌物2个月余	132
病例35	反复流清水样涕伴间歇头痛10年	137
病例36	右侧眼球内陷、眼球向下移位4个月	140
病例37	左侧鼻塞偶伴涕中带血3个月	143
病例38	右侧头痛、头部闷胀感半年	148
病例39	右侧鼻塞伴涕中带血2个月	151
病例40	鼻塞、流脓鼻涕伴头痛10天	155
病例41	鼻外伤后歪鼻半年	158
第三章	咽喉科学	161
病例42	反复咽痛伴高热4年	161
病例43	涕多伴夜眠张口呼吸1年余	164
病例44	气管插管术后咽异物感2个月	167
病例45	全麻胆囊切除术后声嘶3个月	171
病例46	无明显诱因持续声嘶8年余	175
病例47	持续声音嘶哑20年	179
病例48	自幼持续性声嘶20余年	182
病例49	变声期后持续声嘶至今	186
病例50	用声过度后持续声嘶半年	190
病例51	甲状腺癌2次术后呼吸困难1年	193
病例52	甲状腺术后声嘶2年	197
病例53	气管切开术后不能堵管10个月	201
病例54	食羊骨汤梗噎后胸闷胀9日，胸痛半天	205
病例55	睡眠时张口呼吸伴打鼾2年	209
病例56	睡眠呼吸暂停6年	212
病例57	睡眠打鼾5年，伴夜间憋醒1年	215
病例58	睡眠打鼾10余年，双眼视力下降3个月，双眼失明1个月	220
病例59	喉乳头状瘤术后3个月，活动后气促10天	222

病例60	持续声嘶18个月	226
病例61	出生后喂奶易呛咳,发现咽部肿物1周	229
病例62	呼吸不适7个月,加重10天	231
第四章	头颈外科学	235
病例63	外鼻肿物半年	235
病例64	左侧鼻腔肿物10年,迅速增大2个月余	239
病例65	左侧鼻塞伴涕中带血半年,进行性加重	244
病例66	呼吸困难伴呛咳半个月,加重3天	248
病例67	颈前肿物伴溢脓17年	253
病例68	咽部异物感1个月	255
病例69	甲状腺肿物1个月	259
病例70	颈前肿物4个月	263
病例71	颈前正中肿块半年	266
病例72	左侧鼻面部肿物7年	268
病例73	鼻根肿物2个月余	271
病例74	左侧鼻塞1年,间断头痛1个月	274
病例75	左侧颈部肿物2个月	277
病例76	左耳垂下无痛性肿物半年	281
病例77	左耳下渐进性肿物7年	284
病例78	左颈部肿物渐进性生长3年	288
病例79	间断左鼻腔出血2年	293
病例80	右眼溢泪3个月,伴右颌面部肿胀半个月	297
病例81	左侧耳鸣、耳聋伴反复鼻出血3个月	301
病例82	左侧咽痛3个月,加重3周	305
病例83	持续性声嘶6个月,发现右侧颈部包块1个月	308
病例84	吞咽时异物感伴疼痛3个月,出现声音嘶哑40余天	311
病例85	痰中带血1年余,声嘶2个月	315
病例86	声音嘶哑4个月	320
病例87	声音嘶哑3个月	324
病例88	声音嘶哑4个月	328
病例89	颈前正中肿块1年,声音嘶哑2个月	332
病例90	右颈部包块1年	336
病例91	进食梗阻感伴声嘶半年	339
病例92	喉癌声门型(左)CO ₂ 激光术后半年,左颈部肿物3个月	343
病例93	颈部间断疼痛16个月,发现左侧颈部肿物6个月	347
病例94	右耳痛2年	353

1 第一章 耳科学

病例1 右眼不能闭合、口角歪斜1天

患者，男性，65岁，主因“右眼不能闭合、口角歪斜1天”来诊。

一、病史询问

根据主诉，需要进一步询问：

1. 除闭眼障碍、口角歪斜之外，是否伴有额纹变浅、鼓腮漏气等症状？
2. 发病以来是否出现过“上感”、发热、耳部疱疹？
3. 是否伴有听力下降、耳鸣、耳漏、眩晕等症状？
4. 进行过何种治疗，是否有效？

病史询问结果：患者于1天前晨起后发现右眼不能闭合、口角歪斜，伴有额纹变浅、鼓腮漏气，患侧面部感觉麻木。发病3天前似感冒，发病来无发热，耳部未见疱疹，无明显耳痛，无听力下降及眩晕。既往无中耳炎病史。未用药治疗。

诊疗思维提示：根据患者主诉，初步判断患者因面瘫而就诊。面瘫可分为中枢性面瘫与周围性面瘫。两者的区别在于中枢性面瘫不伴额纹变浅或消失，而周围性面瘫则存在额纹变化。前者多见于神经内、外科疾患，后者常见于耳科疾患。对于年龄较大的老年患者出现面瘫者，应警惕脑梗死及脑出血等神经内科急症。患者病情发展迅速，既往无外伤、中耳炎病史，仅发病前3日怀疑感冒，不能排除病毒感染，需在进一步询问病史过程中对贝尔面瘫（特发性周围性面瘫）、Ramsay-Hunt综合征（以下简称Hunt综合征）着重进行鉴别。因贝尔面瘫常为面神经中鼓索与镫骨肌支间段病变，所以常不伴有听神经及其他面神经分支受累症状。贝尔面瘫可能与单纯疱疹病毒感染有关，一般不出现疱疹。Hunt综合征常为膝状神经节附近面神经病变，此段面神经刚出内听道，与听神经邻近，所以可以出现听觉症状。Hunt综合征可能与带状疱疹病毒感染相关，发病时伴有局部皮肤疱疹。此患者虽不伴有听力下降及耳部疱疹病史，但面瘫发生病史仅1天，不能排除听力下降及疱疹随后出现之可能，所以应积极治疗的同时（贝尔面瘫与Hunt综合征的治疗原则基本相同，但预后不同），密切注意病情变化。此外，也不排除中耳肿瘤之可能，需进一步查体与辅助检查进行鉴别。

二、专科检查

专科检查结果：双侧耳廓、外耳道干洁，鼓膜完整，标志清。静态面容双侧略不对称，皱眉时患侧额纹变浅、患侧闭目不全、微笑时患侧嘴角下垂、吹口哨时患侧存在漏气。House-Brackmann 面神经分级系统Ⅳ级，Fisch 面神经分级系统46分（14+7+9+9+7）。泪液分泌试验阴性，味觉试验双侧存在差异，左侧面肌运动未见异常。

诊疗思维提示：解剖学知识告诉我们，颜面上部（额部）的肌肉同时接受来自双侧面神经中枢皮层纤维的支配，而颜面下部则仅接受对侧皮层中枢的控制。因此，中枢性面神经麻痹仅表现为对侧颜面下部肌肉运动障碍，而周围性面神经麻痹则为同侧颜面全部肌肉运动障碍。本患者一侧颜面肌肉整体运动受限，对侧面肌运动正常，提示为周围性面神经麻痹，可除外中枢性病变所致面瘫。面神经为混合神经，由运动神经、副交感神经、味觉神经及少数感觉神经共同组成，以运动功能为主。经茎乳孔出颅后分为五支：颞支、颧支、颊支、下颌缘支与颈支，分别支配一侧面部相应部位运动。皱眉、闭眼、微笑及吹口哨则分别提示面神经分支（颞支、颧支、颊支、下颌缘支）对面部肌肉运动的支配情况。House-Brackmann 面神经分级系统（注1）与Fisch 面神经分级系统（注2）是两个国际公认的面神经运动功能主观评价系统，对面瘫的诊断、治疗及预后判断都有重要提示作用。面神经纤维的副交感成分主要司泪腺、鼻腔粘液腺、颌下腺及舌下腺的分泌，主要通过面神经由膝状神经节分出的第1分支岩浅大神经支配。泪液分泌试验阴性也提示膝状神经节以上或附近面神经病变。面神经成分中的味觉纤维是通过面神经乳突段的分支——鼓索神经，支配舌前2/3的味觉感觉。味觉试验阳性提示鼓索神经分出部位以上或附近区域的面神经病变。通过泪液分泌试验与味觉试验，可以对面神经损伤部位进行初步判断。此患者泪液分泌试验阴性，味觉试验双侧存在差异，说明病变主要位于膝状神经节与鼓索神经分出部位之间的面神经节段。

三、辅助检查

辅助检查结果：

1. 电测听示：双侧听力基本对称RBC=RAC（15-20-20-25-35-25），LBC=LAC（15-20-25-30-40-35）（注3）。
2. 声阻抗示：双耳“A”型曲线；镫骨肌反射示：右耳镫骨肌反射传出受损，传入正常。
3. 面神经电图示：右侧面神经中度损伤（面神经波幅额肌支下降90%，口轮匝肌支下降92%），左侧面神经传导正常。面肌电图示：未见痉挛波。
4. 颞骨CT示：右侧面神经管第二膝段略增粗，骨壁完整，余未见明显异常。

诊疗思维提示：电测听检查结果示双侧基本对称性高频感音神经性听力下降。正常情况下老年人可出现双耳高频对称性感音神经性听力下降。此患者为65岁老年患者，可解释双耳高频出现的基本对称之感音神经性听力下降。双耳声阻抗“A”型曲线，说明中耳正常

或存在神经性听力下降。镫骨肌反射检查对病变的定位有一定意义，其可分为同侧镫骨肌反射与对侧镫骨肌反射，其反射弧如：患者左耳同侧、对侧镫骨肌反射正常，说明左侧反射弧传入、传出正常，右侧反射弧传入正常；而右耳同侧、对侧镫骨肌反射均未引出，说明右侧反射弧传出异常，结合病情，提示病变位于面神经镫骨肌支发出以上或附近的部位。面神经电图检查是面神经麻痹的客观定量检查方法之一，对面瘫的诊断、指导治疗及判断预后有很大意义。通过将刺激电极置于耳前，记录电极分别置于额肌、口轮匝肌，参考电极置于同侧鼻翼（电极置放处皮肤清洁），记录电极和参考电极均为表面电极，两侧对称放置，分别检测。在相同距离下检测出患侧波幅下降50%或波幅消失，同时参考汤晓芙正常值范围^[1]，潜伏期延长 $> \bar{x} + 2.5s$ 为异常。此项检查若波幅下降90%以下提示预后较好，若波幅下降在95%以下提示预后差。通常面神经电图检查于发病后1周内检查意义不大，在发病10~14天检查最有价值。此患者于发病后12天所行面神经电图示：右侧面神经中度损伤（面神经波幅额肌支下降90%、口轮匝肌支下降92%），左侧面神经传导正常，提示面瘫保守治疗效果较好。颞骨CT检查右侧面神经管第二膝段增粗，骨壁完整，余未见明显异常，提示炎症可能性大，无面听神经占位性病变存在。

四、初步诊断

贝尔面瘫（特发性周围性面瘫）

诊疗思维提示：依据患者的病史、体征及辅助检查，均支持贝尔面瘫的诊断。但应与以下疾病进行鉴别，特别是症状不典型者应重点鉴别。

1. Hunt综合征 通常伴有疱疹与前庭耳蜗症状，可有发热，泪液分泌双侧异常。一般，Hunt综合征较贝尔面瘫面神经受累严重，且预后差。

2. 中耳炎所致面瘫 听力下降病史长，鼓膜通常穿孔且可见胆脂瘤样物，电测听有传导性听力下降，颞骨CT可见中耳内软组织密度阴影，面神经骨管破坏。

3. 外伤性面瘫 有外伤史、颞骨CT常可见骨折线。

4. 面听神经肿瘤 面瘫病史长，且逐渐加重，局部无疱疹与疼痛，颞骨CT常可见面神经占位性病变。

5. 中耳恶性肿瘤 外耳道或鼓室内常可见肿物（少数情况可鼓膜完整），电测听有传导性听力下降，颞骨CT可见中耳内软组织密度阴影，伴骨质虫蚀样破坏。

五、治疗方案及过程

贝尔面瘫的治疗初期以内科治疗为主。虽经多年研究，但贝尔面瘫的发病机制尚未完全阐明。目前主要有两种学说：一是认为与病毒感染（单纯疱疹病毒）或病毒感染后变态反应有关，但无有力证据；二是认为由寒冷刺激使面神经营养血管痉挛、缺血，导致面神经水肿。急性期的病理变化主要是面神经水肿、炎细胞浸润、髓鞘脱失，严重者晚期可有轴突变性。近年来，面神经营养血管痉挛学说逐渐受到重视。因此，对于贝尔面瘫保守治疗常用药物有：抗病毒药物、大剂量糖皮质激素、神经营养药、结膜保护药。保守治疗1个月无明显效果者，可考虑面神经减压手术。

本患者给予：利巴韦林0.4g+5%葡萄糖250ml/天，静脉滴注14天；地塞米松20mg/d入壶，5天递减，至5mg入壶5天后，改醋酸泼尼松龙20mg晨起口服5天后递减；同时给予腺苷钴胺0.5g口服tid，复合维生素B、维生素C等神经营养药物；红霉素眼膏涂眼。按上

述方案治疗14天后,患者面瘫好转,眼用力可完全闭合;嘴尽全力仍不对称。建议继续保守治疗,定期复查。

六、随访

患者出院后,仍保守治疗2周,期间于中医科行针灸治疗。2周后门诊复查,面瘫明显好转,House-Brackmann面神经分级系统Ⅲ级,Fisch面神经分级系统70分(14+7+21+21+7),面神经电图示面神经波幅下降,额肌支下降70%、口轮匝肌支下降70%。建议患者服用神经营养药,可考虑理疗、针灸恢复,定期复查。

参考文献

1. 汤晓芙. 临床肌电图学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995: 121-122.

注1. House - Brackmann 面神经分级系统

I 正常所有区域面肌功能正常

II 轻度功能不全

总体: 仔细检查可发现轻度面肌力弱; 可有很轻微的联动

静息状态: 对称, 肌张力正常

运动: 额部: 功能良好; 眼: 轻用力可完全闭合; 嘴: 轻度不对称

III 中度功能不全

总体: 双侧面部差异明显, 但未毁容。不严重的联动, 挛缩, 和(或)半面痉挛

静息状态: 对称, 肌张力正常

运动: 额部: 功能良好; 眼: 用力可完全闭合; 嘴: 尽全力仍轻度不对称

IV 中重度功能不全

总体: 明显肌力减弱和(或)毁容

静息状态: 肌张力正常

运动: 额部: 不动; 眼: 闭合不全; 嘴: 尽全力仍不对称

V 重度功能不全

总体: 仅见较难察觉的运动

静息状态: 不对称

运动: 额部: 不动; 眼: 闭合不全; 嘴: 可轻微运动

VI 全瘫 面肌不动

注2. Fisch 面神经分级系统

由旁人按静态(20分)、皱额(10分)、闭目(30分)、笑(30分)和吹口哨(10分),分区打分。打分级别分别以0%, 30%, 70%, 100%评价。0%为完全面瘫, 30%为部分恢复, 但较差; 70%为大部恢复; 100%为完全恢复。满分100分。

注3. 电测听结果所示频率:

250Hz、500Hz、1000Hz、2000Hz、4000Hz、8000Hz

病例2 左侧闭眼不能、口角歪斜2个半月

患者，男性，43岁，主因“左侧闭眼不能、口角歪斜2个半月”来诊。

一、现病史

病史询问结果：患者于2个半月前冷风吹后突然发现左侧闭目不能、口角歪斜，伴额纹消失、鼓气受限。发病以来未出现耳部疱疹、听力下降眩晕、恶心等症状，曾于当地医院给予激素、抗病毒药物、葛根素及中医针灸治疗，之后面瘫略有好转。现仍左侧额纹浅、口角偏斜。

二、专科检查

专科查体结果：左耳廓无畸形，耳道干洁，完整，鼓膜标志清。静态面容双侧略不对称，皱眉时右侧额纹浅、闭目不全、微笑时左侧口角下垂、吹口哨时患侧存在漏气。House-Brackmann面神经分级系统Ⅳ级，Fisch面神经分级系统46分（6+3+21+9+7）。泪液分泌试验阴性，味觉试验双侧存在差异，右侧耳廓、耳道、鼓膜及面肌运动未见异常。

三、辅助检查

辅助检查结果：

1. 电测听示：双侧听力基本正常。
2. 声阻抗示：双耳“A”型曲线。
3. 镫骨肌反射示：左耳同侧、对侧镫骨肌反射均未引出，右耳同侧、对侧镫骨肌反射正常。
4. 面神经电图（面瘫后2个半月）示：左侧面神经中度损伤（面神经波幅额肌支下降92%、口轮匝肌支下降93%），右侧面神经传导正常。
5. 面肌电图示：未见痉挛波。
6. 颞骨CT示：左侧面神经管第二膝段略增粗，骨壁完整，余未见明显异常。

诊疗思维提示：病例2为贝尔面瘫经保守治疗后效果不佳的表现，此结果可能是由于治疗不及时或用药不合理造成的。经及时合理的保守治疗，也有约10%恢复不好。

四、初步诊断

贝尔面瘫

五、治疗方案及过程

对于贝尔面瘫保守治疗效果不好的患者，可以考虑外科手术，面神经减压。

实施面神经减压术的时机对于面肌功能的恢复有重要意义。目前多数医生认为，系统的保守治疗1个月后，面神经变性仍大于90%则有手术指征。2个月以内是面神经减压术的最佳时机，因2个月后，面肌多出现萎缩与纤维化，手术效果不理想。但只要不是面神经断裂病变，且病程不超过5个月，面神经减压术的效果还是肯定的，都能不同程度地促进面肌功能恢复。贝尔面瘫常为面神经中鼓索与镫骨肌支间病变，则手术需磨开膝状神经节到茎乳孔的面神经骨管，膝状神经节尽量完全保留，切开面神经鞘，进行面神经减压。

此患者面瘫发生后，经保守治疗，稍有改善，3个月后House-Brackmann面神经分级系统Ⅳ级，Fisch面神经分级系统46分，面神经电图示：左侧面神经中度损伤（面神经波幅额肌支下降92%、口轮匝肌支下降93%），有手术指征。于全麻下行左侧乳突进路面神经减压+鼓室成形术（Ⅱ型）。术中行左耳后“C”形切口，轮廓化乳突，磨薄外耳道后壁。开放面隐窝，暴露锥隆起、镫骨肌及砧镫关节，探查听骨链，活动好。分离砧镫关节，取出砧骨与锤骨头。断桥后，由面神经锥曲段分别向上、向下磨开面神经骨管，上至内听道，下至茎乳孔，显露面神经，见面神经鼓室段鞘膜完好，乳突段面神经水肿。切开乳突段面神经之鞘膜。以抗生素（头孢类）冲洗术腔，以地塞米松局部浸泡，充分止血后，以颞肌筋膜覆盖已裸露面神经。将塑形好的锤骨头置于鼓膜与镫骨头间。复位外耳道后壁，鼓膜完整。对位缝合耳后切口，局部加压包扎。术后常规卧床3天，预防性抗炎、营养神经（如病例1）、激素（地塞米松10mg入壶连用3日）治疗。患者术后7日拆线后出院，出院时自觉面部肌肉轻松，面瘫有好转，眼用力可完全闭合；嘴尽全力略不对称。

六、随访

患者出院后，给予营养神经及局部理疗治疗，定期复查，术后6个月眼轻用力可完全闭合，嘴轻度不对称，额纹基本恢复。House-Brackmann面神经分级系统Ⅱ级，Fisch面神经分级系统82分（20+10+21+21+10），面神经电图示面神经波幅额肌支正常，口轮匝肌支下降60%。建议继续营养神经及局部理疗治疗，定期复查。

临床调查显示：贝尔面瘫症状轻，保守治疗效果好，面神经减压手术效果好，预后较好。

病例3 右颜面部疼痛近1个月，加重伴右侧嘴歪1周

患者，女性，60岁，主因“右颜面部疼痛近1个月，加重伴右侧嘴歪1周”来诊。

一、病史询问

根据主诉，需要进一步询问：

1. 除嘴歪之外，是否伴有闭眼障碍及额纹变浅的症状？
2. 发病以来是否出现过“上感”、发热、耳部带状疱疹？若出现过疱疹，出现时间与面瘫出现时间的先后顺序如何？
3. 是否伴有听力下降、耳鸣、耳漏、眩晕、味觉障碍等症状及发生时间？
4. 是否伴有半面痉挛？
5. 是否伴有进食时疼痛加重？
6. 进行过何种治疗，是否有效？

病史询问结果：患者于近1个月前感冒后出现右侧颜面部疼痛，以右耳为中心。于当地医院就诊并经抗感染治疗无明显改善，出现右外耳道红肿、耳廓及周围区域疱疹并破溃流水。1周前疼痛加重，并出现右侧口角歪斜、闭眼不能及额纹消失，右耳听力下降，耳鸣、右眼干涩及进食味淡，无眩晕。既往听力好，无中耳炎病史。疼痛与进食无明显相关性。不伴有半面痉挛。

诊疗思维提示：根据患者病史，初步判断患者因周围性面瘫而就诊。因患者面瘫之前有局部疼痛病史，高度怀疑为感染所致之面瘫。需在进一步询问病史过程中对中耳炎、贝尔面瘫（特发性周围性面瘫）、Ramsay-Hunt综合征（以下简称Hunt综合征）、腮腺炎等着重进行鉴别。患者既往无中耳炎病史，进食与疼痛相关性不大，结合下面的专科查体及辅助检查可基本排除中耳炎、腮腺炎所致的面瘫。贝尔面瘫常为突然发生，发展迅速，不伴有听力下降，可伴有疼痛，无耳部疱疹病史。Hunt综合征则在发病前常有疲劳、受凉、抵抗力下降的诱因，常有发热的前驱症状，继而耳内、耳周疼痛剧烈，并出现疱疹，常伴有听力障碍、眩晕及味觉障碍。出现了听神经及味觉变化，可以通过Hunt综合征常为膝状神经节及岩浅大神经病变进行解释，此段面神经刚出内听道，与听神经邻近，所以可以出现听觉症状；岩浅大神经参与唾液腺、泪腺的分泌，其病变可引起相应改变。此患者所出现的右眼干涩，可由泪腺分泌障碍引起，也可由于长期闭眼不能所引起，需辅助检查进一步证实。中耳炎与腮腺炎常为细菌感染，抗生素治疗有效，而Hunt综合征目前认为是带状疱疹病毒感染，贝尔面瘫则认为与单纯疱疹病毒感染相关，所以单纯抗生素治疗效果不好。在询问病史的过程中还应注意患者各个症状发生的顺序，清晰的病史过程不仅帮助我们判断疾患的因果关系，而且对预后判断有时也有很大的意义。如：中耳炎所致的面瘫，听力下降在前，而面神经炎引起的听力下降在后；有学者通过临床统计发现Hunt综合征首发症状不一，但首先出现的症状往往代表受侵较重的部位，并且首发症状在恢复时反而滞后，即先出现耳部疱疹者面神经功能恢复较好，先出现面瘫者预后差。

二、专科检查

专科查体结果：患者以右侧耳廓、外耳道为中心，累及周围颜面部，皮肤红肿，耳廓及耳道内可见疱疹，并有破溃渗出，鼓膜充血肿胀，标志不清，完整。静态面容双侧略不对称、皱眉时患侧额纹变浅、患侧闭目不全、微笑时患侧口角下垂、吹口哨时患侧存在漏气。House-Brackmann面神经分级系统Ⅳ级，Fisch面神经分级系统42分(14+7+9+9+3)。泪液分泌试验阳性，味觉试验双侧存在差异，左侧耳廓、耳道、鼓膜及面肌运动未见异常。

诊疗思维提示：耳部皮肤红肿是感染的表现，耳廓及耳道内疱疹提示可能存在局部病毒感染。鼓膜完整则可排除慢性化脓性中耳炎的可能。此患者面部查体进一步说明患者为右侧周围性面瘫。泪液分泌试验阳性，味觉试验双侧存在差异，提示病变主要位于膝状神经节附近或以上的面神经节段。

三、辅助检查

辅助检查结果：

1. 电测听示：双侧不对称性感音神经性听力下降，RBC=RAC (40-35-25-15-45-25)，LBC=LAC (15-15-20-30-50-10)；
2. 声阻抗示：双耳“A”型曲线；镫骨肌反射示：右耳同侧、对侧镫骨肌反射均未引出，左耳同侧、对侧镫骨肌反射正常。
3. 面神经电图示：右侧面神经重度损伤（面神经波幅额肌支下降95%、口轮匝肌支下降97%），左侧面神经传导正常。面肌电图示：未见痉挛波。
4. 颞骨CT示：右侧面神经管第一膝、鼓室段近段增粗，骨壁完整，余未见明显异常。
5. 血常规示：WBC正常，中性粒细胞百分比正常。

诊疗思维提示：电测听检查结果提示：双侧不对称性感音神经性听力下降。此患者为60岁老年患者，可解释双耳高频出现的基本对称之感音神经性听力下降，但右耳在低频区域所出现的感音神经性听力下降应考虑疾病所致。双耳声阻抗示“A”型曲线。镫骨肌反射检查说明左侧反射弧传出异常。结合本患者病情，上述检查提示：同时存在听神经、面神经受累，病变之部位位于面神经与听神经邻近处。此患者于入院后3天（发病后11天）的面神经电图示：面神经波幅额肌支下降95%、口轮匝肌支下降97%，提示面瘫保守治疗效果可能不佳。颞骨CT检查右侧面神经管第一膝、鼓室段近段增粗，骨壁完整，余未见明显异常，提示炎症可能性大，无面听神经占位性病变存在。

四、初步诊断

Hunt综合征

诊疗思维提示：依据该患者的病史、体征及辅助检查，均支持Hunt综合征的诊断。但应与中耳炎所致之面瘫、外伤性面瘫、面听神经肿瘤、中耳恶性肿瘤等疾病进行鉴别（参