



Endoscopic Diagnosis
& Differential Diagnosis of
Throat Disease

咽喉疾病

内镜诊断与鉴别诊断

● 主编 黄定强 梁传余

四川出版集团 · 四川科学技术出版社



Endoscopic Diagnosis
& Differential Diagnosis of
Throat Disease

咽喉疾病

内镜诊断与鉴别诊断

● 主编 黄定强 梁传余

四川出版集团 · 四川科学技术出版社
· 成都 ·

图书在版编目(CIP)数据

咽喉疾病内镜诊断与鉴别诊断/黄定强,梁传余主编.
-成都:四川科学技术出版社,2013.8
ISBN 978-7-5364-7699-8

I. ①咽… II. ①黄… ②梁… III. ①咽疾病-内
窥镜检-鉴别诊断②喉疾病-内窥镜检-鉴别诊断
IV. ①R766.04②R767.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 162587 号

咽喉疾病内镜诊断与鉴别诊断

出品人 钱丹凝
主 编 黄定强 梁传余
责任编辑 戴 林
封面设计 韩建勇
版面设计 康永光
责任出版 邓一羽
出版发行 四川出版集团·四川科学技术出版社
成都市三洞桥路12号 邮政编码 610031
成品尺寸 240mm×170mm
印张 9.75 字数 180 千
印 刷 成都平川印务有限责任公司
版 次 2013 年 8 月第一版
印 次 2013 年 8 月第一次印刷
定 价 88.00 元
ISBN 978-7-5364-7699-8

■ 版权所有·翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误,请寄回印刷厂调换。

■ 如需购本书,请与本社邮购组联系。

地址/成都市三洞桥路 12 号 电话/(028)87734035
邮政编码/610031

本书编委会名单



主 编 黄定强 梁传余

编 者 (以姓氏笔画为序)

徐艳红 杨海波 蔡华成 李菊兰

王忠华 姜 霞 石向阳 韩江南

朱荣飞 杨 何 朱玉博

作者简介



黄定强 医学博士,主任医师,硕士研究生导师,四川省学术技术带头后备人,雅安市人民医院耳鼻咽喉头颈外科主任。

1995 年 7 月毕业于泸州医学院临床医学专业,1999 ~ 2004 年在四川大学华西医院攻读医学硕士、博士,具有咽喉头颈外科专业疾病丰富诊治经验。获得四川省医学科技进步一等奖一项,三等奖一项,市科技进步二等奖一项,三等奖一项。承担国家自然科学基金资助项目一项,省、市级科研课题 5 项,获得国家实用新型专利一项。先后在《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》《中国内镜杂志》等国家级杂志上发表论文 40 多篇。雅安市人民医院耳鼻咽喉头颈外科是四川省甲级医学重点专科。

梁传余 教授,博士生导师,1983 年硕士毕业于华西医科大学医学系,毕业后留校主要从事医疗、教学、科研工作。1992 年作为访问学者在美国学习一年,回国后率先开展了空肠代食道手术。目前担任省、市耳鼻咽喉科专委会主任委员、中国抗癌协会委员、中国睡眠呼吸协会理事。还担任中华耳鼻咽喉科杂志、听力学及言语疾病杂志、耳鼻咽喉 - 头颈外科杂志、中国耳鼻咽喉科中西医结合杂志、中华耳科学杂志、全国高等学校医学规化教材等编委。

内容提要



纤维咽喉镜在临床运用后,表现出诸多优点,镜体细软,检查时痛苦小,拍照摄像,便于客观分析并观察治疗效果等。电子咽喉镜是诊断咽喉部疾病的又一新型工具,其前端装有微型图像传感器,比光纤传输的纤维咽喉镜分辨率更高,视野更广且清晰。可以说纤维咽喉镜及电子咽喉镜的应用是耳鼻咽喉科学发展的里程碑,大大提高了专科医生的诊断水平与治疗效果。近年来国内许多基层医院都已陆续配备上述设备,并运用内镜对咽喉部进行检查。但是,由于耳鼻咽喉科学专业性强,咽喉部解剖结构深且复杂,各种疾病在内镜下有时差异细小,不易辨别,另外,专科医生的基础理论、临床经验参差不齐,也较容易出现内镜下对一些咽喉部疾病的误诊。

本书按咽喉解剖、咽部疾病、喉部及阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征疾病共分为四章。收集了咽喉科常见疾病、疑难疾病等不同时期不同阶段的图片,甚至有些是同一疾病在内镜下的不同类型、不同时期的图像表现。本书还配有一些影像图片、病理及术中图片,在大量图片对比的基础上,分析了咽喉部各疾病在内镜下各种图像表现特点,归纳了临床诊断要素,还列出了需要鉴别的疾病等。

但囿于编者水平的局限性,本书若有疏漏与不正确之处,恳请广大读者批评指正。

目 录



第一章 咽喉部解剖基础	1
第一节 咽部应用解剖	1
一、咽部分区	1
二、咽部淋巴	2
第二节 喉部应用解剖	5
一、喉部分区	5
二、喉部神经	7
三、喉部淋巴	7
四、小儿喉部解剖特点	7
第二章 咽部疾病	12
第一节 咽部炎症性疾病	12
一、急性咽峡炎	12
二、急性扁桃体炎	18
三、扁桃体周围脓肿	19
四、鼻咽部结核	21
第二节 咽部肿瘤	24
一、鼻咽纤维血管瘤	24

二、咽部血管瘤	26
三、咽旁神经肿瘤	28
四、鼻咽癌	33
五、扁桃体恶性肿瘤	38
六、咽后壁癌	40
七、舌根恶性病变	41
八、下咽 Wegener 型肉芽肿	43
九、下咽癌	45
第三节 咽部其他疾病	49
一、腺样体炎症与肥大	49
二、鼻咽部囊肿	51
三、咽角化症	52
四、舌骨大角综合征	55
第三章 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	58
第四章 喉部疾病	62
第一节 喉先天性及其他疾病	62
一、喉蹼	62
二、声带沟	64
三、喉异物	66
四、喉部囊肿	67
第二节 喉部炎症性疾病	70
一、急性会厌炎	70
二、急性喉炎	72
三、慢性喉炎	75
四、喉结核	79
五、反流性喉部炎症	82

第三节 喉声带运动性疾病	85
第四节 喉外伤	93
第五节 内镜下喉声带良性增生性疾病	100
一、声带息肉	100
二、声带小结	103
三、声带囊肿	106
四、任克氏间隙水肿	112
五、喉白斑	114
六、喉接触性肉芽肿	116
七、喉淀粉样变性	117
第六节 喉声带毛细血管相关病	121
第七节 喉部肿瘤	126
一、喉部血管瘤	126
二、喉乳头状瘤	130
三、喉部恶性肿瘤	135

第一章 咽喉部解剖基础

咽喉位于鼻腔、口腔后方,上端达颅底下面,下端平第六颈椎椎体下缘及环状软骨下缘,上端经鼻后孔、咽峡分别与鼻腔、口腔相通,下端经喉口与食管入口分别与气管、食管相通。咽喉是吞咽、呼吸与发音的重要器官,认识其解剖结构与功能对诊断咽喉部疾病十分重要。

第一节 咽部应用解剖

咽位于鼻腔、口腔和喉的后方,上六个颈椎和枕骨基底部的前方。上端达颅底下面,下端平第六颈椎椎体下缘及环状软骨下缘,下接食管。咽是一个前后略扁的肌性管道,成人全长约 12cm,它的后壁和前壁完整。前壁经鼻后孔、咽峡、喉口分别与鼻腔、口腔和喉腔相通。咽的鼻部上段为假复层柱状纤毛上皮,口咽和喉咽为复层扁平上皮,移行过渡。

一、咽部分区

鼻咽部位于软腭以上、枕骨基底部和第 1、2 颈椎的前方。此部与鼻腔之间以鼻后孔为界,是咽的鼻部与口部的分界与通道。顶壁与后壁连成穹隆状称咽穹,是鼻咽癌的好发部位之一。此处黏膜内有丰富的淋巴组织聚集,呈橘瓣样,构成咽扁桃体(腺样体、增殖体、增殖腺)。该结构在婴幼儿较为发达,10 岁开始萎缩,青春期后逐渐消失。若该结构过度增生,可堵塞鼻咽腔,造成呼吸困难;阻塞咽鼓管咽口,引起分泌性中耳炎,影响听力。咽隐窝向上距破裂孔约 1cm,鼻咽癌的癌细胞可经破裂孔向颅内转移。

口咽部是从软腭水平上缘到会厌尖水平。侧壁由软腭向下分出两腭弓,居前者称舌腭弓,后者即咽腭弓。两弓之间为扁桃体窝,即腭扁桃体。腭扁桃体是一个淋巴器官,它的形态和大小的个体差异很大。扁桃体在出生后 4~6 个月内开始发育,至 4~10 岁最为发达,14~15 岁以后又逐渐缩小。在每侧咽腭弓的后方有纵行条索样淋巴组织,即咽侧索。

咽喉部自会厌软骨上缘以下部分,下止于环状软骨下缘平面,连通食管,该处有环咽肌环绕,前方为喉,两侧杓会厌皱襞的外下方各有一深窝为梨状窝,此窝前壁黏膜下有喉上神经内支经此入喉。两梨状窝之间,环状软骨板后方有环后隙与食管入口相通,当吞咽时梨状窝呈漏斗形张开,食物经环后隙入食管。在舌根与会厌软骨之间的正中有舌会厌韧带相连系。韧带两侧为会厌谷,常为异物存留的部位。

二、咽部淋巴

咽黏膜的固有层内,含有丰富的淋巴细胞,淋巴细胞汇集成淋巴滤泡,淋巴滤泡又汇集为腺样的淋巴组织,成为扁桃体。排列在呼吸道及消化道入口处的扁桃体样组织,组成环状,称淋巴环。分为内环和外环。内环:咽扁桃体、咽鼓管扁桃体、腭扁桃体、舌扁桃体、咽侧索、咽后壁淋巴滤泡、喉室中的喉扁桃体。外环:咽后淋巴结、下颌角淋巴结、下颌下淋巴结、颈下淋巴结。两环之间相互通连。但鼻咽部主要汇入咽后淋巴结——颈深上淋巴结和乳突肌后缘淋巴结,口咽部主要汇入下颌角淋巴结——颈深中淋巴结,舌根舌扁桃体及会厌谷处汇入椎前淋巴结,咽喉部汇入颈深中淋巴结。

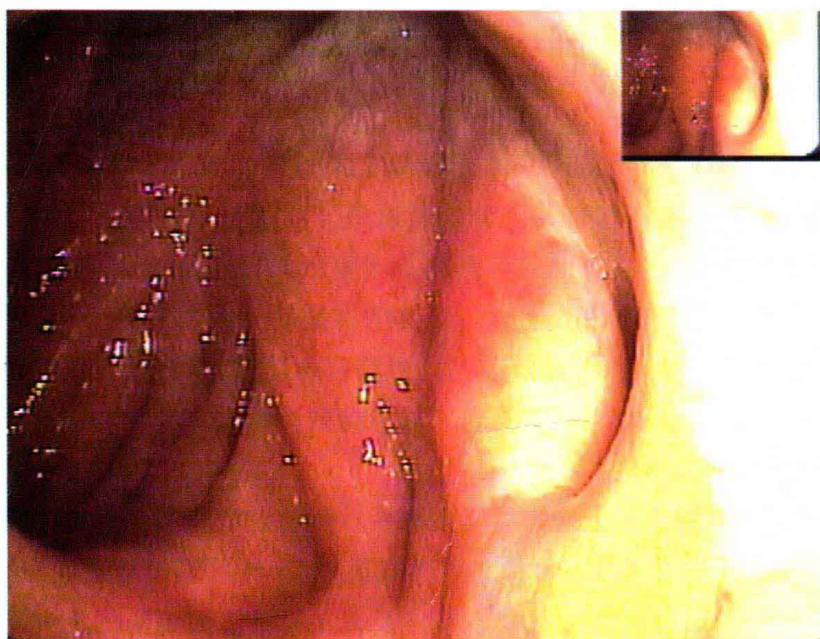


图 1-1 正常鼻咽部,腺样体已萎缩,留下橘瓣状痕迹

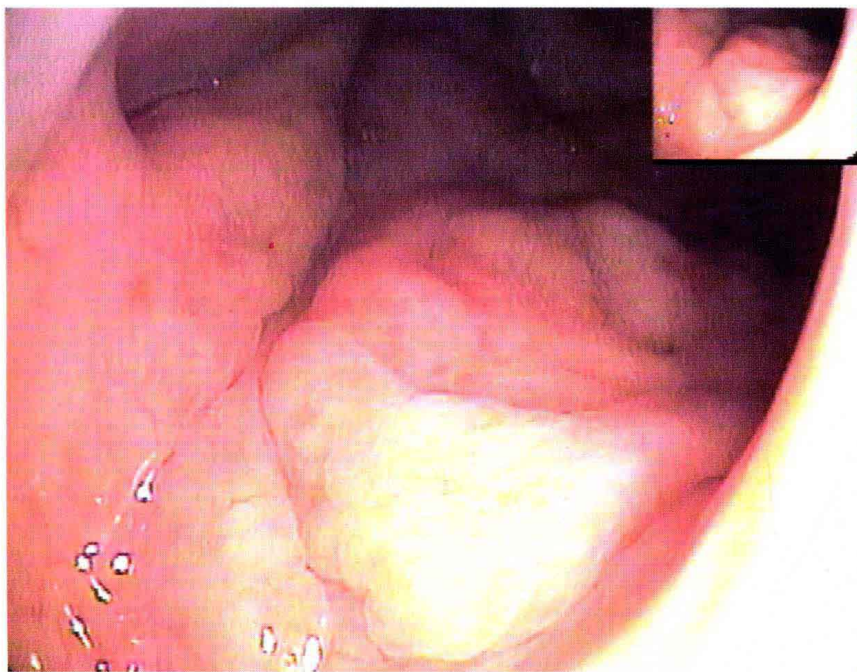


图 1-2 正常鼻咽部,腺样体明显,表面有橘瓣状结构

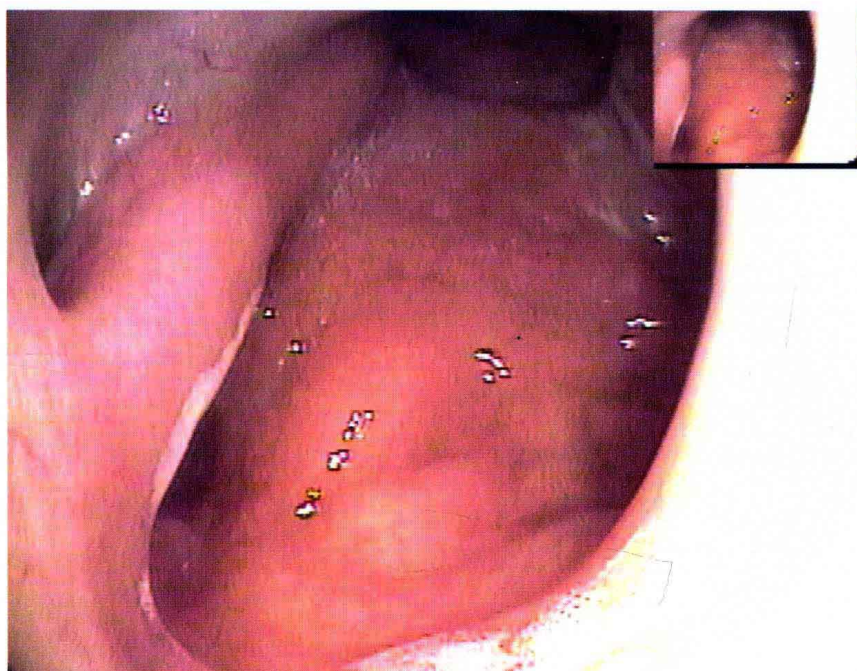


图 1-3 正常鼻咽部,圆枕下方咽隐窝结构明显



图 1-4 正常鼻咽部,个别病人可见明显的鼻咽后壁环形结构

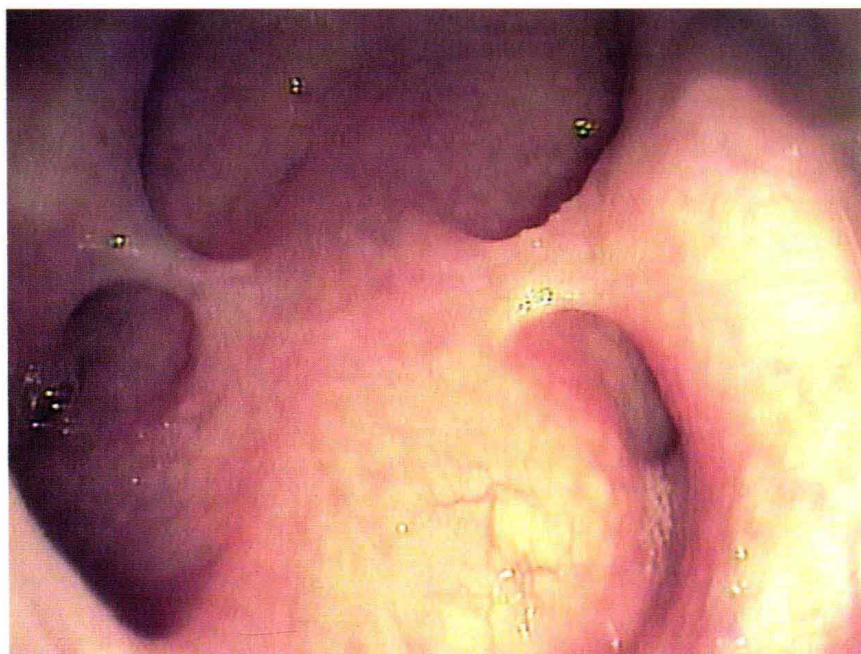


图 1-5 鼻咽部圆枕及后方环形结构

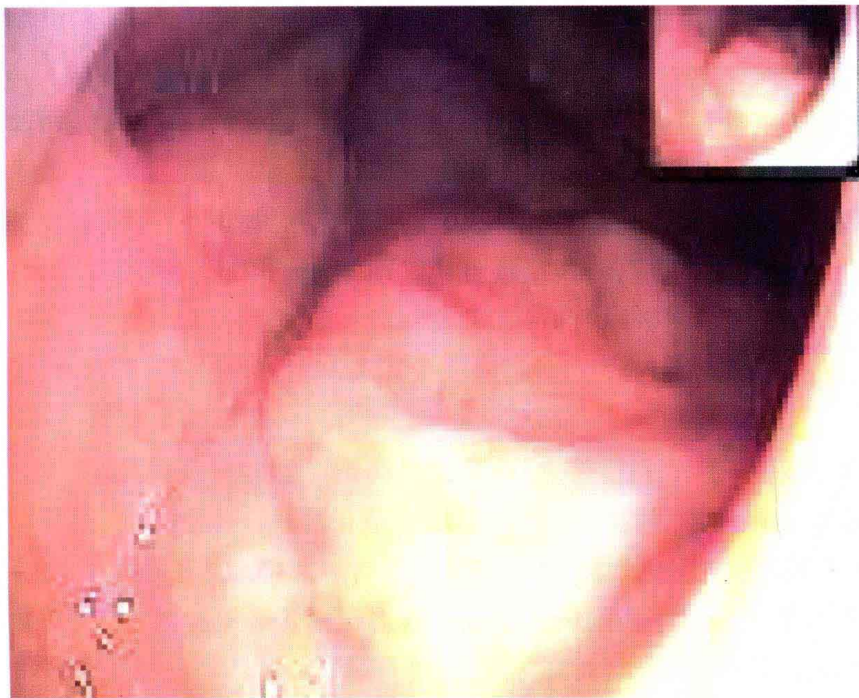


图 1-6 正常鼻咽部,残存橘瓣状腺样体

参考文献

- [1] 周水森. 电子喉镜和纤维喉镜诊断治疗学[M]. 上海:第二军医大学出版社,2002.
- [2] 王斌全. 耳鼻咽喉-头颈应用解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.
- [3] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000.

第二节 喉部应用解剖

喉上通咽喉,下接气管,为呼吸与发音的重要器官。喉上端为会厌上缘,下端为环状软骨下缘,前为舌骨下肌群,后为咽及颈椎的椎体,两侧为颈部的大血管神经束、甲状腺侧叶。在成年男性相当于第3~6颈椎平面,高约8cm,在女性及小儿位置稍高。喉是以软骨为支架,间以肌肉、韧带、纤维组织及黏膜等构成的一个锥形管腔状器官。

一、喉部分区

以声带为界,将喉腔分为声门上区,声门区和声门下区三部分。

声门上区:位于声带上缘以上,其上口呈三角形,称喉入口,由会厌游离缘,杓会厌襞和位于此襞内的楔状软骨,小角结节及杓状软骨间切迹所围成。声门上区之前壁为会厌软骨,两侧壁为杓会厌襞,后壁为杓状软骨。介于喉入口与室带之间者,又称喉前庭,上宽下窄,前壁较后壁长。

(1)室带:亦称假声带,左右各一,位于声带上方,与声带平行,由黏膜、喉腺、室韧带及少量肌纤维组成,外观呈淡红色。前端起于甲状软骨板交角内面,后端止于杓状软骨前面。室带厚约4mm,男性长18mm,女性长14mm。发声时边缘呈凸面向上的弧形,喉入口开大,黏液流出,使声带润滑;呼吸时边缘展直,喉室入口成窄隙状。

(2)喉室:位于声带和室带之间,开口呈椭圆形的腔隙,其前端向上向外延展成一小憩室,名喉室小囊或喉室附部,属喉囊退化的残余部分,其大小和范围具有个体和年龄差异。此处有黏液腺,分泌黏液,润滑声带。声门上区又可分为两个亚区:上喉区和上喉区以外的声门上区。前者包括舌骨上会厌舌面,两侧杓会厌襞。后者包括舌骨下会厌喉面、室带及喉室。

声门区:位于声带之间,包括两侧声带,前连合,杓状软骨和后连合。声带:位于室带下方,左右各一,由声韧带、声带肌和膜组成。在间接喉镜下声带呈白色带状,边缘整齐。前端位于甲状软骨板交角的内面,两侧声带在此融合成声带腱称前连合。声带后端附着于杓状软骨的声带突,故可随声带突的运动而张开或闭合。声带张开时,出现一个等腰三角形的裂隙,称为声门裂,简称声门。空气由此进出,为喉最狭窄处。声门裂的前2/3介于两侧声韧带之间者称膜间部,后1/3介于两侧杓状软骨声带突之间者称为软骨间部,此部亦即所谓后连合。男性声带较女性长。成年男性的声带平均长度约为21mm,成年女性声带长度约为17mm。声带的结构:声带结构大致可分为上皮层、固有层和声带肌。从显微结构上,可将声带分为五层,由浅入深依次为:第一层系上皮层,为复层鳞状上皮;第二层为任克层,为疏松结缔组织;第三层为弹力纤维层;第四层为胶原纤维层;第三、四层构成声韧带;第五层为肌肉层,即声带肌。声带肌的肌束纤维走行与人体其他部位肌束纤维走行不同,它有纵、横、斜三向走行。声带五层组织,各层有不同的物理特性。外四层本身有喉肌被动控制拉紧、松弛,第五层声带肌除本身能主动收缩、放松外,同时还被环甲肌被动拉紧。因此,声带在发声运动时构成分层结构振动体。

声门下区:为声带下缘以下至环状软骨下缘以上的喉腔,该腔上小下大。此区黏膜下组织疏松,炎症时容易发生水肿,常引起喉阻塞。

二、喉部神经

喉的神经主要有二:喉上神经和喉返神经,均为迷走神经的分支。另还有交感神经。

喉上神经:在相当于舌骨大角高度分为内、外两支。外支主要为运动神经,支配环甲肌及咽下缩肌,但也有感觉支穿过环甲膜分布至声带及声门下区前部的黏膜。内支主要为感觉神经,在喉上动脉的后方穿入甲状舌骨膜,分布于会厌谷、会厌、声门下部的声门裂上、下方,口咽,小部分喉咽及杓状软骨前面等处的黏膜。也可能有运动神经纤维支配杓肌。喉上神经受损时,喉黏膜感觉丧失,由于环甲肌瘫痪,声带松弛,音调降低。

喉返神经:迷走神经下行后分出喉返神经,两侧径路不同。右侧在锁骨下动脉之前离开迷走神经,绕经该动脉的前、下、后,再折向上行,沿气管食管沟的前方上升,在环甲关节后方进入喉内;左侧径路较长,在迷走神经经过主动脉弓时离开迷走神经,绕主动脉弓部之前、下、后,然后沿气管食管沟上行,取与右侧相似的途径入喉。喉返神经主要为运动神经,但也有感觉支分布于声门下腔、气管、食管及一部分喉咽的黏膜。喉返神经左侧径路较右侧长,故临床上受累机会也较多。单侧喉返神经损伤后出现短期声音嘶哑,若为双侧损伤则使声带外展受限,常有严重呼吸困难,需做气管切开。

三、喉部淋巴

喉腔各区的淋巴分布引流与喉癌的局部扩展以及向颈部转移有密切关系。喉的淋巴分成两个高度分隔的系统,即浅层和深层淋巴系统。浅层淋巴系统:为喉的黏膜内系统,左右互相交通。深层淋巴系统:为喉的黏膜下系统,左右互不交通。声门区几乎没有深层淋巴组织,故将声门上区和声门下区的淋巴系统隔开,又因左右彼此互不交通,故喉的深层淋巴系统可分成四个互相分隔的区域:即左声门上、左声门下、右声门上及右声门下。婴儿和儿童淋巴管更发达,既稠密又粗大。随着年龄的增长,喉的淋巴组织有某种程度的退化。

四、小儿喉部解剖特点

小儿与成人不同,其主要特点:小儿喉部黏膜下组织较疏松,炎症时易发生肿胀;小儿喉腔尤其是声门区较小,急性喉炎易发生喉阻塞,引起呼吸困难;小儿喉

的位置较成人高,3个月婴儿,其环状软骨只相当于第4颈椎下缘水平,6岁时降至第5颈椎;小儿喉软骨尚未钙化。

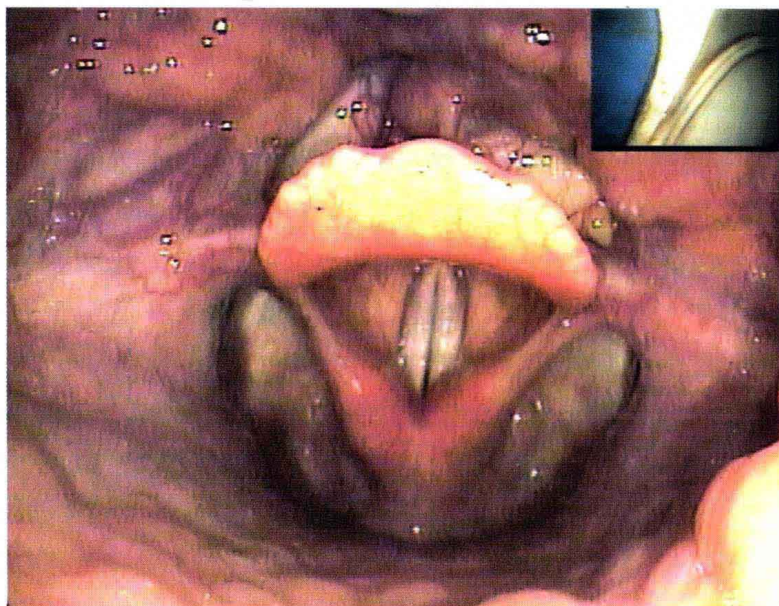


图1-7 正常喉,三条韧带固定或牵动会厌活动,声带闭合好

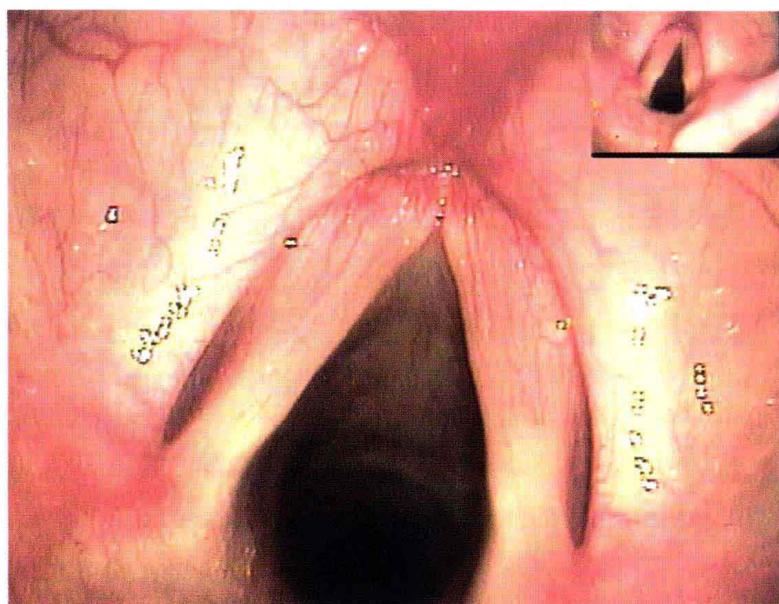


图1-8 正常喉,前联合、声带表面可见微血管,声带边缘整齐