

目 录

入院手续.....	1
住院须知.....	2
手术须知.....	5
手术前的准备及护理.....	5
手术后的常见问题及护理.....	6
鼻内镜微创外科技术.....	8
内镜鼻腔-鼻窦手术.....	8
内镜鼻眼相关手术.....	9
内镜鼻颅底手术.....	11
内镜鼻咽肿瘤切除术.....	12
内镜喉腔手术.....	13
咽喉及颈部外科技术.....	15
喉癌、下咽癌根治性手术和修复重建.....	15
甲状腺肿瘤手术.....	15
阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合症（OSAHS）的正压辅助呼吸和手术.....	16
耳显微外科及耳神经外科技术.....	17
中耳成型和听力重建手术.....	17
面神经减压手术.....	17
鼻息肉、鼻窦炎手术护理.....	18
鼻中隔偏曲手术前后须知.....	21
视神经减压术手术前后须知.....	23
扁桃体切除术手术前后须知.....	24
喉切除术手术前后须知.....	26
全麻声带息肉切除术手术前后须知.....	29
甲状腺手术前后须知.....	30

鼓室成形术手术前后须知.....	31
科普知识.....	33
一、症状.....	33
鼻塞.....	33
流涕.....	34
喷嚏.....	34
嗅觉障碍.....	34
鼻出血.....	35
打鼾.....	36
头痛.....	36
耳痛.....	37
听力下降（耳聋）.....	37
耳流脓.....	39
眩晕.....	39
耳鸣.....	39
咽异物感.....	41
二、常见疾病.....	43
急性鼻炎.....	43
慢性鼻炎.....	43
急性鼻窦炎.....	44
慢性鼻窦炎.....	46
鼻窦囊肿.....	48
鼻息肉.....	49
过敏性鼻炎.....	50
鼻—鼻窦良性肿瘤.....	53
鼻—鼻窦恶性肿瘤.....	54
鼻中隔偏曲.....	55
先天性耳前瘘管.....	56
梅尼埃病.....	56
中耳炎.....	57
外耳道炎.....	57
化脓性中耳炎.....	58
急性化脓性中耳炎.....	58
慢性化脓性中耳炎.....	58
分泌性中耳炎.....	59
慢性化脓性中耳炎.....	60
慢性咽炎.....	62
慢性扁桃体炎.....	63
声带息肉和声带小结.....	65
急性会厌炎.....	66

脑脊液鼻漏.....	72
垂体瘤.....	73
颅咽管瘤.....	74
脊索瘤.....	75
阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征.....	78
药物常识.....	80
抗生素.....	80
抗组胺药.....	80
鼻用皮质类固醇激素.....	81
全身用皮质类固醇激素.....	81
中成药.....	81
健康常识.....	82
过敏性鼻炎知识问答.....	82
耳鼻咽喉—头颈外科治疗头颈肿瘤的优势.....	85
警惕颈部肿块.....	89
颅底外科概论.....	90

入院 手 续

病人入院须持本院医师签发的入院卡，准备按金前往住院处，按制度办理入院手续，并经过入院处置室进行卫生处置后，由卫生员护送进入病房（按病情需要由护理人员护送）。

病人入院手续是：持入院卡、押金→住院处（入院手续）→入院处置室→送至各病区。

住院须知



- 办理入院手续后，请更换病员服，安心修养，不要离开病区；须外出时应写请假条，经主管医生同意并签字后交给当班护士方能离开。

- 入院后当晚 10 点后禁食，第二天早晨空腹由护士抽血送检。心电图、胸片、CT 在正常上班时间内由工人带去检查，其结果及抽血结果一般于当天晚上报告。CT、B 超等须相应科室预约时间进行，检查结果于 1-2 天后报告，某些特殊检查所需时间可能较长。

- 请将房门关上，以免互相干扰，但不要反锁（如病房没人时，门要反锁，要开门时请在护士办公室取钥匙）。您的衣物请放柜内，勿放床上或床底下；盆、桶请放在床下的架上或放在浴室内；窗台上勿放物品，以保持病室的清洁整齐，给你一个整洁的住院环境。

- 开膳时间：每天上午 9 点和下午 4 点左右有配餐员到病房来定餐，一般要提前一天定餐。定餐时用饭卡记帐。饭卡请到一楼住院处 8 号窗口购买。病房内不能煮食。

- 每张病床的床头都有呼叫器，如有不适或其他需求，可按呼叫器。

- 一般情况下不允许留陪人，病情需要者可留一名陪人（须经医护人员批准），但会收取相应的陪床费。

- 为防止交叉感染，陪人请坐椅子，不要坐在床上，更不要睡在病床上；儿童尽量不要带来医院。

- 热水供应时间：每天下午 5 点至晚上 9 点（红色标志的水龙头为热水管，黄色标志的为冷水管）。

- 请遵守公共卫生守则，不要随地吐痰，丢纸屑，不要在阳台外或窗外丢东西和倒水，一次性饭盒等较大垃圾请丢放在污物间的垃圾桶内。大小便后冲水，保持卫生间的清洁无臭味。

- 爱护公物：本病区每间病房有空调，空调开放时间（5月-10月）如需要开空调请到护士办公室取遥控器，调节好温度后放回原处，病房内公共物品的摆放，未经同意请不要随便搬动。

- 病人在住院期间应自觉遵守医院的规章制度，按时服药，不要随意进出医护办公室及翻病历等。每天上午8-9时是医生查房时间，请不要离开病房，查房时间陪人不要留在病房内。

- 住院期间请保管好您的贵重物品，若暂时不用的东西请叫家人带回家，以免被盗或遗失。

- 为了您和他人的生命安全，请勿在病房抽烟（因为各个病房都安装了氧气管道，氧气遇烟火易发生爆炸。

- 为保证您的治疗、休息，使您早日康复，请您按时作息：午休12:30—14:30；晚休22:00—6:00。作息时间请不要大声喧哗、放收录机，请自觉关灯关电视，以免影响其他病员休息。

- 为维护医院的工作秩序，给您一个安静舒适的治疗，请您的亲朋好友在规定的时间内来探视，探视时间亲朋好友不要在病室内大声喧哗、吸烟、乱丢纸屑，不要坐在病床上。时间如下：

星期一至星期五：上午10:00—12:00；

下午15:00—21:00；

星期六至星期日：上午08:00—12:00；

下午15:00—21:00。

- 住院期间，请注意安全。如发现可疑人出入病房，或在病房推

销、派发传单、冒充医院人员介绍外院就医等现象，请即通知医务人员。

● 若您对收费有疑问，请向电脑护士查问或到入院收费处查询。
住院收费清单在办理出院时收费处会提供一份给您。

病友们都来自不同的地方，请互相关心、互相帮助、互相礼让，有矛盾请告诉我们，以便及时解决问题。

手术须知

手术前的准备及护理

心理准备:

因为手术对机体会造成损伤，加上麻醉对机体也有一定影响，术中及术后均存在一定的危险性，病人往往会产生焦虑、紧张、恐惧、不安及抑郁等情绪。它会使健康状况下降，免疫功能减退，机体对病毒、细菌的抵抗力降低，会增加手术后发生并发症的机会。部分病人还会因过度紧张和焦虑而心跳加快、血压升高，女病人经期提前。因此，积极的情绪和良好的心理准备是保证手术顺利进行的首要条件。

术前须做的检查:

入院后，先要做体检，了解潜在的健康问题，我们将对您进行连续的病情观察，定期测量生命体征。还要检查血常规、血型、大小便常规、凝血四项、肝功、乙肝两对半、生化常规、心电图、胸透、CT等，这些化验检查结果能提示您对手术的耐受程度，并能了解您有无贫血、肝炎、心脏病及肺部疾病等。以上检查一般是入院后第二天执行。抽血须晨起空腹；大小便留取一般是早晨7时左右，然后放在公共厕所门后面的标本台上。女病人还须将月经期告诉我们。

术前一天:

请勿离开病房，护士会给您做术前准备，如皮肤准备、剪鼻毛、配血（必要时）、抗生素药的过敏试验（需要时）、测血压、磅体重等。全麻、颈丛麻术前一晚20时后禁食，术前6小时禁饮水。

手术日:

测量生命体征，去除身上所有贵重物品及发夹、假牙、眼镜等，换上干净的病号服，需要插尿管者排净大便后静候护士通知。女病人来月经须告诉医生、护士。

病人如何配合：

遵循医生、护士的吩咐，练习床上大小便；鼻息肉、鼻窦炎、鼻中隔偏曲及鼻腔肿瘤病人练习张口呼吸，因术后鼻腔需用凡士林纱条或高膨胀止血海绵或藻酸钙填塞 24 - 72 小时左右，期间鼻腔不通气，只能用口呼吸。

手术后的常见问题及护理

体位：

全麻、颈丛麻患者，术后去枕平卧 6 小时，头偏向一侧，防呕吐引起窒息；6 小时后生命体征平稳者，一般采取抬高床头 30 - 50 度的半坐卧位（特殊情况除外）。局麻可采取任意体位（建议术后几天采取半坐卧位）。

呕吐：

手术后病人出现恶心、呕吐多因麻醉药物所引起。当病人发生呕吐时，报告医生、护士，将其头部偏向一侧，置弯盘于嘴角边接呕吐物，及时清理，保持口腔清洁。

饮食：

一般小手术或在局麻下施行的手术，如无不适反应，术后可根据不同疾病要求给以相应的饮食。部分口腔及喉部手术，病人不能经口进食，给予禁食或鼻饲饮食。禁食期间，可由静脉输液维持机体所需营养。手术后进食一般先流质，再半流，以后逐渐过度到普通饮食。如病情许可，术后病人不需要戒口，可以吃各种各样营养丰富的食物，但避免进过热、过硬及刺激性强的食物。

活动:

由于手术创伤的打击，精神和体力的消耗，或害怕活动会影响伤口，病人都愿意卧床休息。其实不然，早期活动可增加病人的肺活量，减少肺炎、肺不张的发生；促进血液循环，有利于伤口愈合；防止下肢静脉淤血曲张，避免发生血栓；促进胃肠蠕动，减轻腹胀和便秘；促进膀胱功能恢复，避免排尿困难。初次下床活动时。要注意病人的面色、脉搏、呼吸，要防止突然站立而出现头晕，避免跌倒，要掌握循序渐进的原则，从坐起、扶床行走过度到室内缓步行走。对于手术本身需要限制活动的病人，如脑脊液鼻漏修补术，则不能过早下床活动。

体温:

手术后 2 - 3 天内，病人体温会有轻度的升高，大约在 38℃ 左右，这种现象称为外科热。这是机体对手术创伤的一种反应，是正常的生理现象，不需要特殊处理，可多喝汤水。护士每天常规测量 4 次以上体温，目的是观察术后病人的体温变化，及时发现术后并发症。

疼痛:

麻醉作用消失后，病人感觉开始恢复，切口疼痛就逐渐加剧，特别在手术后当天下午或晚间最为剧烈，使病人不敢深呼吸、用力咳嗽和翻身，容易引起肺部并发症。当疼痛开始时，请告诉医生、护士，我们会根据具体情况适当使用止痛剂。

拆线:

切口缝合线拆除的时间依据手术部位、局部的血液供应及年龄不同而有差异。一般为术后 5 - 7 天，四肢切口为术后 10 - 12 天。长切口会分批间断拆除，防止切口裂开；年老体弱婴幼儿、营养不良或手术部位血液循环不良时，拆线的时间还会酌情延长

鼻内镜微创外科技术

鼻内镜微创外科技术是 80 年代以后首先在欧美发达国家诞生的新新兴学科和外科技术，这项手术采用鼻内镜，经鼻内进路，在电视监视下进行鼻-鼻窦内和鼻邻近相关区域手术的微创外科技术。上世纪 90 年代初，我科在国内率先开展了这项技术。17 年来，已治疗慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉、鼻腔鼻窦肿瘤、鼻眼相关疾病、鼻颅底疾病和鼻咽及喉疾病等 7000 余例。以鼻内镜微创手术为基础，建立了一系列有效的综合性治疗方法。治愈率达到欧美发达国家水平。围绕该项新技术的研究在国内外发表相关论文近 20 篇。这项医疗技术达到国内先进水平。2003 年获得贵州省医疗卫生科技进步三等奖。我科这项技术在省内内是居领先与主导地位，代表了贵州该领域内的最高水平和国内先进水平。鼻内镜微创外科技术根据治疗不同的疾病和不同的手术部位，分为以下五种手术方式：

内镜鼻腔-鼻窦手术

主要用于治疗慢性鼻窦炎、鼻息肉、鼻真菌病、鼻肿瘤，以及各种原因导致的鼻阻塞。

1、慢性鼻窦炎、鼻息肉：顽固和长期药物治疗效果不好者，最好的治疗办法是采取以手术为主并配合药物治疗的综合方法才能获得治愈。其中手术是关键。在上世纪 90 年代以前，我国对慢性鼻窦炎、鼻息肉所采用的传统方式创伤大，住院时间长，复发率高，治愈率低（<30%）。病人往往经过多次手术仍然复发，成为鼻科临床最难解决的问题。90 年代以后，我科在国内率先引进和掌握欧美先进的

鼻内镜手术技术，已治疗 6000 余例。该技术创伤小，恢复快，除有特异性体质者外（大约 10%），一次手术治愈率（无复发）达到 90% 以上，达欧美发达国家水平。我科鼻内镜手术设备全部引进自德国和美国，保证了手术治疗的效果。

2、鼻真菌病、鼻中隔弯曲、下鼻甲肥大：鼻真菌病也称真菌性鼻窦炎，也叫霉菌性鼻窦炎。同大多数慢性鼻窦炎一样必须采取手术治疗。鼻中隔弯曲和下鼻甲肥大是常见病，大多数是需要手术治疗。由于过去传统手术方式的缺点，疗效较差，病人感到痛苦，使病人害怕手术。采取鼻内镜手术技术，手术精细、准确、创伤小、恢复快，一次性解除病变。

3、鼻肿瘤：鼻-鼻窦血管瘤、内翻性乳头状瘤、鼻窦囊肿、骨化纤维瘤等是发生在鼻腔和鼻窦的常见良性肿瘤和瘤样病变，治疗是依靠手术为主。传统的手术方式是在鼻面部切开或上唇内切开，进入鼻腔和鼻窦作肿瘤切除。手术创伤大，病人痛苦，恢复期长，常遗留面部瘢痕和面部或上列牙疼痛、感觉麻木等后遗症，且重复手术困难。我科自上世纪 90 年代中期，在具有精湛的内镜鼻腔鼻窦手术技术的基础上，在国内首创应用内镜手术技术，经鼻内完成上述疾病的手术切除，避免鼻面部和上唇内切开。手术创伤小，病人痛苦减到最小，并发症风险降到最低，恢复期短，手术效果达到传统手术的水平。某些较局限的鼻恶性肿瘤（如内翻性乳头状瘤恶变、嗅母细胞瘤等），传统手术方式创伤大，破相，破坏功能，生活质量差。我科应用鼻内镜微创手术技术，首创经鼻腔内切除肿瘤，避免了传统手术的弊端（创伤大，破相），最大限度保留鼻功能，可以达到传统手术相同的疗效，并且保持患者原有的生活质量。

内镜鼻眼相关手术

主要用于治疗外伤性视神经病、慢性泪囊炎、重度球后视神经炎、某些眶内异物和肿瘤、恶性突眼（Grave,s 病）

在上世纪 90 年代之前，外伤性视神经病、慢性泪囊炎、重度球后视神经炎、某些眶内异物和肿瘤以及恶性突眼（Grave,s 病）的手术是要在面部作切口进行的。这中手术方式的缺点是离疾病部位远、创伤大、恢复期长和术后面部遗留疤痕。内镜鼻眼相关手术是上世纪 90 年代建立的外科新技术。这项技术是以鼻内镜微创外科技术为基础，经鼻腔鼻窦进路，进行眼眶疾病手术的外科技术。这项技术最重要进步是：鼻科医生利用熟悉鼻腔鼻窦与眼眶仅一板之隔的解剖学特点，创建了经鼻腔鼻窦抵达眼眶的进路，利用先进的鼻内镜微创外科技术，经鼻腔进路，进行某些眼眶疾病的手术。因此，内镜鼻眼相关手术是进路最捷近、微损伤、痛苦最小、恢复期短、面部无疤痕、疗效和传统手术方式相同的新技术。经 10 余年的临床实践，已得到眼科学界和眼科医生的赞同。我科在具有精湛的内镜鼻腔鼻窦手术技术的基础上，自 2007 年起在国内率先开展这一新技术，已经治疗上述疾病 100 余例，取得良好的效果和丰富的经验。这种当代先进技术已经成为我科又一鲜明特色。内镜鼻眼相关手术难度较高，风险较大，国内至今只有极少数大医院能够开展。内镜鼻眼相关手术包括五种术式：经鼻内镜视神经减压术，经鼻内镜泪囊鼻腔开放术，经鼻内镜眶内异物取出术，经鼻内镜眶内肿瘤切除术，经鼻内镜眶减压术。

1、外伤性视神经病：这种病是因头部外伤后引起的，临床表现是视力骤减或失明。绝大多数是因不慎车祸撞击头部所致（多数是骑摩托车）。头部被猛烈撞击后，鼻窦骨多会发生骨折，视神经正位于鼻窦旁边而受到损伤，一般是因骨折的骨片压住视神经，或者是视神经同时被拉伤水肿，导致视力减退或者失明。因此需要采取经鼻内镜

视神经减压术。视神经损伤需要急诊手术。我科已手术 100 余例，在受伤后 7 天内接受手术效果较好，超过 10 天后手术效果较差。

2、慢性泪囊炎：是眼科常见病。眼科采用的传统手术方式是需要 在颜面部眼内侧做切口，手术损伤大，手术后遗留面部疤痕。采用 经鼻内镜泪囊鼻腔开放术，避免了面部切口，在鼻内镜指引下手术， 达到精细、准确的效果。我科已手术 100 余例，疗效几乎达到 100%。

3、重度球后视神经炎：是鼻窦积脓、巨大鼻窦囊肿、或不明原因 引起的视神经炎症，导致视力减退，严重者失明。重度球后视神经 炎是指视力严重减退和失明者。需要采取经鼻内镜视神经减压术。以 挽救视力。

4、眶内异物和眶内肿瘤：眶内异物是指外部物体因各种原因进 入眼眶内，多数是枪弹误伤所致。眶内肿瘤是指原发于眼眶内的良性 肿瘤。眼科治疗这些疾病采取的传统手术方式，需要在颜面部眼周做 切口，手术损伤大，手术后遗留面部疤痕。采取经鼻内镜眶内异物取 出术和经鼻内镜眶内肿瘤切除术，避免了面部切口，在鼻内镜指引下 手术，达到精细、准确、并发症少的效果。但是，不是所有的病例都 能采取这种手术方式。只有异物或肿瘤位于视神经内侧、靠近鼻窦的 病例才适合选择这种手术方式。

5、恶性突眼：也称 Grave,s 病。是毒性甲状腺肿合并的眼球严 重突出的疾病。由于眼球剧度突出，不能闭眼，使角膜长期暴露在空 气中，最终导致角膜干燥坏死而失明。需要采取眶减压术使眼球回纳。 眼科治疗采取的传统手术方式，需要在颜面部眼周做切口，手术损伤 大，手术后遗留面部疤痕。采用经鼻内镜眶减压术，避免了面部切口， 在鼻内镜指引下手术，达到精细、准确、并发症少的效果。

内镜鼻颅底手术

主要用于治疗脑脊液鼻漏、垂体瘤、颅底肿瘤和侵犯颅底的鼻-鼻窦疾病等。

内镜鼻颅底手术是指采用鼻内镜微创外科技术，经鼻腔鼻窦通路，进行鼻腔和鼻窦顶壁与颅内交界部位——即“颅底”的手术技术。以往，神经外科（脑外科）进行该区域疾病手术时，是要开颅进行的。开颅手术程序复杂、手术创伤大、并发症多、风险高、疗效不能肯定。采用内镜鼻颅底手术，避免开颅，创伤小、手术并发症大大减少、手术后恢复快，并可达到与开颅手术相同的治疗效果。但是手术难度高、风险大，是当代鼻科学领域内最具挑战性的高难度先进技术。我科在具有精湛的内镜鼻腔鼻窦手术技术的基础上，自上世纪90年代中期开始探索这一新技术，已治疗上述疾病超过150例。是国内开展最早、手术例数最多的单位。并在国际首创4种新的手术方式，受到国际鼻科学专家、学者的高度评价。这项技术已经成为我科又一独特的、占据国内领先水平的先进技术。

1、脑脊液鼻漏：脑脊液鼻漏是指鼻腔和鼻窦顶壁与颅内交界部位——即“颅底”损伤或先天性缺损后脑脊液漏入鼻腔和鼻窦的疾病。先天性发生者较少见。多数是因头部外伤造成颅底骨折后发生，也可因一些颅底肿瘤切除后造成颅底缺损而发生，也可以因某些鼻窦手术误伤颅底而发生。过去，脑外科医生是通过开颅进行颅底修补的。采取鼻内镜手术技术，经鼻腔进入鼻窦显露颅底漏口或缺损部位，并进行修补。是最便捷、创伤最小、手术时间短和恢复最快的方式。

2、垂体瘤：脑垂体是人体重要的内分泌腺体，位于蝶窦顶壁之上的颅内。垂体瘤发生在其中。长大的垂体瘤压迫脑垂体会影响人体诸多内分泌功能障碍，因此需要治疗。过去，脑外科医生是通过开颅切除的。采取鼻内镜手术技术，经鼻腔进入蝶窦，切除蝶窦顶壁，是

暴露和切除垂体瘤最便捷、创伤最小和恢复最快的方式。并同时可以进行颅底缺损的修补。

3、某些颅底肿瘤和侵犯前颅底的鼻-鼻窦疾病：如脑膜脑膨出（颅底先天性发育不良，脑膜和脑组织突入鼻腔）、脑膜瘤长入鼻腔、鼻腔鼻窦良恶性肿瘤侵犯颅底等。过去，脑外科医生（或者和鼻科医生合作）是通过颅面切口手术的。现在可以采取鼻内镜手术技术，经鼻腔进路完成。并同时可以进行颅底缺损的修补。

内镜鼻咽肿瘤切除术

主要用于治疗儿童腺样体肥大、局限于鼻咽的纤维血管瘤。

内镜鼻咽肿瘤切除术是指采用鼻内镜微创外科技术，经鼻腔或口腔进路，进行鼻咽部手术的新技术。该部位传统的手术方式或是在盲视下（如腺样体切除）进行，或是需经鼻面部切开或经口硬腭切开手术。手术创伤大，术后留有面部疤痕，或发生并发症（硬腭痿）风险。我科在具有精湛的内镜鼻腔鼻窦手术技术的基础上，利用鼻内镜指引和电视屏幕监视的优势，开展经内镜鼻咽肿瘤切除术，使手术程序简化、准确、手术创伤小、并发症风险降到最低、恢复快、手术效果达到传统手术的水平。

1、儿童腺样体肥大：是儿童常见疾病，影响儿童发育，并是引起儿童鼻窦炎和鼾症（阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征）的主要原因。需要依靠手术切除。传统的手术方式是在盲视下（即手术者看不到腺样体），用一种特制的刮刀凭经验切除。这种手术方式有很大的盲目性，或者切不干净，或者损伤邻近结构。我科在国内率先在鼻内镜指引和电视屏幕监视下，采用当代最先进的微切割刀进行腺样体切除。手术程序简化，准确，无副损伤，恢复快，疗效好。

2、鼻咽纤维血管瘤；是发生在青少年男性的良性肿瘤，肿瘤血

管丰富，切除时出血较多。传统手术方式是经鼻面部切口或经口硬腭切口切除，手术创伤极大，术后留有面部疤痕，或发生并发症（硬腭痿）风险。现在，我科采取先在 DSA 下通过导管介入栓塞肿瘤的营养血管，然后在熟练的鼻内镜手术基础上，经鼻腔进路，完成鼻咽部的纤维血管瘤切除。这种手术方式的优点是避免鼻面部切开，手术创伤小，并发症风险降到最低，手术效果达到传统手术的水平。

内镜喉腔手术

主要治疗喉乳头状瘤、声带小结、声带息肉、声带囊肿以及喉腔内其他良性病变。•

喉乳头状瘤、声带小结、声带息肉、声带囊肿以及喉腔内其他良性病变是喉科临床常见疾病，我科改进传统的手术方式，在鼻内镜和监视系统指引下，在支撑喉镜辅助下，并配合先进的切割刀完成手术。手术程序简单，准确，无副损伤，手术时间短，疗效好。

咽喉及颈部外科技术

咽喉部和颈部恶性肿瘤是临床多见疾病。在广东省，鼻咽癌、喉癌和甲状腺癌的发病率分别占头颈部肿瘤的第 1、2 和 3 位。危及健康和生命，早期诊断和治疗可获得良好的疗效。咽喉部良性肿瘤，如广泛的鼻咽纤维血管瘤、喉乳头状瘤，以及颈部的良性肿瘤，如甲状腺腺瘤、囊肿、颈神经鞘膜瘤、神经纤维瘤（咽旁间隙肿瘤）亦是临床多见疾病。此外，近 10 年来引起全球关注的现代病，即阻塞性睡眠呼吸低通气综合征（鼾症），是多种全身疾病（糖尿病，高血压，冠心病，慢性阻塞性肺病）的源头疾病，在中年人发病率极高，严重影响健康和生活质量，儿童中亦不少发生，影响少儿发育。国际卫生组织已经把这类疾病列为危害人类健康和生活的重大疾病。上述疾病主要采取以手术为主的综合治疗方式。我科在治疗咽喉及颈部上述疾病中积累了丰富的经验，取得良好的疗效。

喉癌、下咽癌根治性手术和修复重建

喉癌、下咽癌是广东省头颈部肿瘤中的第 2 位好发恶性肿瘤。我科自上世纪 90 年代起，开展全喉切除、水平喉切除、垂直半喉切除、次全喉切除、下咽癌切除、各种颈清扫手术以及肿瘤切除后的咽喉修复和功能重建等手术治疗。总结出一整套可行可靠的手术方法，手术后病人的生存率和生活质量都达到了国内的最好水平。

甲状腺肿瘤手术

甲状腺位于喉和气管的前方，与喉解剖关系密切。耳鼻咽喉科医生熟悉喉返神经（支配喉的发声功能）与甲状腺的解剖关系，手术中注重在明视下保护喉返神经，避免了手术损伤喉返神经导致术后声音嘶哑的

并发症，这是我科的优势。10 年来我科手术治疗甲状腺腺瘤、甲状腺腺癌超过百例，不仅高质量完成了手术，而且从未发生过手术后声音嘶哑等并发症。

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合症（OSAHS）的正压辅助呼吸和手术

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合症老百姓通俗称为鼾症或打呼噜。成人发病率较高，男女性均有发病，但男性多见。该病是因为在睡眠中，上呼吸道（鼻腔，咽喉）出现狭窄和阻塞，导致呼吸暂停和血液中氧气的含量过低，二氧化碳含量过高。长期以往，可以引起身体多个脏器发生器质性疾病和功能紊乱，如糖尿病，高血压，冠心病，慢性阻塞性肺病和肥胖等。严重者在睡眠中可发生窒息而猝死。在儿童中亦有发病，主要是腺样体肥大、炎症阻塞鼻通气，或扁桃体肥大阻塞咽喉腔。长期以往，导致鼻窦炎、气管炎（慢性咳嗽），阻碍儿童发育。我科建立了现代最先进的睡眠呼吸监测室，配备美国引进的最先进的睡眠呼吸监测仪，可对病人在整个睡眠过程中的呼吸、心脏、脑活动以及血液中的氧和二氧化碳含量等进行监测和记录。并根据记录结果作出诊断和选择合理的治疗方法。我科对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合症采取正压辅助呼吸和外科手术治疗两种方法，配备当代最先进的正压呼吸机、德国口咽喉腔镜和等离子刀等设备以治疗此疾病。已完成近千例病人的诊断与外科手术治疗，效果达到了国内先进水平。

耳显微外科及耳神经外科技术

慢性化脓性中耳炎、分泌性中耳炎、耳硬化症以及先天性外耳、中耳畸形等是引起的听力下降、甚至全聋的常见疾病。先天性或后天性神经性耳聋在我国约有 1700 万人，是我国最大的致残疾病之一，给个人、家庭、社会都带来了巨大的精神压力和经济负担。此外，面神经损伤或疾病因导致面瘫，严重影响面相和功能，病人产生严重的交流障碍和心理障碍。这些疾病除一部分可通过保守治疗获得治愈外，大多数需要采取外科手术治疗。近 10 年来，我科在应用显微手术技术治疗上述疾病总结了一套经验，取得良好的效果。

中耳成型和听力重建手术

主要用于治疗慢性化脓性中耳炎、分泌性中耳炎、耳硬化症以及先天性外耳、中耳畸形等疾病。慢性化脓性中耳炎已经成为致聋的重要原因之一。分泌性中耳炎则是儿童致听力障碍的主要原因。中耳成型和听力重建手术的耳显微外科技术是治疗该类疾病最有效的方法。近 10 年来，我科通过多次国内外学习、考察、进修和潜心钻研，掌握了一整套独特的手术方式和综合性治疗计划，总结出治疗传导性听力损伤的手术治疗的综合性经验，使治愈率达到 90% 以上的国际先进水平。多篇有价值的学术论文在国内、外重要期刊、杂志发表。

面神经减压手术

主要用于治疗各种原因引起的面瘫（面神经麻痹）。近 10 年，我科成功开展面神经显微手术，包括鼓室段面神经减压术和面神经全程减压术，积累了丰富的经验。

鼻息肉、鼻窦炎手术护理

术前:

术前训练张口呼吸。因术后鼻腔需用凡士林纱条或高膨胀止血海绵或藻酸钙填塞 24 - 72 小时左右,期间鼻腔不通气,只能用口呼吸。

术前一天剪鼻毛、磅体重、测血压等。

保持鼻腔清洁。

术后:

全麻病人术后去枕平卧位 6 小时,头偏向一侧,防呕吐引起窒息;6 小时后生命体征平稳者,一般采取抬高床头 30 - 50 度的半坐卧位(特殊情况除外)。局麻可采取任意体位(一般采用半坐卧位,有利于引流及减轻头痛)。

全麻清醒 6 小时后及局麻术后,给予半流质饮食(如牛奶、汤、汤粉、汤面、粥等)。如果鼻腔填塞物拔除之后且鼻腔没有活动性出血,可改为普饮食。

术后勿用力吐痰,避免咳嗽、打喷嚏,如有咳嗽、打喷嚏先兆时,请张口呼吸或用舌尖顶住上腭;勿自行拔除鼻腔填塞物,防鼻腔活动性出血。

鼻腔填塞期间少量多次喝水。

冰敷额部 6 小时(必要时),有利于减轻头痛及减少出血等。

注意口腔卫生。全麻清醒 6 小时后及局麻术后,进食前后漱口。

术后几天鼻腔可有少许淡的血水渗出及痰中带少许血丝(特别是手术当天);鼻腔填塞期间(24 - 72 小时),可有轻度头痛、鼻部胀痛、溢泪等。如病人有出现上述情况时,请不要慌张,这些都属于正

常现象。但如有出现眼痛、视力下降、眼球活动障碍等不适时，应及时告诉医生、护士。

如头痛、鼻痛剧烈时，请告诉医生、护士，医生会根据您的病情适当应用止痛剂。

需要时遵医嘱予喷鼻（如辅舒良、雷诺考特、内舒拿、达分霖等喷鼻）及滴鼻（如复方薄荷油、的确当眼水滴鼻）。

出院后：

出院后遵医嘱继续用药（如口服药、滴鼻药）。

口服药一般是饭后半小时口服。

自行冲洗鼻腔，至少持续一个月。冲洗液选用生理盐水 500ml 和甲硝唑 100ml，每天冲洗鼻腔一次，生理盐水先冲，甲硝唑后冲；或用庆大霉素 8 万单位、地塞米松 2-4mg 加入冷开水 500ml 中摇匀后冲洗鼻腔，每天一次。

注：鼻内镜检查当天暂停冲洗鼻腔，防出血。

出院后定期门诊复查：

出院后第一个月内，每周到内镜检查治疗室复查一次；

根据术腔情况，出院后第二个月，每 2 周到内镜检查治疗室复查一次；

根据术腔情况，出院后第三个月起，每 3-4 周到内镜检查治疗室复查一次；

门诊复查至鼻腔黏膜上皮化，一般需要复查三个月以上。

滴鼻方法

病人取平卧(1)或侧卧位(2)，枕头掂在肩或背部，然后头尽量往后仰，药水摇匀后滴鼻，每侧鼻腔滴 2 滴左右，滴完后保持此体位 5 分钟以上，方可抬起头或换位



喷鼻方法

擤清鼻涕，药物摇匀，食指和中指紧握
喷嘴两侧，拇指放瓶底。

Figure A



Figure B



对侧食指堵住同侧鼻孔，鼻子吸
气同时，用手指压喷嘴喷鼻（一
般每侧鼻腔喷 1 - 2 喷），喷药时
药瓶保持垂直。

然后头后仰，用嘴呼气。

Figure C

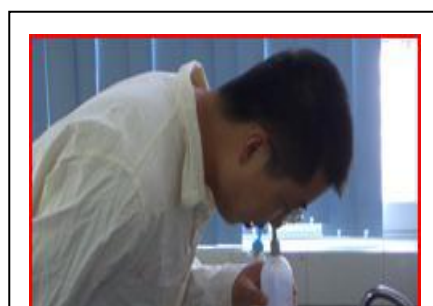


使用后清洁喷嘴。

Figure D



鼻腔冲洗器及冲洗方法



鼻中隔偏曲手术前后须知

术前:

1、术前训练张口呼吸。因术后鼻腔需用凡士林纱条或高膨胀止血海绵或藻酸钙填塞 24 - 72 小时左右，期间鼻腔不通气，只能用口呼吸。

2、术前一天剪鼻毛、磅体重、测血压等。

3、保持鼻腔清洁。

术后:

全麻病人术后去枕平卧位 6 小时，头偏向一侧，防呕吐引起窒息；6 小时后生命体征平稳者，一般采取抬高床头 30°-50 度的半坐卧位(特殊情况除外)。局麻可采取任意体位（一般采用半坐卧位，有利于引流及减轻头痛）。

全麻清醒 6 小时后及局麻术后，给予半流质饮食（如牛奶、汤、汤粉、汤面、粥等）。如果鼻腔填塞物拔除之后且鼻腔没有活动性出血，可改为普饮食。

术后勿用力吐痰，避免咳嗽、打喷嚏，如有咳嗽、打喷嚏先兆时，请张口呼吸或用舌尖顶住上腭；勿自行拔除鼻腔填塞物，防鼻腔活动性出血。

鼻腔填塞期间少量多次喝水。

冰敷额部 6 小时（必要时），有利于减轻头痛及减少出血等。

注意口腔卫生。全麻清醒 6 小时后及局麻术后，进食前后漱口。

术后几天鼻腔可有少许淡的血水渗出及痰中带少许血丝(特别是

手术当天); 鼻腔填塞期间 (24~472 小时), 可有轻度头痛、鼻部胀痛、溢泪等。如病人有出现上述情况时, 请不要慌张, 这些都属于正常现象。

如头痛、鼻痛剧烈时, 请告诉医生、护士, 医生会根据您的病情适当应用止痛剂。

出院后:

出院后遵医嘱继续用药 (如口服药、滴鼻药)。

口服药一般是饭后半小时口服。

三个月内勿用力擤鼻。

预防感冒。

加强体育锻炼, 增强体质。

出院后一周门诊复查, 之后根据情况由医生再定。

视神经减压术手术前后须知

术前:

术前做好全麻常规辅助检查。

术前训练张口呼吸,因术后鼻腔需用凡士林纱条或高膨胀止血海绵或藻酸钙填塞鼻腔 24~48 小时左右,期间鼻腔不通气只能用口呼吸。

术前剪鼻毛、磅体重、测血压。

术前禁食禁饮 8~10 小时。

术后:

全麻病人术后去枕平卧 6 小时,头偏向一侧,防止呕吐引起窒息。

全麻清醒 6 小时后给予半流质饮食。

术后勿用力吐痰,避免咳嗽、打喷嚏。

不要大量喝水。

注意口腔卫生,进食前后漱口。

注意有无清水样不粘稠液体渗出,如有请及时告诉医生护士。

如出现胃痛不适或大便出现异常(如黑便)及时报告医护人员。

注意有无头疼,如有请及时告诉医护人员。

避免受凉,预防感冒。

扁桃体切除术手术前后须知

术前:

保持口腔清洁，每天用漱口水漱口 3-4 次，预防术后扁桃体窝创口的感染。

术前练习张大口及用压舌板压舌。

术前一天测血压、磅体重，男病人剃胡须。

女病人来月经须告诉医生、护士。

术晨准备雪糕、牛奶（写好姓名放在治疗室的冰箱里），用于术后进食，量不要太多，买一天的量。

术后:

术后禁食 2-4 小时；全麻术后禁食 6 小时去枕平卧位 6 小时，头偏向一侧。

术后 2-4 小时后如口内伤口无活动性出血，可进食冷流质（如雪糕、牛奶等），忌热饮。手术当天进冷流质饮食（如雪糕、纯牛奶等），注意喝牛奶不能用吸管，需用汤匙喂喝；术后第一天开始予半流质饮食（如粥、汤粉、汤面等）；术后一周改软食；术后 10 天改普通饮食，但避免刺激性强的食物（如煎、炸、辛、辣的食物）。

口腔内分泌物不要咽下，应轻轻吐出，以便观察您的伤口是否出血。若患儿有频繁的吞咽动作，疑口内伤口有出血的可能，家长应立即报告医生。

术后勿用力吐痰，避免咳嗽、打喷嚏，如有咳嗽、打喷嚏先兆时请张口深呼吸或用舌头尖顶住上腭，防出血。

手术当天尽量少说话，防出血；术后第一天如果口内伤口无活动

性出血，则开始要多讲话，防扁桃体窝疤痕粘连。

术后第一天扁桃体窝开始有白膜生长出来，起保护创面的作用，此白膜大约 7 天左右会自然脱落，因此不能自行剥落此白膜，防止出血。

注意口腔卫生，术后第一天开始用漱口水漱口每天 3-4 次。

术后第一天给予喷喉（遵医嘱）。

出院后：

出院后遵医嘱继续用药。

注意口腔卫生，进食前后漱口。

术后一周内予半流质饮食（如粥、汤粉、汤面等）；术后 7-10 天后改软食；术后 10 天后改普通饮食，但避免刺激性强的食物（如煎、炸、辛、辣的食物）。

预防感冒。

加强营养；多进食水果；少量多次喝温开水。

加强体育锻炼，增强体质。

一周后门诊复查。

喉切除术手术前后须知

术前准备

做好病人的思想工作，说明手术必要性、鼻饲管留置、戴气管套管的目的及应注意的问题，以求患者合作。

认真全面的检查血、尿常规，肝肾功能、胸部及食管透视、心电图、血型及交叉配合试验等。

详细检查局部，采用间接喉镜、纤维喉镜、喉部 X 线及 CT 扫描，判定喉癌部位大小及侵犯转移范围，以便制定出治疗方案，触诊颈部淋巴结肿大者，作 B 超或者 CT 检查。以确定淋巴结与周围血管的关系。

改变不良习惯：戒烟、戒酒。

慢性器质性疾病，营养不良等均应于术前处理和纠正。

学会有效咳嗽排痰方法：先深吸气 2 次后屏气，然后再用适当的力气咳出，同时用手轻轻按住伤口，以减轻疼痛。注意经常拍背以促进排痰。

必要时做药物过敏试验。

术后可能会暂时失去语言能力，术前可训练手语以作交流，或备好纸、笔作书面表达意愿用。

备好小镜子、纸巾等物，用于术后照着镜子练习自行抹除气管套造口外痰液、分泌物等。

做好全身卫生准备，术前 1 天洗澡，备皮。备皮范围：颈部从乳突尖及下颌骨下缘起，两面三刀侧达颈侧后方，下至第三肋骨及肩部，面部剃胡须。

术前练习床上大小便。

术前 8 到 12 小时禁食。选好合适胃管（17-18 号）术前预先放入鼻饲管或者术中放入，准备好气管套管或者全喉切除后套管。

术后处理

按气管切开常规护理。

一级护理。严格交接班注意事项，严密观察输血、输液是否通畅及有无反应，若条件允许，设专人护理。

创口处理，术后第二天更换敷料，保持负压引流通畅，勿扭曲或压迫引流管，使伤口处的积液积血充分流出，利于伤口愈合。各种管套勿自行拔除，待医生护士处理，如负压引流渗出不多，可于 48 小时内撤出。

保持气管套管及呼吸道的通畅，造瘘口勿放置异物，以防吸入气道内。

术后停留胃管要固定好，勿自行拔出。营养餐有营养师专门配制。术后第二天开始鼻饲，胃管停留时间视病情而定，拔管前要先从口试进食（如试进食龟苓膏），无呛咳等现象方可拔除胃管。

防止肺部并发症。加强气管内吸引，滴入化痰合剂，以湿化痰液，利于排出；气管套管口外放一层湿纱布，以湿化空气及遮当灰尘。学会有效咳嗽排痰方法：先深吸气 2 次后屏气，然后再用适当的力气咳出，同时用手轻轻按住伤口，以减轻疼痛。注意经常拍背以促进排痰，应用抗生素控制感染，合理安排用药时间。

术后 2-3 天可坐起，争取早日下床活动。

咽瘘，术后如出现涎液由创口渗漏，轻者回压包扎或者用胶布牵拉，多可自愈，较大咽瘘可用碘纺纱条填塞，至愈合止，少数经久不愈者，可手术修补。

喉部分切除或者喉功能重建术者，创口愈合后可堵管说话，喉全切除者，等痊愈后，训练食管发音或者戴人工喉。

术后 4-6 周放射治疗（遵医嘱）。

出院后

带套管出院者，出院前在护士的指导下掌握套管的护理，定时清洗消毒，金属套管清洗干净后可煮沸消毒，或用 2%戊二醛浸泡 30 分钟；如是硅胶管套管只能用 2%戊二醛浸泡；套管要固定牢固，系带松紧度要适当，以能放进 1-2 个手指为宜。

建立自我保护意识，少到人多、空气混浊的地方；勿游泳，淋浴时花洒不能直接对着造瘘口，严防肥皂水、脏水进入气道。穿低领衣服。

制作小口罩，遮盖造瘘口，防止吸入灰尘及异物。保持室内通风，温度、湿度适宜。

如有呼吸困难，或气管外套脱落等，应及时就诊。

心情要开朗，多参与有益于身心健康的活动；适当参加体育锻炼，增强体质。

预防感冒。

加强营养。

定期门诊复查。

全麻声带息肉切除术手术前后须知

术前

保持口腔清洁，每天用漱口 3~4 次。

避免受凉，预防感冒。

术前一天剃胡须、测血压、磅体重等。

术前练习床上大小便。

术后

全麻病人术后去枕平卧 6 小时，头偏向一侧，防呕吐引起窒息；
6 小时后生命体征平稳者可采取自由体位。

全麻清醒 6 小时后，可进食半流质饮食，忌刺激性强的事物（如煎、炸、酸、辣等）。

注意口腔卫生。全麻清醒 6 小时后，进食前后漱口。

术后暂禁声 7~10 天。

术后当天可练习闭口深呼吸。

出院后

出院后遵医嘱继续用药。

注意饮食及口腔卫生。

三个月内尽量少说话，以达到让声带休息。

定期门诊复查，如有不适请随诊。

甲状腺手术前后须知

术前

常规做好各项检查。

术前训练体位：平卧，颈部垫一枕，头后仰（因术中需摆出此体位行手术）。一天练习 3~4 次，每次 30 分钟以上。术前一天颈部备皮、剃胡须、磅体重、测血压等。全麻及颈丛麻病人术前后 20:00 后禁食、禁饮，同时练习床上大小便。预防感冒。

术后

全麻及颈丛麻病人禁食、禁水 6 小时，防止呕吐引起窒息。

全麻及颈丛麻病人术后 6 小时可进食半流质饮食（如粥、牛奶、汤粉、汤面等），避免刺激性强的食物。

颈部勿作过伸、过曲等动作。

保持颈部伤口引流管固定通畅，勿牵拉、扭曲。

创口愈合过程中，会有轻度的搔痒感，此属于正常现象因此不必惊慌，避免抓，防伤口出血、感染。

如无特殊情况，颈部伤口缝线一般是术后 7 天拆线。

出院后

遵医嘱继续用药。

三个月内颈部伤口避免用力揉、擦；颈部勿过伸、过曲。避免颈部剧烈运动。

注意颈部创口卫生。

注意创口有无红、肿、热、痛或渗液等，如有应及时回医院就诊。

定期复查。如有不适请随诊。

鼓室成形术手术前后须知

术前

避免受凉，预防感冒。

术前一天备皮（耳周上 6cm），测血压和体重等。

术前晚洗头（清洁头部）。

嘱局麻病人术中避免咳嗽、打喷嚏等，如有咳嗽先兆或不适时应预先告知手术医生，以免引起不必要的损伤。

全麻病人术前晚 20:00 后禁止饮食。

拟行听骨链重建术的病人及全麻病人术前练习床上大、小便，因为术后需绝对卧床休息三天，而全麻病人需卧床 6 小时。

术后

手术后的前二天会感觉伤口疼痛或短暂抽痛，耳内有脉搏跳动感、水流声或耳鸣加剧，及轻微头晕、恶心这是正常的现象，如以上症状严重并面部麻木或口角歪斜时，及时通知医生。

手术后头部及开刀的耳朵暂时用绷带包扎，二天后由医师取下，不可以自己松绑，以免伤口出血或耳朵浮肿。

手术后应采平躺，头部稍微抬高，并让未开刀的耳朵朝下，以免压迫伤口造成疼痛。

手术后请吃清淡或较软的食物。例如：牛奶、稀饭。

听骨链重建的病人需绝对卧床休息 3 天，避免头部激烈运动，避免用力咳嗽、打喷嚏或擤鼻涕。洗澡或洗脸时耳朵及敷料不要碰到水。保持伤口的干燥与清洁。

手术后约七天拆线。

手术后耳道会填满塞物，所以听力会暂时变坏。1-2周后才由医师取出耳道塞物。

耳道塞物取出后，因新修补的耳膜尚潮湿，所以仍需来门诊治疗数次，这段时间不可以用棉花棒挖耳朵，也不可以让不知详情的医师处理耳朵，以免将新补好的耳膜弄坏而前功尽弃。

手术后尽量避免晒太阳及闷热的环境，经医师许可，三个月后可以下水游泳。

手术后 1-2 周、三个月、六个月及一年后须来门诊追踪检查。

科 普 知 识

一、症 状

鼻塞

意味着鼻腔出现了机械性阻塞或感觉神经发生了异常。须问清病程的长短、鼻塞的程度及发作时机，‘是单侧还是双侧，是发作性还是持续性，有无交替变化或渐进加重，有无其它伴发症状。

急性鼻炎的鼻塞发展很快，数日内即达到高潮，一周左右渐行消退，通常伴有发热、头昏等全身症状。

慢性单纯性鼻炎多呈阵发性或交替性，日轻夜重，常受体位影响，如侧卧时，居下一侧鼻腔阻塞。

慢性肥厚性鼻炎多为持续性鼻塞，对血管收缩剂不敏感。

萎缩性鼻炎在擤出或清除鼻内痂皮后鼻塞可减轻。

变应性鼻炎的鼻塞可呈常年性或季节性发作，与接触变应原的时机有关，通常伴有鼻痒和打喷嚏等症状。

慢性鼻窦炎的鼻塞与鼻涕堵塞鼻腔有关，鼻涕擤净后通气可稍好。

单纯的鼻中隔偏曲和鼻腔异物引起的鼻塞常固定于一侧。

鼻息肉和鼻腔、鼻窦的肿瘤，均为渐进性鼻塞，前者发展缓慢，可数年至数十年；后者始发于一侧，进展迅速，晚期可引起双侧鼻塞，并可出现• 面颊部、硬腭变形或眼球移位。

如病人主诉吸气困难、呼气较易者，须想到鼻翼塌陷；反之，应

考虑到后鼻孔带蒂息肉。

若出生时就有鼻塞，应想到双侧先天性后鼻孔闭锁。

流涕

须问清鼻涕的性质、涕量，是从前鼻孔擤出还是从后鼻孔吸出，是一侧还是双侧。

- 急性鼻炎的早期可流出水样鼻涕，恢复期则呈粘脓涕或粘涕；
- 慢性鼻炎常为两侧多涕，呈粘液性，少数为粘脓性；
- 慢性鼻窦炎多为粘脓涕，有时是纯脓涕，可限于一侧或双侧；
- 如为一侧且鼻涕具臭味者，须想到牙源性上颌窦炎。
- 脓涕从前鼻孔擤出者，可能为前组鼻窦炎，如只能经后鼻孔从口中吸出，则可能为后组鼻窦炎或鼻腔前段有阻塞性病变。
- 一侧流涕、臭而伴有少许血液者，可能为鼻腔异物或鼻腔、鼻窦恶性肿瘤，异物多见于儿童，恶性肿瘤则多见于成年人。
- 阵发性大量流清水样鼻涕者，应首先想到变态反应性鼻炎，其次应考虑鼻窦囊肿和脑脊液鼻漏。脑脊液鼻漏者，多有头颅部外伤或手术史，以单侧居多，在低头、咳嗽或打喷嚏时，液量可增多。
- 擤出大块臭脓痂乃是萎缩性鼻炎的特点。

喷嚏

阵发性连续喷嚏为变态反应性鼻炎的特点。急性鼻炎虽也有类似症状，但不如变态反应性鼻炎的剧烈，且伴有全身症状。其他机械的、温度的、化学的刺激也可引起该症状，详问病史即可查知。

嗅觉障碍

嗅觉障碍可表现为嗅觉减退或消失、嗅觉过敏或幻嗅、恶嗅等。

- 鼻腔阻塞性疾病如鼻甲肥大、鼻孔闭锁、鼻息肉、鼻腔肿瘤等

使携带嗅素的气流受阻，不能到达嗅区而发生嗅觉障碍，常伴有明显的鼻塞，且多限于一侧或以一侧为重。

- 腭部缺损、鼻中隔穿孔、全喉切除术后及气管切开术后，因改变了呼吸气流的方向，也可使嗅区不能感受嗅素而发生嗅觉障碍，但其病史较明确，体检亦易甄查。

- 不伴有鼻内其他症状的嗅觉障碍为嗅神经或颅内病变所致。

- 萎缩性鼻炎、中毒性嗅神经炎、有害气体损伤及老年性退变等，有时可出现嗅觉同一反应，即用很强烈的气味可引起嗅觉，但患者不能分辨，认为是同一的气味。

- 暂时性或发作性嗅觉缺失者多为一时性或发作性病变所引起，如伤风、变应性鼻炎、慢性单纯性鼻炎或癌病。

- 嗅觉过敏者，即对轻微的气味有极强烈的感觉，甚至伴发头痛、恶心、呕吐，多为嗅神经炎或嗅神经退化的早期现象，也可能是神经官能症。么J嗅则多为精神性疾病的表现。

- 恶嗅是嗅到臭味或不快的气味。主观恶嗅是自觉有恶臭而周围的人察觉不到，可见于鼻腔异物、慢性鼻窦炎、嗅神经或嗅中枢病变。客观恶嗅是周围的人感到有恶臭而患者往往不自觉，多见厂各种腐败、坏死性病变，如臭鼻症、恶性肿瘤晚期、癌病、鼻梅毒等。

鼻出血

很多鼻腔及全身性疾病皆可引起鼻出血。须注意病人的年龄，是反复出血还是偶发出血；是鼻涕带血还是大量出血，是一侧鼻孔出血还是双侧出血，有无伴随全身其他部位的出血和瘀血；出血前有无外伤史或其他不适。

- 儿童一侧前鼻孔出血多为挖鼻等损伤所致；

- 青少年反复鼻出血尤其伴有鼻塞者应考虑鼻咽纤维血管瘤；
- 成人则应考虑鼻腔、鼻窦及鼻咽部有无肿瘤；
- 中老年人反复鼻出血多为高血压或动脉硬化所致；
- 鼻出血伴有高热者，应注意有无急性传染病和血液病；
- 对中年妇女病人还应询问鼻出血与月经的关系，有无月经紊乱等。

打鼾

打鼾俗称打呼噜，是一个非常普遍的睡眠性疾病，并可以影响到患者家人及朋友，但是也可能是更严重的睡眠性疾病的信号，打鼾是睡眠期间上呼吸道气流通过时冲击咽部粘膜边缘和粘膜表面分泌物引起振动而产生的声音；其部位始至鼻咽直至下咽，包括软腭、悬雍垂、扁桃体及腭咽弓、腭舌弓、舌根、咽部的肌肉和粘膜，超过 60 分贝以上称为鼾症，伴有不同程度的缺氧症状时也就是睡眠呼吸暂停综合征。因此，当出现打鼾症状时，千万别以为是睡得香，应尽早到鼾症专科就诊治疗。

头痛

头痛可能由耳鼻咽喉科，神经内科，神经外科，精神科等多个专科疾病所引起，耳鼻咽喉科引起的头痛多伴有相应的专科症状，因此头痛时要特别注意有无耳鼻咽喉科伴随症状，如涕血，耳内流水，咽喉部异物感等。

鼻源性头痛：头痛的原因多种多样，但由鼻腔疾病引起的并非少见，如鼻中隔偏曲，鼻窦炎，鼻息肉，鼻窦肿瘤等鼻病均可以引起头痛。因此排除鼻源性头痛是十分必要的，鼻腔疾病引起的头痛多伴有鼻腔的其它症状如鼻塞，流脓涕，嗅觉下降等，多为深部的钝痛，不

会有搏动感，使用滴鼻净药物后头痛可好转，头痛的部位和时间可以相对稳定，对鼻窦炎来说其规律性可能更明显，上颌窦炎可以出现晨起不痛，但起床后可逐渐加重的特点，而额窦炎晨起逐渐加重，午后反而会渐渐消失。一侧偏头痛，有过敏性鼻炎，头痛可能为过敏引起。

- 耳源性头痛：耳源性头痛多出现在中耳炎有肉芽或者胆脂瘤形成。

- 耳鼻咽喉肿瘤性疼痛：耳鼻咽喉科的恶性肿瘤都有出现头痛的可能，• 伴有耳闷，鼻出血，颈部包块要排除鼻咽癌，耳内流血水，耳痛，可• 能为耳部颞骨的恶性肿瘤，鼻窦癌可伴有鼻涕带血，鼻塞等症状。

- 其它耳鼻咽喉方面的原因，如扁桃体炎，鼻咽炎，颈部血管受压等。

应该指出，耳鼻咽喉科头痛只是头痛原因的一个方面，如果医生认为有必要，应请相关科室医师协助诊断，查找病因。

耳痛

咽鼓管(从鼻咽部通到中耳的管道)阻塞是儿童及成人最常见的耳痛原因，通常感冒、鼻窦感染、或过敏都会加重耳痛。耳痛较常发生在夜里，白天，你的头是直立的，你的耳咽管自然地流向喉咙的后方。当你咀嚼及吞咽时，耳咽管的肌肉收缩，使耳咽管打开，并允许空气进入中耳。但当夜晚入睡时，情形改变了，耳咽管不再自然地滴流，而且你也不再像白天那样吞咽，也无法使那么多空气通过。原来在中耳内的空气被吸收，形成真空状态，使耳鼓膜被推向内。耳朵痛还有其他的原因：游泳感染的中耳炎会引发耳痛，坐飞机时的气压变化及深海潜水也会引起耳痛，甚至耳垢过多阻塞耳道也会引发耳痛。

还有一种耳痛是由身体其他部位的问题引发的，这类耳痛可能起源于牙齿、扁桃腺、喉咙、舌头、或上下颚。发生耳痛时，应尽快看医生。

听力下降（耳聋）

各种听力下降的特点及相关疾病。

- 双侧或者单侧耳聋在感冒后出现，伴有耳闷，自听感过强，耳鸣，可能为分泌性中耳炎。年龄大，持续时间较长的单侧分泌性中耳炎要警惕鼻咽癌。

- 突然出现的耳聋，听力下降明显，可能伴有耳鸣，眩晕，恶心，呕吐，提示突发性耳聋。

- 老年性聋多为进行性加重性耳聋，多为双侧，可伴有耳鸣。

- 其它进行性听力下降的病例还包括耳硬化症，听神经瘤，氨基甙类药物中毒等。

- 美尼尔氏综合症（梅尼埃病）伴有的耳聋可有间歇性，反复发作的眩晕，耳鸣，耳聋亦可出现逐渐加重的趋势。

- 伴有耳内流脓多为中耳炎引起。

- 噪声刺激，外伤及耳内有耵聍栓塞等亦可出现耳聋。

- 小儿的常见原因包括分泌性中耳炎，耵聍栓塞及先天性耳聋，在先天性耳聋中要注意了解母亲孕期疾病及用药史及生产过程。

电测听检查可以确定耳聋的类型，是诊断耳聋的最基本检查方法，必要时还可以进行声阻抗，ABR 检查。利用耳声发射 OAE 为新生儿进行常规听力筛查在我国已经开始普及。

耳聋的预防，牵涉面较广，现列举要点如下：

- 孕妇注意孕期保健，防止病毒感染，慎用可能引起耳聋的药物，避免可能致畸的药物、环境和近亲结婚。

- 积极防治中耳疾病，根据不同情况，分别给予药物治疗、咽鼓管吹张、鼓膜置管、鼓膜修补、听骨链重建等，以恢复部分听力。

- 积极防治各种急性传染病如流行性脑膜炎、腮腺炎、麻疹、风疹、伤寒等，对预防感音神经性耳聋有重要意义。

- 对于庆大霉素、链霉素、卡那霉素等可引起耳聋的药物宜谨慎使用，尤其是有家族性耳聋者，更应小心。

- 采取有效措施，减少生产场所的噪音和振动，并加强个人防护。喜欢听耳机者，应注意控制音量。

耳流脓

耳内流脓多为中耳炎的表现。

- 急性化脓性中耳炎的病人典型的病史是在感冒后出现耳部剧烈的疼痛，但耳流脓后疼痛反而明显减轻。

- 感冒后即出现耳内流脓，量多，且一般无臭味多为慢性中耳炎的病人。

持续性发作，不易痊愈，量少，且有臭味，或者伴有头痛时要考虑是否为胆脂瘤型中耳炎或者肉芽性中耳炎，此时多需要手术治疗。

- 伴有耳内流血，头痛时还要警惕中耳癌的可能。
- 耳内流清水样分泌物可以为普通中耳炎，也可以为结核引起。
- 外耳道炎亦可以出现耳内流水
- 外耳道疔肿的病人在耳内流脓前可能有明显的耳廓牵拉痛。

眩晕

眩晕是自觉自身或外界景物转动或晃动的幻觉，常伴有恶心、呕吐。内耳除有听觉功能外，尚有维持人体平衡的功能，因此内耳有病时，可出现眩晕症状。引起眩晕的最常见原因是椎基动脉供血不足，常由颈椎疾病、动脉硬化或栓塞引起。椎基动脉供血不足将导致内耳及平衡中枢如小脑和脑干缺血，由脑缺血引起的眩晕可伴有视觉模糊和其它感觉异常。如果眩晕合并听力减退、耳流脓、耳鸣和耳痛等，应考虑由耳部疾病引起。常见的疾病有前庭神经炎、中耳炎、迷路炎、梅尼埃病和听神经瘤等。眩晕的发生常由器质性疾病引起，因此要尽早到医院诊治，首诊应去耳鼻咽喉科。

耳鸣

耳鸣有主观性耳鸣和客观性耳鸣两种，后者别人在旁边亦可以听到。其中主观性最为多见。

各种耳鸣的特征和相关疾病:

- 一过性的高音调耳鸣可能为劳累, 血管痉挛等原因引起。
- 双侧或者单侧耳鸣在感冒后出现, 伴有耳闷, 自听感过强, 可能为分泌性中耳炎。年龄大, 持续时间较长的单侧分泌性中耳炎要警惕鼻咽癌。
- 美尼尔氏综合症(梅尼埃病)伴有的耳鸣多为间歇性, 伴有反复发作的眩晕和逐渐加重的听力下降。
- 伴有病史较长的耳内流脓多为慢性中耳炎引起。
- "呼呼"的声音, 与呼吸节律相一致, 深呼吸时加重, 可能为咽鼓管异常开放症。
- 与脉搏节律相一致, 搏动性的耳鸣要排除颈静脉球体瘤。也可能是高血压, 动脉粥样硬化, 血管扭曲引起动脉涡流所产生。
- 音调较高多为神经性耳鸣, 如老年性聋, 美尼尔氏综合症(梅尼埃病), 药物中毒, 耳硬化症, 外淋巴瘘等, 其确切的原因尚不完全清楚。

耳鸣可伴有或者不伴有听力下降, 听力明显下降的病人仍可出现耳鸣。详细的耳鸣的检查要包括全身系统的检查和耳鼻咽喉科专科的检查, 必要时进行听力测试, 心理评价, 影像学检查, 前庭功能检查, 耳鸣匹配等耳鸣测试检查。

耳鸣的治疗方法目前为止尚无确切肯定有效的方法, 应尽可能针对病因治疗, 另外减轻焦虑, 心情放松, 注意休息对耳鸣有一定的好处。

可能有效的方法还包括

- 药物: 扩血管营养神经类药物, 抗焦虑药, 抗抑郁药, 卡马西

平类抗惊厥类药物，利多卡因及安定类药物，以及六味地黄丸等中药；

- 掩蔽治疗；
- 电刺激治疗；
- 心理学治疗；
- 耳部按摩：如传统的按摩方法鸣天鼓：双手掌按住耳部，拇指置于脑后，四指敲打后脑勺。

咽异物感

咽异感症可为器质性病变所引起，也可为非器质性者，后者以30~40岁女性病人较多。临床表现为自觉咽喉部有堵塞感，颈部发紧，贴叶或痰粘着感，或呈小球样“团块”在咽部上下活动，既不能咽下，也不能吐出，于吞咽唾液时更为明显，但进食无妨碍。

有以下可能病因。

（一）非器质性病因：

- 咽神经官能症
- 癔病
- 疑癌症
- 焦虑状态
- 精神分裂症。

（二）器质性病因

- 茎突过长症、颈椎病、颈动脉炎等。
- 上呼吸道慢性炎症：使咽部末梢循环发生病理变化，造成神经功能障碍而引起咽异感症状。
- 神经肌肉痉挛疾病：如咽肌痉挛，食管肌痉挛、贲门痉挛等可诱致咽异常感觉。

- 返流性食管炎及胃病：在咽部产生一种反射性堵塞或紧迫感。据报道为所有病因之首。

- 扁桃体结石、角化症、悬壅垂过长、舌扁桃体肥大、慢性鼻窦炎、环杓关节炎等。

- 咽、喉、食管、贲门部癌肿早期。

- 其他如植物神经功能失调，内分泌功能障碍，更年期综合症、甲状腺机能减退，重症肌无力，皮炎等。

就诊指南：

- 关键要发现病因，根据病因做不同的治疗。返流性食管炎及胃病是最常的原因之一。

- 进行耳鼻咽喉科详细的检查，常规食管镜检查对防止食道癌的误诊有好处。

- 特别应注意排除恶性肿瘤。

- 如无明显病因，要注意随访，保持心情舒畅。

常 见 疾 病

鼻科疾病

急性鼻炎

急性鼻炎是鼻腔粘膜的急性炎症，本病具有传染性，俗称“伤风”或“感冒”。急性鼻炎主要由病毒感染引起，例如鼻病毒、腺病毒、流感和副流感病毒等等，有1~3天的潜伏期，病程7~10天。主要症状是鼻塞、流涕，伴有轻度的发热、乏力、头痛、食欲减退。

治疗

- 治疗本病以支持疗法和对症疗法为主
- 发病初期可采取饮食疗法
- 按摩针灸
- 若有发热则应用药物治疗
- 滴鼻药有利于减轻症状。

预防

- 急性鼻炎只能以增强体质和注意卫生来预防。
- 增强体质主要是锻炼身体，并辅以药物、食物的补养。
- 注意卫生习惯，要从食具、毛巾、脸盆等方面做起。
- 挖鼻的习惯应戒除，尽可能减少病毒接触口、鼻、眼粘膜的机会。
- 室内常用食醋蒸气熏一下，也利于减少空气中的病毒。

慢性鼻炎

慢性鼻炎是指持续数月以上的鼻腔一般炎症。临床上可分为慢性

单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎两种。

病因

- 急性鼻炎治疗不彻底，迁延而成慢性；
- 鼻周围器官炎症，如鼻窦炎、扁桃体炎、腺样体肥大等影响；
- 鼻腔内长期吸入粉尘或有害的化学气体；
- 鼻中隔偏曲，妨碍鼻腔通气和鼻引流，可能会继发慢性鼻炎；
- 有一些患者是全身性的慢性病造成的。
- 与维生素 A、C 缺乏，烟酒等嗜好有一定关系。

临床表现

- 鼻塞
- 多涕
- 鼻甲肥大

治疗

- 本病的病程较长，一般以中药治疗为首选方法
- 鼻塞较严重者则可采用冷冻、激光、封闭、硬化剂等法
- 治疗过程中宜配合体育疗法。

护理

- 积极治疗急性鼻炎
- 注意环境卫生
- 嗜烟酒者应戒除
- 积极防治全身有关疾病

急性鼻窦炎

急性鼻窦炎是鼻窦粘膜急性炎症。重症者可累及骨壁，甚至可引起邻近器官和组织的合并症。婴幼儿急性上颌窦炎常导致上颌骨骨髓

炎。

病因

- 鼻腔粘膜炎症向鼻窦进展。
- 腺样体感染向鼻窦进展（多见于儿童）。
- 窦口通气引流受阻。如鼻腔异物、鼻石、鼻腔良性或恶性肿瘤、鼻腔填塞时间过久等。
- 不恰当的用力擤涕、在不洁水中游泳时水进入鼻内等可将病原体经窦口送入窦内而引起鼻窦炎。
- 颌面部外伤累及鼻窦。
- 窦口功能障碍时如气压急剧改变（如飞机迅速下降），鼻窦内压力与外界大气压力失去平衡，使窦内形成负压也会造成鼻窦炎。
- 上颌第二双尖牙及第1~2磨牙的牙根感染或拔牙不慎有时会损伤鼻窦粘膜时，可引起牙源性鼻窦炎。

临床表现

局部症状

- 脓性鼻涕，如分泌物向后流常觉多痰。
- 鼻塞
- 嗅觉障碍
- 头痛

全身感染症状

- 发热
- 畏寒
- 食欲不振

- 周身不适

治疗方法

药物治疗

- 口服或注射抗生素
- 中药

局部治疗

上颌窦穿刺

慢性鼻窦炎

慢性鼻窦炎是以鼻塞、流脓鼻涕、头昏、头痛、嗅觉减退为主要表现的疾病。本病病程较长，可数年至数十年，反复发作，经久难愈。慢性鼻窦炎绝大多数是鼻窦内的多种细菌感染，致病菌以流感杆菌及链球菌多见。

临床表现

- 流涕：多为脓性，黄、绿色或灰绿色，病程长者鼻涕可有臭气，脓涕常可经后鼻孔流至咽喉，病人自觉咽部有痰，并常经咽部抽吸后吐出。

- 鼻塞：因鼻粘膜充血，鼻甲肥大或鼻息肉所引起，有时亦可因脓涕太多，于擤出鼻涕后鼻塞减轻。

- 嗅觉下降：多为两种原因所致，一为鼻粘膜肿胀、鼻塞，气流不能进入嗅觉区域，二为嗅区粘膜受慢性炎症长期刺激，嗅觉功能减退或消失。

- 头昏、头痛：慢性鼻窦炎多表现为头沉重感，急性发作时可有头痛，均为鼻窦内引流不畅所致。

- 全身表现：少数人可无明显症状，但多数有头昏、食欲不振、

易疲倦、记忆力减退以及失眠等。

诊断

鼻塞、流脓涕、头痛或头昏，检查可见鼻粘膜慢性充血肿胀，鼻窦开口的区域可见有脓性分泌物，鼻窦透照，患病鼻窦透光不好。X光检查可见患病鼻窦腔内密度均匀增高。

鉴别诊断

- 慢性鼻炎鉴别：慢性鼻炎流鼻涕不呈绿脓性，亦无臭味，故观察鼻涕的性质是鉴别关键；拍摄X光片检查鉴别可准确无误，慢性鼻炎病变局限于鼻腔，而慢性鼻窦炎则鼻窦内可见有炎性病变。
- 与神经性头痛鉴别：有些患神经性头痛的病人可长年头痛，反复发作，往往误认为有鼻窦炎，但这种病人基本没有鼻部症状，故从表现及拍X光片即可加以鉴别。

治疗

慢性鼻窦炎的治疗往往是长期的，尤其在天气变化及冬季时期，注意防止外感，减少急性发作，坚持用药，必要时配合特殊治疗，慢性鼻窦炎是可以治愈的。

一般治疗

- 外用药治疗：详见慢性鼻炎。一般来讲，鼻腔内忌用药粉喷入治疗，故不宜自行用配制药粉吸入鼻腔。
- 穿刺治疗：对于鼻窦内积脓较多而又不易排出者可用此法，常用于上颌窦炎，本法安全，可靠，局部损伤很小，须经医生操作。特制穿刺针穿入鼻窦内，将脓涕冲出，再将消炎药直接注入鼻窦，多可收到较好疗效。
- 局部理疗对慢性鼻窦炎亦有一定效果。

中医药治疗

- 慢性鼻窦炎中医称之为鼻渊，与肺、脾的虚损有关，故治法宜温补肺气或健脾益气，通利鼻窍。基础方药：茯苓 12 克，党参、白术、陈皮、山药、苍耳子、辛夷、白芷各 10 克。脓涕多者加鱼腥草 12 克、冬瓜子 10 克，头昏头痛者加川芎 10 克、菊花 10 克，鼻塞重、嗅觉下降者加鹅不食草 10 克。

- 推拿疗法。

预防与调养

- 慢性鼻窦炎的病人由于病程日久，常伴有全身不适及容易烦躁等表现，居住室内应保持空气新鲜，冬季气温变化不应太大，注意休息，坚持治疗。
- 小儿患病应按时用药。患者町多做低头、侧头动作，以利鼻窦内脓涕排出。清洁鼻腔，去除积留的脓涕，保持鼻腔通畅。

- 积极预防感冒，在上呼吸道感染期及时治疗，因为“上感”治疗不彻底，常是慢性鼻炎及慢性鼻窦炎的诱因。

- 工作环境粉尘、污染较重的地方，应戴口罩，避免细菌进入鼻腔。

积极治疗慢性鼻炎。

- 注意不用力擤鼻，脓涕多者可先滴药、再擤鼻，以免单个鼻窦炎因擤鼻不当，将脓涕压入其他鼻窦而导致多个鼻窦发炎。

- 禁食辛辣、肥腻刺激性食品，戒除烟酒。

鼻窦囊肿

概述

鼻窦囊肿主要分为粘液囊肿、粘膜囊肿和牙源性囊肿。 粘液囊肿为鼻窦口的长期闭塞，窦内分泌物潴留而形成。 粘膜囊肿是鼻窦

粘膜的腺体管口堵塞，分泌物不断增加造成腺体膨胀而成。牙源性囊肿分含牙囊肿和牙根囊肿。含牙囊肿多发于青年，是牙发育异常所引起；牙根囊肿是由牙根尖肉芽肿退行性变形成，多发于年龄较大的病人。

临床表现

- 囊肿体积增大形成的症状：向前发展造成颌面部膨隆，触之皮下光滑、乒乓球样感觉；向眼部发展造成眼痛、复视、溢泪、眼球移位；向鼻腔发展造成鼻腔外侧壁向中线移位。

- 牙病：缺牙、发育不良乳牙、死牙或龋病，好发于侧切牙。

- 并发感染：一般感染症状：全身不适、发热、头痛，局部红、肿、痛。

治疗

- 粘液囊肿：手术切除。有条件应行鼻内镜手术。

- 粘膜囊肿一般不须手术，如症状明显、反复发作，可行手术切除。

- 牙源性囊肿应手术治疗，含牙囊肿一般由耳鼻咽喉科医生进行。牙根囊肿由耳鼻咽喉科医生和口腔科医生合作进行。

鼻息肉

鼻息肉是由高度水肿的鼻粘膜向鼻腔膨出下垂而形成，一般不可逆，是由于鼻粘膜长期炎性反应引起组织水肿的结果。高度水肿的鼻粘膜息肉。鼻炎患者中鼻息肉占 8.5%。以中年人居多，男性略高于女性，儿童少见。鼻息肉一般伴发鼻窦炎。

诊断

- 一般为慢性鼻窦炎症状，其中嗅觉障碍比一般鼻窦炎多见。

- 息肉体积大者可引起鼻外形改变，如“蛙鼻”，即鼻梁增宽扁平，两侧鼻背隆起。
- 鼻息肉患者有较高的哮喘发病率
- 鼻息肉引起的长期鼻塞可促发高血压
- 鼻息肉一般双侧发生，如为单侧发生，应注意与内翻性乳头状瘤、鼻内恶性肿瘤、鼻内脑膜脑膨出鉴别

治疗

一般需行手术切除，传统的鼻息肉单纯摘除现已基本淘汰，应行鼻内镜手术；儿童鼻息肉尽量不行手术，如确造成长期鼻窦炎或鼻塞，也应尽量减少手术范围；对不引起鼻窦炎的鼻息肉可行鼻腔类固醇喷雾治疗

过敏性鼻炎

过敏性鼻炎的正规名称是变态反应性鼻炎，是主要表现于鼻腔粘膜的一种免疫异常状况。据世界卫生组织统计，全球过敏性鼻炎患病率为10-25%，而且，这一数字正在增长之中。此病的发生必须同时满足下列两个条件：人体的过敏体质和外界的过敏原。具有过敏体质的人在一生中可能会在不同阶段发生逐渐增加并加重的过敏性疾病，如婴儿期易患荨麻疹，儿童期易患哮喘，少年以后易患过敏性鼻炎，而且年龄越大，同时患多种过敏性疾病的可能性越大，但是，这一趋势是可以通过治疗中断的。所以，我们要尽早控制过敏性疾病。

过敏性鼻炎的诊断主要依靠症状和诊断试验，在某些情况下，鼻内镜检查有辅助作用。除非是为了排除其它疾病，否则，不需要进行X光、CT、磁共振等影像学检查。

过敏性鼻炎的症状主要为：鼻痒、发作性喷嚏、水样涕、鼻阻塞。

而出现以下症状者则要考虑不是过敏性鼻炎或过敏性鼻炎合并其它疾病：单侧发生的症状；单纯性鼻塞；脓性鼻涕；浓稠的鼻涕后流；疼痛；反复的鼻出血；嗅觉下降。过敏性鼻炎的患者还经常伴发其它过敏性疾病，如过敏性结膜炎（主要表现为眼痒、流泪）、哮喘、过敏性皮炎、过敏性胃肠炎、与过敏相关的复发性口腔溃疡等。

诊断试验主要包括特异性过敏原皮肤试验和血清特异性 IgE 检测，这两种诊断试验都是检测人体内是否对某些过敏原敏感。皮肤试验方法主要是皮肤点刺法：先在皮肤上滴上含有不同过敏原的液滴，再在液滴覆盖的皮肤上浅刺，观察皮肤的反应，如果出现超过一定直径的红斑就说明机体对这一过敏原过敏。血清特异性 IgE 检测是抽取血液检测其内是否具有过敏原的抗体，按其检测精度可大致分为定性、半定量、定量几种。

皮肤试验和血清检测的诊断效能（指对确定诊断和排除诊断的作用）基本相同，各有优缺点。皮肤试验较为便宜，过敏原浸出物获得容易，得出结果较快，但疼痛较重（每种过敏原都要点刺一下），检测前要停止抗过敏药物的应用，结果与皮肤的性状有关（如长期日晒者的过敏原检出率会下降），只能得到分级结果（一般分为 5 级），而且，有极少部分受检者会出现严重过敏反应。血清检测较贵，得出结果时间稍长，但受检者痛苦轻（无论作多少种过敏原，都只需抽血 2-4ml），可得到定量数据，无过敏反应的危险，与皮肤性状无关，检测前无需停药。现在，国际上，临床机构多倾向于作血清检测。无论那种方法，一定要使用经过标准化的变应原或其抗体，这样才能保证检测的准确，与其它方法有可比性，并对治疗起指导作用。

两种诊断试验都只能作为诊断依据而不能作为排除依据，即诊断

试验显示对某种物质过敏，如果临床症状符合，则可以诊断为过敏性疾病，反之，诊断试验检查不出敏感的过敏原，也不能据之认为不是过敏性疾病。原因是可能的过敏原有无数种，而我们检测的只是其中的一部分，如果受检者敏感的过敏原在我们的检测范围之外，得出的结果就会是阴性。临床上一般进行的检测都包括了大部分常见的过敏原，临床诊断过敏性鼻炎者检测出过敏原的比例一般都在 80% 左右。同时，检测结果阳性只是说明机体在检测时处于致敏状态（即如果接触某一或某些物质可能出现过敏状态），但并不一定会有临床症状。

过敏性鼻炎的治疗主要包括：避免过敏原，药物治疗和特异性免疫治疗。

避免过敏原是治疗过敏性鼻炎和其它类似疾病（I 型变态反应性疾病）的最初和最重要步骤。如果能有效避免过敏原，其它的治疗都不需要进行。避免过敏原的基础是找到过敏原，过敏者自行观察最为重要，上面提到的皮肤试验和血清特异性 IgE 检测是常用的辅助检测手段。过敏性鼻炎的过敏原主要是吸入性的，最常见的是尘螨，其它还有动物毛皮屑、花粉、霉菌等。少部分的过敏性鼻炎由食物、皮肤接触物或注入物引起，食物中常见的有虾蟹、鱼、鸡蛋、牛奶、花生、黄豆等，皮肤接触物包括塑料、金属、衣物等，可以是其本体或添加剂。注入物除注射药物外，最多见的是昆虫叮咬。

药物治疗主要包括抗组胺药和糖皮质激素，都有口服、注射和鼻腔内使用几种用法，鼻腔内使用由于副作用少，起效快，使用方便等优点，是近年来重点发展和提倡使用的剂型。抗组胺药起效快，副作用很少，早期的如扑尔敏、酮替芬、赛庚啶等有嗜睡、降低注意力等类镇静副作用，现已较少单独使用，但现在大部分的“抗感冒药”中

都是使用这些药物，一些过敏性疾病患者使用“抗感冒药”可以控制症状就是这些药物起作用。新一代的抗组胺药如氯雷他定、西替利嗪、依巴斯汀等已经没有这一类副作用了。糖皮质激素是上述几类药物中效果最好的，传统的如强的松、地塞米松等长期使用容易出现重大的全身副作用，如肥胖、高血压、高血糖、骨质疏松等，新一代的鼻腔内用糖皮质激素，如布地奈德、氟替卡松、莫米松等由于仅作用于鼻腔，不作用于全身，在正常剂量不会出现全身副作用，只有极少部分使用者会出现局部的副作用，如鼻内干痛、鼻出血等。

特异性免疫治疗是目前唯一得到国际认可的可能根治过敏性鼻炎的治疗方法。主要是过敏原的皮下注射。这一治疗前首先要进行标准化的过敏原检测，找到敏感的过敏原后，按照过敏的强度或特异性IgE的浓度，制定个体化的治疗计划，分次作敏感过敏原的皮下注射。一般分为两个阶段：增量阶段和维持阶段。在增量阶段，每周注射1-2次，一般要进行6-12周。在维持阶段，每月注射1次，一般要进行2-3年。由于这一治疗有一定的发生严重过敏反应的可能，所以，一定要经由有资质的医疗机构和医生进行。与过敏原检测相同，这一治疗也要使用获得国际认可的标准化过敏原，否则，达不到应有的效果且发生严重过敏反应的可能性会有所增大。

鼻 - 鼻窦良性肿瘤

鼻及鼻窦良性肿瘤好发于鼻腔内，其次是鼻窦，外鼻少见，常见的有骨瘤、内翻性乳头状瘤、软骨瘤、神经鞘膜瘤、血管瘤和脑膜瘤。

- 骨瘤多见于青年男性，额窦最多，其次是筛窦。病因不明。可能原因包括骨膜的“胚性残余”、外伤和慢性炎症。小的骨瘤多无症状，常在X线拍片检查中发现，大的额窦骨瘤可引起鼻面部畸形，疼

痛、感觉异常，也可侵入鼻腔或眼眶，甚至颅内。鼻窦 X 线片或 CT 扫描可见圆形或卵圆形骨密度影。较大骨瘤且有压迫症状，或已向颅内侵犯者需手术切除。

- 软骨瘤：很少见，好发于额窦，病因不明，可能与外伤、发育缺陷、慢性炎症及佝偻病有关。症状常表现为单侧进行性鼻塞、流涕，嗅觉减退、头晕、头痛等；肿瘤较大，广泛侵入周围结构，可发生面部变形、眼球移位、复视等，鼻镜检查肿瘤体表面光滑，球形，广基，触之易出血。肿瘤生长缓慢，但可使周围软组织和骨壁压迫性吸收破坏，侵犯临近器官。手术治疗应尽早，切除范围应彻底，术后易复发，对放射治疗不敏感。

- 神经鞘膜瘤：好发于鼻中隔、上颌窦、筛窦。粉红色，表面光滑，较硬，无包膜，分叶，病史长，不同生长部位症状不同。对放射治疗不敏感，需手术治疗。术后易复发。

- 血管瘤：鼻及鼻窦好发，多见于青壮年，病理分为毛细血管瘤和海绵状血管瘤，前者占 80%，鼻中隔多发，后者较少，主要见于下鼻甲和上颌窦。病因与胚胎性组织残留、外伤、内分泌紊乱等有关。表现为反复鼻出血。不主张诊断性穿刺。手术切除为主。

- 内翻性乳头状瘤：50~60 岁男性多见，单侧持续性鼻塞，进行性加重，可伴血涕或反复鼻出血，常同时伴鼻息肉、鼻窦炎，部分病例有多次鼻息肉手术史。外观粉红色，息肉样或分叶状，触之易出血。肿瘤有明显局部侵袭性特点，易复发，约 7% 发生恶变。确诊后需手术彻底切除肿瘤，手术方式有鼻内镜手术、鼻侧切开或上唇下进路。首选鼻内镜手术。术后应定期随访。

- 脑膜瘤：原发于鼻部的脑膜瘤少见。青少年起病，病史长。临

床多数病例为发生于颅内的肿瘤，向下扩展入鼻腔、鼻窦。手术多采用颅面联合进路。

鼻 - 鼻窦恶性肿瘤

原发于鼻腔的恶性肿瘤少见，多起源于鼻腔外侧壁。病理以上皮源性为主，未分化癌和鳞状上皮癌占 80% 以上，其他有腺样囊性癌、腺癌、基底细胞癌、嗅神经上皮癌、恶性淋巴瘤等。开始表现为单侧进行性鼻塞、反复鼻出血，逐渐出现面部麻木、顽固性头痛、嗅觉减退等。晚期侵犯周围器官出现眼、颅内病变症状。检查鼻腔外侧壁肿物多广基，乳头状、菜花状，红色，质地较硬而脆，易出血，表面有溃破及坏死。应采取手术切除为主，术前、术后放疗和化疗为辅的综合治疗。鼻窦恶性肿瘤由于解剖位置深，早期多无典型症状，多数患者就诊时肿瘤侵犯已经比较广泛。由于鼻腔、鼻窦与眼眶、颅底相毗邻，中晚期患者常出现面部、眼部和颅内侵犯症状。发病因素有长期慢性炎症刺激、经常接触致癌或放射性物质等。一些良性肿瘤乳内翻性乳头状瘤有恶变可能。鼻窦恶性肿瘤的临床表现随肿瘤原发部位和受累范围不同而异。

上颌窦癌

早期症状有以下几点：

- 持续性单侧脓血涕；
- 面颊部疼痛和麻木感；
- 单侧上颌磨牙疼痛和松动。

对 40 岁以上患者。出现上述任一症状者，应进行前、后鼻镜检查，发现肿物者进一步鼻内镜检查，必要时取少量肿瘤组织行病理检查，鼻窦 CT 或 MR 明确肿瘤大小和侵犯范围。需根据肿瘤的病理类型、

原发部位、侵犯范围等选择治疗方案。

恶性肉芽肿

为一种多始发于鼻部、逐渐侵及面部中线，以进行性坏死性溃疡为特征的少见的肉芽肿性疾病。病因不明，病情险恶，治疗困难，预后不良。可合并肺、肾和其它脏器病变，又称 Wegener 肉芽肿。近年陆续有学者认为本病其实是一种特殊类型的淋巴瘤。T/NK 细胞淋巴瘤多位于鼻腔，亚洲、墨西哥和南美洲人多见。T/NK 细胞淋巴瘤对放射线敏感，可采用放疗和化疗。

鼻中隔偏曲

鼻中隔偏离中线向一侧或两侧弯曲或局部形成突起，并引起鼻功能障碍或症状者，称鼻中隔偏曲。

由于鼻中隔由多块软骨、硬骨组成，相互连接复杂，一块骨的发育异常，将影响其他骨的发育，导致鼻中隔形态异常，所以实际上很少有鼻中隔完全正中者。如果没有出现交替性或持续性鼻塞、反复鼻出血和头痛等不适，可不作处理。

病因多数为先天性发育畸形，一部分患者幼时有鼻部受外伤史。

该病确诊后需要手术治疗，手术方法有鼻中隔粘膜下切除术和鼻中隔粘膜下矫正术。前者最常用，手术成功率高。一般 14 岁以上患者可手术。

耳科疾病

先天性耳前瘘管

先天性耳前瘘管是一种常见的先天耳畸形。为胚胎时期形成耳廓的第一、二鳃弓的 6 个小丘样结节融合不良或第一鳃沟封闭不全所致。主要表现为耳前有一瘘孔，平时无症状，继发感染时则局部红肿

疼痛。反复感染破溃后可形成瘢痕。

就诊指南：

- 若无感染史者，不必处理。
- 在急性感染时，全身应用抗生素控制炎症，对已形成脓肿者，则应先切开引流。
- 有感染史者可待感染控制后，行瘻管切除术。

梅尼埃病

梅尼埃病（美尼尔氏综合症）又称膜迷路积水，是由于内耳膜迷路水肿而致发作性眩晕、波动性耳聋和耳鸣为主要表现的内耳疾病。一般为单耳发病，青壮年多见。病因不明，可能与先天性内耳异常、植物神经功能紊乱、病毒感染、变应性、内分泌紊乱、盐和水代谢失调等有关。目前普遍认为内淋巴回流受阻或吸收障碍是主要的致病原因，主要临床表现为发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣。

就诊指南：

- 确定是否为梅尼埃病，要注意与突发性耳聋、迷路炎、耳药物性中毒、前庭神经元炎、听神经瘤、位置性眩晕、突发性聋、椎一基底动脉供血不足、心血管疾病及 hunt 综合症等。

- 可进行前庭功能检查、听力检查、甘油试验、耳蜗电图检查。

治疗

- 发作期应卧床休息，低盐饮食，少喝水。
- 镇静剂：发作期用安定，可抑制眩晕和呕吐。
- 血管扩张药物。
- 维生素类药物：维生素 B1、维生素 B6、维生素 E 等口服，利尿剂。

- 手术疗法：对发作频繁、保守治疗无效，眩晕迁延影响工作和生活者，可考虑手术治疗。包括：内淋巴囊切手术、球囊切开术、迷路切除术、经颅中窝或经迷路后前庭神经切除术等。

中耳炎

中耳炎是指中耳感染性疾病的总称，按照病变特征可分为非化脓性中耳炎和化脓性中耳炎两大类，每种根据病程又分为急性和慢性，6周~8周之内属急性。大于8周为慢性。

外耳道炎

外耳道炎的常见诱因是挖耳和游泳时进水。

外耳道炎常常由于金黄色葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌和变形杆菌感染引起。

外耳道炎可分两类，局限性外耳道炎(即外耳道疖)和弥漫性外耳道炎。

外耳道疖耳痛剧烈，张口、咬东西时加重，牵拉耳廓痛，局部可见红肿、隆起，中央有黄色脓点。

急性弥漫性外耳道炎表现为耳灼热痛伴流少量分泌物，整个外耳道壁皮肤红肿；转慢性期后耳痛不明显，主要为耳痒和流少量分泌物，外耳道皮肤增厚，严重者外耳道狭窄。

此外，有些老年人和糖尿病患者，由于抵抗力低下，可引起坏死性外耳道炎，表现为骨髓炎和广泛性进行性坏死，并发神经麻痹，如不及时控制感染，可引起脑膜炎、脑脓肿、脑软化而死亡，又称“恶性外耳道炎”。

化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎

是中耳粘膜的急性化脓性炎症，好发于儿童，冬春季多见，常发生于上呼吸道感染之后，鼻腔后部及咽部的化脓性球菌如肺炎球菌、流感嗜血杆菌等经咽鼓管逆行感染中耳。

症状：早期有剧烈耳痛、耳鸣和听力下降，儿童多伴畏寒、发热、头痛、不愿进食或呕吐、腹泻，常常晚上看急诊。

检查：早期鼓膜明显充血，由于鼓室积脓鼓膜可向外膨出。炎症进一步发展将引起鼓膜穿孔，此时外耳道大量脓液流出，但耳痛和全身症状反而减轻。

治疗：应尽早全身应用足量抗生素，如青霉素类或头孢菌素类，发热时用退烧药；患耳的局部治疗也很重要，在早期鼓膜没有穿孔时，2%酚甘油滴耳可消炎止痛，但穿孔后禁用；鼓膜穿孔后需先用3%双氧水清洗外耳道脓液，再用抗生素水溶液如0.3%泰利必妥滴耳，每次耳浴15分钟以上。注意不能使用粉剂或有颜色药水及耳毒性药物滴耳。

慢性化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎由于未能及时治疗或用药不当，或病菌毒力过强，炎症迁延不愈，总病程超过6—8周，即称慢性。

与急性阶段不同的是，其主要致病菌为变形杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌等的混合感染。

主要分三个临床类型：单纯型、骨疡型和胆脂瘤型。

最多见的类型是单纯型，病变轻，范围局限，主要特点有间歇性流脓，不臭，鼓膜紧张部中央性穿孔，听力下降较轻；

骨疡型又称肉芽型或坏死型，病变较重和广泛，呈持续性流脓，有臭味，鼓膜边缘性穿孔，鼓室内可见肉芽或息肉，听小骨可被破坏

而出现较重的传导性聋，颞骨 X 片或 CT 见鼓室、乳突内有软组织影，伴部分骨质破坏，可引起各种并发症；

胆脂瘤型中耳炎病变和症状最严重，但确切发病机制不明，表现为长期持续性流脓和渐进性听力下降，脓液有特殊恶臭，鼓膜穿孔位于松弛部或紧张部后上方边缘性穿孔。另有一些患者并无流脓病史，因听力下降就诊，检查鼓膜松弛部凹陷性穿孔。早期为传导性聋，逐渐出现混合性或感音神经性聋。颞骨 X 线片或 CT 表现为上鼓室、鼓窦、乳突内软组织影，鼓窦入口及鼓室天盖骨质部分破坏。

急性发作期治疗同急性化脓性中耳炎。慢性阶段，单纯型以全身和局部药物治疗为主，一般耳流脓停止、耳内完全干燥后，鼓膜小穿孔多可自行愈合。穿孔较大而不愈者择期手术修补鼓膜。骨疡型手术清除肉芽，通畅引流，常需施行乳突根治术。胆脂瘤型由于易引起颅内外并发症，一旦确诊，应尽早手术，手术的主要目的是清除病变。预防并发症。并在前基础上重建听骨链以提高听力。

分泌性中耳炎

又叫非化脓性中耳炎、卡他性中耳炎、浆液性中耳炎、中耳积液、渗出性中耳炎等。

冬春季多发，患者中以小儿多见，是引起小儿和成人听力下降的常见原因之一。

主要病因是咽鼓管功能障碍，小儿腺样体肥大、肥厚性鼻炎、鼻咽部肿瘤及咽鼓管肌肉收缩无力等均可引起。近期研究结果还表明，局部感染和免疫反应也可能是慢性分泌性中耳炎的病因。

症状：急性期先有耳痛，儿童较重，觉耳内闭塞或闷胀感，伴嗡嗡声或流水声样耳鸣，中耳积液增多时出现听力下降，听外界声音遥

远，而自己讲话声音增大，部分患者听力可在头位前倾或偏健侧时暂时改善。小儿如双耳患病，常对声音反应迟钝，注意力不集中，学习成绩下降。

检查：鼓膜内陷，光锥变形或消失。

听力检测音叉试验和纯音测听示传导性聋

声阻抗对诊断有重要价值，平坦型“B”型为典型曲线，高负压型“C”示咽鼓管功能不良。

急性期治疗：包括口服抗生素、糖皮质激素、粘液促排剂、1%麻黄素液滴鼻等，如经药物治疗1周以上，中耳积液无改善，成人应在严格无菌下局麻行鼓膜穿刺抽液，不能配合儿童全麻下穿刺。

慢性期治疗：对慢性患者，积液粘稠不能抽出时，可行鼓膜切开术；病情反复发作迁延不愈时，应行鼓膜切开置管术，通气管可保留3月~6月，中耳炎症消退后取出通气管。慢性分泌性中耳炎患者，小儿应检查有无腺样体肥大、鼻息肉等，成人注意鼻咽部有无肿瘤，特别是要排除鼻咽癌；如有相关疾病，应同时积极治疗。

慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎是中耳粘膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症，常与慢性乳突炎合并存在。多因急性化脓性中耳炎延误治疗或治疗不当、延延为慢性；或为急性坏死型中耳炎的直接延续。鼻、咽喉存在慢性病灶亦为一重要原因。一般在急性炎症开始后6-8周，中耳炎症仍然存在，统称为慢性。临床上以耳内反复流脓、鼓膜穿孔及听力减退为特点。有部分中耳炎可引起严重的颅内、外并发症而危及生命。根据病理及临床表现为三型：单纯型、骨疡型、胆脂瘤型。

中耳炎的类型：

- 单纯型：最常见，多于上呼吸道感染后出现，耳流脓，多为间歇性，呈粘液性或粘液脓性，一般不臭。量多少不等，上呼吸道感染时，脓量增多，检查见鼓膜中央部分穿孔。

- 骨疡型：又称坏死型或肉芽型，多由急性坏死型中耳炎迁延而来。组织破坏较广泛，特点是耳流脓多为持续性，脓性间有血丝。

- 胆脂瘤型，但非真性肿瘤，耳内流脓量少，可有白色鳞片、豆渣样物，恶臭。有时可出现头痛及听力明显下降。

就诊指南：

- 应请耳鼻咽喉科医生详细检查耳内，区别上述类型。
- 积极治疗上呼吸道病灶性疾病，如慢性鼻窦炎、慢性扁桃体炎。
- 药物治疗：单纯型以局部用药为主：可用抗生素水溶液或抗生素与类固醇激素类药物混合液，如 0.25%氯霉素液、氯霉素可的松液、氯氟沙星滴耳液等。

局部用药注意事项：

- 用药前先清洗外耳道及中耳腔内脓液，可用 3%双氧水或硼酸水清洗，后用棉花签拭净或以吸引器吸尽脓液，方可滴药。

- 脓量多时用水剂，量少时可用硼酸酒精。

- 滴耳法：病人取坐位或卧位，患耳朝上。将耳廓向后上方轻轻牵拉，向外耳道内滴入药液 3-4 滴。然后用手指轻按耳屏数次，促使药液经鼓膜穿孔流入中耳。数分钟后方可变换体位。注意滴耳药液应尽可能与体温接近以免引起眩晕。

- 鼓膜大穿孔影响听力，在干耳后 2 个月左右可行鼓膜修补术或鼓室成形术。

- 骨疡型中耳炎，引流通畅者，以局部用药为主，但应注意定期

复查。引流不畅或疑有并发症者及胆脂瘤型中耳炎，应尽早手术，彻底清除病变，预防并发症。

咽部疾病

慢性咽炎

慢性咽炎是咽粘膜的慢性炎症，常为呼吸道慢性炎症的一部分。

病因：

- 急性咽炎反复发作或延误治疗转为慢性；
- 各种鼻病(鼻阻塞而长期张口呼吸；鼻腔分泌物向后流向咽部，刺激咽部。);
- 慢性扁桃体炎；
- 龋病；
- 各种物理化学因素刺激(粉尘；颈部放疗；长期接触化学气体；烟酒)；
- 全身因素(如各种慢性病)。

分类：

慢性单纯性咽炎；

慢性肥厚性咽炎；

萎缩性咽炎；

干燥性咽炎。

临床表现：

咽部各种不适感觉，如异物感、发痒、灼热、干燥、微痛、干咳；

痰不易咳净；

讲话易疲劳；

刷牙漱口及讲话多时易恶心作呕。

就诊指南：

- 消除各种致病因素，如治疗全身性疾病，治疗鼻窦炎。注意营养，增强体质锻炼。避免刺激性食物及烟酒，在有粉尘或刺激性气体环境中工作者应戴口罩。

- 根据不同类型的咽炎采取不同的治疗办法。局部可用复方硼砂溶液、呋喃西林溶液、淡盐水漱口，各种含片含服。金嗓利咽丸、乐频清口服等。

- 不随便使用胖大海冲服。

- 肥厚性咽炎可以应用激光烧灼或者微波凝固。

- 可以进行雾化吸入治疗。对干燥、干咳等症状有一定的好处。

慢性扁桃体炎

慢性扁桃体炎是扁桃体的慢性炎症，多由急性扁桃体炎反复发作或因隐窝引流不畅，而致扁桃体隐窝及其实质发生慢性炎症病变。也可发生于某些急性传染病之后。

主要症状是反复发作急性扁桃体炎。也有部分患者无明显急性发作史。表现为经常咽部不适，异物感，发干，痒，刺激性咳嗽，口臭等症状。儿童过度肥大的扁桃体可引起呼吸、吞咽、语言障碍。若伴有腺样体肥大可引起鼻塞、鼾声及卡它性中耳炎症状。由于经常咽下分泌物及隐窝中的细菌毒素，可致消化不良，头痛，乏力、低热等症状。

就诊指南：

- 慢性扁桃体炎可以做为全身的一个病灶存在，扁桃体隐窝内细菌和毒素可形成病灶感染，发生变态反应，产生各种并发症，如风湿性关节炎、风湿热、心脏病、急性肾炎等。

- 儿童扁桃体及增殖体肥大可能引起慢性上呼吸道梗阻，影响儿童发育，以及面容改变等。

- 扁桃体切除术为有效疗法，其他如隐窝冲洗、电烙、免疫疗法等疗效尚不确定，只对手术禁忌者可采用。

扁桃体切除术

手术适应症：

- 慢性扁桃体炎反复急性发作。
- 有扁桃体周围脓肿病史者。
- 扁桃体过度肥大，妨碍吞咽、呼吸，导致营养障碍者。
- 风湿热、肾炎、关节炎、风心病等患者，疑扁桃体为病灶者。
- 因扁桃体，增殖体肥大，影响咽鼓管功能，造成慢性渗出性中耳炎，经保守治疗无效者。
- 白喉带菌者，经保守治疗无效者。
- 不明原因的长期低热，而扁桃体又有慢性炎症存在时。
- 各种扁桃体良性肿瘤，对恶性肿瘤则应慎重选择病例。

手术禁忌症

- 急性扁桃体炎发作时，一般不施行手术，需炎症消退后 3-4 周方可手术。
- 血液病，高血压，代偿机能不全的心脏病，活动性肺结核等均不宜手术。
- 风湿热及肾炎等全身症状未控制时不宜手术。
- 在脊髓灰白质炎及流感，妇女月经期及月经期暂时不宜手术。
- 病人家属中免疫球蛋白缺乏或自身免疫疾病的发病率高者。白细胞计数低于 3000 以下者。

手术有剥离法与挤切法二种。后者用于小儿。

喉部疾病

声带息肉和声带小结

声带小结 (Vocal Nodules) 是慢性喉炎的一种，表现为双侧声带前中部两对称性的小突起，多见于职业用嗓者中或者喜欢大声喊叫，发声不当的人群中。又有人称做为歌唱家小结或者教师小结，其病理改变主要在声带的上皮层。

声带息肉 (vocal polyp) 是指发生在声带边缘的增厚组织，可局限也可以弥漫，其中弥漫性者又称做息肉样变，主要病理改变在粘膜固有层，多为单侧。可能与炎症，变态反应，创伤，过度用声等多种因素有关。

声带息肉和小结均可以使发音时声带关闭不全，导致声音嘶哑，并且由于声带重量增加，导致发音疲劳。

声带息肉和小结均需要注意发声方法，尤其是儿童的声带小结，一般认为只要注意发声即可，而无需手术治疗。小的息肉小结可以采用药物治疗，明显的声带息肉、或时间较长的声带小结，可行手术摘除。

纤维喉镜下声带息肉及声带小结手术是上世纪九十年代左右在国内开展的手术。在门诊即可进行，效果好，病人痛苦小。而电子喉镜在治疗声带息肉和声带小结中，由于视野清晰，效果则更理想。较大的息肉可用息肉钳夹除后再行纤维或者电子喉镜手术，复杂的息肉还可在全麻下做显微镜下切除。

喉癌的治疗

必须强调每一个喉癌的治疗的方法并不是唯一的。许多因素影响

喉癌治疗方法的选择。所以可能对某一病人来说，可以有多种治疗方案，病人要和医生在一起讨论如何选择最适合于病人本身的方案。我们这里简明扼要的介绍喉癌治疗的基本知识。请注意，这里只是基本的知识。喉癌的治疗本身是一个复杂的过程。

非常小的肿瘤可以采用放射治疗或者手术治疗（T1），放射治疗是每周进行5次，每次15-30分钟，休息两天，持续大约6周。而手术大多可以经口腔进行来清除肿瘤组织。

较大的肿瘤，包括喉部多处的肿瘤，同样也可以通过放疗及手术。因为肿瘤已经变大，治疗必须更加仔细。放射治疗的方法基本同前介绍，但范围要大一些。如果选择手术，这个手术叫做部分喉切除术，经颈部做一个切口，手术时会做暂时性的气管切开术，气管套管在手术后的一段时间内仍然保留。

如果肿瘤的范围很大，应该进行进一步的扩大治疗，手术的范围越大就越能完全的切除肿瘤，为了完成这种手术，可能可在颈部做一个永久的造口，以保证喉切除后可以有正常的气道。患者此时需要学习另外一种发音方法来进行说话。出现肺部转移等远处病灶，必须使用化疗，但注意有的癌症不是扩散，而是多原发癌时，应该进行分别的手术或者其它治疗。

除了喉之外，颈部也必须进行治疗，因为喉癌有侵犯到颈部的危险，颈部的治疗也可以采用手术或者放射的方法进行治疗。有一节专门介绍颈部的手术，即颈廓清术。

我们在这里再次强调的是这里介绍的仅仅是喉癌治疗的一些基本知识，病人及其家人可以与经治医生进行治疗方法的讨论。

急性会厌炎

急性会厌炎是会厌粘膜的急性炎性病变，治疗不及时常致脓肿形成，儿童及成人皆可见，主要危险在于引起呼吸困难，可致死亡。主要病因有感染、外伤等原因。主要表现为发热、畏寒、头痛、剧烈喉痛、语言含糊不清，似口中含物、甚至呼吸困难引起死亡。

就诊指南：

- 本病属于急诊，要早期就诊住院观察，用大剂量广谱抗生素。
- 如肿胀严重，伴有呼吸困难者应同时加用激素，对于出现明显喉阻塞症状者，还要做好气管切开的思想准备，以免发生窒息。
- 有脓肿形成者，可在喉镜下切开排脓。
- 局部可抗生素加激素雾化吸入，以促进炎症消退。
- 软流质及清淡易消化饮食。

头颈外科疾病

耳鼻咽喉及其相关头颈区为良性和恶性肿瘤多发部位，常见良性肿瘤有听神经瘤、耳鼻咽喉乳头状瘤、耳鼻咽喉一头颈区神经纤维瘤、血管瘤等；常见恶性肿瘤有鼻咽癌、喉癌、上颌窦癌、扁桃体癌、食管癌等。耳鼻咽喉一头颈区肿瘤临床特点与处理原则有许多相同或相似之处。

1. 临床特点

(1) 肿瘤隐蔽、难以发现：耳鼻咽喉、气管、食管为深在的腔洞或管道，除声门型肿瘤以外，肿瘤早期的发生与发展难以察觉，病人就诊时多属中晚期。如鼻咽癌，原发癌灶可能在不影响鼻咽粘膜外观的情况下，向颅内侵犯。

(2) 临床表现复杂多变：肿瘤发生发展引起的耳鸣耳闷、听力减退、鼻阻塞、吞咽困难、声音嘶哑等症状可缓慢起病，时轻时重，

酷似常见炎性疾病。有些恶性肿瘤，如鼻咽癌、声门上型喉癌等，远处器官转移可能为其首发症状，极易误诊或延误诊断。

(3) 一处肿瘤、多处受累：耳鼻咽喉区域狭小，毗邻关系复杂，一处发生肿瘤，常可导致多处受累。如鼻咽原发癌灶可造成咽鼓管阻塞而引起耳鸣耳闷、听力减退，可使鼻腔通气截面积减小引起鼻阻塞，可侵犯脑神经引起吞咽困难、声音嘶哑等；再如听神经瘤在内听道内可同时累及听神经和面神经，引起听觉障碍和面肌麻痹，当肿瘤扩展至桥小脑角，可累及三叉神经，出现患侧面部感觉异常和麻木、角膜反射迟钝或消失等，肿瘤压迫小脑，可出现患侧手足精细运动障碍，行走步态蹒跚不稳等小脑功能障碍，肿瘤压迫脑干，可导致肌力减弱、肢体麻木、感觉减退等。

2. 处理原则

(1) 尽早手术：鼻咽癌首选放疗，其他耳鼻咽喉一头颈良性或恶性肿瘤均首选手术。在完全切除原发肿瘤的基础上，尽可能保留或重建受累器官功能

(2) 酌情进行手术前后辅助治疗：对于恶性肿瘤，应考虑适时应用放疗、化疗或中医药疗法，目的主要是着眼于巩固手术效果、防止复发与转移。

鼻眼相关疾病

外伤性视神经病

[概述]

巨大暴力可引起视神经损伤或神经管骨折，导致视神经纤维受损或压迫，引起视神经萎缩。视神经挫伤多发生在视神经管和颅内段。视神经外伤常发生于车祸、斗殴等事故中。常为钝力打击额部、眉弓

部或颧部，跌撞伤眼部，引起眼眶骨折或颅底骨折而发生。严重者可伴有休克，呼吸道阻塞、出血、感染。

[症状体征]

1. 视力下降或消失；
2. 瞳孔扩大，直接对光反射迟钝或消失，间接光反射存在
3. 眼底检查：早期无明显异常，视神经撕脱者眼底大量出血，视神经乳头凹陷，晚期视乳头苍白。

[诊断依据]

1. 外伤史；
2. 视力下降或无光感；
3. 瞳孔扩大，直接光反射消失；
4. 眼眶 X - 线及 CT 显示视神经管骨折。

[治疗原则]

1. 早期应用大剂量类固醇激素及血管扩张剂、神经营养药；
2. 必要时作眶内或视神经开放减压术。

慢性泪囊炎

【概述】

泪囊内分泌物转变为脓性分泌物即成慢性泪囊炎 (chronic dacryocystitis)，此病与粘液囊肿性之主要鉴别，是为泪囊部皮肤呈现一定程度的弥漫性充血，结膜炎与泪溢症较为明显。严重者可形成化脓性囊肿。

【诊断】

1. 溢泪。
2. 指压泪囊部或冲洗泪道时，有粘液或脓性分泌物自泪小点流

出，无冲洗液流入鼻腔或咽部。

3. 分泌物大量积聚时，能使泪囊扩张，局部隆起。

【治疗措施】

1. 勤滴眼药：各种抗生素眼药水频滴患眼，但首先应将泪囊脓液挤压干净。

2. 泪道冲洗：用生理盐水或抗生素、激素或酶抑制剂（如 α -糜蛋白酶）冲洗。

3. 探通与扩张：经过一个时期冲洗，待分泌物消失时方可采用，但禁用暴力，以防形成假道，使感染扩散，导致加重其阻塞程度。

4. 手术疗法：以泪囊鼻腔吻合为主，亦可作泪囊摘除。应根据情况选择其适应症。如萎缩性鼻炎、狼疮、结核、梅毒患者，泪囊周围组织炎症或筛窦化脓性炎症，恶性肿瘤，角膜炎，内眼炎，眼外伤等应首先考虑泪囊摘除以达安全。下泪小管阻塞才鼻泪管吻合术效果差。如单纯的粘液囊肿者，应以鼻泪管吻合术为原则。另外还有穿线术。传统的泪囊鼻腔吻合术是由眼科医生进行，要在面部作切口，由于鼻内镜技术的发展，经鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术现在可以由耳鼻咽喉-头颈外科医生进行，经鼻腔手术，不用作面部切口，成功率与面部切口相近，渐成主流。

【并发症】

长期之慢性泪囊炎，对眼部之安全是一严重之威胁。如角膜之感染，匍行性角膜溃疡或眼部贯通伤，内眼手术等均可引起全眼球炎，而致视功能丧失。

恶性突眼

自身免疫性甲状腺疾病包括毒性弥漫性甲状腺肿和慢性淋巴性

甲状腺炎均可伴有眼部病变，有异常的眼部受累征象表现，如怕光、流泪、上眼睑挛缩、凝视、眼球突出、眼外肌麻痹、角膜受累、视神经病变等，称之为内分泌性突眼。其中以毒性弥漫性甲状腺肿的病人最为多见，约占 40%，慢性淋巴性甲状腺炎病人较为少见。

浸润性突眼起病有快有慢，病情的发展也不尽相同，往往是双侧性的，但受累的程度不完全相等，可以一侧较重，另一侧较轻。浸润性突眼有时和甲亢的病情不在同一个水平上，即甲亢症状很明显时浸润性突眼不一定很重，甲亢症状减轻后浸润性突眼不一定随之减轻。

有些因素可能使浸润性突眼的症状加重：①严重甲亢得不到及时治疗。②甲亢控制过猛。③严重浸润性突眼采用手术治疗甲亢。④同位素治疗甲亢。因此，甲亢的治疗对浸润性突眼的病情有明显的影响，故需及时恰当地治疗甲亢，才能避免加重浸润性突眼。

浸润性突眼如果得到适当的保护和治疗，一般在半年至 3 年内病情可以逐渐稳定及缓解，软组织受累的症状和体征往往消失或明显减轻，但常遗留一些异常情况，如眼睑挛缩及肥厚，眼球突出及眼肌纤维化。5 级和 6 级浸润性突眼遗留问题往往比较多，因为有些病变已经难以完全逆转。

对于严重的突眼（恶性突眼），应在病变不可逆前行眶减压术，使眼球回缩，以避免严重的并发症。

经鼻内镜下眶减压术可以充分切除眼眶的内、下部，切除面积可占眼眶的一半，减压效果好，无面部切口，不会造成“破相”。由于入路直接，手术方便，可能发生的并发症比其它径路的方法少。

眶内异物

球内异物是严重威胁视力的眼外伤，异物的损伤作用包括异物对

眼内组织结构的机械性破坏、化学及毒性反应、透发感染以及由此造成的后遗症。例如，异物穿过角膜、晶体可引起角膜穿孔、色素膜嵌顿，角膜混浊及白内障；穿过色素膜或视网膜可造成眼内出血。铁质异物在眼内溶解氧化，对视网膜有明显的毒性作用。氧化铁与组织蛋白结合形成不溶性含铁蛋白，沉着于各组织，表现为棕色沉着物称为眼铁锈症，可造成视力丧失。含铜量 80%以上的异物会引起急性无菌性化脓性炎。铜在眼内组织沉着可引起铜锈症，在角膜后弹力层有棕黄色色素沉着，晶体前囊上可出现葵花状混浊。异物带入致病微生物，可引起眼内感染，造成失明。球内异物的临床表现往往与以上各种因素有关。

部分的球内异物可以经鼻内镜下进行，一般认为以视神经为界，内半的眶内异物可以试行经鼻内镜下取出，特别是可磁吸性的异物。虽然经鼻内镜下手术只能单手操作，不易充分止血，部分异物不易取出，但这一术式有损伤轻，无颜面切口，不会“破相”等优点，我们建议所有有可能鼻内镜下取出的眶内异物都可先试行经鼻手术，如果失败再行其它进路取出。术中导航系统对这一手术有较大帮助，如有条件应优先选用。

经鼻内镜眶内肿瘤切除术

眶内肿瘤的切除有很多的进路，经鼻内镜眶内肿瘤切除术的优点是避免了面部切口，在鼻内镜指引下手术，达到精细、准确、并发症少的效果。但是，不是所有的病例都能采取这种手术方式。只有肿瘤位于视神经内侧、靠近鼻窦的病例才适合选择这种手术方式。

鼻颅底疾病

脑脊液鼻漏

脑脊液鼻漏是指颅底的骨板和脑膜在鼻腔、鼻窦等处发生破裂或缺损，使颅、鼻之间有直接交通，致使脑脊液自鼻内漏出，并可引起脑膜炎反复发作。在各种原因所致脑脊液鼻漏中，约 90%为外伤及手术所致。伤后立即出现者称为急性外伤性脑脊液鼻漏；伤后一段时间才出现的为迟发性外伤性脑脊液鼻漏。非外伤性脑脊液不多见。脑脊液漏入鼻腔的途径有：经额窦、筛板、蝶窦、蝶鞍或颞骨中耳经咽鼓管至鼻腔。

诊断

确诊包括定性诊断和定位诊断。

- 通过实验室检查确定鼻溢液是否为脑脊液。
- 通过鼻内镜检查、CT、MRI、鞘内注射同位素示踪剂等进行定位诊断。

治疗

- 外伤性脑脊液鼻漏大部可用保守法治愈。此法包括预防感染，预防颅压增高，创造条件促进瘘孔自然愈合，取头高卧位，限制饮水量和食盐摄入量，避免用力咳嗽和擤鼻，预防便秘。
- 如果保守治疗无效，可行手术治疗。

手术适应证：

- 脑脊液鼻漏伴有气脑（颅脑积气）、脑组织脱出、颅内异物。
- 合并反复发作化脓性脑膜炎。
- 外伤性脑脊液鼻漏保守疗法 2~4 周内不见好转者。

手术方法：

近年由耳鼻咽喉头颈外科应用鼻窦镜不仅易于寻找瘘孔，且可准确进行修补。

垂体瘤

垂体腺瘤 (pituitary adenoma) 为来源于垂体前叶的良性肿瘤。肿瘤的直径小于 1cm, 称为微腺瘤, 除 CT 或核磁共振 (MRI) 外尚需作血清内分泌素含量测定方能确诊。如肿瘤增大直径超过 1cm, 称为大腺瘤。若肿瘤直径大于 3cm 者, 则称为巨腺瘤。

由于垂体前叶具有分泌生长激素 (GH)、催乳素 (PRL)、促肾上腺皮质激素 (ACTH) 等激素功能, 所以目前将垂体腺瘤分为催乳素腺瘤 (PRL 瘤)、生长激素腺瘤 (GH 瘤)、促肾上腺皮质激素瘤 (ACTH 瘤) 及混合性腺瘤等。PRL 腺瘤的主要表现在女性为闭经、泌乳、不育等。在男性则表现为性欲减退, 阳痿、体重增加、毛发稀少等。GH 腺瘤, 如在青春期前发病则表现为巨人症, 如在发育期后患病则表现为肢端肥大症。ACTH 腺瘤的主要表现为满月脸、“水牛背”、腹壁及大腿部皮肤紫纹、肥胖、高血压及性功能减退等。除上述内分泌症状外, 还可引起视神经或视交叉的压迫症状, 典型表现为双颞侧偏盲。

目前, 治疗首选的方法是手术摘除肿瘤。经蝶窦显微镜下手术及经鼻内镜手术可以取得满意的效果。如肿瘤微小, 可完整切除。若肿瘤巨大, 则应经额开颅手术, 术后辅以放射治疗。伽玛刀治疗垂体微腺瘤, 视神经距肿瘤应超过 4mm, 以防止视神经损伤。药物治疗如溴隐亭对抑制 PRL 腺瘤恢复病人的月经周期、促使受孕具有良效, 但停药后症状往往复发, 肿瘤将重新生长。

颅咽管瘤

颅咽管瘤是指发生于颅咽管残余上皮细胞的肿瘤, 是最常见的先天性肿瘤, 约占 60%, 占颅内肿瘤的 5% ~ 6%。为良性肿瘤, 可见任何年龄, 以儿童及青年多见, 男女比例约为 2:1。临床表现主

要为颅内压增高证、双侧视力减退、视野缺损、内分泌功能障碍及下丘脑症状。手术治疗为首选，年龄越小，越易全切，并发症越少，故早诊早治是关键。

症状体征

- 头痛、呕吐、视力减退、视野缺损及视神经萎缩。
- 发育迟缓，性功能障碍，女性月经不调、闭经、不孕，男性性欲减退、阳痿。
- 体温调节失常、多饮、多尿、消瘦、精神异常等。
- 向邻近生长者可有偏瘫、感觉减退等相应压迫症状、体征。

诊断依据

- 头痛、呕吐、视力减退、视野缺损、视神经萎缩。
- 体温调节失常、尿崩、发育迟缓、性功能障碍。
- 内分泌学检查异常：血清GH、LH、FSH、ACTH均减低。
- 头颅X线摄片蝶鞍相示蝶鞍扩大或破坏，鞍内可有钙化斑。头颅电脑体层摄影见鞍内和/或鞍上低、等、高混杂密度病源。头颅磁共振成像呈多种不同信号强度，实质性者T₁加权图像为等信号而T₂加权图像为高信号。

治疗原则

- 外科手术：首选，彻底切除肿瘤解除压迫，挽救视力，颅高压明显而又双目失明可作分流术。
- 放射治疗：单纯放疗疗效差，多为手术后的辅助治疗，有时可采用穿刺抽囊液，注入放射性同位素治疗。
- 化学疗法：争先酶素直接注入肿瘤囊内，对囊性肿瘤可有较好

疗效。

预防感染、对症及并发症治疗。

脊索瘤

脊索瘤来自胚胎脊索的残余，退化的脊索通常都嵌入蝶骨和枕骨内，但部分可向腹侧折入咽壁，其与咽部上皮融合处的细胞有迅速增长的潜力，在某些诱因的作用下，可形成脊索瘤，是一种罕见的低度恶性肿瘤。病理见肿瘤由典型的空泡细胞和粘液基质所组成，其特点为分叶结构，细胞呈不规则条索状、团块状或假腺泡状生长，并可形成巨大空泡的合体细胞。可发生于任何年龄，以中年居多，男性多于女性。

诊断

确诊需依据病理诊断。颅底 X 片、颅正侧位片、CT、MRI 可显示斜坡、蝶鞍、岩尖等处有骨质破坏及肿块阴影有助于诊断，须与咽部其他肿瘤如鼻咽纤维血管瘤、鼻咽癌、咽颅咽管瘤等相鉴别。

临床表现

脊索瘤多位于鼻咽，随着肿瘤增大，常有头痛、进行性鼻塞、脓性鼻涕、鼾声、嗅觉减退、耳鸣、耳聋等。发生于口咽、下咽者较少，可有吞咽下不适及出现呼吸困难。肿瘤向颅内发展，可出现颅神经受累的症状。查体可见鼻咽顶壁、咽后壁、侧壁上有肿块隆起，基底广，触之稍硬，表面有正常粘膜。

治疗

以手术治疗为主，并可进行放疗。肿瘤位于颅底，手术较困难，损害较大，且易复发，可行颅外切除或行颅面联合径路切除术。近年来，随着鼻内镜颅底外科的发展，一些类型的脊索瘤可通过经鼻内镜

手术来完成。

面神经疾病

贝尔面瘫

贝尔麻痹是周围性面瘫中最常见的一种，指临床上不能肯定病因的、不伴有其他体征或症状的单纯性周围面神经麻痹。其起病急骤，发病前可无任何自觉症状，患者常在晨起盥洗时因不能喝水和含嗽而发现，或者自己并无感觉而被他人首先发现。其典型症状有：患侧口角下垂，健侧向上歪斜，因口轮匝肌瘫痪，而发生饮水时漏水、不能鼓腮、吹气漏气等唇功能障碍。前额皱纹消失，不能皱眉。由于眼轮匝肌瘫痪后，失去了受动眼神经支配的上睑提肌保持平衡协调的随意动作，致使睑裂扩大、上下眼睑闭合不全、结膜外露。用力紧闭时，眼球则转向外上方，此称贝尔征。由于患者不能闭眼，故易患结膜炎。由于泪囊肌瘫痪及结膜炎等原因，在下结膜囊内，常有泪液积滞或溢出。

贝尔面瘫的病因不是十分明确，但有三种学说：

- 炎症性：可能由潜伏性的分泌性中耳炎所致。在本病的治疗过程中，行减压手术时，常发现乳突气房内含有棕黑色粘性液体，与非化脓性中耳炎中的分泌性中耳炎鼓室内分泌物颇相似。

- 血运性：可能由于血运供给紊乱致面神经缺血，一般认为这一学说比较合理，其原因是由于受凉风吹袭引起血管神经机能紊乱，致小动脉痉挛。当面神经发生水肿，因血管被压迫，则缺血更为严重，使面神经的血液供应受到障碍，从而影响神经的传导，支配面肌运动的功能暂失。若面神经血供的侧支循环建立，则面神经的功能可以恢复。

- 病毒性：带状疱疹病毒、腮腺炎病毒、流感病毒和风疹病毒侵入机体后，均易与面神经亲和，使之充血、水肿，影响其功能的传导，亦可能为面瘫之病因。

贝尔面瘫的治疗原则是改善局部微循环，消除充血和水肿，促进神经功能的恢复。急性期应注意保暖，可用热敷或红外线照射。常用的药物为类固醇激素、神经营养药和血管扩张剂。

面肌痉挛

面肌痉挛为发作性半侧面部肌肉不自主抽搐或痉挛，局限于一侧面部，原发性面肌痉挛多见于 40 岁以上的中年人，女性多于男性，发病率为 1/10 万。

面肌痉挛多起源于一侧下眼睑肌肉颤动，后幅度及频繁程度不断增加，逐渐扩展至同侧面部其他肌肉，以口角肌肉的抽动最为明显，多在精神紧张、疲倦、与陌生人交谈、情绪激动时发作明显，在睡眠时停止。神经系统无其它阳性体征，不能自行缓解。

目前病因已较明确，为面神经出颅区有一小段无髓鞘包裹的敏感区，当动脉血管压迫此区域伴随血管搏动引起面神经异常兴奋形成神经冲动，导致面部肌肉不自主抽搐，多见于高纬度或四季变化分明地区，及有高血压病史、动脉硬化者。国外研究认为寒冷地域人的小脑表面动脉血管随年龄增长旋曲硬化，扎入脑沟裂深处明显，从而压迫面神经根敏感区的几率大于其他人。

对于真正的原发性面肌痉挛，尚无理想治疗药物，针灸、中药、按摩可能短暂缓解症状，但因不能解除病因，最终无效。

肉毒素注射可降低面神经电信号传导，甚至导致面瘫，第一次可控制症状 3-6 个月，自第二次注射起多无效。机理尚不明确，反复

注射可导致永久性面瘫。经皮穿刺面神经射频热凝术、面神经梳理术、酒精封闭等，疗效均不理想。

美国 Jennatta 教授于 1967 年首创微血管减压术治疗面肌痉挛至 20 世纪 80 年代为世界各国认可。治愈率在 90% 以上，复发不足 5%。

其它疾病

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, OSAHS）是指睡时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足、伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度下降、白天嗜睡等病征。

诊断

症状：患者通常有白天嗜睡、睡眠时严重打鼾和反复的呼吸暂停现象。

体征：检查有上气道狭窄因素。

多导睡眠监测（polysomnography, PSG）检查每夜 7h 睡眠过程中呼吸暂停及低通气反复发作 30 次以上，或睡眠呼吸暂停和低通气指数 ≥ 5 。呼吸暂停以堵塞性为主。

影像学检查：显示上气道结构异常。

治疗

非手术治疗：减肥治疗、调整睡姿、气道保持疗法、鼻腔持续正压通气等

手术治疗：鼻部手术、咽部手术、舌部手术、下颌骨前移手术、舌骨手术和气管切开手术等

药 物 指 南

抗 生 素

抗生素也就是人们常说的消炎药。对于耳鼻咽喉科感染性炎症而言，最佳的一线治疗药物仍首选青霉素及头孢类药物（ β -内酰胺类药物过敏者除外）。首选治疗可选用青霉素类的青霉素、阿莫西林、阿莫西林/克拉维甲酸、头孢呋辛等；对于 β -内酰胺类药物过敏患者而言，可选用复方新诺明、阿奇霉素、喹诺酮类药物（儿童禁用）如左氧氟沙星、加替沙星等。

抗组胺药

抗组胺药即常说的抗过敏药。组胺是过敏性鼻炎发病过程中的主要炎症介质。根据剂型的不同，抗组胺药可分为口服剂型和鼻用剂型。鼻用抗组胺药的应用历史已有 10 余年，多数研究显示鼻用剂型的疗效略好于口服剂型。目前国内市场上的鼻用抗组胺药有：鼻用氮卓斯汀和鼻用左旋卡巴斯汀。

根据药物对中枢神经系统的影响，可将其大致分为：

第一代抗组胺药：也称传统抗组胺药或镇静抗组胺药，中枢镇静作用显著，主要包括：扑尔敏、苯海拉明、特非那丁、右旋氯苯吡胺、氯苯那敏等。

第二代抗组胺药：也称非镇静抗组胺药，中枢镇静作用较第一代产品明显减弱，于上世纪 80 年代问世，主要包括：氯雷他定和西替利嗪等。

抗过敏药的使用是治疗过敏性鼻炎的重要选择，常常和鼻用

喷鼻激素一起使用。需要注意的是，一些职业人员如司机、飞行员及高空作业司机一般不宜工作期间服用抗过敏药，许多药物或多或少还有镇静作用，会增加这些人在工作时的危险。

鼻用皮质类固醇激素

近 30 年来，鼻用皮质类固醇激素广泛应用于治疗过敏性鼻炎、鼻息肉、急慢性鼻炎和急慢性鼻窦炎等鼻科炎性疾病，主要作用是抗炎，被认为是目前治疗过敏性鼻炎等变应性疾病最有效的药物。多数研究表明，鼻用皮质类固醇在缓解喷嚏和鼻部总体症状方面比口服抗组胺药好。目前国内可选用的鼻用皮质类固醇有：丙酸倍氯米松、布地奈德、氟替卡松、糠酸莫米松。许多人一听到是激素，就有恐惧感。其实，只要按照规定的方法使用，是安全的，而且还可以比较长期地使用。

全身用皮质类固醇激素

常用氢化可的松，强的松，地塞米松，倍他米松。

鼻用减充血剂

该类药物可以使鼻腔的黏膜血管收缩以达到缓解鼻塞症状的目的。但这类药物长期使用后则血管收缩作用逐渐减弱，比如开始可以使鼻子通气 4 小时，以后变成两小时、1 小时，最后无效，久之会引起药物性鼻炎。因此，连续使用不应超过一周。该类药物主要有：麻黄素、萘唑啉、羟甲唑啉等

中成药

用于治疗鼻炎、鼻窦炎的中成药：鼻炎片，鼻渊舒口服液，鼻康片，辛芩颗粒。

用于治疗咽喉炎、声带小结、声带息肉，鼻咽炎的中成药：柑桔

冰梅片，金嗓散结丸，金嗓利咽丸，比拜克，一清胶囊，健民咽喉片，
喉疾灵，鼻咽清毒剂。

健康常识

过敏性鼻炎知识问答

出现鼻痒、鼻塞、打喷嚏和流清涕症状一定是患了过敏性鼻炎吗？

过敏性鼻炎确有四大症状：鼻痒、鼻塞、打喷嚏和流清涕。然而，出现了四大症状，并不一定就是患了过敏性鼻炎。专家认为，如果出现了上述症状，按感冒治疗无效，在第二年同时期又发作，此时应该到耳鼻喉科作鼻腔局部检查，同时取鼻分泌物作涂片检查，查看有无嗜酸性细胞以及做皮肤过敏原试验，查出具体的过敏原。如果这几项均为阳性，则可诊断为过敏性鼻炎。

我的症状很像过敏性鼻炎，但查了两次过敏原皮肤试验，仍找不到过敏原，应该怎么办？

过敏性鼻炎治疗前都需做过敏原皮肤试验，若为阳性者，医生才能有的放矢地采取防治措施。据统计，大部分患者（尤其是儿童）都能查到过敏原。但在下述情况往往不易查到过敏原。如 65 岁以上老人、高烧患者、近期内用过抗组胺药者。过敏原皮肤试验阴性者，可以到大医院抽取静脉血或收集鼻分泌物，检测过敏原特异性抗体（IgE 抗体），如果检测结果为阳性，可确诊为过敏性鼻炎。此外，也可做过敏原鼻黏膜激发试验，医生将过敏原浸湿小块滤纸置于患者鼻腔内，10 分钟后出现鼻部四大症状为阳性，可确诊为过敏性鼻炎。

如果无条件检查上述项目，可以先试用类固醇喷鼻几天，或类固醇

喷鼻与口服抗组胺药同时使用，若症状能迅速控制，可考虑按过敏性鼻炎治疗。

为何有的患者每年到了三四月份就会出现鼻痒、鼻塞、打喷嚏、流鼻涕症状，过了这个季节就“风平浪静”了；而有的患者一年四季均会出现上述症状？

实际上，过敏性鼻炎有不同的类型。如果一年中发作时间比较固定，中间有间隙期，医学上称为季节性过敏性鼻炎，这种鼻炎常发生于春季和夏秋季。如果一年中持续发病无季节性特点的，医学上称为常年性过敏性鼻炎。

每逢鼻炎发作时，我就服苯海拉敏或扑尔敏，症状是好多了，但就是服后想睡觉。请问，有啥好办法？

如果症状比较轻，可以服用如苯海拉敏、扑尔敏等抗组胺药。但这些是第一代抗组胺药，起效快，服药后 0.5~1 小时能迅速控制症状，但有嗜睡、困倦等副作用。现在已经有了第二代抗组胺药，如开瑞坦、仙特敏等，它们不仅疗效好，而且基本无嗜睡、困倦等副作用。如果你有条件可以选用第二代抗组胺药，但须在医生指导下服用，服药时间一定要延续到发作季节过后。息斯敏有副作用，慎用。

每逢三四月份我的过敏性鼻炎很严重，尽管口服了抗组胺药仍不管用。请问，有啥好办法？

像你这种季节性过敏性鼻炎，如果症状很严重，治疗开始时，应用 5~7 天抗组胺药（口服）与此同时，鼻腔局部用类固醇药物喷鼻，争取在短期内迅速控制鼻部症状。然后，再单独使用类固醇药喷鼻，如二丙酸倍氯米松（伯克纳）、步德松（雷诺考特）、丙酸氟替卡松（辅舒良）等。症状改善后，可在医生指导下类固醇药物喷鼻酌情减量，但需持续

使用到高发季节过后方可停药。上述方法同样适用于病情严重的常年性过敏性鼻炎。

近三年来，几乎每年三四月份鼻炎就要发作，我十分苦恼。如何才能减少发作次数？

过敏性鼻炎的发病与遗传、环境等因素有关。就目前的医疗水平来说，还不能达到根治目的。但为了减少发作次数，延长缓解期，可以采用预防用药的方法，即在每年发病季节到来之前 2-3 周，在医生的指导下进行类固醇药物喷鼻。一直用到高发季节过后才能停药。这样可以减轻高发季节的鼻部症状，甚至可以不出鼻部症状。

我的过敏性鼻炎一年四季都要发作，听医生说，长期使用类固醇药物喷鼻可以减轻症状，但我有点害怕长期使用激素会不会有副作用？

像你这种常年性过敏性鼻炎，应该采用长期交替间隙的用药原则。如一年中 6-9 个月可以用类固醇药物喷鼻，再用 3 个月口服抗组胺药。的确，有些患者像你一样，害怕长期应用类固醇药物会产生副作用，往往症状一改善就马上停药。实际上，这种做法不可取。虽然临床上无症状或症状很轻微，但鼻部仍有慢性炎症存在，一旦停药必然会导致症状复发。再说，这种药物仅作用于鼻部，全身吸收很少，被吸收的这一小部分也能迅速在肝脏内灭活，副作用很小。如果症状复发，还可以重复使用类固醇药物喷鼻，一般不会出现耐药性，你尽可放心在医生的指导下长期使用。

儿童患了过敏性鼻炎应该怎么办？

儿童患了过敏性鼻炎，其治疗原则与成人基本相同，但在治疗中应注意以下几点：

- 病情较轻者，可用 4%色甘酸钠喷鼻或吸入色甘酸钠干粉 100-200 毫克，每日 3 次。因色甘酸钠十分安全、无副作用，特别适用于儿童。

- 症状严重者，可选用新一代的类固醇药喷鼻。每天一次，其剂量应为成人剂量的一半或更低。因为这些药物副作用较小，对儿童发育影响小。

- 使用上述药物时必须严格遵医嘱控制药物剂量。家长要随时观察儿童的使用效果，及时与医生联系。

耳鼻咽喉—头颈外科治疗头颈肿瘤的优势

对于头颈肿瘤的诊断

由于头颈部肿瘤涉及范围相当广泛，解剖结构非常复杂，而头颈部恶性肿瘤又常以头颈淋巴结肿大为首发症状，原发病灶症状常出现较晚，因此头颈肿瘤的诊断常为难点。耳鼻咽喉—头颈外科医师不仅懂得头颈浅表部位的解剖及检查方法，而对头颈深在部位如中耳、内耳、颅底、鼻腔、鼻窦、鼻咽、眶尖、下咽、喉等的解剖和检查方法也十分熟悉。因此对头颈部原发灶不明的转移肿瘤，耳鼻咽喉—头颈外科医师考虑得更为全面，并能对头颈所有部位的可疑病灶取材活检，对早期确诊、早期治疗、提高疗效十分关键，这是其他专科医师不可比拟的优势。

耳鼻咽喉—头颈外科常用专科检查：

鼻内镜检查

纤维喉镜检查

耳内镜检查

耳显微镜检查

CT 检查

MRI 检查

细针穿刺细胞学检查

切取活体组织病理学检查

对头颈肿瘤的手术治疗

对于头颈部良、恶性肿瘤，手术治疗仍然为最重要的治疗手段（鼻

咽癌除外，但对于鼻咽癌放疗残留的病灶，挽救手术仍然为挽救患者生命的重要手段)，但耳鼻咽喉－头颈外科肿瘤原发部位常常较深在，而恶性肿瘤常需要行颈部淋巴结清扫术，切除缺损的部位常需要转移身体其他部位的组织进行修复，这都大大提高了手术的难度。耳鼻咽喉－头颈外科医师熟悉头颈部解剖，对于头颈部各处原发的肿瘤及多器官侵犯、转移的肿瘤都能做到完整切除，而且耳鼻咽喉－头颈外科医师也十分重视功能保存手术。

除了手术治疗，综合治疗对于头颈部恶性肿瘤也十分重要，术前、术后的放疗、化疗，术后功能恢复治疗对提高头颈恶性肿瘤五年生存率，提高术后生活质量很有意义。

下面就介绍耳鼻咽喉－头颈外科治疗几种头颈部常见肿瘤的优势：

喉癌、下咽癌

喉癌及下咽癌是广东省头颈部肿瘤中的第2位好发恶性肿瘤，根据其原发部位及肿瘤大小的不同，针对原发灶的手术就有喉激光手术（[链接](#)）、喉声门上水平部分切除术、喉声门上水平垂直部分切除术、喉裂开声带切除术、喉额侧垂直部分切除术、喉垂直部分切除术、喉扩大垂直部分切除术、喉次全切除术及喉全切除术等多种，每种术式的适应症都必须严格掌握，才能起到既治愈肿瘤，又保存喉功能的作用。同时中、晚期喉、下咽癌须同期行颈部淋巴结清扫术（[链接](#)）和喉缺损修复功能重建术，部分病人术后还要辅以放疗、化疗，术后病人的吞咽功能锻炼和发声功能锻炼也是提高治疗效果的关键，这一系列综合治疗，只有耳鼻咽喉－头颈外科医师才能全面完成。

甲状腺良、恶性肿瘤

甲状腺良、恶性肿瘤合计占头颈部肿瘤发病的首位，随着人民健康意识的提高，甲状腺肿物早期就诊率有很大提高，这却给医生出了难题，因为早期的甲状腺癌、甲状腺腺瘤、单发的结节性甲状腺肿的鉴别常有困难。传统外科常采用囊内挖除术，这一术式肿瘤复发率高，而且容易损伤喉返神经，病人需要在局麻下手术，也增加了手术风险。耳鼻咽喉－头颈外科医师与国际头颈外科医师交流密切，根据国际最新观点，对于诊断不明的甲状腺肿物，耳鼻咽喉－头颈外科常规采取一侧甲状腺叶或一侧腺叶加峡部切除术，对于大部分病人避免了二次手术的痛苦，又保存了甲状腺的功能，避免了终生服药的痛苦。而一侧甲状腺叶切除术注重在明视下保护喉返神经，耳鼻咽喉－头颈外科医生熟悉喉返神经（支配喉的发声功能）与甲状腺的解剖关系，常规采取这种术式，既减少了肿瘤复发的可能性，又避免了手术损伤喉返神经导致术后声音嘶哑的并发症。

甲状腺和喉、颈段气管的解剖关系密切，对于甲状腺巨大肿物压迫气管及甲状腺癌侵犯喉、气管的病例，只有耳鼻咽喉－头颈外科专科医师才能顺利独立完成手术。

鼻咽癌

鼻咽癌是广东省发病率最高的头颈部恶性肿瘤，目前鼻咽癌仍以放射治疗为主要治疗方法，但是对于早期鼻咽癌的手术治疗、足量放疗后复发的鼻咽癌的手术治疗及放疗后残留的鼻咽癌的手术治疗，是目前研究的热点，也是提高鼻咽癌生存率的关键。所以，耳鼻咽喉－头颈外科医师不仅负有对鼻咽癌早期诊断的责任，也负有对复杂鼻咽癌病例的治疗责任，只有耳鼻咽喉－头颈外科医师与放射科医师通力合作，才能更大地提高鼻咽癌病人的生存率。

鼻腔、鼻窦良、恶性肿瘤

鼻-鼻窦血管瘤、内翻性乳头状瘤、鼻窦囊肿、骨化纤维瘤等是发生在鼻腔和鼻窦的常见良性肿瘤和瘤样病变，治疗是依靠手术为主。传统的手术方式是在鼻面部切开或上唇内切开，进入鼻腔和鼻窦作肿瘤切除。手术创伤大，病人痛苦，恢复期长，常遗留面部瘢痕和面部或上列牙疼痛、感觉麻木等后遗症，且重复手术困难。我科自上世纪 90 年代中期，在具有精湛的内镜鼻腔鼻窦手术技术的基础上，在国内首创应用内镜手术技术（[链接](#)），经鼻内完成上述疾病的手术切除，避免鼻面部和上唇内切开。手术创伤小，病人痛苦减到最小，并发症风险降到最低，恢复期短，手术效果达到传统手术的水平。

对于某些较局限的鼻恶性肿瘤（如内翻性乳头状瘤恶变、嗅母细胞瘤、早期鼻腔鼻窦癌等），传统手术方式创伤大，破相，破坏功能，生活质量差。我科应用鼻内镜微创手术技术，首创经鼻腔内切除肿瘤，避免了传统手术的弊端（创伤大，破相），最大限度保留鼻功能，可以达到传统手术相同的疗效，并且保持患者原有的生活质量。

中耳、内耳及侧颅底肿瘤

中耳、内耳、侧颅底肿瘤常以耳部症状为首发症状，因此常先就诊于耳鼻咽喉-头颈外科，而中耳、内耳、侧颅底肿瘤部位非常深在，手术进路特殊，常需要显微外科技术，因此，只有经验丰富的耳鼻咽喉-头颈外科医师才能完成此类手术。

涎腺肿瘤

涎腺肿瘤最多见的是腮腺肿瘤，腮腺位于耳垂下方，支配面部表情肌肉运动的面神经从腮腺的深浅叶之间穿过，如果手术损伤面神经，将造成术后面部肌肉瘫痪，无异于毁容，所以，腮腺手术难度大，

风险大，必须有经验丰富的耳鼻咽喉－头颈外科医师完成。

警惕颈部肿块

80%规律

根据各地专家的统计，成人头颈部肿物（除甲状腺肿物外）80%为肿瘤（其余20%为炎症和先天疾病），头颈肿瘤中又有80%为恶性肿瘤，恶性肿瘤中又有80%为其他部位恶性肿瘤的转移灶。在我国广东省，鼻咽癌发病率高达25/10万，而鼻咽癌又常以颈部转移淋巴结肿大为首发症状，此外，头颈肿瘤也多以颈部肿物为首发症状，甲状腺癌颈部淋巴结转移也非常常见，因此，对于无意中发现的头颈部肿块，特别是无痛性肿块，必须十分警惕，及时到医院就诊，明确是否为肿瘤，是否为恶性，如果是恶性必须明确原发部位，早期诊断、早期治疗，才能取得较好的疗效。

颅底外科概论

颅底分为前、中、后 3 个颅窝,颅底凹凸不平,骨嵴纵横,密布骨孔、骨管、骨沟,有脑血管和脑神经由此出入颅腔,结构复杂。颅底外科是以颅脑与眼、耳、鼻、咽部结构交界区域的解剖、生理和疾病为主要研究对象的一门边缘学科,颅底病变的切除、修复、矫治为主要内容。显微外科技术、颅底修复技术、影像导航、超声与放射介入技术、术中神经监测、激光和射频技术的应用等,为颅底深部高危区域病变的治疗提供了条件。颅底外科是一门年轻的交叉学科,1992 年举行第一次国际颅底大会,成立国际颅底外科学会和出版国际颅底外科杂志。我国 1995 年在黄山召开了全国颅底外科学术研讨会,有关研究报告逐渐增加。

从本专科的角度来讲,颅底外科是耳神经外科和鼻神经外科的延伸和发展,耳鼻咽喉科医师在开辟手术进路、显露病变及修补颅鼻、鼻咽屏障方面有重要贡献。

瑞士的 UgoFisch 教授在上世纪 70 年代开始推广应用的颞下窝径路手术是本领域中的一个典范。这类手术径路能提供更好的颅底显露、分辨并保护颈内动脉、必要时面神经改道以及封闭外耳道和咽鼓管以减少术后脑膜炎的危险。随着内镜技术的延伸,近年来鼻内镜颅底手术范围不仅局限颅底中线且向翼腭窝、岩斜区和颞下窝等发展,手术步骤简化、精确、微创和保留器官结构功能的优势,取得了病人痛苦小、并发症少、术后恢复快和疗效好的效果。

微创切除颅底病变,修复颅底,保留功能仍是耳神经外科、鼻内

镜显微外科、神经外科等共同努力的目标

侧颅底外科常用手术进路

侧颅底外科手术原则 (F i s c h)

显微操作

充分去除颅底骨,尽量少抬起脑组织

尽可能保持在硬膜外操作

闭塞中耳腔,预防术后蛛网膜下腔感染

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

颞下窝径路手术

颞下窝入路抵达岩尖和颅底必须处理以下结构

面神经

下颌骨髁状突

颧弓

咽鼓管

脑膜中动脉

三叉神经

颞下窝入路依显露范围共分：

Fisch A 型

Fisch B 型

Fisch C 型

Fisch D 型

Fisch A 型

本手术先作颞骨外侧切除术，切除外耳道、鼓膜及镗骨足板以前的听骨链，将面神经自茎乳孔至膝状神经节间游离。颈静脉球体瘤是FischA型手术的常见适应症，这一区域的神经瘤也采用这一手术径路。其它适应症包括累及这一区域的软骨瘤、软骨肉瘤及胆固醇囊肿等。在这些病例中，面神经垂直段是影响显露的主要障碍。为克服这一障碍，需要将面神经向前改道。这样可以充分显露颅底、颈静脉球和颈内动脉。上颈部必须打开以辨别大血管和后组颅神经并加以保护。由颈部向上追踪颈内动脉。在这一过程中，咽鼓管被磨除，从而导致中耳通气功能的永久性改变，术后需要充填术腔并封闭外耳道。

Fisch B 型

FischB型包含FischA型的大多数步骤，它能处理位于岩锥更前方的病变。由于病变位于前上方，面神经常常不需要向前改道，但应辨认面神经额支并将其向下折返，可将颧弓和颞肌连同神经一起向下翻。向下牵开下颌骨后可向前追踪颈内动脉水平段。在显露过程中可以首先看到脑膜中动脉，应将其电凝切断。进一步解剖可在卵圆孔处发现下颌神经。在切除颅中窝底的骨质后，可以获得一个更广泛的颅底和颞下窝术野。

岩尖和斜坡病变如皮样囊肿、胆脂瘤、血管瘤、粘液囊肿、软骨瘤及软骨肉瘤是其适应症。

Fisch C 型

本径路是扩大的 FischB 型以到达颞下窝、翼腭窝、鞍旁区域及鼻咽部，最后可以显露从乙状窦到海绵窦之间的全部区域。开始的步骤同 FischB 型。切除三叉神经下颌支后打开颅底的肌筋膜。磨除翼突及其它颅底骨质。切除三叉神经上颌支可进一步颈内动脉管，直至出破裂孔并进入海绵窦内。如果咽鼓管软骨部受累时可一并袖状切除直至鼻咽部，鼻咽部缺损可用带蒂肌皮瓣修复。

青少年鼻咽部纤维血管瘤尤其是侵犯颞下窝、眼眶、鞍旁区域及海绵窦者是其适应症，其它如鼻咽癌、颅咽管瘤、垂体瘤和腺样囊性癌也可用此手术方法。

Fisch D 型

颞下窝入路 D 型 (D1 和 D2 型), 适应于鼻咽纤维血管瘤 II 级和 III a 级, 即肿瘤尚局限在颞下窝或翼腭窝, 并未侵犯颈内动脉。D1 型须分离颞下颌关节, 而 D2 型尚可保持颞下颌关节完整。

D 型入路的优点是:

直达肿瘤所在腔隙;

无传导性听力丧失;

避免面部可见性瘢痕;

保持正常面部轮廓;

如果必要, 可随时转换成 C 型入路。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

颞下窝改良径路

经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

经颞骨入路

S e k h a r 于 1986 年介绍的经颞骨入路是 F i s c h 颞下窝入路与 H o u s e 经耳蜗入路的结合。

步骤包括：

从颞部开始作问号形切口，向耳后、乳突区和颈前区延伸；

颈部血管神经解剖；

面神经全程暴露，并向后移位；

完成岩骨切除,暴露肿瘤;

肿瘤切除;

术后修复。

该入路满意地显露中下斜坡,又不经过污染的鼻咽腔隙。

该入路的缺点是

如果显露切除中斜坡肿瘤,由于所作的耳蜗和迷路切除,可导致神经性耳聋;

为了显露切除下斜坡肿瘤,需结扎切断乙状窦和颈内静脉,这对乙状窦已被肿瘤侵犯者毫无问题;但对乙状窦并未受累者,在结扎切断前务必首先确定对侧横突、乙状窦的通畅情况。结扎切断应选择在 l a b b e 静脉汇入横窦之远端;

暂时性面瘫和传导性耳聋仍不可避免。

颞下窝改良径路

经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

颞下耳前颞下窝入路

1987年, S e k h a r 为避免颞下窝 B 型入路术后造成的传导性耳聋和暂时性面瘫,设计了颞下耳前颞下窝入路切除累及岩斜区、蝶骨区、海绵窦、颅中窝、颞下窝、咽后和咽旁区的肿瘤。

步骤包括:

耳前半冠状切口,下延至胸锁乳突肌前缘

颧弓离断,下颌骨牵开或切除

切除肿瘤

术后修复。

本入路适用于侧、后颅底病变的优点是:脑牵拉轻微,直接显露同侧岩骨段和上颈段颈内动脉;采用带血管蒂的腹直肌瓣重建广泛的颅底缺损。同时,本入路的切口位于耳前,避免了传导性听力丧失,而且颧部开颅可以增加显露范围。

本入路的限制是:当肿瘤侵犯面神经隐窝和下鼓室时,传导性听力已经丧失,则必须采用耳后切口或经颧骨的颧下窝 A 型入路;本入路无法控制对侧颈段颈内动脉,当病变累及双侧颈内动脉时,对侧颈段颈内动脉的控制就显得必要。

颧下颧下窝额下颅底入路

在上述工作基础上, S e k h a r 于 1988 年将前方颅底入路和侧方颅底入路联合起来,设计了颧下颧下窝额下颅底入路,用来切除广泛侵犯筛窦、蝶窦、斜坡和颧下窝的肿瘤。

其设计依据是:颅底硬脑膜外肿瘤的手术入路大致可分为前方和侧方两类。前方入路包括筛窦、蝶窦、上颌窦、口咽和前方颅底入路等。这类入路显露颅底中线肿瘤较直接,但术野较深;因岩骨段和海绵窦段颈内动脉的存在,侧方显露受限,万一颈内动脉损伤,无法控制出血,而且颅底和硬脑膜重建比较困难。侧方入路包括颧下耳前颧下窝入路、颧下窝入路、眶颧颧下窝入路、腮腺入路、颅中窝中路、迷路入路和耳蜗入路等。这类入路中的前 3 种显露比较广泛,其中颧下耳

前颞下窝入路、颞下窝入路可直接显露同侧岩骨段和上颈段颈内动脉,到达颅底中线的距离短;可用带血管的组织瓣重建,但对颅底中线肿瘤的显露不如前方入路直接。

步骤包括:

额部冠状切口,同侧切口经耳前下延至颈部;

显露颈总、颈外和颈内动脉;

双额和患侧颞部开颅,眶颧骨切开;

中颅窝和颞下窝解剖分离;

额下解剖分离;

术后重建。

本入路具有显露良好,能直接处理同侧岩骨段和海绵窦段颈内动脉,脑牵拉轻,可用带血管的组织瓣修复广泛的颅底缺损等优点。

本入路的缺点是显露时间长和创伤大,对仅限于颞下窝的肿瘤不必采用该入路。

颞下窝改良径路经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

颅中窝颞下窝入路

Donald根据Fisch的颞下窝入路,设计了与颞下耳前颞下窝入路相似的颅中窝颞下窝入路。此入路不仅直接显露自颧弓至

鼻咽的位于颅中窝底下的颅下组织结构,而且显露颅中窝的内容,自蝶骨小翼至小脑幕,包括岩骨嵴和海绵窦,同时广泛显露斜坡,切开小脑幕可显露上位脑干。所以,此入路是侧颅底入路的发展和补充,是此区颅内、颅外入路的密切结合,可以同时良好显露颅中窝、颅内、颅外隔室。

步骤包括:

切口自同侧颅顶经耳前或耳后(依病变位置而定),下延至上颈部;

封闭外耳道;

显露上颈部血管神经;

眶颧骨切开;

下颌骨髁状突切除;

显露侧颅底结构;

额颞中颅窝底骨瓣开颅;

切除咽鼓管,解剖岩骨段颈内动脉;

海绵窦处理;

受累硬脑膜和脑组织切除;

术后重建。

此入路所遇最难处理的结构是海绵窦和颈内动脉。在恶性肿瘤中,整个海绵窦往往需要切除,致使同侧眼球固定伴感觉障碍;此时,角膜极易受损,不仅来自意外损伤,而且由于去自主神经支配后致交感性营养不良。如果原发肿瘤属于副鼻窦肿瘤的延伸,眶内容物往往需要剔除,此时眼球处理不成问题。关于颈内动脉的处理尚无定论,但是恶性肿瘤侵犯了颈内动脉,则必须切除颈内动脉,并行血管移植重建。但

是,对于鳞状细胞癌,是否必须切除海绵窦和颈内动脉,尚存在争论。

颞下窝改良径路

经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

眶颧颞下窝入路

H a k u b a 于 1986 年将额颞眶颧入路与颞下窝入路结合形成眶颧颞下窝入路,用来切除鞍旁与脚间窝的病变。

步骤包括:

额颞头皮切口,延伸至对侧颞线水平,同侧则至耳垂下缘;

眶颧骨切开;

分离颞肌并向下牵拉,暴露颞下窝;

颅底骨质切除;

肿瘤切除;

术后重建。

这种入路巧妙地利用了颞下窝的空间,从颞下窝斜向上方抵达鞍旁和脚间窝,以最短的距离安全地处理鞍旁和脚间窝病变。此入路再经 A l M e f t y 改进,成为适应性最广的颅底入路之一,可获得多视角的显露,脑牵拉轻,术野浅近,无需经过污染腔隙,术中可选择多种变通径路,如额下颅底、外则裂、颞下或颞下窝入路等,可切除源于

上斜坡并侵入颅中窝、岩尖及颞下窝的病变,尤其适用于病变侵入硬膜内者。

颞下窝改良径路

经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

改良的颅内外联合入路

赵素萍改良了颞下窝入路,形成一种新的颅内外联合进路,适用起源于颈静脉孔区的球体瘤,肿瘤向上破坏鼓室底侵入鼓室、外耳道、鼓窦及乳突,并且侵犯中后颅窝,包括内听道、岩骨尖、海绵窦和斜坡等。

此入路主要手术步骤包括:

于耳廓前后作Y型切口;

显露颞区和上颈区,再显露上颈区神经血管结构;

完成扩大乳突根治术,面神经向前移位;

显露乙状窦,结扎乙状窦上端,在颈上部高位结扎颈内静脉;

颞区骨瓣开颅,硬膜外显露岩上窦并结扎,磨去岩骨外2/3,显露岩骨尖及颈静脉孔区肿瘤;

在显微镜操作下上下联合取出肿瘤。

颞下窝改良径路

经颞骨入路

颞下耳前颞下窝入路

颞下颞下窝额下颅底入路

颅中窝颞下窝入路

眶颧颞下窝入路

改良的颅内外联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

颞骨和颞下窝联合入路

王正敏鉴于耳部、鼻咽部、岩尖、颞下窝以及其周围组织的肿瘤在临诊时很少局限在原发区,多已累及周围或更远的部位。一种手术入路很难满足手术操作要求,应在尽可能维护解剖结构和保存功能的前提下扩大手术入路,以求安全和彻底切除肿瘤。故采用颞骨和颞下窝联合入路行侧颅底肿瘤切除术。

步骤包括经颞骨入路与颞下窝入路的结合。

因为经颞骨入路可达到颅中窝和颅后窝;经颞下窝入路可达到颈静脉孔、颈动脉管、咽鼓管、翼腭窝、蝶骨大翼、斜坡和鼻咽部。具有广泛侵及上述解剖部位的肿瘤适应颞骨和颞下窝联合入路。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颞弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

经迷路或扩大迷路手术径路

经迷路径路或扩大迷路径路是指在乙状窦前、颅中窝硬脑膜下方、颈静脉球上方以及面神经垂直段后方的范围内，通过充分磨除颞骨骨质到达内听道及桥小脑角，暴露肿瘤，进行肿瘤摘除。

这一径路适用于任何大小、不考虑保存听力的听神经瘤或其它内听道及桥小脑角病变，手术创伤小、安全性高、面神经容易保存，对术中发生面神经中断者进行面神经吻合非常方便。以往认为迷路径路仅适合中小听神经瘤，多年的临床实践证实此观点是不正确的，迷路径路能安全地全切除任何大小的肿瘤，而且越大肿瘤越应通过迷路径路进行手术，而小肿瘤同时又有实用听力者应考虑其它径路。？

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颞弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

经颅中窝手术径路

在颞部开窗暴露颅中窝底，在颞骨岩部上表面定位不同的解剖标志，常用的解剖标志为弓状隆起、鼓室天盖、岩大浅神经等，通过磨低弓状隆起可显露上半规管“蓝线”，通过逆想追踪岩大浅神经可暴露膝状神经节并进一步打开面神经迷路段骨管。定位内听道后即可打开内听道上壁，暴露肿瘤，在面、听神经监护下进行肿瘤摘除，保留面神经及蜗神经。

本进路主要适用于听神经瘤手术：此径路的优点是有可能保存听力，适用于术前有实用听力、肿瘤主要局限在内听道内或在桥小脑角中伸展不超过1cm的肿瘤；面神经全程减压；、前庭神经切断术：适用于有实用听力的顽固性梅尼埃病，在内听道内切断前庭上、下神经并可切除 Scarpa 神经节；岩尖斜坡病变：通过扩大颅中窝径路或联合其他径路切除位于岩尖斜坡部位的脑膜瘤、神经鞘瘤、先天性胆脂瘤、胆固醇性肉芽肿等。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

经乙状窦后径路

在乙状窦后方开骨窗，暴露小脑，进入桥小脑角暴露肿瘤或神经血管结构，如三叉神经、面听神经束、后组颅神经等，通过磨除内听道后唇，可开放内听道，应注意避免损伤后半规管，在面、听神经监护下进行内听道内肿瘤摘除，保留面神经及蜗神经。

本进路主要适用于：1、听神经瘤或其它桥小脑角肿瘤手术：此径路的优点是有可能保存听力，适用于术前有实用听力、肿瘤未达内听道底、在桥小脑角中伸展不超过2cm者；2、前庭神经切断术：适用于有实用听力的顽固性梅尼埃病，在内听道口处切断前庭神经束，保留耳蜗神经；3、三叉神经痛或舌咽神经痛：行责任血管隔离术或神经根部分切断术；4、面肌痉挛：行面神经梳理或责任血管隔离术。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

良性病变的岩骨次全切除术

岩骨次全切除术 (subtotal petrosectomy) 涉及去除全部可以达到的岩骨气房，直至形成一个仅包含轮廓化的耳囊和面神经的光滑术腔。岩尖和颈内动脉周围的气房难以完全去除，可以将其保留，除非疾病累及才将其去除。通常还需将颅中窝和颅后窝的脑膜及乙状窦完全显露以便去除所有病变。良性病变的岩骨次全切除术就是一种扩大的乳突根治术。

本进路主要适用于：岩骨感染、广泛扩展的胆脂瘤、黏液囊肿、巨大的胆固醇囊肿、颞骨良性肿瘤如腺瘤、鼓室球体瘤等以及创伤性或医源性脑脊液漏。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

恶性病变的颞骨外侧切除术

颞骨外侧切除术 (lateral temporal bone resection) 的目的在于切除包含肿瘤的骨性及软骨性外耳道和鼓膜。切除乳突及扩大面隐窝

以整块切除鼓环。除了肿瘤局限于鼓膜外侧以外，鼓膜和锤骨通常也要被切除。完成切除后形成一个开放的中耳腔和乳突切除腔，可以采用常用的方法予以修复。

本进路主要适用于：原发于外耳道的基底细胞癌、鳞癌、腺癌及腺样囊性癌是常见适应症。有时头颈部肿瘤侵犯颅底也是手术适应症，最常见的是腮腺鳞癌和其他涎腺的恶性肿瘤。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

恶性病变的颞骨次全切除术

进行颞骨次全切除术（subtotal temporal bone resection）必须对颞骨三维解剖有一个完整、彻底的认识，可以从各个方向正确辨认颞骨的不同结构。

首先打开颈部辨别后组颅神经并给颈内动静脉套上止血带。接着由下部进入颞骨，轮廓化乙状窦并磨除骨质直至乳突尖，即乳突轮廓化。开放窦脑膜角，结扎或填塞乙状窦。向上牵开颅中窝脑膜显露岩

骨上部直至岩上窦。前方显露腮腺，如果面神经未累及则同时辨认之。推开或切除上颌骨髁突以显露颞颌关节囊。完成以上操作后，就可显露颞骨内颈内动脉并用金刚钻将其轮廓化。打开内听道并切断其内的神经，可从后方或从上方完成这一步骤。可以通过在前方切除上颌骨髁突来追踪颈内动脉颞骨内段，但若腮腺受累时就不能进行这样的操作。一旦颈内动脉得到保护，就可用凿子凿除剩余的骨质及其附着的软组织。这样术腔中就遗留下结扎的颈内静脉、填塞的乙状窦、开放的内听道、未受侵犯的颈内动脉以及前部剩余的部分岩尖。大部分情况下后组颅神经得以保留。脑膜受累可以单独处理，予以切除。关闭伤口时要封闭咽鼓管，用肌肉和脂肪组织充填术腔以避免脑脊液漏，外耳道封闭成盲端。如果耳廓受累的话，需用游离皮瓣或背阔肌肌皮瓣移植以关闭术腔，保护颅底组织。

颞骨次全切除术的适应症是累及颞骨的恶性肿瘤。原发于耳部或周围组织侵犯耳部的恶性肿瘤如鳞癌、基底细胞癌、腺癌及腺样囊性癌是常见的肿瘤类型。外耳道肿瘤若侵犯鼓膜或破坏外耳道后壁是其适应症。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

耳前经颧弓颞下径路手术

本径路可以显露颞下窝、颅中窝底、岩尖和斜坡外侧而不影响中耳。切口经耳廓前向上至头皮或弯向眶上发际，颧弓和颞肌向下翻，髁突向下移位，显露颞下窝。去除颅中窝底的骨质后，获得肿瘤的显露并可切除之。如果可能的话，沿颈内动脉岩骨部可以显露卵圆孔和圆孔以处理其中的神经。进一步牵开下颌骨，可以显露眶下裂和翼腭窝并切除累及鼻咽部的病变。这一径路尚可显露颅内病变，如岩骨、斜坡、基底动脉及脑干等部位的病变。打开小脑幕可以看到 II - VI 颅神经及颈内动脉。

青少年鼻咽部纤维血管瘤、胆固醇肉芽肿、海绵状血管瘤、三叉神经及其他神经鞘瘤，以及恶性肿瘤如软骨肉瘤、腺样囊性癌等是其适应症。

侧颅底外科常用手术进路

颞下窝径路手术

颞下窝改良径路

经迷路或扩大迷路手术径路

经颅中窝手术径路

经乙状窦后径路

良性病变的岩骨次全切除术

恶性病变的颞骨外侧切除术

恶性病变的颞骨次全切除术

耳前经颧弓颞下径路手术

内镜经鼻入路手术

内镜经鼻入路手术

Messerklinger 进路，中、下鼻甲部分切除及钩突切除，开放上颌窦、中、后组筛房及蝶窦腔，切除上颌窦内侧壁及后外侧壁骨质，进入翼腭窝，用电钻或骨凿切除翼突内外侧板及翼突根部骨质，至此显露蝶窦腔、筛窦腔、翼腭窝及颞下窝。根据咽鼓管咽口判断破裂孔的位置，前上以视神经管为标志，内界以蝶窦后外壁的颈内动脉管为标志，通过追踪上颌神经至圆孔，即到达了海绵窦外侧壁和中颅底内侧，由此处向外侧切除中颅底骨质，游离病变与硬脑膜的粘连；向后外侧游离肿瘤与周围组织的粘连，可显露下颌神经并追踪至卵圆孔。在导航探针的指示下可直至下颌关节囊。通过单独使用内镜经鼻入路进行岩斜区、海绵窦和颞下窝肿瘤的外科手术治疗。

内镜经鼻入路进行岩斜区、海绵窦和颞下窝肿瘤的切除术中，暴露的解剖区域可从鞍底向后下至枕大孔、向外侧至卵圆孔、圆孔和下颌关节。故可考虑的适应证有位于该区域的脊索瘤、神经鞘瘤、嗅神经母细胞瘤、颅咽管瘤、脑膜瘤、血管母细胞瘤、血管纤维瘤、胆脂瘤以及生长或转移至该区域的其他恶性肿瘤等。其中病变累及颈静脉孔的病例因无法处理乙状窦和颈内静脉，也不宜采用该入路。绝大多数的脑膜瘤和颅咽管瘤位于硬膜内，不宜采用该入路；有颅内外勾通时可选择颅鼻联合入路，极少数瘤体仅位于硬膜外的病例可采用该入路。