耳鼻咽喉头颈外科学重点

1.鼻的应用解剖学。

⑴外鼻静脉回流特点：面部静脉无瓣膜，血液可双向流动，鼻部皮肤感染（如疖肿）可造成致命的海绵窦血栓性静脉炎。临床上将鼻根部与上唇三角形区域称为“危险三角区”。

⑵固有鼻腔分界：前界为鼻内孔，后界为后鼻孔，有内、外、顶、底四壁。

外侧壁：①下鼻甲和下鼻道：下鼻道顶端有鼻泪管开口，下鼻道外侧壁前段近下鼻甲附着处，骨质较薄，是上颌窦穿刺冲洗的最佳进针位置；

②中鼻甲和中鼻道：前组鼻窦包括上颌窦、前组筛窦和额窦，窦口引流均位于中鼻道；

③上鼻甲和上鼻道：后组鼻窦包括后组筛窦和蝶窦，前者窦口引流至上鼻道，后者窦口开口于上鼻道后上方的蝶筛隐窝。

⑶窦口鼻道复合体：以筛漏斗为中心的解剖结构，包括中鼻甲、钩突、筛泡、半月裂，以及额窦、前组筛窦和上颌窦的自然开口等，称之为“窦口鼻道复合体”。

⑷利特尔区：鼻腭动脉、筛前动脉、筛后动脉、上唇动脉和腭大动脉，在鼻中隔前下部的黏膜下交互吻合，形成动脉从，称之为利特尔动脉丛，是临床上鼻出血最常见的部位，此区称为利特尔区。

2.鼻的生理功能。

通气、过滤、清洁、加温、加湿、共鸣、反射（鼻肺反射、喷嚏反射）、嗅觉、鼻周期。

3.鼻骨骨折处理。

鼻骨骨折应在外伤后数小时内尽早处理，一般不宜超过 10 天，以免发生畸形愈合。

4.三种慢性鼻炎。

	单纯性鼻炎	肥厚性鼻炎	萎缩性鼻炎
症状	交替性鼻闭，黏液涕	持续性鼻闭，黏液涕不易擤出	鼻干燥，嗅觉丧失，鼻臭
检查	黏膜肿、光滑、湿润，触软、有弹性、易缩	鼻甲大、桑葚状，硬触不凹、收缩差	鼻甲萎缩，鼻腔宽敞，有结痂
治疗	保守治疗	切除部分鼻甲	禁用收缩剂，手术缩小鼻腔

5.变应性鼻炎的主要症状体征。

⑴症状：①鼻痒；②阵发性喷嚏；③大量水样鼻涕；④鼻塞；⑤嗅觉减退。

⑵体征：①鼻黏膜可为苍白、充血或浅蓝色；②鼻腔常见水样分泌物。

6.急性鼻窦炎的临床表现。

⑴全身症状：常继发于上呼吸道感染或急性鼻炎，原有症状加重，出现畏寒、发热、食欲减退、便秘、周身不适等。

⑵局部症状：鼻塞、脓涕、头痛、嗅觉减退。

☆头痛：最常见症状。前组鼻窦炎多在额部和颌面部，后组鼻窦炎多位于颅底或枕部。

①急性上颌窦炎：眶上额部痛，伴有同侧颌面部痛或上颌磨牙痛。晨起轻，午后重。

②急性筛窦炎：头痛较轻，局限于内眦或鼻根部，也可放射至头顶部。

③急性额窦炎：前额部周期性疼痛。晨起即感头痛，逐渐加重，至午后开始减轻至消失，次日重复出现。

④急性蝶窦炎：颅底或眼球深处钝痛，可放射至头顶或耳后，亦可引起枕部痛。早晨轻，午后重。

7.慢性鼻窦炎主要症状、体征及治疗原则。

⑴全身症状：精神不振、易倦、头痛头昏、记忆力减退、注意力不集中等。

局部症状：流脓涕、鼻塞、头痛、嗅觉减退或消失、视功能障碍

⑵体征：鼻黏膜慢性充血、肿胀或肥厚，中鼻甲肥大或息肉样变，中鼻道变窄、黏膜水肿或有息肉。前组鼻窦炎者脓液位于中鼻道，后组鼻窦炎者脓液位于嗅裂，或下流蓄积于鼻腔后段或流入鼻咽部。

⑶治疗原则：慢性鼻-鼻窦炎不伴鼻息肉者首选药物治疗，无改善者可考虑手术治疗；伴有鼻息肉或鼻腔解剖结构异常者首选手术治疗；围术期仍需药物治疗。

8.鼻源性并发症。

⑴鼻源性眶内并发症：①眶内炎性水肿；②眶壁骨膜下脓肿；③眶内蜂窝织炎和眶内脓肿；④球后视神经炎。

⑵鼻源性颅内并发症：①硬脑膜外脓肿；②硬脑膜下脓肿；③化脓性脑膜炎；④脑脓肿；⑤海绵窦血栓性静脉炎。

9.咽的淋巴组织。

咽淋巴环：主要由咽扁桃体（腺样体）、咽鼓管扁桃体、腭扁桃体、咽侧索、咽后淋巴滤泡及舌扁桃体组成内环。

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

内环淋巴流向颈部淋巴结，后者又互相交通，自成一环，称外环，主要由咽后淋巴结、下颌下淋巴结、颏下淋巴结等组成。

☆腭扁桃体：习称扁桃体，位于口咽两侧腭舌弓与腭咽弓围成的三角形扁桃体窝内，为咽淋巴组织中最大者。

10.慢性咽炎的分类、临床表现。

⑴分类：①慢性单纯性咽炎；②慢性肥厚性咽炎；③萎缩性咽炎与干燥性咽炎。

⑵临床表现：①一般无明显全身症状；②咽部异物感、痒感、灼热感、干燥感或微痛感；③常有黏稠分泌物附着于咽后壁，使患者晨起时出现频繁的刺激性咳嗽，伴恶心；④无痰或仅有颗粒状藕粉样分泌物咳出，萎缩性咽炎患者有时可咳出带臭味的痂皮。

11.急、慢性扁桃体炎的概念、致病菌。

⑴急性扁桃体炎：为腭扁桃体的急性非特异性炎症，常伴有不同程度的咽黏膜和淋巴组织炎症。

主要致病菌：乙型溶血性链球菌

⑵慢性扁桃体炎：多由急性扁桃体炎反复发作或因扁桃体隐窝引流不畅，窝内细菌、病毒滋生感染而演变为慢性炎症。主要致病菌：链球菌和葡萄球菌

12.扁桃体切除术的适应症、禁忌症和并发症。

⑴适应症：①慢性扁桃体炎反复发作或多次并发扁桃体周脓肿；

②扁桃体过度肥大，妨碍吞咽、呼吸及发声功能；

③慢性扁桃体炎已成为引起其他脏器病变的“病灶”，或与邻近器官的病变有关联；

④白喉带菌者，经保守治疗无效时；

⑤各种扁桃体良性肿瘤，可连同扁桃体一并切除；对恶性肿瘤则应慎重。

⑵禁忌症：①急性炎症时；

②造血系统疾病及有凝血机制障碍者；

③严重全身性疾病；

④传染病流行季节或流行地区，或患上呼吸道感染疾病期间；

⑤妇女月经期前和月经期、妊娠期；

⑥患者亲属中免疫球蛋白缺乏或自身免疫病的发病率高，白细胞计数特别低者。

⑶手术并发症：①出血；②伤口感染；③肺部并发症。

13.鼻咽癌的好发部位和临床表现。

⑴好发部位：多发生于鼻咽部咽隐窝及顶后壁。

⑵临床表现：①鼻部症状：涕中带血、鼻塞；

②耳部症状：耳鸣、耳闭塞感及听力下降；

③颈部淋巴结肿大：颈深部上群淋巴结。

④脑神经症状：累及VI、V、IV、III、II对脑神经可出现偏头痛，面部麻木，复视，上睑下垂，视力下降等症状；第IX、X、XII对脑神经受损可出现软腭瘫痪、进食反呛、声嘶、伸舌偏斜等症状。

⑤远处转移：骨、肺、肝。

14.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征概念。

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（OSAHS）：是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和低通气，通常伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度下降、白天嗜睡、注意力不集中等病症，并可导致高血压、冠心病、糖尿病等多器官多系统损害。

15.喉的应用解剖学。

⑴喉的分界：喉位于颈前正中，舌骨之下，上端是会厌上缘，下端为环状软骨下缘，相当于第 3～5 颈椎平面。

⑵喉软骨：①单块软骨：甲状软骨（最大）、环状软骨（完整）和会厌软骨；

②成对的软骨：杓状软骨、小角软骨和楔状软骨。

⑶弹性圆锥：前端附着在甲状软骨板交角线的内面近中线处，后端位于杓状软骨声带突下缘。前后附着处游离缘边缘增厚形成声韧带，向下附着在环状软骨上缘中前部形成环甲膜，其中央部分增厚形成环甲中韧带。

⑷喉肌：①声带外展肌：环杓后肌，声带唯一的外展肌，使声带外展，声门变大；

②声带紧张肌：环甲肌，属于喉内肌，但位于喉的外部，将声韧带拉紧，使声带紧张度增加。

⑸喉腔：①任克间隙：声带黏膜下固有层浅层为任克间隙，是一薄而疏松的纤维组织层（又称 Reinke 间隙），过度发声或喉炎时易在该处造成局限性水肿，形成声带息肉。

②喉腔分区：a.声门上区：声带以上的喉腔；b.声门区：两侧声带之间的区域；c.声门下区：声带以下的喉腔。

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

☆声门旁间隙：前外界是甲状软骨，内下界是弹性圆锥，后界为梨状窝黏膜。原发于喉室的癌肿，甚易向外侧的声门旁隙扩散。

⑹喉的血管：①甲状腺上动脉的喉上动脉（喉上部）和环甲动脉（环甲膜周围）；
②甲状腺下动脉的分支喉下动脉（喉下部）。

⑺喉的淋巴：①声门上区的组织中有丰富的淋巴管；②声门区的声带组织内淋巴管甚少；③声门下区组织中的淋巴管较少。

⑻喉的神经：①喉上神经：内支司声门上区黏膜的感觉，外支支配环甲肌的运动；
②喉返神经：支配除环甲肌以外的喉内各肌的运动，司声门下区黏膜的感觉。

⑼小儿喉部的解剖特点：①喉部黏膜下组织较疏松；②喉的位置较成人高；③喉软骨尚未钙化。

16.喉的生理功能。

①呼吸功能；②发声功能；③保护下呼吸道功能；④屏气功能。

17.喉外伤的治疗原则。

①解除呼吸困难；②止血、抗休克；③缝合伤口，恢复喉功能；④喉部休息；⑤抗感染、镇痛等对症治疗。

☆损伤性喉肉芽肿好发于声带中、后 1/3 交界处——声带小结好发于声带前、中 1/3 交界处。

18.急性会厌炎的概念和诊断。

⑴急性会厌炎：又称急性声门上喉炎，以会厌为主的声门上区急性炎症，是一种危及生命的严重感染，可引起喉阻塞而窒息死亡。

⑵诊断：①剧烈咽喉疼痛，吞咽时加重；②口咽部无明显充血；③会厌舌面充血肿胀。

19.急性喉炎概念。

急性喉炎：是喉黏膜的急性卡他性炎症，好发于冬、春季节，是一种常见的急性呼吸道感染性疾病。

20.慢性喉炎的概念和治疗。

⑴慢性喉炎：是指喉部慢性非特异性炎症，临床上将其分为慢性单纯性喉炎、肥厚性喉炎和萎缩性喉炎。

⑵治疗：①去除病因；②雾化吸入；③休息。

21.声嘶的特点。

慢性喉炎	间歇——持续性，用嗓多，声嘶重，完全失声少见
声带息肉	渐进声嘶，大息肉可引起呼吸困难或喘鸣，广基息肉可引起失声
声带小结	间歇——持续性，高音——低音，时好时坏

☆声带息肉 40 岁以上声嘶病人应注意与喉癌早期相鉴别。

22.喉瘫痪的概念。

喉瘫痪：支配喉肌的运动神经受损所引起的声带运动障碍，称为喉瘫痪。

☆喉返神经麻痹，声带固定在旁中位。

23.喉乳头状瘤。

喉乳头状瘤是喉部最常见的良性肿瘤。成人病变一般为单发性（易恶变），幼儿多呈广基，多发性（易复发）。

24.喉癌。

⑴病因：①感染，黏膜损伤；②宿主的免疫改变；③病毒激活。

⑵癌前病变：声带白斑、声带角化、严重的增殖异常

⑶贯声门癌：原发于喉室，癌在黏膜下浸润扩散，而黏膜相对完整。

⑷临床表现：

	早期	晚期
声门上型	痒感、异物感、吞咽不适	喉痛、声嘶、呼吸困难、咽下困难、咳嗽、痰中带血、淋巴转移较早
声门型	声嘶、呼吸不畅	呼吸困难出现早，淋巴转移晚
声门下型	症状不明显，常规检查不易发现	呼吸困难、咯血、气管旁淋巴转移

25.喉阻塞概念、临床表现、呼吸困难分度和治疗。

⑴喉阻塞：又称喉梗阻，系因喉部或其邻近组织的病变，使喉部通道发生阻塞，引起呼吸困难。

⑵临床表现：①吸气性呼吸困难；②吸气性喉喘鸣；③吸气性软组织凹陷；④声嘶；⑤发绀；⑥缺氧症状。

⑶呼吸困难分度：

一度：安静时无呼吸困难。活动或哭闹时有轻度吸气性呼吸困难、稍有吸气性喉喘鸣及吸气性胸廓周围软组织凹陷

二度：安静时也有轻度吸气性呼吸困难、吸气性喉喘鸣和吸气性胸廓周围软组织凹陷，活动时加重，但不影响睡眠

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

和进食，无烦躁不安等缺氧症状。脉搏尚正常。

三度：吸气性呼吸困难明显，喉喘鸣声较响，吸气性胸廓周围软组织凹陷显著，并出现缺氧症状。

四度：呼吸极度困难。患者坐卧不安，手足乱动，出冷汗，面色苍白或发绀，定向力丧失，心律不齐，脉搏细数，昏迷、大小便失禁。若不及时抢救，则可因窒息以致呼吸心跳停止而死亡。

⑷治疗：一度：一般可不做气管切开术。

二度：大多可避免气管切开术。喉肿瘤、喉外伤、双侧声带瘫痪等一时不能去除病因者，可考虑做气管切开术。

三度：炎症引起，做好气管切开术的准备。若为肿瘤，则应行气管切开术。

四度：立即行气管切开术。

26.气管切开术概念、适应症和并发症。

⑴气管切开术：是一种切开颈段气管前壁、插入气管套管，并通过气管套管呼吸的急救手术。

⑵适应症；①喉阻塞；②下呼吸道分泌物潴留、阻塞；③某些手术的前置手术；④长时间需使用呼吸机辅助呼吸者。

⑶术后并发症：①皮下气肿；②纵隔气肿；③气胸；④出血；⑤拔管困难。☆术后禁用吗啡、可待因、阿托品等。

27.气管、支气管异物分期。

⑴分期：①异物进入期；②安静期；③刺激与炎症期；④并发症期。

⑵支气管异物右侧多见，因为右主支气管与气管长轴相交角度小，同时右主支气管短而管径较粗。

⑶诊断：X 线检查以下征象有重要参考意义：①纵隔摆动；②肺气肿；③肺不张；④肺部感染。

支气管镜检查：为气管、支气管异物确诊的金标准。

28.耳的应用解剖学。

⑴颞骨包含外耳道骨部、中耳、内耳和内耳道。颞骨分为 5 部分：鳞部、鼓部、乳突部、岩部和茎突。

⑵中耳：包括鼓室、咽鼓管、鼓窦及乳突 4 部分。

①鼓室：以鼓膜紧张部的上、下缘为界，可将鼓室分为 3 部：上鼓室、中鼓室、下鼓室。

②鼓膜：为鼓室外壁，临床上将鼓膜分为 4 个象限：即沿锤骨柄作一假想直线，另经鼓膜脐作一与其垂直相交的直线，将鼓膜分为前上、前下、后上、后下 4 个象限。

③圆窗和卵圆窗都位于鼓室内壁。

④鼓室前上壁为鼓膜张肌半管的开口，鼓室前下壁为咽鼓管的鼓室口。

⑤听骨：包括锤骨、砧骨和镫骨。

⑥咽鼓管的生理功能：a.维持中耳内外压力平衡；b.引流功能；c.防声作用；d.防止逆行感染的功能。

⑦乳突分为 4 种类型：a.气化型；b.板障型；c.硬化型；d.混合型。

⑶内耳：又称迷路，分为前庭、半规管和耳蜗 3 个部分。

①骨迷路与膜迷路之间充满外淋巴液，膜迷路含有内淋巴液，内、外淋巴液互不相通。

②椭圆囊内有椭圆囊斑，亦称位觉斑；球囊内有球囊斑，亦名位觉斑。耳石器指的是椭圆囊斑和球囊斑。

③膜半规管内有壶腹嵴。

④膜蜗管内有螺旋器，又名 Corti 器，是听觉感受器的主要部分。外毛细胞有 3 排，内毛细胞有 1 排。

⑷耳蜗的生理：蜗底区感受高频声，蜗顶部感受低频声。

29.平衡生理。

⑴维持平衡的三大系统：①前庭；②视觉；③本体感觉。

⑵半规管的生理功能：主要感受正负角加速度的刺激。

⑶球囊及椭圆囊的生理功能：主要功能是感受直线加速度，维持人体静态平衡。

30.颞骨骨折。

纵行骨折最常见，骨折线与岩部长轴平行。如有脑脊液耳漏，不可作外耳道填塞。

31.分泌性中耳炎的鼓膜表现。

①光锥缩短、变形或消失；②锤骨柄向后上移位；③锤骨短突明显外突。

32.急性化脓性中耳炎的概念及感染途径。

⑴急性化脓性中耳炎：是中耳黏膜的急性化脓性炎症，好发于儿童，冬春季多见，常继发于上呼吸道感染。

⑵感染途径：①咽鼓管途径；②外耳道鼓膜途径；③血行感染（极少见）。

33.儿童急性化脓性中耳炎及乳突炎的临床特点。

全身症状较重，由于 2 岁以内小儿的岩鳞缝尚未闭合，中耳黏膜与硬脑膜之间有丰富的血管及淋巴管联系，故中耳的急性化脓性炎症可影响邻近硬脑膜，出现脑膜刺激征。

34.慢性化脓性中耳炎的病理变化和临床特点。

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

⑴单纯型：病变主要局限于中耳鼓室黏膜，病理变化主要为鼓室黏膜充血、增厚，圆形细胞浸润。
临床特点：①间歇性耳流脓，量多少不等；②鼓膜中央性穿孔，大小不一；③轻度传导性聋。
⑵骨疡型：病变超出黏膜组织，可出现鼓室、乳突腔内骨质破坏、听小骨坏死，鼓室及乳突腔内有肉芽或息肉。
临床特点：①持续性耳流脓，可有臭味；②鼓膜边缘性穿孔、紧张部大穿孔；③鼓室内有肉芽或息肉；④听力下降明显，可有眩晕及头痛；⑤CT 显示乳突、鼓室内有软组织阴影，可伴部分骨质破坏。⑥可伴发各种耳源性并发症。
⑶胆脂瘤型：鼓膜、外耳道的复层鳞状上皮经穿孔向中耳腔生长脱落堆积形成的团块，外层由纤维组织包围，内含脱落坏死上皮、角化物和胆固醇结晶。
临床特点：①持续性耳流脓，并有恶臭味；②鼓膜松弛部穿孔，穿孔处可见灰白色胆脂瘤上皮；③听力检查为轻、重不等的传导性聋，晚期可为混合性聋；④X 线及颞骨 CT 显示上鼓室、鼓窦或乳突有骨质破坏区，边缘浓密，整齐。

35.乳突根治术的目的。

①彻底清除包括鼓室、鼓窦及乳突腔内的胆脂瘤、肉芽、息肉、病变的骨质和黏膜；②重建听力；③力求干耳；④防止耳源性颅内外并发症的发生。

36.耳源性颅内、外并发症。

⑴颅内并发症：①硬脑膜外脓肿；②耳源性脑膜炎；③耳源性脑脓肿；④乙状窦血栓性静脉炎。
⑵颅外并发症：①耳后骨膜下脓肿；②颈部贝佐尔德脓肿；③迷路炎（局限性、浆液性、化脓性）；④耳源性面瘫。

37.梅尼埃病的病因、病理、临床表现和鉴别诊断。

⑴梅尼埃病：是一种特发性膜迷路积水的内耳病，表现为反复发作的旋转性眩晕，波动性感音神经性听力损失，耳鸣和（或）耳胀满感。
⑵内耳主要病理变化：
①膜迷路积水早期阶段，蜗管和球囊膨大，前庭膜被推向前庭阶；
②膜迷路积水加重，使椭圆囊及半规管壶腹膨大；
③螺旋器毛细胞和支持细胞退行性变、血管纹萎缩；
④内淋巴囊上皮皱褶变浅或消失，上皮细胞退变，囊壁纤维化。
⑶典型症状表现：①发作性眩晕；②波动性听力下降；③耳鸣；④耳胀满感。
☆甘油试验阳性。
⑷鉴别诊断（至少 3 个）：良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、前庭药物中毒、迷路炎、突发性聋、Hunt 综合征、Cogan 综合征、迟发性膜迷路积水、外淋巴瘘、头部损伤、听神经瘤、上半规管裂隙综合征

38.耳聋。

⑴耳聋：是听觉传导通路发生器质性或功能性病变导致不同程度听力损害的总称。
⑵传导性聋：因声波传导径路外耳、中耳病变导致的听力障碍称传导性聋。
⑶感音神经性聋：因声波感受与分析径路即内耳、听神经及听中枢病变引起者为感音神经性聋。
⑷混合性聋：中耳、内耳病变同时存在，影响声波传导与感觉所造成的听力障碍称混合性聋。
⑷突发性聋：突然发生的原因不明的感音神经性耳聋，多在 3 日内听力急剧下降。
⑸常见的耳毒性药物：氨基糖甙类抗生素如链霉素、庆大霉素、卡那霉素、新霉素、妥布霉素等，多肽类抗生素如万古霉素、多黏菌素等，抗肿瘤药物如氮芥、卡铂、顺铂等，利尿类药物如呋塞米、依他尼酸等，水杨酸盐类药物、含砷剂、抗疟剂等。

39.听神经瘤。

听神经瘤为耳神经外科最常见的良性肿瘤，占桥小脑角肿瘤的 80%～90%。

THE END

Any questions please contact me via email 626877807@qq.com

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved