

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درسنامه

گوش، حلق و بینی (ENT)

— تألیف —

دکتر محمدطه مهدی عراقی

متخصص گوش، حلق و بینی (ENT)

دارای بورس تخصصی از دانشگاه شهید بهشتی



موسسه آموزشی نوآوران دانش‌ماهان

www.noavaranedanesh.ir

فهرست:

- فصل اول: اپروچ به بیماران گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن ۷
- فصل سوم: اتولوژی ۲۱
- فصل چهارم: رینولوژی ۷۷
- فصل پنجم: لارنگولوژی و مسیر ایرودايجستيو فوقانی ۱۰۹
- فصل ششم: جراحی سر و گردن ۱۲۹
- فصل هفتم: بیماری های تیروئید ۱۸۵
- فصل هشتم: اتولارنگولوژی اطفال ۱۹۹
- فصل نهم: جراحی پلاستیک و بازسازی ۲۴۷

اولویت بندی مباحث بر مبنای اهمیت امتحانی از نظر مؤلف:

نام مباحث	طبقه بندی اولویت	ردیف
<p>ضایعات دهان (فصل ۱) اورژانس های گوش (فصل ۳) اتیت مدیا (فصل ۳) اتیت مدیای مزمن (فصل ۳) اورژانس های رینولوژیک (فصل ۴) رینوسینوزیت (فصل ۴) سینوزیت مزمن (فصل ۴) اورژانس های حنجره (فصل ۵) کیست و پولیپ حنجره (فصل ۵) اورژانس های سرو گردن (فصل ۶) غدد بزاقی (فصل ۶) بیماری های تیروئید (فصل ۷) کانسر تیروئید (فصل ۷) بیماری های تونسیل (فصل ۸) ترومای صورت و بینی (فصل ۹)</p>	مباحث بسیار مهم	۱
<p>اپنه انسدادی (فصل ۱) ادیولوژی (فصل ۳) اتیت اکسترن (فصل ۳) الرژی (فصل ۴) اینورتد پاپیلوما (فصل ۴) پاپیلوماتوز (فصل ۵) دیسفاژی (فصل ۵) اپروچ به توده گردن (فصل ۶) کانسر نازوفارنکس (فصل ۶) لارنگوما لاسی (فصل ۸) توده های عفونی گردن اطفال (فصل ۸) توده های مادرزادی گردن (فصل ۸)</p>	مباحث مهم	۲
<p>هماتولوژی (فصل ۱) اختلالات مفصل TMJ (فصل ۱) کاهش شنوایی هدایتی (فصل ۳) سمعک (فصل ۳) اختلالات تعادلی (فصل ۳) رنیت (فصل ۴) ریفلاکس (فصل ۵) تنگی ساب گلوت (فصل ۸) برانکیال کلفت (فصل ۸) شکستگی مندیبل (فصل ۹)</p>	مباحث نسبتاً مهم:	۳



فصل اول

اپروچ به بیماران گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن

شرح حال:

در جدول ۱.۱ مطالب مورد نیاز برای یک شرح حال استاندارد ذکر شده است. شرح حال باید با تمرکز بر شکایت اصلی بیمار محل مورد شکایت، زمان شروع، دوره، کیفیت، شدت، مدت زمان، علائم مرتبط و درمان و تست‌های تشخیصی سابق باشد.

Table 1.1 Organization of the history and physical exam for a new patient

Chief complaint
History of present illness
Past medical history
Past surgical history
Current medications
Medication allergies
Social history
Family history
Review of systems
Physical examination
Laboratory testing/imaging
Impression
Plan

جدول ۱-۱

معاینه‌ی فیزیکی:

معاینه‌ی فیزیکی شامل معاینه‌ی کامل سرو گردن و ارزیابی‌های زیر است:

- ۱) جنرال: ظاهر کلی بیمار، علائم حیاتی، وضعیت تنفس، وضعیت سر (نورموسفال و...)، شواهد تروما، توصیف ضایعات سروگردن.
- ۲) گوش: وضعیت لاله‌ی گوش، کانال گوش، پرده‌ی TM، تحرک و تست‌های وبر و رینه (با دیاپازون ۵۱۲ هرتز).
- ۳) بینی: دفورمیتی‌های اکسترنال بینی، رینوسکوپ‌ی قدامی، توده‌ی مخاطی، ترشح، انحراف سپتوم و سوراخ شدگی سپتوم.
- ۴) حفره‌ی دهان و اوروفارنکس: بررسی توده، ضایعات مخاطی، غیرقرینگی، لمس کف دهان و زبان و هایپوفارنکس.
- ۵) لارنکس: بررسی خشونت صدا و وضعیت صدا، انجام لارنگوسکوپ‌ی بالارنگوسکوپ فیبروآپتیک و یا آئینه و بررسی وضعیت نازوفارنکس.
- ۶) گردن: بررسی از نظر توده، بررسی پاروتید و سایر غدد بزاقی، لمس آدنوپاتی، لمس تیروئید، بررسی اعصاب کرانیال.
- ۷) معاینات اندوسکوپیک: بررسی حنجره، هایپوفارنکس و نازوفارنکس، با نازولارنگوسکوپ فیبروآپتیک فلکسیبل.

سایر تست‌ها:

مطالعات آزمایشگاهی، نوار گوش و مطالعات تصویربرداری در صورت نیاز.

شک بالینی و اپروچ :

در این قسمت باید تشخیص‌های افتراقی بعمل آمده و اقدامات تشخیصی اولیه جهت رسیدن به تشخیص قطعی انجام شود.

هماتولوژی برای اوتولارنگولوژیست ها

در این فصل به مرور اجزای خون، بیماری‌ها، عوارض انتقال خون رسیدگی می‌کنیم.

مدیریت از دست رفتن خون

تخمین حجم خون:

95-100 mL/kg در نوزادان پره مچور

85-90 mL/kg در نوزادان فول ترم

80 mL/kg برای نوزادان بالای ۱۲ ماه

70-75 mL/kg برای بالغین مذکر

65-70 mL/kg برای بالغین مونث

✓ بطور کلی باید هر یک سی‌سی خون از دست رفته، با ۳ سی‌سی کریستالوئید و ۱ CC کلویید یا یک سی‌سی پک سل جایگزین ی‌شود.

مقدار خون از دست رفته و لازم جایگزینی:

$$\text{Allowable blood loss} = [\text{EBV} \times (\text{Hct} - \text{target Hct})] / \text{Hct}$$

گایدلاین تزریق خون:

✓ هر یک واحد پکسل حدود ۳٪ هماتوکریت، و حدود 1 g/dL هموگلوبین را در بزرگسالان، افزایش می‌دهد.

✓ 10 mL/kg پکسل؛ هماتوکریت را حدود ۱۰٪ افزایش می‌دهد.

تست‌های سازگاری:

بررسی نوع گروه خونی، نوع Rh و بررسی از نظر بیماری‌ها در فرد دهنده از نظر هیپاتیت B، C، سفلیس، HIV، و ویروس لنفوسیتیک تایپ T نوع یک و دو انجام می‌شود.

فرآورده‌های خونی:

(۱) خون کامل (Whole blood): شامل ۴۰٪ هماتوکریت است، که از این فرآورده در شوک هماروژیک استفاده می‌شود.

(۲) پکسل: که هر واحد بین ۳۰۰-۲۵۰ سی‌سی است. که هماتوکریت آن حدوداً ۸۵-۷۰٪ است.

(۳) پلاکت: بطور کلی پلاکت نرمال بدن، بین ۴۰۰-۱۵۰ هزار در هر میلی‌متر مکعب خون تخمین زده می‌شود.



- ✓ ترمبوسایتوپنی، به پلاکت کمتر از $150,000/mm^3$ تلقی می‌شود.
- ✓ افت پلاکت بیه $40-70$ هزارتا منجر به خونریزی در حین عمل جراحی می‌شود.
- ✓ خونریزی خودبخودی با پلاکت زیر $20,000/mm^3$ اتفاق می‌افتد.
- ✓ برای اکثر جراحی‌ها، تجویز پلاکت لازم نیست مگر اینکه تعداد پلاکت کمتر از $50,000/mm^3$ باشد.
- ✓ هر یک واحد پلاکت بین $5-10$ هزار عدد پلاکت را افزایش می‌دهد.
- ✓ برای هر 10 کیلوگرم وزن بدن شخص یک واحد پلاکت نیاز است.
- ✓ پلاکت در دمای اتاق نگهداری می‌شود.

۴) **FFP**: برای مسمومیت وارفارین نیاز به $5-8 mL/kg$ FFP نیازمند هستیم.

- ✓ نیازمند تطابق گروه خونی برای تجویز است.
- ✓ یک کیسه‌ی آن حدود 250 سی‌سی است.
- ✓ به ازای هر $10-15 mL/kg$ حدود 30% فاکتورهای انعقادی را تصحیح می‌کند.

۵) **کرایو (Cryoprecipitate)**:

- ✓ اندیکاسیون کرایو: هایپوفیبرینوژنیمیا، بیماری وون ویلبرانت و هموفیلی A است.
- ✓ هر $10-20 mL/bag$ شامل 100 واحد فاکتور 8 از نوع C، 100 واحد فاکتور وون ویلبرانت (vWF)، 60 واحد فاکتور 13 و 250 میلی‌گرم فیبرینوژن است.

عوارض تزریق:

۱) واکنش‌های ایمنی (همولیتیک در مقابل غیر همولیتیک):

واکنش‌های همولیتیک:

۱. واکنش همولیتیک حاد: واکنش همولیتیک حاد وقتی اتفاق می‌افتد که خون ویا فرآورده خونی از نظر گروه‌های خونی ABO، متغیر باشد. که این منجر به همولیز داخل عروقی به شکل حاد می‌شود.
 - ✓ تظاهرات شامل: تب، لرز، درد قفسه سینه، اضطراب، درد پشت و تنگی نفس است. وجود هموگلوبین در داخل ادرار، نشان دهنده واکنش همولیتیک است.
۲. واکنش همولیتیک تأخیری: بطور تیپیک این واکنش با تأخیر بین 2 تا 21 روز بعد از انتقال خون انجام می‌شود.
 - ✓ علائم خفیف بوده و شامل: بدن درد، زردی و تب است.
 - ✓ درمان: اقدامات حمایتی است.



فصل سوم

اتولوژی

اتولوژی - نورواتولوژی

جنین‌شناسی

اوریکل: هفته ۶ از آرک‌های برانکیال اول و دوم شروع به تشکیل می‌کنند.

✓ هفته ۲۰ شکل‌گیری اوریکل تکمیل می‌شود.

✓ تا ۵ سالگی، ۸۵ درصد اندازه بالغین می‌شود.

کانال گوش خارجی (EAC)

منشأ: اکتودرم، شروع شکل‌گیری، هفته ۸ جنینی و در ابتدای نوجوانی به سایز بالغین می‌رسد.

پرده تیمپان (TM): منشأ از اکتودرم, **Pharyngeal groove** اول و همچنین مزانشیم آرک برانکیال اول.

گوش میانی:

هفته ۳: اندودرم پاچ فارنژیال اول ← شکل‌گیری گوش میانی در هفته ۱۰ و همچنین لوله استاش.

هفته ۴: غضروف مکل از آرک اول ← سر و گردن مالتوس، بدنه و پروسس کوتاه اینکوس

غضروف Reichert از آرک ۲ ← منوبریوم مالتوس، زائده بلند اینکوس، و **suprastructure** استخوان stapes

Table 3.1 Embryology of the auricle

Hillock	Arch	Auricular structure
1	1	Tragus
2	1	Crus of helix
3	1	Helix
4	2	Crus of antihelix
5	2	Antihelix
6	2	Antitragus and lobule

Note: There remains some controversy regarding the final contributions of hillocks 4, 5, and 6.

جدول ۳-۱

Table 3.2 Embryology of the Meckel and Reichert cartilages

Cartilage	Arch	Ossicular structure
Meckel	1	Head and neck of malleus, body and short process of incus
Reichert	2	Manubrium of malleus, long process of incus, stapes suprastructure

Note: The manubrium of the malleus never completely ossifies.

جدول ۳-۲

گوش داخلی

منشأ از اکتودرم فارنژیال groove اول.

• لابیرنت غشایی ← هفته ۱۶-۱۵

- استخوانی شدن ← هفته ۲۵-۲۰.

آناتومی

گوش خارجی: شامل کانال گوش خارجی (EAC) و اوریکل.

- اوریکل ادامه غضروف کانال گوش خارجی است و توسط لیگامنت‌هایی در بالا و پایین و خلف به سر متصل می‌شود.

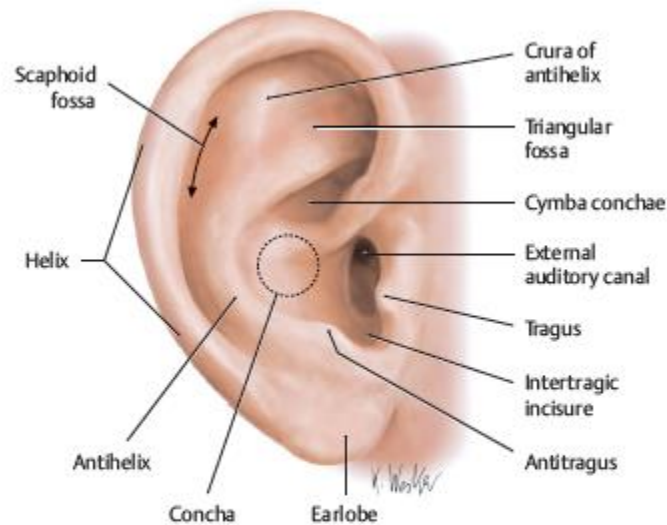


Fig. 3.2 Anatomy of the auricle. (From Gilroy AM, MacPherson BR, Ross LM. Thieme Atlas of Anatomy, Head and Neuroanatomy. 1st ed. Stuttgart/New York: Thieme; 2007. Illustration by Karl Wesker.)

شکل ۲-۳

- کانال گوش خارجی: $\frac{1}{3}$ خارجی غضروفی، $\frac{2}{3}$ داخلی استخوانی

پوست قسمت غضروفی، ضخیم و حاوی فولیکول مو و غدد سباسه و غدد سروموسینوس

✓ پوست قسمت مدیال نازک است و فاقد زیرجلد است (تحریک و دستکاری ← دردناک).

عصب‌گیری:

- عصب V (شاخه اوریکولو تمپورال از V₃)

- شبکه گردنی (Greater Auricular Nerve)

- عصب واگ (۱۰): (شاخه آرنولد)

- عصب فاسیال (7)

- عصب Lesser Occipital nerve (C2, C3) که عصب دهی قسمت تحتانی اوریکل را بر عهده دارند.



پرده تیمپان Tympanic membrane:

- ۳ لایه: از لترال به مدیال: اپیتلیوم اسکواموس - لایه فیبروز میانی - لایه مخاطی داخلی.
- در محیط: لایه فیبروز ← شکل دهی آنولوس.
- ارتفاع TM ← ۱۰mm از عرض ۹mm و ۲ قسمت پارس تنسا و پارس فلسیدا

✓ نکته مهم:

فضای پروساک (Prossake):

- در سطح پارس فلسیدا
- مدیال این فضا گردن مالتوس
- لترال این فضا TM.
- محل شایع رتراکسیون و شکل گیری کلساتنوم.

گوش میانی Middle EAR

به ۳ فضای هوادار تقسیم می شود.

- ۱- اپیتمپان: بالای TM
 - ۲- مزوتمپان: مدیال به TM
 - ۳- هایپوتمپان: زیر TM
- ✓ فضای پروتیمپان: قسمت قدامی فضای مزوتیمپان که محل قرارگیری لوله استاش (ET)

حدود فضای گوش میانی:

- لترال: TM / فوقانی: استخوان تگمن /
- تحتانی: بولب ژوگولار / قدامی: کانال کاروتید و ET
- خلف: ماستویید با رسس فاسیال یا سلول های رتروفاسیال
- مدیال:
- پرومونتری کوکلنا و دیواره لابرینت.

استخوانچه ها

- (۱) مالتوس (چکشی)
- (۲) اینکوس: بزرگترین استخوانچه / مفاصل سینوویال با مالتوس (سندانی)
- (۳) رکابی: کوچکترین استخوانچه / تاندون استاپدیال و استیپس از پیرامید به این استخوانچه متصل می شود.

نکته: عصب رسانی عضله تنسور ← V3

عصب رسانی عضله استاپدیال ← VII

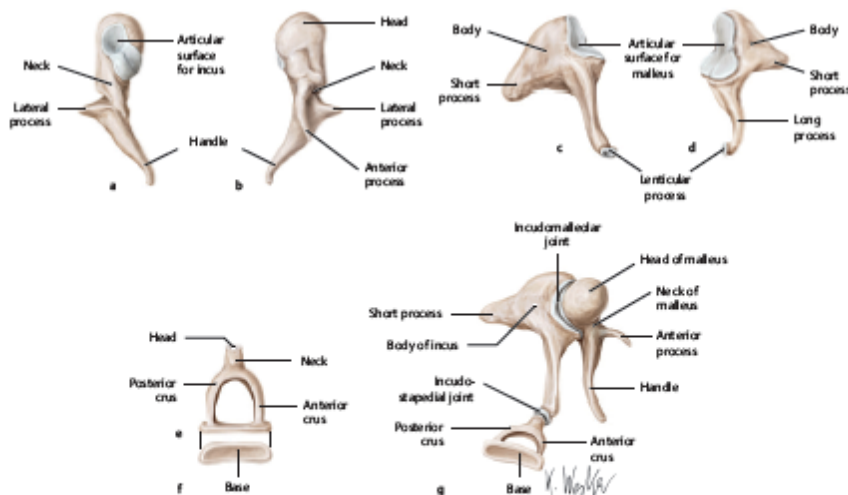


Fig. 3.3 Middle ear ossicles. Malleus, posterior (a) and anterior (b) views. Incus, medial (c) and anterolateral (d) views. (e) Stapes, superior and medial views. (f) Medial view of the ossicular chain. (From Gilroy AM, MacPherson BR, Ross LM. *Thieme Atlas of Anatomy, Head and Neuroanatomy*. 1st ed. Stuttgart/New York: Thieme; 2007. Illustration by Karl Wesker.)

شکل ۳-۳

لوله استناش: طول ۱۸mm هنگام تولد و ۳۵mm هنگام بزرگسالی $\frac{1}{3}$ لترال استخوانی $\frac{2}{3}$ مدیال غضروفی که در تروس توباریوس در نازوفارنکس ختم می‌شود.

گوش داخلی

لابیرنت استخوانی:

(A) کولکنا: قسمت شنوایی گوش داخلی، به شکل مارپیچ که ۲ و $\frac{1}{3}$ دور می‌چرخد. که به ۳ قسمت basal ، middle و apical تقسیم می‌شود. Cochlear Aqueduct: باعث ارتباط پری لنف basal با فضای ساب آراکنوئید است.

(B) وستبول: شامل ارگان‌های اتولیتی (اتریکل و ساکول) ساک اندولنفاتیک و مجاری نیم دایره‌ای است. Vestibular Aqueduct: کانال استخوانی، شامل ساک آندولنف و باعث ارتباط وستیبول با داکت اندولنفاتیک است. مجاری نیم دایره‌ای، ۳ جفت که بر هم عمود هستند: فوقانی، تحتانی و افقی

اورژانس‌های اتولوژی

کاهش شنوایی ناگهانی:

کاهش شنوایی ناگهانی، به نقص شنوایی که طی ≥ 72 ساعت اتفاق بیفتد، گفته می‌شود. که این نوع آن کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی است (SSNHL)



فصل پنجم

لارنگولوژی و مسیر ایرودایجستیو فوقانی

اورژانس‌های مری و حنجره

استریدور

استریدور: معنی تنفس صدادار به علت انسداد نسبی راه هوایی فوقانی است که معمولاً به شکل صدای خشن و های پیچ است. این صدا باید از صداهایی مثل ویز که به علت کلاپس نسبی برونشیول‌های راه هوایی تحتانی است و یا استرتور (که صدایی است که به علت انسداد و یا کلاپس فارنکس فوقانی است و مشابه خرناس است) باید تمایز داده بشود. ✓
به لحاظ کلینیکال استریدور باید بلافاصله ارزیابی شود چرا که ممکن است به انسداد راه هوایی فوقانی پیشرفت بکند.

تظاهرات بالینی:

در بزرگسالان تکامل استریدور ممکن است به شکل حاد و یا مزمن ایجاد شود.

علائم معمولاً غیراختصاصی و متغیر شامل:

- دیس‌پنه
- دیس‌فاژی
- اودینوفاژی و اضطراب

یافته‌های ما در حین معاینه شامل:

- تنفس صدادار
- وجود تب
- سرفه
- خلط خونی
- ریتراکسیون بین دنده‌ها
- براساس شدت و علت ممکن است دیسترس تنفسی و هایپوکسی.

تشخیص‌ها افتراقی:

- علت استریدور متعدد هستند. و براساس سطوح آناتومیک تشخیص‌های افتراقی تقسیم‌بندی می‌شوند.
- ✓ بطور کلی استریدور حین دم مرتبط با انسداد سوپراگلوت است.
- ✓ استریدور حین بازدم مرتبط با انسداد داخل قفسه‌ی سینه و (تراشه) اینتراتوراسیک است.
- ✓ استریدور بای‌فازیک مطرح کننده‌ی انسداد گلوت و یا ساب‌گلوت است.

تشخیص افتراقی‌ها شامل:

- نئوپلاسمی که منجر به انسداد شده باشد
- عفونت و ادم التهابی (مانند سوپراگلوتیک)
- آلرژی
- آنژیوادم
- جسم خارجی
- آسیب تروماتیک به مجاری هوایی (مانند شکستگی تیروئید) و یا هماتوم گسترده
- فلج دو طرفه‌ی تارهای صوتی (به دنبال آسیب‌های حین عمل جراحی)
- سایر علت تنگی ساب‌گلوت مانند تنگی تراشه و تراکتومالاسی

Table 5.1 Stridor localization by anatomic site

	Retractions	Stridor*	Voice	Feeding
Naso/oropharynx	Minimal	Stertor [†]	Normal	Normal [†]
Supraglottis	Marked and severe	Inspiratory and high-pitched	Muffled	Abnormal
Glottis/subglottis	Mild to severe	Biphasic and intermediate-pitched	Normal to very abnormal (barking cough)	Normal
Intrathoracic trachea	Mild to severe	Expiratory and low-pitched	Normal (seal-like cough)	Normal

*The quality of the airway noise.

جدول ۵-۱

نوآوران دانش

ارزیابی:

معاینه فیزیکی

مشابه با الگوریتم‌های اورژانس، ابتدا اقدامات ABC باید ارزیابی و انجام شود. اگر بیمار مبتلا به استریدور به درستی ونتیله نمی‌شود، و دچار هایپوکسی شده است، اقدام اورژانس لازم است. شرح حال جهت ارزیابی: زمان شروع علائم، سابقه‌ی آنژیوادم و یا سرطان‌های سروگردن، جراحی سابق سروگردن (تیروئید، تراک، تروما) جسم خارجی احتمالی، عفونت اخیر راه هوایی فوقانی، شرح حال انتوباسیون و سایر علل مرتبط. معاینه: علائم حیاتی از قبیل پالس اوکسی‌متری، بررسی گاز خون شریانی (ABG)، وضعیت صوت، معاینه‌ی دهان و فارنکس، معاینه‌ی توهی گردن، ادم، کریپتاسیون و بررسی تندرنس حائز اهمیت است. در بیمارانی که وضعیت تنفسی آنها اجازه می‌دهد، بررسی نازوفارنگولارنگوسکوپ با فیبر اپتیک، جهت بررسی راه هوایی، وضعت حرکت تارهای صوتی، و سایت‌های احتمالی ادم و توده انجام می‌شود.



تصویربرداری:

رادیوگرافی PA و لترال، ممکن است کمک کننده باشد، اما امروزه توسط CT اسکن و MRI بطور کلی جایگزین شده است. ✓ بطور کلی در بیمار با استریدور حق انجام تصویربرداری را نداریم، مگر این که از حفظ راه هوایی ما مطمئن باشیم.

تست های آزمایشگاهی:

- انجام ABG، ممکن است کمک کننده باشد
- CBC جهت تشخیص بیماری های عفونی مثل سوپراگلوتیت.

اقدامات درمانی:

اهداف درمان:

- ۱- تعیین محل ضایعه.
 - ۲- تعیین درجه انسداد
 - ۳- حفظ راه هوایی
 - ۴- برقراری ونتیلاسیون حالا از طریق انتوباسیون یا از طریق تراک
 - ۵- درمان عامل زمینه ای
- وضعیت آپرایت (Upright) به تنفس کمک می کند.
 - وجود آنژیو ادم با مشاهده تورم زبان ممکن است قابل شناسایی باشد.
 - اگر انجام انتوباسیون انجام پذیر نبود، تراک اقدام بعدی است که باید به شکل Awake انجام شود. چرا که استفاده از فلج کننده ها و شل کننده های عضلانی، می تواند منجر به از دست رفتن راه هوایی شود.
 - در اورژانس وقتی که راه هوایی باید سریعاً برقرار شود، استفاده از کریکوتیروئیدوتومی کمک کننده است. ✓ معمولاً استفاده از انتوباسیون نازوتراکئال فیبروپتیک به شکل هوشیار، اقدام درمانی انتخابی است. ✓ به عنوان پلن بعدی می توان با استفاده از لارنگوسکوپ هولینگر، اقدام به برقراری راه هوایی کرد. معمولاً متخصصین ENT با استفاده از این ابزارها می تواند به راحتی بیمار را انتوبه کنند.
 - اگر در راه هوایی بیمار توده و یا تنگی وجود داشته باشد، استفاده از برونکوسکپی می تواند اقدام تشخیصی و درمانی باشد.
 - همچنین تراکتوتومی، جهت برقراری راه هوایی لازم است که انجام بشود.
 - استراتژی بعدی در موارد نیاز به حفظ راه هوایی و مشکل در انتوباسیون استفاده از سوزن و گاید وایر و ورود کردن آن به داخل غشای کریکوتیروئید و یا تراشه است و سپس اقدامات بعدی باید انجام بشود.
 - تکنیک های دیگری از قبیل لارنژیال ماسک، ویدیو لارنگوسکپی ، انتوباسیون با اندوسکوپ و یا استفاده از روش های مشابه برای این موارد باید در نظر گرفته بشود.
 - بیمار بعد از حفظ راه هوایی باید در ICU بستری شود. مانیتورینگ تنفسی باید حتماً انجام شود.
 - اکسیژن مرطوب بگیرد.
 - وجود گاز هلیوم در ترکیب با اکسیژن (هلیوکس) باید به شکل کوتاه مدت جهت حفظ راه هوایی استفاده شود، این گاز با کاهش ادم راه مخاطی می تواند که به برقراری راه هوایی کمک بکند.
 - استفاده از استروئیدهای داخل وریدی ممکن است که در کاهش ادم راه هوایی در آنژیوم ادم کمک کننده باشد.

نتایج و فالوآپ

بعد از حفظ راه هوایی اقدام درمانی مناسب باید برای علت زمینه‌ای حتماً انجام شود. در صورت وجود عفونت استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های مناسب و در صورت وجود توده انجام بیوپسی و درمان بعدی حائز اهمیت است.

آسیب‌های ناشی از بلع مواد سوزاننده

اپیدمیولوژی:

بروز بلع مواد سوزاننده بین ۵ تا ۱۵ هزار مورد در ایالات متحده تخمین زده می‌شود. ۵۳٪ موارد، شامل کودکان زیر ۶ سال است. حدود تقریباً ۳٪ مرگ به دلیل بلع مواد سوزاننده در بچه‌ها اتفاق می‌افتد.

تظاهرات بالینی:

با آسیب‌های متوسط تا شدید، علائم شامل:

- درد و دیسفاژی در دهان، گردن و قفسه‌ی سینه
- آبریزش از دهان
- عدم توانایی بلع
- سرفه و ویز و استریدوز.

ارزیابی: تعیین نوع ماده‌ی بلعیده شده مهم است. مواد آلكالاین مثل (صابون‌ها و آمونیوم) می‌توانند منجر به نکروز مایعی (liquefaction) شوند و آسیب‌های عمقی به دیواره‌های مری و فارنکس وارد بکنند.

بلع مواد اسیدی، مثل پاک‌کننده‌ها و سفیدکننده‌ها، می‌تواند منجر به نکروز انعقادی شود که این نکروز منجر به آسیب عمیق بافتی نمی‌شود.

✓ سفیدکننده‌های خانگی معمولاً کمتر از ۵/۲۵٪ سدیم‌های پرکلرات دارند که منجر به آسیب‌های خفیف مخاطی می‌شود.

معاینه فیزیکی:

- ارجحیت بررسی راه هوایی و حفظ آن است.
- اگر شواهد آسیب راه هوایی رویت می‌شود انتوباسیون برای پیشگیری از بدتر شدن ادم و تنگی راه هوایی لازم است.
- معاینه سرو گردن و بررسی پوست و مخاطات به لحاظ سوختگی لازم است. تعبیه‌ی کورکوران‌هی NGT ممنوع است.
- تجویز شارکول اندیکاسیون ندارد.
- انجام ازوفاگوسکوپی ظرف ۲۴-۴۸ ساعت اول توصیه می‌شود.

مطالعات آزمایشگاهی:

انجام CBC سایر تست‌های انعقادی لازم.



Table 5.2 Grading of esophageal caustic burns by endoscopic findings

1st degree	Erythema and punctuate hemorrhages Superficial mucosal injury
2nd degree	Ulceration, exudates, pseudomembranes Partial-thickness injury
3rd degree	Eschar, perforation into or through muscular layer Full-thickness injury

جدول ۲-۵: طبقه‌بندی آسیب‌های ناشی از مری

✓ انجام بلع باریوم در فاز حاد اندیکاسیون ندارد اما در فالوآپ جهت بررسی از نظر تنگی‌ها لازم است.

اقدامات درمانی:

- ✓ هیدراسیون
- ✓ استفاده از داروهای بلوک‌کننده‌ی اسید
- ✓ استروئیدها با توجه به احتمال پوشاندن علائم پرفوراسیون توصیه نمی‌شوند آنتی‌بیوتیک‌ها امپایریک تا زمان رد کردن پرفوراسیون
- ✓ مشاوره با جراحی توراکس برای موارد شدید
- ✓ تعبیه لوله‌ی تغذیه‌ای (فیدیدنگ تیوب).

عوارض شامل:

- مدیاستینیت
- پارگی
- شکل‌گیری تنگی‌ها بین ۲۰-۱۰٪
- ✓ تنگی‌ها معمولاً ظرف ۳-۴ هفته ایجاد می‌شوند تست باریوم سوالو نسبت به آندوسکوپی در این موارد بسیار مهم است.

عفونت‌های حنجره

لارنژیت یک واژه‌ی کلی جهت توصیف هرگونه شرایط التهابی در حنجره است. عفونت‌های حنجره ممکن است ویروسی، باکتریال، قارچی، تک‌یاخته‌ای و حتی مایکوباکتریال باشد. شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی شامل لارنگوسکوپی، جهت تعیین تشخیص انجام می‌شود. بررسی وضعیت ایمنی بیمار شرح حال مسافرت و تماس با بیماران از فاکتورهای مهم در بررسی شرح حال است.

اپیدمیولوژی:

- ✓ لارنژیت‌های ویروسی شایع‌ترین فرم لارنژیت هستند. تعیین میزان بروز با توجه به گسترش این بیماری‌ها سخت است.
- ✓ در اطفال لارنژیت ممکن است منجر به سرکوب راه هوایی شود.