

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

آزمون صلاحیت بالینی گوش، حلق و بینی (ENT)

— گردآوری و تالیف —

دکتر عارفه هدایتی

متخصص گوش، حلق و بینی
دارای بورس تخصصی گوش، حلق و بینی

دکتر محمدطاها مهدی عراقی

متخصص گوش، حلق و بینی
دارای بورس تخصصی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



موسسه آموزشی نوآوران دانش‌ماهان
www.noavaranedaneh.ir

فهرست:

فصل اول: شرح حال و آشنایی با وسایل معاینه	۵
فصل دوم: معاینه گوش، گلو، بینی، سر و گردن	۱۱
فصل سوم: اورژانس‌های گوش و حلق و بینی – اپیستاکسی، تروما، راه هوایی	۲۱
فصل چهارم: اقدامات درمانگاهی: برخورد با جرم گوش، بیوپسی بافتی، اپروچ به سرگیجه	۴۱
فصل پنجم: انواع بخیه	۵۱
فصل هفتم: تصویر برداری در سر و گردن	۵۷
نمونه سوالات	۷۴

فصل اول: شرح حال و آشنایی با وسایل معاینه

شرح حال و معاینه فیزیکی

بررسی نکات زیر در یک شرح حال دقیق لازم است

شکایت اصلی

سابقه بیماری فعلی

سابقه پزشکی گذشته

سابقه جراحی گذشته

داروهای فعلی

آلرژی دارویی

تاریخ اجتماعی

سابقه خانوادگی

بررسی سیستماتیک

معاینه‌ی جسمی

آزمایش / تصویربرداری آزمایشگاهی

حدس تشخیصی

برنامه

معاینه فیزیکی

عمومی

- ظاهر کلی بیمار (به عنوان مثال، ظاهر خوب یا بد، ناراحتی حاد)
- علائم حیاتی (دما، ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس، وزن، احتمالاً BMI)
- استریدور، تلاش تنفسی غیرطبیعی / افزایش کار تنفس

سر

- نورموسفالیک، شواهدی از تروما
- شرح هر گونه ضایعات پوستی سر و گردن

گوش

لاله گوش، کانال های گوش، پرده های تمپان، از جمله تست دیاپازونی (Weber)-(Rinne)

بینی

- بدشکلی های خارجی بینی
- رینوسکوپي قدامی با مشاهده ادم، توده، موکوس، چرکی، انحراف تیغه بینی، سوراخ شدن

حفره دهان / اوروفارنکس

- مشاهده هر گونه توده، ضایعات مخاطی، عدم تقارن، وضعیت دندانی، /عدم وجود لوزه ها و ظاهر
- لمس کف دهان و پایه زبان را در نظر بگیرید

• هیپوفارنکس و حنجره

• وجود گرفتگی صدا یا ناهنجاری آوایی

• معاینه مستقیم فیبر نوری یا آینه غیرمستقیم نازوفارنکس، هیپوفارنکس و حنجره

• معاینه حنجره باید به تحرک تارهای صوتی، ضایعات مخاطی و توده ها و همچنین ارزیابی پایه زبان، اپی گлот، چین های صوتی و سینوس های پیریفورم توجه شود.

گردن

• لمس غدد بناگوشی و زیر فکی

• لمس گردن از نظر آدنوپاتی یا توده

• لمس غده تیروئید برای بزرگ شدن یا توده

• عملکرد اعصاب جمجمه ای

وسایل معاینه گوش، گلو و بینی

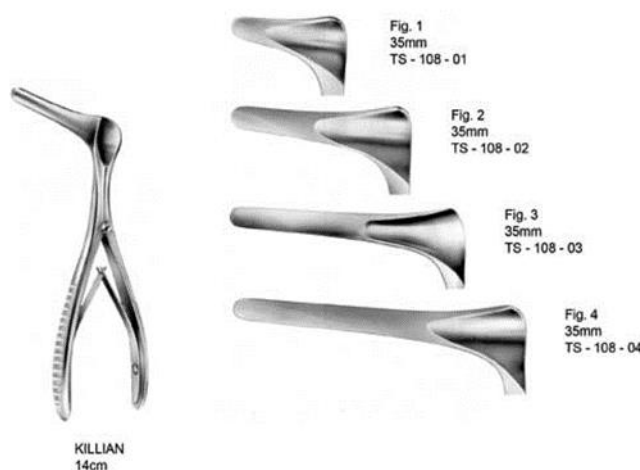
اسپکولوم بینی (Nasal speculum) :

یکی از ابزار های مورد استفاده در عمل های جراحی و معاینات، اسپکولوم است که از آن برای برخورداری از دید بهتر از بافت های درون حفره بینی استفاده می کنند همچنین با کمک آن بافت هایی که محل هایی را پوشش داده اند کنار زده تا دید بهتری بر آن موضع داشته باشند.

اسپکولوم بینی در سایزهای مختلف موجود است. سایز بسیار کوچک برای معاینه اطفال بکار می رود. اسپکولوم های بزرگسالان بر اساس طول تیغه متفاوت هستند و اسپکولوم های کوتاه برای معاینه، و متوسط و بلند برای جراحی استفاده می شود (شکل ۱-۱). دسته ها در کف دست قرار می گیرند و تیغه در داخل بینی به قسمی که یک تیغه در کف و دیگری در بالا باشد، باز می شود. شکل (۱-۲)



شکل ۲



شکل ۱

فصل دوم: معاینه گوش، گلو، بینی، سر و گردن

معاینه دهان و اوروفارنکس

اوروفارنکس از کام نرم تا لبه فوقانی اپی گلوت گسترش یافته و ضایعات دیواره خلفی فارنکس، قسمت انتهایی قاعده زبان و سینوس پریفورم.

برای معاینه درست پس از معرفی کردن خود برای بیمار پروسیجر معاینه را بطور مختصر توضیح داده و حالت احتمالی رفلکس گگ را ذکر میکنیم سپس بیمار رو صندلی مستقیم به پزشک مینشیند و اگر کودک بود همراه روی صندلی نشسته و کودک روی پای همراه قرار گرفته و همراه با یک دست پیشانی و سر بیمار را گرفته و مختصری به طرف بالا و عقب قرار میدهد پس از گذاشتن هدلامپ یا استفاده از چراغ قوه به بیمار میگوییم دهان خود را باز کرده یک دست را روی پیشانی بیمار قرار داده مقداری به بالا میکشیم و معاینات را ابتدا از دیدن و بررسی کامل لثه دندان ها زبان و به تدریج کام ها و ته حلق و ... ادامه میدهیم.

۱- معاینه لب: مشاهده رنگ و میزان خشکی و توجه به هرگونه زخم بریدگی یا هرگونه اسکار و ضایعات تبخالی روی لب و ...
۲. معاینه مخاط بوکال و دهان: بررسی از نظر رنگ طبیعی صورتی تا قرمز کم رنگ و وجود ضایعات پچی و ندول ها و لمس هر گونه ضایعه اولسر بدقت و بررسی کامل با مشاهده و لمس

۳. معاینه زبان و سقف دهان: از بیمار میخواهیم زبان خود را بیرون بیاورد و ابتدا مشاهده ظاهری از نظر وجود ضایعات سطح زبان رنگ و مدل و قرینگی زبان داریم

سپس بوسیله دست راست با دستکش زبان را از نوک گرفته و به آرامی به طرف چپ میکشیم تا اطراف زبان به خوبی مشخص شود سپس با دست چپ تمام سطح زبان لمس و معاینه میکنیم خصوصا اطراف زبان و زیر آن که محل انواع ضایعات کنسری میباشد
۴. معاینه فالارنکس و تونسیل ها: به بیمار میگوییم III بگوید سپس بوسیله اِپسلانگ روی قسمت میانی زبان به طرف پایین فشار آورده و به طرف پایین و عقب فشار میدهیم تا ته حلق به خوبی دیده شود و احتیاط میکنیم تا رفلکس گگ را تحریک نکنیم اوولا را از نظر ظاهری و انحراف از خط وسط به دقت بررسی میکنیم سپس مشاهده ته حلق و تونسیل ها از نظر هرگونه تغییر رنگ شامل قرمز شدن هر گونه چرک اگزودا کراست ممبران زخم و تورم تونسیل ها را داریم

جهت بررسی تونسیل ها کامی از ۲ اِپسلانگ استفاده میکنیم یک اِپسلانگ را با دست چپ روی قسمت لترال و خلفی زبان فشار به طرف پایین آورده و اِپسلانگ راست را بین راموس فوقانی و تونسیل میگذاریم به گونه ای که لبه آن در لترال تونسیل قرار بگیرد و آن را از فوسا آن جا به جا میکنیم تا به خوبی دیده شده و سطح آن و مخاط اطراف آن را از لحاظ رنگ که بطور طبیعی باید صورتی یا زرد کم رنگ باشد و وجود اگزودا چرک و ... بررسی می کنیم. (شکل شماره ۱)



شکل شماره ۱



شکل شماره ۱: معاینه دهان و اوروفارنکس به کمک اِپِسلانگ

معاینه بینی

رینوسکوپي قدامی

رینوسکوپي قدامی با استفاده از یک اسپکولوم بینی، یک منبع نور قوی و یا چراغ پیشانی (هدلایت)، انجام می گیرد. در طی این روش اسپکولوم به داخل دهلیز بینی برده می شود، در حالی که تیغه های آن در کنار هم قرار دارند. نوک اسپکولوم در دهلیز بینی قدری به طرف خارج هدایت می شود. سپس تیغه های اسپکولوم در داخل دهلیز بینی از هم باز و با انگشت سبابه به پره بینی تثبیت می شوند. باید توجه داشت که تیغه ها در جهت عمودی باز شوند تا آسیبی به سپتوم بینی وارد نشود. هنگام بیرون آوردن بهتر است ابزار قدری باز نگه داشته شود تا از درد ناشی از کندگی موها پیشگیری شود. (شکل شماره ۲)



شکل شماره ۲: رینوسکوپي قدامی با اسپکولوم

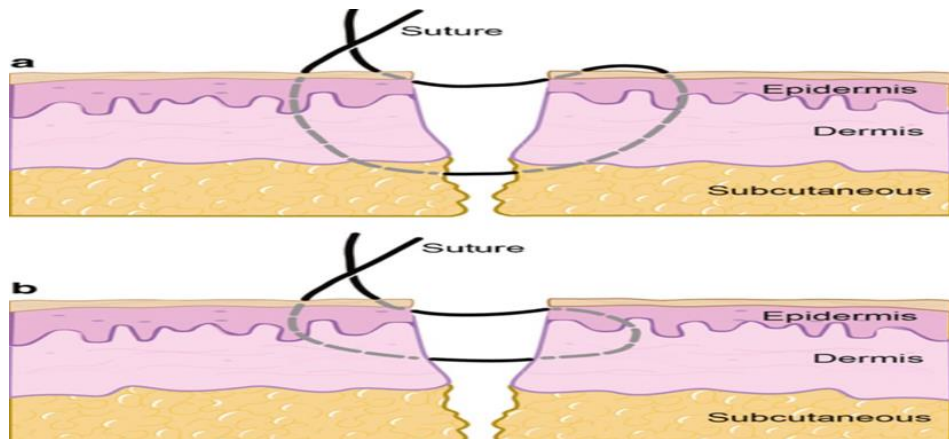
سر بیمار ابتدا در موقعیت عمودی قرار می گیرد تا نگاه معاینه گر به موازات کف بینی و شاخک تحتانی و مئاتوس تحتانی باشد. اگر حفره بینی پهن باشد، در این موقعیت می توان سوراخ های خلفی بینی و دیواره خلفی نازوفارنکس را رویت کرد. جهت مشاهده بخش فوقانی حفره بینی سر بیمار اندکی به عقب خم می شود و بدین ترتیب مئاتوس میانی که اهمیت بالینی بسزایی دارد و همچنین شاخک میانی رویت خواهند شد. اگر سر بیمار بیشتر به عقب خم شود می توان شکاف بویایی را نیز دید.

فصل پنجم: انواع بخیه

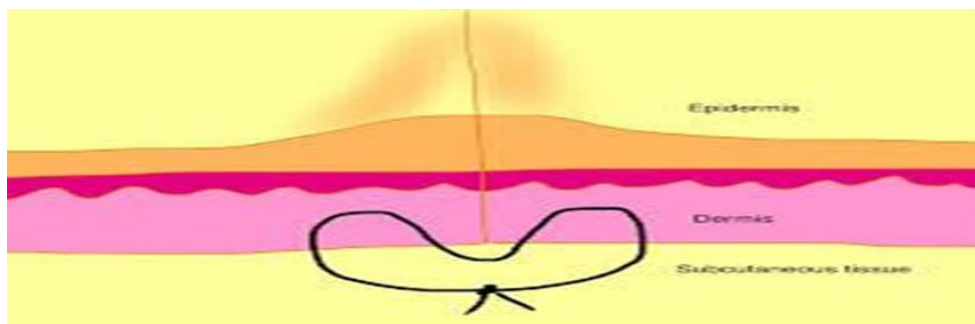
به طور کلی برای سوچور کردن بافتها به ترتیب اقدامات زیر انجام می شود:

- شستشوی دست ها
- ضدعفونی کردن پوست اطراف زخم
- پوشیدن دستکش استریل
- تزریق بی حسی
- شستشوی زخم

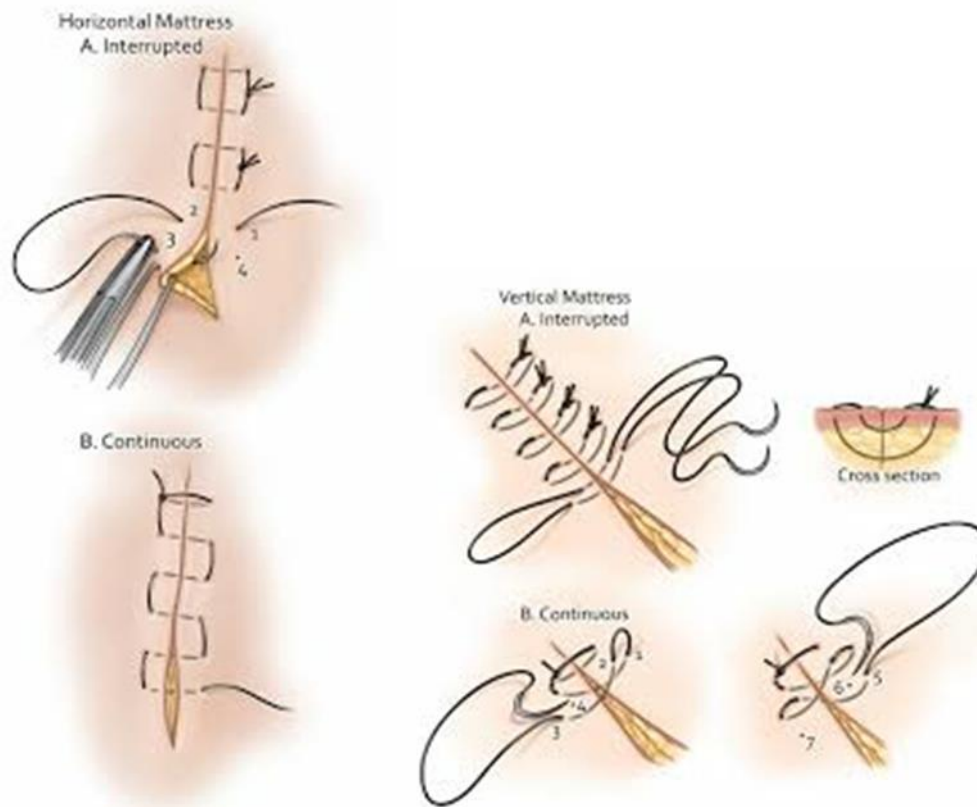
در زخمهای کثیف با احتمال وجود جسم خارجی، جهت بررسی داخل زخم ابتدا چند بار با استفاده از سرم شست و شو می دهیم و سپس مراحل فوق را انجام می دهیم. برای بیحسی با استفاده از لیدوکائین ۲ درصد در لبه های زخم تزریق میکنیم و در صورتی که محل تزریق در انتهاها نباشد (مثلا نوک بینی) تزریق را با اپی نفرین با غلظت یک در صد هزارمخلوط می کنیم. برای ساختن این غلظت کل امپول اپی نفرین که حجم آن یک سی سی است را در سرنگ انسولین می کشیم و یک خط از سرنگ (یک دهم سی سی) را با ده سی سی لیدوکائین ۲ یا ۱ در صد مخلوط می کنیم و خوب تکان می دهیم که محلول یکدست شود. در مواردی که وسعت ناحیه زیاده و امکان بیحس کردن ناحیه از راه بلوک عصبی هست از این روش استفاده می شود. در ناحیه صورت بلوک عصب اینفرآاوربیتال برای بیحس کردن یک سوم میانی صورت استفاده می شود (نحوه انجام آن در ذیل توضیح داده شده است). برای سوچور در ناحیه لاله گوش نیاز به تزریق کامل کل محیط اطراف گوش است، زیرا اوریکل از چندین عصب حس می گیرد و بلوک یک عصب کافی نیست. روش دیگر تزریق در لبه های زخم اوریکل است. مزیت مهم استفاده از بلوک عصبی، بیحس کردن ناحیه وسیع با حجم کم از ماده بیحسی است، زیرا حد اکثر دوز مجاز برای استفاده از لیدوکائین با یا بدون اپی نفرین به ترتیب ۷ و ۵ میلی گرم بر کیلو گرم وزن بدن است. پس از گذشتن زمان ۵ تا ۱۰ دقیقه برای ایجاد بیحسی، و پس از تست ناحیه از نظر مؤثر شدن بیحسی، مجدداً ناحیه را با سرم شست و شو می دهیم و در صورت وجود جسم خارجی آن را خارج می کنیم سپس ست بخیه را باز کرده و با استفاده از بتادین محل زخم را پرپ میکنیم. هنگام شستشوی زخم با محلول بتادین باید از مرکز به محیط شستشو انجام شود، سپس شان پرفوره را در محل زخم قرار می دهیم. مجدداً زخم را از نظر جسم خارجی بررسی کرده و بافت های نکروزه را خارج میکنیم و با توجه به وسعت لشریشن به ترمیم پوست و بافت های زیر جلدی می پردازیم. برای انتخاب نوع نخ و روش سوچور زدن باید به محل ضایعه توجه کرد. در ذیل به نکات مهم در سوچور نواحی مختلف صورت اشاره می شود. هر چه خط ترمیم در جهت خطوط چین و چروک صورت قرار گیرد، احتمال مشخص بودن جای اسکار کمتر است. برای تشخیص این خطوط در فردی که چین واضح در صورت ندارد، باید جهت عمود بر عضله زیرین را انتخاب کرد. نکته دیگر استفاده از تعداد مناسب سوچور است، هر چه فاصله نزدیکتر باشد، ترمیم بهتر است. هر چه لبه های زخم موقع سوچور بیرون زده یا به اصطلاح evert شود، اسکار کمتر می شود. برای تحقق این روش باید سوزن بطور عمود وارد و از زخم خارج شود. در مواردی که تنش زیاد است استفاده از سوچور های ماترس کمک کننده است (شکل ۱). سوچور های غیر قابل جذب صورت باید بعد از ۳-۵ روز کشیده شود. ماندن نخ بخیه احتمال اسکار را بیشتر می کند. در مواردی که عمق زخم زیاد است، باید با نخ قابل جذب قوی تر بسته به عمق دو یا سه لایه (عضله، زیر جلد) زیر را با سوچور بهم رساند تا لبه های پوست بدون تنش کنار هم قرار گیرد و آماده سوچور پوست شود.



set back dermal suture



Vertical mattress suture



شکل ۱: تکنیک های معمول بخیه