

به نام خدا

دانش گاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

گروه آموزشی ENT-HNS

شیوه نامه ارزیابی و راهنمای مطالعه دانشجویان پزشکی عمومی

(کار آموز)

1402

مقدمه

دانشجویان گرامی، پیوستن شما به برنامه آموزشی کارآموزی گوش و حلق و بینی و جراحی سروگردن را تبریک و خیر مقدم عرض می نمائیم.

اهمیت آموزش کارآموزی در بخش گوش و حلق و بینی

هدف ما در گروه گوش و حلق بینی اشنایی با بیماریهای شایع گوش و حلق و بینی و اورژانس های آن و چگونگی برخورد با بیماران به منظور رسیدن به تشخیص صحیح و آگاهی از روش های پیشگیری و اصول درمانی می باشد.

بیانیه رسالت گروه (Mission Statement):

رسالت اصلی رشته ی گوش حلق بینی تربیت نیروهای متخصص کارآمد و متعهد به اخلاق حرفه ای و اجتماعی برای تامین کیفی نیازهای جامعه در زمینه های تخصصی این رشته می باشد. ضمناً در کنار این رسالت مهم این رشته تولید علم در زمینه های مرتبط را نیز راهبری می نماید.

معرفی اعضای هیات علمی:

دکتر میرمحمد جلالی

دکتر شادمان نعمتی

دکتر علی فقیه حبیبی

دکتر سوپل نصیرمحرتم

دکتر ملیحه اکبرپور

دکتر مریم اکبری

دکتر وحید آق ساقلو

عرصه های آموزش بالینی گروه:

آموزش بالینی در بخش گوش و حلق و بینی بر اساس برگزاری برنامه صبحگاهی کنفرانس اساتید و دانشجویان راند بخش حضور در درمانگاه می باشد.

اهداف آموزشی دوره:

اهداف کلی (پیامد های آموزشی):

- کسب مهارت های شناختی و کاربردی در شناخت بیماری ها
- کسب مهارت های لازم در اصول پیشگیری از بیماری ها
- کسب مهارت های لازم در درمان بیماری های شایع در حیطه گوش و حلق و بینی جهت آمادگی به عنوان پزشک عمومی

در حیطه دانش: انتظار می رود در پایان دوره کارورزی و کارآموزی دانشجو:

علائم و شکایات شایع در شرح حال بیماران ENT-HNS را بیان کند و نحوه انجام معاینات فیزیکی را بداند و تشخیص های افتراقی مهم را مطرح کند و گام های ضروری برای رسیدن به تشخیص و مدیریت مشکل بیمار را پیشنهاد دهد.

در حیطه مهارت: انتظار می رود در پایان دوره کارورزی و کارآموزی دانشجو:

پروسیجر های ضروری را با رعایت اصول ایمنی بیمار و تحت نظارت مناسب سطوح بالاتر مطابق ضوابط بخش انجام دهد

در حیطه نگرش: انتظار می رود در پایان دوره کارورزی و کارآموزی دانشجو:

در پایان این بخش کارآموز باید بتواند با مراجعان ، بیماران و کادر درمان به نحو شایسته ارتباط برقرار کند و ویژگی های رفتار حرفه ای مناسب را در تعاملات خود به نحو مطلوب نشان دهد

اهداف اختصاصی دوره (Course Plan):

- با مراجعان، بیماران، کارکنان و سایر اعضای تیم سلامت به نحو شایسته ارتباط برقرار کند.
- ویژگی های رفتار حرفه ای مناسب را در تعاملات خود به نحو مطلوب نشان دهد. در شرایط مختلف بالینی، نشان دهد که مسئولیت پذیری، ورزشی و اعتماد به نفس لازم برای انجام وظایف حرفه ای را به دست آورده است.
- علایم و شکایات شایع مرتبط با حیطه گوش و حلق و بینی را بشناسد
- از بیماران شرح حال دقیق بگیرد و معاینه فیزیکی کامل و متناسب با علایم بیمار انجام دهد.
- بتواند **Problem List** صحیح با توجه به یافته های خود تهیه کند و براساس آن تشخیص های افتراقی مناسب بیان کند.
- اپروچ های متفاوت جهت درمان را بشناسد و به بیمار پیشنهاد کند و در نهایت بهترین اپروچ را برای بیمار متناسب با استانداردهای بخش بالینی محل آموزش، زیر نظر استاد مربوطه، انتخاب کند.
- در بیماران با مشکلات شایع و مهم در این بخش براساس شواهد علمی و گاید لاین های بومی در مورد اقدامات پیشگیری، درمان و توانبخشی در حد پزشک عمومی اطلاعات داشته باشد و و استدلال و پیشنهاد ارزیابی نماید و مراحل مدیریت و درمان مشکل بیمار را بر اساس استانداردهای بخش با نظارت سطوح بالاتر و بر اساس ضوابط بخش انجام دهد.
- با موارد اورژانسی در زمینه **ENT-HNS** آشنا باشد و آنها را تشخیص دهد و اقدامات درمانی مناسب آنها را بداند و قادر به انجام آن در حد پزشک عمومی باشد.
- با نسخه نویسی سنتی و الکترونیک آشنایی داشته باشد و بتواند برای بیماران سرپایی، نسخه صحیح و مناسب بنویسد. (از تداخلات دارویی و عوارض شایع آنها آگاهی داشته باشد).
- موارد نیازمند بستری و مواردی که نیاز به ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی و جراحی های سر و گردن دارد را بدرستی تشخیص دهد.
- در بیماران ارجاعی یا نوشتن پاراکلینیک هایی مثل پاتولوژی یا **Imaging** قادر باشد خلاصه ای کلیدی از مراجعه بیمار و علت درخواست پاراکلینیک یا ارجاع را بنویسد.
- توانایی نوشتن خلاصه پرونده را داشته باشد.

- پروسیجرهای ضروری این بخش, همچون بخیه زدن, گذاشتن شرینگ و تامپون قدامی یا خلفی بینی, انجام FNA و آسپیراسیون آبسه های سطحی مثل پری تانسیلرو... را بتواند با رعایت اصول ایمنی به طور مستقل و تحت نظارت(با توجه به ضوابط بخش) به درستی انجام دهد.
- با انواع Imagingها آشنایی داشته و قادر باشد موارد پاتولوژیک را از غیر پاتولوژیک تشخیص دهد.
- آزمایشات و روشهای رایج تشخیصی در حیطه فعالیت پزشک عمومی و نحوه درخواست و تفسیر نتایج این آزمایشها و روشها را در اختلالات و بیماری های شایع مرتبط با حیطه گوش و حلق و بینی بدانند.
- بتواند وظایف محوله در بخش را انجام دهد و امتحان پایان دوره خود را با حد اقل نمره قبولی(۱۲) پاس نماید.

جزئیات برنامه آموزشی کارآموزی گوش حلق بینی

طول دوره و واحد های درسی:

یک ماه بصورت ۳ واحد بالینی و ۱,۷ واحد تئوری می باشد.

جدول زمانبندی ارائه کارآموزی در بخش ENT					
ردیف	روز	تاریخ	ساعت	ساعت	ساعت
			۸:۳۰-۷:۳۰	۱۰-۸:۳۰	۱۲:۳۰-۱۰
۱	شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۲	یکشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر آق ساقلو skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۳	دوشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۴	سه شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۵	چهارشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر پناهی skill lab) ساعت ۱۰ صبح
۶	پنجشنبه				
۷	جمعه				
۸	شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۹	یکشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر آق ساقلو skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۱۰	دوشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۱۱	سه شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۱۲	چهارشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر رضایپور skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۱۳	پنجشنبه				
۱۴	جمعه				
۱۵	شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۱۶	یکشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر آق ساقلو skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۱۷	دوشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۱۸	سه شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۱۹	چهارشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر پناهی skill lab) ساعت ۱۰ صبح
۲۰	پنجشنبه				
۲۱	جمعه				
۲۲	شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۲۳	یکشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر آق ساقلو skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۲۴	دوشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۲۵	سه شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۲۶	چهارشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر رضایپور skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح
۲۷	پنجشنبه				
۲۸	جمعه				
۲۹	شنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	
۳۰	یکشنبه		گزارش صبحگاهی	کلاس درس	(دکتر آق ساقلو skill lab) ساعت ۸:۳۰ صبح

برنامه های آموزشی:

برنامه های آموزشی عملی: شامل برنامه های آموزشی درون بخشی (راندهای آموزشی، گزارش

صبحگاهی، ژورنال کلاب و Case Report و کلاس های skill lab آموزش درمانگاهی) خواهد بود.

برنامه های آموزش بالینی نظری: که در قالب کلاس های بالینی تئوری و Skilllab تئوری و عملی در

طول دوره ارائه خواهد شد.

✓ ریز برنامه کاراموزان توسط واحد آموزش در ابتدای ورود به بخش به آنها داده می شود.

(کلاس درس هر روز ساعت ۸:۳۰ و بعد از آن کاراموزان براساس تعداد نفرات و گنجایش

بخشها گروه بندی می شوند)

✓✓✓ هر روز بعد از اتمام کلاس تئوری کاراموزان بین

➤ درمانگاه

➤ اورژانس

➤ آندوسکوپی

➤ بخش ها (جهت تمرین شرح حال نویسی) بصورت چرخشی در طول ماه تقسیم بندی می شوند

و روزهای یکشنبه و چهارشنبه skill lab گذاشته می شود.

عرصه های آموزشی:

برنامه های آموزشی دوره به مدت ۳۰ روز در مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین (ع) برگزار خواهد شد.

ساختار کلی دوره آموزشی:

بخش، واحد یا عرصه آموزشی	TASK یا شرح وظایف، کارآموز	پیامدهای مورد انتظار
درمانگاه	اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی از بیماران و ثبت یافته ها در پرونده شان معرفی بیماران به و اتند - مشارکت در ارایه پلن های تشخیصی و درمانی به بیماران	کسب مهارت استدلال بالینی - تصمیم گیری بالینی
بخش های بستری	اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی - نوشتن ON/OFF NOTE - نوشتن Progress note معرفی بیماران به اتند مسوول	کسب مهارت استدلال بالینی - تصمیم گیری بالینی
گزارش صبحگاهی	حضور مرتب و فعال - مشارکت در بحث های به عمل آمده	کسب مهارت های بالینی
کلاس های نظری	حضور مرتب و فعال - مشارکت در بحث های به عمل آمده	ارتقاء دانش پرشکی
مرکز مهارت های بالینی		

برنامه های آموزشی درون بخشی و سرپایی در مرکز آموزشی و درمانی امیرالمومنین (ع)

مدت زمان: چهار هفته

الف: راندهای آموزشی (Teaching Round): در تمامی ایام غیر تعطیل هفته با حضور اتند مسئول، دستیاران، کارورزان و کارآموزان از ساعت ۷ لغایت ۷:۴۵ در بخش مردان و زنان مرکز برگزار خواهد شد.
ج: ژورنال کلاب: که در روز های یکشنبه و سه شنبه از ساعت ۷:۴۵ لغایت ۸:۳۰ در کلاس بخش مردان اجرا خواهد شد.

ه: آموزش درمانگاهی (Ambulatory teaching): که در تمامی روزهای هفته بجز پنجشنبه ها از ساعت ۹:۰۰ لغایت ۱۴:۰۰ در درمانگاه با حضور استاد درمانگاه و دستیاران مربوطه و فراگیران برگزار خواهد شد.

ملزومات دوره و مقررات بخش:
نظام حضور و غیاب فراگیران:

- در دوره کارآموزی، ساعات حضور همه روزه (بجز ایام تعطیل) از ۷ تا ۱۴ است. دانشجویان موظفند نسبت به مستند سازی حضور فیزیکی در دفاتر حضور و غیاب اقدام نمایند. حضور فیزیکی تمامی فراگیران در تمامی برنامه های آموزشی (گزارش صبحگاهی، راند های آموزشی.....) الزامی بوده و ساعت حضورشان در دفاتر ویژه ثبت می شود.

- برای هر کارآموز در طول دوره سه کشیک از ساعت ۱۴ تا ۱۸ گذاشته می شود. کلیه کارآموزان موظفند طبق برنامه در کشیک های تعیین شده حضور فعال داشته باشند.

- ترک بخش به هیچ وجه مجاز نبوده و صرفاً با اجازه کتبی مسئول آموزش پزشکی عمومی و هماهنگی واحد آموزش امکان پذیر می باشد.

انتظارات اخلاق حرفه ای (Professionalism) از فراگیران:

از شما فراگیران گرامی انتظار می رود:

در حوزه نوع دوستی:

- در برخورد با بیماران به تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی آنان توجه داشته باشید.
- در تمامی طول مراقبت از بیماران، وقت کافی صرف کنید.
- به خواسته ها و آلام بیماران توجه داشته باشید.

در حوزه مسوولیت و وظیفه شناسی:

- نسبت به انجام مسوولیت های خود تعهد کافی داشته باشید.
- در تمامی مراحل مراقبت و انتقال بیماران احساس مسوولیت نماید.

- در رابطه با پیشگیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد و بهبود کیفیت زندگی بطور موثر به بیماران و خانواده آنها آموزش دهید.

در حوزه شرافت و درستکاری:

- اطلاعات پرونده بیماران محرمانه است و اطلاعات آن را نباید در اختیار افراد دیگر قرار دهید. (یا نباید اجازه دهید از بخش خارج شوند)

- حریم خصوصی بیماران را رعایت نماید

در حوزه احترام به دیگران:

- نسبت به بیمار و همراهان او، اساتید، دستیاران و سایر اعضای تیم آموزشی و درمانی احترام بگذارید.
- به وقت بیماران، اساتید، سایر اعضای تیم آموزشی و درمانی احترام گذاشته و نظم و ترتیب را رعایت نماید.

- در پوشش و وضعیت ظاهریتان، ملزومات نظام آموزش پزشکی کشور را لحاظ نمایید. (استفاده از روپوش سفید با آرم دانشکده و اتیکت در بخش و درمانگاه الزامی است)

در حوزه تعالی شغلی:

- استانداردها و اصول پرونده نویسی پزشکی (Medical Recording) را رعایت نماید.
- محدودیت های علمی خود را شناخته، در موارد لازم از دستیاران و اساتید کمک بگیرید.
- بطور مرتب در کلیه برنامه های آموزشی گروه حضور فعال داشته و بطور مستمر دانش و مهارت های علمی خود را ارتقاء دهید.

حدود وظایف کارآموز در بخش های مختلف و در مدت کشیک:

- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مشارکت در ارایه پلن های تشخیصی و درمانی و آموزش بیماران و خانواده آنها

- ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش و به همراه دستیار و پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری در صورت لزوم و یا ویزیت بیماران سرپایی در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه پی گیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار

نوشتن یادداشتهای مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on-and off-service notes)

شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس های درس تئوری و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، کلاسهای بالینی، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج در درمانگاه

اخذ نمونه خون شریانی (ABG)-تعبیه سوند فولی- تعبیه NGT-مشارکت در CPR

نظام ارزشیابی دوره

ارزیابی فراگیران

ارزیابی تکوینی در طول دوره (Formative Assessment)

- Tutor report (نظرات استاد و رزیدنت مربوطه)
- کیفیت ثبت داده های پزشکی (Medical Recording)
- التزام عملی به قوانین و مقررات گروه و بخش های مربوطه (حضور مرتب در برنامه های آموزشی.....)
- مشارکت در مراقبت از بیماران
- اخلاق حرفه ای (Professionalism)
- مهارت های ارتباطی و بین فردی و ارتقای حرفه ای مداوم

نحوه ارزشیابی پایان بخش:

۱۳ نمره آزمون کتبی از کلیه سرفصلهای کلاسهای تئوری و skill lab اساتید

۲ نمره شرح حال و کشیک

۳ نمره OSCE

۲ نمره لاگ بوک الکترونیک

نمره کشیک و لاگ بوک در صورت کسب حداقل نمره ۷ از ۱۳ نمره آزمون کتبی برای کارآموز محاسبه می گردد.

استراتژی آموزشی

استراتژی های اجرایی برنامه آموزشی:

در طول دوره بیشتر از استراتژی های SPICES و Community –Oriented Medical Education استفاده می شود. (استفاده از نظرات فراگیران و توسعه آموزش سرپایی)

Instructional Materials: منابع آموزشی:

منابع اصلی برای آزمون:

1. **Ear, Nose, and Throat Diseases With Head and Neck Surgery HNS -Goldenberg**
2. **Decision Making in Ear,Nose,and throat Disorders**
3. **Basic otorhinolaryngology Rudolf2018**

نکات مهم درسی:

بدشکلی های بینی خارجی:

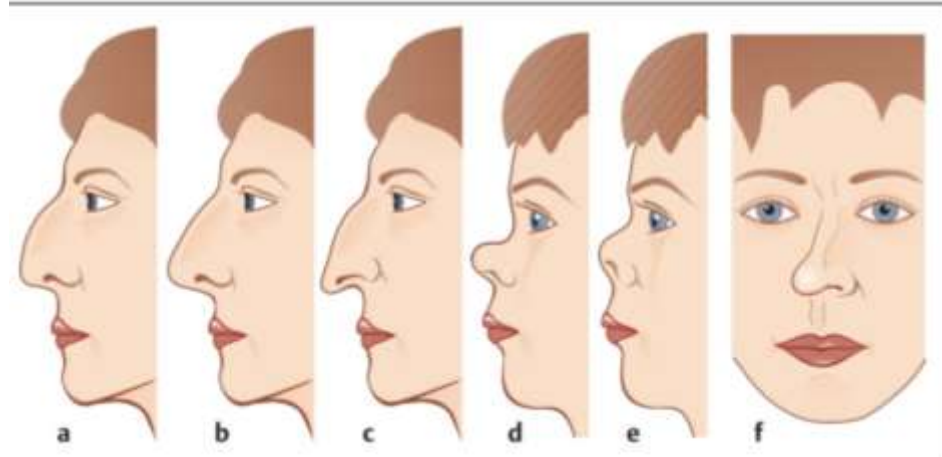
علل و انواع: بدشکلی ها ممکن است مادرزادی بوده یا حاصل ضربه باشند. عملاً همه ساختمانهای استخوانی یا غضروفی بینی خارجی ممکن است درگیر شوند. در بسیاری از موارد یک انحراف تیغه ی همراه وجود دارد.

رایجترین بدشکلی ها عبارتند از بینی کج ، بینی قوزدار، بینی زینی شکل و بینی پهن که ممکن است به تنهایی یا همراه با هم وجود داشته باشند.

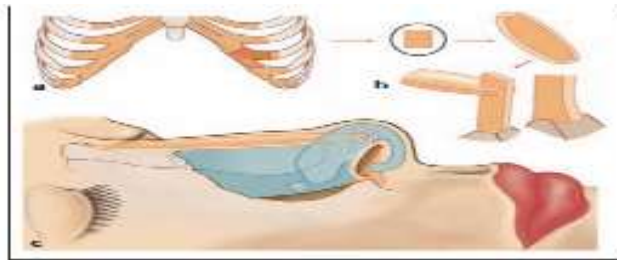
نکته: به دلایل پزشکی قانونی ، همیشه باید قبل از عمل جراحی عکس بیمار در پرونده ثبت شود.

درمان: نظر به اینکه بدشکلی ها بینی خارجی غالباً همراه با تغییرات داخل بینی است. در اکثر بیماران ، جراحی ترمیمی هم به دلیل عملکردی و هم زیبایی ضرورت دارد. درمان انتخابی، سپتورینوپلاستی عملکردی همراه با ترمیم تیغه بینی و بینی خارجی است. در اکثریت بیماران، استخوان بندی بینی باید در محل‌های متعددی بریده شود تا شکل و وضعیت مطلوب بینی حاصل شود. بینی قوزدار نیاز به برداشتن قوز پستی نیز دارد.

ترمیم بینی زینی شکل از طریق پرکردن بدشکلی ها پستی با پیوند غضروفی است که از تیغه بینی، لاله گوش یا دنده گرفته می شود.



a Hump nose. b Overprojecting nose, functional tension nose. c Drooping nasal tip. d Saddle nose. e Short nose. f Deviated nose.



a Harvesting of the transplant.
 b Shaping of a balanced costal graft.
 c Tongue-and-groove connection of the grafts

اپیستاکیسی:

خونریزی بینی ، علامتی نسبتاً متداول و معمولاً بی ضرر است. که ممکن است دلایل طبی مختلفی داشته باشد. با دانستن علل احتمالی پزشک می تواند در موارد خطرناک به نحو مقتضی واکنش نشان

دهد.

علل: خونریزی بینی به دلایل موضعی یا سیستمیک رخ می دهد. علل موضعی احتمالی عبارتند از پرخونی مخاطی به دلیل التهاب حاد، آلرژی و شرایطی که باعث خشک شدن مخاط شده و شکنندگی عروق داخل بینی را افزایش می دهند. دستکاری موضعی نیز می تواند باعث خونریزی بینی شود. که معمولاً در ناحیه کسلباخ اتفاق می افتد. علل موضعی احتمالی دیگر برای خونریزی بینی شامل اختلالات مادرزادی یا اکتسابی تیغه بینی همچون خارها یا برآمدگی های بزرگ روی تیغه بینی است. نهایتاً خونریزی بینی می تواند ناشی از یک سوراخ شدگی تیغه بینی باشد. سوراخ شدن تیغه بینی می تواند به چندین علت اتفاق بیفتد که شکستگی تیغه همراه با سوار شدن عفونت بر روی هماتوم تیغه بینی (آبسه تیغه بینی) ، بیماری خودایمنی (وگنر) انجام سپتوپلاستی قبلی که به سوراخ شدگی مخاطی می انجامد، از آن جمله اند.

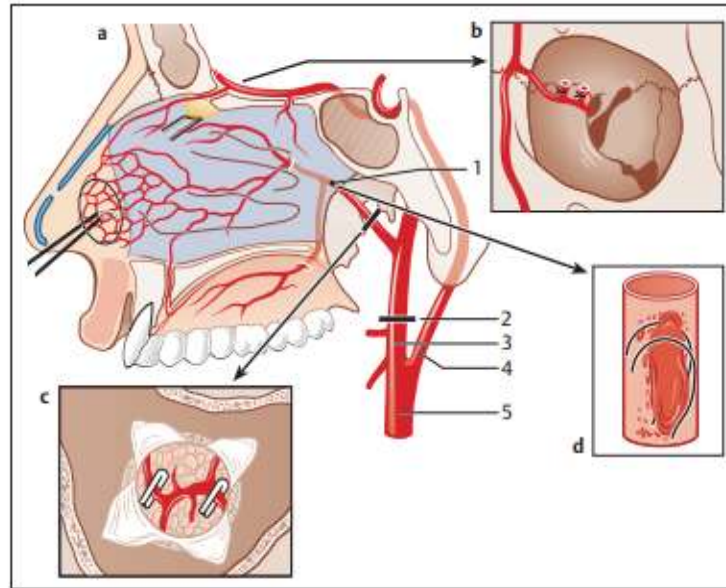
همچنین خونریزی بینی ممکن است علامت یک بیماری سیستمیک زمینه ای باشد. افزون به بیماری های عروقی و گردش خون، نمونه بارز این بیماری ها شامل انواع گوناگون بیماری های خونریزی دهنده، بیماری های عفونی و بیماریهای غدد درون ریز است.

نکات مهم در شرح حال و معاینه فیزیکی :

مقدار خونریزی - کدام سمت خونریزی می کند. مدت زمان خونریزی - اختلالات همراه - کواگولوپاتی -

ضد انعقادها - هایپر تانسیون - تروما - سابقه فامیلی - همودینامیک - محل و وسعت خونریزی

General Etiology	Specific Disorders
Primary mucosal	Mucosal irritation (e.g., cold, dry weather)—generally spontaneous Continuous positive airway pressure Nasal cannula Septal deviation Septal perforation
General systemic	Hypertension Arteriosclerosis Hereditary hemorrhagic telangiectasias (Fig. 47.5) Thrombocytopenia—primary, drug-induced, leukemia/lymphoma Antiplatelet/anticoagulation agent use Chronic liver disease, cirrhosis Chronic kidney disease
Trauma	Digital manipulation Nose blowing Facial or skull base fractures (e.g., anterior ethmoidal arteries) Foreign body Piercings Chemical injury
Iatrogenic	Postoperative from nasal, septal, or sinus surgery (Fig. 47.6) Nasogastric tube placement Nasal packing
Drugs	Topical nasal steroids Saline sprays Cocaine abuse
Infectious	Viral, bacterial, and fungal rhinosinusitis
Inflammatory	Granulomatosis with polyangiitis (Wegener) Sarcoidosis Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss)
Neoplastic	Hemangioma (Fig. 47.7) Pyogenic granuloma (Fig. 47.8) Papilloma—inverted, squamous Juvenile angiofibroma (Fig. 47.9) Malignancy—carcinomas, sarcomas, and lymphomas
Hematologic	Hemophilia Von Willebrand disease



Sites for ligation in severe epistaxis. a Overview. 1, Internal maxillary artery; 2, ligation of the external carotid artery; 3, external carotid artery; 4, internal carotid artery; 5, common carotid artery. b Ligation or embolization of the ethmoidal arteries. c Ligation or embolization of the internal maxillary artery or sphenopalatine artery in the pterygopalatine fossa. d Embolization with a coil

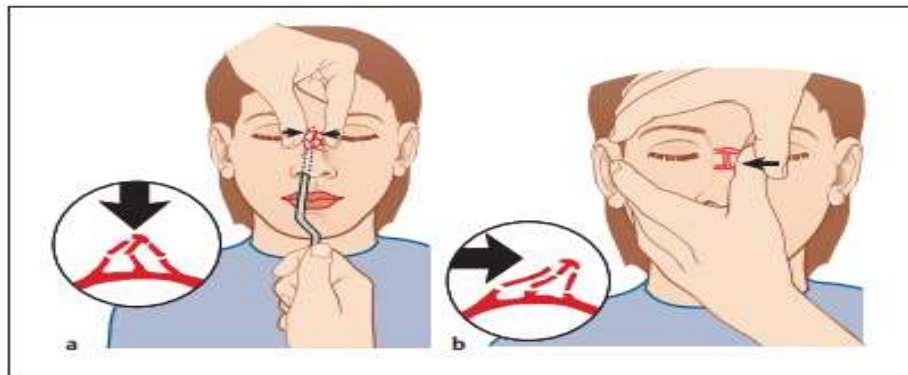
شکستگی بینی:

شکستگی هرم بینی : هرم بینی به دلیل بی حفاظ بودن محل قرارگیری اش، مستعد شکستگی است. شکستگی ها براساس آسیبهای همزمان بافت نرم به نوع باز و بسته طبقه بندی می شوند.

اقدامات تشخیصی : مشاهده ممکن است انحراف واضح بینی خارجی یا یک فرورفتگی حاد را در دیواره جانبی بینی نشان دهد. تورم بافت های نرم پیرامونی نیز وجود دارد. که معمولاً ناشی از هماتوم است. برای بررسی آسیبهای همزمان مخاطی خصوصاً برای ارزیابی تیغه بینی که ممکن است آن نیز

شکنده باشد مشاهده داخل بینی توسط رینوسکوپ یا اندوسکوپ انجام می شود. یک کریپتاسیون که در زمان لمس مشخص می شود، شک به شکستگی را تایید میکند. اقدامات تشخیصی بیشتر شامل پرتونگاری از بینی در نمای جانبی و نمای استاندارد سینوسها برای ترد کردن درگیری استخوانی قسمت‌های جانبی میانی صورت است.

آسیب‌های استخوانی هرم بینی هنوز در طی ورزشی و حوادث رانندگی به صورت شایعی رخ می دند. اغلب این آسیبها به صورت شکستگی های بسته اند. به دلیل تورم بافت نرم ناشی از هماتوم، یافته ها ممکن است در ابتدا گول زننده باشند.



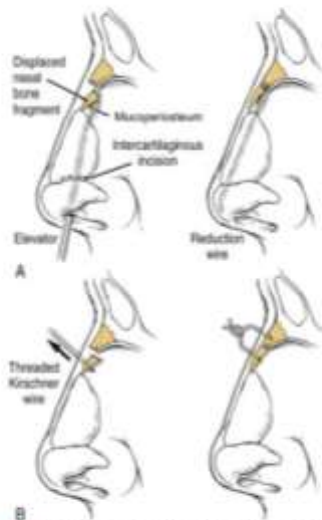


FIG. 30.14 Alternative nasal reduction methods. (A) After a mucoperiosteal tunnel is developed beneath the nasal bone, a temporary wire is placed under the reduced fragment. (B) Percutaneous Kirschner wires secure the mobile fragment to stable bone after reduction.

رینیت حاد :

رینیت حاد شایعترین بیماری عفونی است. نظر به فراوانی رینیت حاد و این حقیقت که این بیماری باعث ایجاد ایمنی پس از ابتلا به عفونت نمی شود، اهمیت عمده ای را از نظر همه گیری شناسی و اقتصادی به خود اختصاص می دهد.

علت و مکانیسم آسیب زایی، رینوویروس ها و کروناویروس ها تقریباً نیمی از ارگانیسم های دخیل در ایجاد رینیت ویروسی حاد را تشکیل می دهند. دیگر عوامل بیماری زا و ویروس های آنفلوانزا و آدنوویروس ها هستند. این عفونتها از راه هوا انتقال پیدا می کنند. تماس با سرما و دیگر عوامل محیطی قادر است آسیب پذیری میزبان را نسبت به عفونت افزایش دهد. دوره نهفتگی سه تا هفت روز است.

رینیت آلرژیک :

التهاب آلرژیک مخاط از طریق یک واکنش فوری دستگاه ایمنی به واسطه IgE نسبت به هر کدام از مواد خارجی به ویژه دانه های گرده و مواد آلرژی زای حیوانی به راه می افتد. رینیت آلرژیک به انواع فصلی و دائمی طبقه بندی می شود. علائم بالینی شامل گرفتگی بینی - حملات عطسه - ترشح آبکی بینی و خارش بینی و چشم ها است.

بهترین روش درمانی:

اجتناب از تماس با ماده آلرژی زا یا حذف مواد آلرژی زا از محیط است. رینیت غیراختصاصی ، التهاب مزمن مخاط بینی می تواند علل زمینه ای گوناگونی داشته باشد. علاوه بر التهابهای حاد راجعه با صدمات تدریجی به مخاط، رینیت غیراختصاصی می تواند از طریق تغییرات آناتومیک (مانند انحراف بارز تیغه بینی) با دیگر ضایعات حفره بینی (پولیپ ها و تومورها) و نازوفارنکس (آدنوئید) ایجاد شود. عوامل طبیعی مانند قرار گرفتن در معرض حداکثر اختلاف درجه حرارت یا مواد آلوده کننده هوا نیز می توانند چنین وضعیتی را ایجاد کنند. علائم بالینی: گرفتگی بینی و ترشح موکوس از بینی - صاف کردن مکرر گلو- خشونت صدای گهگاهی - درمان: مهمترین مرحله ، برطرف کردن علت بیماری با حذف محرکهای مزمن از محیط یا از طریق اصلاح هرگونه بیماری داخل بینی به وسیله جراحی (مانند سپتوپلاستی) است. اقدامات حمایتی همچون داروهای ضد احتقان فقط تاثیر موقتی دارند.

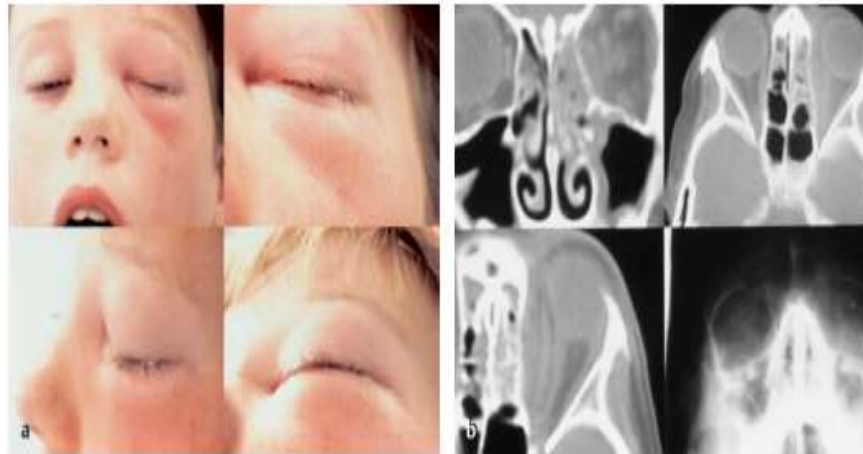
Table 2.5 Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines classification of rhinitis

Infectious	Viral, bacterial or due to other pathogens
Allergic	Intermittent, persistent
Occupational (allergic and nonallergic)	Intermittent, persistent
Drug-induced	Intolerance of acetylsalicylic acid or other drugs
Hormonal	
Other causes	Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome (NARES), irritants, foodstuffs, emotional factors, atrophy, gastro-esophageal reflux
Idiopathic	

رینوسینوزیت کودکان:

شایعترین عامل ریسک برای رینوسینوزیت کودکان بیماری ویروسی و رینیت آلرژیک می باشد. مهد کودک بیماری ویروسی را در اطفال کمتر از ۳ سال ۲ تا ۳ برابر افزایش می دهد. رینیت آلرژیک در کودکان مبتلا به رینوسینوزیت مزمن بسیار شایع است. دود سیگار و ریفلاکس معده به مری به عنوان عامل خطر بالقوه، بویژه در کودکان کمتر از ۳ سال محسوب می شوند. سینوزیت در کودکان مبتلا به آسم و فیبروز کیستیک و نقص ایمنی شایع تر است. علائم و نشانه های سینوزیت در یک کودک نسبتاً مبهم و غیراختصاصی است. شایعترین علائم در کودکان سرفه شبانه، احتقان مزمن، بدخلقی و خستگی می باشد. به طور کلی، تشخیص سینوزیت از نظر بالینی هنگامی صورت می گیرد که علائم و نشانه های یک عفونت مجرای تنفسی فوقانی فواید از یک دوره معمول سرماخوردگی (۷ تا ۱۰ روز) ادامه یابد. سینوزیت در اطفال اساساً یک تشخیص بالینی است. اما تصویربرداری می تواند در تایید یا

رد تشخیص سودمند باشد. سی تی اسکن روش تصویربرداری انتخابی جهت نشان دادن وسعت بیماری و آشکار ساختن هر نوع گسترش مشکوک به اطراف مانند مغز و اربیت است. رادیوگرافی ساده لترال گرافی در نشان دادن اندازه آدنوئید و مشاهده مستقیم آدنوئید از طریق اندوسکوپی ترانس نازال نیز ممکن است مفید باشد.



شایعترین ارگانیسْم‌هایی که باعث ایجاد رینوسینوزیت حاد و تحت حاد در اطفال می شوند استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس است. آموکسی سیلین هنوز هم داروی انتخابی اولیه است.

در مواقعی که شواهدی از انتشار عفونت به ساختمان های مجاور از جمله آبنه ساب پریوست یا آبنه اپیدورال وجود دارد، سی تی اسکن اندیکاسیون پیدا می کند. هنگامیکه آدنوئیدهای بزرگ در معاینه فیزیکی یا تصویربرداری مشخص شوند اولین انتخاب جراحی در بیمارانیکه درمان طبی در آن ها با شکست مواجه گردیده، آدنوییدکتومی است.

نکات مهم شرح حال و معاینه فیزیکی :

عوامل خطر: بیماری ویروسی- رینیت آلرژیک - تماس با دود سیگار- آسم- ریفلاکس- نقص ایمنی
- فیبروز کیستیک

رینوسینوزیت قارچی:

التهابات سینوس معمولاً همراه با رینیت ایجاد می شوند و بنابراین اصطلاح رینوسینوزیت اغلب برای این اختلالات به کار می رود. رینوسینوزیت قارچی براساس وضعیت ایمنی میزبان خود را به شکلهای متمایزی نشان میدهد. بیماران دارای نقص ایمنی در معرض بیشترین خطر برای سینوزیت قارچی تهاجمی می باشند. در مقابل، بیماران دارای Fungus balls ممکن است برای ماهها تا سالها بدون علامت باشند. رینوسینوزیت قارچی آلرژیک یک تظاهر غیرتهاجمی است که در اثر حساسیت بیش از حد میزبان نسبت به قارچ به وجود می آید.

علائم سینوزیت قارچی تهاجمی امکان دارد جزئی باشد. انواع مختلفی از قارچها قادر به ایجاد سینوزیت تهاجمی می باشند که شایعترین آنها اسپرژیلوس و موکورمایکوز می باشند. بیماران را باید از نظر وجود آروزیون در کام، اختلال بینایی، کاهش حرکات چشمی، نکروز بینی، بی حسی صورت مورد ارزیابی قرارداد مبتلایان به دیابت و افراد نقص ایمنی در خطر ابتلا به موکورمایکوز می باشند.

در بیمارانیکه دارای علائم سینوزیت مزمن می باشند و هیچگونه اختلال ایمنی ندارند ممکن است، fungus balls و رینوسینوزیت قارچی آلرژیک مطرح باشد. توده های قارچی (fungus balls) غالباً بدون علامتند اما امکان دارد باعث ایجاد درد در صورت شوند.

در آزمایشات خون مبتلایان به رینوسینوزیت قارچی آلرژیک ممکن است ائوزینوفیلی دیده شود. میزان ایمونوگلوبولین تام IgE همراه با 2gE و IgG اختصاصی قارچ معمولاً در رینوسینوزیت قارچی آلرژیک افزایش می یابد.

درمان سینوزیت قارچی مهاجم شامل اصلاح نقص ایمنی، دبریدمان جراحی و تجویز داروهای ضد قارچ براساس جواب کشت می باشد.

نکات مهم شرح حال و معاینه فیزیکی :

اختلال ایمنی: دیابت - پیوند اعضا- لوسمی - ایدز- مصرف کورتون

علایم حاد: اروزیون کام- انسداد بینی- پولیپ بینی

سینوزیت قارچی : علایم حاد: نقص ایمنی ← حاد تهاجمی

➤ کشت و رنگ آمیزی فوری ← قارچ و بیوپسی

- دبریدمان جراحی

- داروهای ضد قارچ

- اصلاح نقص ایمنی

اختلالات شنوایی حسی عصبی (SNHL)

نکات:

- کاهش شنوای بصورت ناگهانی امکان دارد در خلال چند دقیقه تا چند ساعت یا فوراً رخ دهد. کاهش شنوایی حاد در اثر ترومای صوتی می تواند یک یا دوطرفه باشد که تاریخچه مشخص همراه با کاهش شنوایی متعاقب آن وجود دارد ووزوز گوش اغلب با کاهش شنوایی همراه است . یک جز هدایتی نیز امکان دارد وجود داشته باشد . قرار گرفتن در معرض صدا اغلب با کاهش شنوایی در فرکانس ۴ کیلو هرتز همراه می باشد.

- بارو تروما یا به علت پارگی لایبرنت غشایی یا ایجاد فیستول پری لنفاتیک به اختلال شنوایی حسی عصبی منجر می شود.
- ترومای شدید امکان دارد سبب ایجاد SNHL و سایر صدمات حاد گردد. پس از تثبیت شرایط بیمار در درمان سایر جراحات، سی تی اسکن با قدرت تفکیک بالا از استخوان تمپورال جهت ارزیابی ترومای لایبرنت اندیکاسیون دارد. مداخله جراحی برای صدمات نظیر تروما به عصب صورتی یا نشت مایع مغزی نخاعی ممکن است لازم باشد.
- کاهش شنوایی ممکن است بعد از جراحی بر روی گوش رخ بدهد. کاهش سریع شنوایی مطرح کننده تروما به لایبرنت است و امکان دارد هنگام برداشتن کلستاتوم یا بافت گرانولوم در اطراف استخوان رکابی پیش آید.
- بیماری منیر به طور مشخص دوطرفه است اما می تواند یکطرفه هم باشد. تشخیص با شناخت علائم کلاسیک بیماری شامل کاهش شنوایی نوساندار، وزوز گوش ، احساس پری در گوش و سرگیجه آسان می شود. اگر بیمار به درمان پاسخ ندهد، بررسی علل دیگر شنوایی حسی عصبی نوساندار اندیکاسیون پیدا میکند. انجام ازمونهای سرولوژی برای بررسی FTA,ABS ، آلرژی و بیماری خود ایمنی مقتضی است.
- اگر کاهش شنوایی نوساندار با فرکانس بالا یا صاف باشد، اختلال شنوایی با واسطه ایمنی باید مورد نظر قرار بگیرد و درمان با دوز بالای کورتون اندیکاسیون دارد.
- اگر معاینه فیزیکی شواهدی از بیماری حاد یا مزمن گوش را نشان ندهد، علل ویروسی یا عصبی یا عروقی باید مدنظر گرفته شود.
- اتوتوکسیسیتی با داروهای آمینوگلیکوزیدها، دیورتیک و کنین و داروهای شیمی درمانی می تواند منجر به کاهش شنوایی عصبی دو طرفه شود.

- پیرگوشی باعث ایجاد شیب روبه پایین یا کاهش شنوایی حسی عصبی صاف همراه با توانایی خوب در تفکیک گفتار می شود.

- بیماریهای با واسطه ایمنی و واسکولیت ها می توانند با اختلال شنوایی عصبی یا ۲ طرفه همراه باشند.

کاهش شنوایی هدایتی (CHL)

نکات:

- در شرح حال بیمار شروع ناگهانی، مدت، پیشرونده بودن، ترشح از گوش، سابقه تروما، وزوز گوش، سرگیجه، سابقه فامیلی کاهش شنوایی درمان شده با جراحی اطلاعات مفیدی را فراهم می کند.

- در معاینه گوش باید لاله گوش و مجرای شنوایی خارجی معاینه شوند. آزمون دیپازونی در تایید وجود کاهش شنوایی و تخمین وسعت آن اهمیت دارد.

- ادیوگرام برای تعیین انواع و میزان کاهش شنوایی لازم است.

- آزمون تفکیک گفتار (Speech ch discrimination) به ویژه در جراحی اهمیت پیدا می کند.

- آترزی مادرزادی را می توان با استفاده از یک سمعک استخوانی یا جراحی کانال مبتلا و تمپانوپلاستی درمان کرد.

- پارگی پرده صماخ می تواند خشک یا همراه با ترشح از گوش باشد. اگر گوش فاقد کلستاتوم بود و زنجیره استخوانی سالم بود و پارگی پرده از نوع خشک بود کاهش شنوایی انتقالی را می توان با تمپانوپلاستی ترمیم کرد.

- وجود یک پرده صماخ سالم همراه با کاهش شنوایی انتقالی نیازمند ارزیابی بیشتر محل پرده صماخ و وضعیت فضای گوش میانی می باشد.

- کاهش شنوایی انتقالی همراه با رتراکسیون پرده ممکن است با تهویه گوش میانی برطرف شود. اگر این روش موفقیت آمیز باشد می توان از لوله های میرنگوتومی استفاده کرد.

- در بیماری که از دوران کودکی دچار کاهش شنوایی هدایتی باشند، باید به فیکس شدن مادرزادی زنجیره جانبی یا پایه استخوان رکابی مشکوک شد. این حالت می تواند یک یا دو طرفه باشد. دوطرفه بودن انجام سی تی اسکن را ایجاب می نماید. کاهش شنوایی هدایتی با پیشرفت آهسته و بدون وجود شواهد بیماری گوش میانی مطرح کننده اتواسکلروز است. در موارد کاهش شنوایی هدایتی بدون وجود بیماری قابل توجه گوش میانی درمان شامل تحت نظر بودن ، سمعک یا جراحی می باشند.

نکات مهم شرح حال و معاینه فیزیکی :

شروع یک طرفه یا دوطرفه- جراحی قبلی- عفونت تنفسی اخیر- ترومای اخیر- عفونتهای گوش-

اتور- وزوز گوش- سرگیجه - تاریخچه فامیلی

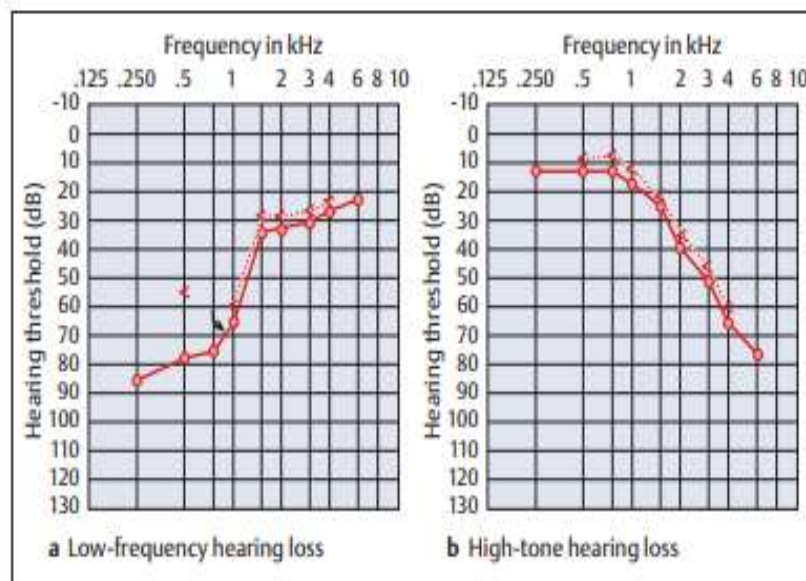


Fig. 1.46a-d Audiograms showing sensorineural hearing loss.

⚡ = no response

Table 1.20 Synopsis of hearing disorders and their treatment

Anatomic substrate	Function	Type of disorder	Effect on hearing	Treatment	Prognosis for auditory rehabilitation
<i>Conductive hearing loss (middle ear)</i>					
Middle ear	Conduction	Discontinuity due to infection of the ossicular chain, ventilation disorders of the middle ear, or stiffening of the ossicular chain and the tympanic membrane with increasing acoustic resistance—i.e., increased impedance	Quantitative hearing loss due to mechanical loss of sound energy	Surgery or a hearing aid	Good
<i>Sensorineural hearing loss (inner ear)</i>					
Inner ear	Mechanical frequency analysis, stimulus transformation of a mechanical into a bioelectrical stimulus, and possibly coding	Destruction of the sensory cells in the inner ear due to traumatic, vascular, metabolic, toxic, or inflammatory damage	Quantitative hearing loss combined with a qualitative worsening of speech intelligibility, due to loss of frequency analysis and stimulus transformation coding; distortion effect due to recruitment	Hearing aid, hearing training, and lip reading. Trial of medical treatment	Relatively good. Depends on the degree of hearing loss
Peripheral neuron	Coding, transmission of nerve impulses; lateral inhibition and interneural inhibition ensure acoustic selectivity	Degeneration of the peripheral neuron due to inflammatory, vascular, traumatic, or metabolic injury	Quantitative and qualitative deterioration of hearing for speech due to abnormal coding, loss of neurons, unsatisfactory selectivity, and inability to discriminate	Hearing aid, hearing training, and lip reading	Doubtful
<i>Auditory perception (central)</i>					
Central auditory pathways and centers	Integration—i.e., assembly of individual nervous impulses in a functional modulated activity; storage of auditory memory; decoding of acoustic information	Degeneration of the central pathways and the ganglion cells in the primary and secondary hearing centers due to inflammatory, vascular, traumatic or metabolic lesions	Mainly complete loss of the information content due to unsatisfactory integration and decoding of the acoustic signal. Partial loss of the auditory memory. The final phase is complete central deafness	Hearing aid useless. In selected cases, hearing training or lip reading	Poor

- بیماری التهابی غدد بزاقی
- سیالوآدنیت حاد (Acute Sialadenitis)
- ✓ Viral
- ✓ Bacterial
- شایعترین علت سیالوآدنیت حاد ویروسی:
- mumps / از خانواده پارامیکسوویروس
- ✓ کیس تیپیک آن با تورم حاد و دردناک و منتشر پاروتید همراه با ادم مشخص می شود (hamster cheeks)
- ✓ درمان آن حمایتی
- دومین علت شایع سیالوآدنیت حاد ویرال، سایتومگالوویروس (CMV) می باشد.
- سیالوآدنیت حاد باکتریال:
- ✓ معمولاً در غده پاروتید می باشد و شایعترین علت آن کاهش بزاق است. در بیماران دهیدراته دیده میشود.
- ✓ در موارد درگیری غده ساب مندیبولار، علت آن انسداد است.
- ✓ جرم شایع در آن: استافیلوکوک آروئوس می باشد.
- ✓ علائم: تورم، درد، اریتم پوست و تندنس، پیشرفت به سمت آبسه
- ✓ درمان: جایگزینی مایعات، آنتی بیوتیک، ترکیبات تحریک کننده ترشح بزاق، درناژ جراحی (در صورت آبسه)



Table 6.4 Types of sialadenitis

Acute sialadenitis

Viral:

- Mumps
- Cytomegalovirus (ص 6.3)
- Coxsackievirus, echovirus, parainfluenza viruses, influenza

Bacterial:

- Acute suppurative parotitis
- Obstructive (electrolyte) sialadenitis

Chronic sialadenitis

Chronic recurrent parotitis

Chronic recurrent sialadenitis of the submandibular gland, sclerosing sialadenitis (Küttner's tumor):

Radiation sialadenitis

Immune sialadenitis:

- Myoepithelial (Sjögren's syndrome)
- Epithelioid cell (Heerfordt's syndrome; ص 6.4)

Infectious granulomatous sialadenitis (ص 6.4):

- Tuberculosis
- Actinomycosis
- Syphilis

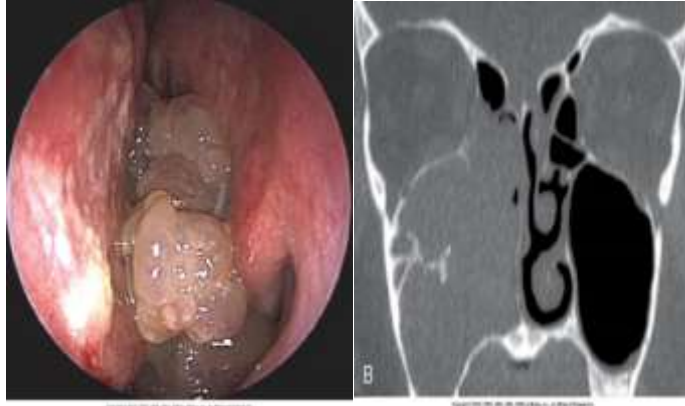
❖ **تومورهای پوستی قسمت خارجی بینی و صورت**

- **Benign**: مهمترین آن رینوفیما است که هایپر پلازی بافت همبند و سباسه می باشد.
- **Precancerous lesion** : شامل actinic keratosis ، Bowens disease ، malignant lentigo ، cutaneous horn. می باشند.
- **Malignant tumor** : شامل SCC ,BCC یا (Spindle cell carcinoma) ، ملانوم ، sarcoma و ...

✓ شایعترین بدخیمی های صورت منشا اپی تلیالی دارند.
 BCC و SCC شایعترین کارسینوم در ناحیه صورت می باشند.

❖ **تومورهای حفره بینی و سینوسهای پاراناژال**

- **تومورهای خوش خیم:**
- **Papilloma** شامل ۳ فرم می باشد: Inverted(شایعترین), Exophytic , Oncocytic(نادرترین)
- ✓ **Inverted papilloma** : شایعترین تومور خوش خیم نیازمند جراحی. در مردان شایعتر. میتواند لوکال مهاجم باشد، ریسک ترانسفورماسیون یا همراهی با SCC دارد , نواحی هایپر استوز فوکال در CT scan کمک به تشخیص منشا تومور. درمان انتخابی آن جراحی



Osteoma ✓

۳ فرم دارد: Ivory, Spongiform, Mixed

شایعترین تومور خوش خیم سینوس، معمولاً به صورت توده ایزوله در سینوس اتموئید و فرونتال / درمان در صورت علامت دار بودن، به صورت رزکسیون جراحی (اندوسکوپیک یا اکسترنال یا ترکیب هر دو) می باشد.



• تومورهای بدخیم:

✓ شایعترین آنها SCC ، آدنوکارسینوما و آدنوئیدکیستیک کارسینوما

Table 3.4 Classification of sinonasal tumors according to the Union for International Cancer Control (UICC) system

Maxillary sinus	
T1	Mucosa
T2	Bone erosion/destruction, hard palate, middle nasal meatus
T3	Posterior bony wall of maxillary sinus, subcutaneous tissues, floor/medial wall of orbit, pterygoid fossa, ethmoid sinus
T4a	Anterior orbit, cheek skin, pterygoid plates, infratemporal fossa, cribriform plate, sphenoid/frontal sinus
T4b	Orbital apex, dura, brain, middle cranial fossa, cranial nerves other than V2, nasopharynx, clivus

Nasal cavity and ethmoid sinus	
T1	One subsite
T2	Two subsites or adjacent nasoethmoidal site
T3	Medial wall/floor of orbit, maxillary sinus, palate, cribriform plate
T4a	Anterior orbit, skin of nose/cheek, anterior cranial fossa (minimal), pterygoid plates, sphenoid/frontal sinus
T4b	Orbital apex, dura, brain, middle cranial fossa, cranial nerves other than V2, nasopharynx, clivus
All sites	
---	---
N1	Ipsilateral single ≤ 3 cm without ENE
N2	- Ipsilateral single $> 3-6$ cm without ENE - Ipsilateral multiple ≤ 6 cm without ENE - Bilateral, contralateral ≤ 6 cm without ENE
N3	ENE-positive, or > 6 cm without ENE

Abbreviation: ENE, extranodal extension.

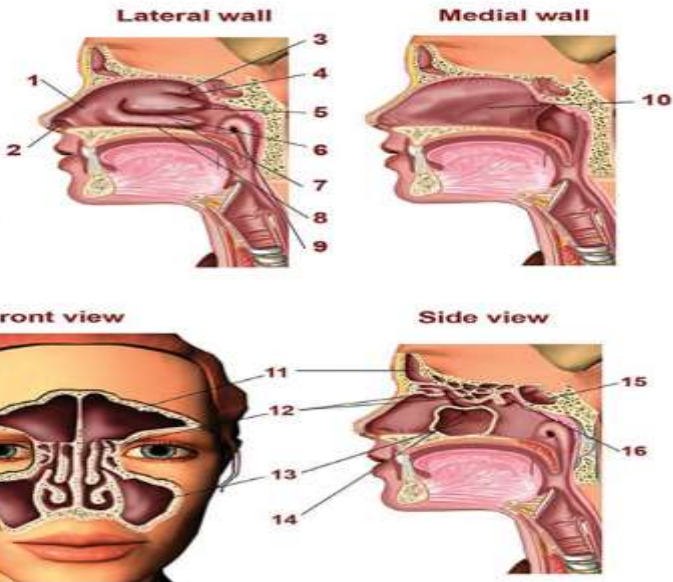
✓ شایعترین محل تومور: حفره بینی و سینوس ماگزیلاری

❖ سینوس



NOSE & SINUSES Support Card

1. Nasal cavity
2. Vestibule
3. Superior turbinate
4. Upper meatus
5. Middle turbinate
6. Middle meatus
7. Inferior turbinate
8. Inferior meatus
9. Opening of Eustachian tube
10. The middle of the nose (or medial wall of each sinus) is the nasal septum.
11. Frontal air sinus
12. Ethmoid sinus cells
13. Maxillary sinus
14. Opening maxillary sinus
15. Sphenoid sinus
16. Opening to sphenoid sinus



Blue Tree Publishing, Inc. 8527 162nd St NW Edmonds, WA 98026 USA 425-210-4743 www.bluetreepublishing.com

رینوسینوزیت حاد:

- ✓ اکثر موارد ناشی از علل ویروسی
- ✓ جرمهای باکتریال در ۱۵٪-۲۰٪ موارد ، هموفیلوس آنفلوانزا و پنوموکوک ، موراکسلا کاتارالیس

IDSA guidelines recommend a diagnosis and antibiotic ✓

treatment if:

- there is “onset with ‘persistent’ symptoms or signs compatible with acute rhinosinusitis lasting for 10 days” ✓
- Onset with ‘severe’ symptoms or signs of high fever 39°C or higher ✓
- purulent nasal discharge or facial pain lasting for at least 3 to 4 days at the beginning of illness; or onset with ‘worsening’ symptoms or signs such as new onset of fever, headache, increase in nasal discharge following typical viral symptoms that lasted 5 to 6 days and were improving ✓

تعریف بالینی رینوسینوزیت حاد و مزمن با و بدون پولیپ

○

3.14 Clinical definition of acute and chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps
(source: Fokkens et al 2012)

Rhinosinusitis in adults
Rhinosinusitis in adults is defined as inflammation of the nose and the paranasal sinuses characterized by two or more symptoms, one of which should be either nasal blockage/obstruction/congestion or nasal discharge (anterior/posterior nasal drip):

- with or without facial pain/pressure
- with or without reduction or loss of smell

and either endoscopic signs of:

- nasal polyps, and/or
- mucopurulent discharge primarily from middle meatus, and/or
- edema/mucosal obstruction primarily in middle meatus

and/or CT changes:

- mucosal changes within the ostiomeatal complex and/or sinuses.

Rhinosinusitis in children
Rhinosinusitis in children is defined as inflammation of the nose and the paranasal sinuses characterized by two or more symptoms, one of which should be either nasal blockage/obstruction/congestion or nasal discharge (anterior/posterior nasal drip).

- with or without facial pain/pressure
- with or without **cough**

and either endoscopic signs of:

- nasal polyps, and/or
- mucopurulent discharge primarily from middle meatus, and/or
- edema/mucosal obstruction primarily in middle meatus

and/or CT changes:

- mucosal changes within the ostiomeatal complex and/or sinuses.

Duration of the disease

- Acute: < 12 weeks, complete resolution of symptoms.
- Chronic: ≥ 12 weeks without complete resolution of symptoms (may also be subject to exacerbations).

• عوارض رینوسینوزیت

✓ عوارض چشمی شامل ادم اربیت ، سلولیت پره سپتال، آبسه ساب پریوستال ، سلولیت

اربیتال

✓ عوارض اینتراکرانیال، مننژیت، آبسه مغزی

❖ **تومورهای لارنکس:**

شامل ضایعات خوش خیم و بدخیم می باشند.

ضایعات خوش خیم شامل:

• **Vocal cord polyp** : شایعترین علت آن فونوتروما(ترومای صوتی) و التهاب مزمن

است.در مردان شایعتر میباشد.

✓ علامت تیپیک آن : خشونت صدا



✓ Dx : لارنگوسکوپی

Rx : میکروسرجری

- کیست و موکوسل: در افراد مسن تر و به ندرت در کودکان علائم آن بستگی به سایز و محل ضایعه دارد.

Dx : لارنگوسکوپی

Rx : میکروسرجری



• پاپیلوما و پاپیلوماتوز:

پاپیلوما شایعترین تومور خوش خیم لارنکس در کودکان

علت HPV (بیشتر ۶ و ۱۱)

Dx : نمای تیپیک آن در آندوسکوپی



Rx : لیز CO₂ درمان انتخابی

- **Vocal nodules** : در کودکان (screamers nodules) ، خوانندگان (singers nodules) و بیمارانیکه حرفه ای صحبت می کنند. خصوصاً خانم های جوان دیده می شود.
علت: vocal abuse
علامت تیپیک: خشونت صدا
Rx :

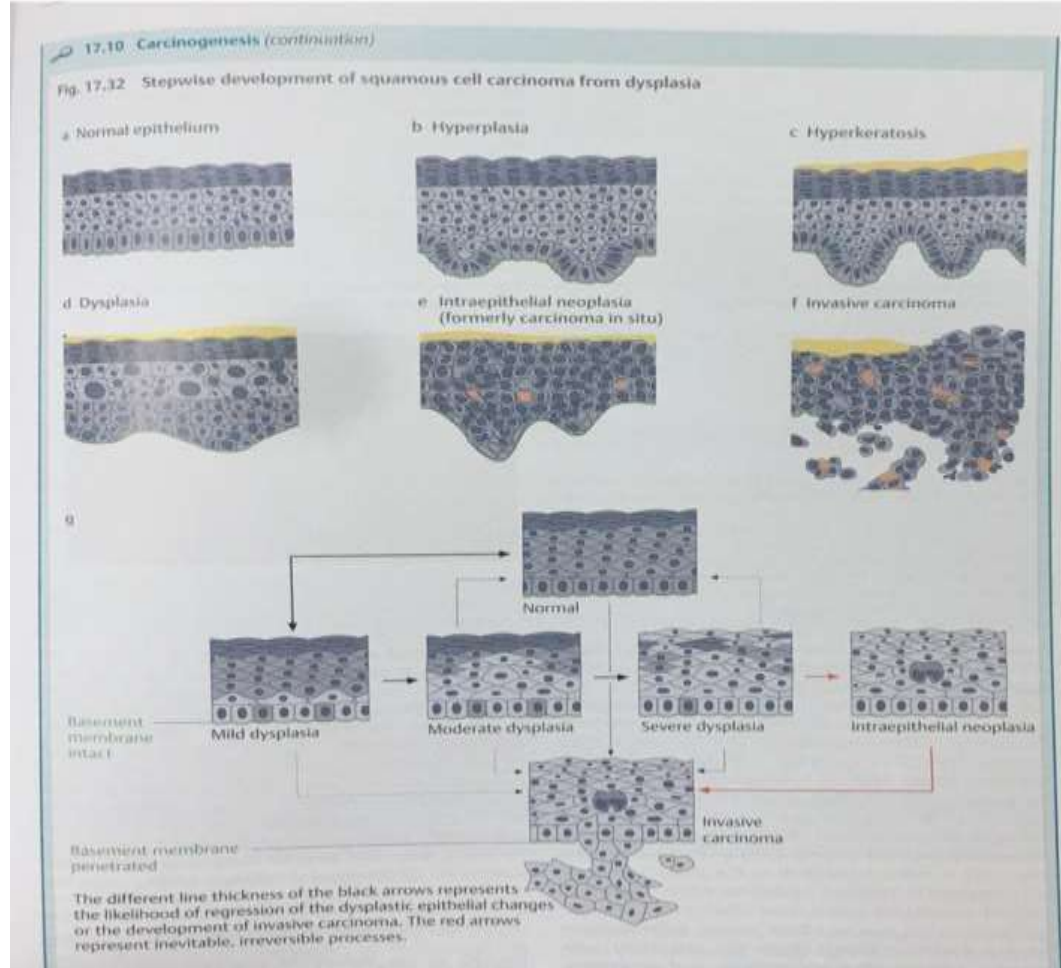


درمان انتخابی گفتاردرمانی

❖ **تومورهای بدخیم لارنکس:**

کارسینوم لارنکس : شایعترین بدخیمی در سر و گردن

اتیولوژی : اکسپوزر به مواد کارسینوژن که شایعترین آن tobacco است و در مرحله بعد الکل



ضایعات پیش بدخیم: لکوپلاکی / اریتروپلاکی / Pachydermia / Leukoplakia / Erythroplakia

Table 17.8 Classification of laryngeal carcinoma according to the Union for International Cancer Control (UICC) system

<i>T</i>		<i>Primary tumor</i>
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
Tis		Carcinoma in situ
Supraglottis		
T1		Tumor limited to one subsite of supraglottis with normal vocal cord mobility
T2		Tumor invades more than one adjacent subsite of supraglottis or glottis or region outside the supraglottis (e.g., mucosa of the base of the tongue, vallecula, medial wall of the piriform sinus), without fixation of the larynx
T3		Tumor limited to larynx with vocal cord fixation and/or invasion of postcricoid area, preepiglottic space, paraglottic space, and/or inner cortex of thyroid cartilage
T4a		Tumor invades through the thyroid cartilage and/or invades soft tissues beyond the larynx, e.g., trachea, soft tissues of the neck including deep/extrinsic muscle of tongue (genioglossus, hyoglossus, palatoglossus, and styloglossus), strap muscles, thyroid, or esophagus
T4b		Tumor invades prevertebral space, mediastinal structures, or encases carotid artery
Glottis		
T1		Tumor limited to vocal cord(s) (may involve anterior or posterior commissure) with normal mobility
T1a		Tumor limited to one vocal cord
T1b		Tumor involves both vocal cords
T2		Tumor extends to supraglottis and/or subglottis, and/or with impaired vocal cord mobility
T3		Tumor limited to the larynx with vocal cord fixation and/or invades paraglottic space, and/or inner cortex of thyroid cartilage
T4a		Tumor invades through the outer cortex of the thyroid cartilage and/or invades tissues beyond the larynx, e.g., trachea, soft tissues of the neck including deep/extrinsic muscle of tongue (genioglossus, hyoglossus, palatoglossus, and styloglossus), strap muscles, thyroid, esophagus
T4b		Tumor invades prevertebral space, mediastinal structures, or encases carotid artery
Subglottis		
T1		Tumor limited to the subglottis
T2		Tumor extends to vocal cord(s) with normal or impaired mobility
T3		Tumor limited to the larynx with vocal cord fixation
T4a		Tumor invades cricoid or thyroid cartilage and/or invades tissues beyond the larynx, e.g., trachea, soft tissues of the neck including deep/extrinsic muscle of tongue (genioglossus, hyoglossus, palatoglossus, and styloglossus), strap muscles, thyroid, esophagus
T4b		Tumor invades prevertebral space, mediastinal structures, or encases carotid artery
N		
		<i>Regional lymph nodes</i>
N1		Metastasis in a single ipsilateral lymph node, < 3 cm without ENE
N2a		Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3–6 cm without ENE
N2b		Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none > 6 cm, without ENE
N2c		Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none > 6 cm, without ENE
N3a		Metastasis in a lymph node > 6 cm without ENE
N3b		Metastasis in single or multiple lymph nodes with clinical ENE
M		
		<i>Distant metastasis</i>
M0		No distant metastasis
M1		Distant metastasis

Abbreviation: ENE, extranodal extension.

Source: Brierley et al 2017.

Stage	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
IV A	T4a	N0-1	M0
	T1-T4a	N2	M0
IV B	T4b	Any N	M0
	Any T	N3	M0
IV C	Any T	Any N	M1

درمان اصلی جراحی و رادیوتراپی

17.12 Surgical treatment options for laryngeal carcinoma

Glottic carcinoma
Voice-sparing procedures
Vocal cord stripping (Fig. 17.35a):
Principle: removal of the vocal cord epithelium.
Approach: endolaryngeal by microlaryngoscopy.
Indication: epithelial dysplasia, intraepithelial neoplasia.

Partial or complete cordectomy (Fig. 17.35b):
Principle: removal of the tumor-involved portion of the vocal cord.
Approach: endolaryngeal by microlaryngoscopy with CO₂ laser resection or external access via thyrotomy (incision of thyroid cartilage).
Indication: T1a laryngeal carcinoma.

More extensive partial laryngectomies (Fig. 17.35c):
Principle: supraglottic, glottic, or subglottic tissue resection for bilateral and advanced glottic malignancies, may include resection of cartilaginous structures from the thyroid and/or cricoid cartilage; can be extended to a hemilaryngectomy.
Approach: external via thyrotomy (incision or resection of thyroid cartilage) or endolaryngeal by microlaryngoscopy with CO₂ laser resection.
Indication: T1b or T2 glottic carcinoma; can be extended under certain conditions to remove more extensive tumors.

Non-voice-sparing procedure
Total laryngectomy (Fig. 17.35d):
Principle: complete removal of the larynx with se the airway and foodway and construction of a perichestostomy.
Approach: external.
Indication: advanced laryngeal tumors that cannot be removed by other procedures in accordance with principles.

Supraglottic laryngeal carcinoma
Voice-sparing procedure
Horizontal partial laryngectomy (Fig. 17.35e):
Principle: removal of the supraglottic larynx with preservation of the glottic plane and arytenoid cartilages.
Approach: external via horizontal partial laryngectomy or endolaryngeal by microlaryngoscopy with CO₂ laser resection.
Indication: T1 and T2 supraglottic malignancies; not suitable for more extensive tumors.

Non-voice-sparing procedure
Laryngectomy (Fig. 17.35d):
Principle and approach: see above.
Indication: advanced laryngeal tumors that cannot be removed by other procedures in accordance with principles.

❖ تومورهای حفره دهان :

• تومورهای خوش خیم:

با منشا مزانشیم یا اپی تلیال می تواند باشد. شامل پاپیلوما ، پلئومورفیک آدنوما و لیپوما و ...

➤ ضایعات پیش بدخیم:

✓ لکوپلاکی - شایعترین در ناحیه لب و حفره دهان

شایعترین علت تحریک خارجی مثل denture یا استفاده از الکل و نیکوتین می باشد .



FIGURE 89-5. Leukoplakia. A, A homogeneous, slightly opaque alteration is well margined superiorly but merges with the gingival mucosa inferiorly. B, Hard plaque leukoplakia with a minimally elevated surface crossing the palatal midline. C, A thick, sharply marginated focal leukoplakia of the ventrolateral tongue with a uniform erythematous periphery. D, Speckled or heterogenous leukoplakia, where the leukoplakia element is set on an erythroplakia. E, A thin leukoplakia of the ventral tongue surface with very homogeneous quality and slightly diffuse peripheral margins.

درمان: برداشت کامل ضایعه

Erythroplakia: ریسک پیشرفت آن به سمت بدخیمی بیشتر از لکوپلاکی می باشد. ✓



Bowens disease: بیماری التهابی مزمن منجر به اینترا اپیدرمال کارسینوما - نادر ✓

نمای مشابه با لکوپلاکی

• تومورهای بدخیم:

شایعترین تومور در ناحیه لب و حفره دهان، SCC می باشد.

اتیولوژی:

- در ناحیه لب تماس مزمن با اشعه خورشید و pipe smoker
- در حفره دهان مصرف سیگار و الکل
- تومورهای لب در ۹۰٪ موارد در لب تحتانی

❖ بیماریهای التهابی لب و حفره دهان:

- عفونت های ویروسی
- ✓ HSV – در لب و حفره دهان شایعترین HSV1
- علائم عفونت اولیه منجر به herpetic gingivostomatitis می شود که ضایعات تاولی همراه با تب و لنفادنوپاتی می باشد
- Dx هیستوری و معاینه / به طور مرسوم نیاز به کشت نیست / یک روش ساده تشخیصی – Tzank smear
- ✓ zoster , chickenpox – VZV تظاهرات متفاوت آن می باشند. آبله مرغان در کودکان و تظاهر اولیه واریسلا می باشد و زوستر عفونت تاخیری و ناشی از فعال شدن مجدد VZV می باشد.
- ✓ Herpangina ناشی از کوکساویروس A و کمتر B / درمان علامتی

❖ عفونتهای باکتریال و قارچی

- آبسه کف دهان (Ludwig's angina) بیماری نادر ولی تهدیدکننده حیات / پاتوژنز: عفونت دندان مولار تحتانی
- علائم : تورم سفت و اریتماتودرساب منتال و کف دهان
- اشکال در بلع و تکلم ، تب بالا
- درمان: درمان انتخابی درناژ جراحی + آنتی بیوتیک وسیع الطیف

❖ کاندیدا: یا thrush

- در بیماران با مقاومت پایین ناشی از رادیاسیون، کموتراپی، دیابت
- مصرف آنتی بیوتیک طولانی مدت یا کورتون و ... دیده می شود.
- درمان: ترکیبات ضد قارچ موضعی مثل نیستاتین

❖ ضایعات التهابی

Aphthous stomatitis راجعه : زخم کم عمق با حاشیه اریتماتو و دردناک

• شامل :

✓ minor : ۸۰-۹۰ درصد موارد ، معمولاً ۲-۵ mm ، در ۱/۳ قدامی دهان و بهبود در

مدت یک هفته



✓ Major : ۱۰٪ / سایز ۱۰ mm و عمیقتر ، بهبود با اسکار در مدت ۴-۲ هفته ، علائم

شدیدتر

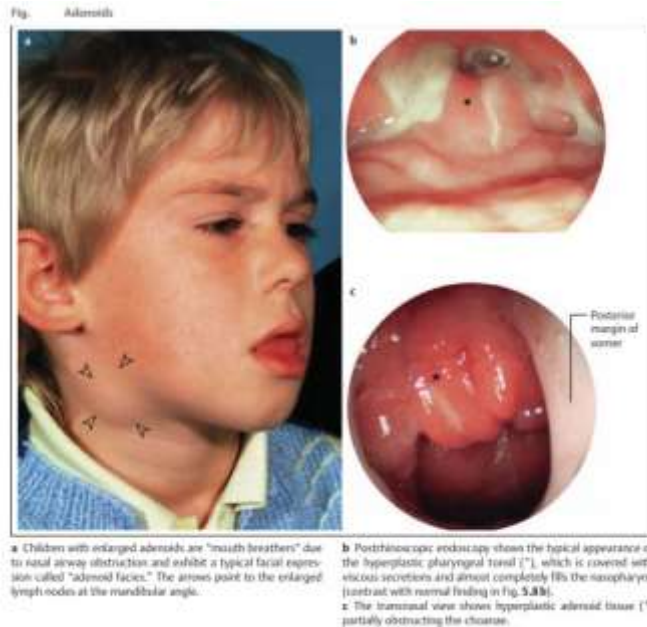


✓ Herpetiform : ۵٪ : بسیار کوچک شبیه هرپس و اثرات سیستمیک خفیف



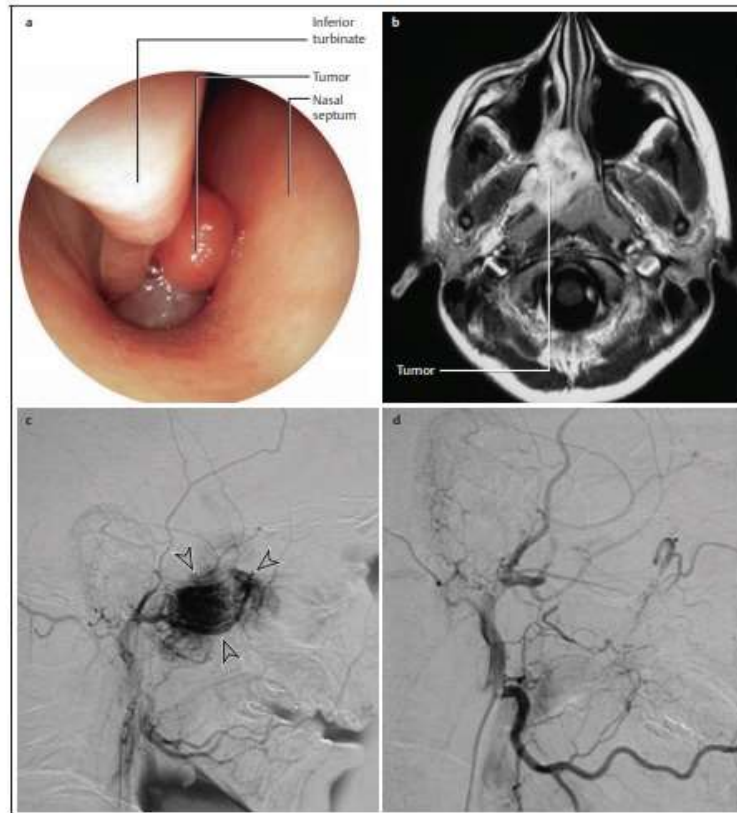
بیماریهای نازوفارنکس:

- آدنوئید های (لوزه حلقی) بزرگ شده تنها زمانی غیرطبیعی قلمداد می شوند و درمان می شوند که علامتدار شده باشند.
- علایم شایع بزرگی آدنوئید، انسداد مزمن راه هوایی بینی (تنفس با دهان) ترشح بینی، خر خر در خواب و تکلم تودماغی است.
- چهره کودک با بزرگی لوزه سوم و نمای آندوسکوپی در تصویر ۱۱-۵ دیده می شود.



- یکی از شایعترین تومورهای خوش خیم نازوفارنکس آنژیوفیبروم جوانان است که منحصراً در پسران ۱۰-۱۸ ساله رخ می دهد و علایم بالینی آن انسداد راه بینی، خون دماغ مکرر، سردرد، افیوژن گوش میانی است. در صورت شک بالینی به آن نباید به علت ریسک خونریزی بیوپسی شود.
- جهت تشخیص از آندوسکوپی، CT یا MRI استفاده می شود و درمان اصلی آن جراحی است. گاهی قبل از جراحی جهت کاهش خونریزی حین عمل آمبولیزاسیون انجام می گیرد.
- در شکل زیر نمای آندوسکوپی، MRI و آمبولیزاسیون تومور را میبینید.

Fig. Juvenile angiofibroma



a Endoscopy reveals a spherical, well-circumscribed tumor in the posterior portions of the right nasal cavity.

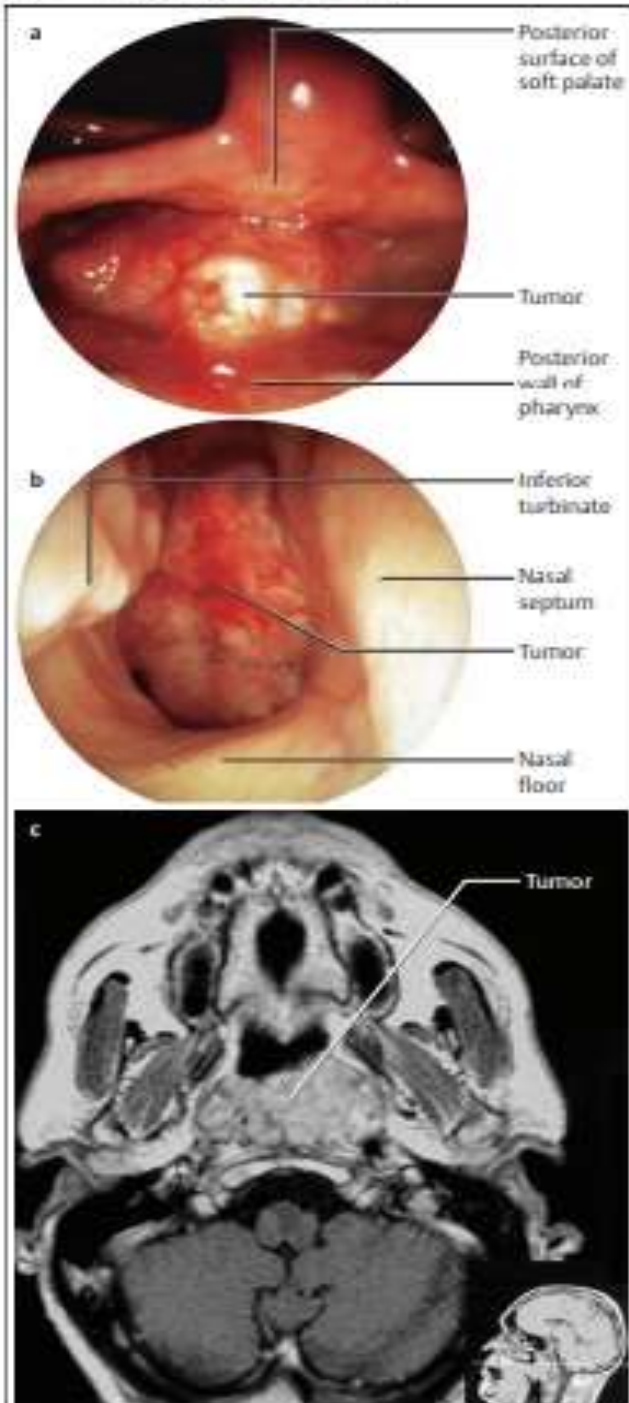
b Axial T1-weighted MRI after contrast administration demonstrates an enhancing mass in the nasopharynx.

c Digital subtraction angiography shows a well-vascularized tumor (arrows).

d After embolization of the feeding vessels, the tumor is no longer visible.

- اغلب تومورهای بدخیم نازوفارنکس از نوع کارسینوم سلول سنگفرشی است. شایعترین علائم آن توده گردن یکطرفه یا دوطرفه، اپیستاکسی و بزاق خون و کمتر شایع درگیری اعصاب کرانیال است.
- آندوسکوپی بینی و همچنین CT و یا MRI جهت تشخیص انجام می گردد (شکل ۱۴-۵) و بعد از تایید تشخیص با نمونه برداری ، درمان اصلی آن رادیوتراپی برای مراحل اولیه و ترکیب آن با شیمی درمانی برای موارد پیشرفته است و در بیماری راجعه یا باقیمانده در غدد لنفاوی دیسکسیون رادیکال گردن (سطح I تا V) انجام می شود.

Fig. Nasopharyngeal carcinoma



a Postnasal endoscopic view demonstrates a mass that has obstructed the nasopharynx.

b In the transnasal endoscopic view, the tumor completely fills the choanae (only the right side is shown here).

c The corresponding axial T1-weighted magnetic resonance image after contrast administration shows the tumor and its extension into surrounding structures.

نئوپلاسمهای بزاقی و سنگ بزاقی:

- تقریباً ۷۰ درصد تومورهای غدد بزاقی خوش خیم هستند.
- شایعترین تومور غده بزاقی خوش خیم آدنوم پلئومورفیک (شکل زیر) و بعد از آن وارتین است که اغلب در غده پاروتید دیده می شوند و اکثریت با توده های با رشد آهسته و بدون درد تظاهر می کنند.

Fig. Pleomorphic adenoma



- در صورت وجود فلج صورت، لنفادنوپاتی گردن، رشد سریع، درد درگیری پوست، فیکس شدن تومور احتمال بدخیمی افزایش می یابد. (در شکل زیر فلج سمت راست صورت به دنبال تومور پاروتید را مشاهده میکنید).



Mucoepidermoid carcinoma of the right parotid gland with facial nerve palsy, signifying invasion of the nerve by the tumor.

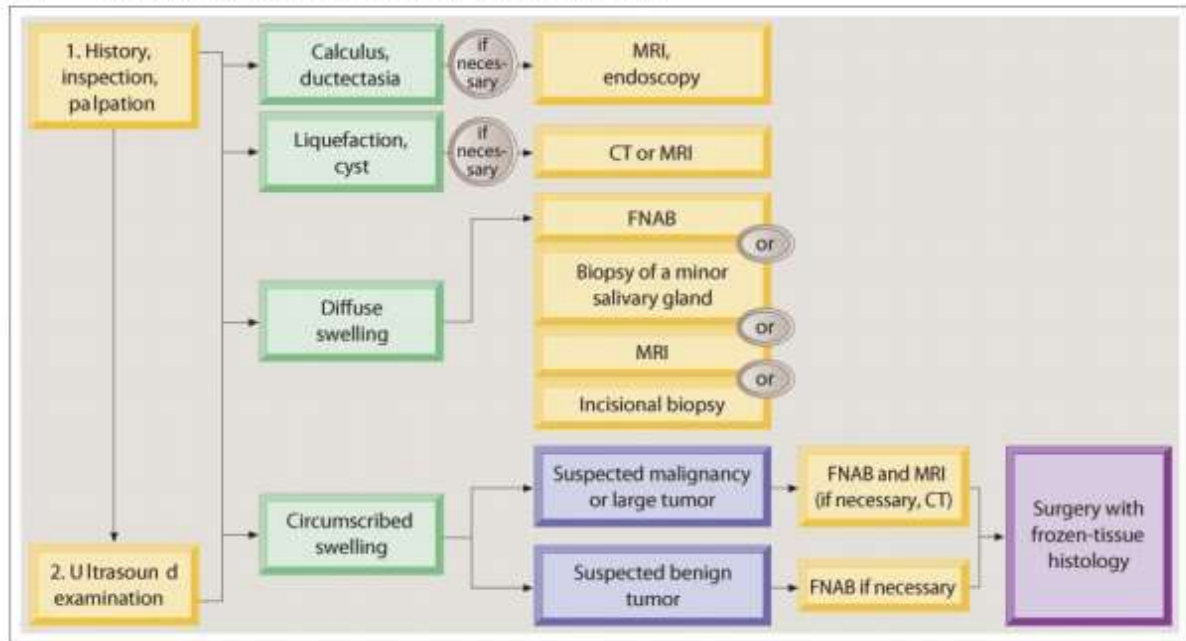
- شایعترین تومور بدخیم بزاقی موکوپیدرموئید کارسینوم است.
- در جدول ۶,۵ لیستی از تومورهای خوشخیم و بدخیم بزاقی آورده شده است.

	Name of tumor	Percentage of all salivary gland tumors	Course and prognosis	Other features
Benign tumors of epithelial origin	Pleomorphic adenoma	40-50%	Good prognosis	Most common in the parotid gland
	Cystadenolymphoma	15%	No malignant transformation	Monomorphic adenoma, most common in the parotid gland, can be bilateral, 90% in men
	Other monomorphic adenomas (e.g., salivary duct adenoma)	5%	Good prognosis	
Malignant tumors of epithelial origin	Mucoepidermoid carcinoma	5%	Depends on tumor differentiation; 5-year survival rate for low-grade tumors is 90%	Most common in the parotid gland or minor salivary glands of the palate
	Acinar cell carcinoma	2-3%	5-year survival rate 75%	More common in women, usually in the parotid gland
	Adenoid cystic carcinoma	3%	5-year survival rate 75% 10-year survival rate 30%	Arises from minor salivary glands in 70% of cases; perivascular and perineural infiltration
	Adenocarcinoma	3%	Poor prognosis	
	Carcinoma in pleomorphic adenoma	5%	Poor prognosis	Develops in 3-5% of untreated pleomorphic adenomas
	Squamous cell carcinoma	2%	Poor prognosis	Requires differentiation from intraglandular lymph-node metastases
	Undifferentiated carcinoma	3%	Poor prognosis	
Benign tumors of nonepithelial origin	Lipoma	1-2%	Good prognosis	Usually in the parotid gland, easy to remove
	Hemangioma, lymphangioma	2%	See "Features" column	Lymphangiomas tend to recur
Others	<1%	-		
Malignant tumors of nonepithelial origin	Sarcoma	<1%	Poor prognosis	
	Lymphoma	1-2%	Like other lymphomas	Mostly non-Hodgkin lymphomas
	Others	<1%	-	

- جهت تشخیص نئوپلاسم های بزاقی CT, FNA و یا MRI انجام می شود.
- در تومورهای خوش خیم درمان اصلی پاروتیدکتومی جانبی (سطحی) است و در موارد بدخیم برداشت کامل اولیه است و در صورت نیاز برداشت، و ترمیم عصب صورت و قسمتهایی از استخوان تمپورال انجام می شود.
- آدنوئید سیستیک کارسینوم جز تومورهای بدخیم که تمایل زیادی به درگیری عصب صورتی دارد.

- شایعترین محل وقوع سنگ بزاقی در غده ساب مندیبولار است که با درد و تورم راجعه مراجعه می کنند. جهت تشخیص می توان از گرافی اینتراورال و سونوگرافی استفاده کرد. درمان شامل درمان حمایتی و در صورت عدم پاسخ و دفع سنگ، جراحی خارج سازی سنگ و یا غده بزاقی می باشد.
- اپروچ تشخیصی بیماری های غدد بزاقی در الگوریتم مشاهده می کنید.

Fig. Flowchart for the investigation of salivary gland diseases



بیماریهای التهابی گردن:

- ۱- لنفادنیت حاد در گردن معمولاً در پاسخ به یک عفونت مجرای تنفسی فوقانی، دندان و ساختمان پری ادونتال، غدد بزاقی یا پوست سر و صورت رخ می دهد (در جدول دسته بندی لنفادنیت گردن را مشاهده می کنید).

Classification	Example or features	
... by time course		
Acute	Duration of symptoms < 4 weeks	Lymphadenitis in bacterial tonsillitis
Chronic	Duration of symptoms > 4 weeks	See listing below
... by etiology		
Infectious	Viral	Numerous pathogens including EBV (infectious mononucleosis), CMV, rubella, HIV
	Bacterial, nonspecific	E.g., streptococci, staphylococci
	Bacterial, specific	Tuberculosis, atypical mycobacteria, cat-scratch disease, yersiniosis
	Fungal Parasitic	Rare, mainly in immunocompromised patients E.g., toxoplasmosis
Noninfectious lymphadenitis and lymphadenitis of unknown cause	E.g., sarcoidosis, foreign body reaction, Kawasaki syndrome, Kikuchi lymphadenitis (Yersinia enterocolitica?), Rosai-Dorfman syndrome	
... by microbiologic or histologic features		
Serologic tests	Mononucleosis	Anti-EA, anti-VCA, anti-EBNA
	Toxoplasmosis	Sabin-Feldman test, IgG, IgM
	Brucellosis	Agglutination test, IgG, IgM
	Tularemia	Agglutination test, IgG, IgM
	Syphilis	TPHA, FTA-Abs, IgM
	Cytomegalovirus	IgG, IgM: relatively unreliable
	HIV infection	ELISA, immunofluorescence, Western blot
	Cat-scratch disease	Special laboratories!
Culturing or identifying the organism	Tuberculosis	Culture, DNA detection by PCR
	Listeriosis	Culture
	Cytomegalovirus	Isolation of the virus
Histologic examination	Nonspecific lymphadenitis	The causative agent cannot be determined from histologic findings
	Specific lymphadenitis	The histologic findings provide clues to the causative agent
	• Abscess-forming reticular lymphadenitis (pseudotuberculosis-type granulomas)	Yersinia pseudotuberculosis, Y. enterocolitica, Francisella tularensis, Afipia felis, Bartonella henselae
	• Epithelioid cell lymphadenitis	Toxoplasmosis, sarcoidosis, tuberculosis, atypical mycobacteriosis, sarcoid-like reaction
	• Necrotizing histiocytic lymphadenitis	Kikuchi lymphadenitis
• Sinus histiocytosis with hemophagocytosis	Rosai-Dorfman syndrome	
• Angiofollicular lymph-node hyperplasia	Castleman lymphoma	

CMV: cytomegalovirus; EA: early antigen; EBNA: Epstein-Barr nuclear antigen; EBV: Epstein-Barr virus; ELISA: enzyme-linked immunosorbent assay; FTA-Abs: fluorescence Treponema antibody absorption (test); HIV: human immunodeficiency virus; IgG: immunoglobulin G; IgM: immunoglobulin M; PCR: polymerase chain reaction; TPHA: Treponema pallidum hemagglutination; VCA: virus capsid antigen.

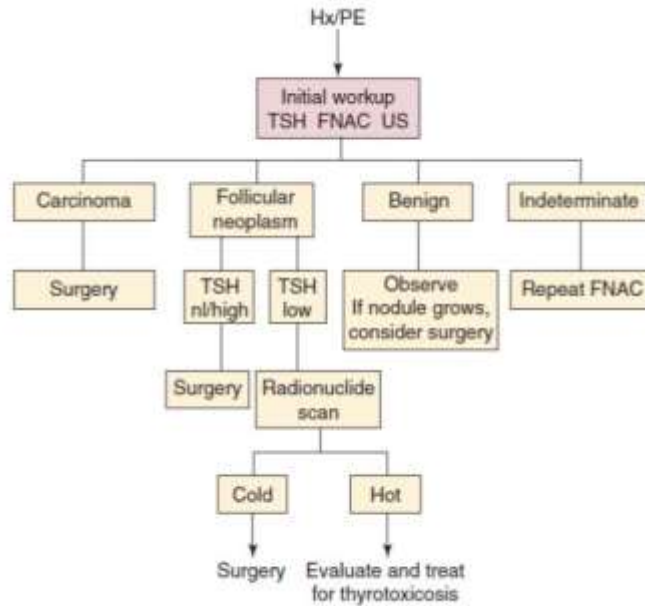
- ۲- شایعترین علت لنفادنیت گردن حاد در اطفال عفونت استرپتوکوکی لوزه های کامی است. سایر علل ویروس سیتومگالوویروسی و مونوکلئوز عفونی (ویروس EBV) هستند.

- ۳- درمان شامل آنتی بیوتیک و در صورت وجود آبسه، برش و تخلیه آن است.
- ۴- ضروری است واکنش‌های التهابی غدد لنفاوی گردن (لنفادنیت) از التهاب‌های عمقی بافت‌های نرم گردن محدود (آبسه) یا منتشر (سلولیت) افتراق دهیم.
- ۵- آبسه‌های گردنی می‌تواند با منشا مختلف باشد شامل: منشا لوزه و اطراف لوزه، لنفادنیت چرکی، ماستوئیدیت، دندان و مخاط حلق
- ۶- بیماران با تابلو تب بالا، تندرns در فشار و تورم گردن مراجعه می‌کند.
- ۷- درمان شامل آنتی بیوتیک اختصاصی و تخلیه آبسه با جراحی است
- ۸- برخلاف آبسه‌های گردنی محدود، سلولیت گردنی التهاب منتشر بافت‌های نرم گردنی را در بر می‌گیرد.
- ۹- با توجه به روابط آناتومیک بافت‌های نرم گردن و ارتباط فضای پارافارنژیال با مדיاستن، سلولیت گردن یک وضعیت تهدید کننده حیات است.
- ۱۰- درمان با آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف شروع شده و تمام کمپارتمان‌های گردن باید به طور وسیع باز شد و ممکن است نیاز به درناژ مדיاستن باشد.



بیماری‌های تیروئید :

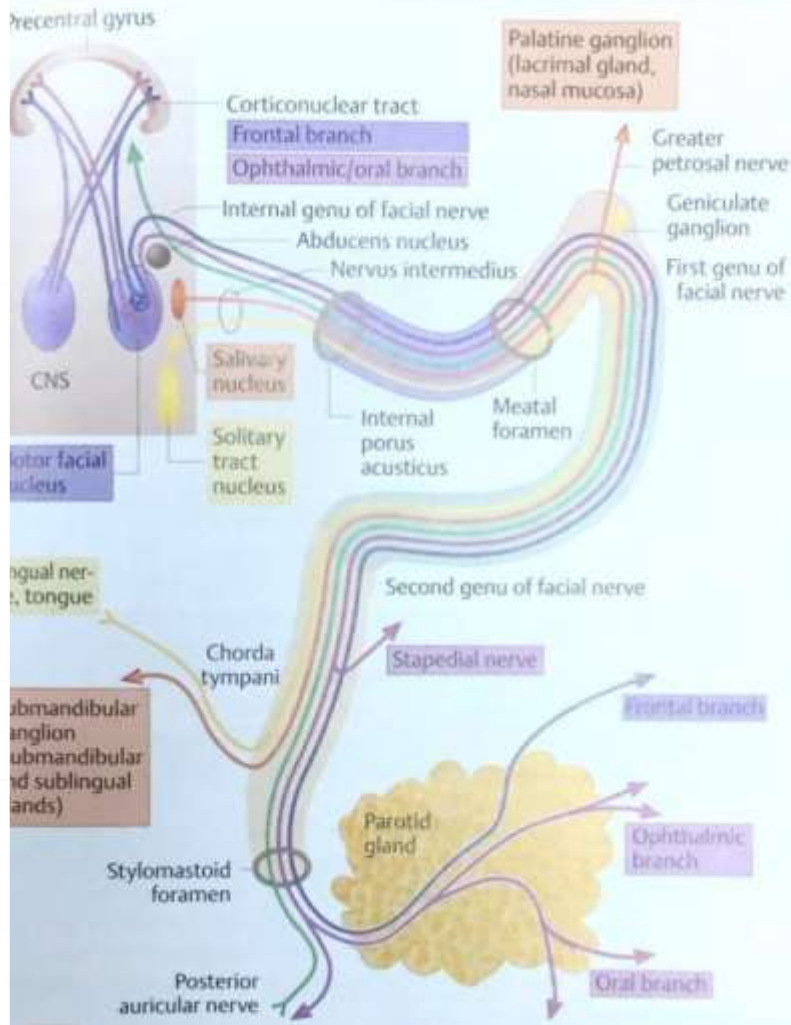
- یکی از تظاهرات تیروئید ندول می باشد که اغلب بیماران یوتیروئید هستند. شرح حال شامل سیر ایجاد ندول علائم همراه، سابقه خانوادگی و رادیوتراپی با سر و گردن و ... می باشد.
- اولین اقدامات تشخیصی بعد از شرح حال و معاینه فیزیکی شامل اندازه گیری TSH ، انجام سونوگرافی می باشد و براساس یافته‌های سونوگرافی FNA انجام می شود و با توجه به جواب FNA اقدام درمانی مناسب انجام می شود. (به الگوریتم مراجعه شود)



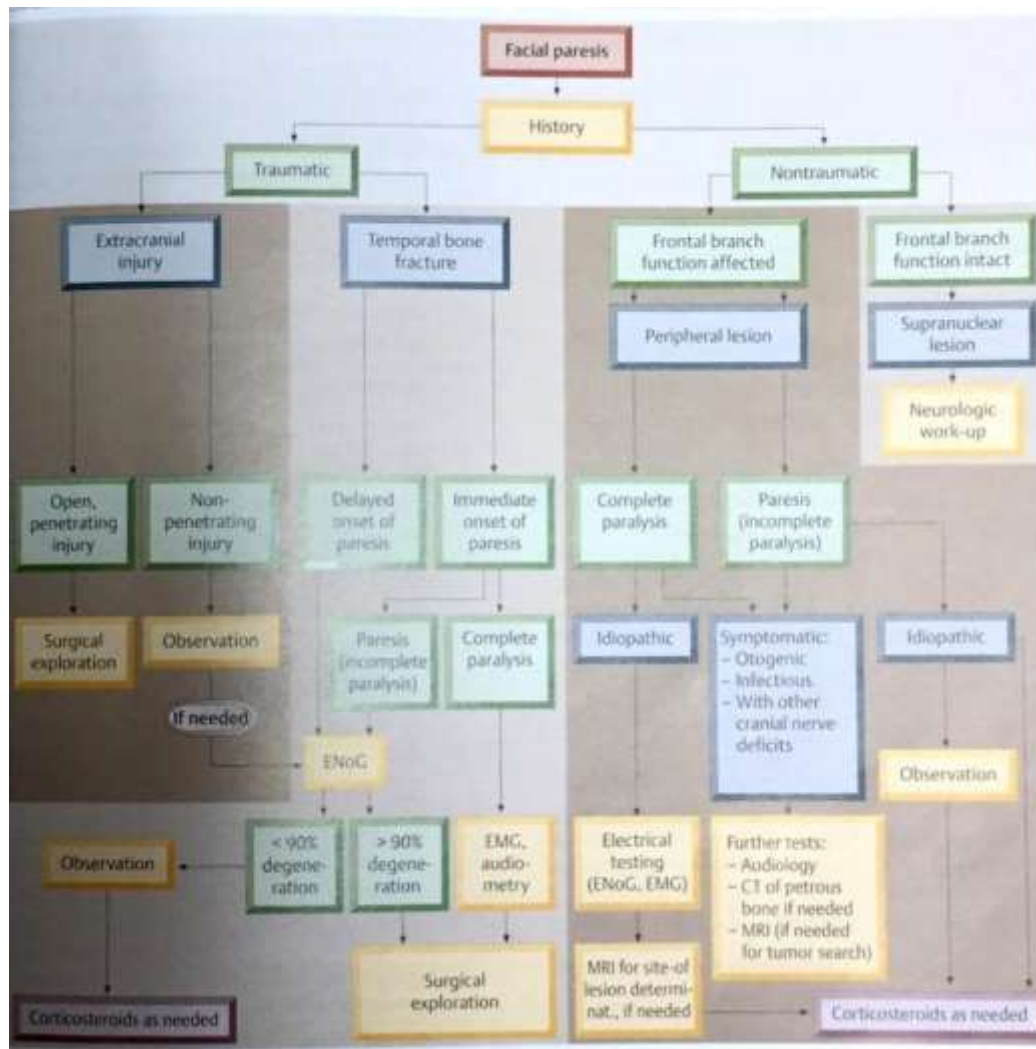
- شایعترین تومور بدخیم تیروئید پاپیلاری تیروئید کارسینوم می باشد که می تواند درگیری لنفاوی نیز بدهد.
- چالش تصمیم گیری در مورد نئوپلاسم فولیکولار است که لوبکتومی جهت مشخص شدن تهاجم کپسولی یا عروقی که شاخص بدخیمی می باشد ضرورت دارد.
- درمان کارسینوم های تیروئید جراحی (تیروئیدکتومی ± دیسکسیون گردن) و در صورت نیاز به یدتراپی می باشد.

فلج عصب فاسیال

شایعترین نوع فلج عصب صورتی، فلج ایدیوپاتیک عصب فاسیال یا Bell's می باشد. فلج بل، فلج یکطرفه و محیطی عصب صورتی می باشد که به طور حاد شروع شده و در بررسیهای صورت گرفته هیچ علت مشخصی برای آن یافت نمی شود و سایر اعصاب کرانیال در این بیمار درگیر نمی باشد. در ۳۰ درصد مواقع فلج فاسیال نسبی و در ۷۰ درصد موارد کامل می باشد. از یافته های بالینی دیگر می توان به هایپراکوزیس دیس گوزیا (اختلال چشایی) و کاهش اشک ریزش اشاره کرد. در مواقعی که فلج نسبی است بهبودی کامل طی چند هفته روی می دهد و در موارد فلج فاسیال دوره بهبودی طولانی تر بوده و بهبودی کامل در ۶۰-۷۰ درصد مواقع رخ می دهد. درمان فلج بل کورتیکواستروئیدها و گاهی موارد با داروهای ضد ویروس است.



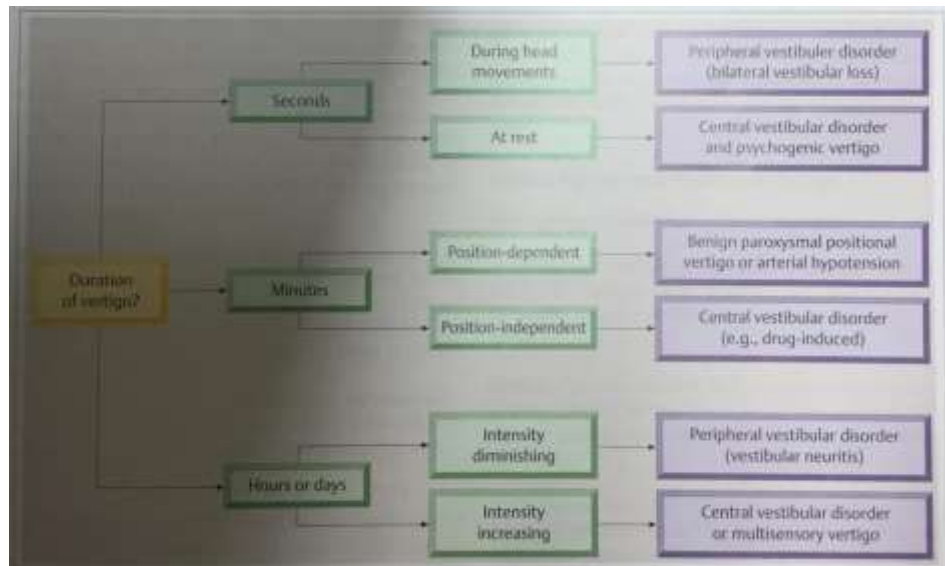
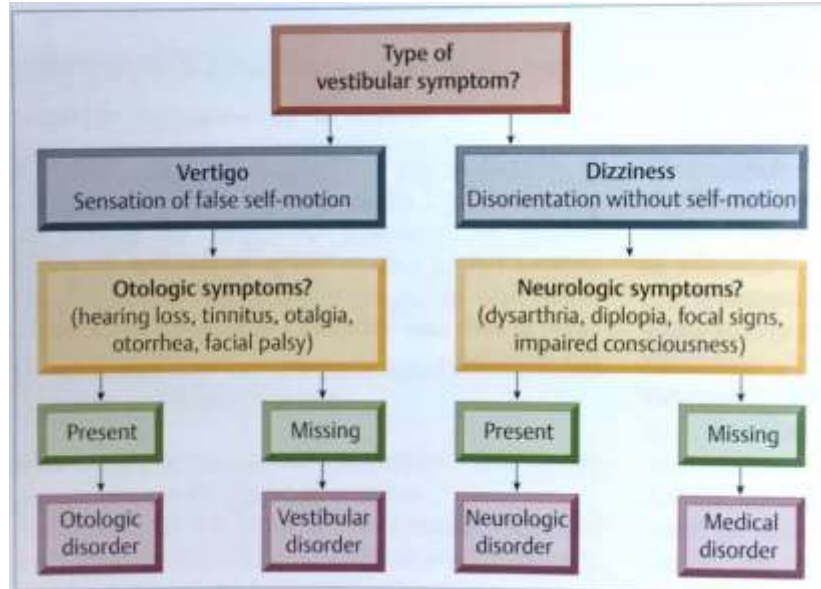
- ⇨⇨ **Efferent somatomotor**
 Mimetic facial muscles, stapedius muscle, retroauricular muscles, stylohyoid muscle, posterior belly of digastric muscle, and platysma
 - ⇨ **Efferent viscerosecretory**
 Lacrimal and nasal glands via the greater petrosal nerve. Submandibular and sublingual glands via the nervus intermedius and chorda tympani
 - ⇨ **Afferent gustatory**
 Taste buds on anterior two-thirds of tongue via the chorda tympani
 - ⇨⇨ **Afferent somatosensory**
 Posterior meatal wall via the posterior auricular nerve
-
- Intrameatal segment
 - Labyrinthine segment
 - Tympanic segment
 - Mastoid segment



سرگیجه

سرگیجه یا vertigo احساس حرکت کاذب فرد می باشد که می تواند به صورت تلو تلو خوردن یا چرخیدن یا بلند شدن باشد، در حالیکه اصطلاح گیجی یا dizziness وسیعتر بوده و اختلال اریانتاسیون فضایی بدون حس کاذب حرکت می باشد.

سرگیجه وضعیتی حمله ای خوش خیم یا BPPV شایعترین علت سرگیجه محیطی است که به علت وجود ذرات (اتولیت) شناور در اندولف مجرای نیمدایره ای و یا چسبیدن آنها به کوپولا روی می دهد. شایعترین مجرای نیمدایره ای درگیر در این بیماری مجرای نیمدایره ای خلفی است. بیمار از حملات شدید و راجعه سرگیجه چرخشی که تقریباً یک دقیقه طول می کشد شاکی است. حملات بیمار در صبح شدیدتر و هنگام غروب خفیف تر می باشد. تشخیص این بیماری با شرح حال و یافته مثبت در مانور هالپایک می باشد.



اوتیت حاد گوش خارجی :

به التهاب و عفونت حاد گوش خارجی گفته می شود که می تواند کانال گوش خارجی و لاله گوش را درگیر کند و انواع مختلفی دارد. اگرما، درماتیت سبوره و سایر بیماریهای پوستی مثل پسوریازیس ممکن است لاله گوش و کانال گوش هردو را گرفتار کند. اوتیت اکسترن یا اوتیت گوش خارجی به شرایط التهابی کانال گوش گفته می شود که به صورت درد و تندرns کانال ، خروج ترشحات چرکی و کم شنوایی تظاهر می کند. با پاکسازی کانال از ترشحات و قطره های موضعی آنتی بیوتیکی و ضد التهاب درمان می شود. زونا می تواند یک درماتوم از اوریکول و کانال گوش و پرده تمپان را درگیر کند.



مثل هر جای دیگر مودار بدن ممکن است فورنکلوز در کانال گوش رخ دهد.

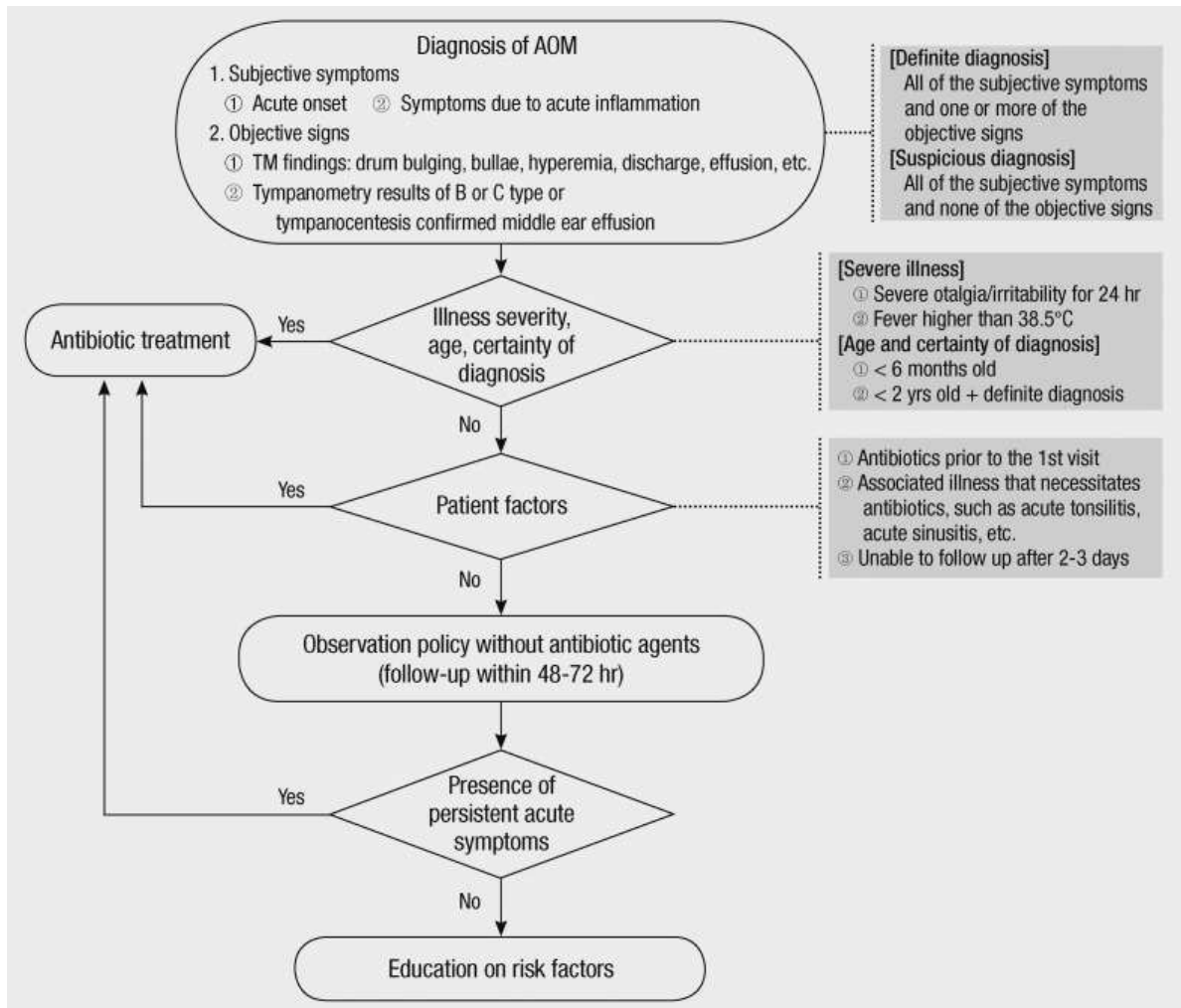


اوتیت اکسترن بدخیم یا نکروزان ، یک عفونت مهاجم خطرناک و جدی است که عمدتاً در بیماران دیابتی رخ میدهد. ارگاناسم های شایع پسودرمونا آئروژینوزا و استافیلوکوک اورئوس است. این

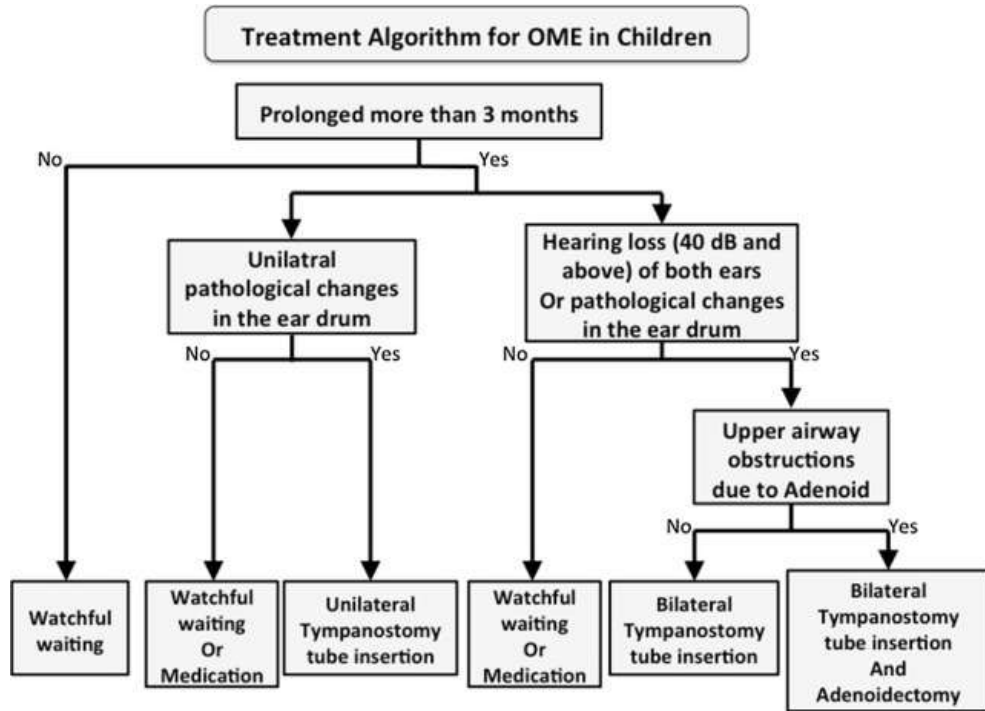
بیماری در اثر استئومیلیت قاعده جمجمه می تواند به تدریج منجر به مرگ بیمار شود . ظن بالینی برای تشخیص ضروری است و تشخیص به کمک پاراکلینیک تایید می شود. درمان به صورت سیستمیک است.

اوتیت میانی حاد:

اوتیت مدیای حاد جزء بیماریهای شایع گروه سنی اطفال است که می تواند به صورت تب و بیقراری، سردرد، گوش درد و حتی علایم گوارشی تظاهر کند. شایعترین علل عفونی عامل بیماری استرپتوکوک پنومونیه ، هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس است. تشخیص به کمک معاینه بالینی است. در اتوسکوپی کدورت، افزایش ضخامت قرمزی و کاهش تحرک پرده تمپان دیده می شود. شایعترین عارضه بیماری ماستوئیدیت است.



ممکن است افیوژن گوش میانی بعد از بهبودی از عفونت حاد باقی بماند.

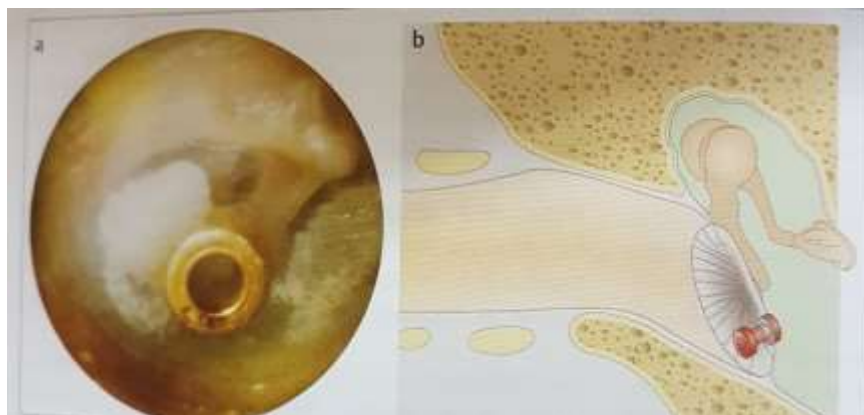


اوتیت میانی مزمن:

به التهاب مزمن گوش میانی chronic otitis media یا com گفته می شود که می تواند به دلیل سوراخی در پرده صماخ یا کلستاتوم ایجاد شود. سوراخ پرده گوش ممکن است مرکزی یا حاشیه ای باشد.



همچنین ممکن است در زمینه وجود یک لوله تهویه اتفاق بیفتد .



کلستئاتوم به وجود اپی تلیوم سنگفرشی در گوش میانی و سلولهای ماستوئید گفته می شود که با پروسه تخریب استخوانها و استخوانچه های گوش همراه است می تواند انواع مادرزادی و اکتسابی داشته باشد.



علائم ممکن است به صورت خروج ترشحات چرکی از گوش، کم شنوایی و حتی سرگیجه باشد. تشخیص COM به کمک معاینه میکروسکوپی گوش است و ادیوگرام ، سی تی اسکن گوش باید انجام شود. درمان در موارد پرفوراسیون ساده به کمک تیمپانوپلاستی و در موارد کلستئاتوم به کمک حذف کلیه بافت های نابجا و تیمپانوماستوئیدکتومی است. ممکن بازسازی زنجیره استخوانچه ای انجام شود.