

急性化脓性乳突炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_307984.htm 名称急性化脓性乳突炎

所属科室耳鼻喉科病因乳突气化程度不同，发炎后表现亦有不同。（一）气化乳突小房骨片很薄，易于坏死融合形成大空腔，称为融合性乳突炎。如为毒性较强之溶血性链球菌和溶血性流行性感菌感染，常致粘膜血管栓塞，出血坏死，小房布满血性分泌物，而骨壁未遭破坏，称为出血性乳突炎。（二）间质型（板障型）乳突骨小房少，皮层较厚且有骨髓结构，感染后形成骨髓炎，炎症经久不消，因引流不畅易并发颅内感染。（三）硬化型（坚质型）乳突小房很小，呈象牙样结构，感染后既不易引流亦不易形成骨质破坏，常引起粘膜组织增生，鼓膜松弛部充血、坏死，形成胆胆瘤。临床表现中耳炎后流脓增多，耳后沟红肿压痛，耳廓耸向前方，压外耳道口后方麦三角区剧痛，鼓膜松弛部充血水肿。耳鸣耳聋不见好转。治疗急性期治疗同急性化脓性中耳炎，如经合理治疗一个月不见好转，或高热体温不下，耳后红肿，外耳道后壁塌陷，乳突X线摄片有骨质破坏，应采用简单乳突凿开术治疗。手术方法：小儿全麻，成人可局麻。用1%普鲁卡因或利多卡因，加少许1‰肾上腺素。用球后注射针头沿耳道口内骨软骨交界处作环状浸润麻醉，再改用7号针头作耳后乳突区皮下浸润麻醉，沿耳后上起耳廓上缘后0.5cm，下距耳沟后1.5cm左右，到乳突尖部，作弧形切口，小儿乳突发育差，切口不应过前、过低，以免伤及面神经。切开骨膜，分离出乳突，用凿或电钻沿外耳道后上棘后方

筛状区凿开，此区为马克西温三角，尖朝后上，上界为颧弓后根，向后水平连线，前下为外耳道后上棘，后为外耳道口后缘。由此与外耳道后壁平行向前内凿开，成人深约1cm，小儿2~4mm，即入鼓窦空腔内。由此将病变小房、粘膜、肉芽及死骨片等一并除净，尤其是鼓窦入口内肉芽，一定要清除，建立引流。但勿扰动听骨及鼓室结构，勿剥离外耳道皮肤，以免影响听力和形成耳道瘻管或狭窄，向前下勿损伤半规管和乳突段面神经。手术完成后的乳突腔应为健康的光滑的骨腔，前界为鼓窦入口和外耳道后壁，上界为脑膜板，后界为乙状窦板，如疑有颅内并发症，应将脑膜板及乙状窦凿开少许，探查有无肉芽及脓肿。术后冲洗止血，填塞碘仿纱条，逐层缝合切口，纱条尾端留置腔外以便于抽出。术后5~7天抽出纱条，术后2~3天更换敷料，并继续全身应用方谱抗生素治疗，1~2个月后乳突腔即由血块和肉芽充填，中耳感染可望治愈。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com