

慢性化脓性中耳炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_308052.htm 名称慢性化脓性中耳炎所属科室耳鼻喉科病因1.急性期延误治疗和用药不当等。2.乳突发育不良，病变发生后很难消散。3.继发于急性传染病如猩红热、麻疹和肺炎等，中耳粘膜急性坏死，炎症侵及鼓窦乳突，尤其是继发于耐药性较大的变形杆菌和绿脓杆菌感染，治疗非常困难。4.鼻、咽部慢性疾病和鼻窦炎、扁桃体炎及增殖体肥大等，炎性分泌物易于进入咽鼓管内，而且病变妨碍了咽口引流。5.慢性周身疾病如贫血、糖尿病、肺结核和肾炎等，机体抵抗力减弱。6.患有过敏性疾病，如上呼吸道粘膜变态反应性水肿、渗出，累及咽鼓管和中耳。7.上鼓室发生胆脂瘤、听骨坏死或鼓室外侧壁破坏。病理根据病变轻重和危险程度分为三型。（一）单纯型 亦称咽鼓管鼓室型，最多见，病变主要局限于鼓室内。正常咽鼓管及前鼓室由纤毛柱状上皮覆盖，内含腺体，后鼓室、鼓窦及乳突为立方上皮，鼓室内听骨、肌肉、韧带及神经等均由粘膜包围，形成很多皱折及浅袋，一般粘膜感染发炎，假如治疗及时，鼓膜穿孔，引流通畅，炎症可很快治愈。否则，浅袋病变扩大，粘膜病变成为不可逆性，流脓虽不多，但长期流脓不止，或干愈后不久又反复流脓。乳突多气化良好而无恙。（二）坏死型 亦称骨疡型。粘膜组织广泛破坏，听骨、鼓环、鼓窦及乳突小房均可发生出血、坏死，尤其是松弛部和后鼓室上方多发生穿孔，脓不多而臭味很大，穿孔内常能见到肉芽和息肉阻塞引流，严重听力减退，有时可有头痛和眩晕，

乳突多为间质或为硬化型。（三）胆脂瘤型亦称危险型。鼓室或鼓室内形成增生过长的上皮团块，其外包以纤维组织，内含坏死上质、角化物和胆固醇结晶。因能压迫破坏骨质，具有恶性肿瘤性质，故过去错误地称为胆脂瘤，实质上并非肿瘤。耳流脓虽不多但味奇臭，穿孔内可见有白色碎块、豆腐渣样胆脂瘤上皮团。可引起头痛、头晕，因骨质广泛破坏，易并发颅内外并发症，故称为危险性中耳炎，乳突多是硬化型。中耳粘膜炎症可诱发含有胆固醇结晶的胆脂瘤与胆固醇肉芽肿，后者虽属胆固醇脂病（Choleatosis），但仅是一种肉芽肿，和胆脂瘤的上皮堆积团块迥然不同。二者在病因病理方面的区别要点为：1. 胆固醇肉芽肿因咽鼓管阻塞，鼓室形成负压、渗出或形成胶耳，毛细血管出血，胆固醇结晶和血铁质素析出沉着于上皮表层而形成，鼓膜显蓝色，乳突小房粘膜水肿，显微镜下典型表现为胆固醇肉芽肿，胆固醇结晶被异物巨细胞包绕，外层为纤维肉芽组织，多见于鼓室出血坏死性病变，不是胆脂瘤的前身，与胆脂瘤形成无关。2. 胆脂瘤发生机制有二。（1）先天性胆脂瘤很少见。系中耳内胚胎剩余上皮组织由于某种因素刺激增生过长，而形成的上皮团块。多位于上鼓室，可无中耳炎史，鼓膜完全正常，待向外扩张冲破鼓膜后，因继发感染而开始流脓。（2）后天性胆脂瘤系化脓性中耳炎局部刺激上皮增生过度而形成，发病率占慢性中耳炎的30%，发生原因众说不一。现在多数人接受的学说，一是上皮移入论，即外耳道皮肤生发层的基底细胞具有非凡的增殖生长潜力，在中耳炎刺激下，基底细胞增生侵入中耳粘膜下结缔组织内或形成肉芽肿，同时粘膜下硬化形成新骨，团块增大，鼓膜继发穿孔。形成的上皮团

块上皮角质层脱落坏死，继发感染，可析出胆固醇和多种化学腐败物质，这种物理化学性因素可致四周骨质被侵蚀破坏，暴露出四周的脑膜、神经和血管，而产生很多颅内外并发症。其破坏组织性能酷似肿瘤，故Wendt（1873年）首次命名为胆脂瘤，实质上并非肿瘤，但因沿用已久，有待以后纠正。另一种观点认为是上呼吸道感染诱发咽鼓管阻塞，鼓室发生负压，鼓膜松弛部内陷，或外耳道后方上皮陷入鼓室内形成囊袋，即为胆脂瘤前期。此期可维持数年，如此期及时清除蓄积角质，可免除胆脂瘤形成。否则堆积的上皮团块一旦感染，便可破入鼓室，形成松弛部或边缘部穿孔和胆脂瘤。

临床表现

- 1.流脓的性质和时间因病变轻重有所不同，轻者为粘脓性、间歇性，时好时坏；重者呈持续性，为黄稠脓液且有臭味。
- 2.急性发作中可有头痛、耳痛、头晕和发热，严重时可出现面瘫和脑膜炎等症状。
- 3.早期鼓膜为中心圆形或肾形穿孔，偶可见到松弛部及边缘部小穿孔，该区常由脓痂覆盖，很少流脓，如不仔细清除脓痂，甚易漏诊。

诊断根据病史、临床表现，诊断不难。外耳道及穿孔处肉芽组织应送病理检查，以排除肿瘤。必须清除脓痂和分泌物才能看清有无鼓膜穿孔，可用电耳镜和西格尔耳镜检查。有非凡臭味脓液，可取少许用氯仿或丙酮溶解之，如变为黄绿色，提示有胆脂瘤形成。可用音叉和电测听仪检查耳聋性质和程度。乳突X线摄片常规采用劳氏（Law）或麦氏（Meyer）位，观察有无骨质破坏，必要时可行乳突CT扫描，观察有无胆脂瘤骨质破坏。并发症乳突根治术的常见并发症有：损伤性面瘫，因解剖不熟、操作技术不当和先天性面神经解剖异常所致，可造成部分或完全性损伤，80%位于鼓室段。损伤水平

半规管或刮去镫骨，造成眩晕、恶心、呕吐等症状，如继发感染可致永久性全聋。手术暴露脑膜板或乙状窦板引起脑膜炎等颅内感染。损伤颈内静脉球和颈内动脉，造成大出血，偶见于大胆脂瘤破坏和严重骨髓炎病人。骨桥未完全开放和外耳道后骨壁削低不够，造成外耳道肉芽增生，日后形成瘢痕狭窄甚至闭锁。最常见的是胆脂瘤，若肉芽及骨炎等病变组织清除不尽，术后将依旧流脓不止。治疗（一）局部治疗据国内慢性化脓中耳炎脓培养，细菌多为金黄色葡萄球菌、嗜血性流行性感菌，而且抗青霉素强的革兰阳性菌不断增多，用一般广谱抗生素口服或静注已难奏效，非凡是中耳乳突粘膜下血管已瘢痕纤维化，局部血液内药物达不到有效浓度，相反却使细菌产生了耐药性，故局部用药反较有利。可取脓培养做药敏，选用有效药物，常用制剂和用法基本同急性化脓中耳炎。但仅适用 或 型慢性中耳炎。用药前一定要清除外耳道脓痂，患耳朝上侧卧，滴药后取排气置换法，推压耳屏，最好用吸引器抽引干净，然后推压药液迫使进入鼓室乳突腔内，有的长期流脓的 型中耳炎，经定期合理的治疗后，1~2个月内即能痊愈。否则，用药不当和不坚持每日定时滴药，难能达到治愈目的。（二）手术治疗1.慢性单纯性及骨疡性中耳炎（1）去除四周感染病灶影响鼻通气的鼻甲肥大、鼻息肉、鼻中隔偏曲等，应予手术切除和矫正，慢性鼻窦炎应进行根治，慢性扁桃体炎和增殖体肥大应予切除，尤其是小儿增殖体肥大和发炎，是中耳炎长期不愈的原因，切除后往往中耳炎也加速痊愈。（2）鼓室成形术为清除病变，重建听力，50年代Wouml.lner曾创用鼓室成形术（Tympanoplasty），现已被后人广泛应用。该氏

于1956年将鼓室成形术分为五型：
I型（鼓膜修补术）：适用于鼓室内无肉芽、胆脂瘤、骨质无病理变化者，鼓膜修补成功，听力能显著提高。
II型（上鼓室乳突凿开术）：适用于鼓膜边缘部或松弛部穿孔，有肉芽及胆脂瘤，骨质有病理改变者。
III型（乌听骨式术）：适用于病变轻重，听骨链中断而镫骨完整者。清除病变组织，用残留鼓膜或植皮与镫骨粘着，建成一新鼓室或听骨链成形，听力即得以提高。
IV型（全鼓室与小鼓室修建术）：适用于全部听骨破坏。手术清除病变后，用残余鼓膜或植皮，建成一圆窗与咽鼓管相通的小鼓室，使两窗间音波阻力差增大，可改善声音传导以提高听力。
V型（小鼓室加开窗术）：适用于听骨缺失，镫骨被肉芽和瘢痕组织固定。除手术建立小鼓室外，再在水平半规管上开窗，使声波经新窗传入内耳，以提高听力。此五型有的涉及到鼓窦和乳突手术，内容含混不清。美国眼耳鼻喉科学院听力保存委员会提出，鼓室成形术的定义应是一种清除鼓室疾病和重建听觉机构的手术，仅包括鼓膜和听骨修补，不应包括乳突手术。如涉及到乳突，应标明鼓室成形加乳突手术。国内鼓室成形术多采用I、II、III型，IV型者很少采用。通常I型即为鼓膜修补术，II型即为乳突根治术。

2. 严重骨疡性和胆脂瘤中耳炎手术

因患骨髓炎、肉芽及胆脂瘤等病变，应清除病变以达到干耳为主，在可能条件下再改善听力。有胆脂瘤者，必须彻底清除病变以预防发生颅内外并发症。现将代表性几种手术介绍如下：

（1）鼓膜修补术
中耳炎干耳1~2个月后进行。根据穿孔大小选择修补方法。

药物烧灼补贴法 适用于穿孔在3mm以下者，局部用包宁液棉球作鼓膜表面麻醉，亦可用1%利多卡因耳道皮下浸润麻

醉，用30%~50%三氯醋酸小卷棉子将鼓膜穿孔边缘烧蚀成1~2mm白环，之后取消毒好的干羊膜片、鸡蛋内膜、蒜内衣、塑料薄膜或干纸片等，涂以生物胶或甘油，贴在穿孔表面，用酒精棉球堵塞外耳孔，亦可用小明胶海绵块塞在穿孔内。1~2周后取下贴补片观察，如穿孔边缘不见肉芽，可再进行一次烧灼。因鼓膜表层为复层鳞状上皮，具有较强的增殖再生能力，据Litton观察，每日可自鼓脐向外周移行生长0.05mm，一般小穿孔烧灼2~3次即可修补成功。组织瓣膜移植修补术适用于穿孔大于0.4cm者。移植材料种类繁多，经证实最好为自家中胚层组织，如颞筋膜、耳屏软骨膜和乳突骨膜等。鼓膜移植分内植、外植和夹层移植等法。除小儿外一般采用局麻。用耳道浸润麻醉后，在显微镜下用小刮刀或刮匙将穿孔边缘上皮刮除2~3mm，如穿孔大、边缘窄，可由穿孔边缘向外耳道延长2~3mm，刮除耳道上皮，造成供皮创面。取少许蘸有青霉素的明胶海绵颗粒垫在鼓室内，取备好的移植片贴敷在刮好的鼓膜表面，外用明胶海绵填塞，为外植法（图2）。如将鼓膜穿孔内层粘膜刮去，将移植物片贴补在穿孔之内，为内植法。内外植入法效果相同，可根据术者习惯选用。夹层法最适用于边缘部穿孔者，在靠近穿孔边之外耳道于距鼓环外3~5mm处，环形切开皮肤及鼓膜边缘表面，取筋膜或骨膜片植入耳道皮下及鼓膜表层与纤维层之间，有利于愈合。（1）刮去鼓膜穿孔外缘上皮（断续线）（2）游离皮片或筋膜覆盖穿孔外方（2）听骨链修复术 慢性中耳炎听骨坏死很多，最常见的是砧骨长脚，术中应修复听骨链。如砧骨长脚坏死，可将砧骨体下拉与镫骨相接；如砧骨消失，应转移锤骨长突与镫骨连接，亦可做人工砧骨连接；

如只有镫骨或足板，可做鸟听骨和小鼓室成形。近年曾有不少采用异体听骨及全听骨链移植成功者，但取材不便，难能普遍推广使用。（3）上鼓室鼓窦凿开术 于局麻或全麻下进行。耳内切口，将外耳道上方皮片连同鼓膜后份翻向前下，暴露上鼓室外侧壁，用骨凿或电钻去除外侧壁，开放鼓窦入口，暴露所有骨质破坏和胆脂瘤病变。清除所有坏死粘膜、肉芽，清除坏死的部分听骨和胆脂瘤，剪去锤骨头，冲洗止血后，将外耳道皮片拉回压向鼓窦区，并可取颞筋膜或骨膜贴补于鼓膜穿孔之下，外用碘仿条填塞。此术亦称改良性乳突根治术。（4）鼓室切开术 在保留外耳道后上壁和鼓室的基础上清除病灶，手术分为前后径路和联合径路三种。前径路法 病变仅限于上鼓室，而鼓窦正常者。耳内切口，将外耳道前后皮片翻向前下，暴露上鼓室壁，凿开上鼓室，不打开鼓窦，仅清除鼓室前上及咽鼓管口病变，并进行鼓膜及听骨成形术。后径路法 耳后切口，完成单纯乳突凿开术，清除乳突和鼓窦病灶后，在显微镜下用电钻自鼓窦向前下扩大，保留鼓沟及较薄的外耳道后骨壁，于砧肌短突与鼓索神经之间，用小钻头磨去面神经隐窝后壁，暴露中鼓室的后上区，清理面神经隐窝和圆窗四周的病变，然后酌情进行鼓膜和听骨重建术。前后联合进路 亦称保留外耳道后壁的乳突凿开术。1957年Jansen为了彻底清除病灶和改进听力，倡用联合径路保留外耳道后骨壁法，治疗 或 型慢性中耳乳突炎，但必须有过硬的显微耳科手术技术，否则中耳炎难以治愈。据Jansen报道1000手术，胆脂瘤复发率为2.2%。（5）乳突根治术 于全麻下进行，亦可试用局麻。乳突发育很小，用耳内切口，一般用耳后切口。暴露乳突，用电钻或骨凿将整个乳

突病变小房去除，彻底刮除肉芽和胆脂瘤（图6），如进行根治应扩大鼓窦，去除外侧骨壁即断桥，削底外耳道后骨壁至不低于砧骨窝水平，否则易损伤面神经垂直段。在明视下手术，勿损伤脑膜板、乙状窦板、面神经和半规管。如疑有颅内并发症，即使骨壁完整，也应磨开骨板进行探查。如病变不重，外耳道皮肤正常，可将外耳道皮片由鼓窦处纵行剪开，分成上下两瓣推向前方，亦可完全切除，然后清理鼓室病变，最好在显微镜下明视中进行。除保留镫骨及圆窗口外，鼓室内坏死粘膜、肉芽、坏死听骨、胆脂瘤及鼓膜张肌等，应予一并清除。如鼓室病变不重，听力损失不大，咽鼓管功能正常，可望二期进行鼓室成形术者，清理病变组织时可以略有保守，否则病变均应清除干净，尤其是咽鼓管鼓口病变粘膜、肉芽，清除不尽往往是术后继续流脓的主要原因。一般乳突根治术后，外耳道、鼓室、鼓窦及乳突连成一大空腔，将保留的外耳道后壁皮片分成上下两瓣翻向乳突腔内，固定在耳后软组织上，另取大腿替尔皮片植于乳突鼓室腔内，外用碘仿纱条填塞。术后9~10日取碘仿纱条，用4%硼酸酒精滴耳，1~2周后即可干耳。手术后遗留大空腔的缺点是，遇有冷热空气和水刺激可发生眩晕和头痛。所植皮片很薄，供血不足，轻易发生上皮剥脱，产生溃疡，再度流脓，或上皮堆积形成胆脂瘤。为消除术后空腔，60年代曾盛行乳突腔填塞术，即术中保留完整的外耳道后壁皮肤，然后取四周带蒂颞肌瓣和胸锁乳突肌瓣填充于乳突腔内，亦有用自体肋骨、髂骨移植，甚至充填异体骨者。经远期随访，虽有个别骨头感染脱落或肌瓣吸收，腔隙复现，还有少数复发胆脂瘤者，一般术后均无痂皮产生，很少再发生感染，仍有采用价值。

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