

急性化脓性中耳炎 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_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_308083.htm 名称急性化脓性中耳炎所属科室耳鼻喉科

病因（一）咽鼓管感染 止呼吸道感染后，鼻咽部分泌物可因擤鼻、吞咽及呕吐等进入鼓室，也是造成中耳炎最多见的途径。小儿发病率高的原因：易患急性传染病，如麻疹、猩红热、百日咳和肺炎等，主要表现在上呼吸道发炎；小儿咽鼓管较成人相对短而直，比较水平，分泌物易于经此管道进入鼓室；小儿多仰卧吮乳，非凡是人工喂乳时，呕吐物和多余的乳汁甚易流入鼓室；小儿多患增殖体肥大和管周淋巴结炎，易阻塞咽鼓管口，妨碍引流而致发炎；小儿处于萌牙期，经常食欲不振，局部肿胀，局部肿胀，抵抗力减弱，易于感染其他疾病；先天性唇裂、腭裂致腭咽功能不良，易引起咽鼓管感染，而鼓室内粘膜下胚性组织多，抗感染力弱。增殖体、鼻息肉等手术，由于出血和填塞物过久，亦易引起鼓室感染。（二）外耳道感染比较少见，如战时火器震伤，挖耳损伤，拳击和跳水引起鼓膜破裂后感染。严重的外耳道炎，久之鼓膜糜烂溃破亦可引起鼓室感染。（三）血行感染最少见，急性重度传染病和脓毒血症，细菌经动脉直接进入鼓室，亦可由静脉血栓感染而进入鼓室。急性中耳炎早期病毒抗体滴定往往升高，可能为腺病毒和流感病毒感染，继而细菌侵入，小儿多是肺炎球菌、溶血性流行感冒杆菌和 β 溶血性链球菌，成人多为溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌和变形杆菌等。稍晚，鼓膜穿孔，即成混合感染。病理开始咽鼓管粘膜发炎，咽口阻塞，鼓

室内氧被吸收变成负压，鼓室大量渗液，成为细菌培养基，细菌进入大量繁殖。早期鼓膜内陷，暗灰色，继而充血外凸，动脉被压血流阻断，鼓膜中心坏死穿破流脓。从感染到鼓膜穿孔流脓，一般需5~7天，个别细菌毒性较强，2~3日即破溃流脓。临床表现（一）咽鼓管阻塞期 鼓膜内陷，出现低调耳鸣，轻度传音性耳聋，小儿不能述说，但感耳内不适，影响正常玩耍。锤骨柄充血、突出，而位置较水平，短突翘起明显似骨刺，早期鼓室内有渗液，通过鼓膜偶可见到气泡或液平面。此期常被病人认为是感冒。（二）化脓前期 鼓膜呈辐射状向心性充血，锤骨柄变成红色棒状，继之松弛部红肿外凸，很快整个鼓膜变红凸起。此期小儿出现高热、惊厥，摇头抓耳，哭闹不安，常有腹泻、呕吐，常被误诊为胃肠疾病。成人有明显耳鸣、耳聋和剧烈耳痛，发热达38~40。此期如积极进行有效的抗生素治疗，还可逐渐平复，否则即进入化脓阶段。（三）化脓期 鼓室大量蓄脓，鼓膜极度外凸膨隆，锤骨形消失。有跳动性耳鸣，严重耳聋，剧烈耳痛，可放射到上颌牙齿和颞顶部，外耳道口后壁麦氏三角即乳突窦区明显压痛，小儿高热，拒食躁动，出现面色灰白等中毒现象。（四）消散期 感染4~5天后，鼓膜中心黄变坏死，最后穿破流脓。初为浆液，后为粘脓和纯脓。穿孔由中心小孔变成肾形大穿孔。一旦穿破流脓，除耳鸣、耳聋外，一切症状顿然消失，体温恢复正常，小儿可以吃乳入睡，成人可得正常工作。诊断根据病史和体征，成人诊断较易，小儿则较困难，一是缺乏耳症状史，表现为严重的胃肠道反应，二是小儿外耳道狭窄，鼓膜不易查见。如遇小儿高热，适在上呼吸道感染之后发生，常有摇头抓耳动作，应想及此病。首

先应检查有无咽部感染和萌牙现象，耳区有无压痛和肿大淋巴结。小儿鼓膜肥厚，其光锥和充血很难查见，即使轻度充血也可能是哭闹过久和萌牙期的反应，必要时应进行鼓室穿刺鉴别。鉴别诊断（一）外耳道炎及疖肿 外耳道口及耳道内弥漫性肿胀，有渗出浆性分泌物，晚期局限成疖肿有脓，分泌物没有粘液，耳聋不重是其特点。按压耳屏剧痛，耳后淋巴结常肿大。（二）急性鼓膜炎 常并发于流行性感冒和耳带状疱疹，鼓膜充血形成大炮，有剧烈耳痛，但无穿孔及流脓现象，听力损失不重，血象白细胞不增多。并发症急性化脓性中耳炎治疗不当或周身抵抗力弱，炎症可经鼓窦直接进入乳突形成急性乳突炎，穿过骨皮质形成骨衣下脓肿，亦可经先天颅骨缝隙进入颅内形成颅内并发症，累及面神经而发生面瘫。过去小儿急性中耳炎易并发化脓性脑膜炎，现今广泛使用广谱抗生素后，此类并发症已很少发生。治疗早期咽鼓管阻塞时，应用氯霉素、麻黄素液滴鼻收敛咽口，并令患者作吞咽和打呵欠动作，以使咽口张开通气，忌行捏鼻吹张和咽鼓管导管通气。耳痛者可给止痛药，可给复方新诺口服预防细菌感染。细菌感染后进入化脓前期，出现耳痛、发热，应及时应用青霉素80万u肌注，一日两次，或400万~800万u静脉滴注。治疗一周，80%病人可以治愈。红霉素及交沙霉素口服亦有效。治疗无效多因染耐药性球菌或杆菌所致，应及时更换药类。如鼓室蓄脓过多，鼓膜外凸很甚，高热剧痛，脓液即难以由咽鼓管排向咽部。小儿咽鼓管短粗，早期偶有可能排除，可滴1%~2%石炭酸甘油，以消炎止痛。除继续采用大量广谱抗生素治疗外，应考虑排脓措施：（一）鼓室穿刺抽脓 先用酒精清毒外耳道，用包宁液（可卡因、薄荷脑

及石炭酸等量混合制剂)棉球贴敷鼓膜表面3~5分钟,此药有强烈表面止痛作用。然后取粗长12号针头由鼓膜前下象限刺入,渐渐将脓抽净,并可用3%双氧水、生理盐水冲洗,继用青霉素或庆大霉素等溶液冲洗并注入其内,一日一次,1~2次后多可治愈。治疗中应取侧卧位,病人偶有疼痛、眩晕感觉。此法可以代替古老的鼓膜切开术,非凡适用于外耳道狭小的小儿。如遇反复穿刺多次不愈,可再进行鼓膜切开。

(二)鼓膜切开 小儿采用全麻,成人可用包宁液表面麻醉,亦可用1%~2%利多卡因外耳道四周神经阻滞麻醉。病人取侧卧或仰卧侧头位,消毒外耳道和鼓膜表面,插入粗耳镜,于明视下或显微镜下将鼓膜切开刀插入耳道内,由鼓膜后下切向前下2~3mm,不可插入过深,以免伤及鼓岬粘膜及听骨。然后用吸引器抽吸脓液,并可用上述药液冲洗。鼓膜切开刀有时不够锐利,难以一次顺利切开,有时易损伤听骨链,甚至有报告损伤面神经者,非凡是1~2岁小儿很难操作,现多用穿刺法代替之。鼓膜穿孔后治疗:鼓膜穿孔后除继续大量广谱抗生素治疗外,局部用药非常重要。如治疗不当和引流不畅,继续流脓不止达一月以上,便成为慢性中耳炎。局部用药原则:1.耳用滴剂 通常有水、酒精和甘油制剂,内溶有广谱抗生素,如青霉素、氯霉素、红霉素及多粘菌素等,忌用新霉素、庆大霉素、链霉素等耳毒性药物。可溶有硼酸、硼砂、石炭酸和磺胺等,亦可溶有中草药如黄连素、地黄等。用药时患耳朝上侧卧,先用3%双氧水清洗,拭净后再滴用制剂,一定要坚持一日2~3次清洗滴药。滴药后可按压耳屏向耳道口内,或以手掌按压耳门,促使药液进入鼓室内。同时可作多次吞咽动作,以利药物进入鼓室。早期脓液较多,

应选甘油或水溶液制剂，晚期宜选用酒精或水溶液滴剂，以促进消炎干燥。忌用有色药液如龙胆紫、红汞和碘制剂，以免染色无法观察病变。

2.耳用粉剂 脓液很少，为促进早日干燥，可喷撒粉剂，如氯霉素、硼酸粉、碘胺和强的松等，忌大量使用，以免与脓粘结成块，阻塞引流，诱发颅内并发症。

3.全身治疗应根据脓培养及药敏试验，采用有效的抗生素治疗，应大剂量，以保持血内高浓度，最少应用一周以上。亦可服用中药，切忌用药量小，时间短，更换频繁，以免细菌产生耐药性，使病程延长，或形成隐蔽性中耳炎，一时好转，短期内又再度恶化。如治疗恰当，85%~90%病人在两周内可望痊愈，小穿孔可能愈合，听力恢复正常。大穿孔中以进行手术修补。

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