

迷路窗破裂 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__E8_BF_B7_E8_B7_AF_E7_AA_97_E7_c22_308131.htm 名称迷路窗破裂所属科室耳鼻喉科病因据Goodhill报告，损伤可经两种压力传导途径造成：

外爆性损伤（Explosive route）：为最多见的原因，系脑脊液压力忽然增高向外传导至内耳所致，如咳嗽、呕吐、用力大声哭笑等。脑脊液压传导过程为：脑脊液rarr.鼓阶rarr.中阶rarr.前庭阶rarr.中耳；或经脑脊液rarr.筛板rarr.底板韧带rarr.咽鼓管rarr.前庭阶rarr.咽鼓管rarr.鼓膜plusmn.0.42mm²，分内中外三层，厚50~70μm，边缘厚中心薄，中间层含有弹性纤维、血管和神经。在内侧0.3mm鼓阶内侧壁上有蜗小管开口。在人类由于蜗小管很细，又有软组织充填，因此颅内高压传到外淋巴液时已明显减弱，不易引起膜损伤，但可引起慢性渐进性损伤。相反，婴儿型开放性蜗小管和解剖异常者，轻易罹患。病理Weisskopf等将豚鼠圆窗膜全部刮除，用微音电位测量术后听力，只有6dB损伤。Simmons推测此病有严重耳聋者，必定并发了耳蜗内其他部位损伤。Flint用扫描电镜观察发现，早期毛细胞有损害，仅限于顶转及基底转，与听力损失不成正比。Simmons曾做猫圆窗膜刺伤试验，伤后一周内即可愈合，听力在1~4周内可恢复正常。动物实验尚难解释严重耳聋现象。临床表现受伤后忽然耳聋，症状和体征差异很大，很多初发症状不明显，有时仅有耳聋和轻度眩晕。1/3病人有位置性眩晕，伴有恶心、呕吐，但数日后即减轻，可遗留运动失调，轻者站立不稳，走路蹒跚，重者行走困难，但单个肢体运动协调正常。有的表现为忽然严重耳鸣和耳聋，并伴有

严重恶心、呕吐等，易和其他病因引起的暴聋相混淆。有的仅有眩晕，病后1~2年才出现耳聋。诊断耳科检查鼓膜一般正常，偶有充血混浊和液平面，患耳朝下侧卧有旋转性眼震，有潜伏期，伴有眩晕感，呈疲惫性四周前庭型。

据Singleton报告，外淋巴瘘时位置性眼震潜伏期短，不易疲惫，26%~60%瘘管试验呈阳性反应。凡有明显头面或耳部气压创伤或外伤史，或在飞行、潜水和用力后忽然出现眩晕耳聋，并有瘘管试验阳性者，应想及此病，应住院观察，进行颅内摄片、神经系统检查、听力及功能检查。Simmons（1979年）曾提出由400~1300Hz，每100Hz为一挡，进行听阈检查，如有凹口存在，即示有蜗内膜破裂可能。临床上应当与梅尼埃病、良性位置性眩晕和其他暴聋相鉴别。声阻抗诊断价值不大，且有进一步损伤迷路危险，不宜采用。治疗（一）保守治疗 急性期应绝对卧床休息，抬高床头以利于降低颅内压和促进窗膜愈合，忌用力大便与咳嗽。可用血管扩张剂和烟酸、东莨菪碱，或用5%~7%的碳酸氢钠和利多卡因静脉滴注，亦可用激素和能量合剂静脉滴注，观察7~10天后仍感头晕或听力继续恶化者，应行鼓室手术探查。（二）手术治疗 按镫骨手术方式取耳内切口，将后方皮鼓膜瓣翻向前方，在显微镜下先查看圆窗有无清液外溢，有时应用电钻或小凿将圆窗龕后缘去除，以便于观察窗膜，可能见到破口而无液体波动，或见到外溢液体而不见窗膜。可对颈内静脉加压以使颅内压增高，有利于查看。然后依同样操作检查镫骨和卵圆窗。如发现圆窗膜有破口，即用小剥离子将窗周粘膜刮除，取颞筋膜或耳周骨膜少许塞入窗内。据Ribari试验修补材料，以筋膜、骨膜、软骨膜最好，脂肪有静脉壁不宜采用。如为卵

圆窗破裂，应先摘除镫骨，用筋膜或颞肌少许塞入窗口内，再将镫骨复位。一般修补后前庭症状应有明显改善，但听力多提高不著。Strohm统计，眩晕改善者占97%，耳鸣好转者92%，听力完全恢复者仅21%，而且治疗效果与手术时间无明显关系。一般认为手术时间愈早效果愈好。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