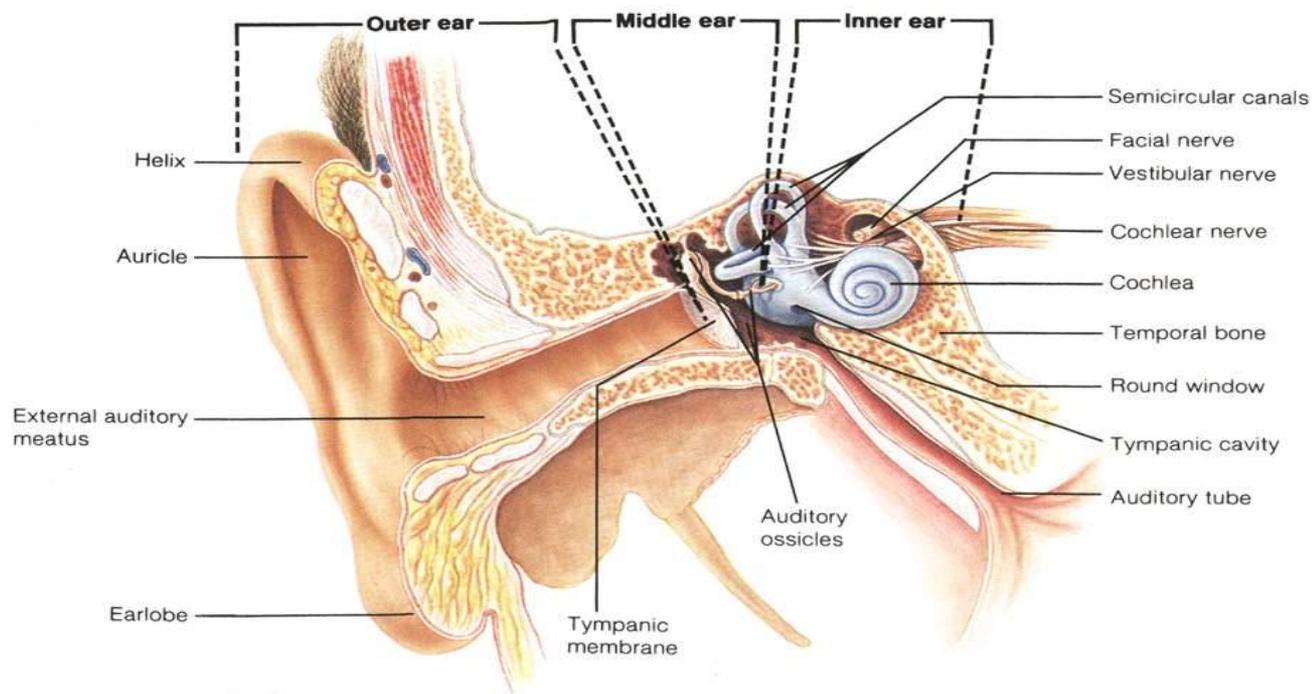




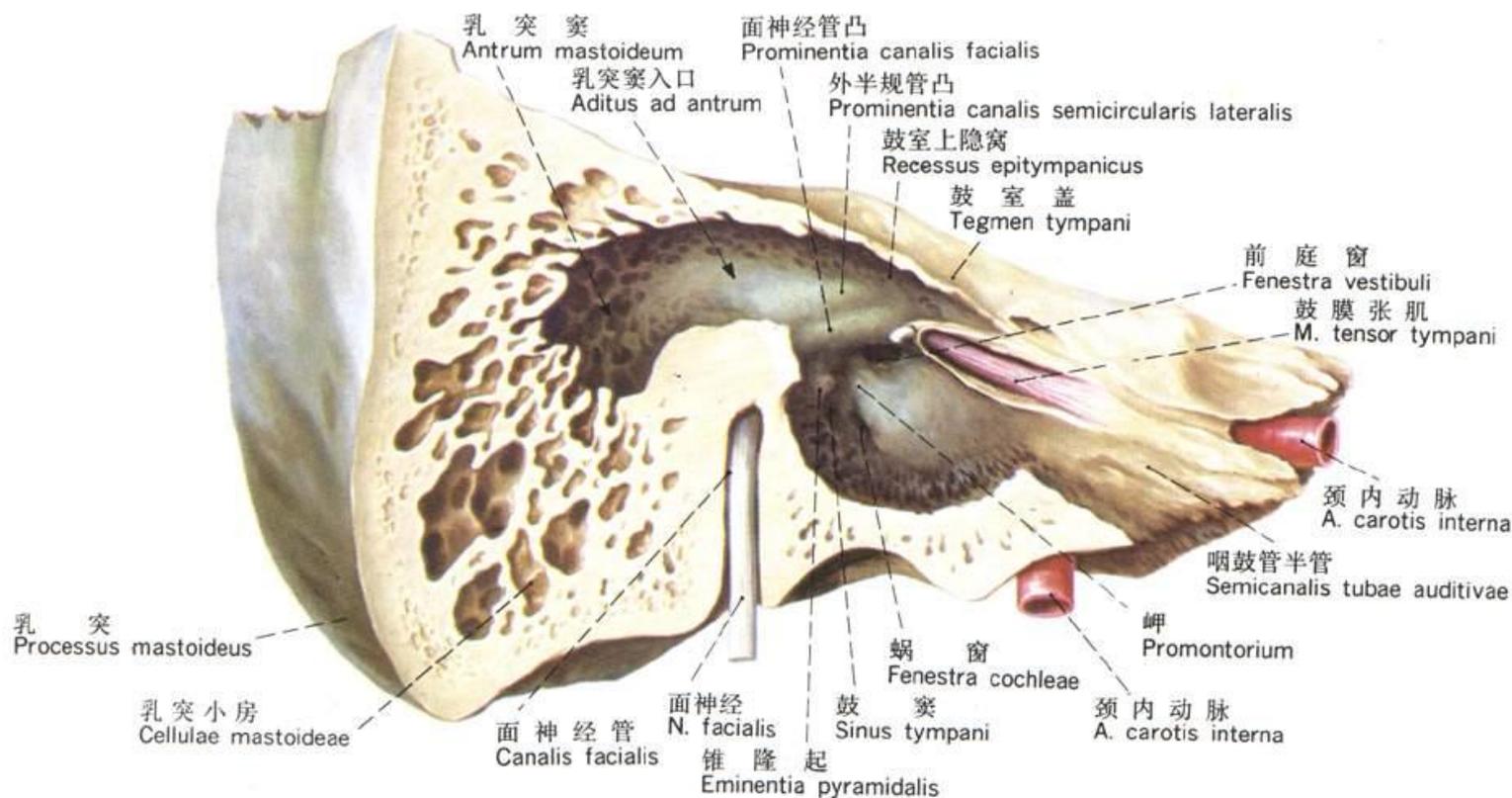
分泌性中耳炎

secretory otitis media

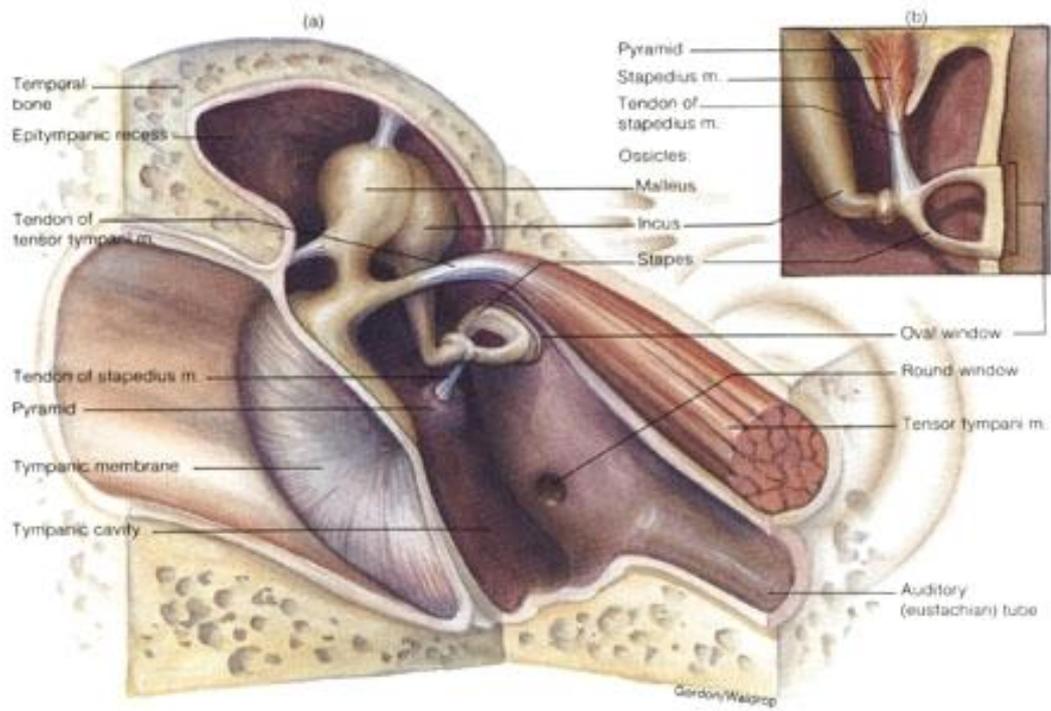
耳的解剖



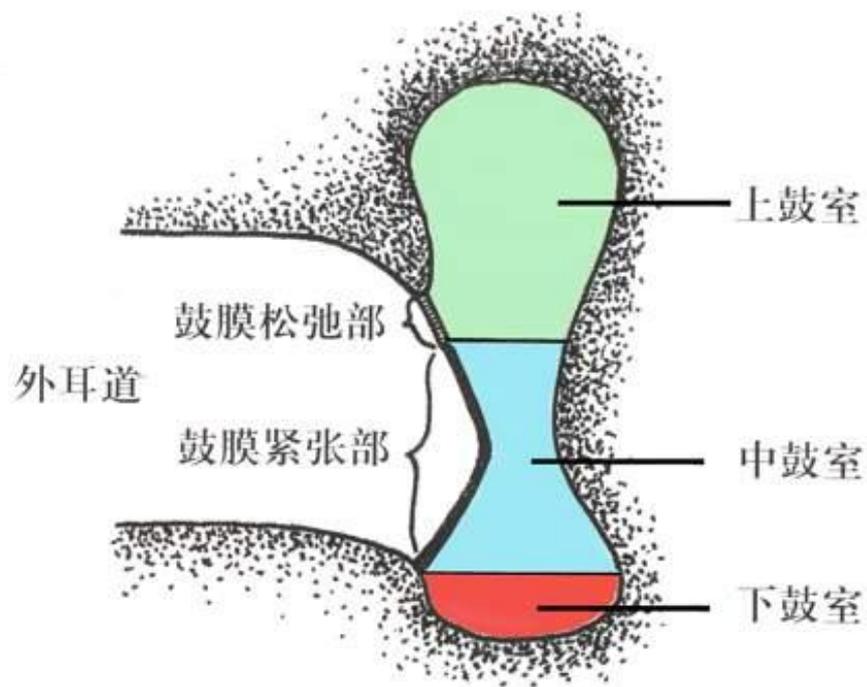
中耳由**鼓室**、**咽鼓管**、**鼓窦**、**乳突**四部分组成。

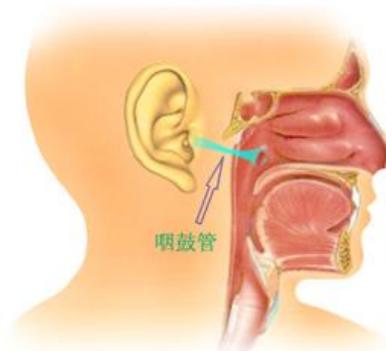


鼓室



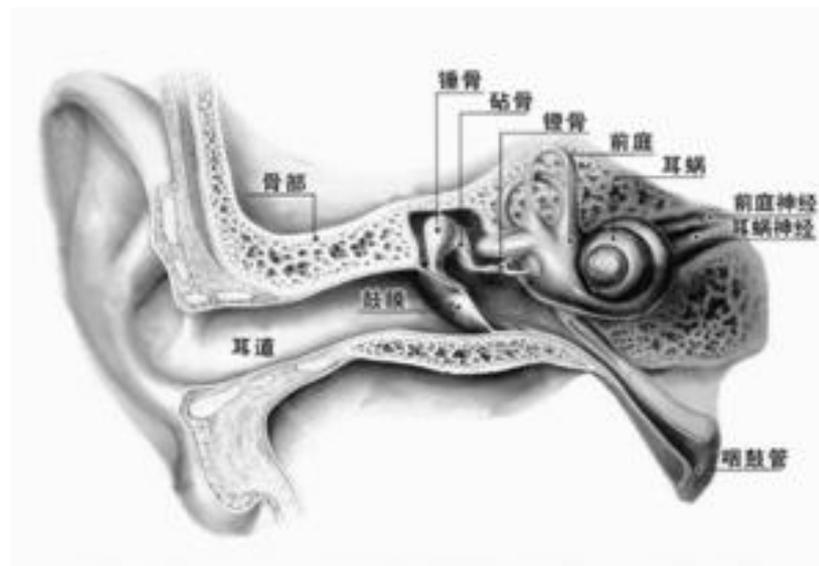
鼓室分区





咽鼓管

- 咽鼓管（auditory tube）是从鼓室通向鼻腔后方的鼻咽的一条管道，在成人长3.5~4.0cm。与水平面成40°，与矢状面成45°。
- 咽鼓管靠鼓室端的1/3由硬骨组成，靠鼻咽部的2/3由软骨构成。
- 管的两端膨大，中间窄小，叫咽鼓管峡。咽鼓管向后外方向开口于鼓室前壁处叫做咽鼓管鼓口，在鼻咽的开口是咽鼓管咽口。
- 鼓口始终保持畅通无阻，而咽口像是一个单向阀门，平时它是关闭着的，只允许中耳内的液体或空气逸出，而不允许鼻咽的分泌物和细菌进入鼓室。只有当张嘴、唱歌、咀嚼、打呵欠，特别是做吞咽动作时，由于咽肌的收缩，咽鼓管咽口才会瞬间开放。



正常鼓膜





概述

- SOM(secretory otitis media)是中耳粘膜的
非化脓性的炎性病变，临床上以鼓室积液，听
力下降，为主要特征。



流行病学特点

- SOM可发生在任何年龄组，但85%以上发生在5—8岁的儿童。(它往往在耳聋出现时才考虑到SOM，是儿童耳聋的主要原因之一，国外统计1700多学龄儿童，发病率为3.6%)。
- 本病各春季多见，发病率近年来有增加趋势。



- 根据病程：

急性分泌性中耳炎：发病开始时**3周**。

亚急性分泌性中耳炎：**3周—3月**。

慢性分泌性中耳炎：始于**3月**以后。



病因（掌握）

目前认为咽鼓管功能障碍、中耳局部感染和变态反应是其**主要病理基础**。



一、咽鼓管（eustachian tube ET）功能障碍

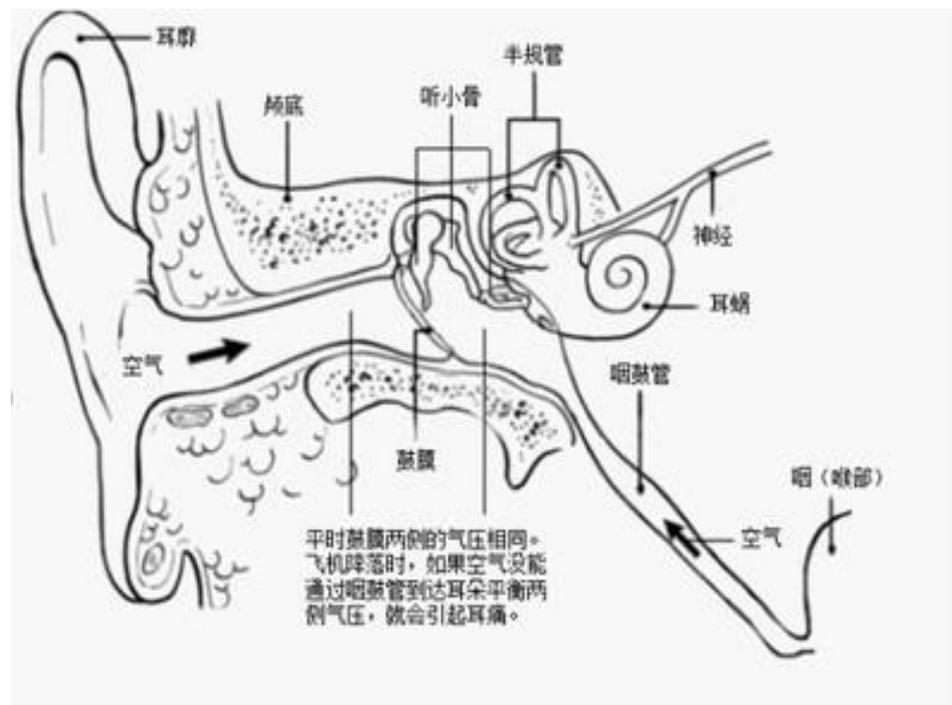
1、咽鼓管阻塞：

- （1）咽鼓管机械性阻塞：
- （2）咽鼓管非机械性阻塞：

2、咽鼓管清洁和防御功能障碍：

1、咽鼓管阻塞:

- 正常情况下，中耳内、外的气压基本相等，约相当于大气的压力。
- 在生理状态下，中耳内的空气虽不断地被中耳粘膜所吸收，但通过咽鼓管的间断开放，新鲜的空气又不断地向中耳内输入而加以补充，从而使中耳内、外的气体压力保持平衡。



- 由于各种原因使咽鼓管的通气功能发生障碍，中耳内的空气被吸收以后得不到相应得补充，逐渐形成负压。



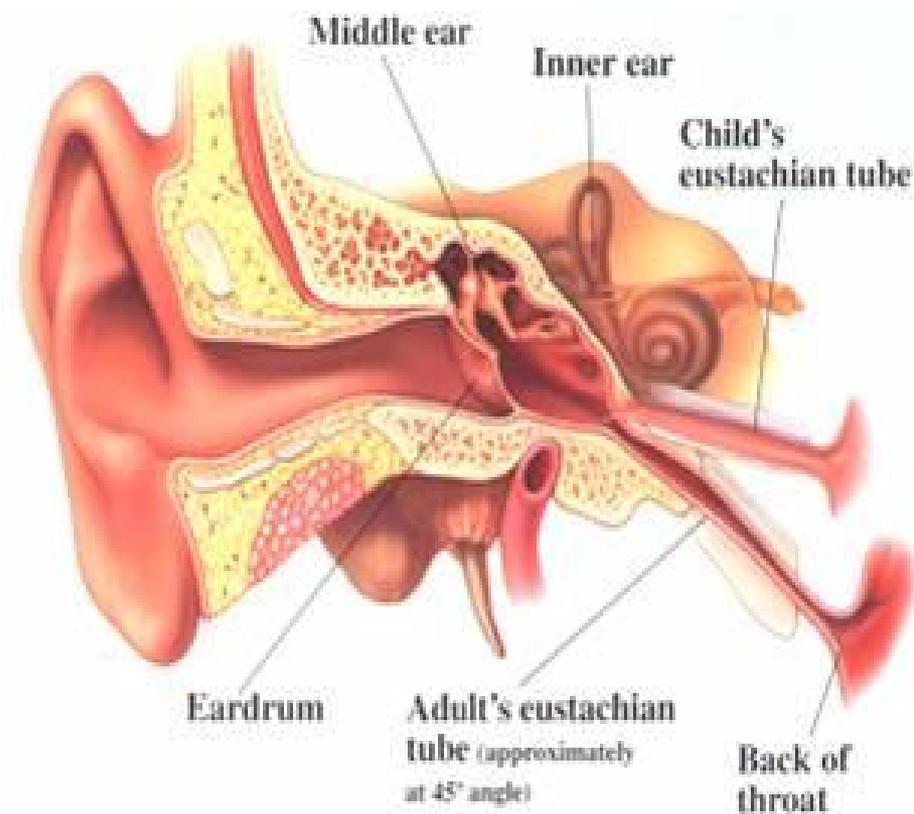
(1) 咽鼓管机械性阻塞:

- 腺样体肥大;
- 慢性鼻窦炎;
- 上呼吸道的慢性炎症性疾病;
- 鼻咽部肿瘤;

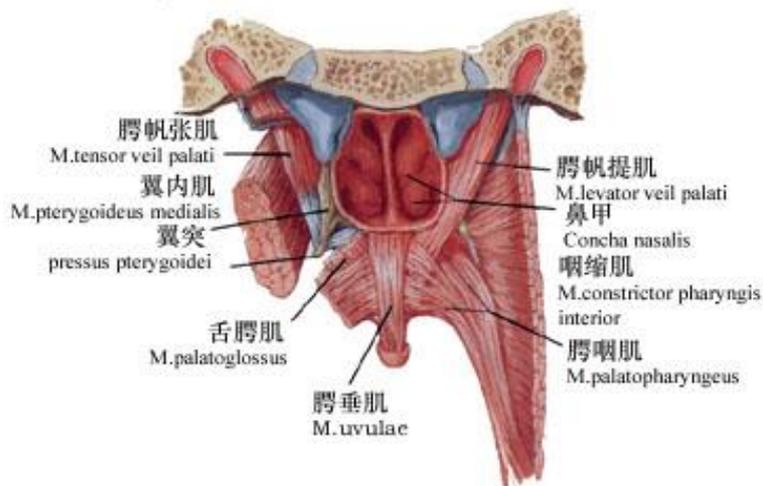


(2) 咽鼓管非机械性阻塞：

- 小儿腭帆张肌收缩力差，咽鼓管软骨弹性低，当鼓室处于负压时，软骨段的管壁易发生塌陷。



- 腭裂患者因腭帆张肌和腭帆提肌连续性中断，吞咽时，咽鼓管咽口开放无力或不能开放，易患此病。





- Tsuruhara等（1989）发现咽鼓管上皮可以分泌**类肺表面活性物质**，具有降低气—液介面表面张力的性能。这种物质的减少，不利于咽鼓管的开放。细菌感染可以减少这种物质。Fornadley（1994）等认为这种表面活性物质的减少与分泌性中耳炎发生有关。



2、咽鼓管清洁和防御功能障碍：

- 咽鼓管粘膜具有呼吸道粘膜的特征（粘液纤毛输送系统），能够向鼻咽部排除中耳内的异物及分泌物，该系统主要集中在咽鼓管底部，有人认为（Teele等1980；Mills等1984；Bakaletz 1989）**细菌外毒素破坏纤毛运动**而导致分泌性中耳炎。
- 另外，婴幼儿咽鼓管发育不良，呼吸道粘膜运动先天性不良（**immotile cilia**综合症），以及老年人咽鼓管弹性降低也和分泌性中耳炎的发生有关系。



二、感染可能是引起中耳渗液的直接原因，但作为SOM病原菌尚未肯定。

- 各家对中耳积液的细菌培养阳性结果为22%—52%不等，常见的致病菌为流感嗜血杆菌和肺炎链球菌等，和急性化脓性中耳炎的致病菌相同。因此，认为本病可能是一种轻型的或低毒的细菌感染的结果。



- 细菌可以无症状的存在于中耳渗液中原因可能是：
 - (1) 细菌的致病力弱，主要对膜及内毒素起一定作用。
 - (2) 抗菌素治疗在粘膜免疫产生之前可造成局部免疫不足。
 - (3) 短暂的抗菌治疗使急性化脓反应终止，但炎症尚未完全控制。



三、免疫反应

- 许多学者研究表明：**SOM**是一种由抗体介导的免疫复合物疾病。

证据

- (1)中耳积液中有大量炎性介质存在。
- (2)中耳粘膜具有生成和分泌免疫球蛋白的功能。
- (3)中耳积液中有特异性抗体、免疫复合物及补体。



病理

- SOM中耳粘膜水肿，毛细血管增多、通透性增加。
- 病变进一步发展，粘膜上皮增厚，上皮化生。
- 鼓室的假复层柱状纤毛上皮可变为增厚的分泌性上皮，具有分泌性特征。



- 上皮下层有病理性腺体样组织形成。
- 液体以浆液性为主者，以淋巴细胞浸润为主，还可见单核细胞；液体以粘液性为主者，则主要为浆细胞核淋巴细胞浸润。

临床表现

1、听力下降

急性分泌性中耳炎病前大多有感冒史，以后听力逐渐下降，可伴有自听增强感。

- 慢性分泌性中耳炎起病隐袭，病人常不能明确指出具体的发病时间。
- 病人的耳聋程度常有波动。原因：当人头部前倾或偏向患侧时，由于鼓室内的液体离开蜗窗，听力可暂时得到改善；
- 小儿大多无听力下降的主诉，婴幼儿可表现为言语发育延迟，学龄前儿童则表现为对父母的呼唤不理睬。



2、耳痛

急性分泌性中耳炎起病时可有轻微耳痛。慢性者多在继发感染时，或合并感冒、上呼吸道感染、鼻窦炎急性发作时，才出现耳痛。



3、耳内闭塞感

耳内闭塞或闷胀感是成年人常见的主诉症状。
按捺耳屏后这种闭塞感可暂时得到减轻。



4、耳鸣

耳鸣一般不严重，可为间歇性，如“劈拍”声。当头部运动或打呵欠时，耳内可出现气过水声。



5、耳漏

少数患者可出现耳内流水，但持续时间短暂，仅数小时或一天左右，次日就诊时鼓膜穿孔大多已经闭合，而且流水前一般无耳痛。

检查与诊断

1、鼓膜：

(1) 鼓膜外观由半透明度变为不透明的浅黄色或琥珀色，呈毛玻璃状，光锥消失，鼓膜周缘或锤骨柄充血。



正常鼓膜



分泌性中耳炎鼓膜表现

(2) 鼓膜周边与鼓环对比明显内陷，透过鼓膜可见气泡或液平。

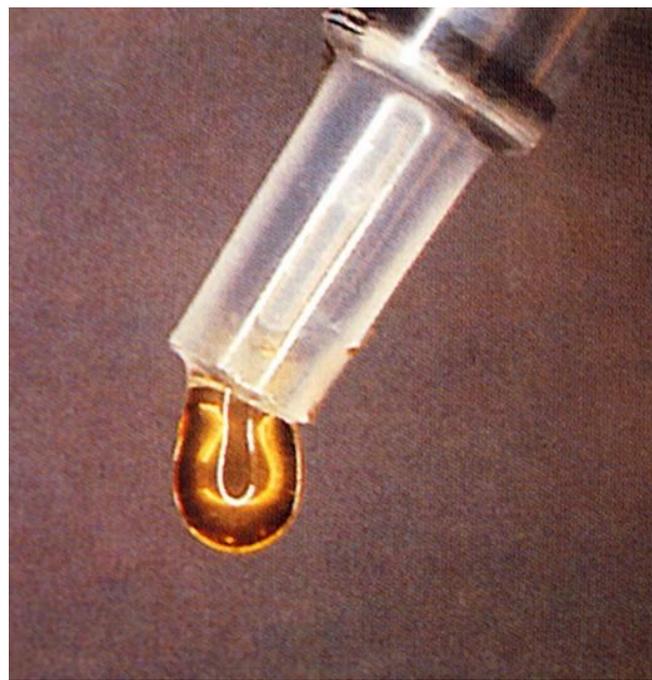
内陷特点：

- ① 锤骨短突凸出，鼓膜后皱襞比正常明显。
- ② 鼓膜松弛部凹入上鼓室。
- ③ 锤骨柄后移呈横位，其长度似乎缩短。
- ④ 光锥变形，移位或消失。





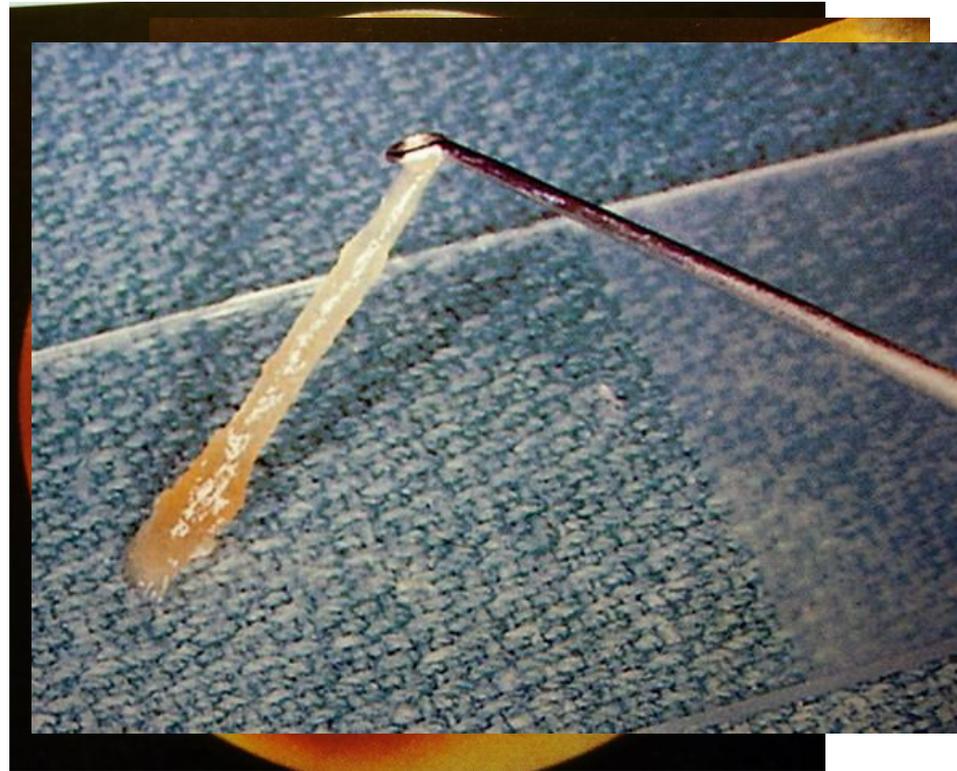
浆液性分泌性中耳炎



中耳抽出的浆液

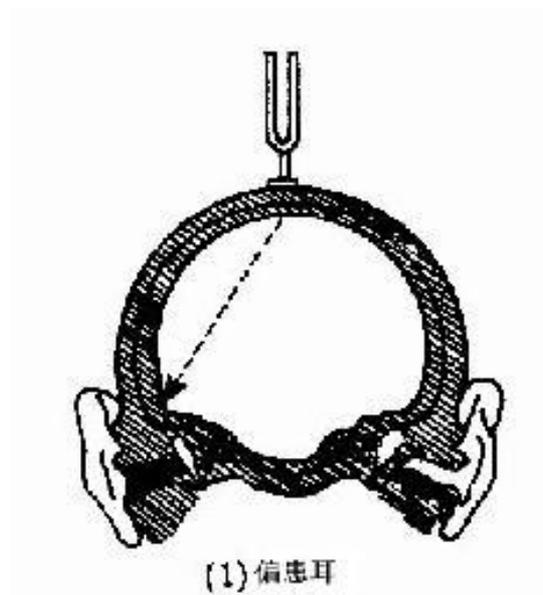
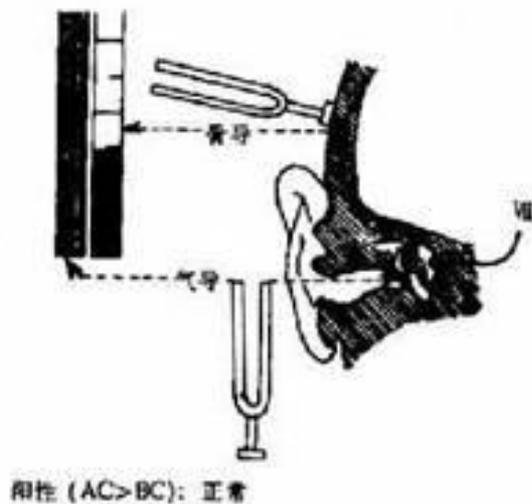
(3) 鼓膜极度内陷与鼓岬粘连，穿刺时有少许稠厚粘液或不易抽出。

(4) 蓝色鼓膜由鼓室内有胶冻状积液所致。



听力检查

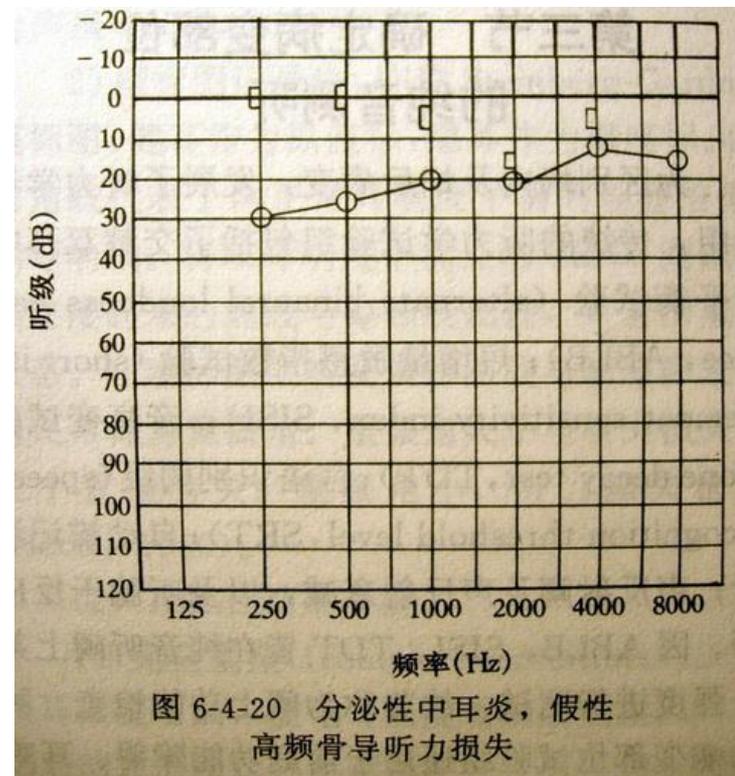
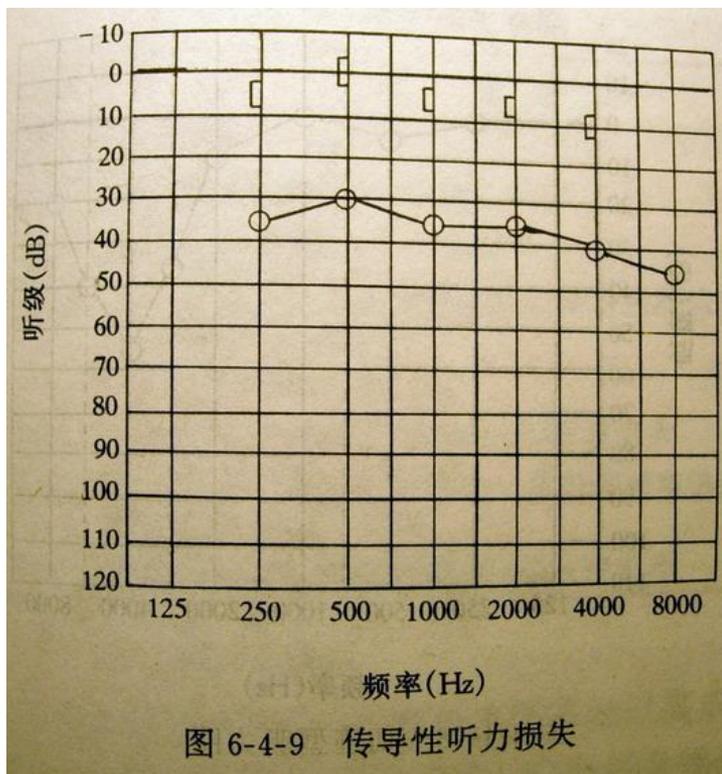
(1)音叉检查：Rinne试验阴性。Weber试验偏向患侧。





(2)纯音听阈测试：纯音听力图一般表现为轻度的传导性聋。

- 少数病人听阈无明显改变，而重者听力损失可达40 dB左右。
- 听力损失以低频为主，但因中耳传音结构及两窗阻抗的改变，高频气导及骨导听力亦可下降。



分泌性中耳炎电测听结果



(3) 声导抗测试:

- 声导抗图对本病的诊断具有重要价值。
- 平坦型（B型）为分泌性中耳炎性典型曲线，高负压型（C型）示咽鼓管功能不良，其中约45%有鼓室积液。声反射均消失。

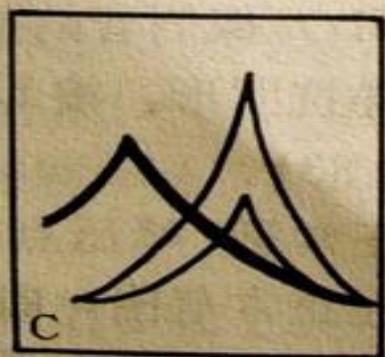
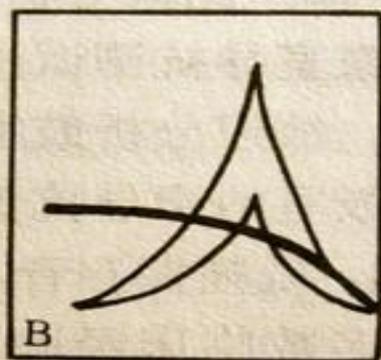
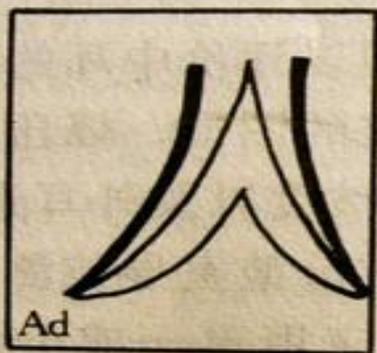
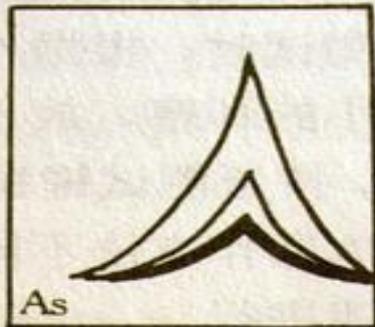
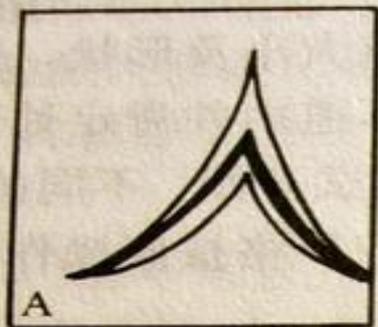
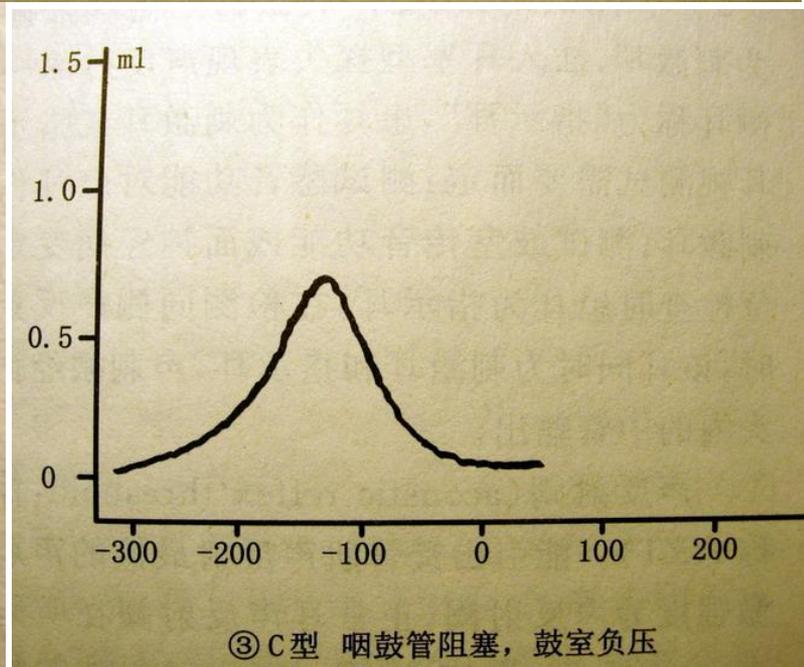
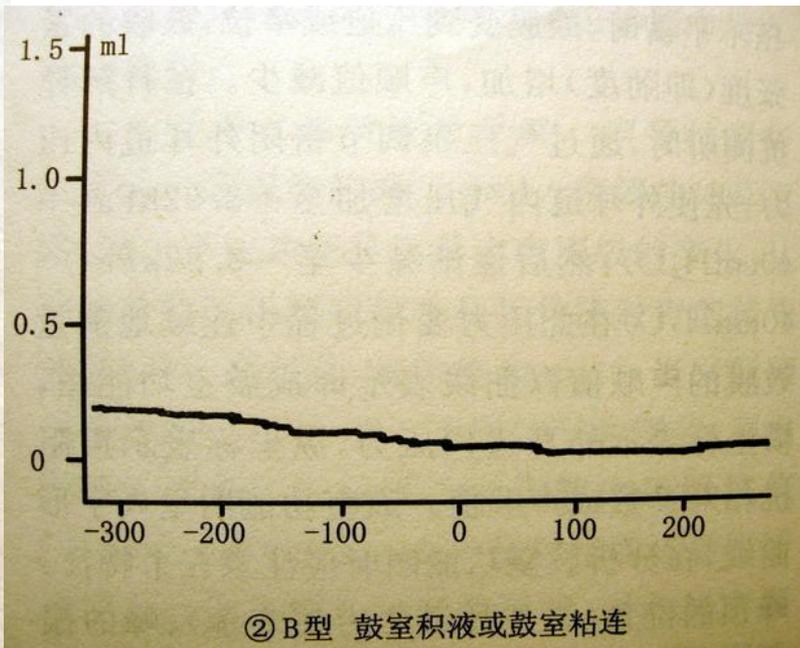


图 6-4-33 鼓室导抗图分型
 A 型. 正常型 As 型. 声导纳减低型
 Ad 型. 声导纳增高型 B 型. 平坦型
 C. 负压型



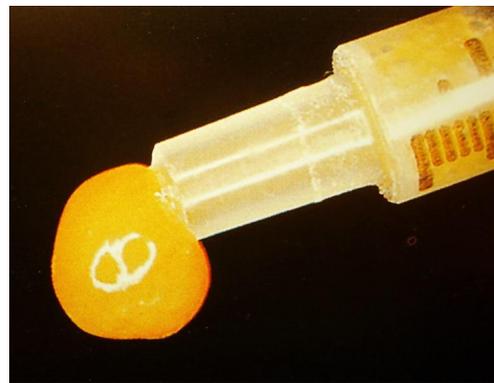
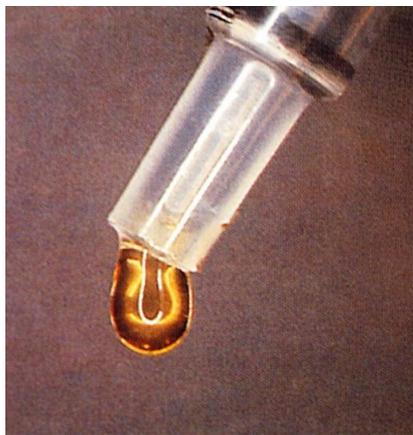


(4) 颞骨CT扫描:

- 可见鼓室内有密度均匀一致的阴影，乳突气房中可见液气面。此项检查不属常规检查项目。

(5) 诊断性鼓膜穿刺

可以确定有无积液及液体的类型。中耳渗液有浆液性和粘液性之分，在中耳积液中80—90%为粘液性。





鉴别诊断

- 1、鼻咽癌：对一侧分泌性中耳炎的成年人，应注意鼻咽部有无肿瘤，特别是鼻咽癌。应对这些病人进行常规的鼻咽部检查。

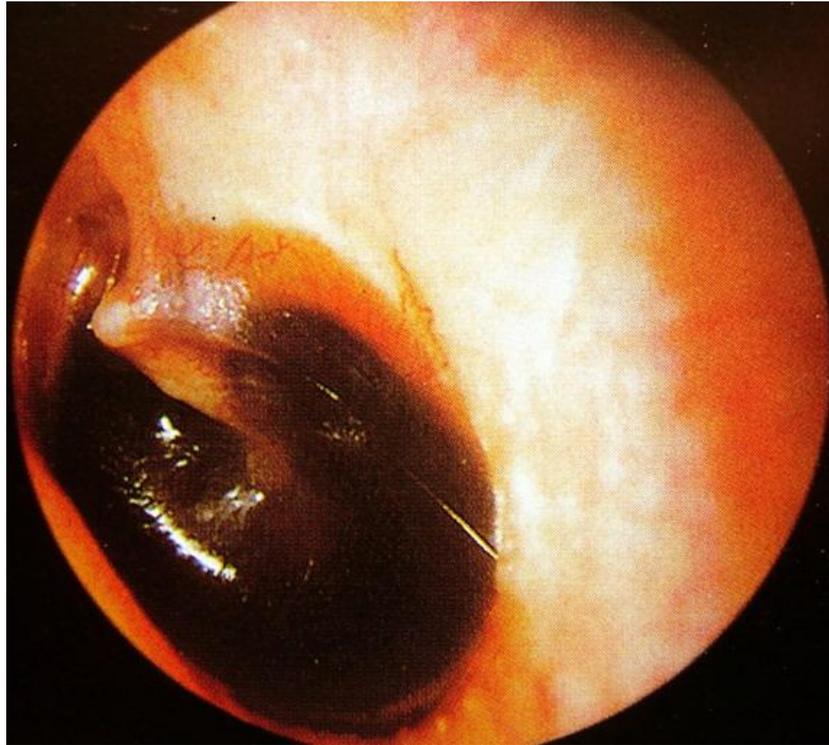


- 2、脑脊液耳漏：颞骨骨折并脑脊液耳漏而鼓膜完整者，脑脊液聚集于鼓室内，可产生类似分泌性中耳炎的症状。根据头部外伤史，鼓室液体的实验室检查结果，以及颞骨X线片，颞骨CT扫描可鉴别。



3、胆固醇肉芽肿、颈静脉体瘤

- 胆固醇肉芽肿也称特发性血鼓室，可为分泌性中耳炎的晚期并发症。鼓室内有棕褐色的液体聚集，伴有暗红色或棕褐色肉芽，内含有含铁血黄素与胆固醇结晶溶解后形成裂隙，伴有异物巨细胞增生，鼓膜呈蓝色或蓝黑色。
- 颈静脉体瘤为血管性肿瘤，可突入鼓室。



特发性血鼓室

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/128113066045006051>