

• 病例报告 •

中耳结核 1 例

王玉清

(青海省第四人民医院 西宁 810000)

1 临床资料

患者,男,32岁,驾驶员。左耳听力下降、耳闷感3个月、伴左耳流脓2个月(2006年11月开始出现症状)。患者3个月前无诱因左耳听力下降,自觉与人言语交流时,声音定向出现障碍,需要别人重复讲话,左耳较差,伴有耳闷感,似有液体充满左耳,无耳鸣、眩晕、耳痛、耳流脓,行左耳鼓膜穿刺,抽出少许黄色分泌物,考虑炎症,行全身抗感染治疗,效果不明显。2个月前出现左耳流脓,为黄白色较黏稠液体,无臭、无血性味,诊断为粘连性中耳炎,抗炎治疗后耳流脓渐缓解,自觉听力稍有好转。2007年1月份就诊。查体:T 36.4℃,P 76次/min,R 20次/min,BP 120/70 mmHg,神志清,无贫血,浅表淋巴结不大,双耳廓正常,乳突区无压痛,外耳道无异常,右耳鼓膜正常,左耳鼓膜完整,色泽暗红,中央部有小块血痂。实验室及器械检查结果。电测听:右耳听力正常,左耳轻至重度混合性听力损失。CT示:左侧中耳乳突内完全被软组织密度影填充,骨质未见破坏,右侧中耳乳突未见异常。考虑左侧中耳、乳突炎。为明确诊断,在全麻下行左耳闭合式乳突根治术+鼓室成形术,术中见乳突气化型,大部分房内有纤维肉芽样物,易渗血,上鼓室及鼓室内大量纤维增生样物堆积,鼓膜完整,增厚,听小骨周围被纤维增生样物包裹,鼓室内壁黏膜肿胀,及鼓索清除病灶后,听骨链活动度尚好。左鼓室、鼓室送检组织病理学报告为:慢性炎伴纤维组织增生,并可见肉芽肿形成及坏死,抗酸染色查见一根抗酸杆菌,多考虑结核。给予HRZE抗结核1个月后病情逐渐好转,听力有所恢复,无流脓,继续抗结核治疗。

2 讨论

中耳原发结核病成人较少见,多发生于儿童,结核分枝杆菌侵入耳部的途径很多,由咽鼓管侵入鼓室、血循环感染、淋巴循环感染和由鼓膜孔侵入鼓室。临床分急性和慢性,急性主要表现起病及发展迅速,病情重,鼓膜很快破坏、锤骨柄暴露,中耳黏膜水肿,分泌物脓性恶臭,继而鼓室骨质破坏,有发热

等全身症状。慢性主要表现为耳内闷胀,无痛,听力减退,耳溢脓,鼓膜增厚,部分病人有面瘫,耳廓周围淋巴结肿大,耳后乳突瘘管^[1]。该病极易忽略而延误诊断,导致局部并发症发生的增加,误诊的原因:(1)对本病缺乏认识,由于中耳结核发病率低,临床少见,若忽视其临床特点,常误诊为非特异性中耳炎。(2)中耳结核患者缺乏典型症状如低热,乏力,消瘦盗汗等,只有50%患者伴肺结核,若忽略全身系统检查极易发生误诊。(3)中耳结核最容易误诊为a.慢性化脓性中耳乳突炎,由于该病常见,根据脓性耳漏,听力下降,容易轻率误论;b.中耳癌由于外耳道有肉芽,并有血性分泌物,有些患者合并颈部肿块、消瘦、颞骨CT示有骨质破坏,易考虑中耳癌^[2]。(4)中耳结核的典型体征——大量排脓、重度耳聋、面瘫、多发性穿孔现在几乎见不到。(5)检测手段受限,结核性中耳乳突炎确诊主要依靠中耳肉芽组织病理学检查及抗酸杆菌培养和涂片等,但部分病例需要1~3次活检才能确诊^[3-4]。

乳突部X线摄片或CT扫描检查具有重要价值,细菌学检查阳性率不高,主要是通过耳内肉芽组织病理检查得到确诊。早期使用有效的治疗可防止严重的听力损伤,手术加抗结核药物是治疗中耳结核的基本方法。对脓性耳漏抗生素治疗无好转反而加重的患者,除考虑恶性肿瘤外还要考虑是否并发中耳结核可能,不能盲目应用激素等药物,以免病情恶化。中耳炎患者若X线胸片发现肺结核或其他部位的结核要考虑中耳结核可能,必要时可进行诊断性抗结核治疗,或行病理学检查,以防止发生误诊。

3 参考文献

- [1] 曾正国. 现代实用结核病学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003: 475—477.
- [2] 廖首本. 中耳结核 10 例误诊原因分析 [J]. 华西医学, 2005, 19(3): 552.
- [3] Lee PY, Drysdale AJ. Tuberculous otitis media: a difficult diagnosis. J Laryngol Otol, 1993, 107(4): 339—341.
- [4] 殷国芳, 卢永德, 李代强, 汤虹, 陈忠. 应用聚合酶链反应快速诊断结核性中耳炎 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31(3): 188.