

参加全国耳鼻喉科学学术会议論文

(內部資料 注意保存)

請
交
換

醫學科學院醫學研究所

中华医学会陕西分会

1965年9月

目 录

医疗工作一定要毛泽东思想挂帅——正确的诊断来自医疗实践·····	芦玉珍 (1)
----------------------------------	---------

耳

慢性化脓性中耳炎咽鼓管功能检查初步体会·····	迟汝澄、胡登荣、刘梦加 (7)
用游离外耳道皮片施行鼓室成形术的初步报告·····	白秦生 (10)
对鼓室硬化症的初步体会·····	陈文弦、迟汝澄 (13)
从慢性化脓性中耳炎对听骨的	
病理学改变探讨鼓室成形术中听骨的取留问题·····	白秦生 (19)
乳突骨成形术·····	孟庆录 (23)
乳突手术 356 例分析·····	赵麟生、林芳焯、杨义学、王季珠、刘广蓉、王新民 (27)
乙状窦感染并发低颅压症(附病案 1 例)·····	肖明耀 (50)
慢性化脓性中耳炎的细菌培养与抗菌素敏感试验观察·····	孟庆录、王新民 (33)
用三氯醋酸烧灼法修补鼓膜穿孔·····	陈文弦、王锦玲 (37)
冷热试验用于脑瘤定位的探讨(附 130 例分析)·····	王博惕、常启太、王丽雯 (40)
眩 晕(附病案报告 33 例)·····	高蔭藻 (42)
中耳解剖的畸形和变异(附病案报告 12 例)·····	馬秉渊 (48)

鼻

鼻咽癌误诊原因分·····	王锦玲、刘乾初 (55)
上颌窦癌的误诊问题·····	赵麟生 (58)
异物鼻中隔软骨填充·····	李国璋 (62)
鼻后孔橡皮囊填塞·····	西安市第一医院耳鼻喉科 (65)
下鼻甲剥离术治疗·····	林芳焯、杨义学、刘广蓉 (68)
慢性单纯性鼻炎的下鼻甲电凝固术疗法(150 例疗效的分析)·····	高蔭藻、吴新哉 (70)
高浓度奎宁乌拉坦下鼻甲注射治疗慢性鼻炎 100 例疗效观察·····	凌 焚 (72)

咽 喉

麻痹性发声障碍的治疗·····	張迺华、莫 西 (75)
扁桃体切除术与菌血症·····	赵麟生、林芳焯、杨义学、王季珠、刘广蓉 (79)

扁挑体周围膿肿及膿肿扁挑体摘除术(附 149 例病案分析)

.....西安市第一医院耳鼻喉科 (82)

話声障碍.....張適华、莫 西 (86)

医疗工作一定要毛泽东思想挂帅

——正确的诊断来自医疗实践

西安医学院第一附属医院耳鼻喉科教研组 盧玉珍

馬列主义是放之四海而皆准的真理，毛主席著作是把万能的金钥匙，医疗工作也必须毛澤东思想挂帅。在这里我想談一談，我們是如何用毛澤东思想指导医疗工作，使一些疑难或誤診的疾病得到正确的诊断和治疗的。

今年三月，我們遇到一位患者王鎮博，是一个二十五岁的青年工人，他的口內咽部左侧有一肿瘤，約鸡蛋大小，上界近顛底，下界在舌根下会厌軟骨平面，超过咽中线，X光片上显现約 6×3.5 平方厘米大小。曾在某兄弟医院耳鼻喉科检查，于肿瘤处穿刺抽出血約三至四毫升，当即注射碘油给予照象，X光片报告：左咽部包块血管造影，显示咽部有軟組織包块，其中有小的微血管。經他們研究，認為包块可能为血管瘤，手术有一定危险性，可先行血管硬化剂注射。但先后注射五次硬化剂，效果不大，最后仍诊断为血管瘤，建議去上海耳鼻喉科医院治疗。患者机关经过考虑，要他先来西安医学院診治，如果西安医学院不能診治时再轉外埠。

来我院后，经过門診检查初步同意血管瘤诊断，建議放射治疗，可是放射科因无病理诊断不能接收治疗，并曾請有关放射治疗肿瘤的专家会诊，也認為我院限于条件可轉外地治疗。但因该患者公費医疗关系不在我院，先后兩月未轉出，患者曾数次来函及来院催促才把病历轉往上海，上海回信称，若是血管瘤诊断已明确，在上海也无办法，可在西安治疗。在这种情况下，病人又来我院找到医教办公室，为了明确诊断，領導上指示我再作进一步检查。开始时我用手触診检查无血管搏动，又試行穿刺未見血液，结合兄弟医院前阶段检查治疗情况，使我对血管瘤诊断发生了怀疑，我認為可能是咽部神经鞘膜瘤。而王鎮博同志积极要求确诊，曾对我说：“你怕什么？就把我的病做研究，試驗治疗，总比这样拖着不治好”。在患者的鼓励下，我想取活检，証实诊断。征求科內有关同志的意见，回答是：“你敢取嗎？兄弟医院在肿瘤处穿刺，抽出血，血是那兒来的？”是的，根据兄弟医院的材料，血是从患者肿瘤处抽出来的；但是我在穿刺时並沒有抽出血。毛主席教导我們：“人的正确思想只能从社会实践中来，只能从社会的生产斗争、阶级斗争和科学实验这三項实践中来。”“一个正确的認識，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到認識，由認識到实践这样多次的反复，才能够完成”。我想一次抽出血来，不能成为建立血管瘤的诊断依据。怎么办呢？我又想起毛主席的教导：“无论任何人要認識什么事物，除了同那个事物接触，即生活于（实践于）那个事物的环境中，是沒有法子解决的”。毛主席的指示给了我很大的启示和力量。经过向領導汇报，取得領導上的同意，在領導上的关怀和积极支持下，决定收患者住院进行深部活检，确定诊断。

在深部取活检时，并不是一帆风顺的，第一次失败了。经过情况是：在2%的卡因(Dicainum)表面麻醉后，患者采取垂头仰臥位，置入麻醉开口器(Davis型)，用1%奴佛卡

因(Novocainum)行浸潤麻醉，在腫瘤表面縱形切開粘膜，切口長約四厘米，剝離咽腭膜及咽縮肌，未見腫瘤被膜，繼續向深層剝離咽筋膜，一直剝離很深也未發現腫瘤，並且在這種情況下，又特別容易出血，從口內進行操作，手術野小，因此必須要求充分止血，止血時間長，患者感到不適，兼之在最後一階段病人不能合作，遂未再向深層剝離，恐怕出血不止，因而停止手術，縫合傷口。

由於取活檢失敗，我心里非常沉重，這時有的同志提醒我說：“西安就這幾個專家”，意思是何必與他們“過不去”，暗示我再不要對專家的診斷提出不同意見。當時我的回答是：

“問題是面對的病人”。病人把全部的希望放在醫生身上，而我們是人民的醫生，並且自己是一個共產黨員，黨培養我多年，要求我給病人解除疾病痛苦，這一次手術我沒有能夠給病人解決問題，也辜負了領導上對我的希望，一定要和同志們一起，繼續盡最大努力給患病的同志解決問題。毛主席在實踐論中講：“人們經過失敗之後，也就從失敗中取得教訓，改正自己的思想，使之適合於外界的規律性，人們就能變失敗為勝利，所謂‘失敗者成功之母’，‘吃一塹長一智’，就是這個道理”。這時我又學習了毛主席二百六十八個字的指示，毛主席說：“人類總得不斷地總結經驗，有所發現，有所發明，有所創造，有所前進”。而我在這次失敗中又有什麼失敗的經驗呢？我想來想去是犯了主觀主義，從好的方面，容易的方面想的比較多，對活檢中可能遇到困難的一面想得不多，精神準備不夠，因而剝離太深，遇到出血較多時就在思想上發生動搖，加上术前對病人思想工作做得不夠，术中配合不好，也是這次失敗的一個原因，這使我認識到在給疑難病人檢查診斷的時候，既要看到有利的方面，又要看到不利的方面，這兩方面忽視任何一方面都要招致失敗。假如只看到不利的一面，看不到有利的一面，那就會喪失信心，不去考慮給病人治療；反之如果只看到有利方面，缺少必要的精神準備，當發生困難時，就會在關鍵時刻退卻，不敢應戰，勢必影響診斷和治療的效果。當做出決定要給病人治療時，最重要的是多想不利的方面，想得越周到越好，以便充分準備，在手術過程中應付萬一。在這種思想指導下又與科領導進行了研究，決定請神經科再行血管造影。結果從造影X光片中，發現了頸外動脈被腫瘤壓迫得迂回向前呈弧形移位（見圖1）。

還應當說到的是，當X光片發現頸外動脈被腫瘤壓迫走行移位報告出來時，離我換門診上班僅兩天，本想再次取活檢，但又怕血管走行移位，萬一在活檢中引起大出血，這不僅對病人來說是一個很危險的事，對自己的工作也可能會有影響，因為我剛由北京市同仁醫院調來西安醫學院第一附屬醫院七、八個月，這裡領導上和同志們對我還不夠了解，萬一出事，將會造成很不好的影響。但是我反過來又考慮，病人是一個二十五歲的青年工人，是我們的階級兄弟，真是患了不治之症嗎？難道做為一個醫生真的就束手無策了嗎？只能讓疾病繼續發展，加重病人吞嚥障礙以及影響呼吸危及生命嗎？不，不能這樣做！一股強烈的階級感情涌上心頭。這時，我又想起黨的教導，有困難找毛選。我重新學習了毛主席“紀念白求恩”一文。毛主席說：“白求恩同志毫不利己專門利人的精神，表現在他對工作的極端的負責任，對同志對人民的極端的热忱”。“我們大家要學習他毫無自私自利之心的精神。從這點出發，就可以變為大有利於人民的人。一個人能力有大小，但只要有點精神，就是一個高尚的人，一個純粹的人，一個有道德的人，一個脫離了低級趣味的人，一個有益於人民的人”。我是一個人民的醫生，應該全心全意為人民健康事業而奮鬥，在診治疾病中不應該有個人得失的考慮，應該對病人負責，絕不能怕阻風險一推了事。

同时我又再次学习了“实践論”，重温了毛主席关于認識的过程是一个实践、認識、再实践、再認識的不断深化过程的真理。認識到经过上次手术的失败，是一次可贵实践，取得了一些第一手材料。

这次手术的经验说明，当剥离很深时，再用針穿刺，穿刺到一定深度和一定方向才抽血，只有誤伤大血管时，才有可能出現大出血。如果下一次手术时，能够经过思想工作，取得病人的很好合作，在剥离很深时尽量避开大血管，不是就可以比較順利地取出活检标本了嗎？实践结果正是这样。

病理报告：鏡下見瘤細胞作长杆状或橢圓形或不整形，有的細胞略大，大部分細胞作旋渦状排列，亦有作柵栏状或散在排列者，瘤細胞之間有纖維，有的呈均質状粉紅染色，有的区域呈大片或作灶状出血，紅血球有的可見，有的消失。病理診斷：左咽部神经鞘膜瘤（見圖2）。确诊以后，配合当时病房主管医生和其他有关同志进行了手术切除。

手术由頸外徑路进行，切口由頸左侧起自舌骨大角，沿下頷骨的下緣和外緣距离2厘米向后上，直达乳突尖，长九厘米（見圖3）深透頸闊肌。沿胸鎖乳突肌前緣剝开筋膜，将頷下腺向前推开并向上牵引。在舌骨大角附近剪断二腹肌腱并与莖突舌骨肌同向上牵引，将胸鎖乳突肌向后牵引，即見頸外动脉搏跳，又将頸外动脉自肿瘤外侧分离，并牵引，見从肿瘤之表面穿进一神经，剪断该神经（舌下神经）。剥离肿瘤后外方时，可見頸內动脉，証实肿瘤在頸外动脉与頸內动脉之間相夹，因此兄弟医院穿刺抽出血和我在活检中向后外方或前内方均易抽出血来与此有密切之关系。順肿瘤被膜周围进行剝离，最后取出肿瘤（見圖4）。肿瘤为中等硬度，扁圆形大小 $5.5 \times 3.7 \times 1.8$ 公分，表面光滑有包膜，部份包膜下黑色，切面为紫黑色夹杂有灰白色的島状区域。术后患者无并发症出現，全愈出院。

术后当住院医生把结果告訴病人，病人说：“我这个病，某医院说是血管瘤，不能手术，我思想負担很大，来到这里，你們一次又一次造影，一次又一次取活检，终于診斷清啦！看来你們不仅对病人負責，技术也很高明”。我認为他的病所以能治好，不是因为我們的技术高明，而是毛主席思想的胜利，是党多年来对我們培养的成果，是党领导的结果，是集体努力的结果。

由于有了给王鎮博同志診治的经验，在四月份又给二十六岁的卫明哲（西安公路学院学生）順利地取出活检标本，确诊为咽部神经鞘膜瘤，（見圖5、6、7、8、9、10）。

这次实践，使我更进一步体会到，要做好医务工作，如同要做好其它革命工作一样，一定要坚持毛澤东思想挂帅，政治一定要统帅技术，一定要重視医疗实践。体会最深的主要有以下几点：

一、一定要有坚定的无产阶级立場，高度的阶级感情和責任心，也就是要有毫不利己，专门利人的全心全意为人民服务的思想。沒有这一点，就一切都談不到。必須克服在医疗工作中的患得患失、不負責任等形形色色的个人主义。一定要永远紧紧地同人民站在一起，为了救死扶伤，给同志治好病，在需要承担风险的时候，一定要敢于担风险，負責任。

二、正确的診斷来源于医疗实践。医疗工作中，一定要本着无产阶级的彻底革命的精神，重視和深入医疗实践。在实践中，以不断革命的精神，努力学习医疗理論，把理論和实践紧密地结合起来，并且要敢于革新，敢于創造。毛主席教导我們，理論来源于实践，沒有医疗的实践，也就沒有医疗的理論，也就根本談不到正确的診斷。书本上的医学知識，是前人或者同代人通过医疗实践总结出来的经验，上升为理論，对他們来说，是直接的经验，对

别人来说，还是間接的东西。学习这些经验(理論)是很重要的，不学习这些经验，就无法接受这些知識，繼續前进。但是要真正懂得、掌握、运用以至补充、丰富、发展这些经验，就必须認真地实践，深入地实践，并且是遵照毛澤东思想去实践。离开实践(包括科学实验的实践)的所謂“理論学习”、“科学研究”，都是片面的，它只能把人們引入迷途，給我們无产阶级的革命事业带来損害。

三、在医疗工作中，一定要按照辯証唯物論办事，努力从发展变化中，全面地、深入地观察問題，尽量避免片面性和局限性。要敢于在战略上藐視困难，同时要在技术上重視困难。要把旺盛的革命干劲同严格的科学精神紧密地结合起来。在实际工作中，常常碰到这种情况，就是同一种疾病，在不同的情况下可能有不同的症状，而同一种症状又可能在不同的疾病中表現出来，情况很复杂，必須根据毛澤东思想，进行全面、深入地观察、研究，才有可能正确的或者比較正确的解决問題。

四、要不断地总结经验。成功的经验要总结，失败的经验也要总结。总结了失败的经验，想出改进的方法，就有了可能变失败为成功。

五、必須依靠党的領導，依靠党组织，依靠集体的力量，这是克服困难，取得胜利的可靠保証。离开党的領導，离开党组织，离开集体的力量，是不可能得到成功的。个人在集体中只是一个小螺絲釘。就以对王鎮博同志的神经鞘膜瘤的診治来说，要是沒有党组织的領導和关怀，沒有医教办公室的支持，沒有其他各有关科室的密切配合，沒有耳鼻喉科全体同志(包括护理人员)的共同努力，是不可能得出正确的診斷和治疗的。

归根到底，对于一个革命的医务人员来说，关键的問題，还在于要努力学习毛主席著作，不断改造自己的思想，提高自己的覺悟，努力实现革命化。

十几年来在党的培养、教育下，自己虽然思想上有一定提高，业务技术也有一定进步，但是距离党和人民的要求还很远。今后要繼續遵循毛主席的指示，在改造客观世界的同时努力改造自己的主觀世界，沿着又紅又专的道路努力前进，为更多的耳鼻喉患者減輕一分痛苦，作一个有益于人民的医务工作者。

一九六五七月廿八日

王鎮博同志图片



图1 頸外动脉被肿瘤压迫弧形移位



图2 病理瘤細胞作欄杆状或散在排列



图3 手术之切口

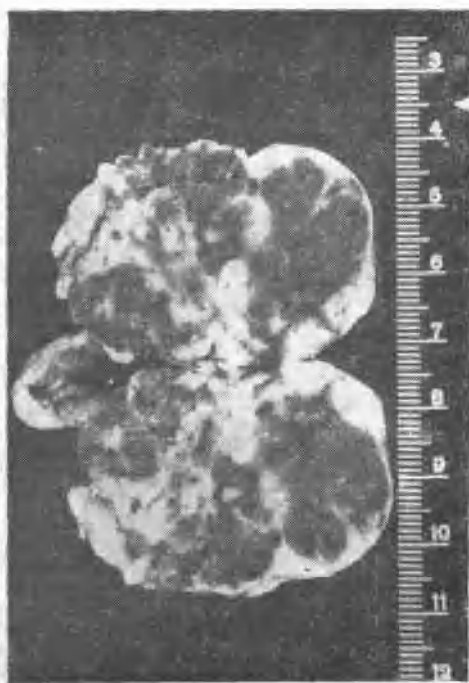


图4 取出肿瘤



图5 口咽部左侧肿瘤到咽中线



图6 头颈部侧位象见肿瘤呈半圆形突出



图7 颈动脉造影



图8 病理瘤细胞作旋涡状或栅栏状排列



图9 手术切口

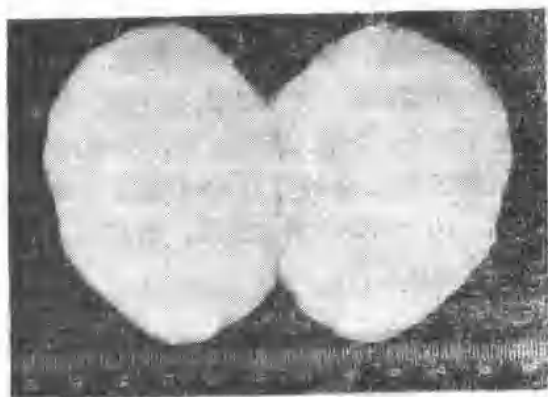


图10 切除之肿瘤

慢性化脓性中耳炎咽鼓管功能检查初步体会

西安军医大学第一附属医院耳鼻喉科教研室 迟汝澄 胡登荣 刘孟加

1963年5月至1964年5月間，我科对100例慢性化脓性中耳炎、流膿停止、鼓膜有中央性穿孔的患者，用咽鼓管压力計、耳压計、螢光素液、紅霉素液分別检查每个患者的咽鼓管通气和排泄功能、进行了比較。

检查方法和結果分級：

1. 咽鼓管压力計检查法(簡称压力計)：在血压計的橡皮囊与汞柱之間接連三叉管，另端接一橡皮管，再接咽鼓管导管，将橡皮气囊束紧、如图1。检查时将咽鼓管导管插入患者咽鼓管咽端腔內，捏橡皮球打气，在耳听診器內听到通气声时，观察并記錄汞柱之度数，連作三次，求其平均值、通气时气压最低者为4毫米汞柱，最高者为50毫米汞柱。介于4—20毫米汞柱之間者，表明咽鼓管功能良好，21—50毫米汞柱之間者为較差，50毫米汞柱以上者为梗阻。

2. 耳压計法：取一玻璃管，一端制成橄欖形壶复，一端套一橡皮管，另取一細玻璃管或塑料管插入其中，管内滴入紅色酒精、如图2。检查时，令患者端坐，将玻璃管壶复端紧塞入外耳道口內，再将細玻璃管插入橡皮管中，令病人先作吞咽动作或捏鼻鼓气动作，若細管内紅色酒精柱随之摆动或被吹出，表明咽鼓管功能良好，否則再用波氏咽鼓管通气法，紅色酒精柱始动者表明較差，不动者表明梗阻。

3. 螢光素法：上述兩法查畢，咽鼓管內之分泌物被吹入鼓室中，擦淨或吸淨后，令患耳向上，用22号鈍針头接連一毫升注射器，吸取新配制的無菌0.05%螢光素鈉溶液1毫升，經鼓膜穿孔注入鼓室內，令病人吞嚥十次，然后在暗室中，每分鐘用加濾光器的紫外光灯照射咽部，觀察咽部并記錄螢光出現的時間，最快者为30秒，最迟者为10分鐘。在30秒到5分鐘間出現者，表明排泄功能良好，6—10分鐘間者为較差，10分鐘以上者为梗阻。

4. 紅霉素法：在螢光素法检查之后，擦干鼓室內剩余螢光素液，同法注入0.06%紅霉素液1毫升，令病人吞嚥十次，同时注意咽部出現苦味之時間，滴药后最快15秒鐘即有苦味，最迟为12分鐘。在15秒至5分鐘內有苦味者，表明排泄功能良好，6—10分鐘間者較差，10分鐘以上者为梗阻。曾試用其他苦味药液，如黃連素液，唯苦味不如紅霉素明显，故未繼續应用。

結果分析和初步体会：

1. 100例慢性化膿性中耳炎流膿停止的患者，用上述四种方法检查的結果，咽鼓管通气和排泄功能多数良好(3/4左右)，如表1，梗阻者較少。

表1 慢性化膿性中耳炎流膿停止后咽鼓管功能

功能等級	压力計法	耳压計法	螢光素法	紅霉素法	平均
良好	76例	73例	64例	82例	74例
較差	17例	17例	34例	17例	21例
梗阻	7例	10例	2例	1例	5例
合計	100例	100例	100例	100例	100例

同一病例用四种方法检查，結果完全一致者39例。其余各例都是兩種或三种方法結果一致，无一例完全不相同的。若以耳压計法与其他三法分別比較，互相一致者各占3/4左右，如表2。由此可見慢性化膿性中耳炎流膿停止后除少数例外，其咽鼓管的通气和排泄功能基本一致。凡咽鼓管通气功能良好者，其排泄功能也都良好，只在通气功能較差和梗阻的病例中，排泄功能也可能良好或梗阻。

表2 同一病例四种方法检查結果对比

与耳压計法对比	压力計法	螢光素法	紅霉素法
結果一致	83例	73例	83例
結果較好	4例	7例	13例
結果較差	13例	20例	4例

2. 鼓室粘膜情况与咽鼓管功能关系，鼓室粘膜干洁者比潮湿的咽鼓管功能略好：100例慢性化膿性中耳炎停止流膿后，除30例病历記錄不詳者外，由穿孔中窺見鼓室粘膜已干洁者50例，潮湿者20例，其咽鼓管功能检查结果如表3。

表3 鼓室粘膜干洁、潮湿和咽鼓管功能的关系

粘 膜 情 况	干		潮 湿	
	例 数	咽鼓管功能良好者	例 数	咽鼓管功能良好者
压 力 计 法	50 例	41 例	20 例	15 例
耳 压 计 法	50 例	40 例	20 例	14 例
萤 光 素 法	50 例	35 例	20 例	14 例
红 霉 素 法	50 例	40 例	20 例	15 例

Roger 氏用萤光素法测得慢性化脓性中耳炎, 停止流脓后咽鼓管排泄功能良好者占 86%, 流脓停止未干者 60% 排泄功能良好, 仍流脓者仅 14% 咽鼓管功能良好⁽²⁾, 由此可见慢性化脓性中耳炎在流脓时期咽鼓管功能最差, 流脓完全停止后功能又可好转。

鼓室粘膜形态正常者咽鼓管功能多较好, 红肿者次之, 瘢痕形成者最差, 检查结果如表 4。

表4 鼓室粘膜形态不同与咽鼓管功能关系

粘 膜 状 态	正 常		红 肿		瘢 痕 形 成	
	例 数	功能良好者	例 数	功能良好者	例 数	功能良好者
压 力 计 法	35 例	38 例	20 例	16 例	15 例	11 例
耳 压 计 法	35 例	38 例	20 例	16 例	15 例	9 例
萤 光 素 法	35 例	20 例	20 例	15 例	15 例	9 例
红 霉 素 法	35 例	20 例	20 例	16 例	15 例	10 例

3. 耳鼓膜穿孔大小和咽鼓管功能的关系: 穿孔占鼓膜面积 2/3 以上者为大穿孔, 占 1/2 左右者为中穿孔, 占 1/3 以下者为小穿孔。穿孔和咽鼓管功能的关系如表 5, 小穿孔者咽鼓管功能良好的例数较多, 大穿孔者次之, 中穿孔者较差。

4. 四种咽鼓管功能检查方法对于 100 例慢性化脓性中耳炎检查的结果, 除萤光素法的结果咽鼓管排泄功能良好的例数较少, 较差者较多外, 其余三法的结果基本一致, 如表 1。唯各法操作繁简相差悬殊, 如压力计法需要插咽鼓管导管, 不仅造成病人不适, 而且检查者一手握球打气, 一手固定导管, 耳听通气声, 眼观汞柱刻度, 既麻烦又不易准确; 萤光素法

表5 鼓膜穿孔大小和咽鼓管功能关系

鼓 膜 穿 孔	大		中		小	
	检查例数	良好例数	检查例数	良好例数	检查例数	良好例数
压 力 计 法	50 例	38 例	14 例	6 例	5 例	5 例
耳 压 计 法	50 例	41 例	14 例	8 例	5 例	5 例
萤 光 素 法	50 例	40 例	14 例	7 例	5 例	5 例
红 霉 素 法	50 例	41 例	14 例	8 例	5 例	5 例

阳性率較低，药液适宜綠膿杆菌滋生，更需要暗室、紫外光灯等设备，加以观察頻繁，检查后必須擦淨耳內余液，上述兩法均不适宜門診应用；耳压計法设备簡單，操作易行，对病人无痛苦，咽鼓管在生理状态下，结果易看而准确；紅霉素法在滴入药液后，由病人自己注意咽部出現苦味時間，不但方便易行而且有抗感染的作用，或用其他苦味明显的抗菌药液亦无不可。因此，作者认为慢性化膿性中耳炎在鼓室形成术之前，可采用耳压計和紅霉素兩法分別測驗其咽鼓管的通气和排泄功能。

总之，通过四种方法检查 100 例慢性化膿性中耳炎流膿停止后患者咽鼓管功能的结果比較，初步体会到、慢性化膿性中耳炎流膿停止后，咽鼓管功能有 3/4 左右良好，通气和排泄功 4/5 基本一致，同一病例，兩种结果不一致的很少。咽鼓管功能和鼓室病变有关，流膿停止，鼓室干淨，粘膜正常，鼓膜穿孔小的，咽鼓管功能多較好；流膿停止而鼓室內仍潮湿，癢痕形成，鼓膜中等穿孔者最差。作者认为耳压計法和紅霉素法设备簡單，操作方便，结果迅速，頗适宜于慢性化膿性中耳炎鼓室形成术前咽鼓管功能检查之用。

参考文献

- (1) Rogers, R.L., et al.; The Evaluation of Eustachian Tubal Function By Fluorescent Dye Studies, Laryngoscope, 72(2); 456, 1962.



图1 咽鼓管压力計检查方法

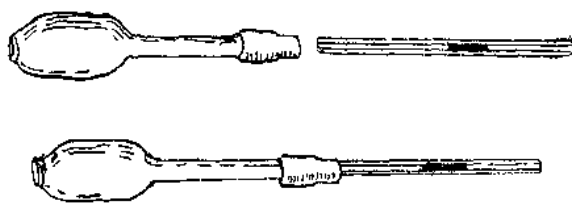


图2 玻璃耳压計

用游离外耳道皮片施行鼓室成形术的初步体会

西安医学院第一耳鼻喉科教研組 白泰生

鼓室成形术的成败，与移植物的选用是否适当，很有关系。目前被試用来修补或替代鼓膜的材料，种类繁多，外耳道深部皮肤被认为是比較理想的一种。但是有人担心，由此处取下的皮片可能太小，不足以修补或替代鼓膜；还有人怕术后处理不当，会发生外耳道狭窄。由于有这些顾虑，外耳道皮片目前在临床上一直未被广泛应用。国内至今尚无有关的经验报告。为了实际比較各种移植物的优缺点，寻求方法以克服可能遇到的困难和不良后果，自从

1962年11月到1964年7月間，我們試用了这种皮片。现将我們所采用的手术方法和所获得的结果，总结报告如下，請批評指正。

手术方法

在强化局麻下，在距外耳道外口約1cm深处，切开外耳道上、后、下三壁皮肤(切口相当于时鐘由2点到3点，或由10点到7点处)。然后，从第一切口，相当于12点处，向外另作一垂直切口，后者经耳輪脚与耳屏之間向上延長約0.5~1.0cm。各切口均深达骨質。剥离軟組織，用自动开創器拉开伤口，暴露外耳道后上棘及出血区。小心掀起外耳道上壁、后壁及下壁的皮膚直达鼓环，并尽可能使残留的鼓膜与外耳道皮膚一起，完正的剥离。将剥离的皮膚推向前下方。充分止血后，在双目显微鏡下，用小号眉鋸开放上鼓室及鼓竇入口，彻底清除其中的一切病变組織，尽可能保持听骨鏈的完正。为了軟化粘連組織，便于清除，我們有时应用 α -chymotrypsin溶液于术中。如果病变范围較广泛，則繼續由鼓竇入口向后开放鼓竇。

仔細检查听骨鏈的功能及圓窗，耳咽管鼓口有无阻塞，如发现有病时，則作相应的处理。

将推向前下的外耳道皮膚取下，修成适当的形状。用刮匙将外耳道前下壁，近鼓环約0.5cm处的皮膚，及相应处鼓膜殘部表面之上皮，彻底清除，妥善止血后，将取下的外耳道皮片移植入鼓室，作成假鼓膜。移植与鼓岬之間，一般不放置任何东西。外耳道缺血区，用取自大腿內側的替尔化皮貼补之。用浸有青霉素的明胶海綿一块填入外耳道，使之直接与皮片相接触，其外用浸有油剂青霉素之黃碘紗条填塞。縫合切口，包扎之。

手术后仍按我們64年报告的方式处理。

临床統計和分析

我們利用游离的外耳道皮片共为42例患者施行了鼓室成形术。患者中除7例为上鼓室炎外，其余为慢性化膿性中鼓室炎。术前中耳內的炎症，均经保守治疗，而被控制，X光攝片未发现明显的骨破坏，耳咽管经导管法通气及螢光素排流試驗証明功能良好。

按照Wullstein氏鼓室成形术的分类标准：作成第I型者6例，II型者6例，III型者25例；另有5例作了人工柱状成形。

术后平均住院兩周左右，出院时术腔全部上皮化良好。移植之皮片繼发穿孔者5例，其中兩例有少许分泌物经繼发穿孔溢出。术后听力測驗，500—3000赫芝平均听力提高在10db以上者29例，較术前下降10db以上者3例，无改变者10例。术前有实用听力者有16例，术后增加到31例。

对31例患者进行了隨訪，其觀察在一年以上者9例，半年以上者13例，三个月以上者9例。隨訪结果表明，所有患者的外耳道均已上皮化，寬暢，未遇到疤痕狹窄者。移植皮片光滑，完正者33例，有不同程度繼发穿孔者8例，其中3例間隙的有粘液膿性分泌物流出。未发现任何皮炎現象。听力測驗结果表明13例較出院时繼續有所提高，9例大体上保持在出院时的水平无明显改变，另外9例其听力較出院时略有下降；其中3例下降較多，由出院时的实用听力下降到30db以下，其余6人听力虽較出院时有所下降，但其听力仍保持在实用水平以上。在全部隨訪的31例患者中，具有30db以上实用听力水平者共有21例。

討 論

1. 据 Dietrich plester^{①②}, Miodonski Jar^③ guilford^④ Amir^⑤; Lebo^⑥ Shely^⑦; 肖軾之^⑧等化的意見, 外耳道皮肤缺乏毛囊及腺体, 用作替代或修补鼓膜后, 沒有形成繼发胆脂瘤和囊肿之慮。此部皮肤的表皮层不脫屑, 如此不只避免了术后经常清洁术腔的麻煩, 更防止了由于脫屑堆集感染而致发生頑固性皮炎的可能。我們的材料完全証实了这一点。

2. 外耳道深部皮肤的皮下組織缺乏彈力纖維, 由这里取下的皮片不会发生皺折或卷曲, 因之移植时容易与受皮区良好接触, 有利于血运的重建, 移植的成活率应该較高。本组皮片成活率为 88.1%, 远期观察成活率为 83.3%, 較以前应用耳后全皮的成活率 77.9% 为高。

3. 外耳道皮肤薄, 质量轻, 成活后有利于声波之傳遞。本组病例术后听力下降者 7.1%, 而应用耳后全皮者約为 15%。有实用听力者由术前的 16 例增加到术后的 31 例, 占全部手术患者的 73.9%, 而应用耳后全皮术后有实用听力者只占 43.3%。

4. 为了克服皮片过小的困难, 我們除尽可能将皮片取大些, 并且連同殘余鼓膜一起取下外, 还主要从縮小术腔方面作了努力。为此我們采用了上鼓室开放术或上鼓室鼓竇开放术。初步经验証明这种措施成功的克服了这一困难。此外利用这种方法, 不仅能根除一切病变組織, 且能最大限度的保存外耳和中耳的正常结构及其相应的功能。大大縮短了手术時間, 患者在术中及术后痛苦均較小, 伤口愈合快而好, 有利于节约人力和物力。

我們曾企图采用保执外耳道前壁皮肤不动, 并给缺皮区补以替尔氏皮的方法来防止术后可能发生的外耳道狹窄。我們的材料証明这种企图也是成功的。本组病例無論在出院时或随訪时均未发现有外耳道狹窄者。

总 結

根据我們利用外耳道游离皮片, 在上鼓室开放或上鼓室鼓竇开放术基础上, 进行鼓室成形术的初步结果来看, 有三条主要经验:

1. 这种手术在于耳率、皮片成活率及听力提高率三方面均較应用耳后全皮作鼓室成形术有所前进, 有所提高。

2. 用本文所述的技术可以克服皮片过小的困难, 并能有效的防止术后由于护理不当发生外耳道狹窄的不良后果。

3. 应用本手术, 可以减轻术中术后病人的痛苦, 縮短了愈合時間, 出院后无须定期清洁术腔, 这一切对患者及医务人员在人力和物力兩方面都有所节约。

文 献 索 引

1. Dietrich plester; Skin and mucous menbrance graft in middle ear surgery. Arch ofolaryng. 72; (6)718.1960.
2. Dietrich plester; problems of tympanoplasty. J. Laryng. otolog. 75; (10) 879. 1961
3. Miodonski Jar. One-stage and two-stage tympanoplasty. Arch otolaryng 76; (1)14. 1962.

4. Guilford. F.R. Tympanic graft; personal experiences With Surgical repair of tympanic perforations. Laryngoscope 72; (8)1028. 1962.
5. Amiri C.S. Changing trends in middle ear grafting. Laryngoscope 73: 1278 1963
6. Lebo C.P. Graft selection for tympanoplasty. Ann otol. Rhin. Laryng. 72; (1)40 1963
7. Sheehy J.L. Tympanic menbrane grafting: early and long-term results. Laryngoscope 76; (7)985.1964.
8. 肖軾之, 鼓膜穿孔修补术中移植組織的选择 中华耳鼻咽喉科杂志 10; (5) 313. 1964

对鼓室硬化症的初步体会

西安军医大学第一附属医院耳鼻喉科教研室 陈文弦 迟汝澄

鼓室硬化症术前不易诊断, 治疗上意见亦不一致, 随着鼓室成形术的发展, 本病逐渐被重视。以往我科遇到本病多采取保守态度, 宁可不动, 少冒危险, 以致病人白受一次手术痛苦, 听力也未得提高。63年后在主席思想指导下, 学习白求恩同志毫不利己, 专门利人, 对技术精益求精的精神, 为了更好地解除病人痛苦, 破除保守思想, 对14例鼓室硬化症患者在手术显微镜下细致去除病灶, 7例术后听力提高10分贝耳以上, 其中3例经追踪3—13个月仍保持在实用水平以上, 为一些病人解除痛苦。当时由于思想不够解放和技术经验有限, 成功率还不理想, 有待今后继续努力, 现将我科对本病的诊断和治疗的初步体会介绍如下:

诊断依据

一、临床表现: 这类病变多见于愈合期良性慢性化脓性中耳炎患者, 主诉为多年听力减退, 严重影响工作和学习, 迫切要求改善听力, 以往多有长期间歇流脓史, 干耳时间也比较久。所见的14例中流脓史最短2年, 最长16年, 平均8年。除一例来诊时仍流脓外, 其余13例均干耳, 干耳时间最短为5个月, 最长为25年, 平均6年。听力自流脓后即逐渐减退, 多数对耳旁大声说话尚可听到。检查见14例鼓膜均有中性大穿孔, 其中1例曾作鼓膜修补, 2例为瘢痕愈合, 3例有钙化斑。鼓室内壁粘膜10例干燥光滑, 颜色较苍白, 有瘢痕, 1例有小骨瘤, 1例有条索状瘢痕, 1例充满炎性肉芽。听力检查均为传导性耳聾, 骨导基本正常。气导语言频率平均下降58分贝耳, 最低者为35分贝耳, 最高者为75分贝耳, 骨气导差值最多69分贝耳, 最少35分贝耳, 平均为48分贝耳。

二、手术所见: 鼓室硬化症在鼓室中均见有硬化的瘢痕组织, 为术中确诊之主要依据, 有时亦可见有炎性组织:

1. 硬化组织形态: 在手术显微镜下见硬化组织呈白色光滑致密之结缔组织, 硬如软骨, 或有形似蛋壳状白片层层包绕在听骨周围, 使之固定, 用小钩不难剥除。

如病例2: 主诉左耳流脓6年, 听力减退18年, 近3年明显加重, 严重影响工作及生

活。检查左鼓膜有中央性大穿孔，鼓室无分泌物，内壁粘膜光滑呈粉红色，圆窗窝清晰可见，咽鼓管口上方各有米粒大骨性突起外盖粘膜。咽鼓管通气良好。听力检查为传导性耳聋，骨导平均下降13分贝耳，气导下降75分贝耳。64年1月于局麻下行鼓室成形术，显微镜下见上鼓室、鼓室入口区充满坚硬白色结缔组织，其中散在疏松骨片。槌砧关节固定，镫骨包埋于纤维及部份骨化组织中。匙突后上方有一芝麻粒大胆脂瘤。除去槌骨和砧骨，上鼓室内壁骨质色红而疏松，剥去镫骨周围与面神经骨管外的硬化组织，发现面神经骨管有一小缺损。取出之组织经病理诊断为：鼓室硬化症，及胆脂瘤形成。

硬化组织分布：文献报导多见于上鼓室，听小骨周围，广泛者可侵及圆窗窝，及咽鼓管口。本文14例的硬化组织均充满上鼓室，包绕槌砧骨。其中9例在镫骨周围、卵圆窗及面神经骨管之间，足板被固定。1例侵及咽鼓管口。1例至圆窗窝。有1例分布很广，中鼓室有硬化的肉芽，上鼓室及乳突腔上1/3的气房皆有硬化组织、及肉芽。类似这种病例在文献上还不多见。

2. 鼓室骨质和软组织炎性变化：王直中氏^①及Zollner氏^②认为病变只在粘膜下进行，不破坏粘膜上皮和粘骨膜，对粘膜下的骨组织无破坏作用。Harris氏^③将鼓室硬化症分为二种类型：I型如Zallner氏所描述，硬化性粘膜炎。II型为侵蚀性骨质破坏，其硬化组织不仅侵及粘膜及粘骨膜层，还穿透粘骨膜，破坏骨质及周围软组织，称破骨性粘膜炎。本文只有4例鼓室骨壁及残存听小骨呈洁白，光滑，无炎症表现。其余10例皆为硬化结缔组织与肉芽，或胆脂瘤等几种病变混合，其中2例鼓室骨质色微红而疏松，表面粗糙，有骨炎现象。8例有肉芽者，其中3例肉芽分布在上鼓室，4例在镫骨周围。肉芽与硬化组织交错一起。1例肉芽分布很广，中鼓室，上鼓室，乳突腔皆有肉芽，肉芽亦有硬化现象。2例面神经骨管部份破坏缺损，一例合并面瘫，2例合并有小胆脂瘤，14例中7例听小骨部份破坏，残缺不全。

如病例8，术前诊断为慢性化脓性中耳乳突炎，合并面瘫。乳突根治术中见：上鼓室，鼓室及乳突气房有硬化疤痕组织，并有白色骨质薄片，及硬质肉芽，砧骨长短突皆破坏，鼓室骨质有骨炎，面神经水平部破坏，远侧端已成纤维瘤，表面包绕光滑的疤痕组织与中鼓室肉芽粘连，卵圆窗，圆窗皆为纤维组织封闭。病理诊断：鼓室纤维组织呈透明性变，骨化，钙化形成。慢性炎性及钙化性肉芽，胆固醇结晶及异物巨细胞形成。面神经纤维瘤有肉芽组织及钙化。

从本组病例分析，其病理变化与Harris氏所分型相似，一部分属于硬化性粘膜炎，另一部分为破骨性粘膜炎，因此手术时必须特别细致，防止发生并发症。

三、组织学检查：硬化组织系密纤维组织，伴有透明性变，钙质沉着，或骨化。粘膜下层纤维组织增殖，似跟腱样变，胞核稀少，血管减少。本组病例有10例作病理检查，7例表现纤维组织增殖，有骨化或钙化，其中4例纤维组织有透明性变及钙化，3例肉芽有钙化，骨化及异物巨细胞反应。2例伴有胆脂瘤形成。

治疗：

目前除手术外尚无其他有效措施。手术目的在于去除硬化组织，消灭潜在危险，松解听小骨，恢复传音机制，改善病人听力。

手术方法：尽量剔净包绕在听骨周围之病灶。根据病变范围和听骨链，以及卵圆窗的情况可适当施行各式鼓室成形术。对于有潜在炎症者，可视其感染程度分一期，或二期鼓室成