有時息肉會長出耳膜穿孔而填滿了整個外耳道，使得進一步觀察耳膜受阻礙。

若聽小骨受傷害，最可能的是砧骨長突，這造成聽小骨鏈斷離，聽力會喪失40－50分貝。

如果耳膜穿孔在邊緣或大穿孔、耳膜鬆弛部、或因中耳積水無氣而致耳膜內凹，則可能形成所謂的膽脂瘤。膽脂瘤並非一種癌症，而是鱗狀上皮細胞不斷的增生沈積角質所致。臨床上，又可分爲三種1.先天性膽脂瘤－因胚胎發育的誤失而使上皮落在顳骨中滋生所致。2.原發性後天膽脂瘤－因耳膜鬆弛部穿孔所致，較不易有聽力大障礙。3.繼發性後天膽脂瘤－好發於耳膜後上象限，多因中耳積水無氣所致，常有砧骨長突破壞，又稱中耳膽脂瘤。

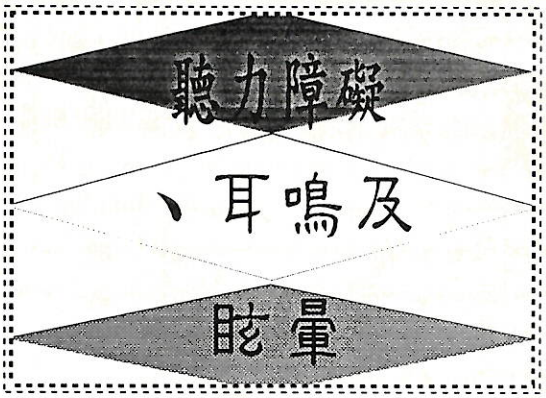
－－治療－－

慢性中耳炎的治療，若只用保守內科療法，也只能使耳漏緩解而已，並不能期待耳膜穿孔因此癒合或聽小骨斷離恢復，所以對聽力的改善是沒有幫助的。目前慢性中耳炎的治療均作中耳顯微手術。我們可以作鼓室成形術(Tympanoplasty)，耳膜成形術(Myngoplasty)，乳突切除術(Mastoiclectomy)，聽小骨重健術(ossiculoplasty)等。在本院的經驗裡，耳膜修補成功率已近九成半，而聽力的改善更應用人工聽小骨的材料來補助聽小骨的缺失，所以聽力的改善是可以預期的。

一般而言，成人的中耳炎若沒有膽脂瘤是少有併發症的，但在小孩子因骨質較鬆；及對有膽脂瘤病灶的病例中會有一些併發症可見，我們將之區分爲顱內及顱外二種分述如下：

一、顱外併發症：骨膜下膿瘍（Snbperiosteal ableSS)，如顴骨下膿瘍(Zygomaticabscess)乳突下膿腸(Bezold's abscess),迷路炎，顳骨岩部炎(Petrositis)、顏面神經麻痺等，這些較無生命危險。

二、顱內併發症：此種併發症更爲嚴重，病人往往在極短時間內(數日內)病況加劇。有腦膜炎、硬腦外膿瘍、硬腦下膿瘍、腦內膿瘍、腦神經麻痺、乙狀靜脈血栓靜脈炎、頸靜脉血栓炎、耳性水腦症等。這些併發症是會致命的。中耳炎因其疾病程度及種類之不同其治療方式也是完全迥異，其治療原則是以去除疾病、預防併發症的發生和重建聽力爲主。



耳鼻喉科 撰文 董盛洋 總醫師
校閱 蔡茂昌 主任

因聽力障礙、耳鳴、或眩暈爲主訴的病人相當多。這三種大病徵可單獨存在，亦可兩種或三種病徵同時存在。這些病徵可爲耳疾的早期或晚期症狀。因引發這些症狀的疾病包羅萬象，且治療的方法與預後皆有很大差異，故分述如下：

§**聽力障礙：分傳導性及感覺神經性聽力障礙。**

(A).傳導性聽力障礙：原因是中耳及外耳有問題，致使聲音無法有效地傳到耳蝸，常見的病因有耳垢、黴菌感染、外耳炎、中耳炎、鼓膜及中耳損傷、耳硬化(otospongiosis)、腫瘤… 等等外耳或中耳疾病。

(B).感覺神經型聽力障礙：發生於耳蝸或第八對腦神經受損，此損傷可發生出生前、生產中缺氧或出生後。常見的有遺傳性耳聾、先天性耳聾、外傷性聽覺喪失、藥物引起的聽力障礙、老年性失聰。另外尚有甲狀腺機能減退、噪音引起的聽力障礙、梅尼爾氏病…等等。

檢查方法：

純音聽力檢查(Pure tone audiometry)、或聽阻聽力檢查(Impedance Audiometry)是最常見的檢查方法。但PTA的檢查雖最普遍但也較主觀，且不適合五歲以下之兒童。另有ABR(腦幹聽性反射聽力檢查），最具客觀性，且在任何年齡均可受檢，甚至在懷孕二十九週以上之胎兒亦可檢查，是當前聽力檢查的利器。此外，若沒有足夠的

設備，簡單的音叉試驗亦可分辨出感覺神經性或傳導性聽力障礙。

治療：

外耳或中耳的病變多可用藥物或行手術治療。例如我們清理外耳道耳垢、用藥物控制中耳炎，用鼓室形成術治療慢性中耳炎，放置中耳通氣管治療積液性中耳炎。至於聽小骨缺損時可用人工聽小骨置換，外耳道閉鎖可行整形手術再造外耳道。

至於感覺神經性聽力障礙，若發現是因藥物引起的聽力障礙應立即停藥；用藥物控制梅尼爾氏病；噪音引起的聽力障礙要病人避免吵雜的環境或戴耳塞；若有聽神經瘤的患者可以開刀去除病灶；若是神經退化如老年性失聰，我們通常建議病人配戴助聽器，改善聽力；如有兩側聽力喪失在100 分貝以上者，可考慮行人工耳蝸植入（Cochlear Implant)。

新生兒若因核黃疸、缺氧、遺傳疾病、早產或子宮內感染，如德國麻疹、巨大細胞病毒等感染，需即早注意聽力問題，可用ABR 做客觀檢查，若雙耳聽力障礙需做早期治療，儘早接受語言訓練，以防聾啞。

§ 耳鳴(Tinnitus)

耳鳴：可定義耳內有噪音及鳴響，區分爲自覺性及他覺性耳鳴。

(A).自覺性耳鳴：僅病人自己可以聽到。可因外耳道，中耳、聽小骨、耳蝸、第八對腦神經、腦幹或腦皮質異常所致。常見的有耳垢，鼓膜穿孔、中耳炎發作伴發搏動性的耳鳴、耳硬化症、老年性失聰、聽器外傷、藥物如癌症化學治療藥物、鏈黴素、新黴素、Gentamycin, Vancomycin, Amikin及一些化學結構類似之產物均可誘發耳鳴及聽力障礙。此外，中樞神經血管病變、聽神經瘤、小腦橋腦脚腫瘤、梅尼爾氏病、貧血、高血壓…等等皆可誘發耳鳴。

(B).他覺的耳鳴：除了病人本身聽得到以外，檢查醫生亦可以聽到或可用聽診器察知的聲響。常見的疾病有不正常開放的耳咽管。軟腭、咽部、耳咽部的肌肉抽搐。頭頸部或腦部有動靜脈血管瘤或瘻管。

檢查方法：

詳細的問診，耳鼻喉的局部檢查、血色素、血壓、梅毒血清反應、PTA、Impedance、ABR、頭頸部及乳突、鼻竇之X-光檢查、血管造影術檢查。若懷疑中樞神經病變或腫瘤，電腦斷層攝影及核磁共振也常應用。

治療：

源於外耳及中耳病變而導致之耳鳴通常可用局部治療及手術治療。如鼓室形成術、中耳通氣管的放置等等。伴發於急性或亞急性中耳炎之耳鳴在發炎痊癒後會自然消失。伴發於耳硬化症之耳鳴除了外科矯正其聽力喪失外若手術成功則耳鳴消失，反之則耳鳴將繼續存在。

因耳蝸，第八對腦神經及中樞神經系統異常而導致之耳鳴，是較難治療的，除非他伴有一已知疾病，在控制此疾病後耳鳴可能會消失。他覺性耳鳴，找出原因後，可用藥物或開刀治療。當藥物爲耳鳴原因時停藥將可減少或停止耳鳴，若已發生耳蝸損壞，則耳鳴將持續存在。最重要的是，耳鳴必須排除聽神經及腦部腫瘤的可能性。

§ 眩暈(Vertigo)

眩暈是形容外界環境以病人爲中心而發生旋轉的感覺，且病人本身也會感覺到在空間旋轉一般。引發眩暈的原因很多，我們依其發生的部位分成末梢型及中樞型。

(A).末梢型：其發作常由數分鐘至數日不等，常伴隨眼振、噁心、嘔吐、冒冷汗。發作常是典型的眩暈且其程度也較嚴重，但發作時病人神智多是清醒的。常見的有：

①外耳的耳垢或異物。

②中耳的鼓膜內陷，中耳炎併發滲出液，中耳炎併發膽脂瘤或中耳有出血的傷害。

③內耳急性迷路炎、血管病變、顳骨骨折、過敏、迷路積水(梅尼氏病),Motion sickness、良性發作性姿勢性眩暈…等等。

④第八對腦神經發炎，或因顳骨底骨折引起的腦神經外傷或聽神經瘤皆會引起眩暈。

(B).中樞型：其發作沒有很明顯的起始和終結，常持續數週，多不伴隨眼振，且眩暈的症狀較不典型且程度也較輕微。常見的病因有：

①急性腦膜炎，結核性腦膜炎，梅毒性腦膜炎，腦外傷，腦腫瘤，腦膿腫。

②腦幹外傷、出血、發炎，基底動脈循環不良。

③小腦外傷，腫瘤，後下小腦動脈血栓。

④多發性硬變(Multiple Sulerosis)…等等。

由於造成眩暈的病因相當多，所以我們在診斷此類病人時，皆由簡入繁，仔細地去找出病因及潛在的疾病。

檢查步驟：

①詳細的病史。

②理學檢查，包括耳鼻喉科檢查及腦神經內科檢查。

③血液檢查，血壓檢查。

④生化檢查，甲狀腺機能檢查。

⑤梅毒血清檢查。

⑥心電圖檢查。

⑦X-光檢查，包括乳突X-光，胸部X-光。

⑧純音聽力檢查。

⑨聽阻聽力檢查。

⑩腦幹聽性反應聽力檢查。

11前庭功能檢查。

12電腦斷層檢查。

13核磁共振攝影。

14血管造影檢查。

治療：

如果在各項檢查中可以找到眩暈的潛在病因，我們必先針對這些疾病給予適當治療，若這些病因消除，則眩暈就會消失。

若眩暈起於末梢型者，我們可以投予抗組織胺、安神劑，血管擴張劑及維他命來做症狀治療，嚴重者亦可行手術切斷前庭神經或迷路破壞。若是起於中樞者，則端賴致病原因和症狀治療，如果是腫瘤，可以手術切除。

聽力障礙，耳鳴及眩暈是很多疾病的徵兆。當病人有這些主訴時，千萬不可掉以輕心，應立即找耳鼻喉科醫師做詳細檢查，針對診斷的結果做適當的治療，則病症多可緩解或得到相當程度的改善。

最後，我們仍不厭其類的提醒各位三件事情：

①新生兒若有核黃疸、早產、出生時缺氣、遺傳疾病、子宮內感染之病史者，宜及早接受ABR檢查,若聽力確有障礙，應及時治療和做語言治療，以免聾啞。

②不論是聽力障礙、耳鳴、眩暈的患者、皆應排除聽神經瘤，腦腫瘤的可能性，以免延誤病情。

③噪音或藥物引起的聽力障礙、耳鳴及眩暈均應及早預防(離開噪音場所或戴耳塞)或及時停藥，以收早期預防及治療之功。

惱人的鼻塞

耳鼻喉科主治醫師　楊元勳

鼻塞是各種鼻疾病中最常出現最惱人的症狀，造成鼻塞的因素也是最多、最複雜。

鼻子由鼻中隔分隔爲左右兩鼻腔，前端爲前鼻孔，後端爲後鼻孔而通往鼻咽腔。鼻腔最前部爲鼻前庭長有鼻毛，是皮膚和黏膜交界之處，鼻腔外側壁有上、中、下三個鼻甲，把鼻腔側壁隔成上、中、下鼻道及嗅裂，和鼻中隔之間形成總鼻道，這樣可增加鼻黏膜接觸面積，有利於鼻腔對吸入空氣的加溫(37℃),加濕(85～90%濕度)、濾塵等生理機能作用。鼻黏膜爲血管豐富的海綿寶狀勃起組織，極具伸縮性，尤其是下鼻甲。爲了防止空氣流速過快，鼻腔內有三個阻力區(1)