

中耳炎的临床表现与治疗策略探索

王书博

(广西医科大学, 广西南宁 530021)

摘要: 中耳炎是耳科临床常见的炎症性疾病, 其发病范围覆盖各年龄段人群, 疾病的迁延不愈可对患者听力功能造成持续性影响, 进而降低患者生活质量, 因此对中耳炎的规范诊疗具有重要的临床意义和社会价值。明确不同类型中耳炎的临床表现是实现精准诊断的基础, 而科学合理的治疗策略则是保障诊疗效果、改善患者预后的关键。基于此, 文章以中耳炎的概述与分类为切入点, 系统阐述了不同类型中耳炎的临床表现, 深入分析了中耳炎的诊断方法, 重点探索了各类中耳炎的针对性治疗策略, 同时探讨了特殊人群及合并症情况下中耳炎的治疗要点, 旨在为临床中耳炎的规范化诊疗提供参考依据, 进一步提升中耳炎诊疗的整体水平。

关键词: 中耳炎; 临床表现; 治疗

中图分类号: R473.72

文献标识码: A

文章编号: 3106-2040 (2025) 07-0001-09

DOI: 10.62022/CPH.issn3106-2040.2025.07.001

Exploration of Clinical Manifestations and Treatment Strategies of Otitis Media

Shubo Wang

(Guangxi Medical University, Nanning, Guangxi 530021)

Abstract: Otitis media is a common inflammatory disease in otology clinics, affecting individuals of all ages. Persistent disease can have a lasting impact on patients' hearing function, thereby reducing their quality of life. Therefore, standardized diagnosis and treatment of otitis media are of significant clinical and social importance. Clarifying the clinical manifestations of different types of otitis media is the foundation for achieving precise diagnosis, while scientific and rational treatment strategies are crucial for ensuring effective diagnosis and improving patient outcomes. Based on this, the article begins with an overview and classification of otitis media, systematically elaborates on the clinical manifestations of different types of otitis media, deeply analyzes diagnostic methods for otitis media, and focuses on exploring targeted treatment strategies for various types of otitis media. It also discusses the treatment key points for otitis media in special populations and with comorbidities, aiming to provide a reference for standardized diagnosis and treatment of otitis media in clinical practice and further enhance the overall level of otitis media diagnosis and treatment.

Keywords: otitis media; clinical manifestation; treatment

中耳作为听觉传导系统的重要组成部分,其结构功能的完整性直接关系到听力功能的正常发挥。中耳炎作为累及中耳腔的炎症性病变,可由感染、咽鼓管功能障碍等多种因素引发,临床发病率较高,且不同类型中耳炎的临床表现存在显著差异,给临床诊断与治疗带来一定挑战。随着临床诊疗技术的不断发展,对中耳炎的发病机制、临床表现及治疗方法的认知逐渐深化,但在临床实践中,仍存在诊疗方案针对性不足、特殊人群治疗规范性有待提高等问题。

1 中耳炎概述与分类

1.1 中耳炎的定义及解剖学基础

中耳炎是指累及中耳腔及周围相关结构的炎症性病变,其发病核心与中耳黏膜的炎症反应相关,可伴随黏膜充血、

渗出、增生等病理改变^[1]。明确中耳的解剖结构与功能,是理解中耳炎发病机制、临床表现及治疗原理的基础,因此需先对中耳的解剖结构与功能进行简要阐述。

中耳位于外耳与内耳之间,为一含气的不规则腔隙,主要由鼓室、咽鼓管、鼓窦及乳突四部分组成。鼓室是中耳的核心结构,呈不规则立方体状,容积约 $2\text{cm}^3 \sim 3\text{cm}^3$,鼓室内包含听小骨、鼓膜张肌、镫骨肌等重要结构,其中听小骨由锤骨、砧骨、镫骨组成,是人体最小的骨骼,三者通过关节连接形成听骨链,起到传导声波的关键作用。鼓膜位于鼓室与外耳道之间,为一椭圆形半透明薄膜,厚度约 $0.1\text{mm} \sim 0.2\text{mm}$,具有分隔外耳与中耳、传递声波的功能,鼓膜的完整性对中耳的防护功能和听觉传导功能至关重要。咽鼓管是连接鼓室与鼻咽部的管状结构,成人咽鼓管长约 $3.5\text{cm} \sim$

作者简介: 王书博, 硕士, 助教, 研究方向为耳科常见疾病的诊断与治疗。

4.0cm, 管径约1mm~2mm, 其主要功能是调节鼓室内压力, 使鼓室内压力与外界大气压保持平衡, 同时具有引流鼓室内分泌物的作用; 儿童咽鼓管较成人短、平、宽, 管径约2mm~3mm, 长度约1.5cm~2.0cm, 这种解剖特点使得儿童咽鼓管的引流功能和压力调节功能相对较弱, 也是儿童中耳炎发病率高于成人的重要解剖学原因之一。鼓窦是位于鼓室后上方的含气腔隙, 容积约1cm³~2cm³, 与鼓室及乳突气房相通, 是中耳感染扩散的重要通道。乳突位于颞骨后方, 内含有多个大小不等的气房, 称为乳突气房, 乳突气房通过鼓窦与鼓室相通, 其主要功能是减轻颅骨重量、保护内耳结构, 同时参与中耳的声音共鸣。

中耳炎对中耳正常生理的影响主要体现在听觉传导功能、压力调节功能及防御功能三个方面。在听觉传导功能方面, 中耳炎症可导致鼓室黏膜充血肿胀、分泌物渗出, 使鼓室容积相对减小, 同时炎症可累及听骨链, 导致听骨链粘连、活动受限, 影响声波的正常传导, 进而引起听力下降; 若炎症导致鼓膜穿孔, 鼓膜的声波传递功能受损, 会进一步加重听力下降症状。在压力调节功能方面, 炎症可导致咽鼓管黏膜充血水肿, 使咽鼓管管腔狭窄或阻塞, 导致咽鼓管的压力调节功能障碍, 鼓室内压力无法与外界大气压保持平衡, 当鼓室内压力低于外界压力时, 会引起耳闷胀感、鼓膜内陷等表现。在防御功能方面, 中耳黏膜具有分泌黏液、清除异物的防御功能, 炎症会破坏中耳黏膜的正常防御屏障, 使中耳对病原体的抵抗力下降, 容易导致感染的迁延不愈或反复复发。

1.2 中耳炎的分类标准

临床上对中耳炎的分类方法较多, 不同分类方法基于不同的划分依据, 各有其临床意义, 其中最常用的分类方法为按病程长短分类和按病理特点分类, 两种分类方法相互补充, 可更全面地反映中耳炎的疾病特征^[2]。

按病程长短分类, 可将中耳炎分为急性中耳炎与慢性中耳炎。急性中耳炎的病程较短, 临床界定为病程在8周以内的中耳炎, 其发病多较急, 常由急性感染引发, 炎症反应以渗出、充血为主, 及时规范治疗后预后较好, 多数患者可完全康复。慢性中耳炎的病程较长, 指病程超过8周的中耳炎, 多由急性中耳炎治疗不彻底、迁延不愈转化而来, 也可由反复感染引发, 病理改变以黏膜增生、纤维化为主, 病情多呈慢性迁延状态, 治疗周期相对较长, 部分患者可能遗留听力下降等后遗症。

按病理特点分类, 可将中耳炎分为分泌性中耳炎、化脓性中耳炎等类型。分泌性中耳炎的核心病理特点为中耳腔内

出现非化脓性积液, 黏膜炎症反应较轻, 无明显的化脓性分泌物, 其发病多与咽鼓管功能障碍相关, 临床以耳闷、听力下降为主要表现。化脓性中耳炎的病理特点为中耳黏膜出现化脓性炎症反应, 伴随大量化脓性分泌物渗出, 可分为急性化脓性中耳炎和慢性化脓性中耳炎, 急性化脓性中耳炎多由细菌感染引发, 炎症反应剧烈, 可伴随明显的全身症状; 慢性化脓性中耳炎多为急性化脓性中耳炎迁延而来, 化脓性炎症持续存在, 可伴随鼓膜穿孔、听骨链破坏等结构损伤。此外, 按病理特点分类还包括胆脂瘤型中耳炎、鼓室硬化等特殊类型, 胆脂瘤型中耳炎以中耳腔内胆脂瘤形成的为核心病理特征, 胆脂瘤可对周围骨质造成侵蚀破坏, 容易引发并发症; 鼓室硬化则以中耳黏膜及听骨链周围出现纤维组织增生、钙化为病理特点, 主要影响听觉传导功能。

2 不同类型中耳炎的临床表现

2.1 急性中耳炎

急性中耳炎的临床表现具有典型性, 可分为耳部症状、全身症状两大类, 结合耳镜检查所见, 可明确临床诊断, 且儿童与成人的临床表现存在一定差异。

耳部症状是急性中耳炎最核心的表现, 主要包括耳痛、耳闷胀感、听力下降等。耳痛多为突发性, 疼痛程度较为剧烈, 呈持续性或阵发性加剧, 疼痛可放射至同侧头部、面部及颈部, 吞咽、咀嚼或擤鼻涕时, 耳痛症状可进一步加重。耳闷胀感多伴随耳痛出现, 患者可感觉耳部有堵塞感、压迫感, 部分患者可出现耳部胀满不适, 这种感觉与咽鼓管阻塞、鼓室内压力失衡相关。听力下降多为暂时性, 程度多为轻度至中度, 患者可表现为听声音模糊、遥远, 其原因主要与鼓室黏膜充血肿胀、分泌物渗出影响声波传导相关, 随着炎症的控制, 听力可逐渐恢复。部分患者可出现耳鸣症状, 多为低调嗡嗡声或搏动性耳鸣, 与鼓室内炎症刺激、压力变化相关。

全身症状在儿童患者中更为明显, 成人患者全身症状相对较轻。儿童患者的全身症状主要包括发热、头痛、乏力、食欲减退、恶心、呕吐、腹泻等, 其中发热体温多为38.5℃~39.5℃, 部分重症患儿体温可超过39.5℃, 甚至出现高热惊厥。成人患者的全身症状多表现为低热或中度发热, 体温多为37.5℃~38.5℃, 伴随轻度头痛、乏力, 一般无明显的胃肠道症状。儿童全身症状更为明显的原因, 与儿童免疫系统尚未发育成熟、对感染的应激反应更为强烈相关, 同时儿童中耳解剖结构的特殊性也使得感染更容易扩散, 加重全身反应。

耳镜检查所见具有特征性, 可作为急性中耳炎的重要诊

断依据。早期耳镜检查可见鼓膜充血，充血多从鼓膜周边开始，逐渐向中心蔓延，表现为鼓膜呈弥漫性红色，血管纹路清晰可见；随着炎症加重，鼓膜可出现肿胀、隆起，鼓膜张力增高，锤骨柄及鼓膜标志变得模糊不清；当炎症进展至化脓期，鼓膜可出现局部坏死，进而形成鼓膜穿孔，穿孔初期多为针尖大小的穿孔，可观察到穿孔处有脓液溢出，脓液多为黄色或黄绿色，质地黏稠或稀薄，穿孔扩大后，鼓膜标志进一步消失，可见鼓室内黏膜充血肿胀。

2.2 慢性中耳炎

慢性中耳炎的临床表现以耳部长期症状为主，伴随耳部结构改变，部分患者可出现并发症相关的前兆表现，其症状持续时间较长，可反复加重。

耳部长期症状是慢性中耳炎的主要表现，核心症状包括耳流脓、听力减退、耳鸣等。耳流脓是慢性化脓性中耳炎的典型症状，流脓症状可持续数月甚至数年，呈间歇性或持续性，脓液的性状存在个体差异，可表现为黄色、黄绿色黏稠脓液，也可表现为稀薄脓液，若合并真菌感染，脓液可伴随异味^[9]。听力减退多为持续性，程度多为中度至重度，其原因与鼓膜穿孔、听骨链粘连或破坏、鼓室黏膜增生肥厚等因素相关，听力减退的程度与病变范围、病变严重程度密切相关，部分患者可出现混合型听力损失。耳鸣症状较为常见，多为低频持续性耳鸣，如嗡嗡声、蝉鸣声等，耳鸣的程度可随病情波动，当炎症加重或脓液引流不畅时，耳鸣症状可明显加重，其产生与炎症刺激、听神经末梢受影响相关。

耳部结构改变是慢性中耳炎长期病变的结果，通过耳镜检查、影像学检查可明确观察到。鼓膜穿孔是慢性中耳炎最常见的结构改变，穿孔多为永久性，穿孔部位可位于鼓膜紧张部、松弛部，其中紧张部穿孔最为常见，穿孔大小不一，形状多为圆形、椭圆形或不规则形，部分患者可出现鼓膜边缘性穿孔；长期的炎症刺激可导致鼓室黏膜增生、肥厚，甚至出现息肉样增生，息肉可堵塞鼓室腔或鼓膜穿孔处，影响脓液引流。鼓室硬化是慢性中耳炎的常见并发症，表现为鼓室黏膜、听骨链周围出现纤维组织增生、钙化，形成硬化灶，可导致听骨链固定，进一步加重听力下降。胆脂瘤型中耳炎患者可出现胆脂瘤形成，胆脂瘤多位于鼓室后上方或乳突区域，通过影像学检查可观察到骨质侵蚀破坏的表现。

并发症相关表现多在病变累及周围重要结构时出现，早期多为前兆症状，及时发现并处理可避免严重并发症的发生。当炎症累及面神经时，可出现面神经麻痹的前驱症状，表现为同侧面麻木、口角轻微歪斜、眼睑闭合不全等，若病情进展，可出现完全性面神经麻痹。当炎症向颅内扩散时，

可出现颅内感染的前驱症状，表现为持续性剧烈头痛、频繁呕吐、发热持续不退、意识模糊等，这类症状提示病情危急，需立即采取干预措施。此外，炎症累及乳突时，可出现乳突区域压痛、肿胀，部分患者可出现耳后皮肤红肿、破溃。

2.3 分泌性中耳炎

分泌性中耳炎的临床表现以耳部非化脓性症状为核心，其症状相对缓和，但病程可迁延，特殊检查对其诊断具有重要意义^[4]。

耳部主要症状包括耳闷、听力下降、耳痛较轻等，症状多呈渐进性发展。耳闷是分泌性中耳炎最早期、最典型的症状，患者可明显感觉耳部堵塞感、胀满感，如同耳朵“堵了棉花”，在吞咽、打哈欠、擤鼻涕时，耳闷感可暂时缓解，随后再次出现，这与咽鼓管功能暂时改善、鼓室内压力短暂平衡相关。听力下降多为轻度至中度，呈传导性听力损失，患者可表现为听声音遥远、模糊，对高频声音的听力下降更为明显，儿童患者可能出现注意力不集中、对声音反应迟钝等表现，容易被忽视。耳痛症状较轻，多为隐痛、胀痛或轻微刺痛，部分患者可无明显耳痛，儿童患者可能仅表现为烦躁不安、抓耳等行为异常，这与儿童无法准确表达疼痛相关。部分患者可出现低频耳鸣，多为间歇性，与鼓室内积液晃动、压力变化相关。

特殊检查表现是诊断分泌性中耳炎的关键依据，常用的特殊检查包括声导抗测试、耳内镜检查等。声导抗测试是评估中耳功能的重要检查方法，分泌性中耳炎患者的鼓室图多为B型或C型，其中B型鼓室图表现为无峰压值，曲线平坦，提示鼓室内存在积液，是分泌性中耳炎的典型声导抗表现；C型鼓室图表现为峰压值低于正常范围，提示咽鼓管功能障碍，鼓室内压力为负压，部分早期分泌性中耳炎患者可表现为C型鼓室图。耳内镜检查可直接观察鼓膜及鼓室内情况，分泌性中耳炎患者耳内镜下可见鼓膜内陷，鼓膜标志模糊，鼓膜颜色可呈淡黄色、橘黄色或灰白色，部分患者可通过鼓膜看到鼓室内的积液平面，积液较多时，鼓膜可出现轻微隆起，活动度明显下降。对于症状不典型的患者，可进一步进行纯音测听检查，纯音测听多显示传导性听力损失，气导听力阈值下降20dB~40dB，骨导听力阈值正常，少数患者可出现混合型听力损失。

分泌性中耳炎的临床表现以耳部非化脓性症状为核心，其症状相对缓和但病程易迁延，且具有渐进性发展的特点。患者早期最典型的症状是耳闷，表现为耳部堵塞感、胀满感，常被描述为“耳朵里堵了棉花”，这种不适在吞咽、打哈欠或擤鼻涕时可因咽鼓管功能暂时改善而缓解，但随后又反复

出现。听力下降多呈轻度至中度的传导性听力损失,患者常主诉听声音遥远或模糊,尤其对高频声音的辨别能力下降更为明显;儿童患者因表达能力有限,可能仅表现为注意力不集中、对声音反应迟钝或反复抓耳等行为异常,易被家长忽视。耳痛症状通常较轻,多为隐痛或胀痛,部分患者甚至无明显疼痛,儿童则可能通过烦躁不安等非特异性行为间接反映耳部不适。此外,部分患者会伴随低频耳鸣,其发生与鼓室内积液晃动及压力变化相关,多呈间歇性出现。诊断该病需结合特殊检查,其中声导抗测试是评估中耳功能的关键手段,典型表现为B型(平坦曲线,提示鼓室积液)或C型(负压峰压,提示咽鼓管功能障碍)鼓室图;耳内镜下可见鼓膜内陷、标志模糊,颜色呈淡黄或灰白色,严重者可见积液平面或鼓膜隆起。对于不典型病例,纯音测听可进一步明确听力损失性质,多表现为气导阈值下降20dB~40dB而骨导正常的传导性聋,少数可合并混合性聋。这些临床表现与检查结果的综合分析,对分泌性中耳炎的精准诊断至关重要。

3 中耳炎的诊断方法

3.1 病史询问要点

病史询问是中耳炎诊断的基础环节,通过详细询问患者的症状特点、既往病史等信息,可初步判断病情,为后续检查和诊断提供方向。病史询问需围绕耳部症状、既往病史、全身性疾病史等核心要点展开,确保信息全面、准确。

耳部症状出现的时间、程度、变化情况是病史询问的核心内容。需明确患者耳部症状(如耳痛、耳闷、听力下降、耳流脓、耳鸣等)的首发时间,是突发还是渐进性出现;询问症状的严重程度,如耳痛的剧烈程度、听力下降对日常交流的影响等;了解症状的变化情况,如症状是否持续加重、是否存在缓解因素(如吞咽、擤鼻涕后症状缓解)、症状是否反复出现等。对于儿童患者,需通过家长了解儿童的行为异常,如是否存在抓耳、烦躁、对声音反应迟钝、注意力不集中等表现,明确这些行为异常出现的时间和变化规律。同时,需询问患者是否存在诱发因素,如近期是否有上呼吸道感染、耳部外伤、游泳进水、过度擤鼻涕等情况,诱发因素的明确对病因诊断具有重要意义。

既往耳部疾病史、外伤史、手术史的询问不可或缺。需询问患者既往是否有中耳炎、外耳道炎、鼓膜穿孔等耳部疾病史,明确既往疾病的诊疗情况、治疗效果及复发情况;询问患者是否有耳部外伤史,如鼓膜穿孔外伤、颞骨骨折等,明确外伤的时间、治疗情况及后遗症;询问患者是否有耳部手术史,如鼓膜修补术、鼓室成形术等,明确手术时间、手

术原因及术后恢复情况。既往耳部病史、外伤史、手术史的了解,可帮助判断当前病情是否为既往疾病的复发或迁延,同时为治疗方案的选择提供参考,避免治疗方案与既往病史冲突。

全身性疾病史的询问需重点关注与中耳炎发病相关的疾病,如上呼吸道感染、过敏性疾病、糖尿病、高血压等。上呼吸道感染是中耳炎的常见诱发因素,需询问患者近期是否有感冒、鼻炎、鼻窦炎、咽炎、扁桃体炎等上呼吸道感染病史,明确感染的时间、症状及治疗情况。过敏性疾病如过敏性鼻炎,可通过影响咽鼓管功能诱发中耳炎,需询问患者是否有过敏性疾病病史,明确过敏原有哪些、过敏症状的表现及控制情况。糖尿病、高血压等全身性疾病可影响机体免疫力,增加中耳炎的发病风险,且可影响炎症的愈合,需询问患者是否有此类疾病病史,明确疾病的诊断时间、治疗情况及病情控制水平。此外,对于女性患者,需询问是否处于妊娠期或哺乳期,这对后续治疗方案的选择具有重要影响。

3.2 体格检查

体格检查是中耳炎诊断的重要环节,通过对耳部及相关部位的体格检查,可直接观察病变表现,初步判断病变部位和严重程度。体格检查主要包括耳部一般检查、听力检查、前庭功能检查等,需根据患者的症状特点针对性开展。

耳部一般检查是体格检查的基础,主要通过耳镜(包括普通耳镜、耳内镜)观察外耳道、鼓膜的外观情况。外耳道检查需观察外耳道皮肤是否完整、有无充血、肿胀、糜烂、分泌物等,明确外耳道是否存在狭窄、异物或肿物,同时观察分泌物的性状、颜色、量及气味,若存在分泌物,需注意分泌物是否来自中耳腔。鼓膜检查是耳部一般检查的核心,需观察鼓膜的完整性、颜色、形态及活动度,明确鼓膜是否存在充血、肿胀、内陷、穿孔等表现,穿孔的部位、大小、形状也需详细记录;对于存在鼓膜穿孔的患者,需通过穿孔处观察鼓室内黏膜的情况,明确鼓室内是否存在充血、水肿、分泌物、息肉等病变。耳部一般检查操作简便,可快速获取病变的直观信息,为初步诊断提供重要依据。

听力检查是评估患者听力损失程度与性质的关键检查,常用的听力检查方法包括音叉试验、纯音测听等。音叉试验是一种简单的听力筛查方法,通过不同频率的音叉测试患者的气导听力和骨导听力,可初步判断听力损失的性质,如传导性听力损失、感音神经性听力损失或混合性听力损失。常用的音叉试验包括林纳试验、韦伯试验、施瓦巴赫试验,林纳试验可判断气导与骨导听力的关系,传导性听力损失患者表现为骨导大于气导;韦伯试验可判断听力损失的侧别,传

导性听力损失患者声音偏向患侧；施瓦巴赫试验可比较患者与正常人的骨导听力，传导性听力损失患者骨导听力延长。纯音测听是更为精准的听力检查方法，可通过电测听仪测试患者在不同频率下的气导和骨导听力阈值，明确听力损失的程度和性质，中耳炎患者多表现为传导性听力损失，气导听力阈值下降，骨导听力阈值正常或轻度下降，纯音测听结果可为诊断和治疗效果评估提供量化依据。

前庭功能检查需在必要时进行，主要用于判断中耳病变是否累及前庭系统。中耳与内耳通过圆窗、卵圆窗相连，当中耳炎症严重或病变范围较大时，可能累及内耳前庭结构，导致前庭功能障碍。前庭功能检查主要包括眼震电图、甩头试验、平衡功能测试等，若患者出现眩晕、恶心、呕吐、平衡失调等症状，需及时开展前庭功能检查。检查结果若提示前庭功能异常，说明病变可能已累及内耳，需调整治疗方案，加强对病变的控制，避免前庭功能进一步受损。对于无眩晕等症状的患者，一般无需常规开展前庭功能检查。

3.3 影像学检查

影像学检查可清晰显示中耳及周围结构的病变情况，弥补体格检查和听力检查的不足，尤其适用于病变范围较广、存在并发症风险或诊断不明确的患者。临床上用于中耳炎诊断的影像学检查主要包括颞骨CT检查和MRI检查，两种检查方法各有优势，需根据患者的病情特点合理选择。

颞骨CT检查是中耳炎诊断中应用最为广泛的影像学检查方法，具有分辨率高、成像清晰、可清晰显示骨性结构等优势，其作用与价值主要体现在显示中耳结构、明确病变范围、判断有无并发症等方面。颞骨CT可清晰显示中耳腔、鼓室、乳突气房、听骨链、面神经管等中耳相关骨性结构的形态，明确这些结构是否存在破坏、缺损或畸形；可清晰地显示炎症病变的范围，明确炎症是否仅局限于鼓室，还是已扩散至鼓室、乳突气房，对于慢性中耳炎患者，可明确乳突气房的气化情况、炎症浸润范围及是否存在胆脂瘤形成；可及时发现中耳炎的并发症，如乳突炎、面神经管破坏、颅内侵犯等，为并发症的早期干预提供重要依据。颞骨CT检查对骨性结构的显示效果优于其他检查方法，是评估中耳病变范围和骨性结构损伤的首选影像学检查，尤其适用于慢性化脓性中耳炎、胆脂瘤型中耳炎及怀疑存在并发症的患者。

MRI检查具有对软组织分辨率高的优势，其适用情况主要集中在对软组织病变的评估和并发症的精准判断。对于怀疑存在胆脂瘤的患者，MRI可清晰显示胆脂瘤的范围和边界，明确胆脂瘤与周围软组织、神经血管的关系，为手术方案的制定提供更为精准的信息；对于怀疑存在颅内并发症的

患者，如脑膜炎、脑脓肿等，MRI可清晰显示颅内软组织病变的位置、大小和范围，明确炎症对颅内结构的侵犯情况，为危急并发症的诊断和治疗提供关键依据；此外，MRI还可用于评估中耳黏膜的炎症程度、渗出情况，对于部分不典型分泌性中耳炎患者，可辅助判断鼓室内积液的性质。由于MRI对骨性结构的显示效果不如颞骨CT，因此一般不单独用于中耳炎的常规诊断，多在颞骨CT检查基础上，针对软组织病变或并发症进一步检查时使用。在临床实践中，需结合患者的症状、体格检查结果，合理选择影像学检查方法，必要时可联合使用，以获得更为全面的病变信息。

4 中耳炎的治疗策略

4.1 急性中耳炎的治疗

急性中耳炎的治疗以控制炎症、缓解症状、预防并发症为核心目标，治疗方案需根据患者的年龄、病情严重程度制定，主要包括药物治疗和局部治疗两种方式，多数患者通过规范的综合治疗可获得良好的治疗效果。

药物治疗是急性中耳炎治疗的基础，核心药物为抗生素，同时可配合减充血剂、止痛药等辅助药物改善症状。抗生素的选择原则需结合病情严重程度、可能的病原体类型、患者年龄等因素综合考虑，以选择抗菌谱覆盖常见致病菌、安全性高的抗生素。急性中耳炎的常见致病菌包括肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌等，因此临床多选择青霉素类、头孢菌素类抗生素，如阿莫西林、头孢克洛、头孢呋辛等。抗生素的使用方法需遵循规范，成人患者可口服阿莫西林，剂量为每次0.5g，每日3次，疗程为7天~10天；儿童患者需根据年龄、体重调整剂量，如3岁~7岁儿童，阿莫西林剂量为每次0.25g，每日3次，疗程为5天~7天。对于病情较重、口服抗生素效果不佳的患者，可考虑静脉输注抗生素，如头孢曲松钠，成人剂量为每次1.0g，每日1次，儿童剂量为每次50mg/kg，每日1次，疗程根据病情调整为3天~5天，待病情稳定后转为口服抗生素。

减充血剂、止痛药等辅助药物的应用可有效缓解患者的症状。减充血剂主要用于改善咽鼓管功能，缓解耳闷胀感，临床常用的减充血剂为鼻用减充血剂，如盐酸羟甲唑啉滴鼻液、盐酸萘甲唑啉滴鼻液等，使用时需注意药物浓度，成人使用0.5%浓度，儿童使用0.05%浓度，每次每侧鼻腔滴入1滴~2滴，每日2次~3次，连续使用不超过7天，避免长期使用导致药物性鼻炎。止痛药主要用于缓解剧烈耳痛，成人可口服对乙酰氨基酚，每次0.5g，每日3次~4次，或布洛芬，每次0.4g，每日3次；儿童可根据年龄、体重口服对乙酰氨基

基酚混悬液, 每次10mg/kg ~ 15mg/kg, 每4小时 ~ 6小时1次, 24小时不超过4次, 使用时需严格按照剂量要求, 避免过量使用。

局部治疗主要包括耳部滴耳液的使用和鼓膜切开引流术, 可直接作用于病变部位, 提升治疗效果。耳部滴耳液的使用需遵循正确的方法, 使用前需清洁外耳道, 清除外耳道分泌物, 确保药物能够直达鼓膜; 滴耳时患者需采取侧卧位, 患耳朝上, 将滴耳液温度调节至37℃左右, 避免过冷或过热的药物刺激内耳引发眩晕, 每次滴入5滴 ~ 10滴, 滴入后保持侧卧位5分钟 ~ 10分钟, 使药物充分浸润中耳腔。急性化脓性中耳炎患者可使用抗生素滴耳液, 如氧氟沙星滴耳液、妥布霉素滴耳液等, 成人及6岁以上儿童使用氧氟沙星滴耳液, 每次5滴 ~ 10滴, 每日2次 ~ 3次; 对于鼓膜未穿孔的患者, 可使用酚甘油滴耳液, 具有消炎、止痛的作用, 每次2滴 ~ 3滴, 每日3次, 但鼓膜穿孔后需立即停用, 避免酚甘油刺激内耳。

鼓膜切开引流术的适应症主要为急性化脓性中耳炎患者, 当患者出现鼓膜明显充血肿胀、剧烈耳痛持续不缓解、高热不退, 或已出现鼓膜穿孔但脓液引流不畅时, 需及时进行鼓膜切开引流术。手术操作要点为: 患者取仰卧位, 患耳朝上, 局部麻醉后, 用鼓膜切开刀在鼓膜前下象限或后下象限做一弧形切口, 切口长度约2mm ~ 3mm, 避免损伤听小骨和鼓室内其他结构; 切开后轻轻挤压耳屏, 使脓液充分流出, 用吸引器轻轻吸尽脓液, 必要时可放置引流条; 术后需定期换药, 保持引流通畅, 同时配合抗生素治疗, 待炎症控制后, 鼓膜切口可自行愈合。

4.2 慢性中耳炎的治疗

慢性中耳炎的治疗以控制感染、改善引流、修复耳部结构、恢复听力功能为核心目标, 治疗方案需根据患者的病变类型、病情严重程度、听力损失情况等综合判断, 主要包括保守治疗和手术治疗两种方式, 对于病情较轻的患者可首选保守治疗, 病情较重或保守治疗效果不佳的患者需采取手术治疗。

保守治疗适用于病变范围较局限、无明显耳部结构破坏、听力损失较轻的慢性中耳炎患者, 主要包括药物治疗和日常护理两部分。药物治疗以控制感染、改善引流为核心, 需根据脓液培养及药敏试验结果选择抗生素, 避免盲目使用抗生素导致耐药性产生。对于存在耳流脓症状的患者, 需先采集脓液进行培养, 明确致病菌类型, 根据药敏试验结果选择敏感抗生素, 可口服或局部使用抗生素滴耳液。局部使用抗生素滴耳液时, 需先清洁外耳道脓液, 确保药物直达病变

部位, 常用的敏感抗生素滴耳液包括氧氟沙星滴耳液、妥布霉素滴耳液等, 使用方法为每次5滴 ~ 10滴, 每日2次 ~ 3次, 疗程根据病情调整为10天 ~ 14天。对于伴有咽鼓管功能障碍的患者, 可配合使用鼻用减充血剂和黏液促排剂, 鼻用减充血剂可改善咽鼓管通气, 黏液促排剂如桉柠蒎肠溶软胶囊, 成人每次0.3g, 每日3次, 可促进鼓室内分泌物排出, 改善引流。

日常护理是慢性中耳炎保守治疗的重要组成部分, 对病情控制和预防复发具有重要意义。患者需保持耳部干燥, 避免耳部进水, 洗澡、洗头时可使用耳塞或防水耳罩保护耳部, 若耳部不慎进水, 需及时用干净棉签轻轻擦拭外耳道, 避免用力擤鼻涕, 防止鼻腔分泌物通过咽鼓管进入中耳腔引发感染。患者需注意饮食清淡, 避免食用辛辣刺激性食物, 戒烟戒酒, 增强体质, 预防上呼吸道感染, 因为上呼吸道感染是慢性中耳炎复发的常见诱因。同时, 患者需定期复查, 以便医生及时了解病情变化, 调整治疗方案。

手术治疗适用于存在明显耳部结构破坏、保守治疗效果不佳、听力损失较严重或存在并发症风险的慢性中耳炎患者, 常用的手术方式包括鼓膜修补术、乳突根治术、鼓室成形术等, 手术方式的选择需根据患者的病变情况确定。鼓膜修补术的适应症主要为慢性中耳炎患者存在鼓膜穿孔, 且穿孔边缘整齐、鼓室内黏膜无明显炎症和息肉增生、听骨链完整, 手术目的为修复鼓膜穿孔, 恢复鼓膜的完整性和功能。手术方法主要包括经耳道入路和耳后入路, 手术材料可选用患者自身的颞肌筋膜、耳屏软骨膜等, 手术过程为: 清理鼓室内的炎症组织和分泌物, 将修补材料固定于鼓膜穿孔边缘, 覆盖穿孔处, 术后需保持耳部干燥, 避免感染, 鼓膜修补术后愈合率较高, 多数患者术后听力可得到改善。

乳突根治术的适应症主要为慢性化脓性中耳炎合并乳突炎、胆脂瘤型中耳炎患者, 手术目的为清除乳突内的炎症组织、胆脂瘤及破坏的骨质, 建立通畅的引流, 预防并发症。手术入路多为耳后入路, 手术过程为: 在耳后做切口, 暴露乳突骨面, 用骨钻磨开乳突气房, 清除气房内的炎症组织、胆脂瘤, 修整骨腔, 确保引流通畅, 必要时可保留或重建听骨链。鼓室成形术的适应症主要为慢性中耳炎患者存在听骨链破坏、听力损失较严重, 手术目的为修复听骨链, 恢复听觉传导功能, 可与鼓膜修补术同时进行。手术过程中需根据听骨链破坏的情况, 选择合适的材料重建听骨链, 如使用人工听骨或自身骨组织, 术后需加强护理, 定期复查听力, 评估手术效果。不同术式的选择需综合考虑患者的病变范围、听力情况、全身状况等因素, 确保手术的安全性和有效性。

4.3 分泌性中耳炎的治疗

分泌性中耳炎的治疗以改善咽鼓管功能、清除鼓室内积液、控制炎症、恢复听力为核心目标，治疗方案需根据患者的年龄、病情持续时间、症状严重程度等综合判断，治疗方式包括保守治疗和手术治疗，其中保守治疗为首选，部分患者可通过保守治疗实现自愈，病情迁延不愈或保守治疗效果不佳时需采取手术治疗。

保守治疗包括观察等待、药物治疗和咽鼓管吹张术等，观察等待适用于病情较轻、病程较短的患者，尤其是儿童患者，由于儿童免疫系统具有一定的自我调节能力，部分轻度分泌性中耳炎患者可自行缓解。观察等待的适用情况为：患者症状较轻，仅表现为轻微耳闷，听力下降不明显，病程不超过3个月；儿童患者年龄较小，无明显不适症状，听力下降未影响日常交流和学习。观察指标主要包括症状变化、听力情况和鼓室图变化，需定期复查，复查间隔为1个月~2个月，若观察期间症状加重或病程超过3个月仍未缓解，需及时调整治疗方案，采取药物治疗或手术治疗。

药物治疗主要用于缓解炎症、改善咽鼓管功能、促进积液排出，常用药物包括抗生素、糖皮质激素、黏液促排剂等。抗生素的使用需严格把握适应症，仅在明确存在细菌感染时使用，如患者伴随上呼吸道感染、脓液培养阳性等情况，可选择阿莫西林、头孢克洛等抗生素，疗程为7天~10天，避免盲目使用抗生素。糖皮质激素具有抗炎、减轻黏膜水肿的作用，可短期使用，如口服泼尼松，成人每次10mg，每日3次，疗程为3天~5天，儿童剂量为每次0.5mg/kg，每日3次，疗程不超过3天，短期使用糖皮质激素可有效缓解咽鼓管黏膜水肿，改善咽鼓管功能。黏液促排剂可促进鼓室内分泌物的排出，常用药物包括桉柠蒎肠溶软胶囊、氨溴索口服溶液等，桉柠蒎肠溶软胶囊成人每次0.3g，每日3次，儿童每次0.12g，每日3次，氨溴索口服溶液成人每次10ml，每日3次，儿童每次5ml，每日3次，黏液促排剂的使用疗程为2周~4周，可根据病情调整。此外，可配合使用鼻用减充血剂和鼻用糖皮质激素，改善鼻腔和咽鼓管开口处的黏膜水肿，促进咽鼓管通气，如盐酸羟甲唑啉滴鼻液、糠酸莫米松鼻喷雾剂等。

咽鼓管吹张术是改善咽鼓管功能、缓解鼓室负压的重要物理治疗方法，适用于咽鼓管功能障碍明显、鼓室负压较重的患者。常用的操作方法包括瓦尔萨尔瓦法、波利策法和导管吹张法。瓦尔萨尔瓦法为患者自行操作，患者深吸气的同时，用手指捏住两侧鼻孔，紧闭口唇，用力鼓气，使气体通过咽鼓管进入鼓室，每次鼓气时间为1秒~2秒，重复3次~5次，

每日2次~3次，操作时需注意力度适中，避免过度用力导致鼓膜穿孔。波利策法需在医生指导下进行，医生将波利策球的一端连接患者一侧鼻孔，另一端由医生挤压，同时患者吞咽，使气体进入咽鼓管，操作过程中需观察患者鼓膜的活动情况，调整挤压力度。导管吹张法为有创操作，需由专业医生进行，医生将咽鼓管导管经鼻腔插入咽鼓管开口处，通过导管向咽鼓管内吹气，直接改善咽鼓管通气，适用于咽鼓管严重阻塞的患者。咽鼓管吹张术的注意事项包括：操作前需清除鼻腔分泌物，确保鼻腔通畅；操作时力度需轻柔，避免损伤咽鼓管黏膜和鼓膜；急性上呼吸道感染期间禁止进行咽鼓管吹张术，避免感染扩散。

手术治疗适用于病程超过3个月、保守治疗效果不佳、鼓室内积液持续存在、听力下降明显的患者，常用的手术方式包括鼓膜切开置管术、腺样体切除术等。鼓膜切开置管术的适应证为：分泌性中耳炎病程超过3个月，积液持续存在；反复复发的分泌性中耳炎，每年发作次数超过3次；听力下降明显，气导听力阈值下降超过30dB；伴有耳鸣、耳痛持续不缓解等症状。手术过程为：患者取仰卧位，患耳朝上，局部麻醉后，用鼓膜切开刀在鼓膜前下象限做一弧形切口，切口长度约2mm~3mm，吸尽鼓室内积液，然后将鼓膜通气管植入切口处，固定通气管，确保鼓室内积液能够通过通气管引流。术后护理要点包括：保持耳部干燥，避免耳部进水；避免用力擤鼻涕；定期复查，观察通气管的位置和鼓膜愈合情况，通气管一般保留6个月~12个月，待咽鼓管功能恢复后，通气管可自行脱落或由医生取出。

腺样体切除术在儿童分泌性中耳炎治疗中具有重要作用，儿童分泌性中耳炎多与腺样体肥大相关，腺样体肥大会堵塞咽鼓管咽口，导致咽鼓管功能障碍，同时腺样体可作为感染灶，引发反复感染。因此，对于合并腺样体肥大的儿童分泌性中耳炎患者，在进行鼓膜切开置管术的同时，可联合进行腺样体切除术，以去除病因，降低疾病复发率。腺样体切除术的手术过程为：通过鼻内镜或口咽入路，切除肥大的腺样体组织，术后需注意观察患者的呼吸、吞咽情况，避免出血和感染，术后饮食以流质、半流质为主，逐渐过渡到普通饮食。

5 中耳炎治疗中的特殊情况处理

5.1 儿童中耳炎的治疗特点

儿童中耳炎的发病机制、临床表现及治疗需求均与成人存在明显差异，这与儿童的解剖结构、免疫功能特点密切相关。因此，儿童中耳炎的治疗需充分考虑其特殊性，制定针

对性的治疗方案,同时加强家长的配合,以确保治疗效果,保障儿童听力健康。

儿童与成人中耳炎的差异主要体现在解剖结构和免疫特点两个方面。在解剖结构方面,儿童咽鼓管较成人短、平、宽,管径约2mm~3mm,长度约1.5cm~2.0cm,咽鼓管黏膜下组织较疏松,容易出现充血水肿,导致咽鼓管阻塞,同时儿童鼓膜较薄,韧性较差,炎症时更容易出现穿孔。在免疫特点方面,儿童免疫系统尚未发育成熟,抵抗力较弱,对细菌、病毒等病原体的感染敏感性较高,且感染后炎症反应更为强烈,容易出现明显的全身症状,如高热、呕吐、腹泻等。此外,儿童无法准确表达自身症状,临床症状多表现为烦躁不安、抓耳、哭闹、对声音反应迟钝等,容易被家长忽视,导致病情延误。

儿童用药的剂量调整与注意事项是儿童中耳炎治疗的关键环节。儿童用药剂量需严格按照年龄、体重计算,避免过量用药导致不良反应,同时需选择安全性高、副作用小的药物。抗生素的使用需严格把握适应证,仅在明确细菌感染时使用,常用的安全抗生素包括阿莫西林、头孢克洛等,剂量需根据儿童体重计算,如阿莫西林每日剂量为50mg/kg~100mg/kg,分3次口服,疗程为5天~7天。鼻用减充血剂和糖皮质激素需选择儿童专用剂型,如0.05%盐酸羟甲唑啉滴鼻液、儿童专用糠酸莫米松鼻喷雾剂,使用剂量为每次每侧鼻腔1滴~2滴,每日2次,避免长期使用。止痛药可选择对乙酰氨基酚混悬液,根据儿童年龄和体重调整剂量,每次10mg/kg~15mg/kg,每4小时~6小时1次,24小时不超过4次,避免使用阿司匹林,以防引发瑞氏综合征。用药过程中,家长需密切观察儿童的反应,若出现皮疹、呕吐、腹泻等不良反应,需立即停药并及时就医。

家长在儿童治疗过程中的配合要点对治疗效果至关重要。家长需准确掌握药物的使用方法和剂量,按时、按量给儿童用药,避免擅自停药或更改剂量。家长需注意观察儿童的症状变化,如耳痛、发热、烦躁等症状是否缓解,同时关注儿童的听力情况,若出现对声音反应迟钝、注意力不集中等表现,需及时告知医生。日常护理方面,家长需保持儿童耳部干燥,避免耳部进水,洗澡、洗头时使用防水耳罩;避免儿童用力擤鼻涕,指导儿童正确的擤鼻涕方法,即一次一侧鼻孔;预防上呼吸道感染,根据天气变化及时给儿童增减衣物,避免去人多拥挤的公共场所;饮食方面,给儿童提供清淡、易消化的食物,避免辛辣刺激性食物。此外,家长需按时带儿童复查,以便医生及时了解病情变化,调整治疗方案。

5.2 妊娠期与哺乳期中耳炎的治疗

妊娠期与哺乳期女性的生理状态特殊,药物的使用可能会对胎儿或婴儿的健康造成影响,因此妊娠期与哺乳期中耳炎的治疗需以安全性为首要原则,优先选择非药物治疗方法,严格把控药物使用的安全性,确保治疗效果的同时保障母婴安全。

药物选择的安全性评估是妊娠期与哺乳期中耳炎治疗的核心,需避免使用对胎儿或婴儿有不良影响的药物。妊娠期女性用药需参考药物对胎儿的风险等级,优先选择A级或B级药物,避免使用C级、D级、X级药物。抗生素的选择需严格遵循安全性原则,青霉素类、头孢菌素类抗生素为B级药物,对胎儿相对安全,可在医生指导下使用,如阿莫西林、头孢呋辛等,使用时需严格按照剂量和疗程,避免过量使用;避免使用喹诺酮类、四环素类、磺胺类抗生素,这些药物可能会导致胎儿骨骼发育异常、听力损伤等不良后果。哺乳期女性用药需考虑药物是否会通过乳汁分泌影响婴儿,青霉素类、头孢菌素类抗生素在乳汁中的分泌量较少,对婴儿相对安全,可谨慎使用;避免使用氨基糖苷类抗生素,如庆大霉素、妥布霉素等,这些药物可通过乳汁影响婴儿的听力和肾功能。局部药物的使用也需注意安全性,耳部滴耳液可选择青霉素类或头孢菌素类抗生素滴耳液,使用时需避免药物过量,同时确保鼓膜无穿孔,若鼓膜有穿孔,药物可能会通过中耳腔吸收进入血液循环,增加对胎儿或婴儿的风险。

非药物治疗方法的优先选择是妊娠期与哺乳期中耳炎治疗的重要原则,对于病情较轻的患者,可首先采用非药物治疗方法控制病情。日常护理方面,保持耳部干燥,避免耳部进水,洗澡、洗头时使用防水耳罩;避免用力擤鼻涕,预防上呼吸道感染,因为上呼吸道感染是中耳炎的常见诱因;注意休息,保证充足的睡眠,增强体质,提高机体抵抗力,促进炎症的自行缓解。咽鼓管功能障碍明显的患者,可在医生指导下进行温和的咽鼓管吹张术,如瓦尔萨尔瓦法,操作时力度需轻柔,避免过度用力导致鼓膜穿孔。局部热敷也是有效的非药物治疗方法,用温热的毛巾敷于患耳部位,每次15分钟~20分钟,每日2次~3次,可促进耳部血液循环,缓解耳痛、耳闷等症状。对于病情较轻的分泌性中耳炎患者,可通过观察等待和非药物治疗实现病情缓解,无需急于使用药物。

若患者病情较重,非药物治疗方法无法控制病情,需在医生指导下合理使用药物,医生需充分评估药物对母婴的风险,选择风险最低的药物和剂量。治疗过程中,患者需密切观察自身症状变化,同时关注胎儿或婴儿的反应,若出现异

常情况,需立即停药并及时就医。妊娠期与哺乳期女性需加强预防,避免中耳炎的发生,日常注意耳部卫生,预防上呼吸道感染,增强体质,降低发病风险。

5.3 合并其他疾病的中耳炎治疗

部分中耳炎患者可能合并糖尿病、高血压等全身性疾病,或合并外耳道炎、梅尼埃病等耳部其他疾病,这些合并症的存在会增加中耳炎的治疗难度,影响治疗效果和预后。因此,合并其他疾病的中耳炎治疗需采取综合治疗策略,在治疗中耳炎的同时,积极控制合并症,根据合并症的类型调整治疗方案,确保治疗的安全性和有效性。

合并糖尿病、高血压等全身性疾病时的治疗调整需重点关注疾病对中耳炎治疗的影响。糖尿病患者的机体免疫力较低,炎症愈合能力较差,中耳炎容易迁延不愈或反复复发,且感染扩散的风险较高,因此治疗时需首先严格控制血糖,将空腹血糖控制在 $4.4\text{mmol/L} \sim 7.0\text{mmol/L}$,餐后2小时血糖控制在 10.0mmol/L 以下,血糖控制稳定后,再进行中耳炎的针对性治疗。抗生素的使用需选择敏感抗生素,疗程可适当延长,确保炎症完全控制,同时加强局部治疗,保持引流通畅,促进炎症愈合。高血压患者的治疗需在控制血压的基础上进行中耳炎治疗,避免治疗过程中血压波动过大引发不良反应。部分中耳炎手术治疗患者,术前需将血压控制在 $140/90\text{mmHg}$ 以下,降低手术出血的风险,术后需密切监测血压变化,同时加强抗感染治疗,避免感染影响伤口愈合。此外,合并全身性疾病的患者,用药时需注意药物之间的相互作用,避免使用可能影响全身疾病控制的药物,如高血压患者需避免使用可能导致血压升高的减充血剂,必要时在医生指导下调整用药。

合并耳部其他疾病(如外耳道炎、梅尼埃病等)的综合治疗策略需兼顾两种疾病的治疗,避免治疗方案相互冲突。合并外耳道炎的中耳炎患者,需同时治疗外耳道炎和中耳炎,首先清洁外耳道,清除外耳道分泌物和炎症组织,局部使用抗生素滴耳液,同时口服抗生素,控制外耳道和中耳的

炎症,待炎症控制后,再根据中耳炎的病情调整治疗方案,如鼓膜穿孔患者需进行鼓膜修补术。合并梅尼埃病的中耳炎患者,治疗需以控制中耳炎炎症、缓解梅尼埃病症状为核心,中耳炎的治疗可选择保守治疗,如药物治疗、咽鼓管吹张术等,避免手术治疗对梅尼埃病造成刺激;梅尼埃病的治疗可使用前庭抑制剂、利尿剂等药物,缓解眩晕、耳鸣等症状,同时注意休息,避免劳累和情绪波动。合并其他耳部疾病的患者,需进行全面的耳部检查,明确两种疾病的病变范围和严重程度,制定个性化的综合治疗方案,治疗过程中需密切观察病情变化,及时调整治疗方案,确保两种疾病均得到有效控制。

6 结束语

中耳炎作为耳科常见疾病,其诊疗质量关系到患者的听力健康和生活质量,在临床诊疗工作中占据重要地位。医疗机构需进一步推行文中提出的规范化诊疗策略,加强临床医护人员对不同类型中耳炎临床表现和治疗要点的认知,提高诊疗方案的针对性和合理性;同时,加强对特殊人群治疗的规范化管理,重视合并症的综合处理,不断提升临床诊疗水平。通过规范诊疗流程、优化治疗策略,可有效控制中耳炎的炎症,缓解患者症状,恢复听力功能,降低疾病复发率和并发症发生率,更好地保障患者的听力健康,提升患者的生活质量,具有重要的临床实践意义。

参考文献:

- [1] 牛秀琴, 陈湜. 浅析呼吸道感染继发急性中耳炎的临床治疗方式[J]. 医学研究前沿, 2024, 2(01): 30-32.
- [2] 赵成凤, 扎依尔江·提依甫江, 木达嘶尔·多力坤, 等. 盐酸左氧氟沙星滴耳液联合地塞米松注射液治疗急性化脓性中耳炎的效果分析[J]. 医学研究前沿, 2025, 3(04): 161-163.
- [3] 李娜. 分泌性中耳炎的病因及治疗综述[J]. 继续医学教育, 2021, 35(08): 86-87.
- [4] 李华喜. 探讨中耳炎临床症状和治疗[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(28): 23-24.