



耳内镜下鼓室成形术后鼓膜穿孔再修补的临床疗效

许 令 (浏阳市人民医院耳鼻喉科 410300)

摘要: **目的** 探讨耳内镜下鼓室成形术后的鼓膜穿孔再修补。**方法** 选取我院收治的外伤性鼓膜穿孔患者60例作为研究对象,观察组为30例小穿孔患者,对照组为30例中等穿孔患者。在耳内镜下鼓室成形术后鼓膜穿孔再修补,我院耳鼻喉科选用耳垂脂肪片作为小穿孔修复物,选用耳屏软骨膜修复患者中等穿孔,观察鼓膜穿孔修补后的临床效果、观察患者的听力情况。**结果** 观察组一次修补成功占90% (27/30),对照组一次修补成功的占76.67% (23/30),有10例患者经过2次以上修补成功;对照组与观察组差异有统计学意义。观察组修补成功6个月后检测听力气导均值与气骨导差值较手术之前明显缩小, $P < 0.05$, 差异均有统计学意义。**结论** 观察组耳内镜下鼓室成形术后鼓膜中小穿孔再修补成功率较对照组高,愈合后听力改善明显,值得推广。

关键词: 耳内镜 鼓室成形术 鼓膜再穿孔

中图分类号: R764.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 07-013-02

鼓膜穿孔大多数是由于化脓性中耳炎或是外力损伤所致,在穿孔持续性不能自愈的情况下采取手术治疗方式,鼓膜穿孔可以通过手术方法修补,临床上称之为“鼓膜成形术”,手术目的是通过组织移植技术来修复穿孔,恢复患者鼓膜的完整性以改善听力情况^[1],本研究耳内镜下鼓室成形术后鼓膜穿孔再修补的临床疗效,见正文描述:

1 资料和方法

1.1 资料

选取2014年12月~2016年09月笔者所在医院收治的60例鼓膜穿孔患者作为研究的对象,按照穿孔大小的差异性将患者随机分为对照组与观察组各30例。入选标准^[2]:所有患者均为单耳病例、所有患者均经过纯音听阈测试检查患者传导性聋,气骨导差在15~30dB。排除标准:排除咽鼓管阻塞患者、排除精神疾病患者、排除手术禁忌症患者。

对照组患者—男女比例为16:14;患者的年龄在23~55岁,平均年龄为(39.00±5.50)岁;其中由于化脓性中耳炎导致的有19例,由于外伤导致的有11例。穿孔直径为6~9mm,平均直径(7.53±1.50)mm;中央型穿孔有18例,边缘性穿孔有12例。

观察组患者—男女比例为18:12;年龄在21~58岁,平均年龄为(39.50±9.25)岁;化脓性中耳炎导致穿孔的有16例,外伤导致的有14例。穿孔直径为6~8mm,平均直径(7.52±1.75)mm;中央型穿孔有17例,边缘性穿孔有13例。

2组患者在男女比例、年龄、致病原因、鼓膜穿孔直径、鼓膜穿孔位置的对比上,差异不明显, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组患者均在耳内镜下进行,选用上海森歌科教仪器设备有限公司生产的森歌66B医用3.9mm耳内镜。对照组与观察组均行鼓膜修补术,在手术前需作鼓膜修补实验以了解听骨链是否中断^[3],后在无菌手术室进行手术。患者经耳屏周围、耳后、外耳道四壁进行局部麻醉后进行,手术在耳内镜、显微镜下精细操作,在耳道内作小切口后进行修复。

对照组与观察组使用不同修复物进行穿孔修补。

对照组采用软骨膜修复中等穿孔,可较好的保留原有的上、中鼓室的引流通气道,恢复了中耳传音功能。

观察用耳垂脂肪组织压片修复小穿孔,将明胶海绵内铺至残面,同时在穿孔处内侧放置颞肌筋膜,并将明胶海绵放置在外侧固定。手术后适当应用抗生素预防感染,10~14天后新鼓膜即与穿孔鼓膜紧密粘合,以后逐渐变薄成为半透明的“鼓膜”。耳垂脂肪组织修补鼓膜创伤性穿孔手术方法简单,患者的痛苦较小,费用低,效果显著。

1.3 观察指标

观察鼓膜穿孔修补后的临床效果,修补次数和修补成功率。

观察患者的听力情况,主要是气导听阈、气骨导差。

1.4 统计学处理

本文数据借助SPSS19.0软件进行统计学,计量资料(听力情况),

应均数±标准差表示,采用t检验,计数资料(成功率)用%来表示,卡方检验。 $P < 0.05$ 表示数据差异有意义。

2 结果

2.1 修补成功率

对比2组患者行耳内镜下鼓膜成形术的修补成功率,观察组数据90.00%高于对照组76.67%,一次修补成功率高,数据差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表1。

表1: 对比两组修补成功率(n, %)

组别	例数	1次成功	2次成功
观察组	30	90.00% (27/30) *	10.00% (3/30)
对照组	30	76.67% (23/30)	23.33% (7/30)

注: *与对照组相比较 ($P < 0.05$)。

2.2 听力情况

在穿孔愈合后进行随访,对患者进行纯音听力检测可知,两组患者的听力情况均明显改善,术后气导听阈和气骨导差均明显缩小,且观察组情况优于对照组, $P < 0.05$ 。见表2。

表2: 对比两组听力情况(n, dB)

组别	例数	气导听阈	气骨导差
对照组	30	39.35±10.69	9.14±6.12
观察组	30	27.36±9.19*	8.33±2.57*

注: *与对照组相比较 ($P < 0.05$)。

3 讨论

鼓膜在临床上又称之为耳模,是由上皮层、纤维层和粘膜层构成的一种半透明薄膜,有阻挡外耳道异物以及细菌进入的作用。鼓膜穿孔主要由炎症和外伤导致,患者有明显的耳部疼痛,有液体流出,听力骤减,严重影响患者的生活质量,在穿孔较大或是不能自愈的穿孔应及早考虑手术治疗,鼓室成形术在进行外科处理时一方面耳内镜显微手术可以达到彻底修补穿孔和有效探查听骨链的作用^[5],在可视下能防止破坏面神经,保护正常听骨,保护听力,减少手术并发症的发生。

对照组用软骨膜进行修复穿孔,软骨进行鼓室成形术,同样能较好地防止术后鼓室粘连、人工听小骨移位及鼓膜回缩,用软骨膜进行修复穿孔取材方便、易于塑形,依照鼓膜穿孔的大小进行调整,患耳耳屏外观形状、外耳道形态结构保留基本保持原有形态。

观察组将自体耳垂脂肪组织压片进行修补,人体耳垂部位的脂肪组织较其他部位更为紧密,纤维支架较多能够很好支撑内皮细胞和上皮细胞,将自体耳垂脂肪组织压片进行修补穿孔,能降低外界噪声损伤内耳和中耳的程度,提高听力^[6],采用病灶同侧耳垂脂肪修补穿孔部位,组织的相容性较好,利于鼓膜穿孔尽快康复。并且鼓膜修补术可以将脂肪较好的挤掉,保留疏松结缔组织的完整,可避免脂肪液化,降低感染,安全性较好。观察组1次修补成功率数据90.00%高于对照组76.67%, $P < 0.05$;观察组治疗后的听力情况较对照组佳——气导听阈(27.36±9.19)dB,气骨导差(8.33±2.57)dB, $P < 0.05$ 。

(下转第16页)



两组患者接受治疗后, 观察组产生不良反应的有 1 人, 不良反应的发生率为 3.3%; 对照组产生不良反应的有 4 人, 不良反应发生的率为 13.3%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表 2。

表 2: 两组患者发生不良反应情况比较

组别	n	恶心、呕吐	头痛	不良反应发生率
观察组	30	0	1	
对照组	30	2	2	
χ^2				3.33
P				13.33

注: 观察组患者的不良反应明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

宫颈炎 (cervicitis) 是女性专有的一种常见妇科疾病, 对很多女性来说并不陌生, 它分为急性和慢性两种情况^[3]。急性宫颈炎时常与急性子宫内膜炎或是急性阴道炎同时存在同时发病, 但慢性宫颈炎才是较为常见的妇科疾病, 慢性宫颈炎又被成为持续性宫颈炎, 处于生育年龄的女性发病率较高, 但近些年来发病年龄呈现下降趋势, 也有少部分的老年人会伴随着阴道炎症而发病, 是急性宫颈疾病未进行治疗或是治疗的并不彻底从而引起的一种慢性疾病, 主要的临床症状表现为接触性出血、白带增多粘稠且呈脓性、腹部不适和腰部疼痛, 时常伴有血丝或是夹有血丝等特征, 发病的主要诱因则是长期慢性的机械性刺激, 这种慢性疾病的病原体躲藏在宫颈粘膜之中^[4]。慢性宫颈炎会在一定程度上阻止女性子宫受精, 致使女性不孕的情况发生, 严重影响女性的身体健康和生活质量, 因此, 医生在对患者进行临床实验的过程中, 需要对此有高度的重视, 不断加深对此种疾病的治疗的分析和探讨, 提出更加有效的治疗方式, 从而更好的提升宫颈炎的治疗效果, 保障女性的身体和生活健康^[5]。从近几年的情况上来看, 我国医学界在治疗宫颈炎方面可以采用多种的治疗手段, 但多数治疗手段都是以局部的物理治疗为主, 激光和冷冻治疗就是其中较为常见的治疗, 在西药上, 主要使用爱宝疗或是 α 干扰素等药品, α 干扰素这种药物具有很强的免疫调节功能, 并且能够增强免疫对病毒感染细胞的杀伤活力, 同时也能增强巨噬细胞的吞噬功能与细胞毒活性, 患者使用后的常见不良反应有发烧、头痛和关节肌肉酸痛等症状, 持久疗效大约在 24%~39% 之间。而中药治疗则主要是使用宫颈炎康栓等,

若患者宫颈糜烂症状较轻, 采用药物治疗就能够起到很好的治疗效果。

本研究结果显示, 对观察组使用壳聚糖宫颈抗菌膜治疗方法, 其疗效显著, 壳聚糖能够使用专门的技术将壳聚糖与碘络合在一起, 碘络具有光谱和高效的杀菌作用, 对壳聚糖宫颈抗菌膜具有很大的帮助作用, 而在时间限制内, 纳米碘分子会产生一个较为稳定的浓度释放过程, 壳聚糖宫颈抗菌膜的膜片会产生一个凸起的形状, 将自身分成两半, 一半留在宫颈外部的表面上, 另一半直接深入到内部宫颈管之中, 能够起到生物衬垫的作用, 具有良好的效果。

而 α 干扰素不仅能够抗病毒和抗肿瘤, 而且具有极强的调节免疫作用, 但本文研究结果表明, 壳聚糖宫颈抗菌膜在对治疗慢性宫颈炎方面比 α 干扰素有着更加明显的优势, 壳聚糖宫颈抗菌膜能够帮助有损伤的粘膜很好的治疗和恢复, 减少患者子宫出血的发生率, 并在治疗后能够更加快速促进患者的伤口愈合速度。

本研究结果表明, 观察组治愈率为 96.5%, 对照组的治愈率为 76.2%, 观察组治愈率明显高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率 3.3%, 对照组的并发症发生率为 23.3%, 观察组的并发症明显低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者的感染率为 6.7%, 对照组患者的感染率为 26.7%, 观察组患者的感染率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎具有更加显著的效果, 具有较高的治愈率, 相应的感染率和并发症低, 患者的不良反应发生率低、满意度高, 临床疗效显著, 值得广泛推广。

参考文献

- [1] 张燕. 探讨壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎的疗效 [J]. 医学理论与实践, 2014, 27(17):2328-2329.
- [2] 庞燕, 梁薇. 壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎的疗效探讨 [J]. 海峡药学, 2015, 27(2):144-145.
- [3] 田玉敏. 壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎的疗效观察 [J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(11):1782-1783.
- [4] 刘娟. 探讨壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎的疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(77):78-79.
- [5] 于萍. 壳聚糖宫颈抗菌膜治疗持续性宫颈炎的疗效观察 [J]. 实用妇科内分电子杂志, 2015, 2(9):45-46.

(上接第 13 页)

综上所述, 根据鼓膜穿孔的大小进行修整, 小穿孔用耳垂脂肪组织压片的效果明显, 手术的成功率高, 听力情况改善明显, 值得推广。

参考文献

- [1] 王荣华, 林驰, 许凤山等. 耳内镜视频下中耳检查与鼓室成形术的疗效观察 [J]. 海军医学杂志, 2013, 34(4):236-239.
- [2] 周丰, 张盛金, 尹娜等. 耳内镜下双人操作完壁式鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎 [J]. 吉林医学, 2015, 36(6):1058-106.

(上接第 14 页)

对照组 30 例患者有 1 例 (3.33%) 出现不良反应, 表现为头晕、乏力, 均不影响继续用药。经统计学检验, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。两组未予以特殊处理, 均不影响继续用药, 停药后症状均消失。两组患者治疗后血, 尿、粪常规, 肝、肾功能, 心电图及肝、胆、脾、胰 B 超无变化。

3 讨论

按照 2006 年全欧消化疾病 GERD 全球定义和诊断标准, GERD 的诊断应以患者为中心, 典型的烧心和反流症状如果使患者感到不适就足以诊断。该定义还指出 GERD 的主要症状为反流和烧心^[1]。目前的治疗多用胃酸抑制剂 (H^+ 受体拮抗剂、质子泵抑制剂) 加促胃肠动力药, 但存在停药后半年复发, 复发率可高达 70%~80% 的局限性^[3]。

结合临床四诊资料, GERD 属中医“胃痛”、“吞酸”、“胸痹”等病范畴。临床常表现胸膈后灼烧痛, 反酸, 口苦兼神疲乏力, 或者畏寒脾胃虚寒之像, 故病机多属于寒热虚实错杂之证。治宜寒热平调, 辛开苦降, 我们以半夏泻心汤加味以治之。半夏泻心汤出自《伤

寒论》, 本为小柴胡汤证误用下法而出现寒热虚实错杂之痞证而设, 用于治疗本病, 方证对应, 甚为合拍。本方中法半夏、生姜辛开散寒, 黄芩、黄连苦降清泻心胃之热, 乌贼骨制酸止痛, 白参、大枣、甘草补虚和中。诸方合用, 辛开苦降, 虚实兼顾, 脾气得补, 胃气得降, 胃痛、吞酸、烧心诸症自除。

本临床研究表明: 辛开苦降之半夏泻心汤加味治疗胃食管反流病, 不仅能明显改善症状及生化指标, 且未见明显毒副作用, 值得临床推广应用及进一步深入研究。

参考文献

- [1] 中国胃食管反流病研究协作组. 中国胃食管反流病共识意见 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(4): 233-236
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 114-117
- [3] 张庆, 等. 中药达立通颗粒联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流病疗效观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(4)