

耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床疗效观察

徐自军 李广成

甘肃白银市第一人民医院 甘肃白银 730900

【摘要】目的 观察耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床疗效。**方法** 我院 2018 年 8 月-2019 年 8 月收治的 66 例慢性分泌性中耳炎患者为本次研究对象,按照耳内镜下术式不同将患者分为对照组(33 例:耳内镜下鼓膜穿刺术)与实验组(33 例:耳内镜下鼓膜置管术),比较两组患者预后。**结果** 实验组患者术后 1 个月骨导、耳导值均优于对照组同一时间段,且术后 3 个月实验组总有效率(97.97%)高于对照组,并发症发生率(3.03%)低于对照组,数据差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 慢性分泌性中耳炎患者耳内镜下鼓膜置管术治疗效果明显优于耳内镜下鼓膜穿刺术。

【关键词】 耳内镜;鼓膜穿刺术;鼓膜置管术;慢性分泌性中耳炎

【中图分类号】 R764

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2020) 05-020-02

分泌性中耳炎的发生与咽鼓管阻塞、中耳感染细菌、病毒或在潜水、乘坐飞机的过程中中耳内气压过大,致使中耳内气压不平衡,中耳内粘膜组织发生炎症改变,患者以中耳积液、听力降低为主要症状,临床根据分泌性中耳炎病程分为急性化脓性中耳炎、亚急性化脓性中耳炎以及慢性化脓性中耳炎^[1, 2]。本次研究为论证耳内镜下鼓膜置管术对慢性分泌性中耳炎临床治疗效果,比较我院 2018 年 8 月-2019 年 8 月行耳内镜下鼓膜穿刺术、耳内镜下鼓膜置管术,两种不同术式慢性化脓性中耳炎患者治疗前后听力改善情况、总有效率以及并发症发生情况,具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验组(n=33 例):男、女分别 17 例、16 例,年龄/平均年龄为:24 岁~55 岁、(33.12±1.22) 岁,病程/平均病程为:4 个月~13 个月、(8.12±1.16) 个月。对照组(n=33 例):男、女分别 18 例、15 例,年龄/平均年龄为:26 岁~58 岁、(33.08±1.25) 岁,病程/平均病程为:4 个月~15 个月、(8.11±1.18) 个月。两组患者性别、平均年龄以及平均病程等指标经统计学验证无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)参考万学红卢雪峰主编第九版《诊断学》中分泌性中耳炎临床诊断相关内容,患者均经耳内镜检查确诊且病程均超过 3 个月。(2)患者均自愿参与本次研究且术前签署知情同意书。

排除标准:(1)排除合并其他中耳疾病患者。(2)排除术前血压、血脂、心率未得到有效控制患者。(3)排除中途失访或资料不全的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组(耳内镜下鼓膜穿刺术)

患者术中体位为仰卧位,对患者外耳道常规消毒后患儿朝向术者,对患者鼓膜表面用浓度为 1.0% 的丁卡因麻醉,而后

置入内镜,在耳内镜下向患者耳内置入短斜面 7 号穿刺针,并将穿刺针与 2mL 注射器连接,短斜面 7 号穿刺针自鼓膜前下方或正下方刺入鼓室,抽吸液体,若液体粘稠不易吸出,可用电动负压吸引装置自穿刺眼实施吸引,中耳积液吸尽后使用地塞米松溶液实施冲洗,而后用消毒棉球堵塞外耳道以达到预防外源性感染的目的。

1.3.2 实验组(耳内镜下鼓膜置管术)

患者术中取仰卧位,对患者外耳道常规消毒后参考对照组对鼓膜实施局部麻醉,置入耳内镜后于鼓膜前下方做一长约 1mm-3mm 弧形切口,而后用微型吸引器将鼓室内的积液吸净,若耳内积液粘稠可在鼓室内洗液吸尽后使用地塞米松溶液冲洗;待中耳清洗干净置入 T 型鼓膜通气管,用消毒棉球封堵外耳道约 24h 至 48h。

1.4 观察指标

观察比较两组患者术前、术后 1 个月听力变化情况以及术后 3 个月预后情况,若患者耳痛、耳鸣等症状均消失,纯音测听气道阈值与治疗前相比下降超过 20dB 表示治疗显效。若患者耳痛、耳鸣等症状均明显改善,纯音测听气道阈值与治疗前相比下降幅度在 10dB 至 20dB 表示治疗有效。若患者耳痛、耳鸣等症状未明显改善,纯音测听气道阈值与治疗前相比下降幅度未达 10dB 表示治疗无效,总有效率为: [(显效例数 + 有效例数) / 总受检例数] × 100%。

1.5 统计学处理

SPSS21.0 软件系统处理相关数据,以 ($\bar{x} \pm s$) 表示的平均值计量数据,均应用 t 检验,以 (%) 表示的百分数计量数据,均应用 χ^2 检验, P 值低于 0.05 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 听力变化

患者听力变化情况,具体情况见表 1,两组患者术前骨导、气导相关测试结果无明显差异, $P > 0.05$ 。术后 1 个月实验组患者上述听力测试结果均优于术前、对照组术后相关指标数值。

表 1: 两组患者手术前后听力变化情况 [$\bar{x} \pm s$, n]

例别	例数	骨导 (dB)		t 值	P 值	气导 (dB)		t 值	P 值
		术前	术后 1 个月			术前	术后 1 个月		
实验组	33	35.53±2.44	18.68±2.35	10.118	< 0.05	38.68±3.15	15.78±3.31	13.525	< 0.05
对照组	33	35.55±2.43	22.53±2.37	12.223	< 0.05	38.59±3.16	20.23±3.34	12.308	< 0.05
t 值		13.535	12.281	-	-	13.568	12.578	-	-
P 值		>0.05	< 0.05	-	-	>0.05	< 0.05	-	-

2.2 总有效率

两组患者术后 3 个月总有效率,具体情况见表 2,实验组

患者术后 3 个月总有效率明显高于对照组。

2.3 并发症

两组患者术后 3 个月并发症发生情况, 具体情况见表 3, 实验组患者术后 3 个月并发症率明显高于对照组。

表 2: 两组患者术后 3 个月总有效率 [n/%]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
实验组	33	18 (54.55%)	14 (42.42%)	1 (3.03%)	97.97%
对照组	33	15 (45.45%)	11 (33.33%)	7 (21.22%)	78.78%
χ^2 值					5.798
P 值					< 0.05

表 3: 两组患者术后 3 个月并发症发生率 [n/%]

组别	n	术后感染	鼓室硬化	鼓室穿孔	并发症率
实验组	33	0 (0.00%)	1 (3.03%)	0 (0.00%)	3.03%
对照组	33	2 (6.06%)	2 (6.06%)	2 (6.06%)	18.18%
χ^2 值					5.103
P 值					< 0.05

3 讨论

分泌性中耳炎可见于鼻咽部肿瘤患者、腺样体肥大、急性鼻炎、鼻窦炎以及咽喉炎等疾病患者, 鼻咽部肿瘤以及腺样体肥大可堵塞咽鼓管, 急性鼻炎、鼻窦炎、鼻咽炎等上呼吸道炎症病变患者咽鼓管充血、水肿后可分泌脓液, 以致中耳耳内蓄积液体, 咽鼓管通气能力降低, 中耳内负压增大, 中耳血管通透性也随之增大, 继而进一步加重中耳积液症状, 影响患者正常听力功能的发挥, 致使患者出现耳闷、听力下降等症状^[3, 4]。慢性分泌性中耳炎患者耳闷以及听力下降等症状均持续时间至少超过三个月, 目前临床主要治疗手段包括非手术治疗以及手术治疗, 其中常规药物包括抗菌药、糖皮质激素等药物, 常规术式包括鼓膜穿刺术、鼓膜置管术等, 慢性分泌性中耳炎手术治疗原则为清除中耳积液、改善咽鼓管通气障碍^[5, 6]。耳内镜的应用极大程度提升了手术操作者术中操作的准确性, 耳内镜鼓膜置管术与耳内镜鼓膜穿刺术

相比, 在清除并引流患者中耳内积液的同时可平衡中耳鼓室内、外气压, 从而防止中耳内积液引流过程中中耳压力过低, 以致鼓膜渗透压升高液体继续渗出^[7]。耳内镜下鼓膜穿刺术于鼓膜直接做穿刺切口, 实施中耳积液抽吸术, 可对杯状细胞以及中耳腺体造成一定的刺激, 致使杯状细胞以及中耳腺体增生, 影响耳内纤毛运动, 推迟了咽鼓管功能恢复时间。

本次研究显示实验组与对照组两组患者术后 1 个月骨导以及气导两种听力测试结果均有一定程度的改善, 其中实验组患者相关听力检测数值改善明显, 术后 3 个月实验组总有效率高, 并发症发生率低, 由此可见, 对于慢性分泌性中耳炎患者耳内镜下鼓膜置管术有较高的临床推广价值。

参考文献

- [1] 李凤茹. 耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(19):84-86.
- [2] 刘娅, 杨军, 张杰等. 临床实践指南: 分泌性中耳炎(更新版)[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2016, 24(5):499-519.
- [3] 苏娟, 吉晓滨, 谢景华等. 耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析[J]. 中国医学创新, 2017, 14(14):92-95.
- [4] 邹健, 李义森, 方峥嵘等. 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎 88 例临床观察[J]. 南通大学学报, 2015, 35(4):321-322.
- [5] 姜伟. 耳内镜下鼓膜置管术与耳内镜下穿刺术治疗慢性分泌性中耳炎的效果比较[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2018, 25(3):57-59.
- [6] 王玮, 蒋源. 耳内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎 64 例[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(9):1215-1216.
- [7] 冯波, 何勇. 耳内镜下鼓膜置管术治疗儿童分泌性中耳炎 76 例临床疗效观察[J]. 中国现代医生, 2014, 52(5):23-25.

(上接第 18 页)

具有稳定性好的应用优势, 加压锁定可形成一种框架结构, 对断裂骨端复位后的形态具有较强的支撑作用, 多枚螺钉固定钢板可使钢板获得更强的锚固力, 有效减少钢板位移^[3]。此外, 该类型钢板为依据人体解剖学设计, 不仅强度高, 且体积轻薄, 可与患者肱骨近端达到完全贴合的状态, 无需预弯^[4]。继而能够为患者骨折愈合提供良好的屏障, 减少骨膜损伤的发生, 加速患者关节功能恢复。

综上所述, 骨近端加压锁定钢板内固定治疗肱骨近端骨折, 固定效果可靠, 对患者术后肩关节功能、上肢运动功能恢复均具有明显的促进作用, 利于患者早日回归社会, 值得各大

医院骨科开展应用。

参考文献

- [1] 曾勇, 韩庆斌, 辛艺, 等. 锁定加压钢板与带锁髓内钉内固定在老年肱骨近端骨质疏松性骨折中的临床对比研究[J]. 创伤外科杂志, 2020, 22(1):46-49.
- [2] 何永浩, 许伟国, 梁嘉铭. 锁定加压钢板治疗肱骨近端骨折并肩关节脱位的临床疗效[J]. 实用临床医学, 2019, 20(6):27-29.
- [3] 魏增伯, 王磊. 肱骨近端加压锁定钢板治疗肱骨近端骨折的临床治疗研究[J]. 吉林医学, 2019, 40(3):614-615.
- [4] 谭红枫. 应用锁定加压钢板治疗肱骨近端骨折的技巧及预后分析[J]. 中国伤残医学, 2020, 28(4):63-64.

(上接第 19 页)

发生率、用药剂量不当发生率和用药重复发生率相比, 观察组均明显偏低 ($P < 0.05$); 与对照组不良反应发生率相比, 观察组明显偏低 ($P < 0.05$)。说明药学干预的展开对于提升抗生素临床应用合理性具有积极意义,

综上所述, 药学干预的应用可以有效提升抗生素临床应用的合理性, 可以有效降低患者出现不良反应的概率, 具有推广价值。

参考文献

- [1] 夏红杰, 田启运, 许文静. 药学干预对抗生素临床应用的影响分析[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(8):P38-38.
- [2] 袁圣勇, 黄文东, 黄贤尧. 利用药学干预影响合理使用抗生素效果分析[J]. 中国医药科学, 2018, v.8; No.178(10):61-63.
- [3] 曾志平. 药学干预在抗生素临床应用中的影响分析[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(32):84-85.
- [4] 黄启达, 何军, 何开琴. 抗生素临床合理应用情况与药学干预的施行意义[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(15):2536-2537.