

完壁式乳突根治与开放式乳突根治手术对胆脂瘤型中耳炎患者听力学的影响分析

黎 静 游丽梅^{通讯作者}

福建医科大学附属龙岩第一医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 探讨完壁式乳突根治与开放式乳突根治手术治疗胆脂瘤型中耳炎的疗效, 根据患者的听力恢复情况进行评价。**方法** 将 51 例胆脂瘤型中耳炎患者分为观察组 (完壁式乳突根治术) 26 例和对照组 (开放式鼓室成型手术) 25 例, 比较两组患者的手术治疗效果。**结果** 观察组患者术后的气导听阈水平 [(28.05 ± 4.54) dBHL $<$ (38.76 ± 4.76) dBHL, $t=8.224$]、气骨导差 [(13.04 ± 1.96) dBHL $<$ (18.87 ± 2.79) dBHL, $t=8.663$]、并发症发生率 ($3.85\% < 32.00\%$, $\chi^2=5.149$) 低于对照组 ($P < 0.05$), 观察组患者的外耳道形态正常率 ($69.23\% > 36.00\%$, $\chi^2=5.649$)、鼓膜愈合成活率 ($96.15\% > 68.00\%$, $\chi^2=5.149$) 高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 胆脂瘤型中耳炎患者接受完壁式乳突根治术进行治疗, 可以获得良好的治疗效果, 有助于听力水平的快速恢复。

【关键词】 完壁式乳突根治术; 开放式乳突根治术; 胆脂瘤型中耳炎; 听力学

【中图分类号】 R764.21

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7858 (2022) 01-044-02

胆脂瘤型中耳炎是一种特殊类型的慢性化脓性中耳炎, 患者的中耳腔内形成胆脂瘤, 破坏耳内结构及附近骨质, 造成听力损失, 同时伴随有耳部溢液、耳鸣等症状, 对于患者的日常生活形成严重的困扰^[1]。在胆脂瘤型中耳炎的临床治疗中, 采取药物治疗方法, 难以获得理想的治疗效果, 应该尽早实施手术治疗。胆脂瘤型中耳炎的手术治疗, 主要侧重于清除耳内病变和预防颅内、颅外并发症, 进而改善患者的临床症状。在选择手术治疗方法时, 应该考虑到手术对于患者听力的影响^[2]。开放式乳突根治、完壁式乳突根治手术均可以作为胆脂瘤型中耳炎临床治疗的选择, 需要根据患者术后的临床症状改善情况、听力恢复情况、并发症发生情况, 评价不同手术方式的优势和不足。本研究选取我院 2016 年 4 月~2020 年 6 月期间收治的 51 例胆脂瘤型中耳炎患者作为研究对象, 探讨完壁式乳突根治与开放式乳突根治手术的应用疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为我院 2016 年 4 月~2020 年 6 月期间收治的 51 例胆脂瘤型中耳炎患者, 行分组对照研究 (观察组 26 例和对照组 25 例)。观察组: 男/女=14/12, 年龄范围 27~61 岁,

平均年龄 (39.95 ± 4.28) 岁。对照组: 男/女=14/11, 年龄范围 29~63 岁, 平均年龄 (40.17 ± 4.45) 岁。基本资料具有可比性 ($P > 0.05$)

1.2 方法

对照组 (开放式鼓室成型手术): 患者取平卧位, 给予全身麻醉, 在耳部后侧 C 型区, 作手术切口。分离耳道皮瓣, 暴露乳突骨皮质。开放鼓室、乳突、上鼓室, 将胆脂瘤清除。行鼓膜修补, 填充术腔 (碘仿纱条), 缝合手术切口。

观察组 (完壁式乳突根治术): 患者取平卧位, 给予全身麻醉。在患者耳部后侧 C 型区作切口, 暴露乳突骨皮质与颞弓根。从筛区使用电钻入路, 开放乳突、鼓室与上鼓室, 清除病变。在冲洗术腔后, 行鼓膜修补 (U 形颞肌筋膜), 最后进行术腔填充和缝合手术切口。

1.3 统计学处理

以 SPSS19.0 统计学软件进行数据的处理和分析, 应用 ($\bar{x} \pm s$) 和 (%) 进行计量和计数, 由 t 值和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表对比具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的听力水平恢复情况

表 1: 两组患者的听力水平恢复情况观察 [$(\bar{x} \pm s)$, dBHL]

组别	气导听阈		气骨导差	
	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组 (n=26)	50.49 ± 5.81	28.05 ± 4.54	34.43 ± 3.57	13.04 ± 1.96
对照组 (n=25)	50.53 ± 5.69	38.76 ± 4.76	34.29 ± 3.82	18.87 ± 2.79
t 值	0.025	8.224	0.135	8.663
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 两组患者的外耳道形态、鼓膜愈合情况

表 2: 两组患者的外耳道形态、鼓膜愈合情况观察 [n (%)]

组别	外耳道形态正常	鼓膜愈合成活
观察组 (n=26)	17 (69.23)	25 (96.15)
对照组 (n=25)	9 (36.00)	17 (68.00)
χ^2	5.649	5.149
P 值	< 0.05	< 0.05

2.3 两组患者的术后并发症及复发情况

表 3: 两组患者的术后并发症及复发情况观察 [n (%)]

组别	感染	外耳道狭窄	鼓室神经损伤	并发症
观察组 (n=26)	1 (3.85)	0 (0)	0 (0)	1 (3.85)
对照组 (n=25)	4 (16.00)	3 (12.00)	1 (4.00)	8 (32.00)
χ^2				5.149
P 值				< 0.05

3 讨论

胆脂瘤型中耳炎的发生, 对于患者的耳内结构形成破坏,

引起听力损失。疾病引发的听力下降、耳鸣、头痛等症状，增加了患者的身心痛苦，并导致其生活质量的下降^[3]。患者中耳腔内的胆脂瘤，属于非真性肿瘤，对于周围骨质形成压迫，引起鼓膜穿孔，同时分泌细胞坏死因子 α (TNF- α) 和多种酶，产生破坏作用，颅内、颅外并发症的发生风险较高。在胆脂瘤型中耳炎的临床治疗中，需要采取手术治疗方法，将胆脂瘤清除，可以有效改善患者的临床症状，减轻疾病的危害性，减少疾病对于患者日常生活的困扰^[4]。

在胆脂瘤型中耳炎的手术治疗中，选择手术方法时，需要考虑到手术的疗效、安全性，改善患者临床症状的基础上，促进其听力的恢复^[5]。在胆脂瘤型中耳炎的临床治疗中，开放式乳突根治手术、完壁式乳突根治手术是常用的手术方式。开放式乳突根治手术治疗胆脂瘤型中耳炎，作手术切口，将胆脂瘤清除，并进行鼓膜修补，具有良好的手术疗效。但是在手术操作的过程中，患者的外耳中耳传音结构容易受到损伤，对于患者术后的听力恢复产生不良影响。在手术治疗后，往往存在着较大乳突腔残留，增加了术后感染的发生风险，容易出现复发的情况。

实施完壁式乳突根治术治疗胆脂瘤型中耳炎，在有效清除胆脂瘤和修补鼓膜的同时，能够对外耳道完整结构形成良好的保护，有助于患者术后听力的恢复^[6]。完壁式乳突根治术的实施过程中，可以减轻耳内组织损伤，避免形成较大的乳突腔。手术治疗期间，能够保留外耳道后壁，维护其中耳传音结构，对于术后的听力恢复有着积极的影响^[7]。

本组研究结果显示，经过完壁式乳突根治手术治疗后，观察组患者的气导听阈水平由 (50.49 ± 5.81) dBHL 降低至 (28.05 ± 4.54) dBHL，气骨导差水平由 (34.43 ± 3.57) dBHL 降低至 (13.04 ± 1.96) dBHL，显著优于接受开放式乳突根治手术治疗的对照组 ($P < 0.05$)，说明完壁式乳突根治手术的实施，对于胆脂瘤型中耳炎患者听力的恢复有着积极

的影响。经手术治疗后，观察组患者的外耳道形态正常率、鼓膜愈合成活率分别为 69.23% 和 96.15%，均显著高于对照组 ($P < 0.05$)，说明完壁式乳突根治手术的应用，可以更好的维护患者的外耳道形态，保障鼓膜的愈合成活。术后恢复期间，3.85% 的观察组患者出现并发症，显著低于对照组 ($P < 0.05$)，完壁式乳突根治手术的应用，可以减少术后并发症对于患者的困扰。

综上所述，在胆脂瘤型中耳炎的临床治疗中，完壁式乳突根治术是良好的选择，在加快听力水平恢复、降低并发症风险等方面有着显著的优势。

参考文献：

- [1] 余甫. 开放式鼓室成形术联合乳突根治术治疗胆脂瘤型中耳炎的应用效果和安全性分析[J]. 当代医学, 2021, 27(20):141-142.
- [2] 林波, 胡怀军, 朱信彤. 耳内镜辅助下完壁式乳突根治并鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎的临床疗效[J]. 中国社区医师, 2021, 37(19):25-26.
- [3] 李斐. 完壁式乳突根治术治疗胆脂瘤型中耳炎临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(07):121-123.
- [4] 王亚茹. 鼓室成形术联合开放式乳突根治术治疗胆脂瘤中耳炎的效果及对患者听力变化的影响[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(01):88-90.
- [5] 苏秋豫, 朱晓丹, 郝少娟, 叶放蕾. 完壁式乳突根治术治疗胆脂瘤型中耳炎的疗效分析[J]. 中国实用医刊, 2019(14):26-28.
- [6] 崔令运. 开放式鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎患者的有效性分析[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29(12):1508-1509.
- [7] 别国梁. 试析完壁式乳突根治鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎的临床疗效[J]. 现代医用影像学, 2018, 27(05):1757-1762.

(上接第 42 页)

性治疗。术中除了需要复位骨折端，还需给予内固定进行辅助，以预防术后发生骨折复位丢失或愈合畸形等不良结果。目前，临床用于内固定的工具主要有普通钢板和 LCP，置入钢板并进行固定便可以有效恢复关节功能，若固定效果不佳、螺钉松动、钢板发生移动，便有可能造成肌腱磨损甚至肌腱断裂等结果，而这些多是普通钢板置入后易发生的并发症。相比之下，LCP 具有如下优点：①不必提前塑形即可顺从桡骨解剖形状，对骨膜和骨折端血供无明显破坏，不会影响骨折的愈合速度；②接骨板上有数个螺钉，可以锁定桡骨远端的关节面，有助于提高内固定的稳定性；③接骨板加螺钉的双重设计形成了坚固的支架系统，可以加快骨折的愈合速度，使患者尽早接受功能训练，预防创伤性关节炎的发生。这些优点使得 LCP 可以有效恢复患者的腕关节功能^[3]。见表 1 和表 2，研究

组疗效优于对照组 ($100\% > 60\%$)，并发症率低于对照组 ($0\% < 40\%$)，均证实了 LCP 的临床可行性。

LCP 固定效果好，患者术后不易出现并发症，在桡骨远端骨折的临床治疗上具有较高的可行性，临床可放心应用。

参考文献：

- [1] 饶海群, 黄大江, 吴渊, 等. 锁定加压接骨板治疗老年不稳定性桡骨远端骨折疗效评价[J]. 中国矫形外科杂志, 2015, 23(18):1713-1715.
- [2] 章喆, 刘芳, 高章泉, 等. T 型锁定加压接骨板与 T 型普通钢板治疗桡骨远端骨折的疗效比较[J]. 医学临床研究, 2010, 27(08):1520-1522.
- [3] 陈金生, 马全才, 谭晓明. 锁定加压接骨板治疗老年桡骨远端不稳定骨折[J]. 临床骨科杂志, 2013, 16(03):285-286.

(上接第 43 页)

对照组 40.91%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这就说明予以患者高清消化内镜检查可提升影像质量，在内镜下开展黏膜切除术，可缩短手术时间、减少对患者的损伤，预防多种较严重的并发症，以加速其康复。

总之，消化道早癌通过消化内镜技术诊断治疗的临床价值较高，有助于患者治疗。

参考文献：

- [1] 谭庆华, 唐承薇. 消化道早癌内镜诊断技术的研究进展评述[J]. 西部医学, 2016, 28(7):889-893.
- [2] 李潇潇. 消化内镜技术在消化道早癌诊断治疗中的价值分析[J]. 中国现代医生, 2017, 55(30):81-83.
- [3] 黄双茂. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗价值探讨[J]. 中外医学研究, 2016, 14(34):140-141.
- [4] 章欢, 龚锦文. 消化内镜对消化道肿瘤的早期诊断治疗价值分析[J]. 中国实用医药, 2017, 12(14):31-32.