

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.029

应用乳突轮廓化联合鼓膜置管技术治疗难治性分泌性中耳炎的临床效果

张琼,袁琨[△]

(华中科技大学同济医学院附属武汉市中心医院耳鼻喉科,武汉 430051)

摘要:目的 观察乳突轮廓化联合鼓膜置管技术治疗难治性分泌性中耳炎的临床疗效。方法 选择该院 2012 年 3 月至 2016 年 2 月 328 例难治性分泌性中耳炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为试验组 165 例(178 耳),采用乳突轮廓化联合鼓膜置管治疗,对照组 163 例(171 耳),采用单纯鼓膜置管治疗,观察 2 组患者的治疗有效率与听力变化。结果 手术治疗后 1 年结果表明,试验组与对照组 2 项指标均较治疗前有明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组与对照组相比其 2 项指标降低更为明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组总有效率为 92.7%,对照组总有效率为 80.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 乳突轮廓化联合鼓膜置管手术治疗难治性分泌性中耳炎疗效显著,操作简便,值得在临床上推广使用。

关键词:乳突轮廓化联合鼓膜置管; 难治性分泌性中耳炎; 鼓膜置管

中图法分类号:R764.21

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)09-1307-02

中耳炎以中耳积液及听力下降为主要特征,有的患者伴随间歇性耳鸣、耳痛,有的患者会有周围皮肤发木感。中耳炎是耳鼻喉科的常见疾病,儿童发病率比较高。中耳炎的发病机制是由于咽鼓管功能障碍,造成腔内形成相对负压,中耳黏膜发生一系列病理变化,例如上皮增厚,鼓室前部低矮的假复层柱状上皮变为增厚的纤毛上皮等^[1-2]。其发病原因主要有咽鼓管功能障碍、感染及免疫反应,儿童的免疫系统尚未完善,这也是儿童分泌性中耳炎高发的原因。一般反复应用鼓膜置管技术治疗 3 次以上、病程长达 2 年都会发展成为难治性分泌性中耳炎。有相关研究报道单纯鼓膜置管技术治疗难治性分泌性中耳炎效果不理想,乳突轮廓化则可形成共腔,改善中耳腔负压状态,提高鼓膜置管技术治疗的临床有效率^[3-5]。本研究通过选择本院难治性分泌性中耳炎,观察患者的治疗有效率与患者听力变化,探究乳突轮廓化联合鼓膜置管治疗难治性分泌性中耳炎的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 3 月至 2016 年 2 月 328 例难治性分泌性中耳炎患者为研究对象,纳入标准:(1)患者或者其监护人自愿签署知情同意书参与本研究;(2)病程至少 2 年且至少接受过 3 次鼓膜置管手术后复发;(3)患者或者其监护人依从性好,配合治疗。排除标准:(1)不符合以上任何一条纳入标准;(2)患者伴随有严重的精神疾病、心脑血管疾病,肝、肾、胃肠道等疾病;(3)患者资料不全,家属不配合治疗。用随机数字表法将 328 例患分为试验组 165 例(178 耳)、对照组 163 例(171 耳),其中试验组采用乳突轮廓化联合鼓膜置管治疗,对照组采用单纯性鼓

膜置管治疗。试验组 165 例(178 耳),男 92 例,女 73 例;病程 2~10 年,平均病程为 4.3 年;年龄 7~37 岁,平均(21.5±6.7)岁。对照组 163 例(171 耳),男 89 例,女 74 例;病程 2.5~10.0 年,平均病程为 3.8 年;年龄 8~39 岁,平均(20.5±7.9)岁。2 组患者年龄、性别、病程方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 试验组采用乳突轮廓化联合鼓膜置管:治疗切开皮肤至乳突骨面,用耳科电钻磨除乳突气房,将其彻底轮廓化,完全去除乳突腔、鼓室和上鼓室的病变组织,以及咽鼓管鼓室附近的炎性肉芽等,之后再行鼓膜置管。对照组采用单纯的鼓膜置管治疗:在医学显微镜下将鼓膜切开后,清除鼓室积液,如果有黏稠性液体就使用糜蛋白酶和地塞米松注射液再次冲洗鼓室腔,放入直径为 1.14 mm 的硅胶通气管,保证置管的位置及管腔通畅。

1.3 观察指标 (1)气导言语频率和气骨导差:手术前 1 周及术后 1 年进行听力测试,以气导言语频率和气骨导差为判断指标。(2)总有效率标准^[6](总有效=恢复+好转)。恢复:听力完全恢复,耳鸣、耳痛、耳部闭塞感消失,鼓膜正常,无腔内积液,鼓膜导抗图由 B 型转为 A 型。好转:听力显著提高,时有耳鸣、耳痛、耳部闭塞感,鼓膜轻微凹陷,鼓膜导抗图由 B 型转为 C 型。无效:听力无提高,耳鸣、耳痛、耳部闭塞感严重,鼓膜凹陷内有大量积液,鼓膜导抗图为 B 型。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计

[△] 通信作者,E-mail:zq54zq@126.com。

学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者听力检查结果 治疗前试验组与对照组的气导言语频率、气骨导差比较,差异无统计学意义($P>0.05$),表明两者有治疗后可比性。手术治疗后 1 年再次检测 2 项指标,结果表明试验组与对照组治疗后 2 项指标均较治疗前有明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后的试验组与对照组相比,其 2 项指标降低更为明显,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 试验组与对照组患者听力指标监测($\bar{x}\pm s$)

组别	耳数 (耳)	气导言语频率		气骨导差	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	178	42.14±3.63	21.03±1.29	34.47±2.67	13.53±1.69
对照组	171	41.08±3.59	25.31±2.13	35.52±2.58	18.26±1.72
<i>t</i>		0.3192	14.275	1.2749	18.9453
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 2 组患者治疗有效率比较 试验组总有效率为 92.7%,对照组总有效率为 80.1%,差异有统计学意义($\chi^2=4.689 2, P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗有效率比较

组别	耳数(耳)	恢复(<i>n</i>)	好转(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	治疗总有效率(%)
试验组	178	93	72	13	92.7
对照组	171	57	80	34	80.1

3 讨 论

分泌性中耳炎是耳鼻喉科常见的疾病之一,小儿免疫功能不完善故易患分泌性中耳炎。采用分泌性中耳炎鼓膜置管手术治疗后反复发作,且病程超过 2 年的一般都为难治性分泌性中耳炎,病情不断发展,导致患者听力下降,影响患者尤其是患儿的语言发育,而且患儿如果另一只耳朵是正常的,则另一只患病的耳朵更不易被察觉,造成的后果很严重。因此,作为患儿家长务必仔细观察患儿行为等,做到早发现、早治疗。临床研究发现,单纯的鼓膜置管技术对于治疗分泌性中耳炎效果不理想,术中出血常常导致手术失败,造成病情反复,最终形成了难治性分泌性中耳炎^[6-7]。近年来国内外相关研究表明,术中联合乳突轮廓化可以解决鼓膜置管技术中因出血导致鼓膜通气管再次堵塞引起的手术失败的问题。

本研究通过设置单纯性鼓膜置管技术的对照组与乳突轮廓化联合鼓膜置管技术的试验组,将 2 组治疗后结果比较,治疗组与对照组气导言语频率、气骨导差 2 项指标均较治疗前有明显降低,差异有统计学

意义($P<0.05$);治疗组与对照组相比,其 2 项指标降低更为明显,差异有统计学意义($P<0.05$),说明乳突轮廓化联合鼓膜置管技术对难治性分泌性中耳炎患者的听力及鼓膜恢复,积液清除等方面效果非常好。在治疗总有效率方面,试验组治疗总有效率为 92.7%,对照组的总有效率为 80.1%,差异有统计学意义($P<0.05$),表明试验组治疗效果远好于对照组;再次说明乳突轮廓化可以在术中增大鼓室入口和鼓窦、开放面隐窝并磨除面神经、拱柱和鼓索神经三者之间的骨质,扩大中耳和乳突气房的容积,形成共腔,改善中耳腔的负压状态,有利于术中鼓膜置管的通畅引流,从而直接提高鼓膜置管技术在治疗分泌性中耳炎方面的成功率。

综上所述,乳突轮廓化联合鼓膜置管技术治疗难治性分泌性中耳炎的效果非常好,解决了医学上困扰已久的问题,也给患者带来了康复的希望,减轻了反复发作带来的病痛折磨与经济压力,但是对于乳突轮廓化联合鼓膜置管技术的术后效果长期维持如何,还需进一步跟踪患者,全面搜集资料进行探究。

参考文献

- [1] GIANNAKOPOULOS P, CHRYSOVERGIS A, XIRO-GIANNI A, et al. Microbiology of acute mastoiditis and complicated or refractory acute otitis media among hospitalized children in the postvaccination era[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2014, 33(1):111-113.
- [2] LEE D H. Comment on: effect of otitis media with effusion and its clinical intervention on the development of mastoid in children[J]. *Acta Oto-Laryngologica*, 2015, 135(1):481-484.
- [3] 许伟民,叶钰华. 鼓膜置管联合腺样体切除术治疗儿童复发性分泌性中耳炎的临床观察[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2016, 32(23):1873-1875.
- [4] GU X, KEYOUMU Y, LONG L, et al. Detection of bacterial biofilms in different types of chronic otitis media[J]. *Eur Arch Oto Rhino*, 2014, 271(11):2877-2883.
- [5] VINCENTI V, PASANISI E, BACCIU A, et al. Cochlear implantation in chronic otitis media and previous middle ear surgery: 20 years of experience[J]. *Ata Otolaryngol Ital*, 2014, 34(4):272-277.
- [6] YOO M H, PARK H J, YOON T H. Management options for cochlear implantation in patients with chronic otitis media[J]. *Am J Otolaryng*, 2014, 35(6):703-707.
- [7] 胡月,董耀东,刘东亮,等. 咽鼓管球囊扩张联合鼓膜置管治疗难治性分泌性中耳炎[J]. *中华耳科学杂志*, 2016, 14(5):586-590.