

· 临床报道 ·

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0086-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.044

耳内镜鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎的临床研究

段 燕 耿娟娟

(广州市中西医结合医院, 广东 广州 510800)

〔摘要〕 目的: 探析耳内镜鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎的临床疗效。方法: 选取2017年1月到2019年4月广州市中西医结合医院收治的100例分泌性中耳炎患者作为主要研究对象, 采用数字随机表法分组, 对照组与观察组各50例, 两组患者分别行内镜下鼓膜穿刺术、耳内镜鼓膜置管术治疗, 比较两组的临床疗效、中耳积液时间、气导听阈、气骨导差和术后并发症发生率。结果: 相比于对照组, 观察组的治疗总有效率更高; 观察组患者的中耳积液时间明显短于对照组; 观察组患者的气导听阈、气骨导差明显小于对照组; 经比较两种治疗方法的安全性, 观察组的术后并发症发生率明显低于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在分泌性中耳炎的临床治疗上, 采用耳内镜鼓膜置管术治疗可获得理想效果, 可提升患者的听力水平, 缩短中耳积液时间, 且治疗安全性高。

〔关键词〕 耳内镜鼓膜置管术; 内镜下鼓膜穿刺术; 分泌性中耳炎

〔中图分类号〕 R 764.9 〔文献标识码〕 B

分泌性中耳炎是以中耳积液、听力下降为主要特征的常见病、多发病, 占耳鼻喉科疾病的3%~6%, 若不及时治疗有可能会引发耳聋, 会影响患者的生活质量和身心健康。近年来, 内镜技术不断发展, 为分泌性中耳炎的治疗提供了更多的可能性, 且获得了较好的临床疗效^[1-2]。本研究以本院收治的100例分泌性中耳炎患者作为主要对象, 旨在评价分泌性中耳炎治疗上耳内镜鼓膜置管术的有效性和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将本院于2017年1月至2019年4月收治的100例分泌性中耳炎患者作为本研究的主要研究对象, 分组方法选择数字随机表法, 对照组与观察组各50例。两组患者的各项资料如下: 观察组中男性与女性患者的例数分别为28例、22例; 年龄13~52岁, 平均年龄(34.58±2.51)岁; 病程1~8年, 平均病程(4.05±0.86)年。对照组中男性患者27例, 女性患者23例; 年龄为14~53岁, 平均年龄(34.57±2.52)岁; 病程1.5~8年, 平均病程(4.02±0.78)年。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 所有入组患者均经耳镜检查, 确诊为分泌性中耳炎, 鼓膜活动受限; (2) 无手术或麻醉禁忌证; (3) 本着患者自愿参与的原则开展研究, 随机分组符合医学研究的伦理要求^[3-4]。

1.2 方法

1.2.1 对照组 行内镜下鼓膜穿刺术: 取患者侧卧位, 先对外耳道消毒, 采用耳镜检查患者的中耳积液情况, 注意观察鼓膜, 于鼓膜表面麻醉15 min, 用2 mL注射器与短斜面7号穿刺针连接, 行鼓膜穿刺。用微型吸引器将积液吸除, 若中耳积液为黏稠状或胶状, 可做穿刺孔, 并用地塞米松溶液(广东邦民制药厂有限公司, 国药准字H44021890)冲洗, 用消毒棉球暂时封堵外耳道, 术后给予抗菌药物预防感染。

1.2.2 观察组 行耳内镜鼓膜置管术: 取患者侧卧位, 先对外耳道消毒, 用0度耳内镜治疗。用鼓膜切开刀将鼓膜切开1~3 mm, 直至观察到中耳积液和鼓膜情况, 用微型吸引器将积液吸除干净, 若积液为黏稠状或胶状则用地塞米松溶液冲洗, 吸除干净后, 置入哑铃型硅胶鼓膜通气管, 并用消毒棉球将外耳道暂时封堵, 避免感染。术后若患者的鼓膜恢复正常且通气管未正常脱落, 则根据患者的恢复情况将通气管拔除, 术后给予抗菌药物预防感染。

1.3 观察指标

判定临床疗效的标准: 治疗后患者的听力水平恢复正常, 鼓膜完全愈合, 听力恢复至正常范围, 判定为显效; 治疗后患者的听力水平和耳痛症状有所改善, 鼓膜稍有内陷, 听阈提高10 dB, 判定为有效; 患者治疗后的临床症状、听力水平无明显变化, 较治疗前相比患者的鼓膜、纯音听阈无明显变化, 甚至病症加重。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%^[5-6]。

采用纯音听力测试对两组患者术后的气导听阈、气骨导

〔收稿日期〕 2020-05-17

〔基金项目〕 广州市花都区科技计划项目资助课题(18-HDWS-057)

〔作者简介〕 段燕, 女, 主治医师, 主要研究方向是鼻内镜下鼻窦手术及耳内镜下中耳炎治疗。

差进行评估，并对两组指标进行组间统计学处理；同时，准确的记录两组患者的中耳积液时间，并进行组间比较。重点对两组患者的术后感染、穿孔、鼓室硬化等相关并发症的发生情况进行统计，计算两组的发生率，并对两组的并发症发生率进行组间比较，以评估两种治疗方案的安全性。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床治疗效果比较

观察组患者治疗总有效率为 96.0%，高于对照组的 84.0%，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者的临床治疗效果比较 (n = 50, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率 %
对照组	14(28.0)	28(56.0)	8(16.0)	84.0
观察组	24(48.0)	24(48.0)	2(4.0)	96.0 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者的中耳积液时间比较

观察组患者的中耳积液时间为 (8.23 ± 1.22) d，对照组患者的中耳积液时间为 (10.32 ± 1.26) d，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

2.3 两组患者的气导听阈、气骨导差比较

观察组患者的气导听阈、气骨导差明显小于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者的气导听阈、气骨导差比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$, dB)

组别	气导听阈	气骨导差
对照组	55.58 ± 6.47	31.47 ± 5.44
观察组	40.23 ± 6.56 ^b	21.51 ± 5.28 ^b

与对照组比较，^b*P* < 0.05

2.4 两组患者的术后并发症发生率比较

观察组并发症发生率为 2.0%，明显低于对照组的 14.0%，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者的术后并发症发生率比较 (n = 50, n (%))

组别	术后感染	穿孔	鼓室硬化	发生率 %
对照组	3(6.0)	2(4.0)	2(4.0)	14.0
观察组	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.0 ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

分泌性中耳炎是临床上发病率较高的一类耳鼻喉疾病，可发生在各个年龄段，但关于该病的发病机制目前尚未明确，但目前上多认为分泌性中耳炎与咽鼓管功能障碍有关。人体的咽鼓管一旦出现异常，黏膜则会吸收中耳的气体，中耳所

受压力会增加，导致黏膜水肿、渗出，最终造成中耳积液^[7-8]。随着内镜技术的不断发展，内镜下手术是分泌性中耳炎治疗的首选方案，而决定手术疗效的关键在于开放阻塞的咽鼓管，更好的维持中耳内外气压的平衡性。

本研究比较了耳内镜鼓膜置管术、内镜下鼓膜穿刺术两种方法治疗分泌性中耳炎的临床价值，研究发现，前者的治疗优势突出，治疗有效性和安全性均相对较高。治疗有效性体现在以下几方面：(1) 治疗总有效率高，可有效改善患者的听力水平；(2) 患者的中耳积液时间相对较短；

(3) 患者治疗后的气导听阈、气骨导差明显减小。治疗安全性体现在术后并发症发生率低，仅有 1 例患者术后发生感染，但给药后控制，说明此种治疗方案的安全性较高，尤其是对于一些年龄偏小的患者而言，治疗优势突出。内镜下鼓膜穿刺术在分泌性中耳炎治疗上有较为广泛的应用，此种手术方法是在内镜的辅助下，在鼓室内插入穿刺针，并将积液抽出、注射药物进行治疗。此种治疗方法的优点是操作简单，对机体造成的创伤性小。但此种手术方案仍存在一些明显的缺陷，鼓室内有听骨链、前庭窗等重要结构，手术过程中穿刺针头的移动会破坏鼓室内侧壁，导致侧壁出血，手术风险性更大，对术者的要求也更高。耳内镜鼓膜置管术在鼓膜穿刺术的基础上进行了延伸，使用一次性导管留置的方式，逐步吸净鼓室内的积液，在吸净积液后再注入药物，这种手术操作能够保障鼓室内外气压的平衡，并且有利于咽鼓管功能的恢复^[9-10]，更有利于患者听力的恢复。

综上，采用耳内镜鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎的疗效显著，可缩短中耳积液时间，同时可改善患者的听力水平，手术安全性高。

(参考文献)

- 刘启军. 耳内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎患儿的临床效果 (J). 医疗装备, 2019, 32(2): 73-74.
- 叶贝华, 傅明. 耳内镜下鼓膜置管或穿刺治疗慢性分泌性中耳炎的临床效果对比评价 (J). 中国医药科学, 2019, 9(1): 190-193.
- 韩涵. 腺样体切除与耳内镜鼓膜置管术联合治疗儿童分泌性中耳炎的疗效观察 (J). 医学理论与实践, 2019, 32(1): 100-101.
- 康一, 谈晓文, 朱丽焯, 等. 鼓膜穿刺和鼓膜激光打孔及鼓膜置管在治疗儿童分泌性中耳炎中的疗效比较 (J). 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2018, 32(22): 1723-1727.
- 洪晓林, 阮冠鑫, 梁友情, 等. 经耳内镜下鼓膜置管联合鼻内镜下腺样体切除治疗儿童分泌性中耳炎的疗效观察 (J). 贵州医药, 2018, 42(10): 1250-1251.
- 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.
- 苏宏钊, 廖海石, 唐国鹏, 等. 鼓膜置管联合腺样体切除手术对分泌性中耳炎的临床治疗效果分析 (J). 黑龙江医学,

- 2018, 42(8): 776-777, 780.
- (8) 李建玲, 赵广辉, 刘杰. 耳内镜下鼓膜置管术与鼓膜穿刺术治疗分泌性中耳炎疗效对比研究 (J). 陕西医学杂志, 2018, 47(8): 1023-1025, 1035.
- (9) 柴向华, 廖光美, 吕洁文. 内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎的疗效分析 (J). 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(12): 161-162.
- (10) 邵玉玺, 姜春丽, 滕清晓. 腺样体切除术联合耳内镜鼓膜置管术治疗儿童分泌性中耳炎的临床效果 (J). 临床医学, 2018, 38(6): 72-74.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0088-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.045

新型封堵器在特殊型室间隔缺损封堵中的应用

罗 祺 钟志敏 王建华

(广东省第二人民医院, 广东 广州 510317)

〔摘要〕 **目的:** 评价 AMPLATZER II 代新型动脉导管未闭封堵器 (ADO-II) 在特殊形态室间隔缺损 (VSD) 介入治疗中的临床应用及疗效。**方法:** 随机选取 2018 年 7 月至 2019 年 10 月广东省第二人民医院经超声心动图及左心室造影确诊特殊形态 VSD 20 例, 分别应用对称型封堵器 (5 例) 和 ADO-II (15 例) 经皮介入封堵 VSD, 比较两种方法的应用效果。**结果:** 5 例应用对称型封堵器封堵失败。其中 2 例 (40%) 改用 ADO-II 后成功封堵, 3 例 (60%) 改为开胸直视修补手术。15 例直接应用 ADO-II 封堵 VSD 取得成功。封堵成功的 17 例术后 3 d 复查发现其中 7 例 (41%) 存在室间隔残余分流, 追踪复查结果 1 月后仍有 4 例 (25%) 残余分流, 3 个月后仅存 1 例 (5%)。手术造成三尖瓣轻度返流 3 例 (18%), 追踪复查三尖瓣返流无增加。17 例均无出现如封堵器脱落、膜部瘤破裂、主动脉瓣返流及心律失常等并发症。**结论:** 应用 ADO-II 介入封堵特殊类型的 VSD, 可以增加封堵术成功率, 可降低封堵器对瓣膜、传导束机械损伤的风险, 避免术后发生瓣膜返流及心律失常; 但 ADO-II 型号偏小, 选用时需要充分考虑 VSD 的缺损大小。

〔关键词〕 室间隔缺损; 介入封堵; II 代动脉导管未闭封堵器

〔中图分类号〕 R 541.1 〔文献标识码〕 B

室间隔缺损 (ventricular septal defects, VSD) 是先天性心脏病中最常见的疾病, 经导管介入封堵 VSD, 具有创伤小、操作简单、术后恢复快的特点, 避免了传统开胸修补手术带来的并发症, 封堵器多样性也有利于提高手术成功率。AMPLATZER II 代新型动脉导管未闭封堵器 (Amplatzer Duct Occluder II, ADO-II) 是为经皮封堵动脉导管而研发的, 但近年已有应用 ADO-II 封堵 VSD 的成功案例。本研究统计 2018 年 7 月至 2019 年 10 月 20 例特殊形态的 VSD, 术中分别采用对称型封堵器及 ADO-II 实施封堵, 具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 20 例患者为本院 2018 年 7 月至 2019 年 10 月收治的经超声心动图及左心室造影确诊特殊形态 VSD 患者, 分别应用对称型封堵器 (5 例) 和 ADO-II (15 例) 经皮介入封堵 VSD, 年龄 3~50 岁, 体质量 9~55 kg。

根据超声心动图结果 16 例膜部缺损大小 2~6.5 mm, 平均 (3.73±1.06) mm, 其中呈膜部瘤样 11 例, 瘤高 5~8 mm, 平均 (6.65±0.85) mm, 长隧道型 2 例, 隧道长度 7.5~8 mm, 平均 (7.75±0.25) mm, 左室右房通道 3 例, 通道长度 6.1~7.2 mm, 平均 (6.67±0.45) mm; 4 例嵴内型缺损大小 2.0~3.5 mm, 平均 (2.8±0.59) mm, 距主动脉瓣 0~2 mm, 平均 (0.75±0.83) mm。

1.2 方法

本组 20 例病例中小儿用基础麻醉、喉罩辅助通气, 14 岁以上儿童及成人用 5% 利多卡因 (上海朝晖药业有限公司, 国药准字 H31021072) 局部麻醉; 常规穿刺股动脉行左心室造影检查, 明确缺损位置形态、大小以及距主动脉瓣距离, 建立动静脉输送轨道。5 例选取规格比缺损大 2~3 mm 对称型封堵器, 15 例选取规格比缺损大 1~2 mm 的 ADO-II (美国 AGA 医疗用品有限公司, 批准文号 20183132560) 进行封堵。超声心动图和左心室造影确认封堵器位置固定, 室间隔水平分流消失, 主动脉瓣、三尖瓣启

〔收稿日期〕 2020-05-03

〔作者简介〕 罗祺, 女, 住院医师, 主要从事心血管临床工作。