

耳内镜下鼓室成形术治疗慢性中耳炎患者的临床效果

钱海龙

香河县人民医院 河北廊坊 065400

【摘要】目的：分析对慢性中耳炎患者采用耳内镜辅助下鼓室成形术进行治疗的临床价值。方法：病例抽取时间为2020年1月~2022年8月，地点为我院，诊断结果均为慢性中耳炎，病例数量74例，借助随机数字表法分组，即对照组、观察组，均为37例，对照组行耳显微镜下鼓室成形术来治疗，观察组行耳内镜辅助下鼓室成形术治疗，针对2组患者的手术疗效、治疗前后的鼓室听值、随访中的干耳率、疾病复发率以及并发症率等进行比较。结果：治疗总有效率比较中，观察组97.37%、对照组83.78%， $P < 0.05$ ；施术前鼓室听值2组做对比差异微小 $P > 0.05$ ，经施治与对照组相比，鼓室听值均为观察组更低 $P < 0.05$ ；随访中干耳率相比，观察组89.19%，对照组75.68%， $P < 0.05$ ；疾病复发率比较中，观察组2.70%，对照组13.51%， $P < 0.05$ ；并发症率比较中，观察组5.41%、对照组18.92%， $P < 0.05$ 。结论：对慢性中耳炎患者采用耳内镜辅助下的鼓室成形术进行治疗可获得满意疗效，并可有效改善听力以及减少复发和并发症。

【关键词】慢性中耳炎；鼓室成形术；耳内镜；价值

慢性中耳炎是较为常见的慢性耳部疾病，患者的病程时间较长且通常超过8周，多数是由急性中耳炎进一步发展而来，患者具有耳内流脓、听力水平降低和鼓膜穿孔等临床表现。根据其疾病特征可分为慢性分泌性中耳炎以及慢性化脓性中耳炎。其中前者的发病多与气压损伤、咽鼓管功能障碍、机体免疫反应和病原体感染有关。而慢性化脓性中耳炎的发病则主要与急性化脓性中耳炎病情迁延不愈、乳突气化不良、邻近器官病变等有关，所引起的耳鸣、听力降低以及耳内液等症状对于患者的工作学习及社会交往均构成了严重影响^[1]。对于该类患者的治疗需要彻底清除病灶，积极改善其中耳结构与外耳道生理结构，避免病情复发。以往多通过抗生素药物或手术来进行治疗，然而抗生素药物的应用增多使得出现耐药性，影响临床疗效。常规中耳炎手术的应用虽能够清除患者中耳腔当中存在的病变组织，促使其听力结构获得重建，然而该手术对于面神经隐窝、上鼓室等较为隐蔽部位进行探查操作时难度较高，需破坏大量骨性结构，患者术后仍有可能出现复发。耳内镜是目前耳鼻喉科一种重要的腔镜仪器，在此辅助下能够观察到上鼓室以及后鼓室等微小部位，对于及时发现耳内的病灶情况有重要作用^[2]。以下将分析对于慢性中耳炎患者通过运用耳内镜下鼓室成形术进行治疗的临床价值。

1 资料和方法

1.1 基础资料

病例抽取时间为2020年1月~2022年8月，地点为我院，诊断结果均为慢性中耳炎，病例数量74例，借助随机数字表法分组，即对照组、观察组，均为37例，观察组男、女分别为20例、17例；年龄23~75岁，均值 (41.7 ± 3.6) 岁；病程3~17个月，均值 (8.6 ± 1.5) 个月。对照组男、女分别为19例、18例；年龄22~76岁，均值 (41.8 ± 3.5) 岁；病程3~18个月，均值 (8.7 ± 1.4) 个月。2组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准：(1)符合对慢性中耳炎的疾病判定准则，且经由耳内镜等相关检查得以确诊；(2)患者具有耳道流脓和耳痛等典型症状表现；(3)对治疗方案知晓且以取得知情同意；(4)各有关临床资料均完整；(5)治疗依从性佳。排除标准：(1)具有重要脏器功能病变者；(2)妊娠期、哺乳期女性；(3)具有手术治疗禁忌症者；(4)罹患神经系统疾病者；(5)具有重度感音神经性聋者。

1.2 方法

对照组患者行耳显微镜下鼓室成形术来治疗，术中维持仰卧体

位，进行常规全麻，实施消毒以及铺巾操作，患者做耳后手术切口，长度约为4cm，将显微镜设备进行妥善放置，对皮肤与皮下组织进行依次切开，需要抵达骨皮质表面，对其颞肌筋膜进行显露，之后需要切取一定量的颞肌筋膜进行备用。进一步对外耳道皮片实施分离，使其外耳道上棘获得显露，手术切开器妥善置入，再借助电钻对于患者突触局部的鼓鳞裂骨质进行适当磨除，之后在显微镜的辅助下使患者听小骨以及骨环等充分显露，病变组织完全清除，之后于鼓室内给予适量明胶海绵颗粒进行植入，将颞肌筋膜进行植入，从而对其鼓膜进行修补，筋膜实施复位，适当明胶海绵颗粒进行填塞，手术切口进行缝合以及包扎，并在手术后提供抗感染进行治疗。

观察组行耳内镜下鼓室成形术治疗，术中给予常规全麻，维持仰卧体位，实施消毒以及铺巾，做耳屏内侧手术切口，长度1cm，需要分离至患者的耳屏软骨，之后切取面积适当的粘软骨膜备用。于耳内窥镜的辅助下操作，将0.9%氯化钠液3ml+1%肾上腺素2滴注于患者的外耳道后壁、下壁软骨与骨部交界处从而实施局部麻醉。利用粘膜刀并与患者鼓膜之间相距大约8mm外切开患者皮肤至其骨质，之后做一U型切口，沿骨质向内适当分离，确保患者的粘膜瓣完整。之后将鼓膜由患者的鼓环表面进行离，继续向前以及向上进行翻转，通过操作来分离鼓膜以及锤骨，充分暴露鼓室。如病变暴露难度较高，需要利用磨钻适当磨除该处的部分骨质，确保其术区获得充分暴露。探查患者的听骨链情况，如若听骨链破坏则可给予置入人工听骨。借助粘骨膜并通过内植法修补患者的破损鼓膜，确保鼓膜等充分铺平，鼓室内填充明胶海绵支撑，利用明胶海绵以及碘仿纱条填塞于患者的外耳道，术毕。

1.3 评价规范

(1)比较2组患者的临床疗效，显效：耳鸣、耳内溢液以及耳内闭塞感等症状、体征表现均消失，患者的听力水平达到正常范围；有效：慢性中耳炎的症状、体征表现均获得显著改善或部分消失，且未见并发症，听力水平明显提升并接近于正常；无效：慢性中耳炎的症状、体征表现未能改善或持续加重，同时听力水平无明显变化。(2)2组患者均于手术治疗前后记录其鼓室听值并进行对比。(3)记录2组患者术后随访6个月的干耳率和疾病复发率。(4)记录2组患者术后出现的并发症，如水肿、耳郭麻木、感染以及切口疼痛等。

1.4 统计学分析

文中数据均借助SPSS22.0分析，计量资料当中的数据标准差：

($\bar{x} \pm s$), 实施 t 检验, 计数资料: $[n(\%)]$, 实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 即为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效组间平行对比

治疗总有效率比较中, 观察组 97.37%、对照组 83.78%, $P < 0.05$ 。

2.2 鼓导听值组间平行对比

施治前鼓导听值 2 组做对比差异微小 $P > 0.05$, 经施治与对照组相比,

鼓导听值均为观察组更低 $P < 0.05$ 。

表 1 临床疗效组间平行对比 $[n(\%)]$

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	37	19 (51.35)	17 (45.95)	1 (2.70)	36 (97.30)
对照组	37	11 (29.73)	20 (54.05)	6 (16.22)	31 (83.78)
χ^2 值		10.025	4.653	6.329	6.329
p 值		0.003	0.029	0.016	0.016

表 2 鼓导听值组间平行对比($\bar{x} \pm s$)

组别	500Hz		1000Hz		2000Hz		4000Hz	
	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
观察组 (n=37)	18.19 $\pm$ 5.25	15.63 $\pm$ 3.65	24.76 $\pm$ 5.86	17.19 $\pm$ 3.32	26.31 $\pm$ 6.08	15.26 $\pm$ 4.07	31.86 $\pm$ 6.37	25.62 $\pm$ 6.37
对照组 (n=37)	18.20 $\pm$ 5.26	17.09 $\pm$ 4.06	24.75 $\pm$ 5.88	20.26 $\pm$ 3.59	26.33 $\pm$ 6.06	21.19 $\pm$ 5.19	31.85 $\pm$ 6.38	29.97 $\pm$ 5.96
t 值	0.265	4.026	0.573	5.163	0.185	9.635	0.523	7.253
p 值	0.398	0.031	0.286	0.026	0.165	0.006	0.271	0.013

2.3 干耳率和疾病复发率组间平行对比

随访中干耳率相比, 观察组 89.19%, 对照组 75.68%, $P < 0.05$; 疾病复发率比较中, 观察组 2.70%, 对照组 13.51%, $P < 0.05$ 。

表 3 干耳率和疾病复发率组间平行对比 $[n(\%)]$

分组	n	干耳率	疾病复发率
观察组	37	33 (89.19)	1 (2.70)
对照组	37	28 (75.68)	5 (13.51)
χ^2 值		7.152	5.026
p 值		0.019	0.031

2.4 并发症率组间平行对比

并发症率比较中, 观察组 5.41%、对照组 18.92%, $P < 0.05$ 。

表 4 并发症率组间平行对比 $[n(\%)]$

分组	n	血肿	耳郭麻木	感染	切口疼痛	总计
观察组	37	0 (0.00)	1 (2.70)	0 (0.00)	1 (2.70)	2 (5.41)
对照组	37	1 (2.70)	3 (8.11)	1 (2.70)	2 (5.41)	7 (18.92)
χ^2 值		0.653	1.159	0.653	6.329	4.026
p 值		0.265	0.068	0.265	0.016	0.031

3 讨论

鼓室成形术的运用对于慢性中耳炎患者来说能够消除感染, 重建患者的中耳传音结构, 与此同时可修复患者的鼓膜穿孔情况, 更好地改善其听力水平, 因此是目前对中耳炎患者比较常用的一种手术治疗手段^[34]。传统手术在操作中于耳显微镜的辅助下进行治疗, 在此操作过程中能够获得三维立体操作视野, 与此同时具备优良的术中照明条件, 所以便于术者完成相关的精细化操作^[5-6]。但是如若患者病变部位较为特殊, 例如处于上鼓室等处, 其位置十分隐蔽, 在显微镜的辅助下进行观察容易受到一定限制, 在操作过程中为了清除患者的隐匿性病灶以及保护各有关组织结构, 可能需要对大量骨性结构进行破坏, 以便充分显露手术视野, 这使得手术操作中的创伤性较高。与显微镜对比, 利用耳内镜进行辅助下操作能够更加清晰的对中耳细微结构进行观察, 与此同时角度也更为周全, 手术中的视野也更为清晰, 在耳内镜的辅助下还可确保患者外耳局部的完整性, 有助于减少对外耳道软组织造成的创伤, 从而能够更好地预防组织肿胀以及术后伤口疼痛等相关并发症^[7-8]。该手术在操作中可更为轻易地将穿孔边缘分布的上皮组织进行取出, 与此同时可避免出现残余鼓膜撕裂, 还可防止手术操作过程中对患者鼓膜造成的意外损伤, 有利于减少手术的创伤性, 降低患者的疼痛感, 对于加快患者的术后恢

复也有重要价值。近年来报道指出^[9-10], 于耳内镜下进行鼓室成形术治疗患者术后的疼痛感更轻, 与而显微镜手术患者相比疼痛评分明显更低。原因在于耳内镜手术更具微创特征在应用中能够更好的缓解患者心理以及生理层面的负担, 对于促进术后恢复有重要价值。从本次的分析结果来看, 观察组的手术治疗总有效率明显高于对照组, 在治疗之后经检验鼓导听值显著低于对照组, 随访期间患者的干耳率以及疾病复发率等优于对照组, 同时并发症率低于对照组比值。这表明, 耳内镜辅助下鼓室成形术的运用能够显著提升慢性中耳炎患者的治疗价值, 耳内镜辅助下的鼓室成形术微创特征明显, 该手术的应用患者痛苦小, 术后恢复快以及术后并发症少, 因而具有较高的临床应用价值。

综上所述, 对慢性中耳炎患者采用耳内镜辅助下的鼓室成形术进行治疗可获得满意疗效, 并可有效改善听力以及减少复发和并发症。

参考文献:

- [1]姚盛吉. 内镜下鼓室成形术对于慢性中耳炎的临床疗效分析[J]. 自我保健, 2021, 17 (11): 12-13.
- [2]梁吉艳. 耳内镜下鼓室成形术治疗慢性化脓性中耳炎临床效果分析[J]. 健康女性, 2021, 25 (30): 124.
- [3]卜世崇, 国江华, 贺晓培. 显微镜下鼓室成形术与耳内镜下鼓室成形术治疗胆脂瘤型中耳炎的效果比较[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (32): 6024-6025.
- [4]毛向清. 内镜下鼓室成形术治疗慢性中耳炎的效果及降低并发症发生率分析[J]. 健康大视野, 2021, 19 (10): 2.
- [5]谢小轶. 耳内镜下与显微镜下手术治疗慢性化脓性中耳炎的疗效及安全性对比分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (3): 68-69.
- [6]刘武科. 耳内镜下鼓室成形术后鼓膜穿孔再修补的临床疗效观察[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (1): 69, 72.
- [7]黄安. 边缘性鼓膜穿孔患者应用耳内镜下鼓室成形术治疗的临床疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (69): 55, 58.
- [8]谷长宏, 王升举. 完壁式乳突根治并鼓室成形术治疗慢性化脓性中耳炎的临床有效性分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20 (1): 104-107.
- [9]杨新, 新刚. CWUM 联合鼓室成形术治疗慢性化脓性中耳炎对改善患者听力功能的效果[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2021, 36 (1): 157-158.
- [10]刘勤辉. 耳内镜下鼓膜修补术对慢性化脓性中耳炎患者术后 VAS 评分及听力恢复的影响[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (24): 12-13.