

鼓膜穿刺、鼓膜置管治疗分泌性中耳炎的疗效

周 岚

(贵州省六盘水市水城区人民医院 553000)

摘要：目的：实验将针对分泌性中耳炎患者实施治疗，重点分析鼓膜穿刺、鼓膜置管治疗与药物治疗的差异，对比治疗疗效。方法：针对60例分泌性中耳炎患者为对象，样本来源于2020年1月截止为2022年9月就诊的患者，按照时间划分两个对比组，对照组为药物治疗，观察组为鼓膜穿刺与鼓膜置管联合治疗，对比治疗成果。结果：从数据可见，观察组患者在治疗总疗效上高于对照组，但不具备统计学差异（ $P < 0.05$ ）。观察组患者在中耳积液时间、完全愈合时间上用时低于对照组，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。同时，在听阈水平对比中，观察组和对照组均较治疗前有明显改善，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。此外，在生活影响因子评分，观察组治疗后低于对照组，差异显著（ $P < 0.05$ ）。最后，在并发症率上，观察组患者以97.88%，低于对照组的81.25%，差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：采用鼓膜穿刺与鼓膜置管治疗对于分泌性中耳炎的疗效好，有助于缩短治疗时间，并降低并发症率，患者病情逐步好转，值得推广。

关键词：鼓膜穿刺；鼓膜置管；分泌性中耳炎

分泌性中耳炎是常见的疾病，患者多有中耳积液或者听力减退的问题，针对儿童患者，如果不及时采取治疗措施还有可能引起语言发育障碍、耳聋等，对其健康生活造成了较大的干扰^[1]。特别是对于儿童患者，其自我察觉能力低，多在学校体检中发现，在居家生活中也需要家属多关注，如果儿童有调大音量看电视等情况时，要格外注意。在当下，针对分泌性中耳炎的治疗可以采用抗生素药物或者滴鼻液，其目的都在于排出积液，通气引流，但是从效果上看差强人意，具有较高的复发率，且长期使用抗生素也不是最佳方案^[2]。鼓膜穿刺、鼓膜置管都属于常见方案，且鼓膜置管是鼓膜穿刺的一项延伸，可以进一步排出鼓室内的积液，并且有助于患者咽鼓管功能的恢复，有效地改善病情^[3]。鉴于此，针对60例分泌性中耳炎患者为对象，样本来源于2020年1月截止为2022年9月的患者，对调研结果汇报如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

针对60例分泌性中耳炎患者为对象，样本来源于2020年1月截止为2022年9月就诊的患者，按照时间划分两个对比组，观察组女性14例，男性16例，年纪在7-61岁之间，平均为（ 34.45 ± 3.96 ）岁；对照组女性17例，男性13例，年纪在6-70岁之间，平均为（ 35.39 ± 3.87 ）岁。组间基线资料可比（ $P > 0.05$ ）。患者家属对本次调研知情。经本院报备医务科，并获取医学伦理委员会批准后开展。

1.2 实验方法

对照组为药物治疗，抗生素类药物进行消炎治疗。另外还要使用一些滴鼻剂，鼻腔黏膜收缩剂，比如羟甲唑啉鼻喷雾剂喷滴鼻液。

观察组为鼓膜穿刺与鼓膜置管联合治疗。所有患者均为仰卧位，保持耳朵向上，在常规消毒后进行麻醉。成人为局部麻醉，儿童则为全身麻醉。选择适合的内窥镜开展，并在监视器下观察中耳腔以及鼓膜的实际情况。具体方案如下。

在鼓膜穿刺治疗下，即在鼓膜表面麻醉后，可选择穿刺针和1ml注射器连接，在鼓膜前的下象限完成穿刺，使用地塞米松进行冲洗，在术后要进行外耳道的封堵，并实施抗感染治疗。在鼓膜置管治疗中，即在鼓膜前下象限进行放射状切口，使用微型的吸器将积液吸出，并且使用地塞米松进行冲洗，随后可以置入硅胶鼓膜通气管，防止其卡在边缘。在术后同样进行外耳道封堵和术后抗感染预防。在术后3-6个月鼓膜通气管将自行脱落，随后可观察患者的鼓室内

黏膜的修复情况，如果未自行脱落，也要进行症状复查，在渗液消失后可取出。

1.3 评价标准

首先，对比患者的病情改善用时，具体则为中耳腔积液消失与鼓膜痊愈时间、听力改善用时。

此外，将对患者的临床治疗疗效在评分中，如果患者的听力症状恢复，且鼓膜形态达标，在检查后显示经声导抗恢复为A型，在平均纯音听力增强上超过15dB，则为显效，若听力有一定缓解，但尚未达到正常水平，且在治疗后经声导抗检查下恢复为As型，或者C型，则为有效，若听力并未恢复，鼓膜愈合，症状未见缓解则被无效。此外，要在治疗一个月后进行患者的听力复查。

同时，还将记录患者的听力指标。采用听力器进行测定。

随后，记录患者的生活影响因子，在生活影响因子中则包括了对儿童记忆睡眠饮食和听力的影响，以0-3分记得分高则为影响较大。

最后，对比患者儿的手术后并发症发生率（如中耳感染、鼓膜穿孔、鼓室硬化等）以及术后半年的疾病复发率。

1.4 统计方法

数据处理经SPSS 20.0，在患者病情改善情况以及听力水平、生活影响因子评分上均采纳t方案，对计量资料（ $x \pm s$ ）检验，在治疗疗效、并发症以及复发率上均采纳 χ^2 方案，对计数资料[n（%）]检验。若 $P < 0.05$ ，提示差异显著。

2 结果

2.1 两组患者治疗疗效对比分析

就数据中看，观察组患者儿在治疗总疗效上高于对照组，即为96.67%（29/30），对照组则为86.67%（26/30），具有统计学意义（ $\chi^2 = 0.161$ ， $P = 1.964$ ）。

2.2 两组患者病情症状改善用时对比

在中耳腔积液消失与鼓膜痊愈时间、听力改善用时中，均以观察组优于对照组，用时更短，对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。如表1所示。

表1 两组患者病情症状改善用时对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	中耳腔积液消失	鼓膜痊愈时间	听力改善用时
观察组	8.15 ± 1.63	10.33 ± 1.52	8.23 ± 1.23
对照组	10.63 ± 2.02	15.63 ± 2.49	10.32 ± 1.98
T	2.632	4.596	2.416

P	< 0.05		< 0.05		< 0.05	
2.3 两组患者听力水平对比分析						
同时, 在两组患者的听力水平对比中, 可见在 0.5kHz 以及 1.0kHz 和 2.05kHz 上均优于治疗前说, 但是治疗后两组对比下, 存在显著差异 (P < 0.05)。如表 2 所示。						
表 2 两组患者听力水平对比分析 (x ± s)						
组别	0.5kHz		1.0kHz		2.05kHz	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	13.88 ± 2.09	6.93 ± 2.13	22.91 ± 5.20	9.61 ± 4.33	31.15 ± 6.45	12.81 ± 3.49
对照组	14.02 ± 3.12	10.33 ± 2.11	23.16 ± 5.20	15.21 ± 4.10	31.33 ± 6.51	17.81 ± 4.02
T	0.263	2.635	0.217	3.748	0.165	3.116
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 两组患者生活影响因子评分对比

此外, 在生活影响因子评分上, 治疗前两组差异不大, 分别为 (6.43 ± 0.64) 分和 (6.43 ± 0.64) 分, 观察组治疗后低于对照组, 分别为 (1.19 ± 0.59) 分和 (3.13 ± 0.60) 分, 差异显著 (P < 0.05)。

2.5 两组患者术后并发症以及复发率对比

在并发症发生率上, 观察组患者儿则有 1 例 (即为术后感染), 对照组则有 6 例 (即为 2 例鼓膜穿孔、1 例鼓膜硬化和 3 例感染加重), 可见发生率以观察组更低, 差异显著 (P < 0.05)。

最后, 在疾病复发率对比中, 观察组则有 1 例, 对照组则有 5 例, 可见观察组的复发率以观察组更低, 差异显著 (P < 0.05)。

3 讨论

中耳炎属于常见的耳鼻喉科疾病, 指的是在中耳内部结构发生了炎性病变, 可分为化脓性和非化脓性。当下鼓膜置管术在分泌性中耳炎中有着较好的应用, 通过手术中内镜的应用, 可以直视各项操作, 对患者造成的损伤小, 并有助于将鼓室内的积液全部吸出, 有助于鼓室内负压的改善, 对于患者而言可尽快地恢复中耳功能[4]。

分泌性中耳炎则水浴非化脓性疾病, 且发病机制不明确, 多以腺样体肥大、咽鼓管功能异常有关, 当出现咽鼓管通气障碍的时候, 中耳的气体被黏膜吸收, 此时则会增加中耳内负压, 黏膜通透性增强, 出现水肿等情况, 还会进一步形成中耳积液[5]。腺样体则属于免疫系统, 是咽淋巴的组成部分, 当出现炎症刺激腺样体及其周围组织的时候, 则会引起腺样体肥大, 在炎症介质持续增多后会影响到咽鼓管功能, 病情逐步加重[6]。分泌性中耳炎会导致传导性听力下降, 要及时进行耳鼻喉科检查, 尽早实施治疗。在手术治疗上的方式多样, 但是原则统一, 即清除积液, 改善鼓室通气情况, 促使分泌物引流, 最终恢复鼓室黏膜上皮和纤毛运动[7]。多数情况下建议采用微创手术形式, 这也得到了患者的接纳。

鼓膜穿刺是治疗分泌性中耳炎的一个主要方案, 在治疗期间, 需要对鼓室进行穿刺, 并将中耳液吸出, 注入药物, 达到治疗效果。从优势上看, 操作便捷, 对患者造成的创伤小。但是也有一些不足之处, 如在穿刺过程中可能对前庭窗、鼓室内的听骨链进行破坏, 引发鼓室出血, 诱发感染。对于外耳道狭窄的患者, 在治疗上所伴有的风险性更高。鼓膜置管术则属于一种新的方案, 可以利用留置的一次性导管将积液吸出, 并将药物分期注入, 可以平衡鼓室内外气压, 也有助于咽鼓管功能的恢复[8]。

此外, 我们也调研了其他学者的研究, 作为参考借鉴。即有学者提出[9], 在治疗中采用鼓膜穿刺的方式可以将炎性液体抽出, 有

助于炎症消退, 有益于患者的听力水平恢复, 是当下分泌性中耳炎治疗的主要方案之一。鼓膜穿刺过程需要穿刺针直接与鼓室接触, 操作中的创伤小, 但是对于手术医师的要求高, 如果有操作失误也会造成鼓膜损伤。鼓膜置管则有助于达成更优的治疗效果, 主要体现在患者的听力水平改善好, 恢复用时短, 这在本次调研中也有充分的体现。值得一提的是, 在鼓膜置管后不一定要将积液全部引出, 而是根据医嘱定期复查, 要了解积液情况, 保持耳内干燥, 防止水进入后引起的化脓、发炎问题。同时, 在医嘱下也要注意服用头孢类抗生素, 在日常生活饮食中也要注意清淡饮食、规律作息, 保持良好的康复环境[10]。鼓膜置管作为一项“小手术”, 需要在耳内显微镜下将降鼓膜切开, 对分泌物进行排出, 达到改善中耳通气的目的。在置管后需要进行多次复查, 对置管稳定位置、堵塞情况、脱出以及肉芽都进行记录[11]。同时, 这一类治疗措施也存在两种并发症。短期的则为置管堵塞、耳流脓, 长期的并发症则为鼓膜穿孔、鼓膜钙化斑等, 需要做好复查检查, 及时修复病症[12]。

综上所述, 采用鼓膜穿刺与鼓膜置管联合治疗对于分泌性中耳炎的疗效好, 有助于缩短治疗时间, 并降低并发症率, 患者病情逐步好转, 值得推广。最后, 本次调研也存在不足之处, 如样本量少, 故而建议更多学者参与到中耳炎的临床调研讨论中, 提供临床病例数据, 有益于得出全面性结论。

参考文献:

[1]刘丹,吴曙辉,万浪,岑瑞祥,王桃娇. 腺样体切除联合耳内镜下鼓膜置管或鼓膜穿刺治疗儿童分泌性中耳炎的疗效比较[J]. 中国微创外科杂志,2016,16(01):61-63+67.

[2]陈红. 鼓膜置管与鼓膜穿刺治疗鼻咽癌放疗后分泌性中耳炎的疗效比较[J]. 安徽医学,2016,37(09):1141-1142.

[3]赵然师,青浩渺,钟时勋. 鼓膜置管与穿刺对鼻咽癌放疗后分泌性中耳炎疗效 Meta 分析 [J]. 中华耳科学杂志,2020,18(03):443-448.

[4]黄开怀. 耳内镜下鼓膜置管或穿刺治疗慢性分泌性中耳炎的效果分析[J]. 中国现代药物应用,2020,14(12):10-13.

[5]任勇. 鼓膜穿刺与鼓膜置管对分泌性中耳炎患者听力水平及并发症的影响[J]. 医学理论与实践,2020,33(12):1982-1984.

[6]李维阁. 腺样体切除联合耳内镜下鼓膜置管或鼓膜穿刺治疗儿童分泌性中耳炎的对照分析[J]. 贵州医药,2022,46(03):368-369.

[7]李卓,王海婷. 鼓膜置管与鼓膜穿刺对分泌性中耳炎患儿的听力水平及安全性分析[J]. 贵州医药,2022,46(05):752-753.

[8]徐隽彦,刘春丽,倪立群. 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[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(01):21-23.

[9]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(01):190-193.

[10]宾翔,周永,张诚,甘媚. 鼓膜穿刺与鼓膜置管治疗鼻咽癌放疗后分泌性中耳炎的 Meta 分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(06):438-442+449.

[11]朱珠,郑国玺,李琦,石秋兰,周洪根,方如平. 鼓膜置管或鼓膜穿刺对腺样体切除治疗儿童分泌性中耳炎的影响[J]. 重庆医学,2017,46(15):2041-2044.

[12]栗子芳,易世江,王文华,何晓松,刘强和. 鼓膜穿刺或鼓膜置管联合腺样体切除术治疗儿童分泌性中耳炎的疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(05):383-385.