

# 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析

许仕军

(黔西市人民医院 贵州黔西 551500)

**摘要:**目的 分析慢性分泌性中耳炎患者采用耳内镜下鼓膜切开置管术的临床疗效。方法 本次研究纳入的人数共有 84 例,均为我院自 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的慢性分泌性中耳炎患者,采用随机数字表法将患者分为对照组(42 例)、观察组(42 例);将耳内镜下穿刺治疗法应用于对照组临床,观察组采用耳内镜下鼓膜切开置管术治疗,对两组患者治疗前后咽鼓管功能障碍评分、中耳积液时间、听力恢复时间、临床总有效率及术后并发症发生率进行比较。结果 咽鼓管功能障碍评分对比,治疗前,两组间对比差异不显著( $P > 0.05$ ),治疗后,观察组显著低于对照组,差异显著( $P < 0.05$ );中耳积液时间、听力恢复时间对比,观察组显著短于对照组,差异显著( $P < 0.05$ );与对照组相比,观察组患者临床总有效率更高,差异显著( $P < 0.05$ );相对对照组,观察组术后并发症发生率更低,差异显著( $P < 0.05$ )。结论 对慢性分泌性中耳炎患者采取耳内镜下鼓膜切开置管术治疗能取得良好效果,其具有的优势值得推广使用。

**关键词:**耳内镜下鼓膜切开置管术;慢性分泌性中耳炎;临床

分泌性中耳炎也被称为中耳积液、浆液性中耳炎、渗出性中耳炎、非化脓性中耳炎等,是临床常见的耳鼻喉科疾病,好发于小儿,流行病学调查结果显示,我国约 50% 以上的儿童患有本病,我国儿童的发病率尚缺乏大样本的统计资料。该疾病具有传导性聋、鼓室积液、听力下降等特征,听力下降、轻微耳痛、耳鸣等是该疾病的主要临床症状。该疾病分为三种,一是急性,二是亚急性,三是慢性,为了提高患者的临床治疗效果,有必要对其采取有效的治疗方法。治疗分泌性中耳炎的关键在于清除中耳积液和改善中耳通气引流,常用的治疗方法有药物治疗(包含抗生素或其他抗菌药物、糖皮质激素等)、耳内镜下穿刺术、耳内镜下鼓膜切开置管术等,其中,药物治疗周期较长,且难以有效改善中耳通气引流,从而限制了其在临床的广泛应用。耳内镜下穿刺术虽能快速清除部分中耳积液和改善中耳通气引流,但是,有研究指出,若患者鼓室内液体甚黏稠,采用该法难以抽吸到积液,从而会影响整体治疗效果。耳内镜下鼓膜切开置管术是伴随着耳内镜技术发展起来的一种新型术式,不仅能保持鼓室内外气压一致,还能使鼓室内液体持续引流,且还能通过耳道反复冲洗给药,从而能促进鼓室内液体稀释和流出,这样不仅能促进咽鼓管通畅,还能促进鼓室黏膜炎症的消散<sup>[1]</sup>。本研究通过纳入 84 例慢性分泌性中耳炎患者作为研究对象,就耳内镜下鼓膜切开置管术治疗法的应用效果进行分析,具体如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究纳入的人数共有 84 例,均为我院自 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的慢性分泌性中耳炎患者,随机将患者分为 42 例对照组、42 例观察组;对照组男女人数比为 22:20,年龄最小 9 岁,最大 54 岁,中位数年龄( $22.36 \pm 2.35$ )岁,病程最短 6 个月,最长 10 年,中位数病程( $5.09 \pm 1.04$ )年;观察组男性人数 23 岁,女性人数 19 岁,年龄最小、最大分别为 10 岁、55 岁,平均年龄( $23.25 \pm 3.15$ )岁,病程最短 7 个月,最长 10 年,中位数病程( $5.11 \pm 1.02$ )年;两组患者性别、年龄、病程等一般资料的比较无显著差异( $P > 0.05$ ),可比性较高。

**纳入标准:**(1)符合慢性分泌性中耳炎诊断标准者,即体征表现为鼓膜活动受限,鼓室积液、鼓膜内陷(光锥消失或变形)、鼓膜可成琥珀色、淡黄色或见液平线;症状表现为耳堵塞感或耳闷、听力下降,按捺耳屏或捏鼻鼓气后可暂时缓解,听力检查:纯音测听一呈传导性聋,且病程延续超过 8 周,(2)签署相关手术知情同意书者;排除标准:(1)合并存在其他耳鼻喉疾病者,(2)存在严重凝血功能障碍者,(3)存在认知功能障碍、沟通障碍和精神疾病者。

## 1.2 方法

**对照组:**将耳内镜下鼓膜穿刺术,具体内容为:患者采取侧坐的体位方式,患耳朝向术者,耳廓及耳周用活力碘消毒;采用 75% 的酒精对外耳道进行消毒。将外耳道内的耵聍清除。鼓膜表面以 1% 丁卡因麻醉,在耳内镜下以针尖斜面较小的 7 号针头刺入鼓室,需从鼓膜前下方或正下方刺入,然后将针头固定。采用 2mL 或 5mL 的注射器将液体抽吸,直到吸尽为止。如果存在黏稠的液体,可采用电动负压吸引器从穿刺眼吸引,但注意不能出现过大的负压。在外耳道口塞入消毒棉球,以避免外源性感染。必要时,可在 1~2 周后进行重复穿刺,也可以将糖皮质激素药应用于抽液后,术后患者的随访时间为 1 年<sup>[2]</sup>。

**观察组:**采用耳内镜下鼓膜置管术,患者采取平卧位接受治疗,患耳向上,然后对患者进行麻醉操作,14 岁以下儿童施行全身麻醉,14 岁以上儿童及成人用 1% 丁卡因行局部麻醉;在耳内镜下采用锋利的鼓膜切开刀,在鼓膜前下方作放射状,需注意通气管外径要比切口长 0.2~0.4mm,之后将鼓室内的液体用吸引器吸尽。以中耳钳夹持管之尾端,先在鼓膜切口内插入通气管前端的一侧,之后顺势全部插入前端,或以尖针在切口内推入前端;尾端留置于鼓膜外,鼓膜切口上嵌入通气管。将通气管位置是否正确进行检查,必要时用针尖进行适当的调整<sup>[3]</sup>。为了防止通气管脱落在鼓室很难寻找,可将一黑丝线系在管的尾端;然后将 1 根短碘仿纱条置入外耳道内,24h 后取出。

## 1.3 观察指标

对两组患者治疗前后咽鼓管功能障碍评分(采用咽鼓管功能障碍评分量表 ETDQ-7 评估,分值为 1~7 分,评分越高表示咽鼓管功能障碍越显著)、中耳积液时间、听力恢复时间、临床总有效率及术后并发症发生率进行比较,疗效评估标准为:显效:治疗后,患者耳痛、耳鸣等症状消失,纯音测听气导阈值下降超过 20dB;有效:治疗后,患者耳痛、耳鸣等症状明显减轻,纯音测听气导阈值下降 10~20dB;无效:治疗后,患者耳痛、耳鸣等症状无明显改善吗,纯音测听气导阈值下降不足 10dB,临床总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

## 1.4 统计学处理

相关数据的分析采取 SPSS 12.0 统计学软件,将( $\bar{x} \pm s$ )作为计量资料的表示指标,t、 $\chi^2$  检验分别应用于组间对比、计数资料组间对比分析中,差异显著以  $P < 0.05$  表示。

## 2. 结果

### 2.1 两组患者治疗前后咽鼓管功能障碍评分、中耳积液时间、

听力恢复时间的比较

咽鼓管功能障碍评分对比, 治疗前, 两组间对比差异不显著 ( $P > 0.05$ ), 治疗后, 观察组显著低于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ ); 中耳积液时间、听力恢复时间对比, 观察组显著短于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后咽鼓管功能障碍评分、中耳积液时间、听力恢复时间的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	咽鼓管功能障碍评分 (分)		中耳积液时间 (d)	听力恢复时间 (d)
		治疗前	治疗后		
对照组	42	4.19 ± 0.26	2.54 ± 0.18	11.97 ± 2.05	29.34 ± 4.08
观察组	42	4.21 ± 0.27	0.16 ± 0.09	7.06 ± 1.02	20.16 ± 3.05
t 值	-	0.004	9.147	8.165	8.148
P 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组患者临床治疗效果的比较

与对照组相比, 观察组患者临床治疗总有效率更高, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者临床治疗效果的比较[n/(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	42	17 (40.47)	19 (45.23)	6 (14.28)	36 (85.71)
观察组	42	23 (54.76)	17 (40.47)	2 (4.76)	40 (95.23)
X <sup>2</sup> 值	-	5.321	5.234	5.241	5.314
P 值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组患者术后并发症发生率的比较

与对照组相比, 观察组患者术后并发症发生率更低, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率的比较[n/(%)]

组别	例数	穿孔	感染	鼓室硬化	并发症发生率
对照组	42	3 (7.14)	2 (4.76)	2 (4.76)	7 (16.66)
观察组	42	1 (2.38)	1 (2.38)	1 (2.38)	3 (7.14)
X <sup>2</sup> 值	-	-	-	-	5.234
P 值	-	-	-	-	< 0.05

3. 讨论

分泌性中耳炎是一种以鼓室积液和传导性聋为主要特征的中耳非化脓性炎症性疾病, 引发该疾病发生的致病因素有多种, 如中耳局部感染、咽鼓管功能障碍、变态反应、气压损伤等。可分为急性分泌性中耳炎和慢性分泌性中耳炎两种, 其中, 慢性分泌性中耳炎有着较高的发病率, 患有该疾病的患者会出现听力下降、轻微耳痛、耳鸣、耳闷胀感等不良症状, 如果没有采取有效方法治疗, 将导致患者病情加重, 对患者的听力带来极大的危害, 如相关研究指出, 分泌性中耳炎多见于儿童, 是儿童常见的致聋原因之一<sup>[4]</sup>。因此, 就需要临床尽早采取有效方案对患者进行治疗, 才能改善其预后。

既往, 临床多采用耳内镜下鼓膜穿刺术对分泌性中耳炎患者进行治疗, 也即通过对其鼓膜的前下方或正下方进行穿刺, 将鼓膜中的积液抽出, 从而达到清除中耳积液, 改善咽鼓管通气引流的效果, 这种术式虽有一定的治疗效果, 但是, 对中耳积液过于黏稠不易排出者采用该法治疗, 难以进行有效引流, 从而难以达到良好的治疗

效果, 且有研究指出, 大部分分泌性中耳炎患者为儿童, 儿童耳道狭小、鼓膜厚, 采用耳内镜下鼓膜穿刺术治疗会导致鼓气耳镜观察鼓膜活动度受限, 从而易导致引流不充分。基于此, 现代临床多注重采用耳内镜下鼓膜切开置管术对患者治疗, 该术式需要切开鼓膜, 然后, 经外耳道将通气管置于鼓膜上, 使外耳道和鼓室形成临时通道, 这样可经外耳道完成中耳的通气和引流, 从而有助于促进鼓管功能恢复, 且耳内镜下鼓膜切开置管术还能长期保持鼓室与大气压力平衡, 能够有效引流中耳分泌物, 从而能进一步促进咽鼓管功能恢复。另外, 相比于耳内镜下鼓膜穿刺术, 耳内镜下鼓膜切开置管术还能防止过多的液体产生和减少杯状细胞和腺体的增生, 并间接促进纤毛运动恢复, 从而能加快咽鼓管功能改善速度。因此, 其是分泌性中耳炎治疗的有效方法, 能提高患者临床疗效。尽管, 耳内镜下鼓膜切开置管术属于切开手术, 但是, 它的切口较小, 对患者鼓膜产生的创伤也较小, 从而能有效降低其术后并发症发生率<sup>[5]</sup>。

本次研究结果显示: 治疗后, 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗组患者咽鼓管功能障碍评分 (0.16 ± 0.09) 分、中耳积液时间 (7.06 ± 1.02) d、听力恢复时间 (20.16 ± 3.05) d、术后并发症发生率 (7.14%) 均显著低于耳内镜下鼓膜穿刺术治疗组 (0.16 ± 0.09) 分、(11.97 ± 2.05) d、(29.34 ± 4.08) d、(16.66%), 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗组患者临床治疗总有效率 (95.23%) 显著高于耳内镜下鼓膜穿刺术治疗组 (85.71%), 与苏娟<sup>[6]</sup>研究中得出的耳内镜下鼓膜切开置管术治疗组患者临床治疗总有效率 (94.74%) 显著高于耳内镜下鼓膜穿刺术治疗组 (68.42%) 结论基本一致, 由此说明, 对慢性分泌性中耳炎患者采取耳内镜下鼓膜切开置管术治疗能取得良好效果, 不仅能有效改善患者咽鼓管功能和缓解其临床症状, 还能缩短其整体预后周期。

综上所述, 对慢性分泌性中耳炎患者采取耳内镜下鼓膜切开置管术治疗能取得良好效果, 其能有效提高患者临床疗效, 其具有重要临床应用价值, 值得推广。

参考文献:

[1] 武娟. 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(32): 55-56.  
 [2] 马菲, 李斐, 庞艳荣. 内镜下腺样体切除术联合鼓膜切开鼓室冲洗+鼓膜置管术治疗腺样体肥大伴分泌性中耳炎的临床效果分析[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(18): 3214-3216.  
 [3] 余刚. 耳内镜下鼓膜置管术与鼓膜穿刺术治疗分泌性中耳炎的疗效对比分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(04): 6.  
 [4] 邹健, 李义森, 方峥嵘, 秦龙全. 耳内镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎 88 例临床观察[J]. 南通大学学报(医学版), 2015, 35(04): 321-322.  
 [5] 许杰英. 硬性耳内镜鼓膜切开置管术治疗儿童分泌性中耳炎的临床疗效分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2019, 3(08): 20-21.  
 [6] 苏娟, 吉晓滨, 谢景华, 李鹏. 耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎临床分析[J]. 中国医学创新, 2017, 14(14): 92-95.