

耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎的临床分析

韩 英 管志涛

山东省商河县人民医院, 山东 济南 251600

【摘要】 目的 探究耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎的临床价值。方法 从我院抽取 2021 年 11 月至 2022 年 7 月共 69 例慢性分泌性中耳炎患者, 随机分组, 对照组采取鼓膜穿刺术, 实验组中采取下鼓膜置管术治疗, 观察指标为对比两组患者病情改善及复发情况、炎症与血清改变、气骨导差及相关量表、治疗前后听力水平、并发症。结果 实验组患者慢性分泌性中耳炎改善 97.14% 高于对照组 82.35%; 实验组患者治疗后炎症与血清变化幅度高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后实验组气骨导差、咽鼓管障碍量表低于对照组, 耳鸣评价量表高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后实验组与对照组均有改善, 实验组患者治疗后 0.5kHz、1.0kHz、2.0kHz 低于对照组, 静态声顺值高于对照组 ($P < 0.05$); 实验组患者发生鼓室硬化、耳漏、粘膜水肿、感染、听力降低的概率 5.70 低于对照组 23.53% ($P < 0.05$)。结论 在临床中下鼓膜置管术有效帮助慢性分泌性中耳炎患者降低炎症反应, 减少病情复发, 改善患者的听力水平, 具有显著推广价值。

【关键词】 鼓膜置管术; 治疗; 慢性分泌性中耳炎; 临床价值

中耳炎是耳鼻喉科常见疾病, 主要累及咽鼓管、鼓室等, 由于病菌、病毒感染引起^[1]。通过咽鼓管中耳引起肿胀或充血出现疾病, 患者临床可出现耳部疼痛、耳鸣等症状^[2]。好发于儿童, 免疫力低下、过度劳累、老年人等均为疾病的诱发因素, 临床根据患者病情可分为急性中耳炎、慢性化脓性中耳炎和分泌性中耳炎^[3]。分泌性中耳炎属于非化脓性炎症, 多为上呼吸道感染, 由于中耳积液过多导致患者出现听力下降, 发病不受年龄限制, 若患者不及时治疗可导致永久性听力下降^[4]。鼓膜置管术通过鼓膜切口将通气管嵌入鼓膜中, 帮助患者将中耳中的分泌无引流到外耳道, 缓解患者临床症状, 提高患者听力水平, 此次研究选取我院 2021 年 11 月至 2022 年 7 月治疗慢性分泌性中耳炎 69 例, 旨在讨论耳内镜下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎的临床价值, 现详过程如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2021 年 11 月至 2022 年 7 月 69 例治疗慢性分泌性中耳炎, 将患者随机分成实验组 ($n=35$) 和对照组 ($n=34$) 进行对比实验, 所有纳入研究患者中, 实验组中男 21 例, 女 14 例, 年龄最大为 54 岁, 最小为 6 岁, 慢性分泌性中耳炎病程 (4.26 ± 1.61) 个月。对照组中男性 18 例, 女性 16 例, 年龄最大为 55 岁, 最小为 7 岁, 慢性分泌性中耳

炎病程 (4.25 ± 1.42) 个月。本次研究通过本院伦理委员会审核。纳入规则: (1) 患者经临床医生检查诊断为慢性分泌性中耳炎; (2) 自愿签署同意书; (3) 患者配合度较高; (4) 患者经保守治疗后效果欠佳; (5) 患者肝肾功能检查正常。排除规则:

(1) 患者存在严重感染性疾病; (2) 合并其他耳鼻喉部疾病患者; (3) 患者头部存在外伤史; (4) 患者存在长期噪音接触史; (5) 患者存在器质性功能障碍。两组资料可用于研究 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法 对照组采取鼓膜穿刺术: 患者患侧耳部朝上, 给予患者常规消毒, 对鼓膜表面进行麻醉, 减少患者疼痛, 选择斜面较短的针头, 在鼓膜紧张部前下方刺入, 刺入力度适中, 采取大小合适的注射器抽出鼓室内液体后给予患者抗生素治疗, 若患者耳道视野不清可通过内耳镜面辅助, 患者分泌物不易抽取必要时可采取吸引器, 术后叮嘱患者耳部保持干燥状态, 若出现不适及时告知^[5]。

实验组中采取下鼓膜置管术治疗: 检查患者是否存在严重心脏病或血液疾病, 儿童大于 1 岁可采取异氟醚吸入性全身麻醉, 成人可采取局麻, 直接作用与患者鼓膜约 15min, 叮嘱患者不可乱动, 安抚患者紧张情绪, 给予患者耳部常规消毒, 通过耳镜观察患者鼓膜液体, 在前下方切开 1~3mm 切口, 刺入不可太深, 不可较鼓膜边缘太近, 防止伤及粘膜血管, 通过切口将患者鼓室内的液体吸出, 在中

耳腔滴入抗生素治疗,放置通气管使鼓室内外相连,叮嘱患者保持耳部的清洁。

1.3 观察指标 观察指标如下。

(1) 从比较患者临床症状变化,听力各项检查水平、咽鼓管功能改善情况等对比两组患者慢性分泌性中耳炎改善情况。

(2) 炎症与血清指标包括白细胞介素-8(IL-8)、降钙素原(PCT)、血清可溶性白介素-2受体(SIL-2R)、血清血小板活化因子(PAF)。

(3) 比较两组患者气骨导差(正常值为-10-10db,患者超过25db,可出现听力下降),ETDQ-7评估患者咽鼓管情况,分为7个等级(1~7分,共49分),评估患者症状严重程度,TEQ评估患者耳鸣严重程度,一共5级21分,包括耳鸣时间、对睡眠、专注度、心情影响等六方面进行评价,分数与患者病情呈正比。

(4) 比较两组患者治疗前后的0.5kHz、1.0kHz、2.0kHz(需现测量1.0kHz、2.0kHz后再次测量1.0kHz,两次结果相差小于10db继续测量0.5kHz)及静态声顺值变化,判断患者听力情况。

(5) 比较两组患者出现鼓室硬化、耳漏、粘膜水肿、感染、听力降低的概率,发生率=(发生例数/总例数)×100%。

1.4 统计学分析 SPSS 21.0统计学软件。计数资料用%表示,χ²检验。计量资料($\bar{x} \pm s$)表示,t检验,P<0.05有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者病情改善及复发情况 实验组患者慢性分泌性中耳炎改善97.14%高于对照组82.35%(P<0.05)。详情见表1。

表1 对比两组患者病情改善及复发情况 [n(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	改善率
实验组	35	20 (57.14)	14 (40.00)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	34	15 (44.12)	13 (38.24)	6 (17.65)	28 (82.35)
χ ²					4.148
P					0.042

2.2 对比两组患者炎症与血清改变 两组患者治疗前炎症与血清差异较小,治疗后实验组白细胞介

素-8、降钙素原、血清可溶性白介素-2受体、血清血小板活化因子变化幅度高于对照组(P<0.05),见表2。

表2 对比两组患者炎症与血清改变 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-8 (pg/mL)		PCT (ng/mL)		SIL-2R (U/mL)		PAF (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	35	19.42 ± 1.16	11.58 ± 1.23	0.91 ± 0.25	0.14 ± 0.04	820.25 ± 137.12	294.21 ± 56.31	62.25 ± 35.34	17.21 ± 7.67
对照组	34	19.15 ± 1.41	15.21 ± 1.64	0.96 ± 0.31	0.56 ± 0.15	832.35 ± 141.15	451.52 ± 75.14	62.39 ± 35.15	28.52 ± 9.14
t		0.865	11.654	0.255	13.723	0.392	6.425	0.092	5.425
P		0.387	<0.001	0.742	<0.001	0.719	<0.001	0.987	<0.001

2.3 对比两组患者气骨导差及相关量表 两组患者治疗前气骨导差及相关量表无可比性,治疗后

实验组气骨导差、咽鼓管障碍量表低于对照组,耳鸣评价量表高于对照组(P<0.05)。详情见表3。

表3 对比两组患者 ABG、ETDQ-7、TEQ ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ABG (dB)		ETDQ-7 (分)		TEQ (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	35	18.24 ± 3.52	6.38 ± 3.49	4.92 ± 1.34	2.68 ± 0.83	13.92 ± 2.34	3.61 ± 0.82
对照组	34	18.71 ± 2.69	12.73 ± 4.61	4.83 ± 1.28	3.17 ± 1.05	13.83 ± 2.28	6.29 ± 0.25
t		0.183	4.681	0.125	4.743	0.485	14.743
P		0.536	<0.001	0.417	0.038	0.638	<0.001

2.4 对比两组患者治疗前后听力水平 治疗前两组听力比较无意义,治疗后实验组与对照组均有改善,实验组0.5kHz、1.0kHz、2.0kHz低于对

照组,静态声顺值高于对照组,患者听力水平优于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05)。详情见表4。

表 4 对比两组患者治疗前后听力水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	0.5kHz		1.0kHz		2.0kHz		静态声顺值 (mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	35	25.28 ± 7.73	17.26 ± 5.39	34.44 ± 6.43	18.23 ± 4.36	37.55 ± 5.26	20.77 ± 4.24	0.51 ± 0.07	0.76 ± 0.04
对照组	34	25.34 ± 7.24	20.28 ± 6.51	34.26 ± 6.53	23.54 ± 5.32	37.27 ± 5.72	24.48 ± 4.12	0.49 ± 0.09	0.63 ± 0.06
<i>t</i>		0.021	2.847	0.185	4.310	0.252	3.841	0.817	10.584
<i>P</i>		0.974	0.039	0.909	<0.001	0.833	<0.001	0.399	<0.001

2.5 对比两组患者并发症 实验组患者发生鼓室硬化、耳漏、粘膜水肿、感染、听力降低的概率5.70%低于对照组23.53% ($P<0.05$)。详情见下表5。

表 5 对比两组患者并发症 [n (%)]

组别	例数	鼓室硬化	耳漏	粘膜水肿	感染	听力降低	发生率
实验组	35	0 (0)	0 (0)	1 (2.85)	1 (2.85)	0 (0)	2 (5.70)
对照组	34	3 (8.82)	1 (2.94)	2 (5.88)	1 (2.94)	1 (2.94)	8 (23.53)
χ^2							4.648
<i>P</i>							0.036

3 讨论

耳朵是人体的听觉器官,可将接收的机械波传递给大脑,帮助人体辨别声音信息。人耳可分为三部分,中耳由于解剖构造等原因发炎概率较高,中耳包括鼓室、前庭、咽鼓管等,咽鼓管连接鼓室和鼻咽^[6]。临床中慢性非化脓性中耳炎较为多见,由急性期治疗不当,患者病情超过3个月迁延导致,是常见的致聋原因之一,对患者的听力影响较大。病因可能与咽鼓管障碍、感染、免疫问题相关,临床症状以听力减退、耳闷为主,患者听力不会因头位转动改变^[7]。患者临床耳镜检查可见鼓膜呈不透明的乳白色,液平面呈向上凹的弧线,部分伴有气泡。若患者为儿童可影响患儿的发育与学习,疾病进一步发展患儿可能出现丧失与他人交流的能力,治疗以改善患者咽鼓管功能,清除患者中耳积液为主要目的,鼓膜置管术临床适用于鼓室积液、咽鼓管堵塞等患者,选择前下部切开对患者的听骨损伤较小,通气管置管时间较长,有效改善患者临床症状,防止并发症产生^[8]。

研究结果发现,实验组患者慢性分泌性中耳炎改善97.14%高于对照组82.35%,实验组患者治疗后炎症与血清变化幅度高于对照组,治疗后实验组气骨导差、咽鼓管障碍量表低于对照组,耳鸣评价量表高于对照组,治疗后实验组与对照组均有改善,实验组患者治疗后0.5kHz、1.0kHz、2.0kHz低于对照组,静态声顺值高于对照组,实验组患者发生鼓室硬化、耳漏、粘膜水肿、感染、听力降低的概率5.70%低于对照组23.53% ($P<0.05$)。

综上所述,在临床中下鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎应用价值显著,有效帮助患者减少鼓室硬化、耳漏等情况发生,缩短患者听力恢复时间,适合广泛推广。

参考文献

- [1] 陈晨,陈军,郭晓安.参苓白术散加味联合糠酸莫米松与头孢地尼治疗脾虚痰湿型慢性分泌性中耳炎的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药杂志,2022,15(21):148-150.
- [2] 林智强.地塞米松经鼓膜穿刺和经咽鼓管给药方案治疗慢性分泌性中耳炎临床疗效及安全性分析[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2022,37(1):64-66.
- [3] 于清波.耳聋左慈丸治疗慢性分泌性中耳炎的效果及对耳积液TGF- β 1、IL-8、IL-1 β 水平的影响[J].医学理论与实践,2022,35(9):1525-1527.
- [4] 李拥军,张佳宁.耳内镜下鼓膜置管术联合盐酸左氧氟沙星滴耳液治疗小儿慢性分泌性中耳炎的效果及对LTD4、IL-5、INF- γ 、MMP-2、MMP-9水平的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(16):104-107.
- [5] 李研,蒋虹.腺样体消融术同期咽鼓管球囊扩张术治疗儿童慢性分泌性中耳炎伴咽鼓管功能障碍的短期疗效[J].临床医学研究与实践,2022,7(7):94-97.
- [6] 高吉.鼻内镜下应用曲安奈德冲洗咽鼓管治疗慢性分泌性中耳炎的效果和复发率分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(58):147-148.
- [7] 刘章,王朝霞.鼻内窥镜下咽鼓管置管术与耳内窥镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎的效果研究[J].临床医学,2021,41(3):70-71.
- [8] 周一凡.鼻内窥镜下咽鼓管置管术与耳内窥镜下鼓膜切开置管术治疗慢性分泌性中耳炎患者的对比研究[J].哈尔滨医药,2019,39(5):426-427.