

经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管治疗分泌性中耳炎

高国强,艾文彬

(南华大学附属第二医院耳鼻咽喉科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 观察经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管术对治疗分泌性中耳炎的临床效果。 **方法** 收集本院因分泌性中耳炎伴腺样体肥大住院治疗的患者 66 例,均为双耳患病,回顾性分为两组,每组 33 例(66 耳),分别为置管组:经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管术治疗;穿刺组:经鼻鼻内镜下腺样体切除结合鼓膜穿刺治疗。比较两组治疗后临床疗效以及并发症发生情况。 **结果** 置管组显效率 53.0%,高于穿刺组 39.4%;住院时间 5 ± 1.5 天,短于穿刺组 8 ± 1.5 天。置管组总并发症发生率为 7.6%,显著低于穿刺组 18.2%。 **结论** 经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管术对治疗分泌性中耳炎住院时间短,临床疗效好,治疗后并发症发生率低,适合临床应用推广。

关键词: 分泌性中耳炎; 腺样体切除; 鼓室置管

中图分类号: R764.21 **文献标识码:** A

分泌性中耳炎是耳科常见疾病,是由于咽鼓管阻塞或功能障碍而引起的以中耳积液和传导性耳聋为主要特征的非化脓性疾病,在儿童中发病率较高,若诊断、治疗不及时,易造成听力损失、言语发育迟缓,是儿童常见的致聋原因之一^[1]。在儿童和青少年中,腺样体肥大被认为是分泌性中耳炎发病中的重要因素。本文报告本院 2010 年 1 月~2012 年 10 月因分泌性中耳炎伴腺样体肥大的 66 例住院病例,就腺样体肥大与分泌性中耳炎的关系进行分析,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集本院 2010 年 1 月~2012 年 10 月期间,因分泌性中耳炎伴腺样体肥大住院治疗的患者 66 例,均为双耳患病,将入选病例回顾性分为两组,每组 33 例(66 耳),分别为置管组:经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管治疗;穿刺组:经鼻鼻内镜下腺样体切除结合鼓膜穿刺治疗;置管组男 18 例,女 15 例,患者年龄 7~19 岁,平均 12 ± 2.5 岁,病程 7 周~2 年,平均病程 1.3 ± 0.4 年;穿刺组男 17 例,女 16 例,患者年龄 8~18 岁,平均年龄 13 ± 1.5 岁,病程 6 周~2.5 年,平

均病程 1.3 ± 0.5 年。所有患者均伴有不同程度腺样体肥大,且均经 3 月以上的保守治疗^[2]。两组患者在性别、年龄、病程以及病情等指标方面比较,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

均行气管插管加静脉复合全身麻醉,患者平卧手术台,术耳朝上,置管组先于耳内镜下行双侧鼓室置管,鼓膜切口均采用前下象限弧形切口,吸引器吸尽鼓室内液体后将通气管嵌于鼓膜切口上。然后肩下垫高,上戴维式开口器,经鼻、鼻咽及口咽放置头皮针输液管,牵拉软腭,经口导入 70°鼻内镜,先仔细观察鼻咽部,了解腺样体增生程度及周围结构,确认鼻中隔后端、下鼻甲后端、咽鼓管圆枕和咽鼓管咽口等重要结构^[3],经口导入美敦力鼻动力系统的 120°腺样体切割头,从下向上从周围向中间彻底切除腺样体,干棉球压迫止血或双极电凝止血结束腺样体切除手术。术中均注意尽量将肥厚之腺样体组织切除干净,切割腺样体时先从下缘开始,逐渐向侧缘进展,以利于清楚地暴露边缘和确定咽鼓管圆枕标志。在处理咽鼓管周围的腺样体组织时,切割器向下向内,避免损伤两侧咽鼓管圆枕及咽口,然后逐渐向中央进展,始终保持切割刀刃朝向腺样体,这样可以减少对正常组织的损伤^[4]。穿刺组则先在耳内镜下行双侧鼓膜穿刺,术者左手持镜头进入外耳道,显示屏清晰显示鼓膜情况,右手持连接平头抽吸管的注射器精确刺入患耳鼓膜前方,抽吸中耳腔渗液,然后换用吸引管从穿刺针孔进入中耳腔,将

残存液体吸净完成鼓膜穿刺手术^[5]。然后经鼻腔导入 0°鼻内镜,鼻腔内放置 1%肾上腺素盐水棉片,收缩鼻腔黏膜,经鼻腔于鼻内镜下行腺样体切除手术。术后均静滴抗生素 3~6 天,以丙酸氟替卡松或糠酸莫米松鼻喷雾剂喷鼻 3~6 月,生理盐水鼻腔冲洗治疗 2 周。所有患者均随访 6~12 月。

1.3 疗效分析

对两组患者治疗后临床疗效及并发症发生情况进行比较。临床疗效包括显效、有效、无效和总有效率以及住院时间;并发症包括鼻腔粘连、复发、鼓膜穿孔、反复感染、听力不全和总并发症发生率。疗效评定标准^[6]:显效:耳鸣、耳闷、听力下降及自声增强等症消失,自觉听力恢复,经纯音测听恢复至正常或咽鼓管功能正常,鼓室导抗图 A 型,1 个月内症状无复发;有效:耳鸣、耳闷、听力下降及自声增强等症较前好转,自觉听力较前提高,经纯音测听听力提高 15 dB 左右,鼓室导抗图 A 型或 As 型,但峰值较治疗前为高;无效:临床症状无任何好转,听力检查和鼓室导抗图测试与治疗前无差异。

1.4 统计学方法

采用 SPSS12.0 统计软件进行统计分析,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较

置管组显效率为 53.0%,高于穿刺组 39.4%;住院时间 5 ± 1.5 天,短于穿刺组 8 ± 1.5 天($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床疗效(耳,%)

组别	耳数	显效	有效	无效	总有效率	住院时间(天)
置管组	66	35(53.0)	30(45.5)	1(1.5)	98.5%	5 ± 1.5
穿刺组	66	26(39.4)	35(53.0)	5(7.6)	92.4%	8 ± 1.5

2.2 两组患者治疗后并发症发生情况比较

置管组总并发症发生率为 7.6%,显著低于穿刺组 18.2% ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗后并发症发生情况比较(例,%)

组别	耳数	复发	鼓膜穿孔	反复感染	听力不全	鼻腔粘连	总并发症发生率
置管组	66	0(0.0)	2(3.0)	2(3.0)	1(1.5)	0(0.0)	7.6%
穿刺组	66	3(4.5)	2(3.0)	2(3.0)	2(3.0)	3(4.5)	18.2%

3 讨 论

近年来,分泌性中耳炎的发生率正以一定速度上升,针对其对患者生活质量的影响比较大,目前已引起耳鼻喉医学专家的倍加关注,关于其治疗方法也成为一直被讨论的重点。本文也将就经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管术和经口鼻内镜下腺样体切除术两种不同方法进行实验分析,以评价何种方式为临床治疗较佳选择。咽鼓管功能不良是分泌性中耳炎的基本病因,而腺样体肥大是导致咽鼓管功能不良的主要原因。从上述结果中可见,经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管治疗组复发率为 0%,显著低于经鼻鼻内镜下腺样体切除结合鼓膜穿刺治疗组 4.5%;听力不全为 1.5%,明显低于穿刺组 3.0%;鼻腔粘连为 0%,显著低于穿刺组 4.5%;总并发症发生率为 7.6%,显著低于穿刺组 18.2%。分泌性中耳炎的发生主要与腺样体炎、扁桃体炎、变应性鼻炎或慢性鼻窦炎有关,且都可引起中耳积液不易治愈以及复发。采用腺样体切除术加鼓膜置管术的联合方法,对分泌性中耳炎的防治有显著疗效^[7]。从本组病例对照研究发现,联合治疗方法的临床疗效和并发症发生情况都相对较好,经鼻鼻内镜下腺样体切除结合鼓膜穿刺手术虽然可以解除腺样体肥大对咽鼓管咽口的长期压迫或堵塞所导致的咽鼓管和中耳腔引流障碍,但是鼓膜穿刺所形成的穿刺孔自行闭合的时间较短,可能有部分患者达不到将鼓室内积液完全排出的效果,而且穿刺一周以后仍有积液就需要再次穿刺,尤其对于年龄较小的患儿,后期有可能加行鼓室置管术,而同期行中耳腔的鼓室置管术可以快速处理鼓室积液,加快中耳引流和平衡气压,同时促进咽鼓管功能的全面恢复,避免了患者后期加行鼓室置管术所带来的手术、麻醉风险及医疗费用。对于儿童或鼻腔入路狭窄者,因易造成手术操作不便,有增加鼻黏膜擦伤而导致鼻腔粘连的可能,宜选择经口入路更为方便。综上所述,经口鼻内镜下腺样体切除结合鼓室置管术对治疗分泌性中耳炎住院时间短,临床疗效好,治疗后并发症发生率低,适合临床应用推广。

参考文献:

- [1] 王淑芬,徐忠强,王智楠.腺样体刮除术及鼓室置管术治疗儿童分泌性中耳炎疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(19):900-901.

(上接第 505 页)

- [2] 白霞,徐明,沈安民.经鼻内镜腺样体切除术后对儿童分泌性中耳炎听力转归的影响[J].中国内镜杂志,2009,15(7):684.
- [3] 张鹏,郭莉,陈平.鼻内镜下腺样体切除术治疗腺样体肥大及儿童分泌性中耳炎的疗效分析[J].中国实用医药,2011,6(11):75-76.
- [4] 陈伟南,杨海弟,陈秋坚,等.耳内镜下鼓膜置管联合腺样体切除术治疗儿童分泌性中耳炎[J].中华耳科学杂志,2010,8(2):200-202.

- [5] 张莉,李玲香,王欢.鼻内镜下同步完成腺样体切除及鼓膜穿刺术治疗小儿分泌性中耳炎[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(12):658-658.
- [6] 张恒,鄢斌成.两种不同腺样体切除术式治疗儿童分泌性中耳炎的临床对比研究[J].中国内镜杂志,2013,19(1):1195.
- [7] 张学军,周志励,王彦.内镜下鼓室置管及腺样体刮除治疗儿童分泌性中耳炎 75 例临床分析[J].广西医学,2012,34(11):1584-1586.

(此文编辑:蒋湘莲)