

分泌性中耳炎治疗及护理的临床分析

熊玉珍¹, 孙陆军² (1. 武汉大学人民医院 430060; 2. 湖北省汉川市人民医院 431600)

【摘要】 目的 探讨分泌性中耳炎综合治疗措施达到提高分泌性中耳炎的治疗水平。**方法** 选用汉川市二河卫生院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月收治的分泌性中耳炎患者 62 例, 共 100 耳, 提出分泌性中耳炎治疗要根据不同病情选择适当的治疗手段。**结果** 患者治愈 77 耳(77.0%), 有效 18 耳(18.0%), 总有效率为 95.0%。所有患者 3 个月后复查症状无复发, 听力无下降。**结论** 早期诊断是分泌性中耳炎治疗成功的关键。鼻内窥镜的临床应用提高了分泌性中耳炎的诊疗水平。

【关键词】 分泌性中耳炎; 综合治疗; 临床分析; 鼻内窥镜

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 09. 063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)09-1165-02

分泌性中耳炎是临床常见病, 是以鼓室积液及听力下降为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病^[1]。患者常因未被注意而延误诊断和治疗, 当今对其病因和病理变化认识水平有限, 在临床诊治理念和方法上也不统一。作者以听力学检查作为动态观察的主要检测方法进行了正确诊断和早期恰当治疗。本院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月采用药物治疗、骨膜穿刺、鼓膜置管、邻近病灶治疗分泌性中耳炎 62 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 62 例中男 39 例, 女 23 例, 年龄 8.2~68.6 岁, 平均 38.4 岁, 双侧 38 例(76 耳), 单侧 24 例(24 耳), 病史 10 d 至 3 个月。以耳堵、听力下降为主要症状。合并疾病: 急性上呼吸道感染 11 例, 慢性鼻炎、鼻窦炎 26 例, 腺样体肥大者 15 例, 慢性扁桃体炎或(和)Ⅲ度大者 10 例。声阻抗检查: 鼓室压图 75 耳(75.0%)为 B 型图, 25 耳(25.0%)为 C 型图。纯音测听: 语言频率平均损失 18~38 dB, 蹬骨肌反射大部分患者未能引出。检查鼓膜多表现为内陷, 色泽灰暗; 63 耳鼓膜呈黄色或黄红色, 可见液平面或气液平面; 26 耳鼓膜增厚、混浊, 鼓膜活动明显受限; 7 耳鼓膜有钙化斑; 4 耳鼓膜菲薄。

1.2 治疗方法

1.2.1 药物加鼓膜穿刺 选择敏感抗生素, 如阿莫西林、利菌沙、头孢克洛、糖皮质激素; 抗病毒药物, 黏促排剂吉诺通, 同时鼻腔应用减充血剂, 疗程 7~10 d。然后常规鼓膜穿刺, 抽出液体或气体并予地塞米松和 50% 葡萄糖混合液 1~2 mL 注入中耳腔, 1 周后未愈同法治疗。3 次无效行鼓膜置管。

1.2.2 鼓膜置管 患者取仰卧位患侧向上, 乙醇棉球消毒外耳道及鼓膜, 1% 丁卡因表面麻醉后在手术显微镜下用鼓膜切开刀于鼓膜前下象限或后下象限。“+”字型切开鼓膜, 吸净中耳腔积液置入硅胶中耳通气管。置入后第 1 周每日检查并以地塞米松注射液冲洗鼓室, 1 周后每周复查清理分泌物和局部情况, 2 个月后每月复查一次至脱管。置管时间 6~18 个月。

1.2.3 邻近病灶治疗 积极治疗上呼吸道感染、慢性鼻炎、鼻中隔偏曲、鼻窦炎、鼻息肉、扁桃体炎、腺样体肥大。

1.3 疗效评定标准^[2] 痊愈: 临床症状消失, 纯音听阈恢复到 25 dB 以内, 鼓室图为 A 型; 有效: 症状消失或明显减轻, 鼓膜内陷改善, 听力提高 1~15 dB, 但未达正常, 鼓室图 B 型转为 C 型或 C 型转为 A 型; 无效: 症状无改善或不明显。

2 结果

62 例(100 只耳)患者中药及鼓膜穿刺治疗 77 耳(77.0%)

痊愈, 18 耳(18.0%)有效, 5 耳(5.0%)无效, 16 例置管, 15 例痊愈, 其中 15 例好转后未再治疗。5 例儿童进行扁桃体及腺样体手术, 3 例行鼻腔手术, 1 例鼻咽癌未治疗, 1 例失去随访。

3 讨论

分泌性中耳炎发病机制复杂, 目前尚不能完全明了。一般认为由于上呼吸道炎症或物理因素等造成咽鼓管阻塞, 使中耳腔内形成负压, 导致毛细血管通透性增高, 渗出增多, 形成中耳积液; 中耳腔内压力小于咽鼓管内压力, 使液体不能排出; 同时咽鼓管黏膜水肿, 纤毛功能破坏, 加重中耳积液淤留; 中耳积液并发感染, 又进一步加重咽鼓管功能障碍。以上因素互为因果, 形成恶性循环, 如何切断这种恶性循环, 是临床治疗分泌性中耳炎的重点所在。

鼓膜切开置管术是目前治疗分泌性中耳炎常用方法之一, 对慢性分泌性中耳炎患者、分泌物黏稠或反复鼓膜穿刺无效者多采用该法治疗^[2]。以避免发生粘连性中耳炎、鼓膜硬化或胆固醇肉芽肿等严重并发症, 防止危及患者听力, 但也应注意到鼓膜切开置管引流术可导致鼓膜硬化、钙斑、化脓性中耳炎及鼓膜永久性穿孔等严重并发症并危及患者听力。同时鼓膜置管只能达到鼓室引流及消除中耳负压的作用, 如咽鼓管不通畅, 取通气管后中耳仍将处于负压状态, 导致积液复发^[3-5]。故严格掌握手术适应证十分重要, 置入的通气管时间要足够长。本组患者共有 43 耳采用该法治疗, 治愈 32 耳, 有效 8 耳。由于病程过长或病情较严重, 有 3 例疗效欠佳。本组患者放置通气管的时间为 6~12 个月, 时间过短由于咽鼓管不能完全通畅, 易导致病情反复, 放置时间过长易致鼓膜永久性穿孔。对急性分泌性中耳炎患者作者主要采取鼓膜穿刺抽液及全身应用抗生素治疗的方法, 经过 1~2 周的保守治疗, 多数患者症状明显好转。鼓室导抗图可由“B”型转变为“A”型。本组患者共有 27 耳采用该法治疗, 治愈 22 耳, 有效 3 耳, 有 2 耳疗效欠佳, 后采用咽鼓管置通气管法病情得以好转。作者认为采用该法治疗时应注意: (1) 治疗过程中要注意无菌操作, 避免发生化脓性中耳炎; (2) 若患者有鼻腔急性炎症不宜采用此疗法; (3) 治疗前要排除鼻咽部肿物堵塞咽鼓管; (4) 如患者有慢性扁桃体炎或腺样体肥大, 可行扁桃体或腺样体切除以防止复发。

近年来, 由于鼻内窥镜的大量临床应用, 本科室采用鼻内窥镜引导下咽鼓管吹张、咽鼓管置管注药及咽鼓管置通气管等治疗方法, 选择的病例主要为急性发病、咽鼓管功能较差的患者, 主要注入的药物为先锋霉素 V 0.125 g、糜蛋白酶 500 U 以及地塞米松 2 mg, 可减轻鼓室及咽鼓管内炎性反应, 减轻水

肿,并进一步稀释较黏稠的积液以利于排出^[6]。如病情较严重的患者常留置一硬膜外导管,放置时间 5~7 d,优点在于可反复向鼓室腔注入上述药物冲洗,每日 1 次或隔日 1 次。本组患者共有 14 耳采用该法治疗,治愈 7 耳,有效 7 耳,均取得满意疗效。该组患者如合并急性上呼吸道感染时应先控制感染。

参考文献

- [1] 黄选兆.耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:246.
- [2] 何江,韦立国,徐志文.鼓膜双穿刺加压注药治疗分泌性中耳炎[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2007,18(1):51-52.

- [3] 席选印,李菊芬,张全安.分泌性中耳炎综合治疗体会[J].黑龙江医药科学,2008,6(3):34.
- [4] 马季青,刘宏建,霍亚平,等.儿童分泌性中耳炎的综合治疗[J].山西医药杂志,2009,38(7):647.
- [5] 李光.64 例儿童分泌性中耳炎临床治疗分析[J].检验医学与临床,2011,8(18):2272-2273.
- [6] 刘佳辉.分泌性中耳炎的治疗进展[J].河北医药,2009,31(2):214-215.

(收稿日期:2012-10-24 修回日期:2012-12-26)

注重外周血细胞形态学检查降低血液病漏诊和误诊

魏宁康,杜元元(陕西省安康市中医院检验科 725000)

【摘要】 目的 如何有效降低血液病的漏诊、误诊。**方法** 对安康市中医院住院和门诊患者对白细胞(WBC) $>25\times 10^9/L$ 或 $WBC<4.0\times 10^9/L$ 的 761 例血液标本进行外周血涂片检查。**结果** 中性粒细胞出现核左移 33 例,核右移 4 例,中性粒细胞毒性变化 95 例,异形淋巴细胞大于 5%的有 62 例,幼稚细胞 7 例,有核红细胞 20 例,小细胞低色素性贫血 19 例,大细胞性贫血 3 例,血小板计数异常 9 例。**结论** 细胞形态学检查具有重要的临床价值,在疑似血液病和血液学检查异常时必须同时进行外周血图片检查。

【关键词】 外周血; 血细胞形态; 血液病; 异形淋巴细胞; 血细胞分析仪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.09.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)09-1166-02

随着科学技术的迅猛发展,各种自动化血细胞分析仪在临床检验的广泛应用,使血细胞分析结果更精确,大大提高了检验的工作效率,并且能在短时间给出多种参数及细胞体积分布的直方图,同时对异常结果进行报警提示,帮助检验者选择复片标本。实际工作中检验者过度依赖全自动血细胞分析仪,不对标本的其他结果和参数进行综合分析,不能正确选择复片标本;或者即使正确选择了复片标本,复片时没有足够的经验和严格操作规程,都将引起临床漏诊、误诊,影响对患者的诊断和治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 11 月至 2012 年 5 月本院住院和门诊患者的白细胞(WBC) $>25\times 10^9/L$ 或 $WBC<4.0\times 10^9/L$ 的 761 例血液标本进行外周血涂片检查。男 437 例,女 324 例,年龄 2 个月至 97 岁,大多数为发热、出血、贫血、黄疸或淋巴结肿大的患者。

1.2 典型病例 病例 1,患者,男,55 岁,因发热、腹痛、咳嗽 2 月,入院治疗 3 周。在院治疗期间曾 3 次检查血常规,但均未复片。血常规:WBC $12.33\times 10^9/L$,红细胞(RBC) $2.77\times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb) 71 g/L,血小板(PLT) $63\times 10^9/L$ 。仪器分类:粒细胞(N) 60%,淋巴细胞(L) 33.3%,中间细胞(M) 6.7%。未出现异常报警。红细胞沉降率(ESR) 134 mm/h $\uparrow$ 。肝功能:总蛋白 109.4 g/L,清蛋白(ALB) 16.7 g/L $\downarrow$,球蛋白(GLO) 92.7 g/L $\uparrow$,A/G 0.18 $\downarrow$ 。免疫球蛋白:IgA 12.56 g/L $\uparrow$ IgG 3.01 g/L $\downarrow$ IgM 0.12 g/L $\downarrow$ 。外周血复片:N 61%,L 13%,浆细胞 18%,M 8%,红细胞成缙钱状排列。骨髓片:原幼浆细胞占 57%。诊断:浆细胞白血病。

病例 2,患者,女,36 岁,因发热 25 d,全血细胞减少,全身乏力入院。血常规:WBC $2.51\times 10^9/L$,RBC $3.11\times 10^{12}/L$,

Hb 98 g/L,PLT $23\times 10^9/L$ 。仪器分类:N 68%,L 22.3%,M 9.7%,分类未出现异常报警。外周血复片:N 68%,L 25%,M 7%,未发现幼稚细胞。因患者发热 25 d,全血细胞减少,遂即做骨髓血细胞检查。骨髓片:淋巴瘤细胞占 35%。诊断非霍奇金淋巴瘤骨髓浸润。再次做外周血复片:分类 100 个 WBC 仍然未见淋巴瘤细胞,低倍镜下浏览全片找到个别体积较大的瘤细胞。

1.3 方法 对异常的 761 例标本同时进行外周血细胞形态学检查,血液涂片、染色严格按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版)进行。

2 结果

761 例涂片中外周血形态异常 247 例,其中中性粒细胞核左移 33 例(4.34%),核右移 4 例(0.53%),中性粒细胞毒性变化 95 例(12.48%),异形淋巴细胞 62 例(8.15%),幼稚细胞 7 例(0.92%),有核红细胞 20 例(2.63%),大细胞性贫血 3 例(0.39%),小细胞性低色素性贫血 19 例(2.50%)(经骨髓铁染色、血清铁检测证实为缺铁性贫血)。

3 讨论

3.1 外周血形态学检查主要是检查 WBC、RBC、PLT 的形态和数量情况。正常情况下骨髓按一定的规律将成熟的细胞释放入外周血,在造血系统发生造血功能紊乱时,可引起外周血细胞形态学质和量的改变,如出现幼稚细胞、细胞内出现异常结构等。这种异常细胞血细胞分析仪不能够准确识别和分类计数,因此,必须重视外周血细胞形态学检查,以此达到准确分类计数^[1-3]。

在 761 例涂片中,WBC 异常而在外周血中出现幼稚细胞 7 例,经骨髓检查,有 5 例确诊为白血病,其余 2 例为化疗患者,分类计数 200 个 WBC,其中幼稚细胞占 1%~2%。RBC