

预防性鼓室置管在治疗分泌性中耳炎中的应用*

陈天宾(重庆三峡中心医院耳鼻喉科,重庆万州 404000)

【摘要】 目的 探讨预防性鼓室置管对分泌性中耳炎患者的疗效。**方法** 选取 76 例分泌性中耳炎患者,随机分为试验组和对照组,各 38 例。试验组行鼓室置管术,对照组行鼓膜穿刺或鼓膜切开术,两周后比较疗效。随访 2 年,比较复发率。**结果** 术后两周比较,试验组有 30 例治愈,其他均好转,有效率 100%,但术后第 3 天出现 2 例患者通气管脱落,行保守治疗,未进行再次置管手术;对照组治愈 25 例,好转 7 例,无效 6 例,有效率为 84.21%。随访期间,试验组复发 3 例,复发率 7.89%,对照组复发 15 例,复发率 26.32%。**结论** 预防性鼓室置管能降低分泌性中耳炎的复发率,但对短期疗效优势不明显。

【关键词】 预防性; 鼓室置管; 分泌性中耳炎; 复发率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.003 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)17-2213-02

Application of prophylactic tympanostomy tubes in the treatment of secretory otitis media* CHEN Tian-bin (Department of Otolaryngology, Central Hospital of Chongqing Three Gorges, Wanzhou, Chongqing 404000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the effects of prophylactic tympanostomy tubes on patients with secretory otitis media (SOM). **Methods** 76 patients with SOM were randomly divided into test group and control group, 38 cases for each group. Tympanic cavity tubing technique was performed in test group, and tympanic membrane puncture or incision of tympanic membrane was performed in control group. Therapeutic effects were compared between the two groups after 2 weeks of treatment, and the recurrence rates were compared after follow-up of 2 years. **Results** The effective rate was 100.00% (38/38) in test group, including 30 cases cured and 8 cases improved. Two cases were with ventilation tubes shedding at the 3rd day of treatment and treated only with expectant treatment. The effective rate was 84.21% (32/38) in control group, including 25 cases cured, 7 cases improved and 6 cases ineffective. During follow-up, the recurrence rates of test group and control group were 7.89% (3/38) and 39.47% (15/38). **Conclusion** Prophylactic tympanic tube could reduce the recurrence of SOM, but might be without obvious short-term advantage.

【Key words】 prophylactic; tympanic tube; secretory otitis media; recurrence rate

分泌性中耳炎是以中耳积液及听力下降为特征的中耳非化脓性炎症疾病,为耳鼻喉常见疾病之一,儿童多见^[1]。当上呼吸道感染后会出现耳闷胀感和听力减退等主要症状。由于耳痛不明显,儿童主诉不清,待家长发现时患儿的听力已经受到了影响。因此往往造成诊断和治疗的延误。本科对 2009 年 2 月至 2012 年 12 月期间收治的分泌性中耳炎患儿按要求入选分组,试验组采取预防性鼓室置管并取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按入选标准选取 76 例分泌性中耳炎患儿,全单侧,所以共 76 例。其中男 40 例(耳),女 36 例(耳),年龄 4~9 岁,平均年龄(6.9±1.2)岁,病史 6 个月至 4 年,平均(1.6±0.7)年。所有病例均经过鼓室导抗图、鼓气耳镜检查或耳显微镜等检查方法明确诊断。入选标准:(1)药物保守治疗无效,发病病程长于 6 个月;(2)听力显著下降大于 25 dB;(3)明显内陷袋;(4)反复发作等。76 例随机分为试验组和对照组,各 38 例。试验组行预防性鼓室置管,对照组则只进行鼓膜穿刺或鼓膜切开术。两组基本资料差异无统计学意义(见表 1)。

1.2 手术方法 试验组采取预防性鼓室置管,全麻下进行,手术一侧朝上,利用耳科显微镜行鼓膜切开,口径稍大于即将置入的 T 型管,先用吸引管吸净鼓室里面的积液。如果发现积液黏稠不易吸出,则先向鼓室注入少量糜蛋白酶溶液,6 min

后再吸净。为了让置入管远离外耳道壁,置入前调整好位置。手术过程中如果遇见患儿扁桃体、腺样体肥大,则先行切除处理,止血彻底后再行置管手术。对照组患者在耳显微镜下,于鼓膜前下方先行鼓膜穿刺或鼓膜切开,采用试验组一样的吸取方法将中耳内的积液吸净。同样处理肥大的扁桃体及腺样物,不进行置管处理。

表 1 两组基本资料比较

组别	患耳(n)		听力损失(dB)	低频声阻抗(n)	
	男	女		B 型	C 型
试验组	18	20	30.5±5.3	30	8
对照组	22	16	32.1±4.9	29	9

1.3 疗效评价 两组患者术后 2 周内评价疗效(有效率=治愈率+好转率),随访两年,统计其复发率。疗效标准^[2]如下:治愈:耳闷胀感消失,鼓膜恢复正常,听力恢复,纯音测听气骨导差小于 10 dB,声导抗检查为 A 型曲线;好转:耳闷胀感减轻,鼓膜内陷不明显,有少量积液,但听力有提高,纯音测听气骨导差降低 5 dB 以上,声导抗检查为 A 型曲线或 C 型曲线;无效:鼓膜内陷明显或鼓室内积液仍存在,耳闷胀感无明显变

* 基金项目:重庆市万州区科研课题资助项目(项目编号:科成字 2012Y015)。

化,听力也无明显提高。

1.4 统计学方法 用 SPSS15.0 软件对两组相关数据进行统计分析,计数资料采用卡方检验,计量资料采用 *t* 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

术后两周比较疗效,试验组有 30 例治愈,其他均好转,有效率 100%,但术后第 3 天出现 2 例患者通气管脱落,行保守治疗未进行再次置管手术;对照组治愈 25 例,好转 7 例,有效率为 84.21%。两周内对照组有 4 例患儿行二次鼓膜穿刺,1 例行再次鼓膜切开。随访期间,试验组出现 5 例患儿 T 型管脱落(包括术后 3 d 脱落的 2 例),其中 3 例再次出现积液,1 例为术后 3 d 通气管脱落的患者,病情复发,经相应处理好转。对照组共 15 例病情复发,见表 2。

表 2 两组患儿疗效比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	有效	复发
试验组	38	30(78.95) ^a	8(21.05)	0(0) ^b	38(100) ^c	3(7.89) ^d
对照组	38	25(65.79)	7(26.32)	6(7.89)	32(84.21)	15(26.32)

注:与对照组相比,^a $P>0.05$,^b $P>0.05$,^c $P>0.05$,差异无统计学意义;^d $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨 论

咽鼓管作为中耳与外界环境沟通的唯一管道。咽鼓管阻塞是造成分泌性中耳炎的重要原因^[5]。正常情况下,中耳内、外的气压基本相等。当咽鼓管由于各种原因出现通气功能障碍时,中耳的气体被黏膜吸收,中耳出现负压从而导致中耳黏膜的静脉扩张,通透性增加,血清漏出聚积于中耳,从而形成中耳积液^[6]。咽鼓管通气功能障碍又分为机械性功能障碍和功能性功能障碍两种。鼻咽部各种良性或恶性占位性病变(如:腺样体肥大、鼻咽癌、鼻咽纤维血管瘤等),鼻腔和鼻窦疾病(如:慢性鼻窦炎、巨大鼻息肉、肥厚性鼻炎、鼻中隔偏曲等),长期的鼻咽腔填塞,咽鼓管咽口粘连,代谢障碍性疾病(如:甲状腺功能减退等),以及很少见的鼻咽白喉、结核、梅毒和艾滋病等特殊感染均可因直接压迫、堵塞咽口或影响淋巴回流,造成咽鼓管管腔黏膜肿胀等从而引起本病^[7]。

小儿咽鼓管接近水平,管腔较短,内经较宽,小儿腭帆张肌、腭帆提肌和咽鼓管咽肌等肌肉薄弱,收缩无力,加之咽鼓管软骨发育不够成熟,弹性较差,当咽鼓管处于负压状态时,软骨段的管壁甚易发生塌陷,导致中耳负压^[8]。因此,分泌性中耳炎在小儿具有高发病率,研究发现大约 90% 的学龄前儿童患过分泌性中耳炎,25% 的学龄儿童患分泌性中耳炎^[3]。30%~40% 的儿童分泌性中耳炎会复发^[4]。研究中的 76 例患者经病史询问有 33 例患儿有分泌性中耳炎史,此次为复发。

从结果分析来看,针对单耳患儿,鼓膜置管具有较高的治愈率和有效率,与鼓膜穿刺和鼓膜切开术式相比,虽然两个指标稍高,但差异并不大。经验总结,手术时祛除咽鼓管通道阻碍,吸净鼓室内积液至关重要。试验组术后 3 d 出现 2 例通气管脱落未进行再置管,如果再次出现积液后才进行再次置管,随访期间出现了 1 例复发,但与未及时进行再次置管无相关

性。最后,试验组复发只有 3 例,而对照组有 15 例,差异有统计学意义($P<0.05$)。

并非所有小儿分泌性中耳炎都采取手术治疗,因为此病有自愈的可能性^[9]。手术指征为分泌性中耳炎持续在 4 个月以上伴有听力减退和其他症状;持续或复发性分泌性中耳炎,鼓膜或中耳结构损害等。有文献报道^[10],术中发现腺样体需以年龄来决定是否切除,4 岁以下一般不建议切除。本次研究中试验组实施预防性鼓室置管,目的在于降低分泌性中耳炎的复发率,虽然诸多报道称分泌性中耳炎鼓室置管发生通气管脱落的概率较高^[11],并且置管与否众说纷纭。研究证明,只要严格把握好置管的适应证,单耳患儿如果多次复发分泌性中耳炎,或是听力下降明显,置管在治愈后主要预防近期复发。病情轻的患儿或是首次发病者就没必要考虑置管手术。总之,预防性鼓室置管能明显降低分泌性中耳炎的复发率,但在疗效上体现的优势不是特别明显。

参考文献

[1] 蒙慧菊. 细针鼓膜穿刺治疗分泌性中耳炎 68 例临床观察[J]. 中华耳科学杂志, 2010, 08(4): 478-479.

[2] 蔡小剑, 郑亿庆, 刘翔, 等. 鼓膜切开置管术治疗鼓膜内陷袋伴分泌性中耳炎疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(13): 617-619.

[3] 罗家胜, 崔鹏程, 高鹏飞, 等. 鼻腔冲洗治疗儿童分泌性中耳炎疗效分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2012, 20(2): 174-175.

[4] 何文霞, 彭平, 汪文银. 通气管在小儿分泌性中耳炎治疗中的运用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(1): 32-33.

[5] 刘佳辉. 分泌性中耳炎的治疗进展[J]. 河北医药, 2009, 31(2): 214-215.

[6] 明细爱, 梁武东. 无创性咽鼓管冲洗术治疗分泌性中耳炎的护理体会[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(4): 692-693.

[7] Kvaerner KJ, Kristiansen H, Russell MH. Surgery and allergy in 60-year perspective; a population-based study[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2010, 74(12): 1356-1360.

[8] 李锦秀. 咽鼓管吹张加注药治疗分泌性中耳炎的疗效观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(15): 707-708.

[9] 龙孝斌, 冯晓华, 张涛, 等. 乳突轮廓化联合鼓膜置管治疗难治性分泌性中耳炎[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(13): 590-592.

[10] 邹苑斌, 黄健男, 郑明奋, 等. 综合治疗鼻咽癌放疗后并发分泌性中耳炎的体会[J]. 中国医药导报, 2009, 6(36): 163-164.

[11] Morris PS, Leach AJ. Acute and chronic otitis media[J]. Pediatr Clin North Am, 2009, 56(6): 1383-1399.

(收稿日期: 2012-12-06 修回日期: 2013-03-14)