

· 临床报道 ·

外科手套膜片贴补治疗外伤性 鼓膜穿孔 85 例疗效观察

李福红, 范 萍

(华北石油总医院 耳鼻喉科, 河北 任丘 062552)

摘要: **目的** 观察外科手套膜片贴补治疗外伤性鼓膜穿孔的疗效, 探寻一种用于鼓膜穿孔贴补治疗的有效方便的新材料。**方法** 85 例(87 耳)外伤性鼓膜穿孔患者随机分成治疗组 43 例(44 耳)和对照组 42 例(43 耳), 2 组均予抗生素预防感染。治疗组在此基础上, 用橡胶外科手套修剪的贴膜贴补治疗穿孔鼓膜, 7 d 复诊一次观察并比较 2 组鼓膜穿孔愈合情况及听力提高程度。**结果** 治疗组治愈率为 93%, 对照组为 65%, 2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组穿孔愈合时间明显短于对照组 ($P < 0.01$)。听力提高程度相当 ($P > 0.05$)。**结论** 用外科手套膜片贴补治疗外伤性鼓膜穿孔疗效好、愈合快, 无明显不良反应, 是较为理想的治疗材料。

关键词: 鼓膜穿孔; 外伤性; 贴补法; 橡胶外科手套

中图分类号: R764.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)04-0300-02

外伤性鼓膜穿孔是耳鼻咽喉科常见疾病, 是引起听力下降、中耳感染的原因之一, 我们应采取积极地治疗方法, 实践中我们发现用橡胶外科手套修剪的贴膜贴补治疗穿孔鼓膜, 疗效显著, 取材方便。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2006 年 1 月 ~ 2009 年 5 月我院门诊和住院的外伤性鼓膜穿孔患者 85 例(87 耳), 符合外伤性鼓膜穿孔的诊断标准, 外耳道及中耳无感染, 其中男 35 例, 女 50 例; 年龄 18 ~ 52 例。右耳 36 例, 左耳 51 例, 双耳 2 例。伤后就诊时间 2 ~ 4 d, 穿孔原因: 掌击伤 52 例, 硬物刺伤 16 例, 撞击伤 12 例, 爆震伤 5 例。根据郑冯鳞 1998 鼓膜穿孔大小测量法, 大穿孔(直径 > 3.5 mm) 30 耳, 中穿孔($\geq 2.5 \sim 3.5$ mm) 57 耳, 治疗

前纯音测听为轻或中度传导性耳聋。语频区平均气骨导差(23.0 ± 5.0) dB, 均为紧张部穿孔。随机分为治疗组 43 例(44 耳)和对照组 42 例(43 耳), 两组患者的年龄、性别、伤后至就诊时间、穿孔类型、穿孔大小比较无差异。

1.2 治疗方法

两组均予抗生素预防感染, 对照组清洁消毒外耳道, 观察其自然修复生长情况, 不予其他干预措施。治疗组在此基础上, 用橡胶外科手套修剪成比穿孔直径大 3 mm 的膜片, 并在边缘用 0 号手术缝线打一结, 并留 2 cm 长线头, 方便定位和取出膜片。将做好的膜片紧密贴附于残余鼓膜外侧, 使其与穿孔边缘紧密贴合, 起到良好支架作用。每周观察 1 次, 治疗以 60 d 为限。如还未愈合, 改用手术修补。穿孔愈合后取出膜片。

1.3 疗效判断标准

治愈: 鼓膜穿孔愈合, 听力恢复到正常水平, 耳鸣等症状消失。好转: 鼓膜穿孔未完全愈合, 听力提高 15 dB 以上, 耳鸣等症状消失。无效: 鼓膜穿孔未愈合, 听力提高

不足 15 dB,仍有耳鸣等症状。

1.4

采用 SPSS 13.0 统计软件。正态分布的计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

两组疗效比较见表 1。治疗组治愈的 41 例穿孔愈合时间为 (10.5 ± 2.5) d,对照组治愈的 28 例穿孔愈合时间为 (27.5 ± 3.5) d,两组的穿孔愈合时间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.01)。纯音测听检查结果:治疗组患者 500 ~ 2000 Hz 气导听力提高 (22 ± 5) dB,对照组听力提高 (21 ± 5) dB,两组的听力改善程度比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。两组治疗期间均未发生明显不良反应。

表 1 两组治疗效果比较

分组	耳数	治愈	好转	无效	治愈率 (%)
治疗组	44	41	2	1	93
对照组	43	28	6	9	65

注:与对照组比较, *P* < 0.01

3 讨论

外伤性鼓膜穿孔是耳鼻咽喉科常见疾病,传统治疗方法为临床观察,不予干预,耳内保持清洁干燥,待其自然愈合^[1],小穿孔自愈率较高,但这样用时较长,一般为 15 ~ 60 d,而一些大穿孔较难愈合,形成永久穿孔,需手术修补,增加痛苦。并且在旷置过程中,穿孔引起的耳鸣听力下降会给患者心理造成压力,影响工作和生活。本文亦证实此点。所以临床医师往往寻找一些材料,对穿孔的鼓膜进行贴补治疗,以加快其愈合速度,并通过贴补提高听力,减小吹风样耳鸣,减轻患者的心理负担。鼓膜分三层,由外向内分为上皮层、纤维层和黏膜

层,外伤穿孔修复过程中,上皮层和黏膜层生长较快,纤维层最慢,如果穿孔较大,缺乏生长攀附的支架,会造成在穿孔边缘上皮与黏膜层愈合,停止向穿孔中心生长,造成穿孔不愈^[2]。贴补治疗就是给生长的鼓膜上皮提供支架,以促进其向穿孔中心生长。

临床应用的贴补材料较多,如棉片、鸡蛋内膜、大蒜膜、明胶海绵等^[3],但存在取材不方便,容易感染,材料厚重等缺点。我们在实践中发现,用橡胶外科手套做成的膜片,在治疗鼓膜穿孔中疗效显著。橡胶膜片具有可塑性、弹性,软硬度适中的特点,不易皱折,我们在膜片边缘做一线头使贴补时更容易操作。它具有贴补严密,不易移位的优点,其极薄的膜性结构相当于人工鼓膜,可极好的临时提高听力,减轻吹风样耳鸣症状。稳定性和生物相容性好,没有过敏反应。由于其灭菌包装,大大减少并发细菌感染的发生。且表面光滑,非常有利于鼓膜上皮层、黏膜层沿薄膜生长,是不可多得的贴补材料。

治疗过程中要注意,残余鼓膜边缘内卷或外翻时,要用钩针铺平,穿孔边缘血痂要清理干净,防止贴补不严密,妨碍上皮爬行生长。治疗期间应避免感冒,用力擤鼻,耳内不要滴药。7 d 复查 1 次,如并发感染应取出贴膜,待炎症消除后再继续治疗。

我们认为本文所用材料,来源广泛,取材方便,制膜简单,疗效显著,无毒副作用,适合在广大基层医院推广。

参考文献:

[1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:1102.
[2] 王武庆,王正敏,田洁. 鼓膜外伤性穿孔自然修复的实验研究[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(10):602-605.
[3] 何江,徐志文,吴毓林. 0.25% 氯霉素浸棉膜片贴补法治疗外伤性鼓膜穿孔[J]. 听力学及言语疾病杂志,2005,13(2):131-132.

(修回日期:2010-04-21)