

鼻内镜下鼓膜穿刺治疗分泌性中耳炎 80 例疗效观察

李 明

(鲁南眼科医院暨山东医专附属眼科医院 耳鼻喉头颈外科, 山东 临沂 276000)

摘 要: **目的** 探讨鼻内镜下鼓膜穿刺治疗分泌性中耳炎的方法与疗效。**方法** 回顾性分析 80 例(85 耳)分泌性中耳炎门诊病例在鼻内镜直视下行鼓膜穿刺抽液并注药治疗。**结果** 所有患者鼻内镜下鼓膜穿刺均一次成功。治愈 70 耳(82.4%),好转 8 耳(9.4%),无效 7 耳(8.2%),总有效率 91.8%。**结论** 鼻内镜下分泌性中耳炎诊断容易,可同时行鼻腔及鼻咽部检查,鼻内镜下鼓膜穿刺成功率高,视野清楚,操作简单,精确。鼻内镜在分泌性中耳炎的诊断和治疗中具有重要的作用,值得临床推广。

关 键 词: 鼻内镜;分泌性中耳炎;鼓室积液;鼓膜穿刺
中图分类号: R764.21 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)02-0156-02

分泌性中耳炎(secretory otitis media, SOM),是导致听力障碍的常见疾病之一。正确的诊断和及时的治疗对分泌性中耳炎具有重要意义。我科自 2007 年 10 月~2008 年 10 月在鼻内镜下行鼓膜穿刺治疗分泌性中耳炎 80 例(85 耳),取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者均为我院首次就诊的门诊分泌性中耳炎患者 80 例(85 耳),其中男 45 例,女 35 例;年龄为 15~48 岁,中位年龄 36 岁。病程 3~30 d。所有患者均先行鼻内镜下鼓膜检查,有液平面 60 耳、液平面并气泡 10 耳、鼓膜呈琥珀色 15 耳。纯音测听呈传导性聋 75 耳,混合性聋 10 耳,听阈 25~45 dB;声阻抗检查为 B 型曲线 70 耳,C 型曲线 15 耳。鼻内镜检查鼻腔及鼻咽部,伴有上感 15 耳、伴有鼻中隔偏曲 20 耳、伴有腺样体肥大 5 耳、伴有鼻窦炎 10 耳、伴有鼻窦炎鼻息肉者 5 耳、鼻腔、鼻咽部未见异常 25 耳。所有病例均经过药物保守治

疗 1 周(包括积极治疗鼻部及鼻咽部疾病)后分泌性中耳炎症状无明显改善。80 例患者均采用 2% 丁卡因 1 ml 表面麻醉,在鼻内镜直视下行鼓膜穿刺抽液注药治疗。

1.2 治疗方法

患者取坐位或仰卧位,常规外耳道消毒麻醉后,在 0°鼻内镜经监视器直视下检查外耳道及鼓膜,观察鼓膜及中耳积液情况,先行鼓膜表面麻醉 1~2 次,在鼻内镜直视下用 7 号鼓膜穿刺针在鼓膜前下(或后下)象限行鼓膜穿刺进入中耳腔抽吸积液,然后用一次性空针注入地塞米松加糜蛋白酶混合液 5 ml 冲洗,将残余积液排除,以利于恢复鼓室、咽鼓管黏膜功能及通畅咽鼓管,严重者可 3 d 后重复穿刺 1 次;并给予呋麻液滴鼻、口服抗生素及标准姚金娘油胶囊等药物辅助治疗 1 周。

术后 1、4、12 周分别鼻内镜下复查鼓膜及专科检查。所有患者随访半年以上。

1.3 疗效判定标准^[1]

治愈:耳聋、耳闷、堵塞感消失,鼻内镜下见鼓膜形态正常,纯音听力测试提高至 0~25 dB,声导抗图转 A 型;好转:耳聋、耳闷堵塞感减轻,鼻内镜下见鼓膜形态基本正常或内陷,听力提高至 25~35 dB,声导抗图转 A 或 C 或 AS 型;无效:临床症状及各项检查无改善。

作者简介:李 明,男,主治医师。
通讯作者:李 明,Email:sliming218@163.com.

2 结果

全部患者均顺利完成治疗,无外耳道及鼓岬损伤。所有病例均首次诊断明确,鼓膜穿刺操作均一次成功。术后 1 周听力检查听力改善明显,平均提高 15 dB 左右。所有患者随访半年以上,均无中耳感染,未遗留穿孔。治疗过程中除出现短时间的耳内胀闷外,均未出现剧烈疼痛、眩晕、鼓膜过度损伤、咽鼓管损伤和大出血等并发症。治愈 70 耳(82.4%),好转 8 耳(9.4%),无效 7 耳(8.2%),总有效率 91.8%。

3 讨论

分泌性中耳炎是鼓膜完整、中耳积液及听力下降为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病。主要表现耳闷、听力下降、低音调耳鸣,体检发现鼓膜活动性差,失去正常光泽,表面呈黄色或显著混浊。鼓室内可见液平面或气泡。

咽鼓管功能障碍可能是分泌性中耳炎的主要原因^[2],咽鼓管阻塞也妨碍了分泌物清除、中耳通气和引流,使炎症迁延不愈。因此尽快恢复咽鼓管咽口的形态,促进咽鼓管功能的恢复^[3]显得尤为重要。保守治疗无效者,应不失时机地进行手术,以免发生粘连性中耳炎、鼓室硬化或胆固醇肉芽肿等严重并发症,影响患者听力^[4]。

鼓膜穿刺术在分泌性中耳炎的治疗中占有重要的地位其并发症发生率低于鼓室置管术^[5]。通过本研究我们发现:分泌性中耳炎的早期正确的诊断和早期的外科干预特别重要,一旦保守治疗无效,就应积极外科干预,清除积液,通畅咽鼓管引流,病程过久治疗效果差,可能是鼓室及咽鼓管黏膜功能损伤所致。同时合并鼻腔、鼻窦疾病者应同时或先期治疗。在治疗中我们发现,早期穿刺者、鼓室内注药时药液能很快进入鼻咽部者治愈率高,效果好。

以往鼓膜穿刺通常在额镜或头灯的照视下进行,视野狭小,光线弱,特别是耳道狭窄者鼓

膜暴露差,操作困难,而且单眼立体感差穿刺深浅不容易把握,易损伤中耳结构,也不利于带教。现在随着鼻内镜外科的飞速发展,鼻内镜应用比较普遍,一般县级医院都有,甚至部分乡镇医院也已经开始应用。采用鼻内镜联合监视器辅助下治疗分泌性中耳炎具有以下优点:①鼻内镜检查能够越过耳道狭窄及弯曲部位,直接到达鼓膜前方,视野清晰,图像无变形,分辨率高,连接摄录系统可在屏幕放大图像,解剖细微结构清晰可见。还可应用鼻内镜检查鼻部、鼻咽部,能发现鼻部、鼻咽部疾患导致的咽鼓管阻塞,而且使局部的鼓膜像更清晰,提高了诊断准确率。②鼻内镜直视下鼓膜穿刺位置直观、准确,有效控制进针的深浅,避免了刺入过深伤及内耳;能有效防止耳道、鼓膜、中耳的副损伤。③鼻内镜成像系统能够根据需要录像和摄像,并进行存储及远程传输,这不仅为医师提供清晰的手术视野,而且能够为进一步的科研、教学及学术交流提供准确和客观的资料。缺点是单手操作,镜头易沾污亦给手术带来一定的不便^[6],耳道狭窄的患者操作有难度,需要熟练的手法。是门诊治疗分泌性中耳炎的理想方法。

参考文献:

[1] 段卫红,万世恒,陈静华,等.鼻内窥镜下咽鼓管置管术治疗分泌性中耳炎[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(10):704-705.

[2] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2007:848-855.

[3] 汪吉宝.对分泌性中耳炎临床工作的几点看法[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(10):435.

[4] 陈维,谢洁.鼓膜置管术治疗慢性分泌性中耳炎 34 例疗效分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(17):808.

[5] 毛承刚,万俐佳,周小淳,等.鼓室置管对儿童分泌性中耳炎中耳功能影响的研究[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(6):445-447,450.

[6] 李良波.耳内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(4):307-308.

(修回日期:2012-08-18)