

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201304019

· 临床报道 ·

鼓室置管后药物灌注治疗儿童 分泌性中耳炎的临床观察

胡延红, 朱 旭

(鞍山市中心医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 鞍山 114001)

摘要: **目的** 探讨鼓室置管后鼓室药物灌注方法治疗儿童分泌性中耳炎的临床效果。**方法** 2006~2011年实验组32例(43耳)儿童分泌性中耳炎患者进行鼓室置管后定期鼓室药物灌注、咽鼓管冲洗治疗;同期对照组33例(40耳)儿童分泌性中耳炎患者单纯行鼓室置管术。**结果** 实验组的治疗安全、快速、有效(拔管时间1~2个月),与对照组(拔管时间1~3.5个月)的治疗方法比较明显缩短了治疗时间。**结论** 鼓室置管后药物灌注是治疗儿童分泌性中耳炎的有效方法,值得临床推广应用。

关键词: 儿童分泌性中耳炎;鼓室置管;药物灌注;治疗

中图分类号: R764.21 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)04-0351-02

儿童分泌性中耳炎多发生于感冒后,与中耳黏膜免疫低下及咽鼓管功能障碍关系密切,鼓室置管是针对反复发作、非手术治疗效果不佳患儿的常用选择,临床观察单纯置管后鼓室达到含气和干燥往往需要较长时间^[1-2],在置管后定期采用药物灌注加压冲洗鼓室及疏通咽鼓管方式可明显缩短拔管时间,我科在2006~2011年对32例(43耳)患者采用鼓室置管后增加外耳道药液滴注、鼓室用药治疗方式,临床效果满意,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

65例(83耳)儿童分泌性中耳炎患者行鼓室置管术,其中男39例,女26例;年龄5~14岁,平均10.38岁。所有患者纯音听阈测试均为轻、中度传导性聋,平均听阈在35 dBHL,声导抗均为C型,全部颞骨CT显示鼓室积液及乳突炎。电耳镜检查结果全部鼓膜完整伴不同程度内陷,均有鼓室积液征象。单纯鼓室置管共33例(40耳)为对照组,其中男21例(26耳),女12例(14耳)。置管术后鼓室药物灌注及咽鼓管冲洗32例(43耳)为实验组,其中男18例(23耳),女14例(20耳)。

1.2 治疗方法

置管手术前控制急性期炎症,对有腺样体肥大压迫咽鼓管者先行腺样体切除。全身麻醉方式手术,选用无锡程冯新科技开发研究所生产的鼓室置管手术器械,耳内镜下选择前下或后下位置按鼓膜纤维走行作放射性切开,吸净鼓室内积液后置入合适硅胶管,外耳道放入碘仿油纱条,无需使用术后抗生素,连续3d外耳道更换药条及对置管状态观察,无感染发生后即可进行后续治疗。

单纯置管术后常规观察处置:对照组33例,术后1个月内每周2次外耳道检查、清理耳道分泌物、泰利必妥药物滴耳及吸引管吸引保证置管通畅。1个月后置管状态稳定选用每周1次检查处理。

置管后药物灌注及冲洗方法:实验组32例(43耳)患儿鼓室置管后1周开始每周2次鼓室药物灌注加压冲洗,患儿置管耳向上,外耳道林可霉素1.2g加地塞米松5mg混合、滴注外耳道约2/3容量后以鼓气耳镜封闭外耳道口轻加压使药液经置管口进入鼓室,经咽鼓管、鼻腔流出为有效。最后将外耳道拭干。对咽鼓管暂时不通者不做加大压力以防止鼓室结构损伤及置管位置变化,吸引管将外耳道药液吸净,下次继续轻加压冲洗直至咽鼓管通畅。

1.3 拔管标准

拔管标准为鼓室含气状态,声导抗检测为A型,纯音听阈测试恢复正常,平均听阈为

作者简介:胡延红,女,主治医师。
通讯作者:胡延红,Email:18604229422@163.com

15 dBHL。

2 结果

置管均一次完成,两组术后均未发生明显的中耳及外耳道感染。拔管时间比较:对照组拔管时间1~3.5个月,平均2.01个月;实验组拔管时间1~2个月,平均1.36个月,见表1。

表1 两组患者单位时间内拔管人数比较 (例)

分组	1个月	1.5个月	2个月	2.5个月	3个月	3.5个月
对照组	2	8	15	5	1	2
实验组	14	13	5	-	-	-

3 讨论

SOM中耳炎是儿童常见病、多发病。中耳黏膜病毒性感染、咽鼓管阻塞致功能障碍及中耳局部变态反应性炎症是SOM产生的主要因素,由此可引起鼓室负压、中耳黏膜肿胀、渗出积液^[3]等。儿童咽鼓管短、平、直的生理特点及黏膜下淋巴组织丰富、周边组织如鼻咽部、鼻腔鼻窦等结构异常及炎症等种种因素易波及中耳结构导致鼓室黏膜腺体异常分泌形成积液^[4-5]。

儿童对病情不能准确及时的表达往往导致病情迁延,致使鼓室积液呈黏液或胶状,可引发中耳粘连、硬化或胆固醇肉芽肿,甚至胆脂瘤^[6],严重影响儿童听生理和智力发育。SOM发生的最主要原因还是咽鼓管结构问题,其黏膜上皮的病理变化对鼓室积液产生和性状起到重要作用^[7],传统的鼓膜穿刺抽液没有从根本上解决中耳积液问题,在减少杯状细胞和腺体的增生、防止过多的液体产生、有效疏通咽鼓管、促进纤毛运动的恢复等生理要求上存在不足。鼓室置管主要通过改善鼓室气压来消减鼓室因负压带来的病理变化,但对鼓室、咽鼓管黏膜炎症解决仍不彻底。鼓室、咽鼓管黏膜肿胀及存留的炎性、病原物质仍未能有效去除,即使干耳后拔管也存在病情反复的病理基础,我们采用鼓室置管后外耳道灌注药液、施加压力使药液缓慢灌注鼓室,再经咽鼓管流出方式具有物理和药用两种治疗作用,这种药物反复冲洗方法最大程度地清除了鼓室、咽鼓管

内病原体及毒素、炎性渗液和变态反应物质,并有效地疏通了咽鼓管,增加了抗生素和类固醇药物对鼓室、咽鼓管甚至鼻咽部黏膜的接触与吸附作用,提高了药物疗效,有效的解除了中耳黏膜病变和咽鼓管功能障碍这两个关键问题。在疏通咽鼓管方式上与传统的Valsalva和咽鼓管导管吹张等逆向气体回输不同^[4]。鼓室药物灌注、加压冲洗方式更符合鼓室、咽鼓管的代谢排出的生理性^[8]。文献报道^[9]鼓室置管对患儿中耳功能有一定的影响。本研究临床观察显示,两组置管后的中耳生理功能和病理变化基本相同,实验组的恢复期明显缩短,其中对于鼓室分泌物黏稠及呈胶状患者的疗效更为显著。我们认为该方法:①操作简便;②药液缓慢灌注鼓室,无痛苦,儿童易于接受;③在清理中耳积液基础上,更注重的是保持咽鼓管通畅和帮助鼓室黏膜功能的恢复;④可连续反复冲洗鼓室、咽鼓管内病变黏膜,缩短疗程;⑤对鼓室灌注的药物选用可配伍的抗生素加类固醇药物为适合。

参考文献:

- [1] 黄赛瑜,倪雨艳,项松洁,等.小儿分泌性中耳炎置管治疗探讨[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(4):234-235.
- [2] 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.
- [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):435-436.
- [4] 倪道凤.婴幼儿中耳炎的诊断和治疗[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(13):577-579.
- [5] 李翠娥,陶泽璋,周涛,等.儿童与成人分泌性中耳炎临床特征比较[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,14(8):451-453.
- [6] 冀永进,马敏,赵海亮,等.分泌性中耳炎误诊漏诊原因分析[J].中华耳科学杂志,2004,2(4):263-265.
- [7] 肖玉丽,鲁建光,侯昭辉.表面活性物质在分泌性中耳炎动物模型的研究[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(6):371-372.
- [8] 朱旭,韩红威,刘万雳,等.中耳PPP疗法治疗SOM的临床观察[J].中华耳科学杂志,2004,2(4):274-276.
- [9] 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.

(修回日期:2013-02-27)