

喉部反射恢复正常,再恢复正常饮食。

喉次全切除术时,应对喉上神经、喉返神经加以保护,尽可能保留喉腔正常黏膜组织,保留未受肿瘤侵犯的环杓单位及舌骨上、下肌群,尽量恢复残喉正常位置,加快吞咽反射重建。术中要使舌骨、会厌、环状软骨紧密结合,使进食的解剖结构更加合理化。总之,喉次全切除术应熟练掌握上述手术技巧,建立有利于进食的解剖结构,减轻术后误咽呛咳,缩短进食的训练时间,此外,术后应给予专业进食训练,使患者掌握正确的进食方法,尽快恢复经口进食。

参考文献:

[1] 潘子民,闫艾慧,郭星,等. 喉近全切除喉功能重建术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(5):276-278.

[2] 沈伟. 环状软骨上喉部分切换术的探讨[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(6):333-336.

[3] 周梁. 环状软骨上喉部分切除术[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(3):1-3.

[4] 周梁. 喉环状软骨上部分切除术治疗喉声门上型癌[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,12(3):205-207.

[5] Brasnu DF. Supracricoid Partial laryngectomy with cricohyoidoepexy in the management of laryngeal carcinoma[J]. World J Surg, 2003,27(7):817-823.

[6] 刘明波,唐平章,祁永发,等. 环状软骨上喉次全切除术及疗效分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(6):423-426.

[7] 李宁,李进让,孙建军,等. 健康成年人咽部吞咽功能客观参数的测量[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(11):884-888.

(收稿日期:2015-08-17)

[1] 潘子民,闫艾慧,郭星,等. 喉近全切除喉功能重建术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(5):276-278.

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201601019

· 临床报道 ·

长期鼓膜置管治疗鼓膜膨胀不全的临床观察

宋向阳,刘宏,梁涛

(周口市五官科医院耳鼻咽喉科,河南周口 466000)

摘要: **目的** 探讨长期鼓膜置管(3年)治疗Ⅱ级和Ⅲ级鼓膜膨胀不全的疗效及不良反应。**方法** 对104例(108耳)Ⅱ级和Ⅲ级鼓膜膨胀不全患者进行长期鼓膜置管(3年)治疗,其中Ⅱ级65耳,Ⅲ级43耳,随访5~8年,分析比较患者症状改善情况及鼓膜形态变化。**结果** 108耳术前0.5~4 kHz平均听阈为43.5 dB,术后5~8年为22.3 dB,仅2耳复发,其余鼓膜形态良好。所有患者均无鼓膜萎缩或穿孔,无化脓性中耳炎、感音神经性聋等并发症。**结论** 长期鼓膜置管(3年)治疗Ⅱ级和Ⅲ级鼓膜膨胀不全安全有效,可防止复发和避免中耳胆脂瘤的发生。

关键词: 鼓膜置管;鼓膜膨胀不全;疗效

中图分类号: R764.29 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2016)01-0074-03

鼓膜膨胀不全是指鼓膜离开正常位置并向鼓岬移位的临床征象,表现有耳闷、耳闭、听力下降、耳鸣、眩晕等。笔者于2007年3月~2010年3月对104例(108耳)Ⅱ、Ⅲ级鼓膜膨胀不全患者采取长期鼓膜留置中耳通气管(3年)的治疗方法,并长期连续随访,现将其临床资料分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

根据 Sade 等^[1] 将鼓膜膨胀不全分为 4 级:Ⅰ级:内陷型,鼓膜明显内陷,未达砧骨;Ⅱ级:严重内陷型,鼓膜达砧骨、镫骨,未达鼓岬;Ⅲ级:粘贴型,鼓膜与鼓岬相贴,但未粘连;Ⅳ级:粘连型,鼓膜与鼓岬粘连,又称粘连型中耳炎。Dornhoffer^[2] 认为内陷的鼓膜常常发展为中耳胆脂瘤。以本院确诊并行长

作者简介:宋向阳,男,主治医师。
通信作者:宋向阳,Email:870885936@qq.com

期鼓膜置管(3年)治疗的104例(108耳)Ⅱ、Ⅲ级鼓膜膨胀不全^[2-4]的患者为研究对象,其中Ⅱ级65耳,Ⅲ级43耳;男57例(59耳),女47例(49耳);年龄17~61岁,平均年龄37.5岁;病程1.5~13年,平均47个月。主诉为耳闷、耳闭、伴听力下降或耳鸣等,查体:鼓膜完整、内陷、菲薄或伴钙化、鼓室积液等。声导抗图B型患者76例(77耳),C型患者28例(31耳);纯音听阈测定示传导性听力下降,术前0.5~4 kHz平均听阈为43.5 dB。术前常规行电子耳镜、颞骨CT及鼻内镜检查,以排除Ⅳ级鼓膜膨胀不全、中耳胆脂瘤及鼻咽部占位性病变等。

1.2 方法

患者平卧位,术耳向上,用碘伏消毒,并铺无菌巾,以2%利多卡因2 ml于外耳道骨部与软骨部交界处的前上、前下、后上、后下4点位局部浸润麻醉,耳内镜下经外耳道,于鼓膜前下象限或后下象限放射状切开,并仔细分离与鼓岬或砧骨间的粘连,避免有上皮残留,若有积液予以负压吸除,甲泼尼松龙冲洗鼓室,麦粒钳加持或用置管器置入中耳通气管(T型管),调整好通气管位置,长期留置3年。

1.3 随访

于术后1周、1、3、6个月、1年复查,以后每半年复查1次,术后3年取出中耳通气管,并继续每半年复查1次,持续至术后5~8年。观察术后通气管位置及是否通畅,鼓膜愈合情况,症状改善情况等。并比较术前与术后5~8年鼓膜形态变化及0.5~4 kHz纯音听阈测定的平均听阈。

2 结果

104例(108耳)患者随访5~8年,平均6年,术后1周、1、3、6个月、1年复查,0.5~4 kHz平均听阈分别为26.7、24.5、21.5、22.4、23.3 dB,与术前比较,听力有明显改善。术后5~8年声导抗图B型2耳,C型19耳,As型26耳,A型61耳。98耳耳闷、耳闭感消失,91耳自觉听力提高,21耳耳鸣明显减轻,16耳耳鸣无明显缓解。

1例患者术后1个月中耳通气管脱出,予以再次置管,未再发生脱管。无堵管现象,取管后,108耳鼓膜均自行愈合,无化脓性中耳炎、感音神经性聋等并发症。随访5~8年,平均6年,83耳鼓膜形态恢复正常,23耳鼓膜形态未见进一步内陷,2耳鼓膜再发膨胀不全,部分贴于鼓室内壁。Ⅲ级鼓膜膨胀不全典型病例耳内镜检查见图1。

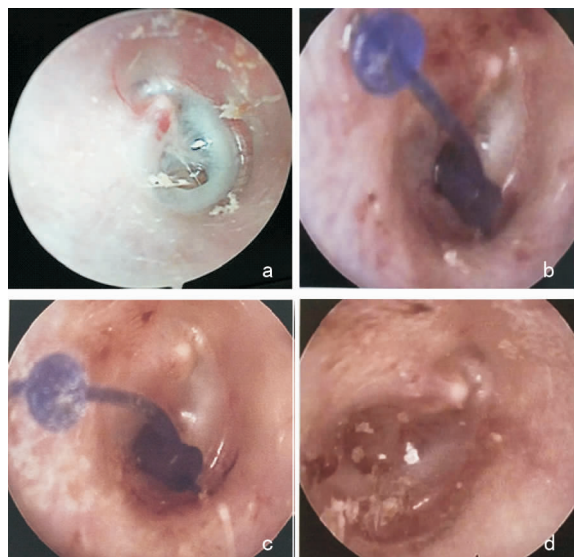


图1 Ⅲ级鼓膜膨胀不全典型病例耳内镜图 a:鼓膜钙化,中央区菲薄内陷并贴于骨岬,鼓室积液;b:留置通气管1年,耳部症状缓解;c:留置通气管3年,无不良反应;d:取管后5年,鼓膜形态良好

3 讨论

本组患者104例(108耳)均为Ⅱ级、Ⅲ级鼓膜膨胀不全。鼓膜膨胀不全多由急性或慢性化脓性中耳炎及分泌性中耳炎等引起,主要表现为咽鼓管功能障碍、持续中耳负压导致鼓膜正常形态改变,鼓膜弹性及光泽消失、中耳传音功能障碍等。咽鼓管的阻塞、狭窄、闭锁、异常开放等均可导致中耳的负压。Danner^[3]研究认为,中耳压力的调节,有3个机制:①中耳腔黏膜的气体弥散;②乳突腔的压力缓冲;③经咽鼓管气体交换。虽然咽鼓管功能障碍并不是中耳负压的唯一原因,但是最重要的原因。鼓膜膨胀不全的临床常见症状为耳闷闭感,可伴听力下降、耳鸣、眩晕等。听力下降往往出现较晚,当发生砧骨破坏时,仍有部分患者无明显听力下降;有些患者鼓膜膨胀不全无任何症状,体检时发现。继发于急性或慢性化脓性中耳炎及分泌性中耳炎者,主要治疗为控制炎症,消除水肿,可行鼓室注药(甲泼尼松龙、糜蛋白酶)等,一般预后较好。对于咽鼓管功能障碍明显者,临床治疗方案存在争议,主要是重建正常的中耳气压交换通路^[3-4]。当伴有鼓室积液时,常常按分泌性中耳炎处理,致使病情进一步加重,发展为粘连性中耳炎,甚至中耳胆脂瘤。多数学者认为Ⅰ~Ⅲ级鼓膜膨胀不全,应首选保守治疗,可应用鼻用激素、黏液促排剂等,保守治疗无效时,可行鼓膜置管术。也有学者认为,鼓膜置管可使纤维

层吸收,加重鼓膜膨胀不全。但本组病例,均未发现有鼓膜萎缩或进一步萎缩的现象。张静等^[5]对54例(56耳)Ⅰ~Ⅲ级鼓膜膨胀不全患者行鼓膜置管治疗,术前平均ABG为(27.07±5.03)dB,术后1年为(15.52±5.73)dB,认为安全有效。王志强等^[6]应用鼓膜置管法治疗34耳Ⅰ~Ⅲ级鼓膜膨胀不全,术后30耳耳闷感消失,20耳患者听力明显提高5~15dB,9耳耳鸣症状明显缓解,3耳耳闷及耳鸣无改善。国内外学者一致认为,留置时间通常为0.5~3年,甚至更长。邓炳辉等^[7]观察423例(524耳)鼓膜置管患者发现,留置25~36个月时,脱管率、堵管率和鼓膜穿孔率明显增高。我院自2007年3月~2010年3月对Ⅱ、Ⅲ级鼓膜膨胀不全的患者,行长期鼓膜置管,留置中耳通气管3年,随访5~8年,取得了良好的效果,仅2例于取管后3年复发,改善了临床症状,避免了中耳胆脂瘤等并发症的发生。1例于术后1个月脱管,予以再次置入后未再发生脱管现象,无一例堵管,取管后鼓膜均自行愈合,无鼓膜穿孔、萎缩,无化脓性中耳炎、感音神经性聋等并发症。并通过术前与术后的声导抗图型对比,鼓室负压有明显减轻,由此说明咽鼓管功能也有所改善。临床中长期鼓膜置管术(3年)用于治疗Ⅱ、Ⅲ级鼓膜膨胀不全,安全有效,无不良反应。治疗过程中置入T型中耳通气管,极少发生脱管现

象,即使脱管也可再次置管;如有堵管情况,可消毒外耳道后,用双氧水滴耳,待堵塞物软化后,用耳显微吸引管将其负压吸出。术中分离鼓膜与砧骨间的粘连时,要细心操作,避免触动听骨链,防止感应神经性聋的发生,亦严禁有上皮残留于鼓室腔内,以免继发胆脂瘤。

参考文献:

[1] Sade J, Berco E. Atelectasis and secretory otitis media[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol,1976,85(2 Suppl 25 Pt 2):66-72.
[2] Dornhoffer JL. Surgical management of the atelectatic ear[J]. The Am J Otol,2000,21(3):315-321.
[3] Danner CJ. Middle ear atelectasia: what causes it and how is it corrected[J]. Otolaryngol Clin North Am,2006,39(6):1211-1219.
[4] Sade J. Atelectatic tympanic membrane: histological study[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol,1993,102(9):712-716.
[5] 张静,卢伟,孙淑萍,等. 鼓膜置管术治疗鼓膜膨胀不全的疗效分析[J]. 听力学及言语疾病杂志,2014,22(2):142-144.
[6] 王志强,都基亮,马秀芳,等. 鼓膜微型管置入术治疗中耳不张32例[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2012,26(1):63-65,67.
[7] 邓炳辉,林云雁,吴华飞,等. 鼓膜通气管留置时间的选择[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志,2013,13(3):180-181,183.

(收稿日期:2015-08-20)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201601020

· 临床交流 ·

鼻窦内镜动力系统下刨削器切除会厌囊肿52例

杨春妮,王国新

(沈阳市第四人民医院耳鼻咽喉科,辽宁 沈阳 110031)

关键词:鼻窦内镜;刨削器;会厌囊肿

中图分类号:R767.5 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2016)01-0076-02

会厌囊肿位置浅显,传统手术可在表麻间接喉镜下用喉钳摘除,或者全麻支撑喉镜下行喉钳会厌肿物摘除术。前者具有盲目性,容易复发;后者麻醉

风险高。从实效性、安全性、经济性等方面考虑,我科近年采用了局麻监视系统下动力切削系统加微波电凝术切除会厌囊肿共52例,临床疗效好,现报道如下。

作者简介:杨春妮,女,硕士,主治医师。
通信作者:杨春妮,Email:chunni9913@163.com