

耳内镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎患者的效果分析

杜雪琴

内蒙古鄂尔多斯东胜区人民医院 内蒙古 鄂尔多斯 017000

摘要:目的:探讨耳内镜下鼓膜修补术对慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔的治疗效果。方法:选取2017年10月-2019年1月本院接诊的慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔患者90例。按照随机数字表法将其分为研究组和对照组,各45例。两组均行鼓膜修补术治疗,研究组在耳内镜下操作,对照组在蒜皮修补术下操作。观察两组临床疗效、手术情况、术后疼痛程度、切口满意度、并发症情况。结果:两组治疗总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组术中出血量、手术用时、术后住院时间均少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);研究组术后疼痛程度较对照组轻,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组切口满意情况优于对照组,且总满意度高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组术后均无面瘫、眩晕等手术并发症发生。结论:耳内镜下鼓膜修补术均是治疗慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔的有效方式,安全性较高,具有出血少、手术用时短、疼痛轻、术后恢复快等优势,患者对切口的满意度较高。

关键词:耳内镜;慢性化脓性中耳炎;耳鼓膜修补术

慢性化脓性中耳炎(chronic suppurative otitis media, CSOM)是耳鼻咽喉科临床常见疾病,患者主要表现为听力明显下降、耳部持续性流脓、鼓膜穿孔等,还可伴有耳源性脑膜炎、脑积水等并发症,严重影响患者生活质量。鼓膜修补术是临床治疗中耳炎的主要手段,术中常用耳内镜等工具进行辅助,以放大疾病病变位置,帮助手术操作者看清耳部病灶,实现精准治疗。有研究表明,耳内镜辅助治疗中耳炎,具有手术时间短,切口美观等特点。但目前关于耳内镜鼓膜修补术治疗CSOM患者的对比研究较少,本研究对比两种方法辅助治疗CSOM患者的手术情况、不良反应发生率等,现将结果报道如下^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年10月-2019年1月本院接诊的慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔患者90例。(1)纳入标准:主诉听力减退,耳内有反复性的脓性分泌物,伴有不同位置和不同程度鼓膜穿孔;中耳内壁无复层鳞状上皮化,耳鼓室黏膜表面稍微有湿润,中耳干燥超过30d;听力检查显示为传导性耳聋;咽鼓管功能状态良好。(2)排除标准:合并异常分泌物、耳廓畸形、外耳道锁闭等影响术后听力恢复的因素;凝血功能异常;突发性耳聋;分泌性中耳炎;梅尼埃病;重度的感音神经性聋;细菌性或真菌性外耳道炎;颞骨CT显示乳突、上鼓室存在肉芽或胆脂瘤或鼓膜边缘性穿孔,未彻底清除病灶;急性上呼吸道感染期或愈合时间低于14d;合并活动性感染、糖尿病等严重全身性疾病。按照随机数字表法将其分为研究组和对照组,各45例。患者均签署知情同意书,本研究经医学伦理委员会批准^[2]。

1.2 方法

1.2.1 对照组。患者给予蒜皮耳鼓膜修补术治疗。主要方法为碘伏消毒患侧耳周、外耳道、鼓膜表面,1%的卡因棉片表面麻醉外耳道深部及鼓膜,将大蒜衣剥除,用75%酒精消毒大蒜表面,用消毒刀片将大蒜表面削制0.1mm厚度薄层,半透明,类似人鼓膜,修整为大于穿孔1~1.5mm左右的薄膜,对血供较好的<3d的新鲜创面,将修整好的大蒜表皮置入穿孔的鼓膜表面,铺平、贴紧即可。术后随访6个月^[1]。

1.2.2 研究组。患者给予耳内镜下鼓膜修补术治疗。麻醉后作一条从耳廓上方到颞肌筋膜的横行切口并取适量颞肌筋膜晾干备用,在耳内镜下分离鼓膜边缘创面,在外耳道前后下壁约5cm处作一弧形切口,暴露骨皮质及鼓环,并掀开鼓膜,将已晾干备用的颞肌筋膜植入,掀开用明胶海绵填充鼓室,将筋膜复位后填充术腔,缝合并包扎切口,

术毕。术后随访 6 个月^[4]。

1.3 观察指标及判定标准

(1) 对比两组术后 6 个月临床疗效：听力提高 15 dB，鼓膜穿孔愈合为显效；听力提高 < 15 dB，鼓膜穿孔明显改善为有效；鼓膜修补未成功为无效。总有效 = 显效 + 有效。(2) 手术指标：观察两组术中出血量、手术用时、术后住院时间等。(3) 疼痛程度：使用 NRS 数字分级法 (0~10 分) 评估两组麻醉苏醒后疼痛程度，无痛感为无痛，记为 0 分；深呼吸、咳嗽、翻身时有疼痛感，但不影响睡眠为轻度疼痛，按症状记为 1~3 分；安静时有疼痛且影响睡眠为中度疼痛，按症状记为 4~6 分；疼痛无法忍受，难以入眠且无需要镇痛为重度疼痛，按症状记为 7~10 分。(4) 对比两组术后 6 个月患者对切口恢复满意情况：采用本院自行设计的满意度调查表进行调查，其 Cronbach's α 系数为 0.856，重测效度为 0.868，分值 0~100 分， ≤ 60 分为不满意，61~75 分为基本满意，76~89 分为满意， ≥ 90 分为非常满意。总满意 = 非常满意 + 满意 + 基本满意。(5) 统计并发症情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件对研究数据进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验；计数资料以率 (%) 表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组治疗总有效率比较，差异无统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表1 两组临床疗效比较 例 (%)

组别	显效有效无效	总有效		
对照组 ($n = 45$)	10 (22.22)	29 (64.44)	6 (13.33)	39 (86.67)
研究组 ($n = 45$)	14 (31.11)	27 (60.00)	4 (8.89)	41 (91.11)

2.2 两组手术指标比较 研究组术中出血量、手术用时、术后住院时间均少于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表2 两组手术指标比较

组别	术中出血量 (mL)	手术用时 (min)	术后住院时间 (d)
对照组 ($n = 45$)	14.32 \pm 4.38	93.42 \pm 25.67	4.43 \pm 0.78
研究组 ($n = 45$)	6.69 \pm 2.48	58.78 \pm 16.95	3.48 \pm 0.59

2.3 两组术后疼痛程度比较 研究组术后疼痛程度较对照组轻，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表3 两组术后疼痛程度比较 例 (%)

组别	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
对照组 ($n = 45$)	6 (13.33)	18 (40.00)	19 (42.22)	2 (4.44)
研究组 ($n = 45$)	9 (20.00)	25 (55.56)	11 (24.44)	0

3 讨论

鼓膜穿孔多由化脓性中耳炎和外伤引起，多数在合适的治疗下可以自动愈合，只有在穿孔超过 3 个月仍不愈合时，才考虑采取手术治疗。术前应做鼓膜修补试验，了解听骨链是否中断^[5]。具体方法是，用棉片等制成假鼓膜贴在穿孔部位，若听力有提高，说明听骨链完整可动，适合作鼓膜修补术，若听骨链固定或中断，根据病情只能作其他类型的鼓室成形术。手术可在局部麻醉下进行，对不能合作的小儿或高度紧张恐惧也可采用全身麻醉。鼓膜修补术常见的移植物有软骨-软骨膜复合物、软骨膜、颞肌筋膜、自体脂肪粒、生物羊膜等等。软骨-软骨膜复合物的优势是取材简单、创伤较小、不易塌陷变形、再穿孔率低。软骨-软骨膜复合物的软骨膜表面富含血管利于新生血管的建立，可促进鼓膜残缘上皮细胞的移行及再生，提高移植物抗感染的能力；软骨-软骨膜复合物的软骨表面无血管组织，不易与鼓室内黏膜发生粘连，可防止术后继发粘连性中耳炎。目前最为常用和效果肯定的为自身颞肌筋膜。移植的颞肌筋膜修整成合适的形状和大小，与穿孔鼓膜的边缘重叠相接，也可用生物胶水粘合加固。手术后适当应用抗生素预防感染，10~14 天后新鼓膜即与穿孔鼓膜紧密粘合，以后逐渐变薄成为半透明的“鼓膜”。由于耳内镜手术的开展，单纯鼓膜修补术变得更加简单，中小穿孔可以在耳垂取一小块脂肪做修补，瘢痕非常隐蔽^[6]。

综上所述,耳内镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎可有效改善围术期情况,进而提高治疗效果且不会影响鼓膜愈合情况。

参考文献:

- [1]汪祖益,刘及江.耳内镜下鼓膜成形术对慢性化脓性中耳炎患者听力改善率及临床疗效的影响.临床和实验医学杂志,2019,18(5):534-537.
- [2]刘平,陆银萍,王伟,等.耳内镜下经耳道鼓室成形手术的可行性分析.中国内镜杂志,2019,25(7):69-72.
- [3]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.中耳炎诊断和治疗指南.中华全科医师杂志,2012,11(3):174-175.
- [4]凡启军,倪丽艳,项松洁,等.耳内镜下鼓膜成形术的临床疗效比较.中国内镜杂志,2018,24(10):40-44.
- [5]冀庆军,柴伟,黄辉,等.耳内镜下夹层法修补鼓膜大穿孔的疗效比较.听力学及言语疾病杂志,2020,28(1):92-94.
- [6]吴照红.耳内窥镜下耳屏软骨-软骨膜鼓膜修补术治疗鼓膜穿孔.中国现代手术学杂志,2018,22(3):63-67.