

# 中西医结合治疗慢性化脓性中耳炎活动期近远期疗效观察

梁广雷 胡翔 梁广生

(河南省平玉县人民医院 平玉 464300)

**摘要:**目的:探讨慢性化脓性中耳炎的优化治疗方案。方法:采用平行随机对照设计的实验性研究方法,将确诊为慢性化脓性中耳炎活动期患者 85 例分为中西医结合组 42 例(45 耳)和西药组 43 例(46 耳),两组均采用常规抗生素治疗,疗程 1~3 周,中西医结合组同时加用自拟固本愈耳汤治疗 5 周,于治疗结束采用症状体征评分、病原生物学标准评定近期疗效,随访 0.5~5 年,观察复发情况评定远期疗效。结果:两组近期痊愈、显效、有效和无效率无显著差异, $\chi^2=1.618, v=3, P=0.655$ ; 疗后致病菌清除、部分清除和未清除率虽有差异,但无统计学意义, $\chi^2=4.456, v=2, P=0.108$ ; 5 年复发率中西医结合组和西药组分别是 33.3%和 73.1%,复发折线差异显著, $\chi^2=8.631, v=1, P=0.003$ 。结论:中西医结合治疗单纯化脓性中耳炎可有效延缓复发时间和次数,近期疗效与单纯西药治疗相当。

**关键词:**中耳炎;中西医结合疗法;远期疗效;抗生素;氧氟沙星滴耳液;固本愈耳汤

中图分类号:R 764.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0042-02

慢性化脓性中耳炎以耳痛、耳漏、鼓膜穿孔、听力下降为临床表现,临床分为单纯型、骨疡型和胆脂瘤型,后两型通常采用手术治疗<sup>①</sup>,而单纯型西医常采用局部用药和全身用药的保守治疗,但存在用药期间症状消失,停药后往往因感冒等诱因反复发作,病情迁延等不足。为优化慢性中耳炎治疗无明显差异,手感无差别,患侧乳房外观正常,无瘢痕所致的乳腺上提或变形,皮肤正常;一般:双乳对称,双乳头水平差距 >2cm 但 ≤3cm,患侧乳房外形基本正常或略小于健侧,手感略差,皮肤颜色变浅或发亮;差:双乳明显不对称,双乳头水平差距 >3cm,患侧乳房外观变形,并较健侧明显缩小,手感差,皮肤厚、粗糙,呈橡皮样。

1.5 统计学分析 保乳治疗组与切除乳房治疗组患者术后局部复发、远处转移及死亡率的比较采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 保乳手术所占比例 同期全部经手术治疗的乳腺癌患者 181 例,其中不符合保乳手术者 133 例,符合保乳条件 48 例。保乳治疗 18 例,切除乳房治疗 163 例。保乳治疗患者占符合保乳手术适应证乳腺癌患者的 37.50%,占全部手术治疗乳腺癌患者的 9.94%。

2.2 保乳治疗与切除乳房治疗组预后比较 保乳治疗组 18 例,复发 1 例(5.56%),远处转移 0 例,死亡 0 例;切除乳房治疗组 163 例,复发 5 例(3.07%),远处转移 3 例(1.84%),死亡 1 例(0.61%);两组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

2.3 保乳手术后乳房美容效果评估 保乳治疗组美容效果优、良者术后 6 个月为 83.3%,术后 1 年为 88.9%,术后 2 年为 83.3%。见表 1。

表 1 保乳术后乳房美容效果 例

	优、良	一般	差
术后 6 个月	15	2	1
术后 1 年	16	1	1
术后 2 年	15	2	1

## 3 讨论

3.1 保乳手术应严格掌握适应证 保乳手术是早期乳腺癌的手术术式,病例选择是否合适将直接影响疗效和术后乳房的形体效果。保乳手术应以不降低生存率,不增加复发率为原则<sup>②</sup>。2005 年美国国家综合癌症网络(NCCN)乳腺癌临床实践指南确定,无禁忌证的 I、II 级患者,均可行保乳手术。我国开展保乳治疗历史较短,一般选择肿瘤 <4cm 的患者,也

疗方案,我们采用中西医结合治疗本病 42 例,并与单纯西药治疗的 43 例作对照。现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 对象选择 纳入标准:(1)符合《实用耳鼻咽喉科学》慢性化脓性中耳炎诊断标准<sup>③</sup>;(2)经临床症状、鼓膜穿刺和细有的医院选择 T1 的患者。本组病例均为肿瘤 <2.5cm 的患者,故术后复发率和远处转移、死亡率均较低。

3.2 保乳手术的切口设计 保乳手术切口设计的原则是既要方便手术操作,又要获得满意的乳房美容效果。我们采用的是美国国家乳腺和肠道外科辅助治疗项目推荐的两切口方案,清扫腋窝的切口既方便手术又较为隐蔽,术后美容效果好<sup>④</sup>。

3.3 早期浸润性乳腺癌保乳手术后的放化疗 全身性辅助治疗可进一步降低保乳治疗的局部复发率。保乳手术加放疗 10 年局部复发率为 7.7%,而不加放疗 10 年局部复发率高达 22.0%。本组行保乳手术的患者除 1 例复发(该患者因家庭情况特殊术后不配合治疗)外全部进行了术后放疗和化疗。

3.4 保乳术后乳房的形体美容效果 保乳手术可引起受治乳房的形体变化,术后 3 年方可达到稳定,本组保乳治疗患者近期美容效果满意。

近年来,随着防癌意识的建立、诊断技术的提高和普查项目的开展,早期乳腺癌的检出比例不断增加。随着人们生活水平的提高,对生活质量的要求也在提高,切除乳房手术给部分女性带来精神创伤,如紧张、恐惧、自卑、否认、回避等情绪异常,甚至产生抑郁焦虑,部分妇女在术后存在性功能障碍<sup>⑤</sup>。保留乳房手术在取得与切除乳房治疗相同疗效的前提下,保留了乳房,提高患者的生活质量,增强患者的自信心。

### 参考文献

[1]Li LD, Rao KQ,Zhang SW, et al.Statistical analysis of data from 12 cancer registries in China, 1993-1997[J]. Bull Chin Cancer, 2002,11: 497-507

[2]The Epidemiology Office Shanghai Cancer Institute.The incidence of malignant tumor of the year 2000 in Shanghai [J].Tumor, 2003,23: 532

[3]Li L,Wang QJ, Zhu WX, et al.Analysis and prediction on the time trends of cancer incidence in urban Beijing [J]. Bull Chin Cancer, 2002,11:576-578

(收稿日期: 2008-09-22)

菌培养确诊；(3) 年龄 12~60 岁。排除：(1) 骨疡型及胆脂瘤型中耳炎；(2) 年龄小于 12 岁，服中药汤剂依从性差；(3) 合并严重心脑血管疾病，肝、肾功能障碍等；(4) 正在作为其他研究对象者。

1.2 分组方法 将我院 2003 年 5 月~2007 年 5 月符合纳入标准的患者按照就诊先后顺序进行编号，采用随机数字表给出随机数字，分为中西医结合组 42 例(45 耳)和西药组 43 例(46 耳)。中西医结合组：男 22 例，女 20 例；年龄 13~58 岁，平均(38.5± 15.36)岁；病程 0.5~37 年，平均(32.65± 14.32)年；左耳 19 例，右耳 20 例，双耳 3 例。西药组：男 21 例，女 22 例；年龄 13~60 岁，平均(39.5± 16.14)岁；病程 0.5~38 年，平均(31.47± 15.96)年；左耳 18 例，右耳 22 例，双耳 3 例。两组资料基线无统计学差异。

1.3 治疗方法 两组均采用相同的西医基础治疗，首先凭经验全身应用广谱抗生素，然后根据药敏试验结果应用敏感性抗生素，疗程 7~20d，同时以 3% 双氧水清洗耳道，氧氟沙星滴耳液局部用药，5~10 滴 / 次，滴耳后耳浴 5~10min，bid。中西医结合组在西药常规治疗基础上加用自拟固本愈耳汤：黄芪 30g，山药 20g，党参 15g，白术 15g，二花 15g，连翘 15g，皂角 12g，丹参 20g，川芎 12g，地龙 15g，红花 15g。加减：热毒炽盛加石膏、蒲公英，湿热加苡仁、车前子、黄柏、黄芩，肾阴虚加地黄、五味子，肾阳不足加附子、肉桂。每日 1 剂，每剂 2 煎，每煎 200mL，早晚分服，疗程 3 周，症状消失巩固治疗 2 周。

1.4 观察项目 记录症状体征变化，其赋分情况见表 1；病原菌培养；随访 5 个月~5 年，了解复发情况。

表 1 中耳炎症状体征赋分标准

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
耳痛耳鸣	无	偶有	时有	疼痛难忍，影响睡眠
耳分泌物	无	少量白色黏液	介于轻重之间	大量黄色脓性黏液
中耳黏膜	正常	轻微充血水肿	介于轻重之间	明显充血水肿

1.5 疗效分析

1.5.1 近期疗效 根据症状和体征积分变化，采用疗效指数进行半定量近期疗效评价，疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分× 100%。疗效指数下降≥90%为近期痊愈；疗效指数下降≥60%为显效；疗效指数下降≥30%为有效；疗效指数下降<30%为无效。

1.5.2 病原菌学疗效标准 疗后原有病原菌全部消失为清除；原有病原菌部分消失为部分清除。

1.6 统计学处理 应用 SPSS14.0 统计软件，以 ( $\bar{X} \pm S$ ) 描述症状积分，采用 t 检验，症状体征疗效和病原菌学疗效标准采用  $\chi^2$  检验，复发时间从疗程结束算起，Log-Rank 检验，均采用双侧检验，给出统计量及 P 值。

2 结果

2.1 症状体征疗效评价 中西医结合组治疗前、后总积分分别为(6.58± 1.95)分和(1.24± 0.56)分，西药组分别为(6.49± 1.87)分和(1.36± 0.55)分，两组自身前后对照差异显著，P<0.01，组间比较无统计学差异(P>0.05)。两组痊愈、显效、有效和无效率差异的统计学证据不足，见表 2。

表 2 两组症状体征疗效评价 耳(%)

分组	耳	痊愈	显效	有效	无效
中西医结合组	45	30(66.7)	8(17.8)	5(11.1)	2(4.4)
西药组	46	26(56.5)	8(17.4)	9(19.6)	3(6.5)

注： $\chi^2=1.618, v=3, P=0.655$ 。

2.2 病原菌学疗效指标 两组病原菌清除、部分清除和未清除率有差异，但未达到统计学意义， $\chi^2=4.456, v=2, P=0.108$ ，见表 3。

表 3 两组病原菌学疗效比较 耳

分组	耳	疗前菌检阳性	清除	部分清除	未清除
中西医结合组	45	41	39	2	0
西药组	46	40	32	7	1

注： $\chi^2=4.456, v=2, P=0.108$ 。

2.3 随访结果 对中西医结合组(30 例)和西药组(26 例)痊愈者随访 0.5~5 年，平均随访 1.9 年，结果见图 1，中西医结合组复发折线低于西药组，Log-Rank 检验， $\chi^2=8.631, v=1, P=0.003$ 。

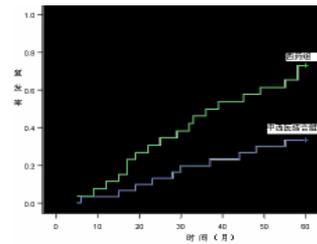


图 1 两组复发情况比较

3 讨论

慢性中耳炎活动期的病因学迄今仍然是医学界研究的重要课题，急性化脓性中耳炎失治误治、滥用抗生素耐药菌株的产生、病菌毒性过强、机体免疫功能低下等与慢性中耳炎发生发展密切相关。其活动期常见致病菌多为凝固酶阴性葡萄球菌、铜绿假单胞菌、奇异变形杆菌、金黄色葡萄球菌等<sup>[4]</sup>，可有两种以上的细菌混合感染，且常为革兰氏阴性杆菌，全身用药很难使药物集中于感染病灶，一般局部滴耳液难以奏效<sup>[5]</sup>，因此，药敏试验对临床用药有指导意义，我们在药敏试验结果之前，常选用广谱杀菌药物，药敏试验后，针对性使用敏感抗生素，尽快消除活动期的致病菌，为防止活动期频繁发作，我们常采用中西医结合治疗。

本病属中医学“脓耳”范畴，“耳者宗筋之所聚也”，耳与多条经脉相通，与脏腑相连，脏腑经脉疾患均可累及耳，脾为后天之本，气血生化之源，耳为清窍，得气血濡养方能维持正常功能。若脾气虚弱，清阳不升，水湿内生，泛溢于耳，或耳失煦养，正不胜邪，邪毒上犯于耳，或气虚血瘀，终致脓耳迁延难愈，反复发作。针对病因病机，治宜健脾益气为主，辅以解毒排脓，活血化瘀。方中黄芪、山药、党参、白术益气健脾，脾土一健，坤德厚载，内湿自除；丹参、川芎、地龙、红花活血化瘀；二花、连翘、皂角刺解毒排脓。本资料显示中西医结合治疗慢性化脓性中耳炎与单纯西药治疗相比，近期症状疗效指标无统计学意义，细菌学疗效指标 P=0.108，表明两种治疗方案在抑制病原菌方面存在一定差异，但无统计意义，可能与观察样本较少有关。5 年的随访显示：中西医结合治疗后复发率明显低于单纯西药治疗，P=0.003，表明中药治疗本病的优势在于远期疗效。我们认为评定慢性中耳炎疗效的标准不仅仅在于活动期症状的缓解，更为主要的是防止其复发，中药通过整体功能的调整达到减少复发的效果，与西药联合应用具有协同作用。现代药理研究表明黄芪可增强机体免疫力，活血化瘀中药具有改善耳部微循环、增强组 (下转第 68 页)

# 罗哌卡因与布比卡因在无痛分娩中效应比较

江伟群

(江西省南昌市劳动医院 南昌 330077)

关键词:罗哌卡因;布比卡因;舒芬太尼;无痛分娩

中图分类号:R 714.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0068-01

分娩镇痛是利用各种麻醉药物和技术使正常阴式分娩产妇的疼痛得到缓解和解除<sup>[1]</sup>,对母婴影响小或无,易于给药,起效快,作用可靠安全,避免运动阻滞,不影响产程进展,产妇自行可参与分娩过程。降低了“社会因素”剖宫产率。本文对布比卡因与罗哌卡因混合舒芬太尼无痛分娩中效应作对比,为临床应用提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 无产科及硬膜外阻滞禁忌证的阴道分娩单胎初产妇 120 例,均自愿接受 PCEA, ASA I~II 级,孕周 ≥ 37 周,随机分为两组 (n=60),罗哌卡因混合舒芬太尼 PCEA 组 (L 组)和布比卡因混合舒芬太尼 PCEA 组 (B 组)。两组年龄、身高、体重、孕周和镇痛前宫口等比较差异无统计学意义 (P > 0.05)。见表 1。

表 1 两组一般资料的比较 (X̄ ± S)

组别	年龄(岁)	身高(cm)	体重(kg)	孕周(周)	镇痛前宫口(cm)
B 组	28.2 ± 2.5	160 ± 4.1	72.3 ± 8.4	39.3 ± 1.4	3.1 ± 0.5
L 组	28.5 ± 2.6	161 ± 5.3	73.6 ± 9.1	39.5 ± 1.5	3.3 ± 0.6

1.2 镇痛方法 镇痛前开放上肢静脉,当产妇宫口开至 2~3cm 时, L<sub>2-3</sub> 或 L<sub>3-4</sub> 间隙硬膜外穿刺并向头端置管 3~4cm, 试验剂量 5mL, 观察 5min 后证实导管在硬膜外后, L 组硬膜外注射 0.15% 罗哌卡因 + 0.3μg/mL 舒芬太尼的混合液 5mL, B 组硬膜外注射 0.15% 布比卡因 + 0.3μg/mL 舒芬太尼的混合液 5mL, PCA 剂量为 2mL, 锁定时间为 15min 行 PCEA, 分娩结束后停泵, 拔除硬膜外导管。

1.3 观察指标及标准 镇痛过程中无创监测产妇的血压、脉搏、血氧饱和度、心电图和呼吸频率。采用 VAS 视觉模拟疼痛评分<sup>[2]</sup>, 评定镇痛前即刻、镇痛 5、10、20、30、60min 时疼痛程度。硬膜外首次注药至出现无痛宫缩 (VAS ≤ 3 分) 的时间为镇痛起效时间, 记录镇痛起效时间、镇痛平面、产程情况及分娩方式并进行 Apgar 评分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS10.0 统计软件进行分析, P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组产妇满意度优良率均为 100%; 两组新生儿出生后

(上接第 43 页) 织新陈代谢、促进分泌物吸收、消炎消肿作用。单纯西药抗生素疗效不满意可能与中耳长期炎症、纤维组织过度增生有关, 部分病原菌变异及耐药也是导致抗生素失效的主要原因<sup>[9]</sup>。

综上, 中西医结合治疗慢性化脓性中耳炎, 既弥补了单纯西药治疗易反复发作的不足, 又克服了单纯中药治疗起效缓慢、针对性差的缺陷, 为一合理有效的治疗方法。

### 参考文献

[1]何晓峰,许耀东,梁象逢,等.儿童慢性化脓性中耳炎 30 耳临床分析

1min Apgar 评分均在 8 分以上。两组镇痛前即刻 VAS 评分差异无统计学意义, 镇痛 20~60min VAS 评分均 < 3 分, 与镇痛前即刻比较, 两组 VAS 评分均下降, 镇痛 20~60min 评分 L 组均低于 B 组 (P < 0.05)。

## 3 讨论

罗哌卡因是一种新型长效酰胺类局麻药, 有明显的感觉运动分离阻滞, 在产科麻醉与镇痛方面安全性要大于布比卡因<sup>[3]</sup>。此外, 罗哌卡因是布比卡因的左旋异构体, 不含具有毒性作用的 R(+)-型镜像体, 因此中枢神经系统和心脏毒性均明显低于布比卡因, 且不引起致命性的心律失常<sup>[4]</sup>。同时与舒芬太尼阿片类药物混合可产生协同镇痛效果, 延长镇痛持续时间<sup>[5]</sup>。本研究结果表明, 两组镇痛 20~60min 后 VAS 评分均低于 3 分, L 组镇痛 20~60min 后的 VAS 评分低于 B 组。综上所述, 产妇产时等效剂量的罗哌卡因或布比卡因混合舒芬太尼 PCEA 均可获得满意的镇痛效果。使用罗哌卡因混合舒芬太尼 PCEA 麻醉平面控制在 T<sub>10</sub>~L<sub>1</sub> 水平以下, 子宫体部的运动神经不被阻滞, 低浓度的局麻药能阻断感觉纤维的传导而不影响运动神经, 故不会影响子宫收缩力<sup>[6]</sup>。同时盆腔肌肉及宫颈松弛, 有利于胎儿下降及产程的进展, 并且产时大大减少痛苦, 产妇情绪稳定, 产程缩短, 增加了产妇的自然分娩信心, 降低剖宫产率及助产率。

### 参考文献

[1]Patrick DW,Ronald M.Textbook of Pain [M].New York:Chrchill Livngstone,1985.196-197,377-388  
 [2]林治瑾.临床麻醉学[M].天津:天津科技出版社,1992.612  
 [3]Huang YF,Pyror ME,Mather LE,et al.Cardiovascular and central nervous system effects of intravenous levobupivacaine and bupivacaine in sheep[J].Anesth Analg,1998,86(4):797  
 [4]左春梅,赵晓红.硬膜外镇痛法在无痛分娩中应用进展[J].国外医学·妇产科分册,2000,27(3):149  
 [5]李文玲.小剂量布比卡因与芬太尼在无痛分娩的临床应用[J].泸州医学院学报,2001,24(3):214  
 [6]李仲廉,邓乃封.妇产科学[M].天津:天津科学技术出版社,2001.1

(收稿日期: 2008-07-11)

[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2006,14(2):81-83

[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,1998.851

[3]江广理,廖康,樊韵平等.317 例慢性化脓性中耳炎的细菌学及药物敏感性分析[J].中华耳科杂志,2006,4(1):39-42

[4]林其得,吴家升,林晃,等.化脓性中耳炎治疗临床研究述要[J].辽宁中医学院学报,2006,8(2):38-39

[5]薛卫国,孙洁,金铮,等.盐酸左氧氟沙星滴耳液治疗中耳炎的疗效观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2006,20(4):300-303,306

(收稿日期: 2008-06-20)