

# 60 例分泌性中耳炎的临床治疗效果分析

赵忠锋<sup>1</sup> 徐军<sup>2</sup>

(1 山东省单县终兴镇中心卫生院 单县 274300; 2 山东省单县东大医院 单县 274300)

关键词: 分泌性中耳炎; 鼓膜穿刺; 药物灌洗; 临床疗效

中图分类号: R 764.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.056

分泌性中耳炎以传导性耳聋或中耳积液等为主要特征,如不及时治疗,则会导致各种并发症,进而造成听力衰退,形成语言性障碍,甚至导致耳聋<sup>[1-2]</sup>。临床表现主要为耳内闷胀,有时可出现耳鸣及听力减退等。近年来,分泌性中耳炎发病率持续增高,已经成为导致耳聋的一个重要的原因。因此,对于分泌性中耳炎,需及早发现、尽早诊断、及时治疗<sup>[3]</sup>。本文选取 2011 年 6 月~2012 年 12 月我院收治的分泌性中耳炎患者 60 例,均行鼓膜穿刺后高负压吸引加药物灌洗治疗,观察其临床疗效。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月~2012 年 12 月我院收治的分泌性中耳炎患者 60 例,其中男性 38 例,女性 22 例;年龄 4~60 岁;病程为 10 d~10 年;伴不同程度听力下降 49 例,耳内胀感 50 例,耳刺痛 53 例,耳鸣 51 例;电测听结果:混合性聋 24 例,传导性耳聋 36 例;声导抗测试结果:平坦型 14 例,负压型 46 例。

1.2 方法 60 例患者均行鼓膜穿刺后高负压吸引加药物灌洗治疗。以服用抗生素治疗为基础,依据患者病情的不同程度、不同类型,采用喷鼻剂布地奈德加入用 1%麻黄素进行滴鼻。此外,应用鼓膜穿刺抽液,鼓室内注射糜蛋白酶及地塞米松。操作时,患者侧坐,首先用常规方法对外耳道和耳廓进行消毒,麻醉鼓膜表面,再在患者骨膜前下方实施穿刺

并回抽,确定取到积液的情况下,方可拔出针头,最后使用连接吸引器将鼓室内的积液全部吸出。在进行回抽操作时,如果发现血液渗出,应该马上终止操作。在完成积液抽取后,鼓室内注射糜蛋白酶及地塞米松。此时,患者需要把头部歪向对面一侧,并且需按压耳屏。所有患者随访半年至一年,对其纯音听阈以及声导抗实施检查评定,观察分析治疗效果。

1.3 诊断标准 治愈:患者临床症状明显减弱并逐渐消失,其鼓室内液体全部被吸收,电测听气导听阈测定结果小于等于 20 dB,鼓膜恢复到正常颜色,并且鼓室图从 B 型转变为 A 型;好转:患者症状稍有减轻,鼓膜颜色有变化,鼓膜活动度也有一定程度的好转,但是耳闷塞及耳鸣等症状未得到完全改善,经电测听气导听阈升高 10~15 dB,鼓室图从 B 型转变为 C 型;无效:患者的临床症状无任何改善,鼓膜活动度极差,声阻抗及听力都没有改变或者改变甚微,经电测听气导听阈升高小于 5 dB,声阻抗结果显示仍然是 B 型图。

1.4 统计学分析 本文数据采用 SPSS20.0 进行统计学分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

1.5 结果 60 例患者经治疗后,治愈 48 例(80.00%),好转 9 例(15.00%),无效 3 例(5.00%),总有效率为 95.00%;60 例患者平均治疗 5 次,其中 18 例患者治疗 1 次后痊愈;所有患(下转第 81 页)

本病病位在阳明经脉与经筋,治疗时宜采用祛风通络方法,达到养血和营目的。针刺时主穴取阳明经穴,配穴取少阳经穴中合谷、地仓、阳白、颊车、四白以疏通阳明与少阳经脉,调气和血,散寒祛风清热,温煦筋肉<sup>[4]</sup>。中药中钩藤、白附子、防风与白芷可祛风散寒,对组织代谢予以强化,消解炎症与水肿,促使血流畅通;炒地龙、蜈蚣、僵蚕、全蝎及蝉蜕可祛风通络,促使经络中气血运行速度加快;川芎与白芍可活血、养血祛风;黄芪有祛风扶正益气功效。针药结合,可有效去除风寒,养育经络,促进血流畅通,治愈面瘫。

本次研究中,针刺与中药联合治疗组患者总有效率为 97.22%,显著高于对照组的 91.67%。由此说明,在周围型面瘫中采用针刺与中药联合治疗,临床疗效显著,可有效缓解患者临床症状,大幅提高患者生存质量,值得临床推广应用。

## 参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.19-20  
[2]孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,2002.235-238  
[3]李宁.针药并用治疗周围型面瘫 30 例[J].辽宁中医杂志,2008,35(3):411-412  
[4]徐秀梅.针药并用治疗面瘫的体会[J].针灸临床杂志,2001,17(8):13  
(收稿日期:2013-07-29)

型全自动血浆蛋白分析仪进行转铁蛋白和铜蓝蛋白的水平检测,主要采取免疫散射比浊法,并选取 SIEMENS 公司生产的检验试剂盒,严格按照蛋白检测试剂盒的说明书进行检验操作,其中转铁蛋白参考值为 2.0~3.6 g/L,铜蓝蛋白的参考值为 0.2~0.6 g/L,做好相关检测数值的记录与分析工作。

1.3 统计学方法 采取 SPSS11.3 统计学软件进行数据处理,计量资料采用 *t* 检验,以均数± 标准差 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示。 $P < 0.05$  为差异有显著性意义。

2 结果

通过比较,三组慢性乙型肝炎患者的 TRF、CP 水平均显著低于对照组,  $P < 0.05$ ,具有统计学意义;三组慢性乙型肝炎患者进行组间对比,重型组患者的检测数值显著低于其余两组,  $P < 0.05$ ; 中型组患者的检测数值显著低于轻型组,  $P < 0.05$ , 差异均具有统计学意义。见表 1。

表 1 各组 TRF、CP 水平比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

| 分组  | <i>n</i> | TRF(g/L)   | CP(g/L)    |
|-----|----------|------------|------------|
| 对照组 | 130      | 2.21± 1.35 | 0.35± 0.12 |
| 轻型组 | 50       | 1.58± 1.11 | 0.23± 0.07 |
| 中型组 | 45       | 1.45± 0.35 | 0.22± 0.05 |
| 重型组 | 35       | 1.29± 0.29 | 0.18± 0.01 |

3 讨论

慢性乙型肝炎是一种由乙型肝炎病毒所引发的肝脏疾病,患病后,患者通常会出现肝脾肿大、肝脏纤维化、黄疸,并表现为面色晦暗、内分泌失调等症状。有关资料显示,我国慢性乙型肝炎患者与携带者的数量逐年递增,若得不到有效的临床治疗,患者病情会逐步恶化,最终因肝功能丧失而导致死亡<sup>[4]</sup>。目前临床上主要采取肝脏病理活检的方法对慢性乙型肝炎进行诊断与分级,但此法存在损伤性,对患者危害较大。随着医学研究的深入,有关资料证明,慢性乙型肝炎患者的血清转铁蛋白与铜蓝蛋白含量与健康者存在显著差异<sup>[5]</sup>。

笔者认为,TRF 属于血清中运输铁的主要蛋

白,是由  $\beta$  球蛋白与铁合成的复合体,它同时还具有防止血清铁过多沉积的功能,以此保证组织细胞的正常功能。而且 TRF 主要由肝脏合成,如果患者患有慢性乙型肝炎,其肝脏自然会受到不同程度的损害,因此 TRF 的合成量会显著降低,与健康者相比存在显著差异性。并且随着乙型肝炎程度的加深,TRF 的合成量也会大幅下降,因此 TRF 的含量变化也可以反映病情发展趋势。此外,CP 由  $\alpha_2$ - 球蛋白与糖蛋白合成,由于肝脏是人体内含铜量最大的器官,因此绝大多数 CP 是在肝脏内合成的,并且通过胆汁排出,因此一般情况下,CP 含量与肝脏细胞合成的蛋白质含量相关。当肝脏受到损害而导致合成蛋白减少时,CP 含量自然会下降,因此慢性乙型肝炎患者的 CP 也要显著低于健康人<sup>[6]</sup>。本文选取我院收治的慢性乙型肝炎患者,同时以健康者作为对照,评价相关检测指标的临床价值。结果显示,慢性乙型肝炎患者中,重型组患者的检查结果显著低于其余两组, 中型组检查结果显著低于轻型组 ( $P < 0.05$ ,因此临床可以将其作为主要指标。

综上,通过检测人体内血清转铁蛋白与铜蓝蛋白水平,不仅可以对慢性乙型肝炎做出有效诊断,还可对其进行临床分期,反映临床疗效,临床价值显著,值得推广应用。

参考文献

[1]傅智浩,高国生.慢性重型乙型病毒性肝炎患者血清蛋白电泳图谱分析[J].中国基层医药,2013,20(10):1 525-1 526  
[2]曾卫新,肖影,群邓茜,等.慢性肝炎分级分期系统在慢性乙型肝炎诊断治疗中的价值[J].江西医药,2010,45(11):1 154-1 157  
[3]秦静林,郭宏岩.慢性 HBV 感染者血清转铁蛋白(TF)、转化生长因子  $\beta$  (TGF- $\beta$  1) 与基质金属蛋白酶(MMP-1) 水平及临床意义的探讨[J].医学信息(上旬刊),2010,23(23):4 524-4 525  
[4]陈忠城,李清,潘晓婷.慢性乙型肝炎患者检测血清转铁蛋白、铜蓝蛋白水平的临床意义[J].广西医学,2012,34(7):873-874  
[5]洪永孟,黄修伙,叶志典,等.慢性乙型肝炎护肝治疗患肝硬化危险因素分析[J].中国中医药咨讯,2012,4(6):13-14  
[6]曾达武,董菁,朱月永,等.血清铜蓝蛋白水平与慢性乙型肝炎患者临床病理关系的初步研究 [J]. 中华传染病杂志,2012,30(12): 731-735

(收稿日期: 2013-09-11)

(上接第 75 页)患均未出现并发症。

2 讨论

分泌性中耳炎多为春、冬季节多发,是导致儿童及成人听力减弱甚至耳聋的最常见因素之一。研究发现,中耳积液中细菌培养为阳性的患者占一半以上<sup>[4]</sup>。当前的临床主要治疗方法有咽鼓管吹张治疗、药物治疗、手术治疗等。本文研究结果显示,鼓膜穿刺后高负压吸引加药物灌洗治疗,可有效缓解炎症,清除中耳积液及提升听力恢复速度;鼓室内药物灌注,可有效预防感染,减少分泌物,避免由于

毛细血管扩张而引发炎症,能使咽鼓管保持畅通,进而使分泌性中耳炎得到较好的恢复。综上,鼓膜穿刺后高负压吸引加药物灌洗治疗分泌性中耳炎,疗效显著,并发症较少,恢复迅速且治愈率高,值得临床推广。

参考文献

[1]王慧.分泌性中耳炎的临床治疗探讨[J].华北煤炭医学院学报,2011,13 (6):806-807  
[2]张艺.鼓膜穿刺术治疗分泌性中耳炎护理体会[J].现代护理,2010,7 (7):91-92  
[3]崔佳菲.50 例分泌性中耳炎临床治疗与预防探讨[J].中国现代药物应用,2009,3(22):83  
[4]段超文.分泌性中耳炎的治疗现状[J].当代医学,2010,16(19):29-30  
(收稿日期: 2013-06-17)