

在影像学上也表现为较晚期,预后均较差,这进一步证明了 CRP 水平在中医临床诊疗中的临床价值。

综上所述,初诊鼻咽癌患者的血清 CRP 水平与中医证型具有一定的相关性,其中血瘀阻络型患者的 CRP 水平最高,热邪犯肺型的 CRP 水平最低,且各证型之间的血清 CRP 水平均有明显差异,故 CRP 水平某种程度上可反映鼻咽癌初诊患者的客观辨证分型,为临床诊疗提供参考。但本次研究收集的样本数量有限,研究结果的可靠性及具体机制还有待今后大样本量的验证和进一步研究。

参考文献

[1] 李晓惠,徐冰清,高劲,等.初诊鼻咽癌患者血清C反应蛋白检测临床意义分析[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(11):727-731

[2] 中华中医药学会.肿瘤中医诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2008.1-3

[3] 樊静,陈孟溪,朱道奇.肝郁痰凝型鼻咽癌中医综合治疗减毒增效作用初步观察[J].内蒙古中医药,2016,35(5):8-9

[4] 李晓惠,徐冰清,高劲,等.初诊鼻咽癌患者血清C反应蛋白检测临床意义分析[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(11):727-731

[5] 聂晨阳,陈斌.中医辨证施治鼻咽癌放疗后并发鼻窦炎的疗效及不良反应[J].西南国防医药,2016,26(12):1524-1526

[6] 袁可森,尤建良.尤建良中医治疗鼻咽癌经验简介[J].浙江中医药大学学报,2016,40(9):689-692

[7] 王志祥,石戎,冯献斌,等.中医凉血生津法防治鼻咽癌放疗后口腔黏膜损伤疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(33):3691-3693

[8] 王靖思,孙桂芝,吴洁.孙桂芝诊治鼻咽癌经验介绍[J].辽宁中医杂志,2015,42(2):262-264

[9] 周小军,张丽娟,李少华.鼻咽癌及其不同进展阶段中医体质变化与意义[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2738-2740

[10] 詹文婷,丘惠娟,黄圆圆,等.鼻咽癌中医分型与影像学特征及疗效相关性研究[J].实用医学杂志[J].2012,28(19):3295-3297

(收稿日期:2017-04-06)

中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效

韩瑞华

(河南省漯河市召陵区人民医院 漯河 462300)

摘要:目的:分析中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效。方法:选取2013年1月1日~2017年1月1日我院收治的200例慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍患者,随机分为对照组和试验组,每组100例。对照组采用常规中耳手术治疗,试验组在对照组的基础上实施同期咽鼓管球囊扩张术进行治疗,比较两组慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的缓解率、症状缓解时间、并发症发生率、患者干预前后的纯音听阈气骨导差和 alsalva 动作难易程度。结果:试验组的慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 试验组症状缓解时间短于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组均无穿孔或内陷等并发症发生;干预前,两组纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度比较无显著性差异, $P > 0.05$; 干预后,试验组的纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:采用中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效确切,可有效改善患者的临床症状,且无严重并发症发生,有效提高听力和降低 valsalva 动作难度。

关键词:慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍;中耳手术;咽鼓管球囊扩张术;疗效

中图分类号:R764.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.024

咽鼓管(ET)是连接鼻咽部和中耳的自然管道,常规情况下其处于闭合状态,在打喷嚏和吞咽等情况下短暂开放,以确保中耳和外界压力平衡,发挥鼓室分泌物引流的作用。咽鼓管功能障碍是各种因素导致的ET通气不良,进而引发中耳气压平衡障碍,以耳部闷塞,难以完成 valsalva 动作等为主要表现,是临床多发病。慢性化脓性中耳炎患者容易出现重度咽鼓管功能障碍,病情加重后听力进一步下降,需及时治疗^[1-2]。本研究分析了中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月1日~2017年1月1日我院收治的200例慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍患者,随机分为对照组和试验组,

每组100例。试验组男55例,女45例;年龄16~47岁,平均年龄(32.34±2.13)岁。对照组男57例,女43例;年龄17~47岁,平均年龄(32.31±2.72)岁。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规中耳手术进行治疗:术前咽鼓管畅通、鼓膜穿孔的情况下将探测耳塞置于外耳道并密封,嘱咐患者用食指和拇指将鼻孔捏住并紧闭嘴巴,用力擤鼻鼓气,压力探头可感知压力升高。鼓膜修补手术后,患者擤鼻鼓气时在耳内镜中可观察到鼓膜隆起,擤鼻鼓气难易程度根据患者的主观感觉进行测评,得出手术前后 valsalva 动作分值。采用中耳分析仪测量纯音听阈气骨导差,将声导抗探管置入外耳道并密封,选择自动模式进行鼓

室内和外耳道减压,跟踪相应的轨迹并记录 ET 正开放压和负开放压^[3-4]。

1.2.2 试验组 则在对照组的基础上进行同期咽鼓管球囊扩张术治疗:在鼻内镜引导下将导管置入咽鼓管咽口,经导管将导丝全部置入咽鼓管内,水泵加压至 10 bar,使导丝前端球囊充分膨胀,维持 2 min 后退出,导丝保持笔直^[5]。

1.3 观察指标 比较两组慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率、症状缓解时间、并发症发生率、患者干预前后的纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度。显效:症状消失,听力恢复正常, valsalva 动作难度降低 75% 以上;有效:症状改善,听力提高 50% 以上, valsalva 动作难度降低 50% 以上;无效:症状、听力等情况均无改善。慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率 = 显效百分率 + 有效百分率^[6]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率比较 试验组慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	缓解率(%)
对照组	100	45	35	20	80.0
试验组	100	65	30	5	95.0
χ^2					4.087
<i>P</i>					0.043

2.2 两组患者干预前后纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度比较 干预前,两组纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度无显著性差异, $P > 0.05$;干预后,试验组纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者干预前后纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	时间	纯音听阈气骨导差(dB)	valsalva(分)
试验组	100	干预前	29.24±10.21	5.14±0.71
		干预后	18.51±2.69 [#]	2.15±0.25 ^{##}
对照组	100	干预前	29.23±10.25	5.44±0.56
		干预后	23.92±5.32 [#]	3.24±0.51 [#]

注:与干预前相比较,[#] $P < 0.05$;与对照组干预后相比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组的症状缓解时间和并发症发生率比较 试验组的症状缓解时间短于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组均无穿孔或内陷等并发症

发生。见表 3。

表 3 两组的症状缓解时间比较(个月, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	症状缓解时间
对照组	100	2.39±0.77
试验组	100	1.51±0.41
<i>t</i>		8.214
<i>P</i>		0.000

3 讨论

慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的发生和中耳通气功能障碍、鼓膜内陷、胃食管反流物或鼻咽分泌物反流至中耳等相关,采用常规中耳手术治疗虽然可在一定程度上缓解症状,但术后容易出现鼓膜再穿孔等并发症,而采用中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗可有效减轻 ET 黏膜的整体炎症反应,促进管壁周围黏膜被新鲜瘢痕组织替代,达到最大限度的增大管腔横截面积及改善通气的作用,并可提高手术成功率,降低术后并发症的发生,有效改善患者听力^[7-8]。

研究中,对照组采用常规中耳手术进行治疗,试验组在对照组的基础上采用同期咽鼓管球囊扩张术进行治疗。结果显示,试验组慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;试验组的症状缓解时间短于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组均无穿孔或内陷等并发症发生;干预前,两组的纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度无显著性差异, $P > 0.05$;干预后,试验组的纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。综上所述,中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效确切,可有效改善患者的临床症状,且无严重并发症发生,有效提高听力和降低 valsalva 动作难度。

参考文献

- [1] 杨乐,龚平桂,郑明奋,等.同期咽鼓管球囊扩张在慢性中耳炎治疗的短期疗效观察[J].中华耳科学杂志,2016,14(5):596-600
- [2] 侯昭晖,李瑞香,吴南,等.咽鼓管球囊扩张术治疗顽固性分泌性中耳炎的疗效评价[J].中华耳科学杂志,2016,14(5):560-565
- [3] 刘月红,庄惠文,吴旋,等.咽鼓管球囊扩张术治疗难治性分泌性中耳炎的策略和疗效分析[J].中华耳科学杂志,2016,14(5):591-595
- [4] 张雪溪,陈敏,刘薇,等.应用咽鼓管球囊扩张治疗复发性分泌性中耳炎临床分析[J].中华耳科学杂志,2016,14(5):566-571
- [5] 肖平,万仁强,符秋养,等.鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术治疗延迟开放型咽鼓管功能障碍[J].中华生物医学工程杂志,2016,22(2):135-138
- [6] 王静,方永山.咽鼓管球囊扩张术治疗症状性咽鼓管功能障碍的可行性分析[J].国际医药卫生导报,2016,22(23):3583-3586
- [7] 关兵,王莹,徐丽,等.局麻下咽鼓管球囊扩张术加鼓膜置管术治疗顽固性分泌性中耳炎[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(11):645-646
- [8] 李永奇,陈愈彬,尹根蒂.咽鼓管球囊扩张术治疗慢性复发性分泌性中耳炎[J].中华耳科学杂志,2016,14(5):610-614

(收稿日期:2017-04-06)