

因关联,在多种因素的影响下导致患者病发,故而治疗应以通经活络、除湿驱邪、清热、养血润燥、祛风等为主。

龙牡汤 1 号包括生龙骨、煅龙骨、煅牡蛎、茯苓、淡竹叶等药物,龙牡汤 2 号主要包括生龙骨、煅牡蛎、骨碎补、地肤子等药物。其中,生龙骨用于阴虚阳亢、烦躁易怒、心悸失眠、头晕目眩、癫狂惊悸等症,经煅后功偏收敛固涩,可用于湿疮、痒疹,疮口不敛,且生龙骨主要成分为碳酸钙和磷酸钙,可增加血管致密性,阻止白细胞逸出;煅牡蛎具有收敛固涩、制酸止痛、重镇安神的功效,可有效改善患者因皮肤瘙痒而出现的心神不安、失眠等症;骨碎补对先天性禀赋不足具有良好的效果,味苦、性温,归入肾经、肝脏,具有补肾强骨之效;连皮茯苓和淡竹叶可清心除烦、利水渗湿。诸药联合,可有效改善者血虚、风燥、瘙痒等症状,疏畅气血、宁心安神,使其肌肤得养,促进康复。观察组治疗总有效率明显高于对照组,治疗后 DLQI 评分低于对照组,组间比较差异显著, $P<0.05$;两组患者均未出现明显不良反应。综上所述,对青年及成人期特应性皮炎患者在常规治疗的

基础上采用中药龙牡汤治疗,具有较好的临床效果,可显著改善患者生活质量,且无明显不良反应发生。

参考文献

[1]赵新铎.他克莫司软膏联合柔润保湿霜治疗成人特应性皮炎 34 例的疗效观察[D].大连:大连医科大学,2017
[2]雍磊,春芳,程相铎,等.淋巴免疫治疗成人特应性皮炎临床疗效及安全性[J].中华皮肤科杂志,2015,48(1):19-23
[3]梁宝莹,宋丽芬,熊述清,等.中药熏洗联合 NB-UVB 治疗特应性皮炎的临床分析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(13):140-143
[4]曲靖.加味龙牡二妙汤治疗湿热蕴肤型湿疹的临床疗效及安全性分析[J].中医临床研究,2017,9(5):126-127
[5]苏湘川,任小丽,石青青.Th17 细胞及相关细胞因子与不同严重程度特应性皮炎的相关性研究[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2015,14(5):293-294
[6]唐苏为,谢韶琼,宋勋,等.成人期特应性皮炎的研究现状[J].海南医学,2016,27(8):1305-1307
[7]姜丽亚,郭震,戴景斌,等.益生菌治疗成人特应性皮炎疗效评价[J].中国麻风皮肤病杂志,2014,23(4):205-207
[8]薛亮,连侃,王一飞.张明教授滋阴凉血法治疗成人特应性皮炎证治经验[J].河北中医,2017,39(3):329-331
[9]全小红,陈秀华,成沈荣.特应性皮炎患者外周血总 IgE 和 T 淋巴细胞亚群与中医证候的相关性探讨[J].中华中医药杂志,2016,23(5):1723-1725

(收稿日期:2018-07-20)

耳内镜下鼓膜置管术治疗中耳炎的效果观察

古宁

(河南省郑州市第一人民医院耳鼻喉科 郑州 450004)

摘要:目的:分析耳内镜下鼓膜置管术治疗中耳炎的临床疗效。方法:选取2015年3月~2017年2月我科收治的84例中耳炎患者,随机分为对照组和观察组,每组42例。对照组采用药物联合治疗,观察组采用耳内镜下鼓膜置管术治疗。结果:观察组的治疗总有效率为95.24%,明显高于对照组的78.57%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组中耳积液时间明显短于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组的气骨导差和气道听阈均明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用耳内镜下鼓膜置管术治疗中耳炎患者,可有效提高治疗效果,减少患者中耳积液时间,改善患者气道听阈。

关键词:中耳炎;耳内镜下鼓膜置管术;中耳积液;气骨导差;气道听阈

中图分类号:R764.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.056

中耳炎在耳鼻喉科较为常见,以分泌性中耳炎为常见类型,主要有听力下降、中耳积液等临床表现,患者身心健康和生活质量均可受到严重影响^[1]。目前,临床主要通过抗组胺药、抗生素和糖皮质激素等药物进行治疗,虽然可在一定程度上对该病加以控制,但易引发各种并发症,且复发风险较高^[2]。随着耳内镜技术的不断发展,耳内镜下鼓膜置管术在临床中的应用逐渐增多^[3]。本研究选取 84 例中耳炎患者作为研究对象,研究了耳内镜下鼓膜置管术治疗中耳炎的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2017 年 2 月我科收治的 84 例中耳炎患者,随机分为对照组和观察

组,每组 42 例。对照组男 24 例,女 18 例;年龄 18~59 岁,平均年龄(43.62± 3.58)岁;病程 4~10 个月,平均病程(6.87± 1.02)个月。观察组男 25 例,女 17 例;年龄 19~57 岁,平均年龄(43.58± 3.49)岁;病程 4~11 个月,平均病程(6.92± 1.14)个月。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者经检查均为分泌性中耳炎,鼓膜内陷,为淡黄色或琥珀色,鼓膜周围有气泡,患者有耳痛、听力降低、耳鸣等临床表现,排除合并其他严重疾患及不愿参与本研究的患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规药物治疗。给予马来酸氯苯那敏片(国药准字 H33020466)4 mg 口服,1 次/d,

连续用药 7~10 d; 盐酸氨溴索片 (国药准字 H20073934) 60 mg 口服, 2 次 /d, 连续用药 7~10 d; 青霉素(国药准字 H20033291) 960 万 U 静脉滴注, 1 次 /d, 连续用药 5~7 d; 地塞米松 (国药准字 H41024619) 2.2 mg, 1 次 /d, 连续用药 7~10 d; 泼尼松片 (国药准字 H33021207) 0.75 mg/kg, 1 次 /d, 连续用药 7~10 d; 若患者鼻塞明显, 给予 1% 麻黄素点鼻, 连续用药 7~10 d。

1.2.2 观察组 采用耳内镜下鼓膜置管术。患者取仰卧位或坐位, 用 75% 酒精对骨膜、外耳道常规消毒, 行局麻麻醉, 在耳内镜下密切观察患者中耳腔积液和鼓膜内状况, 用鼓膜切开刀在鼓膜下方或后下方切一弧形切口, 长度为 1~1.5 mm, 并将骨膜切开 2~4 mm, 用微型吸引器将鼓室中的液体吸出, 并展开细菌培养。积液黏稠或胶状者, 用蛋白酶和地塞米松混悬液对鼓室内腔进行冲洗, 在弧形切口中, 放入 T 形通气管, 适当调整通气管的位置, 以便引流。术后常规预防感染, 随访 1 年。

1.3 观察指标 (1) 评估两组患者治疗效果^[4]。治愈: 鼓膜愈合理想, 耳闷、耳鸣等症状消失, 听力恢复正常, 声导抗测定为 A 型, 经纯音测听, 气骨阈值降低 20 dB 以上, 咽鼓管通气恢复正常; 好转: 鼓膜略有混沌, 耳闷、耳鸣等症状有所改善, 听力有一定恢复但未恢复正常, 声导抗测定为 A 或 C 型, 经纯音测听, 气骨阈值降低 10~20 dB; 无效: 不符合上述判断标准。总有效率 = (治愈例数 + 好转例数) / 总例数 × 100%。(2) 统计两组患者的中耳积液时间。(3) 统计两组治疗前后的气骨导差和气道听阈值。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件, 计数资料以 % 表示, 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 两组临床疗效比较 治疗后, 观察组的治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较				
组别	n	治愈(例)	好转(例)	无效(例)
对照组	42	18	15	9
观察组	42	23	17	2
χ^2				5.126
P				0.024

2.2 两组中耳积液时间比较 对照组的中耳积液时间为 (11.36± 1.25) d, 观察组的中耳积液时间为 (8.36± 1.02) d, 两组相比较, 差异有统计学意义,

$t=12.051, P=0.000 < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后的气骨导差和气道听阈值比较 治疗前, 两组患者的气骨导差和气道听阈值相比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后, 观察组患者的气骨导差和气道听阈值均明显低于对照组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后的气骨导差和气道听阈值比较 (dB, $\bar{x} \pm s$)				
组别	气骨导差		气道听阈	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28.45± 2.36	13.65± 1.89	45.58± 2.34	28.97± 2.51
观察组	28.52± 2.24	7.41± 1.20	45.62± 2.19	21.16± 1.38
t	0.139	18.063	0.081	17.671
P	0.445	0.000	0.468	0.000

3 讨论

中耳炎多为分泌性中耳炎, 属于非化脓性、炎性疾病。目前, 该病的发病机制还未完全明确。有研究^[5]显示, 中耳炎发病与咽鼓管功能障碍、中耳局部感染等因素密切相关。一旦咽鼓管发生故障, 鼓室即封闭, 此时外界空气难以进入到中耳内, 中耳内黏膜为继续传导音波, 中耳内有大量气体存留, 以致中耳腔中气体密度降低, 耳腔中气压升高^[6], 造成鼓膜内陷和中耳黏膜下静脉扩张性瘀血, 血管通透性升高后, 血液中小分子、水分渗出血管, 在鼓室中积留, 形成鼓室积液^[7]。若积液留存时间过长, 会使鼓膜和内耳粘连, 造成鼓室粘连。

中耳炎患者通常有耳鸣、鼻塞等临床表现, 自听能力慢慢增强, 耳朵有闷塞表现。对患者进行耳内镜检查, 可清楚看到患者耳鼓室中的鼓膜积液。若不能及时采取有效方法进行治疗, 则易导致后期疾病复发, 甚至可造成听力丧失, 给患者造成重大的身心创伤^[8]。近年来, 广大耳神经外科和耳科医师对耳内镜的应用越来越重视, 尤其是硬管耳内镜的发展十分迅速, 成为耳科诊疗中的全新工具。鼓膜置管术是治疗中耳炎的常用方法, 这一术式可引出患者中耳积液, 使药液经通气管进至中耳, 可长时间内保持鼓室内外的气压平衡, 对咽鼓管功能的恢复有促进作用, 并能防止外耳道受损现象。在耳内镜直视下开展鼓膜置管术, 可将耳内镜直接从外耳道插入, 并且耳内镜可和骨膜最大限度接近, 操作更为直观, 物象也十分清晰, 有助于医师快速了解患者鼓室积液的形状, 尽量清除中耳积液。另外, 耳内镜下鼓膜置管术借助耳内镜的直视作用, 可进一步降低手术给机体造成的损伤, 患者术后康复速度更快, 感染风险更低。

本研究结果显示, 观察组的治疗总有效率为 95.24%, 明显高于对照组的 78.57%, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 观察组中耳积液时间明显短于对照

组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。可见耳内镜下鼓膜置管术能有效提高中耳炎的治疗效果,尽快排出患者中耳积液,降低中耳积液造成的不良影响。治疗后,观察组的气骨导差和气道听阈均明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$,可见耳内镜下鼓膜置管术的实施能够改善患者的听力。

通过总结临床实践经验,笔者发现,在为中耳炎患者实施耳内镜下鼓膜置管术时,需注意以下问题:(1)术前,应适当调节耳内镜摄像系统的方向,确保显示器内骨膜显像系的上下位置正确,不可颠倒,避免将切口错误的当作鼓膜上方,以致渗液无法被吸出;(2)在实施耳内镜下鼓膜置管术时,动作应精细,注意避免触碰到外耳道壁,防止镜面被耳屑污染,且应避免损伤外耳道表皮;(3)外耳道狭窄的患者应选取规格为 2.7 mm 的耳内镜,以便能顺利开展手术操作;(4)在操作中应将被污染的耳内镜镜面及时擦拭干净,如有必要可用热水浸烫镜头,确保术野清

晰。

综上所述,采用耳内镜下鼓膜置管术治疗中耳炎患者,可有效提高治疗效果,减少患者中耳积液时间,改善患者气道听阈值。

参考文献

[1]赵巍.鼓膜置管联合腺样体切除术治疗分泌性中耳炎对临床疗效免疫功能及预后的影响[J].河北医学,2016,22(11):1807-1809
[2]江文博,张建耀,胡建道,等.腺样体切除术同时行鼓膜置管或鼓膜切开对分泌性中耳炎的疗效分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2018,26(1):13-15
[3]孙小燕,毛庆杰,宗建华.耳内镜下钛激光鼓膜造孔治疗分泌性中耳炎[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(6):358
[4]刘忠意,侯杰.鼻内镜下同步完成腺样体切除及鼓膜置管术治疗小儿分泌性中耳炎[J].昆明医科大学学报,2017,38(3):107-110
[5]王昭迪,刘津,章永涛,等.耳内镜下鼓膜置管术致周围性面瘫 1 例报告[J].北京医学,2016,38(2):192
[6]朱珠,郑国玺,李琦,等.鼓膜置管或鼓膜穿刺对腺样体切除治疗儿童分泌性中耳炎的影响[J].重庆医学,2017,46(15):2041-2044
[7]郭九海,陈丹丹.鼓膜穿刺与鼓膜置管治疗分泌性中耳炎效果比较[J].西南国防医药,2017,27(7):750-752
[8]王玮,蒋源.耳内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎 64 例[J].陕西医学杂志,2016,45(9):1215-1216

(收稿日期:2018-05-13)

内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗慢性分泌性中耳炎

郭明刚

(河南省汝州市第一人民医院 汝州 467599)

摘要:目的:探讨慢性分泌性中耳炎患者采用内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗的临床效果。方法:选取 2016 年 10 月~2018 年 1 月于我院就诊的慢性分泌性中耳炎患者 86 例,根据随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例。对照组采用内镜下咽鼓管置管术治疗,观察组采用内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗。比较两组治疗前及随访 6 个月后的纯音气导听阈水平及中文版慢性耳病调查量表(CCES)评分。结果:治疗前,两组患者纯音气导听阈水平及 CCES 评分比较无显著性差异($P>0.05$);随访 6 个月后,观察组纯音气导听阈水平显著低于对照组,CCES 评分显著高于对照组($P<0.05$)。结论:慢性分泌性中耳炎患者采用内镜下咽鼓管置管术联合柴苓通窍汤治疗,可有效改善纯音气导听阈水平,提高生活质量。

关键词:慢性分泌性中耳炎;柴苓通窍汤;内镜下咽鼓管置管术;纯音气导听阈

中图分类号:R764.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.057

慢性分泌性中耳炎以传导性耳聋及鼓室积液为主要特征,表现为耳闷胀感和听力减退,病程长,严重影响患者生活质量^[1]。咽鼓管功能障碍是慢性分泌性中耳炎的基础病因,故临床多采用内镜下咽鼓管置管术治疗该病,可有效改善患者病情,但其单独使用仍存在一定的局限性^[2]。柴苓通窍汤具有扶正祛邪、利湿通络之效,与内镜下咽鼓管置管术联合治疗慢性分泌性中耳炎,可进一步提高治疗效果^[3]。本研究旨在探讨慢性分泌性中耳炎患者采用内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 10 月~2018 年 1 月于我院就诊的慢性分泌性中耳炎患者 86 例,根据随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例。对照组

男 25 例,女 18 例;年龄 15~50 岁,平均年龄(34.56±7.68)岁;病程 3~10 个月,平均病程(6.85±2.89)个月;左耳 20 例,右耳 19 例,双侧 4 例。观察组男 27 例,女 16 例;年龄 15~51 岁,平均年龄(34.59±7.69)岁;病程 3~11 个月,平均病程(6.87±2.91)个月;左耳 22 例,右耳 18 例,双侧 3 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究已通过医学伦理委员会批准,且所有患者均签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:符合慢性分泌性中耳炎相关诊断标准,临床表现为闭气阻塞感、耳内胀闷不适,耳部检查可见鼓膜内陷,伴粘连、增厚、浑浊;病程≥3 个月;听力检查呈传导性耳聋^[4]。(2)排除标准:妊娠及哺乳期妇女;伴有鼻咽部肿瘤、鼻-鼻窦炎、腺样体肥大等器质性病变;内镜下咽鼓