

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。

#### 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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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<sup>[3]</sup>。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<sup>[4]</sup>。(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

管置管术治疗未获得较好的治疗效果;急性发病。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用内镜下咽鼓管置管术治疗。患者取仰卧位,患侧鼻腔实施局部浸润麻醉,插入 Storz 鼻内镜及 1 mm 内镜欧式管,至咽鼓管 2.5 cm 左右,之后用 1 ml 注射器进行 3 次咽鼓管通气,向欧式管中注入糜蛋白酶和醋酸泼尼松龙清洗液 1 ml,清洗完毕后退欧式管,留置硬膜外麻醉导管 7 d 左右。术后 1 周常规予以抗菌药物预防感染,并定期进行内镜检查,彻底清除鼓室内渗出物,待患者临床症状、体征消失后,在内镜下取出硬膜外导管。

1.3.2 观察组 采用内镜下咽鼓管置管术联合柴苓通窍汤治疗。柴苓通窍汤组方:生薏苡仁 30 g,柴胡、茯苓各 15 g,泽泻、僵蚕、黄芩各 12 g,丹参、石菖蒲各 10 g,香附、炙甘草各 6 g。温水煎煮,取汁 300 ml,分早晚两次服用,1 剂/d,内服 14 d。另将上述药物水煎出药液后高速离心,提取上层清液 150 ml,经超微过滤后,保存于封闭器皿中,高温高压灭菌后备用。在行内镜下咽鼓管置管术时,以上述滤清液代替醋酸泼尼松龙和糜蛋白酶清洗液进行鼓室内清洗,其他操作同对照组。两组均随访 6 个月。

1.4 观察指标 (1)分别于治疗前及随访 6 个月后测定两组纯音气导听阈水平,从 1 000 Hz 初始频率、40 dB 声强开始,20 dB 一档增减声强,行上升法测定。(2)分别于治疗前及随访 6 个月时采用中文版慢性耳病调查量表(CCES)量表评估患者生活质量情况,得分越高,生活质量越好<sup>[5]</sup>。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS24.0 统计学软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料用率表示,采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组纯音气导听阈水平变化比较 治疗前,两组患者纯音气导听阈水平比较无显著性差异, $P > 0.05$ ;随访 6 个月后,两组纯音气导听阈水平均较治疗前显著降低,且观察组明显低于对照组, $P < 0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组纯音气导听阈水平变化比较(dB,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	随访 6 个月后	t	P
对照组	43	45.97± 4.89	30.45± 4.26	15.693	0.000
观察组	43	46.21± 5.38	23.16± 3.89	22.767	0.000
t		0.217	8.287		
P		0.829	0.000		

2.2 两组 CCES 评分比较 治疗前,两组患者 CCES 评分比较无显著性差异, $P > 0.05$ ;随访 6 个

月后,两组 CCES 评分均较治疗前显著升高,且观察组明显高于对照组, $P < 0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组 CCES 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	随访 6 个月后	t	P
对照组	43	56.94± 9.46	65.72± 8.79	4.459	0.000
观察组	43	57.06± 8.43	71.65± 9.87	7.371	0.000
t		0.062	2.942		
P		0.951	0.004		

## 3 讨论

目前,临床尚未明确慢性分泌性中耳炎的发病机制,故清除中耳积液、改善中耳通气是治疗该病的基本原则<sup>[6]</sup>。外科手术是目前临床慢性分泌性中耳炎的主要方式,以内镜下咽鼓管置管术最为常用。内镜下咽鼓管置管术具有手术视野清晰、定位准确、手术操作简单、手术损伤小等特点,能够使中耳腔与外界气压保持平衡,使液体不断流出,鼓室内黏膜上皮逐渐恢复正常,腺体分泌减少,纤毛活动恢复正常,从而防止渗液复发,恢复中耳功能<sup>[7-8]</sup>。

中医学认为,外感风热、闭塞经气、循经上扰是分泌性中耳炎发生的主要原因,久治不愈,外邪滞留,气血运行不畅,痰瘀交阻耳窍,进而发展为慢性分泌性中耳炎。因此,久病正虚、邪毒留滞为慢性分泌性中耳炎发生的主要原因,治疗原则为扶正祛邪、疏肝散邪、利湿通络<sup>[9]</sup>。柴苓通窍汤中,黄芩清热解毒;柴胡、香附疏肝解郁;僵蚕、丹参通络熄风;生薏苡仁、泽泻、茯苓健脾利湿;石菖蒲开窍化痰;炙甘草健脾和中。诸药合用共奏扶正祛邪、利湿通络之功效。现代药理学研究表明,柴胡、香附有助于恢复中耳神经功能,且具有抗炎、镇痛、抗内毒素及抑制病原微生物等作用;泽泻、茯苓可降低血液黏稠度、红细胞聚集指数,对红细胞变形造成间接影响,减少炎症渗出,减少鼓室内漏出液,促进中耳通气引流改善;石菖蒲有抗惊厥、中枢镇静等作用;僵蚕有抗凝血及抗内毒素损伤等作用;丹参可改善血液流变学及内耳局部血液情况。研究显示<sup>[10]</sup>,内镜下咽鼓管置管术联合柴苓通窍汤内服治疗,可实现标本兼治的效果,有助于促进咽鼓管畅通,减少中耳分泌液,增强机体免疫功能,恢复中耳黏膜功能,改善患者听力;同时在内服基础上加用柴苓通窍汤冲洗可使药物有效成分直接作用于咽鼓管黏膜、鼓室等病灶,快速发挥减少炎症渗出、消肿、抗炎等作用,有助于机械分离阻塞性黏稠分泌物,促进疾病康复。

本研究结果显示,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(下转第 140 页)

2.2 两组临床疗效比较 研究组总有效率为 91.67%，明显高于对照组的 72.22%， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	36	11(30.56)	22(61.11)	3(8.33)	33(91.67)
对照组	36	8(22.22)	18(50.00)	10(27.78)	26(72.22)
$\chi^2$					4.600
P					0.032

### 3 讨论

冠心病快速室性心律失常发病机制较为复杂，考虑与氧自由基增多、心肌缺血等因素有关<sup>[4-5]</sup>。当前，临床上多采用抗心律失常药物治疗，如普罗帕酮、胺碘酮等。其中，普罗帕酮属于广谱高效膜抑制性抗心律失常药物，能促使心肌兴奋性降低，使得动作电位时程、有效不应期延长，但部分冠心病快速室性心律失常患者采用普罗帕酮治疗效果仍不理想。而胺碘酮具有较强的抗心律失常作用。但临床上针对胺碘酮对心电指标产生的影响研究仍较少。刘晖等<sup>[6]</sup>重点调查分析了扩张型心肌病合并室性心律失常患者给予胺碘酮与自拟养心复律汤联合应用的效果，发现胺碘酮在调节患者心电图 QT 离散度上有重要作用。刘艳<sup>[7]</sup>发现，在心力衰竭并发室性心律失常患者治疗中应用胺碘酮，能有效调节心电图 QT 离散度，也证实了这一点。

本研究结果可以看出，治疗后两组 QTc 间期较治疗前延长，室性期前收缩数、短阵室速数均较治疗前减少，且与对照组比较，研究组改善效果更佳。笔者认为，这可能是因为胺碘酮能促使机体细胞内  $Mg^{2+}$  浓度提升，激活 ATP 酶活性，促使  $Na^+-K^+$  泵、 $Ca^{2+}$  泵作用提升，且能提升细胞内  $K^+$  浓度，改善心功能。此外，胺碘酮药效学、药代学、药理学较为复杂，个体反应差异较大。姚鑫宝等<sup>[8]</sup>重点分析了胺碘

酮静脉用药患者的不良反应，认为胺碘酮药理作用所致 QT 间期延长虽然并不危险，但仍需引起高度重视；该研究还发现 QT 间期延长的一个独立危险因素为术后急性肾损伤，可能导致出现尖端扭转型室速，增加病死率。因此，在给药过程中需重视加强患者治疗中各项指标的监测，以预防不良事件。此外，两组治疗前后 PR 间期、QRS 间期差异均不显著。提示胺碘酮的应用不会对 PR 间期、QRS 间期产生较大影响。郭云丽<sup>[9]</sup>调查分析了顽固性室性心律失常治疗中胺碘酮的应用效果，发现治疗 1 个疗程后，患者心电图 Q-T 期明显延长，但 PR 间期、QRS 波时限差异不显著，与本研究结果相符。此外，研究组总有效率为 91.67%，明显高于对照组的 72.22%， $P < 0.05$ 。凸显出胺碘酮在冠心病快速室性心律失常治疗中的有效性，能明显提高疗效，临床价值显著。

本研究局限之处在于所选病例数较少，且研究指标仍不丰富，作用机制尚不完善，故今后仍需加大研究力度，进行大样本、多中心调查分析。

#### 参考文献

[1] 窦金媛,陈原,蒋敏.胺碘酮治疗急性心肌梗死后室性心律失常的临床效果观察[J].中国医疗设备,2016,31(S1):161-162  
 [2] 白润爱,何勇.胺碘酮联合厄贝沙坦对充血性心力衰竭并室性心律失常的疗效观察[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(2):180-182  
 [3] 郭靖涛,李文泽,张来军.实用心脏内科学[M].北京:科学技术文献出版社,2013.65  
 [4] 郑宗泰,陈文芳,翁嘉全,等.致命室性快速心律失常心肌能量的代谢改变与氧化损伤[J].中国法医学杂志,2016,31(6):543-546  
 [5] 夏国宏,郑争达,杨海燕.动态心电图检查老年冠心病心肌缺血和心律失常临床价值分析[J].医学影像学杂志,2016,26(2):354-356  
 [6] 刘晖,朱颜.自拟养心复律汤联合胺碘酮对扩张型心肌病合并室性心律失常患者左室重构、心率变异性及 QT 离散度的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(26):2910-2913  
 [7] 刘艳.胺碘酮联合稳心颗粒对心力衰竭并发室性心律失常心率、QT 离散度的影响[J].中国妇幼健康研究,2016,36(6):202-203  
 [8] 姚鑫宝,林阳,张晓星,等.静脉用胺碘酮后 QT 间期延长危险因素分析[J].心肺血管病杂志,2017,36(1):10-13  
 [9] 郭云丽.不同给药方案治疗顽固性室性心律失常的疗效分析[J].西南国防医药,2016,26(12):1445-1447

(收稿日期: 2018-05-12)

(上接第 113 页)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( $P < 0.05$ )。说明内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗，可促进慢性分泌性中耳炎患者纯音气导听阈水平降低，并提高其生活质量。

#### 参考文献

[1] 裴秋萍,李声岳,张燕平.鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术治疗老年慢性分泌性中耳炎患者的疗效[J].中国老年学,2017,37(17):4364-4365  
 [2] 汪宁波,兰春波,张恩琴,等.“T”型管置入配合中药治疗小儿慢性分泌性中耳炎的临床研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2014,22(5):361-362,364  
 [3] 钟伦坤,孙永东,陈隆晖,等.鼻内镜下咽鼓管置管联合鼓室清窍汤冲洗治疗慢性分泌性中耳炎临床观察[J].南京中医药大学学报,2015,31(2):114-117

[4] 陈敏芬,潘兆虎,王海英.中西医结合治疗慢性分泌性中耳炎的临床研究[J].中国慢性病预防与控制,2013,21(4):465-466  
 [5] 马钊恩,翟锦明,廖礼兵,等.咽鼓管球囊扩张术治疗慢性分泌性中耳炎的短期疗效观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2017,31(5):54-56  
 [6] 张伶俐.益肾疏肝中药治疗慢性分泌性中耳炎疗效及对血小板活化因子、内皮素-1 及水通道蛋白的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(33):3697-3699  
 [7] 李成光.通气散和二陈汤加味治疗分泌性中耳炎临床研究[J].中医学报,2013,28(8):1245-1246  
 [8] 徐隽彦,刘春丽,倪立群.耳内镜下鼓膜置管或穿刺治疗慢性分泌性中耳炎的临床效果对比[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(1):21-23  
 [9] 李研.鼻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 40 例[J].河南中医,2016,36(8):1397-1399  
 [10] 侯田培.柴苓通窍汤联合龙胆通窍丸治疗慢性分泌性中耳炎的疗效[J].中国民康医学,2018,28(1):70-71

(收稿日期: 2018-07-12)