文章编号: 1000-5404(1999)12-0914-02

鼓室成形术 238耳临床疗效分析

张利军,刘兆华 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所耳鼻咽喉科,重庆 400042)

【提要】 目的: 探讨鼓室成形术的类型和手术疗效。方法: 对鼓室成形术 238耳的病例类型、手术类型和手术方法进行了分析。结果: 经 1~5年随访,修补鼓膜完全成活 229耳,成功率为 96.21%,再穿孔 9耳占 3.79%。听力提高 10~15 dB 172耳,占 72.26%,提高 15~30 dB 43耳,占 18.07%,无提高 18耳,占 7.56%,听力轻度下降 5耳,占 2.11%,听力提高总有效率为 90.34%。结论: 适应症选择恰当,技术熟练,鼓室成形术会获得良好的效果。

关键词 中耳炎;鼓室成形术;听力
中图法分类号 R764.92 文献标识码 A

慢性化脓性中耳炎后遗鼓膜穿孔,听骨链和鼓室病变在耳鼻咽喉科很常见,多年来应用鼓室成形术切除病变、重建听骨链、修复穿孔的鼓膜,从而增进听力为行之有效的方法。随着强有力抗生素的应用、手术显微镜性能的改进,以及手术技术的进步,致使鼓室成形术疗效不断提高。现将我院 1988~1996年记录资料较完整的鼓室成形术 229例 238耳进行总结分析,报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组 229例,238耳,男 132例,135耳,女 97例,103耳,左侧 132例 136耳,右侧 97例 102耳,其中双耳 9例。年龄 16~54岁,病程 1~45年。术前干耳时间 1~2月。术前耳咽管导管吹张耳咽管通畅。术后随访 1~5年。

1.2 病例类型

238耳中,外伤性鼓膜穿孔 25耳,占 10.5%,慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔 213耳,占 89.5%。单纯鼓膜紧张部中小穿孔不伴听骨受损 116耳,占 48.73%,鼓膜紧张部大穿孔伴锤砧骨受损 85耳,占 35.73%,完全性、边缘性大穿孔 37耳,占 15.54%。术前电测听检查,听力损失 < 30 dB 38耳,占 15.97%,听力损失> 30~65 dB 158耳,占 66.38%,听力损伤 > 60~90 dB 42耳,占 17.65%。

1.3 手术类型

I 型即单纯鼓膜修补术;II 型限于清除中耳病变和修复听骨链及鼓膜;III型为开放式乳突根治术并重建听力结构。本组 238耳,其中I 型鼓室成形术 105耳,占 44.12%,II 型鼓室成形术 87耳,占 36.55%,III型鼓室成形术 46耳,占 19.33%。

1.4 手术方法

手术采用局麻加强化麻醉,常规耳内切口[1],耳道大仅修补鼓膜者可不作切口,病变范围广且需做III型鼓室成形术者可采用耳后切口。用西德 OPTON手术显微镜放大 12.5~25倍,250 mm镜头。移植物均选择颞肌筋膜,修补鼓膜均采用内植法。重建听骨链是鼓室成形术提高听力的关键,我们多采用自体残余听骨行听力重建。

2 效果

本组 238耳,随访时间 1~5年,出院时观察移植鼓膜色泽红润、平坦、无明显内陷,出院后继续每周或隔周耳专科门诊随访。移植鼓膜愈合良好,完全成活者 229耳,占 96.21%,再穿孔,未成活者 9耳,占 3.79%。术后随访听力提高 10~15 dB者 172耳,占 72.26%,提高 15~30 dB者 43耳,占 18.07%,听力无提高 18耳,占 7.56%,听力轻度下降 (< 10 dB) 5耳,占 2.11%,听力提高总有效率为 90.34%。

3 讨论

3.1 鼓室成形术分型

鼓室成形术是治疗慢性化脓性中耳炎、提高听力的有效治疗方法。几十年以来,由于显微镜性能改进,手术技术的进步,成功率在不断提高。经过临床大量实践的总结,鼓室成形术在不断改进,大多数人按 Pontmann分类将鼓室成形术分为III型,根据我们的体会,III型分类法已足够用于临床各种病变的鼓室成形术。

3.2 移植物选择

不同种类的移植物各有其优缺点,但最理想的应是同种自体组织,我们也曾用过软骨膜作移植物,但应用最多的是自体颞肌筋膜[1,2],因为颞肌筋膜取材方便、抗感染力强、代谢低、不受大小限制、不需另外切

作者简介: 张利军,女,1953.01.06生,湖南省长沙市人,副主任医师,副教授,主要从事耳神经方面的研究,发表论文 5篇。电话: (023)68757240

收稿日期: 1998-11-15;修回日期: 1999-03-22

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

口,是目前临床应用最广、最受欢迎的移植物。

3.3 复发性穿孔

本组 238耳,有 9耳术后复发穿孔,我们分别在 1~ 2年内进行再手术,术后穿孔愈合,但听力提高不甚明显。分析其失败原因,一是移植物过小,且鼓膜穿孔位于前方耳道前壁位置深视线差,移植筋膜于耳道前壁粘贴不牢,移植物收缩,易发再穿孔(5耳)。其二是术后感染(4耳),患者均在术后 1周发生上呼吸道感染,因全身抵抗力低,抗生素使用不得力,致使再穿孔。

3.4 听力提高的问题

鼓室成形术听力提高与否,不仅取决于正确的手术方法,同时取决于适应症的选择。良好的咽鼓管功能是鼓室成形术的重要先决条件,关于干耳时间[2],我们认为干耳时间与疗效无明显影响,一般来说只要干耳 1月以上均可施行手术,我们也曾在中耳腔潮湿时行鼓室成形术,仍然获得良好的疗效。另外感音神经性耳聋能否施行鼓室成形术,目前意见尚有分歧,但我们认为应根据中耳局部病变与内耳损害程度而选择手术类型,即使术后听力不能达到应用水平,但至少术后可以防止中耳感染。对于鼓室有硬化灶患者,也可根据病变情况切除病灶,选择不同类型的鼓室成形术增进听力。本文未纳入镫骨性鼓室硬化病例。

鼓室成形术虽应用于临床几十年,但对各种病变如何采取合理的方式进行听力重建,仍需进一步在实践中总结经验。对胆脂瘤型中耳炎,咽鼓管功能差,听力提高不理想的病例,乳突根治术仍是必不可少的手术方法。

参考文献

[1] 汪　磊.鼓室成形术的发展[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1996,31(6):6323-6325.

[2] 李哲生.鼓室成形术[J].国外医学:耳鼻咽喉科学分册,1978,2:1-2.

(编辑　冷怀明)

Evaluation of tympanoplasty: A report of 238 ears

ZHANG Li-jun, LIU Zhao-hua (Department of Otorhinolaryngology, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042)

Abstract Objective: To determine the types of tympanoplasty and explore their therapeutic efficacy. Methods: The disease types, surgical types and surgical methods in 238 ears were analyzed. Results: A 1- to 5-year follow-up showed that 229 ears were cured and reperforation occurred in 9 cases. The postoperative hearing was as follows: an improvement of 10~ 15 dB for 172, 15~ 30 for 43, no improvement for 18 and slight depression of auditus for 5. Conclusion: Tympanoplasty III is suitable for the patients with chronic otitis media. The postoperative results are highly dependent on skillful operation and careful selection of cases.

Key words otitis media; tympanoplasty; hearing

(上接 913页)

2月后患者又以[7]隐痛,不能咬东西 1周再次就诊。检查:补物完整,叩痛(±),牙周无红肿。追问病史,主诉患病初期曾有轻度鼻塞,左侧鼻涕较多且黄,此次反复左侧仍有鼻涕。采取:① 调整咬合;② 牙周袋 3% 双氧水冲洗;③ 抗感染;④ 建议转耳鼻喉科排除左上颌窦病变。

耳鼻喉科检查,CT报告:双侧上颌窦乳头状高密度影,左侧多且混浊,诊断为双侧上颌窦多发囊肿合并左侧慢性炎症,行上颌窦穿刺引流,引出少量黄色粘稠物,窦腔内注射庆大霉素。建议适时行上颌窦根治术。

2 讨论

纵观整个诊治过程可明了,此病例系一典型的邻近器官病变所致的牙痛,分析原因当从中吸取以下教训:① 病史询问不祥:接诊医生未祥细询问、了解病史,过分依赖病人主诉症状,而忽略了疾病的起因;② 片面相信主观检查:如冠周牙龈轻度红肿,叩痛,松动Ⅰ度,根尖区牙龈压痛,造成牙周疾患导致牙髓炎的假象;③ 武断下结论:在无明显牙周炎指征,病史不祥的情况下,诊断为牙周牙髓综合症,冒然予以开髓,导致误诊、误治;④ 经验不足,思路局限:初诊医生为进修医生,经验不足。在病因、病史、检查不能确定的情况下,应多考虑邻近器官的病变[1];⑤ 治疗不当:患牙经开髓后,2次均未完整拔除牙髓,对[6]6髓腔解剖形态较复杂的牙齿行去髓术,尤应认真仔细。

关键词　牙痛;上颌窦

中图法分类号　R781.4　　文献标识码　B

参考文献

[1] 赵　皿,肖明振.牙体病误诊误治[M].西安:陕西科学技术出版社,1990.77-78.

(编辑　潘式文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net