

本组对老年高血压 PP 较高的患者采用硝苯地平缓释片与依那普利联合治疗,6 个月后显示比 β -受体阻滞剂及利尿剂的组合更能降低 PP,而且副作用少,对照组出现新发糖尿病、痛风、窦性心动过缓均高于治疗组,治疗组虽然有面红、纳差、咳嗽等不良反应,多不影响治疗,且对伴有糖尿病、冠心病、心脏扩大、颈动脉硬化、脑梗死等高血压患者无明显不良反应,充分显示出两种药物联合使用对老年高血压患者治疗的优越性,符合我国老年高血压患者的理想治疗。

[参 考 文 献]

[1] 石湘云,吴旭辉,张昭毅,等. 脉压与冠心病患病关系的探讨

[J]. 海军总医院学报,2003,16(1):14-17.

- [2] 王宏宇,胡大一. 脉压、大动脉弹性及药物干预效应[J]. 中国医刊,2003,38(5):62-63.
- [3] Blacher J, Staessen JA, Girend X, et al. Pulse pressure not mean pressure determines cardiovascular risk in older hypertensive patients [J]. Arch Intern Med, 2000, 160(8):1085-1089.
- [4] Chemla D, Antony I, Hebert J, et al. Increased aortic pulse pressure associated with concentric left ventricular hypertrophy in arterial hypertension [J]. Am J Hypertens, 2002, 15(4 Suppl):A164.
- [5] 卢新政. 2007 年欧洲高血压协会和欧洲心脏病学会高血压指南新亮点[J]. 中华高血压杂志, 2007, 15(9):709.
- [6] 孙宁玲. 优化降压治疗在高血压治疗中的意义——ASCOT-BPLAA 研究解读[J]. 中国实用内科杂志, 2007, 32(6):416-418.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0611-02

· 临床医学 ·

中耳内镜在鼓室成形术中的应用

岳修坤

[摘要] 目的:探讨中耳内镜下进行鼓室成型术的可行性。方法:在中耳内镜下对 22 耳单纯型中耳炎患者行鼓室成型术,所有患者分别作了 3-18 个月的随访。结果:患者听力明显好转者 21 耳(95.5%),术前语频气导平均听阈(500、1 000 及 2 000 Hz)值(39.0 ± 8.2)dB,术后为(23.9 ± 4.8)dB。结论:中耳内镜对咽鼓管鼓口能清楚的观察,因此对于部分术前检查或术中探查发现咽鼓管不畅的患者,术中在内镜下彻底清除病变后,可以一期行鼓室成型术,术后听力改善情况疗效可靠。

[关键词] 中耳炎,化脓性;内镜术;鼓室成型术

[中国图书资料分类号] R 764.2 [文献标识码] A

慢性化脓性中耳炎是耳科常见病之一,其发病率成人约为 2%,儿童为 0.5%~4.3%^[1],病理主要表现为中耳黏膜、骨膜或深达骨质的化脓性炎症,临床以耳内长期或间歇流脓、鼓膜穿孔及听力下降为特点。随着人们生活质量要求的提高,对旨在提高听力的鼓室成型手术治疗的研究一直是耳科学者的重要工作之一。本研究参照国外的一些研究成果,将耳内镜应用于鼓室成型手术,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005~2007 年 12 月,收住我科慢性化脓性中耳炎患者 20 例(22 耳),男 15 例,女 5 例;年龄 1~45 岁。患耳术前 2.5~6 个月无流脓,听力学检查气导平均听阈 <25 dB 1 耳, $25 \sim 45$ dB 18 耳, $>45 \sim 60$ dB 4 耳,气导语频(500、1 000 和 2 000 Hz),平均(39 ± 8.2)dB,气骨导差平均(27 ± 6.4)dB;咽鼓管功能检查通畅者 18 耳,功能不良者 4 耳;穿孔均为鼓膜紧张部中央型穿孔;中耳乳突

CT 扫描均未发现软组织影或骨质破坏。

1.2 手术方法 对 6 耳穿孔较小的患者先做外耳道皮肤-鼓膜瓣,并向前翻开,暴露鼓室,再行内镜下探查;另 16 耳由于穿孔直径 >5 mm,直接经鼓膜穿孔处行鼓室探查,其中 14 耳随后做外耳道皮肤-鼓膜瓣,另 2 耳未做切口。0°内镜探查中鼓室,观测咽鼓管鼓口、锤骨柄、鼓岬、圆窗及听骨链活动情况;30°内镜下探查上鼓室、听骨链、砧镫关节、卵圆窗和后、下鼓室内结构。

2 结果

20 例均进行随访,随访时间分别为术后 2 周、1 个月、3 个月、半年、1 年和 1.5 年。分别于 1、3、6 个月作纯音测听检查,根据国际耳聋等级标准^[2],以 500、1 000 及 2 000 Hz 三个频率的平均阈值计算。听力判定标准以语言区气导平均值计算,气导听力提高 10 dB 以上为改善;提高 15 dB 以上或语频气导平均 <30 dB,为听力明显改善。本组术后 3 个月纯音测听检查有明显改善者 19 耳,6 个月有明显改善者 21 耳,其中 1 耳伴有耳鸣,1 耳听力提高不明显,无听力下降者,整体听力提高率 95.5%。听力无变化 1 耳。语频平均气导提高(16.8 ± 9.6)

[收稿日期] 2009-05-03

[作者单位] 广东省清远市广清医院耳鼻咽喉科,511515

[作者简介] 岳修坤(1968-),男,主治医师。

dB,气骨导差平均缩到10 dB。术后气导平均听阈值为(23.9±4.8)dB。22耳手术无眩晕、面瘫、神经性耳聋及耳流脓等并发症。

3 讨论

3.1 内镜下鼓室成型适应证 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。杨伟炎^[3]认为感染、不可逆性病变(胆脂瘤、肉芽、骨疡)、咽鼓管阻塞及耳蜗储备情况,是直接影响预后的重要因素,也是选择手术方式和手术时机不可忽视及不能回避的依据,并指出了具体条件。本研究对20例慢性单纯性中耳炎的手术适应证选择,停止流脓都在2个月以上(平均5个月),纯音测听表现为传导性聋;咽鼓管功能通畅或估计术中能够使其通畅,放射学检查内耳发育正常,耳蜗功能良好者,与尹凤兰等^[4]报道的适应证基本相同。

咽鼓室功能是鼓室成形术成功与否的关键条件,咽鼓管功能不良,肉芽阻塞,造成咽鼓管通气功能、清理和防御系统受到影响,必然引起中耳病变^[5]。尹凤兰等^[4]对5例咽鼓管欠通畅的患者进行手术,术后虽然移植物愈合较好,但听力提高不理想,因此认为咽鼓管通畅是鼓室成形术的基础。本研究22耳慢性单纯性中耳炎患者中咽鼓管功能检查通畅者18耳,功能不良者4耳,分别为咽鼓管口瘢痕和钙化斑阻塞,并对其中瘢痕阻塞者放置了腰麻导管予以扩张,术后恢复良好。

3.2 内镜应用于鼓室探查 传统显微镜下行鼓室探查手术为暴露鼓室内结构,往往需磨去上鼓室后外侧壁部分骨质,即使如此,有时对听骨链、咽鼓管鼓口及后鼓室的探查也不满意,耳内镜因能提供清晰的放大图像,并能从不同角度观察隐蔽部位的鼓室病变及鼓室黏膜病变、外淋巴瘘的部位、中耳胆脂瘤手术后的病变残留情况^[6],克服了显微镜的光线轴性照射的弱点,对鼓室探查具有明显优势。因此,行鼓室成型术过程中,对听骨链的探查是完全必要的,并非只需对气导听阈>45 dB的患者进行探查,同样并不需要对所有气导听阈>45 dB的患者进行听骨链重建手术。另外我们对18耳咽鼓管通畅患者,内镜下检查见咽鼓管鼓口黏膜光滑,无明显狭窄;4耳咽鼓管功能不良者,3耳咽鼓管口有钙化斑致狭窄,术中清理钙化斑,1耳管口周围有瘢痕增生、狭窄。术中对咽鼓管鼓口的探查与术前检查结果相吻合,从另一方面证实了我们对咽鼓管功能的

判定方法基本可靠。

3.3 内镜下鼓室成型术的优点 国内外有关这方面报道较多的都是内镜下鼓室探查,或者辅助显微镜进行鼓室成型术^[7,8],单独应用内镜进行鼓室成型术的报道较少。单纯鼓室成形术后,听力提高率多在86%以上,但达到应用水平者在50%~70%^[9]。本组对慢性中耳炎患者22耳进行了内镜下鼓室成型术,方法基本按照显微镜下鼓室成型术的手术过程,具体的手术步骤和局部细节有所不同,由于内镜具有放大效应、图像清晰、多视角及手术盲区少等优点,手术中可以清楚的探清鼓室结构,彻底清理可能存在的病变,在较大的视野下进行操作。另外,由于行鼓室探查时无需磨去上鼓室后外侧壁部分骨质,可以减小手术损伤,缩短手术时间和保持外耳道骨壁的完整性,而后者对保证鼓膜的解剖结构、防止鼓膜内陷有重要意义^[10]。本组单纯鼓室成形22耳,听力提高21耳,听力提高率95.5%,听力较术前平均提高16.8 dB,气骨导差距缩小至平均10 dB,1耳术后听力无明显变化。因此,我们认为内镜下行鼓室成型术,在提高患者听力方面疗效可靠。

【参 考 文 献】

- [1] 李宝实主编. 中国医学百科全书-耳鼻咽喉科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1980: 350.
- [2] 张欣, 田湘娥, 萧健云, 等. 耳内镜检查在中耳手术中的应用[J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(1): 3-4.
- [3] 杨伟炎. 鼓室成型术适应证选择[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31(2): 67-68.
- [4] 尹凤兰, 庞康, 王玉林, 等. 耳显微外科听力重建术67例临床观察[J]. 宁夏医学杂志, 1999, 21(1): 8-9.
- [5] Sando I, Takahashi H, Aoki H, et al. Mucosal folds in human eustachian tube: a hypothesis regarding functional localization in the tube[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1993, 102(1 Pt 1): 47-51.
- [6] Ogawa K, Kanzaki J, Ogawa S, et al. Endoscopic diagnosis of idiopathic perilymphatic fistula [J]. Acta Otolaryngol Suppl, 1994, 514: 63-65.
- [7] Thomassin JM, Korchia D, Doris JM. Endoscopic-guided otosurgery in the prevention of residual cholesteatomas [J]. Laryngoscope, 1993, 103(8): 939-943.
- [8] Tarabichi M. Endoscopic management of acquired cholesteatoma [J]. Am J Otol, 1997, 18(5): 544-549.
- [9] 徐伟, 马崧, 刘军, 等. 鼓室成型术132例分析[J]. 中国民政医学杂志, 2000, 12(5): 276-277.
- [10] El-Meselaty K, Badr-El-Dine M, Mandour M, et al. Endoscope affects decision making in cholesteatoma surgery [J]. Otolaryngology Head Neck Surg, 2003, 129(5): 490-496.