

成人分泌性中耳炎的综合治疗

付亮云,李秀琴,陈艳丽

[关键词] 中耳炎;分泌性中耳炎;药物治疗;鼓膜穿刺;微波治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 764.21 [文献标识码] B

分泌性中耳炎为不伴有急性中耳炎症状和体征的中耳腔积液,是耳鼻喉科门诊的常见病及多发病,它以中耳积液及听力下降为主要特征。如延误治疗可发生中耳粘连、硬化或胆固醇肉芽肿等病变,甚至胆脂瘤形成^[1]。目前对中耳炎的病理研究仍处于非常早期阶段^[2],临床诊断和治疗方法也不统一。2003年9月至2007年12月,我科采用综合疗法治疗成人分泌性中耳炎,取得良好疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 54 例(62 耳)。男 29 例,女 25 例;年龄 18~65 岁。病程 10 天~1 年,其中急性期(病程 < 3 个月)34 例(39 耳),慢性期(病程 > 3 个月)20 例(23 耳)。54 例均有耳闷塞感及不同程度听力下降,其中 5 例诉有轻度耳痛,17 例诉有低调耳鸣。耳镜检查可见鼓膜呈淡黄、琥珀色或乳白色。纯音测听示 49 例(56 耳)为传导性听力障碍,气骨导间距 10~40 dB;5 例(6 耳)为混合性听力障碍(以传导性听力障碍为主)。声导抗鼓室曲线均为 B 型曲线。

1.2 治疗方法 (1)药物治疗:1% 呋麻液滴鼻,每次 2 滴,每天 3 次;阿莫西林克拉维酸钾 57 mg,口服,2 次/天(青霉素过敏者口服阿奇霉素 0.25 mg,1 次/天);桃金娘油胶囊 300 mg,口服,3 次/天;泼尼松 10 mg 晨起顿服,每天 1 次。(2)鼓膜穿刺抽液:以 5 号长针头自鼓膜前下或后下象限刺穿鼓膜,抽出中耳积液,然后进行咽鼓管吹张 1 次。(3)微波治疗:鼓膜穿刺次日进行微波治疗。患者取坐位,采用 SW-6 型耳鼻喉科治疗仪(天津顺博医疗设备有限公司生产),将耳科探头放入患侧外耳道内,深度为 1~2 cm,勿接触鼓膜,功率 9~15 W,以患者感到温热为宜,每次 20 min,每天 1 次。整个疗程为 6 天,1 个疗程结束后由医生记录患者耳闷塞感及听力情况,并进行耳镜检查,了解鼓膜及中耳情况。如无积液,患者仍有耳部不适者即开始进行鼓膜按摩。鼓膜按摩采用 SGZ 型速效鼓膜治疗机(威海东舟医疗器械有限公司生产),频率 80 Hz,每天 1 次,每次 15 min;同时行咽鼓管吹张,每天 1 次。5 次为 1 疗程,一般治疗 2~3 个疗程。如仍有积液,休息 2 天,重复上述治疗(但不再使用泼尼松),最多 4 个疗程。4 个疗程结束后,如仍有积液则采用鼓膜置管法治疗。每个疗程结束同样由医生记录患者耳闷塞感及听力情况,并进行耳镜检查,了解鼓膜及中耳情况。整个疗程治疗结束复查纯音测听及声导抗检测,由医生进行综合疗效评定。

1.3 疗效评定^[2] 治疗后随访 6~12 个月行疗效评价。治

愈:耳聋、耳鸣、耳闷塞感消失,耳镜检查耳膜色泽正常,标志正常,活动好;纯音测听示听力恢复正常或骨气导间距 < 10 dB,声导抗测试鼓室图为 A 型。好转:耳鸣、耳闷塞感好转,听力明显提高;耳镜检查耳膜轻度内陷,活动度改善;纯音测听示气骨导间距较治疗前明显缩小,声导抗测试鼓室图较治疗前明显好转,但仍为 C 型。无效:耳鸣、耳闷塞感无好转,听力无明显提高;耳镜检查耳膜仍内陷;纯音测听,声导抗测试鼓室图较治疗前无明显好转。治疗 4 个疗程以上和复发者按无效计算。

1.4 统计学方法 采用秩和检验。

2 结果

急性期 34 例(39 耳)中,治愈 30 例(33 耳);好转 4 例(6 耳),有效率为 100%;慢性期 20 例(23 耳)中,治愈 13 例(13 耳),好转 4 例(6 耳),无效 3 例(4 耳),有效率为 82.6%,两者差异有统计学意义($u_0 = 2.16, P < 0.05$)。

3 讨论

分泌性中耳炎是耳科常见病,亦是引起听力障碍的常见原因之一,但是其病因和发病机制仍不明确^[2]。一般认为其病因是多方面的,包括特异和非特异免疫反应、咽鼓管功能障碍、致病微生物感染、鼻腔及上呼吸道感染合并症的存在、遗传和环境因素等多种因素相互作用的结果^[3]。其中咽鼓管功能障碍和感染因素的存在是分泌性中耳炎积液形成的最主要因素^[2,3]。目前针对分泌性中耳炎的治疗方法多种多样,而消除咽鼓管功能障碍、排除中耳积液是治疗的关键已成为临床医生的共识。本组用呋麻液减轻耳咽鼓管管口水肿,同时给予抗感染、促进呼吸道黏液排除药物,结合鼓膜穿刺抽液、咽鼓管吹张、微波治疗、鼓膜按摩等物理疗法。抗生素可以杀灭中耳积液中的细菌,减轻鼻腔、鼻咽部炎症,有利于咽鼓管功能的改善。桃金娘油胶囊是呼吸道黏液促排剂,它能碱化黏液,降低黏滞度,调节分泌,恢复浆液、黏液层比例,刺激纤毛摆动,加速纤毛运转,从而促进黏液排除;另外还有抗菌作用,并能加强抗生素的效应,减轻鼻咽部及咽鼓管黏膜的肿胀,促进咽鼓管的开放引流,从而缩短分泌性中耳炎的病程。泼尼松可促进鼓室炎症消退,使中耳黏稠的积液变为稀薄,有助于减轻急性期的反应和慢性期黏蛋白分泌和中耳黏膜的损害,有效防止复发。在此基础上,结合鼓膜穿刺+咽鼓管吹张+微波治疗+鼓膜按摩的综合治疗。因为渗出液在中耳停留时间越长,鼓室内肉芽形成机会越多,所以早期鼓膜穿刺有利于减轻中耳压力,利于残余液体吸收,随后咽鼓管吹张让气体快速充盈中耳,使中耳环境进入正常状态,有利于黏膜的恢复。微波治疗是利用微波的热外效应,增强细胞代谢过程,缓解深层血管痉挛,改善血液循环,提高血氧浓度,提升组织再生能力,改善咽鼓管功能,而

[收稿日期] 2008-12-19

[作者单位] 河北省廊坊市人民医院 耳鼻喉科,065000

[作者简介] 付亮云(1973-),女,主治医师。

且微波有明显的杀菌、抑菌作用,有利于炎症的控制。行咽鼓管吹张和鼓膜按摩,是进一步改善中耳环境并利用脉冲气流的抽动与震动鼓膜的物理作用,增加和改善鼓膜与听骨链的传音功能。经过治疗,本组急性期患者有效率为100%,慢性期患者有效率为82.6%,急性期疗效好于慢性期($P < 0.05$)。这是因为随着疾病的进展,中耳黏膜假复层柱状纤毛上皮化生增厚的分泌上皮或假复层柱状上皮,上下层有病理性腺体组织形成,固有层出现圆形细胞浸润^[4],此期治疗效果较早期差,所以分泌性中耳炎应早期治疗,延误治疗则可发生中耳粘连、硬化或胆固醇肉芽肿等病变,甚至胆脂

瘤形成^[1]。

[参 考 文 献]

- [1] 汪吉宝. 对分泌性中耳炎临床工作的几点看法[J]. 临床耳鼻喉科杂志, 2001, 15(10): 435-436.
- [2] 胡志英. 综合治疗分泌性中耳炎临床观察[J]. 中国伤残医学, 2008, 16(2): 13-14.
- [3] 张全安, 张青, 高琼, 等. 分泌性中耳炎诊治预防新理念及策略[J]. 中国科技论文在线, 2007, 2(11): 814-817.
- [4] 黄选兆, 汪吉宝主编. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 837-843.

[文章编号] 1000-2200(2009)08-0720-01

· 临床医学 ·

气管导管导引下胃管插管洗胃在农药中毒急救中的应用

刘 军

[关键词] 农药/中毒; 洗胃法; 气管导管; 插管法

[中国图书资料分类法分类号] R 595.4; R 459.9

[文献标识码] B

农药中毒患者急救的重要环节之一是及时洗胃,以尽量减少毒物的吸收。对于清醒的患者可以自己服洗胃液,然后催吐;对于不能配合或昏迷的患者需要插胃管洗胃;但对于少数咽部水肿或食管水肿的患者胃管置入相当困难,且反复操作更加重水肿,甚至出血,延误抢救时间。在多次胃管置入不成功的情况下,采用气管导管导引下胃管置管洗胃是有效的抢救方法。1999~2008年,笔者共使用此法抢救胃管置管失败的农药中毒患者6例,均获成功,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男2例,女4例;年龄25~50岁。均为我科应内科邀请急诊会诊农药中毒的患者,会诊时患者均昏迷。内科及时给予药物治疗且多次置胃管失败。

1.2 器械和方法

1.2.1 器械 (1)气管导管:应尽量选择较粗的气管导管,一般选择8.0(ID)以上的气管导管,备好导管芯,石蜡油。(2)喉镜:备齐各种型号的喉镜片,备困难插管喉镜。(3)吸引器:一般服毒的患者口腔分泌物较多,或有胃内容物,应先吸引后插管,减少误吸。(4)开口器:有些服毒的患者牙关紧闭,需要开口器撑开。(5)胃管:备较粗的胃管,在使用前先试验胃管能否顺利通过气管导管。

1.2.2 方法 先打开口腔,牙关紧闭者用开口器打开,沿口腔稍右侧放入喉镜,把舌头尽量向左推,充分暴露声门和食管开口,有分泌物时先吸引。喉镜镜片前端抵达会厌根部上提,暴露声门和食管开口,确定后用准备好的涂有石蜡油的气管导管缓慢、轻轻旋转置入食管,然后把准备好的胃管通过气管导管置入,再轻轻退出气管导管,注意固定好胃管以防带出。

2 结果

6例均经气管导管导引下胃管置管洗胃成功。经临床综

合治疗,5例痊愈出院,另1例由于服用农药量大同时饮酒,经抢救无效死亡。

3 讨论

农药中毒对人的毒性主要表现在抑制胆碱酯酶^[1]。相当一部分农药服毒患者的服食量大,洗胃是及时治疗的关键步骤之一。置管洗胃能及时清除存留在胃内的农药。大多数患者能成功置胃管洗胃,少数患者置胃管洗胃失败,延误了抢救最佳时间,手术胃切开洗胃在临床上很少应用。以前遇到置胃管失败的患者只能放弃洗胃,抢救成功率低。笔者1999年应内科邀请会诊一农药中毒患者,内科经多次胃管置入洗胃不成功。到诊时患者昏迷,喉中痰鸣,有蒜臭味。用喉镜暴露声门和食管开口,见有大量分泌物,吸引后发现食管开口处水肿并有少量出血,在直视下胃管置入不成功,用气管导管导引下胃管置入获得成功,本研究采用的方法是在此基础上加以改进的。整个过程要注意:胃管一定要能顺利通过气管导管;在拔出气管导管时要固定好胃管;在置管前尽量吸引口腔以减少误吸。用注射器接上胃管打气,胃部听诊,确定胃管在胃里后使患者头偏向一侧,接上洗胃器,用准备好的洗胃液洗胃。洗胃时每次注入量不宜过多,以免使毒物进入肠内,一般每次以200~250 ml为宜^[2]。反复灌洗到回收液澄清为止。拔出时用注射器抽净胃管内液体或用钳子夹住胃管尾端,以防胃管内液体在拔管时回流进入气管,导致吸入性肺炎甚至窒息。在洗胃的同时应用特效解毒药。

气管导管导引胃管置入在操作方法和气管插管步骤基本相同。常规胃管置入困难的患者不宜反复置管,应尽早行气管导管导引下胃管置入,为抢救赢得宝贵时间。对于胃管置入困难的患者,气管导管导引下胃管置入是临床上行之有效的有效方法。

[参 考 文 献]

- [1] 庄心良. 现代麻醉学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 2370.
- [2] 叶任高. 内科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 951.

[收稿日期] 2008-10-10

[作者单位] 安徽省怀远县中医院 麻醉科, 233400

[作者简介] 刘 军(1968-), 男, 主治医师。