

## 儿童分泌性中耳炎合并腺样体肥大的序列治疗(附 91 例临床报告)

Treatment of otitis media with effusion in children with enlarged adenoid: a report of 91 cases

王宝东<sup>1\*</sup>, 孙爱华<sup>1</sup>, 廖建春<sup>1</sup>, 朱春生<sup>2</sup>, 朱明<sup>2</sup>

(1. 第二军医大学长征医院耳鼻咽喉科, 上海 200003; 2. 济南军区总医院耳鼻咽喉科, 济南 250031)

**[摘要]** **目的:**总结伴有腺样体肥大分泌性中耳炎(OME)的序列治疗经验。**方法:**回顾性分析 1998 年 9 月~2005 年 2 月 91 例(161 耳)实施了包括腺样体切除术、鼓膜激光造孔、鼓室穿刺冲洗、鼓膜按摩和围手术期处理等在内序列治疗患儿的临床资料, 总结临床经验。**结果:**91 例患儿(161 耳)治愈率、好转率及无效率分别 60.9%(98 耳)、27.9%(45 耳)和 11.2%(18 耳), 效果较好, 并发症较少。**结论:**采用以腺样体切除术为主的序列治疗可改善咽鼓管功能, 降低中耳腔压力, 能有效地治疗伴有腺样体肥大的分泌性中耳炎。

**[关键词]** 中耳炎; 腺样体肥大; 治疗学; 儿童**[中图分类号]** R 764.21**[文献标识码]** B**[文章编号]** 0258-879X(2006)08-0914-02

分泌性中耳炎(otitis media with effusion, OME)是儿童常见病, OME 的发病与腺样体肥大关系密切<sup>[1]</sup>, 目前国内外大都采用腺样体切除术治疗<sup>[2,3]</sup>, 临床疗效肯定。从 1998 年 9 月~2005 年 2 月我们共收治了 91 例(161 耳)伴有腺样体肥大的慢性分泌性中耳炎患儿, 采取以手术为主的序列治疗, 取得满意疗效, 现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 91 例(161 耳) OME 患儿, 男 50 例, 女 41 例, 年龄 4~12 岁。双侧 70 例(140 耳), 单侧 21 例(21 耳), 病程 15 d~7 个月, 就诊时听力均有不同程度减退。所有患儿经触诊以及鼻咽部侧位 X 线片诊断为腺样体肥大。伴有慢性扁桃体炎和/或扁桃体 III° 肿大者 76 例(83.51%); 慢性鼻炎鼻窦炎者 33 例; 过敏性鼻炎 3 例。纯音测听检查, 161 耳除了 3 耳为混合性聋, 余 158 耳均为传导性耳聋, 言语频率平均听阈在 26~65 dBHL。声导抗检查: 鼓室压图 136 耳为 B 型图(84.76%), 25 耳为 C 型图(15.24%)。17 例患儿行颞骨 CT 检查。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 序列治疗 91 例患儿均行以腺样体切除术为主的序列治疗。

第一步: 入院后即应用抗生素静滴治疗, 0.5% 麻黄素行双侧鼻腔点鼻治疗, 点鼻采用鼻窦负压置换的体位, 药物停留在鼻咽部约 1 min 后患儿再起身。同时口服吉诺通胶囊(儿童装)120 mg, 每日 3 次。伴有鼻炎鼻窦炎及过敏性鼻炎患者同时给予相应药物治疗。

第二步: 患儿均在口腔插管全麻下进行, 肾上腺素棉片收缩鼻腔黏膜, 先用腺样体刮匙刮除鼻咽顶后壁大部分腺样体组织, 在直径为 3 mm 的 0° 硬性鼻内窥镜引导下, 用吸割器切除鼻咽部顶前壁及后鼻孔腺样体组织。对于鼻腔狭窄, 操作困难者, 应用 Nd: YAG 激光炭化腺样体组织。

第三步: 全麻同时在 0° 鼻内窥镜引导下进行患耳的鼓室穿刺冲洗, 穿刺针刺入鼓室后, 直接注入地塞米松、糜蛋白酶混合液, 浸泡 5 min 后, 之后再穿刺, 操作者右手固定穿刺针,

左手注射生理盐水冲洗, 加压直至助手在内窥镜下看见咽鼓管咽口有液体流出, 有时能看到褐色物质混在其中。最后抽出中耳腔大部分存留液体, 并向内注入空气, 以恢复中耳的压力, 对于冲洗时压力很大, 病程超过 4~7 个月的 3 例患儿, 考虑咽鼓管功能短期难以恢复, 应用国产 Nd: YAG 激光直接在穿刺点处打孔, 功率 15~20 W, 光斑直径 0.5~0.6 mm, 每次治疗时间 0.5~1.0 s, 造孔直径约 2 mm。打孔时中耳腔内注满生理盐水。

第四步: 延续第一步治疗的同时, 术后即行鼓膜按摩, 每日 20 min, 10 d 一个疗程, 1~2 个疗程。术后 1 周在鼻腔无异常分泌物的情况下行咽鼓管吹张, 每日用波氏球鼓气 3~5 次, 连续 10 d, 在鼓膜按摩后进行。口服吉诺通胶囊 30 d 以上。

第五步: 术后 15 d、1 个月复查电测听、声阻抗, 对于术后 20 d 以上仍为 B 型曲线者再次行鼓室穿刺, 方法同前。

1.2.2 疗效的评判标准 治愈: 耳鸣耳闷胀感消失, 听力恢复正常, 纯音测听骨气导差在 15 dB 以内, 声导抗为 A 型鼓室图; 好转: 耳鸣耳闷胀感减轻, 纯音听阈测听, 平均听力提高 15 dB, 但未达到正常, 声导抗为 As 型鼓室图; 无效: 临床症状无好转, 听力提高及鼓室图变化不明显。随访 3 个月评判疗效。

1.3 治疗后疗效的观察 76 例反复发作慢性扁桃体炎或(和) III° 肿大的患儿, 除了有 2 例 4 岁患儿保留了健侧扁桃体外, 其余 74 例同时切除双侧扁桃体。术后 3 个月复查, 161 耳分泌性中耳炎中, 98 耳治愈(60.9%), 45 耳好转(27.9%), 18 耳无效(11.2%)。3 例(3 耳) Nd: YAG 激光鼓膜造孔者中 1 例痊愈, 2 例好转, 均未发生感染, 穿孔在 3~5 周自愈; 1 例患儿表面麻醉鼓室穿刺时出现鼓膜撕裂, 1 周后痊愈, 2 例患儿再次穿刺后出现晕厥, 平卧吸氧后缓解。

**[作者简介]** 王宝东, 博士生, 主治医师。

\* Corresponding author. E-mail: baodong-wang@126.com

## 2 讨论

2.1 发病机制和病因分析 分泌性中耳炎(otitis media with effusion, OME)是儿童的好发疾病。久治不愈的慢性分泌性中耳炎可以导致严重的听力障碍,从而导致语言损害,出现学习和行为问题<sup>[4,5]</sup>,应及早治疗。其发病机制一般认为与咽鼓管功能障碍、免疫因素与感染因素密切相关,其他因素还包括父母吸烟、变应性疾病、反复发作的急性炎症和腺样体肥大<sup>[6,7]</sup>。在这些因素中腺样体扮演着重要角色。总结91例临床病例,我们发现分泌性中耳炎病程越长,咽鼓管功能、中耳腔压力及听力改善所需要时间就越长,治疗效果越差。儿童分泌性中耳炎容易漏诊,特别是单耳 OME 患者,因一耳听力正常,往往患儿反应迟缓甚至出现语言障碍时才引起注意。因此,对听力下降患儿就诊时,应仔细行耳科及鼻咽部检查,以免因漏诊延误患儿的治疗。对于中重度传导性聋或混合性聋患者,应进一步行颞骨 CT 检查,准确判断鼓室腔有无粘连、听骨链活动情况,以便更好的指导治疗。

### 2.2 序列治疗的经验总结

2.2.1 切除肥大的腺样体 伴有腺样体肥大的患儿应行腺样体切除术,并尽量做到有效切除。腺样体易阻塞咽鼓管影响引流,其中潜伏的细菌易致病,腺样体还可通过改变鼻咽部的免疫环境诱导 OME 的发病。单纯用腺样体刮刀行腺样体切除手术,只能切除鼻咽部顶后壁的部分腺样体,无法处理后鼻孔、鼻咽顶前壁及咽鼓管周围淋巴组织,建议采用内窥镜下吸割器或 Nd:YAG 激光切除。术后疗效观察发现,此种方法可以较为彻底地切除鼻咽部淋巴组织,再次发生炎症时,修复后的鼻咽部水肿较轻,分泌性中耳炎反复发作的次数减少。

2.2.2 采用仰卧垂头点鼻方法 采用此方法一方面药物可以达到咽鼓管周围,并在该开口沐浴 1 min,可以增强该药的作用时间,有利于开放咽鼓管,帮助恢复中耳通气及中耳积液促排。另一方面,可以让药物均匀涂布在鼻咽部及鼻腔,患儿起身后不至于因立刻感觉到口苦而拒绝进一步使用,这样保证了患儿治疗的连续性。

2.2.3 鼓室穿刺冲洗 我们直接将中耳分泌物稀化后直接冲洗,使中耳积液稀化便于流出,同时避免了直接穿刺抽液形成进一步负压对中耳黏膜及咽鼓管黏膜的损伤,缩短了黏膜恢复其功能的时间。同时,在冲洗最后中耳腔注入空气恢复其压力,也可以起到部分恢复中耳腔压力的作用。全麻下可以很好的完成鼓室穿刺、注药稀化、冲洗及最后注入空气的复杂操作,保证了治疗效果。伴有腺样体肥大的分泌性中耳炎往往发生于儿童,局麻鼓室穿刺冲洗可能不配合,操作要当心,尽量避免鼓膜撕裂,如果判断术后短时间咽鼓管功能不能恢复,Abdul-Baqi 等<sup>[8]</sup>建议 OME 患者在听力下降期间给予佩带助听器,以解决听力及语言障碍,从而不至于对以后的行为造成影响。

2.2.4 围手术期处理、术后用药及同时治疗伴发疾病非常重要 有人建议抗生素及抗组胺药物应用 2~3 个月<sup>[8]</sup>,不

连续的治疗可以导致 OME 复发<sup>[9]</sup>。对于伴有慢性扁桃体炎和/或扁桃体过度肥大者,本组数据有 76 例(83.51%)患者出现,尽管 Abdul-Baqi 等<sup>[8]</sup>报道行腺样体切除加扁桃体切除与单纯切除腺样体对 OME 的治疗效果无差异,但是笔者认为同时进行手术,可以解决慢性扁桃体炎及呼吸障碍的问题。

2.2.5 咽鼓管吹张 咽鼓管吹张宜选择在鼻咽部炎症急性期消退,伴随疾病得到控制后再进行,可以避免鼻腔、鼻咽部细菌及异常分泌物逆流进入中耳腔。术后及时进行鼓膜按摩治疗,不停的改变中耳腔压力,增加鼓膜活动度,促进咽鼓管黏膜功能的恢复及中耳腔分泌物的引流,防止鼓室内粘连。

2.2.6 Nd:YAG 激光鼓膜打孔的应用 用 Nd:YAG 激光鼓膜打孔代替常规的鼓膜植管治疗咽鼓管功能不能短期恢复的 OME,因为 Nd:YAG 激光的高温热量绝大部分经光纤尖端平行于光纤纵向前辐射,向周围辐射少,对周围组织损伤轻微,所以激光开窗形成的创缘整齐,术后创口能自行痊愈,瘢痕少<sup>[10]</sup>。同时减少了硅胶管作为异物对鼓膜的刺激,减少了感染因素,避免了植管脱入鼓室内的风险。

### [参考文献]

- [1] 刘阳云,孙正良,李正贤,等. 腺样体肥大程度与分泌性中耳炎的相关性研究[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18:19-20.
- [2] 薛柯凡,张伟,王肖蓉. 鼻内窥镜治疗儿童腺样体肥大和分泌性中耳炎[J]. 中国内镜杂志,2002,8:79-80.
- [3] Gates GA, Avery CA, Prihoda TJ, et al. Effectiveness of adenoidectomy and tympanostomy tubes in the treatment of chronic otitis media with effusion[J]. N Engl J Med,1987,317:1444-1451.
- [4] Cotton RT. The surgical management of chronic otitis media with effusion[J]. Pediatr Ann,1991,20:628,631-637.
- [5] Zielhuis GA, Rach GH, van den Broek P. Screening for otitis media with effusion in preschool children[J]. Lancet,1989,1:311-314.
- [6] Maw AR, Bawden R. Factors affecting resolution of otitis media with effusion in children[J]. Clin Otolaryngol Allied Sci,1994,19:125-130.
- [7] Paradise JL. Does early-life otitis media result in lasting developmental impairment? Why the question persists, and a proposed plan for addressing it[J]. Adv Pediatr,1992,39:157-165.
- [8] Abdul-Baqi KJ, Shakhathreh FM, Khader QA. Use of adenoidectomy and adenotonsillectomy in children with otitis media with effusion[J]. Ear Nose Throat J,2001,80:647-650.
- [9] Berman S, Roark R, Luckey D. Theoretical cost effectiveness of management options for children with persisting middle ear effusions[J]. Pediatrics,1994,93:353-363.
- [10] 王宝东,朱春生,纪宏志,等. Nd:YAG 激光治疗耳廓假囊肿 216 例[J]. 中国激光医学杂志,2004,13:207,217.

[收稿日期] 2005-12-21

[修回日期] 2006-05-06

[本文编辑] 贾泽军