

伴骨导听力下降的分泌性中耳炎临床特征及疗效分析

李祥龙

新疆阿克苏地区第一人民医院耳鼻喉科 新疆 阿克苏 843000

摘要：目的：探讨伴骨导听力下降的分泌性中耳炎临床特征及疗效。方法：选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月该时间段本院接收的伴骨导听力下降的分泌性中耳炎患者 20（100）例，根据患者的临床资料对其临床特征及治疗方案和治疗效果进行分析。结果：研究结果显示，在选取的患者中，患耳侧别：双耳 100 例，左耳 64 例，右耳 36 例；伴随症状：耳鸣 25 耳，耳闷 35 耳，耳痛 25 耳，眩晕 15 耳；鼓室导抗图：“B”型图 65 耳，“C”型图 25 耳，“AS”型图 10 耳；纯音听阈：入院气导平均听阈（60.85±16.85）dB HL，骨导平均听阈（35.48±13.56）dB HL，治疗后气导平均听阈（41.52±10.96）dB HL，骨导平均听阈（25.14+10.32）dB HL；治疗方案：所有患者入院后均予以鼻喷激素、粘液促排剂、营养神经药物等综合治疗；疗效：痊愈 39 耳（39.00%），有效 20 耳（20.00%），无效 41 耳（41.00%）。结论：分泌性中耳炎可表现为骨导听力下降，但发病机理不明，该类患者在发病后会出现听力下降的情况，一般表现为严重的听觉损害，因此，在诊断后需要对其进行全面的综合疗法，有一定疗效。应提高对该病的认识，防止误诊、漏诊。

关键词：分泌性中耳炎；临床特征；治疗效果；骨导下降

引言：

分泌性中耳炎是一种中耳的非化脓性炎症性病变，表现为中耳非化脓性炎性疾病。分泌性中耳炎发病后，患者会出现突发听力下降的情况，也有一些伴有骨导听力下降的病人会出现混合性或感音神经性耳聋，如果不及时识别，很容易被误认为是突发性耳聋等其它病症，影响病人的治疗及预后的效果^[1]。本次研究对选取的部分临床确诊的分泌性中耳炎合并骨导听力下降患者的临床表现进行了总结，对其临床特征、治疗方案和治疗效果进行了探讨，旨在为临床治疗和预防本病提供参考。

一、资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月该时间段本院接收的伴骨导听力下降的分泌性中耳炎患者 20（100）例，所选患者男女比例为 1:1，患者年龄在 23-75（36.15±4.58）岁，患者均存在不同程度的耳鸣、眩晕、头闷感及耳痛等症状。所选患者均符合本次研究要求，且患者基本资料之间存在的差异较小，无统计学意义。

纳入标准：患者就诊时存在听力下降的症状；纯音听阈检查显示患者符合混合性聋或者感音神经聋的诊断标准，在对其进行耳内镜检查的结果显示，患者鼓膜存在明显内陷或者积液的特征；患者临床资料完整；对本次研究知情且自愿签署知情同意书。

排除标准：患者不存在心肝肾功能不全的疾病；患者不存在精神类疾病或沟通障碍的情况；患者中途突出实验。

1.2 方法

（1）使用糠酸莫米松鼻腔喷雾剂或丙酸氟替卡松鼻腔喷雾剂，每天 1-2 次，连续 2 个星期。（2）鼻粘膜促进剂：桉树-蒎肠溶软胶囊（成人 0.3 克，儿童 0.12 克，每天 3 次，连续 2 个星期）；（3）抗菌素：头孢类或大环内酯类（口服 1 星期）；（4）对耳内视镜观察到有显著气体、液体平面的患者，在院后即行穿刺抽吸，同时注入鼓室内的糖皮质激素；（5）地塞米松注射液（10mg，静脉滴注，每天一次，5 d）；（b）蚓酶肠溶胶囊（每 60000 个单元，口服，每天 2 次，2 个星期）；甲钴胺胶囊（每次 0.5 毫克，2 周，3 次/日）；（6）在对选取的患者实施治疗的过程中，应根据患者的具体情况对治疗方案进行调整，比如合并糖尿病、高血压和高血脂的病人^[2]。

1.3 观察指标

两组均在治疗期间第 1、2 周进行纯音听阈、鼓室导抗和耳内窥镜检测，并于出院后进行电话随访。根据患者复查的结果及临床的症状作为效果评估的主要依据。参照突发性聋的临床效果评估，痊愈（受损频率听觉恢复至健康耳，

或达到原发病前，鼓室导抗图呈“A”形，使用耳内镜检查鼓膜未见积液，临床表现完全好转），有效（受损频率听力增加>10 dBHL，鼓室导抗图呈“A”形，耳内镜检查鼓膜未见积液，临床表现好转）；无效：（受损频率听力平均提高程度低于 15dBHL，与治疗前比无变化，耳内镜检查鼓室无明显积液征，患者症状无明显好转）治疗总有效率=痊愈率+有效率。我们只分析了经过常规治疗的病人的听力提高，并将其评定为临床效果的评价指标，对经过 2 周的常规疗法后，仍未取得显著效果的病人，再进行联合疗法，并在医院进行定期的复查。

1.4 统计学方法

本次研究中，使用 SPSS25.0 作为数据统计分析工具，通过 t 检验对比两组治疗前后的差异，并明确两组之间差异的显著性，以从数据层面获得有效的量化解释，以验证伴骨导听力下降的分泌性中耳炎的临床特征及效果。

二、结果

2.1 所选患者一般临床资料及治疗效果的比较

患耳侧别：双耳 100 例，左耳 64 例，右耳 36 例；伴随症状：耳鸣 25 耳，耳闷 35 耳，耳痛 25 耳，眩晕 15 耳；鼓室导抗图：“B”型图 65 耳，“C”型图 25 耳，“AS”型图 10 耳；治疗方案：所有患者入院后均予以鼻喷激素、粘液促排剂、营养神经药物等综合治疗；疗效：痊愈 39 耳（39.00%），有效 20 耳（20.00%），无效 41 耳（41.00%），且 P<0.05，见表一。

表一 所选患者一般临床资料及治疗效果的比较

疗效	治愈	有效	无效	总有效率（100 例）
临床资料				
性别				100
男	20	10	20	50
女	19	10	21	50
受影响面				
右侧	23	10	31	64
左侧	16	10	10	36
声模仿度				
A 或 AS	5	4	1	10
B	32	13	20	65
C	2	3	20	25
伴随症状				
耳鸣	5	10	10	25
耳闷	22	3	10	35
耳痛	9	5	11	25
眩晕	3	2	10	15

三、结论

以鼓室内积液为特点的分泌性中耳炎患者在发病后的主要症状表现为听力下降。在该类患者发病初期，只会出现一

些轻微的耳鸣等不舒服症状,在对其进行诊断的过程中,很容易被病人和医生所忽略。有些病人可能是突然发病,也可能是突然加重,因此首先就诊的是突然的听力减退。如果体检不能发现液体积聚,或者伴有骨导功能减退,以混合性或感音神经性耳聋为主,则容易被误认为是突聋或其他原因所致^[3]。所以,对分泌性中耳炎合并骨导听力下降的临床特点进行研究,并总结其临床特点,总结其临床应用价值。

分泌性中耳炎的发病机理主要有:咽鼓管功能异常,感染,颅面部畸形,胃食管反流,以及机体的免疫应答。以往研究的学者认为,即使咽鼓管功能得到改善,但中耳损伤仍有可能继续存在,并伴随着感染、胃食管返流及机体自身的免疫应答,导致中耳损伤加重。相关研究人员在40多名中耳炎病人的颞骨区进行了详细的解剖分析后发现,中耳也可出现以毛细胞损伤为主的病理改变,并且这种损伤是一个连续性的。在本次选取的部分分泌性中耳炎患者中发现,分泌性中耳炎存在时间很久,其原因是由于中耳损伤,内耳的毛细胞受到损伤,导致混合性或感音神经性耳聋伴骨传导性耳聋。由此可知,中耳炎症介质可透过“圆形窗口”对内耳造成影响。研究表明,反复上呼吸道感染是导致分泌性中耳炎复发的重要原因^[4]。分泌性中耳炎的复发或持续时间越久,越易形成累积作用,进而发展到内耳,进而形成混合性或感音性耳聋,伴骨传导功能减退^[5]。为此,我们在分泌性中耳炎的基础上,加入糖皮质激素药物对患者进行冲击治疗。

大多数分泌性中耳炎是由临床医生通过病史、临床表现及相应的听力测试来诊断的,但一些分泌性中耳炎病人,如同时伴有骨导听力减退和突发性听力减退,极易被误诊或漏诊^[6]。在分泌性中耳炎的确诊中,最主要的方法就是鼓膜导抗图谱和纯音听力阈值。其中27只耳的鼓室导抗图呈“B”形,可能是分泌性中耳炎的表现;本次研究结果显示,4只耳的鼓室导抗图呈“C”形,1只耳的鼓室导抗图呈“AS”形,所有病例都有鼓室液的征象。在分泌性中耳炎的病人中,有一些是出现了偏低的情况。当前国内使用的鼓室导抗图谱以单一频率为主,而基于宽带的鼓室导抗图谱能更好地反映中耳内部的精细信号,具有更高的灵敏度和客观性,对疾病的早期诊断具有重要意义。以往研究中,如果纯音听力阈值不能很好地匹配,那么听性脑干反射检测是有意义的,比如波I的时间推迟可能是中耳炎症的表现^[7]。而HRCT则可以发现中耳内有无水肿和炎症变化,对诊断和治疗突聋有帮助。因此,病人在接受手术时,应做头颅CT检查,以确定手术方案。此外,我们还发现,通过对分泌性中耳炎和突发性耳聋的诊断,可以通过对分泌性中耳炎和突发性耳聋的诊断,从图像上观察到中耳的渗出量和增强情况,可以帮助区分分泌性中耳炎和自身免疫性在内耳疾病^[8]。

对于分泌性中耳炎,可采用抗生素、糖皮质激素、鼓膜切开插管、腺样体切除及耳咽管吹张术等方法。由于分泌性中耳炎的发生机理比较复杂,因此不同的疗法都有各自的优缺点。我们在此基础上,依据临床上发现的中耳积液,在此基础上进行了鼓膜穿刺,并给予了相应的药物处理。多个国家的有关准则都建议在疾病持续3个月以上时进行鼓室穿孔手术。相关研究显示,耳鼓张力部位位于压力受体上,其对耳鼓的调控作用受到一定程度的损害,故需避免创伤性手术。也有部分学者认为在成人分泌性中耳炎的治疗中,加用地塞米松是一种有效的方法。在此项研究中,对于耳内镜提示积液不明显的病人,我们暂时不做鼓室内手术,而对于有较大液体的病人,给予鼓室内注入类固醇治疗。对于分泌性中耳炎合并混合性耳聋,在治疗分泌性中耳炎的同时,也要注意

对其进行治疗^[9]。对于病因未明的感音神经性耳聋,系统使用类固醇是一种较好的疗法。当前,我国临床常用的方法是结合HBO疗法对突聋等感音神经性耳聋患者进行辅助治疗^[10]。但是,在使用高压氧进行治疗时,容易出现中耳气压伤,会使病人的病情更加严重。故建议分泌性中耳炎合并骨传导功能减退时,不宜使用高压氧治疗,否则会使鼓室内气压不平衡恶化。

总而言之,分泌性中耳炎可以导致骨导听觉减退,进而导致混合性耳聋或感音神经性耳聋,所以在治疗过程中要提高警惕,详细询问患者的病史,做详细的体格检查、耳内镜检查和有关的听力学检查,特别是要警惕分泌性中耳炎和突发性耳聋以及其他中耳疾病之间的区别^[11]。若难以确诊,则需行改良的颞骨HRCT或内耳MRI来协助确诊,以免因误报而延误病人的诊治。如果分泌性中耳炎合并骨导听力下降,需要尽早进行治疗,针对病人的不同症状采取个性化的、综合性的治疗方法,在传统的分泌性中耳炎的治疗方法的同时,还需要给予激素冲击疗法,这样才能更好地发挥作用^[12]。总之,在分泌性中耳炎病人发生骨传导功能减退时,其效果不佳,应加强与病人的交流,并采取综合性的治疗措施。

参考文献

- [1] 王倩倩.鼻内镜下腺样体切除术+耳内镜下鼓膜切开置管术治疗腺样体肥大分泌性中耳炎患儿[J].湖北民族大学学报:医学版,2021,38(2):3.
- [2] 张钦武,高敏倩,杨海弟.中耳置管联合咽鼓管球囊扩张术治疗分泌性中耳炎的疗效分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2023,30(6):393-394.
- [3] 赵宁,祁顺来,王亚莉.成年人分泌性中耳炎行鼓膜置管术并鼓室注射地塞米松的疗效分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2021,28(11):4.
- [4] 王曼,王俊阁,艾建伟,等.咽鼓管球囊扩张联合鼓膜置管术治疗复发性分泌性中耳炎疗效的meta分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2021,29(2):7.
- [5] 汪玮,陈向平,马孝宝,等.骨导短声ABR在低龄分泌性中耳炎儿童合并感音神经性听力损失诊断中的应用[J].中国听力语言康复科学杂志,2021,19(5):5.
- [6] 盛宇,马秀岚.咽鼓管球囊扩张联合鼓膜切开置管对慢性复发性分泌性中耳炎疗效的Meta分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2021,27(1):8.
- [7] 梁姣露,韦娇.鼓膜穿刺结合布地奈德雾化方案对分泌性中耳炎患者疗效及PCT,CRP水平的影响[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2023(4):4.
- [8] 李研,蒋虹.腺样体消融术同期咽鼓管球囊扩张术治疗儿童慢性分泌性中耳炎伴咽鼓管功能障碍的短期疗效[J].临床医学研究与实践,2022,7(7):4.
- [9] 王冰,韩想利,张瑾,等.导管法咽鼓管吹张激素对药物治疗不佳的分泌性中耳炎短期疗效观察[论著][J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,46(6):4.
- [10] 李锐锋,杨田福,叶燕群,等.耳内镜下鼓膜置管术治疗儿童分泌性中耳炎的效果及临床价值研究[J].中外医疗,2022,41(15):5.
- [11] Tusong M. Clinical Analysis of Tympanitis Combined with Dexamethasone Tympanum Injection in the Treatment of Secretory Otitis Media[J]. 外文版:医药卫生,2021.
- [12] Liu Y, Lu W. Analysis of the distribution characteristics of four gene polymorphisms and individualized therapeutic effect in 198 children with asthma[J]. Journal of New Medicine, 2022, 53(9):678-682. DOI:10.3969/j.issn.0253-9802.2022.09.011.