

· 经验交流 ·

# 136例先天性耳前瘻管手术疗效比较

饶小玲

(江西省东乡县人民医院耳鼻咽喉科,江西 东乡 331800)

**关键词:** 耳前瘻管;先天性;外科治疗;疗效

**中图分类号:** R764.7<sup>+</sup>1

**文献标识码:** C

**文章编号:** 1007-1520(2010)02-0148-02

先天性耳前瘻管是一种常见的先天性畸形,是第一、二鳃弓的耳廓原基在发育过程中融合不全,为常染色体显性遗传。瘻口常位于耳轮脚前,少数开口于耳屏间切迹至口角的连线上,或耳廓、耳垂的其他部位<sup>[1]</sup>。

我科1995年5月~2009年5月临床诊治先天性耳前瘻管136例,其中非感染期95例,感染期41例,现就其术后疗效总结如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

136例患者中男84例,女52例;年龄2~66岁,平均15岁。右侧瘻管73例,左侧瘻管63例。136例中95例既往曾有感染史,经过使用抗生素、穿刺抽脓或切开排脓等治疗,手术时炎症完全消失。41例经过上述治疗,手术时急性炎症已控制,但炎症仍未完全消失。41例中30例炎症局限,但有脓肿,11例因长期感染,瘻管附近皮肤溃烂,并有数个溢脓小孔。130例开口于耳轮脚前,3例开口于脚屏间切迹,2例开口于耳垂,1例开口于脚屏间切迹至口角的连线上,距脚屏间切迹1.2 cm。

### 1.2 手术方法

术前以泪道冲洗针头插入瘻管,注入少许2%亚甲蓝溶液,然后尽量将亚甲蓝溶液

挤出,以防术中瘻管分破亚甲蓝溶液溢出而污染术野。如皮肤溃烂者注入亚甲蓝溶液时将一棉球压住溃烂的皮肤,尽量减少亚甲蓝溶液自溃烂的皮肤溢出而污染术野。

患者取仰卧位,患耳朝上,常规消毒、包头、铺巾,瘻管周围以2%利多卡因肾上腺素混合液5 ml作皮下浸润麻醉,儿童不配合者采用全麻。在瘻口周围作一梭形切口。切开皮肤,如瘻管较长,可延长切口。如有分支,可另加切口,沿蓝染的瘻管向深处分离,分离时用组织钳夹住瘻口并提起已分离的瘻管,直达盲端。如有分支和囊肿应全部分离切除,分离时尽量防止瘻管分破、分断,以免残余的亚甲蓝溶液和内容物溢出而污染术野,并将可疑的凹陷和上皮组织一起切除。如瘻管与耳廓软骨粘连,应将已与之粘连的耳廓软骨切除一部分,术中注意勿损伤颞浅动脉,万一损伤颞浅动脉可将颞浅动脉结扎,防止大出血。

如有脓肿者,切除脓肿前先用注射器将脓肿抽干,再注入生理盐水冲洗,抽干。然后沿脓肿另作一梭形切口,将脓肿切除,并将脓肿周围的肉芽切除。如皮肤溃烂,可沿溃烂面作一梭形切口,将溃烂的皮肤和腐烂的组织及可疑的病变组织一并切除。间断缝合皮下组织、皮肤。如皮肤张力较大,可减张缝合或转移皮瓣缝合,术后加压包扎伤口。

### 1.3 术后处理

95例术前无炎症者,术后肌注抗生素3 d,伤口加压包扎2 d,第3天伤口暴露,术后6 d拆线。

41 例术前有脓肿和皮肤溃烂者,术后静脉滴注抗生素 1 周,伤口加压包扎 1 周,每天换药 1 次,术后 7~9 d 拆线。

## 2 结果

95 例术前无炎症者,术后 6 d 拆线,伤口愈合良好。30 例术前有脓肿者,术中均行减张缝合,22 例术后 7 d 拆线,伤口愈合良好;8 例术后 9 d 拆线,伤口愈合良好。11 例皮肤溃烂者,3 例因溃烂面较大,皮肤缺损面较大,而行转移皮瓣修补缝合,术后 7~9 d 分次拆线,伤口愈合良好;8 例行减张缝合,术后 9 d 拆线,其中 7 例伤口愈合良好,1 例伤口中央裂开,经雷弗奴尔纱条换药,每天 1 次,1 周后伤口愈合。术后随访 1~14 年,无 1 例复发。

## 3 讨论

先天性耳前瘻管多为盲管,深浅不一,管腔内为复层鳞状上皮,具有毛囊、汗腺、皮脂腺等组织,易发生感染,可形成囊肿或脓肿<sup>[1]</sup>。未感染者因无症状,患者很少愿意手术,绝大多数患者都是在发生感染后才愿意接受手术。但感染后有时炎症一时难以消失,尤其是反复多次感染形成脓肿或皮肤溃烂者,炎症更是难以消失,有时换药数月,伤口仍难以愈合或结痂,患者极为痛苦和烦恼。

本组 95 例非感染期耳前瘻管注入亚甲蓝溶液时瘻管容易着色,术中瘻管容易暴

露、辨认,易分离,瘻管容易切除干净,周围组织损伤小,术中未损伤颞浅动脉,出血少,不超过 5 ml,手术时间较短,术后伤口愈合较快,瘢痕小。41 例感染期耳前瘻管注入亚甲蓝溶液时易溢出而污染术野,瘻管不易着色,术中瘻管不易辨认,为了将瘻管切除干净,坚持“宁多勿少”原则,对可疑的组织一起彻底切除,术中切除范围较大,周围组织损伤较大,其中 6 例术中将颞浅动脉误认为瘻管而损伤颞浅动脉,出血较多,超过 100 ml,手术时间明显延长,术后伤口张力较大,愈合慢,瘢痕相对较大。因此应该看到,感染期手术可能会增加手术的风险,术后全身应用足量抗生素。近年来大量的文献报道<sup>[2,4]</sup>,感染期先天性耳前瘻管切除术的复发率与非感染期比较无明显增高。因此,我们认为,先天性耳前瘻管手术时机最好选择在非感染期,以缩小切口瘢痕。但一些慢性感染时间较长的病例,也可在慢性感染期手术,以缩短病程。

## 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998, 70.
- [2] 张俊林,王蕴弼. 先天性耳前瘻管急性感染期手术治疗 50 例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1994, 8(5): 299.
- [3] 姚红兵,汪武,徐洁. 先天性耳前瘻管伴感染手术时机的选择[J]. 重庆医学,2003, 32(7): 915.
- [4] 于刚,邱丽萍,高运乾. 手术治疗较大溃面感染性耳前瘻管最佳时机的选择[J]. 山东大学基础医学院学报,2003, 17(6): 327-328.

(修回日期:2010-03-05)