

自制外耳道异物钩取外耳道球形异物 63 例

邓海珊¹, 杨亚丽¹, 侯云武²

(1. 陕西省汉中市人民医院 耳鼻咽喉科, 陕西 汉中 723000; 2. 陕西省勉县医院 耳鼻咽喉科, 陕西 勉县 723000)

关键词: 自制; 外耳道; 异物钩; 球形异物

中图分类号: R764.9; R764.8 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2011)04-0310-02

外耳道球形异物如塑料子弹, 钢珠, 球形植物种子等, 非常难取, 特别是时间长易感染, 伴肉芽组织生长, 在下级医院未取出而损伤外耳道壁病例, 加之异物本身易滑, 易转动故而难取。陕西省汉中市人民医院耳鼻咽喉科自1989年6月~2008年10月利用自制外耳道异物钩共取出此类异物63例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

63例患者中, 男45例, 女18例; 年龄2~16岁, 平均8岁。尚未发现有双耳异物者。异物留存时间1d至5年, 其中曾有49例在外院用耵聍钩未能取出。本组63例全部用自制的外耳道异物钩顺利取出。

1.2 外耳道异物钩的制作及手术方法

异物钩是在鼻腔异物钩的基础上自制的, 用口腔科0.5 mm 钢丝做成前端椭圆形直径约6 mm, 略小于外耳道圆平面再向下弧形弯曲45~60度, 一般长度约3.5~4 cm, 并用不锈钢焊于枪状镊或用胶布固定于枪状镊上(图1)。外耳道异物一般与外耳道贴的较近, 先把异物推向较宽的骨部, 较松的可以直接取, 异物钩前端跨过异物到

后方, 轻抬异物钩柄使椭圆面紧卡住异物, 然后用力拉出, 速度要快否则再取患儿多不配合则须全麻。如遇时间长, 肉芽组织形成多则先清除肉芽组织充分暴露异物后再取。



图1 自制外耳道异物钩

2 结果

本组63例全部顺利取出, 其中全麻16例, 共取出钢珠9例, 塑料子弹54例。

3 讨论

外耳道异物取出较困难: ①外耳道自身狭小感觉神经丰富, 不宜反复钩取, 特别是学龄前儿童尤应注意。②异物呈球形易旋转滚动如有渗出时, 更为明显。③异物与外耳道壁几无缝隙用耵聍钩不但不易取出, 且易损伤外耳道只会越取越深, 久之感染形成肉芽包裹增加再取难度。

作者简介: 邓海珊, 男, 主治医师。
通讯作者: 邓海珊, Email: dhs6868@163.com.

本科自制的外耳道异物钩通过 16 年的临床应用效果满意,无 1 例失败,制作简单,用“7”形耵聍钩取外表光滑的外耳道球形异物基本不能成功,用耵聍环取异物成功率明显增高。但球形异物在外耳道嵌顿时,商售耵聍有时难以进入异物深部,导致取异

物困难。另外,目前商售耵聍环购买困难,也使得耳鼻咽喉科医师在碰到外耳道球形异物时措手不及。笔者用牙科钢丝自制的异物环具有弹性好、紧贴外耳道皮肤容易进入异物深部、制作简单的优点,值得基层医院借鉴。
(修回日期:2011-07-01)

· 经验交流 ·

罕见乏脂耳廓血管平滑肌脂肪瘤 1 例并文献复习

佟明望,张延平

(解放军第 309 医院 耳鼻咽喉科,北京 100091)

关键词:乏脂;血管平滑肌脂肪瘤;耳廓;影像学检查

中图分类号:R739.61

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2011)04-0311-02

血管平滑肌脂肪瘤(angiomylipoma, AML)是最常发生于肾脏的间叶肿瘤^[1],其次为肝脏,亦可发生于心脏、肺、纵膈、淋巴结、上腭、耳廓等肾外脏器,但极少见,超声检查、CT 和 MRI 等影像学检查对本病术前诊断提供依据。术后可经病理学明确诊断。我院收治 1 例乏脂耳廓 AML,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,26 岁,因右耳廓无痛性包块 6 年余入院。查体见:右耳廓上缘见大小约 2 cm × 2 cm 圆形肿物,表面皮肤完整,呈暗红色,质软,无压痛,活动度好,与周围组织边界清楚。术前考虑为良性肿物,表皮样囊肿或血管瘤可能性大。局麻下行手术切除,术中见肿物与周围组织边界清楚,分离肿瘤并完整切除,术后病检示(右耳廓)血管平滑肌脂肪瘤。肿瘤组织主要由粗大畸型的厚壁血管及排列紊乱的平滑肌组成,其间可见少量脂肪组织,其脂肪组织在所有肿瘤组织中不足 10%。术后切口 I 期愈合,随访 1 年无复发。

2 讨论

AML 是由不同含量的脂肪组织、平滑肌和异常血管组成的间叶源性肿瘤,据文献报道^[2-5]多见于肾脏、亦可发生于肝脏,尚未见发生在耳廓的病例报道。以往认为 AML 是一种错构瘤,最近研究认为其是一种真性肿瘤,呈克隆性增生,来源于原始潜能干细胞;也有认为来自血管周围细胞者;还有认为属迷芽瘤,即正常细胞移位至异常位置而成^[6]。因耳廓含有血管、平滑肌及脂肪的组织类型,故其具有发生血管平滑肌脂肪瘤的可能性。

国内曾见报道左颌下 AML 1 例及本文所报耳廓 AML 1 例,均为发现无痛包块为临床表现。因其临床症状无特异性,术前诊断主要依靠影像学检查^[7-10],但超声检查较 CT、MRI 的特异性差。影像学检查具体表现取决于瘤体内血管、平滑肌和脂肪的比例。超声检查:表现为边界清楚的肿块,有 3 种回声构型,典型强回声型:肿块内脂肪含量高,脂肪与周围组织间声阻差大,其界面可产生强回声反射;低或无回声型:肿瘤主要由平滑肌构成,或肿瘤有液化囊变,故回声

作者简介:佟明望,女,住院医师。
通讯作者:张延平,Email:yzhan28@163.com.

弱甚至表现为无回声暗区；混合型：此型血管、平滑肌、脂肪含量相当，表现为既有强回声，又有低回声或无回声者^[11]。CT检查为低密度或混合密度肿物，可检出脂肪成分，CT值为负值，在-20HU以下。如在脂肪成份中见到血管影，更具有诊断意义^[12]。MRI对脂肪成份检出率较CT高，在T1WI及T2WI均呈高信号，特别是利用脂肪抑制相，呈低信号。

AML术后可经病理学检查得到明确诊断。AML的病理切片在光学显微镜下可见到3种成份：缺乏弹性膜的厚壁扭曲的血管，以血管为中心的杂乱排列的平滑肌，以及分化良好的脂肪组织。多数以脂肪成份为主，少数脂肪含量少或无脂肪，低于20%称乏脂AML。本例术后病理切片（图1）可见以平滑肌为主，脂肪成份不足10%，故为乏脂AML。

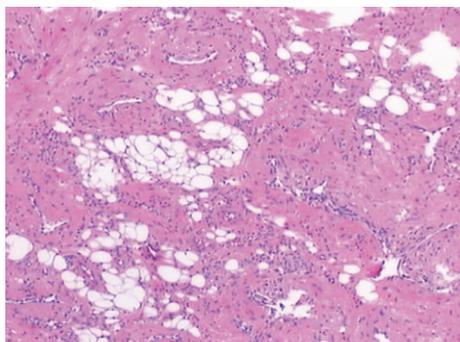


图1 肿瘤组织可见平滑肌和少量脂肪组织（HE染色，×400）

本病例术前诊断为良性肿瘤，因肿物范围局限，并且乏脂耳廓AML罕见，故忽略了其术前超声检查、CT及MRI等影像学检查，术后经病理诊断后明确。外科手术切除为首选治疗方案，术后不易复发。通过对本病例的介绍及相关文献复习，旨在提高对血

管平滑肌脂肪瘤的认识，及进一步重视影像学检查在耳廓AML术前诊断中的重要意义，提高对该病的术前诊断水平。

参考文献：

- [1] Amie AM, Zeebregts CI, Mulder HJ, Anterior mediastinal presentation of a giant angiom yolipoma [J]. *Ann Thorac Surg*, 2004, 78(6): 2161-2163.
- [2] 杨秀萍,潘华雄,郭涛,等. 肾上皮样血管平滑肌脂肪瘤3例临床病理观察[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2008, 23(9): 687-689.
- [3] 张晖,杨培权. 肝脏不典型血管瘤影像学误诊原因分析[J]. *临床误诊误治*, 2008, 21(12): 43-45.
- [4] 易常春,林陆. 肾血管平滑肌脂肪瘤的CT表现[J]. *医学影像学杂志*, 2009, 19(3): 370-371.
- [5] 刘争进,殷平,洪东旭,等. 肝脏上皮样血管平滑肌脂肪瘤1例及文献复习[J]. *中国肿瘤临床*, 2008, 35(13): 775-776.
- [6] Torigian DA, Kaiser LR, Soma LA, et al. Symptomatic dysrhythmia caused by a posterior mediastinal angiom yolipoma. *Am J Roentgenot*, 2002, 178(1): 93-96.
- [7] 王勤. 肾血管平滑肌脂肪瘤影像学诊断[J]. *中国医学影像技术*, 2008, 24(12): 2033-2035.
- [8] 谭哗,王向阳,王蕊,等. 肝血管平滑肌脂肪瘤的CT及MRI表现[J]. *医学影像学杂志*, 2008, 18(6): 622-625.
- [9] 张军,刘江,夏鼎,等. 肾血管平滑肌脂肪瘤的CT诊断[J]. *实用医技杂志*, 2008, 15(21): 2775-2778.
- [10] 吕志军,李伟大,王煜喧,等. 肝脏血管平滑肌脂肪瘤的CT特征[J]. *放射学实践*, 2008, 23(12): 1329-1331.
- [11] 李雅冬,杨凯,张劲松,等. 左颌下血管平滑肌脂肪瘤1例[J]. *山西医科大学学报*, 2009, 40(8): 764.
- [12] 严福华,曾蒙苏,周康荣,等. 肝血管平滑肌脂肪瘤的CT及MRI征象分析[J]. *中华放射学杂志*, 2001, 35(11): 821-825.

(修回日期:2011-05-16)