

· 临床报道 ·

显微镜下先天性耳前瘻管感染期手术疗效分析

徐向前, 石孟志

(益阳市中心医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 益阳 413000)

摘要: **目的** 探讨先天性耳前瘻管感染期手术治疗的临床疗效。**方法** 随机将收治的134例先天性耳前瘻管分为两组, 其中64例患者在急性感染控制后即时手术切除(实验组), 70例患者感染控制后择期手术(对照组), 比较两组的治疗效果。**结果** 实验组平均住院10 d, 对照组平均住院8 d; 术后随访半年, 两组治愈率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 急性感染控制后即时手术切除仍可获满意疗效。

关键词: 先天性耳前瘻管; 感染期; 手术

中图分类号: R764.7

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)04-0299-02

先天性耳前瘻管是一种临床常见的先天性外耳疾病, 为第1、2鳃弓的耳廓原基在发育过程中融合不全所致, 与家族性遗传有关。瘻管口常位于耳轮脚前, 少数开口于耳廓或耳垂的其他部位。瘻管多为一狭窄的盲管或窦道, 深浅长短不一, 可呈分枝状, 管腔内常有脱落上皮、细菌等混合而成的鳞屑或豆渣样物^[1], 耳前瘻管多并发感染, 一般无症状, 挤压时可有少量味臭的黏液或皮脂腺样物从瘻口溢出。传统的治疗方法是先做切开引流换药, 并给予抗菌治疗, 待感染控制、切口愈合, 皮肤恢复正常后再行耳前瘻管切除术。此方法治疗时程较长, 患者痛苦较大, 部分患者往往创面尚未愈合, 下次感染又发生。笔者于2007年2月~2011年9月对134例患者分急性感染控制后即时手术组与感染控制后择期手术组进行手术治疗, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007年2月~2011年9月收治先天性耳前瘻管134例, 随机分为急性感染控制后即时手术组(实验组)64例, 男29例, 女35例; 年龄9个月至74岁, 平均年龄22.5岁。感染控

制后择期手术组(对照组)70例, 男37例, 女33例; 年龄11个月至71岁, 平均年龄22.3岁。两组患者均为单侧发病, 其中39例为反复发作2次以上者。对照组切开排脓结合抗菌治疗, 多次换药待切口愈合后行择期瘻管切除术。

1.2 手术方法

于耳轮脚前最隆起处或有白色脓点处做切口0.5~1 cm, 用3%双氧水及生理盐水分别沿瘻口和脓肿切口反复冲洗, 自瘻口冲洗时可见脓液及瘻管内的干酪样物自切口流出, 反复冲洗后于脓肿切开口放置橡皮引流条, 每日1~2次, 静脉输注抗生素3~4 d后, 脓液明显减少, 切口周围皮肤红肿基本消退即行手术治疗。术前患耳周备皮10 cm, 根据患者年龄及状态选择麻醉方式, 一般采用局部浸润麻醉及阻滞麻醉进行手术; 对于年龄小及不能配合者住院行插管全麻。手术开始前自瘻管口注入亚甲蓝1~2 ml染色, 显微镜下在瘻管外口周围作一梭形切口, 并根据具体情况将梭形切口向下延长, 切开皮肤和皮下组织, 双极电凝烧灼止血, 止血钳沿切口周围作钝性分离, 暴露耳屏软骨膜, 剪刀紧贴耳屏软骨将耳屏软骨膜及蓝染的瘻管周围组织锐性分离直至盲端, 并随时用探针探查。在显微镜下沿囊壁彻底分离, 仔细寻找各分支, 用剪刀分离直至盲端, 如分支至软骨, 也应部分切除少数分支多、行走

作者简介: 徐向前, 男, 主治医师。

通讯作者: 徐向前, Email: xuxiangqian1977@yahoo.com.cn.

长的瘻管,避免遗漏细小分支,防止复发,则将梭形切口延长至病灶处,充分敞开,直视下操作。对个别瘻管延伸甚远,穿过耳廓软骨至耳后,感染形成耳后脓肿者,除作上述切口外,还须将切口向上向后延伸,作耳后切口,以便彻底清除感染灶内的肉芽及病变组织,对可疑的凹陷或上皮,均须作为瘻管予以切除。对于感染溃烂的组织可用刮匙将其上不健康的肉芽刮除,3% 双氧水冲洗术腔,然后以大量生理盐水反复冲洗,碘酊烧灼创面 30 s,75% 乙醇脱碘,切口间断褥式缝合,注意不留死腔,以 75% 乙醇纱布加压绷带包扎,术后隔日换药,观察切口愈合情况,术后抗生素输液治疗。术后 1 周拆线。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

所有患者术后 6 ~ 7 d 拆线,实验组平均住院 10 d,对照组平均住院 8 d。术后随访半年,实验组 I 期愈合 63 例,复发 1 例。对照组 I 期愈合 68 例,复发 2 例。经 χ^2 检验, $\chi^2 = 0.0092$, $P > 0.05$,两组手术疗效无统计学意义。

3 讨论

先天性耳前瘻管伴感染者,常需手术治疗。关于先天性耳前瘻管手术治疗时机,以往多强调在感染控制痊愈、皮肤色泽恢复至正常 1 个月后再手术,感染期是禁忌症,因此手术常分二期进行。先天性耳前瘻管合并感染的患者在急性炎症控制后,往往 1 个月后未再来医院手术切除治疗,待到再次感染时,又值手术的禁忌期,尤其是反复感染、经久不愈、细菌对抗生素易产生耐药性,此类患者往往瘻管周围常有肉芽、纤维组织增生及瘢痕形成,局部血

液循环不良,脓性分泌物引流不畅,局部换药见效慢,感染长期迁延不愈,极少数患者并发耳廓软骨感染坏死,不仅延长了病程,还影响其生活和工作学习,加重了患者的经济负担。但也有报道感染期行手术切除疗效佳^[2]。本文资料表明,脓肿切开引流,同时静滴抗生素,对严重感染者做分泌物细菌培养,选择敏感抗生素,在脓肿切开后 3 ~ 4 d 即行瘻管切除术,及时清除病灶,不仅可使炎症急性期缩短,而且还可同时切除瘻管,只需一期手术即获治愈,使患者病程明显缩短,减少患者长期换药的痛苦和经济负担。手术成功的关键是彻底清除瘻管分支和坏死肉芽组织相连的软骨及软骨膜,否则病灶残留可能导致复发。显微镜下能清楚区分瘻管的鳞状上皮与周围组织,故能彻底切除瘻管组织^[3],术毕 3% 双氧水冲洗,然后以大量生理盐水反复冲洗,碘酊烧灼创面 30 s,75% 乙醇脱碘,切口间断褥式缝合,注意不留死腔,术后加压包扎。手术治疗感染发作期的先天性耳前瘻管的平均住院期为 10 d,从而减轻了患者的经济、心理压力^[4-5]。因此,先天性耳前瘻管在感染期行切除术,只要掌握正确手术方法,合理应用抗生素,一期手术即可治愈,不但减少了患者的痛苦,缩短了病程,而且手术彻底,预后好。

参考文献:

- [1] 黄选兆,任志宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2008: 829 - 830.
- [2] 刘平,徐家兔,诸峰. 感染期耳前瘻管显微切除 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005, 11(3): 156.
- [3] 熊高云,马超武,闵密克等. 耳前瘻管显微切除术 23 例 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2003, 38(5): 350.
- [4] 邓蔚,李皓淳. 先天性耳前瘻管的显微手术治疗 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 21(4): 165 - 166.
- [5] 张义芝,张静虹,吴雪峰. 显微镜下先天性耳前瘻管摘除术 30 例临床观察 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 21(1): 36 - 37.

(修回日期:2012-05-17)