

· 临床报道 ·

显微镜下58例耳廓假性囊肿 改良开窗引流术疗效观察

范伟红

(上海市奉贤区中心医院 耳鼻咽喉科, 上海 201400)

摘要: **目的** 评价显微镜下改良开窗引流术治疗耳廓假性囊肿的疗效。**方法** 58例耳廓假性囊肿患者皮下浸润麻醉后采用显微镜下改良开窗引流术治疗, 术后加压包扎, 观察其治疗效果。**结果** 56例患者I期愈合且耳廓外形无改变; 2例术后48 h术腔再度积液, 经及时处理后痊愈, 原耳廓假性囊肿处皮肤增厚。**结论** 改良开窗引流术治疗耳廓假性囊肿, 方法切实可行, 治愈率高, 值得临床推广和应用。

关键词: 耳廓假性囊肿; 囊肿前层软骨切除

中图分类号: R764.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0388-02

耳廓假性囊肿是耳科常见病和多发病, 本病又名耳廓浆液性软骨膜炎、耳廓软骨间积液等。中国人发病较多, 白色人种发病较少, 男性患者远高于女性。临床上治疗方法很多, 如理疗、穿刺抽液注药、激素加石膏固定、激光、冷冻磁疗等, 治疗目的是防止液体再生, 促使囊肿壁粘连愈合, 其临床疗效不一。需多次治疗, 且存在易感染、易复发等缺点^[1]。笔者收集58例耳廓假性囊肿患者在显微镜下行改良开窗引流术治疗, 术后无一例复发, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2006年8月~2011年8月在门诊手术治疗的耳廓假性囊肿患者58例, 均为男性; 年龄37~68岁, 平均年龄(48.68±7.41)岁。其中单耳发病且原因不明者56例, 双耳相继发病2例, 16例曾行局部穿刺抽液。囊肿大小2.0 cm×4.5 cm, 其中位于三角窝或舟状窝者20例, 位于耳甲腔或耳甲艇者30例, 上述两处兼有者8例。

1.2 手术方法

患者侧平卧, 术耳朝上, 垫头圈固定头位, 常规消毒铺巾, 以2%利多卡因加0.1%肾上腺素行皮下浸润麻醉。在德国产徕卡显微镜下于囊肿外侧及下侧边缘做弧形切口开窗, 切开皮肤至囊肿软骨表面; 用眼科剪分离至囊肿与正常软骨边缘交界处; 切开前层软骨, 引流清除淡黄色囊液, 在开窗皮瓣下尽可能切除囊肿软骨层, 后层软骨用刀片刮除被覆其上的浆液纤维素层, 形成粗糙表面并用安尔碘冲洗术腔; 术腔内置小橡皮引流膜, 间断缝合切口, 用小碘仿纱条按耳廓前面凹凸形状紧填于舟状窝、三角窝和耳甲腔定形, 无菌纱布覆盖绷带加压包扎。术后48 h换药, 取出引流膜; 术后7 d拆线。其间常规使用抗生素5~6 d, 预防感染。术后耳廓一定要加压包扎, 使囊壁紧密相贴愈合, 防止复发。

1.3 评价指标^[2]

痊愈: 耳廓局限性隆起完全消退; 显效: 耳廓正常外形基本恢复, 但囊肿部位软骨弹性较差, 增厚僵硬, 局部皮肤可遗有色素沉着; 无效: 耳廓假性囊肿复发。

作者简介: 范伟红, 女, 主治医师。

通讯作者: 范伟红, Email: fan19741122@sina.com.

2 结果

全部患者无感染发生,56 例 I 期愈合,耳廓局限性隆起完全消退;2 例术后 48 h 术腔再度积液,轻微隆起,选择性提前拆除部分缝线,引流积液,二次加压包扎后痊愈,原耳廓假性囊肿处皮肤增厚僵硬。全部患者拆线后 1 个月内均经过 1~2 次的随访。所有患者经门诊或电话随访至 2011 年 12 月无一例复发。

3 讨论

耳廓假性囊肿是一种软骨内无菌性浆液性渗出性炎症,其发生或可能与耳廓先天性发育不良有关,亦可能与免疫异常等因素有关^[3]。耳廓假性囊肿其组织学特征为缺乏上皮组织结构的软骨内囊肿^[4]。Secor 等^[5]认为耳廓假性囊肿积液起源于软骨膜下,囊肿前壁的软骨组织是分离的软骨膜再生的结果。显微镜下可见其组织层次由外向内依次为皮肤、皮下组织、软骨膜及与之密切粘连的软骨层,而在软骨层囊内面则覆有一层纤维素,其表面无上皮细胞结构^[6]。58 例耳廓假性囊肿的积液全部在软骨内,而非在软骨膜与软骨之间。

囊肿常位于舟状窝、三角窝、耳甲腔,常不累及耳廓后面,用手捏压有波动感,透光试验阳性,穿刺抽出淡黄清液而不难确诊^[7]。耳廓假性囊肿目前尚缺乏统一的治疗方案,赵训东^[8]采用石膏固定治疗耳廓假性囊肿的疗效虽优于手术开窗组,但其中部分患者不能忍受加压时间长而自行扳动石膏影响疗效和有潜在因加压时间长导致耳廓局部缺血、坏死的可能,对于复发者其最后采用手术开窗后治愈。Tan 等^[9]报道假性囊肿开窗复发率为 2.5%。显微镜下改良开窗引流术对开窗手术治疗^[10]加以改进,经过试验对比分析,笔者发现小切口开窗不利于术中分离及剪除全部囊肿前层软骨,如仅剪除部分囊壁,不利刮除后层软骨囊内面内衬纤维素层,囊腔不易愈合,以致复

发率高。徠卡显微镜下手术视野清晰,放大镜操作,术中解剖层次清楚。该治疗方法是将前层软骨全部切除并刮除后层软骨囊内衬纤维素层及后层软骨表面,形成创面,利于囊壁粘贴紧密,可有效地减少复发。同时注意手术时严格无菌操作,术中避免过度对后层软骨损伤而引发耳廓变形、塌陷等并发症;术后保持局部干燥,定期换药,应用抗生素以预防耳廓化脓性软骨膜炎等严重并发症发生。

综上所述,显微镜下改良开窗引流术治疗耳廓假性囊肿,方法切实可行,不影响耳廓外观,长期疗效稳定,治愈率高,无明显并发症,值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 叶方. 曲安奈德加石膏同定治疗耳廓假性囊肿 60 例 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(21): 100.
- [2] 龚维熙, 王恩彤, 陈伟, 等. 耳廓假性囊肿前壁软骨切除术的临床疗效观察 [J]. 空军总医院学报, 2008, 24(1): 14.
- [3] 陈乾美, 赵田芬, 杨秀海, 等. 耳廓假性囊肿免疫学病因的初步探讨 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1999, 34(4): 236.
- [4] Ming LC, Hong GY, Shuen CS, et al. Pseudocyst of the auricle: a histologic perspective [J]. Laryngoscope, 2004, 114(7): 1281-1284.
- [5] Secor CP, Farrell HA, Haydon RC 3rd. Auricular endochondral pseudocysts: diagnosis and management [J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 103(5): 1451-1457.
- [6] 黄选兆. 实用耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 10.
- [7] 吴年周, 贺建桥, 陈一新, 等. 显微镜下耳廓假性囊肿切除术 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2010, 17(7): 387.
- [8] 赵训东. 手术开窗与石膏固定治疗耳廓假性囊肿的疗效比较 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2011, 18(5): 238.
- [9] Tan BY, Hsu PP. Auricular pseudocyst in the tropics: a multiracial Singapore experience [J]. J Laryngol Otol, 2004, 118(3): 185-188.
- [10] Chang CH, Kuo WR, Lin CH, et al. Deroofing surgical treatment for pseudocyst of the auricle [J]. J Otolaryngol, 2004, 33(3): 177-180.

(修回日期: 2012-03-19)