

前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿 58 例

肖学丰

(浏阳市人民医院 耳鼻咽喉科,湖南 浏阳 410300)

摘 要: **目的** 探讨前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿的优点和操作体会。**方法** 将 104 例耳廓假性囊肿患者按数字随机法分为两组,其中治疗组 58 例,以前囊壁软骨切除法治疗;观察组 46 例,以囊肿前壁切开引流 + 局部加压包扎法治疗,比较两组患者的手术疗效。**结果** 两组患者术后随访 6 个月,治疗组有效率 100%,观察组有效率 84.8%;治疗组术后无复发病例,观察组 4 例复发,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 前囊壁软骨切除法是治疗耳廓假性囊肿的一种可靠方法,值得临床推广。

关 键 词:耳廓假性囊肿;软骨切除
中图分类号:R764.91 **文献标识码:**A **文章编号:**1007-1520(2013)05-0408-04

Deroofing surgery of outer cartilaginous cyst wall for auricle pseudocyst

XIAO Xue-feng

(Department of Otolaryngology, People's Hospital of Liuyang City, Liuyang 410300, China)

Abstract: **Objective** To discuss the advantages and surgical experience of deroofing surgery of outer cartilaginous cyst wall for the treatment of auricle pseudocyst. **Methods** 104 patients with auricular pseudocyst were included in the study. Of them, 58 cases underwent deroofing surgery of outer cartilaginous cyst wall (treatment group), and 46 cases were treated with incision and drainage of the anterior wall of cyst and local pressure dressing (control group). Efficiency rates of the two groups were compared. **Results** The effective rates of the treatment group and the control group were 100% and 84.8% respectively. The difference of the effective rate between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions** With good reliable effect, deroofing surgery of outer cartilaginous cyst wall is worthy of clinic popularization in the treatment for auricle pseudocyst.

Key words: Auricle pseudocyst; deroofing surgery

耳廓假性囊肿又称耳廓浆液性软骨膜炎,是耳科临床常见病。临床治疗方法多样,但常有迁延不愈、反复复发甚至并发感染者。我院采用前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿 58 例,同期采用囊肿前壁切开引流 + 局部加压包扎法治疗耳廓假性囊肿 46 例作为对照,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2009 年 6 月 ~ 2012 年 6 月我院收治耳廓

假性囊肿患者 104 例,按照数字随机法分为两组,治疗组 58 例,其中男 55 例,女 3 例;年龄 22 ~ 68 岁,平均 42.3 岁;采用囊壁软骨切除法治疗。观察组 46 例,其中男 44 例,女 2 例;年龄 23 ~ 58 岁,平均 41.6 岁;采用囊肿前壁切开引流 + 局部加压包扎法治疗。两组患者均为单耳发病,病程 5 d 至 3 个月,均以发现耳廓前侧面隆起为主诉,触诊隆起处有囊性感。两组患者间性别、年龄、发病部位及平均病程均无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组行前囊壁软骨切除法:术前患者常规检查无明显手术禁忌证,囊肿局部无感染,患者取平卧位,手术耳朝上,常规消毒、铺单,

作者简介:肖学丰,男,主治医师。
通讯作者:肖学丰,Email:liyanzhi1118@163.com

以 1% 利多卡因行局部浸润麻醉,于囊肿前壁表面作一切口,切开皮肤、皮下组织、软骨膜,在软骨膜与软骨之间用眼科剪分离,剥离皮肤软骨膜瓣至囊肿边界。切开囊肿前壁软骨进入囊腔,吸除囊液。用有齿镊提起囊肿前壁软骨,沿囊肿边缘剪除全部前壁软骨,注意彻底切尽囊肿边缘软骨防止复发。用刀片搔刮囊肿后壁软骨表面,清除表面纤维素层,如局部因反复穿刺形成血凝块、肉芽、机化组织或软骨增生,一并清理去除,使后壁软骨形成新鲜创面,以利于软骨膜与软骨粘附愈合,术腔以复方碘擦拭,地塞米松液冲洗。切口对位间断缝合,放置橡皮引流条 1 根,以无菌干棉片根据耳廓

形状塑形加压包扎(图 1)。术后 48 h 拔除橡皮引流条,然后再以无菌干棉片加压包扎 3 d,术后 7 d 拆线。术后静脉使用地塞米松 3 d。

观察组行囊肿前壁切开引流 + 局部加压包扎法:常规消毒耳廓,以 1% 利多卡因于耳廓假性囊肿前壁最底端皮下浸润麻醉,做小切口依次切开皮肤、皮下组织、软骨膜及软骨达囊腔,待囊液自切口流出后局部置橡皮引流条,局部加压包扎。术后视敷料渗出情况换药,一般 2 ~ 3 d 换药 1 次,每次更换引流条后继续加压包扎 7 ~ 14 d,囊腔无囊液渗出后拔除引流条待引流切口愈合。静脉使用地塞米松 3 d 减少囊液渗出。

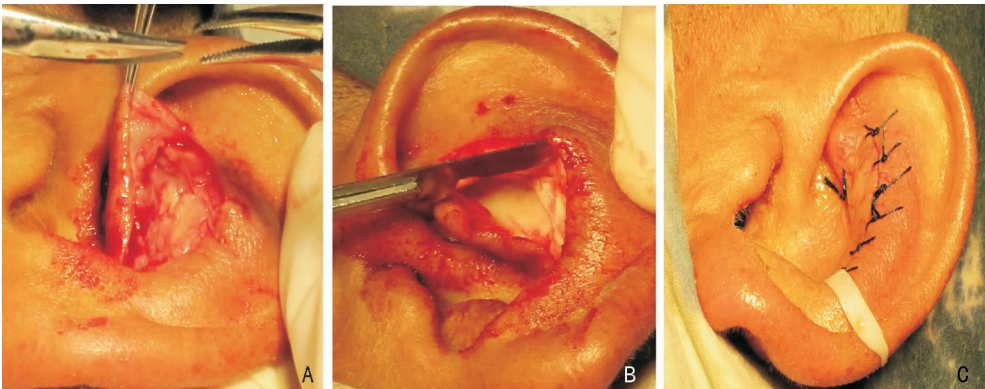


图 1 前囊壁软骨切除法 A:剥离皮肤软骨膜瓣至囊肿边界;B:用刀片搔刮囊肿后壁软骨表面,清除表面纤维素层,使后壁软骨形成新鲜创面;C:切口对位间断缝合,放置橡皮引流条 1 根

1.3 疗效评定^[1]

治愈:术后 7 d 切口愈合,耳廓囊肿消失,耳廓外形正常;好转:一期手术见效,耳廓囊肿基本消失,耳廓遗留轻度增厚;无效,术后伤口感染需再处理、耳廓囊肿保持原状需再次手术。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 18.0 软件分析,两组有效率比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗组 58 例患者均于术后 7 d 拆线,切口愈合良好,无感染。其中 1 例耳廓局部轻度增厚,其余患者耳廓外形正常。经 6 个月以上随访,无一例患者复发。

观察组 46 例患者 5 例术后 7 d 切口愈合。其余患者术后 8 ~ 22 d 切口愈合,其中 3 例发生感染后经清创治疗愈合。平均切口愈合时间 13.6 d。其中 10 例耳廓局部增厚,其余患者耳廓外形正常。经 6 个月以上随访,4 例患者复发,后均经前囊壁软骨切除法治疗后效果满意。

观察组疗程明显较治疗组长。治疗组有效率 100% (治愈率 98.3% + 好转率 1.7%),观察组有效率 84.8% (治愈率 10.9% + 好转率 73.9%),两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组手术疗效比较见表 1。

表 1 两组手术疗效比较				
组别	总例数	疗效		
		治愈	好转	无效
治疗组	58	57	1	0
观察组	46	5	34	7

3 讨论

耳廓假性囊肿是原因未明的耳廓腹侧面局限性囊肿,因其囊壁无上皮层,故称假性囊肿。患者以男性居多,发病年龄一般在40岁左右,多发生于一侧耳廓。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^[2]。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^[3],而在囊内面则覆有一层纤维素,其表面无上皮细胞结构,故与真性囊肿不同。

耳廓假性囊肿目前病因、病理及发病机制尚不清楚,可能与局部受反复轻微机械性刺激(如压迫、触摸等)引起微循环障碍、组织间反应性渗出液积聚有关。耳廓假性囊肿因为病因不明目前尚缺乏统一的治疗方案。临床常用的方法:①囊腔内注药:其使用药物包括5-Fu^[4]、曲安奈得^[5]、平阳霉素^[6]等。治疗方法虽简易,但疗效不佳;②物理治疗:包括冷冻^[7]、激光打孔引流、射频治疗、微波治疗、等离子治疗^[8]等。但均因疼痛感重,患者不易接受;③穿刺抽吸积液+局部加压包扎^[9]:本法是治疗耳廓假性囊肿最常用的方法,石膏固定^[10]临床较多使用石膏外固定,此方法简单易行,并发症少,患者容易接受;但复发率高。

本院采取囊肿前壁切开引流+局部加压包扎法及前囊壁软骨切除法两种手术方式治疗耳廓假性囊肿,观察组有效率84.8%,治疗组有效率100%,治疗组疗效明显优于观察组。原因由于囊肿前壁切开引流+局部加压包扎法仅行前囊壁的造口,多引流不畅,且不能彻底消除囊液的产生途径,液体不断产生积聚因而需要长时间引流及加压包扎,且因疗程较长易发生逆行感染。前囊壁软骨切除法一方面完整切除了囊肿前壁软骨,另一方面彻底清除了后壁纤维素层,破坏了渗出液形成的基础,可以有效的预防复发。而术后术腔无新的渗液产生,且软骨与软骨膜易愈合,术后恢复快。因扩大了术野能够清楚的观察囊腔内情况,术中可以及时清除囊腔内病变如血凝块,肉芽,机化组织或软骨增生等,能促进创面的愈合,减少了术后耳廓增厚、变形的可能。术中完整

保留了后壁软骨,因后壁软骨较厚,有良好支撑力,不会出现耳廓变形。

通过对58例前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿的研究、总结,我们有如下体会:①由于术中需剥离皮肤软骨膜瓣,而耳廓本身血供欠佳,所以手术的关键是要保证皮瓣的充足血供以防止术后皮瓣缺血坏死。耳廓前面主要由颞浅动脉分支供应,颞浅动脉于耳屏前方分出3~4个耳前支,供给耳廓前面、耳垂和外耳道的一部分,故耳廓前面耳屏处血供较好,越靠近外缘耳轮处血供越差。所以对于囊肿范围较大的患者,可以选择囊肿表面以耳屏为中心的皮肤放射状切口。相对于平行耳轮的弧形切口,放射状切口剥离的皮肤软骨膜瓣更靠近耳屏,能获得更好的血供;由于切口方向与耳廓供血血管方向平行,避免了术中切断供血血管,既能有效减少术中出血,又能保证耳廓的良好血供。②皮肤软骨膜瓣的剥离一定要在软骨膜下方的间隙进行,由于囊肿前壁软骨较薄且与软骨膜粘连紧密,皮肤切开过深容易切破前壁软骨,囊液溢出,前壁软骨张力消失可导致皮肤软骨膜瓣剥离困难。切开过浅可导致在皮下分离,软骨膜在切除前壁软骨时被一并切除。皮下过多分离可导致术后渗血,术腔积血影响皮瓣与后壁软骨的黏贴愈合,且皮瓣过薄,可导致皮瓣缺血坏死。所以在注入局麻药时应使皮下层尽量水肿增厚以避免切破前壁软骨。皮下层水肿张力增高,小血管受压可减少出血,利于寻找软骨膜下间隙。③局麻药中肾上腺素的添加应该慎重,因其虽然可以减少出血,但可能影响皮瓣血供。④当皮瓣过大易移位时可在皮瓣活动度大的位点贯穿耳廓全层缝合1~2针以固定皮瓣。⑤前囊壁软骨应尽量切尽以防止术后复发。⑥严格遵守无菌操作规范,以防止术后耳廓软骨膜炎的发生。⑦术腔予地塞米松液冲洗,能有效抑制囊壁炎性反应,减少术后术腔囊液渗出。⑧缝针注意不要穿透软骨膜,否则会影响术腔愈合。⑨术后通畅引流非常重要,以防止术腔积液影响软骨与软骨膜的贴合。术后应常规放置引流皮片,且应放置于术腔的后下方,以使无论患者立位或卧位时均能通畅引流。⑩术后应根据耳廓形状塑形加压包扎,才能使后囊壁与前壁软骨膜紧密相贴愈合,加压的压力及时间

应适当,防止影响皮瓣血供。

相对于其他方法,前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿方法简便;无需长期引流、换药;能有效避免术后感染的发生;创伤小,治疗时间短,恢复快;不影响耳廓外观;疗效确切,可有效防止复发,是治疗耳廓假性囊肿非常可靠的一种方法。

参考文献:

[1] 沈志豪,张奕,陈丽,等.耳廓假性囊肿 2 种不同手术方法疗效比较[J].中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(2):185-186.

[2] Lim CM, Goh YH, Chao SS, et al. Pseudocyst of the auricle: a histologic perspective[J]. Laryngoscope, 2004, 114(7):1281-4.

[3] 张晓彤,孙斌,凌茨,等.耳廓假性囊肿病理及治疗问题探讨[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,45(8):640-644.

[4] 魏晶晶,胡运梅,程庆.5-氟脲嘧啶局部注射治疗耳廓假性囊肿的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,22(7):327.

[5] 叶方.曲安奈德加石膏固定治疗耳廓假性囊肿 60 例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(21):1000.

[6] 刘磊,汤伟,林均武,等.平阳霉素灌注加缝线包扎治疗耳廓假性囊肿 89 例报告[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(4):311-312.

[7] 彭军,李唐英,李艳芬.液氮冷冻治疗耳廓假性囊肿[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,12(8):494.

[8] 范伟红.显微镜下 58 例耳廓假性囊肿改良开窗引流术疗效观察[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(5):388-389.

[9] 王胜国,周本忠,崔尚贤,等.36 例耳廓假性囊肿的手术治疗[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(3):152.

[10] 周红胤,黎可华,彭增龙,等.石膏固定法治耳廓假性囊肿 48 例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(3):189-189.

(修回日期:2013-07-05)

(上接第 407 页)

(3):243-267.

[18] 孙劲旅,陈军,张宏誉.尘螨过敏原的交叉反应性[J].昆虫学报,2006,49(4):695-699.

[19] Calderón MA, Cox L, Casale TB, et al. Multiple-allergen and single-allergen immunotherapy strategies in polysensitized patients: Looking at the published evidence[J]. J Allergy Clin Immunol, 2012, 129(4):929-934.

[20] Lombardi C, Passalacqua G, Gargioni S, et al. The natural history of respiratory allergy: a follow-up study of 99 patients up to 10 years[J]. Respir Med, 2001, 95(1):9

-12.

[21] Linneberg A. The allergic march in early childhood and beyond[J]. Clin Exp Allergy, 2008, 38(9):1419-1421.

[22] Marogna M, Spadolini I, Massolo A, et al. Long-lasting effects of sublingual immunotherapy according to its duration: a 15-year prospective study[J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126:969-975.

(修回日期:2013-04-10)