

两种切口行耳甲腔成形术疗效分析

易天华, 贺建桥

(邵阳市第一人民医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 邵阳 422001)

关键词: 中耳炎; 胆脂瘤; 乳突根治术; 耳甲腔成形术
中图分类号: R764. 9 **文献标识码:** C **文章编号:** 1007 - 1520(2013)05 - 0455 - 02

手术是治疗胆脂瘤型及骨疡型中耳炎的主要方法, 临床常采用乳突根治术改良乳突根治术或乳突开放 + 鼓室成形术治疗。为使乳突术腔能够早日上皮化, 在完成乳突根治术、改良乳突根治术、鼓室成形术后通常还要做耳甲腔成形术。为了研究不同耳甲腔成形术对乳突开放后干耳的作用, 笔者对 2007 年 3 月 ~ 2012 年 3 月 40 例行“C”切口耳甲腔成形术及 39 例行“八”切口耳甲腔成形术的乳突根治术、改良乳突根治术或乳突开放 + 鼓室成形术的患者进行疗效比较, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组胆脂瘤型及骨疡型中耳炎患者 79 例中, 男 34 例, 女 45 例; 年龄 16 ~ 68 岁, 平均年龄 (43 ± 8.57) 岁; 所有病例术前行颞骨 CT 检查示乳突腔、鼓室及鼓室入口有轻重不等病灶需行手术清除者。耳甲腔成形术“C”切口组 40 例, 男 18 例, 女 22 例; 年龄 16 ~ 63 岁, 平均年龄 (42 ± 8.89) 岁; 其中乳突根治术者 10 例, 改良乳突根治术者 19 例, 乳突开放 + 鼓室成形术者(Ⅲ型小鼓室) 11 例。耳甲腔成形术“八”切口组 39 例, 男 16 例, 女 23 例; 年龄 16 ~ 68 岁, 平均年龄 (44 ± 8.36) 岁; 其中乳突根治术者 10 例, 改良乳突根治术者 19 例, 乳突开放 + 鼓室成形术者(Ⅲ型小鼓室) 10 例。两组患者在年龄、性别、病程、乳突气化程度、手术方式及病理类型等方面基本一致。

1.2 手术方法

全部手术均为同一医生完成, 全部采用耳后切口, 完成中耳乳突病灶清除后, 将乳突腔轮廓化, 尽量削低面神经嵴, 根据术中探查听骨链损坏情况分别行鼓室成形术加行耳甲腔成形术, 以扩大外耳道。①“C”切口耳甲腔成形术: 将外耳道口皮质骨和乳突腔之间尽量修正平滑, 避免出现阶梯, 自外耳道口 6 点处向耳甲腔做“C”形切口, 上端达外耳道口 12 点处, 在 12 点处剪断外耳道后上壁的皮肤及骨膜, 将皮瓣修薄、翻转向后铺在乳突腔内, 和外耳道后壁皮肤对位缝合 1 ~ 2 针固定, 皮瓣松弛时可在游离皮瓣区做褥式缝合拉紧皮瓣, 做到皮瓣和外耳道后壁皮肤平整, 纱条填塞, 把皮瓣紧压于乳突腔内。②“八”切口耳甲腔成形术: 将外耳道口皮质骨和乳突腔修整平滑, 避免出现阶梯, 右耳 9 点或左耳 3 点耳道口处自内向外全层切开, 使外耳道及耳甲腔成为“八”形的上下两瓣, 切除耳甲腔底部的部分软骨, 向后翻转上下缝合固定, 用纱条填塞, 把皮瓣紧压于乳突腔内。

1.3 统计学处理

所有数据均运用 SPSS 13.0 软件进行数据处理, 组间计数资料均采用 *t* 检验进行比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后随访 1 ~ 3 年, 包括术后干耳时间、有无再流脓、术腔肉芽生长、胆脂瘤有无复发等。两组的疗效比较见表 1。表中可见, 两组病例在术后干耳时间、复发再手术率、术腔肉芽发生率、术后再流脓、头晕等方面均无统计学意

作者简介: 易天华, 男, 硕士, 主治医师。
通讯作者: 易天华, Email: 173464971@qq.com

义($P > 0.05$)。且“八”切口耳甲腔成形术组 无一例发生耳廓软骨膜炎。

表 1 两种术式疗效比较

分组	干耳时间 (周)	再流脓发生率 (%)	眩晕及头晕发生率 (%)	术腔肉芽发生率 (%)	耳廓软骨膜炎 (%)	术腔内痂皮堆积 (%)	复发再手术率 (%)
“C”形组	5.00	12.5	7.50	2.50	2.50	27.5	0
“八”形组	5.12	12.8	7.69	2.56	0	25.6	0

3 讨论

改良乳突根治术是目前临床上治疗慢性中耳炎可行有效的方法，其目的是清除中耳乳突病变组织、治疗或预防各种颅内外并发症以及获得干耳。完壁式乳突根治术是经乳突开放上鼓室、面隐窝与后鼓室，清除乳突腔及鼓室病变组织，保留外耳道壁的完整性，并可同期进行听骨链重建和鼓室成形术，其优点在于使中耳在生理功能和解剖结构上更加接近正常，且没有遗留一个开放的空腔，不需要定期清理术腔痂皮。但完壁式乳突根治术虽然保存了中耳、外耳道的生理结构，但复发率较高，适应证有限制性，因此大多数乳突手术需采取开放式，才能彻底清除病变^[1-3]。耳甲腔成形术是将外耳道开口扩大以便于耳道和乳突的检查和清理的手术^[4]。耳甲腔成形加改良乳突切除术，扩大了外耳道口，增加了开放的乳突腔赖以与外界进行气体交换的通道(耳甲腔)的面积，有助于缩短干耳时间，促进乳突腔上皮化及通气引流，提高术后干耳率，从而提高乳突根治术的疗效。但术者必须要掌握好外耳道口的大小与乳突腔的比例关系，要符合 Portmann(1983 年)的外耳道口与乳突腔气流交换比例的基本理论，不可造成外耳道口过大，否则患者在平时生活中感耳道内有明显不适现象。

本研究“C”切口耳甲腔成形术组 1 例患者耳廓软骨膜炎，可能与术中无菌操作不严或患者机体抵抗力差以及病变感染较重等有关。并且由于“C”切口耳甲腔成形术需切除部分耳甲腔软骨，也有引起耳廓软骨膜炎的可能，在

以往文献^[6]中也有少量报道。

本组患者经临床随访观察，“C”切口与“八”切口耳甲腔成形术对开放式乳突根治术的术后疗效经比较分析发现，在术后干耳时间、复发再手术率、术腔肉芽发生率、术后再流脓、头晕以及发生术腔内痂皮堆积等方面均无统计学意义。“C”切口耳甲腔成形术耳廓软骨膜炎发生率较“八”切口耳甲腔成形术高，可能与“C”切口耳廓软骨损伤较重有关，也可能与样本量太小有关；且“八”切口耳甲腔成形术较“C”切口耳甲腔成形术在手术操作方面更加简单易行，术中出血量较小，所以我们认为两种方法在临床中均可选择应用。当然具体还需要大样本临床试验观察。

参考文献：

[1] Khujadze M, Vas hakidze N, Gognia hvili G, et al. The results of surgical treatment of middle ear cholesteatoma by using open and closed techniques [J]. Georgian Med News, 2008,163(1): 21-24.

[2] 贾欢,黄琦,吴皓,等. 儿童胆脂瘤中耳炎术式的选择和应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(7): 296-301.

[3] 张凤英,孙树岩,高英恺,等. 二次开放式乳突根治术的远期疗效[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012,18(2):126-129.

[4] Newton J, Coker-Herman A. Atlas of Otologic Surgery [M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2007: 22-27.

[5] 林尚泽. 乳突根治术后术腔情形的临床意义[J]. 国外医学耳鼻咽喉科学分册, 2000, 24(3): 179.

[6] 翁祖勋. 耳甲腔成形术在乳突根治术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2003, 9(4): 236-237.

(修回日期:2013-01-04)