

166 例耳前瘻管患者术后复发的相关因素分析

赖志刚,黄宇勇

(福建医科大学附属龙岩第一医院 耳鼻咽喉科,福建 龙岩 364000)

摘要: **目的** 研究分析耳前瘻管的临床特征、治疗以及术后复发的相关因素。**方法** 回顾性分析 166 例耳前瘻管切除术患者的临床资料,并用 χ^2 检验分析与耳前瘻管切除术后复发的相关因素。**结果** 166 例患者共计进行了 189 耳耳前瘻管切除术。耳轮脚前方是最常见的发病部位(98.4%),术前感染病程、切开引流次数与耳前瘻管复发相关,感染期手术和感染控制期手术的术后复发率之间无统计学差异,术中切除耳前瘻管时切除相邻软骨组织与未切除相邻软骨组织之间无统计学差异。**结论** 耳前瘻管发病的最常见位置是耳轮脚前方,耳前瘻管切除术的复发率为 5.3%,耳前瘻管的复发主要与术前感染病程和切开引流次数相关。

关键词: 先天性耳前瘻管;手术治疗;复发
中图分类号: R764.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2015)03-0240-02

耳前瘻管是耳鼻咽喉科常见先天性畸形,1864 年 Heusinger 首次对其进行了描述,发病率文献报道不一,约 0.1%~10%^[1-2],发病与胚胎期第 6 周第一鳃弓发育异常有关^[3]。常单侧发病,右侧发病率高于左侧,女性发病率高于男性^[1,4]。先天性耳前瘻管多为无意中发现或者体检发现。一旦感染发生,耳前瘻管感染复发和加重的几率增加,在炎症消退后应该进行耳前瘻管切除术。部分患者耳前瘻管切除术后会复发。本文研究分析耳前瘻管临床特征、治疗以及术后复发的相关因素。

1 材料和方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院耳鼻咽喉科 2002 年 1 月~2014 年 2 月收治的单侧或双侧先天性耳前瘻管不伴有其他畸形、病史资料完整同时排除再次手术的耳前瘻管患者 166 例(189 耳),男 76 例,女 90 例;年龄 2~64 岁,中位年龄 17 岁;左侧 69 例,右侧 74 例,双侧 23 例。其中术前感染 131 耳,术前曾切开引流 91 例。

1.2 统计学方法

采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。利用 χ^2 检验分析耳前瘻管患者临床特征、治疗与耳前瘻管切除术后复发的相关因素,以 $P<0.05$ 为差异具有统

计学意义。

2 结果

耳前瘻管的瘻口位置分布情况为:耳轮脚前方 186 耳,耳廓前上方 1 耳,耳廓后方 2 耳。耳轮脚前方是耳前瘻管瘻口最常见的部位,约占 98.4%。

所有患者均进行手术,术中和术后无 1 例患者发生麻醉意外、面瘫、心脑血管意外等手术并发症。10 耳耳前瘻管复发,复发率为 5.3%,复发时间为 1~3 个月。耳前瘻管切除术后复发的相关因素分析见表 1、2。

术前感染病程、术前切开引流次数与术后复发相关,差异具有统计学意义($P<0.05$)。4 耳手术时有感染的患者术后 1 耳出现复发,复发率 25%;185 耳感染控制后进行手术切除,术后 9 耳复发,复发率 4.86%,但两者之间差异无统计学意义($P>0.05$)。术中切除耳前瘻管时切除相邻软骨组织与未切除相邻软骨组织之间差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 术前感染病程及切开引流次数与耳前瘻管术后复发情况分析(耳)

相关因素	耳数	术后未复发	术后复发	χ^2	P
术前感染病程					
≤1 年	131	72	2	8.0191	0.018
>1 年		50	7		
术前切开引流					
1~2 次	91	58	2	8.6979	0.013
2 次以上		26	5		

作者简介:赖志刚,男,副主任医师。
通信作者:赖志刚,E-mail: laizhigangyang@sina.com

表2 耳前瘻管切除术后复发的相关因素分析(*n* = 189 耳)

临床因素	耳数	术后未复发 (耳)	术后复发 (耳)	χ^2	P
术前感染					
有	131	122	9	2.1245	0.145
无	58	57	1		
术前切开引流					
有	91	84	7	2.0195	0.155
无	98	95	3		
术中感染					
有	4	3	1	3.1677	0.075
无	185	176	9		
切除相邻软骨组织					
有	65	63	2	0.9692	0.325
无	124	116	8		

3 讨论

耳廓在胚胎期的发育起源于第一鳃弓和第二鳃弓的6个丘状结节(His小丘),丘状结节融合不全导致耳前瘻管的发生^[5],双侧耳前瘻管多为常染色体显性遗传^[1],可能与染色体8q11.1-q13.3有关^[6]。耳前瘻管多偶然发现或体检时发现,表现为耳轮脚前方一小孔,但也有文献报道小孔位于耳轮后上方、耳屏、耳垂等^[2]。女性发病率高于男性^[1,4]。

大多数耳前瘻管无症状,一旦感染,可反复发作,表现为局部疼痛、肿胀,进行足量敏感抗生素治疗以控制感染,文献报道致病菌多为表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌,其他细菌包括草绿色链球菌、消化球菌、变性菌等^[7]。有时可形成脓液,需切开引流,在感染控制后应尽早进行手术切除,反复感染可增加瘢痕的形成,增加了耳前瘻管切除的复杂性。本研究发现术前感染的患者耳前瘻管切除术后复发与术前未感染患者之间的术后复发率无统计学差异,但术前感染病程超过1年的耳前瘻管术后复发率明显增高(12.28%,7/57),差异具有统计学意义(*P* < 0.05)。切开引流的患者与未切开引流的患者之间的术后复发率无统计学意义,但切开引流次数与术后复发相关。多次反复切开引流后病变部位粘连较重,瘢痕组织形成,解剖结构不清晰,完全切除瘻管组织较难,容易导致病变组织残留,从而引起复发,反复切开引流患者术中更应仔细彻底切除耳前瘻管组织,以尽量减少术后复发。

彻底切除耳前瘻管是手术成功和预防术后复发的关键,仔细切除耳前瘻管分支及其所累及的相邻

组织,对于反复感染发作的耳前瘻管可扩大周围组织的切除,文献报道也可采用双梭形切口术式^[8]或者采用显微切除^[9]。文献报道多种手术技巧用于耳前瘻管的治疗,以减少术后复发,包括耳上入路、应用亚甲蓝、应用探针、术中使用显微镜切除、由里至外完整切除等。文献报道耳前瘻管切除术后的复发率为0%~43%^[2]。本研究中耳前瘻管切除术后的复发率为5.3%。复发率较低主要是我们在手术时结合应用多种方法,尽量做到彻底切除瘻管组织。

耳前瘻管复发多由于瘻管不完全切除后的组织残留所致,包括浸润深度和/或范围切除的不完全。耳前瘻管弯曲的分支结构多接近于软骨膜^[10],在理论上讲切除相邻的软骨膜和软骨组织可减少术后复发,本研究中切除相邻软骨组织后的复发率3.08%,未切除软骨组织的复发率为6.45%,但两者之间的差异无统计学意义(*P* > 0.05)。

参考文献:

[1] Scheinfeld NS, Silverberg NB, Weinberg JM, et al. The preauricular sinus: a review of its clinical presentation, treatment, and associations[J]. *Pediatr Dermatol*, 2004,21(3):191-196.

[2] Tan T, Constantinides H, Mitchell TE. The preauricular sinus: a review of its aetiology, clinical presentation and management[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2005,69(11):1469-1474.

[3] Nofsinger YC, Tom LW, LaRossa D, et al. Periauricular cysts and sinuses[J]. *Laryngoscope*, 1997,107(7):883-887.

[4] Paulozzi LJ, Lary JM. Laterality patterns in infants with external birth defects[J]. *Teratology*, 1999,60(5):265-271.

[5] Choi SJ, Choung YH, Park K, et al. The variant type of preauricular sinus: postauricular sinus[J]. *Laryngoscope*, 2007,117(10):1798-1802.

[6] Zou F, Peng Y, Wang X, et al. A locus for congenital preauricular fistula maps to chromosome 8q11.1-q13.3[J]. *J Hum Genet*, 2003,48(3):155-158.

[7] Chang PH, Wu CM. An insidious preauricular sinus presenting as an infected postauricular cyst[J]. *Int J Clin Pract*, 2005,59(3):370-372.

[8] 胡伟群,蔡志福,薛章委,等.应用双梭形切口术式治疗52例耳前瘻管并感染病例[J].*中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2007.13(4):311-312.

[9] 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.

[10] Dunham B, Guttenberg M, Morrison W, et al. The histologic relationship of preauricular sinuses to auricular cartilage[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009,135(12):1262-1265.

(修回日期:2014-08-11)

• 241 •