

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201606017

· 临床报道 ·

显微镜下手术治疗耳前瘻管并感染的疗效分析

陈 凯, 孙 艳

(梅州市人民医院 耳鼻咽喉科, 广东 梅州 514031)

摘 要: **目的** 探讨复发性与初发感染性耳前瘻管显微镜下整块切除的临床疗效。**方法** 45 例(52 耳)耳前瘻管并感染患者在全麻或局麻下进行手术,术前先探查瘻管的位置与方向,在莱卡 F40 显微镜下充分显示病变组织与瘻管并整块切除。**结果** 显微镜下手术治愈率 98.1%,有效率 100%。未见不良反应及并发症。**结论** 显微镜下手术治疗各种瘻管的效果满意,创伤小,有利于患者快速恢复。

关 键 词: 瘻管,感染,显微镜下手术

中图分类号:R764. 91 **文献标识码:**B **文章编号:**1007 – 1520(2016)06 – 0495 – 02

先天性耳前瘻管临床常见,当合并感染时局部出现红肿、疼痛,甚至形成脓肿,反复感染,导致炎症肉芽生长、纤维组织增生及瘢痕。部分患者手术切除后,有复发可能。这往往是因为肉眼下手术切除范围不够,病灶残留所致,我们于 2013 年 1 月 ~ 2015 年 3 月,应用显微镜治疗耳前瘻管合并感染患者 45 例(52 耳)获得满意的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例均选择初发性与复发性耳前瘻管并感染住院患者 45 例(52 耳),其中男 24 例,女 21 例;年龄 3 ~ 62 岁,平均年龄 15.5 岁;病程 15 d 至 4 年,平均 1.6 年。既往手术 1 次 5 例,2 次 2 例,穿刺抽脓 2 例。

1.2 手术方法

手术在局麻或者全麻下进行,其中全麻 32 例,局麻 13 例。术前 1 d 将亚甲蓝注入瘻管,复发性患者则不用注射。手术先探查瘻管的位置与方向,于感染组织旁约 3 mm 切开,在莱卡 F40 显微镜下充分显示病变组织与瘻管,暴露耳轮脚软骨膜,术中发现 19 耳瘻管与耳轮上脚软骨膜粘连,向前下形成 3 条盲管及一个球囊样病灶;8 耳瘻管与炎症组织绕过耳轮上脚到达耳廓后方及乳突区,局部形成隆起;9 耳有 1 条盲管向前下并有球囊改变;12 耳形成 2 条盲管向下在耳屏前有球囊样改变;4 耳盲管向耳甲

腔。将皮肤、瘻管、瘢痕组织及炎症肉芽组织切除到耳轮脚或者耳廓软骨表面,向前深分离到颞肌筋膜表面,向后分离到乳突肌肉表面,显微镜下手术刀小心搔刮所有炎症肉芽组织,彻底切除瘻管、瘢痕及炎症肉芽组织。在显微镜下可见切口边缘皮肤颜色正常健康,充分游离松解皮下组织,术腔电凝止血,消除死腔,可吸收线缝合。患者术前、术中、术后图片见图 1 ~ 3。

1.3 疗效评判

自定义标准,治愈:切口一期愈合,术后 1 年不复发;好转:切口裂开,经过换药治疗,瘢痕形成愈合;无效:瘻管残留,复发^[1]。

2 结果

本组患者治愈 51 耳,好转 1 耳,治愈率 98.1%,有效率 100%。未见不良反应及并发症。

3 讨论

耳前瘻管为第一、二鳃弓的耳廓原基在发育过程中融合不全而致。瘻管有分支或者球囊样改变,管壁衬以复层鳞状上皮,管腔内有脱落的上皮及角化物,感染后排出有臭味的分泌物,如果反复感染,形成脓肿,可以深达鼓沟或者乳突表面,反复感染形成脓肿、瘢痕。耳前瘻管感染临床较常见,表现为局部隆起、肿胀与疼痛。初发性瘻管有瘻口,而复发性瘻管没有瘻口,表现为局部隆起的囊性样肿物,主要是由于瘻管感染或者既往手术残留、上皮堆积,以致

作者简介:陈 凯,男,主任医师。
通信作者:陈 凯,Email:chenkai6798@vip. sina. com



图 1 术前图片 图 2 术中示耳屏软骨与筋膜 图 3 术后切口缝合

瘻管阻塞、扩张而出现囊肿样改变。手术治疗是唯一根治的方法^[2],如何清晰分辨瘻管的行径及炎症肉芽的范围是根治的关键。术上用亚甲蓝注入瘻管多位标记非常重要,如果没有瘻口,需要术中加以分辨。作者采用显微镜下手术,有如下特点:①能够非常清晰地显示瘻管或者残留瘻管、炎症肉芽组织,完全可以将全部瘻管及炎症肉芽组织彻底切除;②术中发现瘻管与肉芽组织均在颞肌筋膜与腮腺包膜表面,在显微镜下可以非常清晰显示这一区域的边界,进行整块切除,并保留筋膜与包膜的完整性;③由于耳前瘻管感染,切除的皮肤面积较大,在显微镜下可以较好地游离皮瓣减张修复;④瘻管与耳廓软骨粘连^[3]或者穿过软骨时,可切除部分软骨,使手术更加彻底;⑤显微镜下可以非常清晰地分辨血管、组织,完全避免了过去肉眼下因耳前血管损伤引起出血的情况^[4]。

耳前瘻管感染初次手术,效果较好,如果复发,由于瘢痕组织、炎症肉芽、残留的瘻管与正常组织之间没有明确的分界,手术比初次困难。袁慧钧等^[5-6]认为感染未完全控制时可以切除瘻管。华娜等^[7]通过组织学研究发现瘢痕及肉芽组织内存在瘻管组织,部分远端的瘻管上皮被瘢痕组织或者肉芽组织包绕。如果瘢痕组织或者肉芽组织没有切除干净,瘻管上皮有残留,可引起复发。赖志刚等^[8]认为耳前瘻管的复发与术前感染及切开次数有关,而本人认为手术时能否在深度与范围上完全切除病

灶组织尤为关键。因此通过显微镜下将全部炎症肉芽、瘢痕及瘻管切除是最彻底的办法。

显微镜下手术治疗感染性耳前瘻管,能够非常彻底切除病变组织,保护正常解剖结构,视野清晰,方法实用可靠,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 胡伟群,黄金樵,薛章委,等. 复发性耳前瘻管感染期根治术[J]. 中华耳科学杂志,2015,13(4):761-763.

[2] 李良波. 感染期先天性耳前瘻管切除术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,16(2):92.

[3] 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.

[4] 饶小玲. 136 例先天性耳前瘻管疗效比较[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(2):148-149.

[5] 袁慧钧,宁宝礼,姜琳琳,等. 耳前平行皮瓣一期修复感染期耳前瘻管切除术后大面积皮肤缺损[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(5):395-396.

[6] 徐向前,石敏志. 显微镜下先天性耳前瘻管感染期手术疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(4):299-300.

[7] 华娜,卫来,姜涛,等. 感染性先天性耳前瘻管病理组织学观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(16):1229-1232.

[8] 赖志刚,黄宇勇. 166 例耳前瘻管患者术后复发的相关性因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2015,21(3):240-241.

(收稿日期:2016-05-28)