

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201706019

· 临床交流 ·

感染期先天性耳前瘘管一期切除术

郑立岗, 虞幼军, 陈抗松, 王博琛, 赖彦冰, 刘 振, 王跃建

(佛山市第一人民医院 耳科 广东省听觉与平衡医学工程技术研究开发中心, 广东 佛山 528000)

关键词: 先天性耳前瘘管; 手术治疗; 感染

中图分类号: R764.1 文献标识码: C

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(6): 580-581]

先天性耳前瘘管是一种常见的先天性畸形, 为第一鳃沟的遗迹, 是常染色体显性遗传。如无继发感染, 通常不需处理。对于反复发生感染的瘘管, 传统的做法是先控制急性炎症, 局部有脓肿者予以切开排脓, 待炎症控制后再行手术彻底切除。但这种治疗方式需多次门诊就诊, 且切开排脓后需反复换药冲洗脓腔疼痛明显, 治疗周期往往需1~3个月。随着生活节奏的加快和人们对于医疗体验要求的不断提高, 这种治疗模式越来越不能满足患者的医疗需求。为此, 我科从2014年开展感染期先天性耳前瘘管一期切除手术, 取得了比较好的疗效和患者满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2014年1月~2016年6月在佛山市第一人民医院耳科住院并手术的感染期先天性耳前瘘管患者41例, 其中男17例, 女24例; 年龄2~63岁, 平均年龄(22.83 ± 13.75)岁; 复发感染史1~12周, 其中有28例为第一次感染, 10例为第二次感染, 3例为第三次感染; 7例有1次切开排脓史, 3例有2次切开排脓史, 其余31例均无切开排脓史; 左侧19例, 右侧22例。感染灶范围0.8 cm × 1 cm ~ 4 cm × 4 cm。

1.2 手术方法

术前2~4 h经瘘口注射亚甲蓝对瘘管进行染色。12岁以下患者采用经口插管静脉复合麻醉, 12岁以上采用1%利多卡因和肾上腺素混合液(20 ml利多卡因 + 8滴肾上腺素)局部浸润麻醉。

于耳轮脚前瘘口处沿瘘管走行方向作梭形切口, 长约1.2~2.5 cm, 与未感染期耳前瘘管的切口相似, 但稍微长一些, 如有上次切开形成的瘢痕组织, 切口应超过瘢痕组织。先通过切口放出瘘管周围脓肿的脓液及切除瘘管的上皮组织。感染期耳前瘘管切除由于术野炎症充血, 术中出血较未感染期稍多, 术中需运用双极电凝止血。切除瘘管组织后根据脓肿的部位清除残留的脓液及炎性肉芽组织, 此过程中可根据组织的色泽、质地及与颞肌筋膜的关系来识别正常组织与病变组织。如瘘管涉及耳轮脚软骨, 应将耳轮脚软骨作部分切除, 安尔碘溶液及生理盐水冲洗术腔, 间断缝合伤口并加压包扎2~4 d。术后常规行抗感染治疗1周, 每天用医用酒精消毒伤口1~2次。

2 结果

本组病例术后切口均获一期愈合, 其中1例由于术前感染范围广泛, 术后2 d换药时可触及皮下波动感, 穿刺抽液后继续包扎2 d后术区愈合可。术后随访2~31个月无一例复发, 无耳廓畸形。

3 讨论

先天性耳前瘘管伴感染者, 彻底治愈常需手术治疗, 其手术治疗的时机, 以往强调感染控制后1个月再手术, 感染期是手术的禁忌证, 因此手术常分两期进行。但个别患者在感染控制等待手术的过程中出现再次感染, 导致长时间无法手术, 治疗周期较长, 影响患者正常的学习、工作和生活。感染期耳前瘘管切除术前无需切开, 手术是在全麻或局麻下进行, 所以基本没有疼痛。由于直接入院手术, 治疗周期一般为3~7 d, 相对于传统先控制感染后手术的

作者简介: 郑立岗, 男, 副主任医师。
通信作者: 郑立岗, Email: zhengligang@sohu.com

1~3个月的治疗周期,时间明显缩短。

一般感染后的耳前瘻管本身并不会明显的增大,原有的瘻管中上皮组织肿胀,但范围仍是和未感染期差不多,比较局限。之所以感染期耳前瘻管外表看起来范围特别大,通过手术我们发现主要是瘻管周围脓肿形成和软组织肿胀所致,这些脓肿和炎性肉芽组织主要位于皮下,可以通过切口处在皮下刮除,而不必另外增加切口^[1]。通过临床实践我们逐渐认识到耳前瘻管感染期手术和非感染期手术在彻底切除瘻管组织方面是一致的,这是保证手术不复发的前提。但感染期耳前瘻管还要在彻底切除瘻管的基础上把瘻管周围形成的脓肿和炎性肉芽组织去除干净,由于脓肿并无明显包膜,位于皮下,通过切口比较容易清除。在此过程中要注意保护皮肤的完整性,以减少不必要的皮瓣转移^[2]。

感染期耳前瘻管术前是否需要亚甲蓝染色,各家做法略有不同。我们在临床实践中推荐采用亚甲蓝染色瘻管的做法。但由于瘻管处于感染期,我们一般建议术前2~4h行瘻管染色,这样既可以对瘻管进行充分的染色,也可以避免由于瘻管注入亚甲蓝而导致感染加重。有报道称感染期耳前瘻管术前亚甲蓝染色会污染术野,给手术中对瘻管上皮组织和纤维增生肉芽组织的辨认带来了困难^[3-4],没有必要^[5]或根据具体的情况决定^[6]。我们通过临床实践认为,通过合理控制亚甲蓝在瘻管中注射的深度和量,可以避免术野的污染,这与胡伟群^[1]、徐向前^[7]等的做法基本一致。

感染期耳前瘻管术后建议尽量加压包扎2~4d^[8]。对于感染不重、范围较局限的患者术后包扎2d就可以了。个别术前感染严重、红肿范围广泛的患者则需要根据情况延长加压包扎时间,我们的研究中有1例术前感染范围4cm×4cm的患者,术后2d拆除加压包扎后可以摸到皮下有轻微的波动感,用注射器经皮穿刺抽取积液后再加压包扎2d后基本愈合。感染期耳前瘻管术后包扎的主要目的是减少出血及渗出、消除皮下腔隙。对于感染严重、范围广泛的患者可以考虑在加压包扎的基础上在术腔放置胶片引流条1~2d,以避免术腔积液^[3]。

感染期耳前瘻管手术是安全有效的。以往之所以较少一期做感染期耳前瘻管手术,最主要的是担心手术切除不干净,导致术后复发。通过总结本组41患者的临床资料,手术中彻底切除瘻管组织、清除瘻管周围脓肿和炎性肉芽组织可以保证手术的效果。随访2~31个月,无一例复发,与非感染期耳前瘻管切除疗效一致。极大地减少了就医的时间与成本,避免了术前切开及多次换药的痛苦,所以有在临床上推广的价值。这与汪琼^[9]付誉^[10]等的报道一致。但感染期手术对术者的要求比较高,建议此类手术的开展要在熟练掌握非感染期耳前瘻管切除术的基础上,由高年资的手术医生主刀,确保手术的效果。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 黄振宇,刘景亿.皮瓣转移在感染期耳前瘻管手术治疗中的应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(4):365-366.
- [3] 毛华东.感染期耳前瘻管的手术治疗[J].广东医学,2013,34(18):2901.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 伍良善.先天性耳前瘻管继发感染术前冲洗并手术治疗临床疗效观察[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(2):114.
- [7] 徐向前,石孟志.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.
- [8] 侯学东.感染性先天性耳前瘻管的临床分析[J].中国现代药物应用,2011,5(11):16-17.
- [9] 汪琼,陈其国,孙群,等.先天性耳前瘻管感染期手术的临床研究[J].中国当代医药,2014,21(29):158-159.
- [10] 付誉,陶昆跃.先天性耳前瘻管感染期与非感染期手术疗效比较[J].大连医科大学学报,2006,28(3):253.

(收稿日期:2016-12-14)