DOI:10.13201/j.issn.1001-1781.2012.01.016

内镜技术在甲状腺、颌下腺、鳃裂囊肿等头颈手术的成功应用，加上手术器械的不断开发和改进，使腮腺的内镜手术成为可能。Lin 等[3]首先报道 16 例内镜辅助下腮腺切除术；高力等[4]报道了 26 例类似手术，他们均为将传统的“s”形切口缩小，耳前切口位于耳屏内，耳后切口不再延长至颌下，减少了颈部的手术切口长度，切口的隐蔽性也有所提高。张彬等(2008)报道了完全颌后区皮纹切口的内镜辅助下腮腺切除手术，切口长度为 4.0～4.8 cm，耳前无需切口，但后颌部仍留有瘢痕。Chen 等[5]通过耳后沟平均 3.1 cm 的切口进行手术，切口更加隐蔽，美容效果极佳，但由于视野窄，其只适于腮腺尾叶良性肿瘤的切除。

笔者将耳垂起向上 2.0～2.5 cm 的耳后沟切口向后弧形延长约 2～3 cm，切口长度为 4.0～5.5 cm，最低不低于耳垂水平，切口全部位于耳后，面部及颈部均无瘢痕，美容效果好。由于内镜的介入，除耳屏前上部分腮腺暴露较差外，其余区域均暴露充分，而由于耳屏前上部腮腺肿瘤的发生率低，因此，该进路适合大部分腮腺浅叶良性肿瘤的切除，当然，由于笔者经验上的欠缺，目前还是选择肿瘤直径小于 4 cm 者进行内镜手术。

由于手术是从上往下、从后往前操作，面神经的解剖必须采用顺行分离法，因此，行内镜手术前必须要进行一定数量常规手术的面神经顺行解剖训练。由于内镜的照明和放大作用，面神经主干的寻找和解剖更加容易，加上超声刀的血管凝闭功能，术中出血少、视野清晰，面神经各分支的骚扰少，因此，术后仅 1 例出现暂时的面神经下颌缘支损伤。

本组 3 例出现腮腺漏，较常规手术的比例高，可能与开始时不注意术腔引流管的放置及术后容易扭曲有关，注意后情况得以改善。因为手术暴露的需要及手术操作时的误伤，耳大神经后支经常难以保留，因此耳大神经损伤是本术式最常见的并发症，有待以后改进。由于超声刀的使用，止血效果好；切口小，节省了缝合的时间，因此，总手术时间与常规手术相当。

本术式视野清晰，暴露充分，手术切口全部在耳后，面颈部没有切口，较为隐蔽，尤其是留长发的女士，术后基本看不到切口。多采用腮腺区域切除，术区凹陷不明显，术后患者恢复快，并发症少，是兼顾美容及腮腺功能保留的术式之一。

参考文献

[1] 常世民，柳春明，布静秋. 美容切口在腮腺手术中的运用[J]. 中国美容医学杂志，2008，17(3)：367－369.
[2] 梁立民，陈鹏步，荣发. 改良耳屏切口在腮腺区域性切除术中的应用[J]. 中华老年口腔医学杂志，2009，7(5)：272－275.
[3] LIN S D，TSAI C C，LAI C S，et al. Endoscope-assisted parotidectomy for benign parotid tumors[J]. Ann Plast Surg，2000，45：269－273.
[4] 高力，邵雁，谢磊，等. 隐蔽小切口内镜辅助下腮腺良性肿瘤切除术[J]. 中华整形外科杂志，2004，20(1)：46－49.
[5] CHEN M K，CHANG C C. Minimally invasive endoscope-assisted parotidectomy：a new approach[J]. Laryngoscope，2007，117：1934－1937.

(收稿日期：2011-08-02)

中耳乳突手术并发耳廓化脓性软骨膜炎 3 例

李育广[1]

[关键词] 中耳炎；乳突炎；并发症；外科手术
[中图分类号] R764.2 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2012)01-0035-02

经耳后切口行中耳乳突病灶切除同时行鼓室成形、耳甲腔成形术，是治疗胆脂瘤型中耳炎和骨疡型中耳炎非常成熟的技术，术中行外耳道口扩大时，由于需切除部分耳甲腔软骨，加上术腔纱条填塞时间较长，易引起耳廓化脓性软骨膜炎，笔者诊治 3 例，现报告如下。

1 病例报告

例 1，女，55 岁。因右耳反复流脓、听力下降 40 余年，加重 1 年，于 2003 年 2 月 25 日入我院。患者 2002 年体检时发现患有糖尿病，一直服用降糖药。以慢性化脓性中耳炎（胆脂瘤型，右）；糖尿病（Ⅱ型）收入院。控制血糖至正常水平后在全身麻

[1] 解放军第 184 医院耳鼻咽喉头颈外科(江西鹰潭，335000)
通信作者：李育广，E-mail：lyg184yyy@yahoo.com.cn

醉下行右耳改良乳突根治加鼓室成形加外耳道口扩大成形术，术后 2 周出院。出院后患者自行停用降血糖药，因右耳疼痛再次住院。体检：右耳廓皮肤红肿，有牵拉痛，耳屏有压痛，中耳腔呈乳突根治术后改变，术腔潮湿，有少许渗液。血糖 16.8 mmol/L，尿糖（＋＋＋），诊断为：鼓室成形术后并发耳廓化脓性软骨膜炎（右），糖尿病（Ⅱ型）。经降血糖、及时清创、选用广谱抗生素、局部加强换药等治疗后患者病情仍迅速恶化，1 周后整个耳廓软骨大部分坏死，将其彻底清除，遗留耳廓严重畸形，呈一团菜花状。

例 2，女，32 岁。因左耳流脓伴听力下降 20 余年，左眼闭合差 1 周于 2007 年 7 月 21 日入我院。体检：左眼睑闭合无力，左侧外耳道见大量脓性分泌物流出，味臭，清除后见鲜红色肉芽组织堵塞外耳道，鼓膜未能窥清，口角向右侧歪斜，吹气时明显。颞骨 CT 检查：胆脂瘤型中耳炎伴面神经侵犯。入院 1 周后行左耳改良乳突根治加鼓室成形加外耳道口扩大成形术，术后行碘仿红霉素眼膏纱条填塞术腔。术后第 7 天发现耳甲腔下方少许脓性分泌物。体检：左耳廓耳甲腔处红肿，牵拉痛，对耳屏红肿疼痛明显，耳甲腔内部分软骨暴露，表面覆有少量肉芽组织，术腔呈改良乳突根治术后改变。提前抽出纱条，双氧水清洗创面，及时切开引流彻底清创，加强抗炎、换药，病情好转，1 个月后症状消失，局部无红肿。耳廓除耳甲腔处稍增厚外余正常。

例 3，女，53 岁。因右耳流脓、头晕半年余于 2010 年 10 月 3 日入我院。体检：右侧鼓膜见一大穿孔，直径约 5 mm，后鼓室见肉芽生长，松弛部后方见白色上皮组织。诊断为慢性化脓性中耳炎，胆脂瘤型（右）。入院 5 d 后在全身麻醉下行右耳改良乳突根治加鼓室成形术加耳甲腔成形术，2 周后带药出院。出院后 1 个月因右耳廓疼痛半个月再次入院。体检：右耳对耳屏皮肤红肿，触痛明显，耳廓后沟切口下端裂开，少量脓性分泌物流出，触痛明显，右乳突术腔呈术后改变，乳突术腔稍潮湿。诊断为：耳廓化脓性软骨膜炎（右），鼓室成形术后（右）。给予及时清创，加强换药，全身加强抗感染治疗，共计清创 5 次，病情仍逐渐发展，4 个月后方稳定下来，但遗留耳廓缩小变形，轮廓基本保留，大致形态存在。

2 讨论

慢性化脓性中耳乳突炎（胆脂瘤或骨疡型）所沿用的外科治疗技术基本可归纳为开放式和闭合式。其代表术式为乳突根治术（包括改良乳突根治术）和联合径路鼓室成形术。乳突根治术后遗留一个大的乳突腔和小的外耳道口，使乳突腔与外界的气体交换困难，因而易受潮发生感染，致术腔痂皮堆积、肉芽生长等。外耳道口小，给术后观察和换药也带来不便。我科常规切除部分耳甲腔软骨使外耳道口扩大，但由于切除耳软骨，加上术后填塞碘仿纱条时间较长，易引起耳廓化脓性软骨膜炎，故术后要高度警惕。例 1 术后由于没有控制血糖，在术腔还没完全上皮化时易感染，一旦软骨膜感染，病情发展迅速，此后耳廓软骨完全坏死。故糖尿病患者术后在术腔还没完全上皮化时，应严格控制血糖，出院后加强复诊。例 2 术后碘仿纱条填塞第 7 天，发现耳甲腔下方有少许脓性分泌物，立即抽出耳道口纱条，加强换药，积极使用头孢类敏感抗生素治疗，病情迅速得到控制，未进一步发展。例 3 出现感染时未及时处理，丧失了控制感染的最佳时间。耳廓软骨膜炎一定要重视，早发现、早处理，若出现局部脓肿，处理方法为：在切开脓肿的同时，需扩大切除软骨膜及软骨的范围，绝不能姑息，对稍充血水肿的软骨膜要彻底切除，以防扩散。例 3 虽遗留耳廓缩小变形，但轮廓基本保留，大致形态存在。行耳甲腔成形术时应注意以下几点：①术中填塞碘仿纱条前应用生理盐水将术腔反复冲洗干净，防止骨屑、血块、上皮、细菌等残留，降低感染率；②耳道口碘仿纱条填塞时间应根据术腔、耳廓情况而定，若发现耳甲腔处红肿或有脓性分泌物，应及时抽出纱条，加强换药，选择敏感抗生素静脉点滴；③耳甲腔成形术扩大外耳道口时，应将软骨完全覆盖，绝对不能让耳甲腔软骨暴露；④行耳甲腔成形术时，在软骨膜这层组织内尽量不用电刀电凝，防止损伤软骨膜，引起软骨缺血、坏死、感染；⑤近外耳道口乳突骨创面上一定要放颞肌筋膜覆盖，上压抗生素明胶海绵，再填塞碘仿纱条；⑥术后加强对耳廓感染情况的观察，重点观察耳甲腔下方，若见局部红肿，应提前抽出耳道口碘仿纱条，加强换药及选择敏感抗生素治疗。

（收稿日期：2011-07-10）