

• 经验介绍 •

外耳道及前鼻孔支架的临床应用

吴雄, 葛荣, 汪守峰

【中图分类号】R815; R764. 1; R765. 1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)06-0460-02

先天性外耳道闭锁、各种原因造成的外鼻塌陷、前鼻孔狭窄, 临床通常采用整形手术重建孔道后, 必须填塞纱布条, 以防止孔道挛缩。此后再改用硅橡胶管支撑, 定期复查须半年以上, 甚为繁琐, 且纱布条填塞外耳道和鼻腔后患者不适感明显, 鼻腔不能通气, 生活甚为不便, 硅橡胶管取出清洗的时间稍长, 有时就难以再置入。2000 年以来, 笔者采用覆膜 Z 型不锈钢丝支架改进后用于 4 例患者, 对维持成形的孔道和正常的生理功能, 效果较好。

病例资料 病例 1, 女, 8 岁, 先天性外耳道闭锁, 外耳道成形术后感染 3 个月, 外耳道粘连狭窄, 引流不畅。病例 2, 女, 15 岁, 先天性外耳道闭锁, 外耳道成形术后 1 周。病例 3, 男, 8 岁, 3 个月前玻璃切割伤致右鼻穿孔, 清创缝合后棉球堵塞右鼻孔, 9 d 后去除棉球, 3 个月后右鼻孔不透气, 并逐渐加重, 查体右外鼻塌陷, 右鼻孔内 10 mm 处组织增生, 环状狭窄, 呈直径 3 mm 孔道。病例 4, 男, 34 岁, 钢渣误入致右鼻孔内烧伤, 15 d 后疤痕性狭窄, 外鼻塌陷, 经右鼻道内疤痕切除, 植皮及棉纱布填塞 1 周, 患者难以忍受。

采用覆盖硅橡胶薄膜的 Z 型不锈钢丝支架(淮安西格玛公司研制), 分为 2 型: A 型为蛋卷型, 呈片状卷曲呈弧型, 一端略呈喇叭口状, 完全卷曲后直径缩小为 3~4 mm, 展开后呈圆管状; B 型为单节或双节圆管型, 直径 7~14 mm, 长度根据成型术后的孔道要求确定。

外耳道及鼻孔冲洗处理后, 用棉签蘸少量 2% 利多卡因涂于孔道内, 将 A 型支架涂少许红霉素软膏, 卷曲缩小直径后塞入外耳道或鼻孔中。卷曲的支架逐步展开扩大口径, 待狭窄处被扩张至比预定值大 1~2 mm 时即可取出, 更换固定口径的 B 型支架, 置入后支架外缘突出前鼻孔或外耳道 1~2 mm, 定时

取出支架清洗、开水浸泡后重新置入。前 1~2 周支架置入前, 孔道内滴少量氯霉素眼药水, 如取出时间较长, 孔道缩小不易置入时, 将 A 型支架卷曲后先置入, 经短时间扩张后再更换 B 型。如孔道成形术后有感染, 可在每次取出支架后用抗生素溶液冲洗孔道后或涂布支架外缘后再置入。

病例 1, 置入外径 9 mm、长 20 mm B 型支架后, 耳道内分泌物可沿支架外周与外耳道的间隙引流, 每晚取出支架清洗处理后再置入, 2 周后分泌物逐渐减少消失, 开始 1 周内, 外耳有胀痛, 后逐渐适应, 6 个月后去除支架, 外耳道呈类圆型孔道, 观察 6 个月, 孔道缩小不明显, 无脓性分泌物流出。

病例 2, 直接置入 B 型支架, 外径 14 mm、长 20 mm, 置入后口径偏大, 更换外径 12 mm 支架后稳定。每 2 天取出支架清洗处理后再置入, 外耳轻度胀痛 2 周左右后逐渐适应, 4 个月后再取出, 再观察 6 个月, 孔道保持通畅。

病例 3, 置入 A 型支架后的扩张过程中, 患儿鼻孔及鼻腔顶部有较明显之酸胀感, 有时流泪, 数小时后支架扩展到位, 更换外径为 9 mm、长 20 mm B 型支架, 患儿的酸胀不适感明显好转。分泌物顺利排出, 取出支架观察前鼻道内无明显充血、水肿糜烂等表现。1 周后患儿诉支架易滑出, 更换外径为 10 mm 等长度支架后稳定。但外鼻轻微隆起, 稍高于健侧。6 个月后去除支架, 外鼻不再塌陷, 鼻孔保持通畅, 无明显炎症及脓性分泌物, 观察 12 个月, 右鼻孔无明显挛缩。外形基本对称。

病例 4, 右鼻手术后 17 d 取出纱布条, 直接放置 B 型支架, 外径 12 mm, 长 30 mm 支架, 能正常通气, 但 2 d 后因支架稍长, 口径稍小有时下滑。2 周后更换长 27 mm, 口径 13 mm 支架, 无明显不适感或炎症反应, 6 个月后右鼻腔已定型, 外鼻接近对称, 取出支架。观察已 1 年, 前鼻孔口径及外鼻变化不明显。

讨论 先天性外耳道闭锁发病率各家报道不相同, 约 1/100 000~1/10 000, 出生时活婴发病率为 1/30 000~1/7 000^[1]。耳鼻喉科采用手术成形的方法, 并植皮覆盖整个人工外耳道, 用碘仿纱布填塞孔道, 2 周后取出填塞的纱布, 每月外耳清洁, 术腔皮肤干燥后放置大小合适的硅橡胶管作支撑^[2]。每周复查一次, 逐步延长复查间隔时间, 共需约半年时间, 甚为繁琐。

前鼻孔闭塞的原因较多, 如先天性闭锁、外伤、烫伤及化学损伤等。耳鼻喉科采用手术切除闭锁的隔膜或骨组织、增生组织, 植皮覆盖创面, 碘仿纱布填充

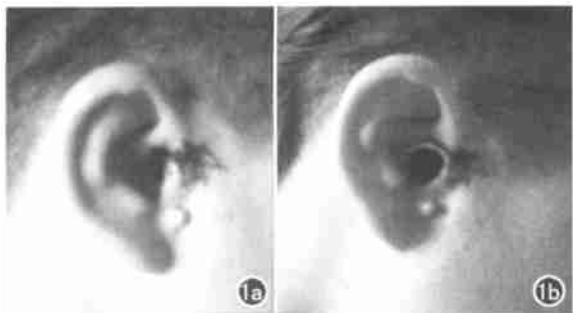


图 1 先天性外耳道闭锁。a) 术后 1 周; b) 置入定型支架后。鼻孔狭窄, 置入支架(箭)后摄头正侧位片所见。

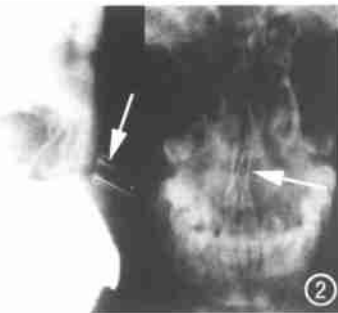


图 2 鼻外伤后右

作者单位: 223002 江苏, 淮安市第二人民医院介入放射科(吴雄、葛荣), 耳鼻喉科(汪守峰)
作者简介: 吴雄(1950-), 男, 江苏江阴人, 副主任医师, 主要从事非血管介入治疗工作。

或放硅橡胶管持续扩张,需 4~6 个月,甚至 1 年^[1,3]。纱布填充鼻孔,张力甚大,加之鼻孔长期不能通气,患者不适感明显,也不利于创口生长愈合,且每次更换纱布均要到医院处理。采用纱布条填塞,分布不可能均匀,而且每次更换纱布时填塞成形不能完全一致,不利于孔道的定型和生长愈合。上述 2 种成形术后均要长期留置硅胶管扩张,不利于引流及创口愈合,有时硅胶管取出时间稍长就难以再放入。

采用外耳道和前鼻孔成形术后放置支架主要有以下优点:①采用支架使器官定型,支撑力强,有弹性,能较好的维持器官的外形,有利于器官按照设定的形状修复定型;②支架为薄壁的中空管道,有利于通气或引流,其横截面呈十边形或十二边形,与成形术后的孔道间并非完全紧密接触,支架与孔道之间

的分泌物仍能从间隙中排出;③支架放置及取出十分方便,即使取出时间较长,利用 A 型支架具有的扩张功能可以顺利地再放置支架;④支架口径可以按需选择,通过不同支架完成器官或孔道的塑形,并可根据特殊形状的要求设计支架的形状;⑤清洗方便,可反复使用。

参考文献:

- [1] 严承先. 耳鼻喉科学[M]. 天津: 科学技术出版社, 2000. 166-172.
 - [2] 郑中立. 耳鼻喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 321-325.
 - [3] 卜国铸. 鼻科学[M]. 上海: 科学技术出版社, 2000. 720-721.
- (收稿日期: 2003-09-26 修回日期: 2003-12-11)

• 病例报道 •

左颅顶部透明细胞肉瘤一例

先世伟, 王文献, 李锐

【中图分类号】R814.42; R738.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)06-0461-01

病例资料 患者, 女, 85 岁。2 年前发现左颅顶部包块, 质软, 约胡豆大小, 无疼痛及神经压迫症状, 后包块逐渐增大。20 d 前出现胀痛, 无其它不适。查体: 左顶部 10 cm × 9 cm 包块, 质软, 表面粗糙, 压痛, 不活动。头颅 CT 示左顶骨大片状骨质破坏, 伴明显软组织肿胀, 其内可见片状不规则低密度影, 肿块可见散在小骨片影(图 1、2)。术前诊断: 左颅顶部嗜酸性肉芽肿可能。

手术中见左顶骨缺损 10 cm × 9 cm, 呈肉芽组织样, 包块大小 9 cm × 8 cm × 4 cm, 质软, 包膜完整, 行病灶清除术。病理诊断: 左颅顶部透明细胞肉瘤。

讨论 该病多见于 20~30 岁, 以四肢多见。早期常无自觉症状, 多为偶然发现软组织包块而就诊。随着包块不断增大出现胀痛、压痛等症状。电镜下肿瘤细胞内可见不成熟的黑色素小体, 故又称为软组织的恶性黑色素瘤^[1]。通常认为透明细胞肉瘤来源于原始神经外胚层细胞^[2], 由胚胎形成过程中迷走于肌腱和筋膜中的神经脊细胞发展而来, 具有特征性的染色体改变。也有人认为可能是来源于间叶组织干细胞, 具有特殊分化的肿瘤。病变与肌腱、筋膜关系密切; 易出现区域性淋巴结转移, 手术切除后易局部复发。影响预后的因素包括肿瘤大小及是否伴有坏死。本病甚少见, 影像表现无特异性, 鉴别诊断时需与颅骨嗜酸性肉芽肿、结核及转移瘤相鉴别。后三者均可出现纽扣样死骨。

作者单位: 400015 重庆, 巴南区人民医院放射科(先世伟); 400037 重庆, 第三军医大学附属新桥医院放射科(王文献, 李锐)
作者简介: 先世伟(1973-), 男, 四川合江人, 医师, 主要从事头颅、泌尿系统的影像诊断和介入治疗工作。

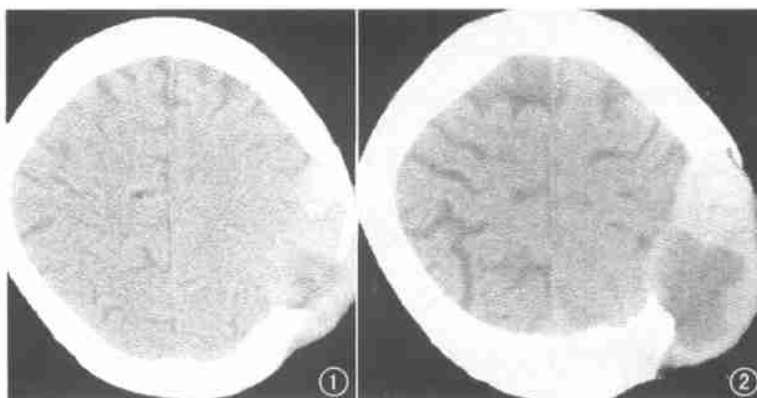


图 1 CT 示左顶骨大片状骨质破坏, 肿块内可见散在小骨片影。

图 2 CT 示软组织肿块明显, 其内可见不规则片状低密度片影。

嗜酸性肉芽肿是一种组织细胞增生症; 颅骨结核常继发于肺结核、胸膜结核或其它脏器结核, 实验室检查常有血沉加快; 而转移瘤往往于身体其它部位发现原发病变, 且常呈多发病灶。透明细胞肉瘤的治疗以手术加放疗为主, 预后较好, 5 年生存率为 37%~67%。

参考文献:

- [1] Benson JD, et al. Malignant melanoma of soft parts: an ultra structural study of four cases[J]. Ultra struct pathol, 1985, 8(4): 57-70.
- [2] 易俊林, 余子豪. 透明细胞肉瘤病理与临床特点[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1999, 8(4): 225-228.

(收稿日期: 2003-11-10 修回日期: 2003-12-30)