

# 耳内镜下儿童复杂性外耳道异物取出术的体会

谢振宇<sup>1</sup>, 杜平<sup>1</sup>, 李良文<sup>1</sup>, 何友明<sup>1</sup>, 王婉玲<sup>1</sup>, 桂晓雄<sup>1</sup>, 程金妹<sup>2</sup>

(1. 晋江市安海医院耳鼻咽喉科, 福建 晋江 362261; 2. 福建医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科, 福建省耳鼻咽喉研究所, 福建 福州 350005)

**关键词:** 耳内镜; 外耳道异物; 复杂; 基础麻醉; 儿童

**中图分类号:** R764.8

**文献标识码:** C

**文章编号:** 1007-1520(2012)01-0070-02

儿童外耳道狭小曲折, 单靠额镜照明不足, 加上配合欠佳, 常造成儿童外耳道异物取出困难。晋江市安海医院五官科自2009年7月~2011年7月在基础麻醉耳内镜引导下成功取出儿童复杂性外耳道异物33例, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例资料

选取2009年7月~2011年7月儿童外耳道异物33例, 其中男18例, 女15例; 年龄6个月至6岁, 平均年龄4.5岁。异物中植物类(豆子、花生等)13例, 非生物类(如圆珠、小玩具、小塑料珠等)19例, 动物类(蚊子)1例。豆子、花生、圆珠等异物直径一般与耳孔相当, 多嵌顿在外耳道骨部与软骨部交界处, 周边与外耳道壁贴附紧、无明显缝隙, 异物嵌顿较紧, 与外耳道壁或鼓膜紧密贴附。小玩具一般外形不规则, 多见尖锐脚, 斜行嵌插在外耳道前后壁或上下壁; 小塑料珠直径约2~3 mm, 数量2~11粒, 多贴附在外耳道壁深部黏膜或鼓膜上, 容易漏取。动物类易取出, 但因患儿配合欠佳, 均在2~3 d内就诊, 外耳道软组织肿胀不明显, 予以基础麻醉耳内镜下手术。

### 1.2 治疗方法

采用桐庐尖端内镜公司生产的0°耳内镜及监视系统。33例患儿均在基础麻醉耳内镜下行外耳道异物取出术。患儿取头半侧平卧

位, 基础麻醉后置入耳内镜, 镜下可清晰了解外耳道异物的临床特点如其性质、形状、数量、大小、停留部位等。因外耳道空间小, 笔者采用器械先行, 内镜在后的操作方式。硬性耳内镜轻压外耳道后壁, 可克服外耳道S形弯曲的不利因素; 术中一般采用盯聆钩及枪状镊即可完成。异物嵌顿患者, 试着绕过嵌顿部位, 在异物与外耳道相贴处松动, 必要时滴少许凡士林油润滑相贴处。如嵌插在外耳道壁者, 先松动一角, 使其逐渐与外耳道壁分离; 或贴附在外耳道壁深部黏膜或鼓膜处者, 耐心逐粒勾出, 注意盯聆钩针尽量不接触外耳道壁, 动作轻柔, 避免损伤外耳道壁或鼓膜, 注意仔细检查, 以免漏取。术后予以抗生素滴耳液预防感染, 外耳道炎症明显者, 加用抗生素抗感染。

## 2 结果

33例儿童复杂性外耳道异物均在基础麻醉耳内镜引导下成功取出, 无鼓膜穿孔、外耳道壁黏膜严重损伤等不良并发症。

## 3 讨论

儿童外耳道异物是耳鼻咽喉科急诊常见疾病之一。对于容易取出的外耳道异物可将儿童抱紧不让其动弹, 在额镜下常规取出。但对于儿童配合欠佳或异物嵌顿较紧、与外耳道壁和鼓膜紧密贴附患者, 笔者认为此类外耳道异物比较复杂, 要引起足够重视, 采用常规方法, 很有可能造成外耳道壁黏膜损伤、异物探

作者简介: 谢振宇, 男, 住院医师。  
通讯作者: 杜平, Email: xier56@qq.com.

取不净,甚至鼓膜充血、出血、穿孔等不良并发症。郑金山等<sup>[1]</sup>报道1例在无光照条件下用自制盯眦钩盲取,以致球形塑料弹越滑越深,造成鼓膜充血。

近年来,耳内镜技术发展迅速,国内外不少学者相继将耳内镜技术应用于耳科临床工作中,如鼓膜修补术<sup>[2]</sup>、鼓膜置管术<sup>[3]</sup>、乳突根治术<sup>[4]</sup>等;但应用于外耳道异物的报道少见,仅见蔡庄兰<sup>[5]</sup>报道在鼻腔及外耳道异物中的应用,认为疗效肯定。

本组33例儿童复杂性外耳道异物术后均未见不良并发症。耳内镜镜身直径小,可自如进出儿童外耳道,镜下视野清晰度高,可看清异物性质、形状、数量、大小、停留部位,可最大限度减少外耳道壁黏膜损伤、一次性取净异物。笔者认为,耳内镜技术应用于儿童复杂性外耳道异物,较传统方法具有明显的优势。有报道<sup>[6]</sup>儿童期因无明显异物史,数年后才来就诊,外耳道异物长期滞留以致误诊为外耳道骨瘤,这也间接说明一次性取净异物的重要性。耳内镜操作方便,凡具备一定的内镜操作基础者均可顺利完成。因外耳道空间小,笔者认为采用器械先行,内镜在后的操作方式比较好;

硬性耳内镜轻压外耳道后壁,使外耳道呈一直线,克服外耳道S形弯曲的不利因素。

另外,因该术式耗时短,数分钟即可完成,故多采用基础麻醉,使儿童处于熟睡或浅麻醉状态,既能让小儿配合治疗,术毕时又可很快苏醒,满足手术要求。综上所述,基础麻醉耳内镜下取出小儿复杂性外耳道异物,简单、方便、微创,值得提倡。

#### 参考文献:

- [1] 郑金山,黄小琴. 外耳道异物2例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(4):265.
- [2] 吴伟铭,叶涛. 耳内镜下鼓膜修补术25例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(6):463-464.
- [3] 李良波. 耳内镜下鼓膜置管术治疗分泌性中耳炎[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(4):307-308.
- [4] 阳细元,刘新智,葛增辉,等. 耳内镜在乳突根治术中术后的临床应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(6):461-462.
- [5] 蔡庄兰. 耳内镜在小儿鼻腔及外耳道异物取出术中的应用[J]. 实用中西医结合临床,2005,5(6):35-36.
- [6] 钱晓云,余万东. 外耳道异物误诊为外耳道骨瘤1例[J]. 听力学及言语疾病杂志,2000,8(1):52.

(修回日期:2011-10-20)

## · 病案报道 ·

# 声门下神经鞘瘤1例

周长波,徐 强

(中国人民解放军第88医院耳鼻咽喉科,山东泰安271000)

中图分类号:R767.4

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2012)01-0071-02

神经鞘瘤发生于喉部较少见,尤其是声门下。解放军88医院耳鼻咽喉科曾收治1例,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,女,28岁。因声音嘶哑41d入院。

患者于2011年1月初出现不明原因声音嘶哑,逐渐加重,在当地医院输液无缓解,并出现轻度吸气性呼吸困难,伴喉喘鸣,来我院急诊就诊。检查:患者吸气时出现明显呼吸困难,喉喘鸣声较响,出现颜面紫绀,烦躁不安等缺氧症状,诊断为Ⅲ度吸气性呼吸困难。立即给予吸氧、输液、气管插管,因喉部水肿明显,插管无法置入,患者呈现Ⅳ度呼吸困难,随之呼吸、心跳停止。当即给予人工呼吸、胸外按压、肾上腺素、地塞米松及甲基强的松龙静推,同

作者简介:周长波,男,主治医师。  
通讯作者:周长波

时紧急行气管切开术。经抢救呼吸、心跳恢复,颜面红润,意识恢复,血压、心率、血氧饱和度逐渐恢复至正常范围。待病情趋于稳定后,行电子喉镜检查,发现左侧声门下新生物,即行喉部 CT 扫描示左侧声带及声门下软组织密度影,向喉腔内生长,病灶范围约  $19.6 \text{ mm} \times 12.7 \text{ mm} \times 14.0 \text{ mm}$ ,其内密度较均匀,病灶越过中线向右侧生长,提示左侧喉部肿瘤,性质待查,遂转入我科手术治疗。专科查体:左侧声门下可见局限性隆起,表面较光滑,约花生粒大小,基底较广,双侧声带活动较好,闭合稍差,无颈部淋巴结肿大。于 2011 年 2 月 16 日在气管插管全麻下行支撑喉镜下肿块切除术。手术进程较顺利,术后病理报告示神经鞘瘤,细胞增生活跃。术后予以预防感染及对症处理,术后第 3 天复查电子喉镜发现声门下肿块增大如术前大小,并累及左侧声带下缘及后缘,影响声门闭合。因肿块组织生长迅速,为慎重起见,建议患者家属携其影像学资料及病理切片到省级医院会诊,会诊意见仍支持神经鞘瘤的诊断。为彻底切除肿块,于 2011 年 2 月 28 日在气管插管全麻下行喉裂开 + 喉部肿块切除 + I 期成形术,术中见肿块位于声门下,有完整包膜,质地均匀呈灰白色,位于黏膜下,约葡萄大小,有部分瘤体组织自上次手术处膨出,肿块累及左侧喉旁间隙及左环勺关节。将肿块完整摘除后送快速病检示神经鞘瘤,部分区域增生活跃。修剪甲状软骨板,将病损处黏膜拉拢缝合,扩张子局部压迫固定,上下端引线引出后分别固定于鼻翼旁及颈前。闭合喉腔,依次缝合各层组织,术毕。经预防感染、加强换药等对症支持治疗,患者痊愈出院。术后半年复查左侧声带固定,右侧声带活动好,声门下黏膜光滑,未见新生物,声门闭合尚可,发音基本正常。随访至今未见复发。

## 2 讨论

喉部神经鞘瘤极少见,文献<sup>[1]</sup>报道其发病率约占喉部良性肿瘤的  $0.1\% \sim 1.5\%$ 。肿瘤细胞一般多来自喉上神经内支穿过甲状舌骨

膜后处或喉上神经支<sup>[2]</sup>的神经鞘细胞(Schwann 细胞),起源于喉返神经者少见。神经鞘瘤呈圆形、椭圆形或梭形,多单独发生,常有包膜,表面光滑,质韧,几乎均位于声门上区,多发生于杓会厌皱襞的后方,可累及室带、杓状软骨、声带突或突入梨状窝<sup>[3]</sup>,位于声门下少见。该肿瘤生长缓慢,早期临床症状不明显,随着肿块增大可逐渐引起声嘶,吞咽痛、吞咽困难,呼吸困难和喉喘鸣。手术为唯一的治疗方式。病理组织学和免疫组化检查是本病的确诊依据。本病需与神经纤维瘤、喉内型喉气囊肿、平滑肌瘤等黏膜下病变鉴别。本例患者病史不长,主要症状为声音嘶哑,若非急性喉水肿所致呼吸困难尚未引起注意。由于该病较少见,此病例病变位于声门下,部位较隐蔽,暴露不充分,术前对该病认识不足,选择支撑喉镜下手术,未能完整摘除肿块,致部分残留,术后 3 d 肿块增长如术前大小,再次行喉裂开术将肿块连同包膜完整切除治愈。术中分离时虽未发现起源神经,但从肿瘤部位推测其可能来源于喉上神经内支。由本例给笔者提示:①喉神经鞘瘤的诊断主要靠病理诊断,因为肿瘤多位于黏膜下。②喉部 CT 是一种重要的辅助诊疗手段,可以帮助临床医师明确肿瘤大小、部位及累及范围。③手术是唯一的治疗方式,因为神经鞘瘤对放射治疗不敏感。肿瘤较小,暴露充分可行支撑喉镜下手术,否则应行喉裂开术、颈侧切开术等。④切除时一定要连同包膜完整切除,否则极易迅速复发。⑤对于病理报告细胞增生活跃者,应注意定期复查,若有复发,及时取活检送病理,以防有恶变的可能。

## 参考文献:

- [1] Rosen FS, Pou AM, Quinn FB Jr. Obstructive supraglottic Schwannoma; a case report and review of the literature [J]. *Laryngoscope*, 2002, 112(6): 997-1002.
- [2] 杨秀梅,林尚泽. 喉部神经鞘瘤 2 例 [J]. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2004, 18(6): 377-378.
- [3] 姚昆,胡伟. 喉神经鞘瘤 3 例 [J]. *蚌埠医学院学报*, 2010, 35(11): 1140.

(修回日期:2011-11-17)