

手术联合耳模加压治疗耳廓假性囊肿56例

彭梅君, 尹 娇, 俞德顺, 张海玲

大理大学第一附属医院耳鼻咽喉科, 云南 大理

收稿日期: 2024年12月24日; 录用日期: 2025年1月16日; 发布日期: 2025年1月30日

摘 要

目的: 探讨手术治疗联合耳模加压辅助治疗耳廓假性囊肿的效果。方法: 回顾性分析2020年3月~2024年11月我科共收集56例耳廓假性囊肿患者临床资料, 全部病例均行囊肿前壁软骨切除, 后壁软骨粗糙化, 以及用自制塑料耳模加压片, 压迫囊肿区前、后皮肤, 贯穿耳廓软骨缝扎囊肿区前、后皮肤的方法治疗耳廓假性囊肿, 术后随访观察耳廓的恢复情况。结论: 采用耳廓假性囊肿前壁软骨切除, 后壁软骨粗糙化, 以及用自制塑料耳模加压片, 压迫囊肿区前、后皮肤, 贯穿耳廓软骨缝扎囊肿区前、后皮肤的方法治疗耳廓假性囊肿, 术后局部创面加压患者无明显的疼痛, 肿胀。极大减少复发, 术后外观恢复好, 治疗效果好, 疗程短, 患者满意, 疗效确切。

关键词

耳廓假性囊肿, 外科手术, 耳模加压

Surgery Combined with Ear Mold Pressure Treatment for 56 Cases of Auricular Pseudocyst

Meijun Peng, Jiao Yin, Deshun Yu, Hailing Zhang

Otolaryngology Department, The First Affiliated Hospital of Dali University, Dali Yunnan

Received: Dec. 24th, 2024; accepted: Jan. 16th, 2025; published: Jan. 30th, 2025

Abstract

Objective: To explore the effect of surgical treatment combined with ear mold pressure-assisted treatment of auricular pseudocyst. **Methods:** A retrospective analysis of the clinical data of 56 patients with auricular pseudocyst collected in our department from March 2020 to November 2024 was performed. All cases underwent anterior wall cartilage resection, posterior wall cartilage

文章引用: 彭梅君, 尹娇, 俞德顺, 张海玲. 手术联合耳模加压治疗耳廓假性囊肿 56 例[J]. 临床医学进展, 2025, 15(1): 1795-1799. DOI: 10.12677/acm.2025.151239

roughening, and self-made plastic ear mold pressure sheet to compress the anterior and posterior skin of the cyst area, and penetrate the auricular cartilage to sew the anterior and posterior skin of the cyst area to treat auricular pseudocyst. The recovery of the auricle was observed after follow-up. Conclusion: The treatment of auricular pseudocyst by resection of the anterior wall cartilage, roughening of the posterior wall cartilage, and using a homemade plastic ear mold pressure sheet to compress the skin in front of and behind the cyst area, and suturing the skin in front of and behind the cyst area through the auricular cartilage, can greatly reduce the recurrence, with good treatment effect, short treatment course and definite efficacy.

Keywords

Auricular Pseudocyst, Surgical Operation, Ear Mold Pressure

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

耳廓假性囊肿, 又称为耳廓浆液性软骨膜炎, 耳廓非化脓性软骨膜炎, 耳廓软骨间积液等, 是一种耳廓软骨内的无菌性浆液性渗出性炎症。好发于 30~50 岁青壮年, 男性常多于女性, 囊肿多出现于一侧耳廓, 积液在软骨内。耳廓假性囊肿病因尚不明了, 可能为耳廓局部受到某些机械性刺激所致, 如无意碰撞、挤压等, 而引起局部微循环障碍、组织间出现反应性渗出液积聚有关[1], 或与变态反应有关[2]。临床治疗方法较多, 包括物理治疗, 囊肿内药物注射及手术治疗如: 前壁切除加开窗法[3]等, 但疗效不尽相同。2020 年 3 月~2024 年 11 月我科共收集 56 例耳廓假性囊肿病人, 均采用囊肿前壁软骨切除, 后壁软骨粗糙化, 以及用自制塑料耳模加压片, 压迫囊肿区前、耳后皮肤, 贯穿耳廓软骨缝扎囊肿区前、耳后皮肤的方法治疗耳廓假性囊肿, 取得满意效果, 现回顾性分析临床资料, 总结治疗过程并分析如下:

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

56 例耳廓假性囊肿患者, 其中男 31 例, 女 25 例, 年龄 3~77 岁, 平均 34.6 岁, 左耳 33 例, 右耳 23 例, 均单侧耳发病, 病程 1~5 周, 患者临床表现为耳廓上半部出现局限性, 无痛性隆起, 囊肿渐进性增大, 囊肿可波及耳甲腔, 囊肿边界清楚, 触之有弹性波动感, 表面皮肤色泽及皮温基本正常, 囊肿较大者可波及多个部位, 可有胀痛, 灼热, 发痒等感觉。4 例为行其它手术方法后复发的病人。

2.2. 自制塑料耳模加压片的设计与制作

耳模加压片的设计为片状, 以方便耳廓假性囊肿区前、后皮肤加压使用操作, 分为前(耳廓前夹片)、后(耳廓后夹片)两个垫片, 结构示意图“见图 1”。耳模加压片主体由静脉输液器中间的滴管修剪制作而成, 形状为片状, 前垫片小、后垫片大, 根据患者耳廓假性囊肿区前、后皮肤大小及形状修剪, 通过改变柔性垫片的长度、宽度以及 3-0 可吸收性外科缝线十字缝合加压的力度, 调节所施加的压力大小, 以适应不同患者、不同耳廓、不同大小耳廓假性囊肿的皮肤区域加压需求。当柔性垫片的长度、宽度增加时, 受力面积增大, 在相同十字缝合加压力度下, 可减小施加压力; 当柔性垫片的长度、宽度减少时, 受力面积缩小, 在相同的十字缝合加压力度下, 可相应增大施加压力[4]。

使用材料,“见图1”:



Figure 1. Auricle model compression tablet
图 1. 耳模加压片

2.3. 治疗方法

所有患者均行常规手术准备,排除绝对手术禁忌症,排除感染患者,所有患者均采用局部浸润麻醉,用 1%利多卡因在耳廓周围局部浸润麻醉,同时局部麻醉耳廓假性囊肿周围皮肤。

手术步骤: 1、患者仰卧位,患耳朝上,耳廓手术常规消毒,铺无菌巾。2、1%利多卡因行耳廓周围局部浸润麻醉,耳廓假性囊肿周围局部浸润麻醉。3、切口选择: 根据囊肿大小,在囊肿后缘靠近耳轮隐蔽处,距囊肿边缘 2~3 mm 处弧形切开囊肿,长度达囊肿长缘全长,深达软骨膜。4、钝性分离囊肿前壁皮肤、皮下组织及囊肿前壁至囊肿边缘,切开囊肿前壁软骨,清除囊腔液,用眼科小剪刀将囊肿前壁软骨及软骨膜全部完整切除,保留前壁表面皮肤[5]。5、用刮匙或手术刀搔刮后壁软骨,使其粗糙化。6、术腔冲洗,用淡碘伏水冲洗囊腔。7、囊肿前壁切口皮肤用 5-0 可吸收性外科缝线间断对位缝合。8、皮肤消毒清洁后,用修剪好的耳模塑料加压片(输液器中间的滴管)与耳廓囊肿大小一致(前小后大)对位后,前、后垫片分别压迫囊肿区前、耳后皮肤,用 3-0 可吸收性外科缝线贯穿耳廓软骨,十字交叉加压缝扎囊肿区前、耳后皮肤(压力大小根据囊肿大小、垫片大小调节)。9、无菌纱布覆盖创面,包扎患耳,手术结束。术后第 1 天,打开患耳敷料,局部消毒,挤压出伤口内积血,并继续无菌纱布包扎,第 10 天根据伤口愈合情况考虑拆线,术后当天常规应用抗生素预防感染。

3. 结果

术后疗效判定: 1. 治愈; 2. 有效; 3. 无效。本组 56 例患者术后无耳廓局部疼痛、红肿、流脓等不适症状,均一期愈合,无感染发生。术后随访半年,耳廓外形恢复良好,无复发病例,56 例患者均全部术后耳廓外形恢复正常,皮肤贴合紧密,达到治愈。“见图 2”。



Figure 2. Postoperative auricle appearance
图 2. 术后耳廓外观

4. 讨论

耳廓假性囊肿是耳鼻喉科常见病，是耳廓的急性无菌性炎症，发病时常无症状。患者常出现囊肿样皮肤隆起，界限清楚，皮肤色泽正常，触诊囊肿有波动感，多无压痛。该病目前有多种治疗办法，如理疗、穿刺抽液、包扎压迫固定、局部冷冻治疗、激光治疗及囊内药物注射等。但上述方法或疗效欠佳，如理疗、激光治疗等需反复穿刺抽液；或疗程长，如穿刺后需使用石膏加压包扎耳廓两侧 10~20 d，若囊肿仍存在，则需再次处理，疗程可达 1 个月之久；而囊内注射药物治疗的患者，并发化脓性软骨膜炎风险高；单纯切开引流普通纱布加压包扎，不能做到精准压在囊肿部位，可能压偏或压迫正常耳廓，影响耳廓皮肤血液循环，致囊肿愈合期延长，疗效不佳。

耳廓假性囊肿的病因不明，目前有耳廓退化，耳廓微小外伤，耳廓缺血，耳廓软骨细胞溶酶体异常，自身免疫疾病等各种学说。反复耳廓按摩或者牵拉，睡眠时使用硬枕，配戴坚硬的头戴耳机、摩托车头盔，肩上扛重物等活动导致耳廓局部微小创伤，最终形成假性囊肿。陈乾美等[2] [6]认为耳廓假性囊肿中部分患者可能是局限于耳廓的自身免疫性疾病，可能是由于自身抗体与耳廓组织发生自身免疫反应导致反应性渗出液在局部聚集形成囊肿。发病部位多位于舟状窝，三角窝式耳甲腔，张晓彤等[7]通过术后病理发现囊肿外壁由皮肤，皮下组织，软骨膜和部分软骨构成，中间为浆液性渗液，耳廓假性囊肿外壁的软骨膜是渗出性浆液之源。本次研究，所选择的切口具有一定的隐蔽性，同时术后瘢痕较小，对耳廓形态并未造成严重的影响，对皮瓣的供血及成活无任何影响，除此之外，其切口长度大于囊肿长度的位置，有利于全部切除前壁，在对其前壁软骨进行分离的过程中，医护人员应采用较为轻柔的动作，以免对耳廓皮肤造成损伤[8] [9]。首先把囊肿前壁的软骨膜切除，切除了渗出的浆液之源，清除囊腔内液体，刮出后壁纤维膜，用手术刀轻刮后壁软骨，使之形成粗糙的创面，淡碘伏水(100 ml 0.9%生理盐水 + 10 ml 碘伏)冲洗术腔。皮肤创缘间断对位缝合，然后用输液器的滴管部分，依照耳廓囊肿创面大小修剪塑料模块，前小，后大，对位加压在囊肿前壁皮肤及耳后皮肤。贯穿耳廓软骨，加压对位十字交叉缝合，术后使用抗生素治疗 1 天，10 天后入院换药，拆线。需要特别注意的问题是：依照囊肿大小，耳膜的大小尺寸要超过创面 0.5~1.0 cm，保证创面被耳膜紧紧压住，老年人依照创面愈合情况，可以延长加压时间 2~3 天。

5. 结论

综上所述，对于耳廓假性囊肿患者采用囊肿前壁软骨切除，后壁软骨粗糙化，以及用自制塑料耳模加压片，压迫囊肿区前、耳后皮肤，贯穿耳廓软骨缝扎囊肿区前、耳后皮肤的方法进行治疗，术后感染机率小，创面对位缝合，十字交叉加压缝扎消除了术腔再次形成囊液的可能，防止了复发，提升手术治疗效果，并且保持了耳廓原来的生理支架和自然外观，所采用材料简单，具有较强的实用性，值得广泛推广。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻喉科头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 829-830.
- [2] 郑中立. 耳鼻咽喉科治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 340.
- [3] 向兰, 祝琳, 赵冲, 等. 科学前壁切除联合开窗术治疗耳廓假性囊肿(附 26 例报道) [J]. 囊肿中华耳杂志, 2013, 11(4): 549-551.
- [4] 李喜海. 自制弹性耳廓加压器辅助治疗耳廓假性囊肿 9 例[J]. 中国乡村医药, 2024, 31(22): 57-58.
- [5] 陈金辉, 陈婉仪, 邓爱玲, 等. 复发性耳廓假性囊肿的手术疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015,

29(14): 1306-1307.

- [6] 陈乾美, 贵须, 赵田芬, 等. 耳廓假性囊肿与机体免疫功能的关系[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2001, 15(7): 304-305.
- [7] 张晓彤, 张斌, 凌莹, 等. 耳廓假性囊肿病例及治疗问题探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(8): 640-644.
- [8] 余国跃, 梁传余, 唐嘉蔚, 等. 囊内注射曲安耐德与切开引流治疗耳廓假性囊肿效果比较[J]. 实用医院临床杂志, 2015(3): 95-96.
- [9] 杨红良, 温湘玲, 王成钢, 等. 囊壁切除术治疗耳廓假性囊肿的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(16): 38-39.