

能诊断正确。

#### 【参考文献】

- [1] Pandey M, Sood BP, Shukla RC, et al. Carcinoma of the gallbladder: role of Sonography in diagnosis and staging[J]. Clin Ultrasound, 2000, 28(5): 227-232.
- [2] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 第 3 版. 北京: 科学技术文献出版社, 1998. 861-864.
- [3] 夏明银, 朱飒飒, 侯玲. 胆脂瘤超声误诊分析[J]. 中国误诊学杂志,

2001, 1(1): 72-73.

- [4] Chen MF, Jan YY, Jeng LB, et al. Obstructive jaundice secondary to ruptured hepatocellular carcinoma into the common bile duct. Surgical experiences of 20 cases[J]. Cancer, 1994, 73(5): 1335-1340.
- [5] 何婉媛, 王文平. 彩色多普勒超声对胆囊疾病的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2003, 19(8): 610-613.

收稿日期: 2005-08-26; 修回日期: 2005-09-24 责任编辑: 郭怀勇

## 胆脂瘤型中耳炎手术失败原因分析及防治

孙麦青<sup>1</sup>, 孙利平<sup>1</sup>, 叶放蕾<sup>2</sup>

【主题词】 胆脂瘤, 中耳/外科学; 治疗失败

【中图分类号】 R764.29

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2005)16-3102-02

我们 1998~2004 年间共收治胆脂瘤型中耳炎手术失败患者 47 例, 对原手术失败原因进行总结分析并提出防治措施。现报告如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 本组 47 例(47 耳), 男 25 例, 女 22 例, 年龄 5~61 岁。行乳突根治术后仍持续或间歇流脓 42 例, 流脓伴眩晕 3 例, 流脓伴面瘫 2 例。已行 1 次手术 41 例, 已行 2 次手术 5 例, 已行 3 次手术 1 例。此次手术距前次手术时间 2 个月~15 a。

1.2 方法 47 例全部行再次乳突根治术(即乳突翻查术)。全麻 9 例, 局部麻醉加强化麻醉 38 例。术中所见: (1)胆脂瘤残留或复发 22 例, 其中残留于后鼓室之面神经隐窝 13 例, 残留于乳突尖 4 例, 上鼓室 3 例, 乙状窦沟 1 例, 下鼓室 1 例; (2)炎性肉芽组织未彻底清除 2 例, 再次手术发现炎性肉芽组织分别位于乳突尖的二腹肌嵴两侧和乳突尖周围气房; (3)咽鼓管感染 6 例; (4)外耳道狭窄 5 例; (5)异物遗留 2 例; (6)面神经嵴过高 7 例; (7)周围性面瘫 2 例; (8)寻找鼓室困难 1 例。

### 2 结果

术中彻底清除病灶, 保留可能残存的镫骨, 尽可能削低面神经嵴。所有病例术后 1 个月干耳, 3 例眩晕均恢复; 面瘫 2 例, 恢复 1 例, 未恢复 1 例。

### 3 讨论

#### 3.1 手术失败原因分析

3.1.1 胆脂瘤残留 术者临床经验不足, 中耳乳突解剖不熟练, 操作技术不规范而致胆脂瘤残留是手术失败的主要原因。分析病灶残留的部位, 最多见于面神经隐窝及咽鼓管上隐窝<sup>[1]</sup>, 面神经垂直段骨管越突出, 隐窝就越深越隐蔽, 常为胆脂瘤侵袭, 手术时顾虑损伤面神经, 往往不能彻底清除病灶, 术后继续

流脓, 检查感染位于后鼓室, 并有上皮脱屑, 应疑此处有胆脂瘤残留, 本组有 10 例; 其次乳突尖、乙状窦沟、上鼓室、下鼓室等部位也是病灶容易残留之处。在上鼓室、咽鼓管上方、鼓膜张肌管与颅中窝间有一间隙称上鼓室前窝, 慢性化脓性中耳炎时黏膜肿胀, 窦口完全堵塞常有胆脂瘤滞留, 术中若未留意清除此处病灶, 术后常有炎症迁延, 所以乳突根治术最好在显微镜下清除乳突所有气房、迷路周围、鼓室、鼓室尤其是面神经隐窝、上下鼓室等处的胆脂瘤。

3.1.2 咽鼓管感染 是首次乳突术后术腔感染的主要原因之一。乳突手术, 如果主要目的是干耳, 无听力重建可能, 在控制鼻部感染的同时, 搔刮或以 30% 三氯醋酸烧灼咽鼓管口黏膜, 使其形成疤痕, 断绝咽鼓管与中耳腔的通路。

3.1.3 外耳道狭窄 本组 5 例, 术后外耳道狭窄, 妨碍换药及观察术腔, 且引流不畅, 术腔上皮脱屑积聚或分泌物不易排出, 使术后持续流脓。造成外耳道狭窄的原因是耳内切口偏里, 或切口在外耳道骨部, 肉芽生长, 疤痕形成, 因此耳内切口应作在外耳道软骨部耳界切迹处, 剥离外耳道口后缘皮肤后将其皮下组织剪除, 形成薄皮瓣, 向乳突腔翻卷, 覆盖面神经嵴上, 缝合切口, 在脚屏切迹处将耳轮脚向下, 耳屏向上稍加错位缝合。而外耳道软骨部切口不加缝合。为防其敞开, 用碘仿纱条压迫扩大外耳道口, 若无面神经嵴过高, 则可避免外耳道狭窄, 术腔通风良好有利于上皮化及上皮脱屑排出。此外术后外耳道狭窄还与患者疤痕体质有关。

3.1.4 面神经嵴过高 首次手术时骨桥削除不够, 面神经嵴过高, 前后拱柱去除不足, 造成桥部粘连、狭窄, 手术失败, 本组有 7 例。常规乳突手术要求外耳道通向乳突腔之间不存在隆起的骨嵴, 为此外耳道后壁外端可削低至与外耳道下壁平<sup>[2]</sup>, 使外耳道后壁皮瓣平铺入乳突腔, 但外耳道后壁内端骨质不能低于水平半规管骨嵴, 因此处有面神经垂直段, 削除过低会损伤面神经, 术后桥部有肉芽形成者, 应随时刮除, 并以纱条蘸地塞米松填压, 防止桥部粘连。

3.1.5 异物遗留 2 例首次手术后仍流脓, 查外耳道上壁红肿, 有一瘰口, 周围有肉芽组织, 打开原切口, 取出一小纱条后,

痊愈。

3.1.6 寻找鼓室困难 1 例行乳突根治术,自筛区凿入,术腔深度已达鼓室,仍未找到鼓室,即转我院。我们经上鼓室凿除鼓室上侧壁,发现锤砧骨缺失,用钝头探针探查上鼓室的上界和鼓室入口,将骨桥渐凿开,清除上鼓室及鼓室病变发现鼓室狭小,乳突为硬化性,因此术前应拍乳突片,若有解剖变异可改变术式。

3.1.7 手术并发面瘫 胆脂瘤或肉芽增生,骨质腐蚀破坏面神经骨管,若手术不慎,断桥时动作过猛可损伤面神经。如何清除中耳乳突病变而又避免损伤面神经,Althans 认为,鼓室后部是危险区,而前部较为安全,清理上鼓室病变应沿鼓室段面神经平行方向由后向前剥离,中鼓室病变的清理应自前向后、由上而下,卵圆窗附近病变应在手术显微镜下进行,以便识别面神经鼓室段骨管形成情况,面神经乳突段最重要标志是水平半规管,只有严重慢性感染或肿物破坏时才消失,砧骨窝虽为有价值的标志,易被炎症破坏,认识不清。水平半规管下方即为面神经乳突段的垂直路径,断桥时仔细避免损伤此段面神经。清除乳突病变,对面神经来说,乳突后部是安全的,故自后部陶特曼三角肌乙状窦前壁起,自上而下、由后向前清理,至乳突前部

及面神经后组气房为止,处理鼓室入口病变,应沿面神经乳突段行程,朝乳突尖方向处理,避免损伤面神经。

3.2 预防再次手术的措施 (1)术前准备要充分,乳突拍片或做颞骨 CT,检查咽鼓管功能和进行听力测定;(2)加强理论和基本技能学习,提高手术技巧;(3)创造良好的手术条件,麻醉要充分,全麻或强麻。尽量在手术显微镜下操作,充分止血和冲洗,保持术野清晰,使术者能看清微细病变和重要结构,利于彻底清除病变,且重要结构不受损伤;(4)术前做细菌培养,应用敏感抗生素;(5)加强术后换药,每天用小干纱条填压术腔,观察术腔肉芽生长情况,如果有感染或肉芽生长缓慢,要用抗生素纱条填压,使新生上皮平铺,术腔全部上皮化;(6)术后每 3 个月复查 1 次,清理痂皮和蓄积物,防止复发。

#### 【参考文献】

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.894.
- [2] 姜泗长.手术学全集:耳鼻咽喉科卷[M].北京:人民军医出版社,1994.119.

收稿日期:2005-08-25;修回日期:2005-09-26 责任编辑:郭怀勇

## 橄榄-桥脑-小脑萎缩的临床与 MRI 影像分析

齐旭红,康枫,任冰,张雪梅,温智勇

【主题词】 橄榄桥脑小脑萎缩/诊断;磁共振成像

【中图分类号】 R742.821.04

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2005)16-3103-02

橄榄-桥脑-小脑萎缩(OPCA)是一种神经系统变性病,是多系统萎缩(MSA)的三种不同临床亚型之一。分遗传性和散发性两种类型。以桥脑、小脑萎缩为特征,临床主要表现为小脑性共济失调。临床结合影像学改变可做出明确诊断。MRI 可三维成像,清晰显示后颅窝解剖结构,目前已成为临床诊断 OPCA 的首选检查方法。

### 1 对象和方法

1.1 对象 14 例临床符合并经 MRI 证实的 OPCA 患者中,男 8 例,女 6 例,年龄 21~54(平均 34.5)岁。临床表现:全部病例均有运动性共济失调,主要表现为行走不稳,双下肢无力。指鼻试验、跟膝胫试验阳性。7 例有构音障碍、饮水呛咳。4 例肌张力增高、腱反射亢进。3 例记忆力下降。

1.2 方法 采用 TOSHIBA 1.5T 超导 MRI 系统,使用头颅表面线圈,常规行 SE 序列横轴位、冠状位及矢状位扫描,矩阵为 256X256,信号平均次数为 2.0, T<sub>1</sub> 加权像 TR=635 ms, TE=15 ms; T<sub>2</sub> 加权像 TR=5 000 ms, TE=100 ms。横轴位层厚 5 mm,无间隔,矢状位、冠状位层厚 6 mm,间隔 1.2 mm。正中矢状位测量大脑脚前缘中点与中脑导水管中点间距离为中脑前后径,桥脑前缘中点与第四脑室底间距离为桥脑前后径,延髓前后缘中点间距离为延髓前后径。旁矢状位观察小脑半球的萎

缩程度。轴位 T<sub>1</sub>WI 测量四脑室的前后径以及桥臂的宽度,轴位 T<sub>2</sub>WI 观察有无异常信号。并观察大脑各叶有无萎缩。将结果与年龄相匹配无神经系统疾病的正常组数值比较。

1.3 统计学处理 采用 *t* 检验。

### 2 结果

14 例头部 MRI 均有异常表现。全部有小脑萎缩,小脑沟裂增宽加深,严重病例在旁正中矢状位呈柏树枝状。小脑周围脑池明显增宽。14 例均有桥脑萎缩,桥脑前后径平均 18.6 mm,正常值 22.4 mm( $P<0.01$ )。桥臂宽 13.1 mm,正常值 17.2 mm( $P<0.01$ )。桥前池明显增宽,四脑室明显扩大,前后径 13.3 mm,正常值 10.2 mm( $P<0.01$ )。5 例在轴位 T<sub>2</sub>WI 像可见桥脑内“十”字型稍长 T<sub>2</sub> 信号;7 例有中脑萎缩,大脑脚变细,脚间池、四叠体池、环池增宽;6 例可见延髓变细;3 例可见额顶叶萎缩,外侧裂增宽。

### 3 讨论

OPCA 是常染色体显性遗传病,可分为家族性(Menzel 型)和散发性(Dejerine-Thomas 型)二型,属多系统萎缩(MSA)的一种临床类型,MSA 另外两种类型分别为纹状体黑质变性(SDN)和 Shy-Drager 综合征(SDS),近年来病理证实三者有同样的神经组织胞质内细纤维样包涵体<sup>[1]</sup>。迄今对 MSA 机理的研究已进入分子水平,由于  $\alpha$ -共核蛋白是包括 MSA、阿尔茨海