

可以經耳道修復聽小骨鏈嗎？

耳科 主任 杜宗陽

自 Wullstein 大師發表鼓室成型術的概念以來，歷經許多專家學者的修正及努力，中耳炎合併或不併膽脂瘤的手術差不多已有定論，中耳手術也成為耳科醫師必備的基本功。各種手術方法的優點及缺點也是眾所皆知，並無太大討論空間。例如耳前切開或耳內切開途徑及膽脂瘤的封閉或開放腔手術，均已成為耳科常規，耳科醫師也許專精或偏好某一途徑及方法，原則上受過完整訓練的耳專科醫師都有能力執行各種手術，而且有良好的結果。所以專業期刊及學會上已少見這些途徑及術式的討論。反而中耳手術的發展重點也逐漸由這類議題轉變成如何進行微創手術及改善聽力結果。記得近 30 年前在當見習醫師時，有機會進入手術室觀察總醫師執行耳後切開的鼓室成型術，當時心中已產生疑問，既然只是要修補不到一平方公分的耳膜，為何要作這麼大範圍的手術途徑切開？術後病人也因此傷口疼痛不已？術後更須較長時間等耳後切開傷口復元。後來當了耳鼻喉科住院醫師，也觀察到有些喉及下咽部癌症病患，病灶範圍不大，可是卻必須做全喉切除，造成病患術後生活品質重大變化。當時心中已覺得應該發展能解決病灶，卻不必作大範圍手術的微創手術。這幾年來外科各科系如心臟外科及神經外科同仁也紛紛發表微創手術，也說明減少不必要的手術途徑切開概念確實是近年來外科界的共同目標。個人秉此信念從事中耳炎微創手術已十餘年，也累積了非常多手術經驗。數年前更開始選擇適合的中耳炎病患執行經耳道聽小骨鏈成型術。最近整理以前的資料發現若中耳炎病患氣骨導差較大、耳道夠寬大且無持續感染或慢性乳突炎及膽脂瘤等併發症，除了可以經耳道修補耳膜外，也可以嘗試經耳道進行聽小骨鏈成型手術，但術前必需與病患討論溝通術中轉換成耳內切開可能性。經驗及數據顯示術前評估可以嘗試經耳道修復聽小骨鏈的病患中，約有 1/3 術中因砧骨長突及鐙骨暴露不佳、上鼓室纖維沾黏或耳道壁突出，無法經耳道完成聽小骨鏈重建，必須於術中轉成耳內切開。其餘 2/3 病患則可以同時修復耳膜及聽小骨鏈。這兩組的聽力結果及併發症類似，並無統計差別。因此在經過選擇的適合病患可以嘗試進行此類手術，減少病患手術路徑切開範圍，不僅減少術中及術後疼痛，術後傷口復原也比較快。最後祝各位順風耳之友新年愉快，心想事成。