

# 耳后带蒂皮瓣修复儿童耳前瘻管术后皮肤缺损 16 例

纪尧峰 孙 莉 索 倩 尹瑞瑞

**【摘要】 目的** 探讨耳后皮瓣修复儿童耳前瘻管术后皮肤缺损的疗效。**方法** 2008 年 6 月至 2010 年 2 月对本院收治的 16 例先天性耳前瘻管术后皮肤缺损患儿采用耳后皮瓣修复,观察术后疗效。**结果** 全部患儿手术顺利,无并发症发生。术后皮瓣均顺利成活,无切口裂开及感染,切口均 I 期愈合。**结论** 耳后皮瓣可为儿童耳前瘻管术后较大的皮肤缺损提供有效的治疗方法,较二期植皮等技术痛苦少,更符合美容要求,值得在儿童患者中应用。

**【关键词】** 外科皮瓣; 创伤和损伤; 儿童

先天性耳前瘻管是一种常见的先天性畸形,反复感染者应待感染控制后予手术切除。但有一部分反复感染或术后多次复发有较大瘢痕者,手术切除后通常会留下较大的皮肤缺损,不能直接缝合,游离植皮会因伴有皮下组织缺损而使创面凹陷,且有色泽异常<sup>[1]</sup>。我们采用耳后带蒂皮瓣一期修复儿童耳前瘻管术后皮肤缺损 16 例,现报告如下。

## 资料与方法

### 一、临床资料

2008 年 6 月至 2010 年 2 月,我们收治 16 例先天性耳前瘻管,男 9 例,女 7 例;年龄 4 ~ 16 岁;病程 6 个月至 5 年;均为单耳发病,左耳 10 例,右耳 6 例,瘻口位于耳轮脚或其稍前下方,耳前见约 1.5 cm × 2 cm ~ 2 cm × 3 cm 的瘢痕组织。

### 二、手术方法

患者均于全麻下手术。采用双梭形切口,在耳前瘻管口周围作一小梭形切口,用眼科剪沿瘻管走行方向游离瘻管,直至显露各分支之末端。如瘻管伸入至耳轮软骨,切除附着处的部分软骨,分层缝合切口,勿留死腔。另于耳前瘢痕组织处,作第二个较大梭形切口,仔细测量耳前皮肤缺损,取蒂部在耳轮上方与耳前皮肤缺损相同大小的皮瓣,旋转至耳前修复其皮肤缺损,分离耳后皮下组织,直接缝合耳后切口,以凡士林纱布适当加压包扎耳前皮瓣,术后

均给予抗感染药物 5 ~ 7 d,术后 7 d 拆线。

## 结 果

全部患者手术顺利,无并发症发生。术后皮瓣均顺利成活,无切口裂开及感染,切口一期愈合。该组病例均获随访,随访时间 1.5 ~ 4 年,无瘻管复发,修复部位皮瓣色泽、质地与周围皮肤相似,未见瘢痕增生,疗效满意。

## 讨 论

先天性耳前瘻管是临床常见的先天性外耳疾病,只有切除瘻管,清除病变,才能彻底控制感染,根治耳前瘻管<sup>[2]</sup>。耳前瘻管反复感染及切开排脓换药后周围肉芽及瘢痕组织增生,增大了手术切除范围,造成局部的软组织缺损<sup>[3]</sup>。较小的皮肤缺损,可在皮下作潜行分离以减轻张力,间断缝合皮下组织及皮肤。若皮肤缺损较多,可用凡士林纱布将创面覆盖,待其自行修复或二期植皮。孙秀芬<sup>[4]</sup>等认为病变切除满意后,皮肤切口加强缝合和(或)于手术创面用无菌纱布填塞,切口待二期缝合。对于儿童患者,这样会造成极大的痛苦和精神负担。我们采用耳后皮瓣一期修复该缺损,该皮瓣优点:①位于耳后,相对隐蔽,术后瘢痕不明显。同时该区皮肤较松弛,取皮瓣后可直接缝合,一般不会引起周围器官移位、变形;②不要求解剖血管,操作简单;③皮瓣与耳前皮肤色泽纹理相似,愈合后外观令人满意<sup>[5]</sup>;④手术一期修复创面,减少经济负担的同时,可降低患儿的心理创伤何精神压力。

术中需要注意以下几点：①用于皮肤缺损较大，难以直接缝合的创面修复；②皮瓣的蒂位于患侧耳轮上方的颞部，皮瓣的长宽比不宜超出 3:1；③取皮瓣厚度与耳前软组织缺损深浅相仿；④严防皮瓣转移中发生扭曲或过度牵拉；⑤术后 48 h 皮瓣部位适当加压包扎，以增加皮瓣与创面基底的接触面积，有利于血供的建立，并可预防皮瓣下出现积血及积液，确保皮瓣的存活，而皮蒂处不可加压包扎，以免影响血供；⑥避免使用血管收缩药。

我们认为，耳后带蒂皮瓣可为儿童耳前瘘管术后较大的皮肤缺损提供有效的治疗方法，较二期植皮等技术痛苦少，更符合美容要求，值得在儿童患者中应用。

### 参考文献

- 1 陈建兵, 崔杰, 王顺荣, 等. 皮下筋膜蒂皮瓣修复皮肤缺损 47 例报告[J]. 临床小儿外科杂志, 2008, 7(4): 73-74.
- 2 于刚, 邱丽萍, 高运乾. 手术治疗较大溃面感染性耳前瘘管最佳时机的选择[J]. 山东大学基础医学院学报, 2003, 17(6): 327-328.
- 3 王奕鸿, 刘济生, 陈莉莉. 耳前瘘管感染期 I 期手术体会[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(11): 1029-1030.
- 4 孙秀芬, 谷京城, 金月, 等. 难治性耳前瘘管感染灶的手术治疗[J]. 辽宁医学院学报, 2010, 36(6): 505-506.
- 5 李继红, 杨代茂, 葛宇倩, 等. 耳后带蒂皮瓣修复耳前瘘管术后皮肤缺损[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2004, 11(6): 358.

## · 病例报告 ·

### 儿童大网膜扭转 1 例

张 强 张晋绥 祁泳波 王 千 刘鸿坚 薛 媛

儿童大网膜扭转临床罕见，可分为原发性和继发性<sup>[1]</sup>。均可引起明显的腹痛及胃肠道症状，极易误诊为其他急腹症，术前很少能明确诊断，往往以阑尾炎、胆囊炎等施行剖腹探查术而确诊。我们于 2013 年 3 月收治 1 例术前诊断为急性阑尾炎，术中发现为大网膜扭转的病例，现总结如下：

患儿，男，10 岁，因腹痛 2 d 急诊入院。患儿 2 d 前无明显诱因出现腹痛，以右侧腹为主，呈间歇性。无明确外伤，无发热，无恶心、呕吐，无腹胀、腹泻，门诊以“急性阑尾炎”收入院。体查：一般情况可，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波。右腹部压痛，右侧腹以上腹部为主压痛明显。未触及明显包块，肝脾未扪及。叩诊呈鼓音，肠鸣音正常。血常规：WBC  $10.15 \times 10^9/L$ , CRP 5 mg/L。腹部 B 超检查：肝胆未见异常，盆腔有少许渗液。入院诊断为急性阑尾炎。予抗炎治疗，病情无好转，遂行剖腹探查术，术前不能排除阑尾炎，考虑到症状体征不典型，术中取右侧腹部切口，见阑尾正常，右上腹部分大网膜逆时针扭转 7 圈，其远端已发黑，与周围粘连。切除阑尾及扭转坏死的大网膜。术后顺利康复，痊愈出院。

**讨论** 儿童大网膜扭转相关报道较少，原发性和继发性病例均可引起腹痛及胃肠道症状，易误诊为其他急腹症，患儿术前症状、体征不典型，很少于术前明确诊断，多数误诊为阑尾炎、胆囊炎等而在剖腹探查中确诊。原发性大网膜扭转原因尚不清楚，一般由于大网膜形态变异、肥厚及大网膜内脂肪分布不均等，在剧烈运动及体位突然改变，引起大网膜分布失平衡时发生<sup>[2]</sup>。继发性大网膜扭转多继发于其他腹

腔病变，多数可找到原发病灶。由于大网膜右侧较长，因此，扭转多发生于右侧，大网膜扭转初始时仅有缺血、缺氧，未发生坏死，疼痛主要由大网膜植物神经受刺激引起，表现为中、下腹部疼痛。当大网膜缺血坏死而刺激大网膜所在局部腹壁引起局部腹膜炎时，疼痛将转移至扭转大网膜所在位置，所以大网膜扭转可表现为转移性右下腹疼痛，易被误诊为急性阑尾炎。本病处理并不困难，但如术前按阑尾切口进腹，将影响术者术中探查，若同时合并其他疾病，则极易漏诊该病。

本例患儿对病情表述不清，使诊断更为困难。术中发现右侧大网膜肥厚，呈叉状，较为游离，发生逆时针扭转 7 圈，远端已发黑，与周围粘连。诊断为原发性大网膜扭转。其右下腹明显疼痛及胃肠道症状，极易误诊为急性阑尾炎。分析发病病因可能与大网膜分叉游离、突然改变体位有关。但患儿就诊时，表述病史不清，体查欠配合，以致医生极易误诊为阑尾炎。

我们认为，小儿外科医生接诊突发右腹部疼痛，特别是不典型急性阑尾炎的右腹疼痛病例时，应考虑到大网膜扭转的可能性，进行全面检查，仔细鉴别，综合分析病情，术前选择合适的手术切口非常重要。有条件的医院，对于术前诊断不明确的小儿急腹症，腹腔镜探查术可作为诊治的首选。

### 参考文献

- 1 Cao W G, Zhang J Z. Primary omental torsion in a 12 years old boy [J]. Chin Med J, 2001, 114(2): 202-203.
- 2 刘锡禄, 邵玉娟, 王建平. 大网膜扭转误诊为阑尾炎 1 例报道[J]. 罕少疾病杂志, 2007, 14(2): 55-55.