

[文章编号] 1000-2200(2010)02-0130-03

· 临床医学 ·

超大耳廓复合组织瓣游离移植修复鼻下部全层缺损

李攀登, 张莉, 葛树星, 李旭文

[摘要] 目的:探讨超大耳廓复合组织瓣游离移植修复大面积鼻下部全层缺损的应用效果。**方法:**根据患者鼻下部缺损的范围大小,采用超过常规大小的耳廓复合组织瓣游离移植进行修复。术中彻底松懈瘢痕组织,扩大接触面,制作血运良好的受区,将耳廓复合组织瓣楔形植入,适当加压包扎固定,术后2周拆线。**结果:**10例患者修复缺损面积 $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \sim 2.2\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$,均完全存活。随访1~12个月,鼻下部大小及外观形态均满意,其中2例术后表皮部分剥脱。**结论:**通过制作血运良好的受区、精细微创的操作和术后适当压力包扎固定及改善微循环、促进移植组织瓣的血供营养等措施,对于鼻下部全层缺损面积大于 $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$ 的患者,超过常规大小的耳廓复合组织瓣游离移植修复是较理想的术式选择。

[关键词] 鼻成形术;鼻翼缺损;耳廓复合组织瓣;游离移植

[中国图书资料分类法分类号] R 622 **[文献标识码]** A

Repairing lower nasal defects with superlarge auricle combination tissues

LI Pan-deng, ZHANG Li, GE Shu-xing, LI Xu-wen

(Department of Plastic Surgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] Objective: To discuss the repairing of lower nasal defects with superlarge auricle combination tissues. **Methods:** According to the size of the lower nasal defects, superlarge auricle combination tissues were employed for the repairing. After excising the scar, expanding the interface and making favorable receipt area, the superlarge auricle combination tissues were inserted into the defects with pressure dressing compactly. The sutures were removed after two weeks. **Results:** The operation was successful in all the 10 patients. The maximum defect area was $2.2\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$ and minimum was $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$. The follow-up visit from 1 to 12 months showed that all the patients were satisfied with the size, figure and color of the repaired nasal defects, excepting for 2 patients whose transplantation auricle combination tissues had part of epidermal tripping. **Conclusions:** Lower nasal defects with areas larger than $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$ can be repaired by superlarge auricle combination tissues by making favorable receipt area, elaborate operation, proper postoperative pressure dressing, improving microcirculation and promoting nourishment of the transplant tissue flap.

[Key words] rhinoplasty; defect of nasal ala; superlarge auricle combination tissues; free transplantation

耳廓复合组织瓣游离移植是修复鼻翼缺损较理想的方法,但用来修复鼻下部全层缺损的报道相对较少,而且国内外文献^[1-2]均将耳廓复合组织瓣游离移植安全成活范围限定在 $1.0 \sim 1.5\text{ cm}$ 以内,即常规大小,否则极易发生移植物坏死,导致手术失败。2007年9月至2009年5月,我科应用超过常规大小耳廓复合组织瓣游离移植的方法,为10例患者修复较大面积的鼻下部全层缺损,效果满意,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男6例,女4例;年龄 $18 \sim 43$ 岁。单侧鼻翼全层缺损7例,双侧鼻翼或伴有鼻尖全层缺损3例。其中外伤5例,肿瘤切除术后3例,烧伤2例。修复时间:除烧伤后 $6 \sim 24$ 个月,其余均为缺损后一期手术。缺损面积 $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \sim 2.2\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$ 。

1.2 手术方法 采用气管插管全身麻醉或1%利多卡因局部浸润麻醉,麻醉液中不加入肾上腺素。2例烧伤后鼻翼缺损,将鼻翼残存的瘢痕边缘上方切开,锐性分离后翻转 180° ,制作修复后鼻翼的部分衬里,且能增加组织片与受区的接触面积。对于其他原因所形成的新鲜创面,将创面边缘修剪整齐,适当游离缺损边缘黏膜与皮肤,以增大接触面积。根据缺损大小,参照对侧鼻翼,测量出衬里和表面皮肤组织缺损的实际面积,在同侧或对侧耳廓上端外耳轮处楔形切取大于实际测得鼻翼缺损面积10%的全层复合组织,剖开缺损缘,去除耳廓复合组织块两侧缘 $2 \sim 3\text{ mm}$ 两侧面的表皮,保护真皮下及软骨膜血管网,将复合耳廓组织瓣移植嵌入鼻翼缺损区,供区耳廓创面直接拉拢缝合。用5-0无损伤线先间断缝合鼻孔内侧切口,将复合组织块的耳廓软骨与鼻翼软骨固定数针,再缝合外侧皮肤,缝合衬里和皮肤,要求创缘皮肤行外翻缝合,边距 $\leq 2\text{ mm}$,间距 5 mm 。鼻孔用橡胶管外裹凡士林纱条作支架支撑(术后持续使用3个月以上,有利于鼻软骨塑形及防止鼻孔挛缩变形),伤口处涂抹金霉素眼药膏,适

[收稿日期] 2009-06-05

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 整形外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李攀登(1982-),男,硕士研究生。

[通讯作者] 张莉,博士,研究生导师,副教授,主任医师。

当加压包扎,保持伤口局部制动。术后鼻导管低流量持续吸氧,常规应用抗生素,丹参注射液和低分子右旋糖酐交替 24 h 维持 7 天。伤口血痂较多时拆除敷料清洗伤口,保持伤口清洁,所移植组织瓣处局部应用肝素。术后 2 周拆线。

2 结果

10 例完全存活。随访 1~12 个月,其中 2 例术后表皮部分剥脱,未经特殊处理。供区无继发畸形。10 例鼻尖、鼻翼、鼻孔大小及外观形态均满意。

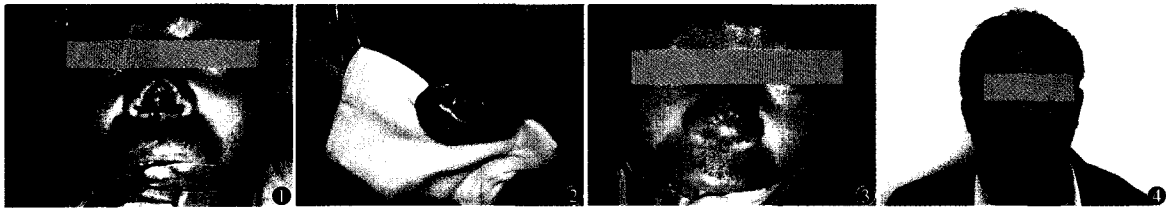


图 1 外伤后鼻下部缺损 图 2 耳廓复合组织瓣大小 2.0 cm×2.0 cm 图 3 术后即时 图 4 术后 1 个月(表皮部分剥脱)

3 讨论

鼻下部包括全部鼻尖、双侧鼻翼和鼻小柱^[3-4]。鼻下部缺损在整形外科是非常常见的鼻畸形,多由外伤、肿瘤、感染等所致。鼻下部缺损不仅对容貌的影响比较大,而且影响患者的生活质量及心理健康,甚至影响患者参加正常的社交活动。因鼻下部缺损要求修复后鼻局部组织质地、色泽以及两侧外形基本一致^[5],要达到完美的功能和形态效果较困难,特别是全层缺损,修复后更难达到满意效果。耳鼻的解剖结构相近,耳廓与鼻下部的结构均为皮肤-软骨-皮肤组织,耳轮角的弯曲度、厚度接近鼻下部组织,皮下组织菲薄,两者色泽、质地和组织结构相似、相匹配,使得耳廓成为修复鼻下部全层缺损的首选材料。同时,耳复合组织系高度血管化组织,有较一般组织丰富的血管网,移植后易从受区吸取营养,以渡过血管吻合与长入前缺血缺氧期,故用耳廓组织游离修复鼻下部全层缺损,容易存活,而且效果逼真^[6-7],是较理想的方法。另外,耳位于颜面两侧,较隐蔽,手术切取方便,创伤小,供区直接缝合,愈后瘢痕不明显,也不会影响耳廓的形态。

多数学者均将耳廓复合组织瓣游离移植安全成活范围限定在 1.0~1.5 cm 以内的常规大小,否则就影响创缘的细小血管长入,使血运重建受到障碍,局部组织极易发生缺血性坏死^[1,8-9],从而导致手术失败。我们所采用的全层移植的耳廓复合组织瓣面积均大于 1.5 cm×1.5 cm,最大为 2.2 cm×2.0 cm,超过以往报道的常规移植面积,所以我们称之为超大耳廓复合组织瓣。

典型病例:患者男性,38 岁,系外伤后鼻尖伴双侧鼻翼全层缺损 5 h 急诊入院。在气管插管全身麻醉下行耳廓复合组织瓣游离移植鼻下部修复术。将创面边缘修剪整齐,适当游离缺损边缘黏膜与皮肤。测量鼻下部衬里缺损面积为 1.7 cm×1.8 cm,皮肤面缺损为 1.8 cm×1.9 cm,切取右侧耳廓全层复合组织瓣 2.0 cm×2.0 cm,移植于受区。移植组织瓣全部成活。术后 1 个月随访,表皮有轻度脱落,鼻尖、鼻翼、鼻孔大小及外观形态良好,患者满意(见图 1~4)。

我们应用超大耳廓复合组织瓣游离移植修复鼻下部全层缺损,均获成功,体会如下:(1)麻醉。在受区创面准备和切取耳廓复合组织瓣时,避免局部使用肾上腺素等缩血管药物。(2)切取组织瓣。微创操作,用锐刀切取皮瓣,用细线将软骨与皮肤间断缝合固定数针,以免软骨撕脱分离并可作为牵引线,以免钳或镊的夹持造成损伤影响血供。将耳廓复合组织的软骨突出两侧皮肤边缘约 2~3 mm,嵌入受植部创面内扩大其接触面积,提高了成活率。对于烧伤后鼻翼缺损,我们利用鼻翼残存瘢痕组织翻转作衬里,大大增加了移植物与受区的接触面积,提高了成活率。耳廓复合瓣离体时间越短越好,以减少缺血再灌注对组织细胞的损伤。在手术过程中,以压迫止血为主,切勿使用电凝和结扎止血,以减少创面组织的损伤,避免影响血供。(3)缝合。受区与皮瓣三层要对端缝合,鼻翼软骨与耳廓瓣的软骨连接缝合很重要,术后才能保证鼻翼外形丰满,皮肤黏膜层缝合不要过密、过紧,以免影响血管再通,并造成耳廓组织瓣和受区皮肤损伤。要用无创 5-0 尼龙线外翻缝合,内层缝合时,避免与外层缝线处于同一平面,否则影响血运。(4)术后处理。我们在术区不采用传统的打包加压包扎法,而仅用凡士林纱布外敷后适当加压包扎,减少了术区受压,有利于静脉回流。鼻导管低流量持续吸氧,保持足够的血氧饱和度,减轻缺氧后组织损伤。常规应用抗生素,以预防鼻腔分泌物污染移植组织瓣,避免感染。丹参注射液、低分子右旋糖酐有扩张微血管、改善微循环、促进移植组织的血供营养和再血管化的作用,有利于组织瓣的存活。所移植组织瓣处通过局部穿刺应用

肝素抗凝,减轻移植物的淤血及血痂的形成,也促进了复合组织瓣的再血管化。

[参 考 文 献]

- [1] 陈江萍,张明利,宋建星,等. 耳廓复合组织游离移植在鼻翼缺损修复中的应用[J]. 实用美容整形外科杂志,2000,11(6):292-293.
- [2] PARK SS. Reconstruction of nasal defects larger than 1.5 centimeters in diameter[J]. Laryngoscope,2000,110(8):1241-1250.
- [3] 张涤生. 整复外科学[M]. 上海:上海科技出版社,1979:227.
- [4] 魏奉才. 美容整形外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:

254-259.

- [5] 王炜. 整形外科学[M]. 杭州:浙江科学技术出版社,1999:1045.
- [6] 李正斌,王剑,田宝顺,等. 应用双侧耳廓复合组织修复鼻翼缺损[J]. 实用美容整形外科杂志,1999,10(5):236-237.
- [7] Ratner D, Katz A, Grande DJ. An interlocking auricular composite graft[J]. Dermatol Surg,1995,21(9):789-792.
- [8] 黄立,胡真保,张家钧,等. 耳廓复合组织瓣修复鼻底部缺损[J]. 实用美容整形外科杂志,2003,14(3):118-119.
- [9] Vural E. Reconstruction of the retracted nasal alar margin[J]. J Craniofac Surg,2007,18(2):442-445.

[文章编号] 1000-2200(2010)02-0132-02

· 个案报道 ·

骶前神经鞘瘤 1 例

胡连海¹, 曲牟文¹, 李国栋¹, 俞艳艳², 孙 静³, 李春花¹

[关键词] 神经鞘瘤; 骶前

[中国图书资料分类法分类号] R 730.264 [文献标识码] B

发生于骶前神经鞘瘤少见,治疗以手术为主。本文报道 1 例,并复习文献。

1 临床资料

患者,男性,33岁。因便血5个月余就诊。5个月前发现便血,色鲜红,量多,呈滴状,排便时伴肿物脱出须用手回纳,略有肛门坠痛,无黏液分泌物,大便未变形。2008年2月19日来广安门医院就诊,检查发现直肠右侧壁距肛缘5cm处有一肿物,于2008年2月26日以“直肠肿物”住院。发病以来,体重未见明显减轻。视诊:肛缘11点方位可见皮赘突起。指诊:距肛缘5cm,直肠右后壁可触及一肿块,约5cm×4cm,凸向肠腔,表面光滑,质硬,不可移动;指套无染血。血常规:WBC 10.09×10⁹/L, L 0.115, N 0.80。甲胎蛋白(AFP)1.69 IU/ml;癌胚抗原(CEA)1.58 ng/ml;糖类抗原CA199 6.69 u/ml, CA125 8.57 u/ml, CA153 11.03 u/ml。大小便常规、肝肾功能、血糖、抗HIV、乙肝五项均正常。心电图及胸部X线片均无异常。腹部彩超:左肾囊肿。电子肠镜:插镜至乙状结肠末段,见直肠右侧壁黏膜充血,无糜烂及溃疡,未见异常隆起;其余肠段血管清晰,肠腔内无血迹。直肠腔内超声:直肠外肿物,性质待定。盆腔MRI:直肠窝右侧可见一类圆形长T1,长、短混杂T2信号影,边缘光滑,周围可见长T1、短T2低信号被膜影(见图1、2)。考虑肿瘤性病变,间质瘤可能性大。2008年3月12日肿块穿刺活检病理结

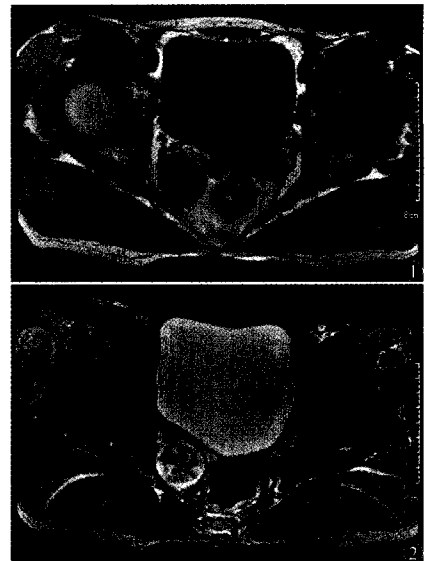


图1、2 MRI示界限清楚的直肠窝右侧类圆形占位,长T1,长、短混杂T2信号影,周围可见长T1、短T2低信号被膜影;送检条索状组织可见纤维结缔组织成分,细胞分化良好,无出血、坏死,免疫表型:CD117(-), CD34(-), SMA(-), S-100(+). 病理未给出明确诊断,可基本除外胃肠道间质瘤。初步诊断:(直肠外)肿物性质待定。2008年3月17日,在全麻下行骶前肿物经腹切除术。术中探查:腹腔中未见明显腹水,肝脏未触及肿块,肠系膜根部及分支处未触及肿大淋巴结,肿物位于腹膜返折水平下方,骶骨右前方,与右侧盆腔侧壁粘连固定。打开直肠右侧腹膜,沿直肠右侧向下分离至直肠膀胱陷凹。分离直肠系膜至骶前间隙。钳夹分离直肠右侧侧韧带,并部分结扎切断,注意保护右侧盆腔神经。于肿物表面切开部分被膜,仔细分离,于被膜内完整切除肿物。标本送病理检查。送检标本为卵圆形肿物,约4cm×

[收稿日期] 2009-04-20

[作者单位] 1. 中国中医科学院广安门医院 肛肠科, 北京 100053;
2. 浙江省杭州市第三人民医院 肛肠科, 310009; 3. 山东中医药大学 病理学教研室, 山东 济南 250307

[作者简介] 胡连海(1974-),男,主治医师。

[通讯作者] 曲牟文,男,副主任医师。