

• 技术与方法 •

耳后穿支皮瓣在外耳道缺损中的应用

The application of retroauricular perforators flap in the external auditory canal-skin-defect repairing

王俊明¹ 孙进干²

[关键词] 耳道; 缺损; 外科皮瓣; 修复外科手术

Key words ear canal; skin defect; surgical flaps; reconstructive surgical procedures

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.07.019

[中图分类号] R764.9 [文献标志码] B

手术切除外耳道新生物是外耳道皮肤缺损最常见的原因。传统的方法是取大腿内侧中厚皮片修复缺损,由于移植片固定困难,加之局部血供建立较慢,常有皮片不成活或愈合不良引起外耳道狭窄。我科 2005-04—2013-04 应用耳后穿支皮瓣修复外耳道皮肤缺损区 11 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

11 例患者,男 6 例,女 5 例;年龄 24~68 岁,平均 42 岁。均为外耳道新生物需切除的患者。新生物病理诊断:乳头状瘤 6 例,黑色素瘤 2 例,血管瘤、耵聍腺瘤、瘢痕增生各 1 例。

1.2 手术方法

在基础麻醉和局部浸润麻醉下,常规外耳道消毒,取耳内切口,使用窥鼻镜扩张外耳道软骨口,完整切除外耳道内新生物,术中避免皮肤的不恰当牵拉,以免造成皮肤的挫裂伤。压迫止血后,准确测量新生物切除后皮肤缺损(此处称为 A 区)的形状和大小。如果外耳道口或骨性外耳道狭窄,会导致外耳道内新生物切除困难,可适当扩大骨性外耳道最宽径至 1 cm 左右,以完整取出新生物,尽量保留正常外耳道皮肤为准则进行手术。4 例缺损处位于外耳道后上壁者,在耳后无毛发区设定大于 A 区外缘约 0.5 mm 的供皮区,皮瓣蒂部设定在近耳软骨和颞骨形成的沟处,这是耳上动脉的走行和供血区域。7 例患者缺损位于外耳道前下部,供皮区选择在乳突部,蒂部在乳突和耳软骨近连接处,这是耳后动脉耳支的供血区域。供体区确定后,细心剥离形成合适皮瓣,仅留皮肤和皮下脂肪、血管的皮瓣,蒂部可以适当保留少许肌肉组织,可以起到保护血管的作用。在耳廓后沟和外耳道口交界处

经皮下隧道将皮瓣放置在植皮区,耳上动脉以 1 至 2 点位置进入隧道修补外耳道后上部缺损,耳后动脉以 4 至 5 点位置进入隧道修补前下壁缺损。如缺损过大,可以成管状或半管状设计。为避免血运受压堵塞,保证通过交界处口的宽度,必要时可以截除少量耳廓根部软骨。常规皮肤创缘对位缝合皮瓣,凡士林纱布填塞压迫止血,我们多采用 2 段式,前段比较短,主要目的是因为皮瓣深部多不能缝合,需凡士林纱布压迫保持皮瓣远端平整不卷曲,同时抽换纱布时,避免纱布条过长引起远端的剥离。近端采用碘仿纱条填塞。值得注意的是填塞松紧度要适宜,过松容易导致创面出血,皮瓣漂浮;过紧则导致皮瓣血运障碍,发生坏死和感染,导致手术失败。

耳后供血区可以松解周围皮肤,减张缝合。由于皮下结缔组织完整,利于愈合。术后常规应用抗生素,10~14 d 拆线。

2 结果

11 例患者术后 I 期愈合,病愈出院。随访 3~12 个月,无皮瓣坏死和感染患者,无外耳道狭窄患者。

3 讨论

由于外耳道皮肤的浅薄不易移动的结构特点,导致外耳道新生物切除后缺损面不能依靠周围的皮肤修复。同时由于耳及耳后有丰富的血管网,耳及乳突区表面血供完全来自耳后动脉(postauricular artery, PAA)和颞浅动脉(superficial temporal artery, STA)。STA 耳上支轴长 3.3 cm,宽 0.1 cm,供血耳的后上部;耳上动脉轴长 2.4 cm,宽 0.8 mm,供血耳后部以及无毛发区。STA 顶支的后支轴长 2.8 cm,宽 0.8 mm,供血耳后部。PAA 有 2 支,平均轴长 3.5 cm,宽 1.2 mm,供血耳后部及颅骨表面。它们彼此互相吻合,形成由 3 个解剖区域和 2 个吻合组成的皮瓣供血区,即

¹潍坊市寒亭区人民医院急诊科(山东潍坊,261100)

²潍坊市寒亭区第二人民医院影像科

通信作者:王俊明, E-mail: walihuu@sina.com

Pseudomonas aeruginosa in chronic suppurative otitis media: sensitivity spectrum against various antibiotics in Karachi[J]. *J Ayub Med coll Abbottabad*, 2009, 21:120-123.

[24] LEE S K, LEE M S, JUNGS Y, et al. Antimicrobial resistance of *Pseudomonas aeruginosa* from otorrhea of chronic suppurative otitis media patients[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010, 143:500-505.

[25] VAN HASSELT P, VAN KREGTEN E. Treatment of chronic suppurative otitis media with floxacillin in hydroxypropyl methylcellulose ear drops: a clinical/bacteriological study in a rural area of Malawi[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2002, 63:49-56.

[26] HAYNES D S, RUTIKA J, HAWKE M, et al. Otopotoxicity of Otological drops—an update[J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2007, 40:669-683.

[27] MORRIS P S, LEACH A J. Acute and chronic otitis media [J]. *Pediatr Clin North Am*, 2009, 56:1383-1399.

[28] TOS M, ORNTOFT S, STANGERUP S E. Results of tympanoplasty in children after 15 to 27 years[J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2000, 109:17-23.

[29] STAPLETON A L, EGLOFF A M, YELLON R F. Congenital cholesteatoma: predictors for residual disease and hearing outcomes [J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 138:280-285.

[30] PRINSLEY P. Familial cholesteatoma in East Anglia, UK. *J Laryngol Otol*, 2009, 123:294-297.

[31] SPILSBURY K, MILLER I, SEMMENS J B, et al. Factors associated with developing cholesteatoma: a study of 45,980 children with middle ear disease[J]. *Laryngoscope*, 2010, 120:625-630.

[32] ISAACSON G. Diagnosis of pediatric cholesteatoma [J]. *Pediatric*, 2007, 120:603-608.

[33] PLOUIN-GAUDON I, BOSSARD D, AYARI-KHAL-FALLAH S, et al. Fusion of MRIs and CT scans for surgical treatment of cholesteatoma of the middle ear in children[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010, 136:878-883.

[34] SHIRAZI M A, MUZAFFAR K, LEONETTI J P, et al. Surgical treatment of pediatric cholesteatomas [J]. *Laryngoscope*, 2006, 116:1603-1607.

[35] MCRACKAN T R, ABDELLATIF W M, WANNA G B, et al. Evaluation of second look procedures for pediatric cholesteatomas[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2011, 145:154-160.

[36] CHADHA N K, JARDINE A, OWENS D, et al. A multivariate analysis of the factors predicting hearing outcome after surgery for cholesteatoma in children [J]. *J Laryngol Otol*, 2006, 120:908-913.

[37] MISHIRO Y, SAKAGAMI M, KITAHARA T, et al. The investigation of the recurrence rate of cholesteatoma using Kaplan-Meier survival analysis[J]. *Otol Neurotol*, 2008, 29:803-806.

(收稿日期:2013-05-11)

(上接第 496 页)

Gururons 和 songs 瓣。丰富的血运提供了很有潜力的移植皮瓣区^[2]。目前,此区已经成为头面部皮肤移植的最重要供皮区。耳后岛状瓣已广泛应用于外耳缺损和中耳乳突炎手术中,耳后岛状皮瓣经皮下隧道填充乳突腔内,促进了乳突腔的上皮化,减少了换药次数并降低了感染概率。面部和鼻部缺损的修复也被多次报道^[3]。

近年来,穿支皮瓣广泛应用于头颈部修复中,穿支皮瓣是在肌皮瓣的基础上,不断改进演变而来的一种新的只有皮肤和皮下脂肪的皮瓣,其最大的优点是保留了供区肌肉的完整和皮瓣的薄度^[4]。我科应用耳后穿支皮瓣治疗外耳道缺损,就是利用耳后皮瓣带蒂,成活率高;皮瓣形状和大小可根据缺损区随意调整,利于完整修复;带蒂血管轴长和宽度适中,位于浅筋膜中,利于分离。皮瓣仅有皮

肤和脂肪组织,符合外耳道皮肤的特点,愈合后不易形成狭窄。耳后穿支皮瓣位于耳后隐蔽处,基本不对患者的外貌有不良影响。此术式不涉及复杂的解剖关系,操作难度不大,出现临床医疗意外的可能性很小,特别适合在基层医院开展。

参考文献

[1] 毕景云. 耳前皮瓣转移修复外耳道皮肤缺损 12 例效果观察[J]. *山东医药*, 2006, 46(3):102-102.

[2] 张世民,徐达传,俞光荣,等. 穿支皮瓣的发展与临床应用进展[J]. *中国临床解剖学杂志*, 2006, 26(2):228-231.

[3] YANG D, MORRIS S F. Vascular basis of the retroauricular flap[J]. *Ann Plast Surg*, 1998, 40:28-33.

[4] 李德臣,冯建中. 耳后带蒂肌皮瓣修复外耳道皮肤缺损的疗效[J]. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2003, 17(1):183-184.

(收稿日期:2013-06-22)