

· 临床报道 ·

耳前平行皮瓣一期修复感染期耳前瘻管 切除术后大面积皮肤缺损

袁慧钧, 宁宝礼, 姜琳琳, 孔维霞, 李慧军

(哈尔滨医科大学附属第一医院 耳鼻咽喉头颈外科, 黑龙江 哈尔滨 150001)

摘要: **目的** 探讨先天性耳前瘻管感染期手术皮肤缺损的修复方式。**方法** 对2007年1月~2010年5月收治的16例长期反复感染的先天性耳前瘻管患者实施手术治疗的临床资料进行回顾性分析。所有患者均采用耳前平行皮瓣进行皮肤缺损的修复。**结果** 16例患者全部一期愈合, 随访1~3年均无复发。**结论** 耳前平行皮瓣修复感染期耳前瘻管切除术后大面积皮肤缺损, 效果满意, 对临床治疗具有指导意义。

关键词: 先天性耳前瘻; 瘻管切除术; 并行皮瓣修复

中图分类号: R764.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0395-02

耳前瘻管是常见的先天性耳发育畸形, 常合并反复感染, 表现为局部疼痛红肿、脓肿形成^[1]。长期反复感染者瘻管附近皮肤发生溃烂及肉芽形成, 创面久治不愈, 给患者带来很大的痛苦。手术切除是治疗长期不愈耳前瘻管的有效方法, 但对于皮肤缺损大的患者在以往报道中需皮瓣转移修复或二期植皮修复。2007年1月~2010年5月笔者收集了反复感染、长期换药不愈、皮肤缺损大无法通过松解皮肤缝合创口的患者16例, 在创面脓性分泌物较少时施行手术并一期用平行皮瓣修复创口, 术后效果良好, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组16例患者中, 男7例, 女9例; 年龄4~35岁, 以青少年为主。右侧10例, 左侧6例, 16例均反复感染3次以上, 术前感染平均38 d。16例均为脓肿形成后切开换药, 炎症不能彻底消失, 局部肉芽多。皮肤溃烂缺损最大横径2.2~2.5 cm, 皮肤创缘充血质脆。

1.2 手术方法

年龄较小不能配合手术者采用全麻, 其他患者均采用局麻加强化麻醉。于瘻管口周围炎症组织与正常组织交界处做皮肤纵向梭形切口, 将瘻管口及其前下的肉芽瘢痕组织包括在内, 沿瘻管口向前下分离, 深达颞肌筋膜, 仔细彻底切除包含瘻管在内的肉芽瘢痕, 沿耳轮脚向下分离软组织, 若有瘻管穿入耳屏软骨, 则切除部分软骨, 大量庆大霉素盐水冲洗术区, 仔细检查彻底切除可疑组织, 将引流膜片置于耳屏软骨前下术区最深处, 膜片从切口最下方引出。由于创口皮肤缺损大, 本组患者经松解切缘皮肤仍不能缝合创口, 距第一切口前缘1.5~2.0 cm平行作第二切口, 长度与第一切口相同, 深达皮下, 将两个切口中间的皮肤从皮下分离, 形成一个上下带蒂左右游离的皮瓣, 将皮瓣后缘与松解后的第一切口后缘缝合; 松解第二切口的前缘, 将其与皮瓣的前缘缝合, 耳部加压包扎, 术后3 d抽出引流膜片。

2 结果

16例患者全部一期愈合, 平均住院9 d。随访1~3年均无复发者。

作者简介: 袁慧钧, 女, 主任医师。
通讯作者: 宁宝礼, Email: ningli1234@yahoo.com.cn.

3 讨论

先天性耳前瘻管系由形成耳廓的第一、第二鳃弓的小丘样结节融合不良或第一腮裂封闭不全所致,为单纯性局部畸形,不伴听力障碍,有家族史,临床分为单纯型、分泌型和感染型。其中感染型由于反复感染,瘻管附近皮肤溃烂缺失,有肉芽增生、瘢痕形成,部分患者创面长期不愈合,给患者带来了很大的痛苦。回顾16例患者的临床资料,笔者总结经验如下:①感染未完全控制时可以手术切除瘻管。传统方法是待感染控制后,再行手术切除^[2],但本组患者均为反复感染,长期换药炎症难以彻底消退,且局部皮肤溃烂加重、久治不愈、肉芽增生。笔者认为局部经换药治疗后,脓液减少

即可手术并可达到彻底治愈。②平行皮瓣能一期修补耳前较大的皮肤缺损。皮瓣上下带蒂,血供好,抗感染能力强,容易成活;在一个术区就能完成手术,无需另辟术区做转移皮瓣,减少了患者的瘢痕及痛苦。③由于该组病人瘻管复杂,且反复感染,手术范围广,大多数瘻管侵及耳屏软骨,切除部分耳屏软骨后,术区较深,因此要放置引流膜片,以预防术后感染。

参考文献:

- [1] 姚红兵,江武,徐洁. 小儿先天性耳前瘻管的感染期手术治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(7):443-443.
- [2] 田勇泉. 耳鼻咽喉-头颈外科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:312.

(修回日期:2012-05-29)

· 临床报道 ·

再次气管切开术的临床分析

黄宇勇,陈蔚华,黄晓华

(福建医科大学附属龙岩第一医院 耳鼻咽喉科,福建 龙岩 364000)

摘要: **目的** 探讨再次气管切开术的原因及处理方法。**方法** 对15例再次气管切开患者的临床资料进行回顾性分析,总结其经验教训。**结果** 15例患者均手术顺利,未发生严重并发症。10例出院前成功拔管,5例戴管出院。**结论** 通过治疗原发病、熟练操作、选择适当的拔管时机及加强护理和健康教育可减少再次切开的发生率。而正确处理切口瘢痕、术中出血及保持气道通畅是再次手术成功的关键。

关键词: 气管切开术;再手术;并发症

中图分类号: R767.91

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0396-03

气管切开术是耳鼻咽喉头颈外科、神经内外科、烧伤科、ICU、急诊科等抢救危重患者的重要手段。患者通过手术保持气道通畅,为救治生命提供必备的条件。经积极治疗原发病大多数患者可顺利拔管,但极少数患者由于各种原因拔管后又出现呼吸困难而需要再次气管切开。由于第一次手术造成正常解剖结构改变、瘢痕形成、周围组织粘连,再次手术的难度加大、风险增加,现将2004年1月~2011年1月再次气管切开术

的15例患者的诊治体会报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

收集再次气管切开术患者15例,其中男10例,女5例;年龄19~79岁,平均年龄47.7岁。15例患者资料见表1。

作者简介:黄宇勇,男,副主任医师。

通讯作者:黄宇勇,Email:hydr@sina.com.

表1 再次气管切开术患者的临床资料

例序	性别	年龄(岁)	科别	原发病	切开间隔(d)	手术原因
1	男	79	呼吸	慢性阻塞性肺气肿	50	套管脱出肺部感染未控制不耐受插管
2	女	45	普外	巨大甲状腺瘤	180	套管脱出气管前壁塌陷呼吸困难
3	男	19	急诊	有机磷中毒	33	发生迟发性中枢性呼吸肌麻痹
4	男	55	颅脑	颅脑外伤	52	继发感染经插管效果不佳
5	男	64	耳鼻咽喉	喉咽癌放疗后	40	套管脱出喉部阻塞瘘口闭合
6	男	75	颅脑	脑出血术后	34	肺部感染未完全控制经插管效果不佳
7	男	60	颅脑	颅脑外伤	47	继发感染经插管效果不佳
8	男	47	骨科	颈椎骨折高位截瘫	39	呼吸肌麻痹继发感染
9	男	78	耳鼻咽喉	喉咽癌晚期	27	患者自行拔管喉部阻塞瘘口闭合
10	女	46	颅脑	颅脑外伤	30	继发感染经插管效果不佳
11	女	54	急诊	有机磷中毒	4	患者家属自行拔管瘘口闭合经插管效果不佳
12	男	29	颅脑	颅脑外伤	25	继发感染经插管效果不佳
13	男	63	耳鼻咽喉	喉癌手术放疗瘢痕	365	继发感染喉部阻塞无法插管
14	女	33	颅脑	颅脑外伤	15	继发感染经插管效果不佳
15	女	55	耳鼻咽喉	颈部外伤	1825	突发呼吸困难无法插管

1.2 手术方法

15例需再次气管切开术患者均在静脉复合麻醉或局部浸润麻醉加全身使用镇静剂下进行,根据患者的不同情况,术者操作时动作要迅速、轻柔,以缩短手术时间,防止缺氧时间过长。手术采用正常的气管切开体位,不能后仰者尽可能采取平卧位,请麻醉师注意监测血氧饱和度和生命体征。如瘘口未完全闭锁,可用电刀切开瘘口上方的蹼状组织,松解皮下瘢痕,扩大瘘道,并沿瘘道用拉钩向两侧对称拉开,可迅速找到气管前壁的瘘口,用组织钳将气管U形瓣向前下拉,插入气管套管并固定。瘘口已完全闭合形成瘢痕者,则在瘢痕处切开皮肤,锐性分离,尽可能保持正中,注意用电刀止血,如果瘢痕范围较大,还可用甲状腺拉钩将其避开,边切边用手指探查气管位置,注意防止发生偏移,避免损伤甲状腺、大血管等,直到气管前壁,同样的方法插入套管。如瘢痕使气管移位,则先找环状软骨作标志,在环状软骨下切开气管前壁。

2 结果

15例患者再次气管切开术时均找到气管前壁,获得成功,未出现出血、气胸、皮下气肿、食管气管瘘等严重并发症。出院前拔管10例,未再出现呼吸困难。5例患者无法拔

管,带管出院。随访半年,其中2例拔管,1例因原发病死亡,2例继续带管。

3 讨论

导致再次气管切开的原因是多方面的,本组病例原因有套管脱出喉部阻塞瘘口闭合、气管前壁塌陷、呼吸肌麻痹、继发感染或感染未完全控制、自行拔管、放疗或外伤瘢痕。有文献报道^[1-3]再次切开的原因还有气管狭窄、气管内肉芽增生、气管内良性肿瘤如乳头状瘤以及恶性肿瘤压迫侵犯等。

笔者认为可采取相应的对策以减少再次气管切开的几率。①常规气管切开时,通常采用U形瓣切开气管前壁,必要时可将U形瓣缝合固定于皮下组织,有利于套管的顺利插入,减少脱管的发生率^[4]。对于需要再次气管切开的患者,切开皮肤后更易找到气管造口^[5]。②积极治疗原发病和并发症,控制感染,改善神经功能、肺功能,增强膈肌运动功能,改善患者的咳嗽反射,在患者自主呼吸好、血氧饱和度维持在95%以上、体温正常、无肺部感染征象的情况下试行堵管或更换小管,使患者有一适应的过程。③拔管时机的选择应采取个体化方案。本组病例大多数为老年患者,由于各器官功能代偿能力差,机体免疫力低下,营养状态较差,使得原发病的治疗变得更为困难,

容易迁延或反复,致使患者容易再次出现呼吸功能不全或衰竭,而气管切开本身就是诱发感染的因素,故拔管前应充分评估患者吞咽和咳嗽等生理机能及全身情况,适当延期拔管,可避免再次切开,减少因再次切开给患者带来的风险。④加强护理和健康教育。气管切开后绝大部分患者恐慌,表现烦躁不安,呼吸加快,分泌物增多,缺氧症状加重,且术后改变了气流的途径,不能发音,对自己的各种感受又不能用言语直接表达,从而影响病情的稳定和康复,因此做好气管切开患者的护理和健康教育,对疾病的恢复及避免自行拔管、套管脱出等不良后果的发生起着重要作用。

结合本组病例,笔者认为成功施行再次气管切开术应注意:①再次切开时,可直接从原瘻口或手术瘢痕切开^[6],切口位置无须改动,因为纵切口操作方便,第一次切开多采用纵切口,其位置在环状软骨上缘至胸骨上切迹上一横指^[7],所留空间不大,一般情况也不会考虑预留位置,如果患者颈短体胖则更不可能;其次从解剖角度来看,颈总动脉、颈静脉位于胸锁乳突肌的深面,越向下越与气管、胸膜顶靠近,增加损伤的几率;②切开时应采用锐性分离,电刀止血。由于瘢痕的形成,其中有大量的新生血管,周围纤维组织增生,血管无法收缩,造成大量出血,用电刀能起到迅速止血的目的,林进潮等^[8]亦主张术中创面应用电灼止血,提高手术的安全性;同时瘢痕组织韧性大,无法采用常规切开时的钝性分离,通过锐性分离可缩短手术时间;③保持正中,边切边用手指探查气管位置,防止发生偏移,认真分辨各层组织,避免损伤甲状腺、大血管及胸膜顶等重要组织,减少并发症;④如果因瘢痕导致气管移位,原切口无法找到气管时,可直接以环状软骨为标记,在环状软骨下切开气管;⑤各相关科室要密切配合,对于再次气管切开的患

者,笔者主张尽可能地在插管下手术,降低并发症的发生,提高再次手术的成功率。

总之,根据患者的病情,注意手术要点,积极治疗原发病和并发症,选择恰当的拔管时机,加强术后护理和健康教育,以减少再次手术的发生率。同时一旦拔管后出现呼吸困难,可针对病因积极治疗,正确把握手术时机,各相关科室密切配合,手术操作规范、熟练、细致,可使再次气管切开手术的风险降到最低^[9-10]。

参考文献:

- [1] 李湘平,梁勇,张威,等. 陈旧性闭合性喉气管断裂伤的手术治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006, 41(10): 790-791.
- [2] 马丽晶,王军,韩德民,等. 幼年型复发性呼吸道乳头状瘤气管切开的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(15): 704-706.
- [3] 徐成志,董频,徐宏鸣. 老龄喉癌患者手术治疗远期疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 20(15): 688-691.
- [4] 傅启红,王杰,刘国旗,等. 气管切开术中采用气管弧形切口[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2004, 39(3): 146.
- [5] 翟宏祥. “U”形气管瓣气管切开的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010, 16(4): 295-296.
- [6] 徐赛男,雷贤凤,王照亮,等. 气管切开并发症探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005, 40(9): 709-710.
- [7] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2008: 451.
- [8] 林进潮,王豪,沈志忠,等. 气管切开术后的安全性分类及防险措施[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2004, 18(7): 419-420.
- [9] 冯海燕,刘咏春,梁维斌,等. 气管切开术在儿童呼吸道特殊异物中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 297-299.
- [10] 赵学林. 微创经皮气管切开术的临床观察与探讨[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011, 17(5): 373-374.

(修回日期:2012-05-15)