

## 烧伤后面颈部瘢痕伴耳廓畸形缺损的治疗

陈静 庄洪兴 王甲汉

头颈部严重烧伤不仅导致患者局部瘢痕增生,而且可直接造成部分器官畸形或缺损,这类患者的后期整形治疗较为棘手。耳廓位于头面部,位置突出,是常见烧伤部位之一,该部位烧伤占同期烧伤的 1/4<sup>[1]</sup>。由于耳廓软组织的组织特点,深度烧伤或治疗不当均可导致软骨坏死,造成耳廓畸形、缺损<sup>[2]</sup>。笔者单位近年来采用分期治疗法,修复 8 例患者头颈部瘢痕伴耳廓畸形或缺损,效果良好,现报告如下。

### 一、资料与方法

1. 临床资料:患者中男 5 例,女 3 例,1 例儿童(8 岁),7 例成人,平均年龄 28.5 岁。烧伤总面积 16%~80% TBSA。深 II~III 度,均伴有头颈部烧伤。瘢痕形成时间为伤后 9 个月~4 年,无其他合并伤。1 例因局部瘢痕挛缩致耳廓外形及位置异常,4 例耳廓部分缺损,3 例耳廓完全缺损。8 例患者均在伤后 9 个月~4 年接受整形手术。

2. 治疗方法:采用分期治疗法。I 期行扩张器置入术,采用 1.25 g/L 利多卡因局部肿胀麻醉,切口长约 2~3 cm,分离范围略大于所选择的扩张器基底面积,切口设计在瘢痕内。扩张组织包括正常皮肤或瘢痕组织,扩张器埋置层次分别在头部帽状腱膜下、面颈部皮下或肌肉下,乳突区筋膜浅层。扩张器数量及大小依情况而定。术后 7~10 d 开始间断注水,根据组织耐受性行超量扩张(注水量大于扩张器容量)或限量扩张,注水结束后静止扩张 30 d。

II 期行瘢痕切除、局部成形、耳廓矫正或再造术。以 I 期切口部位为手术入路,取出扩张器,形成扩张皮瓣或瘢痕瓣。耳廓外形完整的患者,将耳上、耳后皮瓣下移前推并作褥式缝合固定,以松懈耳周瘢痕性挛缩,形成正常耳廓角及耳乳突窝。耳廓大部分或完全缺损的患者,按传统方法行耳廓再造术<sup>[3]</sup>。选用自体肋软骨或多孔高密度聚乙烯(商品名 Medpor,美国 Porex Surgical 公司)植入材料修补或再造耳廓支架。用蒂部在前的耳后扩张组织覆盖缝合筋膜瓣覆盖植入支架,筋膜瓣表面植以中厚皮;或用完全扩张耳后组织瓣包裹支架。耳廓修复完成后,根据其余扩张皮瓣大小决定瘢痕切除量,头颈部正常扩张皮瓣在一定张力下缝合,面部皮瓣及其他部位的扩张瘢痕瓣行无张力缝合,必要时应用“Z”改形术以避免产生直线瘢痕。皮瓣按头颈部美容分区缝合固定,形成正常发际线及轮廓线。

3. 观察指标:观察患者再造耳廓的修复情况。

### 二、结果

术后未出现血肿、感染等并发症,切口愈合良好。1 例耳后瘢痕瓣在注水后期发生破裂,另 1 例头部扩张皮瓣于静止扩张时发生破裂。立即对此 2 例患者停止软组织扩张,行头面部瘢痕切除、扩张皮瓣转移术,待创面愈合后再行 Medpor 支架耳廓再造术。术后再造耳廓外形满意,头面部瘢痕性畸

形明显改善。其余 6 例软组织扩张顺利,按期接受 II 期手术,行瘢痕切除或松懈、扩张皮瓣转移、自体肋软骨支架或 Medpor 支架耳廓再造术,其中采用自体肋软骨支架 3 例。1 例患者术后 8 个月,再造外耳耳轮上部 Medpor 支架外露 1 cm,采用耳后残余筋膜瓣覆盖修复后愈合。其余 5 例患者再造耳廓外形及瘢痕畸形修复效果良好。

典型病例:患者女,26 岁,因烧伤致左侧耳廓缺损,15 cm × 18 cm 区域头发缺失,左耳周瘢痕增生 1 年后入院(图 1)。I 期分别在左耳后成熟瘢痕组织、正常皮下层各埋置 1 个 50 ml 肾形扩张器,同时在额顶部正常皮肤或发区的额肌下、帽状腱膜下各埋置 1 个 400 ml 长方形扩张器。术后 10 d 开始注水,1 个月注水完毕并静止扩张。静止扩张 20 d 时,头顶部扩张器内置注射壶外露,予局部抗感染处理。术后 60 d 因外力碰撞致头顶部扩张皮瓣破裂(图 2),停止扩张,取出扩张器,转移扩张皮瓣,切除瘢痕并行 Medpor 支架耳廓再造术。将切下的瘢痕皮肤修剪后植于再造耳廓后部创面,术后进行常规抗感染治疗。10 d 后拆线,皮瓣成活良好,再造耳廓形态满意,瘢痕性秃发区域技术前缩小约 40%(图 3)。



图 1 术前患者头面部瘢痕增生,左前侧头发缺失,左侧耳廓缺损



图 2 患者头面部、耳后软组织扩张完毕,头顶部扩张皮瓣局部破裂



图 3 患者 II 期整复术后,皮瓣成活好,再造耳廓外形满意,瘢痕区域技术前缩小约 40%

作者单位:510515 广州,南方医科大学南方医院烧伤科(陈静、王甲汉);中国医学科学院协和和医科大学整形外科医院(庄洪兴)

3. 讨论

