

# 面部外伤急诊修复 160 例分析

陈 艳

(大连医科大学 第二临床学院 急诊科, 辽宁 大连 116027)

**摘要:** [目的] 比较面部外伤急诊清创时采用整形修复与普通修复方法的效果。[方法] 自 2003 年以来, 对 160 例面部外伤患者采用整形修复及普通修复, 分组进行比较, 分析结果。[结果] 两组的治疗结果差异显著 ( $P < 0.05$ )。整形修复除有较大皮肤软组织缺损经 II 期修复愈合外, 所有伤口均获 I 期愈合, 无感染发生, 瘢痕不明显。术后 0.5~2 年随访, 创伤处均无瘢痕增生、萎缩, 周边器官移位畸形等情况出现。[结论] 在面部外伤急诊清创时采用整形外科技术与普通修复相比效果更佳, 可以最大限度地恢复容貌, 避免或减少二次手术整形修复。

**关键词:** 面部外伤; 急诊; 整形修复

**中图分类号:** R62

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1671-7295(2006)03-0220-02

面部位于人体的暴露部位, 容易受到外伤。面部外伤会影响到容貌外观。如果愈合不良, 会使患者产生自卑沮丧的心理。近年来, 作者在面部外伤急诊清创时较多地采用了整形修复技术, 减轻了瘢痕的形成。自 2003 年至今, 共采用整形技术急诊清创修复面部外伤 80 例, 并随机抽取 80 例普通修复的患者作为对照组。整形修复组取得了较好效果, 伤口均 II 期愈合, 现报道如下:

## 1 材料和方法

### 1.1 一般资料

本组患者 160 例, 其中男 102 例, 女 58 例; 年龄 5~61 岁。损伤原因有车祸伤、打架、摔伤等。损伤部位和类型统计见表 1。

表 1 损伤部位和类型

	挫裂伤	切割伤	撕脱伤	其他	合计	构成比(%)
额部	40	6	6	2	54	33.75
眼睑	22	16	2	0	40	25.00
面颊	10	6	2	2	20	12.50
眉部	24	6	0	4	34	21.25
鼻部	4	4	0	0	8	5.00
其他部位	2	2	0	0	4	2.50
合计	102	40	10	8	160	100.00

### 1.2 治疗方法

160 例患者随机分为两组, 80 例行普通清创修复, 80 例行整形清创修复。统计学示各组的损伤部位、性别、年龄无明显差异, ( $P = 0.35$ )。

整形修复组清创方法如下: 首先检查其他部位的外伤, 在确保生命体征平稳的前提下, 进行清创缝合术。用 3% 过

氧化氢溶液和生理盐水冲洗伤口, 取出异物和组织碎片。一般采用局麻, 若患者年龄较小不能配合, 则采用基础麻醉。行局部肿胀麻醉, 0.5%~2% 利多卡因加肾上腺素 1/10 万 u。修剪碾挫较重及明显失活组织, 彻底止血, 原位精确缝合肌层、皮下组织和皮肤。肌肉层用 4 号或 1 号丝线分层缝合, 皮下组织层用 0 号或 3-0 可吸收线或丝线缝合, 皮肤用 6-0~8-0 无损伤线缝合。边距 2~3 mm, 针距 4~5 mm。均匀加压包扎, 以减少术后血肿发生, 并减轻术后肿胀。术后 2 天换药, 5 d 间断拆线, 6 d 拆线。

### 1.3 统计学处理

组间率的比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有显著差异。所有数据采用 SPSS10.0 统计软件处理。

## 2 结果

创伤愈合标准: 优: 功能恢复好, 外形满意, 无明显瘢痕; 良: 功能恢复好, 外形欠佳, 瘢痕较轻; 差: 功能恢复较差, 外形轻度畸形, 瘢痕较重。

两组治疗结果见表 2, 整形修复和普通修复的治疗结果的总体概率分布不同,  $P < 0.05$ , 有显著差异。根据调查数据, 整形修复的治疗结果优的频率高于普通修复; 普通修复的治疗结果差的频率高于整形修复。

表 2 两种修复方法治疗结果的比较

修复方法	治疗结果			合计
	优	良	差	
整形修复	53	27	0	80
普通修复	21	29	30	80
合计	74	56	30	160

$\chi^2 = 43.904$   $P < 0.05$

80 例经急诊整形修复后, 效果较好, 无感染发生, 均 II

\* 收稿日期: 2006-02-24; 修回日期: 2006-04-24。

作者简介: 陈 艳 (1972-), 女, 大连人, 主治医师。

期愈合。缝合的伤口痕迹较细,瘢痕不明显,医生、患者均较满意。术后0.5~2年随访,创伤处均无瘢痕增生、萎缩、周边器官移位畸形等情况出现。

### 3 讨论

目前普通的急诊清创手术,清创目的仅限于伤口止血和简单缝合。与整形修复相比,主要缺点是:①使用粗针粗线,全层缝合,术后瘢痕较重,不能满足面部的美学要求。②对涉及五官等重要器官的伤口处置不恰当,造成医源性继发畸形,需二期修复。在整形外科住院患者中,因创伤后畸形的约占一半以上<sup>[1]</sup>。因此,进一步提高急诊外科医生的美学观念及整形修复技能非常重要。不仅要采用整形外科细针细线,还要运用整形修复技巧。

颌面部血液循环极为丰富,抗感染能力强,因此伤后48h内仍可进行清创术。由于面部组织结构精细,伤后如果未得到及时的解剖修复,将发生组织萎缩、功能退化等变化,Ⅱ期修复时不但难度增大,而且效果不佳。

面部表情丰富,表情肌纤维固着于皮肤。所以对皮下、真皮与表浅皮肤要分层对位缝合。否则术后易出现裂口凹陷。皮下用0号或3-0号丝线或可吸收线缝合,运用Straith缝合技术<sup>[2]</sup>,即缝线先从一侧由内向外缝合,在从另一侧由外向内缝合,线结打在下方。皮下层缝合的作用为闭合死腔及减小张力。皮下缝合不要距离表皮过近,过浅的线结术后易被排出。皮下缝合后表面切口基本合拢,表浅皮肤的缝合基本没有张力存在。表浅皮肤的缝合只要使切口皮缘能自然对合即可,不必缝合过紧。

尽量避免术后瘢痕形成。导致瘢痕增生的主要因素是伤口对合不平整、张力过大、异物存留和感染。术中要遵循整形外科的无创原则,缝合时动作轻柔,不要过度夹持、牵拉组织,并避免组织干燥。术中止血要彻底,因为血肿易于导致感染和肉芽形成,造成瘢痕过度增生。创缘对合要整齐。创缘一边厚一边薄时<sup>[3]</sup>,在厚侧缘浅进针,薄侧缘深进针,可使创缘平整;遇有锐角创伤时,应在锐角的一侧创缘进针,穿过锐角尖端的皮下组织从另一侧创缘穿出结扎,勿经锐角的尖端进针缝合,以免皮肤缺血坏死。

大面积撕裂伤伴组织缺损或移位,仅作减张定向缝合,以缩小创面,为后期治疗创造条件,不作严密缝合。

剪去伤口内的坏死组织,修整破碎的创缘,对眼睑、耳、鼻、

唇部伤口的组织应尽量保留。创缘平整对齐,按层次缝合。

不同部位软组织伤的缝合方法:

额部:皮肤缺损时首先考虑直接拉拢缝合,创缘适当潜行剥离,(以缝合后不引起五官变形为度)。小的“U”形伤口(宽度<0.5cm)视情况沿皮纹梭形切除,使之变为长条形皮肤缺损,以减少创缘接缝的长度;不能直接拉拢缝合时,保留撕脱的皮肤,清洗消毒,修整后原位缝合。

眼睑:如仅为皮肤及皮下组织损伤,则间断缝合皮肤;如深及眼轮匝肌或提上睑肌,必要时间断缝合肌肉;如眼睑全层裂伤,应分层缝合,将睑板及睑结膜作为一层连续缝合。

面颊:大块软组织裂伤,按层次缝合;咀嚼肌,表情肌断裂应修复,以免术后出现凹陷性瘢痕。颊部口腔贯通伤伴有大块组织缺损:将口腔黏膜外翻与皮肤创缘对缝,消除创面,遗留的颊部洞穿缺损待后期修复。面侧区损伤要注意有无腮腺及面神经的损伤。对于腮腺区的开放性创口,在确定未伤及腮腺导管的前提下应紧密关闭腮腺包膜,术后局部加压包扎并口服阿托品等对症治疗。

眉部:眉下肌肉如果断裂必须缝合。

鼻部:鼻孔边缘必须对合整齐,软组织解剖复位;对于鼻部全层贯穿伤,将基底黏膜及表面皮肤准确复位后缝合。首先修复黏膜层。

其他部位:①耳部外伤争取即时修复。耳部血供丰富,撕脱皮瓣即使仅有狭窄蒂部相连,也可原位回植。②唇修复强调早期解剖复位。缝合皮肤时,应首先将唇红缘、唇珠、人中嵴等重要解剖标志对位缝合,避免错位。口轮匝肌的断裂必须修复确实,以免术后局部凹陷。唇肌先用1号可吸收线精确缝合,再用3-0或4-0丝线精确缝合黏膜。

传统的方法侧重于止血与闭合创面,常需进行二次整形手术。应尽可能使面部外伤的患者在急诊清创时达到美学修复的目的,避免或减少二次手术的发生。

### 参考文献:

- [1] 王玉银,庞素芳,赵柏程,等. 试论急诊手术中的美与审美问题[J]. 中华医学美容杂志,2001,7(2):91.
- [2] 高景恒. 美容外科学[M]. 北京:北京科学技术出版社,2003.7.
- [3] 李迎斋,陈学军,聂士峰,等. 颜面部外伤急诊美容整形修复的原则[J]. 中华医学美容杂志,2005,11(2):96.

## Analysis of 160 cases of emergency repaired facial trauma

CHEN Yan

(Dalian Medical University, Dalian 116027, China)

**Abstract:** [Objective] Compare the results of facial trauma emergency repaired by plastic surgical method with common method [Method] From 2003, 160 cases of patients with facial trauma adopts plastic surgical repair and common repair, comparing by divided into two groups, analyzing the results. [Results] The treatment results of the two groups shows marked difference. ( $P < 0.05$ ). In plastic surgical repair group, all wounds were healed at I stage except some cases with large skin and soft tissue defect which healed after II stage repair, with no infection and the scar left was slim. By 0.5~2 years follow-up after debridement, the healed wounds have no hypertrophy, no scar atrophy, no deformity caused by adjacent organ translocating. [Conclusion] The result of plastic surgical repair is better than common repair when facial trauma is emergency managed. Using plastic surgery techniques can recover the facial appearance to the large extent. And it can avoid or decrease the second plastic surgical repair.

**Key words:** facial trauma; emergency; plastic surgical repair.