

带血管蒂的筋膜岛状皮瓣修复四肢软组织缺损

彭俊良

(昆明市第一人民医院, 云南 昆明 650011)

我院利用四肢五个不同部位的带血管蒂的筋膜岛状皮瓣修复附近软组织缺损 108 例, 取得满意疗效, 现报导如下。

1 临床资料

本组 108 例, 男 84 例, 女 24 例。年龄 12 岁~52 岁, 平均 26.4 岁。上肢 40 例, 下肢 68 例。急性损伤清创术后软组织缺损, 一期皮瓣转移修复 42 例, 延期皮瓣修复 20 例, 慢性溃疡切除术后皮肤缺损骨质外露 32 例, 瘢痕挛缩影响关节功能或慢性骨髓炎窦道形成切除术后皮肤缺损 14 例。髂腹股沟带血管蒂的筋膜岛状皮瓣 40 例, 食指近节背侧带血管蒂的筋膜岛状皮瓣 22 例, 足弓内侧带血管蒂的筋膜岛状皮瓣 22 例, 前臂逆引带血管蒂的筋膜岛状皮瓣 14 例, 足背带血管蒂的筋膜岛状皮瓣 10 例。最大皮瓣 16cm × 8cm, 最小皮瓣 2.5cm × 1.5cm。

2 治疗结果

108 例带血管蒂的筋膜岛状皮瓣转移修复四肢软组织缺损无一例发生皮瓣全部坏死。发生皮瓣远端部分坏死 5 例, 经换药后愈合 3 例, 2 例游离植皮愈合。皮瓣下血肿感染 5 例, 经拆除部分缝线, 彻底引流, 加强抗感染, 换药后愈合, 未影响皮瓣的成活。

3 讨论

3.1 皮瓣的设计 皮瓣的选择原则应按皮片、邻近皮瓣、远位皮瓣的顺序和根据手术简单易行, 成活率高, 修复后效果满意, 功能恢复好, 痛苦小, 损伤少, 治疗时间短, 病人经济负担不大进行选择, 而带血管蒂的筋膜岛状皮瓣是符合这些原则较好的方法之一。皮瓣的设计首先应根据创面准确的形状和

大小, 以及供养皮瓣血供的血管蒂的体表位置和行走的体表投影, 主管管供养皮肤血运的范围来设计。

3.2 注意事项 带血管蒂的筋膜岛状皮瓣虽有知名动脉作为皮瓣的血供, 皮瓣成活率高, 抗感染力强, 但术中需注意: ①受区的准备。特别是慢性感染或有窦道形成的创面, 需彻底病灶清除, 包括切除窦道死骨、炎性肉芽组织及周围的瘢痕组织, 然后用双氧水和大量的生理盐水冲洗, 1/1000 新洁尔灭浸泡创面 5~10 分钟, 使受区成为一个相对健康无菌的创面。而新鲜创面应彻底去除污物、失活组织, 彻底止血, 防止皮瓣下血肿及感染。本组术后 8 例感染, 其中慢性感染伤口 5 例, 新鲜创伤 3 例, 就是受区准备不完善及止血不彻底发出皮瓣下血肿所致。②皮瓣的切取。首先是保护皮瓣的营养血管不受损伤是切取皮瓣的关键, 因此不管顺行或逆行切取皮瓣时, 不能损伤皮瓣血供的知名动脉及发出的细小皮动脉, 应先将血管蒂显露, 其周围的深筋膜尽量多保留, 然后在血管走行两侧将皮瓣从深筋膜的深面掀起, 并将筋膜和皮瓣下固定数针, 防止筋膜和皮瓣分离。皮瓣切取到远侧时, 将血管阻断, 观察皮瓣血供良好后, 才能结扎切断。③皮瓣转移时可行敞开或皮下隧道转移, 应避免血管受压, 张力过大或扭曲, 旋转角不宜过小, 防止血管蒂折屈。本组有 4 例术后皮瓣血供稍差, 皮瓣轻度发紫。我们考虑有以下因素: ①血管蒂偏短, 造成蒂部张力过大。②血管蒂旋转角度过小, 特别是逆行皮瓣易造成血管折曲。③皮瓣过小, 缝合时张力加大, 毛细血管血供不足。以上均是我们早期应用时经验不足所致, 提出供参考。

(编辑: 李为农)

• 读者 • 作者 • 编者 •

简 讯

2000 年 5 月 2 日~4 日, 中、日、韩骨科会议在上海青松城大酒店召开。本次会议由国际创伤与矫形外科协会(SICOT)主办, 上海长征医院承办, 是 Intercongress SICOT 的第三届代表大会, 有来自国内外的代表近百人, 其中包括日本、韩国、美国、加拿大、丹麦、摩洛哥、印弟安等国家的代表共 48 人, 中国的香港、台湾也派代表参加了会议。在大会开幕式上, 中国的赵定麟教授, 日本的 Kiyoshi Kaneda 及韩国的 Se Il Suk 教授致了开幕词, 总结了该协会前两届大会的召开情况, 并预祝本次大会圆满成功。3 日和 4 日两天大会进行了特别演讲和论文交流, 由 60 多位专家、学者就胸腰椎损伤、脊柱侧弯、髋关节置换术、膝关节造形术、骨折、创伤、股骨头坏死、骨髓炎等方面的问题进行了讨论与探讨, 展示了骨科在基础研究领域的最新成就。大会在友好、热烈的气氛中进行, 会议结束时向论文作者颁发了奖牌。

(连智华文)