

顺行股前外侧岛状瓣的临床应用研究

张功林¹ 葛宝丰¹ 张军华¹ 李兴勇² 王清¹

(1. 兰州军区总医院, 甘肃 兰州 730050; 2. 白银市第二人民医院, 甘肃 白银)

1990 年以来, 我们在应用吻合血管的股前外侧皮瓣移植的基础上, 对大转子和髂部等处软组织缺损, 采用以旋股外动脉降支发出的肌皮动脉穿支, 或肌间隙皮支为血供的股前外侧岛状瓣, 带蒂顺行移植修复, 取得了满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组 14 例, 男 11 例, 女 3 例。年龄: 24~44 岁, 平均 32 岁。顺行股前外侧岛状瓣的类型: 岛状皮瓣 9 例, 肌皮瓣和肌瓣各 2 例, 筋膜瓣 1 例。软组织缺损部位: 髂部 4 例, 大粗隆部 7 例, 坐骨部 1 例, 腹股沟处 2 例。软组织缺损类型: 褥疮 11 例, 外伤性软组织缺损 2 例, 慢性感染死腔 1 例。软组织缺损面积: 8cm × 6cm~8cm × 14cm。切取股前外侧岛状皮瓣的面积, 最大 15cm × 9cm, 最小 9cm × 7cm。供区均行直接缝合。

2 手术方法

取平卧位, 术侧臀部垫一软枕。先行受区清创, 清除坏死组织和皮缘瘢痕。然后, 依受区创面和死腔的大小, 决定是切取皮瓣与肌皮瓣, 还是肌瓣与筋膜瓣。以切取同侧股前外侧岛状皮瓣为例: 从髂前上棘至髌骨外缘连线中点作为供养皮瓣的血管分支穿出点, 为了增加血管蒂的长度, 应将此点设计在皮瓣的中上部, 使皮瓣远端尽量靠向远侧。先切开皮瓣的前缘, 分开股直肌与股外侧肌之间的间隙, 按吻合血管的股前外侧皮瓣切取方法, 解剖和游离旋股外侧血管降支及供给皮瓣的血管穿支。要确保血管穿支在皮瓣的中上部, 如血管穿支的位置有变异, 应依血管穿支的位置高低, 适当调整皮瓣位置后, 再切开皮瓣的后缘和上、下端。将阔筋膜一起切取, 并与皮缘间断缝合固定, 以防在皮瓣转移过程中, 损伤供给皮瓣的血管穿支。皮瓣的血管蒂应一直游离至旋股外侧血管主干处, 检查皮瓣血运良好, 血管蒂长度游离适宜后, 可经隧道将皮瓣顺行转移至受区, 修复软组织缺损创面, 供区直接缝合, 若有张力应行部分游离植皮。若受区需充填死腔, 切取皮瓣时, 可连带部分股外侧肌, 形成肌皮瓣, 仅切取部分股外侧肌或阔筋膜时, 则为肌瓣或筋膜瓣。

3 治疗结果

随访 1~5 年, 平均 2.5 年, 供区愈合良好, 受区外形、质地及厚薄均较满意。除 1 例皮缘表浅感染, 1 例植皮部分坏死, 经短期换药愈合外, 其余病例术后岛状瓣全部成活, 取得了满意的效果。

4 讨论

利用旋股外侧动脉降支的肌皮动脉穿支或肌间隙皮支为其血供的股前外侧皮瓣, 具有解剖标志清楚、血管蒂长、口径粗、解剖变异少以及切取容易和供区较隐蔽等优点, 是股部较为理想的皮瓣供区^[1, 2]。吻合血管移植, 适宜修复四肢的软组织缺损, 可作为皮瓣、肌皮瓣、肌瓣和筋膜瓣切取。逆行带

蒂旋转移植可修复膝关节周围软组织缺损^[3]。

对于岛状瓣类型的选择, 我们认为: 主要取决于受区的情况, 受区软组织缺损, 无死腔形成时, 可选用岛状皮瓣; 有死腔时, 则应选用肌皮瓣; 受区皮肤缺损小而死腔大时, 多选肌瓣用于死腔的充填; 受区宜用较薄组织修复时, 可选用筋膜瓣联合游离植皮, 修复后的外形较好, 无需再行二期皮瓣修薄术。由于不切取股外侧肌, 对供区的损伤较小^[4, 5], 手术相对简单。

实验结果表明: 肌皮瓣的抗感染作用明显地优于筋膜皮瓣和传统的随意型皮瓣, 应用肌皮瓣修复创面和充填病灶清除术后的死腔, 可明显地改善局部血循环, 使病灶区得到充足的血流灌注, 改善组织缺血缺氧状态。局部血循环改善后, 病灶内的抗生素浓度也易于达到有效的杀菌浓度^[6-8]。由于肌瓣或肌皮瓣的抗感染能力较强, 因而, 对受区有感染的创面多可选用。应用肌瓣充填死腔, 可以较为彻底地清除病灶, 一期修复创面, 消灭死腔, 大大缩短了疗程。由于血供丰富, 也易于与受区愈合。

术中操作时, 注意保护好血管蒂, 勿使其有张力或锐性成角, 隧道要够宽, 勿使蒂部受压等措施, 对手术的成功很重要。设计皮瓣时, 应尽量向远侧以及将血管蒂游离至旋股外侧血管主干处, 可增加血管蒂的长度。宽度超过 9cm 时, 供区直接缝合多有困难, 需行部分游离植皮。行两侧皮缘纵向多排打孔减张后, 多可顺利缝合, 或能缩小需植皮的范围。

参考文献

- [1] 徐达传, 钟世镇, 刘牧之, 等. 股前外侧皮瓣的解剖学. 临床应用解剖学杂志, 1984, 2(3): 158.
- [2] 张功林, 葛宝丰, 姜世平, 等. 股前外侧皮瓣的临床应用和改进. 中华整形烧伤外科杂志, 1989, 5(4): 269.
- [3] 张功林, 葛宝丰, 姜世平, 等. 逆行股前外侧岛状皮瓣或肌皮瓣移植术. 中华医学杂志, 1990, 70(12): 668.
- [4] Jamra FNA, Afeiche N, Sumrani NB, et al. The use of a vastus lateralis muscle flap to repair a gluteal defect. Br J Plast Surg, 1983, 36(3): 319.
- [5] Drimmer MA, Krasna M J. The vastus lateralis myocutaneous flap. Plast Reconstr Surg, 1987, 79(4): 560.
- [6] Mathes SJ, Alpert BS, Chang N, et al. Use of the muscle flap in chronic osteomyelitis: experimental and clinical correlation. Plast Reconstr Surg, 1982, 69(5): 815.
- [7] Chang N, Mathes SJ. Comparison of the effect of bacterial inoculation in musculocutaneous and random pattern flaps. Plast Reconstr Surg, 1982, 70(1): 1.
- [8] Calderon W, Chang N, Mathes SJ, et al. Comparison of the effect of bacterial inoculation in musculocutaneous and fasciocutaneous flaps. Plast Reconstr Surg, 1986, 77(5): 786.

(编辑: 李为农)