

· 创面修复 ·

颈肩峰扩张皮瓣修复颈部瘢痕挛缩

胡春梅 李养群 唐勇 杨喆 赵穆欣 陈文 陈威威 刘媛媛 马宁

目前修复颈部瘢痕及瘢痕挛缩的方法很多^[1-4]。皮肤色泽及质地的近似性及供区继发畸形的严重程度,仍是选择移植组织最困难的问题。2008—2010 年,笔者单位应用颈肩峰扩张皮瓣修复颈部瘢痕挛缩 8 例,效果良好,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 临床资料

本组患者中男 3 例、女 5 例,年龄 16~30(25±3)岁,均为烧伤创面愈合后出现颈部瘢痕挛缩。患者中颈部增生性挛缩瘢痕 5 例,萎缩性挛缩瘢痕 3 例;颈粘连 5 例,下唇颈粘连 3 例。患者颈部后仰及旋转均明显受限。

1.2 治疗方法

1.2.1 扩张器的埋置 患者取平卧位,行局部浸润麻醉,于肩前部作长 7 cm 的手术切口。由深筋膜浅层向颈肩部分离,形成肩部囊腔,前界为锁骨、后界为肩胛冈、外界为肩峰。止血后根据预计切除瘢痕组织面积及挛缩程度,置入 1 个或 2 个容量为 600 或 800 mL 的长方形皮肤扩张器,内置注射壶。置管引流,逐层缝合伤口,经注射壶注入无菌生理盐水 50 mL,常规包扎。术后 14 d 拆线,开始向扩张器中注水,每周 2 次,每次约 50 mL,注水时间为 45~130(85±10)d。获得满意扩张容量后静置扩张 7~10 d。

1.2.2 扩张皮瓣转移修复术 应用左侧颈肩峰扩张皮瓣修复 5 例患者,右侧颈肩峰扩张皮瓣修复 3 例患者。患者取平卧位全身麻醉,沿肩前部原切口切开皮肤、皮下组织,完整取出扩张器,按颈部瘢痕面积制作颈肩峰扩张皮瓣(面积为 22 cm×10 cm~23 cm×16 cm)。扩张皮瓣蒂部位于颈侧或锁骨上区。检查扩张皮瓣血运良好后,切开颈部皮肤、皮下组织,切除颈部瘢痕,松解后创面面积为 14 cm×8 cm~20 cm×16 cm,充分松解瘢痕挛缩,矫正颈部畸形及移位的口角。止血后将颈肩峰扩张皮瓣旋转至颈部创面,逐层缝合。放置负压引流管,加压包扎。供瓣区直接拉拢缝合或移植游离皮片覆盖。术后 7~10 d 拆线。

2 结果

术后皮瓣全部成活,色泽正常。术后 3 个月~2 年随访,

患者皮瓣色泽与面部相近,弹性良好,颈部外形及功能均恢复良好。

典型病例:患者女,16 岁,幼年时颈部及右肩部烧伤,曾于当地医院行右侧颈肩部游离植皮术,创面愈合后颈部、右侧肩部及颈部遗留大面积瘢痕。瘢痕形成 13 年收入笔者单位治疗。查体:右侧颈、肩部植皮区后缘遗留纵行条索状瘢痕。颈部可见横行蹼状瘢痕,范围约 14 cm×4 cm,无色素脱失。颈部受牵拉,下唇轻度外翻,颌颈角消失,颈部后仰及旋转受限,下唇前庭沟尚在,能闭口,诊断为 II 度颈部瘢痕挛缩。拟应用左颈肩峰扩张皮瓣修复颈颈部瘢痕。局部浸润麻醉下,于肩前部沿深筋膜浅层向颈肩部分离囊腔,止血后放置 1 个 800 mL 扩张器(图 1)。术后 14 d 拆线并开始注水,130 d 时共注水 960 mL。取出扩张器,切取扩张皮肤形成左颈肩峰皮瓣。切除颈颈部瘢痕,松解颈部瘢痕挛缩。将皮瓣移位至颈颈部,创面缝合,供区游离植皮。术后皮瓣、皮片成活良好。随访 6 个月,皮瓣质地、色泽与颈部接近,厚度适中,面部器官复位满意,重建颈部功能。见图 2。

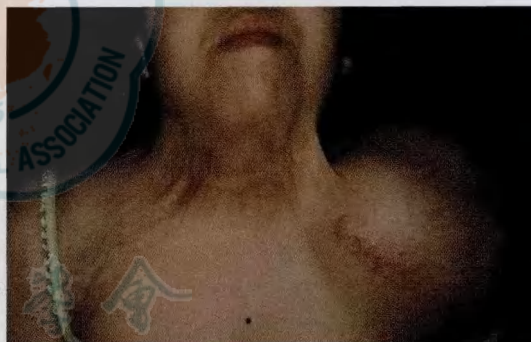


图 1 术前患者颈颈部瘢痕挛缩,于左肩峰处理植扩张器

3 讨论

3.1 颈部瘢痕的手术方法选择

修复颈部瘢痕挛缩畸形的的方法较多^[5-9];游离皮片移植后的挛缩及色泽改变不能令人满意;远位游离皮瓣移植最常用,但远位供区真皮较厚,与颈部组织质量相差较远,术后形



图 2 图 1 患者术后随访 6 个月,左颈肩峰扩张皮瓣质地、色泽与颈部接近。a. 正位;b. 左侧位;c. 右侧位

DOI:10.3760/ema.j.issn.1009-2587.2011.04.009

作者单位:100144 北京,中国医学科学院北京协和医学院整形外科医院整形二科

通信作者:李养群,Email:lxwan@public3.bta.net.cn,电话:13501210314

态仍有明显差异。传统的颈肩峰皮瓣修复颈部瘢痕挛缩已有报道^[10-11],因供区面积不足而应用受到限制。扩张后的颈肩峰皮瓣血运丰富,明显变薄,移位至颈部后色泽良好,皮瓣面积明显增大,可以提供宽为 15 cm 的扩张皮瓣,供区仍可直接缝合或游离植皮;两侧扩张皮瓣同时应用时,可满足修复全颈部及部分胸前皮肤缺损的需要;继发瘢痕及畸形均隐蔽且面积较小。该皮瓣是修复颈部瘢痕挛缩畸形、软组织缺损的较好选择,皮肤软组织扩张后需再次手术治疗,时间偏长是其不足。

3.2 颈肩峰皮瓣解剖学基础

颈肩峰皮瓣系从颈根部延伸到肩部,前界为锁骨、后界为肩胛冈、外界为肩峰。该皮瓣血供非常丰富,来源于肌皮动脉缘支、肌皮动脉穿支和少量直接皮动脉,虽无轴型血管贯穿整个皮瓣,但颈肩峰区真皮下血管网非常丰富。在颈肩峰的真皮下层,有数条吻合交通支,相当于一轴型动脉。颈肩峰区静脉回流主要以肌皮动脉缘支和穿支的伴行静脉为主要途径^[12]。

颈肩峰扩张皮瓣蒂部位于颈侧,可包含颈侧的颈横血管浅皮支或锁骨上区的胸肩峰血管浅支,血流压力大,真皮下血管网层吻合稠密,血液在灌注压的推动下可从蒂部通过这一血管网流向皮瓣远端,掀起移植皮瓣后其远端及边缘存在明显出血。为保证皮瓣的良好血供,蒂部可包含胸肩峰血管浅皮支或颈横血管浅皮支任意一支。

3.3 颈肩峰扩张皮瓣手术注意事项

颈肩部扩张器置入应严格按照颈肩峰皮瓣解剖位置,其分离层次为深筋膜浅层,内侧距颈根部 2~3 cm,保持颈根部的深筋膜与皮下组织连接,有效完整保留皮瓣内浅静脉分支及颈横血管浅皮支,确保皮瓣成活良好^[13-14]。术中宜轻柔操作,分离至深筋膜浅层后,应于潜在层次内钝性分离,避免暴力或锐性分离损伤局部血管神经。术区加压包扎时注意保护蒂部不受压,皮瓣远端可保持一定压力,以利于皮瓣动脉血供及皮瓣静脉回流。

参考文献

[1] 杨喆,李养群,周传德,等. 上臂内侧扩张皮瓣修复面颈部瘢痕. 中国修复重建外科杂志, 2008, 22(3): 328-331.

[2] Xianjie M, Zheng Y, Ai Y, et al. Repair of faciocervical scars by expanded deltopectoral flap. *Ann Plast Surg*, 2008, 61(1): 56-60.

[3] 郑行跃,薛志强,王佳琦,等. 应用巨型扩张的斜方肌肌皮瓣修复儿童颈部重度瘢痕挛缩畸形. *中华整形外科杂志*, 2007, 23(3): 196-198.

[4] Ogawa R, Murakami M, Vinh VQ, et al. Clinical and anatomical study of superficial cervical artery flaps: retrospective study of reconstructions with 41 flaps and the feasibility of harvesting them as perforator flaps. *Plast Reconstr Surg*, 2006, 118(1): 95-101.

[5] Hartman EH, Van Damme PA, Suominen SH. The use of the pedicled supraclavicular flap in noma reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2006, 118(1): 270-271.

[6] Heitland AS, Pallua N. The single and double-folded supraclavicular island flap as a new therapy option in the treatment of large facial defects in noma patients. *Plast Reconstr Surg*, 2005, 115(6): 1591-1596.

[7] Rashid M, Zia-Ul-Islam M, Sarwar SU, et al. The 'expansile' supraclavicular artery flap for release of post-burn neck contractures. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006, 59(10): 1094-1101.

[8] Haas F, Weiglein A, Schwarzl F, et al. The lower trapezius musculocutaneous flap from pedicled to free flap: anatomical basis and clinical applications based on the dorsal scapular artery. *Plast Reconstr Surg*, 2004, 113(6): 1580-1590.

[9] Chin T, Ogawa R, Murakami M, et al. An anatomical study and clinical cases of 'super-thin flaps' with transverse cervical perforator. *Br J Plast Surg*, 2005, 58(4): 550-555.

[10] 殷国前,廖明德,陈石海,等. 扩张后颈肩皮瓣修复颈部烧伤瘢痕挛缩. *中国实用美容整形外科杂志*, 2005, 16(5): 278-279.

[11] 刘洪琪,邢同义,姜孟臣,等. 预扩张颈肩峰或颈肩胛部皮瓣修复颈部瘢痕挛缩. *武警医学院学报*, 2007, 16(3): 233-234.

[12] 陈伯华,徐达传,司徒朴. 颈肩部真皮下血管网皮瓣的解剖学基础. *中国临床解剖学杂志*, 1993, 11(4): 245-248.

[13] Cunha MS, Nakamoto HA, Herson MR, et al. Tissue expander complications in plastic surgery: a 10-year experience. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 2002, 57(3): 93-97.

[14] Chan WY, Akhtar S, Phipps AR, et al. Striae distensae in tissue expanded skin in the upper arm. *Ann Plast Surg*, 2006, 57(2): 240-241.

(收稿日期:2010-10-21)
(本文编辑:莫愚)

应用生物膜修复患者小面积深 II 度烧伤创面

李虹 钟宇 陈大夫 罗鹏 张定敏

深 II 度烧伤创面的处理是目前烧伤治疗研究的重要内容之一。临床上面部、颈部、胸部、双手等部位烧伤后,若处理不当常导致瘢痕增生或瘢痕挛缩,出现功能障碍。过去观点认为,应尽可能为创面提供一个干燥环境,减少感染机会,

以利于创面愈合。但近年研究表明,在湿润环境中创面愈合速度明显加快^[1]。笔者单位采用无菌生物膜[商品名为得膜健,国食药监械(准)字 2009 第 3640426 号,广东冠昊生物科技股份有限公司]包扎修复 50 例深度烧伤患者创面,效果良好,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 临床资料

选择笔者单位 2009 年 1—12 月收治住院的中小面积深

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2011.04.010

基金项目:四川省卫生厅科研项目(080022)

作者单位:610017 成都市第二人民医院烧伤整形科

通信作者:钟宇, Email: zyby3636@163.com, 电话: 028-

86621522-6111