

· 创面修复 ·

胸部双叶皮瓣修复颈部严重瘢痕挛缩 21 例

陶宏军 刘华 汪洋

颈部瘢痕挛缩严重影响患者外貌及功能,同时给患者带来极大痛苦和精神压力;在修复颈部瘢痕时往往会造成新的继发性创伤,使供区形成瘢痕或形态功能遭到一定程度破坏。因此在探讨颈部瘢痕最佳修复方式的同时,尽量避免或减少对供区形态功能的影响同样重要。2003—2010 年,笔者应用胸部双叶皮瓣治疗颈部严重瘢痕挛缩患者 21 例,现报告如下。

1 临床资料

烧伤后颈部瘢痕挛缩患者 21 例,其中男 9 例、女 12 例,年龄 2~46 岁。按照颈部瘢痕挛缩分度标准^[1]划分为:Ⅱ度 9 例、Ⅲ度 7 例、Ⅳ度 5 例。

2 手术方法

对患者施行全身麻醉及气管插管,松解切除颈部瘢痕后,均存在颈前区皮肤缺失,其中 9 例伴下颌部皮肤不同程度缺失,5 例伴胸前区部分皮肤缺失,创面面积为 10 cm × 8 cm ~ 18 cm × 17 cm。

(1)5 例患者于锁骨前胸部区域预先埋置 300~500 mL 扩张器,1 周后按常规注水扩张,40~50 d 后行扩张皮瓣移植术。手术时因其颈部瘢痕挛缩严重,行全身麻醉气管插管较为困难,先于局部麻醉下行颈部瘢痕彻底松解术,再行气管插管。设计大于颈部创面约 20% 的锁骨前胸扩张皮瓣,长宽比例为 3.0:1.0,随后按照双叶皮瓣设计原理^[2],于同侧的侧胸部再设计一皮瓣,共同组合成双叶皮瓣。侧胸部皮瓣面积比锁骨前胸扩张皮瓣小 30%~50%,蒂部在腋窝,长宽比例(2.0~2.5):1.0。游离锁骨前胸扩张皮瓣旋转覆盖颈前区创面,侧胸部皮瓣旋转覆盖锁骨前胸部创面,侧胸部创面直接拉拢缝合。(2)16 例患者锁骨前胸部未预先埋置扩张器,手术时直接切取该部位皮瓣及侧胸部皮瓣(比锁骨前胸皮瓣面积约小 30%)组成双叶皮瓣修复颈部缺损区。

本组锁骨前胸皮瓣面积 11 cm × 5 cm ~ 18 cm × 6 cm,侧胸部皮瓣面积 10 cm × 5 cm ~ 15 cm × 6 cm。9 例下颌部创面中有 6 例用对侧颈侧皮瓣覆盖,另 3 例下颌部创面和 5 例胸前区创面行自体皮移植。

3 结果

本组患者术后皮瓣全部成活,部分患者患侧靠近腋窝处有一小“猫耳朵”形成,3 个月后明显缩小。患者颈部、锁骨前胸部皮瓣颜色及质地与邻近皮肤相似。女性患者胸部乳房两侧对称,患侧无明显移位。随访 3~36 个月,患者术区外形满意,颈部瘢痕挛缩无复发。

典型病例:患儿男,3 岁,因颈部烧伤后瘢痕挛缩 1 年入院。诊断:颈部瘢痕挛缩,Ⅱ度(图 1a)。入院后在全身麻醉气管插管下行瘢痕松解及皮瓣移植术:先切除瘢痕,根据颈部创面大小设计锁骨前胸皮瓣,在同侧侧胸部按双叶皮瓣设计原理设计一皮瓣与之组合成双叶皮瓣(图 1b)。用锁骨前胸皮瓣覆盖颈部创面,同侧侧胸部皮瓣覆盖锁骨前胸皮瓣供区创面,侧胸部供区创面直接拉拢缝合(图 1c)。术后皮瓣成活良好(图 1d),伤后 12 d 患儿痊愈出院。

4 讨论

颈部严重瘢痕松解后往往导致颈前区皮肤全部缺失,创面面积大。常规颈部创面修复方式有植皮、局部皮瓣转移、颈胸部皮肤软组织扩张术、游离皮瓣移植术等。皮瓣移植是修复颈部创面的首选方法^[3]。该法具有操作简单,移植皮肤质地、色泽、感觉、结构及功能与受区接近,用较隐蔽部位皮肤修复较暴露部位创面等特点^[4]。故笔者考虑利用胸部邻位皮瓣修复颈前部大面积皮肤缺损。

修复颈部严重瘢痕挛缩时,在靠近颈前区的胸部邻位皮瓣中锁骨前胸皮瓣最为常用^[5],它游离范围大,血供丰富,常能覆盖整个颈前区。用该皮瓣修复后遗留的供区创面,往往



图 1 胸部双叶皮瓣修复患儿颈部严重瘢痕挛缩。a. 颈部Ⅱ度瘢痕挛缩;b. 切除松解颈部挛缩瘢痕,设计锁骨前胸-同侧侧胸部双叶皮瓣;c. 双叶皮瓣转移覆盖创面,侧胸部供区直接拉拢缝合;d. 术后 8 d 拆线,皮瓣全部成活

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2011.04.011

作者单位:404000 重庆三峡中心医院烧伤整形科

通信作者:汪洋,Email:kanddy@163.com,电话:023-58556275

只能通过植皮或者利用皮肤软组织扩张术行局部直接拉拢缝合。这 2 种供区处理方法各有其不足:(1)前胸部植皮术后局部凹陷,移植皮肤与周围皮肤在颜色和质地上不一致,严重影响外观;(2)移植皮片收缩后向下牵拉会导致颈部瘢痕挛缩部分复发;(3)皮肤软组织扩张术可使锁骨前胸部皮肤有一定程度的“增加”,但供区直接拉拢缝合后因皮肤存在一定张力,后期会产生一定牵拉作用,且扩张皮肤往往在术后缓慢回缩,也可导致颈部瘢痕挛缩部分复发。而采用同侧侧胸部皮瓣与锁骨前胸皮瓣组合成双叶皮瓣,既满足了“供区与受区皮肤颜色、质地相似”的要求,也可将侧胸部隐蔽、松弛的“多余”皮肤转移到锁骨前胸皮瓣供区,有效缓解了该部位皮肤张力,对预防颈部瘢痕挛缩复发有较好作用。侧胸部供区创面可直接缝合,不需植皮,术后瘢痕较隐蔽,外观不会受到较大影响。侧胸部皮瓣长宽比例以 2.5:1.0 为宜,蒂部太宽不利于向胸部转移;如长宽比为 3.0:1.0,皮瓣远端易出现部分坏死,在腋窝处也易形成“猫耳朵”,早期对腋窝形态有一定影响,但后期会有明显改善。

本文介绍的双叶皮瓣适用于Ⅱ、Ⅲ度颈部瘢痕挛缩病例,特别适合要求一次性手术完成修复的患者。对于Ⅳ度颈

部瘢痕病例,由于颈部皮肤缺失面积大,前胸部往往有不同程度的瘢痕,所以应慎重选择。前胸部和侧胸部有瘢痕的患者不适合采用此法。本术式能较好地修复颈前区创面,但对同时伴有下颌部皮肤缺损的创面而言,皮瓣大小受到限制,也很难形成明显的颌颈角。对此作者采用下颌部植皮或在侧对侧加一颈侧皮瓣的方法予以弥补,效果较好。

参考文献

- [1] 黄跃生. 烧伤科特色治疗技术. 北京:科学技术文献出版社, 2004:453.
- [2] 王伟. 整形外科学. 杭州:浙江科学技术出版社,1999:110.
- [3] 宋慧锋,柴家科,柳春明,等. 胸部多源血供皮瓣在颌颈部组织缺损或畸形修复中的应用. 中华烧伤杂志,2009,25(1):15-17.
- [4] 杨志明,温玉明. 带血管蒂组织瓣移位手术学. 成都:四川科学技术出版社,2005:19-20.
- [5] 黎鳌. 黎鳌烧伤学. 上海:上海科学技术出版社,2001:724-725.

(收稿日期:2011-02-14)

(本文编辑:罗勤)

治疗多发难治性压疮 12 例

梁尊鸿 潘云川 徐家钦 王君

1 临床资料

2005 年 1 月—2010 年 12 月,笔者单位救治 12 例多发难治性压疮患者,其中男 10 例、女 2 例,年龄 22~56 岁。患者中外伤性截瘫 9 例、脑血管意外后遗症 2 例、脊髓肿瘤术后 1 例,其中合并低蛋白血症 9 例、贫血 7 例、发热 4 例。致伤部位:骶部并双坐骨结节压疮 3 例,骶部并单侧坐骨结节压疮 3 例,骶部并单股骨大粗隆压疮 2 例,骶部并双股骨大粗隆压疮 2 例,骶部并双髂前上棘、双侧足踝部压疮 2 例;其中Ⅲ度压疮 19 处、Ⅳ度压疮 14 处。压疮形成时间为 7 个月~18 年。

2 治疗方法

2.1 全身治疗

营养支持以口服肠内营养素为主;对进食困难者给予静脉营养,输入人血白蛋白及红细胞悬液纠正低蛋白血症及贫血。合并高血压、糖尿病者控制血压、血糖;应用抗生素抗感染,并根据创面分泌物培养结果作相应调整。

2.2 创面准备

对于创面不深、基底坏死且分泌物不多的Ⅲ度压疮,给予清创、碘伏换药;对潜腔较深、口小底大、坏死组织较多的Ⅳ度压疮给予 1 次或多次清创术,操作时尽量清除坏死组

织、瘢痕组织、死骨、滑膜囊及病灶;对于感染严重、多个相互贯通、引流不畅或清创后不具备Ⅰ期修复条件的压疮,应用 VSD 治疗。治疗前去除明显坏死组织,根据创腔大小及形状,将聚乙烯醇泡沫敷料(山东威高集团医用高分子制品股份有限公司)修剪成创面或创腔形状,完全堵塞创腔,以半透生物膜(英国施乐辉有限公司)封闭,连接泡沫敷料的硅胶管及专用负压吸引装置,调节负压为 -16.625 kPa,保持管道畅通,24 h 持续吸引,待无明显渗液吸出时去除装置。

2.3 压疮修复

修复方法包括移植局部旋转皮瓣、穿支皮瓣及肌皮瓣,植皮及拉拢缝合。1 例患者截瘫后骶部并右股骨大粗隆巨大压疮,股骨头全部悬空且骨坏死,无法保留,行大腿下部截肢,应用剔骨皮瓣翻转修复。

2.4 术后处理

患者卧气流悬浮床,给予必要的制动和镇痛处理,保持皮肤清洁,加强护理翻身及大小便管理,避免手术部位受压,创面行 VSD 治疗者保持引流通畅。

3 结果

患者全身情况均改善,贫血及低蛋白血症均纠正,33 处压疮基本愈合。压疮Ⅰ期修复 14 处;延迟修复 19 处,其中 1 处缝合修复的压疮创面因受压裂开,再次手术缝合修复。患者出院后随访 3 个月~2 年,其中 2 处植皮部位压疮因受压复发,其余部位未复发。