规的脐旁皮瓣设计方法[6]，同时兼顾皮瓣转移后供瓣区的直接缝合。在皮瓣形成过程中，越过腹直肌外缘后应对脐旁穿支给予足够的保护，只有在看清穿支血管后才可行蒂部分离，从而形成岛状皮瓣。皮瓣形成后往往需旋转 90°～145°以覆盖创面，在旋转过程中应注意不能对蒂部血管有过多的牵拉。

事实表明，通过对上腹部皮肤组织的充分动员，可以很好地修复下腹部的继发创面，从而保证在腹中线及脐部无明显移位的情况下，较好地修复腹部的整体外形，同时因为伤口张力减小，也将切口线瘢痕控制在较为满意的范围内。

参考文献

[1] 韩军涛，谢松涛，陶克，等. 旋髂浅动脉岛状分叶皮瓣在修复下腹部及会阴区瘢痕挛缩 22 例. 中华烧伤杂志，2012，28(2)：153-154.

[2] 刘刚义，张西翠，席志峰，等. 旋髂浅动脉分叶皮瓣修复多指软组织缺损. 实用手外科杂志，2008，22(3)：184，192.

[3] Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T, et al. Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. Plast Reconstr Surg, 2004, 113(1): 233-240.

[4] 赵永健，刘群，冯世海. 应用窄蒂脐旁皮瓣修复手部重度热压伤. 中国修复重建外科杂志，2006，20(7)：772.

[5] Urushidate S, Yotsuyanagi T, Yamauchi M, et al. Modified thin abdominal wall flap (glove flap) for the treatment of acute burns to the hands and fingers. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010, 63(4): 693-699.

[6] 侯春林. 带血管蒂组织瓣移位手术图解. 上海：上海科学技术出版社，1992：60-61.

（收稿日期：2012-09-21）
（本文编辑：梁光萍）

·科技快讯·

大面积烧伤患者中蛋白尿与急性肾损伤的相关性分析

蛋白尿是烧伤患者常见的并发症，可能与急性肾损伤和不良预后相关。研究者报道了烧伤后蛋白尿的发病率、发病特征和转归，并对蛋白尿的危险因素与急性肾损伤的关系及其对预后的影响进行了分析。研究对象为第三军医大学西南医院全军烧伤研究所 2006—2010 年收治的住院患者。蛋白尿的诊断根据尿常规检测结果分为阴性、阳性或强阳性；急性肾损伤的诊断和分级采用肾损伤风险期、损伤期、衰竭期、失功能期和终末期标准。2497 例烧伤患者符合纳入标准，其中 865 例(34.64%)并发蛋白尿。在 396 例大面积(大于 30% TBSA)烧伤患者中，271 例并发蛋白尿，152 例并发急性肾损伤。值得注意的是，蛋白尿阴性的患者中无一例发生急性肾损伤。蛋白尿阴性、阳性和强阳性的患者，在 ICU 住院期间的病死率分别为 0.80%、16.67% 和 30.77%（$P<0.001$）。回归分析显示，大面积烧伤患者蛋白尿（优势比为 4.48，95% 置信区间为 2.824～7.108，$P<0.001$）和序贯性器官功能衰竭评分（优势比为 1.38，95% 置信区间为 1.267～1.509，$P<0.001$）是烧伤后并发急性肾损害的危险因素。综上所述，蛋白尿是大面积烧伤患者常见的并发症。与非蛋白尿患者相比，蛋白尿患者在急性肾损伤发病率和 ICU 期间病死率上均有显著差异。本研究提示在大面积烧伤患者中，蛋白尿可作为并发急性肾损伤的预警指标，并提示不良预后。

胡炯宇，编译自《Critic Care》，2012，16(5)：R172；黄跃生，审校

急性肾损伤网络标准在烧伤中的应用

急性肾损伤网络（AKIN）标准是 2007 年在肾损伤风险期、损伤期、衰竭期、失功能期和终末期（RIFLE）标准的基础上进行修订，用以诊断急性肾损伤并对其进行分级的新标准。AKIN 标准规定血清肌酐绝对值在 48 h 内改变大于 3 mg/L 应诊断为急性肾损伤。本研究分别应用 AKIN 标准和 RIFLE 标准对烧伤后急性肾损伤进行诊断和分级，并比较应用 2 种标准进行诊断对肾损伤的发病率、临床分期与病死率影响的异同。研究采用回顾性分析，纳入病例包括 2003 年 6 月—2008 年 12 月收入作者所在烧伤中心且住院时间不少于 24 h 的烧伤患者。每例患者由 3 位医师分别根据 AKIN 标准和 RIFLE 标准进行诊断和分级，采用单因素和多因素方差分析研究急性肾损伤对病死率的影响。符合纳入标准的共有 1973 例患者，年龄（36±16）岁、烧伤总面积（16±18）% TBSA、损伤程度评分（10±12）分，吸入性损伤患者比例 13%。采用 AKIN 标准进行诊断时，急性肾损伤的发病率为 33%，而采用 RIFLE 标准进行诊断时发病率是 24%，病死率则分别为 21% 和 25%。在符合 AKIN 标准Ⅰ期诊断标准的 434 例患者中，180 例（41%）不符合 RIFLE 标准中急性肾损伤的诊断标准。而这 180 例患者，与其他未出现急性肾损伤的患者相比，病死率增加了约 8 倍（优势比为 7.8，95% 置信区间为 3.7～16.2，$P<0.001$）。在判断住院期间病死率时，采用 AKIN 标准时的受试者操作特性曲线下面积为 0.877（95% 置信区间为 0.848～0.906），显著高于采用 RIFLE 标准时的 0.838（95% 置信区间为 0.801～0.874，$P=0.0007$）。以 RIFLE 标准漏诊，而以 AKIN 标准诊断为急性肾损害的烧伤患者是一个重要群体。基于本研究，在上述群体中，AKIN 标准比 RIFLE 标准更精确，且更能预测死亡。但这一观点需要前瞻性研究进行验证。

何婷，编译自《J Burn Care Res》，2012，33(4)：483-490；黄跃生，审校

版权所有 违者必究
Q2xvdWRWZXJzaW9uLQo?