

· 抗震救灾 ·

一次性修复巨大软组织缺损并骨外露创面一例

袁志强 彭毅志 周军利

患者女, 34 岁, 2008 年 5 月 12 日在汶川地震中左下肢被重物压砸并掩埋。5 月 16 日(掩埋 98 h 后)被救出, 并送至当地医院行切开减压术, 后左下肢感染坏死。5 月 19 日转至绵阳市某医院, 诊断为“挤压综合征、左下肢缺血性坏死”, 立即行左髋关节离断术。再转至荣昌县某医院治疗, 截肢残端有大量脓性分泌物渗出, 诊断为“左髋关节离断术后皮肤坏死伴感染”。入院 1 d 后转至重庆市某医院, 接诊时患者截肢残端肿胀明显, 张力高, 有大量脓性分泌物渗出。立即拆除残端缝线, 清理出大量坏死肌肉组织。创面情况仍无好转, 软组织坏死区域进一步扩大, 左髋部大部分骨质外露。6 月 6 日创面出血约 2000 mL, 6 月 13 日创面出血 2 次约 800 mL。至此, 已经累计为患者静脉补充红细胞 5600 mL、血浆 8600 mL。6 月 14 日凌晨 3 时转入笔者单位。

患者意识清楚, 体温 36.3 °C, 脉搏 107 次/min, 血压 142/94 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 呼吸 21 次/min, 体质量 45 kg。血常规: 白细胞为 $4.3 \times 10^9/L$, 红细胞为 $3.95 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 12.1 g/L, 血细胞比容 0.34。患者左下肢自髋关节以远已截肢, 左侧髋部大部分髌骨、髌臼及部分耻骨外露, 表面发黑附有坏死组织, 创面面积约 34 cm × 29 cm (图 1); 左侧臀部及侧腹部皮肤坏死, 肌肉大范围缺失; 创面基底为粉红色肉芽组织, 部分可随呼吸波动, 伴较多脓性分泌物, 恶臭弥散至全病区; 会阴部大、小阴唇皮肤坏死; 右侧髌前上棘及大腿内侧部分皮肤坏死; 肛门括约肌正常。螺旋 CT(三维重建)提示: 患者左髋关节离断, 左髋骨骨质破坏, 左侧耻骨联合处不规则缺损, 左侧髌窝处软组织密度增高影, 左侧臀部肌肉不规则缺损。见图 2。



图 1 患者左髋部、会阴部巨大软组织缺损并骨外露。a. 患者腹部、髋部正面观; b. 创面局部

患者入院后给予重症监护, 加强创面换药, 尽快控制局部感染; 全身应用亚胺培南/西司他丁和替硝唑抗感染; 加强营养。组织全科及全院会诊, 认为面临的主要问题是: (1) 创面严重感染, 极有可能向盆腔扩散; (2) 随时有股动脉、髌外动脉及其分支破裂发生大出血的危险; (3) 一次性封闭创面难度极大。

作者单位: 400038 重庆, 第三军医大学西南医院全军烧伤研究所, 创伤、烧伤与复合伤国家重点实验室

通讯作者: 彭毅志, Email: yizhipen@sina.com, 电话: 023-68754175

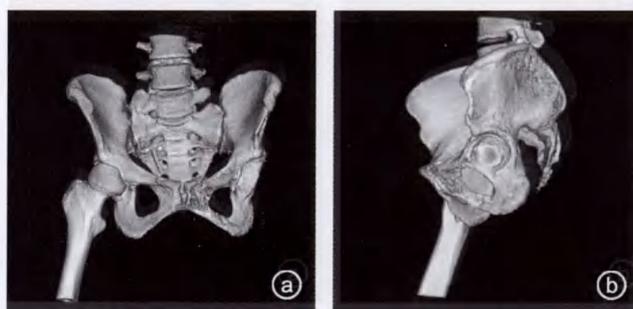


图 2 螺旋 CT 三维重建图提示患者左髋关节离断, 左髋骨骨质破坏, 左侧耻骨联合处有不规则缺损。a. 正位片; b. 侧位片

经过积极准备, 于 6 月 18 日为患者手术。清除创面坏死软组织, 凿去部分坏死骨质, 应用腹部、会阴部及臀部多个皮瓣, 一次性覆盖左侧髋部、会阴部巨大软组织缺损并骨外露创面。截至 6 月 27 日为止, 患者生命体征平稳, 皮瓣成活良好。见图 3。



图 3 应用腹部、会阴部及臀部皮瓣修复巨大软组织缺损并骨外露创面。a. 术后 13 d, 患者腹部、髋部正面观; b. 术后 13 d, 皮瓣成活良好, 创面完全封闭(侧面观)

讨论 本例患者因地震在废墟中掩埋 98 h, 左下肢严重缺血坏死, 因病情危重先后转院多次。我科能成功救治该患者, 其经验如下: (1) 针对创面感染严重给予过氧化氢溶液反复冲洗, 每日换药 3~5 次, 注意局部引流, 减少伤口分泌物, 使创面感染得到控制, 为手术封闭创面创造条件。(2) 全身应用亚胺培南/西司他丁和替硝唑抗感染。(3) 因患者左髋部巨大创面暴露时间长, 体能消耗大, 入院后加强营养支持, 包括静脉营养和口服营养, 同时补充大量血浆、白蛋白等。(4) 密切监护, 针对随时可能发生的创面大出血, 采取积极有效的应对措施。(5) 参照科内和院内会诊结果制定最佳手术方案, 运用局部皮瓣封闭骨和血管外露的创面, 剩余创面用游离皮片覆盖。(6) 术中彻底清除坏死组织, 仔细准确处理大血管, 凿去坏死髌骨, 应用腹部、会阴部及臀部多个皮瓣, 一次性覆盖左侧髋部、会阴部巨大软组织缺损并骨外露创面。(7) 术后注意观察皮瓣血运, 有血运障碍时及时处理, 同时加强抗感染措施, 注意补充营养, 促进创面愈合。

(收稿日期: 2008-06-27)

(本文编辑: 王旭)