

以降低多器官功能衰竭的发生率和病死率。

以上资料基本代表了亚洲部分国家和地区烧伤发生情况及治疗现状,具有如下特点:(1)尽管不同国家和地区社会经济发展水平差别较大,但均具有一些相似的流行病学特征,包括不同人群的烧伤发生率、烧伤发生地等。(2)青少年烧伤在 7 个国家及中国港台地区中发生率均较高,且以烫伤为主,可见青少年烧伤防治任务艰巨。(3)发生在家庭中的烧伤占有较高比例,这与传统的发生在劳动场所的

烧伤有所不同,可能也是 10% TBSA 以下轻度烧伤所占比例最高的原因之一,同时提示家庭是预防烧伤发生的重要场所。(4)由于各个国家和地区医疗技术条件存在差异,其救治成功率差别较大。笔者认为,可以通过学术和技术交流进一步提高部分国家的烧伤救治率。

希望以上资料能对国内从事烧伤医学基础研究和临床治疗的同仁有所帮助。

(收稿日期:2005-12-06)

(本文编辑:罗勤)

· 病例报告 ·

背阔肌肌瓣修复放射性损伤致锁骨外露一例

杨登齐 徐亚辉 陈光秀

患者女,61岁,因左侧乳腺癌根治术后行放射性治疗致左锁骨皮肤溃瘍6年,左锁骨部分外露1年而收入本院。入院时查体:左锁骨外露,长8cm,其中部有一瘻管,面积8cm×4cm,骨髓缺损,骨质坏死,散在5个直径约3mm的钻孔,可见髓腔,内有脓性污物堵塞,伤口臭(图1)。患者自述患糖尿病等多种疾病。诊断:左锁骨慢性放射性损伤。入院后即术前准备,控制血糖水平在10mmol/L以下,加强创面处理及采用全身支持疗法。采用多普勒超声血流仪(北京雨泉医疗器械公司)探测背阔肌主要供血动脉走行并作标记。入院后1周在静脉复合麻醉下行左背阔肌肌瓣转移,左锁骨部肌瓣修复,肌瓣表面植皮术。术中自腋后线沿背阔肌外缘作斜行切口,剥离切口两侧皮瓣,显露肌肉外侧缘,用手指行钝性分离,向内侧牵开肌肉,在距外缘2cm处,见胸背血管神经束位于肌肉深面。继续由外向内,由近向远钝性分离,结扎切断胸背血管与胸侧血管的交通支,肋间血管穿支至所需的长度和宽度,连同背阔肌一起切下,形成带蒂背阔肌肌瓣。沿腋后壁与瘻管正中连线做切口,分离两侧皮瓣使切口宽度足以宽松地放置转移的肌瓣,转移肌瓣并在其表面植皮。术后给予止血药及血管解痉药治疗,并放置一次性负压吸引管引流。术后10d患者创面愈合(图2),痊愈出院。



图1 患者左锁骨部分外露,散在5个直径约3mm的钻孔

讨论 慢性放射性损伤是一个渐进的退行性改变过程,主要是由于辐射引起的血管神经病变所致,表现为局部组织缺血坏死^[1]。该病例经过了典型的早期反应期、假愈期、症状明显期,后转为晚期反应期,皮肤呈萎缩性病变、溃瘍等表现,且经久不愈。背阔肌肌瓣或肌皮瓣转移是两种常用的手术方式,笔者考虑到该患者合并糖尿病、肩关节畸形等病变,选择背阔肌肌瓣转移加中厚断层皮移植修复创面。因肌皮瓣成形过程中可能致皮下血管网损伤,供瓣区需植皮,且包括及换药困难,而肌瓣转移后供瓣区皮肤可直接拉拢缝合,肌瓣表面植皮也易成活^[2]。由于部分锁骨暴露较长,创基紧贴锁骨下动脉、静脉、神经等,因此切忌彻底清创,否则可能破坏神经、血管,但髓腔内污物应彻底清除。在肌瓣转移缝合固定于创缘时使肌肉保持适度张力,防止血管痉挛致肌瓣血运障碍。放射性瘻管创面应尽早选择皮瓣、肌瓣或肌皮瓣转移修复,若待骨质暴露再行传统的钻孔术培植肉芽,难以取得理想的效果,甚至可能为后续治疗增加难度。

参考文献

- 1 程天民. 放射性损伤. 见: 黎黎, 主编. 烧伤治疗学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 349-354.
- 2 荆林娜, 翟晓梅, 陈言扬, 等. 背阔肌皮瓣转移修复乳腺癌术后放射性瘻管6例报告. 现代康复, 2000, 13: 72.



图2 术后10d患者创面愈合