

· 经验交流 ·

前臂链式血供筋膜皮瓣修复腕部电烧伤五例

闵定宏 余於荣 刘上基 李国辉

腕部电烧伤采用换药治疗较为棘手,用远位皮瓣治疗,时间长且复杂。2000 年 11 月—2003 年 11 月,笔者单位收治 5 例腕部电烧伤患者,均选择邻位前臂链式血供筋膜皮瓣修复,效果满意,现介绍如下。

临床资料:5 例患者均为男性,年龄 21~42 岁,烧伤面积 2%~11% TBSA。烧伤创面有脓性分泌物,可见腱性组织。其中 1 例有腕部扩创手术史。5 例患者均于伤后 21~34 d 手术。

手术方法:术前用 ES-10VX 超声多普勒血流探测仪探测桡、尺动脉走向,同时用彩色超声多普勒检查桡、尺动脉内膜情况。彻底清除腕部坏死组织,保留肌腱、神经、血管组织。以桡、尺动脉的体表投影或此线两侧 0.5 cm 内为轴心线;以桡骨和(或)尺骨茎突近心端 1.5~2.0 cm 为皮瓣最远轴心点;皮瓣蒂长为旋转点至缺损远侧的距离加上 2 cm;皮瓣长为沿轴线、轴心点至肘部的长度;皮瓣宽为轴线两边 3 cm,蒂部要求尽量宽,以 3~4 cm 为宜。蒂部保留少量皮肤,采取开放隧道。供瓣区用中厚皮片修复。桡、尺动脉两侧可以同时切取链式血供筋膜皮瓣。见图 1~3。

结果:5 例患者皮瓣移植后血运良好,全部成活。其中 3 例皮瓣移植后创口一次性闭合;2 例术后皮瓣轻度水肿,创口有分泌物,经皮瓣下用抗生素液冲洗,换药后愈合。供瓣区所植大张皮成活,有线状瘢痕。

讨论 链式血供筋膜皮瓣的蒂部很难找到外径 >0.5~

0.8 mm 的轴心血管,其血管基础是口径细小的多个肌间隙筋膜皮肤穿动脉所构成的具有方向性的血管丛,血供的轴型化程度较高,所以它既不属于轴型皮瓣,又有别于随意型皮瓣。这一概念由侯春林等^[1]于 1994 年首先提出。其供区主要分布于前臂、小腿远端。基于皮瓣的解剖特点,前臂链式血供筋膜皮瓣的优点在于即使桡(尺)动脉已有远端损伤,掌弓不全、Allen 试验阳性,也可以安全应用此皮瓣修复腕部创面^[1]。腕部电烧伤后电流易造成血管损伤,皮瓣形成前常规借助彩色超声多普勒检查桡、尺动脉内膜病变情况,有助于明确桡、尺动脉的栓塞情况^[2,3],了解前臂链式血供筋膜皮瓣细小分支是否栓塞,链式吻合血管丛存在与否,这是确保术后皮瓣血运正常的关键。前臂链式血供筋膜皮瓣蒂部要求保持宽大,这样有利于静脉回流,减少水肿,是皮瓣成活的关键。此皮瓣的缺点是容易造成桡神经浅支和尺神经手背支的损伤,供瓣区留有瘢痕。

参 考 文 献

- 1 侯春林,张世民,主编.筋膜皮瓣与筋膜蒂组织瓣.上海:上海科学技术出版社,2000.231-242.
- 2 陈越秀,徐颖,郭振荣,等.超声检测技术在深度电烧伤诊断中的应用.中华烧伤杂志,2003,19:38-41.
- 3 闵定宏,李国辉,余於荣,等.彩色多普勒超声在腕部电烧伤动脉检查中的应用.中国微循环,2003,7:108-109.



图 1 腕部电烧伤术前



图 2 前臂链式血供筋膜皮瓣术中

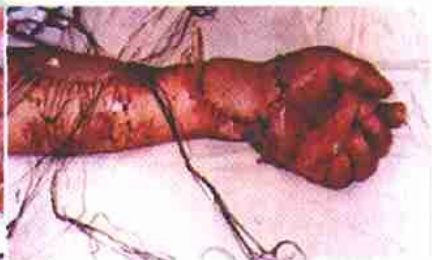


图 3 前臂链式血供筋膜皮瓣术后

作者单位:330006 南昌,江西医学院附属第一医院烧伤科

(收稿日期:2004-02-16)

(本文编辑:张 红)

治疗烟花弹燃爆伤七例

梁廷军

临床资料:本组患者男 6 例,女 1 例。年龄 20~37 岁。烟花弹堆爆炸致伤 4 例,烟花弹低空爆炸致伤 3 例;5 例为燃放人员,2 例为围观群众。7 例患者共 20 个创面,其中 1 例创面多达 7 个。烧伤总面积均 <10% TBSA,以深 II、III 度为

主,伴深部组织损伤者 5 例 17 处。

治疗:患者入院后均采取清创及全身抗感染措施,预防性使用破伤风抗毒素。痂皮完整的创面,外用 5 g/L 碘伏后包扎或暴露。对于痂皮破溃、有创口存在或伴有深部组织损伤者,清创后分别进行直接缝合(3 处)、局部皮瓣转移修复(9 处)或局部皮瓣转移+切痂植皮修复(5 处)。

作者单位:030008 太原,兴安医院烧伤科