

中南地区第五届整形外科学术研讨会
暨湖南省2004年烧伤整形外科学术年会

论文汇编



中华医学会湖南分会
湖南省医学会烧伤整形外科专业委员会
湖南张家界 2004.8

坏死性筋膜炎的临床分析

中南大学湘雅医院烧伤整形科

谢庭鸿 黄晓元 龙剑虹 杨兴华 张明华

目的：探讨坏死性筋膜炎的早期诊断方法与治疗措施。**方法：**通过 5 例患者的诊疗分析及文献回顾，总结早期诊断与治疗的经验。**结果：**本组 5 例患者中 4 例治愈，1 例死亡。**结论：**目前早期诊断的关键是提高对该病的认识，其客观依据为病理切片。早期使用广谱抗菌素，彻底扩创、早期植皮及代谢支持是治疗的关键。

目 录

整 形

1. 皮瓣、肌皮瓣移植术后的整形修复.....卢 宏 李 君 刘艳华(1)
2. 微小切口皮瓣修剪回植腋臭根治术.....黄震亚(1)
3. 拇趾甲皮瓣短蒂移植修复再造拇指.....袁正江 陈永彩 卢 宏 等(1)
4. 鼻唇沟皮下蒂皮瓣修复鼻唇缺损的临床应用.....王 剑 牛永敢 梁俊刚 等(2)
5. 改进的 V-Y 皮瓣修复指端皮肤软组织缺损.....牛永敢 王 剑(2)
6. 带筋膜蒂岛状皮瓣的临床应用 12 例体会胡光伟(3)
7. 带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗胫骨外露 16 例谢 松(4)
8. 腓肠肌内侧头肌皮瓣的临床应用.....汪云轩 张志良 张 伟 等(6)
9. 皮瓣血运障碍的防治研究.....王秉真 唐新华 钱红军 等(6)
10. 足跟部皮肤软组织缺损的皮瓣修复.....肖目张(7)
11. 大型胸脐下腹联合游离皮瓣修复双侧肢体深度烧伤创面.....
.....童亚林 潘葵 朱金红 等(7)
12. 双侧 V-Y 推进肌皮瓣、筋膜皮瓣治疗骶部褥疮.....刘 卫(7)
13. 术中改用备用方案修复软组织缺损 10 例体会.....陈 斌 何 玮 谷跃奇 等(8)
14. 腹部联合瓣修复复杂手部创面.....张丕红 龙剑虹 谢庭鸿 等(8)
15. 旋髂浅血管两侧的背靠背任意皮瓣修复复杂性并指一例.....
.....曾纪章 黄晓元 雷少榕(8)
16. 五瓣 Z 成形术及推进瓣联合修复不规则蹼状瘢痕畸形.....曾运泉 黄劲锋(10)
17. 用额部皮瓣修复酒渣鼻赘一例.....武连生 江春秋 黄 磊 等(10)
18. 游离肩胛皮瓣修复足部皮肤软组织缺损疗效评价.....
.....雷少榕 黄晓元 龙剑虹 等(11)
19. 应用腋直肌-后鞘腹膜复合瓣游离移植再造颈段食道的初步报道.....
.....张益明 陈小莹 彭解人 等(12)
20. 阴茎海绵体延伸加带蒂皮瓣转移治疗不完全性阴茎缺损(附 42 例报告).....
.....朱 辉 蔡志明 龙 云 等(12)
21. 小腿皮神经管养血管蒂逆行岛状皮瓣的临床应用.....
.....魏迪南 付晋凤 汪 虹 等(13)

22. 手部烧伤治愈后再次整形的原因分析与治疗张 强(13)
23. 股前外侧皮瓣临床应用 38 例.....龙剑虹 张丕红 雷少榕 等(14)
24. 高压氧治疗对皮瓣成活影响的临床研究王建华 李菊成 张国兴 等(14)
25. 超量扩张皮肤的微循环改变与安全性的实验研究刘学军(14)
26. 扩张皮瓣术后血运障碍的原因探讨及高压氧治疗牛永敢 黄晓元(15)
27. 胶合改形定向皮肤扩张器的研制与临床应用张丕红 黄晓元 任利成 等(15)
28. 串联扩张颌颈耳后部皮肤软组织修复面中部疤痕.....
.....杨兴华 肖目张 黄晓元(16)
29. 胸部皮肤软组织扩张器修复面颈部烧烫伤后瘢痕 13 例报告赵金栋(16)
30. 颌下颈前区皮肤软组织微创扩张术修复下面部瘢痕...袁好军 谢玉娥 李秀兰(17)
31. 瘢痕性睑外翻的分型与手术疗法.....王秉真 赵克 钱红军 等(17)
32. 瘢痕组织内缺氧环境的变化及其机制.....李高峰 罗成群(17)
33. 兔耳增生性瘢痕模型的建立.....牛扶幼 牛永敢 陈言汤(18)
34. 缺氧对瘢痕成纤维细胞生物学活性的影响及其机制.....李高峰 罗成群(19)
35. 梅花针联合瘢痕平治疗增生性瘢痕.....罗成群 李高峰 贺全勇 等(19)
36. 皮肤针治疗增生性瘢痕的研究.....罗成群 李高峰 贺全勇 等(19)
37. 大面积瘢痕性秃发的整形修复.....陈言汤 刘林嶧 张建文 等(20)
38. ⁹⁰Sr 敷贴防治瘢痕增生及瘢痕疙瘩的临床观察陈言汤 汲梅英(21)
39. 小儿手部烧伤瘢痕整形和康复治疗体会.....刘林嶧 陈言汤 张建文 等(22)
40. 全手指环形疤痕早期手术 52 例宋知仁 戚 路 赵伟(24)
41. 虎口瘢痕挛缩畸形的修复.....陈永彩 任有成 雷万军(25)
42. 瘢痕疙瘩 350 例分析.....翟晓梅 李健宁 陈言汤 等(25)
43. 肿肤麻醉抽吸术治疗腋臭 50 例总结王秉真 钱红军 胡 茜 等(25)
44. 应用肿胀技术小切口治疗腋臭、腋窝副乳.....简玉洛 张俊峰 侯江伟(27)
45. 腋臭治疗后并发症分析.....李 萍 罗成群(27)
46. 腋臭剥离术的术后并发症分析及处理.....韦 强(28)
47. 头皮撕脱伤的急症处理(附 26 例报道).....陈 静 刘 林 陈言汤 等(28)
48. 美学在颜面部创伤治疗中的应用.....王秉真 郭慧芳 唐新华(30)
49. 重度上睑下垂额肌筋膜复合体弓状悬吊 20 例治疗莫 勇(31)
50. 鼻翼缺损的修复.....陈言汤 刘林波 张建文 等(31)
51. 新生儿唇裂修复围手术期及术后临床观察.....易贤广 范慧雯(33)

52. 致密多晶羟基磷灰石微粒人工骨在口腔颌面外科的应用.....刘汕宗(33)
53. 完全性断指再植 20 例分析张明华 黄晓元 龙剑虹 等(34)
54. 肿瘤切除后的整形外科治疗.....龙剑虹 陈新群 许雪亮(34)
55. 慢性难治性体表溃疡的原因分析及治疗.....唐家训 王 宇 易文林(35)
56. 以骨髓间质干细胞修复肌腱缺损的实验研究.....龙剑虹 祁敏(36)
57. 手烧伤后瘢痕挛缩畸形的恢复.....张建松 牛永敢 杨兴华等(41)
58. 带蒂联合皮瓣移植修复上肢广泛软组织缺损.....黄晓元 谢庭鸿 杨兴华 等(42)
59. 头皮缺损的皮瓣修复.....黄晓元 龙剑虹 杨兴华 等(42)
60. 带颞浅动脉额支鬓角部岛状皮瓣逆行移植修复眉弓损伤缺损...李利平 刘明寿(43)
61. 软组织扩张治疗头部瘢痕秃发张建文 陈言汤 刘 林 嵒 等(43)
62. 鼻背筋膜下隆鼻 189 例探讨张建文 陈言汤 刘林嵒 等(43)

美 容

63. “人工美女”意味着什么.....龙剑虹 黄晓元 贺达仁(44)
64. 肿胀麻醉下吸脂术行体形塑造 73 例临床效果分析 ...贺润明 邓晓林 张 宾(44)
65. 振动脂肪抽吸术 120 例临床效果报道.....何玮 莫勇 刘欢发(44)
66. 面部除皱术后抬肩暂时性障碍一例原因分析.....贺润明(45)
67. 重睑术后再手术 28 例临床体会田铁山(47)
68. 应用眼轮匝肌瓣悬吊治疗重度上睑下垂.....黄仁联 李叶扬(48)
69. 联合面颊部软组织提升的下眼袋整形术.....钟 茜(48)
70. 活体外鼻软组织 SCT 三维重建及其厚度测量.....牛永敢 王剑 发甫幼田 等(49)
71. 隆鼻术: 鼻额区、鼻根部解剖—美学关系与假体的雕刻、置放位置.....
.....牛永敢 黄晓元 钟克勤(49)
72. 应用 slotpunch 毛囊移植技术治疗头部瘢痕性脱发陈 娟(50)
73. McGhan 水滴型假体隆乳的经验参数系统与乳晕切口应用技巧.....高建华(50)
74. 聚丙烯酰胺水凝胶隆胸 50 例体会陈言汤(51)
75. 注射隆乳的相关问题.....陈言汤(51)
76. 肿胀液在隆乳术中应用的体会.....邓晓林 王 莹(57)
77. 假体隆乳手术后挛缩包囊的手术治疗.....徐维东 罗 焱(59)
78. 短疤技术与乳房缩小整形.....孙家明 李薇薇(59)

79. 直线疤痕乳房缩小悬吊术(Lejour 法)临床应用体会罗盛康 冯传波 刘晓军 等(59)
80. 强脉冲光治疗面部雀斑 56 例易凌燕(60)
81. 可调脉宽 532 激光治疗 260 例鲜红斑痣临床观察.....谭军 吴东辉 钟茜 等(62)
82. Q 开关 Nd: YAG 激光治疗色素性皮肤病 106 例临床疗效分析李强华(62)
83. 二氧化碳激光联合大块刃厚皮治疗白癜风的临床疗效观察.....罗冠铎 何晓东 吴晋宁(63)
84. HGL-IPL-1 型光子脱毛机 161 例临床观察摘要.....冯 润 张 洁 付建英(63)
85. 强脉冲光脱毛的疗效观察及分析.....谭军 刘东平 王景明 等(64)

烧 伤

86. 琥珀酸对人成纤维细胞胶原合成的影响.....任利成 黄晓元 龙剑虹(65)
87. 脆弱类杆菌脂多糖(LPS)对正常人外周血单个核细胞凋亡及分泌 IL-10 的影响...周 捷(65)
88. 应用新鲜猪皮覆盖大面积深度烧伤创面的疗效观察...伍智泉 张一戈 伍先令(66)
89. 皮肤复合移植修复功能部位早期深度烧伤创面的临床观察.....黎洪棉 蒙诚跃 梁自乾(68)
90. 加味透脓效治疗中晚期难愈性深度烧伤创面 40 例临床观察张一戈(68)
91. 深度烧伤切、削痂植皮术后皮片下囊肿和术后赘皮 211 例处理体会.....肖调立 龙剑虹(69)
92. 手切痂(增生性瘢痕切除)整张皮延期移植初探(附 18 例报告)倪福生 唐家训 易文林 等(69)
93. III度 90%以上面积严重烧伤病人救治的临床研究.....张树堂 李树仁 田社民 等(70)
94. 特重度烧伤 180 例治疗体会.....张 嘉(70)
95. 救治成批瓦期爆炸伤患者的体会.....吕登科 阳治国 何华红(72)
96. 56 例腕部电烧伤患者的治疗分析.....杨春晖(73)
97. 腹部皮瓣移植抢救手腕III型电烧伤.....胡永才 黄泽春 欧才生 等(73)
98. 治愈多处高压电烧伤并肱动脉破报一例.....张一戈 伍智泉 伍先令(73)
99. 成功救治老年特大面积深度烧伤患者一例.....曾纪章 黄晓元 杨兴华(75)
100. 上肢严重烧伤后的早期修复龙剑虹 黄晓元 张丕红 等(78)

101. 手部深度烧伤手术治疗临床分析 何延奇(78)
102. 古拉定对严重烧伤后肝脏的保护作用 谢庭鸿 张明华 曾纪章 等(79)
103. 硝火烧伤后吸入性损伤的治疗 苏怡湘(79)
104. 山莨菪碱为主联合地塞米松抢救 26 例重度吸入性损伤.....
..... 周金武 沈光裕 米 霞 等(79)
105. 重度吸入性损伤病人纤维支气管镜引导下置胃管一例 童亚林(80)
106. 重度烧伤早后期创面细菌菌种变化及临床治疗的经验教训.....
..... 何 玮 向 艺 陈 斌 等(80)
107. 烧伤并发真菌感染 59 例分析 胡永才(81)
108. 6 例特重烧伤真菌感染的诊治体会..... 张丕红 黄晓元 梁鹏飞 等(81)
109. 吸入性损伤并发肺部真菌感染 10 例分析..... 黄玉贵(82)
110. 治愈特重度烧伤合并白色念珠菌感染一例 梁常伟 幸建武(82)
111. 应用复春散治疗烧伤疤痕的临床观察 张树贵 郭同新(83)
112. 学龄前儿童烧伤因素及流行病学调查 胡永才 邹亚莉(84)
113. 吸入性损伤病人气管套管外口纱布固定的方法改进 童亚林(84)

护 理

114. 颌下颈前区皮肤软组织微创扩张术修复下面部瘢痕围手术期护理 吴 瑛(86)
115. 局部肿胀麻醉脂肪抽吸术的护理配合 王桂芝 韦 丽 左 辉(86)
116. 肛门周围瘢痕挛缩手术前后的护理 曹雪梅 张 沛 张 英 等(88)
117. 头皮扩张法治疗瘢痕性秃发的护理 郭 净(90)
118. 吻合血管的组织移植术的护理 168 例 张玲玲 陈瑛 范桂英 等(92)
119. 断指再植术的护理 陈 瑛 张玲玲 耿建娥(92)
120. 小儿断指再植术后护理 耿建娥(92)
121. 手指再造术的家庭康复护理 刘静茹(94)
122. 髂腰皮瓣移植术后病人的护理 彭 芳 聂 辉(96)
123. 隆乳术的护理 李国梅(98)
124. 强脉冲光(IPL)治疗的护理 李 丹(99)
125. 应用高压注射注推器治疗增生性瘢痕和瘢痕疙瘩中的护理.....
..... 樊省芳 郭淑吟 李 艳(100)
126. 日间整形美容手术的麻醉处理 宋吉贵 孙妹珍(100)

127.阴股沟皮瓣阴道成形患者的护理	李小云(101)
128.光子嫩肤技术的临床应用及护理	王景明 谭军 刘东平(101)
129.面颈部埋置扩张器的护理体会	刘金玉(102)
130.32 例中、重度吸入性损伤的护理体会	彭 芳 聂 辉(102)
131.浅谈大面积烧伤病人的心理护理问题	邓金英(104)
132.福德致过敏性休克的急救护理 1 例	苏双意 郭 森(106)
133.电烧伤创面处理体会	林剑雄(108)
134.一例面颈部重度高压电烧伤患者的护理	岳丽青 周建芬 肖目张(108)
135.激光去除太田痣手术前后的护理	罗艳红(112)
136.超声波抽脂术的护理体会	周波丹(113)

其 他

137.腰椎运动节段新型有限元模型研究	王 华 黄晓元(115)
138.儿童巨大对称性脂肪瘤一例	徐 杨 周启星(115)
139.阴茎鲍温氏病(附 6 例报告)	王付兴 李森凯(116)
140.手术室外 128 例婴幼儿麻醉体会	宋吉贵(116)
141.糖尿病足的术前检查和综合治疗	胡志奇 高建华 罗盛康 等(117)
142.微创无疤儿童腹股沟斜疝高位结扎术	黄震亚(118)
143.镍钛记忆合金尿道支架管在预防尿道下裂术后并发症中的作用探讨.....	张金明 陈小莹 崔永言 等(118)
144.全麻病人术中发生压疮的原因分析及对策	周新哲 张玲玲(119)
145.暴发性紫癜并大面积皮肤坏死一例	闵安杰 牛永敢 张明华 等(119)
146.性射卡介苗致结节病一例	黄广恩 邹继彬(121)

· 整 形 ·

皮瓣、肌皮瓣移植术后的整形修复

河南科技大学显微外科研究所 卢宏 李君 刘艳华

目的：探讨皮瓣、肌皮瓣移植后整形之手术时机、手术适应症、手术方式选择及疗效评价。**方法：**对 496 例皮瓣、肌皮瓣移植术后的患者实施整形手术，采用皮瓣一侧及中线等手术切口，部分病例同时行肌腱、神经移植、肌腱松解、关节矫形手术及取出内固定器。**结果：**患肢（指）功能明显改善，皮瓣区和正常皮肤基本在一个平面，无明显疤痕为满意，占 67%；患肢（指）功能、皮瓣臃肿情况有较大改善为基本满意，占 29.8%；出现切口边缘皮肤坏死，需再次行皮缺损修复术，占 3.2%。**结论：**皮瓣、肌皮瓣移植术后的二期整形，应根据不同患者的不同要求、移植修复的不同部位、皮瓣的大小，采取不同的手术切口及手术方式。皮下组织去除后皮瓣长度不应超过 6cm，超过 6cm 者，则应保留部分结缔组织和皮瓣相连。多组织损伤，应以恢复肢（指）体功能为主。

微小切口皮瓣修剪回植腋臭根治术

广西南宁市解放军第 303 医院整形外科 黄震亚

目的：探讨微小切口皮瓣修剪回植手术根治腋臭的应用。**方法：**肿胀麻醉下，沿腋顶部皮纹处做 0.5cm 切口，切除范围在腋毛分布外 0.5cm，腋部皮瓣分离后，以全厚皮修剪方式，将皮下 0.3cm 内皮下组织并大汗腺和毛囊较彻底切除，腋部大汗腺和毛囊组织无残留，达到腋臭根治。**结果：**全部病人术后达到基本根治，无腋臭味，无明显切口疤痕。**结论：**微创皮瓣修剪回植可将汗腺和毛囊的基本根除，根治腋臭。

拇趾甲皮瓣短蒂移植修复再造拇指

河南省显微外科研究所

袁正江 陈永彩 卢宏 李超 任有成 崔永光 雷万军

目的：探讨拇趾甲皮瓣短蒂移植在拇指修复再造中的应用。**方法：**1997 年~2003

年采用拇趾甲皮瓣短蒂移植的方法对拇指掌指关节以远缺失、拇指脱套伤、部分皮肤软组织缺损进行修复再造 25 例。拇趾甲皮瓣血管蒂只切取到腓侧趾动脉及趾背静脉或第一跖背（或跖底）动脉及跖背静脉，移植时行指—趾血管吻合或拇主要动脉—第一跖背（底）动脉吻合及手背静脉—第一跖背静脉吻合，不需切开足背游离切取足背动脉和大隐静脉，手部也不需作腕部切口和皮下隧道。结果：25 例全部成活。随访 1~3 年，再造拇指外形满意，感觉及对掌功能接近正常。供区 2 例甲床切取植皮处出现磨损溃烂，经换药愈合，其他病例供区均愈合良好，站行跑跳功能恢复正常。结论：拇趾甲皮瓣短蒂移植与传统的长蒂移植相比较，具有创伤小、不牺牲桡动脉、足背动脉等主干血管、手术不受血管变异影响、手术需时短、能缺多少补多少等优点，成功率高，手足功能恢复好。

鼻唇沟皮下蒂皮瓣修复鼻唇缺损的临床应用

郑州市第五人民医院整形外科

王剑 牛永敢 梁俊刚 李正斌 胡晓庆 张喜兰

目的：研究临床应用鼻唇沟皮下蒂皮瓣修复鼻唇缺损的方法及解剖要点，探讨其优缺点。方法：根据临床应用鼻唇沟皮瓣的经验，在临床中应用皮下蒂鼻唇沟皮瓣修复多种类型的鼻唇部缺损。结果：临床应用 9 例，全部成活，经过 4 个月~1 年的临床随访，效果满意。结论：灵活应用鼻唇沟皮下蒂皮瓣修复鼻唇缺损是修复鼻唇缺损的较为理想而且简单、安全的方法。

改进的 V-Y 皮瓣修复指端皮肤软组织缺损

郑州第五人民医院整形外科 牛永敢 王剑

目的：探讨双筋膜蒂 V-Y 皮瓣在指端皮肤软组织缺损修复中的安全性、优缺点及操作注意事项。方法：应用取筋膜蒂 V-Y 皮瓣和传统的 V-Y 皮瓣修复指端皮肤软组织缺损各 16 例，对比其推进距离、感觉恢复等手术效果。结果：取筋膜蒂 V-Y 皮瓣的推进距离为 $1.02 \pm 0.26\text{cm}$ ，而传统的 V-Y 皮瓣为 $0.74 \pm 0.28\text{cm}$ ，二者相比存在显著差异；二者的感觉恢复相比无显著差异。结论：双筋膜蒂 V-Y 皮瓣在

指端皮肤软组织缺损修复中具有安全、推进距离远的优点,操作较双侧血管蒂 V-Y 皮瓣简便,适宜于临床推广应用。

带筋膜蒂岛状皮瓣的临床应用 12 例体会

河南宝丰铁路医院 胡光伟

✓ 我院自 1999 年 2 月自 2004 年 4 月采用带筋膜岛状皮瓣修复各种创面 12 例,取得良好效果介绍如下: //

临床资料

本组病例 12 例,其中男性 9 例,女性 3 例,病程 2 小时—4 个月,急性伤 6 例,慢性溃疡病 6 例,手外伤 6 例,小腿及胫骨外露 6 例,创面最小 4cm×4cm,最大 6cm×16cm,顺行岛状皮瓣 4 例。逆行岛状皮瓣 8 例。

讨 论

带筋膜蒂岛状皮瓣的解剖基础及其优点,决定皮肤成活的条件是充足的血供,而不是血管和皮瓣的大小。在真皮下及深筋膜内含有丰富的血管网,血管网各层间有垂直走行的小动脉相吻合,从而构成了多层次立体状的皮肤血供系统。依靠筋膜上丰富的血管网及动脉支供血,可供应整个皮瓣的血液循环,同时不需损伤含有知名功能动脉干为其特点。具有血供丰富,抗感染力强,成活率高,取材方便,易掌握,较带血管蒂的轴型皮瓣移植,不受其知名动脉的限制,无需破坏重要的血管,时已有重要血管损伤的肤体创而最适宜,较吻合血管的游离皮瓣简单,安全,省时。皮瓣含有感觉神经,使其有良好的感觉,皮瓣的长宽比例及旋转角度较近位皮瓣大,能有效地覆盖裸露的骨关节,神经,血管,肌腱及外露的人工关节,便移动负重或受摩擦部位不易再形成溃疡。病人痛苦小,大大缩短住院时间,有利于关节部位的早期活动,临床适宜推广。

皮瓣的设计及选择 皮肤移植应按皮片,邻位皮瓣,远位皮瓣的顺序。同时应按简便、易行、省时,成活率高,效采好,痛苦小,损伤小的原则选择皮瓣。皮瓣的设计:首先应按缺损创面的准确形状和大小作为皮瓣的设计依据,如局部有错位的组织,术中可加以利用,挛缩瘢痕的慢性溃疡切除后,创面的大小和形状术前要仔细测量,由于皮瓣回缩,应使皮瓣的面积较创面大 1—2 个厘米,对于

较大面积的创面可采用两块皮瓣联合应用，就近设计随意皮瓣，筋膜蒂部应避免受区创面。同时最好与肢体纵轴相平行，以免在切取皮瓣时破坏过多血循，文献报告筋膜蒂长应为 10cm 以内，筋膜全长宽比不超过 5:1，皮瓣最大长宽比值为 3，旋转角度最大为 180 度。

注意事项：受区的准备：对于慢性感染创面必须进行彻底病灶清除，使受区变为一个基本健康相对无菌的创面，对于急性损伤彻底清创，去除失活组织，充分止血，防止皮瓣下血肿及感染。皮瓣及筋膜蒂的切取：操作应细致轻柔，锐性分离，避免挫伤，挤压面损伤皮瓣的细小血管，不用止血带，皮瓣切取应在深筋膜下，皮缘应与深筋膜缝合致针固定，防止分离，筋膜稍大于皮瓣左右，不需寻找和牺牲重要的功能动脉，筋膜蒂的切取应沿正中或一侧切开皮肤游离皮片，不可过深，行敞开或穿皮隧道转移，筋膜蒂避免受压，张力过离，扭曲，供区行缝合或游离皮片闭合，感染创面应置橡皮片引流 48—72 小时。本组病例 4 例发生筋膜皮瓣尖端皮肤片状坏死，综合分析我们考虑有以下因素：1、筋膜蒂长宽比例偏大，均在 5:1 以上。2、切取筋膜皮瓣时，筋膜皮瓣筋膜未大于皮瓣 1cm。以上均为我们早期应用时经验不足所引起，以后应用中我们注意了上述情况，皮瓣全部成活。

带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗胫骨外露 16 例

河南宝丰铁路医院 谢 松

✓ 我院从 1994—2004 年共收治胫腓骨开放性骨折术后胫骨外露 16 例，采用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗，效果满意，报告如下：\\

临床资料

本组 16 例中男 9 例，女 7 例；年龄 15-70 岁；7 例系车祸伤，5 例施工时砸伤，4 例坠落伤；骨折类型：16 例均为开放性胫腓骨骨折术后胫骨外露，其中 4 例胫骨上段开放性粉碎性骨折，3 例胫骨上段斜形开放性骨折，6 例胫骨中段粉碎性开放性骨折，3 例胫骨中段斜形开放性骨折。

治疗方法

16 例第一次均为受伤入院后急诊手术伤口清创，胫骨骨折复位，钢板螺丝钉

内固定 11 例。髓内钉内固定 5 例。术后均用膝上长腿石膏托外固定。术前术后大剂量抗生素应用。术后切口感染，切口皮肤挫伤严重皮肤坏死，经治疗后胫骨骨折处胫骨外露。胫骨外露部位长达 7—13cm。行带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术时间：伤后 1 月以上 2 月以内 5 例，伤后 3 月以上 4 月以内 6 例，4 月以上 5 月以内 4 例，5 月以上 6 月以内 1 例。

手术方法对伤口清洁，胫骨骨折外露未形成骨髓炎者可不取出内固定物。对已形成创伤性骨髓炎，彻底清创是手术成功的关键，内固定物钢板，螺丝钉，髓内针应取出。骨髓腔内与周围不健康组织及疤痕组织应完全切除，清除死骨，刮凿骨面，使骨面出血，显露出新的骨面为止。生理盐水反复冲洗，避免骨髓腔内残留碎骨片及无活力组织，然后用络合碘液冲洗，再用生理盐水冲洗。

术前充分评估胫骨外露部位清创后皮肤肌肉等组织缺损情况，设计好供区小腿皮瓣面积，避免估计不足，皮瓣过小不能完全覆盖缺损，以致手术失败。切取皮瓣的前缘应在胫骨的内侧面，后缘不超过小腿的后中线。纵行切开小腿后侧中线皮肤，切开深筋膜，从腓肠肌内侧头之间劈开该肌钝性分离腓肠肌内侧头其深面鱼肌之间的间隙。作小腿中下 1/3 后侧横行切口。皮肤和肌肉一起分开，作皮瓣前切口。然后从下向上分离腓肠肌-与比目鱼肌的间隙，小心保护血管神经蒂。将带血管蒂的腓肠肌内侧头皮瓣转移到胫骨外露的创面上，注意血管蒂不要扭转太大。将肌肉皮瓣填充到骨腔，皮瓣与创面皮肤缝合。肌肉皮瓣切取移位后，所剩小腿后侧面创面的皮缘，先行皮下缝合固定，缩小范围。然后取大腿中厚皮片移植覆盖。膝上长腿石膏托外面定。

术后处理：患肢须稍抬高，以利静脉回流。复方丹参针 16ml 一日一次静脉点滴，654-2 针 20mg 一日一次静脉点滴，改善皮瓣微循环，解除皮瓣血管痉挛。皮瓣局部烤灯照射，大剂量抗生素防治感染。观察肌皮瓣血运，及时更换敷料。术后 12—14 天拆线。术后一月拆除石膏托，照片复查骨折临床；愈合后则可扶拐下床活动，加强患肢功能锻炼。

治疗结果

本组 16 例，伤口均一期愈合，疗效满意。优：带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣已全部成活，创面无感染，肌皮瓣不膝肿，照片复查骨折处已愈合，患肢无功能障碍，本组 12 例。良：带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣已全部成活，创面无感染，肌皮瓣不膝肿，照片复查骨折处已愈合，患肢有轻微跛行，但不影响正常体力劳动，

本组 4 例。16 例全部恢复正常工作及劳动。

讨论

胫腓骨开放性骨折术后胫骨外露，治疗难度大，长期换药不能愈合，易致骨坏死及骨髓炎，用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗胫骨开放性骨折术后胫骨外露，操作容易，不需要吻合血管的腓肠肌内侧头皮瓣。该皮瓣血供好，易成活，在治疗胫骨外露时，用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术完全能达到治疗目的。

用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植皮瓣治疗胫骨外露时，对创面不清洁或已形成骨髓炎者，应将内固定物取出。首先应进行彻底清创，将胫骨外露处周围瘢痕彻底清除，凿去死骨，感染骨髓腔清理干净，才能有利于肌皮瓣成活及骨折愈合，设计皮瓣时供区皮瓣应比受区瘢痕组织彻底切除后创面大 1—2cm。

腓肠肌内侧头肌皮瓣的临床应用

河南省鹤壁市第一人民医院骨科

汪云轩 张志良 张伟 姚志喜 张康鑫 郑成胜 曹晓东 李荣强 孟丽萍

小腿中上段慢性骨髓炎和小腿严重开放性骨折造成骨质外露皮肤及软组织缺损是骨科临床上经常遇到的疑难问题。2000 年 4 月至 2004 年 3 月我科应用腓肠肌内侧头肌皮瓣转移术治疗 21 例取得满意效果。

皮瓣血运障碍的防治研究

河南漯河市中心医院整形烧伤科 王秉真 唐新华 钱红军 赵克 李娜

皮瓣的血运障碍是皮瓣移植中的最常见的一种并发症。造成皮瓣血运障碍的原因很多，皮瓣血运障碍发现和处理及时，不会影响皮瓣的成活率，否则，皮瓣就会坏死。我科与 1995 年开展各种皮瓣移植手术 128 例次，发生血运障碍 63 例次，轻度 39 例次占 30.4%，中度 14 块占 10.9%，重度 10 块占 7%，血运障碍发生率约 48.3%。我们通过常年临床观察，根据皮瓣的血运障碍程度，选择不同的防治方法，取得了极为满意的效果。

足跟部皮肤软组织缺损的皮瓣修复

中南大学湘雅医院烧伤整形科 肖目张

目的：探讨足跟部皮肤软组织缺损的皮瓣移植修复的最佳方法。**方法：**通过总结本科 10 年来 64 例该类患者，对其各种皮瓣移植修复方法进行比较。**结果：**足底内侧皮瓣移植修复效果最为满意，其次为游离肩胛皮瓣移植修复。**结论：**足底内侧皮瓣移植后的足跟耐磨、耐压、外形满意，是修复足跟皮肤软组织缺损的理想方法。

大型胸脐下腹联合游离皮瓣修复双侧肢体深度烧伤创面

广州军区烧伤整形中心第一八一医院烧伤整形科

童亚林 潘葵 朱金红 缪红城 杨福旺 龚震宇 孔质彬

目的：探讨修复双侧肢体深度烧伤创面治疗方法。**方法：**采用大型胸脐下腹联合游离皮瓣封闭双侧肢体创面，术后 3 周于皮瓣中间断蒂，完成二侧创面修复。**结果：**9 例皮瓣全部成活。**结论：**大型胸脐下腹联合游离皮瓣血管粗、位置恒定、皮瓣面积大、供瓣区隐蔽，是同时修复双侧肢体深度烧伤创面较理想的皮瓣。

双侧 V-Y 推进肌皮瓣、筋膜皮瓣治疗骶部褥疮

广西资源县延东乡卫生院 刘 卫

褥疮是长期卧床病人常见并发症之一，特别是截瘫患者。对骶部褥疮，利用骶部周围血管蒂的肌皮瓣转移，是近年来治疗的有效方法之一。1996~2003 年 1 月，我院收治不同原因致骶部褥疮 6 例，经换药、大块植皮、减张缝合等治疗无效后，均经双侧臀大肌 V-Y 推进皮瓣覆盖创面成功，术后随访，疗效满意。

术中改用备用方案修复软组织缺损 10 例体会

湖南湘西自治州人民医院烧伤整形科

陈斌 何玮 谷跃奇 莫勇 李莉 向艺

目的：回顾总结软组织缺损修复术中改用后备方案进行的应用体会。**方法：**50 例术前准备多套手术方案修复软组织缺损，其中 10 例术中改用后备方案进行，发生率为 20%，**结果：**10 例应用后备方案使手术一次完成，全部获得成功。**结论：**应用备用方案可确保手术继续，并一次顺利完成，术前准备要充分。

腹部联合瓣修复复杂手部创面

中南大学湘雅医院整形烧伤整形外科

张丕红 龙剑虹 谢庭鸿 曾纪章 黄晓元

目的：总结手部复杂创面修复的经验。**方法：**回顾性分析总结我科 1991 年 7 月 -2004 年 7 月 13 年来 16 例应用腹部联合皮瓣修复手部复杂的创面。应用共蒂髂腰部、下腹部两皮瓣联合转移 2 例；髂腰皮瓣联合同侧一个或两个随意瓣 7 例；双侧髂腰皮瓣联合转移修复同一只手 4 例，髂腰皮瓣联合以腹壁浅动脉为蒂的筋膜瓣 2 例，髂腰皮瓣联合瓣下筋膜瓣 1 例，3 例筋膜瓣均用来填塞腹部电烧伤后旋前方肌间隙。**结果：**除 1 例皮瓣远端边缘少许坏死外其余皮瓣全部成活；1 例术后皮瓣下感染，换药后愈合；除 1 例严重腕部电烧伤术后手部功能较差外，其余 15 例术后手部活动基本恢复，效果满意。**结论：**对于复杂手部创面，选用腹部联合瓣修复，方法简单、安全，只要能灵活运用一般能得到有效修复。

旋髂浅血管两侧的背靠背任意皮瓣修复复杂性并指一例

中南大学湘雅医院烧伤整形外科 曾纪章 黄晓元 雷少榕

病历资料：患儿男性，6 岁，因先天性双手多指并指 6 年入院。入院体查：左手三、四、五指并在一起并向掌侧屈曲，右手四、五指并指并向掌侧屈曲，余手指未见异常。照片检查示左三、四、五指远节指骨呈骨性融合，而右四、五指为

单纯软组织相连。入院诊断：1. 左手三、四、五指复杂性并指并掌屈畸形；2. 右手四、五指单纯性并指并掌屈畸形。

治疗经过：入院后完善各项检查，行双手的三、四指并指分开、指蹼成形，右手四、五指侧创面直接植中厚皮修复，而左手三、四指骨性并指分开后创面有骨外露，因此只能采用皮瓣修复，术中决定采用旋髂浅血管两侧的背靠背任意皮瓣修复。首先用美兰标记同侧旋髂浅血管的走行方向，在旋髂浅血管的髂嵴段的两侧设计两个背靠背任意皮瓣，大小均约为 2.0cm(长)×4.5cm(宽)，蒂部为靠近旋髂浅血管的一侧，两皮瓣蒂部之间相距约 2.0cm，其中有旋髂浅血管通过。设计完毕，按标记线切开并形成皮瓣，创面止血，将皮瓣转移至左手三、四指侧创面并与相应创缘缝合，皮瓣供区拉拢缩小后将其创缘与手指的另一创缘缝合。术毕，检查皮瓣血运正常，敷料覆盖并包扎伤口，同时将左上肢固定于躯干。术后皮瓣血运好。术后 11 天拆线，术后 30 天行皮瓣断蒂、成形，左手三、四指骨性并指顺利得到修复，同时还预留足够皮肤以供下次四、五指分开时皮瓣转移用（尚未进行）。

体会：

1. 并指是一种先天性畸形，常见于中指与无名指之间。只有皮肤软组织相连的称为单纯性并指，同时有骨或软骨融合的称为复杂性并指。为了避免损伤骨骺及指神经、血管，同时为了防止术后疤痕挛缩，并指的手术时机一般为患儿年龄较大时。但是一部分并指的患儿随着年龄的增长，相并的手指生长发育不同步时，可出现指间关节的侧弯和屈曲畸形，从而影响儿童的生长发育。此时则应及时手术纠正。本例患儿的右四、五指间为单纯性并指，而左三、四、五指间为复杂性并指，受累的手指均有程度不同的掌曲畸形，而且左手的三、五指则有明显的侧弯畸形，若不及时手术则将进一步影响生长发育。

2. 皮瓣选择与设计及体会

并指的矫正除了设计锯齿状切口将并指分开、同时设计矩形瓣作指蹼成形外，还要进行指侧创面的修复。单纯性并指分开后的指侧创面一般采取自体中厚植皮修复，而复杂性并指分开后由于创面骨外露必须用皮瓣修复。由于是修复相邻的指侧创面，因此设计的皮瓣必须是单蒂双叶瓣或两个临近的背靠背任意皮瓣。患儿的指侧创面一段为狭窄而长，单蒂双叶瓣显然无法满足要求，所以只能选择两个临近的背靠背任意皮瓣。由于分开后的两指之间的距离较窄，因此两个任意皮