

上海第二医学院

校庆三十周年学术报告会

整复、显微外科

论文摘要汇编

1982. 10.

目 录

30年来我院整复外科的发展和展望	20—1
------------------	------

颌面整复

1. 防止全眼窝再造术皮片收缩的技术改进	20—3
2. 应用耳廓复合组织移植一期修复睑组织	20—3
3. 用硅橡胶治疗小颌畸形	20—4
4. 游离神经移植治疗面神经瘫痪的初步报告	20—4
5. 游离头皮瓣移植治疗疤痕性秃发	20—5
6. 眶距增宽症的外科治疗	20—5
7. 一种唇弓唇珠一次再造的新方法	20—6
8. 腋下部游离肌皮瓣在修复颌面部缺损上的应用	20—6
9. 唇裂与腭裂的遗传学规律探讨	20—7
10. 腭裂修复术后发育效果的远期观察(292例随访病例分析)	20—7
11. 双睑重建和眼袋整复术的临床体会	20—8
12. 应用自体肋软骨移植修复先天性小耳畸形 53例报告	20—8
13. 招风耳畸形的整复治疗	20—9
14. 全鼻一期再造术(附46例报告)	20—9
15. 咽侧壁瓣(腭咽肌瓣)治疗腭咽闭合不全的初步报告	20—10
16. 颅骨电击伤的治疗和颅骨成形术	20—10
17. 眼睑外翻修复	20—11
18. 医用硅橡胶制品在颌面整复外科的临床应用	20—12

四肢整复

19. 前臂岛状皮瓣在手部创伤中的应用	20—12
20. 足部岛状皮瓣在足外科的应用	20—13
21. 前臂游离皮瓣移植治疗一例急症手外伤的体会	20—14
22. 肢体淋巴水肿的病因及分类(附511例肢体淋巴水肿病因分析)	20—14
23. 腓肠肌肌皮瓣移位复盖裸露的膝关节人工假体	20—15
24. 一期足趾——手指移植术的几个问题	20—16
25. 上臂内侧皮瓣游离移植	20—17
26. 手热挤压伤的早期治疗(附10例分析)	20—17
27. 游离股薄肌移植治疗小儿麻痹后遗症的臂中肌瘫痪	20—18
28. 同种异体手指移植的初步报告	20—19
29. 略谈同种异体手指移植的一些体会	20—19
30. 脚底非负重区皮片及皮瓣在临床上的应用	20—20
31. 利用残缺小指进行拇指再造	20—21

烧伤整复

- 32. 切除的疤痕皮与全厚供皮区置换移植手术.....20—21
- 33. 十年来 213 例颈部灼伤疤痕挛缩治疗小结.....20—21
- 34. 颈部烧伤后疤痕挛缩的治疗经验.....20—22
- 35. 大面积烧伤病员下肢马蹄内翻畸足的整复治疗.....20—23
- 36. 腋窝疤痕挛缩的治疗.....20—23
- 37. 大张全厚皮临床应用 (78 例病案分析).....20—24
- 38. 特大面积灼伤后疤痕挛缩的治疗.....20—24

显微外科

- 39. 显微血管外科危象的诊断及处理.....20—25
- 40. 显微外科技术在整复外科的应用.....20—25
- 41. 第二足趾游离移植成功的一些关键性问题.....20—26
- 42. 应用显微外科技术进行全鼻再造术.....20—27
- 43. 显微腰椎间盘摘除术.....20—27
- 44. 肋骨带血管移植.....20—28
- 45. 游离背阔肌皮瓣移植.....20—28
- 46. 带血管游离腓骨移植的解剖研究与临床.....20—29
- 47. 腋下胸背皮瓣游离移植.....20—29
- 48. 烧伤急症游离皮办.....20—30

其 他

- 49. 婴儿血管瘤强的松治疗的临床观察.....20—31
- 50. 扩血管药物对大白鼠皮瓣成活作用的研究.....20—31
- 51. 应用钛合金套管吻合小血管的实验研究.....20—32
- 52. 前尿道延伸术一期修复尿道下裂尿道狭窄或瘻孔.....20—33
- 53. 大网膜异体移植实验性研究.....20—34
- 54. “电解质平衡代血浆”在整复外科上的应用.....20—34
- 55. 肋间神经——腰背神经吻合治疗外伤性截瘫的初步报告.....20—35
- 56. 束间神经移植术.....20—36
- 57. 周围神经束膜缝合的动物实验.....20—37
- 58. CO₂激光在整形外科中的应用.....20—38
- 59. 股薄肌肌皮瓣修复臀部巨大汗管角化症一例报告.....20—39
- 60. 褥疮修复.....20—40

30年来我院整复外科的发展和展望

张 泳 生

我院整复(整形)外科工作开展较早,第三人民医院(当时的仁济医院)在1953年就设有专科病床15张,1953年以后医疗系和口腔系均曾开设过整形外科的课程,1955年以后,由于教学改革,才不列为正式课程,1958年广慈医院抢救大面积烧伤病人邱财康成功,烧伤治疗提高到国际先进水平,此后全国大量的大、中面积的烧伤病人被救活了生命,但其中许多伤员在创面治愈后就留有严重的疤痕挛缩和功能障碍。很多病员纷纷来上海寻求晚期整形,治疗任务不断增加。1962年在二医党委的批准下,正式在广慈医院(即现在的瑞金医院)成立了整形外科,这是我院整形外科的初创阶段。1966年初,我院增添第九人民医院为新的教学基地,广慈医院的整形外科也迁到九院。此后还接受中央卫生部的委托,完成了五期全国进修班的进修,还接受了不少个别的进修医师。在医疗工作中,依靠组织,勇于创新,做出了一些成就,例如救活了背部巨大神经纤维瘤(65市斤)的病员王秀兰,在国内首先开展颌面外科手术,治疗眶距增宽症,应用肾大肌瓣移植治疗直肠癌后肛周放射性巨大空洞,以及其他疑难杂症,均获得成功。与此同时,我们也治疗了更大的烧伤晚期畸形病人,使他们在不同程度上恢复了功能和矫正了畸形。

1976年后,党中央提出了实现四个现代化的宏伟目标,我院整形外科也进入了一个新的发展时期,这里仅就几个重要方面,进行介绍。

I、显微外科的发展:早在1964—1965年广慈医院整形外科就开展了显微外科的动物实验工作,进行皮瓣游离移植,获得成功。1966年1月,九院和六院合作,第一次成功地接活了一例断指。1977年开始,九院整复外科大力开展显微外科的临床和实验工作,先后开展了空肠游离移植重建食管缺损,大网膜游离移植修复颅骨和头皮缺损,第二足趾合并足背皮瓣移植再造拇指,淋巴管静脉吻合治疗慢性肢体淋巴水肿等。

II、中西医结合科研成果:

1. 由于血丝虫感染或其他原因而造成的肢体淋巴慢性水肿,是我国东南各省的一种地方病、多发病。国外治疗方法多以切除增生组织,进行植皮为主要手段,但复发率较高,疗效不够理想。1964年开始,我们学习祖国医学烘烤方法,进行改制电炉烘绑疗法。18年来已做了一千余病例,疗效显著,大大超过过去的手术治疗。1980~1981年通过实验研究,证明烘绑治疗,有促进淋巴管再生,和淋巴管静脉交通支重新开放,并显示正常淋巴管功能恢复等现象。初步看来,较目前流行的应用显微外科技术进行静脉淋巴管吻合术的治疗效果为佳,已受到了国内外重视,誉为研究淋巴系统疾病的新途径。

2. 疤痕软化膏的创制:疤痕增殖是皮肤表面深度烧伤,创面愈合的天然产物,病人感到痒痛难受,功能障碍及有碍美观,目前除切除植皮外,别无有效疗法。我科自1973年开始,采用中药五倍子等有效成份,先后制成二种剂型的疤痕软化止痒膏,疗效较好,深受病员欢迎。第二型系一种贴膏,使用更加方便,已在1981年进行鉴定,小批量生产,投入市场出售,并获得上海市中西医结合成果三等奖。

III、其他达到国内外先进水平的项目:

九院整复外科近年来在临床治疗中,改良传统多期手术的治疗方法,先后创用了新的手

术方法,治疗各种畸形和残缺。其中为眼睑分裂症的一期修复手术,鼻再造的一期手术,阴茎再造一期手术,前尿道延伸术治疗先天性尿道下裂等等。这些手术都是我科首创。其中有些是应用显微外科技术来完成的。这些手术的创造和应用,标志着我们整复外科的发展新方向,这就是缩短疗程,加强功能和外形的恢复,使伤而不残,残而不废。

IV、培养了一支医疗、教学和科研的队伍:

30年来,我们二医整复外科,从小到大,目前已有了—支具有较高能力从事整复专业的队伍,从我们九院来看,现在已有34名专业医师,附属瑞金医院烧伤科也设有整复病房,他们在应用显微外科技术行进皮瓣游离移植等工作方面也作出了较好成绩。附属第三人民医院也设有专科,做了很多工作。我们每年接受各地来的进修医师,举办全国进修班,先后培养了6名硕士研究生,都写出了质量较高的毕业论文。

V、展望:

1979年在上海市委和各级领导的关怀和支持下,为我们附属第九人民医院整复外科建立了一座整复外科大楼,现已在今年五月一日正式投入使用,目前我科开设病床170张,共设4个病区,有独立的手术室,外宾病区和科研实验室等。我们感到今后任务更加艰巨和重大,决心在党的领导下,戒骄戒躁,做好工作。

1. 继续提高医疗和科研工作质量。

近年来国际上整形外科发展很快,在临床上由于显微外科技术的发展,促使传统的整复外科技术有了革命性的改革,医疗质量不断提高,在功能恢复和外貌改善等方面,都达到了新的水平。颌面外科是70年代开始的一门新课题,对先天性眶距增宽症等畸形进行了复杂的整复手术,获得很好效果。在基础理论的研究方面,也获得了更大的发展。我们必须在这些方面,努力创造条件,开展科研工作,建立实验室、研究室,使理论密切结合实践,指导实践,迅速地赶上先进水平。

淋巴系统疾病的研究工作,我们近年来进行了不少工作,除应用祖国医学烘绑疗法治疗慢性淋巴水肿已获得肯定的效果外,还在研究其理论机制,淋巴再生,淋巴静脉吻合,静脉移植代替淋巴管等方面,获得了较多的科研成果。今后拟在已有基础上,进行更深入的探索,为进一步解决淋巴系统疾病的治疗作出贡献。

显微外科的进一步提高和普及,以及继续开展和提高颌面外科也是我们努力的重点方向之一。

2. 不断提高医疗质量,缩短疗程,更好地为人民服务。

目前,整复外科在临床治疗工作中,还存在许多实际问题,未能很好解决。例如住院时间较长,治疗效果有些不够理想。这些都亟待我们努力去钻研技术,吸收国内外同行的先进经验,努力创新,改进手术方法。提高疗效。

3. 培养接班人:随着四化建设的发展,人民生活的提高,医学科学的发展,我们的任务将愈益加重,但目前从事这门专业的医生太少。全国不过200余人,大大地不能适应实际需要。因此,培养更多的接班人,包括本科医护人员,全国各地选送的进修医生,以及接受其他国家送来培养的进修医师等等,都是我们的迫切任务。此外,编写各种参考书,写好论文,参加各种国内外学术交流会,学习先进经验,也都是我们的任务之一。

我们一定要在党的领导下努力工作。为把我院整复外科建设成为一个具有国际声誉中心而奋斗。

防止全眼窝再造术后皮片收缩的技术改进

附属第九人民医院整复外科 刘根娣 赵平萍

全眼窝再造术成功的关键在于移植的皮片必须全部成活。对于成活的皮片要有确切防止它收缩的措施,以保证创口在稳定的情况下义眼可以顺利地装入。

过去眼窝再造后必须有了解手术情况的人员来进行每天换药,换药时间要持续3~4月,直到创口情况稳定,义眼安装完毕为止。这样繁重的工作量将限止眼窝再造术能在门诊大量地开展。

防止全眼窝再造术后皮片收缩的技术改进要点:

1. 由过去常规采用的中厚皮片改用为挛缩程度小、耐磨,质地柔软的全厚皮片。
2. 在没有感染的情况下,由过去术后9~10天拆线延长到四周后拆线。
3. 发挥病员主观能动性,一日三次,每次坚持20分钟用手按压眼模。一周换药一次。

维持两个月左右。

4. 术中制备的眼模要略大于义眼,如眼窝内按放不下,可做外眦角切开。在义眼安装前一周再将外眦角缝合。

刊于:二医学报2(增刊1),6 1982

应用耳廓复合组织移植一期修复睑组织缺损

(附 15 例 报 告)

附属第九人民医院整复外科 刘根娣 张涤生

睑缘切迹和眼睑缺损大都由于外伤或手术切除该部份肿瘤所造成。眼睑缺损的修复方法很多,大部分是利用缺损附近的组织进行推移或滑行进行修复。也可应用对侧正常的睑组织作带蒂旋转移植修复。但是在修复较大或全部睑缘和睑组织缺损时,面部组织来源常有不足之感。既往常利用邻近皮瓣或皮管一期或分次转移,因为缺乏睑板的支撑,故外形和功能都不够理想。采用带有软骨在内的鼻中隔粘膜复合组织移植。组织来源也是不够丰富的。1980年以来我们进行了15例采用耳廓复合组织游离移植一次修复大部或全部睑缘和睑板缺损的手术。手术成功率是100%。手术后的功能恢复和外形都是较为满意的。

游离耳廓复合组织移植取材方便,组织来源丰富,皮肤颜色与上睑、皮肤相近似,收缩率小。供区无外形和功能影响。移植最大面积软骨可取达 1×3 cm,皮肤可取达 3×5 cm。手术成功的关键在切取耳廓复合组织时皮肤和软骨不能脱开。手术操作的基本步骤与游离植皮相同。

刊于:二医学报2(增刊1):6,1982

用硅橡胶治疗小颌畸形

附属第九人民医院整复外科 王恩远

(指导 张泳生)

下颌骨的颏部短缩或后缩都影响到面部的外形,在轻度畸形希望能用简单方法整复。我们二年来对6例中,轻度颏部畸形用硅橡胶充填获得满意的外形。

充填硅橡胶材料成品分大、中、小三型,术前在病人皮肤表面试戴选其合适的一型。无成品应先用印模胶在下颌取样,再用整块硅橡胶参照取样雕刻制成肾形厚度在1cm左右,还要其后面与皮肤附贴。我们都在颏缘后方2cm处切开皮肤2~3cm,通过皮下隧道抵达颏部骨膜前再向两侧分离,间隙比充填材料略大些使充填后无张力,无死腔,防止硅橡胶移动用丝线在骨膜上固定一针。6例中除1例充填在颏缘下方加长颏部短缩畸形外均在颏部的前方治疗后缩畸形、术后均获满意效果无不良反应。

刊于:九院整形外科汇编21,1982

游离神经移植治疗面神经瘫痪的初步报告

附属第九人民医院整复外科 王德昭 赵平萍 丁祖鑫 千季良

面神经瘫痪(简称面瘫)的手术治疗,几十年来,不外乎是神经减压术、神经吻合术、神经转移术、阔筋膜悬吊术和肌肉转位等方法。1970年以来,Scarmella首先报告应用自体游离腓肠神经治疗面瘫的报告,获得满意疗效。我科自1979年开始,共治疗13例,采用了自体游离腓肠神经、耳大神经移植一期吻合技术,取得初步经验:

手术方法:手术分两组,一组在小腿外侧作“Z”形或3~4个横形切口,切取18~25厘米长度腓肠神经;另一组在患侧作腮腺摘除切口(“Y”形切口)。分离出面神经颞面支和颈面支,在上唇两侧鼻唇沟处作1.5厘米切口,将腓肠神经通过皮下隧道,与健侧的上颊支或下颊支的一支,在手术显微镜下作神经束膜吻合,本组有两例采用耳大神经游离植。

结果:我们共用以上的手术方法作游离神经移植13例,时间最长者为15月,最短者10月,除了有两例在半年内施行手术,正在恢复中以外,根据随诊结果,主要观察畸形面部表情肌的活动功能和肌电图检查情况,属于“良好”者指面部分称,口角和颊部的主动活动,眼睑可完全闭合者2例;“改善”者6例:面部表情肌有轻度活动功能,眼睑能闭合2/3;“差”者3例:指面部仍不对称,眼睑闭合毫无改善。

作者对手术指征,手术分期治疗和吻合神经的部位等问题提出讨论。

刊于:二医学报2(增刊1):24,1982

游离头皮瓣移植治疗疤痕性秃发

附属第九人民医院整复外科

张涤生 王 炜 王德昭 赵平萍 卫莲郡 陆正康

应用颞浅动脉及颞浅静脉分布区域的头皮发瓣,作游离移植修复疤痕性秃发,能取得良好的效果,它主要用于半侧头皮疤痕性秃发,特别是颞部鬓角区疤痕性秃发。这类病员用其他方法,诸如头皮旋转皮瓣来修复,常难达到满意结果,而应用颞部游离头皮瓣移植能取得良好的结果。术前先在供区用触及道普勒查清颞浅动脉及静脉的走向,确定可切取皮瓣的范围,一般是 $2\sim 4\times 12\sim 14\text{cm}$ 。手术在全麻下进行,在受区,沿着发际缘及鬓角线,切除疤痕性秃发区的前缘部分,然后将供区的皮瓣游离,保护好动静脉,移植到受区进行血管吻合。供皮瓣区创口可以拉拢缝合,如有困难则植中厚皮片修复。术后应用2~3天抗血管痉挛及抗凝药物(如低分子右旋糖酐等)。我院从1977年9月到1980年对3例单侧性疤痕秃发,应用头皮瓣移植进行治疗,取得了较好的效果。

刊于:中华外科杂志20(3)168.1982

眶距增宽症的外科治疗

附属第九人民医院整复外科

张涤生 王德昭 卫莲郡 丁祖鑫

颜面部先天性畸形,在临床上并非罕见,据国外文献报告,其发生率约为1/9000,这些畸形包括尖头畸形(Apert综合症),舟状头畸形(Crouzen综合症)如眶距增宽症(Hypertelorism),此类畸形必须通过外科手术来达到矫治目的。

眶距增宽症的手术治疗包括颅外经路和颅内经路二种,都是60年代才发展起来的新手术,1962年Tessier第一次提出采用颅内经路进行眶距增宽症的手术矫治,获得极为满意的效果。他在1974年报告65例,其中52例是通过颅内经路而进行的。以后Converse Munro等相继在这方面做出了许多贡献。我国自1977年8月开始,做了二例此类手术。一例是通过颅内经路,另一例是通过颅外经路进行手术,均获得比较满意的效果。

第一例是6岁女孩,眶距距离(指二侧前泪嵴间的距离,简称I.O.D)手术前为65mm,经颅内经路进行矫治,手术后矫正到35mm。第二例是26岁女性,I.O.D手术前为35mm,经颅外经路进行矫治手术后I.O.D为25mm。在第一例手术过程中,原拟将二侧眶架再行靠拢,以进一步缩小眶距,但将二侧眶骨拉拢结扎后,出现二只眼球的球内压力增高,眼球突出等现象,故只得在二眶间再行插入一条骨片。以减少对眼球的压力。这样就使眶距增加到35mm,仍较一般人略宽。第二例同时存在小眼症,故手术中同时进行外眦扩大术。此二例手术经过都较顺利,术中第一例输血1400cc,第二例输血800cc,术中术后均未出现并发症,二例手术后都保持了正常嗅觉。

注:到1982年5月,已施行此类手术共7例。

刊于:二医学报(2)(增刊1):8.1982

一种唇弓、唇珠一次再造的新方法

附属第九人民医院整复外科 赵平萍

唇弓和唇珠是上唇正中部重要的表面结构。但往往在唇裂修复术中由于手术方法选择不当或是技术不熟练而使得修复后的上唇唇弓不显、唇珠消失。因此上唇的外形不够完善和生动。

近年来唇弓和唇珠再造的方法有很多改进。综合这些方法的优缺点,本文介绍的唇弓和唇珠一次再造的方法是通过临床十个病例的实践,认为方法简便,容易掌握,效果也较为满意。

病例选择为唇裂术后需要进行唇裂二期修复的成年病员。唇弓不呈一个弓形曲线而是一个弧形,上唇平坦,唇珠消失。但上唇中部必须尚有一定厚度的唇红组织。

方法:将上唇中部的唇红组织作底边,长 8 mm,半径为 4 mm,画弧形向下的划线。按划线切开这缺唇红组织,深度达肌层。然后将这块游离的唇红组织移植达正常的唇珠部位。将上唇唇红边缘的中点针对半圆形缺陷的弧形线中点缝合。这样使显露了一个明显的唇弓。唇弓上方白唇部的创面以一小块全厚皮移植之。

优点:方法简单,易于掌握,效果较为满意。

缺点:病例选择有一定局限性。

刊于:二医学报 2(增刊 1): 22. 1982

腋下部游离肌皮瓣在修复颌面部缺损上的应用

附属第九人民医院整复外科 王德昭 丁祖鑫 赵平萍 朱 昌

应用腋下部游离肌皮瓣修复颌面部缺损。共施行四例,获得全都成活。我们在尸体解剖的研究基础上,认为腋下部肌皮瓣的优点是血管解剖位置比较恒定、血管口径粗大,一般在 1.5~1.7 毫米,血管蒂可有 10 厘米左右的长度。而且,切取的皮瓣范围,可达长度 15~16 厘米,宽度在 8~10 厘米,供区创面可直接缝合,不需再进行植皮。据 Baudet 报告,切取皮瓣最大有 23×10 平方厘米。

病例介绍:马×× 男 20 岁 于一九七八年一月在施工中右面、眼、眶部炸伤、颧骨缺损、眼球摘除、面部皮肤呈 7×6cm²与骨面广泛粘连,明显凹陷畸形,并有不完全面瘫和轻度张口受限,12 月在全麻下于左腋下部设计 13×8cm²的游离肌皮瓣移位于右面部、胸背动脉 1.1mm、静脉 1.7mm,分别和右颌面外动脉、面总静脉端对端吻合,术后皮瓣全部成活,伤口一期愈合。术后又进行皮瓣的修复,效果良好。

我们体会到腋下部皮瓣是一种复合组织的皮瓣,从上述优点来看可以设想它将是能应用于头颈部恶性肿瘤,外伤性缺损修复的一种良好的复合组织皮瓣。

注:到 1982 年 6 月已施行此类手术共 6 例。

刊于:二医学报 2(增刊 1): 26. 1982

唇裂与腭裂的遗传学规律探讨

胡延宁* 王德昭* 张华宋° 吴根鑫° 陆正康* 李镜海* 陈惠英*

唇裂±腭裂目前认为是一种发生率较高的先天性畸形,而且与单纯性腭裂在遗传学上是完全不相同且无关的两类疾病。根据上海国际和平妇幼保健院十年来4,5072次分娩统计中有60例唇裂±腭裂的患儿出生,群体发病率为1.33%。过去对它的发病原因解释不一。本文试就上海第二医学院附属第九人民医院整复外科收治的唇裂±腭裂患者中的133例,以及上海国际和平妇幼保健院新生儿患者30例共计163例进行了家属调查,计3005个有关亲属,并按照Falconer公式计算出其I级亲、II级亲、III级亲的遗传度分别为79.17%、79.77%、77.94%。这个结果和世界其它各地的大组统计接近,表明它是一种与遗传有关的,但又不是单基因的遗传病,可以用多基因合理地解释包括近亲通婚和环境因素等。本文对利用电子计算机计算遗传学的方法作了简单介绍,根据“阈值模型”和概率统计学分析,多基因病的群体发病率PF和亲属发病率RF可用方差 $\sigma^2=1$,均值 $\mu=0$ 的标准正态分布曲线来表示,这种方法亦适用于其他类似的先天性畸变的遗传规律探讨,由于我国目前开展计划生育,提倡养得少、养得好,进一步深入这方面的研究有一定现实意义。

+ 上海遗传学会 *上海第二医学院附属第九人民医院整复外科 °上海市交通大学电子学教研组

卅 山东医学院附属眼科 卅 上海市国际和平妇幼保健院

刊于:九院整形外科汇编12.1982

腭裂修复术与术后发音效果的远期观察

(292例随访病例分析)

附属第九人民医院整复外科 王德昭 张涤生

一个理想的腭裂修复术,不仅要封闭口腔与鼻腔直接贯通的裂隙,恢复腭部的正常生理解剖功能,而重要的是选择适当的腭裂修复方法,为患者创造一个良好的发音条件。兹将我们在1951年——1975年间收治的734例作一次全面的随访调查。术后经过3年以上较长时间的观察,其中292例得到随访和调查,现就其发音效果,手术方法和手术年龄等方面进行分析和讨论。

(一)发音效果方面:

1. 与手术方法选择的关系:采用了兰氏手术较多,这些手术方法没能使软腭得到充分的后推延长,影响术后软腭的“实际有效延长度”,不能形成一个完全的腭咽封闭。1954年我们对软腭裂的手术方法选择多采用张涤生改进的道氏后推手术共80例,在随访的34例中,远期发音效果属优良的24例(70.6%)。1963年以来我们从华氏或半后推和咽后壁瓣手术或以华氏二瓣手术为基础再配合犁骨骨瓣粘或鼻粘“Z”成形术,这样不但延长软腭组织,而且因为注意了鼻侧创面的修复,因此也减少了术后上腭穿孔的机会。本组随访的60例中,50.3%

发音效果达到优良,但对某些双侧完全性腭裂患者,硬腭前方裂隙宽大而犁骨位置又较高,鼻粘膜的利用尚存一定困难。

咽后壁瓣移植手术,我们认为蒂部在上方的发音效果更为理想。

近年来,我们应用了咽咽肌瓣作动力性咽腔成形术,用于腭裂修复术后、软腭裂等患者,取得了较好效果,是一种值得推广的手术方法。

2. 与手术年龄的关系:通过本组远期疗效的观察,2~6岁之间施行手术者最多,发音效果达到优良标准者101例(64.1%)证明了早期手术的重要性。本组手术病例无1例死亡,亦说明只要我们重视手术前后的处理和手术操作中各个环节,手术还是相当安全的。

3. 与腭裂修复后语音矫治的关系:我们在1954年对10岁以上的部分患者,进行了语音训练工作,主要是采用汉字拼音符号作为语音的工具,练习腭咽闭合和唇颊部肌肉活动的一些基本方法,并以录音机来记录语音矫治前后的发音情况进行对比,都有显著程度的提高,有效地提高发音效果的治愈率。

刊于:上海医学4(10):21,1981

双睑重建和眼袋整复术的临床体会

附属第九人民医院整复外科 张涤生 刘根娣 赵平萍

双睑重建手术俗称“双眼皮手术”,不仅能使眼裂增大,显示眼神,还能同时纠正“水泡眼”,内眦赘皮和倒睫等病状。

眼袋是人到中年、老年衰老的标志之一。眼袋整复手术可恢复面容的青春和矫正因皮肤松弛引起的下睑倒睫。

1978年以来,我们进行了582人次的双睑重建和30人次的眼袋正复手术。对于手术前的准备、手术中的注意事项,手术后的护理,手术后并发症的处理积累了点滴经验和体会。

关于上睑皱襞的宽度按照中国人的具体情况来定。我们认为以6~7mm较为适中自然。文艺工作者由于舞台形象的特性要求有时以取达8mm。

对于“水泡眼”必须去除上睑眶隔内中央和内侧的脂肪球。个别患者上睑除臃肿外,外侧尚有膨大的檐盖状组织伸展到外眦角区。这是一块外侧脂肪垫,必须予以切除矫正。如有泪腺下垂,也必须同时给予复位固定。

眼袋主要是指下睑,它位于眶下缘的上方。紧贴下睑缘的臃肿并非是真性眼袋,而是一条肥厚的眼轮匝肌。所以只要将下睑缘的眼轮匝肌连同皮肤切除一条即可矫正。

刊于:二医学报2(增刊1):1,1982

应用自体肋软骨移植修复先天性小耳畸形53例报告

附属第九人民医院整复外科 王德昭 丁祖鑫 赵平萍 刘根娣 朱 昌

先天性小耳畸形是第一、二腮弓综合症的一部分。常与同侧面部、下颌骨、嚼肌发育不全和面神经缺如合并发生。我科自1962年以来采用自体肋软骨移植修复小耳畸形53例,其

中 22 例应用 Tanzer 手术、31 例采用 Brent 手术。前者分三期；第一期肋软骨切取、成形、埋植和耳垂移位；第二期耳后植皮在第一期手术后 4~6 月进行；第三期耳甲和耳屏的成形。后者的基本手术操作步骤方法相同。主要区别在肋软骨雕刻的形态。53 例中共有 4 例因皮肤过度受压坏死、软骨外露感染失败。2 例不锈钢丝外露经去除后愈合。

本文作者在讨论中提出小耳畸形合并耳道闭锁是否要做中耳成形术提高听力的问题，由于此手术有伤及面神经可能，且在乳突部皮肤上遗留较多疤痕，除了患耳听力功能障碍外，都不主张手术。关于手术年龄时间，由于手术麻醉次数多、手术操作难度高，大都在 17~20 岁进行整形手术，如果随着操作的熟练和提高，在学龄前完成外耳再造是可以的。采用自体肋软骨支架，抗感染力强、虽经感染软骨外露仍能自行愈合，认为比硅胶、异体异种软骨的效果好。但本组所埋植的软骨支架，耳廓仍较健侧粗厚，仍有皮肤受压坏死、软骨吸收的可能。经过近年内手术操作方法不断改进，已自行设计一套雕刻的器械和软骨埋藏改用持续负压吸引的方法。手术的并发症逐渐减少，耳廓外形进一步得到改善。

刊于：二医学报 2(增刊 1)；14, 1982

招风耳畸形的整复治疗

附属第九人民医院整复外科 王德昭 丁祖鑫 刘根娣

招风耳是一种常见的先天性耳廓畸形。多发生于两侧。国内很少见到对其整复治疗的报导。本文就 20 例招风耳按照 Converse-Tanzer 手术原则，效果满意。治疗方法主要使外耳外侧面形成对耳轮及其上脚的形态，采取耳后梭形切口、软骨切开缝合成管状的方法。此法操作简单，小儿患者均可在氯胺酮基础麻醉下加用 1% 利多卡因封闭阻滞下进行。作者认为要使患者获得良好的手术效果，术后的功能位固定、加压包扎至少持续三个月以上。

刊于：二医学报 2(增刊 1)；12, 1982

全鼻一期再造术(附 46 例报告)

附属第九人民医院整复外科 张涤生 王德昭

全鼻再造的手术方法采用前额皮瓣，肩胸皮管，上臂皮管等都需要二次以上手术方能完成，我科从 1965 年以来，对应用前额皮瓣的全鼻再造手术作了改进，只需一次完成，即将前额正中皮瓣连同它的供应血管和以下组织进行分离，通过鼻根部以下隧道扭转 180° 进行全鼻成形术，将本法称之为前额岛状隧道皮瓣法(以下简称隧道皮瓣)，到目前为止我科共作此手术 46 例取得了较好疗效。

手术方法，①前额皮瓣的部位以选择前额正中皮瓣为宜，由于该部包含两侧滑车上动脉和鼻背动脉，无须进行皮瓣延迟，将皮瓣施转 180° 行全鼻再造手术，②皮瓣的设计和鼻部衬里组织，是一个重要的环节。皮瓣远端的形态呈三叶状以作为形成鼻翼和鼻小柱、鼻部衬里组织仍惯用鼻部残存的缺损上缘的皮肤组织瓣向下方翻转，并鼻小柱缺损两侧边缘上相应创面

相互缝合以作为鼻部主要的衬里组织,③手术步骤:手术开始前将设计好的印样轮廓于前额正中适当部位用美兰划出图形,沿美兰线切开额部皮瓣(包括额肌),在鼻根部作宽为1.5cm的横切口,将前额皮瓣通过隧道到达鼻缺损部位,作全鼻再造术,鼻孔内用油纱布包裹的橡皮管插入,保持鼻腔通畅。前额皮肤从两侧发际处到眉弓间全部切除植以中原或全厚皮片,并用一侧带有眶上动脉的岛状皮瓣修复眉间凹陷部分。

通过此种隧道皮瓣修复缺损的优点:住院时间短,鼻部外形稳定,色泽与邻近组织近似一致,前额部供皮处经全部切除后植皮,往往也减轻和隐蔽了畸形的程度,故值得推广应用。

刊于:中华外科杂志19(2):87.1981

咽侧壁瓣(腭咽肌瓣)治疗腭咽闭合不全的初步报告

附属第九人民医院整复外科 王德昭 丁祖鑫 王 炜 赵平萍 张泳生

腭裂患者用咽侧壁瓣为动力括约肌成形治疗腭咽不全的手术方法,提高了术后发音效果,是1968年Orticochea首先应用于临床是认为当前比较好的一种方法,1973年来我科为25名患者进行了这样的手术。

手术原则是利用两侧咽咽肌形成蒂在上方的肌瓣,和咽后壁组织瓣进行端对端褥式缝合,使三块粘膜肌瓣创面对合在一起。如果同时施行腭裂修复手术的患者,应先进行选择适当的腭裂修复术后再作咽侧壁瓣成形手术。

我们对采用此种手术方法25例,其中18例随访二年以上,发音效果属优良者12例,尚佳者6例。(按我科腭裂术后患者的评级法)通过临床实践,我们的体会:

1. 咽侧壁瓣包括完整的腭咽肌,保留了正常的运动活动手术后,自然形成一个肌肉环,形成括约肌样的动力功能,达到腭咽闭合,此种方法又称为动力性咽腔成形术。

2. 施行咽侧壁瓣手术时,要注意应将腭咽肌完整切取,如仅切取部分腭咽肌或切断支配的运动神经,术后就没有腭咽肌的运动功能也不可能产生腭咽闭合。其次要特别强调手术后早期进行语言训练,促使患者口、唇、腭、舌等器官有正确的活动。

刊于:二医学报2(增刊1):24.1982

颅骨电击伤的治疗和颅骨成形术

附属瑞金医院烧伤科整形组 杨增年 施浩然 曹 亮

国内外电击伤患者的发病率随着生产的发展而逐年增高。本文分析了我科自1958~1973年收治的141例电击伤病员,发现此病多见于儿童和青年,常见的发病部位是上肢及下肢,其次是躯干及头面颈部。本文着重介绍颅骨电击伤的治疗和修复。

从电击伤的特点描述创伤部位的局部表现,提出了电击伤的全身和局部的处理原则。根据颅骨较浅的灼伤,则可用颅骨钻孔法、死骨大片清除法;对全层颅骨坏死,在控制感染的原则下,局部则可采用吻合血管的游离皮瓣移植予以修复。

颅骨电击伤后期需要施行颅骨成形术。修复时采用相同的软组织及骨组织(或组织代用品)予以修复。自1970年至1981年,我科共收治颅骨缺损患者8名,其中男性6名,女性2名;最小12岁,最大45岁;颅骨缺损面积最小为 $3 \times 5\text{cm}^2$,最大为 $10 \times 12\text{cm}^2$ 。根据不同的灼伤原因采用不同的修复材料。本文详述了颅骨成形术的禁忌症、各种修补材料的比较、手术时间的选择及颅骨成形术的硬脑膜处理问题等。主张电击伤24~48小时后,在伤口无感染、颅内压无增高、全身条件稳定的情况下,可用游离皮瓣携带肋骨的复合组织,通过血管吻合的方法一期修复。也可先用游离皮瓣修复软组织,留待二期再修复颅骨缺损。对颅骨缺损、硬脑膜暴露患者,则以不损伤硬脑膜为原则,分离疤痕组织,造成新鲜创面,再作转移皮瓣或游离皮瓣予以修复。

眼 睑 外 翻 修 复

(187 例 临 床 分 析)

附属瑞金医院烧伤科整形组 杨增年 施浩然 曹亮

本文介绍1968至1980年我科治疗187例灼伤后疤痕挛缩性眼睑外翻的经验。

临床上眼本身直接灼伤者并不多见,而眼睑外翻则占同期整形患者7%,严重眼睑变形可引起患者眼裂完全不能闭合,角膜长期外露,继发暴露性角膜炎,白斑,造成永久性角膜损害以致失明而需进行角膜移植。因此,本病是头面部灼伤的主要早期并发症之一。

复习187例病史,我们认为眼睑外翻修复成败的关键在于:

(一)尽早治疗:

我科对头面部灼伤患者因焦痂压迫而引起结膜水肿者,一律在早期切痂同时即采用游离植皮,修复眼睑,及时保护角膜。

对灼伤后期眼睑外翻患者,均首先予以手术纠正,决不等待疤痕稳定,延误时间。

(二)切疤彻底,松解充分:

深度灼伤后眼睑外翻者,必需彻底切除周围疤痕,上下至少抵达眶骨缘,两侧超越内外眦,深度可及眼轮匝肌。切除范围较广,以达到上眼睑充分松解,自然闭合。

(三)修复方法的选择:

索状疤痕引起轻度眼睑外翻者,松解挛缩因素即可达到眼睑复位,作V-Y手术或Z字成形术而无需植皮。

眼睑组织需修补者,以颞部镰刀状转移皮瓣为佳,不易挛缩。

但严重头面部灼伤患者常缺乏邻近皮瓣转移条件,我们对上眼睑采用偏厚中厚皮片(0.4~0.5mm),下眼睑采用全厚皮片修复甚为适宜。皮源选用耳后、上臂内侧,锁骨区等部位,质地细腻,色泽协调,皮下脂肪少而弹性延伸性佳。

对同侧上下眼睑同时修复者,我们不主张采用环形植皮。

在眼睑外翻修复术中必需尽量一并切除眼周、鼻唇沟,颈颈部疤痕,打断牵拉,减少复发。

医用硅橡胶制品在颌面整复外科的临床应用

附属第九人民医院整复外科 王德昭 王恩远 赵平萍 刘根娣 曹惠萍
(指导 张涤生)

硅橡胶是一种有机高分子化合物,具有良好的耐湿和电绝缘性能,它还具有生理惰性及稳定的理化特性,故可在医学上应用于体内埋植,作为人工器官及组织的代用品,到现在已有30多年的历史。

在整复外科业务范围内,应用硅橡胶制品的目的是多方面的,它可作为组织充填及支架材料,以代替真皮、脂肪、软骨及骨骼等组织的移植,还可以制成鼻梁、外耳、鼻泪管等来修复创伤性畸形以恢复功能。

1974年,我科和上海橡胶制品研究所协作,在临床上研制了弹性型、海绵型和液体型硅橡胶,6年来,共应用322例,其中作为鞍鼻充填材料225例,眶下区充填11例,鼻尖及小柱支架材料10例,耳廓修复材料30例,眼球后埋植6例,面颊部充填8例,颞颥部充填3例,颅骨缺损修复4例,下颌骨充填11例,注射型液体硅橡胶14例。

在鞍鼻修复的225例中,失败10例。眶下区充填的11例中,一例失败。鼻尖及小柱的10例中,失败3例。耳廓修复的30例中,失败12例。颌面部畸形修复的22例中,失败2例。注射型硅橡胶修复鞍鼻和面部凹陷畸形14例,无一例失败。322例中,失败31例,占9.6%。

分析失败的原因,大致可分为早期和晚期两种原因。在早期原因中,主要为局部皮肤坏死和感染。晚期原因中,主要是异物炎性反应和埋植移位。针对失败的原因,文中提出七点预防措施:①埋植体上的皮肤必须正常。②硅橡胶底面予作若干小孔,使纤维组织长入以利固定。③埋植体术前应彻底清洗和灭菌。④术中防止滑石粉、棉花纤维等异物进入创面。⑤切口必须分层细致缝合。⑥术后局部加压包扎,防止血肿及积液。⑦术后如有多量积液,可在无菌条件下抽除及加压。

经过6年来应用国产弹性型、海绵型和液体型硅橡胶制品可较安全地埋植于人体内,以供整复外科治疗上应用。

作者指出:弹性型硅橡胶制品比海绵型有较大发展前途。液体型硅橡胶也是一种有价值的新材料。

刊于:二医学报2(增刊1):60.1982

前臂岛状皮瓣在手部创伤中的应用

附属第九人民医院整复外科 王 炜 黄文义 张涤生 徐春阳 顾敬枚

目前用于临床的岛状皮瓣种类繁多,较常见的有颞浅动脉岛状皮瓣、枕大动脉岛状皮瓣、胸锁乳突肌岛状肌皮瓣、胸大肌岛状肌皮瓣、背阔肌岛状肌皮瓣、足背岛状皮瓣等等,但是

前臂岛状皮瓣的应用尚未见过报导。

本文详细报导了应用前臂岛状皮瓣修复烧伤爪形手、手背疤痕挛缩伴伸肌腱粘连、虎口疤痕挛缩拇严重内收、掌部疤痕挛缩等，手术均一期完成效果良好。

同时，概括介绍了前臂岛状皮瓣的解剖学基础。前臂岛状皮瓣的血管蒂包括蒂动脉、挠动脉的伴行静脉及头静脉。以血管的远端为蒂的前臂岛状皮瓣的血供来源是尺动脉经掌浅弓、掌深弓的转流，所以前臂岛状皮瓣可以蒂在近心端亦可以蒂在远心端。前臂岛状皮瓣，它在修复手创伤中随手可取，手术操作简便，手术一次完成。它质地致密坚韧，组织薄，是修复手创伤皮肤缺损的良好皮瓣供区。它既能晚期可用又能早期应用。它与带蒂皮管、皮瓣相比，手术次数少，修复的外形良好。它与游离皮瓣移植相比，显然手术简单，无需特殊处理，成活率高达百分之百。因此，前臂岛状皮瓣修复手和肘部附近的创伤是良好的皮瓣来源，值得推广和应用。

刊于：二医学报2（增刊1）：31,1982

足部岛状皮瓣在足外科的应用

附属第九人民医院整复外科 王 炜 卫莲郡 胡鸿泰
(指 导 张康生)

在足外伤中，遇有骨，关节外露伴有皮肤，皮下组织缺损以及因疤痕挛缩引起踝关节畸形和软组织缺损的修复一直是很棘手的问题。其中尤以足跟部皮肤，皮下组织缺损的修复最为艰巨。过去常用的交足，交腿皮瓣，远处皮管转移及各类游离皮瓣作修复，均有其缺陷。

本文报导了我科应用足背或足底岛状皮瓣的方法对六例患有足部畸变及软组织缺损病人作修复的结果。并且分别描述了这二种皮瓣的原理及应用解剖、手术操作等问题。

足底岛状皮瓣其优点在于：①供区的组织结构类似于足跟部皮肤，皮下组织，因而具有耐压、磨，负重的功能。②修复组织血运良好，感觉存在。③供区不遗留功能障碍。该皮瓣几乎包括整个跖弓区的范围，以足底内侧动脉为滋养血管，并可带有来自胫后神经的足底内侧神经，因而该皮瓣具有感觉功用。

皮瓣的手术从暴露胫后动脉始，追踪远行，切断部分腓展肌将其掀起，可见足底内侧动脉在紧贴于足底皮肤及趾短屈肌浅面，远端在第一跖骨底部切断结扎足底内侧动静脉向第一、二趾的延伸部分。血管蒂的长度视需要而定皮瓣可包含有部分的趾短屈肌以保证足底内侧动脉周围有较多的软组织与皮瓣相连，以保证皮瓣的血供。

切断的腓展肌予以复位。此类皮瓣修复足底创伤为首选。

足背岛状皮瓣其面积较足底岛状皮瓣较大且易旋转，对踝关节周围缺损的修复较为方便。其手术方法同足背游离皮瓣。若在旋转过程中因血管蒂不够长时，可或切断动脉或切断静脉，移植一段静脉架桥，则更能增加皮瓣的可移动范围。

文中同时简要地回顾了足外伤修复中足部皮瓣应用的情况。

刊于：二医学报2（增刊1）：39,1982

前臂游离皮瓣移植治疗一例急诊手外伤的体会

附属第九人民医院整复外科 张涤生 黄文义 徐春阳 顾敬枚

本文比较详细地报导了一例应用显微外科技术进行前臂游离皮瓣移植,治疗触电、挤压伴烧伤的综合性的严重右手外伤,达到了满意的效果。文中系统地介绍了治疗经过,提出了急诊清创、受区血管处理的注意事项。

同时,本文着重地论述了对严重手外伤积极治疗的重要性。静待坏死组织分离脱落,往往会导致严重感染,加重组织坏死,甚至继发大血管出血,不得不将肢体截除。作简单清创,待肉芽生长后进行游离植皮消灭创面,势必需要后期处理。行清创术后,作带蒂皮瓣修复,虽比较理想,但仍需次分期手术,延长治疗时间。本例应用显微外科技术,进行前臂游离皮瓣移植获得成功,避免了上述方法的缺点,缩短了疗程,提高了治疗效果。

应用显微外科技术进行游离皮瓣移植,对早期修复严重皮肤撕脱伤、深度烧伤、电击伤和伴有肌肉、肌腱、血管、神经、骨坏死暴露的病例,是近年来创伤外科的新进展,是一种积极、有效而安全的治疗方法,对严重手外伤的治疗尤为适用,值得提倡和应用。

刊于:二医学报2(增刊1):33.1982

肢体淋巴水肿的病因及分类

——附511例肢体淋巴水肿病因分析

附属第九人民医院整复外科 王 炜 张涤生 程开祥

肢体淋巴水肿在我国是一种常见病,和对于该病,无论是国内,还是国外,都存在分类方法混乱,治疗方法贫乏等情况,良好的分类方法是研究该病的基础工作。本院自1964年至1980年底共医治肢体淋巴水肿1015例。本文就其中病史资料完整的511例,按其发病原因及发病年龄进行分析,认为肢体淋巴水肿可分为四大类28种。第一类是淋巴管疾病及缺陷为主要病因的肢体淋巴水肿,这一类占总体发病率的99.6%。这是由于本组病员中其他几类都难以医治,故未留详细资料,使这一类发病率显得特高。这类病员又可分为原发性的及继发性的,前者可分为先天性原发性淋巴水肿,即出生时即有肢体淋巴水肿,这类病员占总体发病率的6.07%,尚有后天性原发性淋巴水肿,即出生后不同年龄期间发生的突发性淋巴水肿,占8.61%。原发性淋巴水肿病例共分为6种,75例。继发性淋巴水肿中是以细菌感染后引起的淋巴水肿最为常见,共207例,占40.7%,其次是丝虫感染性肢体淋巴水肿,共有147例,占28.77%,其他尚有肿瘤压迫引起的阻塞性淋巴水肿,各种手术后引起的淋巴水肿,包括肿瘤清扫手术后等,尚有因刮宫、腋臭手术引起的肢体淋巴水肿。病员中有10例起于妊娠后,妊娠及分娩后肢体淋巴水肿持久不退,形成慢性肢体淋巴水肿。继发性肢体淋巴水肿共有15种,434例。第二类是血管及淋巴管良性肿瘤及血管病变致病的淋巴水肿。第三类是恶性淋巴瘤引起的肢体淋巴水肿。第四类是全身性疾病引起的肢体淋巴水肿,如肝、肾、心疾病等,这类不属外科讨论范畴。

刊于:二医学报2(增刊1):43.1982