维普资讯 http://www.cqvip.com

口腔颌面外科杂志 1997 年第 6 卷第 2 期总第 22 期

# 肌蒂型胸大肌皮瓣在口腔颌面外科 14 例的手术体会

兰州军区总医院口腔颌面外科 李晓峰 张宫厚
（甘肃兰州，邮政编码 730050）

R782.05

近年来口腔颌面部肿瘤术后组织缺损的即刻修复日益受到重视。除各种皮瓣、游离组织瓣外，由肌肉携带皮肤及其供应血管的带蒂复合组织瓣在组织缺损修复中充分显示其优势，尤其是胸大肌皮瓣更具一定的优越性[1]。我科自 1981 年以来应用该组织瓣修复口腔颌面部肿瘤术后缺损 14 例，效果较满意，现报告如下：

## 临床资料

本组 14 例中男 8 例，女 6 例，年龄最大者 68 岁，最小者 35 岁，平均 51.5 岁。其中腮腺癌、腮腺恶性混合瘤 3 例，口底癌 2 例，恶性黑色素瘤 2 例，舌癌 3 例，下颌龈癌 1 例，腭咽癌 1 例，颌下鳞癌 2 例。14 例均有不同程度的邻近侵犯，均行颌颈联合根治及胸大肌复合瓣修复。修复区包括腮腺区 3 例，颊口底区 4 例，舌口底区 3 例，下颌颈区 3 例，颊面部 1 例。所用最大皮瓣 10×18cm²，最小皮瓣 8×6cm²；皮瓣最长蒂长 18cm，最短蒂长 14cm。14 例中除 1 例由于局部脂肪过厚肌皮瓣有部分坏死外，其余均获成功。

## 手术操作

确定胸肩峰动脉的体表投影，根据缺损大小、形状以及从锁骨到受瓣区的距离，设计出相应的肌皮瓣即可作切口。我们常先切开此瓣的内侧缘[2]，深至胸大肌深层，看到胸固有筋膜深层后，切开此层固有筋膜，用手指将胸大肌连同下面的固有筋膜深层从胸小肌表面剥起，拉向外侧，暴露胸小肌。在胸小肌表面继续以手指钝性剥离，尽量伸向锁骨方向。此时很容易看到位于胸大肌和固有筋膜之间的神经血管束。在直视下保护神经血管束，继续切开皮瓣的外侧缘和下缘向上剥离。肌皮瓣的蒂部一般不带皮肤，肌蒂也不宜过宽，一般于血管蒂的两侧各 2～2.5cm 处切断胸大肌直至锁骨下缘为宜，此时肌蒂宽约 4～5cm 左右。将肌皮瓣向上翻起，越过锁骨表面，穿过颈部皮下组织，直至颌面部缺损区行修复手术。

拉拢、缝合已切断遗留之胸大肌至原位，分层缝合皮下及皮肤，皮肤作褥式减张缝合。

## 讨 论

一、带蒂胸大肌复合瓣的作用。胸大肌肌皮瓣系以胸肩峰血管供应，胸大肌为蒂，也可作岛状肌皮瓣转移，经颈部皮下或颈阔肌下遂道可以修复颊面部皮肤及口腔粘膜缺损。该皮瓣蒂长，肌肉厚实，可修复大量软组织缺损，还可携带肋骨作颌骨缺损的同期移植，或作为复合瓣之一修复洞穿性缺损。本文 14 例均为恶性肿瘤行颌颈联合根治术后缺损较大，而采取了这种肌皮瓣。

二、带蒂胸大肌复合瓣血运的保证。胸大肌肌皮瓣修复颌面缺损成败的关键在于保护皮瓣的主要营养血管——胸肩峰动脉的胸肌支及其伴行静脉[3]。胸肩峰动脉与 Ariyan 氏提出的定位方法相符，即从肩峰到剑突作一连线，再从锁骨中点向下作一垂直线与之相交。胸肩峰动脉先沿锁骨中点垂线向下，再沿肩峰至剑突线转向内下方走行。严格遵循这一定位方法，就可较有把握地保护胸大肌皮瓣的血供。另外 Saraceno 氏[2]通过血管造影研究表明，胸肩峰动脉的胸肌支下行要比肩峰剑突连线更靠外侧且垂直，说明此动脉常走行于靠近腋前线的胸大肌下缘。故我们在切取肌皮瓣时，常先切开肌瓣内侧缘，沿胸固有筋膜深层暴露胸小肌，就很容易找到位于胸大肌和固有筋膜之间的神经血管束，从而有效地保护了血管束。本文 14 例无一例发生误伤营养血管的情况。另外，由于肌肉皮肤之间的肌皮穿通血管很细且皮下活动度大，制瓣时应随时将皮肤与肌肉暂时缝合固定以保护皮下血管丛。

三、胸大肌皮瓣翻转修复的几点体会

维普资讯 http://www.cqvip.com



1. 所能修复面颈部的范围因人而异。根据 Ariyan 氏介绍，胸大肌皮瓣向颌颈部转移，如将肌蒂埋藏于组织内，一次完成手术时肌皮瓣最高可能转移至耳廓部，如向眶颞部转移则需二期手术断蒂。此外，也可将肌皮瓣皮肤向胸大肌下缘下方延长数厘米以增加其长度。本组中 1 例胸短颈长，采用此方法一期修复获得成功。故在术前设计时应因人而异，力争一次修复。若直接转移实在有困难则应考虑胸大肌皮瓣游离移植。

2. 肌皮瓣肌蒂不宜过宽，过宽将影响蒂的活动度，妨碍皮瓣的旋转。此外，肌蒂在跨越锁骨处会显得臃肿，且可能压迫供应血管而影响血运。因此，肌蒂宽度应以能够保护神经血管束而不妨碍皮瓣活动为宜，一般为 3～4cm。本组 14 例均在此范围内。

3. 带蒂胸大肌皮瓣修复腮腺区时，由于肌蒂根部距受区较远，为了防止术后头部向健侧歪斜牵拉肌蒂血管束导致肌皮瓣血运障碍，可用绷带绕过腋下固定头部，此法较颈肩石膏绷带固定更简便，患者也感舒服。

4. 带蒂胸大肌肌皮瓣的优缺点。胸大肌肌皮瓣与其他皮瓣相比有许多优点，除了肌肉血管丰富、管径粗、肌肉厚可提供大面积皮瓣组织，转移后易于成活，供区创面可直接拉拢缝合等优点外，在通过本组 14 例手术我们还体会到下述优点：①肌皮瓣抗感染能力强。本组 9 例为与口相通手术，肌皮瓣转移后减少了术后死腔和术后感染机会。除 1 例术后在下颌骨切缘近中线处伤口感染（肌皮瓣成活良好）外，其余 13 例均未感染。②肌蒂向上旋转后恰可保护因做颈淋巴结清扫而裸露的颈总动脉，大大减少了颈总动脉以后损伤和出血的机会。③有助于颈部成形。颈根治手术需切除大量组织可使颈部两侧不对称，胸大肌皮瓣向上旋转后能较为满意地充填组织缺损的部位，因而有助于颈部的成形。

虽然胸大肌复合瓣问世以来为颌面部大面积缺损的修复开辟了新的途径，但我们也看到它的应用尚有一点的局限性。女性乳房丰满或极其肥胖的男性患者不宜应用。本组 1 例因脂肪过厚术后肌皮瓣部分坏死。另外，这种皮瓣不能修薄，因而也不适用于颌面部没有形成腔隙缺损的病例等缺点。这就要求我们在行胸大肌皮瓣修复口腔面颈部缺损时应慎重选择病例和周全考虑皮瓣设计。

**参考文献**


1. 周正炎，等．带蒂肌皮瓣在口腔颌面外科的临床应用，口腔医学 1985；1：14.
2. 非摘编．胸大肌肌皮瓣，血管造影研究，国外医学 口腔分册 1985；2：109.
3. 陈日亭编著．颌面颈手术解剖，第 1 版，人民卫生出版社 1984；318～320.


（本文承蒙兰州医学院局解手术学教研室叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1997－01－03）

## ·手术新进展报道·

# 河北医科大学第五医院成功的完成了肘关节血管球瘤切除并肘关节成形术

河北医科大学第五医院在骨科主任任朝勤副教授主持下对一例肘关节血管球瘤并强直患者成功地进行了手术。患者，席某某，女，30 岁。患左肘关节血管球瘤 10 年，瘤体多而广泛，以尺侧为重，肘部肌肉明显萎缩并强直在 180 度位已 8 年，肘关节活动完全丧失。照片可见肿瘤侵犯至肌肉和骨质。病后曾到北京几所大医院求治，均以难治为名未给予治疗。血管球瘤多见于手指、足趾处，肘部如此严重血管球瘤实属罕见病例。本科在任主任主持组织下，对该病例进行了认真的术前讨论和精心安排，在院领导支持下于 1996 年 11 月成功地进行了血管球瘤切除和肘关节成形术。术后畸形完全矫正，经锻炼现已进行正常伸屈活动。

（河北医科大学第五医院 医务科）