维普资讯 http://www.cqvip.com



# 复合皮瓣在褥疮修复中的应用

刘学源* 庾东春* 朱志祥*

自1993年以来，本科运用远端及周边为其皮脂肪瓣，近端中心区为筋膜皮瓣的复合皮瓣修复褥疮，较以往单纯应用各种皮肤组织瓣有手术简单，清创范围小，节省组织量，缝合口Ⅰ期愈合率高，修复后外型良好，供瓣区可不用另取组织修复等特点，手术效果均较满意，现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组共6例8处褥疮，其中男性4例，女性2例，平均年龄50.7岁，褥疮外口最大12 cm×13 cm，最小5 cm×6 cm，褥疮基底最大14 cm×30 cm，最小7 cm×10 cm，其中偏瘫病人4例，煤气中毒病人1例，癫痫大发作后1例。

2.手术方法：(1)褥疮处理：切除褥疮外口边缘硬韧疤痕组织，一般不超过0.5～1 cm，切除褥疮腔内坏死腐败的脂肪、肌肉及骨膜等组织，保留间变组织，坏死的骨组织外板一般不去除。褥疮中口周围组织尽管较薄且水肿，亦不做切除。创腔用3%双氧水及1%新洁尔灭、生理盐水反复冲洗。(2)皮瓣的设计与切取：于创面临侧、设计蒂部与主要血管走行相一致的临位皮瓣，皮瓣大小按褥疮基底大小设计，比受区略大1～3 cm，皮瓣近端中央区保留与褥疮口大小相一致的皮肤，其余部分在真皮层掀起皮肤至设计皮瓣相应大小处向下切至深筋膜下，在深筋膜下掀起整个复合组织瓣。在掀起皮肤时注意勿损伤真皮下血管网。组织瓣远端按已清创的褥疮腔隙的大小形状在组织瓣下面修剪成近厚远薄的真皮脂肪瓣。真皮脂肪瓣缝合充填至褥疮周边的腔隙内，褥疮口与复合组织瓣的皮肤缝合，使移植后的外形丰满、平整。在复合组织瓣下置CLS复合液持续冲洗72 h。掀起的皮肤经修剪后直接拉拢缝合后打包。

病例，男，25岁，癫痫大发作昏迷7 d，双臀形成巨大褥疮，左侧外口达12 cm×13 cm，右侧6 cm×8 cm，两侧褥疮在中间交通，来诊时已在外地治疗2个月，压创排出脓汁300 ml，褥疮外口周围红肿硬韧，双臀凹陷畸形。术中清创后基底部缺损达14 cm×30 cm及7 cm×10 cm。术中设计皮瓣含第4、5腰动脉后支，臀下动脉皮支，术后14 d拆线，创口Ⅰ期愈合，外形丰满对称，缝合口平整。

二、结果与讨论

褥疮多为有中枢神经系统疾病的病人，体质差，愈合力差，病程长，感染坏死重，修复困难，尤其修复后很难Ⅰ期愈合。这是因为：1.肌皮瓣虽效果较好，但要损伤部分肌组织和主要血管，清创范围亦稍大，手术难度大，出血多，且对修复部位有选择性，尤其对巨大褥疮修复很难或不可能。复合组织瓣的真皮脂肪瓣可以按缺损腔隙设计，较充分充填死腔，起到肌组织充填作用。2.以往采用较多的创口边缘双侧皮瓣转移缝合修复时，因褥疮口下形成空腔，且缝合置于感染坏死最重的褥疮中部，缝合口很难一期愈合，往往延期愈合或需二次修复，为了减少这一情况出现，往往采用扩大褥疮口周围组织切除范围，以其转移皮瓣时创缘达一定厚度，减少旋转缝合后下面的死腔，这样不但损失了已很紧张的正常组织量，而且加大缝合口张力，仍不能避免其二期愈合。3.缝合口下较大范围的组织缺损，使修复后呈凹陷畸形。4.本组设计的皮瓣由于远端及周边为正常组织的真皮脂肪瓣置于缝合之下，从而为创口的一期愈合提供了良好的基础。5.按主要血管走行的设计，保留了皮瓣远端及周边的真皮下血管网，CLS复合液皮瓣下持续冲洗为皮瓣的成活提供了可靠的条件。6.真皮脂肪瓣不仅充填了死腔，其上、下两面有良好血运的组织，加速了褥疮的愈合。同时，切取皮瓣后余下的供瓣区上皮直接修复供区，减少了另取皮的麻烦及损伤。因此，本文认为运用复合皮瓣修复褥疮不失为一种操作简单、效果满意的手术方法。

(收稿日期：2002－05－26)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院整形烧伤中心

# 手术室护理差错事故的防范

王晓春* 韩雪玲* 修艳玲*

随着社会的发展，医学科学的进步，护理专业已经发展到一个独立的学科。而手术室的差错事故直接影响病人的整个治疗环节，甚至于病人的生命。根据手术室工作中的意外、失误等教训，本文对手术室工作中可能发生的差错事故做了总结。通过多年的实践，取得了很好的效果，现报道如下。

一、护理差错和护理事故

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院外科手术室