DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.11.035
第26卷第11期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 11
2004年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2004

经验交流

文章编号:1000-5404(2004)11-1025-02

胸三角轴型皮瓣预扩张修复面部瘢痕的效果

Repair of facial scar by pre-dilated deltoid-thoracic axial flap

京 萨,陈宝驹 (解放军第304医院烧伤整形科,北京 100037)

以往对于面部畸形严重,组织缺损较多的病例常采用轴型皮瓣修复,但由于其臃肿往往需Ⅱ期修薄。我们选择面部畸形严重的病例采用胸三角皮瓣预扩张的方法修复创面,效果满意,报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组病例19人(均为我科住院病人),其中男性5人,女性14人;年龄最大26岁,最小17岁;受伤部位位于面颊部17人,下颌部2人;挛缩性瘢痕13人,增生性瘢痕5人,洞穿缺损1人;畸形时间最长22年,最短10 d。大部分患者因瘢痕面积大,时间久后伴下唇外翻或张口受限。

1.2 手术设计

胸三角皮瓣的上界为锁骨下线;下界为第5肋骨水平线;内界为距胸骨边缘外侧2 cm;外界为肩峰区稍内。在此区域内,依据修复区的大小,设计所需皮瓣大小及形状。

1.3 手术方法

手术分两个步骤进行:①胸三角皮瓣预扩张:取锁骨下水平切口,切开皮肤皮下组织后分两个层次进行剥离。近胸骨区,在胸廓内动脉穿支的解剖位置稍外侧1~2 cm处,紧贴筋膜表面作分离;在锁骨中段以外,于皮下脂肪浅层作分离,形成内侧小而深,外侧大而浅的两个不同组织层的腔隙,分别置入适宜的扩张器。以后按扩张器置入术后常规处理,一般皮肤扩张时间为2个月,最长的3个半月,最短1个月。②瘢痕整复术:瘢痕切除,组织复位,掀起扩张后的胸三角皮瓣转移覆盖远端创面。供瓣区皮肤大部分可直接拉拢缝合小部分区域植皮。术后皮瓣区特殊体位固定,17 d断蒂。

2 结果

本组病例中Ⅰ期皮肤扩张器置入时均顺利,皮肤扩张满意。其中1例皮肤扩张至3个半月时,皮瓣远端皮肤破溃扩张器外露2 cm;1例扩张至3个月时皮肤菲薄,近乎破溃,发现后立即施行Ⅱ期皮瓣转移术,术中修剪皮瓣远端不健康的皮肤,皮瓣长度足以覆盖创面。本组19例患者手术顺利,无严重并发症,术后形态、功能均有较大改善,转移皮瓣色泽接近面部,质地柔软,丰满但不臃肿,病人满意。随访最长的4年,未出现明显皮瓣收缩及色素沉着。

典型病例:患者,女性,20岁,学生。出生7个月时掉入烧热的空锅内,烫伤左侧面部,瘢痕上缘在眶下壁下方;下缘达下颌缘;内缘位于左鼻翼旁;外缘达左耳屏前。瘢痕面积约10 cm×7 cm,表面凹凸不平,花斑状,向心性挛缩,下唇外翻,张口受限容2指。于1999年行左侧胸部扩张器置入,分别置入内侧200 ml外侧300 ml扩张器各1个。3个半月后注水量均为扩张器的3倍,皮瓣远端皮肤破溃,扩张器外露,在全麻下行面部瘢痕切除,胸三角扩张皮瓣转移术(图1、2)。供瓣区拉拢缝合,17 d断蒂。面部畸形矫正,左侧皮肤色泽及面颊丰满度接近对侧(图3)。

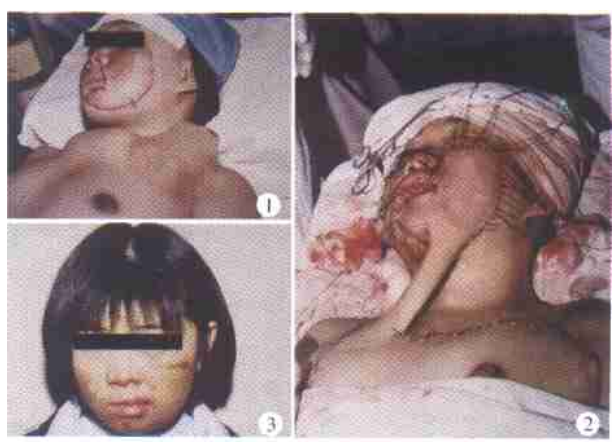


图1 扩张器置入术后3个半月
图2 皮瓣转移术中
图3 术后1年

3 讨论

面颊部组织松软,烧伤后瘢痕挛缩牵拉易出现组织移位而呈现面部畸形和功能障碍。在手术治疗中,若局部无正常皮肤可供扩张,邻近局部皮瓣修复仍优于游离皮片移植。皮片成活后常继发色素沉着、皮片挛缩等问题。采用胸三角皮瓣预扩张的方法既保留了传统轴型皮瓣的优点[1],又由于扩张后的皮瓣变薄,色泽接近面部,血运更佳[2],受供区距离近便于转移,术后外形、弹性、感觉与面部较匹配[3~5],同时供瓣区继发畸形小,乐于被患者所接受。在扩张器置入过程中,注意血管蒂部扩张器的放置位置较深,勿损伤轴型血管并置于其下方,旋转皮瓣区的扩张器放置位置较浅,扩张后皮瓣厚薄适宜,转移到面部与周围组织更协调,效果更好。

若皮瓣较长,为防止远端坏死,可在皮肤扩张满意后,不取

作者简介:京 萨(1962—),女,西藏自治区拉萨市人,藏族,主治医师,主要从事烧伤和美容整形方面的研究,发表论文5篇。电话:(010)66867835
收稿日期:2004-04-28;修回日期:2004-05-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

出扩张器行皮瓣延迟术，术后根据皮瓣血运于 7～14 d 再行皮瓣转移术。

采用本术式虽然手术分两期进行，手术次数增加，疗程长，但它使皮瓣的应用更广泛，使每次的手术简单易行，效果好，病人痛苦小，供区继发畸形轻，是一种较好的治疗方法。

关键词：胸三角肌轴型皮瓣；面部瘢痕
中图法分类号：R622.1 文献标识码：B

参考文献

[1] 鲁开化，艾玉峰，刘春利，等. 轴型皮瓣供区预扩张术的临床应用[J]. 中华整形烧伤外科杂志，1992，8(3)：230－235.
[2] 程宁新，陈一飞. STE 的基础研究进展[J]. 中国修复重建外科杂志，1993，7(1)：44－47.
[3] 陈伯华，司徒朴，徐达传 等. 真皮下血管网皮瓣成活长度的实验研究[J]. 中华显微外科杂志，1994，17(4)：280.
[4] 杨晓惠，陈 强，李容石，等. 胸三角皮瓣修复半侧颜面萎缩的临床研究[J]. 中国美容医学，2000，9(1)：24－28.
[5] 余 东，李傅健. 扩张的胸三角皮瓣修复面颊部瘢痕[J]. 中华整形外科杂志，2003，19(2)：152.

（编辑 陈聪连）

经验交流

文章编号：1000-5404(2004)11-1026-02

前列腺癌 144 例临床分析

Clinical analysis of 144 patients with prostate cancer

王洛夫，江 军，靳风烁，朱方强，李彦峰，姜 庆，孙中义 （第三军医大学大坪医院野战外科研究所泌尿外科，重庆 400042）

前列腺癌（prostate cancer，PC）是西方工业国家最常见的恶性肿瘤之一[1]，我国前列腺癌的发病率和检出率也呈明显上升趋势[2]。本研究对我院自 1966 年 7 月至 2002 年 12 月收治的 114 例前列腺癌患者进行回顾性分析，现报告如下。

1 资料和方法

收集 1966 年 7 月至 2003 年 5 月我院收治的经病理证实且资料完整的前列腺癌患者 144 例，对患者的年龄、临床表现、分期、病理、血清 PSA 及治疗方案等方面进行了统计和总结。

2 结果

年龄 37～86 岁，平均（67.0±21.6）岁，其中小于 50 岁的患者 7 人（4.9%），50～59 岁患者 22 人，占 15.3%，60～79 岁 104 例，占 72.2%。

排尿困难 106 例（73.6%），血尿 19 例，尿潴留 7 例，骨关节痛 11 例，双肾积水、肾功能不全 2 例，腹股沟皮肤结节（前列腺癌转移）1 例，颈部包块 1 例，腰痛 1 例，尿液直肠漏 1 例。

前列腺质硬 126 例（87.5%），其中有硬结者 74 例（占总病例的 51.4%），质地不硬、无硬结者 18 例（12.5%）。

行经直肠 B 超 78 例，示前列腺增大 76 例，低回声占位或不均匀回声 69 例（89%）。

手法指引或经直肠 B 超引导穿刺活检 130 例，活检阳性 114 例（活检阳性率 90.3%），16 例未穿到癌组织。另外 14 例为偶发癌。

行 PSA 检测 95 例，PSA 值范围 2～160 ng。PSA＜4 ng/ml 11 例（11.6%），4～10 ng/ml 40 例（42.1%），大于 10 ng/ml 的病例占 46.3%。

行 ECT 检查 53 例，发现骨转移 41 例（77.3%）。

A 期 14 例，B 期 26 例，C 期 42 例，D 期 62 例。晚期（C 和 D 期）104 例，占 72.2%。

低分化腺癌 40 例，中分化腺癌 19 例，高分化腺癌 5 例，未注明分化腺癌 80 例。

行前列腺癌根治 23 例，单纯手术去势 32 例，手术去势＋抗雄激素药物 21 例，手术去势＋前列腺摘除或经尿道前列腺电切 38 例（其中有 12 例加用抗雄激素药物），手术去势＋雌激素 5 例，药物去势＋抗雄激素药物 2 例，放疗 2 例，未治 21 例。

3 讨论

前列腺癌是男性常见的恶性肿瘤，病因尚不完全明确，研究认为年龄、性激素水平、遗传、环境、饮食等均与前列腺癌的发生有关[1]。

3.1 前列腺癌的诊断

前列腺癌多发生于 50 岁以后，起病隐匿，早期通常无症状，这给前列腺癌的早期诊断带来困难。当瘤体增大阻塞尿道时，才出现类似前列腺增生的下尿路梗阻症状，此时多数病例已是晚期（本组晚期前列腺癌占 72.2%）。

目前国内外诊断前列腺癌的常用手段包括直肠指检、PSA 检测、经直肠 B 超、前列腺穿刺活检等，而 CT、MRI 在该病的诊断中缺乏特异性和敏感性，但对前列腺癌的临床分期有重要价值。直肠指检仍是首要的诊断步骤，简单易行。本组指检阳性

作者简介：王洛夫（1970－），男，山东省莒南县人，博士，主治医师，讲师，主要从事泌尿外科疾病的临床和基础方面的研究。电话：（023）68757344

收稿日期：2004-02-25；修回日期：2004-05-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net