

膜,在前列腺尖部前表面与阴茎背深静脉丛的后方之间的无血管带中穿至对侧,钳夹,切断阴茎背深静脉丛,前列腺前方暴露安全,出血少。(2)尿失禁是该术式又一个严重并发症,其发生率为0.3%~12.5%^[3]。由于RRP将近端括约肌切除,术后控尿功能只能依靠远端括约肌、支持结构和其神经供应来维持。远端括约肌群的神经供应来自盆腔骶腹下神经的自主神经和来自阴部内神经的体神经分支。我们的体会:(1)控制阴茎背深静脉丛的出血,保持术野清晰;(2)避免损伤盆底的肌肉;(3)保护支配外括约肌的自主神经;(4)膀胱颈成形术,必须将黏膜外翻,确保黏膜对黏膜吻合,防止术后吻合口狭窄。本组未出现完全性尿失禁,也未发生吻合口狭窄。

3.3 对性功能的影响 RRP术后性功能的恢复与患者年龄、前列腺癌的临床和病理分期、手术技术有关^[4]。年轻、病变局限于包膜内和保留双侧NVB者术后勃起功能恢复好。我们认为,控制术中出血,保持清晰的视野以及对盆腔神经丛及其分支、盆底肌肉和前列腺周围结构的了解,可以最大限度预防损伤NVB。NVB位于前列腺及尿道的后外侧,提肛筋膜及前列腺筋膜之间,手术中注意保留这些结构可保留阴茎勃起功能。本组患者,术后勃起功能恢复率50%,与文献报告相

似^[5]。如果术中发现前列腺已与盆侧筋膜或神经血管束粘连成块,则应尽可能将其完全切除,因为完全切除肿瘤是我们的主要目标,保存性功能只是次要的。

参 考 文 献

- [1] Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al. eds. Campbell's Urology, 8th ed [M]. Philadelphia: Saunders, 2002: 3 107.
- [2] 白先忠. 前列腺癌的手术和内分泌治疗[J]. 广西医学, 2005, 27(1): 6-8.
- [3] Shah O, Metamed J, Lepor H. Analysis of apical soft-tissue margins during radical retropubic prostatectomy[J]. J Urol, 2001, 165(6): 1 943-1 949.
- [4] Quinlan DM, Epstein JI, Carter BS, et al. Sexual function following radical prostatectomy: Influence of preservation of neurovascular bundles[J]. J Urol, 1991, 145(5): 998-1 002.
- [5] 白强, 王振声, 李青, 等. 保留尿道括约肌功能的前列腺癌根治术165例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(8): 483-486.

(收稿日期: 2009-04-10 修回日期: 2009-05-11)

应用游离股前外侧皮瓣修复头面部软组织缺损 15 例报告

黄运严 谭海涛 覃秋海 边建民 陈杰

(广西医科大学第八附属医院、广西贵港市人民医院烧伤整形科, 贵港市 537100)

【摘要】 目的 探讨股前外侧游离皮瓣修复头面部软组织缺损的临床效果。方法 额部及面颊部皮肤软组织缺损患者15例,应用吻合血管的股前外侧皮瓣移植修复,结果 15例全部成活,1例发生血管危象,经处理后皮瓣成活,1例远端表皮起水泡,经换药后成活。结论 游离股前外侧皮瓣能提供充足的组织量且存活力高,供区隐蔽,不牺牲重要血管,适用于头面部软组织缺损的修复效果好。

【关键词】 股前外侧皮瓣;面部;软组织缺损;显微外科

【中图分类号】 R 651.19 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)07-1048-02

近30年来,由于显微外科的发展和皮瓣局部解剖的深入研究,利用吻合血管进行移植修复的临床实践日益为人们所重视,它免去了传统多次手术或强迫固定体位给患者造成的痛苦,同时也缩短了住院时间,其整复效果已获国内外同行的公认^[1-3]。股前外侧皮瓣由于其有较前臂皮瓣隐蔽、不需牺牲重要血管、皮瓣面积较大、穿支血管较多、可以削薄等优点,广泛应用于头颈外科领域,被公认为理想、可靠的材料^[4-6]。我院2000~2007年应用吻合血管股前外侧皮瓣移植的方法修复头面部皮肤软组织缺损15例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组15例,男9例,女6例,年龄26~50岁。电击伤3例,外伤后缺损5例,烧伤5例,恶性肿瘤2例。创面最大15 cm×20 cm,最小5 cm×10 cm,6例骨质外露或部分坏死。吻合颞浅动静脉9例,面动静脉6例。

1.2 手术方法 病人取仰卧位,画一条髂前上棘至髌骨外侧的连线,在此线中点标记,以此点为圆心周围半径3 cm内为穿支血管分布区域。用彩色多普勒超声探测仪测定穿支血管点并做好标记。在连线内侧大约股直肌中线位置切开皮肤及皮下组织,在肌筋膜浅面从前向后直视下寻找外侧的穿支血管。选择1~2条穿支血管,以其为轴心设计所需要皮瓣的形态和大小,切开皮瓣边缘达肌筋膜浅层,打开股直肌与股外侧肌之间的筋膜,向内侧拉开股直肌,显露旋股外侧动脉降支,沿穿支血管走向由远向近端解剖,直到达旋股外侧动脉降支。解剖时注意保存相伴的股神经分支。所有病例术后常规应用抗生素抗感染治疗5~7 d,应用血管活性物质,同时保暖,保证足够的血容量,每天液体量3 000 ml左右。

2 结果

本组15例,移植的皮瓣均成活。术后发生血管危象1例,经处理后皮瓣成活;1例远端表皮出现小水泡,经换药后愈合。

3 讨论

股前外侧皮瓣是以旋股外侧动脉降支发出的肌皮动脉穿支为蒂,在股外侧肌皮瓣的基础上经过改良而形成的不带肌肉的皮瓣。皮瓣的血管恒定,血管蒂长,有两条伴行静脉,可供切除的范围最大,可达35 cm×18 cm,在临床上有较广泛的适应证^[7]。皮瓣的血运分三层水平结构网状分布,第一层在穿出肌膜之后进入阔筋膜,之后上行到脂肪层,在其中又形成第二层血管网,继而上行后达真皮下形成第三层真皮下毛细血管网。因此皮瓣可以削薄,术后不致于臃肿。为确保皮支支不受损害,在皮支进入的标记点周围3 cm内要保留筋膜及脂肪岛,使皮干支不易受损。本组病例有8例将皮瓣削薄,术后皮瓣血运不受影响,不用再行第二次皮瓣削薄,效果满意。由于烧伤或电击伤后常伴有创面的感染,所以受区血管的选择也很重要,以前应用最多的是前臂皮瓣^[8],但前臂皮瓣必须牺牲一条主干血管,不能满足大面积组织缺损的需要,而且供区不能直接拉拢缝合,需植皮修复,患者难以接受。股前外侧皮瓣能提供充足的皮肤组织,供区隐蔽,不牺牲主干血管,同时远离头面部,术中供区与受区能同时操作股前外侧皮瓣供血充足,抗感染能力强^[9]。当然,吻合血管时应尽可能使用没有受感染区,否则由于炎症反应血管内膜出现水肿、增厚甚至闭塞,术后血管危象的发生率较高。本组有1例发生血管危象,系由于颞部的皮肤受损,血管吻合时内膜已有水肿而导致的。旋股外侧血管穿支通常只保留一对用作吻合,如果担心血运有问题,可以保留两组穿支,但这样使血管袖组织保留过多,不利于皮瓣的削薄。所以我们尽量只用一组穿支,本组没有使用两组穿支血管。一般来说,股前外侧皮瓣血管蒂解剖变异小^[10],血管蒂口径、长度均较粗大,解剖较容易。但也有报告血管变异的情况^[11],因此解剖时必须细心,尽量少用电凝止血,术中要保证充足的血容量,否则血管收缩后更难操作。

术后常规应用血管活性药物、保暖、防止血管痉挛,同时输液、抗感染及进行皮瓣血运的监测,发现问题及时处理等,也是防止皮瓣缺血坏死的重要措施之一。

参 考 文 献

- [1] 朱家恺,庞水发.把我国显微外科推向21世纪新里程[J].中华显微外科杂志,2000,23(1):5-7.
- [2] Urken ML, Weinberg H, Buchbinder, et al. Microvascular free flaps in head and neck reconstruction[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1994,120(6):633-640.
- [3] 卫志强,江海滨,卓阳.股前外侧皮瓣修复软组织缺损的临床应用[J].广西医学,2006,28(5):682-684.
- [4] Koshima I, Yamamoto H, Moriguchi T, et al. Free anterolateral thigh flaps for reconstruction of head and neck defects[J]. Plast Reconstr Surg, 1993,92(3):429-430.
- [5] 彭解人,刘均,郑亿庆,等.股前外侧皮瓣在晚期头颈肿瘤修复中的应用[J].耳鼻喉学报,1996,10(1):20-21.
- [6] 姜平,高建华,罗盛康,等.股前外侧皮瓣修复头颈部畸形缺损:兼论皮瓣分型[J].整形再造外科杂志,2004,6(1):20-23.
- [7] 戚可名.整形外科特色治疗技术[M].北京:科技文献出版社,2004:555.
- [8] 李劲松,潘朝斌,陈伟良,等.游离前臂皮瓣舌再造的临床经验[J].中华显微外科杂志,2003,26(4):262-263.
- [9] 李浩,伍国号,刘均,等.应用股前外侧皮瓣修复头颈肿瘤手术后缺损[J].中华显微外科杂志,2006,29(2):146-145.
- [10] 罗力生,高建华,陈林峰,等.股前外侧皮瓣的解剖学与临床应用[J].中华整形烧伤外科杂志,1985,11(1):50-51.
- [11] Koshima I, Fukuda H, Utunomiya, et al. The anterolateral thigh flap: variation in its vascular pedicle[J]. Br J Plast Surg, 1989,42(3):260-262.

(收稿日期:2009-04-10 修回日期:2009-05-13)

自体大隐静脉桥接修复周围神经损伤的临床观察

何 顺 李铁雄 胡建华 黄永明 姚 波

(广西富川县人民医院骨科,富川县 542700)

【摘要】 目的 观察自体大隐静脉桥接修复上肢周围神经损伤的临床疗效。方法 应用自体大隐静脉桥接修复周围神经损伤8例,其中桡神经4条,尺神经3条,正中神经1条,对治疗效果进行分析。结果 用中华医学会外科学会上肢周围神经功能评定试用标准进行评分,术后随访15~26个月,病人均有明显的肢体功能恢复,优4例,良3例,可1例,无副作用。结论 自体大隐静脉为桥接管道,修复周围神经断裂能有效地引导神经再生及功能的恢复,是修复周围神经损伤的一种较好的方法。

【关键词】 大隐静脉;桥接;神经损伤;神经修复

【中图分类号】 R 651.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)07-1049-02

周围神经损伤的修复方法较多,但效果一直不令人满意。传统修复方法有神经外膜吻合、束膜吻合或内膜吻合,具体方法有直接端吻合、端侧吻合、游离移植、带蒂移植、吻合血管游离移植、游离移植静脉桥接等^[1]。我们应用自体大隐静脉为桥接管道修复周围神经损伤8例,取得较好的临床效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组8例,其中男7例,女1例;年龄16~45岁。刀伤7例,玻璃划伤1例。肘上桡神经4条,肘部尺神经2条,腕部尺神经1条,正中神经1条。受伤时间1~6 d,2例合并骨骼、肌肉肌腱及血管断裂。