

带血管蒂肌皮瓣移植术治疗胫骨外露 15 例

邵光武

湖南省临澧县人民医院 (415200)

我院从 1989 年~ 1995 年共收治胫腓骨开放性骨折术后胫骨外露 15 例, 采用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗, 疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组 15 例中男 10 例, 女 5 例; 年龄 16~ 68 岁; 8 例系车祸伤, 6 例施工时砸伤, 1 例坠落伤; 骨折类型: 15 例均为开放性胫腓骨骨折术后胫骨外露, 其中 6 例胫骨上段粉碎性开放性骨折, 2 例胫骨上段斜形开放性骨折, 5 例胫骨中段粉碎性开放性骨折, 2 例胫骨中段斜形开放性骨折。

治疗方法

1. 15 例第一次均为受伤入院后急诊手术, 行伤口清创, 胫骨骨折开放复位, 钢板螺丝钉内固定术 10 例; 伤口清创, 胫骨骨折开放复位, 克氏钢针交叉内固定术 3 例; 伤口清创, 胫骨骨折开放复位, 安达氏针内固定术 2 例。术后均用膝上长腿石膏托外固定。术前术后大剂量抗生素应用。术后伤口感染, 经治疗后胫骨骨折处胫骨外露。胫骨外露部位长达 8~ 12cm。行带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术时间: 伤后 3 月以上 4 月以内 3 例, 4 月以上 5 月以内 8 例, 5 月以上 6 月以内 4 例。

2. 手术方法: 开放性胫骨骨折术后胫骨外露, 大部分是创伤性骨髓炎, 因此彻底清创是手术成功的关键。内固定钢板螺丝钉或克氏钢针, 安达氏针应取出。骨髓腔内与周围不健康组织及瘢痕组织应完全切除, 清除死骨, 刮凿骨面, 使骨面出血, 显露出新的骨面为止。为避免骨髓腔内有少许骨片与无血组织遗留, 可用生理盐水纱布多次擦洗。然后用络合碘液冲洗, 再用生理盐水冲洗。

根据胫骨外露部位清创后皮肤肌肉等组织缺损情况, 划出供区小腿皮肤范围。但切取皮瓣的前缘应在胫骨的内侧面, 后缘不超过小腿的中线。纵行切开小腿后侧中线皮肤, 切开筋膜从腓肠肌内外侧头之间劈开该肌, 钝性分离腓肠肌内侧头与其深面比目鱼肌之间的间隙。作小腿中下 1/3 后侧横行切口, 皮肤和肌肉一起

切开, 作皮瓣前切口。然后从下向上分离腓肠肌与比目鱼肌的间隙, 小心保护血管神经蒂。

将带血管蒂的腓肠肌内侧头皮瓣转移到胫骨外露的创面上, 注意血管蒂不要扭转太大。将肌肉瓣填充到骨腔, 皮瓣与创面皮缘缝合。肌肉皮瓣切取移位后, 所剩小腿后内侧面创面的皮缘, 先行皮下缝合固定, 缩小范围。然后取大腿中厚皮片移植覆盖。创面抗生素液清洗。无菌敷料包扎, 用膝上长腿石膏托外固定。

3. 术后处理: 患肢要稍抬高, 以利静脉回流。大剂量抗生素防治感染。观察肌皮瓣血运, 及时更换敷料。术后 12~ 14 天拆线。术后 1 月拆除石膏托。照片复查骨折处有中量骨痂生长则可扶拐下床活动, 加强患肢功能锻炼。

治疗结果

本组 15 例, 伤口均一期愈合。随访 1~ 5 年, 疗效满意。优: 带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣已全部成活, 创面无感染, 肌皮瓣不臃肿, 照片复查骨折处已愈合, 患肢无功能障碍, 本组 10 例。良: 带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣已全部成活, 创面无感染, 肌皮瓣不臃肿, 照片复查骨折处已愈合, 患肢有轻微跛行, 但不影响正常体力劳动, 本组 5 例。15 例全部恢复正常工作及劳动。

讨论

用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗胫骨开放性骨折术后胫骨外露, 操作简单, 基层医疗单位易掌握, 且治疗胫骨外露时, 不需要吻合血管的腓肠肌内侧头皮瓣移植术, 用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术完全能够达到治疗目的。

用带血管蒂腓肠肌内侧头皮瓣移植术治疗胫骨外露时, 应将胫骨内固定钢板或克氏针, 安达氏针取出。供区皮瓣设计应比受区瘢痕切除后创面大 1~ 2cm。首先应将胫骨外露处周围瘢痕组织彻底切除, 骨髓腔感染骨髓清除干净, 才能有利于肌皮瓣成活及骨折愈合, 伤口一期愈合。

(收稿: 1996- 04- 24)