

背阔肌肌皮瓣在组织修复和乳房再造中的应用

Application of latissimus dorsi myocutaneous flap in tissue repair and breast reconstruction

袁湘斌, 林子豪, 赵耀忠, 吴建明, 江 华, 朱晓海, 吴 宏, 章建林

(第二军医大学长征医院整形外科, 上海 200003)

[关键词] 肌皮瓣; 肌瓣; 背阔肌; 组织修复; 乳房再造

[中图分类号] R 622 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2005)01-0054-02

背阔肌肌皮瓣是整形修复外科常用的皮瓣之一, 我科自1981年1月开始应用该肌皮瓣修复组织缺损及乳房再造共52例, 取得满意的效果, 现报告如下。

1 方法和结果

1.1 一般资料 本组52例, 男36例, 女16例。年龄6~50岁, 平均(19±11)岁。吻合血管的背阔肌肌皮瓣31例, 其中修复上肢8例, 下肢18例, 面部5例; 吻合血管的背阔肌肌瓣修复晚期面瘫2例; 岛状及轴型肌皮瓣19例, 其中修复胸壁恶性肿瘤切除后胸壁全层缺损6例, 修复腋窝部及上臂各2例, 肩部1例, 乳房再造4例, 肌瓣修复胸大肌缺损4例。皮瓣最大面积36 cm×13 cm, 最小面积12 cm×6 cm。

1.2 皮瓣设计 以腋后襞顶点至髂后上棘连线为中轴按受区所需形状及面积大小设计皮瓣。根据需要可设计前背阔肌肌皮瓣和后背阔肌肌皮瓣。前背阔肌肌皮瓣: 皮瓣前缘可超出背阔肌前缘3 cm, 该瓣特点是肌肉含量少而且薄, 修复后外形不臃肿。后背阔肌肌皮瓣: 设计时皮瓣偏于后正中中线, 特点是肌肉层较厚, 适用于空腔充填及动力重建。

1.3 皮瓣切取 患者取侧卧位, 也可略向背侧翻转使背部与手术台面有60°左右夹角。同侧上肢用支架固定使其肩关节外展, 肘关节屈曲。在腋后线沿背阔肌前缘作一平行切口, 显露背阔肌前缘, 若切口下不是背阔肌前缘, 可根据下方肌束走行来确定向前还是向后分离皮瓣, 若发现肌束方向与切口方向垂直, 则该肌是前锯肌, 要向后寻找背阔肌前缘。从背阔肌前缘进入肌腹深面, 可清楚地见到胸背动静脉和胸背神经。充分游离胸背血管神经束的肌外段, 若受区需要较长的血管蒂, 胸背血管神经束的肌内段也作适当游离。按皮瓣设计线切开皮瓣外侧缘及下缘, 在皮瓣上下缘切断背阔肌, 在切断肌皮瓣上端时, 勿使肌肉保留过多以免造成皮瓣臃肿。若行乳房再造, 肌皮瓣所带皮肤形状及大小需根据胸部切口情况而定。皮瓣的宽度以能直接拉拢缝合为宜, 大部分为肌瓣, 不带皮肤部位的皮下应保留0.5 cm厚的脂肪, 其余脂肪保留在肌瓣上, 增加肌皮瓣的组织量。

1.4 皮瓣移植 将肌皮瓣带蒂转移至受区或行吻合血管的游离移植。若行乳房再造, 将肌皮瓣经皮下隧道转移到胸前区, 注意保护血管神经蒂, 调整患者体位于半坐位, 进行皮瓣塑形。折叠肌肉脂肪瓣, 将脂肪瓣置于皮瓣下, 调整与健侧对称。若重建屈肘功能, 将背阔肌肌瓣移至同侧上肢与肘部肱二头肌腱止点缝合; 也可将背阔肌肱骨附着点切下, 缝于

喙突, 以保持肌肉正常力线。重建伸肘功能, 是将背阔肌通过皮下隧道引入上臂后侧, 在肘关节伸直位缝于肱三头肌腱上^[1]。

1.5 供区修复 创面在10 cm以内可直接拉拢缝合, 不能缝合者用皮片修复, 打包加压包扎。

1.6 手术效果 52例肌瓣及肌皮瓣全部成活, 有3例因皮瓣外形臃肿再次手术将皮瓣修薄。供区创面直接缝合6例; 植皮修复46例, 其中有7例皮片部分坏死, 除2例经再次植皮修复外, 另5例经换药愈合。经1~20年随访32例, 除6例皮瓣外形稍显臃肿外, 功能恢复满意。再造乳房4例外形均满意。

2 讨论

背阔肌是人体最大的阔肌, 位置隐蔽, 主要血供来自胸背动静脉, 有同名神经伴行。血管蒂长, 口径粗, 解剖位置恒定, 变异少, 易于切取。血管位置深, 平时不易受损伤, 血管质量好。可切取皮瓣面积大, 血供丰富, 特别适用于修复大面积组织缺损、较深创面及感染创面。背阔肌肌皮瓣是一个多功能皮瓣, 既可游离移植修复远处组织缺损, 也可带蒂转移, 局部转移角度灵活, 覆盖范围广, 向上转移可达头、颈、腋、肩及上肢, 向前达胸部, 如再造乳房、充填胸大肌缺损、修复胸壁^[2]。修复上肢组织缺损的同时还可重建屈肘、伸肘功能, 重建肩关节外展功能。形成超长血管神经蒂的节段性背阔肌肌瓣一期移植修复晚期面瘫, 可获得理想的效果^[3]。近年来又做了一些改进, 如进行乳房再造, 只带小面积皮肤, 扩大肌瓣面积, 背阔肌上方携带脂肪组织, 折叠肌肉脂肪瓣, 将脂肪瓣置于皮瓣下, 不应用乳房假体, 同样可获得良好的乳房外形, 是乳房再造的重要进展^[4]。还可单纯游离肌瓣移植, 肌肉上植皮, 可减少外形臃肿, 供瓣区直接缝合。

背阔肌近端肌肉较厚, 吻合血管移植后蒂部很臃肿, 在设计皮瓣和切取时, 皮瓣蒂部尽量少带肌肉, 在皮瓣近端向腋顶方向, 相当于血管蒂部位设计一个与肌皮瓣相连不带肌肉的三角形皮瓣, 将其嵌入血管吻合部位, 可减少皮肤张力, 而且外形不臃肿。带蒂局部转移时蒂部肌肉处理有肌肉部分切断和全部切断两种方式, 充填胸大肌时蒂部需带肌肉; 而进行乳房再造及修复创面时蒂部不宜带肌肉, 以免引起腋部臃肿, 外形欠美观, 有时还有不自主的肌肉收缩。蒂部不

[作者简介] 袁湘斌(1949-), 男(汉族), 教授、主任医师, 硕士生导师。

带肌肉转移时,注意血管蒂不能受牵拉,以免引起血供障碍。肌皮瓣供区并发症主要是植皮不易全部成活,扩大背阔肌切取后供区直接缝合常发生血肿或血清肿。止血要彻底,植皮时皮片应多打小孔以利引流,同时要限制该上肢活动。直接缝合时放置引流时间应长于 7 d^[4]。

[参考文献]

[1] 侯春林 主编. 带血管蒂组织瓣移位手术图解[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998. 204-210.

[2] 袁湘斌, 林子豪, 何清濂, 等. 吻合血管、岛状及轴型组织瓣在器官再造和创伤修复中的应用[J]. 第二军医大学学报, 1994, 15(6): 501-506.

[3] 王 炜 主编. 现代整形外科学[M]. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1999. 818-821.

[4] 亓发芝, 陈君雪, 顾建英, 等. 扩大背阔肌肌皮瓣乳房再造[J]. 实用美容整形外科杂志, 2002, 13(3): 118-120.

[收稿日期] 2004-07-14

[修回日期] 2004-12-14

[本文编辑] 孙 岩

· 研究简报 ·

前唇皮瓣及下唇交叉瓣联合修复双侧唇裂术后继发唇鼻畸形

Secondary lip and nose deformities after upper lip prolabium flap combined with lower lip cross-link flap in repair of bilateral cleft lip

袁湘斌, 朱晓海(第二军医大学长征医院整形外科, 上海 200003)

[关键词] 双侧唇裂; 唇交叉瓣; 组织修复

[中图分类号] R 782.21

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2005)01-0055-02

双侧唇裂修复术后唇部美容效果多数不够满意,常需再次手术修复。我科采用联合修复法,即上唇正中前唇可利用的组织瓣加高鼻小柱,抬高鼻尖,再利用下唇组织瓣交叉移植修复上唇组织缺损,获得满意效果,现报告如下。

1 方法和结果

1.1 一般资料 本组 5 例,男 3 例,女 2 例,年龄 18~23 岁。5 例均为双侧唇裂修复术后继发唇鼻畸形。共同畸形特点是:鼻小柱短小,鼻尖塌陷,上唇平坦过紧,唇珠缺损,上唇横向长度明显短于下唇横向长度,上唇位于下唇之后,严重影响面容美观。

1.2 手术解剖学基础 唇部的血供主要来自面动脉发出的上、下唇动脉。面动脉在咬肌前缘绕过下颌骨下缘进入面部,迂曲地向上前行,经口角时发出上、下唇动脉,走行于唇部内侧黏膜下。上、下唇动脉形成冠状动脉环,相当于唇红与皮肤交界的平面,且靠近口腔黏膜,用手指可明显触及动脉搏动。形成唇交叉瓣一定要将唇动脉包含在内。外鼻的血供有来自颈内动脉的眼动脉支向下形成的鼻背动脉,供应鼻背部鼻根部组织;还有来自颈外动脉的面动脉支,向上形成内眦动脉,供应鼻下部组织。内眦动脉与鼻背动脉在鼻部两侧吻合。此外,来自面动脉的上唇动脉和鼻小柱动脉,沿鼻软骨的上、下缘分布^[2]。

1.3 手术方法

1.3.1 鼻部修复 利用上唇正中前唇及鼻小柱皮瓣上移加长鼻小柱、抬高鼻尖。沿原上唇正中两侧瘢痕线各向上划线至鼻孔后,于鼻小柱外侧向上达鼻孔顶端,再略向外侧延伸。延伸线设计的高度即为将来鼻孔的上缘。在前唇皮瓣位于

鼻小柱下端鼻底的上唇向两侧各携带 1 个三角形皮瓣(图 1A)。沿设计线切开并充分游离形成以鼻尖部为蒂的前唇及鼻小柱皮瓣,显露两侧鼻翼软骨内侧脚,并在内侧脚顶端进行适当分离。然后将前唇皮瓣向上推移至鼻小柱部位,将其创缘与鼻小柱切口缝合形成鼻小柱,鼻小柱皮瓣向上推移抬高鼻尖,同时将前唇皮瓣携带的两个三角瓣分别插入在其相对应的鼻小柱切口上段的鼻中隔两侧各做的横切口内,或插入双侧鼻孔顶端向外延伸的皮肤切口内,抬高鼻翼。然后全层切开上唇,此时上唇正中已经形成以唇红部为底的三角形缺损区(图 1B)。

1.3.2 上唇缺损的修复 用下唇交叉唇瓣修复上唇缺损。测量上唇缺损区高度及底的宽度。在相对应的下唇中部设计以一侧唇动脉为蒂的三角形唇瓣。唇瓣的长度与上唇缺损的高度相等,唇红瓣的宽度为上唇缺损的一半。注意唇瓣的蒂部应在唇瓣旋转后正好位于上唇缺损处的中央部位,以减少蒂部扭转及张力。沿设计线作全层切开下唇,蒂部切口靠黏膜侧切到与唇红皮肤交界处相齐的水平,皮肤一侧的切口再向唇红延伸,将口轮匝肌大部切断,注意勿损伤唇动脉(图 1C)。唇瓣形成后,先将唇瓣供区直接分层缝合,再将下唇瓣旋转 180°嵌入上唇缺损区,用 5-0 丝线分层缝合,先缝唇红缘,再缝他处。最后将上下唇之间的创面缝合(图 1D)。术后 7 d 拆线,10 d 开始作蒂部夹压训练,可提前至 2 周断蒂。断蒂时应首先照顾到缺损部位应有充分的组织,以免因组织不足而发生小缺损。断蒂后分别将上下唇创缘修整缝合(图 1E)。

[作者简介] 袁湘斌(1949-),男(汉族),教授、主任医师,硕士生导师。