

• 临床研究 •

内踝部复合组织缺损取胫后动脉穿支皮瓣和腓骨小头重建的临床疗效

杨志强, 何东

(重庆长城医院 手外创伤中心, 重庆 400041)

摘要:目的 探讨内踝部复合组织缺损, 取腓骨小头重建内踝, 胫后动脉穿支皮瓣重建皮肤软组织的临床疗效。方法 对2015年3月至2017年11月收治内踝部外伤导致内踝骨质缺损, 皮肤软组织缺损的14例病人采用重建内踝骨及关节结构, 胫后动脉穿支皮瓣闭合创面, 供区多或少量全厚植皮的修复方式。结果 创面均一期闭合, 内踝骨折一期愈合, 重建了完整的踝关节, 后期行走自如, 未见明显关节炎, 所修复患者均恢复了正常生活。结论 内踝构成踝关节的内侧稳定结构, 此部位的损伤, 特别是联合软组织损伤修复棘手, 创面的修复相对简单, 要找到与内踝骨结构相近, 又要保证关节面光滑完整的供区困难, 此处为皮包骨, 修复必须保证一步到位, 确保不感染, 一旦皮肤坏死, 骨坏死, 感染等发生则前功尽弃, 所以我们选择简单, 安全, 易行, 容易操作的此方式进行修复重建, 值得推广。

关键词: 内踝部复合缺损; 胫后动脉穿支皮瓣, 腓骨小头重建

中图分类号: R68

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.74.024

本文引用格式: 杨志强, 何东. 内踝部复合组织缺损取胫后动脉穿支皮瓣和腓骨小头重建的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74): 42.

0 引言

内踝部复合缺损是临床上最为常见的损伤之一, 往往是由于外伤导致的, 如果患者发现自身出现损伤, 需要采取及时治疗, 稍有不慎, 便会造成严重的后果。对于该类疾病的治疗一般采取胫后动脉穿支皮瓣和腓骨小头重建进行治疗, 但是其效果在临床上尚无统一结论, 还需要进一步进行研究与分析。本文研究内踝部复合组织缺损取胫后动脉穿支皮瓣和腓骨小头重建的临床疗效, 现将具体的治疗方法以及治疗效果等情况总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料。本组14例, 男11例, 女3例; 年龄23-58岁, 平均40.5岁。致伤原因: 车祸伤6例, 高处坠落伤5例; 重物砸伤3例; 单纯伤及踝部及小腿者11例, 多发伤者3例; 受伤时间为2-11 h, 污染程度均在2-3级。手术时间1-2周。

1.2 治疗方案。患者入院后急诊予以积极清创, 清除所有失活组织, 绝不保息, 创面大量生理盐水冲洗, 予以VSD敷盖; 踝关节不稳者采用外支架固定踝关节术后持续负压吸引, 压力保持在0.3 kPa左右; 局部以500 mL生理盐水+庆大霉素间断冲洗, 根据创面情况, 如污染重, 必要时更换VSD, 一般不超过3周。14例患者中均未出现创面感染征象。

手术方法: 咬除内踝部坏死骨质, 有渗血为止, 量取内踝骨缺损的体积; 以腓骨小头为中心切开皮肤暴露出腓骨小头及腓骨颈, 腓总神经, 仔细保护腓总神经。根据内踝缺损切取腓骨头, 确保切取骨面与内踝骨面匹配, 修除多余骨体, 腓骨头关节面与胫骨远端内侧重叠, 踝关节放于功能位, 确保关节面平整, 巾钳固定骨块, 2.0克氏针两枚与胫骨呈45度打入且平行于骨折断端固定骨块。再一次检查关节面完整, 骨折稳定。骨结构重建完毕。

以彩色多普勒在内踝上4-10 cm区域探测胫后动脉发出的较大穿支, 以其为旋转点(穿支均较恒定, 此为切取皮瓣的基础); 以内踝与跟腱中点到胫骨内踝连线为轴线, 设计同缺损面积大小皮瓣, 在深筋膜层为解剖平面, 逆型修复。(具体切取方式略)

2 结果

术后皮瓣均完全成活, 2例皮瓣因缝线过紧, 给予拆线后改善, 创口一期愈合。术后14 d拆线, 3-6月后视情拔除克氏针, 照片示骨折愈合良好。6周后在拐杖保护下前足部分承重, 2月后弃拐行走, 通过2年的随访, 踝部皮瓣外形好, 部分恢复感觉; 1年左右3-4例病例出现不同程度踝部“使不上劲的描述”随着生活能力渐完全恢复正常。照片显示内踝结构完整。

3 讨论

针对此类型的病人我们以往的处理经验是仅对皮肤软组织进行带蒂, 游离皮瓣方式进行修复重建, 有皮瓣坏死, 关节外露, 感染, 骨髓炎甚至截肢的病例。当时因担心骨吸收, 坏死, 所以未做处理, 后期出现行走困难, 不能远距离行走或踝关节疼痛明显。我们尝试行髂骨植骨重建, 但不能重建出匹配的踝关节面, 后期有部分骨质吸收等问题出现^[1]; 经过多年的研究和临床实践采用腓骨头重建内踝取得了良好的疗效, 同时为确保一种较为安全, 行之有效的创面修复方案, 经过大量的病例发现胫后动脉穿支皮瓣穿皮点恒定, 且操作简单, 手术短, 大多能掌握等优势, 我们采取了如上联合修复方式^[2]。

综上所述, 修复创面要严格按照显微创面修复的原则进行, 清创彻底, 清除所有失活组织, 创面清洗干净, 消灭死腔等, 创面一定要为下次手术做好铺垫; 如发现创面有渗液, 皮肤有继续坏死, 界线不清或有分泌物时可以更换一次VSD, 细菌培养, 有感染创面忌皮瓣修复及骨重建; 关节面平整, 固定稳妥, 必要时外支架辅助固定; 术后常规抗感染3-5 d; 抬高患肢。积极防止术后并发症等^[3]。

参考文献

- [1] 韩清奎, 栗威, 范洪进, 等. 内踝复合组织缺损的修复重建 [J]. 中华显微外科杂志, 2015, 38(4): 354-358.
- [2] 王新卫, 张磊, 万明才, 等. 腓动脉蒂复合组织瓣逆行转位治疗跟骨骨髓炎骨与软组织缺损 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2017, 19(3): 256-260.
- [3] 潘朝晖, 赵玉祥, 薛山, 等. 股前外侧穿支皮瓣桥接髌骨与皮神经复合组织瓣移植修复足部骨软组织缺损一例 [J]. 中华整形外科杂志, 2016, 32(5): 389-390.