

眉再造 5 例体会

黄进军, 马少林, 董祥林, 秦 涛, 乔 星
(新疆医科大学第一附属医院整形美容外科, 新疆 乌鲁木齐 830011)

中图分类号: R622 文献标识码: B 文章编号: 1009-5551(2008)06-0740-02

眉是颜面部重要的美学标志, 有阻挡额部汗液流入眼睑的功能, 在情感交流、情绪表达时眉的动态变化起着画龙点睛的作用。各种原因导致的眉缺损因明显影响容貌和功能常给患者带来身心伤害, 需要通过整形手术再造眉。我科自 2002 年 7 月~2006 年 12 月采用全厚头皮游离移植和颞浅动脉岛状皮瓣行眉再造术 5 例, 获满意疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组男性 3 例, 女性 2 例。年龄 19~35 岁, 平均 23.8 岁。均为单侧眉缺损, 左侧 3 例, 右侧 2 例。眉部分缺损 4 例, 全眉缺损 1 例。眉部分缺损者中 3 例缺损达全眉 1/2, 1 例达 5/6。缺损原因: 烧伤 2 例, 咬伤 1 例, 车祸外伤 1 例, 先天性 1 例。全厚头皮游离移植眉再造 3 例, 2 例为眉大部分缺损, 1 例为全眉缺损; 颞浅动脉岛状皮瓣眉再造 2 例, 均为眉部分缺损。

1.2 手术方法

1.2.1 全厚头皮游离移植眉再造术 手术在局麻下进行。首先按健侧眉形剪取纸样, 依据毛发分布方向选择患侧或健侧耳后发际内毛发部位为供区, 按纸样切取与健眉同等大小的条状全厚头皮, 宽度不超过 1 cm, 供区直接拉拢缝合; 4 倍放大镜下仔细修整剪除条状头皮的皮下脂肪颗粒, 避免损伤毛囊; 受区沿设计的眉长轴切开皮肤直至额肌浅层, 切缘四周适当修整, 形成与健眉形状近似的创口, 微电凝仔细止血后植入修剪好的条状全厚头皮。

1.2.2 颞浅动脉顶支岛状皮瓣眉再造术 手术在局麻下进行。术前嘱剃去患侧额顶区毛发, 用多普勒超声血流探测仪探测出颞浅动脉顶支走行, 以美蓝标记。按健侧眉形剪取纸样, 以眉弓外侧到耳屏的长度作为血管蒂的长度, 在标记线末端依据纸样大小设计一个毛发方向朝向后下方的皮岛, 以使皮瓣转移后获得正常的眉毛方向, 必须确保所标记的颞浅动脉顶支走行位于皮岛长轴的中央; 眉缺损部位受植床的处理方法同游离头皮移植, 在先天性眉缺损患者, 眉缺损区为正常皮肤, 可适当切除一定宽度的皮肤及皮下组织; 沿美蓝标记线自蒂部向远端切开皮肤, 同时切开设计的皮瓣周缘皮肤, 以美蓝标记线为中心, 向切口两侧各潜行剥离 1.5~2 cm, 可见颞浅静脉走行, 术者用手指触及颞浅动脉搏动并予确认, 沿颞浅动脉走行向两侧旁开 1 cm 切取宽约 2 cm 的颞浅筋膜, 在颞肌浅层将以颞浅动、静脉顶支为蒂的岛状皮瓣掀起, 蒂长约 8 cm; 在受植床的外侧端到耳轮脚前方, 潜行分离形成 2~3 cm 宽的皮下隧道, 将岛状皮瓣经皮下隧道转移至受植床, 供区创面直接拉拢缝合, 皮瓣四周与受植床创缘用 5-0 丝线分层间断缝合固定, 适当加压包扎, 供区和皮

下隧道内各置负压引流管一根, 术后严密观察皮岛血运。

2 结果

2 例全厚头皮游离移植患者在术后换药时发现受区切口边缘有少许淡黄色溢液, 考虑为脂肪液化, 予局部热敷、清洁换药等处理后好转, 3 例游离头皮完全成活, 再造眉毛生长良好, 但较稀疏。2 例颞浅动脉岛状皮瓣再造眉的患者术后病程平稳, 再造眉毛粗密, 生长较快, 患者需每周修剪 1 次以保持眉毛正常的外观。

3 典型病例

患者男性, 21 岁, 汉族, 系“左眉大部分缺损 21 年”入院。患者出生时即有左眉外侧 5/6 缺损, 伴左上睑部分缺损, 分别在 2 岁和 10 岁时行左上睑修补术, 现左上睑完整, 但左眉仍缺损, 影响容貌, 要求手术治疗。否认父母近亲婚配。未见其他先天异常体征。专科检查: 右眉形态良好, 左眉仅存眉头少许眉毛, 约为健眉的 1/6 长, 外侧 5/6 眉缺损, 为正常皮肤, 左上睑轻度下垂, 睫毛稀疏。诊断为左眉先天性大部缺损。于局麻下行颞浅动脉顶支岛状皮瓣眉再造术, 术后患者对再造眉较满意, 随访 6 个月, 再造眉形态良好, 毛发生长方向理想, 但较粗密, 患者每周修剪 1 次以保持眉毛正常的外观。

4 讨论

4.1 眉再造术式的选择 传统的眉再造术式有全厚头皮游离移植和颞浅动脉岛状皮瓣眉再造两种术式。全厚头皮游离移植眉再造术操作简单, 但移植的头皮片成活有赖于皮片与受区血液循环的建立, 可能发生皮片感染、坏死, 再造的眉毛稀疏。颞浅动脉岛状皮瓣眉再造术操作较复杂, 皮瓣血供可靠, 再造的眉毛能获得理想的生长方向, 生长粗密, 故不适合于女性的眉再造。再造女性纤细的眉毛或伴上睑皮肤缺损的眉缺损患者的眉毛, 可行以颞浅动脉额支为蒂的带前额发际毛发的岛状皮瓣眉再造术^[1]。对有一侧颞部头皮烧伤或颞浅血管损伤的双眉缺损病人, 可用单侧颞浅血管蒂串连岛状皮瓣一期行双侧眉再造术^[2]。

4.2 手术注意事项

4.2.1 全厚头皮游离移植眉再造时, 手术刀应顺毛发生长的方向略为倾斜, 避免破坏毛囊, 切取头皮片时应连带皮下脂肪, 这样才能包括完整的毛囊, 修剪皮片时 also 需仔细操作避免损伤毛囊。

4.2.2 颞浅动脉在耳屏前 1~1.5 cm 处越过颞弓根部^[3], 该点至眉弓外缘的距离作为皮瓣蒂的长度的参考, 术前可在此位置触诊扪及颞浅动脉搏动, 向上探循颞浅动脉额支和顶支走行, 然后再用多普勒超声血流仪探测顶支的走行。

中心静脉导管在治疗结核性渗出性胸膜炎中的应用分析

宁俊英, 杨琳娜

(新疆兵团农九师医院感染科, 新疆 额敏 834601)

中图分类号: R56; R521; R561.1 文献标识码: B 文章编号: 1009-5551(2008)06-0741-02

结核性胸膜炎是临床常见的疾病之一, 其发病、诊断、治疗与肺结核密切相关, 因而, 在结核病分类法中属于肺结核的范畴。发病率约占肺结核发病率的 4.7%~17.6%。胸膜肥厚占结核性胸膜炎的比例可高达 62%~69.4%。如不彻底治疗, 60%~65% 患者可发展为活动性肺结核^[1]。我科住院的结核性胸膜炎中, 包裹形成的占渗出性胸膜炎的 65%。包裹一旦形成, 由于胸膜粘连、肥厚等病理改变较明显, 致抗结核药物的渗透性下降, 胸水持续存在的时间明显延长, 严重影响临床治疗效果及预后。因此, 彻底排尽胸水对治愈渗出性胸膜炎, 对防止胸膜粘连、肥厚、甚至发展为活动性肺结核至关重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均来自我院 2004 年 10 月~2007 年 10 月间病案室出院的确诊病例。其中男性 98 例, 女性 84 例; 围门诊期 7~64 d, 平均 30 d; 初治病例 55 例(占 31.2%); 经不规范治疗再转到本院的 117 例(占 68.8%); 单侧 165 例(占 95.9%), 双侧 7 例(4.1%); 自发病至首次抽水时间最短 7 d, 最长 64 d; 无包裹形成者 70 例; 包裹形成者 102 例。

4.2.3 在解剖含颞浅血管束的颞浅筋膜蒂时, 蒂部要有一定的宽度。Imanishi 等^[4]认为, 颞浅静脉属支的走行基本不同于颞浅动脉分支的走行, 颞浅静脉属支不与颞浅动脉分支伴行; 故认为颞浅动静脉顶支不伴行。所以蒂部宽度在 2 cm 为宜, 这样包含颞浅动静脉顶支的岛状瓣才能保证术后血液循环的通畅。

4.2.4 血管蒂的长度一般为 6~8 cm, 过长可能在隧道内形成扭曲, 过短张力大影响血供。皮下隧道要分离充分, 使岛状瓣蒂部通过时没有张力。

4.3 术后护理 全厚头皮游离移植后, 由于头皮条与受植床之间血液循环的建立有一个过程, 此期间有可能发生皮片感染、坏死, 因此术后要定期观察皮片色泽、有无异常渗出, 可予低分子右旋糖酐静滴、小剂量阿司匹林口服改善微循环。切口脂肪液化可拆除该处缝线, 热敷、换药后能自行愈合。颞浅动脉顶支岛状皮瓣眉再造术后要避免皮下隧道处蒂部受压。因再造眉生长快, 眉毛粗密, 医师要向患者宣教自己修剪眉毛的方法, 以保持再造眉适宜的外观。

综上所述, 以颞浅动脉顶支岛状皮瓣行眉再造术, 皮瓣

1.2 结核性胸膜炎诊断条件 (1)符合结核性胸膜炎的诊断标准, 患者均有不同程度的结核中毒症状, 如乏力、盗汗、午后低热, 体温多在 37.5℃~38.5℃, 个别病例体温达 39℃。所有患者均有不同程度的乏力、盗汗、胸痛、胸闷、气短、咳嗽、咳痰等临床表现。(2)B 超检查胸膜腔内可探及液性暗区回声, 内有或无强回声光点(带), 并存在≥1 个包裹的 102 例, 无包裹形成的 70 例。(3)X 线胸部平片或胸部 CT 证实胸水在第 3 前肋水平者 55 例, 在第 6 前肋水平者 82 例, 在 8 肋水平以下者 35 例; 有胸膜腔积液包裹形成或无包裹形成及胸膜肥厚的存在。

1.3 胸膜腔穿刺抽水和置管引流方法、步骤和过程

1.3.1 准备 随机将病人分为两组: 常规抽水组 80 例, 胸膜腔置管组 92 例。为使病人配合治疗, 消除紧张心理, 在操作前向病人详细交待操作方法、目的、过程及术中的注意事项。如术中不能随意变换体位、用力咳嗽、勿深呼吸、勿大声讲话。如有不适可用手示意。协助病人反坐在靠背椅上, 双臂平放于椅背上缘。

1.3.2 中心静脉导管置管步骤 选择 B 超定位点为穿刺点, 也可取肩胛线第 7~9 肋间隙或腋中线 6~7 肋间隙为穿

血供可靠, 再造的眉毛能获得理想的生长方向, 与全厚头皮游离移植法相比, 更适宜于行眉再造术。

参考文献:

- [1] Motomura H, Muraoka M, Nose K. Eyebrow reconstruction with intermediate hair from the hairline of the forehead on the pedicled temporoparietal fascial flap[J]. Ann Plast Surg, 2003, 51: 314-318.
- [2] Kajikawa A, Ueda A. Bilateral eyebrow reconstruction using a unilateral extended superficial temporal artery flap[J]. Ann Plast Surg, 2003, 50: 416-419.
- [3] Beheiry EE, Abdel-Hamid FAM. An anatomical study of the temporal fascia and related temporal pads of fat[J]. Plast Reconstr Surg, 2007, 119: 136-144.
- [4] Imanishi N, Nakajima H, Minabe T, et al. Venous drainage architecture of the temporal and parietal regions: anatomy of the superficial temporal artery and vein[J]. Plast Reconstr Surg, 2002, 109: 2197-2203.

[收稿日期: 2007-05-15]