

<<皮瓣与重建外科>>

图书基本信息

书名：<<皮瓣与重建外科>>

13位ISBN编号：9787117148986

10位ISBN编号：7117148985

出版时间：2011-12

出版时间：人民卫生出版社

作者：魏福昌

页数：555

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<皮瓣与重建外科>>

内容概要

《皮瓣与重建外科》用清晰而翔实的写作、漂亮而丰富的图片和表格为我们提供了有关皮瓣的各方面知识，集中展现了世界著名重建外科医生的知识和经验，对我们在临床开展各种各样的皮瓣移植术大有裨益，堪称皮瓣外科学不可多得的上乘之作。

该书共分为三个大的篇章，第一篇阐述了重建外科的基本原则和技巧，另外两篇分布从皮瓣的解剖、皮瓣的组成、皮瓣的设计和应用、术前准备及术后处理等方面详细地讲解了常用的传统皮瓣和穿支皮瓣，这些皮瓣涉及的范围包括头颈、胸部、腹部、背部、上下肢、会阴、腹股沟和臀部等身体的几乎每个部位。

<<皮瓣与重建外科>>

书籍目录

第一篇 整形外科原理

第一部分 引言

第1章 重建外科的问题分析方法：上升并超越重建阶梯

第2章 皮瓣的分类

第3章 皮瓣的选择

第二部分 解剖、选择与显露

第4章 头部和颈部

第5章 胸部、腹部、腹股沟和背部

第6章 上肢

第7章 下肢

第三部分 显微缝合技术

第8章 神经

第9章 血管

第四部分 皮瓣制作

第10章 修薄和裁剪

第11章 预制和预构

第五部分 技术要点

第12章 避免并发症

第13章 皮瓣再探查术

第六部分 术后管理

第14章 术后管理

第15章 皮瓣坏死后的重建方案

第二篇 传统皮瓣

第16章 颞顶筋膜瓣

第17章 胸大肌皮瓣

第18章 胸三角皮瓣

第19章 腹直肌皮瓣

第20章 空肠瓣

第21章 斜方肌皮瓣

第22章 肩胛和肩胛旁皮瓣

第23章 背阔肌皮瓣

第24章 臂外侧皮瓣

第25章 前臂桡侧皮瓣

第26章 髂骨皮瓣

第27章 腹股沟皮瓣和旋髂浅动脉穿支皮瓣

第28章 臀部皮瓣

第29章 股薄肌皮瓣

第30章 腓肠肌皮瓣

第31章 比目鱼肌皮瓣

第32章 腓骨瓣

第33章 无毛皮瓣

第34章 足趾瓣和足趾移植

第三篇 穿支皮瓣

第35章 腹壁下动脉和腹壁浅动脉穿支皮瓣

第36章 臀上下动脉穿支皮瓣

<<皮瓣与重建外科>>

第37章 股前外侧皮瓣

第38章 阔筋膜张肌皮瓣

第39章 胸外侧穿支皮瓣

第40章 胫后动脉穿支皮瓣

第41章 游离皮瓣

<<皮瓣与重建外科>>

章节摘录

版权页：插图：结扎受区静脉上一些小分支来降低静脉内压力。

也就是说，在离断静脉后会出现暂时的高血流量，但是这并不影响吻合口处的静脉回流，在用5ml注射器推注肝素盐水时并不会出现明显的阻力。

我们还没有明确的测量方法正确评估静脉内压力是否过高。

但是，无论何时如果感觉血液回流较多（尤其是下肢重建修复术），术后患者处于卧位时，一定要注意始终将患肢抬高至两个枕头上，至少要达到心脏高度，以帮助血液回流。

（二）受区动脉 血管解剖完后，在显微镜下观察如果受区动脉搏动明显、静脉回流通畅，则可进行下一步皮瓣解剖工作了。

如果不能确定动脉血流的情况，在动脉上放置一或两个动脉夹，然后切断血管来观察血流情况。

如果血压正常，不存在血管痉挛，血液应该喷涌而出，这样就可以确定受区动脉良好了。

在择期游离皮瓣修复术中，一般不需要这样确定血管状况，但在急诊游离皮瓣转移中是需要的。

在这个过程中，医生应密切关注吻合血管之前动脉夹的使用时间。

如果血管长度足够，在测试程序之后，我们会在血管的末端夹上血管夹，或者修剪掉血管夹夹过的血管。

在评估受区动静脉的时候，患者应维持在正常血压。

质量较好的血管夹在夹闭血管30分钟以内时不会增加血栓形成的概率，但是要注意夹闭时间不能超过60分钟。

极少情况下动脉血的逆流会强于顺流。

这预示着动脉搏动良好，在切断的瞬间，远端出现较大的反流，而近端血流反而较细。

此时如果排除血管痉挛导致顺向血流较弱，那么应该把远端血管作为受区血管。

而伴行静脉则按一般情况进行吻合。

桡动脉、面动脉及甲状腺上动脉的逆向血流可以被成功地应用于血管移植术。

有时也可以在下肢使用逆行动脉作为皮瓣的供血血管，但不推荐使用这种方法。

解剖血管时和解剖完成后，应将血管放在温暖的灌注液中，灌注液的配制方法是：200ml Ringer液中加20ml纯利多卡因和2000单位肝素。

使用2%利多卡因可以防止血管痉挛。

实验室证明更浓的利多卡因效果更强，但在临床上我们一般使用2%的利多卡因。

如果血管发生痉挛，医生应当停止夹持血管，并用利多卡因或3%罂粟碱纱条覆盖解剖区域，同时用灌注液冲洗术区。

一般痉挛会在五分钟内消失。

当发生血管痉挛时，医生应该能够正确辨认痉挛的发生，千万不要试图切开痉挛血管的近端来寻找良好的血流。

切除后的新断端仍会发生痉挛，但血管长度却减少了。

这时医生应该耐心地等待痉挛消失，任何多余的操作都会使情况恶化。

如果需要使用血管扩张剂，千万不要将其直接注入血管中。

利多卡因纱条也应是温暖的。

按照此方法灌注冲洗处理后，发生全身性疾病的概率较小。

四、皮瓣血管的处理 游离皮瓣血管蒂的长度取决于皮瓣的解剖情况和受区血管的管径。

择期手术应考虑到术中有需要静脉移植的可能。

通常越靠近端血管管径越粗。

因此医生解剖血管蒂时，长度和管径达到需要即可。

比如：在将背阔肌肌瓣转移到小腿的手术中，将胸背动脉解剖至肩胛下动脉发出旋肩胛动脉后，无需再向前解剖了。

此时胸背动静脉和受区动静脉已经基本合适。

进一步解剖很可能会导致静脉管径的不匹配。

<<皮瓣与重建外科>>

解剖穿支皮瓣时，这个原则也一样适用。

没有必要去除整个血管蒂的软组织附着。

如果血管蒂置入皮下隧道中，如足趾移植时血管蒂需要穿过手背的皮下通道，此时需要去除蒂部一长段的附着组织。

如果不是这种情况，修剪一小段约2cm组织即足够。

端侧吻合比端端吻合需要更长的血管蒂，因为血管蒂较长有助于翻转血管进行后壁缝合。

在皮瓣解剖完毕后，应在不切断血管蒂情况下让皮瓣进行15~20分钟的血液循环。

不要碰触血管蒂，并将其浸泡于温暖的灌注液中。

这样可以避免血管痉挛，也可以改善皮瓣内部的血液循环状况。

如果在血管痉挛时将其切断，那么在血管吻合后，它很可能还是痉挛的。

在切断血管蒂时应首先夹闭动脉，然后夹闭静脉。

如果先夹闭静脉，那么回流的血液很可能会造成静脉断端膨大，造成吻合的困难。

皮瓣切取后，在移植之前一般不需用组织保存液进行灌注。

皮瓣切取后，不能明确其内的血液是否排出。

我们通常将动静脉都切断，让血液排出，至今还没有发现这样做有什么不良后果。

在多数情况下不需要标记动静脉，静脉的特点是管径较细，管壁柔软，管腔内有静脉瓣，两个伴行静脉之间会有交通支。

但对于新手和前臂外侧皮瓣等，动静脉之间差别并不明显，用血管夹或缝合线进行标记。

不管使用哪种标记方法，全手术组成员必须保持操作的一致，以免混淆。

为了缩短缺血时间，在受区完全准备好之后再切断皮瓣血管蒂。

在切断皮瓣血管蒂之前有必要再次检查受区血管的状态。

与纯粹的皮瓣和骨瓣相比，游离空肠瓣的黏膜和游离的功能性肌肉瓣都不能耐受长时间缺血。

所以在受区准备好之前，最好保持皮瓣的血流通畅。

五、显微外科器械 常规的显微外科操作只需要少量器械，但对它们的质量要求很高（图9.1）。

一个医生最好使用一套器械，这样他会熟悉这套设备的手感。

一套基本的显微器械包括显微镊、血管扩张器、剪刀、持针器、合适的血管夹、血管夹钳。

镊子闭合时尖端距离必须能够精确到1/1000英寸（1英寸=2.54厘米），因为这是10-0尼龙线的直径。

当以合适压力合拢时，不仅镊子尖端可以合拢，而且在距离尖端3mm内都可以合拢，这样更容易夹住缝线。

我们发现尖端有小孔的皮尔斯镊（图9.2），在准备血管时可以很有效地夹住血管外膜。

血管扩张器是由显微镊改进而来，扩张器细长，表面光滑，末端圆钝。

它被用来扩张血管内径，也可以缝合过程中计数缝合针数，还可以用来打结。

我们最常使用的是10°血管扩张器。

解剖剪的刃是弧形的，尖端的弧形半径为0.3mm。

用解剖剪解剖是比较安全的。

血管外膜剪的刃是直的，在高倍放大镜下可以进行较准确的修剪。

不建议使用血管外膜剪进行血管解剖，因为直刃可能会刺穿血管壁。

缝合时应选用弧形的、能夹持最小针的、方便打结的持针器。

<<皮瓣与重建外科>>

编辑推荐

《皮瓣与重建外科》由Fu-Chan Wei和Samir Mardini主编的《皮瓣与重建外科》用清晰而翔实的写作、漂亮而丰富的图片和表格为我们提供了有关皮瓣的各方面知识，集中展现了世界著名重建外科医生的知识和经验，对我们在临床开展各种各样的皮瓣移植术大有裨益，堪称皮瓣外科学不可多得的上乘之作。

<<皮瓣与重建外科>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>