

500 例外伤性指端缺损修复的体会

蒲 涛, 谭小云, 胡行治

[摘要] 目的 探讨外伤性指端缺损的修复。方法 对我院 2005 年 12 月至 2008 年 11 月 500 例 613 指外伤性指端缺损采用不同的方法进行修复, 并就其修复后的效果进行回顾性分析。结果 500 例指端应用手部各种皮瓣、游离组织移植及术后药物治疗, 优良率 95.8%。结论 外伤性指端缺损修复方法多种, 应选择最佳的治疗方法。术后的药物治疗及功能训练有助于提高疗效。

[关键词] 指损伤; 修复术; 治疗结果

中图分类号: R658.2 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)03-0249-02

我院 2005 年 12 月至 2008 年 11 月收治手部创伤 1365 例, 其中手指指端损伤 562 例, 占 41.2%。我们统计具有完整资料的指端缺损者 500 例 613 指, 根据不同伤情、年龄及要求采用不同的治疗方法, 并经平均 9.6 个月随访, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 500 例 613 指, 男 312 例, 女 188 例, 年龄 5~67 岁, 平均 42 岁。拇指 135 例 148 指, 食指 163 例 196 指, 其他各指 202 例 269 指。致伤原因: 缆绳绞轧伤 156 例 193 指, 切割伤 71 例 65 指, 锯、刨伤 83 例 118 指, 挤压伤 75 例 88 指, 其他损伤 115 例 149 指。

1.2 治疗方法 手指短缩直接缝合 83 例 102 指, 游离植皮 52 例 57 指, 原位再植 26 例 32 指, 鱼际皮瓣 51 例 67 指, V-Y 皮瓣 123 例 148 指, 指掌侧推进皮瓣 115 例 147 指, 带血管神经蒂岛状皮瓣 32 例 38 指, 吻合神经血管的游离皮瓣移植 18 例 22 指。本组除手指缩短直接缝合的 83 例外, 其余伤者术后常规应用丹红注射液 40~50 ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500 ml 内缓慢静脉滴注, 1 次/d, 连用 7 d。年幼及年长者用量酌减。

2 结果

本组 500 例 613 指中, 83 例 102 指指骨短缩直接缝合, 417 例 511 指采用手指各种皮瓣、游离组织移植等手术治疗及术后功能锻炼, 恢复了正常功能, 治疗优良率 95.8% (479/500)。21 例 29 指需再次手术或遗有不同程度的伤指指端疼痛、功能受限。

3 讨论

3.1 短缩直接缝合术 伤指短缩缝合即是把部分裸露的末节指骨咬除后直接缝合创口。以对外观与功能要求不高的中老年人和体力劳动者为主, 多集中在无名指、小指。伤指短缩直接缝合要注意的问题: ①不要过分追求保留伤指的长度而在张力下缝合, 如果伤指残端软组织过少或愈后残端贴骨疤痕形成, 伤指一定会遗留残端痛, 再次手术修整不可避免。②在伤指残端修整时, 残端的两侧要修整圆滑保持原有手指的外形。③要重视指神经的处理, 避免外伤性神经瘤的形成而致残端痛。

3.2 游离植皮术 主要涉及伤指末节指腹单纯皮肤缺损, 基底部的软组织仍保留较良好血循环且无肌腱及骨组织外露者。在缺损皮肤的指腹处用质量较接近该处的全厚游离皮片移植覆盖, 如果在侧方则可用中厚皮片移植。全厚皮片植皮修补指端缺损一般不必再次短缩指骨, 损伤小, 使手指功能达到最大限度的保留^[1]。全厚或中厚皮片移植手术时最好打包加压以提高移植皮片的成活率。

3.3 原位再植术 对无条件进行血管、神经吻合且以腹侧离断为主的末节断指进行原位再植。其条件大多是因锯、刨伤所致的断面整齐、污染轻且时间短之伤指。原位再植时应慎重选择病例, 离体组织不能太多, 对需再植的离体组织要进行清创和适当修整, 受区不能有较大面积的骨裸露区, 术后注意保持再植组织的湿度与温度以防止再植组织脱水太快甚至干枯。

3.4 鱼际皮瓣修复术 适用于手指指端缺损, 尤其是拇指、食指、中指。既要求皮瓣有一定的耐磨性又因邻近组织无法覆盖、且有骨组织外露不能用游离皮片移植者。由于这种手术要将伤指较长时间固定

作者简介: 蒲 涛 (1958-), 男, 四川绵阳人, 本科, 主任医师, 从事手外科、骨科专业

作者单位: 316000 浙江舟山, 解放军 413 医院骨科

在非功能位,对患者早期伤指功能恢复有一些影响,同时供区会留有疤痕,因此应慎重选择病例。由于鱼际皮瓣是带蒂皮瓣,除 2 指术后感染失败外,其余全部成活。

3.5 V-Y 成形术 此术式特别适用于指端缺损病例,对那些丧失再植条件的指端部分离断者为保留手指的长度,我们采用双侧 V-Y 推进成形术取得了良好的效果。该术式操作时要注意将骨端两侧修整成圆弧形并锉光滑。该皮瓣是带有血管与神经的皮瓣,对于保留残指长度、消灭创面、促进创口愈合及恢复感觉的疗效较好^[2]。但 V-Y 推进成形范围较小,一般提升超过 1.0 cm 较为困难^[3]。

3.6 指掌侧推进皮瓣 该术式更适用于对外形及感觉要求较高的拇指、食指指端缺损。其方法是在止血带下操作,在手指两侧中线呈纵形切开,游离的皮瓣包含腱鞘以浅全部组织,但不涉及腱鞘,该皮瓣的两侧都含有指固有动脉和指神经,皮瓣有良好的供血及回流,安全可靠,皮瓣感觉良好,术后创面利用 V-Y 方法^[4]直接缝合。皮瓣缝合时应在无张力下进行,针距不宜过密以免影响血运,术后早期行手指指间关节功能锻炼,预防手指关节粘连影响功能^[5]。

3.7 带血管神经蒂岛状皮瓣 该术式对供区有一定的要求,我们多数用在食指近节背侧岛状皮瓣修复拇指末节指腹尺侧缺损。这种皮瓣血液循环好,抗感染力强,容易成活且不需要吻合血管和神经。但在解剖该皮瓣时偶见个体存在食指背侧固有动脉变异或缺如,因此术前最好先行多普勒超声血流探查。

3.8 吻合神经血管的游离皮瓣移植 这种手术方法一般都用在青年女性的拇指、食指、中指及有弹琴爱好的群体。伤者对手指的外形和功能要求较高,该手术操作也比较复杂。游离皮瓣的供区我们多选足趾腓侧皮瓣,这种皮瓣质量好且供区疤痕又隐蔽,

修复后的指腹饱满、耐磨,感觉恢复也好,容易被伤者接受。

3.9 丹红注射液的应用 近年来,临床上在断肢(指)再植、游离或转移皮瓣移植等领域常规应用丹红注射液治疗,因为丹红注射液的有效成分能抑制凝血酶活性,并能刺激血管内皮细胞释放组织纤溶酶激活物,具有阻止血栓形成和促进血栓溶解、保护血管内皮、减少内皮损伤、避免血小板在内皮下胶原的粘集作用。同时,丹红注射液可促进纤维蛋白溶解酶的产生,阻止血栓形成及促进已形成血栓溶解^[6],从而提高手术的成功率。

外伤性指端损伤在临床上非常多见,好发人群主要是 20~49 岁的男性青壮年^[7],而且又不被外科医生及患者重视,但随着人们生活水平的提高、审美意识的增强,应引起各级医务人员的重视,尤其是专科医师要进一步探讨指端缺损更简单、更可靠和更合理的修复方式。

【参考文献】

- [1] 陆忠辉,童松林.全厚皮片植皮修复指端缺损 26 例体会[J].临床骨科杂志,2008,11(5):484.
- [2] 朱建国,刘丹.V-Y 皮瓣修复指端缺损[J].中国民康医学,2008,20(22):2658.
- [3] 管志强.指固有神经血管蒂皮瓣修复指端缺损 55 例[J].中华医学研究杂志,2007,7(7):630.
- [4] 顾玉东,王澍寰,侍德.手外科学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:285-286.
- [5] 周骅,应文世,章建新,等.带指固有神经的手指远端顺行岛状皮瓣修复指端缺损[J].实用手外科杂志,2008,22(4):238.
- [6] 储辉,周霞.丹红注射液在断指再植术后的应用[J].东南国防医药,2008,10(1):51.
- [7] 丁敏,余抗美.634 例手外伤类型及原因和治疗结果分析[J].东南国防医药,2007,9(1):41-42.

(收稿日期:2010-02-13;修回日期:2010-03-21)

(本文编辑:黄攸生)