感,降低低血糖的发生。早进食患者下床活动早,有利于术后康复;对照组胃肠道反应及低血糖的发生均高于试验组,可能与患者术后禁食时间长,未及时刺激胃肠道蠕动有关。

目前研究认为,术后早期进食不但可经口服补充营养,还可促进肠蠕动,恢复肠黏膜的功能[4]。本研究中试验组患者通过术后早进食,肠鸣音恢复的时间和首次肛门排气时间均优于对照组,患者能早进食,生理需要量通过口服补充,日均输液量与对照组比较有统计学意义($P<0.05$),能有效减少患者的住院时间。同时,早进食可使患者淡化其角色,增加康复信心。

综上所述,腹腔镜下子宫肌瘤手术后早进食可行、安全,但尚需要多中心的前瞻性试验证明。

参考文献:

[1] 杨辉. 全国规范性护理常规[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 646.
[2] 刘瑞雪, 赵玉洲, 卫莉, 等. 快速康复外科理念在胃癌围手术期护理中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2013, 20(1): 83-85.
[3] 陈莉, 曾文谊. 糖皮质激素类药物的合理使用[J]. 实用药物与临床, 2012, 15(1): 39-40.
[4] 易淑明, 郑晓妮. 快速康复外科对胃肠道手术患者围术期的作用[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(2): 286-288.

(**收稿**:2013-05-08;**修回**:2013-08-08)

(编辑 栾 嘉)

经验交流

文章编号:1000-5404(2014)03-0300-02

逆行趾背筋膜蒂皮瓣在跨趾趾远端缺损中的应用

张宝岭[1],苗 平[1],李 程[2],王 瑞[1],胡晓美[1],王序全[3](300381 天津,解放军第464医院:骨科[1],消化科[2];400038 重庆,第三军医大学西南医院骨科,全军矫形外科中心[3])

[**关键词**] 跨趾;趾背筋膜蒂皮瓣;缺损;修复
[**中图法分类号**] R622.1 [**文献标志码**] B

跨趾趾端皮肤软组织缺损,临床修复较为困难。若残端修整,势必造成跨趾短缩,对足功能造成一定影响;应用传统带蒂皮瓣,如第1跖背动脉皮瓣、足底内侧动脉皮瓣等操作繁琐;游离皮瓣需吻合血管,需要一定的显微外科技术,风险较大。足背内侧皮神经营养血管皮瓣的应用为跨趾软组织缺损的修复提供了一种选择,但由于旋转点的限制,皮瓣行程长,对足背损伤范围广,甚至较远端的跨趾创面难以达到[1]。2009年8月至2012年10月,本科应用趾背筋膜蒂皮瓣逆行修复跨趾远端皮肤软组织缺损12例,取得较满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组12例患者,包括男性9例,女性3例,年龄16~48岁。缺损原因:锐器切割伤3例,重物砸伤3例,交通伤4例,跨趾术后遗留创面2例。跨趾远端软组织缺损伴骨外露7例,均为新鲜创伤,受伤至入院时间平均4.6 h,趾端皮肤软组织缺损面积为2 cm×2 cm至2.5 cm×4 cm;跨趾离断再植术后坏死3例,坏死皮肤面积为2 cm×2.5 cm至2.5 cm×3 cm;跨趾甲皮瓣移植术后供区骨外露2例,面积大小为1.5 cm×1.5 cm至1.5 cm×2 cm。

1.2 手术方法

1.2.1 受区准备 硬膜外麻醉成功后,先予创面彻底清创,本组病例创面缺损范围1.5 cm×1.5 cm至2.5 cm×4 cm。术中根据伤情与需要,于受区解剖出腓侧趾底神经,备用。

1.2.2 皮瓣设计及切取 以跨趾背内侧缘趾背神经走行为皮瓣轴线,于近节趾背及以近设计皮瓣,皮瓣外侧缘一般不超过跨长伸肌腱,内侧缘不超过跨趾侧中线。皮瓣旋转点为跨趾趾间关节近端0.5 cm,于肌腱腱膜浅层切取皮瓣,注意保持皮神经的连续完整性,皮瓣蒂部需携带宽1 cm左右的筋膜组织。

1.2.3 创面及供取修复 皮瓣切取完毕后,一般蒂部带有宽约0.5 cm皮蒂,经明道逆行转移至受区。本组11例皮瓣,6例皮瓣将所携带趾背皮神经与受区腓侧趾底神经吻合。本组切取皮瓣面积:1.6 cm×1.8 cm至3 cm×4.5 cm。皮瓣供区创面宽度在2 cm以内者大多可直接拉拢缝合,超过此宽度以全层皮片植皮修复。

1.3 术后观察和处理要点

术后予以卧床1周并抬高患肢,可酌情应用扩血管药物,防止蒂部受压。如出现皮瓣肿胀、色紫、皮温低,甚至水疱形成,首先应考虑蒂部受压的可能,应予以松解敷料、拆除蒂部数针缝线,以解除压迫、恢复循环。

2 结果

2.1 患者术后情况

本组12例患者术后皮瓣均顺利成活,伤口Ⅰ期愈合。供区切口愈合良好、皮片全部成活。术后随访2~12个月,平均6.5个月。皮瓣血运良好,质地柔软、耐磨,外形满意。感觉恢复良好。

2.2 典型病例

典型病例1(图1):男性患者,21岁,因重物砸伤致右跨趾远端缺损1 h入院。入院时右足跨趾末节远侧2/3趾体完全缺损,骨折断端外露,趾间关节及近皮肤软组织未见明显挫伤。术中予以彻底清创后,测量缺损创面大小为2.2 cm×2.5 cm,设计面积为2.5 cm×3.0 cm跨趾内侧趾背筋膜蒂皮瓣逆行修

[**通信作者**] 苗 平,E-mail:pingmiao111@163.com
王序全,E-mail:wangxq-65@163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131114.1424.005.html(2013-11-14)

复,皮瓣供区以全厚皮片移植修复。术后伤口Ⅰ期愈合,随访2个月,皮瓣血运良好、质地柔软,感觉部分恢复。



A:踇趾远端缺损及皮瓣切取;B:术后即刻;C:术后2周;D:术后2个月

图1 因重物砸伤致右踇趾远端缺损患者手术前后观察

典型病例2(图2):男性患者,30岁,因锐器切割致右踇趾远端缺损2 h入院。入院时右足踇趾末节趾体自甲根以远完全缺损,骨折断端外露,近端皮肤软组织未见明显挫伤。术中彻底清创后,测量缺损创面大小为2.5 cm×3.0 cm。设计面积为3.0 cm×3.5 cm踇趾内侧趾背筋膜蒂皮瓣逆行修复,皮瓣供区以全厚皮片移植修复。术后伤口Ⅰ期愈合,随访3个月,皮瓣血运良好,质地柔软,感觉部分恢复。



A:踇趾远端缺损及皮瓣切取;B:术后即刻;C:术后2周;D:术后3个月

图2 因锐器切割致右踇趾远端缺损患者手术前后观察

3 讨论

3.1 踇趾趾背神经筋膜蒂皮瓣解剖学特点

自Bertelli等[2]报道皮神经营养血管蒂皮瓣以来,由于其操作简单,血供可靠,在国内得到广泛应用[1,3-6]。踇趾趾背神经来源于腓浅神经,腓浅神经经踝前下降至足背,分为足背内侧皮神经与足背中间皮神经。足背内侧皮神经分为内、外侧支,其中内侧支分布于靠近足背内侧缘及踇趾内侧皮肤,最终形成趾内侧趾背神经[6]。趾内侧趾背神经营养血管与第1跖背动脉及皮动脉、趾背动脉、跖底固有动脉的皮穿支等在趾内侧趾背神经周围形成丰富的网状吻合,这些吻合血管网成为趾内侧趾背神经营养血管皮瓣临床应用的解剖学基础。

3.2 本皮瓣的适应证、优缺点及术中注意事项

本皮瓣可用于修复足远端近内侧缘的足底、足背的小面积皮肤软组织缺损,尤其适用于踇趾远端的软组织缺损。本皮瓣优点:①操作容易,切取方便,解剖层次简单;②皮瓣与受区皮肤质地相近,不臃肿,外观好,不需二期削薄且较耐磨;③血供可靠,不需牺牲主干血管,且携带的皮神经可与趾端神经缝合,利于感觉的恢复。皮瓣切取范围有限为其不足。一般切取皮瓣面积不超过4 cm×6 cm。为保证皮瓣顺利存活,术中应注意:①皮瓣旋转点不可超过趾间关节水平,应位于趾间关节以近0.5 cm;②蒂部应位于趾背中线与侧中线之间,且需携带宽约1 cm的筋膜组织。本皮瓣切取后其色泽、张力、毛细血管回充盈试验应基本等同于传统岛状皮瓣,如出现色泽紫、毛细血管回充盈试验延迟,可能为蒂部动脉吻合支供血不足或损伤所致。建议于趾端寻找较为合适的动脉与皮瓣远端静脉吻合,使其静脉动脉化,可提高皮瓣存活率及质量。

参考文献:

[1] 齐杰, 刘艳杰, 李雯, 等. 足背内侧皮神经内侧支营养血管皮瓣修复足拇趾软组织缺损[J]. 中华整形外科杂志, 2012, 28(2): 136-138.

[2] Bertelli J A, Khoury Z. Neurocutaneous island flaps in the hand: anatomical basis and preliminary result[J]. Br J Plast Surg, 1992, 45(8): 586-590.

[3] 温晓阳, 严宜琦, 杨勇, 等. 应用腓肠神经营养血管皮瓣修复足跟部缺损[J]. 中华显微外科杂志, 2010, 33(1): 67-68.

[4] 赵全, 赵永健, 梁彦辉, 等. 指背神经营养血管逆行岛状皮瓣修复手指皮肤缺损[J]. 中华显微外科杂志, 2011, 34(6): 488-489.

[5] 杨运发, 张光明, 徐中和, 等. 应用足背外侧皮神经营养血管皮瓣修复跟腱外露创面[J]. 中华显微外科杂志, 2010, 33(1): 58-59.

[6] 冯运垒, 招健明, 冯仕华. 足背内侧皮神经营养血管皮瓣修复足远端创面应用解剖[J]. 中国临床解剖学杂志, 2005, 23(4): 370-372.

(**收稿**:2013-08-07;**修回**:2013-10-10)

(编辑 龙 亮)