维普资讯 http://www.cqvip.com

微小皮瓣修复手指软组织缺损的体会

Plerosis of defected finger soft tissue with tiny skin flaps

何 锐[1]，杜全印[2] （1. 合川市人民医院外二科，重庆 401520；2. 第三军医大学附属大坪医院骨科，重庆 400042）

[关键词] 微小皮瓣；手指；皮肤缺损
[中图分类号] R62 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0179-01

手指皮肤软组织缺损时所需的皮瓣覆盖面积相对较小，但对功能、外形、质地要求较高，必须根据具体情况选择适宜的皮瓣，才能最大程度地恢复手指的外形和功能[1]。本文对我科自1994年1月至2005年1月收治的手指皮肤软组织缺损病例进行总结，将采用微小皮瓣修复手指皮肤软组织缺损的体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共26例，女10例，男16例；年龄最小16岁，最大53岁。受伤原因：机器挤压伤11例，电锯伤8例，切割伤6例，爆炸伤1例。20例行急诊手术，6例行择期手术。皮瓣最大面积3 cm×2 cm，最小为1 cm×1 cm。皮瓣选择：食指背岛状皮瓣9例，邻指皮瓣8例，鱼际皮瓣5例，胸壁带蒂真皮下血管网皮瓣4例。

1.2 手术方法

臂丛神经阻滞麻醉、手指屈指腱鞘内阻滞麻醉或局麻。创面彻底清创，严格止血，合并骨折或肌腱断裂时行骨折复位内固定、肌腱吻合术，测量创面皮肤软组织缺损的面积。根据所用皮瓣的不同，手术具体方法分别如下：①食指背岛状皮瓣，于第二掌骨桡背侧作"S"形切口，沿第一骨间肌背侧肌膜深面探查第一掌背动脉（少数细小或缺如），连同其周围2.5 cm的筋膜一并分离形成血管筋膜蒂，在食指背伸指肌腱浅面游离切取皮瓣，供区需游离植皮[2]；②邻指皮瓣，按受区创面大小设计皮瓣，在伸指肌腱腱周组织浅面掀起皮瓣，转移至邻指背侧，蒂部在伤指相对缘，切开皮瓣其它缘，皮瓣随意转位覆盖创面，供区植皮，术后3周逐渐阻断血供直至断蒂；③鱼际皮瓣，在大鱼际处带皮蒂将皮瓣掀起，患指屈曲，皮瓣覆盖指端创面，供区植皮，术后3周逐渐阻断血供直至断蒂；④胸腹部带蒂真皮下血管网皮瓣，于胸腹部做任意薄皮瓣，切取比缺损面积大2 cm的皮瓣，供区直接缝合，皮瓣长宽比例为1∶1.5，手指摆放舒适，蒂部勿扭转，部分可缝合成管状使蒂部更灵活，术后3周逐渐阻断血供直至断蒂。

2 结果

本组病例中，1例左手食指中、远节皮肤撕脱缺损，行胸壁带蒂真皮下血管网皮瓣修复，术后因固定不牢致皮瓣撕脱，患者要求改行残端修整，其余25例皮瓣均顺利成活，创面一期愈合。术后随访1年，各皮瓣血运良好，无明显肿胀，后期塑形较好。17例手指感觉恢复良好，9例感觉恢复欠佳，2例色素沉着，手指功能评定均为优良。

3 讨论

手指皮肤软组织的缺损面积一般较小，修复手指创面的理想皮瓣应该是带血管蒂、微小化、薄型化的皮瓣，进行皮瓣修复时应注意几点：①以次要组织修复重要组织；先带蒂移位，后吻合血管；先简后繁，先近后远；兼顾美观和功能[3]。②新鲜的机械性损伤应在彻底清创的基础上，一期行皮瓣修复术，早期闭合创口，为二期功能重建奠定良好基础；对于电灼伤或感染创面，可待坏死组织分界清楚后行扩创术，二期进行皮瓣修复；对于感染严重的患者，局部扩创后，在修复的皮瓣下放置灌洗引流5~7 d，可有效控制炎症，促进创面愈合。③优先选择相对较易成活的皮瓣，如血管蒂皮瓣、带皮蒂皮瓣，此类皮瓣质量较好，较游离移植微型皮瓣成活率高，操作简单[4]。④修复屈面缺损时应注意把握皮瓣厚度，以免影响手指的屈曲功能。⑤拇指的掌侧面、食指、中指的桡侧半和小指的尺侧半是重要的感觉区，不应作为皮瓣供区。⑥血管蒂皮瓣通过皮下隧道转移至创面时，勿使蒂部受压及扭转。⑦术后严格制动，以免皮瓣拉脱或伤口裂开；术后3周断蒂前必须逐渐阻断血供，保证断蒂后皮瓣成活。⑧注意对供区美观的影响，根据具体情况选择最佳的皮瓣。

[参考文献]

[1] 李文翠，王 晨，王大平，等. 手指皮肤软组织缺损的皮瓣修复[J]. 实用临床医学，2005，6(5)：64-66.
[2] 李鸿翔，闵维雄. 食指背侧岛状皮瓣修复拇指电击伤12例[J]. 临床外科杂志，2005，13(6)：383.
[3] 李鸿元，于长青，蹇华胜，等. 皮瓣转移术修复足皮肤软组织缺损及慢性溃疡[J]. 局解手术学杂志，2005，14(6)：401.
[4] 路来金，宫 旭，刘志刚，等. 上肢软组织缺损的皮瓣修复[J]. 中国修复重建外科杂志，2005，19(7)：511-513.

（编辑：雷 艳）

[收稿日期] 2006-01-08 [修回日期] 2006-03-10