维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2007)12-1332-02

低龄儿童先天性并指畸形的整复治疗

田晓菲,傅跃先,邱 林,刘 燕,甘立强

(重庆医科大学附属儿童医院烧伤整形科,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨低龄儿童先天性并指畸形的治疗时机及手术方法。方法:选择 3 岁以下的患儿 38 例,采用锯齿状皮瓣转移分离并指,指背、掌侧矩形或三角形皮瓣成形指蹼,皮肤缺损区全厚植皮的术式,术后小夹板加强固定术指。结果:本组 38 例除 10 例出现皮肤部分表皮坏死,经换药愈合外,其余创面一期愈合;9 例出现瘢痕挛缩:7 例经术指小夹板固定及结合局部注射糖皮质激素治疗后缓解,1 例因术指屈曲明显而再次行瘢痕松解术,1 例指侧瘢痕挛缩,轻度侧向弯曲,未行处理。随访 6 月 ~ 2 年,除未处理的 1 例外,37 例外形、功能良好,指蹼深度、宽度接近正常。结论:低龄儿童先天性并指畸形的整复在临床上是可行的。

【关键词】先天性并指;治疗

【中国图书分类法分类号】R622 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-03-26

Treatment of infant hand congenital syndactyly

TIAN Xiaofei, et al

(*Department of Burns and Plastic Surgery, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the technique of treatment of infant hand congenital syndactyly. *Methods*: All cases were from 6 months to 2 years old .In these cases, the fingers were separated by using the serrated flap and new web were created deeply and widely by using rectangle or triangle inter-phalangeal flap at dorsal and palmaris. The skin-defected areas were covered with full-thickness skin grafts and the fingers were fixed using small splints. *Results*: All 38 cases were primary healing except that partial necrosis of skin graft in 10 cases which were healed after dressing change. The scar of 7 Cases were relieved by using small splints at night and glucocorticoid injection treatment. 1 case which finger was bent because of scar was operated again and another one had not any management. Followed up 6 months ~ 2 years, 37 cases had good features and functions except one case without dealed. *Conclusion*: It is feasible that treatment of hand congenital syndactyly durying infancy.

【key words】 Congenital syndactyly; Treatment

先天性并指畸形是小儿常见的手指畸形,治疗方法为并指分离术,传统的手术年龄提倡在 3 岁以上。近年来随着家长的求治心切,结合早期手术可促进术手的发育,有利于患儿的身心健康,我院对本病的手术年龄有所提前,于 2001 ~ 2005 年共收治小于 3 岁的并指畸形 38 例,总体疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 38 例,男 16 例,女 22 例;年龄 6 月 ~ 3 岁,平均 1.8 岁。两指并指 26 例,多手指并指 12 例;其中完全性并指 24 例,不完全性并指 14 例;单纯性软组织并指 27 例,骨性并指 11 例,复合性并指 4 例(伴裂手畸形 2 例、尖头并指畸形 2 例)。

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉及止血 采用静脉复合 + 臂丛阻滞麻醉或气管插管全身麻醉(双手并指分离术时采用)。在气囊加压(收缩压 +100mmHg)止血下进行。

1.2.2 皮肤软组织分离 采用并指间皮肤锯齿状皮瓣切开,齿尖尽可能圆钝,尽量保证指背、腹侧皮瓣锯齿尖与齿凹相互嵌合以覆盖创面。分离后皮肤缺损区,取腹股沟区全厚皮片游离植皮,供皮区切口一期缝合。需注意的是,术中锯齿状皮瓣设计时尽量使皮瓣向一侧指(原则上是功能相对重要指或是多手指并指的中间指)转移,另一指行大张全厚皮片植皮。三指以上并指,手术分期进行,一般不做一指两侧同时分离。

1.2.3 指骨处理 在完全性并指伴末节指骨相连时,采用末节指腹双皮瓣覆盖裸露骨面,或末节指腹形成一个皮肤瓣及一个皮下组织瓣,皮肤瓣直接覆盖骨面缝合,皮下组织瓣覆盖骨面后再行植皮。

作者介绍:田晓菲(1969-),女,主治医师,主要研究方向:小儿烧伤整形。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2.4 指蹼成形 并指根部间皮肤较松弛者采用掌、背侧三角形皮瓣交叉缝合成形；皮肤紧张者采用背侧矩形瓣成形。值得注意的是，在术中形成指蹼时，应矫正过度，即术中指蹼形成的位置应较正常位置加深、加宽约 3mm。

1.2.5 术指固定 所有植皮区均打包加压包扎，指蹼间隙用棉纱团填塞，小夹板紧帖术指固定包扎，再行石膏托外固定，固定范围需超过腕关节，固定时间 2 周。术后 2 周拆线，完全性并指者再予小支架夜间伸直位固定术指 3 月。

2 结 果

本组 38 例，除 2 例三角瓣成形的指蹼皮瓣尖端糜烂，换药后愈合外，其余成形的指蹼均一期愈合。拆线时指蹼略显过深、过宽。术后 10 例植皮皮片出现部分坏死，以表皮坏死为主，经换药后痊愈。9 例出现术区瘢痕挛缩，其中，8 例行 2～4 次瘢痕组织内注射糖皮质激素(确炎舒松 -A)治疗。7 例缓解，1 例激素治疗后仍未完全缓解，中节指间关节屈曲欠伸 20°，半年后再次手术行瘢痕挛缩松解全厚植皮术得以矫正。另 1 例术后出现指侧瘢痕挛缩者，术指轻度侧向弯曲，欠伸 15°，因家长原因未行处理。其它 37 例随访半年～2 年，外形、功能良好，指蹼深度、宽度与正常侧手指接近。

3 讨 论

先天性并指畸形的治疗时机，传统的观念是在 3 岁以后进行[1,2]，原因是年龄小，手术操作困难，术后不易固定，易发生植皮坏死产生瘢痕挛缩等。近年来在国外开始提早手术年龄，有报道最早手术者在出生后 3～6 个月进行，效果良好[3-5]。但国内多数仍主张在 3 岁以后手术[6,7]。结合婴幼儿手的动作发育，从 3 个月手指开始张开，到 3 岁时，手的精细动作已经发育，可以握笔，使用小剪子等[8]。所以 3 岁以后再行并指畸形的治疗，可能会阻碍患儿手的动作发育，尤其是精细动作。在心理发育上，患儿的手畸形在 3 岁前得不到整复，入幼儿园后会因此产生自卑心理，故越来越多的家长希望尽早给予患儿手术治疗。因此，本专业组从 2001 年开始，探索在 3 岁以下的低龄儿童中(最小 6 个月)整复先天性并指畸形，取得较好的临床效果。

3.1 手术时机

对不完全性的单纯皮肤软组织并指，最小可在 6 个月手术，因手指仅近端部分相连，术后瘢痕挛缩发生少，早期手术效果好。对无骨性连接的完全性并指在 6~12 个月手术为宜，以使患儿 1 岁时拥有可以正常活动的手指。对有骨性并连的复杂并指，最好在 1 岁以上手术，因涉及到指骨分离后皮瓣的转移，需指腹发育饱满后方能手术。

3.2 手术操作要点

针对患儿年龄小，手术操作技巧要求高的特点，在术中分离并指时，均在术手采用气囊止血带止血的条件下进行，使手术野暴露良好。术中应精细解剖，最好在手术放大镜下进行。仔细保护指侧固有血管与神经，尤其在指蹼处，需行钝性分离，尽量保留细小的横行静脉以及可能存在的变异或畸形的血管，异位肌腱需行转位。

原则上采取保全一指皮肤基本完整，不植皮或少植皮，另一指行游离的整张全厚皮片植皮。其优点是获得术后较为美观的外形并减少了手术创伤。术后的疗效也证明整张的皮片更易存活，所产生的皮片边缘瘢痕也靠近术指的背侧和腹侧，挛缩的作用可部分抵消。全厚皮片选自腹股沟区，因其薄，易于存活且性状好。

在指蹼成形时，为避免术后瘢痕挛缩使指蹼变浅变窄，应矫正过度，术中均加深、加宽指蹼约 3mm。但半年～2 年后随访，指蹼深度、宽度接近正常。术后的固定，采用与术指等宽的小夹板紧贴术指伸直位固定，外加石膏固定术手至腕关节。紧贴术指的小夹板固定尤为重要，否则因患儿年龄小，手指短，而不能达到完全制动之目的。完全性并指术指拆线后，继续用小夹板于夜间伸直位固定术指 3 个月，防止屈曲。白天松夹板进行术指功能训练，给予被动活动及让患儿主动活动。

3.3 并发症的处理

常见局部的表皮坏死，经换药后可愈合。严重者可产生瘢痕挛缩，植皮边缘亦可产生线状瘢痕。所有患儿常规在拆线后 1 个月进行随访，如有瘢痕增生，及时行局部激素注射治疗，2～4 次治疗后绝大多数瘢痕可以软化、松解。

低龄儿童先天性并指畸形的整复，在早期恢复了患儿手的正常形态，消除了畸形手带给患儿的心理影响，促进手的动作发育，尤其精细动作的协调，使患儿得到良好的身心发育。通过多种方法克服低年龄儿童手术的障碍，实践证明在 3 岁前修复先天性并指畸形是完全可行的。

参 考 文 献

[1] 佘亚雄，主编.小儿外科学[M]. 第 3 版，北京：人民卫生出版社，1995.263.

[2] 王承武，等译(Blauth W and Schneidersiokert 著).先天性手畸形[M]. 第 1 版，哈尔滨：黑龙江科技出版社，1989.7-12.

[3] Dao KD,Shin AY,Billings A,et al. Surgical treatment of congenital syndactyly of the hand[J]. J Am Acad Octhop Surg,2004;12(1):39-48.

[4] Guzanin S,Zabarnikova M,Kacmar P,et al. Surgical treatment of hand syndactyly in Apert syndrome[J]. Acta Chir Orthop Traumatol Cech,2001;68(4):249-255.

[5] Zucker RM,Cleland HJ,Haswell T,et al. Syndactyly eorrection of the hand in Apert syndrome[J].Clin Plast Surg,1991;18(2):357-364.

[6] 关德宏，焦尔康，韩 竹，等.手先天性并指畸形的治疗[J].中华手外科杂志，2003;19(3):173-175.

[7] 于胜吉，王集锷，王志勇，等.先天性并指畸形的分类与治疗[J].中华手外科杂志，2002;18(1):31-32.

[8] 刘湘云，林传家，薛沁冰，等，主编.儿童保健学[M]. 江苏：江苏科学技术出版社，1999.26-27.