

学术探讨

岛状皮(骨)瓣治疗手部软组织和骨缺损

浙江省青春医院(310016) 董根生 毕大卫*

自 1986 年 4 月~1994 年 4 月,运用岛状皮(骨)瓣治疗手部软组织和骨缺损 59 例,效果满意。

临床资料

本组男 41 例,女 18 例;年龄 6~40 岁;右手 33 例,左手 26 例,其中双侧 3 例;急诊手术 43 例,择期手术 16 例;创伤后距来院就诊时间,最短 15 分钟,最长 5 个半月。

皮瓣种类及用途:骨间前动脉逆行岛状皮瓣修复手背 9 例,虎口 4 例,手掌 4 例,食指 1 例,共 18 例;前臂桡动脉逆行岛状皮瓣修复手掌 1 例,皮骨瓣修复手背软组织和部分掌骨缺损 3 例,拇指再造 1 例、食指再造 1 例,共 6 例;手指侧方带血管神经顺行岛状皮瓣修复手指掌面 4 例,双侧带血管神经蒂顺行三角岛状皮瓣(皮岛)修复指残端 31 例。

皮瓣面积:最大 75mm×135mm,最小 5mm×6mm×0.5mm。皮瓣供区直接缝合 34 例,部分缝合加中厚皮片移植 17 例,中厚皮片移植 8 例。

术前准备及受区处理:对新鲜创面,首先作彻底清创。如为手部瘢痕挛缩畸形者,应彻底切除瘢痕组织。对感染性创面,则应待感染局限后,彻底清除感染病灶,以创造局部植皮的条件。如遇骨缺损需植骨者,应将骨折残端修整成适合做植骨的骨床备用。

皮(骨)瓣切除方法:根据手部软组织缺损的面积、形状及受区到腕横纹的距离,在同侧前臂适当部位设计皮瓣,按杨果丸方法^[1]切取之。桡动脉皮瓣在前臂腹侧,骨间前动脉皮瓣在前臂背侧。待皮瓣游离仅剩血管束与供区相连时,结扎切断近侧血管束,使之成为仅与远端血管束相连的逆行岛状皮瓣。如需同时切取桡骨条做成皮骨瓣时,可根据受区的需要,将皮瓣及其深面之桡骨条一并切取。桡骨条的宽度一般不宜超过桡骨周径的 1/3。

岛状皮瓣游离后,可切开供区和受区间的皮肤,将皮瓣逆行转位移植于受区,植骨可用克氏针固定。如用皮骨瓣再造或延长拇食指,则需将皮瓣围绕桡骨条卷成管状,缝合相对缘创口,把它移植在拇(食)指残端

上,并置于对掌位以克氏针固定,缝合切口。外以功能位石膏托固定。供区直接缝合或以中厚皮片移植。

结果:1 例术后出现皮瓣远端边缘弧形带状坏死,1 例食指再造因内固定钢针反应而出现末端部分坏死,二者均经短期局部换药治愈,其余 57 例全部成活。随访 1 年以上 51 例,功能及外观满意。

讨 论

骨间前动脉逆行岛状皮瓣以不牺牲前臂主要供血动脉为突出优点,且血管较恒定,面积较大,质地良好,是修复手部皮肤软组织缺损的较理想的首选皮瓣。本组多次选用均取得良好效果。

此外,本文还运用了 31 例带血管神经蒂斜形三角皮瓣,即源于彭正人等(1986)^[2]所创的切断皮下纤维束的斜形三角皮瓣。其最大优点:血管神经束能得到充分游离,皮瓣能获得较大移动度,使指端皮肤能在无张力下缝合,不会影响血液循环。采用该皮瓣,能最大限度的保留伤指的长度,并使指端皮肤感觉正常,具有耐磨性和良好的外形,患者能迅速地恢复原工作。

治疗成功的要点:若需要牺牲肢体一侧重要供血动脉的皮瓣,术前应仔细进行 Allens 试验及多普勒仪检查,术中要暂时阻断皮瓣所带血管,观察适当时间,确认肢体血运无误,方可继续手术。若采用骨间前动脉皮瓣,术中也应暂时阻断皮瓣近侧血管束适当时间,以观察皮瓣的供血情况。此外,皮瓣的设计应较创面适当大些,避免张力缝合。操作中应避免牵拉,要特别注意皮肤、筋膜及桡骨条与血管束间的连续性,应仔细识别与保护血管束向皮瓣发出的营养支。皮瓣远端血管束及软组织应适当比皮肤留得长些。再则,血管蒂不可分离得太干净,应适当保留一些软组织,可避免血管痉挛及栓塞。皮下隧道应宽敞,血管蒂不能形成锐角、牵拉、扭转及受压,这是皮瓣成活的关键。皮瓣供区应尽可能直接缝合,既可缩短手术时间,又可满足患者的审美要求。术后局部应制动、保温,并应适当运用解痉、抗凝剂,加强抗炎治疗,严密观察皮瓣的肤色肤温变化。皮瓣成活后,还应适时指导患者有效的功能训

练。

参考资料

1. 杨果凡, 等. 前臂皮瓣游离移植术. 中华医学杂志 1981;61:139

2. 彭正人, 等. 带血管神经蒂斜形三角皮岛在指端损伤中的应用. 中华骨科杂志 1986;6:20.

(收稿:1994—10—11)

对《手法治疗小儿骨盆倾斜症》一文的商榷

甘肃省庆阳县中医医院(745100) 侯世文

《中国骨伤》1994 年第 7 卷第 1 期 40 页周茂吉等撰写《手法治疗小儿骨盆倾斜症》一文, 拜读之后很受启发, 但也有一些不同看法, 特提出就教于同道。

1. 关于发病年龄

小儿髋髂关节错缝的发病年龄, 文献报道一般为 1 岁~15 岁, 好发于 3 岁~7 岁; 而周文 1085 例发病年龄为 8 个月~1.5 岁, 那么根据小儿生长发育规律, 年龄在 8 个月~11 月内会走路的小儿能有几个? 年龄在 8 个月~1.5 岁会用语言表达的小儿又有多少呢? 而周文认为“患儿均有突发性髋关节或膝关节或踝关节不定性间歇性疼痛, 走路轻度摇摆, 患足呈外旋八字脚或内旋八字脚, 个别患儿无明显反应, 仅细心家长发现走路不良而就诊。”显然, 周文的发病年龄与临床症状中“患儿均有……”相矛盾。在讨论中又说:“……小儿活泼易动, 玩耍蹦跳中髋髂关节突遭牵拉或下肢在旋转体位时髋髂关节产生松动, 而造成轻微错缝的机会多。”这恐怕也不是造成 8 个月~1.5 岁小儿髋髂关节错缝的主要原因。

2. 关于骨盆倾斜症的认识。

一般文献资料表明, 骨盆倾斜症作为一个症, 可见于小儿髋关节错缝、小儿髋髂关节错缝、髋部扭挫伤、髋髂关节扭挫伤、小儿股骨头无菌性坏死、小儿髋关节结核等疾病之中, 而以小儿髋关节错缝和小儿髋髂关

节错缝中骨盆倾斜症最为常见。而周文以“小儿骨盆倾斜症”为病名诊断提出, 笔者认为不妥, 还是应以“小儿髋髂关节错缝”为诊断较为确切。对于小儿髋关节错缝的存在目前中国骨伤界已成定论, 而周文在讨论中又说:“该症多数认为系髋关节半脱位, 但笔者认为此是髋髂关节紊乱(错缝)。”这显然是否认了髋关节半脱位(错缝)中骨盆倾斜症的存在, 也缺乏二者鉴别的一般概念。

3. 关于治疗方法

细读周文的治疗方法“旋:……可让助手固定其健侧下肢, 医者握持患肢足踝部, 屈髋、内收内旋或外展外旋下肢, 并迅速伸直, 呈划问号状。”其手法实质是治疗髋关节脱位及髋关节错缝的回旋复位(即问号复位法), 由清代钱秀昌在《伤科补要》中介绍, 一直沿用至今, 而周文在讨论中却说:“从生物力学上看手法的应力传导均不在髋关节, 而是作用在髋髂关节。”请问周文能有什么充分的理论依据来说明这一观点呢?

综上所述, 笔者认为周文对小儿髋髂关节错缝的发病年龄、病因、诊断、治疗方法及与髋关节错缝的鉴别等方面的概念还欠清, 特提出商榷, 不当之处难免, 欢迎批评指正。

(收稿:1994—10—11)

(上接 12 页)

带的张力, 使其突出物有机会还纳, 再通过牵引还可以扩大椎间孔和使小关节半脱位得以恢复等作用。然后再采取有节律的压颤患腰, 迫使髓核组织复位。使神经根的压迫得以解除。腰部侧斜扳法使腰椎及其椎间盘产生旋转扭力, 从而改变神经根与突出物的位置, 起

到调节后关节紊乱松解粘连的作用。直腿抬举及足背伸法, 使坐骨神经加强牵拉移动, 对松解粘连可起一定作用。

全麻推拿治疗腰椎间盘突出效果较好, 缺点是手法操作不合理也可造成对椎间盘及神经的损伤。

(收稿:1993-10-28 修回:1994-08-02)