

鼻烟窝皮瓣修复虎口皮肤缺损 5 例临床分析

Repair of cutaneous deficiency of first web space with skin flap of snuff box

王文龙¹, 董忠根²

WAN G Wen-long, DONG Zhong-gen

关键词 修补手术, 外科; 移植, 自体 **Key words** Revision, surgical; Transplantation, autologous

自 2000 年 2 月—2002 年 5 月应用鼻烟窝皮瓣修复虎口皮肤缺损 5 例, 疗效良好, 现报告如下。

1 临床资料

本组 5 例, 男 4 例, 女 1 例; 年龄 25~59 岁, 平均 42.5 岁。受伤原因: 年幼烧伤致虎口瘢痕挛缩 2 例, 交通伤致皮肤缺损 2 例, 井下压轧伤致皮肤缺损 1 例。开放性伤口均经抗感染、换药处理致创面鲜红, 无分泌物后行皮瓣转移。

2 治疗方法

皮瓣设计: 桡骨茎突与桡骨小头的连线即为鼻烟窝皮瓣的轴心线, 鼻烟窝桡骨茎突部为皮瓣的蒂部。先测量出须转移皮瓣的蒂长度, 最好比实际测量长度多 0.5~1 cm, 皮瓣大小根据虎口创面而定。手术: 一般先显露血管蒂。在鼻烟窝尺侧, 沿拇长伸肌腱表面, 切开皮肤, 继而沿拇长伸肌腱的桡侧切开深筋膜, 将深筋膜向上翻起即可显露桡动脉鼻烟窝的筋膜穿支及其伴行静脉。按照预先设计的皮瓣轴线, 分别切开皮瓣的桡尺侧缘, 将皮瓣由近及远, 紧贴深筋膜表面将皮瓣掀起, 直至桡骨茎突处。在此应于深筋膜下解剖, 保留血管蒂周围直径约 1.5 cm 的深筋膜组织。皮瓣游离完成后, 修复虎口创面, 即可转移至受区。在皮瓣切取过程中, 为避免深浅筋膜与皮肤的撕裂, 最好以 1 号丝线固定。皮瓣转移时防止蒂扭转张力过大及压迫过紧, 最好作一较大的皮下隧道或皮肤切开转移。术后保持室温在 22~25 ℃。常规抗感染、抗痉挛、扩管、扩容等治疗。

3 结果

5 例皮瓣全部成活, 术后随访 3~6 个月, 虎口皮肤饱满, 外形美观, 感觉良好, 无并发感染。

4 讨论

虎口瘢痕挛缩及外伤所致虎口皮肤缺损是手外科治疗中常遇到的问题, 以往主张局部旋转皮瓣或皮管或游离皮瓣修复, 皮瓣血运欠佳, 皮肤坏死及感染发生率高。即便皮瓣成活, 亦无皮肤感觉, 易发生烫伤、冻伤及失神经营养性坏死。鼻烟窝皮瓣以桡动脉分支及前臂血管网交通支保证丰富的血供, 并且有自行的伴行静脉及头静脉主干, 使血液回流良好, 避免了皮瓣转移后的动静脉危象, 伤口感染及皮瓣坏死发生率亦明显降低, 本组无一例发生感染与坏死。同时鼻烟窝皮瓣连同桡神经浅支一并转移, 具有良好的感觉, 避免了烫伤、冻伤及失神经营养性坏死, 提高了手部抓握物的灵活性, 明显改善了手部的功能。另外该皮瓣也适于修复腕背腕掌、手背与大鱼际处的皮肤缺损。

术后防止血管痉挛是皮瓣成活的关键因素, 应引起足够重视。首先保持房间适宜的温度, 最好在 22~25 ℃, 如天气寒冷复温困难, 可用床头灯照射, 但避免直接照射及过高的强光照射, 最好以衣服或棉被隔开。药物方面, 罂粟碱作为抗血管痉挛改善微循环起到了较好的疗效。另外吸烟致血管痉挛已有广泛报道, 宋海涛等^[1]研究认为, 香烟中的尼古丁对微血管的危害包括形态学和功能影响两方面, 可使微血管发生顽固性痉挛, 各类解痉药物均难以奏效。因此, 我们术后应强调戒烟, 同病房的其他患者及陪护应一同戒烟。再者, 术后半月应避免外出活动。

参考文献

- 1 宋海涛, 田万成. 吸烟对断指再植手术的影响. 临床骨科杂志, 2002, 5(1): 77-78.

(收稿日期: 2004-06-16 本文编辑: 王宏)