

恢复。仅对 1 例肱动脉严重挫裂者做了修补缝合。

3. 肘关节脱位合并骨折的预后与损伤部位、程度、类型、治疗方法以及动能锻炼等因素有关。影响疗效的主要原因有：①肘关节脱位合并二处以上骨折，常因创伤范围较大，易出现严重的畸形愈合致功能障碍。本组 8 例中有 3 例未达优良；②骨折呈粉碎性，骨折块解剖复位有困难或维持对位不良造成延迟愈合。1 例术后 8 个月才愈合，关节伸屈幅度仅 70°，肘内翻 10°；③本病若伴有同肢其他部位骨折，常因创伤严重，骨折愈合和

固定的时间过长，造成关节废用性功能障碍；④内外固定去除后，未能及时进行功能锻炼，功能恢复大受影响。本组 1 例后脱位合并外髁骨折，术中対位良好，术后如期去除内外固定，但因未及时进行功能锻炼，随访 3 年，伸屈范围仅 80°。

参考文献

1. 过邦辅编译：坎贝尔骨科手术大全。上海：上海翻译出版公司，1991：924—926

(收稿：1994—10—26；修回 1995—03—21)

指掌背侧联合推进皮瓣的临床应用

黑龙江省大兴安岭地区医院(165000) 高志刚

1990 年 1 月至 1993 年 12 月，用我们自行设计的指掌背侧联合推进皮瓣、修复指端骨外露及甲弧近端外伤性离断伤计 30 例 40 指，全部成活。经随访、均取得外观和功能的满意效果，报告如下。

临床资料 本组 30 例中男 26 例，女 4 例，年龄 6~50 岁；右手 25 例，左手 5 例；损伤手指 40 个：拇指 5 个，示指 15 个，中指 10 个，环指 7 个，小指 3 个；损伤性质：锯刨伤 8 例，中轧伤 7 例，切割伤 15 例；甲弧近端指关节离断伤 10 个，中节离断伤 14 个，近节离断伤 8 个，拇指关节离断伤 4 个，末节皮肤及甲床缺损骨外露 4 个。

手术方法 指根神经阻滞麻醉(小儿需加基础麻醉)。在指根部置止血带，清创后在手指侧方作纵行切口，根据需要推移大小，选择切口长度，长者可切到指蹼。游离掌背侧皮瓣；掌面在屈指肌腱鞘的表面，背侧在伸指肌腱膜的表面。将神经血管全部留在皮瓣内。从远端向近端分离，在分离过程中注意保护指固有动脉和神经。皮瓣分离完毕，松开止血带，观察皮瓣血运及创面渗血，结扎出血点。向远端推移皮瓣，覆盖全部创面，首先间断缝合指端，然后缝合指侧方切口。术后手指全周轻轻加压包扎。3 天后检创并开始伤指功能锻

炼。术后 2 周拆线。1~2 周后关节可达正常屈伸活动度。

治疗结果 30 例 40 指皮瓣全部成活。经 3~9 个月随访，全部病例手指感觉正常，保留的掌指关节及指间关节功能正常。

讨论 1. 手指掌背侧联合皮瓣成活机理：手指一侧做纵切口，一侧保留，使掌侧和背侧皮瓣相连，游离后形成掌背侧联合皮瓣。其掌侧有两条指固有动脉、有足够的血运^[1]，背侧皮瓣与掌侧相连，经未切开侧指固有动脉供应血运，另外在手背部亦可向指背皮瓣供应血运。所以掌背侧联合皮瓣成活有可靠的条件。

2. 指掌背侧联合皮瓣的前移拉长机制：主要靠两方面的条件：一是皮肤本身的弹性，二是关节部指间或掌指间皮肤横纹的舒展。经本组观察推移长度一般在 0.5~1.8cm，如此长度可足够修复 2cm 以内的指端软组织缺损或指骨外露在 1cm 以内的残端。

3. 手指掌背侧联合皮瓣的优点：手术较简单，操作方便；在直视下游离皮瓣安全可靠；能有效的保护血管神经不受损伤，使皮瓣有充足的血运及感觉存在，术后功能恢复满意。

(收稿：1994—10—26)