

· 临床研究 ·

带隐神经小腿内侧筋膜皮支皮瓣修复重度虎口挛缩应用体会

Repair of severe contracture of anticheirotonus of the hand with medial skin flap of the leg pedicled with medial cutaneous branch of the saphenous nerve

赵祚 贾红伟 汤金城

ZHAO Zuogong, JIA Hongwei, TANG Jincheng

【关键词】 外科皮瓣； 手 【Key words】 Surgical flaps; Hand

自 1997 年以来,我们采用带隐神经小腿内侧筋膜皮支皮瓣修复重度虎口挛缩 7 例,重建虎口外形美观,感觉恢复,临床效果满意。现报告如下。

1 临床资料

本组 7 例,其中男 5 例,女 2 例。年龄 15~50 岁,平均 30 岁。挤压伤 3 例,炸伤 2 例,烧伤 1 例,辗挫伤继发感染 1 例。7 例中合并大鱼际肌萎缩 2 例。病程为 6 个月~3 年,平均 1 年 6 个月。7 例均为单侧虎口挛缩,按顾玉东等对虎口挛缩的分类标准^[1],均属重度虎口挛缩。皮瓣最大 10cm×8cm,最小 7cm×4cm。

2 治疗方法

2.1 虎口开大 臂丛神经阻滞麻醉下手术,逐次松解各层挛缩组织。其中单纯松解或切除皮肤及筋膜组织疤痕者 2 例;需同时行拇收肌切断或延长者 2 例;拇收肌和第一背侧骨间肌同时切断并需松解第一腕掌关节尺侧副韧带者 3 例。术中第一、二掌骨间角开大至 35°~45°时,用 2 枚克氏针交叉固定第一二掌骨,使拇指处于充分外展对掌位。2 例合并大鱼际萎缩者同时行拇对掌功能重建术。于鼻烟窝处显露桡动脉深支头静脉及桡神经浅支备用。

2.2 皮瓣切取与修复 术前用超声多普勒沿胫骨内缘探测血管搏动最响点,此点多位于胫骨粗隆下 6~8cm 处,并以此点为中心设计皮瓣。先于皮瓣前缘切开皮肤至深筋膜下并向后游离,在胫骨与比目鱼肌间隙之间可见筋膜穿支浅出,切开皮瓣后缘向前游离,显露出隐神经及大隐静脉并使之包含在皮瓣内,解剖筋膜穿支至胫后动脉发出点,放松止血带皮瓣充血 5 分钟后游离移至受区。皮瓣动静脉蒂分别与桡静脉吻合,隐神经与桡神经浅支吻合,大隐静脉与头静脉吻合。

2.3 术后处理 术后石膏托固定。手术后 3~4 周拔出克氏针,指导下主被动功能锻炼 3~6 个月。

3 治疗结果

本组 7 例皮瓣全部成活,经 6~12 个月随访 7 例虎口距离均大于 50mm,平均 58mm,拇指桡掌侧外展及捏握功能明显恢复,无继发性虎口狭窄发生。皮瓣质地柔软,外形美观而不臃肿,6 个月后检查皮瓣感觉恢复至 S₃。

4 讨论

手虎口挛缩症是手外科常见畸形,其中重度挛缩多源于虎口部位的严重创伤。病变组织包括皮肤,手内在肌,骨关节等,从而使拇指外展,对掌,夹持和握拳功能完全丧失,导致手的功能严重障碍,临床处理较困难。有关虎口开大手术方法较多,常用的有游离植皮术;“Z”字延长术;前臂皮瓣逆转术及食指背侧皮瓣移位术;桡神经浅支皮瓣移位术;远位皮瓣带蒂移位术,上述术式各有其优缺点。小腿内侧筋膜皮支皮瓣为丁小珩,方光荣等^[2]首先报道,其报道最大切除面积为 14cm×8cm。本皮瓣具有皮下脂肪薄,皮肤质量好,避免牺牲胫后动静脉,供区隐蔽,含有皮神经能恢复虎口处皮肤感觉等优点。缺点在于皮瓣血管较细,手术难度较大,要求术者具有娴熟的显微外科技术,不易在基层医院开展。

手术注意事项:①术中彻底松解虎口挛缩充分止血,术后引流防止血肿形成加重纤维结缔组织增生。②虎口开大时应保留第一掌骨底部分肌纤维以保留内收功能。③拇食指间虎口角接近 90°时亦即第一二掌骨间夹角 35°~45°范围时用 2 枚克氏针交叉固定第一二掌骨,避免开大角度丧失。④术后 3~4 周拔针后指导下功能锻炼 3~6 个月预防继发性虎口狭窄发生。⑤大鱼际肌瘫痪者应同时行拇对掌功能重建。

参考文献

- 顾玉东,吴敏明,郑忆柳,等.虎口挛缩的病因预防及治疗.中华骨科杂志,1986,6(1):F3.
- 丁小珩,方光荣,程国良,等.胫后动脉筋膜皮支小腿内侧皮瓣的临床应用.中华显微外科杂志,1996,19(2):88-90.

(收稿:2001-06-25 编辑:荆鲁)