·临床研究·

改良带蒂含真皮下血管网薄型髂腹股沟皮瓣的应用

The use of modified subdermal thin type groin flap pedicled with vascular network

吴琳 宋良玉 康久杰
WU Lin, SONG Liang-yu, KANG Jiu-jie

【关键词】 外科皮瓣; 移植 【Key words】 Surgical flaps; Transplantation

手部皮肤缺损修复方法很多,但传统的带蒂髂腹股沟皮瓣仍有其独特的应用范围。我们对其稍加改进,在临床中应用起来尤为满意。我科自 1998 年以来采用带蒂改良含真皮下血管网超薄型髂腹股沟皮瓣修复手部皮肤缺损 23 例,效果满意,报告如下。

1 临床资料

本组 23 例,男 14 例,女 9 例;年龄 12~54 岁,平均 33 岁。致伤原因:机器伤 19 例,烫伤后瘢痕 4 例。伤手:左手 12 例,右手 11 例。缺损部位:手指 4 例均为自指根部逆行皮肤脱套伤(单指 1 例,2 指 2 例,3 指 1 例),手背处 12 例,手掌 7 例均为尺侧半。所有手指脱套伤者,做皮瓣移植时均将指骨自中节中断以远截除,其中 2 例 2 指逆行脱套伤一期将髂腹股沟皮瓣分成双叶皮瓣,分别修复两个手指,达到了Ⅰ期分指的目的。本组所有病例清创或切除瘢痕后手部皮肤缺损,肌腱、骨关节外露,皮肤缺损面积 3.5 cm×4.4 cm~6.4 cm×10.5 cm 范围内。

2 手术方法

2.1 供区处理 麻醉生效后,常规消毒铺巾,首先手部创面清创,切除失活组织,修复肌腱神经,对于手指脱套伤仅保留中节指骨中断以近的指骨。在切除挛缩组织和瘢痕时要松解粘连肌腱使各指关节被动活动正常。创面彻底止血后用温盐水纱布湿敷包扎。

2.2 皮瓣的切取 按创面的形状设计先切开皮瓣的上缘和两侧缘,深达腹外斜肌腱膜浅层,在深筋膜层分离皮瓣至腹股沟韧带处。以选用的血管蒂为轴心,延长两侧的切口,形成皮瓣。皮瓣蒂部的宽度均大于 4 cm,并将蒂部卷成管状。观察皮瓣血循环正常后,在显微镜下小心修剪全皮瓣 40%~65% 面积中远端部分皮瓣的皮下脂肪,但勿损伤真皮下血管网,其下保留约 1~3 mm 厚的脂肪层,保留旋髂浅动脉周围的脂肪组织以防损伤血管,皮瓣远端多修,蒂部少修,形成自近向远逐渐变薄的皮瓣。

2.3 皮瓣移位 将皮瓣与伤手创缘缝合,保持蒂部不扭曲无张力,伤手固定位置舒适,皮瓣下常规放引流条。

3 结果

早期有 2 例手背部皮肤缺损的移植皮瓣远端减薄处术后第 2 天颜色发暗,予以适当加压包扎,保持皮瓣和基底创面及创缘健康皮肤的紧密接触,第 6 天皮瓣颜色红润,血循环建立,皮瓣全部成活。故后期采用此手术方法者,皮瓣转移后修薄的部分均予以稍加压包扎。本组患者术后 10 天左右皮瓣断蒂,其中 1 例单指皮肤脱套伤患者 5 天断蒂,皮瓣血循环无障碍。皮瓣断蒂时将皮瓣原轴心血管蒂部的近侧端皮瓣再适当修薄,修剪皮下脂肪组织,断蒂后受区仍适当加压包扎 4 天左右,以促进皮瓣血循环的完全建立。本组所有病例随访3~8个月。皮瓣全部成活,供区创面仅遗留线形疤痕。手背及手掌部皮瓣均未作Ⅱ期修薄,1 例 3 指皮肤脱套伤患者术后 4 个月行分指术。所有皮瓣外形满意,质地适中,手功能部分恢复。

4 讨论

全身可供切取皮瓣的供区,常用的已达 50 多处。我们赞同刘勇等[1]提出"宁简勿繁、宁近勿远、宁同勿异、宁带蒂勿游离、宁美勿丑"原则,既要考虑受区的功能和美观,也要使供区的损害减少到最小。前臂和足部皮瓣虽然肤色和手部相近,血管恒定变异少,但切取后损伤 1 条主要血管及给前臂或足部造成外观上的影响,使其应用受到一定限制。本组 23 例采用供区隐蔽、切取容易、不需吻合血管的改良带蒂髂腹股沟皮瓣移植全部成功。

髂腹股沟轴型皮瓣主要以旋髂浅动脉、腹壁浅动脉为轴心血管。由于该皮瓣手术方便,成活率高,切取面积大,血管蒂长,而且部位隐蔽,供区可直接闭合,还可使患肢固定体位比较舒适,被广泛用于手外科。但腹壁皮下脂肪厚,尤其是成年女性患者在行该皮瓣转移术后,臃肿的外形往往成为一种心理负担,甚至有的手指脱套伤在行此皮瓣转移后因为外形难看且不实用而要求截指者多见。我们在临床实践中采用将皮瓣部分修薄后再转移,断蒂时再将近蒂部皮瓣修薄后缝合,术后稍加压包扎数天,只需 1 次住院就可解决皮瓣臃肿问题,减轻了患者经济上和精神上的负担,而且有利于手功能的恢复。本组 23 例患者均采用此类手术方法修复创面皮肤缺损,无一例行后期修薄,手功能恢复较好。

带蒂部分含真皮下血管网薄型皮瓣包括随意型真皮下血管网皮瓣和带轴心血管的岛状真皮下血管网皮瓣[2]。此种皮瓣实质是近蒂部分为皮蒂性皮瓣,远蒂部分为切除了皮下脂肪的薄型皮瓣。近蒂部分的皮瓣血供来源于蒂部的皮肤和皮下组织或皮瓣的轴心血管,而远蒂部分的血供一部分来源于

邳州市人民医院,江苏 邳州 221300

蒂部，一部分靠创面渗透和毛细血管的建立[3]。因此皮瓣远蒂部分常需要象皮片植皮样打包加压。本组前 2 例患者因皮瓣远端修薄部分早期未加压，第 2 天皮瓣远端颜色发暗，循环障碍，重新加压后循环才改善，而后期施行部分皮瓣加压，皮瓣血循环好，而且也缩短了加压时间。

皮瓣修薄的面积在临床实践中众说纷纭。我们在临床中发现髂腹股沟皮瓣因为有知名的轴心血管及下腹部密集的血管网，既不同于随意型皮瓣无知名血管，也不同于用吻合血管的游离皮瓣而带来的管腔缩小、血管痉挛等不利因素，所以本组患者部分皮瓣修薄面积占总皮瓣的 40%～65% 时，虽然修剪部位的主干血管被剪除，血流量较前减少，但血供仍能达到皮瓣远端，术中可见到皮瓣远端仍有出血点，仅有 1 例减薄面积达 65% 的皮瓣远端部分坏死，换药后好转。

传统带蒂皮瓣的断蒂时间通常 2～3 周，即使是带轴心血管的皮瓣也要经过断蒂前的血循环阻断实验，最早也要 2 周左右。本组皮瓣修薄后，其真皮下血管网与基部创面相贴，重建血循环快，且蒂部有轴心血管及丰富的血管网，断蒂时间提前到 10 天，最早 1 例 5 天断蒂，大大缩短了住院时间，减轻了患者的经济负担，更加有利于手功能的恢复。

参考文献

1 刘勇，沈毓书，韦绍仁，等. 带血管蒂岛状瓣肌皮瓣修复四肢软组织缺损. 中华显微外科杂志，1997，20(2)：143-147.
2 袁相斌，林子豪，陈卫平，等. 真皮下血管网薄皮瓣的实验研究与临床应用. 中华整形烧伤外科杂志，1993，9(6)：401-403.
3 王成琪，王剑利，张敬良，等. 皮瓣移植术的回顾与展望. 中华显微外科杂志，2000，23(1)：12-14.

(收稿：2001-04-15　编辑：连智华)

·短篇报道·

名老中医郭维淮治疗瘀滞型腰痛的经验

郭艳锦
(洛阳正骨医院，河南　洛阳　471002)

名老中医郭维淮治疗腰痛具有丰实的临床经验，他根据其发病机理将其分为四型：①瘀滞型；②肾虚型；③气虚型；④痹阻型。现将郭老治疗瘀滞型腰痛的经验总结如下。

1　临床表现

发病时自觉有股气走窜到一侧腰部，或一侧腰骶部，当即疼痛难忍，不能转侧，动则痛甚。继而咳嗽时局部牵掣痛，甚者呼吸时亦出现疼痛。查：腰局部外观无异常，深触有压痛，腰部活动受限。或发病时自觉腰内有一声响，当即腰痛难忍，腰即不能活动，自觉腰部成两截，上部带不动下部，不能直起。查：腰局部无明显异常，腰脊正中深部压痛，腰部活动受限，咳嗽、大小便时有牵制疼痛。X 线片检查：各椎体结构无异常，或有轻度增生。

2　治疗方法

治宜行气活血、补肾止痛。郭老集临床经验拟补肾止痛散，随证加减。药物组成：当归 12 g　续断 15 g　杜仲 12 g　大黄 10 g　小茴香 6 g　青盐 6 g　补骨脂 10 g　骨碎补 10 g　枳壳 10 g　广木香 5 g　甘草 3 g。日一付，水煎服。

轻者症见：仅腰椎一侧发痛，伤部压痛，咳嗽、翻身痛等。可内服补肾止痛散，两剂后腰已觉不痛，但觉有困酸不适，可再服补肾止痛散去大黄加生白术 15 g，燥湿利水、补益脾胃即愈。若为女性患者加官桂 3 g，散寒止痛。若体质素弱自觉腰部发沉坠，腰部上下不连者为气虚加黄芪 30 g、党参 15 g，益气、培补肾脏之元气。

重者症见：伤后腰即不能动，腰脊正中压痛，咳嗽、大小便时有牵掣疼痛，或腹满大便不通，小便短赤。治宜逐瘀为先，重用大黄 30 g，荡涤瘀血，同时加生姜固护胃气。大白 15 g，理气止痛，服一剂后，大便通畅。内服补肾止痛散去大黄二、三剂即愈。

3　功能锻炼

3.1　俯卧位腰背肌锻炼法　亦称为燕飞练功法。适应于身体较强壮者。方法：患者取俯卧位，两上肢向后伸，将头胸部向后抬起，同时两下肢伸直亦向后伸，使身体呈反弓，仅腹部与床面接触。每日早、晚各 1 次，每次做重复动作 2～20 次，逐日增加，增至 20 次后不再增加，以免加重劳损。

3.2　站立位腰背肌锻炼法　亦称为腰部体操法。适应于体弱者。方法：患者站立位，两足分开与肩等宽，两臂自然下垂向前弯腰，然后向后伸均达最大限度，还原。再分别向左右作腰部侧方弯曲，还原。最后分别左右旋转腰部，自由活动 5～10 分钟。每天早、晚各一次。若久坐、久站、久弯腰时均做腰部自由体操 3～5 分钟。注意事项：活动锻炼时动作要缓慢，不可过于猛烈，避免肌肉牵拉造成新的损伤。

4　讨论

腰痛的病因病机较为复杂。郭老认为无论是外力致伤或风、寒、湿邪侵淫引起腰痛，均与肾气有关系。《景岳全书》："凡病腰痛者，多由真气不足"。也就是说肾气不足是腰痛病理本质的概括。在治疗腰痛病时除分型、辩证用药外应注意益气补肾之品的运作，使正气来复，邪祛病愈。郭老在临床治疗腰痛病时要求我们辩证求因，审明证型，做到症治合一，同时配合适当功能锻炼，使脊柱平衡恢复，经络调畅，肌肉、肌腱、韧带强健，才能获得更快、更好、更巩固的疗效。

郭老自拟补肾止痛散，方中当归活血化瘀止痛为君，臣以大黄荡涤凝瘀败血，枳壳、陈皮、广木香、小茴香宽中理气止痛，佐以续断，续筋通络，杜仲、补骨脂、骨碎补、青盐补肾壮骨，甘草为使调合诸药，共奏行气活血，补肾止痛之功。

(收稿：2002-10-20　编辑：李为农)