

• 软组织缺损 •

吻合皮下静脉治疗手掌部皮肤逆行撕脱伤

Treatment of reverse avulsion of palmar hand skin by anastomosing the superficial vein

刘伟, 何莉

LIU Wei, HE Li

关键词 手损伤; 小静脉; 皮肤撕脱伤 Key words Hand injuries; Venulae; Skin avulsion

手掌部皮肤逆行撕脱伤在临床上较多见,常合并深部组织损伤。临床上常用的方法有直接原位缝合,撕脱皮肤经处理后回植原处,皮片移植,皮瓣修复等^[1]。由于手掌部浅静脉较纤细,既往文献多不主张吻合^[2]。我们于 1998 年开始,在临床上采用吻合皮下静脉治疗手掌部皮肤逆行撕脱伤,效果较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 48 例,男 26 例,女 22 例;左手 21 例,右手 27 例;年龄 15~46 岁,平均 20.8 岁。17 例伤至掌腱膜,31 例有肌腱外露。10 例合并有骨折,皮肤剥脱最近自腕近侧纹起,最远至近节指间关节近侧止。平均长度超过 5 cm,平均两侧不超过侧中线。

1.2 治疗方法 患者在臂丛神经阻滞麻醉下,进行常规清创处理。①于放大 10 倍的显微镜视野下寻找皮下静脉两断端,找寻血管:第 1 条静脉较粗大也较恒定,位于大鱼际尺侧缘,鱼际纹桡侧。第 2 条静脉相对较细不是很恒定,位于小鱼际桡侧缘。第 3 条静脉较细也较恒定,位于食指掌侧桡缘,经过食指掌面近侧横纹桡缘至鱼际纹和掌中纹桡侧端重叠处桡侧缘斜转向手背。第 4 条静脉较第 3 条细,位于小指掌面尺侧缘,经过小指掌面近侧横纹尺侧缘后即斜转向手背,一般不超过掌远纹尺侧缘。在大鱼际的桡侧和小鱼际的尺侧有时也可找到可供吻合的静脉。②吻合神经:应分别吻合尺神经掌支,正中神经掌支和桡神经浅支。③正确引流及石膏外固定:在远离血管吻合口处放置引流条。将指腕关节固定在功能位制动,局部特别是掌心部位适当加压包扎以利剥脱皮肤与深层组织紧密结合,注意静脉吻合口

部位特别是掌侧皮肤近端适当放松,有利于血管通畅,也有利于观察血运及皮肤坏死情况。④术后常规“五抗”治疗:抗感染,抗凝血,抗血管痉挛,抗疼痛,抗肿胀。特别是抗肿胀治疗,手掌部皮肤逆行剥脱伤常因挤压伤所至,手部肿胀较剧,有时出现手部骨筋膜间室综合征。

2 结果

48 例中 33 例皮肤全部成活,11 例部分坏死但不需要二次手术。成功率 91.7%。4 例大部坏死,其中 2 例皮瓣修复,2 例植皮修复。

3 讨论

手掌部皮肤有其特殊的解剖特点和功能要求。手掌皮肤逆行撕脱伤伤情较轻时,皮缘有鲜红血液渗出,撕脱皮肤本身无明显捻挫,清创后可将皮瓣直接缝合。皮瓣撕脱后皮缘有鲜红的血液渗出表明皮瓣的动脉供血尚存在,但因是逆行撕脱,其静脉回流不佳,在这种情况下撕脱皮瓣的血运障碍常表现为瘀血而不是缺血,其原因应是因静脉回流受阻而致血液瘀滞,致使局部组织压偏高,动脉内压力不够,因动脉供血不足,皮瓣自掀起近端皮缘开始逐渐发黑变性,出现所谓瘀血性坏死。如果能够建立良好的静脉回流,即可建立正常的血液循环,逆行撕脱皮瓣即可成活。合并有背侧静脉损伤时应同时修复背侧静脉,促进掌部皮下静脉的回流,使手掌部皮肤得以从静脉回流血液中得到更多的营养,从而更加有利于掌部皮肤的成活^[3]。

参考文献

- 1 王澍寰. 手外科学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 195-200.
- 2 丁自海, 裴国献. 手外科解剖与临床. 济南: 山东科学技术出版社, 1993. 351-356.
- 3 潘风雨, 田万成, 邹云雯. 手掌部皮肤逆行撕脱伤两种治疗方法的对比研究. 中华手外科杂志, 2003, 19(1): 26.

(收稿日期: 2004-09-15 本文编辑: 王宏)