

足底内侧皮瓣转移修复足跟部皮肤软组织缺损

王世刚¹, 王栓科²

(1. 庄浪县人民医院骨科, 甘肃 平凉 744600; 2. 兰州大学第二附属医院骨科)

关键词 软组织缺损; 足跟; 皮瓣转移; 组织修复

Transfer of thenar medial skin flap for the repair of soft tissue defect at heel skin WANG Shìgāng^{*}, WANG Shuān-ke^{*} Department of Orthopaedics, the People's Hospital of Zhuanglang County, Pingliang 744600, Gansu, China

Key words Soft tissue defect Heel Transfer of skin flap Tissue repair

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(4): 275-276 www.zggssz.com

足跟部皮肤软组织缺损, 由于其解剖特点, 缺损后需要用类似的组织修复, 才能保持良好的功能。在临床治疗中相当困难, 等待其自然愈合的可能性几乎没有, 所以应当采取积极治疗措施。我院自 1995 年 3 月 - 2006 年 3 月, 对 7 例足跟部皮肤软组织缺损的患者采用足底内侧皮瓣修复足跟创面, 取得了良好的效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 7 例, 男 5 例, 女 2 例; 年龄 20 ~ 65 岁, 平均 38 岁。病因: 不全截瘫后压疮 2 例, 外伤 2 例, 糖尿病足 1 例, 冻伤 1 例, 腰麻术后热水袋烫伤 1 例。病程 3 个月 ~ 2 年, 平均 1 年 2 个月, 所有患者均跟骨外露, 均经局部换药, 创面游离皮片移植失败。

2 手术方法

先将足跟部原创面进行清理, 切除坏死组织, 使其呈新鲜渗血态。纱布覆盖。再设计皮瓣, 足底内侧皮瓣位于跖骨头后面的足底非负重区。用甲紫标明内踝前缘延续线与足底内侧缘的交点, 此为皮瓣的近侧旋转轴点。从该点向第 1、2 跖骨头间引一直线, 为皮瓣设计的轴心线。在轴心线两侧, 跖骨头后面的足底非负重区设计皮瓣。足底内侧皮瓣的切取面积一般不超过 $8\text{ cm} \times 4\text{ cm}$ ^[1]。要注意从旋转轴点至皮瓣最远端的距离应稍大于该点至创面最远点的距离。使皮瓣转移后能无张力的缝合。皮瓣的大小、形状与清理后的创面相似, 沿血管走向标明近侧切口线。切取顺行的足底内侧岛状皮瓣: 以逆行法较为方便。但顺行法更安全妥贴, 可以防止切取

的皮瓣无血运。先从内踝后下方解剖出胫后动静脉及神经, 顺行向下解剖, 在展肌与趾短屈肌间隙内将足底内侧血管主干及伴行的足底内侧神经游离, 将神经主干留在原位, 但注意保留发向皮瓣的神经分支, 将其与血管向远侧分离至设计皮瓣近侧边缘。较粗的血管分支可以结扎。在第 1 跖骨头近侧作皮瓣远侧切口, 切开皮肤和跖筋膜, 边切边将皮下与跖筋膜缝合。由远及近掀起皮瓣, 直至血管神经束的结合部。即完成手术解剖, 形成顺行的足底内侧血管神经蒂岛状皮瓣。将蒂部与受区间的皮肤切开, 明道转移至足底创面, 勿使血管蒂扭曲、受压。供区植皮覆盖。

3 结果

6 例获随访, 随访时间 6 个月 ~ 3 年, 平均 1 年 2 个月, 5 例患者 I 期愈合, 1 例感染, 3 个月后愈合。外观功能均好 (典型病例见图 1)。

4 讨论

4.1 足底内侧皮瓣的优点 ①足底内侧皮瓣位于足弓的弓顶, 为非负重区, 全厚植皮成活后不易受到磨损, 对行走影响不大; ②足底内侧皮肤坚韧耐磨, 与足跟部皮肤颇为接近; ③皮瓣属于筋膜皮瓣, 其深面的跖筋膜转移后与跟骨直接相连, 愈合后有一定的厚度, 耐压、耐磨^[2], 可达到足跟部负重的要求; ④皮瓣切取时包含足底内侧神经, 术后感觉良好, 可防止足跟部因感觉障碍造成皮肤受伤; ⑤胫后动静脉及神经解剖恒定, 为解剖切取皮瓣提供了可靠的保障。如足底内侧血管较短, 尚可向近侧延长切口游离胫后血管为蒂。



图 1 患者, 男, 35 岁, 术前 2 年因 T₁₀ 骨折伴不全截瘫, 减压术后热水袋烫伤右足跟部, 导致右足跟部溃疡形成, 经局部换药, 皮片移植等治疗均失败。治疗 2 年后, 要求皮瓣转移治疗 ①术前 ②术中 ③术后 1 个月

4.2 注意事项 ①术前必须测定胫前与胫后动脉是否通畅,若两动脉均通畅,切取足底内侧皮瓣对足底血运无明显影响,如胫前动脉不通畅,术后会造前足部缺血;②皮瓣设计不可达到第 1 跖骨头负重区,否则所植全厚皮瓣不能担负足底的磨擦,易破损溃烂;③为保证转移的皮瓣具有良好的感觉功能,术中应注意保护进入皮瓣的神经分支,勿予损伤^[3];④皮瓣切取时为防止筋膜与皮下分离造成缺血,应当边切边将筋膜层与皮下缝合;⑤皮瓣转移时张力不能过大,足底皮下组织与深面的足底深筋膜相连紧密,活动度小,皮下隧道抽出法转移往往造成血管扭曲受压,严重时可造成皮瓣缺血坏死,故应

采用明道转移。

参考文献

- 侯春林,张世明. 筋膜皮瓣与筋膜蒂皮瓣. 上海: 上海科学技术出版社, 2000 197.
- 钟世镇,徐达传,丁自海,等. 显微外科临床解剖学. 山东: 山东科学技术出版社, 2000 102.
- 陈志文,王伟,郭志明,等. 应用足底内侧皮瓣修复跟部软组织缺损. 临床骨科杂志, 2006 9(3): 236-237.

(收稿日期: 2006-10-24 本文编辑: 王宏)

闭合松解术治疗手指屈指肌腱鞘炎

牛强卫

(洛阳市第五人民医院外科, 河南 洛阳 471000)

关键词 屈指肌腱; 腱鞘炎; 闭合松解术

Close lysis for the treatment of tenovaginitis of flexor digitorum NIU Qiangwei Department of Surgery, the 5th People's Hospital of Luoyang, Luoyang 471000 Henan, China

Key words Flexor digitorum; Tenovaginitis; Close lysis

Zhongguo Gushang / China J Orthop & Trauma 2007, 20(4): 276 www.zggssz.com

手指屈指肌腱鞘炎, 又称扳机指或弹响指, 是手指腱鞘因机械性摩擦而引起的慢性无菌性炎症改变。腱鞘增厚致使腱鞘狭窄, 肌腱与腱鞘之间亦可发生粘连, 肌腱发生变性、变形, 致手指活动受限^[1]。本病可发生于不同年龄, 对患者日常生活及工作影响较大。我院从 2004 年以来采用闭合松解术治疗手指屈指肌腱鞘炎 32 例, 效果满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 32 例, 男 10 例, 女 22 例; 年龄 23~68 岁, 平均 45 岁。发生于拇指 25 例, 食指 2 例, 中指 4 例, 无名指 1 例; 病程 3~24 个月。主要症状体征: 早期手指屈伸时疼痛, 严重时不能自主屈伸, 有交锁现象, 被动屈伸时有摩擦感伴有弹响及疼痛, 有扳机样感觉。触诊可在掌侧触及结节, 压痛明显。病例选择标准: 全身情况良好, 无手术禁忌证, 局部症状明显。

2 治疗方法

均采用局部麻醉, 麻醉成功后, 常规消毒铺巾, 查及患指掌指关节处掌侧皮下结节状物, 在患指掌横纹纹理与屈指肌腱皮表投影交汇处、结节状物中心, 以手术尖刀片与皮肤呈 90°角刺入, 触及骨质后将刀片稍后提约 0.5 cm, 沿肌腱走向上下滑动刀尖, 可感到刀尖端有阻力及摩擦感伴“嚓嚓”声。采用闭合松解, 松解成功时往往可听到一清脆响声, 待阻力及摩擦感消失后, 嘱患者伸屈患指, 自觉伸屈顺畅后结束手术。不需缝合, 外敷无菌敷料。嘱患者每日伸屈患指 10~20 次, 防止局部粘连。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 参照 1993 年卫生部制定的临床研究指导原

则自拟疗效标准。治愈, 患指掌侧无疼痛, 局部无压痛, 手指自主屈伸活动正常, 无弹响及交锁现象, 随访 12 周无复发; 显效, 患指掌侧无疼痛及压痛, 屈伸手指时有摩擦感; 有效, 患指掌侧无疼痛及压痛, 屈伸手指时有摩擦感及交锁现象; 无效, 临床症状及体征与术前比较无明显变化。

3.2 结果 本组 32 例, 术后随访 8~72 周, 平均 24 周。治愈 29 例, 显效 2 例, 无效 1 例。无效患者为瘢痕体质, 术后瘢痕形成, 手术失败。

4 讨论

本病为临床常见病, 临床多采用腱鞘内注射^[2]及手术切开治疗^[3], 但我们在实践中发现腱鞘内注射治疗周期长、疗效不确定, 对患者工作生活有较大的影响; 手术治疗成本较高, 患者接受度有限。本方法创伤小, 恢复快, 疗效满意, 属微创手术, 值得一用。在应用中注意: ①病例选择: 我们在选择病例时要求全身状况良好, 无手术禁忌证, 局部症状典型, 结节状物明显, 便于定位; ②操作正确: 操作过程中, 刀尖入口在结节正中, 滑动方向沿肌腱走向, 不可偏歪, 以免损伤肌腱及肌腱两侧的指神经和指动脉; ③术后功能锻炼: 术后即行患指自动活动, 防止粘连。

参考文献

- 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1993 1401.
- 刘守海. 封闭配合中药口服治疗狭窄性屈指肌腱鞘炎 279 例. 辽宁中医杂志, 2004 3(2): 134.
- 郭巨灵, 蓝文正, 尚天裕, 等. 临床骨科学(四). 北京: 人民卫生出版社, 1996 508.

(收稿日期: 2006-07-21 本文编辑: 王宏)