

腹部薄蝶形皮瓣修复多指热压伤六例

徐炜志 魏霞 葛秀峰 相世霞

1 临床资料

2004 年 6 月—2009 年 2 月,笔者单位收治示、中、环、小指背侧热压伤(图 1a)女性患者 6 例,年龄 18~53 岁。伤后 1 h~15 d 入院。伤指面积 1.5 cm × 1.2 cm~8.5 cm × 2.5 cm,Ⅲ~Ⅳ度,均有不同程度的肌腱、指骨损伤。伤后早期来我院就诊者 5 例 20 指,均于伤后 3 d 内手术;在院外治疗后转入我院者 1 例 4 指,给予换药抗感染治疗 3~7 d 后,再施行手术。

2 手术方法

术中彻底清创,去除坏死组织,保留指骨及间生态组织。依创面大小、部位、形状,于下腹部设计 2 对“蝶形”皮瓣,每对“蝶形”皮瓣共用 1 个蒂。从一侧切开皮肤至深筋膜浅层后掀起,修剪皮瓣远端皮下脂肪使其呈斜坡状,以皮瓣远端边缘隐约可见真皮下血管网为宜;在该皮瓣的对侧同法掀起薄皮瓣,即形成 1 对像“蝴蝶翅膀”样的皮瓣,共用的蒂与腹部深筋膜层相连的组织宽度约 2~3 cm,即 2 个相邻手指可分开的最大宽度。同样方法掀起另一对“蝶形”皮瓣。掀起的 1 对“蝴蝶翅膀”样薄皮瓣直接移位,其“两翼”分别覆盖相邻的 2 个指背创面(图 1b),间断缝合固定各皮瓣远端与指创面外侧缘,各供瓣区创缘与指创面内侧缘封闭缝合。术后 3 周行断蒂术。术中逐一断蒂后再修薄每个皮瓣,皮瓣断端与手指创面间断缝合(图 1c)。腹部供瓣区的 4 个创面分别缝合。

3 结果

本组 12 对(24 个)“蝶形”皮瓣中有 22 个皮瓣完全成活,外观及功能满意;2 例 2 指的 2 个皮瓣远端出现 0.5 cm × 0.3 cm 面积的血运障碍致坏死,断蒂后小面积坏死的皮瓣创面经换药治疗 3~4 周后封闭。术后半年随访,患指外观、浅

感觉及功能恢复良好(图 1d)。

4 讨论

手指热压伤创面较深,多为Ⅲ、Ⅳ度,肌腱、指骨外露,只有用皮瓣可以修复。应用薄皮瓣修复可以同时兼顾生理及外形美观的需要^[1],且薄皮瓣更利于创面周围血运建立及神经长入,有助于皮瓣感觉功能恢复^[2]。“蝶形”皮瓣移植覆盖手指创面后手指伸直展开摆放,患者上肢以舒适的位置固定于腹部,体位易于耐受,供瓣区可直接缝合。

临床上示、中、环、小指背同时深度烧伤的患者较常见,传统的修复方法是设计单个皮瓣覆盖单个手指创面,容易使皮瓣与蒂冲突,后瓣会破坏前瓣的蒂部血运,从而影响其成活。而“蝶形”皮瓣设计可以使 2 个随意皮瓣共用 1 个蒂,每个皮瓣的长宽以略大于创面为宜。由于手指分开时指间距离有限,因此,两瓣所共用的蒂部宽度可能较小,再加上“蝶形”瓣远端超出了皮瓣长短比例限制,皮瓣有缺血的可能,设计皮瓣蒂时尽量避免靠近指间最窄的指根部。术中 4 指伸直,扇形展开,保证 2 个蒂部的间距较宽,使血供互相不受影响,也保证每个共用的蒂部有单独的、充分的血供。该皮瓣不适用于手背创面的修复。

6 例 24 指中 22 指薄皮瓣成活良好,2 指薄皮瓣远端小部分坏死,这与皮瓣“逆切”减张致皮瓣远端血运障碍有关,但经换药治疗创面完全封闭。因此,笔者认为应用腹部薄“蝶形”皮瓣修复多指热压伤的方法简单,设计合理,手术成功率高,值得推广。

参考文献

- [1] 叶胜捷,陈如俊,叶鹏柳,等.真皮下血管网皮瓣修复手掌合并多指掌面深度烧伤 23 例.中华烧伤杂志,2004,20(5):314.
- [2] 方声教,庞淑光,叶胜捷,等.腹部多个单蒂薄皮瓣修复多指深度烧伤.中华烧伤杂志,2009,25(1):9-10.



图 1 患者右手多指热压伤后皮瓣治疗情况。a. 右手示、中、环、小指热压伤创面; b. 右手腹部“蝶形”皮瓣转移术后 3 d; c. 右手患指背侧断蒂术后 15 d; d. 术后半年,患者右手患指功能恢复良好

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2010.01.016

作者单位:266300 青岛,胶州中心医院整形与烧伤外科

(收稿日期:2009-07-12)

(本文编辑:张红)