

间短,无需特别条件及设备。其不足之处为供区留下痕迹。  
本组患者应用上述方法治疗后,效果满意。

参 考 文 献

- 1 顾玉东,王澍寰,诗德,主编. 手外科手术学. 上海:上海医科大学出版社,1999. 25.
- 2 邢丹谋,周必先,彭正人,等. 带指固有神经背侧支的指背筋膜进行岛状皮瓣修复指腹缺损. 中华骨科杂志,2002,22: 390-393.
- 3 汪良能,高学书,张涤生,主编. 整形外科学. 北京:人民卫生出版社,1989. 168.

- 4 Kamei K, Ide Y. The pedicled arterialized venous flap. J Reconstr Microsurg, 1993, 9:287-291.
- 5 钟世镇,徐达传,主编. 显微外科解剖学基础. 北京:科学出版社,1995. 278-281.

(收稿日期:2004-01-29)  
(本文编辑:莫 愚)

## 平行对位皮瓣修复多手指深度热压伤 38 例

顾黄峰 赵轶君 陈骅 方高峰

临床资料:本组 38 例均为笔者单位 1998—2003 年收治的热压伤患者,其中男 32 例、女 6 例,年龄 18~42 岁。烧伤部位:右手 20 例,左手 14 例,双手 4 例。其中 5 指烧伤 4 例、4 指 8 例、3 指 11 例、2 指 15 例。致伤原因:直接热压伤 26 例,飞轮转动造成热压伤 12 例。合并伤:合并指骨骨折 4 例、指骨坏死 2 例、肌腱坏死 10 例、皮肤裂伤 8 例。入院时间:伤后 24 h 内入院者 30 例,1—7 d 者 5 例,8—14 d 者 2 例,40 d 者 1 例。

治疗方法:患者入院后创面行清创、缝合(有皮肤裂伤)、包扎。3—5 d 后切痂,基底深及肌腱的创面采用皮瓣修复。创面溶痂或感染的患者用 1 g/L 洗必泰液或碘伏湿敷创面,连续换药 3—5 d,感染控制后行皮瓣修复术。热压伤造成的指骨骨折患者对位后采用硬纸板外固定。手术方法:臂丛神经加硬膜外麻醉后,在止血带下切除创面焦痂及坏死组织,尽量保持肌腱完整。坏死的肌腱取同侧或对侧掌长肌移植。3 指以上创面视伤情予以并指。根据伤肢情况及创面大小,选择供瓣区,设计平行对位皮瓣(图 1),皮瓣远端修成超薄皮瓣。供瓣区直接拉拢缝合。术毕用宽胶带固定患肢,包扎时注意防止蒂部受压,露出皮瓣的远端,以便观察皮瓣血运。术后行补液、抗炎及活血治疗。术后 18 d 行皮瓣断蒂部血流训练,术后 21 d 行皮瓣断蒂术,蒂部原位缝合。

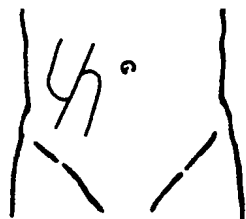


图 1 平行对位皮瓣示意图

结果:38 例患者除 1 例皮瓣萎缩外,其余皮瓣全部成活,外形良好。指骨骨折患者对位满意。

讨论 深度热压伤创面修复需用皮瓣覆盖,腹部带蒂皮瓣较其他岛状或游离皮瓣安全、可靠。但其不足为:(1)皮瓣术后外观臃肿,感觉差;(2)多指烧伤后用单一皮瓣修复,形成并指的机会多,需多次分指,治疗时间长、费用高、生活不方便;(3)多指并指后可能因皮瓣的长宽比例不当出现皮瓣远端坏死;(4)同一轴线远端相对翻开的皮瓣由于皮瓣切取后回缩,往往会顾及一侧的转移,导致另一侧张力过大使皮瓣远端坏死<sup>[1]</sup>。平行对位皮瓣是指纵轴平行的两个皮瓣,皮瓣掀开方向相对,皮瓣远端相互重叠,克服了带蒂皮瓣的不足。平行对位皮瓣实际是将单一的皮瓣分成两个相对的皮瓣,改变了修复创面的长度,保证了皮瓣长宽比例,有利于皮瓣成活。同时对于 2 指受伤无须再次分指,3 指、4 指受伤可减少分指次数,缩短了治疗时间,减少了费用。另外平行对位皮瓣克服了同一轴线远端相对翻开皮瓣的不足,可同时保证两个皮瓣蒂部的张力,保持蒂部松弛,血供良好。皮瓣远端可修成超薄皮瓣,术后外观好。腹部供瓣区易于缝合,切口张力较单一皮瓣小,愈合后切口为“S”形,无瘢痕牵拉造成的不适。对于合并指骨骨折及肌腱移植者,外固定及换药更加方便。

热压伤是深部组织受挤压与热力的双重损伤,有继发性或进行性坏死的可能<sup>[2,3]</sup>。本组病例未行急诊手术,而是通过 3—5 d 的观察,把握好创面切痂后基底情况,采用全厚皮片或平行对位皮瓣修复创面。

参 考 文 献

- 1 周芳,包平涵,于敬东,等. 腹部带蒂皮瓣在手部深度烧伤中的应用. 中华整形烧伤外科杂志,1992,8:318.
- 2 于加平,曾金鉴,戴海华,等. 游离皮瓣早期修复热压伤. 中华整形烧伤外科杂志,1997,13:271.
- 3 田社民,王佩云. 热压伤 101 例临床分析. 中华整形烧伤外科杂志,1993,9:20.

(收稿日期:2004-04-26)  
(本文编辑:张 红)

作者单位:314000 嘉兴,武警浙江总队医院烧伤整形科