

术、药品、后勤等子系统。以影像管理系统为例,医院已经完全实现了影像数码化管理方式。数码影像取代了 X 线平片,影像扫描设备取代暗室洗片,数码影像资料由计算机快速传送到各科室,医生用高分辨屏幕查看影像作为诊断依据,由计算机存储管理。此系统还包括检查设备,如 CT、磁共振成像(MRI)、B 超、内镜等数码整合工作,提高了医院的工作效率和诊疗水平。

瑞典人口少,经济发达,全民施行医疗健康保险和社会福

利,重大疾患(如烧伤)均可享受免费治疗,故给大面积烧伤患者的治疗提供了良好的条件。

参 考 文 献

- 1 方之扬,吴中立,高学书,等.主编.烧伤理论与实践.沈阳:辽宁科技出版社,1989:285-286.
- 2 Long GL. Energy expenditure of major burns. J Trauma, 1979, 19:904-906.

(收稿日期:2002-12-30)

(本文编辑:苟学萍)

· 经验交流 ·

真皮下血管网皮瓣修复手掌合并多指掌面深度烧伤 23 例

叶胜捷 陈如俊 叶鹂柳 庞淑光 张文振 方声教 章锦成 郑庆兴

因热压伤、电击伤等致手掌及手指掌侧深度烧伤,以真皮下血管网皮瓣(subcutaneous vascular network flap, SVNF)修复的报道较少。笔者自 1996 年以来利用 SVNF 修复手掌合并多指掌面深度烧伤患者 23 例,效果满意,现报告如下。

临床资料:本组患者中男 15 例,女 8 例。年龄 10~45 岁。烧伤总面积 1%~2% TBSA,均为 III 度。烧伤原因:热压伤 18 例,电击伤 5 例。创面分布:全手掌(包括 5 指掌面)2 例,部分掌面合并多指掌面 21 例,均伤及肌腱。

手术方法:创面清创后,取同侧下肢大腿前侧上 1/3 处作为供瓣区,将下肢屈膝,屈髋,大腿呈外展位。患手背侧紧贴大腿供瓣区,诸指尽量展开,沿手指边缘以及掌面创面的大小,画出皮瓣的轮廓线和切开线,移去患手。沿切开线切开皮肤及皮下,按轮廓线的范围锐性分离皮瓣,使其成为 SVNF。分离不能过大,以免 SVNF 与手指创面不能紧贴。将手指插入所形成的皮瓣隧道,患手掌面朝上置入皮瓣下,诸手指从皮瓣隧道另一端引出。边缘间断缝合后,纱布包扎固定患手。用于掌面创面的皮瓣供瓣区可先移植大张自体皮片,覆盖手指创面皮瓣,隧道创面不需移植皮片。术后 10~14 d 断蒂,并完成分指及指蹼成形术(图 1)。

结果:23 例患者创面皮瓣全部成活,其中 12 例患者术后 6~12 个月随访,外形及功能均较满意(图 2)。

讨论 手掌合并多指掌面深度烧伤,如深达肌腱,需皮瓣修复时,往往由于手难以适当放置,给修复带来一定的难度。本组选择大腿上端作为供瓣区,使患手的摆放位置较为自然,并能灵活地掌握皮瓣的范围和大小。同时手术操作简单,次数少,手部功能和外形恢复较为满意。

该皮瓣为随意性 SVNF,较轴型 SVNF 在供瓣区的选择上有较多的灵活性^[1]。其特点为蒂部较宽,理论上不存在瓣长与蒂宽的比例限制问题,故皮瓣的存活率较高,本组无一例患者出现皮瓣坏死现象。其优点在于行断蒂术时,可一次性完成手掌、多指掌面创面的修复及分指和指蹼的成形,从而缩短了住院时间^[2]。需要指出的是,皮瓣覆盖术后,同侧大腿须保持适当屈髋和外展位,使患手能够较为舒适地放置于大腿上端。笔者的经验是将枕头(高约 25~30 cm)垫置于大腿下方即可。每次换药后,以宽胶布或绷带将患手以及前臂适当固定于大腿或腹部。

参 考 文 献

- 1 肖添有,肖能坎.轴型真皮下血管网皮瓣的应用解剖及在深度烧伤创面修复中的应用.中华烧伤杂志,2002,18:336-338.
- 2 叶胜捷,庞淑光,张文振,等.插入式腹部薄皮瓣修复手和腕部严重烧伤.中华烧伤杂志,2002,18:105-106.



术前 术中

图 1 真皮下血管网皮瓣术修复患者左手热压伤



伸指功能 对指功能

图 2 术后 12 个月患者手指功能恢复良好

作者单位:325000 温州,解放军第一一八医院烧伤科

(收稿日期:2003-08-11)

(本文编辑:张 红)