

多指多节段断指再植的临床效果分析

柴益铜 陈邵

断指是临床上常见的手外伤,而对于常见的单纯性断指已经积累了丰富的经验,但对于特殊类型的断指由于较为少见,所以对该类损伤尚缺乏较好的治疗经验,仍会对临床青年医生提出较高的技术和经验要求。多指多节段断指作为特殊类型断指的一种类型,一直是临床上较为复杂的一类断指类型。对于多节段损伤的判断、再植的顺序以及神经血管的处理仍然会困扰不少青年医生。本次研究旨在总结本课题组对多指多节段断指再植的经验心得以供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至2018年9月宁波市第六医院多指多节段断指病人共10例患者,其中男性7例、女性3例;年龄25~46岁,平均年龄(33.60±2.65)岁。致伤原因:电锯伤4例、机器压伤4例、机器绞伤2例。损伤部位:示中环指4例、中环指3例、示中指3例,损伤时间3~6 h,平均损伤时间(5.10±0.12)h。

1.2 手术方法 采用臂丛神经阻滞麻醉或全身麻醉。用碘伏溶液浸泡离断指体10 min,扎止血带进行清创扩创术,判断离断指体及近段创面的损伤情况。用直径1 mm或者0.8 mm的克氏针有效固定离断指体,对于关节处的离断,予行关节融合固定。修复肌腱后,在显微镜下再次清创,按照由远至近的原则依次对远端离断平面进行无血再植,最后吻合最近端离断面进行通血,松止血带,观察指体末梢血运情况,待血运回复后,用4-0缝合间断缝合伤口,注意缝合张力。

1.3 术后处理 术后给予解痉、抗凝、抗感染、镇痛、消肿治疗,绝对卧床5 d,对患手进行烤灯照射,密切观察各离断指体血运情况,术后7 d断指存活,

术后1个半月复查X线后拔除克氏针,早期指导术后康复训练。

1.4 评定标准 采用中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准^[1],评分80~100分为优;60~79分为良,40~59分为差,<40分为劣。

2 结果

术后10例患者断指全部存活,发生血管危象1例。随访10例患者24~30个月,平均随访(28.00±1.42)个月,植指体外观、功能均较满意,两点辨别觉为5~9 mm。中华医学会手外科学会上肢部分功能评定结果为优8例,良2例。

3 讨论

多指多节段断指再植临床不常见,其再植存活率相对于普通断指而言较低。本组患者通过细致的清创、再植后获得较满意的疗效。一般多指多节段断指的离断指体相对污染较重,所以清创就显得尤为重要,本次研究中的压伤和绞伤患者于伤口处残留较多机油等油性污染物,先用双氧水和0.9%氯化钠注射液清洗伤口2遍,再用3%碘伏的浸泡10 min,然后肉眼下清除可见污染物及污染组织,再在显微镜下的再次清创去除细小污染物级坏死组织。彻底清创可充分避免再植术后创口的感染,提高再植存活率。术中准确判断血管损伤程度,尤其是对压伤和绞伤的患者,在其损伤机制中存在广泛的牵拉力,会对血管内膜造成大范围的损伤。本次研究中6例压伤和绞伤的患者指动脉内膜均存在长段剥脱,如强行吻合极有可能导致术后血管栓塞。此外,对于损伤的血管绝不姑息,对于无法判断损伤程度的血管不应予以保留,需要果断及时地给予血管移植,宁可多花费一些时间精力,也要力求吻合血管的质量,尤其是对于中断桥接指体^[2]。电锯伤往往存在切割部位的缺损,缺损的长度基本等于锯片的厚度,本次研究中电锯伤的患者均未行血管

移植。修复指神经是非常重要的,对于挤压伤或绞伤病人长段撕脱的指神经,本次研究中同样给予了双侧修复,神经移植以及神经鞘管对该类病人具有较为重要的意义。术后血管危象一直是显微外科医生担心的事情,本次研究中发生1例血管危象。放低患指平面,解痉药物使用均是较为良好的处理方式,如危象持续存在,则应该考虑栓塞严重必须及时行血管探查修复。此外,多指多截断断指对于医生的精力提出了巨大挑战,所以建议分组同时进行,这样能够尽量减少离断指体缺血时间。

对于多指多节段断指再植,其原则是先对离断的远端指体进行再植,即在无血条件下行再植术,最后在在近段指体再植,一次通血。一次通血能够减少组织缺血在灌注损伤^[3],但同时对于远端指体的血管吻合提出了较高的要求,对于术者的显微技术具有一定挑战。

多节段断指再植中,中节再植的成功与否非常重要^[4]。远端指体的血供和运动功能都有赖于中节再植指体,因此,必须准确判断中节指体是否可以再植,对于损伤严重者、中节过于短小者应果断舍弃^[5]。对于条件相对较好的中节指体,要求尽量吻合显微镜下能够找到的所有血管,这样才能够充分保障供应和回流中远节指体的血液。对于指神经,要求务必精确修复,最好修复双侧。如有神经缺损者,可行神经移植术。中节的肌腱除了固有伸肌腱

和屈肌腱可以不修复,其余肌腱应尽量给予修复,如有缺损者,可考虑行肌腱移植术或肌腱转位术。

综上所述,彻底清创是多指多节段断指再植成功的基础,从远向近的再植顺序是成功的保障,准确判断神经血管损伤的程度,果断必要的血管移植是成功的关键,中节再植是成功重中之重。本次研究亦存在不足之处,入组的病例数较为有限,需进一步增加病例数量研究论证。

参考文献

- 1 潘达德,顾玉东,侍德,等.中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[S].中华外科杂志,2000,2(3):130-5
- 2 李松奇,林勇杰.血管移植在肢体血管损伤中的应用[J].中华显微外科杂志,2000,9(2):102-103.
- 3 林平,曹扬,陈中,等.三种灌注液对断指再植组织再灌注损伤保护作用的研究[J].中华手外科杂志,2006,22(4):252-254.
- 4 侯建玺,谢书强,张华锋,等.拇手指多节段离断再植11例分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(19):6131-6132.
- 5 陈福生,李军,林彬,等.467例734个复杂性断指再植方法的选择与探讨[J].中华手外科杂志,2003,19(3):139-141.

(收稿日期 2019-04-23)

(本文编辑 蔡华波)

· 消息 ·

《全科医学临床与教育》杂志征稿、征订启事

《全科医学临床与教育》杂志(ISSN:1672-3686 CN:33-1311/R)是由国家教育部主管、浙江大学主办、浙江大学医学院附属邵逸夫医院承办的国家级学术性期刊,列入浙江省卫生厅评审高级卫技职务资格二级医学卫生刊物名录。

稿件范围:各种常见病和多发病的预防和诊治、全科医学领域的基本理论知识和新进展、全科医学临床或教育领域的科研成果或阶段性报告、临床诊治经验、医学教育实践总结、急诊急救、相关药物与药理、社区健康教育、疾病监测和社区卫生管理等,尤其欢迎跨学科的理论与实践、探索与总结。

《全科医学临床与教育杂志》为月刊,国内外公开发行,大16开,96页,铜版纸印刷,每期订价10.00元,全年120.00元。欢迎广大医务工作者和教学工作者征订本刊和投稿。可向本刊编辑部征订。

地址:浙江省杭州市庆春东路3号邵逸夫医院 《全科医学临床与教育》杂志编辑部(310016)

电话:0571-86006390 Email:quankeyixue@hotmail.com 投稿唯一官网:www.qkxylcyjy.cn

《全科医学临床与教育》杂志编辑部