

逆行法指尖离断再植 36 例体会

孙立¹, 申建民², 韩伟¹, 田家亮¹, 王远政¹

(1. 贵州省人民医院 骨科, 贵州 贵阳 550002; 2. 武警贵州总队医院 手外科, 贵州 贵阳 550003)

[摘要] 目的: 探讨逆行法再植离断指尖的疗效。方法: 采用逆行法对 36 例 38 指离断指尖进行再植手术, 评价治疗效果。结果: 36 例 38 指成活 35 指, 成活率 92%, 术后随访 3~18 个月, 手指长度及外形近似健侧, 功能良好。结论: 逆行法指尖再植是治疗指尖离断较理想的方法。

[关键词] 手损伤; 断指再植; 指尖离断; 显微外科手术

[中图分类号] R622; R658.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)06-0642-02

指尖离断在生活中偶有发生, 由于指尖血管细小, 手术中寻找及吻合十分困难, 采用逆行法作断指再植较简便易行, 有利于血管吻合。2004 年 6 月~2010 年 6 月对 36 例患者采用逆行法指尖再植取得较好的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

36 例指尖完全离断患者行再植手术, 其中男 28 例, 女 8 例, 年龄 12~45 岁, 平均 24 岁。伤指: 拇指 8 指, 示指 11 指, 中指 14 指, 环指 5 指。致伤原因: 切割伤 20 例, 挤压伤 9 例, 绞伤 6 例, 咬伤 1 例, 均为完全离断。

1.2 手术方法

成年患者采用臂丛麻醉或指神经阻滞麻醉, 儿童患者用基础加臂丛或气管插管全身麻醉。显微镜下一边清创一边寻找指神经、动脉和静脉, 并加以标记。采用逆行法再植: 先在离断指尖末端向近侧纵向钻入细克氏针或 7 号注射针头, 使针尖与离断指尖断面平齐; 按以下顺序进行再植: 缝合掌侧皮肤-吻合掌侧皮下静脉-吻合指动脉、指神经-固定骨骼-修复甲床-闭合伤口^[1]。如远端静脉无法修复, 则在再植指尖两侧作长 0.5~1.0 cm、深约 0.2~0.3 cm 小切口, 用含肝素原液的纱布覆盖, 定时滴加肝素。正常情况下出血应为鲜红色, 若出血缓慢或不出血提示动脉危象, 若出血活跃先紫色后鲜红色提示静脉危象, 放血时间一般不超过 5 d。

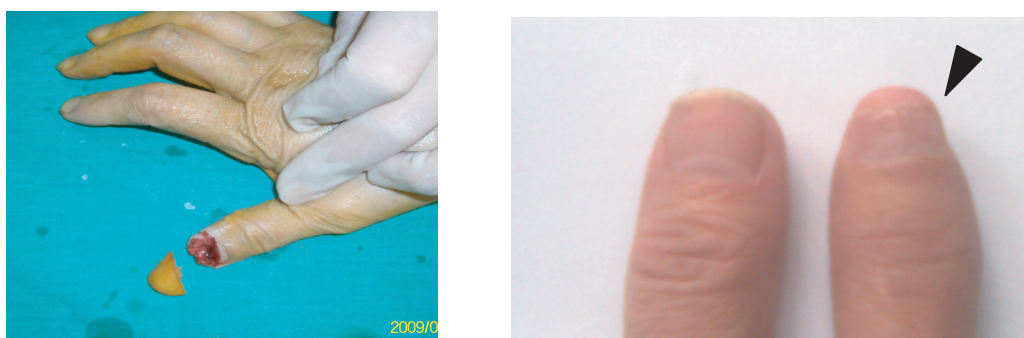
2 结果

本组 36 例 38 指, 成活 35 指, 成活率为 92%。术后随访 3~18 个月, 患指长度和外形与健指相似, 指腹饱满, 指甲生长良好(见图 1); 再植失败 3 例, 均为挤压伤。

3 讨论

手指甲根以远的部位称为指尖, 是手指最特殊的功能区域, 指尖的缺损不仅严重破坏手指外形, 还导致指尖触觉功能丧失。随着显微外科技术的发展, 指尖再植成活率已经很高, 伤指的外观和功能可得到较满意的恢复。断指再植的适应证选择是影响手术成功与否的关键之一^[2], 对于组织损伤严重, 多指、多段离断, 全身情况较差者, 不宜选择指尖再植。本组再植失败的 3 例均为挤压伤, 提示对致伤原因为挤压伤、绞伤的指尖离断考虑行再植手术时应慎重。

传统的断指再植方法是先固定骨折, 再吻合断指两侧指动、静脉。由于指尖血管特别纤细, 尤其是指尖静脉血管壁菲薄、易撕裂, 术中寻找及吻合极为困难, 因此有的学者作指尖再植时只吻合动脉, 临床发现静脉回流不畅是再植手术失败的主要因素^[3,4], 采用逆行断指再植, 便于吻合指尖掌侧静脉。逆行法有以下优点: (1) 不用来回翻动伤手, 便于手术操作, 尤其多指再植时可显著提高手术效率; (2) 术野清晰, 血管显露充分; (3) 吻合断指掌侧静脉较容易, 能有效减少静脉回流障碍, 提



A. 断指离断前情况

B. 术后 3 月双侧拇指对比 (箭头为再侧)

图 1 刀切伤致右拇指指尖离断

Fig. 1 Multilation of right thumb fingertip caused by knife cutting: A. before operation; B. Three months after operation (arrow pointing operation side)

高再植成活率。

指尖血管尤其掌侧静脉在手术中很难寻找,术者应熟知指端血管解剖位置和寻找方法。掌侧静脉通常有规律的分布在横截面的 3~5 点钟和 7~9 点钟位置,在每侧的甲襞内均有恒定的较大静脉,一般指甲中部以近的掌侧静脉均可吻合。清创时轻微挤压断指端,有出血点者便是血管。如手术中静脉难以寻找,可先吻合动脉,再放开止血带,可找到静脉出血点。指尖静脉壁非常薄,容易损伤,术中吻合时应注意无创操作,高质量的小血管吻合技术是再植成功的关键。

4 参考文献

- [1] 潘风雨. 逆行法吻合掌侧静脉的指尖再植[J]. 实用手外科杂志, 2004 (04): 204-205, 257.
- [2] 张建军, 陈立科, 徐秋香, 等. 手指末节及指尖离断再植的临床分析[J]. 湘南学院学报(医学版), 2008 (03): 26-27, 30.
- [3] 潘希贵, 管同勋, 李亮, 等. 指端放血治疗指尖再植静脉回流障碍[J]. 实用医药杂志, 2008 (01): 42.
- [4] 潘希贵, 田万成, 卢全中, 等. 指尖再植静脉回流障碍的观察与处理[J]. 实用手外科杂志, 2007 (02): 80-81.

(2011-09-10 收稿, 2011-10-16 修回)

(上接第 641 页)

- [8] Saito K, Nakamura Y, Aoyagi M, et al. Low dose cytarabine and aclarubicin combination with granulocyte colony stimulating factor (CAG regimen) for previously treated patients with relapsed or primary resistant acute myelogenous leukemia and previously untreated elderly patients with AML, secondary AML, and refractory anemia with excess blasts in transformation[J]. Int J Hematol, 2000 (3): 238-244.
- [9] Lowenberg B, Van Putten W, Theobald M, et al. Effect of

priming with granulocyte colony stimulating factor on the outcome of chemotherapy for acute myeloid leukemia[J]. N Engl J Med, 2003 (349): 743-752.

- [10] Cheson B D, Bennett J M, Kantarjian H, et al. Report of an international working group to standardize response criteria for myelodysplastic syndromes[J]. Blood, 2000 (96): 3671-3674.

(2011-09-21 收稿, 2011-11-11 修回)