

生肌象皮膏治疗指端缺损

Treatment of digital tip defect with Shengji-Xiangpi adhesive plaster

张中云, 贾清海, 于飞

ZHANG Zhong-yun, JIA Qing-hai, YU Fei

关键词 指损伤; 中药 **Key words** Finger injuries; Chinese herbal

指端损伤后伤口愈合过程与一般伤口愈合过程相同, 都经过伤口收缩, 肉芽组织增生, 表皮再生三个过程, 生肌象皮膏为一种棕褐色软膏, 主要成分为象皮、龟板、血余、当归等, 适用于各种溃烂创面, 迅速呈现收敛、生肌、长皮的作用, 对伤口愈合的每一个过程都有促进作用, 故有促进伤口愈合的作用, 使伤口愈合速度加快。我院自 2000 年 5 月至 2004 年 8 月, 采用生肌象皮膏治疗指端缺损 20 例 28 指, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组共 20 例 28 指, 男 12 例 18 指, 女 8 例 10 指; 年龄 16~50 岁, 平均 32 岁。致伤原因: 切割伤 6 指, 挤压伤 22 指, 其中合并残指软组织裂伤 5 例。拇指 2 例, 示指 10 例, 中指 8 例, 无名指 6 例, 小指 2 例, 根据断指离断的平面划分为 4 个区域^[1]: 一区 5 指, 二区 13 指, 三区 7 指, 四区 3 例。

2 治疗方法

在臂丛神经阻滞或指根神经阻滞麻醉下手术, 用上臂气压止血带或伤指根部橡皮条止血, 常规清洁伤手, 消毒, 铺无菌巾。用新洁尔灭液、双氧水、无菌生理盐水依次泡洗伤口, 然后清除污染及失去活力的组织, 使指骨断端与软组织远端相平或略低于软组织远端。指掌侧固有动脉残端及其他较大活动性出血点予电凝止血, 指掌侧固有神经予牵引后锐刀切断, 让其自然回缩至软组织内。二区损伤拔除指甲, 再用新洁尔灭液及无菌生理盐水依次泡洗伤指, 然后用无菌脱指棉片 1 块, 涂生肌象皮膏(天津医院生产), 面积以略大于伤指创面为宜, 厚度 1~2 cm, 敷于创面, 加压包扎。然后每天换药 1 次, 换药时先以脱脂棉拭去创面分泌物, 然后涂药包扎伤口。

换药过程中如肉芽生长过快, 应随时用无菌剪剪平, 如肉芽生长慢而皮肤再生过快, 则应随时剪除再生皮的边缘, 以保证肉芽与皮肤生长的协调性。伤后 5 d 患指可逐渐练习关节活动, 待伤口愈合后开始允许患手沾水、劳动, 但在患指感觉恢复之前应避免患指烫伤。其中 5 例合并残指软组织裂伤者在彻底清创后缝合裂开伤口, 残端覆盖油纱条, 待术后 10 d 左右拆线后再开始使用生肌象皮膏换药。

3 结果

所有病例均得到随访, 最短 3 个月, 最长 6 个月。伤口愈合时间 7~28 d, 愈合后患指外形满意, 残端呈圆弧状, 周径与健侧指相同, 无色素沉着。二区损伤指甲长齐时间 2~4 个月, 其中 1 例指甲欠平整, 1 例指甲增厚, 感觉恢复满意, 为 S 4 级^[2]。伤后 3 个月两点辨别觉 4~6 mm, 伤后 6 个月两点辨别觉 3~5 mm(正常值 2~4 mm)。其中 4 指于伤口愈合后 1 个月内曾发生 I 度或浅 II 度烫伤, 对症处理痊愈, 耐磨, 指间关节活动良好。

4 讨论

4.1 优点 ①患指长度满意, 外观较好, 感觉恢复理想, 耐磨, 无指间关节僵硬。②治疗时无副损伤, 各种皮瓣手术如 V-Y 推进皮瓣、指固有动脉逆行岛状皮瓣等虽也可取得较为满意的效果, 但有一定的副损伤, 增加患者的痛苦。③无须住院, 治疗费用低, 各种皮瓣手术均需住院治疗, 费用较高, 所以用生肌象皮膏治疗指端缺损是一种较为理想的方法。

4.2 注意事项 ①行清创术后每天换药 1 次, 起初几次由医生操作, 同时将换药的要点教给患者所在地的社区医生或家属, 然后由他们进行操作, 但每间隔 5 d 左右需复诊 1 次, 以便及时观察伤口情况并行相应处理。②由于每一个伤指的伤情不同, 患者的

身体素质不同,肉芽与皮肤的生长速度有时不协调。如果肉芽生长过快,则需在换药时将其剪平,如果皮肤生长过快,则需在换药时剪除一部分新生皮边缘,以保证肉芽与皮肤生长的协调性,以及新生皮肤的质量。否则伤口的愈合速度减慢,新生皮肤的质量较差,也可出现指端凹凸不平。③伤口愈合后,感觉逐渐恢复,在感觉恢复满意之前应注意保护,避免发生烫伤及机械性皮肤损伤。④对于二区损伤如果残

存甲床长度小于 3 mm,指甲长齐后外形及功能均差,应将甲床完整切除适当修整指骨再行生肌象皮膏外用。

参考文献

- 1 Moiemien NS, Elliot D. Composite graft replacement of digital tips: A study in children. J Hand Surg (Br), 1997, 22: 346-352.
- 2 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991. 858.

(收稿日期:2005-02-17 本文编辑:王玉蔓)

• 短篇报道 •

胫骨平台骨折 45 例治疗体会

张耘, 苏攀

(洛阳正骨医院骨科, 河南 洛阳 471002)

2001 年 3 月-2004 年 5 月,我院采用胫骨外侧支持钢板固定治疗胫骨平台骨折 45 例,疗效可靠,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 45 例,男 29 例,女 16 例;年龄 19~61 岁,平均 34.2 岁。交通事故伤 30 例,坠落伤 9 例,重物砸伤 6 例。按 Schatzker 分类均为 IV 型骨折。受伤至入院时间 8 h~6 d,均为新鲜闭合性骨折。14 例合并侧副韧带损伤,7 例合并交叉韧带损伤,11 例合并半月板损伤。

2 治疗方法

2.1 术前处理 术前抬高患肢,用抗生素及利水消肿药 5~6 d,患肢局部中药外敷以利于消肿及减轻患肢疼痛。术前常规予 CT 及 MRI 检查,了解骨折移位及软组织损伤情况。

2.2 手术方法 膝关节前正中入路,切口从髌骨上极 3 cm 处起向下通过髌骨正中线,至胫骨结节处,必要时可沿胫骨嵴向下延伸,将皮肤和皮下组织一起翻起,以免皮瓣坏死。切开关节囊,清除膝关节内血肿及碎骨片,检查半月板、前后交叉韧带。半月板破裂或撕裂严重者予以切除,否则应尽量保留。切开连在半月板上的冠状韧带,翻起半月板,显露塌陷的关节面,翻开骨折块。在塌陷的骨块下面插入骨凿,轻轻撬起塌陷的关节面,将其完全复位,用 $\phi 2.0$ mm 克氏针临时固定。测量骨缺损的大小,取髌骨或用同种异体骨植入骨缺损处。选择合适支持钢板安放在胫骨外踝前外侧,术中透视或拍片见骨折复位固定情况良好后,用可吸收缝线缝合冠状韧带,修复损伤的半月板、交叉韧带、侧副韧带。置负压引流,加压包扎。

2.3 术后处理 术后常规抗感染治疗 7 d,对膝关节肿胀明显者使用脱水消肿药物,术后第 3 天开始进行股四头肌收缩及足趾、踝关节的活动。术后 2 周拆线,对内固定牢固者,使用 CPM 机行患肢关节的被动活动,术后 4 周扶拐不负重下地,骨折骨性愈合后逐渐负重。配合内服中药,2 周

内以活血化瘀、消肿止痛为主,2 周后服用养血止痛、补肾壮骨中药。

3 治疗结果

本组 45 例术后均获得随访,随访时间 6~18 个月,平均 9.5 个月,均获得骨性愈合。根据膝关节功能,活动范围,疼痛程度,行走步态以及膝关节的稳定程度,采用 Merchant 等 [Merchant TC, Dietz FR. J Bone Joint Surg (Am), 1989, 71(4): 599] 标准综合评分,优良 39 例,中 6 例。

4 讨论

胫骨平台骨折损伤机制复杂,每例均有其特殊性,处理上应具体分析。局部软组织条件应是作为手术时机的选择依据,一般应在伤后 1 个月左右,软组织得到良好修复后方行手术治疗。手术采用前正中入路,暴露好,损伤小。但因膝前软组织少,皮瓣易坏死,因而术中不做游离皮瓣,直接从骨膜下剥离,可减少对皮瓣的损伤。本病伴有软骨下骨质压缩,复位时将软骨与其下的骨质一同上抬至关节平面,解剖复位是手术的关键,植骨采用自体髌骨松质骨或同种异体骨填充,尽量填实。对术前明确检查到的半月板、韧带的损伤及术中探查发现的韧带、半月板损伤应尽量修补,以达到稳定关节的作用。因半月板覆盖大部分负重区,除严重的半月板损伤因修复困难予以切除外,半月板应尽量保留。虽然胫骨外侧支持钢板适合胫骨表面轮廓外形,使用胫骨外侧支持钢板的塑形极为重要,在手术时要充分重视。术后患者早期进行患肢无活动的肌肉收缩锻炼,以促进下肢静脉回流及早日恢复肌力,有利于术后早期功能锻炼。我们在术后 2 周开始行 CPM 机锻炼,要求在伸膝位至屈膝 60° 位间缓慢活动,待 4~6 周后软组织修复后,再逐渐加大活动范围。负重则要求至骨折骨性愈合后,以免造成关节面的再塌陷。

(收稿日期:2005-01-14 本文编辑:李为农)