

手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治治疗 手部大面积缺损的临床效果分析

黄建友

【摘要】目的 探究手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治治疗手部大面积缺损的临床效果。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月我院收治的 96 例手部大面积损伤的患者,采用随机数表法将其分为观察组和对照组各 48 例。对照组采用常规处理方法治疗,观察组采用急诊处理结合皮瓣修复法治治疗。治疗后 3 个月,观察两组患者的手部恢复情况,对两组患者术后手部血液流通度进行分析,比较两组患者的治疗满意率。**结果** 观察组患者的手部恢复率(95.83%)高于对照组(75.0%),差异有统计学意义($\chi^2 = 6.2857, P = 0.0122$);观察组患者术后手部血液流通优良率(79.17%)显著高于对照组(52.08%),差异有统计学意义($\chi^2 = 3.8502, P = 0.0497$);观察组患者术后的满意率(93.75%)明显高于对照组(72.92%),差异有统计学意义($\chi^2 = 5.4002, P = 0.0201$)。**结论** 手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治治疗手部大面积损伤的效果良好。

【关键词】手外伤;手部大面积缺损;急诊处理;皮瓣修复法

doi:10.3969/j.issn.1004-5511.2019.04.028

【中图分类号】R274.31

【文献标识码】A

【文章编号】1004-5511(2019)04-0433-03

随着工业化进程的不断加快,手外伤的发生率也逐年升高,近年来已成为外科常见疾病^[1]。手部受到严重创伤时,往往会导致手部组织的大面积缺损,对患者的神经、血管、骨关节及肌腱组织造成严重影响,造成较大的痛苦^[2]。临床上对于手部大面积缺损的患者,通常采用手外伤急诊的方式进行处理,但因患者对术后的恢复程度要求较高,而急诊处理的效果往往不能达到患者理想的程度^[3]。因此,手部大面积缺损一直是手外科医学的研究重点,对手外伤患者的治疗,不仅要保证患者手部功能得到恢复,还不能对手部外形造成较大的影响。我院采用手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治治疗手部大面积缺损的患者进行治疗,其效果显著,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2017 年 1 月~2018 年 1 月在我院就诊的手部大面积缺损患者 96 例,将其随机分为观察组和对照组各 48 例。观察组中男 27 例,女 21 例,年龄 1.2~18(6.24±2.47)岁,其中绞挫伤 13 例,切割伤 10 例,撕裂伤 9 例,压扎伤 16 例;对照组中男 25 例,女 23 例,年龄 1.1~18(6.63±3.25)岁,其中绞挫伤 15 例,切割伤 9 例,撕裂伤 6 例,压扎伤 18 例。两组患者年龄,性别和患病类型等基础资料的差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规处理方法进行治疗。①

清创处理。先用无菌肥皂水冲洗创伤部位,随后使用生理盐水、聚维酮碘溶液(广东恒健制药有限公司,国药准字 H44023924,0.5:100)、过氧化氢溶液(广东恒健制药有限公司,国药准字 H44023919,3:100)对患者伤口进行彻底清创;②异物清除。完成清创处理后行异物清除操作,将伤口周围已坏死的组织或伤口中的异物清除,检查是否清除彻底;③并发症处理。对发生肌腱损伤的患者进行肌腱修复,对出现手骨折的进行固定处理。

观察组采用急诊处理结合皮瓣修复法治进行治疗。

①麻醉。对完成常规急诊处理的患者进行麻醉,彻底清除创口周围的失活组织,并且进行严格的创口止血操作。②皮瓣移植。对手指中近节部位缺损合并指骨外露的患者,采用掌背部动脉逆行岛状皮瓣或临指固有动脉岛状皮瓣进行移植;对指端发生缺损合并指骨外露的患者,其创口面积 $\geq 3.2 \text{ cm}^2$ 时,采用手掌侧推进皮瓣,鱼际皮瓣和交臂皮瓣或临指皮瓣进行移植;对手掌或手背部发生缺损的患者,采用腹部带蒂皮瓣或前臂岛状逆行皮瓣进行移植;对拇指指腹或指背部发生皮肤缺损的患者,采用带桡神经浅支示指背部逆行岛状的皮瓣进行移植,此皮瓣带有桡神经,皮瓣移植后有感觉,能够最大程度上恢复拇指的功能;对于发生大面积皮肤撕脱的患者,可采用将撕脱部位的皮肤修剪成全厚皮片的方式进行移植。③术后处理。术后制动,使用常规广谱抗生素预防感染;对发生肌肉或血管痉挛的患者,可采用肌肉注射罂粟碱,对出现微循环不良,血容量减少或血栓的患者,可采用静

脉滴注低分子右旋糖酐氨基酸,200 ml/次,1 次/d。

1.3 观察指标 观察两组患者的手部恢复情况,对两组患者术后的手部血液流通度进行分析,比较两组患者的治疗满意率。患者的手部恢复情况根据《中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准》^[4]中的相关规定将其分为有效、显效、无效;恢复率 = (有效例数 + 显效例数) / 患者总例数 × 100%。血液流通情况分为优秀、良好、一般和较差;优良率 = (优秀例数 + 良好例数) / 患者总例数 × 100%。采用调查问卷的方法对患者的治疗满意度进行评价,根据患者实际

情况将其分为满意、一般和不满意;满意率 = (满意例数 + 一般例数) / 患者总例数 × 100%。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS 18.0 软件,计数资料采用 $n(\%)$ 表示,比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手部恢复情况比较 见表 1。

2.2 两组患者术后手部血液流通度比较 见表 2。

2.3 两组患者的治疗满意度比较 见表 3。

表 1 两组患者的手部恢复情况比较/ $n(\%)$

组别	病例数	有效	显效	无效	恢复率
观察组	48	21(43.75)	25(52.08)	2(4.17)	46(95.83)
对照组	48	17(35.41)	19(39.58)	12(25.0)	36(75.0)
χ^2 值					6.2857
P 值					0.0122

表 2 两组患者术后手部血液流通度比较/ $n(\%)$

组别	病例数	优秀	良好	一般	较差	优良率
观察组	48	18(37.50)	20(41.67)	7(14.58)	3(6.25)	38(79.17)
对照组	48	12(25.0)	13(27.08)	9(18.75)	14(29.17)	25(52.08)
χ^2 值						3.8502
P 值						0.0497

表 3 两组患者的治疗满意度比较/ $n(\%)$

组别	病例数	满意	一般	不满意	满意率
观察组	48	21(43.75)	24(50.0)	3(6.25)	45(93.75)
对照组	48	16(33.33)	19(39.58)	13(27.08)	35(72.92)
χ^2 值					5.4002
P 值					0.0201

3 讨论

手部组织结构复杂且缺少肌肉和脂肪等的保护,一旦出现手部大面积缺损等状况时,不仅会对患者的手部皮肤及功能造成影响,还会对手部的血管、神经及骨关节等造成严重损害。临床上一般采取常规治疗方法治疗手外伤,但治疗效果与患者的期望有差距。周围等^[5]的研究显示,手外伤常规处理的方法虽然操作简单,但术后恢复较慢,创口极易发生感染,且术后患者的手部功能不能得到较好的恢复。

研究显示,皮瓣移植的方法不仅能大幅提高手部大面积缺损患者的治疗成功率,还能促进患者手部功能的快速恢复,减少患者的痛苦^[6,7]。本次研究中,采

用急诊处理结合皮瓣修复术的手部大面积缺损的患者,术后手部功能恢复率明显高于常规处理的患者。皮瓣移植方法在处理过程中能对创口进行更为彻底的清创,且皮瓣移植后有效封闭创面,减少术后感染和继发性大出血等的发生。皮瓣移植后,存活的皮瓣不会发生皮肤皱缩,抑制了坏死组织对相邻增长组织的损害,减少了肌腱粘连情况的发生,这对患者手部功能的恢复和手部外形的修复具有积极的意义。

手部功能复杂且神经血管较多,稍有不慎就会对手部的正常功能造成影响。连永丽^[8]等的研究显示,手外伤的常规急诊处理方法虽然移植的皮肤容易成活,但不能对创口进行有效的清理,且植皮后皮片容

易发生痉挛和微循环不畅等情况,从而影响患者手部血液流通,引起患者的手功能障碍。本次研究中,采用急诊结合皮瓣修复法的患者手部血液流通的优良率显著高于采用常规治疗的患者,说明急诊结合皮瓣修复法在手术过程中可尽可能保护患者手部正常的组织结构。

综上所述,手外伤急诊处理结合皮瓣修复法能有效促进患者手部功能的恢复,减少术后恢复阶段因清创不彻底等造成的继发性感染等不良情况的发生,提高患者的康复速度和患者满意度。

参考文献

- 1 陈守平. 外伤住院患者 5302 例的临床特征分析[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(9): 1524-1527.
- 2 叶林繁, 陈倩盈, 冒荣荣. 深圳市西部地区手外伤特征及相关因素分析[J]. 职业卫生与应急救援, 2016, 34(5): 359-361.

- 3 安波. 急诊手外伤甲床缺损多种修复方法的个性化选择[J]. 中国医药指南, 2017, 15(7): 116-117
- 4 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[J]. 中华手外科杂志, 2000, 3: 4-9.
- 5 周围, 宋朝晖, 杨春来, 等. 248 例急性手外伤患者术后康复影响因素调查[J]. 中国骨科临床与基础研究杂志, 2016, 8(5): 293-297.
- 6 段家章, 何晓清, 徐永清. 股前外侧皮瓣血管解剖学及术前皮瓣设计技术研究进展[J]. 中国修复重建外科杂志, 2016, 30(7): 909-914.
- 7 叶曙明, 滕晓峰, 陈宏, 等. 游离上臂外侧分叶皮瓣修复手部多创面皮肤缺损的临床应用[J]. 中国修复重建外科杂志, 2016, 30(4): 444-446.
- 8 连永丽, 刘丽君. 1100 例手外伤住院病例的现状分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(22): 67-68.

(收稿日期: 2019-02-02)

(上接第 432 页)

的切割力, 减少螺钉穿出股骨头的情况发生^[7,8]。经多枚松质骨螺钉拧入钢板近端, 能使股骨近端的稳定性提高, 其不依赖骨表面与钢板的压力, 且两者之间有间隙, 有限切开可减少骨膜剥离, 最大限度保留骨折端的血供, 促进患者恢复。邵锋等^[9]研究显示, PFNA 内固定与股骨近端解剖型锁定钢板相比具有手术创伤小、术中出血量少、手术时间短、并发症少、术后康复快等优点。本研究结果显示, A 组术中出血量、术后引流量、并发症总发生率低于 B 组, 手术用时、切口长度、下床活动时间、住院时间均短于 B 组, 且两组髋关节功能恢复优良率无明显差异, 与上述研究相似。提示股骨近端解剖型锁定钢板与 PFNA 均是治疗不稳定型股骨转子间骨折的有效方式, 但 PFNA 具有创伤小、恢复快、并发症少等优势。PFNA 生物力学特性与生物负重力线相似, 可承担多数股骨近端的负荷, 减少股骨距区压应力, 且力臂内移, 可减轻钉棒结合处应力^[10]。PFNA 头钉为直径螺旋刀片, 经自旋方式填压骨质, 保留骨量, 无需去除骨质与软组织, 组织损伤小, 可减少术中出血量。同时, PFNA 属于自锁加压设计, 可控制刀片与股骨头选择, 复位骨折间隙, 利于降低骨折畸形愈合和不愈合风险。

综上所述, 股骨近端解剖型锁定钢板与 PFNA 均是治疗不稳定型股骨转子间骨折的有效方式, 与前者相比, PFNA 具有创伤小、恢复快、并发症少等优势, 且手术操作简单, 视患者情况可将其作为首选治疗方式。

参考文献

- 1 郭涛, 张亚奎, 张星火, 等. 股骨近端防旋髓内钉与股骨近端解剖型锁定钢板治疗股骨粗隆间骨折的生物力学研究[J]. 河北医学, 2016, 22(1): 10-13.
- 2 倪志强. 股骨近端解剖型锁定钢板与股骨近端螺旋刀片抗旋髓内钉治疗股骨粗隆间骨折的疗效对比[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(5): 86-88.
- 3 冯建武, 王雨, 王志平. PFNA 与解剖型锁定钢板内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效对比分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S4): 116.
- 4 高金华, 王明洋, 顾文浩, 等. 经皮撬拨复位 PFNA 内固定和股骨近端解剖锁定板内固定治疗老年不稳定股骨粗隆间骨折的疗效比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017, 32(6): 619-620.
- 5 谢逸波, 曾波, 李培浩, 等. 股骨近端防旋髓内钉和解剖型锁定钢板治疗老年股骨转子间骨折的效果比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25(10): 950-953.
- 6 马群莹, 栾彦军. 解剖型锁定钢板内固定与股骨近端防旋髓内钉治疗粗隆间骨折疗效比较研究[J]. 创伤外科杂志, 2016, 18(10): 615-617.
- 7 赵春成, 刘勇, 高浩, 等. PFNA-II 与 PFLCP 治疗高龄不稳定型股骨粗隆间骨折的效果[J]. 中国医药导报, 2016, 13(21): 107-110.
- 8 贾真, 林渊源. PFNA 与 ALP 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的临床疗效比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(6): 581-584.
- 9 邵锋, 吴俊涛, 张春旺, 等. 股骨近端解剖型锁定钢板与股骨近端抗旋髓内钉治疗老年股骨粗隆间骨折疗效比较[J]. 新乡医学院学报, 2018, 35(2): 122-124.
- 10 郭义超, 彭阿钦, 周晓哲, 等. PFNA 和 ALP 治疗老年股骨转子间骨折的中长期随访[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(13): 1430-1433.

(收稿日期: 2019-05-20)