

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2010.06.028

· 短篇报道 ·

双手9指完全离断再植成功1例

曾文超 刘毅 王洪宾 梁文勇 记林善 刘淑勇

(济宁医学院附属第一人民医院, 山东 济宁 272011)

关键词 断指; 再植术

中图分类号: R658.1 文献标志码: B 文章编号: 1000-9760(2011)03-224-02

临床资料: 我院于2010年7月18日凌晨2点收治1名21岁男工, 双手9指完全被切纸机完全切断。现场简易包扎, 1h后送入我院。查体: 患者全身情况尚好, 血压110/70mmHg, 脉搏86次/min。9指断面均不在同一水平线上, 断面不整齐, 远端指体均有挫伤, 皮下出现不同程度的瘀斑, 双手拇指及右手小指均属于末节, 断面在甲根部, 末节血管条件较差, 再植难度大(见图1)。

持在25℃左右, 双手烤灯照射保暖, 给予抗炎、抗痉挛、抗栓塞疗法治疗。对术后焦虑、疼痛的患者行镇静、止痛治疗。术后2周拆线, 术后4~8周拔克氏针, 开始主被动功能锻炼, 辅以理疗、理疗。

结果: 离断9指全部成活, 手功能评价: 优, 采用中华医学会手外科学会断指再植功能评定试用标准^[5]。术后功能见图2、3。

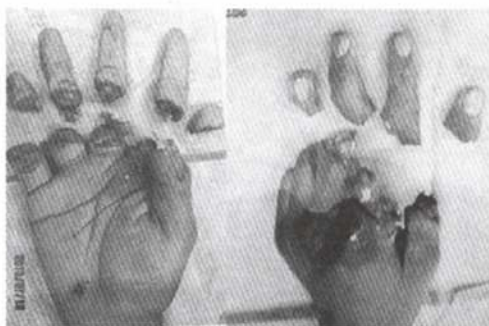


图1 双手手指离断实体照片



图2 术后2周手指成活

手术方法: 患者选择静脉全麻, 手术人员4人2组同时进行, 双侧上肢止血带交替使用, 记录好止血带止血时间^[1]。根据手指功能的重要性和损伤程度决定再植的顺序, 我们均采用同类组织同步修复的从结构到组织的再植方法^[2-4]。先固定指骨, 采用交叉克氏针固定, 然后“改良Kessler”法或“津下”法修复屈指肌腱, “8”字法修复伸指肌腱。9指均适当缩短0.6~1cm指骨后, 分别用1.0mm的克氏针斜行交叉固定, 尽量避开关节, 修复断指的血管均用尼龙线缝合。2组同时进行拇指修复左右手指各修复1条动脉2条静脉, 其余各指放到4℃冰箱内保存, 除双手拇指及右手小指吻合1条动脉2条静脉外其余各指分别修复2条动脉3条静脉。双手9指共吻合血管41条, 动脉16条, 静脉25条, 神经18条。最后右手小指重建血运, 缺血时间12h。术中出血800ml, 补液体4000ml, 尿量2500ml。术后9指血运较好。术中应用低分子右旋糖酐及丹参静脉滴注。

术后处理: 术后1周内患者绝对卧床休息, 病房温度保



图3 术后2个月功能恢复情况

讨论:9 指完全离断的指体少见,再植手指完全成活是手术成功的第一步,再植成活以后不但功能恢复良好而且外表的美观程度也是目前显微外科追求的目标之一。骨折固定选择常规的克氏针固定,创伤小、时间快、花费小。肌腱的修复:由于远端指体指骨短缩,适当调整好屈伸肌腱的张力。对每个断指争取吻合两条动脉,尽可能多吻合静脉血管,对于成活相当重要。

双手离断指体首先分清左右和指别,也可根据指体大小、离断平面、远近断端创缘对合程度等来判断;部分人群的示环小指有一定的靠向中指的生理弯曲。

双手多指离断再植术时间长,难度大,宜分多组同时手术,缩短手术时间,减少了离断指体缺血时间;减少近端肢体因止血带引起的缺血时间;减少创口暴露时间;减少术中出血;减少麻醉剂的用量。降低了术中意外、术后创口感染和血管危象的发生率。

术前的补液非常重要。晶体常用生理盐水和葡萄糖,胶体液一般为血浆,晶体和胶体的比例为 2:1,二者可以同时输入。这样一来,吻合血管内有充足的灌注压,且血管不易发生痉挛,所以,保证充足的血容量。低分子氨基酸

既可以扩容,又可以防止血小板的聚集。

术后护理也极为重要,增强护理的责任心,细心观察病情动态,出现血管危象及时告知医生并处理血管危象。

术后 4 至 6 周拔除克氏针,然后进行系统功能训练,这对于断指功能的恢复非常重要^[5]。

参考文献:

- [1] 程国良. 特殊类型断指再植回顾与展望[J]. 中华显微外科杂志,2000,23:19-20.
- [2] 顾玉东,王澍寰,侍德. 手外科学[J]. 3 版. 2002,12:623-628.
- [3] 朱立军,裴国献. 介绍一种同时再植多个断指的方法[J]. 中国现代手术学杂志,2001,5(3):223.
- [4] 宋海涛,田万成,卢全中,等. 多手指多节段离断再植[J]. 中国创伤骨科杂志,2003,5(1):41-44.
- [5] 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,2000,16:130-135.

(收稿日期 2011-05-30)

(上接第 215 页)

- [11] Nix CM, Harmon DC. Avoiding intravascular injection during ultrasound-guided stellate ganglion block[J]. Anaesthesia, 2011,66(2):134-5.
- [12] Mulvaney SW, McLean B, de Leeuw J. The use of stellate ganglion block in the treatment of panic/anxiety symptoms with combat-related post-traumatic stress disorder: preliminary results of long-term follow-up: a case series[J]. Pain Pract, 2010,10(4):359-65.
- [13] Salvaggio I, Adducci E, Dell'Aquila L, et al. Facial pain: a possible therapy with stellate ganglion block[J]. Pain Med, 2008,9(7):958-62.
- [14] Yucel I, Demiran Y, Ozturan K, et al. Complex regional pain syndrome type I: efficacy of stellate ganglion blockade[J]. J Orthop Traumatol, 2009,10(4):179-83.

- [15] Uchida K, Tateda T, Hino H. Novel mechanism of action hypothesized for stellate ganglion block related to melatonin[J]. Med Hypotheses, 2002,59(4):446-9.
- [16] 谭陆军,肖礼祖. 星状神经节阻滞术不良反应的临床分析[J]. 中国厂矿医学, 2006,19(2):133-134.
- [17] Jadon A. Locked-in syndrome after stellate ganglion block[J]. Indian J Anaesth, 2010,54(5):480.
- [18] Nascimento MS, Klamt JG, Prado WA. Intravenous regional block is similar to sympathetic ganglion block for pain management in patients with complex regional pain syndrome type I[J]. Braz J Med Biol Res, 2010,43(12):1239-44.
- [19] Taneyama C, Goto H. Fractal cardiovascular dynamics and baroreflex sensitivity after stellate ganglion block[J]. Anesth Analg, 2009,109(4):1335-40.

(收稿日期 2011-04-23)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊对来稿中表、图的要求

来稿中的表、图均须置于正文中,切勿单独放于文后。每幅表、图应有言简意赅的题目。

统计表格一律采用“三线表”格式,不用纵线、斜线。要合理安排纵表的横标目,并将数据的含义表达清楚;若有合计或统计学处理行(如 F 值、 P 值等),则在该行上面加一条分界横线;表内数据要求同一指标保留的小数位数相同。

图片应清晰,不宜过大。图的宽×高为 7cm×5cm,最大宽度半栏图不超过 7.5cm,通栏图不超过 17.0cm,高与宽的比例应掌握在 5:7 左右。

本刊编辑部