

# 游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服 治疗手部皮肤软组织缺损

张宁<sup>1</sup>, 贺椿媛<sup>2</sup>, 宿晓雷<sup>1</sup>, 刘妍<sup>1</sup>, 赵建勇<sup>1</sup>

(1. 河北省沧州中西医结合医院, 河北 沧州 061001;

2. 河北省沧州医学高等专科学校, 河北 沧州 061001)

**摘要** 目的:观察游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损的临床疗效及安全性。方法:2011 年 6 月至 2017 年 6 月,采用游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损患者 30 例。男 25 例,女 5 例。年龄 21~52 岁,中位数 36 岁。左手 9 例,右手 21 例。拇指 17 例,示指 9 例,中指 2 例,环指 2 例。皮肤软组织缺损面积 1 cm×2 cm 至 3 cm×6 cm。术后 1 d 开始口服当归四逆汤,每日 1 剂,连续服用 1 周。观察皮瓣成活、供区创面愈合及并发症发生情况,采用中华医学会手外科学会断指再植功能评定试用标准中血液循环状态评价标准评定疗效。结果:所有患者皮瓣均成活,供区创面均愈合。均未出现皮瓣感染、坏死等并发症。术后 2 周评价疗效,优 24 例、良 5 例、可 1 例。结论:游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损,皮瓣成活率高、供区创面愈合好、疗效确切、并发症少,值得临床推广应用。

**关键词** 手损伤;软组织损伤;游离组织瓣;当归四逆汤

手部皮肤软组织缺损是手外科常见病之一,多急诊清洁创面后或待病情稳定后采用皮瓣移植术治疗<sup>[1]</sup>。皮瓣移植术虽然应用广泛,但对术者的操作要求较高,且术后容易出现感染、血栓及血管痉挛等并发症,不利于皮瓣成活<sup>[2-3]</sup>。因此,如何提高移植皮瓣的成活率是手部皮肤软组织缺损的治疗关键。2011 年 6 月至 2017 年 6 月,我们采用游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损患者 30 例,并对其临床疗效及安全性进行了观察,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 30 例,男 25 例、女 5 例。年龄 21~52 岁,中位数 36 岁。均为河北省沧州中西医结合医院的住院患者。左手 9 例,右手 21 例。拇指 17 例,示指 9 例,中指 2 例,环指 2 例。合并拇指远节指骨骨折 1 例。皮肤软组织缺损面积 1 cm×2 cm 至 3 cm×6 cm。皮肤软组织缺损原因:压砸伤 23 例,切割伤 7 例。均符合《中医病证诊断疗效标准》中四肢挤压伤气血亏虚证的诊断标准<sup>[4]</sup>。

## 2 方法

**2.1 治疗方法** 均急诊清洁创面,局部采用 VSD 敷料或人工皮膜包裹,7 d 后采用游离皮瓣移植联合当

归四逆汤口服治疗。

**2.1.1 游离皮瓣移植** 采用臂丛神经阻滞麻醉和腰硬联合阻滞麻醉,患者取平卧位。彻底清除创面坏死组织,显露新鲜肉芽组织,用生理盐水冲洗创面,探查创面,测量皮肤软组织缺损面积,并显露主要血管或神经。于下肢或足部切取较创面略大的游离皮瓣,注意谨慎操作,在良好切取皮瓣的同时避免影响供区功能。将游离皮瓣置于手部创面,先简单缝合固定,然后将血管截取至合适长度,再于显微镜下吻合血管及神经。检查确定皮瓣血液循环良好后,缝合皮瓣。下肢或足部供区创面,直接缝合或用中厚皮片修复。术后常规进行抗感染、抗凝及抗血管痉挛治疗,并用烤灯照射皮瓣。根据患者恢复情况,术后 10 d 停止烤灯照射,开始下地活动。

**2.1.2 当归四逆汤口服** 术后 1 d 开始口服当归四逆汤,药物组成:当归 12 g,桂枝 9 g,白芍 9 g,细辛 3 g,通草 6 g,炙甘草 6 g,大枣 12 g。每日 1 剂,水煎分 2 次温服,连续服用 1 周。

**2.2 疗效及安全性评价方法** 观察皮瓣成活、供区创面愈合及并发症发生情况。采用中华医学会手外科学会断指再植功能评定试用标准中血液循环状态评价标准<sup>[5]</sup>评定疗效:皮肤色泽、温度正常,不需要特殊保护为优;皮肤色泽稍差、温度略低,怕冷为良;皮肤苍白或发绀,温度明显降低,特别怕冷为可;皮肤灰暗或发绀,冷天不敢外露为差。

基金项目:河北省中医药管理局中医药类科研计划项目(2017138)

通讯作者:张宁 E-mail:junezn007@163.com

### 3 结果

所有患者皮瓣均成活,供区创面均愈合。均未出现皮瓣感染、坏死等并发症。术后 2 周按照上述疗效标准评价疗效,优 24 例、良 5 例、可 1 例。典型病例图片见图 1。

### 4 讨论

随着显微外科技术的发展,游离皮瓣移植术的应用范围逐渐广泛,临床常用于治疗手部皮肤软组织缺损。游离皮瓣供区范围广,血供丰富,可按照手部创面形状灵活制备,有助于恢复手部功能及外观;而且多数游离皮瓣以动脉穿支血管为蒂,不损伤供区主干血管,可避免影响供区外观及功能。游离皮瓣移植术的手术操作要求较高,术中需要良好吻合血管,操作不当容易造成皮瓣缺血坏死,可加重患者的负担。游离皮瓣移植术后患者需要卧床休息,因此血液多处于高凝状态,血管吻合口容易出现血栓栓塞;术后疼痛可引起血管痉挛,容易导致皮瓣坏死;感染也是导致皮瓣坏死的重要原因之一;因此术后应常规进行抗凝、抗血管痉挛及抗感染治疗,提高皮瓣的成活率<sup>[6-9]</sup>。

《正体类要》载有:“肢体损于外,气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和”。患者手部遭受创伤后,

筋骨离断,经脉受损,血不循经而溢于脉外;长时间卧床休息,可出现瘀血内阻,新血不生;加之手部外露,容易遭受寒邪侵袭,最终可形成血虚寒凝血瘀证<sup>[10-12]</sup>。当归四逆汤来源于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》,主要用于治疗“手足厥寒,脉细欲绝”的血虚寒厥证<sup>[13]</sup>。方中当归苦辛甘温,补血和血;桂枝辛温,温经通脉;细辛温经散寒,可助桂枝温通血脉;白芍养血和营,可助当归补益营血;通草通利血脉,可助血行;大枣、炙甘草,益气健脾养血。该方温阳与散寒并用,养血与通脉兼施,具有温而不燥、补而不滞的特点<sup>[14]</sup>。现代药理研究表明,当归四逆汤具有扩张血管、降低血液黏度的作用<sup>[15-16]</sup>。当归四逆汤还具有镇痛作用,可以防止血管痉挛<sup>[17-18]</sup>。

本组患者治疗结果显示,游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损,皮瓣成活率高、供区创面愈合好、疗效确切、并发症少,值得临床推广应用。

### 5 参考文献

[1] 王澎寰. 手外科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1999:179.

[2] 范启申. 皮瓣移植在手外科应用的经验总结[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16(2):114-116.



图 1 游离皮瓣移植联合当归四逆汤口服治疗手部皮肤软组织缺损图片

(1)术前左手拇指皮肤软组织缺损合并远节指骨骨折;(2)术中根据手部皮肤软组织缺损情况于左足踮趾切取合适形状的皮肤瓣;(3)术后即刻患指外观;(4)术后 2 周患指外观

(下转第 69 页)

(上接第 66 页)

- [3] 高娜,赵建勇,宿晓雷.邻指皮瓣转移静脉重建结合中药治疗断指再植术后静脉危象 8 例[J].河北中医,2010,32(8):1183-1184.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:209.
- [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(3):130-135.
- [6] 石宁宁,程春生,查朱青,等.红花注射液防治游离皮瓣移植术后血管危象的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2011,31(10):1322-1327.
- [7] 林浩,王祝民,侯海涛,等.冬眠疗法在自残性断指再植中的应用[J].滨州医学院学报,2001,24(5):460-461.
- [8] 孙迎放,杜振翠,杨金章,等.断指再植术后局部镇痛、抗痉挛的临床应用[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(11):1315-1316.
- [9] 余丽华,罗红,李世民.心理干预对降低断指再植术血管危象产生的效应[J].右江医学,2006,34(2):221-222.
- [10] 汪玉梅,林晓冰,张翠仙,等.当归四逆汤的方证特征及其临床应用思考[J].中医药临床杂志,2018,30(5):843-845.
- [11] 王永贞,黄蔚,张维.从黄祥武应用当归四逆汤临床经验探讨其应用适应证[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(7):980-983.
- [12] 徐樱,梁仁峥,赵晓君,等.徐书活用当归四逆汤临床经验[J].四川中医,2018,37(1):169-171.
- [13] 季晓洁,曹敏,华文进.当归四逆汤临床治验[J].上海中医药杂志,2018,53(1):28-30.
- [14] 郑华,苏志恒.当归四逆汤的药理作用和临床应用研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(1):40-41.
- [15] 张雅丽,谢连生,贺明.加味当归四逆汤对高粘滞血症影响的实验研究[J].贵州医药,2001,25(12):1132-1133.
- [16] 谢帆.当归四逆汤临床应用研究[J].中医药临床杂志,2015,27(12):1768-1770.
- [17] 齐峰,赵舒,崔健美,等.当归四逆汤对原发性痛经模型大鼠的影响[J].江西中医药,2012,43(7):63-65.
- [18] 阮叶萍,金铭.当归四逆汤镇痛作用实验研究[J].浙江中医药大学学报,2012,36(10):1108-1111.

(收稿日期:2018-07-11 本文编辑:郭毅曼)