

MEBO 治疗手指末节损伤的临床体会

周万忠, 张华志, 董 凯, 郭世杰

【摘要】 目的: 探索保留清创及创面应用湿润烧伤膏治疗手指末节损伤的临床经验。方法: 本组 38 例病人全部应用早期轻柔清创、保留手指皮肤、骨和手指长度、局部应用湿润烧伤膏换药治疗。结果: 本组病例应用此方法治疗, 局部无感染, 痊愈后患指缩短不明显, 无明显功能障碍。结论: 手指末节保留清创及创面应用湿润烧伤膏外涂的方法可促进患指的愈合及局部再生。

【关键词】 手指末节损伤; MEBO; 治疗

【中图分类号】 R658.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1001-0726 (2005) 01-0046-02

Clinical experience in treating finger last knuckle injury with MEBO ZHOU Wan-zhong⁽¹⁾, ZHANG Hua-zhi⁽¹⁾, DONG Kai⁽²⁾, et al., 1. People's Hospital, Rong-cheng City, Shandong Province, 264300, China; 2. Affiliated Hospital, Tai-shan Medical College, 264300, China

【Abstract】 **Objective:** To sum up the experience in treating finger last knuckle injury with MEBO. **Method:** 38 cases of this disease were treated at early stage with gentle debridement. The finger skin, bone and finger length were preserved. MEBO was applied locally. **Result:** All the patients were cured. No local infection happened. The contraction of finger was not obvious after healing. No significant dysfunction happened. **Conclusion:** Local application of MEBO in association with debridement can promote regeneration and healing of the wounded finger.

【Key Words】 Finger last knuckle injury; MEBO; treatment

手外伤特别是手指末节、指端损伤较常见, 小儿手指末节损伤在手外伤中尤为常见, 因损伤远端组织的短小血管吻合治疗效果较差, 传统的治疗方法^[1]多采用清创时缩短伤指残端直接缝合创面。该方法可不同程度缩短伤指影响手指功能。我院自 1993 年始采用湿润烧伤膏 (MEBO) 中西医结合的方法治疗, 在清创治疗中尽量保留伤指长度及直接缝合再植外涂 MEBO 治疗, 使其局部自然再生修复创面。观察体会如下:

一、临床资料

- 1. 一般资料:** 本组病例 38 例, 男 21 例, 女 17 例, 年龄 2~65 岁, 平均 38.5 岁。
- 2. 手指外伤原因:** 切割伤 12 例; 爆炸伤 7 例; 兔咬伤 3 例; 撕脱伤 3 例; 挤压伤 8 例; 绞伤 3 例; 犬咬伤 2 例。
- 3. 损伤部位程度:** 拇指、中指指端缺如 6 例; 食指指端缺如 6 例; 小指指端缺如 3 例; 食指、中

指指端缺如 6 例; 多 (2 指以上) 指末节完全断离伴末节指骨骨折 9 例 (共 16 指); 多指末节不完全断离 6 例 (共 19 指); 末节指缺如及伴有多发指损伤 2 例。

二、治疗方法与结果

1. 早期轻柔彻底清创: 争取时间早期清创是成功的基础, 本组病例均在伤后 8 小时内清创, 患指创面清创前在采用指组织麻醉下, 如多指损伤可采用臂丛麻醉, 伤口及断离指端周围用棉球沾肥皂水刷洗后用水冲洗, 生理盐水冲洗, 冲洗伤口时应彻底、轻柔顺方向按层次冲洗用活力碘消毒。

2. 保留皮肤、骨和手指长度: 清创时尽量保留皮肤, 对断面仅存留少许皮肤及近似完全断离创面残存的少许皮肤也应保留, 必要时用注射器注水冲洗。对挫伤的皮缘也不应随意剪除, 对暴露的骨折断面的污物较难清除时可用棉球、纱布擦拭或手术刀刮除污物, 切忌剪除指骨, 残端可用各种皮瓣

修复。对指软组织挫伤、撕脱伤及指端损伤后远端缺如的无法修复的指骨外露，也切忌用西医传统清创方法咬除污染骨质缝合封闭创面，可清创后创面不缝合，外涂湿润烧伤膏治疗。对骨折、脱位外固定困难时，可用细克氏针或注射针头插入固定指端或竹板外固定。

3. 患指再植：对断指有再植条件的伤指应尽量再植，多数伤指因手指远端组织短小无法再植，特别是儿童指端断离无法行再植的简单清创后，将两断端创面用细丝线松松缝合 2~3 针（切忌缝合严密影响血液循环），然后创面周围外涂湿润烧伤膏松松包扎。

4. 换药：术后 24 小时~48 小时内密切观察指端血液循环，如指端皮肤颜色变灰暗，针扎无血液流出表示指端未成活，应去掉缝合的指端组织，创面外涂 MEBO 厚约 3mm~5mm 至创缘，然后纱布包扎，每 24 小时~48 小时局部换药一次，换药时去掉纱布，创面新鲜可用上述方法换药包扎，创面如有分泌物较多可用压舌板（竹板也可）去掉分泌物，继续外涂湿润烧伤膏包扎。如为夏季或多指损伤可采用 MEBO 湿性医疗技术暴露方法涂药治疗，对于手指外伤远端缺如：手指残端创面清创后可直接外涂 MEBO，根据季节、手指损伤数量、程度采用 MEBO 暴露疗法或包扎疗法治疗，对于指端破碎组织包扎时可稍加压力以保持指端末节形状涂药治疗。

5. 全身治疗：伤后应用破伤风抗毒素 1500^u 肌注，伤后污染严重或超过 12 小时注射 3000^u。术后抗生素的应用一般选用青霉素或洁霉素肌注，此药对儿童没有耳蜗毒性，可透骨质屏障防治感染。

6. 结果：本组病例应用此方法治疗，局部无明显感染，直接缝合指端共 16 例，病人 17 指均成活，缺如的指端再生修复后均康复治愈，痊愈后患指缩短不明显，无明显功能障碍，部分病人指甲可再生。

三、讨论

手指外伤指端断离缺如较常见，传统治疗方法彻底清创剪除坏死及挫碎组织，咬除末节指骨后将末节直接缝合封闭创面，此法可长短不同缩短患指而引起功能障碍。应用 MEBO 中西医结合的方法治疗局部轻柔保留清创，做到了清创时不损伤组织，创面外涂美宝湿润烧伤膏治疗，发挥了湿润烧伤膏

的止痛、抗感染及刺激肉芽组织上皮细胞再生的功能作用^[2]。湿润烧伤膏具有较强的亲脂性，并能封闭创面，使空气中的细菌不能进入创面及能使坏死组织不断液化排出和促使振荡区组织恢复等作用。著作述^[3]：湿性医疗技术是一种顺应生命规律的全新的治疗技术方法，通过湿性环境使残端的肌肉组织、神经组织、上皮组织再生修复创面及缺失指端恢复手指功能。文献^[4]述湿性医疗技术的核心是利用湿润烧伤膏在创面上形成的生理湿润环境，保护创面不再罹患新的损伤，同时无损伤性的排出液化坏死组织，以原位干细胞培植再生修复技术达到创面“祛腐生肌”，使局部软组织及皮肤生理性再生修复。文献^[5]报告了采用直接缝合治疗的 11 例儿童。本组病例成人指端越小成活率越高。本组病人采用此法治疗，患指缩短不明显，无功能障碍。此方法还可完全消除用传统方法创面包扎换药时揭除创面敷料时引起的撕裂痛，并有促进愈合缩短病程等优点。

对于指端断离直接缝合后指端没有成活的病人，可将指远端没有成活的指端去掉后，残端外涂湿润烧伤膏治疗使创面肉芽组织及上皮组织再生修复。

参考文献

- [1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学 [M]. 第 6 版, 北京: 人民卫生出版社, 2002, 1937~1943.
- [2] 徐荣祥. 烧伤湿性医疗技术蓝皮书 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000 年, 41~45.
- [3] 萧摩. 烧伤湿性医疗技术是成批烧伤病人救治中的首选疗法 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2002, 14 (3): 195.
- [4] 徐荣祥, 萧摩. 烧伤皮肤再生疗法与创面愈合的机制 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2003, (4): 253-261.
- [5] 刘豪, 盛永富, 张华志. 儿童手外伤保留手指长度康复治疗 (附 19 例报告) [J]. 现代康复杂志, 1997, 1 (4): 255.

【作者简介】

- 周万忠 (1970-), 男 (汉族), 山东荣成人, 1996 年毕业于山东中医药大学, 科主任, 医师。
张华志 (1953-), 男 (汉族), 山东荣成人, 1976 年毕业于青岛医学院, 院书记、副院长, 主任医师。
董凯 (1970-), 男 (汉族), 山东荣成人, 1994 年毕业于泰山医学院, 科副主任, 主治医师。

(收稿日期: 2004-10-02; 修回日期: 2004-11-02)