

临床研究 ·

微型钩刀治疗腕管综合征 12 例

Treatment of carpal tunnel syndrome with mini hook knife :A report of 12 cases

李林生 王文彪 杨素敏

LI Linsheng, WANG Wenbiao, YANG Sumin

【关键词】 外科手术； 腕管综合征 【Key words】 Surgery,operative； Carpal tunnel syndrome

我们自行设计了微型钩刀配合扩张导管在半直视下松解腕管的新方法,治疗腕管综合征 12 例,效果良好,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 12 例,男 3 例,女 9 例;年龄 28~61 岁,平均 49 岁。右手 8 例,左手 4 例。病程最短 1 年,最长 8 年,平均 3 年零 1 个月。严格按疾病的诊断标准确诊为腕管综合征,12 例均有桡侧三指半麻木、疼痛。夜间加重 9 例,握力及拇指对掌功能受限 6 例,大鱼际肌肉明显萎缩 3 例。所有患者均接受过两种以上的保守治疗,因复发或无效而主动接受这种治疗。

1.2 微型钩刀的结构 见图 1,特征是:刀刃向后,刃宽 2 mm,在刀刃的一方有扁而渐厚的刀颈,另一方有钝型的导头,以控制钩刀切割范围,刀颈根部有 15° 的夹角以利于手术操作,刀柄长 10 cm,直径 0.8 cm,表面已作滚花处理,便于握持,刀柄以螺丝和刀头连接。该刀可在槽形扩张导管内进行手术,用于大的腱鞘和腕横韧带的切开。扩张导管主要是适应刀的钩割而做的一槽形管道,带有把柄(图 2)。

2 治疗方法

进刀点为掌长肌腱的尺侧距腕横纹近端 1 cm,用 1%利多卡因含 1:1000 肾上腺素 10 ml 在定点处与皮肤呈 45° 向环指推进注入,在定点处行 10 mm 横切口,分离至深筋膜下,充分止血后,嘱患者屈指屈腕,使肌腱放松,减轻腕管压力,然后把扩张导管沿掌长肌腱插入腕管内,边插导管边让患者伸指伸腕,以利导管插入,把导管头插到腕横韧带远侧缘皮下,并且把导管摆在向尺侧倾斜 30° 的位置,微型钩刀沿扩张导管的槽进入腕管钩住腕横韧带远端,向韧带

近端钩割,如果一次钩割不完全,可以重复 2~3 次。拔出钩刀及扩张导管后,局部压迫 2~3 min,用 4-0 可吸收线皮内缝合伤口,适当加压包扎。关节制动 3 d 后,患侧手指可以作自由活动。

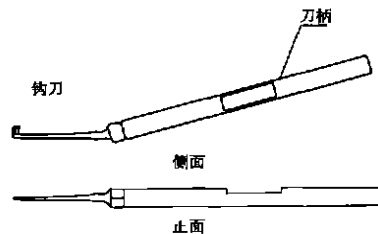


图 1 微型钩刀示意图

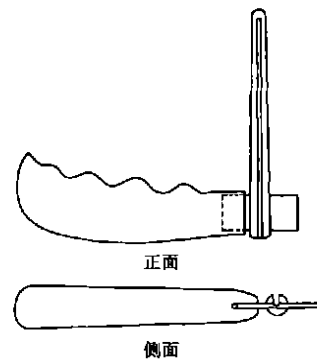


图 2 扩张导管示意图

3 结果

疗效评定标准^[1]:治愈,握力正常,正中神经支配区感觉正常,伤口愈合;好转,症状减轻,肌力、感觉大部分恢复;无效,症状、肌力、感觉无明显改善。

术后当日,12 例患者的手指麻木、疼痛均有不同程度改善。术后 4 周,握力及拇指对掌功能受限的 6 例有 5 例明显改善,12 例中 10 例症状完全消失,2 例症状改善。1 年后 3 例术前大鱼际肌肉明显萎缩者,都有明显好转,功能基本恢复正常。无一例返支、正中神经和掌浅弓损伤以及术后腕掌部瘢痕痛发生。1 年后的治愈率为 100%。

4 讨论

我们设计的这种微型钩刀配合扩张导管治疗腕管综合征的方法,不仅彻底松解了腕横韧带,克服了保守治疗疗效不稳定和容易复发的不足,也大大降低了传统大切口腕管松解术后遗留腕掌瘢痕痛的可能。钩刀在扩张导管内钩割,也避免了损伤腕管内重要组织,保证了手术过程的安全。但在操作时必须熟悉局部解剖结构,有研究表明手掌部第三指蹼与掌长肌腱尺侧缘的连线上,掌浅弓与屈肌支持带远侧缘之间存在一个能避开重要结构进入腕管的安全区域^[2],并且有在这里设计切口进行腕管松解的报道。在我们设计的手术中,充分利用这个安全区域也同样非常重要,尤其是在用钩刀寻找腕横韧带

远侧缘时,要细心体会,否则有误伤掌浅弓的危险。同时还应注意以下几点:定位准确;扩张导管及钩刀不要进入假道;注意钩刀角度;应轻柔缓慢,不要用暴力;不要向远端钩入较深,以免损伤掌浅弓;手术时稍向尺侧偏离,不能进入大鱼际与腕横韧带出口相交处,以免损伤正中神经返支;重度患者或病情复杂者(如腕管内有占位性病变),应选开放手术。

参考文献

- 1 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京:人民军医出版社,1987. 727-728.
- 2 宋修竹. 掌部小切口腕管松解术的应用解剖. 中国临床解剖学杂志,1999,17(1):50-51.

(收稿:2002-10-14 编辑:李为农)

短篇报道

撬式架治疗儿童肱骨髁上骨折

胡成学

(重庆市中医骨科医院,重庆 400010)

自 1997-2001 年,应用撬式架外固定治疗儿童肱骨髁上骨折 30 例,有效地控制了肘内翻的发生,疗效较满意。

1 临床资料

本组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 4~11 岁,平均 7 岁。受伤时间 0.5 h~5 d。均为闭合性伸直型骨折,严重移位并伴有肿胀或强力性水泡、尺神经损伤 2 例。

2 治疗方法

采用臂丛神经腋路阻滞麻醉,麻醉生效后行手法复位,远近端助手及术者 3 人。首先两助手对抗牵引,术者纠正侧方移位,重点纠正尺偏,用两点捺正法,远端助手配合撬偏,造成骨折端外翻外旋,力争恢复正常对线,携带角可纠正到 20°,当确认尺偏移位纠正后,再纠正前后移位,由术者双手拇指抵住骨折远端后侧,其余四指环抱骨折近端前侧,同时远端助手牵引屈曲肘关节,当复位满意后,分开撬式架弹性弓,套入伤肢,(见图 1)。然后用超肘关节后侧塑形夹板置前臂充分旋前极度屈肘位。当 X 线片复查证实骨折愈合约 5 周后解除外固定,进行肘关节功能锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优:肘关节活动功能较健侧减少 10°以下,携带角较健侧减少 5°以内;良:肘关节活动功能较健侧减少 10°~20°,携带角较健侧减少 5°~15°;可:肘关节活动功能较健侧减少 20°~30°,携带角较健侧减少 15°~20°,不需特殊治疗者;差:肘关节活动较健侧减少 30°以上,携带角较健侧减少 20°以上。

3.2 疗效评定结果 本组 30 例获得 5~18 个月随访,骨折均愈合,临床愈合时间最长 36 d,最短 22 d,无缺血性肌挛缩、骨化性肌炎、神经血管损伤等并发症。肘关节功能按上述标

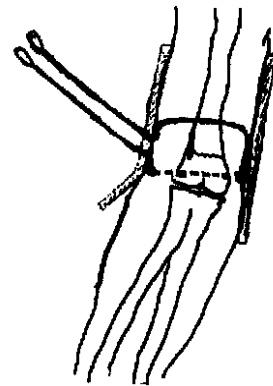


图 1 撬式架外固定治疗儿童肱骨髁上骨折

准评定优 20 例,良 4 例,可 4 例,差 2 例,优良率达 80%。

4 讨论

目前治疗儿童肱骨髁上骨折仍以手法复位外固定为主,传统的小夹板在治疗儿童肱骨髁上骨折方面存在一定的缺陷,仅靠 3 根布带加压,容易松动,影响固定,而诱发肘内翻的发生。撬式架克服了传统夹板的不足,利用金属弹性弓,套入伤肢后,利用内外两点应力对抗原理,将肘关节携带角维持在 15°~20°之间,使内外两侧的骨折端生长相对平衡,以保持固定期间持续的加压作用,达到了坚强的固定,巩固了手法复位的效果,避免了复位后的再移位,还能促进骨折的早期愈合,进一步有效地减少了肘内翻的发生。

(收稿:2003-01-24 编辑:李为农)