

有尺骨茎突骨折差异无统计学意义, 是否伴有尺骨茎突骨折与桡骨远端骨折的预后无关。这是由于三角纤维软骨复合体附着于尺骨茎突基底部, 撕脱引起的是尺骨茎突基底部骨折, 茎突尖部骨折只是尺侧囊撕脱骨折所致, 因而不影响下尺桡关节的稳定性。

3.4 下尺桡关节损伤临床上常被忽视 通过研究, 发现桡骨远端骨折后, 下尺桡关节的损伤在临床上常被忽视。本组约 22.4% (19/85) 的病例伴有下尺桡关节不稳, 分析原因, 我们认为可能与诊断桡骨远端骨折时未能注意下尺桡关节的损伤, 复位时未能注意复位, 以及通常采用旋前位石膏固定有关。下尺桡关节的主要稳定因素是三角纤维软骨复合体, 文献报道在桡骨远端骨折中, 撕裂的比例高达 78%^[7], 因此治疗时注意除了骨折外, 不要忽视伴随的韧带损伤。由于通常的影像学检查无法发现三角纤维软骨复合体的损伤, 如果高度怀疑, 应行 MR 检查, 以发现损伤。当前最佳的治疗方法是有关节镜下行损伤修复^[8], 同时可对不稳定的骨折进行有限内固定。石膏固定应该保持旋后位, 以稳定下尺桡关节, 避免后期并发下尺桡关节不稳。对发生下尺桡关节不稳的病例, 目前最佳治疗方法是 Adams 的解剖学重建韧带, 稳定下尺桡关节。对晚期严重疼痛, 发生创伤性关节炎的病例, Sauvé-

Kapandji 手术仍有其应用价值。

参考文献

- 1 Bowers W. The distal radioulnar joint In Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. Operative hand surgery. 4th Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1998: 986-1032
- 2 Samiento A, Pratt GW, Berry NC, et al. Colles fractures: Functional bracing in supination. J Bone Joint Surg (Am), 1975, 57(3): 311-317.
- 3 Lindau T, Aspenberg P. The radioulnar joint in distal radial fractures. Acta Orthop Scand, 2002, 73(5): 579-588.
- 4 周祖彬, 曾炳芳, 刘闻欣, 等. 桡尺远侧关节稳定性的解剖及临床研究. 上海医学, 2002, 25(51): 13-16
- 5 Lindau T, Hagberg L, Adlercreutz C, et al. Distal radioulnar instability is an independent worsening factor in distal radial fractures. Clin Orthop Relat Res, 2000, 376: 229-235
- 6 Lindau T. Treatment of injuries to the ulnar side of the wrist occurring with distal radial fractures. Hand Clin, 2005, 21: 417-425
- 7 Lindau T, Adlercreutz C, Aspenberg P. Peripheral tears of the triangular fibrocartilage complex cause distal radioulnar joint instability after distal radial fractures. J Hand Surg (Am), 2000, 25(3): 464-468.
- 8 Szabo RM. Distal radioulnar joint instability. J Bone Joint Surg (Am), 2006, 88(4): 884-894

(收稿日期: 2006-12-20 本文编辑: 王宏)

闭合性皮肤剥脱伤的治疗

徐才芽, 胡卫国, 俞斌

(余姚市人民医院外三科, 浙江 余姚 315400)

关键词 皮肤; 创伤和损伤; 骨科手术方法

Treatment of closed skin stripping XU Caiya, HU Weigu, YU Bin. Department of the 3rd Surgery, the People's Hospital of Yuyao Yuyao 315400 Zhejiang, China

Key words Skin Wounds and injuries Orthopaedics operative methods

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(12): 838-839 www.zgcsz.com

闭合性皮肤剥脱伤临床并不多见, 常因重物压砸、车祸等损伤引起, 由于大多没有严重影响功能或为其他病痛所掩盖, 患者及医生均不够重视, 就诊时仅以皮下积液为惟一主诉, 往往仅以简单穿刺抽液、加压包扎治疗, 迁延日久而不能治愈。自 1993年 2月 - 2006年 4月共治疗此类患者 31例, 获满意结果, 报告如下。

1 临床资料

本组 31例, 男 19例, 女 12例; 年龄 30~63岁, 平均为 41岁。均有外伤史, 其中车祸伤 18例, 压砸伤 6例, 挤轧 5例, 摔伤 2例。损伤部位: 腰骶 8例, 髂嵴 6例, 腹股沟 5例, 大腿前外侧 10例, 小腿外侧 2例。伤后至就诊时间 1~55 d, 平均 31 d。早期损伤 9例, 晚期 22例。剥脱面积 6 cm × 10 cm ~ 18 cm × 29 cm, 平均 9 cm × 17 cm。穿刺引流 5例, 常规手术切除 23例 (其中 1例搔刮无效后改常规手术切除), 电气化镜手术 3例 (其中 1例关节镜下刨削困难而改电气化术)。

2 治疗方法

2.1 早期 损伤后 3周内, 浅层撕裂面尚未形成增厚囊壁状组织, 称为早期损伤 (本组 9例)。可先行穿刺抽液、加压包扎, 并补充血浆或蛋白质。穿刺宜每日 1次, 连续 3~4次, 如积液范围明显减小, 则可继续穿刺包扎。最好直接作小切口置负压引流, 引流一般 3~5 d 待每日引流液小于 30 ml 后拔管, 不缝合引流口。如上述两法均无效, 或者有部分积液不能消除, 则需手术治疗。

2.2 晚期 损伤 3周后, 浅层撕裂面已形成增厚囊壁状组织, 深层表面血管增生翳状组织覆盖, 称为晚期损伤 (本组为 22例)。全部采用手术治疗。手术完全切除浅层囊壁状组织至皮下脂肪层, 以切皮刀片刮除深层翳状组织至亮白深筋膜组织, 置负压引流 3~5 d。由于开放手术创口很大, 晚期有 3例试行腔镜手术。根据剥脱范围沿肢体长轴作约 1 cm 小切口, 切开位置可取剥脱上方、下方或中间, 依剥脱范围, 腔镜操作器材长短半

径、手术体位而定。位于剥脱处直接置入腔镜,位于上下端则先行作皮下隧道。放出积液,将灌注液(生理盐水 3 000 ml 悬吊于 1.5 m 高处)沿腔镜通道灌注。第 1 例采用关节镜下刨削,发现浅层组织厚韧刨削困难,而且出血影响视野,手术困难故考虑改用其他腔镜。因为电气化镜有为适应膀胱腔壁操作而设计的圆弧形电气化头,便于切除腔壁时又能止血,故改用电气化镜(后 2 例也用电气化镜)。镜下可见浅层组织已完全成灰白色、坚韧、厚壁、平整而无血管分布的囊壁样形态,有大量纤维束带状组织连接于内外侧壁之间,深层表面为广泛分布粉红色血管翳状组织覆盖。切除浅层囊壁样组织至脂肪层,深层以电气化烧灼表面带血管样翳状组织,不作切除。冲洗出切除组织,置负压引流 3~5 d。

3 结果

本组病例均获随访,随访时间 36~82 d 平均 55 d,以局部触之无波动感、B 超检查皮下积液完全消失为治愈标准。本组 31 例全部治愈。无复发,无皮肤坏死、肌疝形成及功能障碍。

4 讨论

闭合性广泛皮肤剥脱伤是由于皮肤、皮下组织与深筋膜之间受强力剪切滑移而形成,常由车祸、压轧伤而引起,一般多见于大腿前外侧、髌嵴、腹股沟、腰骶等处,由于这些部位位于身体的下半部,坐位或站立时身体相对固定,故暴力作用时易致皮下组织与深筋膜分离,同时因皮肤面积宽大且躯(肢)体呈圆桶状而无突起,受力均匀,有充分的滑移空间,故不易成为开放性剥脱伤。

早期剥脱二层组织间有少量出血及大量组织液渗出,形成淡血性液体。由于深筋膜致密不能自行吸收渗出液,慢慢刺激浅层组织纤维增生,形成光滑坚韧增厚的囊壁状组织,深层表面产生带血管翳状的滑膜样组织,二层组织间即形成囊腔状结构。由于本病少见,认识上尚有不足。对后期病例,有人认为为创伤后局部血肿未得到及时处理,逐渐液化而成^[1]。作者认为,本病急性创伤后,从深筋膜走向皮肤的小血管因撕裂而少量出血,很快断裂小血管即自行回缩闭合而

止血,但软组织剥脱很广泛,组织液渗出量很多,使少量血液稀释,反而不能形成血肿(我们早期手术、穿刺从未发现大的血肿),最后也就没有血肿机化而使剥脱二层组织间纤维粘连愈合的可能。所以不及时治疗,则不能自愈,常需手术治疗^[2]。后期由于囊腔样组织形成,也有把本病称为“创伤性滑膜炎”的,但作者认为本病原无滑囊,创伤后形成假性囊腔状结构,但病理切片下并未发现滑膜细胞组织,仅为纤维组织增生纤维化,伴有少量淋巴细胞浸润,故不能与创伤性滑膜炎,如髌前滑膜炎混淆。

治疗注意事项:①早期及时治疗,只要创造了良好的血运,使剥脱二层组织间紧贴,就有愈合的希望,故穿刺引流应尽早进行。②切口宜以剥脱中心为中点沿肢体轴线进行,以方便显露和手术操作。③如同时有骨折,则宜早期骨折手术时同时处理,切口设计要兼顾骨折与皮肤剥脱伤的处理,预防皮肤坏死而致骨的感染。④不要试图对晚期皮肤剥脱伤行穿刺引流,皮质激素腔内的注射、搔刮等治疗。因为这些方法均不能消除增厚致密且血运较差的浅层囊壁状组织,致使二层组织不能正常愈合而见效。⑤只切浅层的致密组织,不切除深层深筋膜组织,以免形成肌疝或影响功能。对晚期病例,彻底切除浅层囊壁状组织,并刮除深层翳状组织^[3]。⑥术后必须负压引流,引流相对一般手术时间要稍长。⑦电气化镜下操作,浅层组织勿切除过多,术后肢体要保温,以保证皮肤血运。术后引流时间要长,以利皮下渗入生理盐水的排泄。由于肢体骨骼的影响,腔镜的直器械操作尚欠便利,须作改进及熟练。

参考文献

- 1 杨荣,匡凌浩,衡德峰,等.关节镜下治疗创伤性滑囊炎 13 例.中国微创外科杂志,2005 2(2):166.
- 2 曲绵域,于长隆.实用运动医学.北京:科学技术出版社,1996 741-742.
- 3 Quayle JB, Robinson MP. An operation for chronic prepatellar bursitis. J Bone Joint Surg(Br), 1976, 58: 504-506.

(收稿日期:2007-01-31 本文编辑:王宏)

第 4 届全国骨创伤专题研讨会征文通知

由中华医学会创伤学分会、中华创伤杂志英文版举办的第 4 届全国骨创伤专题研讨会将于 2008 年 6 月在云南大理召开。征文内容:脊髓、周围神经损伤的治疗与功能修复,四肢创伤骨折的诊治经验,骨质疏松症性骨折的防治,中西医结合治疗骨折、软组织损伤,微创手术在骨与关节损伤中的应用,交通伤救治经验等。征文要求:未公开发表的论文摘要(中文,约 500 字)1 份,包括文题、作者单位、姓名、邮编及电话,并附一与纸样文字内容相同的软盘或通过 E-mail 投稿。会议将邀请国内(外)知名专家教授与会作专题讲座并从征文中挑选部分论文作大会发言。会议期间将评选优秀论文,并颁发优秀论文证书,将选出部分优秀论文在中华创伤杂志英文版刊登。本次研讨会将出版论文集,被收录论文并出席会议者将颁发论文证书并授予国家 I 类继续教育学分。截稿日期:2008 年 3 月 31 日。收稿地址:重庆市大坪长江支路 10 号《中华创伤杂志英文版》编辑部 宋双明主任收。邮编:400042。电话:(023)68757483 68711977。传真:(023)68711977。E-mail edcjdtp@public.cta.cq.cn 或 p_yy1109@sina.com。来稿务请在信封上注明“会议征文”。欢迎通过 E-mail 投稿,但务请注明通信地址、邮编、电话。

会议确切日期、地点及安排请留意第 2 轮通知,第 2 轮通知将于 2008 年 5 月发出。

中华医学会创伤学分会
《中华创伤杂志英文版》编辑部