

种不同神经移植的神经传导速度、再生神经纤维面积和密度及其恢复率、再生神经纤维成熟程度进行了分析比较,结果表明:甲、丙组的神经传导速度快,神经纤维直径、面积恢复好,成熟程度高,再生神经纤维密度及其恢复率各组相似。说明虽然再生神经纤维数量上各组无差别,但质量上存在明显差别,而甲、丙组无差别,即游离移植+血管植入的移植效果与带血管蒂组相似,同时显著优于单纯游离神经移植。

2. 血管植入促进神经恢复的机理:自体神经移植后,其血液供应对神经的再生极为重要^[2]。张爱华等用血管植入变性骨骼肌,证实了植入血管能迅速重建肌桥的血循环^[3]。我们对血管束植入自体神经移植段的早期观察,也发现植入血管束 5 天时即有大量芽生,使移植段神经血供得以重建,从而保证了移植神经的活力。这样游离神经移植便成为类似于带血管蒂的神经移植体,与单纯游离神经移植的血供重建方式发生根

本变化,避免了神经的严重缺血,加速了神经纤维的再生与成熟。血管植入神经移植段的优点在于手术操作简单,血管束为小的肌皮血管,供材多,切取方便,不牺牲供体的主要血管,可以解决中短距离游离神经移植后的血供问题,对于长段神经移植,有必要对其植入方式方法及数目作进一步研究。

参考文献

1. Brooke R. Seckel, Sheila E. Ryan, Joshua E. Simons, et al. Vascularized versus nonvascularized nerve grafts: An experimental structural comparison. *Plast & Reconstr Surg* 1986; 57: 212.
2. Tarlov IM, Epstein JA. Nerve graft. The importance of an adequate blood supply. *J Neurosurg* 1945; 2: 49.
3. 张爱华, 朱家恺. 血管植入变性骨骼肌修复神经缺损的实验研究. *中华显微外科杂志* 1990; 13: 25.

(收稿: 1995—05—19)

经皮针刀剥离内外 8 字缝合治疗手指中央腱条断裂

河南省新野县中医院 (473500)

孙新波 王化京 归永亮 王岩珂 孙东雅*

我院两年多来,运用针刀剥离侧腱条丝线 8 字缝合法治疗手指中央腱条断裂 11 例,疗效满意,报告如下。

临床资料 11 例中,男 10 例,女 1 例;年龄 12~53 岁。原因多数为机器砸伤,另有打拳所伤。食指 7 例,中指 4 例,均为一周内的闭合损伤。检查所见:手指掌指关节和近侧指间关节处肿胀增粗,掌指关节及远侧指间关节背伸和近侧指间关节掌屈畸形,用手指捏住掌指关节和近侧指间关节处畸形可改变。

治疗方法 伤指为主全手常规消毒,严格无菌操作。采用指根麻醉。让病人活动伤指。在近指间关节处触摸感到有活动的侧副腱条,用小针刀在相应处进针,对侧副腱条进行广泛游离。两个侧副腱条游离后,手指伸直,两个针刀暂不退出,用缝合针穿 7 号丝线自甲沟向上延长线上和指关节面上 0.5cm 外侧进针,沿皮下达内侧针刀处出针,调转方向,在原针孔进针,针刀将侧腱条挑起经侧副腱条下沿骨膜穿针刀挑起剥离的外侧副腱条,针线从外侧进针孔出针,然后在沿原针孔进针,穿向内侧,在甲沟延长线上出针,这样就在皮内形

成一个未封口的“8”字。按上述同样方法再缝合两针,一针在近指间关节的远侧面 0.5cm,另一针在指间关节处。三针缝合后,在指背正中放一长约 3cm 无菌橡皮管,适当活动手指,掌握松紧,分别把三个结打在橡皮管上,无菌包扎,用硬纸块将手指固定在伸直位。3 周后去固定开始活动,6 周拆除缝合线。

治疗结果 本组 11 例中,畸形完全矫正 10 例,畸形未完全矫正 1 例;手指功能正常 9 例,关节强硬 1 例,总有效率达 90%。

讨论 手指中央腱条断裂是掌指关节和近节指骨背侧受伤所致,伤后两侧的侧副腱条沿近侧指间关节向掌侧滑脱而出现掌指关节及远侧指间关节过度背伸和近侧指间关节屈曲的畸形。以前的治疗方法,都是将皮肤切开,将两侧副腱条剥离缝合在一起,手术创伤大。而本种方法,不需皮肤切口,找准侧腱条后,用小针刀将侧腱条充分剥离,用针刀将两侧腱条挑起,经皮穿针缝合打结将两侧腱条缝合到一起,即可矫正畸形,防止侧腱条再向掌侧滑脱。

(收稿: 1996—11—13)

* 首都医科大学