

# 掌腱膜挛缩症的治疗

焦建宝 王殿臣 刘勇

(河北职工医学院附属医院, 河北 保定 071000)

我科自 1980~1998 年共收治掌腱膜挛缩症 21 例, 均采用手术治疗, 疗效满意, 报道如下。

## 1 临床资料

本组 21 例, 25 只手, 男 19 例, 女 2 例; 年龄 35~70 岁, 平均 52.5 岁, 其中 50 岁以上占 85.7%; 手外伤史 5 例, 家族史 8 例; 双侧发病 4 例, 单侧发病中左侧 8 例, 右侧 9 例。

## 2 治疗方法

在臂丛麻醉、止血带操纵下手术, 根据病变程度均采取两种不同术式。掌腱膜大部切除术 16 例: 以环小指明显功能受限为主者, 行尺侧掌腱膜大部切除术, 切口采用多“Z”字、V-Y 和多 S 型。术中切除尺侧掌腱膜、小鱼际肌及蚓状肌表面肥厚的筋膜, 还要切除指神经、指固有动脉周围的纤维结缔组织及屈指肌腱的纤维间隔, 充分松解血管、神经囊及屈指肌腱。如果经过松解后, 指间关节(环小指)还不能伸直, 应切除近侧指间关节处的腱鞘, 必要时切除近侧限制关节伸展的掌板, 同时术中勿损伤因牵拉移位的血管和屈肌腱的腱钮, 这样可以使指间关节伸直。掌腱膜全部切除合并植皮术 5 例: 对于病变广泛、症状重及术后复发者, 行掌腱膜全部切除及皮肤切除, 同时全厚皮片游离植皮消灭创面。切除挛缩的掌腱膜应包括手掌部腱膜、与腱膜相连的纤维及皮肤, 掌骨两侧的纤维间隔以及进入手指中央和两侧的索条, 如果不能使手指伸直, 也可以切除限制关节伸展的掌板和掌侧的关节囊, 直到手指能基本伸直为止, 对于手掌侧皮肤条件差, 估计要造成皮肤坏死, 要尽早采取游离植皮术, 5 例病人打包加压包扎植皮, 全部成活, 且手指功能恢复好。

术后处理: ①术后伤口常规放橡皮条引流, 加压包扎至伤

口愈合, 同时患肢抬高, 48h 拔引流条。②伸直位石膏固定前臂、腕掌、手指关节 2 周。③对 9 例症状较重(后治疗的)病人从术后第 1 天起进行高压氧治疗。④术后 1 周拆除石膏练习指间关节活动, 不活动时再戴上石膏, 2 周拆除石膏后加大活动度。对于伤口愈合好的, 可辅助中草药熏洗, 理疗、红外线照射 1~2 周, 功能锻炼等措施, 一般 3~6 个月恢复功能。

## 3 结果

随访时间 6 月~18 年。疗效标准: 优, 掌指关节、指间关节活动正常, 可伸直至 180°, 掌侧皮肤无皱褶及结节, 10 例; 良, 掌指、指间关节活动正常, 伸直至少在 160°以上, 皮肤有轻度粘连, 9 例; 可, 环小指掌指关节指间关节活动明显改善, 伸直到 90°以上, 1 例; 差, 环小指活动受限, 伸直到 90°以下, 或术后复发, 掌侧皮肤广泛粘连, 发僵不适, 1 例。优良率达 90%。

## 4 讨论

作者认为本病的治疗原则是一旦确诊, 均采用手术治疗, 根据轻重程度均采用上述两种术式, 目的是彻底切除病变组织以及病变周围的正常掌腱膜, 以达到彻底松解的目的。发生挛缩的皮肤用“Z”字成形、V-Y、多 S 等覆盖创面, 皮肤不够或条件差, 采用游离植皮覆盖创面。术中止血要彻底, 松开止血带后纱布压迫 5min 止血彻底后才能缝合。引流要充分, 敷料包扎要用碎纱布或松软棉加压, 绝不留死腔, 游离植皮时打包要严实, 不留空隙, 植皮才能成活。术后处理至关重要, 强调术后加压包扎至伤口愈合, 48h 拔除引流条后仍须加压包扎, 而且加压可靠。术后第 1 天就开始应用高压氧治疗, 对改善手掌部的缺血、缺氧以及组织再生大有益处。

(编辑: 连智华)

# 微型刀韧带松解术治疗膝关节骨质增生 50 例

韩建海<sup>1</sup> 王炎阳<sup>1</sup> 王树民<sup>2</sup> 林青海<sup>1</sup>

(1. 白山市软伤医院, 吉林 白山 134300; 2. 白山市中心医院, 吉林 白山)

笔者自 1994 年 4 月至 1995 年 4 月对 50 例(68 膝)膝关节骨质增生患者, 在 C 型臂影像监视下, 行微型刀韧带松解术, 收到满意效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 50 例中, 男 22 例, 女 28 例; 年龄 48~72 岁。病程最长者 20 年, 最短 1 年, 平均 3 年。双膝关节骨质增生 18 例, 单膝关节 32 例。双膝关节屈伸功能障碍者 15 例, 一侧障碍者 26 例。这些患者均有不同程度的膝关节疼痛, 尤以启动时或下坡时明显。全部膝关节均拍正侧位 X 线片, 可见不同

程度的髌间隆起、髌骨上下缘和内外髌骨骨质增生。

## 2 治疗方法

2.1 手术体位 患者仰卧屈膝位, 无膝关节屈伸功能障碍者以屈膝 60°为宜, 有功能障碍者可根据关节功能障碍程度选择一接近角度, 然后在足跟、臀部之间放一枕垫, 确保手术所需体位。

2.2 微型刀进刀点选择 根据 X 线平片所示增生的部位、程度、外形等, 分析力学原理决定进刀点, 一般可选择膝眼、内外侧副韧带附着点、半膜肌止点、髌骨上下缘 6 个进刀点, 也

可根据情况选择膝关节周围压痛点为进刀点,并以龙胆紫标记。

**2.3 微型刀手术方法** 以 2% 利多卡因在进刀点局麻后,以 3 号或 4 号微型刀,在膝眼进刀处,竖起刀锋,开皮进刀。在 C 型臂电视荧光屏监视下,微型刀通过关节腔直至髌间隆起远端,此时,转动刀锋,使之与髌间隆起呈垂直状,转动 C 型臂,观察膝关节正侧位影像,在确认刀锋在髌间隆起远端,同时有阻挡或滞刀手感后,在髌间隆起末端交叉韧带附着点磨削、切割 2~4 刀,然后刀锋按股骨髌间窝上方内外侧缘,各铲削 2 刀。若髌尖部有骨刺,可把刀退至皮下,令刀锋与髌骨平行,缓慢进刀至骨刺远端切割 2~3 刀,后退出微型刀。然后在其他进刀点进刀,刀锋达骨面后,略提起,平铲 3~5 刀,术毕。各进刀点用酒精揩擦后,用创可贴贴敷即可。

**2.4 术后处置** 手术结束后,在手术台上立即常规进行被动屈膝屈髌、伸膝伸髌及膝关节内外旋转等功能活动。然后用托板固定膝关节 1 周,并行踝关节袜套式牵引 1~3 周,牵引重量为 5~10kg,每日 2 次,每次 1~2h。3 天后可进行按摩、理疗。术后常规用抗菌素 3d。每个患者以两次手术效果为佳,两次手术间隔日期为 7~10d。个别患者,尤其膝关节功能障碍明显者,可做第三次手术。

### 3 治疗结果

疗效评价标准:痊愈,膝关节活动功能正常,伸屈功能在  $0^{\circ}$ ~ $140^{\circ}$ ,活动无疼痛,术前术后 X 线片对比,半年内增生部分的骨质变化不明显,髌间隆起,髌骨上下缘增生的骨质由尖锐变成圆钝,10 例;好转,膝关节活动范围较术前改善明显,伸屈范围较术前扩大  $10^{\circ}$  以上,活动有时疼痛, X 线片示半年内增生部分的骨质无变化,37 例;无效,术后关节功能改善轻微或无改善,活动时仍觉疼痛,术前术后 X 线片对比,增生部分骨质无变化,3 例。痊愈好转率 94%。对 20 例随访 1 年,其中反复 7 例。反复者,再行微型刀治疗仍有效。

### 4 讨论

用微型刀铲剥膝关节增生部位的高应力点,即韧带肌腱附着点处,这样随着高应力点的消失,疼痛就会消失,骨质增生也会因不再存在的条件而被逐渐吸收。我们观察 10 例中,术前术后 X 线片对比,半年内增生部分的骨质变化不明显,但见髌间隆起、髌骨上下缘的骨质由尖锐变圆钝。这说明骨质增生形成是个慢过程,吸收同样需要较长时间。而微型刀配合术后牵引,可使关节周围韧带松弛,关节间隙变大,加之膝部托板的应用减少术后渗出。这些措施均能使关节内外力平衡渐趋于正常。

(编辑:房世源)

## 局部旋转皮瓣治疗胫骨外露

梁毅敏

(平陆县人民医院,山西 平陆 044300)

自 1992 年元月至 1997 年 10 月,我科采用局部旋转皮瓣治疗胫骨开放性骨折内固定术后不同程度的胫骨外露 8 例,治疗效果满意。

### 1 临床资料

本组 8 例中男 6 例,女 2 例。年龄最大 45 岁,最小 13 岁。8 例均为胫骨中下段开放性骨折。7 例为交通事故伤,1 例跌伤。8 例患者均于入院后在硬膜外麻醉下急诊行清创,胫骨开放复位加压钢板内固定。受伤至手术时间 2~6h。胫骨外露原因:6 例因术后切口边缘坏死、液化而致胫骨外露,2 例术后伤口感染致胫骨外露。胫骨外露面积最大  $8\text{cm} \times 5\text{cm}$ ,最小  $3\text{cm} \times 2\text{cm}$ 。术中胫骨内固定钢板均置于胫骨外侧,本组病历中均未出现钢板外露,皮瓣转移术中均未取出内固定钢板,距 I 期手术时间 15~21d。

### 2 治疗方法

8 例患者胫骨外露后均在严格无菌操作下进行清洁换药,逐渐清除坏死、液化组织,感染伤口用双氧水、盐水冲洗,待伤口周围坏死液化组织清除干净,局部炎症控制后进行皮瓣旋转手术。手术方法:在麻醉下对外露胫骨及边缘创面进行彻底清创,双氧水、生理盐水反复冲洗。根据外露胫骨的具

体位置和面积大小及周围软组织条件情况,选择创口内侧或外侧皮瓣,决定切取皮瓣位置后用布样剪出创面大小及形状,移至皮瓣切取位置,决定皮瓣蒂部位置,旋转弧度,蒂部应位于肢体近侧,长宽比例一般应为 1:1.5,皮瓣厚度至深筋膜的浅层,大小大于布样  $1/3$ ,在无张力下缝合覆盖胫骨外露创面,供区游离植皮修复。术后给敏感抗生素预防感染 5~7d,8 例患者皮瓣全部存活,7 例患者供、受区创面均 I 期愈合,1 例受区创面轻度感染经换药愈合。

### 3 讨论

目前随着摩托车、三轮车辆的急骤增多,胫腓骨折发生率明显增高。往往骨折由于直接暴力撞击所致,局部软组织都受到不同程度损伤,早期肉眼外观往往正常。另外由于胫骨前内侧皮下软组织很少,皮肤张力较大,加上术后肢体肿胀等原因,容易引起胫骨前皮肤液化、坏死或感染,致使不同程度的骨外露,靠中西药换药愈合往往需要很长时间,有的长时间外露可引起骨髓炎,给患者精神上和经济上都造成很大负担。利用局部旋转皮瓣治疗胫骨外露,手术方法简单,皮瓣成活率高,勿需游离和吻合血管,易于推广使用,特别对一些基层医院更为实用,望同道们借鉴。

(编辑:李为农)