

均 1 期愈合。④残余脓肿:术后 1 个月 B 超检查统计,发生率为 9%,且范围小,多可自行吸收。⑤平均住院时间:由以往的 4 周左右缩短至 2.5 周。

4 讨论

4.1 抗结核药物的使用 采用短程强化抗痨方案,既提高了近期治愈率,又具有较低的远期复发率的特点,同时化疗时间缩短^[3]。为了预防和减少大剂量药物对机体的损害,应注意以下几点:①首次用药前及用药期间要定期检查肝肾功

4.2 手术疗法 我们体会到,由于结核病灶不规则,亦决定

了结核病灶清除术为不定型手术。在切口的设计上,要考虑到两方面因素:①便于将原发和播散结核灶同时清除;②切口宜在脓肿上部,不宜在中央,因中央压力大,皮下组织受侵最严重,此处作切口不易愈合。术中根据结核菌喜酸恶碱的特性,常规用 5% 的碳酸氢钠液冲洗浸泡病灶。

参考文献

1 吕福润,杨永晨,白锋,等. 脊柱结核病灶清除植骨内固定疗效分析. 临床骨科杂志,2001,4(2):119-120.
2 裘法祖,孟承伟. 外科学. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,1997. 882-883.
3 谢惠安,阳国太,林善粹,等. 现代结核病学. 北京:人民卫生出版社,2002. 869-876.
4 傅国培. 利福平和利福喷丁的临床比较. 中国防痨杂志,2002,24(1):46.

(收稿:2003-01-03 修回:2003-07-10 编辑:李为农)

· 短篇报道 ·

轮匝固定后跖肌腱编织减张缝合重建修复撕裂型跟腱断裂 26 例

牛洪峰 孙建华 吴洪格 崔胜杰 王立涛 董桂贤 李静 (衡水市哈励逊国际和平医院,河北 衡水 053000)

自 1990 年起,我院采用轮匝固定后跖肌腱编织减张缝合重修复此类损伤 26 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

一般资料:本组男 19 例,女 7 例;年龄 20~57 岁,平均 35 岁。左 15 例,右 11 例;闭合损伤 25 例,开放性损伤 1 例。受伤至手术时间 3 h 至 7 个月,手术中见断裂部位位于跟腱止点 3~5 cm 范围内,断端均呈马尾状、粗细不等,断裂的腱纤维参差不齐。

2 手术方法

腰麻或连续硬膜外麻醉后,俯卧位止血带压迫下操作。沿跟腱内侧 1 cm 处做长 5~10 cm 远端顺皮纹形状的纵微弧形切口(具体长度据撕裂腱纤维的长短决定),远端止于足跟的鞋帮儿接触缘稍近侧,微弧向跟腱正中线但不跨越,锐性切开皮肤皮下组织,闭合性损伤者腱鞘大多完整,即于鞘内侧正中锐性剖开腱鞘,完整显露断裂的腱纤维两端,按其排列组

皮肤,无菌敷料包扎,屈膝 30°跖屈位石膏托固定,4 周后去除外固定,指导下进行踝关节功能练习。

3 结果

随访 6 个月~8 年,平均 4 年。其中 22 例踝关节活动正常(背屈 20°~跖屈 45°)。3 例背屈受限(背屈 0°~跖屈 45°)。1 例术后发生跟腱与皮肤粘连,皮肤随关节活动而上下移动,所有患者均无足外翻、功能受限主诉,无再断裂。按 Arner Lindhorn 疗效判断标准[Clin Orthop, 1975, 107: 221-224],本组优 22 例,良 3 例,优良率达 96%。

4 讨论

本组手术具有以下特点:①切口符合生理切口,显露断裂区充分,避免了强力牵拉皮缘过多剥离鞘外组织,因而不损伤主要的皮动脉穿支,术后未发现皮缘坏死、切口不愈合及跟后瘢痕摩擦痛等并发症。②鞘管于侧正中纵形剖开,跟腱吻合固定后用可吸收缝合线吻合切口,鞘切口与手术切口不在同一平面上,不会出现腱皮粘连的弊端。③断裂的腱纤维充分显露后,先行两端的对应梳理,又合对位后予以轮匝固定,既恢复了跟腱本身的解剖形态且有外周捆扎卡环固定作用,又防止了纤维散脱而导致鞘与腱纤维粘连。④腱内用 Kessler 法缝合,犹如内置“钢筋”,将轮匝固定后的腱柱紧密的连接在一起,达到了内外结合固定的作用,抗拉力较强。⑤利用跖肌腱与跟腱编织缝合后跖腱近端迂回头与起止点自身再缝合,进一步加强了腱内“钢筋”的固定作用,且对断裂区有明显的减张作用,能够减少跟腱过早老化,也能防止术后再裂。

(收稿:2002-07-03 编辑:李为农)