

• 短篇报道 •

膝关节镜诊治滑膜皱襞综合征

李勇, 王奎友, 孙忠霞, 夏瑞丰, 王兴武
(中国人民解放军第 531 医院外 2 科, 吉林 通化 134001)

内侧滑膜皱襞是最常引起临床症状的皱襞, 滑膜皱襞综合征常指内侧滑膜皱襞综合征, 滑膜皱襞综合征症状不典型, 单纯依靠物理检查医生难以确切诊断, 致使患者延误治疗。我院自 2001 年 3 月- 2003 年 4 月对 87 例膝关节内侧疼痛患者进行膝关节镜检查, 其中被诊断为滑膜皱襞综合征 19 例, 经关节镜治疗, 取得了满意疗效。

1 临床资料

本组 19 例(21 膝), 男 15 例(17 膝), 女 4 例(4 膝); 年龄 15~ 40 岁, 平均 34 岁。病程 3 个月~ 5 年。有明确外伤史 6 例, 均从事重体力劳动或长期从事体育训练。双膝发病 2 例, 右膝 11 例, 左膝 6 例。其中合并关节积液 3 例, 关节软骨磨损剥脱 3 例, 滑膜炎 4 例, 内侧半月板损伤 2 例。症状体征: 膝前内侧疼痛, 伴有不同程度的股四头肌萎缩, 关节活动时可触一闪而过的髌骨抖动, 部分患者有关节积液、膝关节内侧的弹响、假性交锁及内侧滑膜皱襞嵌夹征(Shelf 征)。

2 检查治疗方法

硬膜外麻醉后应用肾上腺素盐水(100 ml 生理盐水加 0.5 mg 肾上腺素), 切口部各注射 10 ml, 关节腔注入 80 ml。冲洗液为等渗盐水。按髌上囊、内侧隐窝、内侧室、髌间窝、外侧室、外侧隐窝、后内侧室的顺序检查, 确诊为髌内侧滑膜皱襞综合征后, 仔细观察滑膜皱襞病变, 剪开皱襞中部, 然后用刨削器切除全部皱襞, 并同时对其他合并病作相应的处理, 如清除关节间隙增生的滑膜、刨削修整被破坏的关节软骨等。彻底冲洗关节腔后, 关节腔内注入 1% 的利多卡因 20 ml。术后加压包扎 3 d, 术后 1 d 即可下地活动, 并行股四头肌功能锻炼。

3 结果

参照张智慧等[骨与关节损伤杂志, 2001, 16(4): 283]标准, 优, 症状消失, 膝关节功能正常, 恢复正常工作和体育训练; 良, 偶有疼痛, 膝关节功能正常, 不影响日常工作训练和生活; 可, 疼痛减轻, 日常生活无影响, 但不能参加重体力劳动及大运动量训练; 差, 疼痛无缓解, 功能无改善。随访 3~ 23 个月, 优 16 膝, 良 4 膝, 可 1 膝。

4 讨论

滑膜皱襞是胚胎发育过程中滑膜退化的残留组织, 多出现在膝关节髌骨的上、下方和内侧。多数滑膜皱襞可长期存在而无症状, 但部分皱襞因创伤、慢性激惹、炎症和瘢痕化致异常增大或肥厚, 失去弹性, 从而引起症状, 特别是内侧滑膜皱襞。当内侧滑膜皱襞发生异常时, 可越过髌骨关节面的内侧峭, 而被挤压于髌股关节之间, 导致“内侧皱襞综合征”。其主要临床表现为膝前内侧疼痛, 伴有不同程度的股四头肌萎

缩, 关节活动时可触一闪而过的髌骨抖动, 部分患者有关节积液、膝关节内侧的弹响及假性交锁, 内侧滑膜皱襞嵌夹征(Shelf 征)。X 线检查不能发现和诊断此病。关节镜下所见: 滑膜皱襞充血、水肿、增厚、硬化、纤维化、穿孔破裂, 膝关节活动时可见其挤压于髌骨和股骨内髁之间, 严重者髌软骨相应部位磨损, 甚至出现深沟。起病早期可通过患肢制动、理疗、适当锻炼股四头肌、消炎、解痉、镇痛等非手术治疗, 以促进局部血液循环, 改善关节内微环境, 减轻症状并阻止继续损伤, 但不能从根本上解决问题, 而关节镜可在直视下观察、确诊, 同时, 也可施行镜下松解切除。对于疑有内侧滑膜皱襞综合征的患者经非手术治疗无效或病程超过 6 个月者, 建议选择关节镜下治疗, 尤其是 Shelf 征阳性的有关节镜下行滑膜皱襞切除的强手术指征者。术中注意事项: 麻醉后关节腔注入 80 ml 肾上腺素盐水, 术中可减少关节腔内出血, 使术野清晰; 术后关节腔内注入 1% 的利多卡因 20 ml 有镇痛作用, 便于术后功能锻炼。

(收稿日期: 2003- 07- 09 本文编辑: 连智华)

针刀治疗跟骨增生症 148 例

柳百智

(京昌东方特色医药培训学校, 北京 102200)

自 1992 年 9 月至今, 采用汉章牌 I 型 4 号针刀治疗跟骨症, 收到了很好的疗效。现将有跟骨增生的 148 例总结如下。

1 临床资料

148 例中男 49 例, 女 99 例; 单侧 86 例, 双侧 62 例, 年龄 45~ 72 岁, 平均 55 岁。病程 3 个月~ 15 年。均接受过其他方法的治疗, 58 例曾接受过针刀治疗。诊断标准: ①发病缓慢, 有数月或数年病史, 多发于中老年人。②晨起发病者多, 下床时, 足跟着地疼痛, 需经多次慢而轻的活动才能使之适应行走。起步痛、远行痛是其特点。③常见压痛点: 跟骨结节前缘稍偏内侧有明显压痛, 或可触及骨性隆起; 跟骨内侧缘压痛; 跟骨正中点压痛, 并可触及硬结。④X 线检查: 跟骨结节前缘有一鸡嘴样骨刺, 尖部向前与跖腱膜一致。

2 治疗方法

俯卧位踝下垫枕, 用甲紫做好标记。1% 利多卡因局麻后, 行针刀治疗, 若压痛非常剧烈, 可适当配合地塞米松、曲安奈德等药物局部注射。具体操作: ①跟骨结节前缘稍偏内侧压痛点: 针刀刀口线与足底之纵轴一致, 针体垂直于皮肤刺入达跟骨前缘骨面, 探至骨刺部位, 将刀口线旋转 90°, 紧贴骨缘切开剥离 3~ 5 刀, 手下阻力减轻后出针; ②跟骨内外侧缘压痛点: 针刀刀口线与足底之纵轴一致, 针体顺着左手下压的方向, 约与足底皮肤呈 60° 刺向跟骨内外侧缘骨面, 刺达骨面, 纵行疏通, 横行铲剥, 将针提起 3~ 5 mm, 手下有明显阻力感, 纵行切割几刀, 出针; ③跟骨底中点等压痛处: 刀口线与足底之

纵轴一致, 针体垂直皮肤刺入, 缓慢进针, 遇有阻力感即行切开剥离法, 并注意将增厚的纤维隔切开。出针后, 创可贴覆盖针孔 2 d, 不可沾水, 15 d 内勿负重行走或登山、爬坡。嘱患者穿宽松软底鞋。针刀 1 次治疗 1~3 点, 2 次为 1 个疗程, 每周治疗 1 次。如需第二疗程, 间隔半月后再行治疗。

3 结果

疗效标准: 痊愈: 足跟疼痛消失, 行走自如, 足跟部无压痛; 好转: 足跟疼痛基本消失, 走路较远, 仍有不适感; 无效: 足跟部疼痛及压痛无改善。治疗结果: 痊愈 114 例, 好转 34 例, 无效 0 例。总有效率 100%。

4 讨论

跟骨增生症之所以在临床治疗上疗效不理想, 笔者认为主要是诊断的模糊性。人们一谈到跟骨骨刺, 不是要把骨刺切除, 就是在骨刺尖端进行松解, 没有对局部损伤引起跟痛的多重原因进行分析。首先, 跟骨下滑囊炎、跟下脂肪垫炎、跟下肌腱炎、跟下筋膜炎等都可以产生相类似的临床症状, 治疗应有针对性才好。二是对该病的诊断, 临床中, 患者只要有跟痛症状, X 线检查跟骨前缘有骨刺, 检查与治疗时就只考虑骨刺的体表投影处, 忽略其他部位的检查与治疗。没有考虑治疗后, 临床症状与体征消失, X 线检查仍可见到骨刺的存在, 或者 X 线检查另一只无症状的足跟亦可能有骨刺生成, 显然, 患者的症状来源仍在跟骨骨刺之外。第三, 足跟部软组织损伤出现的病理变化, 即有炎性改变, 亦有粘连疤痕、筋膜挛缩和软组织内压增高。临床中, 应根据病理变化施治, 针刀解决不了的, 应配合局部药物注射。

(收稿日期: 2003-07-02 本文编辑: 王宏)

岛状皮瓣在急诊拇指指腹缺损中的临床应用

刘文泉

(临沂市中医医院骨三科, 山东 临沂 276002)

自 1997 年开始进行岛状皮瓣带蒂移植修复拇指指腹缺损的临床研究和应用, 先后进行了 3 种带蒂岛状皮瓣的移植手术 39 例, 取得了满意的疗效, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组男 29 例, 女 10 例, 年龄 16~48 岁, 左拇指指腹缺损 18 例, 右拇指指腹缺损 21 例, 其中缺损偏桡侧 10 例, 居中 18 例, 偏尺侧 11 例, 均为急诊来院, 时间不超过 8 h。

2 治疗方法

本组均采用带蒂岛状皮瓣修复, 术前应用听诊器探知各动脉的存在与否, 详细做好术前准备; 手术在显微镜或手术放大镜下切取血管、神经蒂皮瓣, 通过皮下隧道或直接切开皮肤翻转覆盖皮肤缺损处; 术后进行抗感染、抗痉挛、抗凝治疗, 密切观察皮瓣血运情况, 发现血管危象及时处理; 定期随访, 指导患者功能锻炼。

3 结果

①翻转桡动脉掌浅支蒂的大鱼际近端皮瓣移植 14 例, 全部成活; ②翻转桡掌侧动脉蒂的大鱼际皮瓣移植 10 例, 其中 1 例皮瓣远端部分坏死经清创换药后愈合, 其余 9 例全部成活; ③翻转示指背侧皮瓣带血管神经蒂修复 15 例, 1 例因血管变异改行邻指皮瓣修复, 其余 14 例全部成活。本组病例均为急诊手术, 经过严格的清创操作后进行, 皮瓣面积最大 4.0 cm × 3.5 cm, 最小 2.5 cm × 2.0 cm, 手术失败 2 例。经 1~5 年随访, 拇指功能及外观均恢复满意, 皮肤色泽正常, 两点分辨觉(每组取平均值), 示指背侧皮瓣: 9.2 mm; 桡动脉掌浅支蒂大鱼际皮瓣: 7.6 mm; 桡掌侧动脉蒂的大鱼际皮瓣: 8.2 mm。

4 讨论

4.1 手术要点 ①桡动脉掌浅支蒂大鱼际岛状皮瓣: 因掌浅支远端走向有一定的变异, 术前应采用 dopler 听诊器探听血管走向, 以舟状骨表面可触及桡动脉掌浅支的搏动为标记切开皮肤, 分离血管大鱼际段时, 注意自尺侧进入, 避免损伤桡侧支配大鱼际区皮肤的皮支, 术中我们观察到这些皮支大多位于大鱼际近侧部, 互相成网状吻合, 游离掌浅支远侧段时, 注意避免损伤被掌浅支环绕的正中神经返支; ②桡掌侧动脉蒂大鱼际岛状皮瓣: 以拇指桡掌侧动脉为蒂, 动脉的走行为轴心线, 旋转点以不超过拇指指间关节为宜, 皮瓣近端可在腕横纹以远, 远端可达掌指关节, 桡侧可达手掌背皮肤交界处, 尺侧可达大鱼际掌纹桡侧缘以内, 切取皮瓣首先要显露出拇指桡侧血管神经束, 然后自皮瓣桡侧开始切取皮瓣, 最后应将桡掌侧神经游离出放回原位, 同时注意保护桡掌侧神经发出到皮瓣的皮支以供吻合用; ③示指背侧岛状皮瓣: 第一掌背动脉较细, 掌背静脉、桡神经浅支走行方向一致, 但不合束, 解剖时宜将血管周围组织一并剥离形成血管神经束, 以利保护, 不宜先游离第一掌背动脉, 其切取范围远端示指近指间关节水平, 两侧不超过指侧中线, 近端视需要向上延至腕背部。

4.2 手术适应证及优缺点 ①桡动脉掌浅支大鱼际皮瓣: 优点: 皮瓣动脉为手的非主干动脉, 切取后对手的血供无影响, 而且血管恒定, 外径合适, 供区有丰富的感觉神经分布, 可制成带感觉的皮瓣。皮瓣可修复其他手指的软组织缺损。由于皮瓣位于大鱼际近端, 且皮瓣薄, 色泽与受区接近, 修复后外形美观, 患者乐于接受。缺点: 切取面积过大时, 供区需植皮覆盖, 影响美观。②桡掌侧动脉蒂的大鱼际皮瓣: 优点: 皮瓣的质地、颜色与受区相近, 厚薄适中, 外形美观, 耐磨擦。皮瓣取自大鱼际桡侧对拇指伸屈功能及外观无影响, 供区皮片植皮容易成活, 瘢痕小。皮瓣血供来源稳定, 手术操作简单, 疗程短。缺点: 皮瓣修复范围有限。③示指背侧皮瓣: 优点: 邻近拇指, 故皮瓣颜色质地均和拇指相似, 长度合适, 皮瓣有较长的活动性较大的血管蒂, 修复急性创伤性皮肤缺损可在清创同时一步完成, 并可同时修复骨、关节、肌腱、神经等组织, 不缝合血管, 操作简单, 可行功能锻炼。缺点: 皮下脂肪组织较少, 不适于修复末节指骨外露的指腹缺损, 两点分辨觉稍逊于另外两种皮瓣。

(收稿日期: 2003-04-09 本文编辑: 李为农)