

3 讨论

超薄超长皮瓣是传统随意皮瓣改制而成,在临床上很有实用价值。但是,该皮瓣极易发生血运阻碍,尤其是超薄超长和缩短断蒂时间的时候,坏死率增高。血流是皮瓣生存的基础,皮瓣移植手术必然导致血流减少。皮瓣微循环血液瘀滞属于祖国医学血瘀症,刺五加和生脉具有活血化瘀、理气开窍功能。生脉注射液有升血压作用,可增加小动脉的灌注压、皮瓣血管网血流量以及静脉回流。刺五加注射液侧重在调整血管舒缩功能,改善血管网的回流,增加冠状动脉血流^[1]。

皮瓣血供有限,传统皮瓣长宽比例规定在 1~

1.5:1,若超出范围,极易发生坏死^[2]。实验组中,长宽比例大大超出了一般传统随意皮瓣所规定的比例范围。而且,皮瓣近蒂端、中端及远端血运较好。

传统皮瓣断蒂时间一般在 3 周断蒂为安全。本次研究观察组有 70% 的病例断蒂时间在 7~10 d,大部分病例无血循环障碍。我们体会断蒂时间要结合皮瓣的面积以及皮瓣的长宽比例。本组 3 例病人皮瓣长宽比例在 1~1.5:1,5 d 断蒂全部成活。

参考文献

- 董昆山,王秀琴,董一凡.现代临床中医学.北京:中国中医药出版社,1998.146.
- 苗雨露,梁杰.真皮下血管网皮瓣成活质量的实验研究.美国中华创伤杂志,1999,4:35-37.

(收稿日期:2004-08-10 本文编辑:李为农)

• 短篇报道 •

TPS 动力系统微创治疗 外翻畸形

牒军¹,王坤正²,胡翔¹

(1. 西安市中医医院,陕西 西安 710001; 2. 西安交通大学第二医院)

我们自 2002 年 8 月-2003 年 2 月采用 TPS 动力系统微创手术治疗 外翻 34 例 61 足,具有截骨手术切口小、对软组织损伤小、术后恢复快、病人可早期下地等优点,疗效满意。

1 一般资料

外翻病人共 34 例 61 足,其中女 33 例 60 足,男 1 例 1 足;年龄 22~70 岁,平均 48.48 岁。27 例双足,7 例单足(其中左足 5 例,右足 2 例)。合并第 2 趾锤状趾 3 例,第 2 趾下胼胝形成 25 例。发病时间 1~30 年。平均 23.2 年。外翻角(HVA) 2°~4°,平均 33.5°;第 1、2 跖骨间角(IMA) 8°~20°,平均 12.36°。

2 手术器械

美国 Stryker 公司 TPS 动力系统及配套磨钻、切割钻,足外科骨膜剥离器、小骨钳,特别凹刃针。

3 手术方法

手术参考温建民等[中国骨伤,1998,11(1):56.]方法,仰卧位,严格消毒后,铺巾。局部麻醉满意后,用小圆刀在趾近节趾骨近端内侧切开皮肤直达趾骨。切口呈横形,长约 0.5 cm。用小骨膜剥离器从远端向近端在囊和内侧跖骨头之间分离关节囊;用 Stryker 磨钻磨去内侧跖骨头骨赘。用小骨钳锉平跖骨头内侧,不使其有棱角。在第 1 跖骨头颈内侧切开皮肤直达骨膜,平行前切口,长约 0.5 cm。用削磨钻从远端向近端作一斜形截骨,截骨完毕,用手法将远端跖骨头由内向外推开一骨皮质。在第 1、2 趾蹠间内收肌肌腱止点处用特制凹刃针将其切断。术毕冲洗伤口,清点器械及纱布无

误后,缝合伤口,加压包扎。包扎时用小夹板固定,并在第 1、2 趾蹠间加分趾垫,加强趾的内翻位固定。术后穿前足手术矫形鞋可下地。

4 结果

本组 34 例 61 足按温建民等[中华骨科杂志,2001,21(3):143-144.]制订标准:优 20 例 39 足,良 13 例 21 足,差 1 例 1 足。

5 讨论

我们采用 TPS 微型手术动力系统,其特有的切割钻头能完成在很小的切口内截断小骨,而且不损伤软组织。这样截骨后由于原有的软组织破坏很少,在第 1 跖骨干形成类似夹板作用,骨折稳定性较好,故不用石膏或克氏针内固定。对于第 1 跖骨远端骨赘,采用磨钻头进行打磨,损伤较小,易于掌握去除骨赘的程度。截骨完成后,将远端向内侧推移,这时若感到内收肌向内侧牵拉力明显,可用特制凹刃针在第 1 趾骨近端内收肌腱附着处将其切断。凹刃针刀刃向内凹入,刃口锋利,刃口两端呈尖针状,在切割肌腱时,腱纤维被卡在针的凹陷处,不能滑脱容易被切断,而且组织损伤较小。差的 1 足由于患者 HVA 为 45°,IMA 为 20°,为严重的外翻畸形,且跖趾关节已形成骨性关节炎,采用跖骨头颈截骨后,由于矫正第 1、2 跖骨角度有限,故术后效果不佳。研究表明跖骨头颈截骨术能矫正 IMA 最大达 15°,故我们认为本方法不适用于严重外翻病人,特别是 HVA>45°,IMA>15°。此时可采用第 1 跖骨基底部楔形截骨。

(收稿日期:2004-07-22 本文编辑:连智华)