

均 10 个月, 按顾玉东^[1]提出的神经功能恢复标准, 32 例行显微外科手术修复患者, 优 22 例, 良 6 例, 可 4 例, 优良率达 87%。

4 讨论

周围神经损伤除了在外伤事故中发生外, 医源性周围神经损伤时有发生^[1], 给患者造成不必要的痛苦, 增加了经济负担, 延长了住院时间。因此造成的后果及医疗纠纷应引起医务工作者的高度重视, 并彻底防范医源性周围神经损伤的发生。

止血带的正确使用是每一个医务工作者的基本功。因为止血带使用不当可造成上臂多神经损伤, 甚至导致远端肢体发生缺血坏死。因此必须严格掌握止血带的压力和时限, 最好使用气囊止血带, 止血时间掌握在 1 h 以内, 严禁用绳子、带子或胶管之类止血。如在紧急无条件情况下用此类物品止血, 更应严格掌握压力及时限。

医源性周围神经损伤, 主要原因是手术医师责任心不够, 粗心大意, 手术时未能按组织的解剖层次显露组织, 术者对周围神经的解剖不熟悉, 未能警惕

手术部位及临床的重要结构, 以致手术误伤^[2,3], 本组桡神经损伤达 25 例, 占总数的 64%, 其中, 第 2 次上肢手术如取内固定或骨不连植骨术等所造成的神经损伤 17 例, 占桡神经损伤的 68%, 究其原因, 系二次手术时, 疤痕组织多, 解剖变异, 手术粗暴所致。

周围神经损伤后, 其功能的恢复优劣与受伤的程度、位置、再次手术的相距时间、是否采用显微外科技修复等均有直接关系。其中再次手术的相距时间极为重要。因此, 当判断受伤神经经保守治疗无效时, 通过临床检查及肌电图检查确认后, 应积极采取各种措施补救, 尤应尽早采用显微外科技修复, 以提高其功能修复的效果。

参考文献

- 1 顾玉东. 周围神经外科可能出现的失误和处理. 手外科杂志, 1992, 8(1): 44-45.
- 2 贺长清, 福英, 卫云涛, 等. 医源性周围神经损伤及显微外科治疗. 中华显微外科杂志, 1993, 16(1): 55-56.
- 3 张祖根, 田晓滨, 李波, 等. 医源性周围神经损伤及显微外科治疗 (附 21 例报告). 贵州医药, 2002, 25(2): 165-166.

(收稿日期: 2003-12-12 本文编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

小针刀治疗屈指肌腱腱鞘炎

王洪玲

(沂南县中医医院, 山东 沂南 276300)

我们自 1998 年以来采用小针刀治疗屈指肌腱腱鞘炎 120 例, 均治愈, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 120 例, 男 87 例, 女 33 例; 年龄最大者 62 岁, 最小者 23 岁。右拇指 93 个, 左拇指 27 个, 病程长者 7 年, 短者 4 个月。

2 治疗方法

首先在患指掌指关节处触及压痛之结节并做好标记, 常规皮肤消毒。取 2% 利多卡因 1~2 ml 做局部麻醉, 然后手持小针刀(弯形)在所标记处刺入皮下至腱鞘表面中央, 不能左右偏斜, 顺肌腱走行方向进行钩割, 此时可以听到钩割增厚腱鞘的“喳喳”声。应当边钩割、边嘱病人做伸屈指活动, 如患指伸屈活动正常, 无弹响, 说明已达到治疗目的, 出针, 刀口不缝合, 无菌纱布压迫包扎, 完毕。注意事项①严格无菌操作, 预防感染; ②操作者要熟悉局部解剖关系, 防止损伤血管、神经等; ③治疗后要加强功能锻炼。

3 治疗结果

120 例全部治愈, 其中 1 次治愈者 102 例, 2 次治愈者 18 例, 半年后随访疗效稳定, 无一例复发, 未发生其他并发症。

4 讨论

屈指肌腱鞘炎是农村常见症之一, 妇女尤为多见, 且治疗比较困难, 其病因为: 掌骨颈和掌指关节掌侧的浅沟与鞘状韧带组成骨性纤维管, 屈指深浅肌腱分别从各相应的管内通过, 当局部过劳、血不经筋或受凉时引起气血凝滞不能濡养筋而发病。另外手指经常屈伸, 使屈伸肌腱与骨性纤维管反复摩擦或长期用力握持硬物, 使骨性纤维管受硬物及掌骨头的挤压而发生局部充血、水肿、粘连, 继之纤维管变性使管腔狭窄。此病以往多采用针灸、理疗、封闭等法治疗, 只能临时减轻症状, 不能彻底根治。我们采用小针刀治疗可使局部粘连组织松解并解除对屈指肌腱的卡压, 恢复正常的解剖关系, 使阻滞疏通、气血畅通则疼痛消失, 功能恢复正常。

(收稿日期: 2004-05-20 本文编辑: 连智华)