

三种封闭方法治疗腱鞘囊肿的疗效比较

Comparison of therapeutic effects of three blocking methods for the treatment of ganglion cyst

张传开, 宋一平, 童迅, 赵日光

ZHANG Chuankai, SONG Yiping, TONG Xun, ZHAO Riguang

关键词 腱鞘炎; 治疗方案 **Key words** Tenosynovitis; Treatment protocols

自 2000 年 8 月- 2004 年 7 月我们应用三种封闭方法共治疗腱鞘囊肿 154 例, 在有效率、一次性治愈率、复发率和未愈率 4 个方面进行了比较研究。

1 临床资料

本组 154 例均为门诊患者, 采用抽签法编为 3 组, I 组 50 例: 男 18 例, 女 32 例; 年龄 16~ 55 岁(平均 34 岁); 病程 2 个月~ 6 年。部位: 腕背 21 例, 手背 16 例, 手掌侧 9 例, 足背 3 例, 足掌侧 1 例。囊肿直径 0.8~ 3 cm(平均 2 cm)。囊肿为单腔者 46 例, 多房者 4 例。II 组 52 例: 男 22 例, 女 30 例; 年龄 18~ 57 岁(平均 32 岁); 病程 5 个月~ 10 年。部位: 腕背 16 例, 手背 12 例, 手掌侧 14 例, 足背 4 例, 足掌侧 4 例, 窝 1 例, 肘部 1 例。囊肿为单腔者 48 例, 多房者 4 例。囊肿直径 1.0~ 4.5 cm(平均 2.5 cm)。III 组 52 例: 男 16 例, 女 36 例; 年龄 15~ 48 岁(平均 30 岁); 病程 3 个月~ 5 年。部位: 腕背 28 例, 手背 7 例, 手掌侧 15 例, 足背 2 例, 囊肿均为单腔者。囊肿直径 1.5~ 3.5 cm(平均 2.2 cm)。各组在年龄、性别、病程、囊肿大小经统计学处理差异无显著性。

2 治疗方法

I 组采用常规液量封闭法治疗(常规量法), 用醋酸曲安奈德 10 mg(1 ml) + 2% 利多卡因 2 ml 囊内注射, 每日加压按揉 2~ 3 次, 每次 5 min。II 组采用超大液量封闭法治疗(大剂量法), 按囊肿直径的 2~ 5 倍配制封闭液, 如直径 2 cm 囊肿, 用 2% 利多卡因 5 ml + 注射用水 5 ml + 醋酸曲安奈德 10 mg(1 ml), 总量共 11 ml, 直接把药液全部注入囊内扩充, 用手指按压, 常有突破感, 见药液沿肌腱向上或向下扩散。III 组采用单纯利多卡因封闭法治疗(单纯法), 用第 2 种方法, 不加醋酸曲安奈德。拔针后加压挤破囊肿, 将囊内胶冻挤于皮下, 每日按揉 2~ 3 次, 每次 5 min。每种方法均严格执行无菌操作。

3 结果

3.1 疗效标准 参考疗效评定标准^[1-3]: 治愈, 治疗后 15 d 内囊肿消失或基本消失, 18 个月内囊肿未重新出现; 有效, 治疗后 15 d 内囊肿消失或基本消失, 3 个月内囊肿未重新出现; 未愈, 15 d 内囊肿未消失或基本未消失, 3~ 6 个月囊肿重新出现; 复发, 治疗后 15 d 内囊肿消失或基本消失, 18 个月以后

囊肿重新出现。

3.2 结果 本组所有病例均经 1 次封闭治疗, 随访时间为 18~ 58 个月, 平均 38 个月, 各组疗效见表 1。

表 1 各组不同封闭疗法的疗效比较(例)

| 组别 | 例数 | 治愈 | 有效 | 未愈 | 复发 |
|-------|----|----|----|----|----|
| I 组 | 50 | 24 | 11 | 9 | 6 |
| II 组 | 52 | 42 | 8 | 0 | 2 |
| III 组 | 52 | 14 | 9 | 11 | 18 |

各组在有效率上无统计学差异($P > 0.05$)。在治愈率、未愈率和复发率上 II 组明显优于其他两组($P < 0.01$)。而在治愈率、未愈率 I、III 组之间无统计学差异($P > 0.05$)。III 组复发率最高。

4 讨论

腱鞘囊肿发病原因不明。多数认为是关节囊韧带、腱鞘上的结缔组织因局部营养不良, 发生退行性变的结果^[4]。其囊壁为致密的结缔组织, 囊内为无色透明胶冻状黏液。根据其局部解剖生理分析, 其成因取决于^[5]: ①梗阻因素。关节囊或腱鞘内滑液通过薄弱部位疝出形成囊肿, 因变性、粘连、增生等病理改变, 与关节腔或腱鞘腔流通不畅, 又与周围组织隔一层致密的结缔组织, 囊内黏液不能流出吸收。②压力差因素。当关节或肌腱活动时, 关节腔或腱鞘内液压比囊肿内高, 黏液流向囊肿, 囊内液逐渐增多, 囊肿增大。③黏液分泌增多。局部存在的慢性劳损或炎症刺激, 黏液分泌增加, 囊肿逐渐增大。因此, 治疗的方法就必须针对这些因素进行。以往对于腱鞘囊肿治疗多采用手术切除, 可以彻底去除囊肿, 但毕竟手术有创伤, 且遗留瘢痕, 多数患者不愿接受。

封闭疗法是一种简便易行的治疗手段。利多卡因可以止痛, 扩张血管, 改善局部血循环, 便于炎症吸收; 醋酸曲安奈德可抑制炎症, 抑制黏液分泌。常规量法, 抑制了囊腔黏液分泌, 消除了炎症, 但囊壁仍然完整, 囊内液不易流出吸收, 压力差仍然存在, 当遇慢性劳损时囊肿易复发。单纯法仅起到机械冲洗作用, 与单纯挤破法一样, 虽然囊壁破裂, 囊内黏液流出吸收, 但慢性炎症刺激依然存在, 复发在所难免, 本组观察结果也显示其复发率最高。大剂量法, 将大量药液直接注入囊内, 加上手指按压, 增加了囊内压力, 起到液体剥离, 松解粘连作用, 彻底疏通了关节腔或腱鞘腔, 恢复了正常的解剖生理

环境。一次性解决了囊肿形成的因素,因而较其他方法效果好。

参考文献

- 1 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998. 717.
- 2 潘朝霞. 针刺、封闭、加压包扎治疗腱鞘囊肿 72 例. 江西中医学院学报, 2000, 12, (3): 79-80.

- 3 何建明, 艾文莉. 消痛灵与强的松龙治疗腱鞘囊肿疗效比较. 广西中医学院学报, 2001, 4(2): 54-55.
- 4 陆裕朴, 葛宝丰, 胥少汀, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 1287-1289.
- 5 杨进顺, 许日初. 液压扩充治疗腱鞘囊肿 248 例. 国际医药卫生导报, 1999, 9(9): 34-35.

(收稿日期: 2005-06-15 本文编辑: 王宏)

手指指端缺损的修复

Repair of fingers tip defect

戴晓强, 梁栋

DAI Xiaoliang, LIANG Dong

关键词 软组织损伤; 移植术, 组织 **Key words** Soft tissue injuries; Grafting, tissue

手指指端软组织缺损, 同时伴有肌腱、神经、血管、骨外露的损伤, 临床上常见, 自 1999 年 5 月-2004 年 5 月, 采用手术治疗指端缺损患者 212 例(256 指), 经术后随访, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 212 例(256 指), 男 182 例(203 指), 女 30 例(53 指); 年龄 12~45 岁。受伤原因: 挤压伤 175 指, 切割伤 58 指, 烧伤、电击伤 23 指。其中拇指 35 指, 食指 72 指, 中指 48 指, 环指 58 指, 小指 43 指。右手 194 指, 左手 62 指, 软组织缺损面积最小 1.0 cm × 1.5 cm, 最大 2.0 cm × 3.5 cm, 急诊手术 221 指, 择期手术 35 指。

2 手术方法

采用 7 种皮瓣修复创面, 手术在指根麻醉与局麻下进行。

①推进皮瓣: 全指腹前移皮瓣带指神经血管束, 本组共修复 33 指, 适用于 III 度指缺损。②指动脉岛状皮瓣: 利用指掌侧固有动脉及指掌侧固有神经的手背支所设计的皮瓣, 本组共 42 指。③食指背侧岛状皮瓣: 以第 1 掌背动脉与桡神经浅支发出的手指背侧神经为蒂, 于食指近节背侧, 不超过中节指间关节, 带筋膜蒂宽约 1 cm, 经隧道转位修复拇指指端, 本组共 38 指。④邻指皮瓣: 指腹缺损面积小, 选用此皮瓣, 共 33 指。

⑤腹部皮瓣、交臂皮瓣、鱼际皮瓣: 共 38 指。⑥ V-Y 皮瓣: 对矢状面横断的指端缺损, 应用此皮瓣修复。手术要点是将皮下组织纤维束与骨皮韧带切断, 使掌侧皮肤有充分的活动度, 而不损伤神经血管束, 将皮瓣向前推进, 适用于 II 度断指, 共 42 指。⑦原位再植与皮片移植: 对不波及指骨的指尖、指腹、指甲缺损以原位再植或软组织情况较好应用皮片移植, 本组 30 指。

3 结果

本组 256 指, 253 指皮瓣全部成活, 3 指原位再植坏死; 3 指感染, 经换药后愈合; 术后随访 2 年, 全腹推进皮瓣, 指动

脉岛状皮瓣, V-Y 皮瓣, 修复后指腹饱满, 色泽正常, 术后二点分辨觉均在 8 mm 内; 食指背侧岛状皮瓣修复拇指, 指腹饱满欠佳, 二点分辨觉为 9 mm; 腹部皮瓣、交臂皮瓣、鱼际皮瓣术后感觉差, 色泽、外形差, 二点分辨觉均大于 11 mm。32 指合并肌腱、骨折(关节内)活动稍差, 余功能均可。

4 讨论

4.1 皮瓣的选择 手外伤后软组织缺损的修复, 不仅要考虑其功能的修复, 而且要考虑其外形、感觉的恢复情况, 指腹皮瓣游离修复指腹缺损, 效果最佳, 风险也最大, 无显微外科技术最好不用。指动脉皮瓣的修复及食指背侧岛状皮瓣的修复效果次之, 并可同时修复神经的损伤。全腹推进 V-Y 皮瓣, 有一定适应证, 效果很好, V-Y 带筋膜蒂皮瓣可修复较大面积的皮肤软组织缺损。原位再植仅限于不波及指骨的指尖、指甲缺损者。腹部皮瓣, 交臂皮瓣等修复后外形、感觉、功能均差。拇指背侧软组织缺损, 无法用食指背侧岛状皮瓣者, 可选择桡神经浅支及伴行血管为蒂的逆行岛状皮瓣修复^[1]。

4.2 注意事项 指神经血管皮瓣修复时, 应选择手指非重要感觉区^[2]; 带血管蒂皮瓣隧道要通畅, 必要时切开; 血管蒂尽量带一定软组织, 以保证皮瓣供血和回流; 设计皮瓣时, 血管蒂要足够长; 皮瓣面积应比创面稍大各 2 mm, 以避免缝合时有张力。

参考文献

- 1 芮永军, 寿奎水, 徐建光, 等. 以手部皮神经伴行血管为蒂的岛状皮瓣的临床应用. 中华外科杂志, 1998, 14(2): 70-71.
- 2 顾玉东. 手的修复与再造. 上海: 上海医科大学出版社, 1995. 15-16.

(收稿日期: 2005-06-15 本文编辑: 王宏)