

有尺骨茎突骨折差异无统计学意义, 是否伴有尺骨茎突骨折与桡骨远端骨折的预后无关。这是由于三角纤维软骨复合体附着于尺骨茎突基底部, 撕脱引起的是尺骨茎突基底部骨折, 茎突尖部骨折只是尺侧囊撕脱骨折所致, 因而不影响下尺桡关节的稳定性。

3.4 下尺桡关节损伤临床上常被忽视 通过研究, 发现桡骨远端骨折后, 下尺桡关节的损伤在临床上常被忽视。本组约 22.4% (19/85) 的病例伴有下尺桡关节不稳, 分析原因, 我们认为可能与诊断桡骨远端骨折时未能注意下尺桡关节的损伤, 复位时未能注意复位, 以及通常采用旋前位石膏固定有关。下尺桡关节的主要稳定因素是三角纤维软骨复合体, 文献报道在桡骨远端骨折中, 撕裂的比例高达 78%^[7], 因此治疗时注意除了骨折外, 不要忽视伴随的韧带损伤。由于通常的影像学检查无法发现三角纤维软骨复合体的损伤, 如果高度怀疑, 应行 MR 检查, 以发现损伤。当前最佳的治疗方法是有关节镜下行损伤修复^[8], 同时可对不稳定的骨折进行有限内固定。石膏固定应该保持旋后位, 以稳定下尺桡关节, 避免后期并发下尺桡关节不稳。对发生下尺桡关节不稳的病例, 目前最佳治疗方法是 Adams 的解剖学重建韧带, 稳定下尺桡关节。对晚期严重疼痛, 发生创伤性关节炎的病例, Sauvé-

Kapandji 手术仍有其应用价值。

参考文献

- 1 Bowers W. The distal radioulnar joint In Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. Operative hand surgery. 4th Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1998: 986-1032
- 2 Samiento A, Pratt GW, Berry NC, et al. Colles fractures: Functional bracing in supination. J Bone Joint Surg (Am), 1975, 57(3): 311-317.
- 3 Lindau T, Aspenberg P. The radioulnar joint in distal radial fractures. Acta Orthop Scand, 2002, 73(5): 579-588.
- 4 周祖彬, 曾炳芳, 刘闻欣, 等. 桡尺远侧关节稳定性的解剖及临床研究. 上海医学, 2002, 25(51): 13-16
- 5 Lindau T, Hagberg L, Adlercreutz C, et al. Distal radioulnar instability is an independent worsening factor in distal radial fractures. Clin Orthop Relat Res, 2000, 376: 229-235
- 6 Lindau T. Treatment of injuries to the ulnar side of the wrist occurring with distal radial fractures. Hand Clin, 2005, 21: 417-425
- 7 Lindau T, Adlercreutz C, Aspenberg P. Peripheral tears of the triangular fibrocartilage complex cause distal radioulnar joint instability after distal radial fractures. J Hand Surg (Am), 2000, 25(3): 464-468.
- 8 Szabo RM. Distal radioulnar joint instability. J Bone Joint Surg (Am), 2006, 88(4): 884-894

(收稿日期: 2006-12-20 本文编辑: 王宏)

闭合性皮肤剥脱伤的治疗

徐才芽, 胡卫国, 俞斌

(余姚市人民医院外三科, 浙江 余姚 315400)

关键词 皮肤; 创伤和损伤; 骨科手术方法

Treatment of closed skin stripping XU Caiya, HU Wei-guo, YU Bin. Department of the 3rd Surgery, the People's Hospital of Yuyao Yuyao 315400, Zhejiang, China

Key words Skin Wounds and injuries Orthopaedics operative methods

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(12): 838-839 www.zggssz.com

闭合性皮肤剥脱伤临床并不多见, 常因重物压砸、车祸等损伤引起, 由于大多没有严重影响功能或为其他病痛所掩盖, 患者及医生均不够重视, 就诊时仅以皮下积液为惟一主诉, 往往仅以简单穿刺抽液、加压包扎治疗, 迁延日久而不能治愈。自 1993年 2月 - 2006年 4月共治疗此类患者 31例, 获满意结果, 报告如下。

1 临床资料

本组 31例, 男 19例, 女 12例; 年龄 30~63岁, 平均为 41岁。均有外伤史, 其中车祸伤 18例, 压砸伤 6例, 挤轧 5例, 摔伤 2例。损伤部位: 腰骶 8例, 髂嵴 6例, 腹股沟 5例, 大腿前外侧 10例, 小腿外侧 2例。伤后至就诊时间 1~55 d, 平均 31 d。早期损伤 9例, 晚期 22例。剥脱面积 6 cm × 10 cm ~ 18 cm × 29 cm, 平均 9 cm × 17 cm。穿刺引流 5例, 常规手术切除 23例 (其中 1例搔刮无效后改常规手术切除), 电气化镜手术 3例 (其中 1例关节镜下刨削困难而改电气化术)。

2 治疗方法

2.1 早期 损伤后 3周内, 浅层撕裂面尚未形成增厚囊壁状组织, 称为早期损伤 (本组 9例)。可先行穿刺抽液、加压包扎, 并补充血浆或蛋白质。穿刺宜每日 1次, 连续 3~4次, 如积液范围明显减小, 则可继续穿刺包扎。最好直接作小切口置负压引流, 引流一般 3~5 d 待每日引流液小于 30 ml 后拔管, 不缝合引流口。如上述两法均无效, 或者有部分积液不能消除, 则需手术治疗。

2.2 晚期 损伤 3周后, 浅层撕裂面已形成增厚囊壁状组织, 深层表面血管增生翳状组织覆盖, 称为晚期损伤 (本组为 22例)。全部采用手术治疗。手术完全切除浅层囊壁状组织至皮下脂肪层, 以切皮刀片刮除深层翳状组织至亮白深筋膜组织, 置负压引流 3~5 d。由于开放手术创口很大, 晚期有 3例试行腔镜手术。根据剥脱范围沿肢体长轴作约 1 cm 小切口, 切开位置可取剥脱上方、下方或中间, 依剥脱范围, 腔镜操作器材长短半

径、手术体位而定。位于剥脱处直接置入腔镜,位于上下端则先行作皮下隧道。放出积液,将灌注液(生理盐水 3 000 ml 悬吊于 1.5 m 高处)沿腔镜通道灌注。第 1 例采用关节镜下刨削,发现浅层组织厚韧刨削困难,而且出血影响视野,手术困难故考虑改用其他腔镜。因为电气化镜有为适应膀胱腔壁操作而设计的圆弧形电气化头,便于切除腔壁时又能止血,故改用电气化镜(后 2 例也用电气化镜)。镜下可见浅层组织已完全成灰白色、坚韧、厚壁、平整而无血管分布的囊壁样形态,有大量纤维束带状组织连接于内外侧壁之间,深层表面为广泛分布粉红色血管翳状组织覆盖。切除浅层囊壁样组织至脂肪层,深层以电气化烧灼表面带血管样翳状组织,不作切除。冲洗出切除组织,置负压引流 3~5 d。

3 结果

本组病例均获随访,随访时间 36~82 d 平均 55 d,以局部触之无波动感、B 超检查皮下积液完全消失为治愈标准。本组 31 例全部治愈。无复发,无皮肤坏死、肌疝形成及功能障碍。

4 讨论

闭合性广泛皮肤剥脱伤是由于皮肤、皮下组织与深筋膜之间受强力剪切滑移而形成,常由车祸、压轧伤而引起,一般多见于大腿前外侧、髌嵴、腹股沟、腰骶等处,由于这些部位位于身体的下半部,坐位或站立时身体相对固定,故暴力作用时易致皮下组织与深筋膜分离,同时因皮肤面积宽大且躯(肢)体呈圆桶状而无突起,受力均匀,有充分的滑移空间,故不易成为开放性剥脱伤。

早期剥脱二层组织间有少量出血及大量组织液渗出,形成淡血性液体。由于深筋膜致密不能自行吸收渗出液,慢慢刺激浅层组织纤维增生,形成光滑坚韧增厚的囊壁状组织,深层表面产生带血管翳状的滑膜样组织,二层组织间即形成囊腔状结构。由于本病少见,认识上尚有不足。对后期病例,有人认为为创伤后局部血肿未得到及时处理,逐渐液化而成^[1]。作者认为,本病急性创伤后,从深筋膜走向皮肤的小血管因撕裂而少量出血,很快断裂小血管即自行回缩闭合而

止血,但软组织剥脱很广泛,组织液渗出量很多,使少量血液稀释,反而不能形成血肿(我们早期手术、穿刺从未发现大的血肿),最后也就没有血肿机化而使剥脱二层组织间纤维粘连愈合的可能。所以不及时治疗,则不能自愈,常需手术治疗^[2]。后期由于囊腔样组织形成,也有把本病称为“创伤性滑膜炎”的,但作者认为本病原无滑囊,创伤后形成假性囊腔状结构,但病理切片下并未发现滑膜细胞组织,仅为纤维组织增生纤维化,伴有少量淋巴细胞浸润,故不能与创伤性滑膜炎,如髌前滑膜炎混淆。

治疗注意事项:①早期及时治疗,只要创造了良好的血运,使剥脱二层组织间紧贴,就有愈合的希望,故穿刺引流应尽早进行。②切口宜以剥脱中心为中点沿肢体轴线进行,以方便显露和手术操作。③如同时有骨折,则宜早期骨折手术时同时处理,切口设计要兼顾骨折与皮肤剥脱伤的处理,预防皮肤坏死而致骨的感染。④不要试图对晚期皮肤剥脱伤行穿刺引流,皮质激素腔内的注射、搔刮等治疗。因为这些方法均不能消除增厚致密且血运较差的浅层囊壁状组织,致使二层组织不能正常愈合而见效。⑤只切浅层的致密组织,不切除深层深筋膜组织,以免形成肌疝或影响功能。对晚期病例,彻底切除浅层囊壁状组织,并刮除深层翳状组织^[3]。⑥术后必须负压引流,引流相对一般手术时间要稍长。⑦电气化镜下操作,浅层组织勿切除过多,术后肢体要保温,以保证皮肤血运。术后引流时间要长,以利皮下渗入生理盐水的排泄。由于肢体骨骼的影响,腔镜的直器械操作尚欠便利,须作改进及熟练。

参考文献

- 1 杨荣,匡凌浩,衡德峰,等.关节镜下治疗创伤性滑囊炎 13 例.中国微创外科杂志,2005 2(2):166.
- 2 曲绵域,于长隆.实用运动医学.北京:科学技术出版社,1996 741-742.
- 3 Quayle JB, Robinson MP. An operation for chronic prepatellar bursitis. J Bone Joint Surg(Br), 1976, 58: 504-506.

(收稿日期:2007-01-31 本文编辑:王宏)

第 4 届全国骨创伤专题研讨会征文通知

由中华医学会创伤学分会、中华创伤杂志英文版举办的第 4 届全国骨创伤专题研讨会将于 2008 年 6 月在云南大理召开。征文内容:脊髓、周围神经损伤的治疗与功能修复,四肢创伤骨折的诊治经验,骨质疏松症性骨折的防治,中西医结合治疗骨折、软组织损伤,微创手术在骨与关节损伤中的应用,交通伤救治经验等。征文要求:未公开发表的论文摘要(中文,约 500 字)1 份,包括文题、作者单位、姓名、邮编及电话,并附一与纸样文字内容相同的软盘或通过 E-mail 投稿。会议将邀请国内(外)知名专家教授与会作专题讲座并从征文中挑选部分论文作大会发言。会议期间将评选优秀论文,并颁发优秀论文证书,将选出部分优秀论文在中华创伤杂志英文版刊登。本次研讨会将出版论文集,被收录论文并出席会议者将颁发论文证书并授予国家 I 类继续教育学分。截稿日期:2008 年 3 月 31 日。收稿地址:重庆市大坪长江支路 10 号《中华创伤杂志英文版》编辑部 宋双明主任收。邮编:400042。电话:(023)68757483 68711977。传真:(023)68711977。E-mail edcjdtp@public.cta.cq.cn 或 p_yy1109@sina.com。来稿务请在信封上注明“会议征文”。欢迎通过 E-mail 投稿,但务请注明通信地址、邮编、电话。

会议确切日期、地点及安排请留意第 2 轮通知,第 2 轮通知将于 2008 年 5 月发出。

中华医学会创伤学分会
《中华创伤杂志英文版》编辑部