

横“8”字法原位缝合固定甲板修复指(趾)甲撕脱伤

陈伟富,朱忠,吴立志,陈国富,潘伟波,林列,陈忠义,陈海啸
(台州医院骨科,浙江 临海 317000)

关键词 指(趾)甲; 创伤和损伤; 修复外科手术

Transverse “8” figure suture and fixation in situ for repairing nail avulsion CHEN Wei-fu, ZHU Zhong, WU Li-zhi, CHEN Guo-fu, PAN Wei-bo, LIN Lie, CHEN Zhong-yi, CHEN Hai-xiao. Department of Orthopaedics of Taizhou Hospital, Linhai 317000, Zhejiang, China

Key words Nails; Wounds and injuries; Reconstructive surgical procedures

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(3): 228-229 www.zggszz.com

指端损伤造成的甲床及指甲撕脱较为常见,传统的处理方法大多是拔掉指甲,修补缝合裂伤的甲床后用无菌油纱包扎。经此处理新生长的指(趾)甲往往留有后遗症,如甲体粗糙、有纵脊、甲体与甲床附着不完全,严重影响了指(趾)甲的美观及愈后。目前有很多方法修复损伤的指甲,但效果欠佳,我院于 2006 年至 2008 年采用横“8”字法将指甲原位缝合固定技术用于伴有指甲撕脱的指端损伤患者中,疗效满意。这项技术简单、安全,初学者容易掌握,预后佳,报告如下。

1 临床资料

本组 29 例 46 指(趾),男 21 例,女 8 例;年龄 3~65 岁,平均 39.5 岁。冲(挤)压伤 24 例,撕脱伤 3 例,其他伤 2 例。指甲 20 例 31 指,趾甲 9 例 15 趾。合并甲床软组织裂伤 24 例 32 指(趾),甲床裂伤合并末节指(趾)骨折 18 例 26 指(趾)。

2 治疗方法

2.1 甲床创面及骨折处理 局部指(趾)根部麻醉后,常规液体肥皂刷洗患肢 10 min,0.1%新洁尔灭冲洗 2~3 次,0.5%碘伏消毒 2 次。彻底清创后,移除甲板,末节指(趾)骨骨折的病例,用 7 号注射针头固定骨折指(趾)骨,尽量做到解剖复位。对于甲床有裂伤的病例仔细对合受伤甲床软组织,不进行缝合。甲床及周围结构广泛挫裂伤处理应遵循无创操作,用 7-0 无创缝线缝合,减少甲床瘢痕。

2.2 指(趾)甲制备 将已经拔下或者掉下的甲板消毒,用剪刀修整,去除甲板下残余组织,将修整后的甲板钻减压孔,一般随机分布,2~3 个都可以,最好用尖刀,不用三角针,孔内无指(趾)甲碎屑残留,以免影响甲床表面的引流。远端剪出 2 个楔形的缺损或凹槽备用(图 1)。

2.3 横“8”字缝合方法 甲板复位于两侧甲沟部,用可吸收或不可吸收缝线(通常 4-0,儿童选用 5-0)从一侧甲沟远端向近端缝合,将线绕过甲板远端的凹槽后,再从对侧甲沟的远端缝向近端(见图 1)。缝合时,远端缝合点需要覆盖指(趾)甲,近端缝合处应对甲板有加压作用。进针和出针的位置需要与

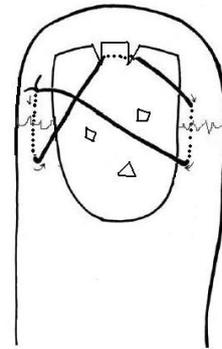


图 1 横“8”字缝合方法示意图

指甲相适应,例如当只有部分指(趾)甲存留时,远端进针点在甲板中部的远端即可。然后与起点处打结形成一横“8”字形,使得指(趾)甲可以很好地向近端甲根和腹侧甲床加压作用。

3 结果

3.1 疗效评定标准^[1] 修复疗效评定内容:①外形,甲的大小、表面平整和弧度,有无纵、横裂。②甲体附着能力完全或不完全。③症状,主要是有无局部触痛。评定标准(与健指相比):优,外观基本正常,局部无触痛;良好,甲体表面有一些小的可修饰的畸形,局部无触痛;可,有指甲畸形,有一定不易修饰的畸形,甲床与甲体附着力大于 3/4,无明显触痛;差,甲体表面有明显畸形,甲体与甲床附着力小于 2/3,局部明显触痛。

3.2 疗效结果 术后随访 3~6 个月,平均 4.7 个月,以末次评定结果为疗效,46 指(趾)疗效评定,优 41 指(趾),良 5 指(趾)。

4 讨论

指(趾)端损伤较为常见,当伴有指甲撕脱、甲床撕裂时增加了治疗上的难度,指甲的外形直接影响手指的外观,对手的握持也发挥重要的作用^[2]。对于造成的甲床损伤,传统的处理方法大多是拔掉指(趾)甲,修补缝合裂伤后用无菌油纱包扎。

通讯作者:陈海啸 Tel: 0576-85199666 E-mail: drchx@tom.com

经此处理新生长的指甲往往留有后遗症,如甲体粗糙、有纵脊、甲体与甲床附着不完全,严重影响了指(趾)的美观及愈后的痛苦。近年来,在甲床损伤修复重建及指甲再生方面,国内一些作者将修复后甲床表面的固定物以硅胶片、塑料板等作为甲体替代物,以确保指(趾)甲的良好生长,避免甲沟下翼状赘肉增生,但是这些替代物难免发生排斥反应,引起瘢痕增生,致使畸形出现。对于处理指(趾)甲撕脱原位缝合方法中,既往也有作者将甲板水平褥式缝合^[3],但这种缝合方法只是一维固定,甲板可能会翘起或在甲床旋转。而且,当甲床撕裂时就更加不稳定。其他的方法还包括纵向“8”字缝合等^[4],同样存在不稳或对甲床无法加压等现象而出现愈合后甲体异常。

我们认为横“8”字原位缝合固定指(趾)甲是一种 2 维固定的方法,而且无须完整的甲床,以达到对甲床、甲上皮、甲下皮的最小损伤。这项技术的优点是可使甲板和甲床保持良好的接触,防止甲板向远端及背侧移位,并同时产生持续的加

压作用。将甲板牢固地固定在甲床后,起到夹板样作用保护撕裂的甲床和其下的指(趾)骨骨折,使用甲间沟处缝合替代甲上皮缝合可以更加坚固。另外,通常缝合处的甲沟常常也是撕裂的部分,需要修复。

总之,横“8”字缝合方法快速、简便,基层非手外科医生容易掌握,缝线也很容易拆除,患者预后好,值得推广。

参考文献

- [1] 王炜. 整形外科学. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1999. 1367-1370.
- [2] 张功林, 郭翔, 徐招跃. 介绍一种指甲延长的新技术. 中国骨伤, 2007, 20: 315-316.
- [3] Collins SC, Cordova K, Jellinek NJ. Alternatives to complete nail plate avulsion. J Am Acad Dermatol, 2008, 59(4): 619-626.
- [4] Jeys LM, Khafagy R. A useful technique for securing nails; the figure-of-eight suture. Br J Plast Surg, 2001, 54(7): 651.

(收稿日期: 2008-10-28 本文编辑: 王玉蔓)

Pipkin 骨折的治疗及并发症的防治

陈农¹, 董健², 潘福根¹

(1. 复旦大学附属中山医院青浦分院骨科, 上海 201700; 2. 复旦大学附属中山医院)

关键词 股骨骨折; 骨折固定术, 内; 手术后并发症

Treatment of Pipkin fractures and prevention of its complications CHEN Nong, DONG Jian*, PAN Fu-gen. *Department of Orthopaedics, the Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 201700, China

Key words Femoral fractures; Fracture fixation, internal; Postoperative complications

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(3): 229-230 www.zggszz.com

Pipkin 骨折是指髌关节后脱位同时合并的股骨头骨折, 约占髌关节脱位的 1%~16.8%^[1], 多由强大暴力导致, 处理不当易导致股骨头坏死、异位骨化、骨关节炎等一系列并发症。自 2001 年至 2007 年, 共收治 12 例, 根据不同骨折类型采用不同的治疗方法, 取得了满意效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例, 男 11 例, 女 1 例; 年龄 20~65 岁, 平均 34.6 岁, 以青壮年多见; 左侧 5 例, 右侧 7 例。损伤原因: 交通伤 9 例, 高空坠伤 3 例。合并同侧胫腓骨骨折 2 例, 同侧胫腓骨骨折合并交叉韧带断裂 1 例, 坐骨神经损伤 2 例, 多发性肋骨骨折 1 例, 脑外伤 1 例。

1.2 分型 按 Pipkin 分类原则^[2]分为 4 型。本组 I 型 6 例, II 型 3 例, III 型 1 例, IV 型 2 例。

2 治疗方法

2.1 手术前的评价 本组病例术前常规拍摄骨盆正位、闭孔斜位、髌骨斜位等 X 线片, 尽量做到髌关节复位前和复位后

CT 平扫, 充分了解和评价股骨头和骨盆骨折的类型。CT 图像三维重建技术可充分显示股骨头和髌臼骨折的情况, 对手术方式的选择有重要的指导意义。

2.2 治疗方法 所有病例均于入院后急诊腰麻或静脉麻醉下手法复位, 并行骨牵引治疗, 复位后立即摄 X 线片及行 CT 检查。其中 3 例 I 型患者骨折块基本解剖复位, 关节腔内无碎片, 均予骨牵引治疗 4~6 周, 3 个月后部分负重, 半年后完全负重。III 型骨折 1 例为 65 岁男性, 直接用全髌关节置换术, 余 8 例因骨折块未解剖复位和合并髌臼后壁骨折均予手术治疗, 髌臼后壁骨折行重建钢板内固定。受伤到手术时间 8 h~14 d, 平均 5 d。采用硬膜外麻醉, 取侧卧位, 采用 Kocher-langenbeck 入路, 髌关节暴露后脱出股骨头, 显露股骨头骨折处, 清除关节腔内血肿及小的游离骨块, 把较大骨折块直视下复位并作固定。若要固定骨块与圆韧带相连, 尽量不游离骨块, 在髌关节复位后复位骨折块, 用可吸收钉固定。在固定骨折块时, 可从骨块中心固定到股骨头, 也可从股骨头固定到骨块中心, 使用埋头器, 以保持股骨头关节面平整。大的骨折块置入 2 枚可吸收钉。术前有坐骨神经损伤患者, 术中行坐骨神