

腘窝滑膜囊肿

王强 孙建华 郭荣光 杨占辉
(沈铁吉林中心医院, 吉林 吉林 132001)

【摘要】 目的 提出 窝滑膜囊肿的命名及分型,探讨手术适应证及治疗方法。方法 自 1992 至 1998 年手术治疗 190 例 窝滑膜囊肿患者,分别采取术前检查,术中所见进一步了解发病部位及囊肿是否与膝关节相通而进行临床分型。应用半膜肌或腓肠肌腱膜瓣修补交通型和混合型囊肿 150 例。单纯彻底切除滑囊治疗单纯型囊肿 40 例。结果 有 125 例随访 0.5~5 年,用自行拟订的疗效评定标准,优 100 例,良好 20 例,好转 5 例。术前按 窝滑膜囊肿部位,分为内侧型及外侧型;按术中情况分为单纯型、交通型及混合型。结论 早期采取半膜肌或腓肠肌腱膜瓣修补和单纯彻底切除滑囊的手术方法治疗不同类型滑膜囊肿,无一例复发,是最佳治疗方法。

【关键词】 滑膜囊肿 分类法 囊肿

Synovial cyst of popliteal fossa WANG Qiang, SUN Jiar-hua, GUO Rong-guang, et al. Jilin Railway Center Hospital (Jilin Jilin, 132001)

【Abstract】 Objective To study the nomenclature and classification of synovial cyst of popliteal fossa, to explore its treatment method and indication of operation. **Methods** 190 patients with synovial cyst of popliteal fossa were treated with operation. The disease was classified according to pathogenic position and whether the cyst was communicating with the knee joint; these were decided by preoperative observation in combination with intraoperative findings. 150 cases of communicating type and mixed type were repaired by semimembranous muscle or aponeurosis of gastrocnemius. 40 cases of simple type were treated with simply resection of the synovial bursa. **Results** The follow-up period of 120 cases ranged from 0.5 year to 5 years. Excellent results were obtained in 100 cases, good in 20 and fair in 5. Before operation, the disease was classified as medial and lateral types according to the location of the lesion. The intraoperative findings indicated that the disease could be classified as simple type, communicating type and mixed type. **Conclusion** Repairing the cyst after resection with semimembranous muscle or aponeurosis of gastrocnemius and simple resection of the synovial membrane completely are the best methods for the treatment of different types of popliteal cysts.

【Key Words】 Synovial cyst Classification Popliteal cyst

我院自 1992 年 7 月~1998 年 7 月共手术治疗 190 例腘窝滑膜囊肿。用半膜肌或腓肠肌腱膜瓣修补交通型和混合型囊肿 150 例;单纯彻底切除滑囊治疗单纯型囊肿 40 例,取得满意疗效,现总结如下。

1 材料与方

1.1 临床资料 本组 176 例,男 101 例,女 75 例,年龄 35~80 岁,平均 53.3 岁,左膝 76 例,右膝 114 例,合并有增生性膝关节炎 147 例。

1.2 治疗方法 在连续硬膜外麻醉下,取俯卧位,患肢大腿中上 1/3 放气压止血带,常规消毒、驱血,止血压力为 75~80kPa,根据肿物大小取横“ ”形切口,术中见滑液囊位于半膜及半腱肌腱与内侧副韧

带之间 31 例,位于半膜肌腱与胫骨内髁之间的腘窝间隙内 42 例,位于腓肠肌两个头深面 47 例,位于腓肠肌内侧头与半膜肌之间 70 例;与膝关节相通的腘窝滑膜囊肿 141 例,原发于半膜及半腱肌腱及腓肠肌腱上的 40 例,与膝关节相通及单纯囊肿并存的 9 例。

1.2.1 交通型和混合型滑膜囊肿治疗方法 如与膝关节相通,应首先向关节腔内注射美蓝,找到疝口,如疝口为圆形用 7 号丝线“8”字缝合结扎,如疝口为长条形,间断褥式缝合,结扎处距断端 0.2cm,再用“Z”字缝合包埋,并切取邻近的半膜肌或腓肠肌腱膜瓣反转覆盖于疝口缝合固定,腱膜瓣长:宽 = 1:1,并石膏托固定于伸直位 2 周。

1.2.2 单纯型滑膜囊肿治疗方法 如不与膝关节

作者简介:王强(1968 -),男,汉族,吉林省辽源市人,主治医师,主要从事骨科、显微外科研究,曾获市级科研成果三等奖。

相通,原则上彻底切除滑液囊,必要时可切除部分粘连腱膜,保证滑膜无残留,不需石膏托固定,术中避免损伤腘窝神经血管,尤其是腓总神经。

1.3 分型标准 根据术前检查,按腘窝囊肿部位分两型:位于腓肠肌内侧头附近为内侧型;位于腓肠肌外侧头附近为外侧型。根据术中情况分三型: I 型与膝关节相通为交通型; II 型不与膝关节相通为单纯型; III 型囊肿存在两个或两个以上,单纯型和交通型同时存在为混合型。

2 结果

本组共 190 例 窝滑膜囊肿,术前分型内侧型 122 例,外侧型 68 例;术中分型交通型 141 例,单纯型 40 例,混合型 9 例。有 125 例获得随访 0.5~5 年,根据自行拟订的疗效判断标准,优:膝关节活动自如,肿块感消失,不复发,占 80%;良:膝关节活动自如,偶有酸胀感,不复发,占 16%;好转:膝关节略受限,偶有酸胀感,不复发,占 4%;差:膝关节活动受限(同术前),有酸胀感,囊肿复发,无一例。

3 讨论

3.1 腘窝滑膜囊肿的命名 1829 年 Dupuytren 最早提出腘窝肿块。1840 年 Adams 首先发现半膜肌腱滑囊与膝关节相通。1877 年 Baker 发表了膝部滑膜囊肿的形成与关节疾病有关的经典性论著^[1],认为贝克囊肿(窝囊肿)是与膝关节腔相通的膨大滑液囊^[2],本文认为根据囊肿的来源,腘窝囊肿应命名为“腘窝滑膜囊肿”。腘窝滑膜囊肿有两个来源:滑囊及后关节囊^[3]。首先是由于肌腱摩擦刺激而引起,大多数为刺激性滑囊炎,滑囊粘液膨胀,其实在膝关节周围有很多滑液囊,囊内衬以滑膜细胞,含少量粘液以减少相邻组织之间的摩擦,滑液囊可减轻组织损伤,但也可成为损伤的产物,即形成囊肿,其次是因关节滑液增多,膝内压增高,后关节囊破裂,滑囊疝出所致,故我们认为腘窝囊肿(Baker 囊肿)命名为“腘窝滑膜囊肿”更明了,更准确。

3.2 腘窝滑膜囊肿的诊断依据 腘窝滑膜囊肿是临床上较常见的疾病,多与膝关节其他疾病并存,尤其是增生性关节炎,临床表现多为感觉腘窝部不舒适或胀痛,活动时疲劳感,无意中发现肿物存在,查体见股骨内髁有一囊性包块,伸膝站立时明显,无压痛或仅钝性压痛,B 超可以协助诊断,位于腘动、静脉后方或侧方,表现为圆形或椭圆形无回声液性暗区^[4],我们认为通过临床表现及 B 超检查诊断不会

产生困难,尽量不采取诊断性穿刺。

3.3 腘窝滑膜囊肿的术前分型方法 通常按病因可分为两种类型,原发性与继发性。原发性是粘膜膨胀的滑囊,起源于关节腔,而关节本身并无其他疾病。继发性常继发于关节的某种疾病,主要为骨关节炎^[1]。根据膝关节腘窝部解剖,腘窝位于股骨下端及膝关节后方,为肌肉围成的菱形间隙。由上下两个三角组成,上三角位于膝关节平面上方,其内上界为半膜肌和半腱肌,外上界为股二头肌短头及长头,下三角位于膝关节平面下方,下内及下外界分别为腓肠肌内外侧头^[5],其中由半膜肌与腓肠肌内侧头围成的浅沟为 肌内侧沟,由股二头肌与腓肠肌外侧头围成 肌外侧沟, 窝滑膜囊肿由此两个浅沟疝出,故本文提出术前分型标准为接近半膜肌及腓肠肌内侧头为内侧型;而接近于股二头肌及腓肠肌外侧头为外侧型,这样可以为术前穿刺提供穿刺部位及手术中切口的选择,还可以为术者提示术中注意事项,毗邻神经血管情况,减少失误。

3.4 窝滑膜囊肿术中分型及治疗 与膝关节相通,即有疝口的为交通型,而单纯原发于腘窝周围滑膜而不与膝关节相通的为单纯型,两种类型并存的为混合型。提出本分型方法,可以指导手术方式,即单纯型可单纯彻底切除囊肿,而交通型则需“8”字或褥式缝扎疝口,“Z”字包埋,并用半膜肌或腓肠肌腱膜瓣覆盖,这样可以缩小疝囊,加强后壁并填充腘肌内外侧沟的空虚,术后石膏托固定 2 周以利于疝口修复及腱膜瓣愈合,无一例复发。

3.5 腘窝囊肿手术适应证 我们认为有以下几个方面: 有膝关节其他疾病并发腘窝滑膜囊肿应先治疗膝关节其它疾病,待缓解或治愈后,再手术治疗腘窝滑膜囊肿这是手术成功的前提。 囊肿反复出现影响膝关节功能。 儿童 4~5 岁以后囊肿仍不能自消的,则应手术治疗。

参考文献

[1] 毛宾尧,张学义,乐兴群. 膝关节外科. 北京:人民卫生出版社, 1987. 259-260.
[2] 罗才尧,姜共为,周之德. 用带蒂腓肠肌腱瓣修补贝克氏囊肿. 上海医学,1992,15(1):35.
[3] 朱通伯,戴魁戎,郭世绂,等. 骨科手术学. 北京:人民卫生出版社, 1999. 1927.
[4] 康斌,杜靖远,黄建华,等. 膝部囊肿的 B 超诊断. 同济医科大学学报,1994,23(3):238-239.
[5] 张朝佑,雷建章,韩亚男,等. 人体解剖学. 北京:人民卫生出版社, 1999. 255.

(收稿:1999-11-08 修回:2000-03-23 编辑:李为农)