

[文章编号] 1002-0179 (2002) 04-0540-01

α-糜蛋白酶治疗腱鞘囊肿的临床观察

明 伟, 张德纯

(川北医学院附属医院骨科, 四川南充 637000)

[中图分类号] R686.1

[文献标识码] D

腱鞘囊肿是一种关节附近的囊性肿块, 好发于腕背侧、腕侧、足背等处, 呈圆形, 表面光滑, 张力较大^[1]。以腕部最为常见; 身体其它部位的关节囊、腱鞘也可以发生。其治疗方法很多, 但复发率较高。作者采用α-糜蛋白酶治疗腱鞘囊肿患者73例, 疗效满意。现报告如下。

1 临床资料

自1994年2月~2000年6月, 共收治73例确诊患者。其中女性44例, 男性29例。手术摘除及捏破后复发28例, 腕部54例, 足背部19例。发病年龄19~54岁, 平均29岁。囊肿直径最大约3.0cm, 最小约0.8cm

2 治疗方法

2.1 先将α-糜蛋白酶5mg用1~2ml注射用水稀释后抽吸备用。

2.2 行囊肿区域常规消毒, 用9号针头注射器于囊肿一侧刺入囊腔内抽出囊肿内透明胶冻状液, 固定穿刺针头, 取下注射器, 接入α-糜蛋白酶稀释液注射器注入, 注入量根据囊肿大小而定, 不要使囊内张力太大; 对多囊腱鞘囊肿者

先行远侧囊腔抽吸及注入α-糜蛋白酶稀释液, 然后退针致近侧囊腔抽吸及注入α-糜蛋白酶稀释液; 拔针后针眼处轻压1~2分钟。

3 疗效评定

本组73例均采用治愈、好转作为评定标准^[1]。治愈: 囊肿消失, 无症状, 肌腱无粘连, 无复发, 功能恢复, 有66例, 占90.4%; 好转: 症状减轻, 功能改善, 有7例, 占9.6%。随访43例, 其中手术及捏破治疗复发患者13例, 时间5个月~6年, 平均3~4年, 无一例复发, 无腕、足关节疼痛及活动受限。

4 讨论

治疗腱鞘囊肿的方法较多, 常用的有: ①挤压法; ②敲击法; ③药物注射法; ④手术摘除^[2]。传统的囊内药物注射使用醋酸氢化可的松, 但易复发^[3]。作者采用α-糜蛋白酶囊内注射73例效果满意。α-糜蛋白酶系蛋白水解酶, 能溶解脓液使之变稀, 溶解血液凝块和坏死组织, 消除炎症过程所引起的纤维素沉淀、促进肉芽组织的生长, 但对正常

组织无影响^[4]。腱鞘囊肿的囊壁为致密的纤维结缔组织, 囊壁内无衬里细胞, 囊内为无色透明粘液, α-糜蛋白酶注入腱鞘囊肿后, 可以稀释溶解残余胶冻状囊液, 溶解囊壁组织, 使囊腔闭合, 达到治愈效果。本方法治疗73例中有5例出现局部小面积轻度疼痛、发红, 是由于α-糜蛋白酶渗入皮下刺激所致, 因此在注射时应避免囊内压力过大, 如出现此现象无需处理, 3~5天症状、体征自动消失, 不影响疗效, 无后遗症。

5 参考文献:

- [1] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准(第二版) [M]. 北京人民军医出版社, 1998: 402.
- [2] 重亦明, 宋一同. 软组织损伤学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988: 176.
- [3] 中国人民解放军后字245部队《外科学术学》编写组. 外科学术学 [M]. 北京: 人民出版社, 1974: 1165.
- [4] 张家铨, 吴景时, 程鹏. 常用药物手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 590.

(收稿日期: 2002-01-10)

[文章编号] 1002-0179 (2002) 04-0540-01

腓肠肌内侧头肌皮瓣移位术治疗开放性胫腓骨骨折伴胫前软组织缺损

王奉雷

(都江堰市人民医院, 四川都江堰 611830)

[中图分类号] R683.42

[文献标识码] D

胫腓骨骨折多系直接暴力所致, 常合并严重的软组织损伤, 骨折内固定后皮肤软组织坏死感染而致骨或内固定物外露, 将影响骨和创面的愈合。我院自1996年以来采用带蒂腓肠肌内侧头肌皮瓣移位术覆盖胫前软组织缺损共18例, 效果满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组18例, 男15例, 女3例; 年龄16~61岁, 平均31岁; 车祸伤16例, 砸伤2例; 均为开放性胫腓骨骨折, 初期清创内固定后胫前软组织坏死感染, 骨或内固定物外露, 行二期带蒂腓肠肌内侧头肌皮瓣移位术覆盖创面。创面缺损面积最大15cm×12cm, 最小5cm×4cm。

1.2 手术方法

硬膜外麻醉后, 患者平卧或患侧卧位, 膝关节屈曲。清理坏死感染组织, 不取出内固定物。沿小腿后正中切开, 钝性分离腓肠内外侧头及比目鱼肌间隙, 前缘与创面相连, 皮瓣远端应超过

创面远端3~5cm, 切取腓肠肌内侧头肌皮瓣。肌皮瓣蒂部位于小腿后上方, 蒂部皮肤肌肉勿需切断。供区创面取同侧大腿中厚皮片移植。术中注意: ①切取肌皮瓣应在腓肠及比目鱼肌间隙进行, 从上而下进行分离。②肌肉与皮肤之间容易分离, 可作暂时性固定。③术中勿损伤小隐静脉及腓肠神经。④肌皮瓣设计应大于清创后受区, 避免张力过大而致术后肿胀, 影响血运。

2 结果

18例腓肠肌内侧头肌皮瓣血运均良好, 骨或内固定物外露均完全覆盖, 游离中厚皮片移植均存活, 仅2例肌皮瓣远端皮缘坏死1例中厚皮片移植未全部成活, 经换药后痊愈。经随访, 骨折4~8个月愈合, 肢体外形及功能恢复满意。

3 讨论

由于内固定的广泛应用, 减少了骨折端异常活动, 有利于控制感染和创面处理。但如初期清创不彻底勉强闭合伤口, 皮肤软组织坏死, 骨或内固定物外露, 伤口长期不愈合而治疗困难。采用

带蒂腓肠肌内侧头肌皮瓣移位覆盖胫前软组织缺损区, 不仅可以消灭创面, 而且由于腓肠肌血运丰富, 抗感染能力强, 能促进骨折愈合, 消除感染。本组18例因初期勉强闭合伤口造成胫前软组织坏死, 骨或内固定物外露, 经扩创后, 同时行带蒂腓肠肌内侧头肌皮瓣移位术覆盖缺损区, 并植游离皮片, 取得满意效果。

腓肠肌内侧头的滋养动脉起于胆动脉内侧, 从肌肉深面入肌后分出多级血管分支供应该肌及表面皮肤, 其切取范围较大, 肌皮瓣较长, 是修复膝及小腿软组织缺损最常用的肌皮瓣, 切取后对足的功能影响不大^[1]。腓肠肌内侧头肌皮瓣转移方便, 不需要吻合血管, 手术相对简单、安全, 成功率较高, 适宜基层医院广泛开展。

4 参考文献:

- [1] 候春林. 带血管蒂组织瓣移位手术图解 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 257.

(收稿日期: 2002-09-10)