

的抗张力强度达不到交叉韧带抗拉力要求。而取同侧肢体阔筋膜条用作重建膝交叉韧带的组织很早即被应用^[2]。它有很好的生物相容性,又可同时修复交叉韧带及侧副韧带,一物两用;且其抗拉强度好,长度可按需切取;阔筋膜植入关节后,其营养供应来源于关节滑膜,出现游离移植优良的血管再生;并且穿过骨隧道的筋膜组织随着骨隧道的修复嵌紧于骨质中,具有很强的耐拉性,不松弛变形。荣国威等实验证明^[3]:移位的髌胫束被用于重建交叉韧带后受到相应于原韧带所受的应力,纤维束的排列便逐渐趋向一致,纤维束密度增加,纤维母细胞夹于紧密的纤维束之间,逐渐被挤压成扁平星状的腱细胞,形成了规则致密的结缔组织,最终演变成韧带组织。

4. 术后关节功能恢复问题 术后早期锻炼是防止关节僵硬的有效方法。膝关节强直是本病严重并发症

之一,一旦发生就给病人造成生活上的极大不便。处理越晚,难度越大,效果也越不理想。本组病人术后 3 日即鼓励股四头肌锻炼,术后 4 周去除石膏在床上行膝关节伸屈活动锻炼,每日逐渐加大屈膝度,屈膝至有疼痛感为止。8 周后下地练习行走,本组 21 例患者,除 2 例合并伤严重,功能欠佳,余均取得满意疗效。

参考文献

1. 王子彬,等. 碳纤维关节内应用的实验研究. 西安医药 1990; 1: 4.
2. 毛宾尧,等. 髌胫束重建交叉韧带(附 7 例报告). 中华骨科杂志 1989; 2: 153.
3. 荣国威,等. 髌胫束移位重建前交叉韧带的实验研究. 中华外科杂志 1986; 24: 765.

(收稿: 1996—08—19)

小钩刀挑治弹响指 136 例观察

青岛工人温泉疗养院 (266207) 赵明先

笔者自 1992 年 10 月~1994 年 10 月,应用小钩刀行经皮闭合松解术治疗顽固性弹响指 136 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 本组病人 136 例,男 43 例,女 93 例;食指 94 例,拇指 42 例,年龄最大 62 岁,最小 15 岁;病程最长者 28 个月,最短者 5 个月;大多经过局封、推拿、理疗及服药治疗无明显好转者。

操作方法 局部常规消毒,铺无菌洞巾,戴手套。2%利多卡因 3~5ml 局部浸润麻醉后,手掌指关节掌侧痛性结节处刺入小钩刀,直达腱鞘处,顺肌腱平行方向前后挑动钩拉,范围约 0.5~1cm,用力要均匀,随小钩刀前后钩拉的同时可听到或感觉到坚韧变性之狭窄腱鞘被挑开的“咔,咔”声,拔出钩刀后,嘱患者作指屈伸动作,如屈伸顺利,无痛感及卡压感,说明狭窄的腱鞘管已被完全松解。创口挤出瘀血后重新消毒,用创可贴复盖保护 3 天。24 小时后即可行手指功能锻炼。

治疗效果 136 例中术后症状完全消失者达 126 例,患指伸屈自如,亦无特殊不适。随访 4~14 个月无复发。10 例因挑治松解不彻底,2 周后仍有指伸屈功能

障碍及疼痛,1 个月后再次挑治松解后痊愈。

体会 小钩刀闭合挑治弹响指,对单纯性指屈肌腱鞘炎,经局封、理疗等保守治疗无效,同时腱鞘已增厚,局部有硬结节且伴弹响卡压时,均可选用腱鞘挑治术。对腱鞘狭窄明显,估计狭窄范围较大时,可选两点作腱鞘挑治松解较彻底。

术者应熟悉手指解剖位置,以防损伤手指血管神经。第 2~5 指掌指关节掌侧正中部血管神经较少,由此处进钩刀较安全。拇指进钩刀处应选掌指关节掌侧偏尺侧处,可避免损伤拇指掌侧固有动脉和神经之桡侧支。钩刀进入皮下切割腱鞘管时,应有坚韧纤维被切开的“咔,咔”声之感。如钩拉之组织较松软时,可能为血管神经组织,切勿强行钩拉,以免损伤。若发生血管轻度损伤,压迫止血即可。如神经被钩拉时,患指远端有麻痛感,应立即改变位置避开神经。当确认钩拉位置正确,应稳而有力地彻底挑开狭窄之腱鞘,如松解不彻底,治疗会失败,症状复发。

(收稿: 1995—02—14)