

向锁骨远端钻入 1~2 枚直径 1.5mm 的克氏针，穿入锁骨远端 3.0cm。针尾折弯，将钢丝在肩锁关节表面作“8”字形交叉后绕过克氏针尾拉紧打结。针尾留于皮下。将已游离好的喙肩韧带峰端缝合植入锁骨外端已备好的骨孔道内深达髓腔，并拉紧。修复肩锁韧带，关节囊。斜方肌和三角肌的边缘在锁骨上及肩峰处褥式缝合修复。闭合切口。术后即可作小幅度肩关节功能锻炼。三角巾悬吊 2 周后，可渐进性作肩关节各方向的活动。6~8 周取出钢丝张力带。

治疗结果

术后随访 1~3 年。疗效评定标准：优：术后无痛，无畸形，肩关节功能恢复正常，X 光片示肩锁关节位置正常、锁骨喙突间距正常；良：劳累后有不适感觉，无畸形，活动度正常，X 光片示肩锁关节间隙比正常宽 3mm 以内，喙突锁骨间距增大 3mm 以内；差：活动后疼痛明显，外观畸形，肩活动受限，X 光片示肩锁关节半脱位或全脱位。本组 18 例中 16 例优，2 例良，无 1 例差。未出现并发症。

讨 论

1. 我们应用的钢丝张力带内固定术是 AO 学会承认和推荐的一种坚强内固定方法，在骨与关节损伤中得到广泛应用。在陈旧性重度肩锁关节脱位术中，肩锁关节解剖复位后，应用钢丝张力带内固定能克服肩锁关节间的剪力，形成一持续性压迫锁骨外端的力，能使肩锁面对合紧密，牢固，且为重建的喙锁韧带和修补的肩锁韧带、关节囊、肌筋膜、肌肉的修复愈合创造了良好的条件。术后仅需三角巾悬吊 2 周后就可进行肩关

节功能锻炼，防止了外伤性和医源性肩周炎的发生，可以早恢复正常的肩关节功能。

2. 肩锁关节的稳定性依赖：(1) 关节囊及其加厚部分形成的肩锁韧带；(2) 三角肌及斜方肌的腱性附着部分；(3) 喙锁韧带的锥状韧带及斜方韧带，由喙突至锁骨。此两韧带对维持肩锁关节的稳定性甚为重要，如两韧带完整，只能引起肩锁关节半脱位，而完全脱位多伴有此两韧带的断裂^[1]。也有人认为三角肌和斜方肌的撕裂是决定脱位或半脱位的因素^[2]。所以我们在术中既要应用喙肩韧带重建喙锁韧带，又修补关节囊、肩锁韧带及三角肌与斜方肌的撕裂伤。应用喙肩韧带重建喙锁韧带较应用其它组织或材料坚固可靠，不会因时间的延长而松动。

3. 应用钢丝张力带加喙锁韧带重建治疗陈旧性重度肩锁关节脱位，达到了如下要求：(1) 彻底清除肩锁关节内的瘢痕组织及软骨碎片，恢复了骨性肩锁关节的正常解剖关系；(2) 复位后的肩锁关节获得了坚强稳定的内固定；(3) 修复了稳定肩锁关节的韧带、关节囊、筋膜肌肉组织，恢复了肩锁关节自身的生物固定装置；(4) 术后可以早期功能锻炼，不需外固定。所以术后肩关节功能好，疗效满意。

参考文献

1. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1988: 416
2. 王桂生. 骨科手术学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 276

(收稿: 1997-08-21)

带血管蒂部分臀大肌肌皮瓣治疗骶尾部 IV° 褥疮

四川省泸州市中医院 (646000)

郑承舫 杨道银 袁 锋* 周 萍 唐中尧

1988 年以来，我们用复方黄连液快速创造良好创面条件基础上，运用改进的带血管蒂部分臀大肌肌皮瓣修复骶尾部 IV° 褥疮 9 例，手术简易，术中不需游离血管蒂，供皮区不需另植皮，疗程短，效果满意，现报告如下。

临床资料

本组 9 例中男 4 例，女 5 例；年龄 21 岁 1 例，45~65 岁 8 例；因老年性股骨颈骨折并发褥疮 5 例，脊柱

骨折伴截瘫并发褥疮 4 例。9 例均有软组织大量坏死，深达骨膜，表面有较多脓性渗出物，并有骨外露，骶骨表面苍白，均属 IV°^[1]，经两个月以上常规换药经久不愈者。褥疮面积为 56cm² 5 例，81cm² 2 例，100cm² 2 例。术后全部 1 期愈合，1 年以上随访均无复发。

治疗方法

术前准备：每 2~3 日酌情切除褥疮内坏死组织，每日以双氧水洗净创面渗出物及坏死组织液化物，然

* 泸州医学院附属中医院

后常规用 5% 复方黄连液 (本院协定处方含黄连、黄柏、大黄)、5% 甲硝唑液交替湿敷换药, 以切断感染—坏死恶性循环, 一般 10~15 天左右, 创面脓性渗出物即渐渐消失, 渗出液转为少量浆液性, 创面趋于干燥, 肉芽增多, 由腐朽、苍白转红润, 继用 5% 高渗盐水每日湿敷换药, 2~3 天后肉芽水肿状态消除后手术, 术前数日可少量输血 100ml 1~2 次, 以增强患者抵抗力及凝血功能, 因术中有时渗血较多, 手术中常规备血 300ml 左右为宜。

手术方法: 手术在持续硬麻下进行, 截瘫则不用麻醉, 距褥疮皮缘 2~3mm 或更多, 垂直切下, 必须彻底切除老化及硬化的不健康组织、疤痕样组织、底部及周围不健康肉芽, 底部若有骨外露, 其表面必须刮除, 注意避免向外刮除时伤及深部骶孔血管、神经。如此创造一个有明显渗血, 红润的新鲜创面来, 扩刮完毕用双氧水、甲硝唑液彻底清洗创口后盐水纱布压迫止血, 换手套后行第二步手术。

设计肌皮瓣旋转缝合: 在骶尾部褥疮旁侧偏外, 设计弧形切口, 其设计起始处可高出创面顶部 2cm 左右, 蒂长与宽的比例为 1.5:1, 此肌皮瓣属臀下动脉供血, 臀大肌下半侧内侧份, 肌皮瓣之轴点在坐骨结节上约 5~6cm 处, (即臀下动脉血管蒂位置之体表投影), 轴心线为臀下动脉走向之体表投影, 使皮瓣面积约与扩创后的创面相接近。在弧形切口顶端外侧切去一等腰三角形皮片 (腰长 2cm 左右即可), 以利旋转缝合时不起皱, 并有利于减张。皮肤切口做好后, 在切口外侧皮下与肌膜间钝性游离, 暴露好臀大肌, 约在皮瓣宽度外侧, 直视下逐层切断与蒂长范围相同的内下部分臀大肌并顺其下小心钝性游离至内侧骶骨背面, 该肌之起点并切断, 形成臀大肌内侧下部带血管蒂肌皮瓣, 其回缩后有良好的血供和填塞作用。术中避免伤及臀下动脉上支, 不必显露血管蒂^[2,3], 注意使皮瓣与肌膜保持紧密相连, 在切断肌纤维时, 肉眼可见明显出血点可结扎, 臀大肌下穿出的坐骨神经一般不会波及, 但肌肉不丰厚的病人操作时要小心。继而将肌皮瓣向内上方旋转 12° 左右与褥疮缘全层间断缝合, 供皮区不需再植皮。术后放置橡皮引流, 厚纱布加压包扎消灭可能潜在

的死角。选用先锋霉素 4~8g/日静滴, 或用其他敏感抗生素以消灭可能存在的残余感染, 预防术后败血症等。对有骶骨外露色泽灰白的骨皮质要进行刮除, 术后放置闭式负压冲洗引流, 5~7 天后拔除引流, 以预防和消灭创面残余感染, 促进愈合。10 天拆线, 总疗程 20~25 天。

讨 论

大面积深度褥疮, 因严重慢性感染与坏死形成恶性循环, 坏死筋膜组织长期不会自行液化, 并因局部组织缺损过大, 即使经长期优良的换药仍迁延不愈, 患者常被推来推去, 后患颇多。游离植皮或全层皮瓣因供血不好, 厚度不够, 不耐磨, 抗感染力不强等缺点, 不宜在 IV° 褥疮的治疗中使用。带血管蒂肌皮瓣手术难度不大, 但效果好, 成活率高, 近年来倍受推崇, 是单纯换药及皮瓣植皮所不能与之相比的。

术前使用复方黄连液创造良好的创面条件是本手术成功的基础。复方黄连液中含有 5% 大黄、黄连、黄柏, 有强大的抗菌作用和收敛作用^[4], 本组中有 2 例有肉眼可见的绿脓杆菌感染, 在 1 周之内即被消灭, 其他 7 例换药效果也很满意。

在多次手术中体会到臀部皮肤及软组织宽松, 臀大肌内臀上下动脉有丰富的血管吻合, 设计肌皮瓣有优良的条件, 做 100cm² 面积的肌皮瓣无困难, 不必顾忌扩创后创面增大造成的修复困难而扩创不彻底, 以免影响手术的成功。伤口内力争不留或少留结扎线头, 消灭死角, 放好引流等细节均不可忽视。

参 考 文 献

1. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等主编. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991: 811
2. 胥少汀, 刘树清. 臀大肌皮瓣修复骶部褥疮. 中华骨科杂志, 1987; 7: 193
3. 孙弘, 侯春林, 主编. 带血管蒂皮瓣肌皮瓣转移术. 第 1 版. 上海: 上海科技出版社, 1988; 146
4. 陈琼华. 大黄的实验研究和临床应用. 新医学杂志, 1974; 5: 1

(收稿: 1997-10-21)

1999 年《中国医学文摘—中医》征订启事

本刊是经国家科委批准出版的中医药文献检索刊物, 由卫生部主管, 中国中医研究院中医药信息研究所主办, 国内外公开发行。双月刊, 16 开本, 64 页, 国内定价每册 4.80 元, 全国各地邮局均可订购, 期刊代号 2-633; 国外读者请向中国国际图书贸易总公司订购, 代号 BM299; 因各种原因在邮局未能订到者, 也可直接向本刊编辑部购买。

地址: 北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院 邮编: 100700 电话: 64014411-3212