

游离趾 S65 甲瓣与第二趾骨并用再造拇指

陈敏如 汤成华

(上海市闸北区中心医院, 上海 200070)

我科于 1996 年 3 月应用 趾的皮甲瓣与第二趾的趾骨移植再造拇指, 获得满意的效果。

1 手术方法要点

1.1 低位硬膜外与长效臂丛麻醉 下肢抬高 15°, 用空气止血带。第一跖骨头平面的背侧与跖侧作“V”形切口, 于 趾内侧留一长形皮瓣, 基底分别与“V”形切口相连, 足背切口的“V”形尖端向踝关节前方作“S”切口, 皮下游离 甲瓣。第二趾作内侧切口, 同法游离趾骨, 按计划长度切断伸、屈趾肌腱, 第二跖趾关节处离断。拇指缺失残端作纵形切口, 对向第五掌骨头, 长度以与皮瓣切口尖端相匹配为妥。腕部外侧切口呈斜形, 两切口内作皮下坠道相通。按手术的设计要求将切断的第二趾骨移置于拇指残端, 以一枚克氏针纵向固定, 继将游离的 甲瓣移植包裹第二趾骨, 呈对指位, 再造重建各组织。

1.2 血循环的建立 足背动脉移行为跖背动脉, 根据在第一跖骨的位置 Gilber 分为三型, 这样的变异对手术的影响很大^[1], 手术时必须仔细游离。血管的每一分支都要认真地结扎, 以免引起渗血、漏血。足背静脉的型式不定, 但容易游离, 应当指出的是: 如果足背静脉曾经多次穿刺、注射引起血管变性、硬化, 若行吻合必将影响通畅率。血管经过的皮下坠道必须宽敞, 不应有扭曲旋转的情况存在, 桡动脉与足背动脉, 头静脉与大隐静脉, 在手术显微镜下用 9~0 无创伤缝合针线, 端对端间断缝合。

1.3 运动功能的重建 运动功能的恢复, 有赖于肌腱的修复。第二足趾包括两个趾间关节与跖趾关节, 再造拇指时切除屈趾短肌腱, 将屈趾深肌腱与屈拇长肌腱缝合, 伸趾长肌腱

与伸拇长肌腱, 伸趾短肌腱与伸拇短肌腱缝合。

1.4 感觉的获得 良好的感觉恢复, 两侧的神经都应吻合, 通常于手术显微镜下用 9~0 无创伤线作神经外膜间断缝合。

1.5 供区的闭合 足部第二趾骨取出后, 将其皮瓣包裹到趾骨, 缝合皮下组织及皮肤。

2 讨论

采用 甲瓣与第二趾骨并用, 再造拇指效果好、美观、足部影响小。手部损伤严重者, 局部瘢痕范围大、挛缩, 则应当先行软组织修复, 再行拇指再造。足部无畸形、皮肤无霉菌等感染、血管无病变方可作为供区、供体。患者的全身健康状况, 接受手术的耐受力等亦是不可忽视的条件。

再造拇指血循环重建术后的监护必不可少^[2]。术后若出现皮温下降、肤色变化、毛细血管充盈时间延长则预示着血循环发生障碍, 血管危象的产生^[3,4], 遇此现象经过对症处理不能解除, 则应不失时机地手术探查, 及早查出原因, 正确处理, 否则将会导致再造拇指的坏死。

参考文献

- [1] 汤成华, 朱建防, 谢逸民, 等. 现代骨科临床. 北京: 中国医药科技出版社, 1996. 319-323.
- [2] 桑根娣, 方莘, 陆冰. 老年骨科护理学. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 164-170.
- [3] Morrison WA. Thumb reconstruction using a free neurovascular wrap-around flap from the big toe. J. Hand Surg, 1980, 5: 575-577.
- [4] 侯明钟, 贾万新, 袁启智, 等. 甲皮瓣游离移植的血循环危象. 中华显微外科杂志, 1997, 20(1): 7-10.

(编辑: 连智华)

肾虚与老年性骨质疏松症

钱小燕

(厦门大学海外教育学院, 福建 厦门 361005)

骨质疏松(Osteoporosis 简称 OP), 临床上以局限性疼痛、畸形和骨折为主要表现形式, 其病因病理与肾虚有关, 下面就肾虚与老年性 OP 症的关系探讨如下。

1 理论研究

骨的生长和修复与肾上腺所分泌的激素关系密切。例如, 肾参与了 1, 25-二羟维生素 D₃ 的调节。1, 25-二羟维生素 D₃ 能提高原有的破骨细胞的活性, 加速形成新的破骨细胞,

从而促进骨的吸收。同时, 肾脏是促红细胞生成的主要器官, 它通过作用于干细胞的核酸代谢诱发血红蛋白合成并控制骨髓输送时间, 直接调节骨髓中红细胞的生成^[1], 而中老年人生殖腺机能减退、骨代谢紊乱等是 OP 的主要病因^[2]。另外, 妇女在绝经期前后, 内分泌功能紊乱、雌激素水平下降, 骨骼失去雌激素的保护而对甲状旁腺素敏感性提高; 雌激素不足, 骨质合成减低, 且其他调节钙、磷代谢的激素也处于紊乱状态,

从而加剧了 OP 的发生^[3]。国外学者也认为, 雌激素是预防绝经后妇女 OP 的最有效药物, 它不仅能保持骨密度, 更重要的是能减少 OP 的发病率。如果应用雌激素 5 年以上, 能减少大约 1/2 的骨折^[4]。在治疗方面, 有人以滋阴补肾的中药对动物骨病的防治进行了病理学研究, 认为补肾益气的药物可以增强肝肾肾化酶系的功能活动, 促进活性 VD₃ 的形成, 而 VD₃ 通过肝肾肾化酶系的作用, 成为生物活性最强的 1, 25-(OH)₂VD₃, 调节体内钙磷代谢和成骨的过程^[5]。现代药理研究表明, 滋补肝肾的药物对分泌代谢有双向性调节作用, 能增强生殖腺的机能, 促进骨的合成^[2]。以补肾法(六味地黄汤加减)对 OP 大鼠进行治疗, 发现能改善其骨质丢失状态, 起到保护骨骼的作用^[6]。这些研究和发现, 从微观上丰富和发展了肾主骨生髓的理论。

2 临床治疗

李润德等^[7]以补肾中药为主治疗 OP 合并股骨颈骨折 159 例, 取得较好疗效。其中内服中药接骨散(含鹿角胶等)具有补肾益精、续筋接骨的功效; 强骨散(含骨碎补、杜仲等)具有补骨生髓、填精固本之功效。以左归丸、右归丸等补肾药为主治疗老年性脊椎 OP 合并压缩性骨折 53 例, 优良率达 83%^[2]。以健脾补肾法防治绝经后 OP 症, 认为其能提高骨代谢转换、增加骨量、恢复骨骼的正常功能^[8]。以补肾中药(淫羊藿、杜仲、干地黄、牛膝等)对切除卵巢大鼠 OP 症进行治疗后, 钙含量均接近正常水平^[9]。另有临床资料显示: 补肾中药(淫羊藿合青娥丸)能防治绝经后妇女的骨质丢失^[10]。另外, 补肾法(淫羊藿、杜仲、地黄、牛膝等)能抑制男性 OP 症患者骨吸收, 增强其骨形成, 从而维持骨量、改善临床症状^[11]; 有人以补肾中药(川续断、菟丝子、补骨脂、枸杞、骨碎补、山茱萸等)治疗 OP 症, 除得出同样结论外, 还发现其效果

明显优于单纯口服钙剂者, 从而强调“治疗原发性 OP 应以补肾强骨为主”的观点^[12]。

综上所述, 骨质疏松的病理核心是肾虚。因此, 在临床上对于骨质疏松的预防和治疗, 益肾填精至关重要。

参考文献

[1] 韦以宗, 施纪, 董福慧, 等. 中国骨伤科学. 南宁: 广西人民出版社, 1988. 44-45.

[2] 黄勇. 老年性脊椎骨质疏松合并压缩性骨折的诊治. 中医正骨, 1992, 4(3): 14.

[3] 王庆甫. 股骨颈骨折发病机制的研究进展. 中国骨伤, 1992, 5(1): 38.

[4] 张贺魁, 靖心平译. 老年和骨质疏松. 中国骨伤, 1991, 4(6): 46.

[5] 苗燕玲, 刘恩. “骨宝”对大白鼠佝偻病防治的病理研究. 中国骨伤, 1991, 4(1): 12.

[6] 丁桂芝, 周勇, 李榕, 等. 补肾法对骨质疏松大鼠骨代谢影响的作用机理探讨. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(3): 1.

[7] 李润德, 李建忠, 白云高. 中药治疗骨质疏松合并股骨颈骨折 159 例体会. 中国骨伤, 1992, 5(6): 32.

[8] 符诗聪, 罗为民, 杜宁, 等. 健脾补肾法防治绝经后骨质疏松症的计量学研究. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(2): 1.

[9] 杨艳萍, 沈霖, 杜靖远, 等. 补肾密骨液对切除卵巢大鼠实验性骨质疏松症骨质无机元素的影响. 中国中医骨伤科杂志, 1994, 2(5): 12.

[10] 沈霖, 杜靖远, 杨家玉, 等. 补肾密骨液防治绝经后妇女代谢性骨质丢失的初步临床研究. 中国中医骨伤科杂志, 1994, 2(4): 14.

[11] 谢晶, 杜靖远, 沈霖, 等. 补肾法治疗男性骨质疏松症的临床观察. 中国中医骨伤科杂志, 1997, 5(4): 10.

[12] 齐振熙, 林翰宇. 补肾强骨汤治疗原发性骨质疏松症的临床观察. 中国中医骨伤科杂志, 1998, 6(6): 41.

(编辑: 李为农)

危重多发伤的伤因规律及其急救监控

刘佑全

(天津市创伤急救中心, 天津 300211)

本文统计了我中心急诊抢救室 1994~1995 年内救治的各类危重多发伤 205 例。现就其伤因、伤情特点和就诊的规律性加以分析, 以进一步探讨早期有效救治和监控的可行方案。

1 临床资料

本组病例男 167 例, 女 38 例。年龄 1.5~83 岁, 其中 30~39 岁组 60 例, 20~29 岁组 56 例, 40~49 岁组 39 例。交通损伤 120 例, 高处坠落伤 37 例, 工伤事故伤 27 例, 意外伤害 21 例。伤情分析: 按发病率的高低顺序为: 四肢伤 111 例, 骨盆伤 60 例, 胸部伤 56 例, 脊柱伤 49 例, 颅脑伤 48 例, 腹部伤 44 例, 休克 119 例。全组共 820 处伤, 平均 4 处伤, 最长达 8 处伤。伤情严重程度按 AIS-ISS 评分法评定, 分值均在 16 以上, 最高达 72。伤后 1 小时内就诊者 79 例, 伤后 1~2 小时者 49 例, 伤后 2~3 小时者 35 例, 伤后 3~4 小时者 24 例, 伤后

4 小时及其以上者 18 例。本组共死亡 39 例; 死于交通损伤 27 例, 高处坠落伤 6 例, 工伤事故伤 5 例, 意外伤害 1 例。

2 治疗结果

本组治愈好转者 134 例, 占 65.37%; 疗效差或自动出院者 32 例, 占 15.6%; 死亡 39 例, 占 19.02%。

3 讨论

3.1 危重多发伤的伤因和急诊救治规律

3.1.1 交通损伤 ①三高: 发病率高, 居本组首位; 休克发生率高, 可达 60%; 死亡率高达 22.5%。②损伤多累及骨盆和四肢, 且常因合并颅脑、胸腹和盆腔脏器伤而使病情凶险而复杂。③救治困难。在急诊抢救阶段液体复苏用量居首。人均补液 2650ml, 平均输血 1400ml。

3.1.2 高处坠落伤 ①近半数伤员有骨盆和下肢损伤, 尤其是足踝部的骨折和脱位, 应防止其漏诊。②最常见的合并损