

- [2] 周方,郭琰.成人肱骨髁间髁上骨折患者术后肘关节功能恢复的影响因素[J].中华创伤骨科杂志,2006,8(1):15-16.
- [3] Wang KC, Shih HN, Hsu KY, et al. Intercondylar fractures of the distal humerus: routine anterior Subcutaneous transposition of the ulnar nerve in a posterative approach[J]. J Trauma, 1994, 36(6): 770-773.
- [4] 吴英华,张铁良,金硕,等.经尺骨鹰嘴关节外斜行截骨治疗,肱骨髁间骨折[J].中华骨科杂志,2005,25(8):472-475.
- [5] Self J, Viegas SF, Buford WL Jr, et al. A comparison of double-plate fixation methods for complex distal humerus fractures[J]. Shoulder Elbow Surg, 1995, 4(1 pt1): 10-16.
- [6] Muir ME, Allgow M, Schneider R, et al. Manual of internal fixation: techniques recommended by the AO group[M]. 3rd ed. New York: Springer, 1990: 118-150.
- [7] 荣国威,译.骨科内固定[M].北京:人民卫生出版社,1995: 309-313.
- [8] 范宁,黄德征,罗一军,等.切开复位重建钢板内固定治疗肱骨远端骨折[J].广西医学,2007,29(5):676-677.

(收稿日期:2008-02-21 修回日期:2008-03-12)

改良式阴道紧缩术35例报告

陈建军

(广西贵港市中西医结合骨科医院,贵港市 537100)

【关键词】 阴道松弛症;阴道紧缩术

【中图分类号】 R 713.3 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)05-0728-02

2003年3月至2007年2月我院门诊采用改良式阴道紧缩术治疗阴道松弛症35例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组35例,均为产伤或自觉阴道松弛的妇女,年龄28~42岁,平均31岁。所有患者均在月经干净3~7d,禁性生活,妇科检查内外生殖器无急性炎症,阴道分泌物检查无霉菌、滴虫、淋球菌感染,凝血功能正常下施行手术。

1.2 手术方法 取截石位,用0.1%洗必泰冲洗阴道后,0.2%碘伏消毒会阴。于阴道侧后壁4点到8点之间向阴道深部黏膜下注入0.5%~1.0%利多卡因30~80ml作肿胀麻醉,用弯眼科剪在阴道口4点到8点之间的黏膜与皮肤交界处剪去0.2cm皮条,将弯剪插入阴道口切缘内,在阴道侧后壁黏膜下顺阴道直肠筋膜间隙潜行锐性分离,形成等腰三角形黏膜瓣,一般为阴道后壁全长之外1/3~1/2处。若会阴部有Ⅱ、Ⅲ度陈旧性裂伤者,一并切除瘢痕。直视下电凝止血后,用1-0可吸收线向中间靠拢缝合肛提肌,缝合时应注意用手指将直肠压向对侧后方,由深至浅,先不打结,待缝至近阴道口处时,由深到浅逐一打结收紧肌层。在等腰三角形黏膜瓣下的中线向下纵向缝合数针,使黏膜瓣形成左右两个皱襞,向阴道隆起,斜形修剪少量阴道口处赘积的阴道黏膜,4-0可吸收线缝合阴道切口。术后两侧小阴唇自然合拢,阴道内刚好可容2指^[1]。阴道内放置直径约3cm,长5~6cm油纱布卷压迫止血,术后24h内取出。口服抗生素3d,7~10d切口即可愈合。2~3个月内禁忌同房。

1.3 结果 全部病例切口均达甲级愈合,阴道黏膜皱襞隆起自然,遗留瘢痕不明显,会阴外观自然。术后随访3~9个月,受术者性生活满意。

2 讨论

阴道松弛症产生原因:主要是分娩时损伤骨盆底组织及会阴裂伤未能完整缝合,其次是年龄增大、雌激素水平降低、肌肉张力下降、黏膜萎缩以及先天性肌肉偏薄、肌张力差等所致^[2]。王运成^[3]认为产后阴道松弛的主要原因,是由于分娩时引起肛门与阴道前庭之间的会阴中心腱和肌肉发生程度不等的撕裂损伤所致。正常阴道长约8cm,直径2.5cm,具有良好的伸缩性。阴道肌肉由内环外纵平滑肌及阴道外1/3段的球海绵体肌、会阴深横肌、肛提肌组成^[2]。缩小阴道的局部肌肉有三对:球海绵体肌(阴道缩肌),肛提肌和尿道阴道括约肌,其中肛提肌是随意肌,通过女性主动收缩肛提肌可以加强对阴茎的刺激,增加性生活快感,阴道紧缩手术时需修补撕裂的肛提肌。阴道外1/3段及阴道口周围黏膜集中了丰富的感觉神经末梢,而阴道外1/3段的肌肉对阴茎围裹作用较强,所以阴道紧缩术应侧重阴道外1/3肌肉的修复。阴道壁前壁与膀胱和尿道邻接,后壁与直肠贴近,故手术以不破坏前后壁皱褶为宜。按其阴道黏膜深达6cm紧缩是符合性生活要求,而处女膜是感觉更为敏感处区域,性生活后的处女膜的裂口,以后半部最为显著,生育后破裂程度会严重,所以手术同时修复处女膜后区的黏膜大裂口,很好对位缝合有利敏感区的恢复。术中采用局部肿胀麻醉法,可减少出血,视野清晰,利于掌握分离层次。由于分离过程中,麻醉药很快大量渗出,局部肿胀减轻,所以该方法的应用,不影响术中阴道紧缩程度判断。借鉴肿胀麻醉技术,可以人为地增加阴道直肠筋膜间隙,减少直肠损伤的机会。本组切口在阴道口4点到8点之间的黏膜与皮肤交界处,避免损伤前庭大腺口,防止术后分泌物减少。顺阴道直肠筋膜间隙潜行锐性分离,形成等腰三角形黏膜瓣,视野暴露良好,有Ⅱ、Ⅲ度陈旧性裂伤者,方便切除瘢痕,直视下止血彻底。缝合时先用手指将直肠压向对侧后方,避免损伤直肠,缝合安全。用1-0可吸收线缝合肛提肌,使松

弛肛提肌向中间靠拢,由深至浅,先不打结,待至近阴道口处时,由深到浅逐一打结收紧肌层,不留死腔,防止血肿,恢复盆底肌肉、纤维等组织紧张度,使薄弱阴道后壁得到加强,达到缩紧阴道的目的。缝合时要注意盆底肌肉和组织层次的正确对合,减少会阴瘢痕的形成。多余的阴道黏膜不予切除让其自然翻入阴道内形成黏膜嵴,可缩小阴道内空间,增加术后性生活时对阴茎的压力^[4]。阴道紧缩术时,应提升阴道后缘的皮肤,这样使外形不但恢复,而且减少了阴道受肛门污染机会,减少阴道炎的发生率。术后阴道内放置油纱布起到压迫止血,预防血肿产生作用。因术后要经历瘢痕增生期,着眼于远期效果,需嘱受术者2~3个月内尽量避免同房。本组35例阴道紧缩术修复受损的肌肉,恢复和增强阴道收缩力,增加阴道对阴茎的挤压力,缩小阴道容积,保留阴道黏膜形成突起,增加摩擦面积,接受刺激作用增强。纵行缝合会阴皮肤也有助于缩小阴道口,改善阴道口外观,修补会阴撕裂伤。受术者

对手术效果均感满意,行房性快感增加。总之,改良式阴道紧缩术可使松弛阴道的解剖、生理功能得到恢复,疗效确切,为临床治疗阴道松弛症的良好选择。

参 考 文 献

- [1] 戚可名,薛富善. 整形外科特色治疗技术[M]. 第2版. 北京:科学技术文献出版社,2004:684.
- [2] 钱定国,黄文义. 阴道松弛症的整形外科治疗[J]. 中华整形烧伤外科杂志,2004,20(1):15.
- [3] 王运成. 单纯黏膜下肌肉对拢缝合治疗产后阴道松弛[J]. 广西医学,2007,29(1):95.
- [4] 黄威,高亮,刘晓燕. 提肛肌肌瓣对合重叠缝合法治疗产后阴道松弛[J]. 中华整形外科杂志,2005,21(3):187-188.

(收稿日期:2007-10-23 修回日期:2008-03-03)

33例掌指骨骨折可吸收内固定物应用分析

蔡汉周 罗福昌

(广东省深圳市福田区人民医院,深圳市 518000)

【关键词】 掌骨骨折;指骨骨折;可吸收内固定物;异物反应

【中图分类号】 R 683.41;R 318.08 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)05-0729-02

由于生物材料学及生物力学的发展,可吸收内固定物大量应用于临床,它克服了金属内固定物由于刚度大,产生应力遮挡形成的骨质疏松。延迟愈合和再骨折及诱导恶性肿瘤发生,不用取出避免二次手术,不影响翻修及MRI检查,但会引起异物反应。我院1999年以来,应用可吸收材料治疗掌指骨骨折33例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床材料 本组33例病人中,男性19例,女性14例,年龄17~55岁,掌骨骨折16例,指骨骨折17例。

1.2 治疗方法 常规对掌指骨骨折病例,采用指侧面和掌骨正中切口,术中尽可能保护好指伸肌腱^[1],先行扩大髓腔,用克氏针逆性穿出远断,形成通道再选取合适长度的可吸收髓内钉经通道穿出远断端,对合骨折后将髓内钉推进近断端,埋进骨髓腔,不露出关节面,对于粉碎性骨折者,把碎骨块用可吸收缝线捆绑固定,术后用石膏绷带固定患指于功能位,3~4周后去外固定进行功能锻炼。

2 结果

3例掌骨骨折病后术后约10周软组织出现硬结,皮肤微红,未处理红肿即消失。1例掌骨骨折病人见骨钉外露,局部皮肤破溃,行二期缝合,伤口愈合良好,3个月时X线片示内固定物周围均有不同程度骨吸收,但同时骨折线模糊,手指指关节、掌指关节功能活动正常,功能未受限,半年骨折全部愈合。

3 讨论

3.1 可吸收材料的初步评价 可吸收材料为新型材料,是由高分子聚合物以碳原子为支架,有碳、氢、氧组成的单体在一定条件下,发生聚合反应而成。目前常用的聚合物有聚乙交酯(polyglycolide,PGA)、聚丙交酯(poly lactide,PLA)及其混合物。临床应用和实验表明这种材料具有良好的生物相容性,无任何毒性^[2],归属BO内固定,其生物强度能满足松质骨固定的要求,在体内3~12个月降解失去它的机械强度,从骨折愈合时间能满足内固定要求,由于其非金属特性而能满足MRI检查。

3.2 可吸收固定物降解过程 可吸收物降解不是腐蚀的化学过程,表现为一种物理分层脱落为降解颗粒^[3],一般6周可见降解颗粒,此时可吸收材料的初始强度受到影响,而6周在骨折仅完成炎症反应阶段、清扫阶段、纤维骨痂阶段^[4],固定物的应力还不足以转移到骨折愈合区,因此对皮质骨及负重骨的固定应慎重。降解可分为几个阶段:愈合期和潜伏期、持续吸收期、吸收进展期和恢复期。内置物置入人体后迅速被纤维包裹,置入物进行碎裂降解,释放降解产物,临床上主要的降解期在吸收进展期。

3.3 可吸收固定物异物反应 可吸收内固定的异物反应是一种无菌性炎症组织反应,这是机体对内固定吸收的正常的生物反应,因为降解产物的释放超过了组织细胞的消除能力。在血循环良好,新陈代谢旺盛的部位,异物反应的发生率低或程度轻;血循环差的部位异物反应发生率高,如腕舟骨^[5]。