

· 短篇论著 ·

关节镜下切除软组织囊肿的微创技术应用初探

李箭 宋文锴 岑石强 蒋欣 杨天府 龚锦源

四川大学华西医院骨科(成都, 610041)

【摘要】目的 探讨关节镜下切除软组织囊性病变的临床价值。方法 1998 年 2 月~2001 年 2 月对软组织囊肿 26 例行关节镜下刨削方法切除病变囊壁治疗。结果 26 例获随访 6 月~12 月,平均 8.6 月,总有效率 96.2%(25/26),术后无并发症,仅 1 例右腕背腱鞘囊肿术后复发。结论 关节镜下切除软组织囊性病变手术创伤小,并发症少,成功率高,术后恢复快。

【关键词】囊肿; 关节镜

中图分类号 R686

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2003)04-0347-02

Minimally invasive techniques in arthroscopic resection of soft tissue cysts Li Jian, Song Wenkai, Cen Shiqiang, et al. Department of Orthopaedics, West China Hospital of Sichuan University, Chengdu 610041, China

【Abstract】Objective To evaluate the techniques and effects of arthroscopic resection of cystic lesions of soft tissue. Methods Twenty-six patients with soft tissue cysts underwent arthroscopic shaving of cyst wall from February 1998 to February 2001. Results Follow-up observation ranged from 6 months to 12 months, with a mean of 8.6 months. The total effective rate reached 96.2% (25 of 26), and no postoperative complications occurred. Recurrence was only seen in 1 patient with thecal cyst on the right dorsal wrist. Conclusions Arthroscopic resection of cystic lesions of soft tissue can be a less invasive method, with fewer complications, a high effective rate and a rapid recovery.

【Key Words】Cyst; Arthroscope

软组织内囊性病变可由疾病引起(如腱鞘囊肿),也可由一次创伤引起(如创伤性慢性滑囊炎性囊肿)。采用抽尽囊液、腔内注射药物的保守治疗和囊肿切除的手术治疗等方法,有复发和创伤大、留有较大疤痕等缺点。依照关节镜手术切除关节滑膜原理,我们 1998 年 2 月~2001 年 2 月采用关节镜下刨削切除软组织内囊性病变共 26 例收到较好临床疗效,现报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料 本组 26 例,女 18 例,男 8 例。年龄 9 岁~42 岁,平均 23 岁。其中慢性滑囊炎性囊肿 8 例,均有确切外伤史,由滑囊挫伤后急性滑囊炎治疗不当转变为慢性滑囊炎性囊肿所致,囊肿积液量 80 ml~3500 ml(通过抽尽囊液测其量所得)。1 例最大积液量因车祸致腰椎辗压挫伤所致,病变位于双侧腰部及右臀部并与右大腿大转子滑囊相通;其余位于左大腿外侧阔筋膜浅面 3 例,右大腿外侧阔筋膜浅面 1 例,左膝髌骨前深筋膜浅面 3 例。腕、踝关节周围腱鞘囊肿 18 例。积液量 2 ml~6 ml,其中左腕掌侧 2 例,背侧 4 例;右腕掌侧 1 例,背侧 3 例;左足内踝后 3 例,踝前 2 例;右足内踝后 3 例。

二、手术方法

1. 体位和麻醉 仰卧或俯卧,根据病变部位及大小采用硬膜外阻滞麻醉或局部神经阻滞麻醉,四肢病变都在上止血带情况下完成,常规消毒及防水无菌材料铺巾。

2. 关节镜下手术 ①选择关节镜和刨削器及入路:一般切除腱鞘囊肿采用 2.7mm 0°关节镜和 3.5mm 刨削刀头,而切除滑囊炎性囊肿因腔大采用 4.5mm 0°关节镜和 4.5mm 刨

削刀头;入口以囊肿的长轴对应两端先用 20 号注射针头穿刺抽到囊液后作为标志,沿皮纹作约长 5mm 的两个手术入路切口,尽力避开神经血管及肌腱或切口方向与其平行。②经切口放入关节镜和刨削刀头至囊腔内。③抽尽囊液并测其容量以判断囊肿大小,再注水反复冲洗和扩张囊腔以保障视野清晰,仔细镜下检查囊腔的结构和确定有无重要组织结构及其位置,关节镜下可清楚观察到具有光滑面的完整囊壁。④在冲洗灌注的同时,关节镜直视下缓慢刨削切除囊肿壁层,切时刀口侧方贴近囊壁,并与囊壁面成 30°~45°斜角,“吸尘器”式切除,吸引器压力调低并均匀,切除不遗漏,直到不损伤结构的同时切除后的囊壁由光滑变为粗糙,并呈毛刷样改变。⑤待完全切除后于腔内用抗生素盐水冲洗,并再次检查确定切除无遗漏及无结构损伤。⑥对于估计无积液的病人于囊腔内注射促进伤口愈合和组织粘连的药物(如瞬康医用胶或医用生物蛋白胶),对于积液量>80ml 创伤性滑囊炎性囊肿的病人经低位刨削器入口放入 4mm 硅胶引流管持续负压引流。⑦缝合伤口,加压包扎。⑧术后处理:24h 内,每小时患处冷敷 10min~15min。术后持续负压吸引者,直到引流量<10ml/24h 后拔管,但最长不超过 72h。术后 10 天伤口拆线。

结 果

本组 26 例术后 3 周内均痊愈,无手术并发症发生,完全恢复正常生活和工作。26 例随访 6 月~12 月,平均 8.6 月,25 例(96.2%)一次性手术治愈。1 例右腕背侧腱鞘囊肿术后半年复发,经再次镜下手术治愈。

(下转第 302 页)

讨 论

关节镜下刨削切除关节腔内炎性滑膜病变组织是一件很成功和容易的事^[1,2],而针对软组织内囊性病变一样具备一个空旷的囊腔就是我们引入关节镜及刨削切除的依据^[3-5]。我们在该方法的操作中体会到:首先,病例的选择非常重要,不能选择囊腔与重要血管、神经紧邻的病例,如腘窝 Baker 囊肿的切除等,否则易导致重要的神经血管损伤;其次,手术应在麻醉充分、四肢上止血带的条件下进行;第三,选择好关节镜和刨削器的大小型号及手术入路,二者要匹配和协调好,尽力避开重要结构;第四,手术切除时刨削刀头侧方贴近囊壁,“吸尘器”式缓慢切除,做到干净彻底不遗漏,同时又要看清结构和掌握好深度而不损伤重要结构;第五,术后加压包扎和冷敷以及负压吸引等辅助治疗同等重要,目的是避免积血、积液造成复发;第六,可在切除后的创腔内注射促进创面及伤口愈合的药物以加快创腔闭合,减少

复发。综上所述,关节镜下刨削切除软组织囊性病变是一种值得推广和开展的微创技术。

参 考 文 献

- 1 王亦璁. 膝关节外科的基础和临床. 北京:人民卫生出版社,1999. 328-329.
- 2 毛宾尧,张学义,乐光祥. 膝关节外科. 北京:人民卫生出版社,1993. 258-259.
- 3 孙林江,滕学仁. 关节镜学. 湖南:湖南科学技术出版社,1999. 245-260.
- 4 曲绵城,高云秋,浦钧宗,等. 实用运动医学. 北京:北京科技技术出版社,1996. 456-458.
- 5 Ogilvie-Harris DJ, Saleh K. Generalized synovial chondromatosis of the knee: a comparison of removal of the loose bodies alone with arthroscopic synovectomy. Arthroscopy, 1994, 10:166-170.

(收稿日期 2002-01-04)

(修回日期 2003-01-27)