织结构的情况了解不足，而所选择的手术方案有一定的限制，使畸形未能得到充分的纠正。本研究的重点在于给予复拇指畸形更多的客观检查以助于更全面的诊断。

一、综合诊断的意义

摄 X 线平片可以充分了解复拇指畸形的骨骼及关节情况，因为关节畸形可由动力系统畸形造成的，也可由于发育畸形造成的。对其有一明确的了解后，可根据具体情况，选择截骨矫形术、骨突修整等最有效的手术方案，以防术后继发性骨畸形。

B 型超声检查可显示肌腱的行走及止点情况（图 4、5），对复拇指畸形的动力系统有一诊断依据，有利于主要肌腱的取用和手术方案（移位、重建等）的确立。

血管造影检查可明确复拇指畸形血供系统的图像（图 3）。以往，有些复拇指畸形矫正后外形较小，与其主干血管受损或缺如有关。对供血系统了解后，术中可避免误伤主干血管或将主干血管移位于主拇指，使其发育不受影响。

二、手术治疗的关键

1. 手术时机的选择，单纯的赘生指可以早期手术，如副拇指骨关节、肌腱和神经血管束与主干拇指相连，需要行关节囊修补、肌腱移位或止点重建等手术。但年龄太小的婴幼儿手指结构太小，操作困难，可推迟到学龄前施行手术，累及到骨骺的手术可推迟到骨骺发育接近停止或成年后施行。

2. 主干拇指的确立：主干拇指的选择是非常重要的。一般是由术前 X 线片、患指外形、惯用指等综合因素决定[3]，即要重建指骨的纵轴、力线、外形和血运。

重点在于：（1）一次手术要同时解决轴线、力线、外形、血运问题（图 2）。如将外形佳、血运好但无动力的漂浮拇指制成末节指骨皮瓣移位于另一拇指近节指骨，同时重建动力系统（止点重建、关节囊及侧副韧带修复重建）的手术方案。或将主干血管、神经束作成顺行皮瓣修复重建的拇指以加强血运。（2）重视皮肤切口、关节囊、肌腱等软组织的手术操作。手术切口应作“Z”或“V”字形以免术后挛缩。关节囊的紧缩或松解的宽松度应以不丧失关节稳定性为前提，给予适当的放大，以免其瘢痕不随手指的发育而造成继发性畸形。肌腱要保持正常的力线和张力，并利用副拇指的动力系统加强力量。

综上所述，复拇指畸形术前如能做到充分的诊断，才能确立尽可能完美的手术方案，术中才能达到矫正畸形，并减少术后继发畸形的发生。

参 考 文 献

1 王澍寰，主编．手外科学．第 2 版．北京：人民卫生出版社，1999.730.

2 于亚东，洪光祥，王发斌，等．周围神经损伤的 B 超诊断．中华手外科杂志，1998，14：111-113.

3 蔡林方．复拇指畸形的分型及手术治疗的方式．中华手外科杂志，1998，14：135-136.

（收稿日期：2002-11-08）

（本文编辑：郑忆柳）

腕背部外伤致骨间后神经卡压一例

·病例报道·

马洪光　田培文

患者　男，33 岁。2001 年 3 月因工作不慎被铁屑割伤左腕背部，在外院作清创缝合术后 2 个月，患者自觉左腕劳累后酸痛不适，并向近端放射，伴头痛头晕，有时恶心。经外院局部理疗后患肢症状减轻，但头痛头晕无缓解，且逐渐加重，影响工作及正常生活。于 2001 年 11 月来我院就诊。局部检查：左腕背桡侧约 3 cm 横行伤口瘢痕。按压瘢痕处、或左腕在掌屈位 1 min 后，患者诉头痛头晕，伴恶心，需卧床休息后才能缓解；各手指感觉、运动均正常。诊断：骨间后神经终末支卡压征。

在臂丛麻醉下手术。沿原伤口作“S”形切口，于指总伸肌腱桡侧游离并暴露骨间后神经终末支，直径约 0.8 mm，紧贴指总伸肌腱桡侧向远端走行至头月关节处。在走出腕背支持带处该神经被瘢痕组织包裹、卡压。卡压段神经变薄、呈透明状，将该段神经（1 cm）切除，彻底止血后缝合切口。术后病理检查证实神经组织变性、增生，瘢痕组织增生。术后随访 3 个月，症状未复发。

讨论　反复用力活动腕部是造成骨间后神经终末支处结缔组织增生，诱发该神经卡压引起腕背痛的基础。骨间后神经终末支卡压的原因常为肿块压迫，外伤引起者少见。本患者患肢症状不明显，而以局部放射性痛、伴头痛头晕症状为主，以致早期误诊为颈椎病、神经官能征等。我们提出，腕背部外伤后出现不明原因的腕背痛及放射性头痛头晕等症状时应想到本病，以免误诊及延误治疗。但骨间后神经终末支卡压后引起放射性头痛头晕等症状的原因尚有待于作进一步的探讨。

（收稿日期：2002-10-31）　（本文编辑：蔡佩琴）

作者单位：252600 山东，临清市人民医院外三科

万方数据