甲及甲床部分切除术治疗嵌甲

Treatment of onychocryptosis with partial ectomy of partial onyx and hyponychium

徐智胜 （南京雨花区铁心桥医院外科，江苏 南京 210012）

[关键词] 嵌甲；手术治疗；感染
[中图分类号] R322.994；R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0247-01

嵌甲是在日常生活中对趾甲护理不当及外伤等引起的钩状生长，多见于足部脚趾，局部多合并有感染[1]。因局部引流不畅，常导致感染时轻时重反复发作，给患者工作及学习带来极大不便。2005年至2009年我科对268例反复发作合并感染的踇趾嵌甲在局部治疗的基础上，采用甲及甲床部分切除术进行治疗，取得了满意的疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者268例，男123例，女145例；年龄11～62岁，平均36岁。其中单侧足踇趾单侧嵌入178例，单侧足踇趾双侧嵌甲58例，双侧足踇趾均有嵌甲32例。病史2～18个月，平均5.3个月。

1.2 方法

踇趾经趾根麻醉后，首先切除增生的炎性肉芽组织，并将患侧甲板上的皮肤与趾甲之间进行适当剥离至甲基质的浅缘处，宽3 mm左右，术中使用止血带。在患侧甲沟与甲缘交界处纵行切开，长度从甲基质的浅缘处到甲的游离缘，宽度1.5～3.0 mm，平均2.0 mm。将此范围内的甲板、甲床、甲基质全部切除，不能有残留，切除后的创区应该显露出相应的末节足趾的部分趾骨[2]。仔细止血，在确认无残留的甲床后甲基质上用2.5%的碘伏纱条填塞止血，术后常规抗炎、对症治疗。术后24 h换药不取出填塞压迫的碘伏纱条，纱条表面用碘伏棉球将其渗透；术后48 h，抽出压迫止血的碘伏纱条，适当加压，注意足趾血运。

1.3 疗效评价

根据患者术后局部有无压痛、红肿渗出及外形修复情况分为优、良、差3级。优：患侧甲沟处无压痛，无渗出等炎症表现，外形美观；良：患侧甲沟处无炎症复发，但有轻度压痛，外形较好；差：患侧甲沟处仍有明显压痛、炎性渗出增多等表现，外形差。

2 结果

本组216例术后经6～12个月随访，197例疗效为优，19例疗效为良，无复发病例。术后6～11 d即可恢复行走，皮肤外观无切口，因此不需缝合且外形美观。

3 讨论

嵌甲是足趾一侧受到外伤或挤压（特别是穿高跟鞋或不适当的修剪趾甲）引起甲沟处皮肤损伤，继而引起细菌或真菌感染，长期慢性的炎症刺激使甲沟处炎性肉芽组织增生，甲床向甲基质的上皮移行中断，甲床与甲沟的正常连续性遭到破坏，使甲的生长力学方向发生改变，甲床向趾骨包绕性生长引起甲的畸形，形成嵌甲，另外还有甲体过宽、甲体卷曲等形态变化[3]。由于增生的肉芽组织引流不畅致使感染反复发作，这是嵌甲术后复发的主要原因。近年来嵌甲有明显增多的趋势，其原因为：①女性指（趾）甲美容需求增多，因美容时护理不当或不正确的修剪趾甲；②穿皮鞋、高跟鞋、运动鞋人员明显增多，这些鞋同传统的布鞋比通气性能差，易使脚趾感染细菌从而导致嵌甲合并感染；③因治疗时处理不正确致复发病率明显上升。

足踇趾嵌甲合并感染在临床上以往多采用消炎、换药、局部切开引流、拔甲等方法治疗，但复发率较高，对患者工作、生活影响较大。目前临床上对嵌甲Ⅰ期（炎症期）和Ⅱ期（脓肿期）的早期采取保守治疗，而对于Ⅱ期的晚期和Ⅲ期采取手术治疗。总之只有彻底解除引起嵌甲的原因，即切除局部增生的肉芽组织和部分病变的甲床，重建甲沟，恢复其正常解剖结构，才能最大限度降低术后复发率，达到临床治愈的目的。本组268例患者切除病变处的部分趾甲、甲床、甲皱襞和增生的炎性肉芽组织，消除了致病因素，局部引流通畅，大大降低了复发率。由于是切除部分甲及甲床，未行全部甲拔除，患者易于接受。而且皮肤上无切口，患趾外形与正常趾无明显不同，基本无痕迹，年轻女性患者比较接受。碘伏纱条压迫止血有如下优点：①通气性相对较油纱条好；②碘伏本身是杀菌消毒剂；③第一次换药后不拔除压迫的纱条可以减少出血，给换药带来了方便，在压迫的纱条上通过碘伏消毒后碘伏可再次渗入，以起消毒杀菌作用。此手术操作简单、病程短、术后复发率低，无需住院治疗，给患者及医生带来方便，易于临床推广。

[参考文献]

[1] 魏 壮，刘 飙，谢升伟，等. 趾部分甲皱襞和甲床楔形切除治疗嵌甲[J]. 中国修复重建外科杂志，2006，20(1)：89－90.
[2] 李 龙，郭小文，张 力，等. 部分甲基质、甲旁皮肤切除术治疗复发性嵌甲症[J]. 中国现代医学杂志，2006，16(22)：3480－3482.
[3] 邱卫红，张士良. 苯扎氯铵贴治疗47例早期嵌甲临床分析[J]. 局解手术学杂志，2008，17(2)：109.

[收稿日期] 2009-04-04 [修回日期] 2009-05-09
（编辑：周小林）