

手术适应症：确诊网球肘并有局限性固定压痛点，曾用去氢皮质激素局部封闭4次以上或采用其他物理疗法治疗，其症状体征无明显改善者，可行痛点钻孔术。

手术方法：患者取坐、卧位均可。患肘屈曲，肘部用碘酒、酒精消毒，铺无菌巾，确定痛点，以1%利多卡因 2ml 局部浸润麻醉并探刺达骨膜后注药，满意后用扁桃体刀垂直刺入肱骨外上髁部的痛点处，达骨膜，切口长约 4 mm，用直径为3mm之骨钻头从该切口垂直向下钻一骨孔，穿过骨皮质进入髓腔，不穿过对侧骨皮质，术毕。以无菌敷料固定包扎伤口，屈肘腕颈吊带固定。伤口不缝合，定时更换敷料，七日伤口愈合。

附：疗效标准：

1. 显效：肘部疼痛完全消失，恢复原工

作。

2. 有效：肘部疼痛减轻，能做原工作。

3. 无效：局部症状略有改善，或无变化。

治疗情况及随访：患者于术后切口微痛，少量出血，局部微肿，可服对症药物。本组随访20例，最短8个月，最长1年零5个月，平均1年零1个月余。显效14例，有效4例，无效2例，本组术后1个半月左右，均可参加原工作。

体会

本组有2例无效，1例于术后过早参加劳动，而影响局部切口的愈合，过早劳动会产生新的创伤而影响或延长伤口愈合时间，而疼痛不缓解。另1例，由于我们初期手术适应症选择不严所致。该患者肘部疼痛范围广泛，且有肿胀，虽经钻孔且疗效不佳。注意无菌观念防止感染，不可过早参加劳动，以六周为好。

小腿骨筋膜间室综合征四例报导

河南睢县中医院 (476900) 王 为 蒋卫东

例1. 患者，赵某，男，43岁，住院号：235492。砸伤致左胫腓骨下段粉碎性骨折。伤后24小时，在当地整复及石膏固定时，发现左足背皮肤发紫，小腿胀痛难忍。3日后去除石膏托，症状消失。但很快疼痛又复，且较前更剧，并开始发热，足背颜色渐暗，随转我院。检查：局部肿胀，张力高，踝以下感觉丧失，足背及趾甲呈暗紫色，压之不退。诊断：左胫腓骨骨折合并小腿骨筋膜室综合征。处理：立即手术减压。切开4处，每处长约8~10cm，一月后踝以下感觉仍无恢复。

例2. 患者，王某，男，24岁，住院号：24745。摔伤，致右胫腓骨中上段开放性粉碎性骨折，急诊入院。检查：右小腿上段肿胀，胫腓骨上部有两个伤口，分别长约2和3cm，可见脂肪颗粒随血溢出，足背动脉可扪及。即清创缝合，石膏托外固定，抬高患肢。4日后感小腿胀痛，第二趾麻木，并向上发展，小腿肿胀明显加重。当即松解绷带，症状消失。约

20分钟后疼痛及麻木又复出现，修正石膏托后明显减轻，但未及5分钟，症状又恢复如前，且迅速加剧。小腿皮肤灼痛，极度敏感，拒摸。诊断：右胫腓骨骨折合并小腿骨筋膜室综合征。处理：立即局麻下切开减压。内侧2处，外侧1处，切口长约10~12cm。症状迅速减轻。伤口自行愈合。足趾麻木2个月后消失。

例3. 患者，张某，男，30岁，住院号：198154。汽车挤轧伤，致右胫腓骨开放性粉碎性骨折，12小时后急诊入院。检查：右小腿高度肿胀，皮肤紫暗，触之剧痛，内踝伤口长约6cm，踝以下感觉消失，发凉，足趾苍白，足背动脉搏动消失。诊断：右胫腓骨骨折合并小腿骨筋膜室综合征。处理：立即切开减压。切口长约20cm，暴露深部肌层，踝骨牵引。术后4小时，皮肤变温，颜色好转，10小时后恢复正常。植皮痊愈出院。

例4. 患者，李某，男，28岁，住院号：156998。汽车挤轧伤，致左胫腓骨中段开放性

粉碎性骨折及腓部软组织挫裂伤。伤后4小时即行清创、缝合及管型石膏外固定。次日下午6时体温39.5℃，石膏开窗，伤口部有张力水泡，扪其足背动脉搏动佳。三日上午8时体温39.8℃，去除石膏，检查：小腿中断前外侧坏死。诊断：左胫腓骨骨折合并小腿骨筋膜室综合征。处理：立即行小腿外侧波浪形切开减压，置放引流，减张缝合，抬高患肢。以后小腿肌肉广泛坏死、感染、腓总神经麻痹、足下垂，经扩创、植皮、跟腱延长等手术处理，终致患肢残留，部分功能障碍。

体 会

1. 骨筋膜室综合征是肢体损伤后常见而后果相当严重的合并症，其发病主要为肢体损伤后骨筋膜室内压力增高，引起局部血液循环和组织功能障碍所致。骨折、重物挤轧，石膏压迫、夹板绷带包扎过紧、血管损伤时的血肿压迫、牵引不当及筋膜缝合过紧等，均可导致本症发生。

2. 骨筋膜室为闭合而少弹性的腔隙，一旦诱发高压，将进入恶性循环，引起一系列局部及全身改变，导致室内组织的不可逆损害。本症发生后，受伤肢体骨筋膜室内组织压逐渐增高，早期症状是感觉异常，继而为肢体深部剧烈的灼痛，牵伸患指或患趾可诱发剧烈疼痛，这时若能适时切开减压，则可终止此进程，而有利于损害较轻组织的恢复，待到其它典型症状出现，

如皮肤苍白或紫绀、肌肉瘫痪、无痛、无脉，则已到晚期，很难处理，轻者产生肌萎缩，重则发展坏死，以致造成残废和截肢，甚至死亡。

3. 骨筋膜室综合征只有尽早切开深筋膜减压，才能阻断缺血——水肿恶性循环。一般在临床症状出现12小时内施行，可收到良好效果，超过12小时，将可能造成神经和肌肉的永久性损害。临床上往往因足背动脉尚能触及，或进行止痛、松解外固定而不作切开减压，从而延误了减压时机。例4即因此而造成肢体的永久性残疾。我们认为：当患肢外部压力解除后，症状仍呈进行性加重趋势，是施行切开减压的重要指征。至于病程短，无神经功能障碍的病例，只要减压彻底，引流通畅，皮肤工期缝合是可行的，其预后与减压是否彻底有密切关系。例2是在伤后12小时以前施行减压，但由于切口短，可能减压不彻底，所以恢复慢，以至足麻木2个月后才逐渐消失。例1减压时间较晚，预后欠佳；而例3切口长，减压彻底，所以恢复快，预后佳。

4. 一般开放性骨折，由于其伤口即可起到一定的减压作用，因此骨筋膜室内组织受压往往不甚严重。但例3右小腿虽有6cm长的伤口，而仍发生了本症，这是因为其伤口小，肌肉呈活瓣作用阻塞了伤口之故。

特殊类型的Hume骨折一例报告

河南省伊川县医院骨科 (471300) 田少渠

儿童尺骨近侧骨折伴有桡骨头向前脱位于1957年被Hume首次描述，故名为Hume骨折。作者于1990年收治一例，与Hume骨折有所不同，姑且名之谓特殊类型的Hume骨折。报告如下。

女患，10岁。于90年11月10日跌落致伤左臂，拍片显示：左尺骨近侧纵行劈裂，桡骨颈骨折，桡骨小头向外侧移位，呈“歪戴帽”状，关节面倾斜70°。诊断：特殊类型的Hume骨折（尺骨近侧骨折伴桡骨颈骨折）。治疗：

切开整复桡骨小头，克氏针固定；修补环状韧带，石膏固定肘关节于直角位。伤后5个月复查，左臂功能如常。

讨论：Hume骨折是一种特殊类型的孟氏骨折，即高位孟氏损伤。本例患者的特殊之处在于存在有桡骨颈骨折，故与Hume骨折有所差异，属于特殊类型。其损伤机理与孟氏基本相同，治疗上，应注意桡骨小头的不损伤性复位，以免造成尺桡骨发育不平衡，影响前臂功能。