

临床资料 本组 58 例中男 47 例，女 11 例；年龄 16~74 岁。发病时间 2 个月~2 年。左侧 19 例，右侧 39 例。临床表现：足跖侧有一至数个高出皮肤的表面硬结，成圆锥形的角质栓，有角质中心核，核尖深入皮肤内基底呈圆形露于表面，触之较周围皮肤坚硬而不光滑，由于鸡眼尖端压迫神经而发生疼痛。

治疗方法 于患侧胫骨内缘与跟腱内缘之间，从内踝上方 2cm 处消毒后，用无菌注射器抽取 2%利多卡因 5ml，先刺入皮下然后垂直刺入，当刺到胫后神经时病人即感麻木并向跖侧及足趾放射。回抽针栓若无回血，即可注入药液。若无效，可每隔 7 天再行第 2 次、第 3 次注射。

治疗结果 疗效标准：痊愈，临床症状消失，鸡眼软化脱落，无疼痛无复发现象；无效，治疗前与治疗后无变化。58 例中，注射 3 次痊愈 25 例，2 次治愈 19 例，1 次治愈 8 例，注射 3 次无效 6 例，总有效率 89.7%。经 1 年零 4 个月随访，52 例中无 1 例复发。

讨论 笔者认为本病是由于跖神经受到慢性刺激，如穿鞋不适、走硬地、长久站立，引起皮肤角质层深层增生增厚，使跖神经纤维末梢受到刺激引起结缔组织增生而形成鸡眼，因此疼痛较甚，影响走路。当我们利用利多卡因胫后神经封闭，使跖神经支配区被麻醉失去痛感，毛细血管扩张软组织充血松弛，当行走后使鸡眼的角质栓被踩扁，失去血供变性脱落而愈。此方法简单安全可靠，供同道参考。

(收稿：1995—08—15 修回：1996—04—15)

应用显微缝合法一期修复手部断裂的肌腱

张松 胡顺祥 刘庆生

广东省珠海市中医院 (519015)

我院自 1994 年以来对 25 例手部外伤用显微缝合法一期缝合 96 条肌腱，经 6 个月的随访，效果良好，现报告如下。

临床资料 本组 25 例中男 18 例，女 7 例；年龄 5~40 岁；缝合肌腱部位：腕部 5 例，掌部 7 例，近指节 13 例；拇屈长肌腱 3 条，指屈肌腱 60 条。拇长伸肌腱 8 条，指伸肌腱 25 条。均为急诊缝合。

治疗方法 用 5—“0”锦纶线距腱两端各 1cm 处作为“8”字缝合，将肌腱两端的缝线拉紧，使腱两断端靠拢对合后结扎。再用 8—“0”无损伤针线间断缝合肌腱浅面，使肌腱表面光滑平整。腱膜用 9—“0”无损

伤针线行连续缝合。术后石膏托固定 3 周。

治疗结果 疗效标准：优：手指屈伸活动完全正常；良：手指屈伸活动轻度受阻；差：手指屈伸活明显受限。术后随访半年，结果：96 条肌腱中，优 43 条，良 35 条，差 8 条，优良率 81%。

体会 通过本组病例证明用显微缝合法缝合肌腱具有如下优点：(1) 肌腱两断端对合良好，无张力，有利于肌腱愈合；(2) 缝合精细不影响肌腱的血供；表面光滑，易滑动；(3) 减少缝线的异物反应；(4) 术后早期活动，粘连轻；(5) 本方法操作简单，易掌握。

(收稿：1995—10—06)

撬拨复位治疗胫骨平台骨折

王洁伟

山西省运城盐化局医院 (044000)

作者自 1990 年 5 月~1995 年 3 月，收治胫骨平台骨折 24 例，均采用撬拨复位法，现总结如下。

临床资料 本组 24 例中男 14 例，女 10 例；年龄 20~58 岁；车祸伤 10 例，坠落伤 7 例，砸伤 5 例。其它原因致伤 2 例；胫骨内髁骨折 6 例，外髁骨折 12 例，双髁骨折 6 例；按 Hohl 分类，I 型 7 例，II 型 12 例，III 型 5 例；合并伤：侧副韧带损伤 3 例，交叉韧带损伤 3 例，半月板损伤 8 例，腓骨头颈骨折 4 例；手术时间在 7~10 天内进行。

治疗方法 术前仔细阅读 X 片，采用连续硬膜外麻醉。平卧位，将患膝置于荧光屏下，常规皮肤消毒，铺无菌巾。两助手进行对抗牵引，术者持斯氏针刺入移位骨块的皮内，在荧光屏下观察进行复位，撬抬塌陷骨折块和关节面，恢复胫骨平台关节面的平整，复位满意后，在皮肤上切一小口用螺丝钉或螺栓内固定。术后 I、II 型无需石膏托固定，6~10 天后功能锻炼，III 型骨折石膏托固定 4~5 周后去除石膏托，进行功能锻炼。

治疗结果 本组 24 例中，20 例进行了随访。随访时间最长 4 年，最短 1 年，平均 2.5 年。根据患者是否有膝关节不适或疼痛，膝关节功能活动度，行走距离，内外翻角度，膝关节稳定及骨折复位综合评分。结果 I 型优 5 例，良 2 例；II 型优 8 例，良 2 例，差 2 例；III 型优 1 例，良 3 例，差 1 例。本组未出现切口感染，腓总神经损伤的病例。

讨论 胫骨平台是膝关节的重要组成部分，此