

**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

部位的骨折对于膝关节的完整性、稳定性、活动性都有很大的影响。胫骨平台骨折在日常生活及各项生产劳动中是一种常见的损伤。该骨折属于关节内骨折,易于引起膝关节的活动障碍,严重者可合并有半月板及关节韧带的损伤,因而更易引起膝关节的功能障碍。处理此类骨折,要根据骨折的类型,损伤的程度,合并损伤的情况,选择不同的治疗方案,以期最大限度的恢复关节的功能。采用撬拨复位法有以下优点:(1)手术不必打开膝关节腔,可以减少医源性损害,以免加重膝关节软组织的损伤;(2)减少了感染的环节,即使局部皮肤条件稍差,只要有小范围的健康皮肤,仍可及时手术;(3)操作简便,易于掌握;(4)病人的痛苦小。

对于胫骨平台骨折同时合并有侧副韧带损伤的患者,术后随访发现有膝关节稳定性受到影响者,待骨折愈合后再行韧带修补。对于半月板损伤,尽量予以修补,确实无法修补者,再行手术切除。

手术后可以不用石膏托固定,早期即能活动,开始关节的锻炼,这对于膝关节活动范围的恢复有十分重要的意义。

(收稿:1995—10—06)

## 32 例疲劳骨折临床分析

李清社

陕西省蒲城县医院 (715500)

本文收集本院 1984~1992 年间疲劳骨折 32 例,其中足部 20 例,股骨、胫骨 4 例,肋骨 8 例;男 21 例,女 11 例;年龄在 16~65 岁之间。

**临床症状及体征** 患区钝痛、隐痛。有长途行军史、长时期运动或咳嗽、咯痰、气喘史。体征:局部压痛,软组织轻度肿胀,肋骨骨折可闻骨擦音,功能受限。部位:右足疲劳骨折 11 例,左足 9 例,其中发生于第二趾骨 13 例,第三趾骨 5 例,第四趾骨 2 例,无第五趾骨骨折。股骨下段,疲劳骨折 2 例,骨折线距关节面 10cm;发生在胫骨上段内后侧 2 例,骨折线距关节面约 6cm;发生在肋骨骨折 8 例。

X 线表现:20 例趾骨疲劳骨折中,有 12 例,骨折线模糊不清,骨折处可见斑点状密度减低区。有 8 例骨折线较清,可见骨皮质断裂和骨纹理中断,显示横形或斜形骨折线。4 例长骨疲劳骨折线呈现与长骨纵轴垂直的线状密度减低阴影或致密带状阴影。8 例肋骨疲劳骨折中左右侧各 4 例,6 例周围界线清楚,有轻度平

行骨膜增生,范围局限;4 例骨折呈横断状,无错位。

**讨论** 1. 疲劳骨折包括应力骨折和功能不全骨折。其产生机制系长时间肌肉超强牵引力等机械作用,及身体素质缺陷,应力传递不均,积累的应力超过骨骼能承受的最大值,致使薄弱处出现裂隙纹,造成骨折。

2. 趾骨的疲劳骨折多见于长途行军者。骨折半月后拍片可见少量骨痂阴影及骨膜反应。长骨疲劳骨折多见于运动员或舞蹈演员。骨折半月后拍片可见有骨内横行致密带状骨痂影和骨外范围较长的骨膜反应。经我院观察,需一年左右才能愈合。肋骨骨折多发生于慢性阻塞性肺部疾患及老年患者。骨折半月后拍片可见周围界线清楚,有轻度平行骨膜增生。两月后拍片有骨痂形成。

3. 疲劳骨折须与病理骨折及下列病变相鉴别:(1)骨髓炎:急性骨髓炎除患肢疼痛肿胀外,还有全身发热,白细胞增多,X 线表现以骨质破坏为主。慢性骨髓炎以骨质增生硬化为主,显示骨皮质不规则增厚,髓腔密度增高乃至消失和大块死骨,无横形骨折线及职业史。(2)恶性肿瘤:疼痛多为持续性,夜间为甚。局部肿胀明显,X 片可见肿瘤改变,骨质破坏及骨膜反应等。(3)陈旧性骨折:有骨折病史。(4)骨膜炎:无骨折线及骨痂形成。

(收稿:1995—10—06)

## 蒺藜散加跟骨垫治疗 跟下滑囊炎

孙建航 朱瑞婷

山东省临沂市中医院 (276002)

笔者自 1986 年~1993 年,自拟以白蒺藜为主的蒺藜散加跟骨垫治疗跟下滑囊炎 63 例,取得满意疗效,报告如下。

**临床资料** 本组病人以中老年人居多,多有外伤史或慢性劳损伤。由长期站立在硬地面或穿硬底鞋或跟部受过挫伤,疼痛为逐渐加重,休息后减轻,活动后加重,得热痛减,遇冷后加重,功能受限。跟下方可有肿胀,深在压痛明显。查血常规及血沉正常范围。X 线拍片无骨性异常。

**治疗方法** 1. 蒺藜散药物组成:白蒺藜 30g,川乌 20g,草乌 20g,海桐皮 30g,羌活 30g,桂枝 20g,元胡 30g,茄子根 3 个(地面 10cm 以下刨出洗净泥土),乳香 20g。

2. 跟骨垫的制做:2cm 厚海棉剪成跟部等宽至跟前方大小两块。