

3 治疗结果

借用英国医学研究会感觉运动分级方法进行评分,每一级为 1 分,正常为 10 分^[2]。49 例术前平均分为 6.24,术后平均为 8.69,提高了 39.2%,其中完全恢复 20 例,占 40.8%,有进步者 25 例,占 51.0%,无效 4 例,占 8.2%。病程一年以内 17 例,术后平均提高 34.6%,6 年以上 5 例,术后平均提高 51.9%。

4 讨论

肘管综合征是尺神经在肘管内由于牵拉或卡压而发生病损后出现的手尺侧麻木、爪形指及手内在肌萎缩的一组证候群,肘外翻及肘伸直困难使尺神经在尺神经沟内走行过程中张力过大或尺神经在肱骨内髁处反复摩擦所引起的炎症性改变是本综合征的重要原因,局部肿物压迫、纤维组织或骨组织卡压相对较少。本组肘外翻或肘伸直受限者共 34 例 43 侧,占侧数的 87.8%,引起肘外翻及伸直受限的主要原因为创伤,创伤后肘管综合征本组共 32 例,占例数的 80%,创伤距治疗时间平均为 8.55 年,病程平均为 2.54 年,其中 10 例肱骨外髁骨折及 3 例桡骨小头切除术后均发生了肘外翻。引起肘伸受限的因素除创伤外,类风湿性关节炎也是导致肘伸直受限的一个因素,本组 6 例均出现双侧肘受限。

尺神经前移改变了尺神经的行走路线,缩短了

行走距离,因此是治疗肘管综合征的有效措施。本组术后随访积分提高了 39.2%,但传统的前移有伤及尺神经血供及神经分支的危险。有人报告尺神经的血供有两种类型,其一为伴行型,知名动脉及其分支平行于尺神经走行于神经周围组织中,主要见于尺侧上副动脉;其二为直入型,见于尺动脉,尺神经血供来源呈节段性分布于神经干的不同侧面,非定点地注入神经外膜,血管的走行长度与间距不定,肘部注入居多,且从外侧注入者占 58.8%^[3]。支配尺侧腕屈肌、指深屈肌尺侧半的尺神经肌支多在肘部分出,甚至在肘上已分支,以单干或多干的形式平行于尺神经走行于尺神经周围组织中^[4]。综上所述,尺神经前移时游离尺神经必然有损伤尺神经血供及尺神经分支的危险性,而采用带筋膜的尺神经前移可以最大限度地保护尺神经的供应血管及神经分支,取得更好的疗效。

参考文献

- [1] 傅炳峨,陆裕朴,石凯军,等. 创伤性尺神经炎. 中华手外科杂志, 1994, 10: 39-41.
- [2] Phillip EW (过邦辅,蔡体栋等编译). 周围神经损伤. 坎贝尔骨科手术大全·下册. 上海:上海远东出版社,1991. 1440-1441.
- [3] 王伟,李吉. 有血供的尺神经移植的解剖学研究. 中华手外科杂志, 1996, 12: 20-22.
- [4] 丁自海,裴国献. 手外科解剖与临床. 山东:山东科学技术出版社,1993. 210. (收稿:1998-07-15 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

针刀配合拔罐治疗顽固性网球肘

何新伟 张 雷

(沂源县中医院, 山东 沂源 256100)

笔者运用小针刀配合拔罐治疗顽固性网球肘 69 例,取得了较为满意的疗效,现总结报告如下。

临床资料 本组 69 例中男 30 例,女 39 例;年龄 23~45 岁;病程 1 月~4 年;右侧 48 例,左侧 20 例,双侧 1 例;全部病例经其它治疗无效或又复发者。

治疗方法 病人取坐位,将患侧肘关节屈曲 90°,平放于治疗桌上。以肱骨外上髁压痛最敏感部位作为进针点,并做好标记。常规皮肤消毒,以进针点为中心铺洞巾。术者带手套以左手拇指、食指绷紧待进针点皮肤,右手持小针刀,刀刃与伸肌腱平行,迅速进针,到达骨膜后,顺肌腱方向行纵行疏通剥离 3~5

下,再横行剥离 2~3 下,患者有酸胀感时出针,棉球压迫消毒。选择大小适宜的火罐,以闪火法扣在进针处,拔出积血约 1~2ml,5 分钟起罐,棉球消毒,创可贴覆盖针眼。治疗后嘱患者注意休息,但要做肘部功能活动。1 次不愈者,于 2 周后再做治疗。

治疗结果 本组 69 例中,1 次痊愈者 52 例,2 次痊愈者 17 例。随访 1~2 年未见复发病例。

讨论 网球肘又称肱骨外上髁炎,为临床顽症之一,发病率高、病程长、易复发,好发于前臂劳动强度较大的中年人,属祖国医学“肘部伤筋”范畴。多为劳伤气血,筋脉失和所致。小针刀集刀

与针的双重作用,通过刀的剥离,可以分离局部的粘连组织,松解肌肉,解除神经血管的卡压,使局部血液循环得以改善,降低致痛物质浓度,消除局部无菌性炎症,使疼痛迅速缓解。针刺可使经络气血畅通,“通则不痛”,使痛症速愈。拔罐通过“宛陈则除之”以达到祛瘀生新,散寒通络,使筋脉通畅,气血调和,痛症自消,从而达到止痛和临床治愈目的。注意操作时必须熟悉局部解剖,剥离不宜过深过重,防止加重损伤,术后即可加强患肢功能锻炼,以免发生局部组织粘连再发病。

(编辑:连智华)