

复,减少了伤口感染的机会。

4.2 减少并发症 ①通过 AO 外固定架的牵伸、旋转及固定作用,矫正骨折远近端的对线,再通过撬拨,将大的粉碎性骨折块复位后用皮质骨螺钉固定,较小的骨折块则分别用克氏针固定,内外结合,可使固定平衡、牢固,骨折对位对线满意。②创伤相对较小。无须充分暴露即可达到骨折的复位固定,术中很少或不剥离骨膜,最大限度保护局部血运,有利于骨折愈合,符合微创固定原则。③骨折固定符合生物学固定的原理。利用间接复位技术,在恢复胫骨长度、轴线及旋转的同时,对存有活力的粉碎骨折块进行非解剖复位。将双杆 AO 外固定架分别置于胫骨内外侧,两平面夹角为 $60^{\circ} \sim 100^{\circ}$, 针杆之间呈立体三角形,有利承载应力的分散。结合有限内固定,可达到骨折整体的轴向稳定,允许肢体早期活动,有利骨

折愈合,避免关节僵直。④骨缺损较大者,在严格清创的基础上,有限内固定后,行 I 期植骨。采用小切口以条状或块状髂骨骨块填塞,而减少骨折端骨的缺损,有利于骨折的愈合,减少延迟愈合和不愈合。

参考文献

- 1 张双喜,赵永泽,付江,等.开放性胫骨多段骨折的治疗.中华骨科杂志,2001,21(10):633-634
- 2 刘云鹏,刘沂.骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准.北京:清华大学出版社,2002.234-235.
- 3 汤瑞新,刘长征,程银树,等.有限内固定结合外固定支架治疗胫腓骨远端开放粉碎性骨折.解剖与临床,2004,9(1):30.

(收稿日期:2007-05-31 本文编辑:王玉蔓)

• 短篇报道 •

改良小针刀治疗顽固性肱骨外上髁炎

杨道银,唐中尧,杨陈一

(泸州市中医医院骨科,四川 泸州 646000)

自 2004 年 6 月以来依据小针刀术的原理用改良小针刀治疗顽固性肱骨外上髁炎 35 例,取得了满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

35 例均为门诊患者,男 9 例,女 26 例;年龄 30~65 岁,平均 48 岁;病程 2~12 个月。右肘 28 例,左肘 7 例。经过封闭治疗者 22 例,其中封闭 1 次者 5 例,2 次者 11 例,3 次以上者 6 例;经针灸等治疗 30 d 以上者 13 例。诊断标准:患肢肘外侧疼痛,劳累后加重,拧毛巾、扫地、提重物时明显,在肱骨外上髁处有局限性压痛点,前臂伸肌紧张试验阳性。纳入标准:至少经过系统的针灸等治疗 30 d 以上未愈者或经封闭等治疗治愈后又复发者。排除标准:伴有颈椎病的患者。

2 治疗方法

改良小针刀的制作:将 11 号手术用尖刀片的刀锋进行打磨仅留刀尖处 2~3 mm 刀锋。手术操作:将肘关节屈曲 90° 平放于治疗桌面上,在肱骨外上髁处(痛点)常规消毒后,局麻下进行手术,使刀口和伸肌总腱纤维走向平行并垂直刺入肱骨外上髁痛点,在痛点前、中、后部位纵行切割 3 次即可,由于切口仅 3 mm,不需要缝合,压迫切口片刻,待不出血为止,加压包扎防止出血,一般情况不必使用抗生素。

3 结果

随访 6~18 个月,平均 12 个月。依据评定标准:治愈,疼

痛及压痛消失,手握力恢复正常;好转,症状基本消失,功能改善;无效,症状与体征无变化。结果:治愈 33 例,好转 2 例。

4 讨论

肱骨外上髁炎亦称网球肘,是肱骨外上髁处附着的前臂伸肌总腱的积累性疲劳损伤所致。对于早期肱骨外上髁炎采用封闭疗法能取得良好的效果;而对于经多次针灸、封闭治疗后反复发作的顽固性肱骨外上髁炎,由于局部瘢痕、粘连严重卡压局部神经血管束,导致各种治疗方法的疗效欠佳。

常规手术治疗剥离、松解前臂伸肌总腱起点手术创伤大,并发症也多。小针刀剥离,只能解决肌腱粘连、松解的问题,从根本上不能解除局部软组织对血管、神经束的嵌压及软组织无菌性炎症,而且需多次治疗。部分患者常因难以忍受针刀操作时产生的痛苦而中途放弃治疗。显微松解、切断微神经支治疗顽固性肱骨外上髁炎临床效果满意,但基层医院和普通医生受设备和技术条件限制,难以推广。改良小针刀系 11 号尖刀片经加工其刀口位于侧方,非常适合于治疗肱骨外上髁炎,能一次性切断微血管神经束和松解粘连,一次成功率高,不需二次施术,创伤小,手术操作简单,适合基层医院推广使用。但对于早期肱骨外上髁炎能经过一次性封闭和活动姿势纠正而治愈的患者不必急于采用改良小针刀治疗。

(收稿日期:2006-11-08 本文编辑:王宏)