

化, 骨折畸形愈合, 巨大骨痂形成, 骨盆扭转变形, 引起骨盆出入口狭窄, 形成迟发性骶髂部疼痛, 神经损伤或卡压及腰背部疼痛等后遗症。

4. 莫耳盖尼骨折, 骶髂关节往往夹有断裂的韧带或碎骨折片, 复位后骶髂关节不稳定, 愈合慢, 甚至出现迟缓愈合或不愈合, 治疗上如单采用股骨髁上牵引只能纠正短缩畸形, 不能防止髂骨旋转移位。若配合髂前上棘牵引, 可使骶髂关节稳定, 牵引时间往往需要

12周以上, 过早解除牵引及负重活动, 会造成畸形复发。

5. 莫耳盖尼骨折后骨盆变形, 拍片时体位不易放正, 易造成假象, 若只注重X线片不结合临床体征会造成分型治疗错误。

鉴于以上原因, 对莫耳盖尼骨折应做到详细询问受伤机制, 仔细检查临床体征, 认真分型治疗, 保证早期复位, 牢固固定, 才能获得坚强愈合。

## 地方性氟骨症调查报告

广东省潮阳县卫生防疫站 (515100) 陈德伟

潮阳县是粤东沿海典型的饮水型地方性氟中毒流行区, 现将氟骨症调查结果报告如下。

### 调查方法

在地方性氟中毒病区调查的基础上, 采用水氟分层抽样体检氟斑牙超过30%的病区8岁以上居民5~10%, 随机抽样进行骨盆、一侧前臂、小腿正位X线拍片诊断氟骨症。水氟检测采用氟离子选择电极法, 相应指标检测按《生活饮用水水质检验方法》。

1. 氟骨症患病情况: 病区居民体检850人, 有氟骨症明显症状体征(关节, 腰腿痛, 脊柱僵直变形, 关节屈曲及肌肉萎缩)者293人, 占34.5%。X线拍片167人, 诊断氟骨症58例, 患病率为34.7%。其中硬化型45例, 疏松型2例, 混合型11例。临床分度: I°33例, II°18例, III°7例。

2. 饮水氟含量检测: 检测25个镇164个村不同水源水样367份, 水氟含量在0.01~14.1mg/L之间, >1.0mg/L的有178份, 占47.3%, 分布于15个镇99个村。水含氟量超标均为井水(“地气井”即自流井)和温泉水。山泉水、山坑水、水库水、溪水水含氟量较低, 均未超标。

3. 氟骨症与水氟含量和相应指标的关系: 氟骨症与水氟含量呈完全等级正相关( $r_s = 1, P < 0.05$ ), 病情随水氟含量增高而加重。病区水氟含量与水总硬度、钙、镁、pH值未见明显相关( $r_s$ 分别为0.625、0.3、0.1、0.3,

$P > 0.05$ )。而氟骨症与水中氟与硬度、钙、镁pH值的比值有关( $r_s$ 分别为1.1、0.9、1,  $P < 0.05$ )。比值大, 发病率也增高。表现氟骨症除主要与水氟含量有关外, 还受水氟与水硬度、水钙等比值的影响。

4. 氟骨症与居住年限的关系: 本组病例中, 发病年限最短12年, 30年内发病占17.2%, 30年后发病占82.8%。饮水含氟量为1~1.9mg/L、3.23~3.99mg/L、9.12mg/L时, 发病最短年限分别为30年、20年和10年后。当地出生者与外地迁入者发病开始最短年限分别为21年和12年。前者20年后发病的占7.3%, 30~40年后发病的占46.4%, 50年后发病的占46.3%。后者10年后发病的占23.8%, 20年后发病的占76.2%, 未见50年后发病的。表明居住年限越长, 发病越多, 发病开始年限随水氟含量的增高而缩短。外地迁入者发病年限较当地缩短, 这可能与氟在体内蓄积, 迁入者对氟的侵害较敏感, 耐受性低有关。

5. 氟骨症与性别、年龄关系: 男女患病率分别为39.5%和33.8%, 无显著性差异( $\chi^2 = 0.3301, P > 0.05$ )。年龄最小21岁, 最大74岁, 患病率随年龄的增大而增高, 与年龄呈完全正相关( $r_s = 1, P < 0.05$ )。

### 讨 论

该县氟骨症是由于饮水中氟含量过高所  
(下转第42页)

伤作用。治疗过程中或治疗后均未发现白细胞减少、脱发、胃肠道或神经系统毒性反应。10例均接受过其它治疗无效后改用本法。积液消退时间,最短者3天,最长20天,一般10天左右。

右。所有病例均一次治愈,治愈率达100%。此法简便易行。效果可靠。局部反应轻微,体内含量极微,对人体无害。

## 肱骨小头冠状位骨折

福建中医学院(350003) 陶有略 陈坤福\*

肱骨小头骨折远不如肱骨小头骨骺分离那样多见。故常漏诊而延误手法复位时机,后期出现肘部功能障碍。现结合文献做一复习。

**一般资料** 自1980年以来,治疗肱骨小头冠状位骨折5例,部分型1例;男性5例,女性1例;年龄14~65岁;左侧1例,右侧5例。

**损伤机制与分型** 本组6例肱骨小头骨折,损伤时肘部均在过度外翻及过度伸展位,暴力沿桡骨头与肱骨小头相撞击,如剪切伤。使肱骨小头骨折片在冠状面向上移位。而肱骨外髁的关节部却又完整,遮盖移位的骨折片。故又不同于肱骨外髁骨折。在过伸展外翻位受伤时,易合并肘内侧副韧带损伤或断裂。其中1例肘外翻应力试验不稳定,术中探查证实内侧副韧带断裂。暴力来自桡骨头的传导,肱骨小头骨折可伴有桡骨头骨折。本组1例合并桡骨颈嵌插性骨折。

根据损伤病理变化,临床上一分为二型。I型,全部型即完全骨折。骨折片包括肱骨小头和滑车的外侧部,骨折片在冠状位向前上方移位。骨折面往往与肱骨干紧贴依附,很

少发生旋转。本组5例骨折块全部移位于桡骨窝上部,而肱骨外髁的关节部完整。屈曲肘关节活动受阻,一般达不到90°。II型,部分型即为不完全骨折。骨折片包括软骨及一薄片骨组织,软骨是一片较大的骨块,而肱骨小头下面轮廓缺损,从游离椭圆形或月形骨片位置而证实。需要优质胶片拍照显影,才清楚。本组1例骨折片滑行向后移位,临床检查,肘关节伸直活动受阻,因骨折片分离后缺乏血液供给所致。

**治疗方法** 治疗肱骨小头骨折的原则:完全性骨折,力争早期闭合解剖复位,可较早主动练功。治疗不全骨折,以早切除为佳。

对肱骨小头完全骨折,闭合手法复位成功取决于早期诊断。X线正位片上示肱骨外髁部位关节面皮质骨有双层影;侧位片能清楚显示移位骨折片。另外,力争于伤后最短时间复位。由于完全型骨折血肿是逐步渗入关节腔内,在未形成肿胀前,于肘前方可触及向上移位的骨折片。

\* 威海县中医院

(上接第36页)

致。经环境地质调查分析,高氟水的来源,主要是由于境内有隐伏的练江断裂,通过断裂系统,高氟的裂隙承压水补给到第四系承压含水层中。“地气井”原是该县常用的供水形式,但全县饮用水氟含量测定结果表明,以承压水含氟量最高。病区水氟超标,除个别村属温泉

水外,均为取承压水的“地气井”。因此,在病区范围内,应避免饮用承压水,不宜继续建造和使用“地气井”,应因地制宜,尽可能利用低氟水源建造农村自来水,也可采用饮水降氟,如混凝沉淀、吸附过滤等方法,使病区饮水含氟量达到国家卫生标准。