

管、纤维组织，有玻璃样变性，无恶变征象。病理诊断：血管脂肪瘤。

讨论：本病可能与一些久远的隐性或显性创伤或组织错构有关。病程长短不一，一旦发病会出现脊髓或神经根受损的相应表现。该肿瘤常无包膜，组织学上见以成熟脂肪细胞为主，并有血管、纤维组织。该肿瘤常伴有椎板裂，椎体融合，半椎体等。本例腰₄₋₅椎板裂。

本病早期易误诊为：“腰间盘突出症，腓总神经瘫”。随着近年来影像学 CT、MRI 的发展，为术前提供了可靠诊断依据；当然最后诊断要依据病理。本病诊断明确后，应早期尽快手术。效果满意。

(收稿：1994-12-11 修回：1995-07-28)

同侧髌膝关节脱位一例报告

湖南雪峰水泥集团公司医院 (417604)

王在瑞

伍××，男，23岁，农民。于1994年9月30日骑摩托车与汽车侧面相撞，汽车前方保险杠的右端撞在患者右膝上，人被撞翻后向左滚出约4米远，伤后右髌、膝关节疼痛剧烈，不能站立，被人抬送入院急诊。

查体：神志清楚，右侧髌部及臀部肿胀，股骨大粗隆向后上方移位，臀部突起，可触及脱出的股骨头，髌关节弹性固定于半屈曲内收内旋位。右胫骨粗隆前外侧皮肤撞裂3cm，边缘不整，深达骨膜，流血不止。右膝肿胀，疼痛剧烈，功能障碍，呈屈曲位压在左腿上，腘窝处可触及胫骨平台后缘向后起。照片(X号：943005)示：右股骨头脱出髌臼向后、上移位，右膝股骨髁向前、胫骨平台向后移位。**诊断：**1. 右侧髌关节后上脱位、膝关节后脱位；2. 右胫前皮肤挫裂伤。

治疗：入院当天给予清创缝合伤口，并在氯胺酮麻醉下行手法复位术。患者仰卧于地面(铺席)，一助手按住骨盆，术者坐马式面对患者，置患侧足踝部于术者胯下，屈肘勾住患者腘窝部行屈髌屈膝顺势提牵，在提牵下同时徐徐摇晃、伸屈髌关节，持续约3分钟就听到复位骨弹响声，示已复位。接着在助手上下牵引下术者一手托胫骨上段向前，一手按股骨下段向后纠正膝关节后脱位，被动屈伸髌膝关节无障碍。照片证实髌膝复位成功后，给予小腿皮套牵引，中药活血化瘀消肿止痛及西药对症治疗2周，肿消痛止，去除牵引后下床功能锻炼，1周步行出院。10天后随访，已恢复劳动能力。

体会：同侧外伤性髌、膝关节脱位临床少见，本例由于骑摩托车髌、膝处在屈曲内收位时直接暴力从外前方冲击胫骨上端，迫使胫骨平台向后脱出。因汽车冲击力大，暴力再沿股骨纵轴冲击，使股骨头冲破关节囊后壁而形成髌关节后上脱位。治疗上分析右膝为不全脱位，膝内十字韧带断裂可能性少，无血管、神经并发症，髌、膝均无明显手术指征，故保守治疗获得成功。

(收稿 1994-11-28)

闭合撬拨复位治疗跟骨骨折 20例

山东省济宁市第二人民医院 (272149)

王允彦 郑榕萍 李 建 蒋振明

1992年2月~1994年4月，我们应用闭合撬拨复位和石膏外固定的方法，治疗各类型的跟骨骨折24例，其中资料完整的20例，据随访，多数病人取得较满意的治疗效果，现报告如下：

临床资料：20例中，男18例，女2例；年龄最大36岁，最小20岁，平均24岁；伤后最长时间为3天，最短2小时。骨折类型：关节外骨折6例，舌状骨折2例，关节压缩型骨折9例。根据复位前侧位X线片测量跟距结节角呈负值2例，0~10° 5例，11~20° 6例，20°以上者7例。均为高处坠落而致的闭合性骨折。

复位方法：局麻，俯卧位。根据伤后X线片示跟骨骨折类型、关节塌陷部位、跟距结节角减少度数决定进针角度及深度。在跟腱止点处，针尖略偏向外侧，对准后关节面下方，插入一斯氏针。当跟距结节角减少较多时，针与跟骨纵轴所成的角较大，反之较小。当针进入跟骨一定深度时，助手将患肢屈曲膝、踝关节，将针体压向足趾侧，目的是将向上移位的跟骨结节拉下，将塌陷跟骨关节面向上撬起，同时将针打入跟骨一定距离，与此同时，另一助手用两手掌在跟骨侧方及足趾侧挤压，侧方挤压时，内侧手稍偏前，目的是使侧方分离的跟骨复位，避免晚期的跟骨加宽及足底骨突而引起的症状。进针深度的掌握：关节外骨折，针进入跟骨2~3cm；关节内骨折，针进入塌陷骨折块下或骨折线近端。摄片证实复位良好后，用踝关节蹠屈位管型石膏外固定，固定针埋于石膏内。4~6周后，去固定，进行功能练习。

治疗结果：优，跟骨后关节平整，恢复原宽度及长度，跟距结节角>25°，轴位片无明显骨折线，共14例；良，接近上述标准，3例；可，后关节面部分分离，跟