

注：A：切口；B 第五跖骨头骨赘削除；C、D：第 5 跖骨头截骨；E：术后。

图 4 小拇囊炎小切口术

### 5. 症状性犀角跟

适应症：跟骨结节后上方骨质增生、疼痛，影响穿鞋者。

治疗方法：在跟腱基底与骨质增生的侧方作直切口，直达骨质，使足跖屈，将骨质增生表面的软组织分离开，注意勿伤跟腱，插入钻头；以扇形动作，将增生骨质磨除；再以骨锉锉平，盐水冲洗缝合切口；(图 5) 碘伏纱布包扎，绷带加压。穿以宽松鞋，术后 3 天换药敷料，7 天拆线，视症状决定复查次数。

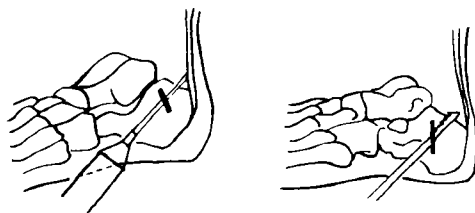


图 5 症状性犀角跟小切口术

(收稿：1998-01-30)

## CT 扫描在跟骨骨折治疗中的应用

李楠竹 李有才

福建省厦门市第一医院 (361003)

我院自 1995 年至今，用 CT 平扫诊断及指导波及距下关节面的跟骨骨折的治疗取得一些体会，介绍如下。

### 临床资料

本组 13 例中男 10 例，女 2 例；年龄 20~56 岁；双跟骨骨折 1 例，均为高处跌下，足后部着地所致；常规行 X 线平片检查后，再行 CT 平扫。

### CT 扫描方法

常规拍跟骨侧位+轴位片。对于可疑或波及距下关节面的跟骨骨折病例，收住院后再加用 CT 平扫。CT 扫描方法为 Lowkie 氏法，分别用骨窗及软组织窗观察 (见图 1)。

CT 的图像按 Eastwood 方法对于波及距下关节面的跟骨骨折进行分类 (见图 2)。

I 型：外侧壁由外侧关节面块组成，伴有旋转。II 型：外侧壁由外侧关节面及跟骨体组成。III 型：外侧

壁由跟骨体组成，外侧关节面块陷入跟骨体。

### 手术治疗

Eastwood<sup>[1]</sup>认为：(1) 跟骨的距下关节面破坏，(2) 跟骨体的旋转，(3) 足部力线的改变，均为手术指征。手术入路为外侧切口，保护好腓骨长短肌，暴露距下关节。使关节面复位、平整。对于 III 型骨折，因外侧关节面块陷入跟骨体中。使用跟骨截骨术，暴露骨块使其复位。Eastwood<sup>1</sup>使用 AOY 型钢板。我们使用克氏针及螺钉固定。术后石膏托固定，抬高患肢，理疗，6 周后去石膏功能锻炼。

### 结 果

本组 12 人，13 个跟骨骨折，均为波及距下关节面的病例。CT 扫描后清楚显示骨折情况。按 Eastwood<sup>[1]</sup>分类法：I 型 3 例，II 型 8 例，III 型 2 例。平片上骨折线可疑进入距下关节的病例，CT 均得到证实。I 型骨折，X 平片没有明显移位，Bohler 角变化不大，而 CT

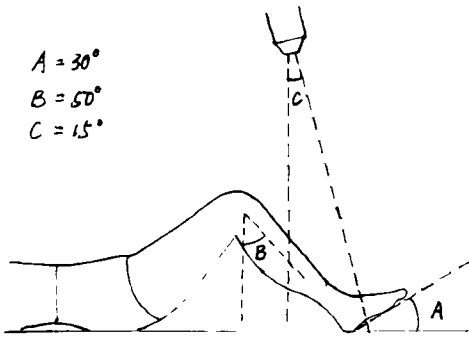


图 1 骨窗及软组织窗观察示意图

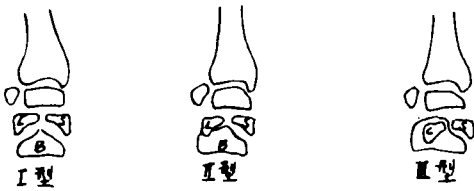


图 2 跟骨骨折分类

提示关节内骨折。II 型骨折，平片明显移位，CT 明确提示骨折分离，移位情况。III 型骨折，平片提示跟骨体塌陷，压缩。CT 提示骨折塌陷程度，以决定行切开复位内固定术或一期行距下关节融合术。

所有病例均进行随访。按 Gian<sup>(2)</sup>评分法评分。优：8 例，解剖对位，功能正常，步态好。良：2 例，解剖

对位，功能大部分正常。中：2 例，解剖对位差，功能受限，行走疼痛。差：1 例，解剖对位差，功能明显受限。

### 讨 论

1. CT 扫描排除了跟骨与距骨、内、外踝的重叠，使骨折情况显示十分清楚。此与其它学者的观点相同。

2. CT 扫描使术前能详细了解骨折块移位情况，为手术前后对比提供了直观的信息。

3. Eastwool 提出的跟骨骨折 CT 分类方法，为临床分型、疗效比较，提供一条新思路。Eastwool 的 III 型骨折手术治疗时，采用跟骨截骨术，是手术方法的革新，可以借鉴使用。

4. CT 提示的关节面平滑程度与 Böhler 角相比，似乎前者更为重要。跟骨骨折波及距下关节面，为关节内骨折，原则上应解剖对位，坚强内固定，早期功能锻炼。

5. 如果经济条件许可，跟骨骨折病例均行 CT 扫描为常规检查手段，可以发现平片上为关节外骨折，实为关节内骨折的病例。

### 参考文献

1. Eastwool DM. Intra-articular fractures of the calcaneum, parti: pathological anatomy and classification. J Bone Joint Surg (Br), 1993, 75-B: 183-88
2. Gian Melcher MD. Te-year follow-up after operative treatment for intra articular fractures of the calcaneus. J Trauma, 1995, 38: 713-6

(收稿：1996-09-10)

## 足舟状骨半脱位的诊治

冯 伟 冯天有

中国人民解放军空军总医院 (100036)

足舟状骨半脱位(或错缝)可致患足疼痛、跛行，行走、蹦跳困难，且患者时常说不明确的外伤史，是常见病、多发病。现将临床治疗该病经验总结如下。

### 临床表现

1. 患足不堪久立，行走稍久即感酸胀、疼痛、跛行，直至不能坚持行走。疼以足心为中心，向四周散放。患足不负重时，疼痛锐减，甚至消失。

2. 多有足部负重落地受伤或扭伤史。

3. 查体：内踝前下方略肿胀，足弓变形似“扁平足”。无皮下瘀血。拇指触趾，右足舟状骨略高隆，轻压痛，叩击痛明显。伸趾，伸拇肌腱及胫骨前肌腱无移

位，肿胀。内、外踝后肌腱位置正常，无压痛。跟外侧皮神经无高隆、移位。环转踝关节，各向运动均可，无明显松动不对位感。

### 整复手法

患者端坐(或仰卧)位，以患足外侧舟状骨对应点为支点，将患足平放于治疗椅座位的三角形顶角处，使患足前后部悬空，助手双手分别握持患足足趾及足跟下压牵引(图 1)，术者一手掌心间沟按住高隆之舟状骨借助手牵引充分之机纵深下压，立即感舟状骨轻微错动(伴“喀嚓”声)复查舟状骨平复，无高隆、叩击痛锐减(见图 2)。患者当即觉得站立时患足可承重。