

下肢，枪口距皮肤约 50cm。从后外向前内，膝关节后外侧受伤，伴有 动脉破裂，失血性休克。X 线片示弹丸约 35 粒。经抗休克治疗后清创，修补 动脉。关节内取出弹丸约 15 粒及少量碎骨片。弹道置管冲洗引流。术后无高热，恢复可，伤口 58 天愈合，膝关节活动范围 5°~100°。阴雨天伴有有关节痛。

例 3，男性，24 岁。因斗殴被他人用猎枪射击右膝部，枪口距皮肤约 40cm。射击方向从前外向后内，击中膝关节外侧缘。X 线片示弹丸约 30 粒。清创见关节损伤较严重，取出弹丸 17 粒。股骨关节面有多个弹道孔，能触及的弹丸尽量取出。清创后置管冲洗引流。术后无高热，恢复尚可。伤口 75 天愈合，膝关节活动范围 15°~100°。气候变化时局部疼痛。

讨 论

霰弹盲管伤，以民间为多。主要是由猎枪近距离射击引起。猎枪的火药力较弱，近距离射击人体常只有入口，没有出口，形成盲管伤。子弹的能量全部消耗在体内，且由于子弹众多呈散射状，使体内的损伤广泛，给外科处理带来困难。我们对弹道采取彻底清创，尽量取出弹丸，用闭式冲洗引流的方法来治疗这种多弹丸盲管伤，使引流更加充分。火器伤治疗的重要原则是伤口敞开引流，而关节的基本原则是不能敞开引流。闭式冲洗引流很好地兼顾了这两个原则，引流充分，同时也最大限度地维持了关节的完整，对关节的修复较为有利。

(收稿：1996 - 02 - 06)

肘关节脱位并双侧 Colles 骨折 1 例

黄 迅

四川省自贡市第四人民医院 (643000)

××，男，62 岁，于 1995 年 6 月 17 日入院。入院 1 小时前患者不慎从 6 米高处跌下，跌落时双手掌先着地，伤后双手腕及右肘肿胀，疼痛，活动受限。查体：双手腕均明显肿胀畸形，局部压痛，有骨擦感及假关节形成。右肘部肿胀畸形，呈弹性固定于半伸位，肘后三角消失，肘前方可扪到肱骨远端，肘后内侧可扪到尺骨鹰嘴。前臂缩短。X 线片：左桡骨远端骨折，明显向背侧桡侧移位，左尺骨茎突骨折；右桡骨远端粉碎骨折，轻度向背侧桡侧移位，右尺骨茎突骨折，右尺骨近端及桡骨小头同时向后及尺侧脱位。诊断：右肘关节脱位并双侧 Colles 骨折。入院后左 Colles 骨折行手法复位，小夹板外固定，右肘关节脱位及 Colles 骨折采用手法复位超肘腕石膏夹板外固定。4 周后拆除小夹板及石膏，开始功能锻炼。随访半年，

功能恢复良好。

讨 论

双侧 Colles 骨折较罕见，肘关节脱位并双侧 Colles 骨折就更罕见。从受伤史分析，患者从高处落下时，双手掌着地，腕关节背屈，从而导致双侧 Colles 骨折，又由于在落地的一瞬间，右肘关节处于伸直位，传达暴力使肘关节过度后伸，以致鹰嘴突尖端急骤地冲击肱骨下端鹰嘴窝，产生一种有力的杠杆作用，使止于喙突上的肱前肌及肘关节囊的前壁被撕裂，在肘关节前方无任何软组织阻止的情况下，肱骨下端继续前移，尺骨鹰嘴突则向后移，造成肘关节后脱位。此种骨折脱位的治疗并不困难，只要及时手法复位外固定均可获得满意的治疗效果。

(收稿：1996 - 02 - 06)

电休克治疗致双侧股骨颈骨折 1 例

韩广柱

山东省青岛市黄岛骨伤医院 (266515)

郭 ×，男，23 岁。以少语、少动、情绪低落半年，半月来兴奋话多，冲动伤人，送来我院检查，收治住院，诊断为躁狂抑郁性精神病。入院后曾吞服铁钉自杀未遂。为了防止再次自杀，给予电休克治疗。

治疗前躯体检查：血压 17.3/11.5kPa，脉搏 102 次/分，呼吸 24 次/分，体温 36.5℃；心、肺及神经系统检查未发现阳性体征；心电图、血常规、肝功及胸透检查均正常。按操作常规，空腹、仰卧硬板床上，适

度保护全身关节（肩、肘、髌、膝四大关节）、橡皮牙垫置于病人两侧磨牙间。将交流电休克机电压调至 110V，定时为 0.3 秒。电极置于病人头顶部、右颞部，通电后患者出现全身肌肉强直、抽搐等一系列抽搐发作表现（从略）。双下肢膝、髌先屈突然转变为直伸、抽动。发作之初听到髌关节处有骨折声响，发作停止后发现双下肢出现短缩外旋畸形，考虑到有股骨近端或股骨颈骨折发生。经拍骨盆片显示双侧股骨颈骨折。此例患者在入院常规胸片检查时，肋骨及胸骨等均正常，没有骨质疏松征象。电休克治疗后拍片（骨盆片）显示骨质疏松。为了进一步证明骨质疏松，加拍胸片和入院时胸片对比，骨质疏松明显。

讨 论

电休克治疗是治疗精神病的一种方法，副作用有：一过性头痛、恶心、呕吐及记忆减退等，骨折及脱臼少见，以脊柱压缩性骨折常见，其次是股骨颈骨折。本例青年患者，电休克治疗引起双侧股骨颈中段骨折，临床实属少见。分析其骨折的原因，作者认为

主要是患者长期接触光线少，营养欠佳，活动特别是双下肢活动少，致骨质代谢障碍而骨质疏松，电休克治疗时，由于肌肉强直有力收缩，造成股骨颈薄弱处骨折发生。为预防骨折、脱臼的发生，我们体会：电休克治疗时，助手保护病人四肢及关节一定要用力适度，切勿用力过度；在电休克治疗前，要详细询问病史，认真进行躯体检查，注意有无骨关节病，严格掌握适应症和禁忌症；对体质较弱或从事特种工作的患者在电休克治疗前可考虑先进行麻醉和给予肌肉松弛剂，即改良电休克治疗。

我们对本例双侧股骨颈骨折采取了双重治疗，即：骨折治疗（手法整复，皮肤牵引，局部敷药，外展夹板固定，内服高效接骨片、骨质增生丸以补肾壮骨）和骨质疏松的治疗（加强营养，多接触光线等）。1 年 3 个月复查，X 线片示：颈干角双侧均在 130° 左右，骨折线消失，无疼痛，下蹲正常。

（收稿：1996 - 02 - 06 修回：1996 - 07 - 30）

骨斑点症合并骨巨细胞瘤 1 例

巩四海 周玉林 李 琼

陕西省西安市红十字会医院 (710054)

× ×, 男, 41 岁, 工人。以“右髌疼痛 2 月余, 加重 4 天”之主诉于 1995 年 5 月 29 日收住我院。入院前 2 月, 患者不明原因感右髌部疼痛、酸困, 无发热及红肿。在基层医院诊断为“皮神经炎”及“髌关节炎”, 治以局部封闭, 口服解热镇痛药及激素类药物和右下肢皮肤牵引。疗效欠佳, 症状呈进行性加重。入院前 4 天患者右髌撞于墙上, 即感右髌部剧烈疼痛、肿胀, 功能障碍。查体: 发育营养正常, 右下肢外旋位畸形, 右髌部肿胀明显, 压痛及纵轴叩击痛阳性, 右髌关节功能活动受限, 足趾血运及活动好, 双下肢皮肤感觉无异常。血碱性磷酸酶、血糖及尿糖均在正常范围, 血沉 80mm/h, 抗“O”及类风湿因子阴性, 血常规检查未见异常。

X 线片显示: 骨盆及双侧腕骨、跗骨和股骨、肱骨、尺桡骨、胫腓骨等长管状骨骨端的松质骨内有散在的大小不一的致密影, 髌骨上以髌臼为中心向周围弥散, 其它各骨致密影长轴与骨的长轴平行; 右股骨颈骨连续性中断, 骨折偏股骨粗隆部有骨质破坏区并骨质疏松。

双髌 MRI 显示: 右股骨颈病理性骨折; 右髌关节积液, 右股骨近端髓腔水肿; 双髌 (股骨近端) 骨斑点症。

骨密度测定结果: 右股骨上端骨矿物质含量及骨质密度低于正常值, 左股骨上端骨矿物质含量及骨质密度明显增高。

病理检查: 取右股骨上端病变部位之骨皮质及软组织作活检。活检术中可见右股骨上段骨质疏松明显, 股骨颈处有约 4cm × 6cm 的空洞, 呈虫蚀样破坏。病理切片镜检结果: 碎块骨组织中可见散在的多核瘤巨细胞及单核瘤细胞, 其中部分单核瘤细胞有明显的异型性。在瘤组织中可见有较多的新骨形成, 新生骨边缘有成骨细胞增生。病理诊断: 骨巨细胞瘤 II 级伴囊变及骨折。

诊断: (1) 骨斑点症; (2) 骨巨细胞瘤 II 级; (3) 右股骨颈骨折 (病理性)。

讨 论

骨斑点症和骨巨细胞瘤临床均有报道, 但大多是单独发病, 而骨斑点症合并骨巨细胞瘤很少见。本例