

病例报告

损伤误治致骨髓炎2例报告

湖南省隆回县中医院 (422200) 王永善

未破皮肉的跌仆伤而导致骨髓炎的情况比较少见,笔者在门诊接诊了两例,报告如下。

例1, 马某, 男, 12岁, 86年1月13日从2米余高坎上坠落, 致左肩部受伤, 当即左肩关节不能活动, 继之肿痛, 且无皮损出血。即时就诊于他院, 诊断为: 左肩关节脱位。遂用手掌拍打和强行扭转牵拉左肩关节被动活动手法复位。术后左上肢皮肤潮红, 疼痛难忍, 夜寐不眠, 辗转不安。翌日, 左伤肢肿至指端, 发热口渴, 疼痛彻骨。予中草药内外治疗20余天, 伤肢肿痛不减, 而转诊于县医院, X线片报告为: 左肩关节半脱位, 左肱骨外科颈粉碎性骨折。血常规检查: 血色素9g, 白细胞总数23 00, 中性79%, 淋巴21%。给予补液抗炎治疗3天, 病无减退。2月14日经人介绍就诊于我, 证见患儿面容憔悴, 步行缓慢, 左侧胸乳以上及左肩、上臂漫肿, 皮肤泛红, 扪之灼热, 广泛压痛, 上臂中下段按之波动。舌红苔黄腻, 脉弦数有力。左上臂正侧位照片(1064)报告为: 整个左肱骨干以骨质增生为主, 肱骨头骨髓与干骺端已呈不规则之破坏, 骨髓腔部分模糊及部分消失, 周围呈花边状之骨衣反应, 并可见“袖口征”, 原左肱骨外科颈骨折对位对线好。实验室检查: 血色素9g, 白细胞总数21200, 中性90%, 淋巴10%。诊断为: 左肱骨急性骨髓炎(成脓期)。在左上臂外侧下端切开排脓引流, 左胸及患肢敷帖金黄膏, 内服清

热解毒, 化痰通络; 益气活血, 祛湿解毒; 益气补血中药和配合西药抗生素, 历治半年, 症状消失, X线摄片复查, 左肱骨外科颈骨折已愈合, 其左肱骨上端之骨骺骨质密度已正常, 骨髓腔已清晰可见。随访至今, 情况良好。

例2, 陈某, 女性, 6岁, 形体壮实。1987年10月6日就诊, 其父诉患儿平地滑倒, 致左小腿溃烂流脓, 不能步行1年余。1986年9月某日, 患儿在自家门口不慎滑倒, 当时哭闹不安, 诉左膝部疼痛, 右髌部亦痛, 步行不便, 当日下午就诊于他院, 诊为: 左膝关节及右髌关节脱位。施用强力提按旋转屈伸牵拉手法复位, 当晚双下肢肿痛而哭闹不能寐, 左膝及小腿上端肿痛日增, 伴全身不适, 寒战, 高热, 烦躁口渴, 不欲饮食。一月后左膝及左小腿仍肿胀不消, 灼痛彻骨, 伸屈活动受限, 而转诊于地区医院, 左小腿上端经切开排脓引流, 住院治疗23天, 疮口结痂闭合出院, 后因其疮口复发溃烂流脓, 经久不愈, 右下肢亦不能自主运动, 于1987年10月6日来院照片(13935)检查, 确诊为: 左胫骨干慢性骨髓炎, 右髌关节半脱位并股骨头缺血性坏死。

体会: 骨髓炎的形成, 祖国医学认为是由外感邪毒深窜入里, 久而不解, 经络被阻, 气血阴阳失调; 或正气虚衰, 正不胜邪, 邪热蕴蒸, 腐蚀筋骨为患。本组2例患者, 既往体健, 均因诊断不明, 处理失当所致, 应引以为戒。

腮腺炎致寰枢椎半脱位2例报告

河南省郾城县公疗医院 (462300)

廉文凯 彭胜耀 张国显 朱明晨

腮腺炎致寰枢椎半脱位, 临床少见, 现将我院收治两例报告如下。

例1, 李××, 女, 11岁, 学生, 住院号

910719, X片号: 9101978, 于1991年4月8日以“斜颈伴活动受限2月”为主诉入院。2月前, 患双侧腮腺炎, 在当地诊所贴膏药1月。

治疗过程中出现斜颈，颈部活动受限，平卧颈部疼痛，腮腺炎痊愈但斜颈逐渐加重，平卧时出现呼吸困难。经拍X片检查，颈椎张口位示：两侧关节间隙不等；侧位片示：寰椎前弓与齿突间距离为4mm；血常规，尿常规检查正常。经颈椎颌下牵引，牵引后带颈围及药物对症治疗，二月后痊愈出院。

例2，张××，女，7岁，学生。住院号910807，X片号：9102781，患者于1991年11月20日以“特发性斜颈1月”为主诉入院。1月前患双侧腮腺炎，在当地乡卫生院治疗，治疗过程中出现斜颈，无外伤史。拍X片检查，张口位片示：两侧关节间隙不等，侧位片示，寰椎前弓与齿突间距离为3mm，血常规，尿常规

检查正常。经颈椎颌下牵引，牵引后戴围领及药物对症治疗7周后痊愈出院。

讨 论

腮腺炎是儿童冬春季易发的一种流行性病毒感染疾病，应及时治疗，否则腮腺炎病毒大量繁殖，先侵犯周围腺体，肌肉，韧带；后随血运侵犯全身腺体。腮腺病毒使寰椎的横韧带、十字韧带及寰齿关节囊产生无菌性炎症，致使关节囊松弛，肌腱弹力下降，关节的稳定性遭到破坏。导致出现斜颈，即寰枢椎半脱位。故凡出现特发性斜颈而无外伤史，有腮腺炎病史，上感病史，急性乳突炎，急性中耳炎，下颌齿槽炎等病史，应考虑寰枢椎半脱位的可能性。

骶髂关节错缝下移一例报告

广州市越秀区正骨医院 (610030) 吴永良 鲍蕴宜 谭建伟

骶髂关节错缝，临床上属常见。但错缝后引起患侧下移，则属罕见。本院收治一例，报导如下。

患者，男性，21岁，农民。1991年4月1日从约8m高处跌落，臀部着地，右髋部疼痛，不能平坐、转侧，右下肢不能抬起及前行。当即到某院就诊，经X光照片及检查，诊断为髋部软组织挫伤并给予治疗，未效而于1991年4月9日来诊，门诊经X光照片认为无异常，以“右髋前上棘撕裂”诊断入院。

检查：背送入院，不能自如站立，骨盆右侧倾斜，右下肢因增长以前伸姿势站立，右下肢不能抬起，不能向前迈步行走，可向后、侧方稍移步。不能平坐、转侧，不能下蹲。双髋后上棘不对称，右侧下移2.5cm，右骶髂关节处瘀肿压痛。右下肢4字试验阳性，骨盆挤压、分离试验阳性。右下肢后伸位疼痛，屈髋20°，屈膝30°，右下肢较健肢长2.5cm。仔细查阅X

光片，发现骨盆正位片示右髌骨明显下移2.5cm，右骶髂关节间隙模糊，与健侧对比有明显重叠影，耻骨联合增宽，上间隙5mm，下间隙11mm，右侧耻骨稍下移。

诊断：右侧骶髂关节错缝下移。

治疗：复位方法为患者俯卧床上，助手立于患者头侧，双手握住腋窝，向上牵拉。术者站于脚侧，双手握住健侧下肢，向下对抗牵拉。同时用一足跟用力蹬患侧坐骨结节，另一术者用双手掌部向前向上推压患侧骶髂关节使之复位。复位后双下肢基本等长，患处疼痛立即减轻，第2天可转侧，患肢可上抬。经X光照片复查，骨盆正位片示双侧对称，右骶髂关节间隙清晰，重叠影消失。根据X光片提示右骶髂关节错缝已复位。患者卧床2周后患处用本院自制的中药水熏洗，下地行走。2个月后可自如走动，坐卧及骑车等活动，功能完全恢复。