

的破骨细胞可以激活潜在的 β -TGF。鸟鸟分离的新鲜破骨细胞能够活化从骨器官培养所得到的部分纯化的潜在 β -TGF 复合,破骨细胞活化潜在 β -TGF 的能力可以被维生素 A 所增强,后者是破骨细胞活性的刺激剂,且这种潜在 β -TGF 被破骨细胞活化的作用并不受 pH 变化的影响。此外, β -TGF 尚其他的潜在 β -TGF 的活化方式,纤维蛋白溶解酶及组织蛋白酶 D 也能产生活性的 β -TGF。成骨细胞产生纤维蛋白溶解酶活化剂以及纤维蛋白溶解酶原活化剂的抑制剂,而破骨细胞产生分泌组织蛋白酶 D 样活性,激活的 β -TGF 通过抑制酶产生及刺激蛋白酶抑制剂,对潜在 β -TGF 起一个调节活化的作用^[12]。

参考文献

1. Sporn MB, et al. Nature 1988;332:217-225.
2. Joyce ME, et al. Orthop Clin North Am 1990;21:199-213.
3. Robey PG, et al. J Cell Biol 1987;105:457-463.
4. Centrella M, et al. J Biol Chem 1987;262:2869-2877.
5. Hock JM, et al. Calcif Tissue Int 1988;32:325-391.
6. Noda M, et al. J Cell Physiol 1987;133:426-433.
7. Noda M, et al. J Bone Miner Res 1988;3:318-227.
8. Carrington JL, et al. J Cell Biol 1988;107:969-1978.
9. O'Keefe RJ, et al. Calcif Tissue Int 1988;43:352-361.
10. Bonewald LF, et al. J Bone Miner Res 1988;3:98-115.
11. Flander KC, et al. J Cell Biol 1989;108:653-667.
12. Bonewald LE, et al. Clin Orthop 1990;250:261-270.

髌关节前上方脱位 3 例报告

浙江中医学院(310009) 朱胜良 周林宽

髌关节前上方脱位十分少见,汪万全于 1989 年报导过一例^[1],笔者 1987 年至今,遇到 3 例,报告如下

典型病例

男,46 岁,工人。于 1987 年 4 月 21 日夜从 6 级楼梯滚跌下来,左髌部着地,当即左髌关节疼痛,不能活动而被送至本院。

临床检查:全身情况无殊,左下肢呈明显外旋和稍稍屈髌屈膝畸形,短缩约 3cm。髌部及腹股沟处明显肿胀,压痛,腹股沟韧带上方扪及一坚硬骨性隆突,光滑圆形似股骨头状,髌关节主动活动障碍,被动活动时疼痛加剧且有明显的弹性对抗,骨盆检查无异常。骨盆正位 X 片提示股骨头与髌臼上缘重叠约 2.5cm,内移 1cm 左右,小粗隆增大,股骨上端呈明显外旋位。诊断为左髌关节前上方脱位(偏内侧)。

整复:患者仰卧,一人固定骨盆,一人将髌关节于前屈 45°位牵引下徐徐外展,见股骨头松动下移至髌臼水平时缓缓将下肢内旋,同时嘱一助手双手抱大腿根部向外拉,此时,所到清晰的入臼声。髌关节畸形立即消失,X 片复查见股骨头已回纳到髌臼内。嘱患者卧床制动 3 周,配合中药内服外敷,二个月后随诊见患者已下地活动。

讨 论

1. 诊断与鉴别诊断:由于髌关节前上方脱位十分少见,下肢呈外旋、短缩畸形与股骨上端骨折极为相似,往往被误诊为骨折。本组 3 例病人初诊时均被考虑为股骨颈或粗隆部骨折,因此有必要与这些骨折相别。笔者认为鉴别诊断的要点有:(1)前上方脱位的髌

部肿胀主要为股骨头脱出所致,故在腹股沟上方有一明显膨隆状或包块状肿胀,可摸到坚硬的股骨头。而骨折的肿胀是由血肿所致,股骨颈囊内骨折无明显肿胀,囊外骨折和粗隆部骨折往往呈漫肿状,触膜时较软,伴有剧烈压痛。(2)前上方脱位有弹性固定,无法将下肢内旋。骨折无弹性固定,稍加牵引即可将下肢旋至中立位,常有明显骨擦音。(3)X 线摄片可以作出明确诊断。

在正位 X 片上,有以下特征可以互相区别:前上方脱位股骨上端呈外旋位,即小粗隆变大,股骨头变圆,粗隆间嵴显示清晰,大粗隆内移。有人通过髌关节标本观察到,当股骨外旋 30°时,大粗隆内移与头重叠^[2],本组例 3 外旋幅度更大,大粗隆不仅与头而且与股骨颈完全重叠。后上方脱位股骨上端常呈内旋位,小粗隆变小或消失,粗隆间嵴显示不清,大粗隆外移。此外,后脱位股骨干内收,而前上方脱位股骨干无内收,两者可以区别开来。

2. 复位方法:将下肢在前屈 45°位拨伸牵引并逐渐外展,一般外展至 30°—45°位,当股骨头松动下移接近髌关节水平时,内旋下肢即可复位。对内上方脱位者,应辅以抱着大腿根部向外牵拉的手法。3 例病人用此手法均获成功。

参考文献

1. 汪万全,髌关节前上脱位 1 例报告,中国中医骨伤科杂志,1989. 2:40.
2. 北京积水潭医院编,骨关节创伤 X 线诊断学,1978: 270.