

讨论

1. CT 扫描的优越性:通过 CT 不同层面分析,能了解骨折的严重度,碎骨片数目,大小及移位情况。可依据跟骨损伤情况任选冠、轴、矢三种位置,其中 1~2 种就能解决结构重叠,准确指出骨折部位、类型、粉碎或压缩程度和范围。尤其是它能确认骨折是否累及距下关节面,对指导临床治疗骨折起到非常重要的作用。

2. 熟悉跟骨 CT 解剖的意义:跟骨具有 6 个关节面构成多关节面的不规则骨,特别是距下关节,跗横关节 CT 显示最好⁽¹⁾。而先决条件是对足和踝的 CT 解剖关系要有全面了解,才能真正做到明确诊断,有利于治疗^(2,3)。

3. CT 在跟骨骨折的临床诊断和治疗中的意义:
 (1)能确诊 X 线平片难以显示的跟骨骨折,本组 1 例跟骨结节纵行裂隙骨折平片检查正常,而经 CT 扫描清晰显示出骨折,对跟结节角与轴位角的变化能给予准确的测量,为治疗及予后的评定提供依据。(图 1 见封三)
 (2)显示跟骨骨折的距下关节损伤改变,跟骨后部粉碎骨折 75% 累及距下关节,主要表现:关节面陷入跟骨体内,关节面不平超过 2mm,侧骨壁突起形成跟结节角(Böehlers' 角)缩小,跟骨轴位角增大。(图 2 见封三)
 (3)可准确评定跟骨后关节面压缩骨折凹陷程度,撬拨术中复位情况及术后恢复的结果。(图 3 见封三)
 (4)明确跟骨骨折的邻近软组织的累及其范围⁽⁴⁾:最常见是

跟骨骨折端侧移,压迫腓骨长短肌腱而致局部粘连,产生踝前处下方疼痛及跟结节角变小或消失引起跟腱偏斜,屈跟肌腱粘连,出现拇趾屈曲畸形,为治疗提供依据(图 4 见封三)(5)骨折分型:Watson-Jones 分类,平面诊断跟骨关节内骨折分为①舌型骨折占 45%,②中央关节面压缩型骨折占 40%,③粉碎型骨折占 15%,而我院 CT 诊断材料,舌型骨折占 20%,压缩型骨折占 40%,粉碎型骨折占 40%,与 Rosenberg Zsetal CT 分类完全相符⁽²⁾。

参考文献

1. Martinez S. etal. Computed tomography of the hind-foot. Orthop Clin N AM1985;16:481
2. Rosenberg Z S, et al. Intra-articular calcaneal fractures; computed tomography analysis. Skelet Radiol 1987;16:105
3. Solomon M A, et al. CT scanning of the foot and ankle: 2. clinical application and review of the literature. AJR 1986;146:1204.
4. Yousem DM, et al. The foot and ankle, In: Scott M. M. Jr, Magid D. eds. Computed tomography of the musculoskeletal system. Churchill Livingstone; New York, 1987:113.

(收稿:1994-05-26)

颈椎推拿引起四肢水肿 1 例

兰州军区乌鲁木齐总医院(830000) 马林儒 于 戈

××,男,58 岁,干部。习惯性落枕 10 年,于 1992 年 5 月 20 号就诊。查体:脉搏 78 次/分,血压 19/11kPa,体重 76kg。心肺听诊无异常。C₂₋₃椎旁压痛,左侧肌紧张,左旋受限,小于 70°,伴左肩胛牵拉、放射痛。X 线片正位示:C₅₋₆两侧钩突变尖;侧位:颈椎曲度变直,后缘连线 C₅₋₆中断,间隙变窄。诊断:颈椎病。给予颈肩部推拿治疗。3 次后加坐位颈椎牵引,15kg,20 分钟,每日 1 次,牵引之后,矫正颈椎曲度。仰卧位,用毛织物紧卷成直径 15cm 圆柱状,垫于颈后,嘱患者适度施压。每日 1 次,每次 15 分钟。第 2 天治疗后,患者自觉眩晕,恶心,无力,并于次日发现双肘、双膝以下 1~2 度可凹性水肿,腕踝部最为明显。尿量、血压无明显变化。随即

停止颈后加垫治疗,但其余治疗未变。3 天后水肿消退。恢复颈后部加垫治疗,第 2 天又出现四肢水肿,以足部为甚,停止该项治疗,2~3 天后水肿完全消退。第 3 次重复前述治疗,翌日双足再次出现水肿。此时疗程结束,水肿如往消退。

讨论:本例患者既往无水肿相关疾病史。在颈后部加垫行过伸矫形后,反复 3 次出现一过性四肢水肿,伴有尿比重下降和血钠降低,无其他低钠、水肿病因可解释,可以推断该患者因由外力刺激颈部容量感受器后,促使下丘脑视上核垂体后叶抗利尿激素的不当分泌导致机体排水排钠,四肢水肿。

(收稿:1994-02-15)