

骨宽度轻度增大，长度稍变短，轴位片尚可见骨折线，跟距角 15~20°，2 例；差，1 例；优良率 80%。随访最长时间 2 年 6 个月，最短 4 个月，其中 16 例无自觉症状，4 例有轻度疼痛症状。

讨论：跟骨骨折治疗方法较多，我们认为撬拨加石膏外固定的方法具有操作简单、复位效果可靠的优点。其原理是：①通过钢针的撬拨，将向上移位的跟骨结节拉下，恢复跟骨结节角、足纵弓及跟腱张力；②针端的撬拨，将向下塌陷的关节面撬起，恢复跟骨上关节面的平整；③手掌的侧方及蹠侧的挤压，可纠正跟骨的侧方增宽及使足底突出的骨块复位。

通过 20 例跟骨骨折的治疗，我们有以下体会：①应根据整复前跟骨 X 线片所示骨折情况，确定进针角度、深度及撬拨时机；②撬拨后如拍片示效果不满意，可重复使用此法；③去固定后，应加强患肢的不负重功能练习，④通过 8~10 周后，方可适当负重，避免早期负重。

(收稿：1994-11-14)

甩肩牵引治疗肱骨外科 颈骨折 31 例

福建省浦城县医院 (353400)

胡天奇

我院 10 年来对肱骨外科颈骨折采用患肢牵引甩肩治疗，取得满意效果，总结如下。

临床资料：31 例中男 20 例，女 11 例；年龄 40~20 岁以下；治疗后骨折端达解剖复位 19 例，31 例经治疗后无 1 例肩关节功能障碍，均能逐日恢复正常生活、工作。

治疗方法：牵引前将患肢清洗干净、于患肢内、外侧、上起自腋下、下至伸指之长度（以不妨碍伸指握拳功能锻炼为准）贴上连续粘膏布、粘膏布远端粘上 7×8×1cm³ 中心钻孔板块。膏布粘好后腋窝至腕裹上连续绷带以固定膏布，于板块上悬挂上 3~4 公斤重砵牵引。

日间患肢在牵引下间断行前后、左右摆动及围旋活动、并逐渐增加幅度、夜间置患肢于上肢牵引架以持续牵引。定期 X 线检查，观察复位情况，调整牵引重量。4~6 周去除牵引，逐日恢复正常生活和工作。

讨论：甩肩牵引一般仅适用于肱骨外科颈骨折、对关节内骨折、肱骨干骨折不适合采用本法治疗。在牵引治疗中应坚持患肢前后、左右摆动及围旋活动、逐渐

增加活动幅度是达到治疗效果的关键。治疗过程中定时 X 线检查、调整牵引重量、特别是治疗开始 2 周左右时间。

本法主要优点在于：实施治疗方便、经济、治疗结束即可恢复正常生活、工作。克服了用其他方法治疗的复位、固定困难及治疗后易发生冻结肩等缺点。

(收稿：1994-90-20)

双髋关节反向脱位 并右上肢多发性骨折一例

广西北海市中医院 (536000)

潘能富

钟×，男，26 岁，工人。于 1994 年 7 月 6 日因砸压伤，致右上肢多处肿胀疼痛，畸形，双侧髋关节畸形，患肢功能障碍。伤后 1 小时急诊入院。体检见：神清，强迫体位，右上臂、前臂肿胀畸形，可触及骨擦音，右下肢呈屈髋屈膝外展外旋畸形，在患侧耻骨下可触及脱出的股骨头，左下肢呈屈髋屈膝内收内旋畸形，双侧髋关节均呈弹性固定。经拍 X 线片后诊断：①右肱骨中下 1/3 骨折；②右前臂双多段骨折；③右髋关节前脱位；④左髋关节后脱位。

治疗：在氯胺酮麻醉下，施行手法复位，右上臂、右前臂分别用小夹板外固定，双下肢采用皮肤牵引 4 周。

讨论：双侧髋关节脱位极为少见，而一前一后相反方向脱出并右上肢多发性骨折更为罕见。究其原因及受伤机理，患者伤前呈蹲位于破墙旁，当破墙倒塌时，患者正要前倾弯腰起立跑离时，下肢呈右前左后髋膝关节半屈步态，此时身体向右倾斜，加上外力的作用使身体呈被动右倾位，在此种特殊体位时，右侧髋关节处于屈曲外展外旋位，左侧髋关节处于屈曲内收内旋位，当外力从背后突然压下，地面的反冲力沿双膝关节前方和双股骨干纵轴向上猛烈冲撞，迫使右侧及左侧股骨头分别受力而于前方和后方突破关节囊，致使双侧股骨头在不同的方向脱出；由于身体向右侧斜，外力猛烈由背后压下，右上肢猛然着地，导致右上肢多发性骨折。

(收稿 1994-09-08)

多发性跖骨头完全骨折脱位 一例

山东省牟平县中医院 (264100)

王克佳 王世江

××，男，22 岁。因驾驶摩托车向右跌倒，右足部

撑地，扭伤右足，肿痛、畸形、活动困难，2 小时后于 1994 年 5 月 23 日来诊。X 片示右足（2~5）跖骨头完全骨折，并向外侧跖侧分离错位，于近端重叠，并跖趾关节脱位。查：右足背高度肿胀、瘀血、畸形，足背动脉搏动正常，足趾不能屈伸。当即在股神经、坐骨神经阻滞麻醉下，将患趾全部视为一整体，术者用手指握住，助手固定踝部，行过伸对抗牵引 1~2 分钟，逐渐跖屈，做轻度摇摆屈伸活动，而后用纱布条套住各患趾，在对抗牵引下利用分骨手法夹挤骨间隙，依次将跖骨头向内推挤，以矫正残余移位。手法完成后，立即床边摄 X 片，一次复位成功，给予石膏管型外固定。

讨论：多发性跖骨头骨折并跖趾关节脱位临床少见。为一种屈曲、旋转、外翻复杂暴力所致。从 X 线片分析，骨折移位方向、断端重叠程度都是一致的，表明骨折每个断端受力基本是均匀的，所以复位时牵引力必须充分地施加于每个骨折断端。骨折后由于局部高度持续肿胀，常常造成复位困难，必须早期完成复位固定过程，以免手术。

（收稿：1994-10-26）

右脚内踝部神经鞘瘤误诊一例

四川省绵阳市中医院（621000）

申永刚

李××，男，36 岁，农民。于 1993 年 8 月 3 日到我院门诊就医。主诉：右脚内踝部包块，渐进性长大 8 年，疼痛，麻木 5 天。检查：右脚内踝下方有一包块，大小约 2×1.5cm，有压痛、囊性感、表面光滑、略移动。诊断：右脚内踝部腱鞘囊肿。

于门诊在 1% 普鲁卡因局麻下行囊肿切除术。术中
发现：囊肿位于胫后神经分枝上，大小约 2×2cm，呈暗红色，囊壁肿胀、肥厚，包块内抽出暗红色血性液体。将包块从神经上顺利剥离，送病检（病检号 932906）。病理诊断为（右脚）神经鞘瘤伴出血囊性变。

讨论：此例将右脚内踝部神经鞘瘤伴出血囊性变误诊为腱鞘囊肿，我们体会到此类病变若病员自述有麻木感，经检查包块远近端神经分布区有麻木现象时，术前就要考虑到神经鞘瘤之可能；若诊断欠明确，最好让病员住院诊治。

（收稿：1994-10-26）

中西医结合治疗脂肪栓塞 综合症一例

湖南省长沙市中医院（410002）

刘定安

笔者采用中西医结合的方法成功地抢救 1 例脂肪栓塞病人，现报道如下。

何××，女，33 岁，农民。住院号 29550，X 光号 177，CT 号 9532。患者被汽车撞伤致双小腿胫腓骨骨折 23 小时，伴昏迷 5 小时，于 1991 年 10 月 12 日转来我院。体检：呈昏睡状，压眶反射（+），双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，眼睑无瘀斑，鼻腔及外耳道未见血迹和脑脊液漏；心率 136 次/分，节律齐，心音可；双肺呼吸音清晰，无干、湿性啰音。双小腿行长腿石膏固定，肿胀明显，伤口敷料有少量血迹，足背动脉搏动可。双上肢呈屈肘内收位，肌张力增强。霍夫曼氏征（+），巴氏征（+），踝阵挛（+）。

入院后第 2 天（伤后 39 小时），双眼睑、胸部部可见散在性出血点。眼底检查：屈光间质清晰，视乳头色淡红，边界清楚，生理凹陷存在，视网膜普遍反光增强，血管色泽正常，A：V=2：3，黄斑部红晕消失，亮点不显。CT 扫描：脑室、脑池、脑沟及蛛网膜下腔均正常。心电图示窦性心动过速。全胸片报告：肺野清晰、无暴风雪絮状阴影。血红蛋白由入院时的 $K_{pa}12.5$ 急剧下降至 5.20。血沉上升至 $130mm^3/h$ ；血、尿未发现脂肪球。

治疗措施：1. 常规治疗：①大剂量的抗生素、激素、抑肽酶静脉滴注。②低分子右旋糖酐。③20%甘露醇。④补充白蛋白及能量合剂。2. 中医药治疗：安宫牛黄丸 1~2 粒/日，清营汤 1 剂/日，从鼻饲管给药。

10 月 22 日病人清醒，仍呈朦胧状态，呼喊能睁眼，有吞咽反射。10 月 30 日病人神志完全清楚，能正确回答问题。在 12 月 9 日和 1992 年 1 月 13 日在硬膜外麻醉下行双胫腓骨骨折开放复位内固定术，于 1992 年 5 月 16 日痊愈出院。连续 2 年随访，已完全康复。

体会：临床上凡是不能用颅脑外伤解释的脑功能障碍，首先应考虑为脂肪栓塞。特别是对多发性下肢长管状骨骨折，可以采用一些预防性治疗。

祖国医学认为：“肢体损伤于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”。指出局部皮肉，筋骨组织损害，每能导致脏腑、经络、气血等的功能失调，而一系列症状随之发生。临床所表现的高热、神昏、抽搐、